

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA

Estudios con Reconocimiento de Validez Oficial por Decreto Presidencial
del 3 de abril de 1981



“LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD COMO ESTRATEGIA PARA LA
PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE PARA LOS
ALUMNOS DE LA UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA CIUDAD DE
MÉXICO.”

TESIS

Que para obtener el grado de

**MAESTRA EN INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO DE LA
EDUCACIÓN.**

Presenta

Araceli Suverza Fernández

Directora de tesis: Dra. Mercedes Ruiz Muñoz

Lector: Dr. Javier Loredó Enríquez

Lectora: Dra. Isabel Cruz Rodríguez

México, D.F.

2010

ÍNDICE GENERAL

Contenido	Página
PRESENTACIÓN.....	
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.1. Introducción al tema.....	1
1.1.1. Descripción general del grupo de jóvenes de 18 a 24 años de edad en México.....	2
1.2. Problemas.....	5
1.2.1. Indicadores de salud y nutrición.....	5
a) Mortalidad.....	5
b) Morbilidad.....	8
c) Sobrepeso y obesidad.....	9
d) Desnutrición.....	10
1.2.2. Conductas de riesgo.....	10
a) Sexualidad.....	10
b) Conductas alimentarias.....	11

c) Violencia y accidentes.....	12
d) Suicidio.....	12
e) Delincuencia.....	13
f) Accesos a servicios de salud.....	13
g) Estresores y percepción.....	13
1.2.3. Hábitos o prácticas no saludables.....	14
a) Tabaquismo.....	14
b) Alcohol.....	14
c) Drogas.....	16
d) Inactividad física.....	16
1.3. Estrategias de atención.....	17
1.4. Educación para la salud.....	22
1.5. Preguntas de investigación.....	24
1.6. Supuesto de investigación.....	24
II. OBJETIVOS.....	26

III. JUSTIFICACIÓN.....	27
IV. MARCO TEÓRICO.....	29
4.1. Estado de salud, sus determinantes y estrategias de atención..	29
4.2. Educación para la salud (EPS).....	34
4.2.1. Definiciones y objetivos.....	39
4.2.2. Modelos y planteamiento pedagógico para la aplicación de estrategias de EPS.....	46
a) Modelo basado en las creencias en la salud.....	47
b) Modelo basado en la comunicación persuasiva.....	49
c) Modelo precede.....	52
d) Modelo basado en el enfoque crítico y política económica.....	54
e) Modelo de desarrollo personal y de habilidades sociales.....	56
f) Enfoque pragmático.....	56
4.2.3. Campos de acción.....	62
a) Educación terapéutica.....	64
4.2.4. Aspectos metodológicos para el desarrollo de programas de EPS.....	66
4.3. Educación para la salud en las escuelas.....	75

4.3.1.	Educación para la salud en escuelas de México.....	79
4.4.	Universidades saludables.....	97
	a) Antecedentes para su conformación.....	97
	b) Definiciones.....	99
	c) Características de la Universidades Saludables.....	101
	d) Lineamientos para su implementación y desarrollo.....	104
4.4.1.	Diagnóstico de estilo de vida.....	111
V.	MARCO CONTEXTUAL.....	119
	a) Universidad Iberoamericana Ciudad de México.....	119
	b) Unidades académicas - licenciatura: divisiones, departamentos, programas y alumnos matriculados.....	120
VI.	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	125
6.1.	Cuestionario para la evaluación de estilo de vida.....	126
	a) Descripción del instrumento.....	127
	b) Evaluación del índice de masa corporal.....	131
	c) Evaluación de la imagen corporal de acuerdo a la representación de las Siluetas de Stunkard.....	133
6.2.	Aplicación y evaluación del instrumento.....	136
6.3.	Universo de estudio.....	137
6.3.1.	Muestreo.....	138

6.3.2.	Muestra y características de la población.....	143
VII.	RESULTADOS.....	148
7.1.	Índice de masa corporal de la población con base al auto reporte de peso y estatura.....	148
7.2.	Auto percepción de imagen corporal con base en las siluetas de <i>Stunkard</i>	152
7.3.	Estilo de vida.....	154
7.4.	Evaluación de ítems específicos.....	160
7.5.	Resumen de resultados.....	163
VIII.	PRINCIPALES HALLAZGOS Y SU MODIFICACIÓN A PARTIR DE ESTRATEGIAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD.....	168
8.1.	Principales hallazgos.....	168
	a) Índice de masa corporal e imagen corporal.....	168
	b) Estilo de vida.....	169
	c) Familia.....	170
	d) Actividad física.....	170
	e) Consumo de frutas y verduras.....	171
	f) Tabaco.....	172
	g) Alcohol y accidentes.....	172

8.2.	Estrategias exitosas de educación para la salud aplicadas en universidades.....	173
	a) Control de peso corporal.....	173
	b) Imagen corporal.....	174
	c) Consumo de frutas y verduras.....	176
	d) Alcohol.....	177
	e) Actividad física.....	179
	f) Grupos de discusión.....	181
8.3.	Líneas para la intervención educativa.....	183
IX.	CONSIDERACIONES FINALES.....	186
	REFERENCIAS.....	188
	ANEXO 1: Cuestionario <i>¿Tienes un estilo de vida fantástico?.....</i>	204
	ANEXO 2: Cuestionario aplicado a la población.....	207

GRAFICAS

Contenido	Página
I.1. Distribución porcentual de las causas de muerte en hombres jóvenes 2006.....	7
I.2. Distribución porcentual de las causas de muerte en mujeres jóvenes 2006.....	7

VII.1. IMC de la población total de acuerdo a diagnóstico.....	149
VII.2. Diferencia en puntajes de Cuestionario por División.....	156

TABLAS

Contenido	Página
I. 1. Prevalencia nacional de sobrepeso y obesidad en la población de 18 y 19 años, por edad y sexo. México, ENSANUT 2006.....	10
IV.1. Objetivos, estrategias y líneas de acción del Programa Escuela y Salud 2007-2012.....	90
IV.2. Instituciones de Educación Superior que incluyen el concepto Universidades Saludables.....	107
IV.3. Cuestionarios para la identificación y evaluación de estilos de vida.	115
V.1. Divisiones, departamentos, licenciaturas, número de alumnos y porcentaje de acuerdo a los programas ofertados en primavera 2010....	121
V.2. Población estudiantil de licenciatura primavera 2009 de acuerdo al programa, sexo y porcentaje del total.....	122
VI.1. Aspectos que se evalúan con el instrumento ¿Tienes un estilo de vida fantástico?.....	128
VI.2. Preguntas del cuestionario ¿Tienes un estilo de vida fantástico? y puntaje por respuesta.....	128
VI.3. Puntaje final por cuestionario e interpretación.....	130
VI.4. Clasificación Internacional del adulto con bajo peso, sobrepeso y	132

obesidad de acuerdo al IMC.....	
VI.5. Media de IMC e intervalos de confianza de los sujetos que seleccionaron cada categoría de siluetas.....	136
VI.6. Prevalencias consideradas para la estimación del tamaño muestral	138
VI.7. Estimación del tamaño de muestral para cada fenómeno en estudio.....	141
VI.8. Tamaño muestral estratificado por divisiones académicas, departamento y licenciatura.....	142
VI.9. Distribución de la muestra de acuerdo al programa de licenciatura	144
VI.10. Distribución de la muestra de acuerdo a la División Académica....	145
VII. 1. Diagnóstico por IMC por sexo.....	149
VII.2. Diagnóstico de acuerdo a la estimación de IMC con base en las siluetas de Stunkard totales y por sexo.....	152
VII.3. Porcentajes de normalidad, sobrepeso y obesidad diagnosticados por IMC con auto reporte y por siluetas de Stunkard por sexo.....	153
VII.4. Clasificación de individuos según cuestionario.....	154
VII.5. Distribución de casos según diagnóstico de estilo de vida.....	154
VII.6. Diferencias por sexo en calidad del estilo de vida.....	155
VII.7. Asociación entre IMC y siluetas de <i>Stunkard</i> con estilo de vida....	156
VII.8. Correlaciones entre ítems del cuestionario ¿tienes un estilo de vida fantástico? y peso según siluetas e IMC.....	158
VII.9. Frecuencia de respuesta en los ítems seleccionados.....	161

PRESENTACIÓN

La etapa de la vida considerada juventud (18 a 25 años de edad) representa uno de los momentos clave para el desarrollo y para la adquisición de conductas que se han denominado saludables o no saludables y que ponen en riesgo la salud tanto a corto como a largo plazo; por ello se han desarrollado una serie de estrategias que apoyan a los individuos para tomar decisiones informadas en relación con las consecuencias de estas conductas para su estado de salud. De estas estrategias, la Educación para la Salud (EPS) se ha privilegiado, ya que representa un proceso de formación, y de responsabilización del individuo a fin de que adquiera los conocimientos, las actitudes y los hábitos básicos para la defensa y la promoción de la salud individual y colectiva. Es decir, se busca responsabilizar al alumno y prepararlo para que adopte un estilo de vida lo más sano posible que coadyuve a lograr un estado de salud adecuado.ⁱ Es por ello que se ha considerado a las universidades como los sitios ideales para incluir dentro de su formación a la EPS contribuyendo así al desarrollo integral de los jóvenes. Esta estrategia fue promovida por la Organización Mundial de la Salud en el año 1998 a partir del proyecto Universidades Saludables (US).ⁱⁱ

A partir de los aspectos señalados anteriormente y sobre todo destacando la relación entre salud y su promoción a partir de la educación, el presente trabajo tiene como propósito realizar un diagnóstico del estilo de vida de los estudiantes de pregrado de la Universidad Iberoamericana Ciudad de México e identificar las características que requieren modificarse en este grupo de jóvenes. De igual manera a partir de las estrategias exitosas y las evidencias que muestran, establecer las directrices para implementar posteriormente un programa de EPS dentro del contexto US.

La metodología utilizada en este proyecto incluyó la aplicación de un instrumento que permitiese delimitar si los estudiantes universitarios tienen un estilo de vida saludable o no

ⁱ Organización Panamericana de la Salud (OPS). Grupo de Determinantes de la Salud y Promoción de la Salud. Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental. Una Nueva Mirada al Movimiento de Universidades Promotoras de la Salud en las Américas Septiembre de 2009

ⁱⁱ Tsouros AD, Dowding G, Thompson J, Dooris M, ed. Health Promoting Universities. Concept, experience and framework for action. World Health Organization Regional Office for Europe Copenhagen. 1998

saludable, eligiéndose para ello la encuesta denominada *¿Tienes un estilo de vida fantástico?*ⁱⁱⁱ, a la cual se le agregaron cuatro elementos para el logro de los objetivos, a saber: datos de identificación de los sujetos, peso y estatura por auto reporte, determinación de imagen corporal (siluetas de *Stunkard*) y consentimiento informado. La encuesta modificada se aplicó en una muestra representativa de los alumnos de pregrado y los resultados fueron evaluados con el programa SPSS 13.

Este trabajo está organizado en nueve capítulos. Los tres primeros abordan el problema de estudio, los objetivos y justificación. En el cuarto capítulo se hace una extensa revisión bibliográfica en relación con la temática abordada, incluyendo como conceptos ordenadores el estado de salud, la educación para la salud, la educación para la salud en las escuelas y finalmente las universidades saludables. Es importante señalar que la revisión bibliográfica fue realizada durante la estancia académica de la autora en la Universidad de Deusto, Bilbao País Vasco España, asimismo se apunta que la bibliografía y referencias utilizadas en este documentos fueron redactadas de acuerdo con el estilo *Vancouver*^{iv}. En el capítulo sexto se presenta el marco contextual del trabajo, ubicando para ello a la Universidad Iberoamericana Ciudad de México; los capítulos séptimo y octavo presentan los resultados obtenidos así como los hallazgos reportados en la literatura de programas de EPS para la modificación de conductas en alumnos universitarios.

Finalmente se presenta una visión en conjunto de los principales hallazgos que dan la base para el establecimiento y desarrollo de una línea de investigación en el área de Educación para la Salud en la Universidad Iberoamericana Ciudad de México.

ⁱⁱⁱ Guía para universidades saludables y otras instituciones de educación superior. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos, Universidad de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile, Consejo Nacional para la Promoción de la Salud, UC Saludable, Vida Chile. 2006.

^{iv} Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas. Requisitos uniformes para preparar los manuscritos enviados a revistas biomédicas. Bol Of Sanit Panam 1994; 16(2):147.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La juventud representa uno de los grupos prioritarios ya que se encuentran en la etapa final de su crecimiento y desarrollo en las esferas, biológicas, psicológicas y sociales, y de hecho gran parte de su desarrollo en esta etapa representará la base para su desarrollo futuro. Representa un momento de transición y libertad entre la etapa escolar y la universitaria en donde el estudiante universitario se hace responsable de sus actividades y actitudes, por lo que el ambiente que le rodea supone una presión para adoptar diferentes actitudes y adoptar hábitos que pueden influir tanto positiva como negativamente en todas las esferas de su vida.

El presente capítulo pretende dar una panorámica general de las conductas que se presentan en los jóvenes y las consecuencias que éstas pueden tener tanto a largo como a corto plazo, posteriormente se presentan las estrategias propuestas por diferentes organismos tanto internacionales como nacionales para controlar el desarrollo de las conductas poco saludables, resaltando la Educación para la Salud como una de ellas, finalmente con base en la revisión de la literatura se establece la problemática que pretende atender este proyecto así como las preguntas de investigación que se plantean en el mismo.

1.1. Introducción al tema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha determinado la división de los grupos de edad de acuerdo a los enfoques físicos, sociales y de desarrollo; estableciendo que los adolescentes (enfoque psicológico) o pubertad (enfoque físico y fisiológico) son aquellos cuyas edades se encuentran en el rango de 10 a 19 años y denomina jóvenes a los que se ubican entre los 15 a 24 años de edad.

El grupo denominado jóvenes se considera uno de los elementos clave para el progreso social, económico y político de todos los países y territorios de las Américas, debido a que su grado de desarrollo repercutirá directamente sobre estos aspectos en el futuro cercano. Sin embargo, lo más frecuente es que este grupo no sea considerado dentro de las políticas públicas de las naciones, excepto para corregir sus conductas inadecuadas, aspecto por

demás importante en el aspecto salud. Esto en parte se debe a que resulta un grupo de población con pocas enfermedades en comparación con los otros grupos de población, sin embargo parte de los hábitos nocivos para la salud adquiridos durante la adolescencia y juventud no se manifiestan en morbilidad o mortalidad durante este periodo, pero sí lo hacen en años posteriores. De hecho, la OMS estima que 70% de las muertes prematuras en el adulto se deben a conductas iniciadas en la adolescencia. Estableciendo así que las principales causas de muerte, de enfermedad y de discapacidad del futuro serán las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, enfermedades pulmonares, depresión, violencia, abuso de sustancias, problemas nutricios, sida y VIH; todas ellas pueden reducirse de manera significativa al lograr la prevención de seis conductas en los jóvenes, las cuales son:^{1,2}

- Uso de tabaco
- Conductas que resultan en daños físicos y violencia
- Uso de alcohol y otras sustancias
- Practicas dietéticas e higiénicas que causan enfermedades
- Estilo de vida sedentario
- Conductas sexuales que provocan embarazos no deseados y enfermedades

1.1.1. Descripción general del grupo de jóvenes de 18 a 24 años de edad en México

En México la población de jóvenes (de 18 a 29 años) era de 21 millones para el año 2005 (según el II Censo de Población y Vivienda de INEGI de 2005) lo que representa cerca del 20% de la población total del país. Para el año 2008 se estimaba que México contaba con 106.7 millones de habitantes y de ellos 27.3% eran jóvenes de 15 a 29 años (14.4 millones hombres y 14.7 millones mujeres)^{3,4}

Según estimaciones, la población de jóvenes alcanzará su máximo histórico en el año 2011. Ello implica que la magnitud de este grupo social llegará a 21.5 millones de personas, y a partir de ese momento comenzará a reducir su tamaño, fundamentalmente debido al gradual

envejecimiento de la población, hasta alcanzar 17 millones en 2030 (13.6% del total) y 15 millones en 2050 (11.8% del total).^{3,4}

De acuerdo al reporte de la Encuesta Nacional de Juventud 2005, los jóvenes de entre 18 y 29 años realizan principalmente actividades de estudio y/o trabajo, siendo más común que los de 18 a los 24 años se dediquen solamente al estudio, y los de los 25 a los 29 años, solamente al trabajo. En ambos casos hay también alrededor de un 30% que no estudia ni trabaja.³

De acuerdo con la matrícula del 2006-2007 el 54% del total de la misma corresponde a niños y niñas de 6 a 14 años que cursan la primaria y el 20% la secundaria. El 13% del total corresponde al grupo de 15 a 24 años que se encuentran en educación media superior. Para 2007 se cuentan con aproximadamente 17.6 millones de jóvenes de 12 a 29 años donde las desigualdades en la formación de capital humano se reflejan especialmente a partir de los 12 años, teniendo menores probabilidades de concluir su educación básica los jóvenes indígenas, de los cuales solo 25% del total de jóvenes (10 millones) lo que corresponde a 2.5 millones indígenas de entre 15 y 24 años asiste a la escuela, teniendo una escolaridad promedio de 6.5 años, 3 menos que el promedio nacional, y conforme se avanza en nivel educativo sus oportunidades disminuyen considerablemente.⁵

En el ámbito nacional, de cada 100 hombres y mujeres de 15 a 29 años, 34 asisten a la escuela según la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo 2007. La presencia de la población masculina es mayor respecto a la femenina, ya que 35 de cada 100 hombres asisten a algún centro de enseñanza escolar por 33 de cada 100 mujeres. En promedio, la población joven tiene 9.6 años de estudio, es decir, cuenta con la educación básica terminada. Sin embargo, de cada 100 jóvenes, 2 no han logrado incorporarse o permanecer en el sistema educativo, 6 tienen entre uno y cinco grados aprobados de primaria, 12 concluyeron la primaria, 38 cuentan con algún grado aprobado en secundaria o estudios equivalentes, 27 tienen al menos un grado en estudios medios superiores y 15 aprobaron algún grado de estudios superiores. El rezago educativo entre los jóvenes es de 30.8% con un comportamiento similar por sexo, 31.1% de los hombres y 30.8% de las mujeres.⁴

Durante el primer trimestre de 2008, la población económicamente activa del país entre los 15 y 29 años, fue de 14.9 millones de personas, representando el 33.1% de la fuerza de trabajo total. De ellos el 59% labora en el sector terciario (servicios y comercio), 28.3% en el secundario y 11.8% en el primario, 0.9 no especificó sector laboral. Por su posición en la ocupación, la mayor parte de los jóvenes ocupados (78.4%) son personas subordinadas y remuneradas; los trabajadores no remunerados representan 11.3%; los trabajadores por cuenta propia, 9%; y los empleadores (patrones) 1.3%. Según la jornada de trabajo, 978 mil jóvenes trabajan menos de 15 horas semanales; en el extremo contrario se ubican 3.6 millones que laboran más de 48 horas semanales y quienes lo hacen de 35 a 48 horas, 44 por ciento.⁴

De acuerdo con el II Censo de Población y Vivienda 2005, existían en el país 6 millones de hablantes de lengua indígena; de los cuales, 1.7 millones tienen de 15 a 29 años de edad; 808 mil son hombres y 860 mil, mujeres. La proporción de esta población joven en el total de población indígena es de 27.7 por ciento.⁴

Con base en la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, en el segundo trimestre de 2007, de los jóvenes de 15 a 19 años de edad 92.1% eran solteros, 4.6% vivían en unión libre y 3.1% casados. Para los jóvenes de más edad, esta distribución cambia considerablemente: en el grupo de 20 a 24 años sólo 63.8% permanece soltero, los casados aumentan a 19.6%; y los que están en unión libre a 14.9%.⁴

El Censo de Población y Vivienda 2005 registró alrededor de 2.7 millones de migrantes, entre internos e internacionales, de este total 1.06 millones son jóvenes de entre 15 y 29 años de edad, Al distinguir entre los tipos de migrantes jóvenes captados se identifica que 91.3% son migrantes internos, mientras que el 8.7% restante son inmigrantes internacionales. Al observar las cifras por sexo la mayoría de los migrantes internos son mujeres (51.8%), caso contrario es el de los inmigrantes internacionales en donde la mayoría son hombres (62.6%).⁴

En el año 2004, ocurrieron 2.2 millones de nacimientos, de éstos 72.3% fueron hijos de mujeres de 15 a 29 años y de ellos el 41.6% fue de madres jóvenes entre 20 y 24 años y un

22.3% en mujeres de 15 a 19 años.⁴ Para el año 2006, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT) determina que las tasas de embarazo se incrementan en forma sustancial en las jóvenes conforme aumenta la edad. Así, mientras la tasa de embarazo en las adolescentes de 12 a 15 años fue de seis embarazos por cada mil, el número aumentó en las jóvenes de 16 y 17 años a 101 embarazos por cada mil, y el mayor incremento se observó en las adolescentes de 18 y 19 años, entre quienes se alcanzó una tasa de 225 embarazos por cada mil mujeres. Por lo cual el embarazo durante la adolescencia tardía o juventud representa uno de los problemas que afectan a este grupo de edad.⁶

Tomando como base las características generales de los jóvenes mexicanos, a continuación se exponen los principales problemas que se presentan en este grupo de edad y que ponen en riesgo su estado de salud. Los cuales se han agrupado como factores de riesgo en los rubros: indicadores de salud y nutrición, conductas de riesgo y hábitos o prácticas no saludables.

1.2. Problemas

1.2.1. Indicadores de salud y nutrición

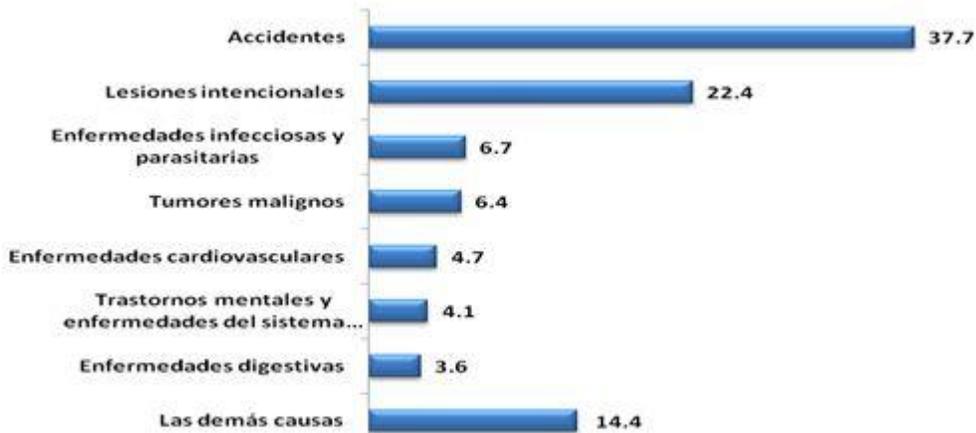
a) Mortalidad

De acuerdo al reporte de mortalidad publicado por la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el 2006, se establece que las principales causas de mortalidad en el grupo de 15 a 24 años de edad lo representan lo que se denomina “causas externas”, de ellos los accidentes de transporte terrestre son la causa de muerte que con mayor frecuencia se clasifica en 28 países de América; le siguen en orden decreciente: las agresiones, los suicidios, el ahogamiento accidental, las neoplasias malignas del tejido linfático y tejidos similares, las complicaciones del embarazo, parto y puerperio y por último la infección por el VIH/sida.⁷

En México para el año 2006 se registraron 494 mil defunciones generales en el país, de éstas 5.7% fueron de jóvenes de 15 a 29 (20 319 hombres y 7 876 mujeres) evidente resulta el hecho de la sobre mortalidad masculina con una frecuencia 2.7 veces mayor en hombres que en mujeres. Las diferencias en el nivel de la mortalidad entre hombres y mujeres

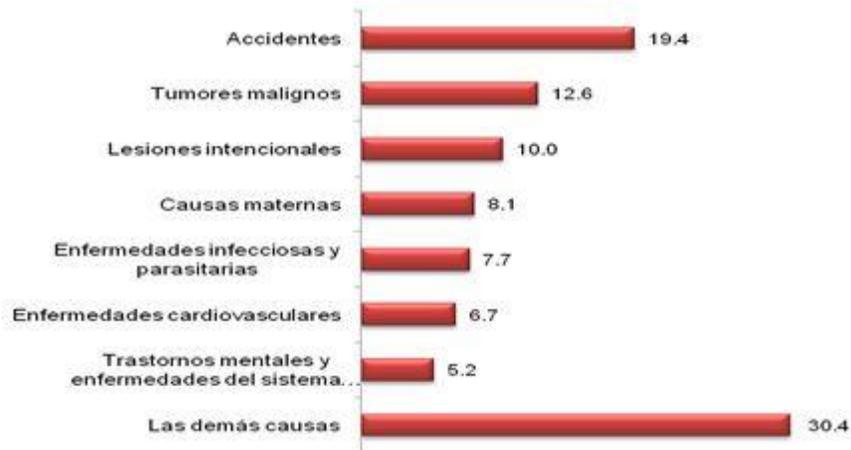
jóvenes se explican en gran medida por los patrones de causa de muerte. En 2006, el número de defunciones por accidentes entre los varones de 15 a 29 años (7 656) equivale casi al total de defunciones registradas por las mujeres de la misma edad (7 876). Tanto para los hombres (37.7%) como para las mujeres (19.4%), la principal causa de muerte son los accidentes, que representan 32.6% del total de decesos de la población joven. La segunda causa de muerte entre los varones son las lesiones intencionales (22.4%) donde destacan las agresiones que representan 68.9%. Por grupos de edad, la tercera causa de muerte de los jóvenes de 15 a 19 y 20 a 24 años son los tumores malignos (8.7% y 6.1% respectivamente), destacando la leucemia con 44.4% y 30.1% del total de este grupo de causa. Por su parte, entre los jóvenes de 25 a 29 años la tercera causa de muerte son las enfermedades infecciosas y parasitarias (10.1%) teniendo gran impacto las muertes relacionadas con la enfermedad por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) con 74.2% de este conjunto. En el caso de las mujeres jóvenes, la segunda causa de muerte son los tumores malignos. Esta se observa entre las jóvenes de 20 a 24 y 25 a 29 años (11.8% y 13.6% respectivamente), en tanto que en las adolescentes de 15 a 19 años la segunda causa de muerte son las lesiones intencionales con 13.9%. La tercera causa de muerte es diferente entre los distintos grupos de edad: en el grupo de 15 a 19 años son los tumores malignos con 12.1%; para las jóvenes de 20 a 24 la tercera causa son las lesiones intencionales con 9.4%. Para las mujeres de 25 a 29 años las enfermedades infecciosas y parasitarias son la tercera causa y representan 9.6% de las defunciones, dentro de éstas destacan 49.8% de las muertes relacionadas con el VIH. Cabe señalar que entre las muertes consideradas violentas se encuentran los accidentes, las agresiones y los suicidios, en 2006 se registraron 15 261 defunciones por este grupo de causas de las cuales 84% fueron varones y 16% mujeres.⁴ (Gráficos 1 y 2)

Distribución porcentual de las causas de muerte en hombres jóvenes , 2006



Fuente: INEGI. Estadísticas Vitales 2006. Base de datos.

Distribución porcentual de las causas de muerte en mujeres jóvenes , 2006



Fuente: INEGI. Estadísticas Vitales 2006. Base de datos.

b) Morbilidad

Las causas de enfermedad entre los jóvenes difieren de acuerdo al medio ambiente y país o continente que se estudie, por ejemplo en la Unión Europea, las enfermedades más prevalentes en los jóvenes de 15 a 24 años son, en ambos sexos, las infecciones respiratorias de las vías altas y la gripe, seguidas de las fracturas y/o contusiones y el acné.⁸

En el caso de nuestro país los datos de morbilidad se presentan con base en los egresos de instituciones hospitalarias del sector salud (aspecto que evidentemente discrimina aquellos

jóvenes hospitalizados en instituciones privadas que puede relacionarse de forma indirecta con su estrato socio económico). Se observan diferencias notables entre el total de egreso de mujeres y hombres jóvenes; la mayor parte de los egresos ocurren en mujeres, representando 92.4% del total y sólo 7.6% en los varones.² En las mujeres jóvenes las principales causas están relacionadas con la función reproductiva: embarazo, parto, puerperio, aborto y las relacionadas con afecciones obstétricas; éstas concentran 92.3% de los egresos, el aborto representa 3.9%. En los hombres las causas (en orden jerárquico), se encuentran los traumatismos y envenenamientos, las fracturas y, los traumatismos y heridas, en conjunto representan un poco más de la mitad de los egresos (52.1%), tienen también importancia las enfermedades del apéndice (8.1%) y las enfermedades del sistema urinario (6.4%).⁴

Por su parte, la Encuesta Continua de Salud en México 2002-2005 señala que los jóvenes de 15 a 29 años son los que menos reportan haber tenido algún problema de salud, por enfermedad, molestias, lesiones físicas por accidente o agresiones, en comparación con los adultos y los niños.⁴

Es importante resaltar que los casos de Diabetes Mellitus tipo 2 para el año 2006 representaron la novena causa de morbilidad entre los niños y jóvenes y los datos van aumentando conforme aumenta la edad, teniendo así que para el grupo de 5 a 9 años de edad se presenta en 126 casos por reporte obligado (datos de la Secretaría de Salud), para el grupo de 10 a 14 fue de 267, 15 a 19 años 739 y para el grupo de 20 a 24 años el reporte establece la presencia de 3382 casos.⁵

ENSANUT 2006, determinó que la prevalencia de hipertensión arterial en la población de 20 años o más es de 30.8 por ciento. Asimismo estableció que la medición de circunferencia de la cintura excesiva utilizada como factor de alto riesgo para desarrollar Síndrome Metabólico fue incrementándose en los hombres a medida que la edad fue progresando; la prevalencia de riesgo fue de 41% en el grupo de edad más joven (20 a 29 años), De manera similar, en mujeres de 20 a 59 años se observó un incremento en la prevalencia de circunferencia de cintura excesiva a medida que progresó la edad. La prevalencia menor se observó en las mujeres entre 20 y 29 años de edad (68.1%).⁶

c) Sobrepeso y obesidad

En la actualidad uno de los principales problemas de salud pública en nuestro país lo representan las alarmantes cifras de incremento en sobrepeso y obesidad, en 1993, los resultados de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas mostraron que la prevalencia de obesidad en adultos era de 21.5%, mientras que con datos de la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA 2000) se observó que 24% de los adultos en nuestro país la padecían y, actualmente, con mediciones obtenidas por la ENSANUT 2006, se encontró que alrededor de 30% de la población mayor de 20 años (mujeres, 34.5 %, hombres, 24.2%) tiene obesidad . Este incremento porcentual debe tomarse en consideración sobre todo debido a que el sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo importantes para el desarrollo de enfermedades crónicas, incluyendo las cardiovasculares, diabetes y cáncer. Si bien las prevalencia de sobrepeso y obesidad son menores en el grupo de 20-29 años, estas cifras aumentan conforme aumenta la edad, tema prioritario y de relevancia nacional por sus consecuencias en la vida adulta.⁶ ya que se ha demostrado que la obesidad en la infancia y en la adolescencia es un factor pronóstico de la obesidad en la vida adulta.⁹

En el ámbito nacional, la prevalencia de sobrepeso fue más alta en hombres (42.5%) que en mujeres (37.4%); en cambio, la prevalencia de obesidad fue mayor en mujeres (34.5%) que en hombres (24.2%,). Al sumar las prevalencias de sobrepeso y de obesidad, 71.9% de las mujeres mayores de 20 años de edad y 66.7% de los hombres tienen prevalencias combinadas de sobrepeso u obesidad. En el cuadro 1 se presentan las prevalencias para los grupos de edad de 18 a 29 años de edad. ⁶

Tabla I.1. Prevalencia nacional de sobrepeso y obesidad en la población de 18 y 19 años, por edad y sexo. México, ENSANUT 2006

Diagnóstico	Masculino			Femenino		
	18 años de edad	19 años de edad	20 – 29 años de edad	18 años de edad	19 años de edad	20 – 29 años de edad
Sobrepeso	17%	24.7%	34.6%	24.2%	11.5%	33.6%
Obesidad	9.3%	14.2%	16.9%	23.3%	10.3%	20.5%

d) Desnutrición

A pesar de que la desnutrición ha disminuido de forma importante en México, aún se presentan prevalencias importantes de la misma, presentándose la condición en 3.3% de los hombres de 20 a 29 años de edad y en el 3.1% de las mujeres del mismo grupo. ⁶

1.2.2. Conductas de riesgo

a) Sexualidad

La ENSANUT 2006, determinó que del grupo de 16 a 19 años, el 29.6% refirieron haber iniciado su vida sexual. El porcentaje de utilización de algún método anticonceptivo en la primera relación sexual es más alto en los hombres, ya que el 63.5% de ellos declaró haber utilizado condón; cerca de 8% indicó el uso de hormonales, y 29% no utilizó ningún método. En las mujeres la utilización reportada es menor: sólo 38% mencionó que su pareja usó condón y 56.6% declaró no haber utilizado métodos anticonceptivos en la primera relación sexual. Por su parte en el grupo de 20 y 49 años de edad con vida sexual activa y que usan algún método de planificación familiar, lo hacen principalmente de forma definitiva con ligadura en las mujeres (45.8%). El segundo método más usado es el dispositivo intrauterino (19.3%) y en tercer lugar se usa el preservativo o condón (14.9%). ⁶ Por otra parte, se estima que alrededor de 695,100 adolescentes (de 12 a 19 años de edad) han estado embarazadas alguna vez y la tasa de embarazo aumenta conforme la edad. En 2005 se registraron 246,584 egresos hospitalarios relacionados con la atención del parto en menores de 20 años (en cuatro instituciones públicas de salud), lo que representa 21% del total de nacimientos atendidos. De estos, 7,289 partos ocurrieron en adolescentes de 10 a 14 años. Es importante mencionar que los embarazos en adolescentes son de alto riesgo y los productos tienen mayor riesgo de tener un limitado desarrollo psicológico, debido a que la adolescente se encuentra aún en crecimiento y desarrollo. ⁵

b) Conductas alimentarias

La presencia de conductas alimentarias de riesgo en la población adolescente se ha convertido en un problema social. Los resultados de la ENSANUT 2006 señalan que 18.3%

de los jóvenes reconocieron que en los tres meses previos a la encuesta les preocupó engordar, consumir demasiado o bien perdieron el control para comer. Otras prácticas de riesgo que se evaluaron son las dietas, ayunos y el exceso de ejercicio con el objetivo de bajar de peso. A este respecto, 3.2% de los adolescentes indicó haber practicado estas conductas en los últimos tres meses. En menor proporción se encuentra la práctica del vómito auto inducido y la ingesta de medicamentos. Por otra parte, se observó que la práctica de estas conductas alimentarias es una situación que afecta a las mujeres en mayor proporción y, entre ellas, las más afectadas son las del grupo de 16 a 19 años.⁶

c) Violencia y accidentes

ENSANUT 2006 establece que la prevalencia de accidentes en el grupo de 10 a 19 años es de 8.8% y 2.3% sufrieron violencia en los medios de transporte o la vía pública (58.9%), en la escuela (24.7%) y en el hogar (10.7%), de estos se encontró que las mujeres fueron agredidas o violentadas con mayor frecuencia en su hogar; en el caso de los hombres, éstos sufren mayor agresión en el transporte o la vía pública. El grupo de 20 a 29 años de edad, presentó una prevalencia mayor de accidentes en relación a los grupos de mayor edad.⁶

Según la Encuesta Nacional sobre Dinámica de las Relaciones de los Hogares 2006, son objeto de violencia emocional 36.5% de las mujeres jóvenes; este tipo de violencia incluye menosprecios, amenazas, prohibiciones, amedrentamientos, entre otras. El 28.3% sufre violencia económica (la pareja le reclama cómo gasta el dinero, no le da gasto, se gasta lo que se necesita para la casa o le prohíbe trabajar o estudiar). El 12.9% fue víctima de algún tipo de violencia física (empujones, patadas, golpes con las manos o con objetos, agresiones con armas, etcétera) y 4.8% tuvo algún incidente de violencia sexual por parte de su pareja. Se ha encontrado que la violencia que ejerce la pareja conyugal contra la mujer es mucho más significativa cuando se trata de mujeres jóvenes: 46 de cada 100 mujeres de 15 a 29 años de edad declaró haber sido objeto de al menos un incidente de violencia en el año 2006; en particular 48 de cada 100 mujeres de 15 a 19 años de edad manifestó haber sufrido un incidente de violencia en ese periodo.⁴

d) Suicidio

ENSANUT 2006, reporta que la prevalencia de intento de suicidio en jóvenes de 16 a 19 años fue de 1.1%, con porcentaje mayor para las mujeres. La prevalencia fue mayor entre aquellos que viven con su pareja (3.1%), en los que consumen alcohol (3.0%) y en los que sufrieron algún tipo de violencia en los últimos 12 meses (4.1%).⁶

Por otra parte se determinó que los adolescentes hombres y mujeres asocian el intento suicida con: soledad, tristeza y depresión un 45 %, con problemas familiares el 37.1 % y problemas personales 23.5 %.⁵

e) Delincuencia

En el año 2006, las estadísticas judiciales en materia penal muestran que 40 de cada 100 presuntos delincuentes del fuero federal y 49 de cada 100 presuntos delincuentes del fuero común, son jóvenes. Estos porcentajes son similares en el caso de los presuntos delincuentes varones (41 y 50 de cada 100), mientras que entre las presuntas delincuentes los jóvenes representan 35 y 40 de cada 100.⁴

f) Acceso a servicios de salud

En los grupos de edad de 15 a 19 y de 20 a 24, más del 50% no son derechohabientes a ningún sistema de seguridad social, lo cual refleja una inequidad en la accesibilidad a los servicios de salud.⁵

g) Estresores y percepción

En esta área los estudiantes mencionaron principalmente que reciben un importante apoyo de sus padres, También indica que hay poca hostilidad y rechazo en su casa, y que hay un nivel intermedio de comunicación entre ellos y sus padres. De acuerdo con la encuesta del Instituto Mexicano de la Juventud 2005 los niños y los jóvenes le temen a la muerte, a no tener salud, a no tener trabajo, a fracasar y a tener problemas económicos, entre otros, en un rango de 20 al 38 %. Esta información abre la oportunidad de trabajar con esta población pues al ser la muerte y la salud las dos primeras causas de preocupación para todos los

grupos de edad, se puede entonces trabajar en el desarrollo de competencias para el manejo de sus determinantes favorables a la salud.⁵

1.2.3. Hábitos o prácticas no saludables

a) Tabaquismo

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones 2002 (ENA 2002), los jóvenes de 12 a 29 años representan 43.6% del total de fumadores. De ellos los jóvenes de 18 a 29 años, 29.3% son fumadores actuales, 15.8% ex fumadores y 54.9% no fumadores. Al evaluar el hábito se encontró que de cada 100 jóvenes que fuman: 10 fuman aún estando enfermos y lo hacen con mayor frecuencia durante las primeras horas del día; a seis les es difícil no fumar en lugares prohibidos; dos fuman el primer cigarro a los cinco minutos después de levantarse, mientras 89 lo hacen después de una hora.¹⁰

Por su parte de acuerdo a lo reportado por la ENSANUT 2006 la prevalencia de tabaquismo en hombres para el grupo de edad de 16 a 19 años es de 25.9% y para las mujeres de 9.5%, siendo más importante esta cifra para las zonas metropolitanas lo que equivale a casi 1 millón de fumadores adolescentes (968 124). Entre adultos, la cantidad de hombres que fuman es tres veces mayor a la de las mujeres fumadoras, independientemente de la edad que tengan. Puede observarse un incremento en la proporción de mujeres que fuman al comparar la población por grupo de edad entre la ENSA 2000 y la ENSANUT 2006, encontrándose que en las mujeres del grupo de 20 a 29 años, la proporción aumentó de 8.4 a 10.7%.⁶

b) Alcohol

La ENA 2002, caracteriza de varias formas a las personas dada su condición de consumo de alcohol. Por una parte al analizar su frecuencia (número de veces que se consume por tiempo), con esta base el 41.7% de la población de 12 a 29 años es bebedora actual (consumió alcohol al menos una vez durante el año anterior a la entrevista). Otra forma en que describe el consumo de alcohol es a partir del patrón de consumo (cantidad de alcohol ingerida por tiempo), estableciendo que los jóvenes de 18 a 29 años el 47.5% eran abstemios (los que nunca han ingerido alcohol o no lo hicieron durante el último año), 4.1% bebedores frecuentes (los que consumen de una a cuatro copas por lo menos una vez a la

semana o cinco copas o más hasta tres ocasiones por mes), 5.3% bebedores consuetudinarios (beben diariamente o que al menos una vez a la semana consumen cinco copas o más por ocasión). En relación con el tipo de bebida consumida se encontró en orden de consumo: cerveza (45.6%), destilados (29.3%) y vinos de mesa (12.7%). Para determinar si se tienen dependencia al alcohol la ENA 2002, considera siete indicadores; cuando la persona presenta por lo menos tres, entonces se dice que hay dependencia al alcohol. En el país existen 4.16 millones de jóvenes con dependencia al alcohol que representan 15.5% del total de personas de 15 a 29 años del país. El síntoma de dependencia que más se presenta en este grupo de población es la incapacidad de control que representa el 11.1%, le siguen la abstinencia 8.6% y la tolerancia 5.4%. El indicador con menos incidencia es el referido al uso continuo a pesar de tener conciencia de los problemas que causa el consumo. ¹¹

Los datos de ENSANUT 2006 mostraron que en el grupo de 16 a 19 años el 17.7% ha ingerido bebidas que contienen alcohol. La mayor prevalencia (21.4%) corresponde a los hombres, en tanto que 13.9% de las mujeres ha consumido alcohol. En relación con la frecuencia de consumo de cinco copas o más en una ocasión en los adolescentes que reportaron que habían consumido alcohol, se encontró que, independientemente de la frecuencia de consumo de alcohol por ocasión y por grupo de edad, existe una tendencia sostenida a aumentar la ingesta con la edad, tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, las diferencias por sexo en el grupo de adolescentes de 16 a 19 años son más evidentes en el consumo al menos una vez por semana, pues 21% de los hombres reportaron consumo semanal de cinco o más copas de alcohol en una ocasión, mientras que en las mujeres, sólo 10% reportaron este mismo dato. En el grupo de 20 a 29 años, 60% de los hombres consumen bebidas alcohólicas, al menos una vez al mes, cinco o más copas, mientras que poco más de 20% de las mujeres refieren el mismo consumo. En ambos sexos, el porcentaje de personas que consume alcohol va disminuyendo conforme el grupo de edad es mayor. ⁶

c) Drogas

La ENA 2002, reportó que 1.5 millones de los jóvenes de 15 a 29 años han usado drogas alguna vez en su vida, esto representa 5.8% del total de población en estas edades y 44.7% del total de personas de 12 a 65 años que han consumido drogas alguna vez en su vida, datos que evidencian la exposición al riesgo que tienen los jóvenes del usar drogas y en su caso de generar algún grado de dependencia. Por otro lado, se observa que el consumo de drogas tiene un perfil mayoritariamente masculino puesto que los hombres triplican a las mujeres; también es un problema que principalmente se da más en áreas urbanas (89.1%) que en rurales (10.9%).^{4, 12}

d) Inactividad física

La Organización Mundial de la Salud establece que uno de los factores causales de la epidemia de sobrepeso y obesidad a nivel mundial es la inactividad física de la población.¹³ Asimismo se considera factor de riesgo para la aparición de enfermedad coronaria, diabetes, varios tipos de cáncer y mortalidad por causas múltiples.¹⁴

La ENSANUT 2006, reporta que de los adolescentes entre 10 y 19 años de edad 35.2% son activos (realizan al menos siete horas a la semana de actividad moderada y/o vigorosa), 24.4% son moderadamente activos (realizan menos de siete horas y al menos cuatro), y 40.4% son inactivos (realizan menos de cuatro horas a la semana de actividad vigorosa y/o moderada). Por otra parte se determinó que más de 50% de los adolescentes pasa más de dos horas diarias frente a un televisor y de éstos más de una cuarta parte hasta tres horas por día en promedio. Lo anterior indica que los adolescentes mexicanos realizan menos actividad física moderada y vigorosa que la deseable. Sólo la tercera parte realiza el tiempo recomendado (35.2%). A esto debe agregarse que más de la mitad de los adolescentes dedica más de 12 horas a la semana frente a pantallas.⁶

Con base en los elementos mencionados resulta importante destacar que la salud y bienestar de los jóvenes dará frutos en sus etapas posteriores de vida. Pero tal y como se mencionó anteriormente los programas de apoyo se dirigen a contrarrestar las conductas o hábitos indeseables como son: deserción escolar, violencia juvenil, abuso de drogas ilícitas o delincuencia entre otros; estos programas normalmente intentan tratar estos problemas a partir del convencimiento de que abandonen esos comportamientos para reducir el impacto

de sus consecuencias, programas que no han logrado el cambio deseado o esperado en los jóvenes. Así, la mayoría se centran en la prevención secundaria y terciaria, y no en un enfoque de promoción de salud y de promoción de conductas positivas o saludables tal y como lo propone la OPS en el marco conceptual que se centra en el desarrollo humano y en la promoción de la salud dentro del contexto de la familia, la comunidad y el desarrollo social, político y económico.²

1.3. Estrategias de atención

El reporte mundial de salud del año 2002 indica que la mortalidad y morbilidad atribuible a enfermedades crónicas no transmisibles como: enfermedades cardiovasculares (EVC), diabetes mellitus (DM 2), obesidad, cáncer y enfermedades respiratorias, representan las principales causas de muerte. Representan aproximadamente el 60% de la totalidad de las muertes y el 47% de las causas de enfermedad y la expectativa de crecimiento para el año 2020 es que se tenga un incremento hasta 73% y 60% respectivamente. El alarmante incremento de estas enfermedades es consecuencia de los cambios demográficos y en estilo de vida de los individuos, incluyendo aquellos relacionado con la dieta y la actividad física. Sin embargo es importante reconocer el potencial de la salud pública para reducir el nivel de exposición a los principales factores de riesgo resultante del consumo de dietas inadecuadas y de la inactividad física y por ende la naturaleza prevenible de estas enfermedades. Entendiendo además que estos factores de riesgo relacionados con hábitos y conductas así como con el medio ambiente, son modificables a través de la implementación de acciones esenciales de salud pública lo cual ha sido demostrado en diversos países.¹⁵

Es un hecho indiscutible que las enfermedades infecciosas dejaron de ser las principales causas de muerte ya que los avances de la medicina terapéutica han logrado combatirlas, sin embargo el crecimiento de las enfermedades crónicas no transmisibles ponen de manifiesto que las enfermedades causadas por estilos de vida y conductas poco saludables representan el principal problemas. De ahí que en la actualidad se a propuesto hablar de patógenos y de inmunógenos conductuales. Por patógenos conductuales se entiende aquellas conductas que incrementan el riesgo de un individuo a enfermar (ej., fumar, beber

alcohol). Los inmunógenos conductuales son todos aquellos comportamientos que hacen a uno menos susceptible a la enfermedad. ¹⁶

Los antecedentes de estos aspectos han sido delimitados por diversos estudios en donde se busco establecer relaciones causales entre hábitos, enfermedades y mortalidad.; de ellos el estudio de Breslow y Enstrom ¹⁷ en donde evaluaron siete practicas de salud (no fumar, actividad física regular, uso moderado o no uso de alcohol, 7 a 8 horas de sueño al día, mantener un peso corporal adecuado, desayunar todos los días y no comer entre comidas) en relación con la mortalidad de los individuos en un seguimiento durante diez años, estableciendo que estas prácticas saludables impactaban directamente sobre la salud y sobrevivencia de los sujetos de forma proporcional al número de conductas que el individuo seguía de manera rutinaria.

Otro de estos estudios es el mundialmente conocido estudio de Framingham, el cual inicio en 1948, reclutando individuos que no habían desarrollado síntomas de enfermedad cardiovascular o sufrido un ataque al corazón o accidente cerebrovascular, conjuntando a un grupo de 5,209 hombres y mujeres de la población Framingham Massachusetts, de entre 30 y 62 años de edad; posteriormente añadieron a los hijos de este primer grupo en 1971, a un grupo multicultural en 1994, en el 2002 incluyeron a la tercera generación del grupo original, en el 2003 incluyeron al grupo de esposos de los hijos del primer grupo (de 1971) así como a un segundo grupo multicultural. A través de los 62 años del estudio el constante monitoreo de los participantes ha permitido la identificación de los principales factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares así como los efectos de estos riesgos. ¹⁸

La evidencia ha establecido la inminente necesidad de realizar prevención de salud es decir adoptar medidas para prevenir la enfermedad en aquellas personas que gozan de buena salud, cambiando los hábitos negativos de salud de los sujetos y prevenir los hábitos inadecuados; este aspecto tiene otra vertiente de gran importancia ya que el costo del tratamiento de las enfermedades es mucho mayor que la prevención de las mismas. Para lo cual es necesario realizar una detección oportuna de los factores de riesgo que afectan a la población con el objeto de realizar actividades de promoción de conductas saludables y evitar que el individuo enferme. La promoción de estilos de vida saludables implica conocer aquellos comportamientos que mejoran o afectan negativamente la salud de los

individuos, actualmente se conocen un número importante de de comportamientos relacionados con la salud los cuales son resultado de estudios epidemiológicos, de ellos los más representativos son: 1. Practicar ejercicio físico 2. Nutrición adecuada 3. Adoptar comportamientos de seguridad. 4. Evitar el consumo de drogas. 5. Sexo seguro. 6. Desarrollo de un estilo de vida minimizador de emociones negativas. 7. Adherencia terapéutica.¹⁶

Considerando los aspectos antes mencionados en el año 2002 la OMS publica el “Informe sobre la salud en el mundo 2002 - Reducir los riesgos y promover una vida sana”¹⁹ en donde se evalúa en qué grado la morbilidad, discapacidad y mortalidad registrados en el mundo son las consecuencia de algunos de los factores de riesgo más importantes que afectan a la salud del ser humano y que podrían evitarse con el objetivo de ayudar a los gobiernos de todos los países a reducir esos riesgos y aumentar la esperanza de vida sana de sus poblaciones. El informe establece que los diez principales factores de riesgo para la salud en el mundo son: 1. El bajo peso en los niños 2. Prácticas sexuales de riesgo 3. Hipertensión arterial 4. Consumo de tabaco 5. Consumo de alcohol 6. Agua insalubre y saneamiento e higiene deficientes 7. Carencia de hierro 8. Humo procedente de combustibles sólidos en espacios cerrados 9. Hipercolesterolemia 10. Obesidad.

Para el año 2004, la OMS establece la estrategia global en salud, dieta y actividad física para promover y proteger la salud a través del desarrollo de un medio ambiente saludable. Con acciones dirigidas al individuo, la comunidad, la nación y a nivel global, con el objetivo primordial de reducir la enfermedad y muertes relacionadas con una dieta no saludable y la inactividad física. Como parte de las estrategias, se establece el promover un medio ambiente saludable a través de programas educativos dirigidos de manera especial a las escuelas, promoviendo en ellas un medio ambiente saludable¹⁵.

México no queda fuera del contexto mundial, ya que se presenta un descenso importante de la mortalidad en todos los grupos de edad así como se han modificado las causas de muerte pasando de las infecciosas a las crónicas no transmisibles y las lesiones. Lo cual está íntimamente relacionado con el aumento de la esperanza de vida, el envejecimiento de la población y al desarrollo de riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables;

dentro de los que destacan el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, la mala nutrición, el consumo de drogas, la vialidad insegura y las prácticas sexuales de alto riesgo. Por ello el Programa Nacional de Salud 2007-2012, identificó como sus ejes rectores: • Dar énfasis a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; • Garantizar el aseguramiento universal, con el propósito de que cada mexicano tenga acceso a servicios integrales de salud; • Garantizar que los bienes y servicios estén libres de riesgos sanitarios; • Suministrar oportunamente los medicamentos e insumos requeridos; • Brindar una atención de calidad, con calidez y segura a toda la población, y, por último, • Fortalecer la infraestructura y el equipamiento médico para ofrecer a los pacientes una atención efectiva en sus lugares de origen.²⁰

Para el logro del primer eje rector se desarrollo el programa de acción específico 2007-2012 Promoción de la Salud: una nueva cultura ²¹ el cual establece como una de sus líneas de acción el Promover la Educación Saludable, considerando que las escuelas, representan un espacio privilegiado para proporcionar a los niños y jóvenes los conocimientos y habilidades necesarios para la promoción y el cuidado de su salud, la de su familia y la de su comunidad. Permitiendo la creación y mantenimiento de ambientes de estudio, trabajo y convivencia saludables.

Para ello el programa intersectorial de “Educación Saludable” incluye actividades que promueven la adopción de estilos de vida sanos y eviten conductas de riesgo, como el consumo de tabaco, el consumo de bebidas alcohólicas, el abuso de sustancias adictivas y las relaciones sexuales sin protección. Asimismo, establece la necesidad de proporcionar información sobre los riesgos biológicos, físicos y químicos del ambiente en general y especialmente el ocupacional. Para el logro de lo anterior se establece la necesidad de determinar intervenciones encaminadas a modificar los estilos de vida y los entornos mediante el desarrollo de competencias que permitan a los niños y adolescentes ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud y evitar el desarrollo de enfermedades prevenibles posteriores.⁵

Finalmente para el año 2008 la OMS establece su plan de acción 2008-2013 estrategia global para la prevención y control de enfermedades no transmisibles, con el objetivo de

trabajar en la prevención y control de cuatro enfermedades: cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas, a partir de la prevención de cuatro factores de riesgo: tabaquismo, inactividad física, dietas no saludables, y el consumo inadecuado de alcohol.²²

De acuerdo a lo antes mencionado en la actualidad se considera que la promoción de la salud deberá ser la estrategia puntual para la atención de la población, lo cual se considera prioritario para el caso de los jóvenes debido a la presencia de las conductas de riesgo, y se considera que la educación para la salud deberá priorizarse bajo este criterio.

1.4. Educación para la salud

De acuerdo a la propuesta de Dueñas (1999)²³ la educación para la salud se define como una disciplina de las ciencias médicas, psicológicas y pedagógicas, que tiene por objeto la impartición sistemática de conocimientos teóricos-prácticos, así como el desarrollo consecuente de actitudes y hábitos correctos, que la población debe asimilar, interiorizar, y por último, incorporar gradual y progresivamente a su estilo de vida, como requisito sine qua non, para preservar -en óptimas condiciones- su estado de salud.²³

La Educación para la Salud (EPS) es una práctica antigua, aunque ha variado sustancialmente en cuanto a su enfoque ideológico y metodológico como consecuencia de los cambios paradigmáticos en relación a la salud: de un concepto de salud como no-enfermedad hacia otro más global, que considera la salud como la globalidad dinámica de bienestar físico, psíquico y social. El paso del concepto negativo de la salud a una visión positiva ha conducido a un movimiento ideológico, según el cual, las acciones deben ir dirigidas a fomentar estilos de vida sanos, y no solo incluir el enfoque preventivo que había prevalecido. Así pues, la EPS, que tiene como objeto mejorar la salud de las personas y puede considerarse desde dos perspectivas: la Preventiva y la de Promoción de la Salud. Desde el punto de vista preventivo, capacitando a las personas para evitar los problemas de salud mediante el propio control de las situaciones de riesgo, o bien, evitando sus posibles

consecuencias. Desde una perspectiva de promoción de la salud, capacitando a la población para que pueda adoptar formas de vida saludable.

Esta revolución ideológica ha llevado, como consecuencia, a la evolución en los criterios sobre los que se sustenta el concepto de EPS. *Proponiendo a la Educación para la Salud como un proceso de formación, y de responsabilización del individuo a fin de que adquiera los conocimientos, las actitudes y los hábitos básicos para la defensa y la promoción de la salud individual y colectiva.* Es decir, como un intento de responsabilizar al alumno y de prepararlo para que, poco a poco, adopte un estilo de vida lo más sano posible y unas conductas positivas de salud. En este sentido la OMS refiere (1983): Si enfocamos la educación sanitaria desde un modelo participativo, y adaptado a las necesidades, la población adquirirá una responsabilidad en su aprendizaje y éste no estará centrado en el saber, sino también en el saber hacer. La Educación para la Salud (EPS) ha sido considerada como uno de los campos de innovación de la Reforma Educativa en diversos países y cobra cada vez mayor importancia como área de trabajo pedagógico.

Una de las estrategias propuesta por la Organización Panamericana de la Salud en conjunto con Instituto para la Educación de la UNESCO, es el establecimiento de estrategias de educación para la salud a través de la educación de los adultos²⁴ y la integración del concepto “Escuelas Saludables” para los niños y adolescentes.²⁵ Así mismo se ha desarrollado el concepto “Universidad Saludable”, *la cual se considera como aquella que incorpora la promoción de la salud a su proyecto educativo y laboral, con el fin de propiciar el desarrollo humano y mejorar la calidad de vida de quienes allí estudian o trabajan para así, formarlos con el fin de que actúen como modelos o promotores de conductas saludables con sus familias, en sus futuros entornos laborales y en la sociedad en general.*²⁶

Dado la dinámica de la vida socio-comunitaria, donde la salud y la educación no constituyen compartimientos estancos de la misma, sino que se imbrican mutuamente y son a su vez receptores de un contexto plagado de atravesamientos históricos, económicos y políticos, es notable resaltar la figura emblemática de la escuela, como el espacio de

socialización y aprendizaje donde se transmiten hábitos y pautas saludables que permiten optimizar la calidad de vida tanto de los alumnos como la de su respectivo grupo familiar.

Las instituciones escolares sirven como medio para coordinar, integrar, implementar y mantener una variedad de intereses de promoción de la salud, prevención de enfermedades, lesiones y reducción de los riesgos para mejorar la salud, incrementar el potencial educativo y el bienestar. En la actualidad, el concepto de salud escolar va mucho más allá de suministrar instrucción sanitaria y servicios de control a los estudiantes. Por ello el presente proyecto se construye sobre la base de las Universidades Saludables como estrategia de promoción de la salud integral para los estudiantes de la Universidad Iberoamericana Ciudad de México, basada en la propuesta de Educación para la salud.

1.5. Preguntas de investigación

¿Cuáles son los factores de riesgo para el desarrollo de problemas de salud que más afectan a los alumnos de pregrado de la Universidad Iberoamericana Ciudad de México?

¿Cuáles son los lineamientos para el desarrollo de un programa de intervención educativa basado en el contexto de estilo saludable para los alumnos de pregrado de la Universidad Iberoamericana Ciudad de México que coadyuve a la prevención de problemas de salud?

1.6. Supuesto de investigación

Tomando como base los problemas de salud presentes en el grupo de jóvenes de la población mexicana que los colocan como un grupo de riesgo debido a la práctica de conductas inadecuadas para su salud, se presupone que estas conductas y por ende los factores de riesgo para la salud, estarán presentes en el grupo de estudiantes de pregrado de la Universidad Iberoamericana Ciudad de México. Y que el cambio de conductas hacia estilos de vida saludable a partir de un programa de intervención educativa permitirá prevenir el desarrollo de los problemas a corto y largo plazo.

Con base en las preguntas de investigación planteadas y al supuesto que las guía, a lo largo del presente capítulo se estableció como punto medular los problemas y conductas que llevan al jóvenes a desarrollar problemas de salud que pueden afectar su desarrollo, así como el destacar la promoción de la salud como la estrategia efectiva para contrarrestar el problema evitando el desarrollo de problemas. Así mismo se presentó la Educación para la salud como la estrategia que será utilizada en el presente proyecto para que bajo el contexto de Universidades Saludables se puedan establecer medidas de intervención que coadyuven a eliminar o prevenir la aparición de los problemas antes mencionados en los alumnos de la Universidad Iberoamericana Ciudad de México. Estableciéndose a partir de este contexto los objetivos del proyecto que a continuación se presentan.

II. OBJETIVOS

2.1. Generales

- Determinar los factores de riesgo en los alumnos de licenciatura de la Universidad Iberoamericana Ciudad de México a partir de la propuesta de Universidades Saludables.
- Delimitar las líneas para el desarrollo de una intervención educativa basada en estilos de vida saludable para los alumnos de licenciatura de la Universidad Iberoamericana Ciudad de México.

2.2. Particulares:

- Determinar de acuerdo al índice de masa corporal la presencia de desnutrición, bajo peso, obesidad y sobrepeso en los alumnos de la Universidad Iberoamericana Ciudad de México.
- Analizar de acuerdo a la evidencia reportada por los organismos internacionales y por las experiencias de otras universidades en la aplicación de programas, si los factores de riesgo presentes son factibles de modificación a partir de programas de educación para la salud.

III. JUSTIFICACIÓN

La Universidad Iberoamericana Ciudad de México, institución de enseñanza superior confiada a la compañía de Jesús, pretende como parte de su visión el favorecer el

crecimiento de sus alumnos como personas de manera integral, no enfocada únicamente a la adquisición o desarrollo de conocimientos, por ello resulta indispensable involucrar dentro de sus actividades el concepto salud desde el punto de vista biológico, psicológico y social, ya que la falta de salud en cualesquiera de sus ámbitos representará la formación basada solo en el conocimiento.

Para lograrlo ha desarrollado algunas actividades aisladas para promover la salud entre sus estudiantes, una de ellas lo representa la apertura de la Clínica de Nutrición en el año 2000, la cual se ha enfocado en proporcionar atención nutricional a los alumnos que los solicitan, sin embargo a diez años de su creación si bien el mayor número de personas atendidas lo representan alumnos tanto de pregrado y de posgrado 46.36% (n=574), la atención se limita a aquellos estudiantes que por propia convicción asisten a la misma además de que solo se realizan actividades de intervención para el aspecto alimentario y nutricio. Por ello y reconociendo la innegable vinculación entre salud y educación el presente proyecto pretende atender a la totalidad de los alumnos bajo la estrategia de un programa de educación para la salud para promover la salud de los estudiantes atacando aquellas conductas que ponen en riesgo su salud.

La propuesta de desarrollo de un programa de educación para la salud de los estudiantes debe ir engarzado en un proyecto mayor para evitar que se convierta en una nueva actividad aislada, por ello el presente proyecto se vinculó con el modelo de Universidades Saludables propuesto por la Organización Mundial de la Salud,²⁷ en donde se establece que la primera actividad para su implementación es realizar un diagnóstico base sobre los estilos de vida de los estudiantes para que con base en ello se puedan identificar las conductas de riesgo presentes en la comunidad estudiantil.

Es importante reconocer que el estudio de las conductas de riesgo entre los estudiantes permitirá conocer un aspecto que no se ha estudiado dentro de la universidad y considerando los problemas que pueden afectar a los jóvenes, coadyuvará a su desarrollo integral y como institución tendrá un valor agregado el cuidado integral de la salud de sus estudiantes. Ya que de acuerdo a la revisión bibliográfica del tema, no se encontraron reportes de estudios similares en universidades privadas en la república mexicana. Si bien

existen reportes en la literatura, se presentan en universidades públicas, lo cual puede tener como base que la Subsecretaria de Educación Superior de la Secretaría de Educación Pública (SEP) en el año 2001 lanza la propuesta de “Modelo Nacional de Universidades Saludables”²⁸ para ser aplicado en estas instituciones; este programa utiliza el modelo propuesto por la Universidad Pontificia Católica de Chile denominado “*Guía para Universidades Saludables y Otras Instituciones de Educación Superior*”,²⁹ el cual será utilizado para el presente proyecto.

Finalmente aunado a los beneficios tanto para los estudiantes como para la institución, se pretende que este proyecto abra una línea de investigación no explorada hasta la fecha sobre Educación para la Salud, integrando a los Departamentos Académicos de Educación y Salud de la propia universidad, ya que a partir del diagnóstico de estilo de vida y la propuesta de acciones de educación para la salud para los alumnos que abarca el presente proyecto, se buscará continuar con las acciones implementando posteriormente el programa además de hacerlo extensivo a sus alumnos de posgrado así como para académicos y trabajadores administrativos para involucrar a toda la universidad tal y como lo propone el concepto Universidades Saludables-Promotoras de la Salud, concepto que a nivel mundial está cobrando fuerza encontrándose a la fecha una gran cantidad de universidades que están implementando el modelo.

IV. MARCO TEORICO

En este capítulo se presentan los aspectos teóricos que dan sustento a la investigación, incluyendo tanto las teorías y los aspectos conceptuales básicos de cada uno de los temas que apoyan el trabajo así como resultados de trabajos de investigación similares que se han realizado. Considerando que el tema de estudio lo representa la educación para la salud a partir de la estrategia Universidades Saludables, resulta indispensable ubicar en el contexto el concepto salud así como las estrategias para su atención Para ello el capítulo se

subdividió en cuatro apartados: estado de salud y nutrición, educación para la salud, educación para la salud en las escuelas y finalmente universidades saludables. En cada uno de ellos se pretende ubicar al lector en el panorama actual de estos elementos lo que permite contextualizar el trabajo realizado.

4.1. Estado de salud, sus determinantes y estrategias de atención

Como ya se mencionó en el capítulo uno, el desarrollar estrategias de educación para la salud implica necesariamente la identificación del estado de salud de los individuos así como los factores que la determinan, lo cual permitirá comprender a la educación para la salud como una estrategia para lograrla. Es por ello que en este apartado se buscará dar este contexto general.

Tal vez uno de los mayores problemas a los que se enfrentan los estudiosos de la salud, es el definir que es salud ubicándola en la globalidad del concepto, es decir no entendida como la ausencia de enfermedad. Es por ello que la Organización Mundial de la Salud define salud como: *El estado completo de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad”, considerando que el disfrutar del más alto estándar de salud es uno de los derechos fundamentales de cualquier individuo sin distinción de raza, religión, creencia política o condición social o económica.*³⁰

Pero tal vez uno de los principales aspectos es el determinar cómo o porqué se mantiene o pierde la salud de los individuos, en la actualidad este elemento cobra renovada importancia debido a que ha disminuido el número de enfermedades y muertes debido a problemas infecciosos en donde era muy clara la relación causal entre el agente (virus, bacteria, parásito) y la enfermedad. Por otra parte los avances en la ciencia y tecnología médica han hecho posible el tratar y curar mayor número de enfermedades; estos aspectos han aumentado la esperanza de vida de la población mundial considerando que en la actualidad un individuo puede vivir en condiciones adecuadas hasta los 80 años de edad.

Sin embargo ante el cambio en el panorama de morbilidad y mortalidad mundial en donde las enfermedades crónicas no transmisibles (cardiovasculares, cáncer, enfermedades

respiratorias crónicas, diabetes mellitus) son el principal problema, se pone el énfasis en porque se desarrollan estos padecimientos.³¹ En el Informe sobre la salud en el mundo 2002¹⁹ se establece que unos cuantos factores de riesgo importantes causan por sí solos una proporción considerable de todas las defunciones y las enfermedades en la mayoría de los países. De ellos y para las enfermedades crónicas los factores de riesgo más importantes son: el tabaco, el sobrepeso y la obesidad, la inactividad física, el bajo consumo de frutas y verduras, el alcohol y diversos efectos biológicos intermedios como son el aumento de la tensión arterial y el incremento del colesterol sérico y de la glucemia. Aunados a los anteriores la Organización Panamericana de la Salud (OPS) retoma lo establecido por McGinnis and Foege³² en el año 1993 para la población americana los cuales establecen que las diez “causas reales” de mortalidad son: el uso del tabaco, la exposición a venenos y toxinas, la alimentación excesiva o deficiente, las armas de fuego, el ejercicio aeróbico inadecuado, conductas sexuales de riesgo, traumatismos por vehículos auto-motores, consumo excesivo de alcohol, el uso de drogas ilícitas e inmunización inadecuada. Con esta base la OPS establece que estas causas son los factores de riesgo que se presentan en todo el mundo pero el impacto de cada uno de ellos depende del medio ambiente local y la cultura de las poblaciones, pero destaca la importancia de que con estos factores base se desarrollen las prioridades en prevención de salud para la población.^{32,33}

Por su parte la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha adoptado una visión holística sobre los determinantes sociales de la salud, determinando que un pobre o mal estado de salud es el resultado de la inequidad en diversos aspectos que van desde el poder, la economía, los bienes y servicios, todos ellos englobados en lo que se denomina como “circunstancias en que la gente vive”; ya que considera el acceso que se tienen a servicios de salud, escuelas, educación, así como las condiciones en su trabajo y ocio, sus casas, en sus comunidades, pueblos y ciudades. Considerando que estos elementos se conjuntan en una combinación “tóxica” para la salud del individuo, por lo cual la enfermedad o la conservación de la salud está determinada por las condiciones en que el individuo nace, crece, vive, trabaja y envejece. La evidencia y el sentido común determinan que el vivir en lugares saludables da como resultado individuos saludables.³¹ Lo que resulta indiscutible es que la salud es un bien esencial que soporta el crecimiento, el aprendizaje, el bienestar,

el desarrollo social y la producción económica y que solo mejorando la salud de la población se logrará construir el futuro de las naciones.

México no se queda fuera del contexto de cambio en los patrones de salud y enfermedad, estableciendo que los cambios relacionados con el estilo de vida (denominados: determinantes proximales de las condiciones de salud) han sido los responsables de esta transición, apuntando que los estilos de vida poco saludables que se destacan en la población mexicana son: la mala nutrición (alto consumo de calorías y grasas de origen animal, bajo consumo de frutas y vegetales), el sedentarismo y el consumo de sustancias adictivas, que han dado origen al surgimiento de riesgos emergentes como el sobrepeso y la obesidad, la hipercolesterolemia, la hipertensión arterial, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, el consumo de drogas ilegales, la violencia doméstica y las prácticas sexuales inseguras. Dentro de los riesgos del entorno se incluyen la falta de acceso a agua potable, la falta de acceso a servicios sanitarios, la contaminación atmosférica y los riesgos laborales. A estos riesgos habría que añadir los desastres naturales.²¹

Por su trascendencia, se han desarrollado gran cantidad de investigaciones sobre el costo-beneficio de los apoyos para lograr o mantener la salud de los sujetos; de ellos los más comunes son aquellos que evalúan el tratamiento de las enfermedades en comparación con la medicina preventiva, determinándose que en todos los casos los programas de promoción de la salud resultan con un costo-efectividad mucho mayor ya que se aplican en grandes sectores de la población y permiten prevenir el desarrollo de enfermedades minimizando los costos que se generarían por la necesidad de atención, considerándose que siempre es mejor prevenir que curar. Uno de los ejemplos lo representan los programas que introducen hábitos de estilo de vida saludable a los niños y que se refuerzan durante la adolescencia y juventud, ya que permiten prevenir el desarrollo de las enfermedades crónicas no transmisibles y por tanto disminuyen las tasas de morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares, respiratorias y cáncer en el adulto, y como consecuencia permiten que los adultos se mantengan productivos durante más tiempo apoyando al desarrollo económico individual, de la familia y de su comunidad. Por ello el promover

estilos de vida saludables utiliza la acción en dos aspectos: la prevención de enfermedades^v y la promoción de la salud.³³

La prevención de enfermedades puede darse en tres diferentes etapas que están ligadas al proceso de desarrollo de las enfermedades, teniendo así que las acciones pueden darse como prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria. La prevención primaria está dirigida a evitar el desarrollo inicial de una enfermedad (p ej. Vacunación, motivar para la abstinencia en el consumo de drogas y alcohol, reducir factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares); busca llegar al mayor número de población posible que este –o pueda estar- en riesgo, habitualmente los programas de promoción de la salud se ubican en este nivel. La prevención secundaria involucra la detección y tratamiento oportuno de las enfermedades antes de que se desarrollen en su totalidad, los programas de tamizaje (p ej. Papanicolau cérvico-uterino para detección de cáncer) son ejemplos de esta prevención y pueden realizarse sin la necesidad de equipos de laboratorio costosos, incluso se realizan a partir de cuestionarios o mediante la observación. Finalmente la prevención terciaria ocurre cuando la enfermedad ya está presente y busca prevenir el deterioro del individuo y el desarrollo de complicaciones y rehabilita al paciente para regresar a su funcionamiento físico, mental y social lo mejor posible.^{4,7}

Como antes se mencionó los programas de promoción de la salud se ubican en la etapa de prevención primaria, resulta por ello importante considerar que la OMS ha determinado que la promoción de la salud representa el concepto unificador que reconoce la necesidad de cambiar en la forma y condiciones de vida para promover la salud, para lo cual se basa en cinco principios, de los cuales solo se referirán los dos que se ubican en el objeto de este trabajo: Principio 1: la promoción de la salud se considera dentro del contexto de la vida diaria de los individuos, permitiendo al sujeto tomar el control y responsabilizarse de su salud, lo cual requiere un completo y continuo acceso a información sobre salud. Principio 5: La promoción de la salud representa una actividad de los campos de salud y social y no representa un servicio o atención médica, por ello el profesional que trabaje en el campo de

^v La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los *factores de riesgo*, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre los determinantes de la salud para mejorarla. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud Glosario.1998 p. 10,11,13,14

la promoción de la salud debe desarrollar sus contribuciones de forma especial en la educación. Ya que la información y la educación proporciona una base informada para tomar decisiones en salud.³⁴

En México, el Programa Nacional de Salud 2007-2012 instituye como una de sus prioridades el establecer la Promoción de la salud como uno de sus ejes rectores, por lo cual se establece el Programa de Acción de Promoción de la Salud: una nueva cultura 2007-2012,²¹ a partir de tres programas de acción: 1. Entornos y Comunidades Saludables, 2. Escuelas y Salud, y 3. Vete Sano, Regresa Sano.

El segundo de ellos –Escuelas y Salud- toma como punto básico el contemplar la Educación para la Salud en las escuelas como uno de sus elementos clave.

Con base en lo antes expuesto cabe destacar el sentido social y no médico del concepto salud, ubicando dentro de ello a la educación como un elemento básico para que los individuos tomen decisiones informadas en relación con los aspectos determinantes de su salud, haciéndolos así responsables de su auto cuidado. Por ello en el siguiente apartado se presenta una revisión sobre el concepto Educación para la Salud lo cual refuerza las actividades de promoción de la salud vigentes en la actualidad tanto a nivel internacional como nacional.

4.2. Educación para la salud

En el presente apartado se presenta una revisión sobre el termino educación para la salud (EPS), sus antecedentes y preceptos, modelos aplicativos así como algunos ejemplos de investigaciones realizadas sobre el tema y que pretenden delimitar la forma en que se debe aplicar, asimismo se presentan las diferencias entre ésta y la educación terapéutica con el propósito de identificar de manera específica el campo de acción de cada una de ellas.

La EPS integra conceptualmente los términos educación y salud; pero este hecho no implica la suma de los dos conceptos. Ambos representan un proceso vital, pero su origen es paralelo al desarrollo político, social y económico de la humanidad.³⁵

Históricamente la educación y la salud se desarrollaron como disciplinas paralelas pero aisladas, aplicadas en distintas formas de acuerdo al desarrollo histórico de la sociedad. Por su parte en el aspecto de salud, los conceptos y las prácticas de salud pública se conocen desde los tiempos más antiguos, cabe como ejemplo mencionar que a los hebreos (1500 años AC) les indicaban que debían mantener limpio su cuerpo, desinfectar las viviendas después de una enfermedad, proteger el agua y los alimentos de contaminación, aislar a los leprosos, etc. Sin embargo es hasta el siglo XVIII en que la medicina comenzó a transformar su concepción acerca de la causalidad de las enfermedades, pero sin incluir los elementos económicos, sociales y psicológicos presentes en el condicionamiento de la salud y la enfermedad (paradigma biologicista de la medicina).^{35,36}

Es hasta finales del siglo XVIII, que se acepta a los factores externos o modo de vida vinculados a las actividades cotidianas de los sujetos como elementos condicionantes de la presencia o ausencia de algunas enfermedades. Estos cambios fueron gracias a las aportaciones de Chadwick (1842) en Inglaterra y a Shattuck (1850) en Estados Unidos de América, ya que ellos establecen con claridad la relación entre pobreza y enfermedad y demuestran que la miseria reinante en los barrios periféricos de las ciudades industriales, donde se instalan la suciedad, el desarraigo y la marginación, son la causa de la elevada tasa de mortalidad y baja esperanza de vida.

Este avance en el conocimiento fue decisivo para el surgimiento de un nuevo paradigma en las Ciencias Médicas, el modelo médico-social lo que en breve tiempo originó el nacimiento de la Higiene Social, la Medicina Social y la Salud Pública, disciplinas que fueron aportando nuevos conocimientos sobre la determinación social de la salud. Estos aspectos motivaron la creación de los primeros servicios de salud pública bajo la denominación “Sanidad e Higiene Pública”, con el objeto de proteger la salud de la población mediante acciones de gobierno dirigidas al medio ambiente y a la colectividad, promocionando la salud entre la población. Esta nueva concepción del proceso salud-enfermedad, estableció su abordaje sociológico que en conjunto con la epidemiología^{vi},

^{vi} La epidemiología es el estudio de la distribución y de los determinantes de los estados o acontecimientos relacionados con la salud de determinadas poblaciones y la aplicación de este estudio al control de los problemas de salud. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud Glosario. Ginebra. 1998.

facilitó el establecimiento de las relaciones existentes entre las condiciones de vida, conductas y factores de riesgo

La Epidemiología se ha postulado como pilar fundamental de las políticas de prevención en salud y normalmente se basan en la transmisión y divulgación de conocimientos a la comunidad. De esta forma se logra vislumbrar la articulación de la educación con la salud para el bienestar de la colectividad, para ello los servicios de higiene pública además de la protección de la salud de los ciudadanos, asumieron actividades de fomento y promoción.

35,36

A comienzos del siglo XIX, Winslow (1920) indica que la salud pública debe procurar el saneamiento del medio, el control de las enfermedades transmisibles, la organización de los servicios médicos, y por vez primera, se habla de educación sanitaria estableciéndose que su objetivo es educar a la población para prevenir las enfermedades y promocionar su salud, considerándose que cualquier actividad en donde se suministrara información o conocimientos relativos al mantenimiento y promoción de la salud, de manera formal o informal era EPS, en donde la acción educativa recaía íntegramente sobre el individuo, al que se le intentaba instruir sobre lo nocivo de ciertos comportamientos, con el objeto de que modificase su vida hacia hábitos más saludables y era proporcionada por personal sanitario. Quedando por tanto fuera de este contexto todo conocimiento empírico en torno a la salud transmitido de generación en generación, a través de la familia y la sociedad. Si bien es cierto que del desconocimiento, la superstición y las creencias, no se desprenden por lo general hábitos de vida saludables, también es igualmente cierto que a pesar de poseer muchos y profundos conocimientos, los individuos mantienen conductas de alto riesgo para la salud.^{35,36}

A este primer período del desarrollo de la EPS, se le identifica como informativo prescriptivo, que implicaba un proceso de transmisión de información con una intención prescriptiva, en donde los profesionales de la salud eran los únicos poseedores de los conocimientos necesarios para el cuidado de la salud y los individuos debían estar dispuestos a aceptar y cumplir con precisión sus indicaciones.³⁵ Es decir la acción de educar en salud era concebida como la transmisión de verdades absolutas y la difusión de

saberes que la sociedad debería considerar hegemónicos; partiendo de la creencia de que el otro u otros eran ignorantes, y de que su realidad social, económica y política eran iguales, considerando así la homogeneidad de los grupos. Por tanto se desarrollaba la misma actividad educativa para cualquier grupo, subvalorando la individualidad así como las diferentes esferas del ser humano, confiando en que la información o en su caso el conocimiento de los factores que inciden en la génesis u origen de las enfermedades, sería elemento suficiente para que los individuos lograsen mantener un adecuado estado de salud. Desde esta perspectiva, los problemas de salud se resolverían, sin más, con una mayor difusión de los conocimientos.³⁷⁻³⁹

Durante años en EPS, se trabajó en esta transmisión de conocimientos, pero en el año 1950 se crea la Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud como una asociación profesional independiente comprometida con el mejoramiento de la salud y bienestar de la población a través de la educación, organización que dedicó sus esfuerzos iniciales a proporcionar herramientas metodológicas a los proveedores de servicios de salud y a los educadores, quienes a pesar de su buena voluntad, en una praxis carente de fundamentos teóricos-metodológicos sólidos, redujeron la EPS al simple acto de informar sobre salud y enfermedad.^{38,39}

Después de varios años surge el segundo periodo de la EPS, periodo que se origina por tres aspectos fundamentales. El primero es que los resultados obtenidos de la EPS -medidos en indicadores de salud- no fueron los esperados. El segundo por el creciente desarrollo de las teorías pedagógicas. Y por último debido al creciente interés de la medicina por la conducta y su resultado en la salud.

Los elementos anteriores dieron la pauta para la modificación en el enfoque ideológico y metodológico, concibiendo así que la EPS deberá estar basada en el comportamiento del sujeto y su aplicación se establecerá a partir de intervenciones destinadas a facilitar tanto los cambios en la conducta así como las modificaciones en los estilos de vida; su objetivo es conseguir comportamientos saludables proporcionando información como parte del proceso, pero no como el objetivo central de la misma, buscando que el sujeto tome conciencia de qué son los estilos de vida y cuál es su repercusión en la salud a corto, medio

y largo plazo. Aunado a ello, se suma el cambio paradigmático en relación a la salud, desterrando el concepto de salud entendida como no enfermedad hacia un concepto más global que considera la salud como la globalidad dinámica de bienestar físico, psíquico y social que no consiste únicamente en la ausencia de enfermedad. Este cambio en el concepto negativo de la salud hacia una visión positiva refuerza que las acciones de EPS deben ir dirigidas a fomentar estilos de vida sanos, y no solo incluir el enfoque preventivo que había prevalecido, sin embargo y a pesar de este cambio de enfoque el fin último es prevenir educando. Para ello contempla al individuo no como un elemento pasivo de su intervención, sino que éste participa activamente en el incremento y mejora de su propia salud. Admite que la conducta humana no sólo está determinada por decisiones propias y factores internos individuales, sino también, por elementos externos ambientales, de manera que ante determinados condicionantes exógenos, difícilmente habrá modificaciones de la conducta individual. De esta manera, toda la comunidad debe intervenir en la educación para la salud. Como consecuencia de la sensibilización creada por la misma, se produce una auto responsabilidad en el cuidado y promoción de la salud, que puede llegar a una modificación de actitudes, y en algunos casos de comportamientos, hacia estilos de vida más saludables.^{23,35, 36}

Así pues, la EPS, que tiene como objeto mejorar la salud de las personas y puede considerarse desde dos perspectivas: la Preventiva y la de Promoción de la Salud. Desde el punto de vista preventivo, capacitando a las personas para evitar los problemas de salud mediante el propio control de las situaciones de riesgo, o bien, evitando sus posibles consecuencias. Desde una perspectiva de promoción de la salud, capacitando a la población para que pueda adoptar formas de vida saludable. Esta revolución ideológica ha llevado, como consecuencia, a la evolución en los criterios sobre los que se sustenta el concepto de EPS. Proponiendo a la Educación para la Salud como un proceso de formación, y de responsabilización del individuo a fin de que adquiera los conocimientos, las actitudes y los hábitos básicos para la defensa y la promoción de la salud individual y colectiva. Es decir, como un intento de responsabilizar al alumno y de prepararlo para que, poco a poco, adopte un estilo de vida lo más sano posible y unas conductas positivas de salud. En este sentido la OMS refiere (1983): “Si enfocamos la educación sanitaria desde un modelo participativo,

y adaptado a las necesidades, la población adquirirá una responsabilidad en su aprendizaje y éste no estará centrado en el saber, sino también en el saber hacer”. Es por ello que la EPS ha sido considerada como uno de los campos de innovación de la Reforma Educativa en diversos países y cobra cada vez mayor importancia como área de trabajo pedagógico.

4.2.1. Definiciones y objetivos

Tomando como base el desarrollo histórico de la EPS antes mencionado, resulta importante determinar su significado, sin embargo es también importante reconocer que no existe una definición única debido a la trascendencia de la misma, resultado en parte de la insuficiencia que la medicina curativa como sistema de salud ya que se debe reconocer que la salud responde tanto a condicionantes biológicos como psicosociales, que pueden aumentar la proporción de la morbilidad y mortalidad según el estilo de vida de los sujetos y comunidades. Una señal de identidad de la sociedad actual es el cambio, por tanto una transformación social exige de la educación una continua adaptación a formas de vida diferentes mediante estrategias de intervención educativa que respondan a los problemas que se van generando.

Una de las primeras definiciones válidas de EPS la elaboró Wood, quien en 1926 define Educación Sanitaria como "la suma de experiencias que influyen favorablemente sobre los conocimientos, actitudes y hábitos relacionados con la salud del individuo y comunidad". Gilbert, experto canadiense en Educación para la Salud, la define en 1959 como "la instrucción de las gentes en materia de higiene, de forma que apliquen los conocimientos adquiridos al perfeccionamiento de su Salud". En 1966 Kals y Coobs definen la EPS como "Cualquier actividad realizada por una persona que cree estar sana con el propósito de prevenir la enfermedad o detectarla en estadio asintomático".⁴⁰

A continuación se presentan algunas de las definiciones propuestas por diferentes autores e instituciones y que en la actualidad se consideran en vigencia.

- Dueñas (1999),²³ define la educación para la salud como una disciplina de las ciencias médicas, psicológicas y pedagógicas, que tiene por

objeto la impartición sistemática de conocimientos teóricos-prácticos, así como el desarrollo consecuente de actitudes y hábitos correctos, que la población debe asimilar, interiorizar, y por último, incorporar gradual y progresivamente a su estilo de vida, como requisito sine qua non, para preservar -en óptimas condiciones- su estado de salud.

Por su parte la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha modificado en varios momentos su definición, la primera de ellas establecía: ⁴¹

- La educación para la salud es un proceso que compromete una minuciosa construcción de oportunidades de aprendizaje y comunicación, diseñadas para mejorar la información, alfabetizar en salud y en conocimientos de salud y desarrollar habilidades que conducen a la promoción de la salud del individuo, su comunidad y su medio ambiente.
- En el año 1986, definió a la EPS bajo la siguiente premisa: “La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad”.
- En el año 1998 modificó esta definición adaptándola a los cambios de la época por la evolución de los conceptos; este concepto fue revisado por todas las Oficinas Regionales de la OMS, estableciéndose así que la EPS aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud; incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo, además

del uso del sistema de asistencia sanitaria. Es decir, la educación para la salud supone comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud.

- García Ospina (2001) ³⁷ define la Educación para la Salud, como el proceso que busca desarrollar en todas las esferas del ser humano sus capacidades cognitivas, actitudinales y de destrezas partiendo de su individualidad y potencialidades, para que aprenda a amarse a sí mismo, a los demás, al saber y aportar a la sociedad lo mejor de sí.
- Según Orta-González, ⁴² “La Educación para la salud a la población supone una de las funciones dentro del ámbito de atención primaria. Y es la actividad fundamental para cambiar hábitos y hacerlos más saludables”
- La Mtra Casas Torres del Instituto Nacional de Salud Pública de México establece: “La EPS es una disciplina que estudia y desarrolla los procesos que permiten generar pautas de conducta -individuales y colectivas-favorables a la salud a través de distintos niveles de acción que van desde la transmisión de información hasta la reflexión y participación conjunta de los integrantes de dicho proceso educandos-educadores.
- Por su parte la Universidad Autónoma de México a través de su dirección general de servicios médicos apunta: “La *educación para la salud* es un proceso que aborda no solamente la transmisión de la información en salud, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y el autoestima necesarios para adoptar medidas destinadas a mejorar la *salud*, en ello se incluye la información que se refiere a los *factores de riesgo y comportamientos de riesgo, así como su contraparte*.

- Sanabria Ramos (2007)³⁸ establece: “En último término, la Educación para la salud favorece la salud de las personas capacitando a los individuos y grupos para conseguir los objetivos fijados con respecto a su salud, mejora y mantiene la calidad de vida, impide la producción de muertes, enfermedades y minusvalía evitable, y mejora la interacción humana . Las personas que aspiran a alcanzar dichos objetivos deberían hacerlo en el marco de tres estrategias principales: promoción de ideas, capacitación y apoyo”

Como se puede observar en las definiciones previas en realidad todas ellas de una u otra forma comparten los conceptos generales ya que todas ellas hablan tanto de impartir conocimientos como desarrollar en el individuo habilidades y darle los elementos que permitan motivarlo hacia el cambio de conductas buscando mejorar su salud y por ende apoyar a su desarrollo. Por otra parte, al considerar las definiciones de EPS presentadas y ubicándolas con base en los preceptos establecidos por Muñoz Izquierdo (1999)⁴³ en relación con la calidad de la educación (Eficacia, Relevancia, Pertinencia, Equidad, Eficiencia) la EPS será relevante ya que los objetivos de la currícula deben promover la formación de valores en la sociedad, estar enfocados a las necesidades del entorno y obtenerse por procesos educacionalmente pertinentes para el entorno; eficaz ya que alcanza las finalidades del currículo, los productos corresponden a los objetivos planteados y a largo plazo se determina su impacto al determinar el cómo se utilizan los conocimientos y habilidades aprendidos para que su vida sea mejor. Pertinente ya que sus contenidos y métodos se dirigen hacia los grupos sociales a los que se dirige.⁴⁴⁻⁴⁶

En relación con sus propósitos, según el comité de expertos en EPS de la OMS, determinan que su finalidad consiste en ayudar a los individuos a alcanzar la salud por sus propios medios y esfuerzos. Se trata de estimular en los seres humanos el interés por mejorar sus condiciones de vida y de despertar en ellos un sentimiento de responsabilidad de su propia salud, ya sea individualmente o como miembros de una colectividad: familia, ciudad, provincia o país”. La EPS tiene una función preventiva y correctiva que exige dotar a la

persona, familia y otros grupos de conocimientos necesarios para prevenir enfermedades, pero su fin principal está en promover estilos de vida saludables.⁴⁷

Los hábitos saludables están insertos en un contexto social que determinan los estilos de vida, por lo que las estrategias educativas deberán dirigirse al conjunto de comportamientos y a los contextos donde se desarrollan, pues las conductas difícilmente se modificarán si no se promueven cambios ambientales adecuados. Ya que finalmente los hábitos del individuo están condicionados tanto por factores ambientales como por sus propios hábitos de conducta, por lo que el esfuerzo debe orientarse a ambos aspectos.

Sea cual sea la definición o el momento, lo cierto es que la EPS no es sino una estrategia para la promoción de la salud fomentando estilos de vida saludables. Ya que los patrones de morbilidad y mortalidad actuales en las sociedades se relacionan estrechamente con los comportamientos y estilos de vida de las personas. Es así como la EPS puede enfocarse en la prevención y promoción de la salud, pero de la misma forma se ocupa del cuidado de la salud y de la cura y rehabilitación de la enfermedad.^{37, 48,49}

La educación vista como un proceso social relacionado con la formación del sujeto, representa una condición necesaria para promover la salud de los individuos y las comunidades. La educación debe favorecer el acceso a la información, el desarrollo de las habilidades para la vida, la identificación de posibilidades de elección saludables y el empoderamiento de los individuos y la comunidad para actuar en defensa de su salud. La promoción de la salud, desde la intervención educativa, se relaciona con el fortalecimiento de aquellos factores que mejoren la calidad de vida. Lo cual no implica disminuir o aumentar contenidos, se considera como el establecimiento de un diálogo de saberes, partiendo del saber del sujeto o de la población, buscando que el individuo (a través de un proceso permanente) interiorice conocimientos e información que le permiten asumir una posición crítica y reflexiva sobre la realidad a fin de promover cambios, implicando un diálogo cultural, con el objeto de construir nuevos conocimientos sobre la realidad. Por ello, no se puede pretender que con acercamientos rígidos se obtengan logros, por eso estos deben ser permanentes, reforzadores y significantes para el individuo, que les permitan tomar decisiones conscientes y autónomas sobre su propia salud.^{34,49,50}

Sin embargo los cambios en las conductas de los individuos hacia lo que se establece como conductas saludables no resulta sencillo, por ello en las últimas décadas se han desarrollado modelos explicativos del cambio de conducta que se han aplicados a la práctica clínica, de ellos uno de los modelos más utilizados es el modelo transteórico de las etapas del cambio de Prochaska y Di Clemente y Velicer (1997),⁵¹ que establece que los cambios de comportamiento tienen lugar a través de un proceso cognitivo de evolución de las actitudes en el que se atraviesan una serie de seis etapas definidas (precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y terminación) . Representa un modelo heurístico que describe una secuencia de pasos cognitivos y conductuales que llevan al individuo a realizar cambios de hábitos a través de diferentes etapas, permitiendo así adecuar las recomendaciones preventivas y hacerlas más efectivas.⁴⁹

La Educación para la Salud tiene como objetivo la adquisición de conocimientos y el desarrollo de hábitos que fomenten estilos de vida saludables que favorezcan el bienestar y el desarrollo personal, familiar y de la comunidad a partir de la promoción de:⁴⁰

- Conductas positivas favorecedoras de la salud en general.
- Cambios medioambientales que ayuden a modificar comportamientos.
- El autocontrol y el auto cuidado de los ciudadanos.
- Capacitar a los individuos a tomar sus propias decisiones por medio de la participación activa en el proceso de la salud.

Estos objetivos tienen como base la Carta de Ottawa Para la Promoción de la Salud redactada durante la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud (Ottawa 21 de noviembre de 1986) convocada por la OMS⁵² en donde se establece:

“La promoción de la salud es el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud, y para que la mejoren. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y llevar a cabo unas aspiraciones, satisfacer unas necesidades y cambiar el entorno o adaptarse a él. La salud se contempla, pues, como un recurso para la vida cotidiana, no como el objetivo de la vida. La salud es un concepto positivo que enfatiza recursos sociales y personales, junto con capacidades físicas. Por tanto, la promoción de la salud no es

simplemente responsabilidad del sector sanitario, sino que va más allá de los estilos de vida saludables para llegar al bienestar. La promoción de la salud apoya el desarrollo individual y colectivo, aportando información, educación para la salud, y potenciando las habilidades para la vida. De este modo, aumentan las opciones disponibles para que la gente ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre sus ambientes, y para que hagan unas selecciones que conduzcan a la salud. Es esencial capacitar a la población para que aprenda, a lo largo de su vida, a prepararse de cara a todas y cada una de las etapas de la misma, y a afrontar las enfermedades y lesiones crónicas. Esto ha de hacerse posible en los ambientes escolares, hogareños, laborales y comunitarios. Son necesarias acciones mediante los cuerpos educativos, profesionales, comerciales y de voluntariado, y dentro de las propias instituciones”.⁵²

4.2.2. Modelos y planteamiento pedagógico para la aplicación de estrategias de EPS

Como anteriormente se menciona la EPS ha pasado por diversos momentos a lo largo de su desarrollo y establecimiento, por lo mismo ha sido aplicada a partir de distintas supuestos basados en diferentes autores y sus propuestas de aprendizaje, ya que es un acuerdo generalizado que su propósito final es la modificación de los comportamientos del individuo hacia conductas saludables, pero no se ha consensado el cómo realizarlo.

En su etapa inicial y con base en la propuesta ideológica del binomio salud-enfermedad, se considera la EPS como la sola transmisión de información al individuo y su aplicación está fundamentada por tanto en dos enfoques principales: el biologicista y el psicologicista. El primero de ellos da importancia substancial al fundamento de tipo anatómico y fisiológico; es decir considera que los factores etiológicos o causales de las enfermedades se desarrollan al margen del medio ambiente en donde la gente vive y se relaciona y no considera los comportamientos del sujeto como importantes. El enfoque Psicologicista, subraya la importancia del comportamiento individual como agente causal de las enfermedades.

Con base en estos dos enfoques la EPS suscribe su aplicación en los modelos biomédico e informativo. El modelo biomédico es un método unilateral que combina el enfoque biologicista y el psicologicista y está en función del individuo enfermo, considera el

comportamiento individual como factor etiológico de la enfermedad, por lo que su objetivo es la modificación de comportamientos individuales ya arraigados. No plantea aspectos preventivos en el medio ambiente en que se desarrollan los individuos. Su objetivo se limita a proporcionar conocimientos al sujeto enfermo para lograr únicamente la adhesión del paciente al tratamiento.

El modelo informativo, al igual que el anterior considera ambos enfoques, pero resalta la falta de información como causa de la enfermedad. Metodológicamente se basa en la impartición de conocimientos sobre comportamientos saludables al que no sabe, no estimula la capacidad de razonamiento para aclarar valores y creencias.

Estos enfoques y modelos fueron bastante criticados por omitir la consideración de los factores ambientales, físicos y sociales, hoy considerados fundamentales en la adopción de comportamientos.⁴⁰

Tomando como base los esfuerzos iniciales, surgieron diversos modelos para la aplicación del programas de EPS, basados en la existencia de cuatro teorías que permiten modificar la conducta del individuo: 1. Teoría psicosociológica (modelo creencias en salud). 2. Modelo teórico procedente de las investigaciones en comunicación persuasiva (modelo KAP). 3. Modelo precede 4. Modelo teórico basado en el enfoque crítico. 5. Modelo pragmático. Modelos que a continuación se describen.

- a) Modelo basado en las creencias en la salud (Health Believe Model). Desarrollado en los años 50 por un grupo de especialistas en psicología social del departamento de salud pública norteamericano, encabezados por Hochbaum, en su búsqueda por una explicación a la falta de participación pública en programas de detección precoz y prevención de enfermedades. Se basa en el conductismo ya que defiende que todo tipo de comportamiento puede ser reducido a relaciones estímulo-respuesta elementales y justificado por sus inmediatas consecuencias; y en la cognitiva, que justifica el comportamiento como el resultado de procesos mentales en los que el sujeto otorga cierto valor a las consecuencias de su acción y sopesa la probabilidad de que ésta produzca el deseado resultado.⁵³ En este modelo subyace el supuesto de que las creencias de

las personas influyen de manera significativa en la toma de decisiones que adoptan en relación con la salud, en la aceptación de medidas preventivas recomendadas por el personal de salud y en la cooperación con los planes terapéuticos propuestos por el médico. Este modelo contempla la necesidad de algún tipo de -estímulo a la acción- para que la nueva conducta se ponga en marcha, siendo el estímulo la información proporcionada por el personal de salud.^{35,40} De acuerdo con esta propuesta, el que un individuo siga o no las recomendaciones preventivas, está en función de sus percepciones, las cuales están supeditadas a la realidad en que el individuo se desarrolla así como a sus preferencias personales sobre el tema y a la temporalidad del mismo, es decir un individuo no siempre se comporta de la misma forma. Por tanto es un modelo subjetivo, que mira fundamentalmente a los elementos internos del individuo y que explica la modificación de las conductas en base a estrategias que inciden fundamentalmente sobre sus percepciones y preferencias. Asume que variables socio demográficas y estructurales puedan influir en las percepciones, pero no las considera como directamente causales de conductas de salud.

Por lo anterior ha sido muy criticado como método para EPS, posteriores revisiones del modelo original incluyen nuevas variables a la hora de tomar decisiones sobre comportamientos preventivos, fundamentalmente la motivación general sobre cuestiones de salud, la confianza en el terapeuta y el sistema de asistencia y las características de la relación terapeuta paciente, por lo que su aplicación puede resultar útil en la mejoría de los cumplimientos terapéuticos. No obstante, al no tomar en consideración el medio ambiente social en el que el individuo se desenvuelve, el cual influye decisivamente sobre las conductas en salud, resulta inútil para explicar los comportamientos en las personas "sanas" de la comunidad, en las que los factores ambientales tienen un papel fundamental, solo enfatiza la información para el cambio de actitudes, pero es sabido que estas no garantizan cambios de conductas. Todo ello ha originado un abandono progresivo del modelo tal y como se formuló originalmente.⁴⁰

b) Modelo basado en la comunicación persuasiva, más conocido por sus siglas en inglés KAP (Knowledge, attitudes, practices - conocimientos, actitudes y prácticas). Descrito por O Neill en 1979, parte del supuesto de que las actitudes condicionarían los comportamientos. Según este modelo, bastaría con proporcionar a los individuos, grupos y colectividades una información veraz y comprensible con el objeto de cambiar los conocimientos, lo cual iría acompañado del cambio de actitud, al que a su vez seguiría el cambio de algún hábito y la adopción de uno nuevo (concepción causal de la actitud). Si bien el conocimiento y la actitud son factores internos que afectan la forma en que actúan los seres humanos, existen otros factores internos como la percepción de la presión social, las normas, el género, entre otros que también lo afectan. Además todas las condiciones del medio ambiente “capacita” a los sujetos para actuar de diferentes formas, influyendo directamente en su conocimiento y actitudes; sobreestima la capacidad real de los medios de comunicación y no toma en cuenta que la actitud es sólo uno más de los factores que determinan el comportamiento. Si bien el conocimiento es la interiorización del aprendizaje con base en hechos científicos, experiencias y creencias tradicionales. La experiencia muestra que el conocimiento es necesario pero no suficiente para lograr el cambio en el comportamiento. Se ha establecido que para lograr el cambio en el comportamiento es necesario también que haya interacción con las percepciones, la motivación, las habilidades y el medio. Las actitudes son sentimientos, opiniones o valores que el individuo tiene sobre un tema, problema o preocupación específica.^{35, 54,55} Por ello, postula la necesidad de incluir la motivación como elemento imprescindible, posterior al proceso informativo, para la consecución de determinados hábitos. Según esto, conseguir un cambio de actitudes en sentido positivo iría seguido del desarrollo de determinadas conductas, ya reforzadas ya modificadas. Metodológicamente, propone una fuente de información que con suficiente reconocimiento social transmita la información con los mejores medios de comunicación, considerando que en todo caso la información debe ser veraz, completa, clara y comprensible y debe ser dada repetidamente por el mayor número de fuentes posibles. El

mensaje debe contener implícito el elemento motivacional, por lo que el cambio de conocimientos se produciría a la vez que el cambio de actitudes, lo cual iría seguido del cambio de conducta. Havland establece que las fases del modelo son: el Suministro de información (exposición del mensaje, atención al mensaje, comprensión del mensaje), de este se pasa al cambio de actitudes (a partir de la aceptación o rechazo de la opinión planteada y la persistencia del cambio de actitud) y finalmente se presentará el cambio de conducta modificando el comportamiento. Sin embargo se considera que si lo único que se proporciona es la información esta solo influirá sobre el área de conocimiento, pero al incluir el elemento motivador, este influirá sobre el área afectiva, asegurando que el comportamiento buscado sería el elemento consecuente con una actitud positiva. Para ello distingue entre las llamadas "motivaciones naturales o intrínsecas" derivadas de la pirámide de necesidades básicas humanas de Maslow, y las llamadas "operacionales o extrínsecas", derivadas de las circunstancias de cada etapa del ciclo vital. En el caso de la motivación propuesta por Maslow, una de sus grandes virtudes es el establecimiento de jerarquías del tal forma que permiten ubicar al individuo o grupo considerando que los mensajes enviados a sujetos que pertenecen a cierto nivel no producen efectos cuando los motivos de un nivel más básico no han sido satisfechos resultando por ello indispensable que la construcción de los mensajes educativos tengan en cuenta esta jerarquía de las necesidades motivacionales. Parecería lógico suponer que el perder la salud debería ser suficiente fuente de motivación para el individuo, sin embargo esto no es real ya que la salud para la mayoría, es una abstracción y por su parte la enfermedad (si no la padecen) no les preocupa, aspecto que ha delimitado los fracasos en los mensajes, ya que para motivar a la población para actuar, el concepto salud no sirve. Se ha determinado que cuando los mensajes ponen de manifiesto las relaciones que existen entre la práctica saludable recomendada y la realización de los objetivos que el individuo persigue a nivel personal y no la relación entre las prácticas insanas y la enfermedad, se logra la motivación. De manera práctica se ha determinado que cuando los mensajes se dirigen por ejemplo a los jóvenes explicándoles el riesgo que tendrán en la etapa adulta por

una práctica de salud inadecuada, se ve tan lejano el momento que no produce ningún cambio.⁴⁰

Aunque se ha utilizado de manera continua, actualmente es rechazado por la mayoría de expertos debido a que los sujetos que reciben la información desarrollan mecanismos de defensa que hacen que la fase de cambio de actitudes se logre en muy pocos casos. Y por otra parte, se ha demostrado que los cambios de actitud no siempre provocan el cambio de los hábitos, incluso las actitudes y creencias están a menudo en contradicción con los comportamientos. Para su mejor aplicación se han establecido tres elementos que invariablemente deben considerarse ya que permiten el paso de la actitud al comportamiento. Estos elementos son: La inclusión en los mensajes de instrucciones sobre cómo hacer para cambiar la conducta; La existencia de servicios para ayudar en el cambio de conducta en los casos en que el hábito está profundamente enraizado y la presencia de un medio ambiente favorable que proporcione soporte al cambio de conducta. Fue Kapferer quien aportó la necesidad de considerar estos elementos para lograr el cambio de comportamiento, denominados y que se han denominado contingencias situacionales. Este modelo incluyendo las contingencias situacionales, resulta el más utilizado con buenos resultados para la modificación de comportamientos en adultos.⁴⁰

- c) Modelo precede por sus siglas en inglés (PRECEDE/PROCEED. PRECEDE: Predisposing, Reinforcing, and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation. PROCEED: Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development). El Modelo PRECEDE fue construido bajo una visión multidisciplinaria e intersectorial, por Green, Kreuter, Deeds y Partridge en 1980, posteriormente en una reorientación teórica, incorporaron lo ambiental y ecológico al modelo PRECEDE y los factores de política, normativos y organizacionales en el desarrollo educacional y ambiental, lo cual denominaron PROCEED. El Modelo PRECEDE/PROCEED está fundamentado en las ciencias sociales y del comportamiento, en la

epidemiología, administración y educación. Reconoce que el proceso salud-enfermedad tiene múltiples causas, las cuales deben ser evaluadas con la finalidad de asegurar una adecuada intervención educativa para la promoción de la salud. Debido a la naturaleza amplia del modelo permite ser aplicado tanto a nivel individual como colectivo y en una variedad de escenarios: escuelas, hospitales, ambiente laboral, comunidades.⁵⁶ Consiste en una guía para la realización de un diagnóstico epidemiológico y social, tratando de identificar las necesidades prioritarias de salud de una comunidad y distinguir factores internos que predisponen al individuo (percepciones, experiencias, conocimientos, actitudes y prácticas), factores que lo hacen posible (medio ambiente) y los factores de refuerzo (recompensa o castigo) que influye en el comportamiento que se pretende adquirir o incorporar. Este diagnóstico da lugar a una serie de objetivos educacionales que en el supuesto de lograrse tienen impacto en los objetivos del comportamiento. Estos modelos educativos en salud parten de la concepción del proceso salud-enfermedad como un fenómeno biológico e individual, y ubican los problemas de salud en los individuos, situando en la conducta la solución de los mismos, con una nula y/o escasa atención a las condiciones sociales. Asumen que las variables socio demográficas y estructurales no ejercen influencia directa sobre la conducta. Contienen implícita o explícitamente una concepción de la educación como un proceso vertical y autoritario en el cual los individuos deben aceptar la información que las autoridades de salud juzguen conveniente proporcionar. Los comportamientos son el objetivo último, utilizando como vehículo para el cambio de éstos, la modificación de conocimientos y actitudes mediante acciones educativas y persuasivas dirigidas exclusivamente al individuo, remarcando la responsabilidad de su propia salud.³⁵ Para su aplicación se establecen nueve fases que permiten lograr los objetivos propuestos de cambios hacia conductas saludables y ha sido utilizado con gran éxito en programas de EPS para el control de enfermedades crónicas como diabetes mellitus 2.^{57,58}

Demanda la continuidad de los procesos que se inician en sus nueve fases para lograr una planificación adecuada de la intervención educativa, que va de la

identificación de problemas hasta la evaluación y todos sus elementos se encuentran interconectados. Las fases que incluye son: ⁵⁹

Precede:

Fase 1 - Diagnostico social - Calidad de vida

Fase 2 - Diagnostico epidemiológico -Salud

Fase 3 - Diagnostico de comportamiento y del ambiente - Estilos de vida y comportamiento, medio ambiente

Fase 4 - Diagnostico educacional y organizacional - factores de predisposición; factores de refuerzo; factores facilitadores

Fase 5 - Diagnostico administrativo y de políticas - Promoción de la salud; educación en salud; políticas y organización

Procede

Fase 6 - Implementación

Fase 7 - Evaluación de proceso

Fase 8 - Evaluación de impacto

Fase 9 - Evaluación de resultados

d) Modelo teórico basado en el enfoque crítico y política económica. Tiene sus inicios en Europa la mayor parte de sus premisas se deben a Kant, Hegel y Marx, posteriormente debe su desarrollo a la Escuela de Frankfurt. ⁶⁰ Hace un énfasis especial en el desarrollo de la persona íntegra, un tipo de ciudadano más capaz de tomar en cuenta el punto de vista de otros, argumentar sus propuestas y sustentar sus decisiones de manera reflexiva y creativa, más cooperativo en la solución conjunta de los problemas y de mayor consistencia moral en su quehacer cotidiano. En consecuencia, este enfoque promueve un tipo de interacción social basada en el respeto mutuo, el razonamiento, la cooperación, la aportación constructiva y la coherencia ética, en los que se despliega en su totalidad la persona como ser humano social que reenfoca la realidad y se proyecta hacia metas de autorrealización futura en lo individual y lo social. ⁶¹ Propugnó por una transformación radical de la educación, centrada en las actividades de la enseñanza, el aprendizaje y el conocimiento, considerando que tanto alumnos como maestros deben ser individuos responsables,

razonadores críticos, reflexivos y creativos. Dentro de sus principales posturas enfatiza en la necesidad de enseñar acerca de cómo pensar y no en qué pensar, en donde el conocimiento de un contenido es generado, organizado y evaluado por el pensamiento; no se dan productos terminados del pensamiento de otras personas. Se facilitan las condiciones mediante las cuales las personas aprenden por sí mismas a pensar sobre cosas. Su aplicación se basa en la formulación de preguntas y problemas que se discuten y resuelven a partir de reflexiones acerca de sus experiencias, de su análisis, organización y evaluación por medio del pensamiento, el problematizar un problema, es condición básica para aprender. Por ello la experiencia personal ocupa una posición esencial comienza en el punto donde está el individuo, por tanto, éste necesita distinguir por sí mismo lo que sabe de lo que no sabe (considera la ignorancia como la condición necesaria para aprender); no se basa en verdades absolutas, se llega a conclusiones indagando, confrontando ideas, criterios, puntos de vista; desarrolla motivaciones más profundas hacia el aprendizaje (motivaciones intrínsecas), asumiendo la responsabilidad sobre su propio aprendizaje.⁶² El modelo funda sus elementos en la política económica de los países, resulta claramente crítico con el sistema sociopolítico y económico, responsabilizando a la sociedad de las distintas formas de enfermar de sus ciudadanos (victimiza al individuo), ya que establece que unos cuantos grupos de poder marcan formas de vivir, consumir y, por tanto, de enfermar, influyendo en los estilos de vida a través de poderosas campañas de publicidad.

Este modelo ha sido también denominado: político - económico – ecológico o ambientalista, radical y ecológico resaltando el carácter “culpabilizador” de los programas de EPS hacia el comportamiento individual, ya que consideran que el verdadero responsable es el ambiente social en el que se desenvuelve el individuo, establecen por ello que la clase social es la determinante, al ser la pobreza el principal condicionante de enfermedad. Proponen que la EPS se dirija a la organización de la comunidad en busca de cambios en la política económica, propugnan los autores más radicales un cambio en la sociedad capitalista. Considerando que el educador sanitario debe despertar la conciencia de la población respecto a las relaciones existentes entre las condiciones, los estilos y la calidad de

vida de la población. Este método ha sido aplicado con éxito en las escuelas Cubanas, sin embargo posterior al derrumbamiento de los regímenes socialistas este modelo teórico está en a sido refutado, debido a que los problemas de salud asociados a conductas inadecuadas no lograron resolverse en dichos países, en los que, en teoría, el medio ambiente social está controlado y no existían las grandes corporaciones ni la publicidad.⁴⁰

- e) Modelo de desarrollo personal y de habilidades sociales. Este modelo considera el papel decisivo que juegan los factores conductuales no solo en la prevención, sino también en la intervención terapéutica y rehabilitadora, establece que los comportamientos del individuo ante una situación determinada están relacionados de forma directa o indirecta con su estado de salud. El objetivo de este modelo es facilitar al individuo una elección debidamente informada, por lo que sus actividades se orientan estratégicamente a aumentar la aptitud individual en la toma de decisiones que afectan al bienestar individual, familiar y social. Pretende contribuir al desarrollo personal y social, a aumentar la autoestima y el sentimiento de bienestar en todos los ámbitos en que se desarrolla el sujeto ayudándolo a desarrollar la autonomía y responsabilidad en la obtención de conductas saludables, promoviendo creencias y actitudes saludables y capacitándole para resistir las presiones sociales tendentes a desarrollar hábitos no saludables.⁴⁰
- f) Enfoque pragmático, este enfoque no está directamente relacionado con la propuesta de Dewey, sino que se considera una recopilación de lo que se considera positivo de cada uno de los enfoques citados con anterioridad. Representa el enfoque que asume la OMS mezclando modelos para lograr el cambio de comportamientos en la población pero actúa simultáneamente sobre las dimensiones económicas y sociales implicadas en el problema de Salud. Parte de la base de la intervención a través de la comunicación persuasiva (KAP); tiene por tanto una base multifactorial, de donde toma el nombre este modelo.⁴⁰

Tomando como punto de partida las consideraciones previas en relación a los diferentes métodos que utiliza la EPS, se reconocen dos periodos específicos: el llamado clásico y el actual. El primer periodo –Clásico–, se inicia a principios del siglo y llega hasta mediados de la década de los años sesenta. Se encuentra fundamentado en el paradigma positivista con base en las teorías psicosociológicas de la modificación de comportamientos, y parte de dos interpretaciones teóricas del aprendizaje. Una es el conductismo a través del condicionamiento clásico y condicionamiento operante, y de las posiciones neo conductistas del aprendizaje vicario representadas por Bandura. Y la otra es el cognitivismo que otorga preponderancia al sujeto en el acto del conocimiento, cuyas acciones dependen en gran medida de las representaciones o procesos internos que él ha elaborado como producto de las relaciones previas con su entorno físico y social. Siendo de igual manera relevantes la aplicación de los estudios de Maslow, sobre la motivación humana, y los de Fihben y Ajsen de comunicación persuasiva acerca de la actitud. Estas técnicas pedagógicas conductistas no toman en cuenta la libre voluntad del individuo y restan importancia a las decisiones conscientes y al pleno uso de su inteligencia. Por otro lado, en consonancia con las ideas del cognitivismo, un mismo acontecimiento puede ser visto por distintas personas y provocar reacciones contrapuestas. Sin embargo, debemos tener presente que estos mecanismos, el procesamiento de la información (cognitivismo), el condicionamiento operante (conductismo), y el de la motivación, son mecanismos que existen en la realidad y se encuentran presentes en la vida cotidiana de las personas.³⁵ El segundo periodo parte de reconocer el fracaso de los anteriores modelos, los cuales están dirigidos sólo al individuo y al cambio de sus conductas. De acuerdo a lo propuesto por Valadez y sus colaboradores se plantean la necesidad de reconocer la influencia de los factores sociales, ambientales y de desigualdad económica con respecto a las condiciones de salud de las clases sociales. Conforman un modelo radical político, económico, ecológico o crítico que tiene como objetivo reducir las desigualdades sociales ante el proceso salud-enfermedad. Se considera a la EPS como un recurso que no sólo afecta cuestiones pedagógicas sino sociales, económicas y políticas, que contempla una perspectiva de búsqueda participativa. Trata de no limitar el proceso educativo en salud a la transmisión de un saber, sino de situarlo en el desarrollo de la conciencia, de ubicarlo en el marco de su propio descubrimiento respecto a su contexto de vida, de ello surge el concepto

de una EPS participativa, crítica, emancipadora, cuyo modelo más representativo lo constituye la Educación Popular propuesta por Freire, que se refiere al trabajo educativo que se realiza para y con los sectores populares desde su práctica cotidiana, dentro de una perspectiva de clase. Como instrumento pedagógico, se vincula con dos movimientos, la investigación participativa y la organización popular. No se preocupa tanto de los conocimientos ni de los efectos en términos de comportamiento, como de la interacción dialéctica entre las personas y su realidad, así como del desarrollo de una conciencia social. Las propuestas de las acciones educativas son en el sentido de ser dirigidas hacia manejos de poder, y a contribuir a la distribución del mismo. Rechaza las intervenciones “neutrales” y enfatiza la participación. El objeto de intervención no es ya la conducta sino la estructura social, porque en ella es donde se encuentra el “tejido causal” de los patrones de morbilidad y mortalidad. Este modelo se encuentra abordado epistemológicamente desde una visión crítica y socio constructivista, fundamentado en una concepción holístico dialéctica de la realidad y del proceso salud-enfermedad, como fenómenos que conforman un proceso histórico, superando lo meramente biológico.³⁵

A pesar de que algunos de estos métodos han sido muy criticados, en la práctica real son muy utilizados, a continuación se presentan algunos ejemplos de la utilización de estos modelos en EPS.

Teoría del aprendizaje social o teoría social cognitiva (TSC) propuesto por Bandura, representa uno de los principales enfoques utilizados en EPS y en comunicación en nutrición^{vii} y se considera una estrategia efectiva de comunicación en salud ya que se relaciona con los aspectos cognitivos emocionales y con aspectos de la conducta para entender sus cambios, por lo que provee formas para investigar estos cambios en EPS, estudiando cómo las personas adquieren y mantienen ciertos patrones de conducta,

^{vii} La comunicación en nutrición se define como el proceso en donde el conocimiento sobre nutrición se convierte en cambios dietarios. Forum Nutr. 2003; 56:129-31. Nutrition communication from theory to practice: some future perspectives.

estableciendo así la base para delimitar estrategias de intervención. Para su estudio, establece que los cambios de conducta dependen de tres factores: Ambiente, Persona, Conducta. Estableciendo así que la conducta está afectada por aspectos sociales como la familia y amigos y por elementos físicos como temperatura y vivienda; ambos aspectos se consideran el ambiente que junto a la situación en que se encuentra un sujeto determina la percepción. Por su parte establece que si la persona va a realizar alguna conducta, debe saber qué es la conducta y tener las herramientas para realizarla, enfocándose de esta forma a la conducta que se espera y no en el conocimiento.⁶³

En un estudio realizado por McGee y colaboradores (2008)⁶⁴ con 91 personas, en donde pretendían identificar los factores que influyen en el cambio para el consumo de alimentos saludables, establecieron que TSC representó el marco para entender los determinantes del cambio. Por su parte Ball (2008),⁶⁵ estudió 2529 adolescentes determinando que la TSC proporcionó el marco de referencia para entender las variaciones socio-económicas en la dieta de los sujetos estudiados permitiendo guiar la adopción de programas y políticas de salud pública. Isobel Contento (2008)⁶⁶ analizó 300 estudios para demostrar la efectividad de la EPS en nutrición para programas de obesidad concluyendo que la mayor efectividad se dio cuando se enfocaron en conductas y no en conocimientos. Sharma (2007),⁶⁷ revisó las estrategias utilizadas para cambio de conductas para prevenir y tratar individuos con obesidad aplicadas y publicadas entre los años 2000 a 2006 encontrando que aquellas que utilizaron la TSC presentaron mayor efectividad en indicadores biológicos (índice de masa corporal y adipocidad). Por su parte la posición de la Asociación Americana de Dietética (2007) sobre comunicación en nutrición establece que la EPS en nutrición debe enfocarse en el establecimiento de actitudes proactivas, empoderamiento del sujeto y proveer mensajes prácticos, para lo cual debe utilizarse la TSC.⁶⁸ Klohe-Lehman y colaboradores (2006),⁶⁹ llevaron un estudio con 141 mujeres embarazadas con el objetivo de determinar si el poseer conocimientos sobre nutrición promovían la pérdida de peso, desarrollando un programa intervención sobre EPS durante 8 semanas de basado en clases sobre dieta, actividad física y la modificación de conductas basado en TSC, encontrando que el control de peso fue significativamente mejor en comparación con sus pares. Buchanan (2004)⁷⁰

estudió comparativamente el modelo científico y TSC para cambiar a conductas saludables en nutrición, concluyendo que TSC demostró ser la mejor opción.

Cole y compañía (2009)⁷¹ describen como la utilización del modelo precede-proceed permite eficientemente guiar un programa de para modificación de hábitos de consumo de alimentos para establecer estilos de vida saludable. De Kleijn (2008)⁷² utilizó el mismo modelo para mejorar el estado de salud de pacientes con diabetes tipo 2 a partir del manejo de su dieta, concluyendo que este modelo representó la mejor guía para desarrollar el programa de EPS y lograr los beneficios en salud de los individuos que participaron. Li y colaboradores (2009)⁷³ lo utilizaron para determinar las necesidades de EPS en individuos de una comunidad en China, logrando con ello establecer los elementos de salud que preocupan a la población y determinar con ello las medidas de prevención.

Resulta evidente que durante años la EPS se trabajo con un enfoque constructivista a partir de los preceptos de Skinner, posteriormente basándose en lo propuesto por Ausbel se retoma la importancia del aprendizaje significativo destacando que el aprender en la actual sociedad del conocimiento no está centrado ni en lo memorístico ni en la repetición, sino en la búsqueda, selección y aplicación de aquellos conocimientos que nos posibiliten el logro de una vida sana tanto a nivel personal como familiar y de la sociedad en general; considerando de forma importante los conocimientos previos de los individuos a quienes se les aplicará un programa de EPS así mismo se retoman las propuestas constructivistas de Piaget y Vygosky.^{36,56}

Como precursor de este nuevo enfoque de EPS cabe destacar el Centro Experimental de Educación Sanitaria de la Universidad de Perugia Italia, sin duda centro de referencia a nivel mundial desde su fundación por Alessandro Seppilli a principios de los setenta, quien definió la EPS como "la intervención social que tiende a modificar conscientemente y de forma duradera los comportamientos relacionados con la salud". Y cuyos planteamientos centrales identifican a la EPS como un proceso constante que debe ir más allá de los objetivos específicos de actividades educativas concretas y debe promover una acción cultural más amplia que refuerce los valores que favorezcan la salud. No se trata de una especialidad, ni de actividades aisladas, sino de un estilo profesional íntimamente ligado a

las actividades de promoción, prevención y asistencia tendiente a auto responsabilizar a los ciudadanos y a proporcionar capacidad crítica para aumentar el control sobre su propia salud y la de la comunidad; para lo cual es indispensable la participación de la comunidad en todo el proceso, desde el estudio de la realidad previa hasta la evaluación de los resultados obtenidos.⁴⁰

Considerando la concepción actual de EPS, probablemente la definición más completa que considera todos los aspectos mencionados anteriormente, es la propuesta por el IV Grupo de Trabajo de la National Conference on Preventive Medicine, (U.S.A. 1975), que establece:⁴⁰

“La EPS es un proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugna los cambios ambientales necesarios para facilitar esos objetivos, y dirige la formación profesional y la investigación hacia esos mismos objetivos”. A partir de acciones conducentes a:

- Informar a la población sobre la salud, la enfermedad, la invalidez y las formas mediante las cuales los individuos pueden mejorar su propia salud.
- Motivar a la población para que consiga hábitos más saludables.
- Ayudar a la población a adquirir los conocimientos, actitudes y habilidades necesarias para mantener un estilo de vida saludable.
- Propugnar cambios en el medio ambiente que faciliten unas condiciones de vida saludable y una conducta hacia la salud positiva.
- Promover la enseñanza, formación y capacitación de todos los agentes de EPS de la comunidad.
- Incrementar, mediante la investigación y la evaluación, los conocimientos acerca de la manera más efectiva de alcanzar los objetivos propuestos.

Considerando las teorías y propuestas metodológicas previas en relación con la EPS y la forma en que debe estructurarse e impartirse, resulta importante considerar que todas ellas ayudan a comprender, predecir, y controlar el comportamiento humano y tratan de explicar cómo los sujetos acceden al conocimiento sobre los aspectos relacionados con su salud, centrándose en la adquisición de destrezas y habilidades, en el razonamiento y en la adquisición de conceptos que le permitan mejorar su estilo de vida. Sin embargo parece

importante resaltar que ninguna de ellas resulta o debe considerarse como modelo ideal ya que todo dependerá del tipo de población a la que se aplique, ya que las características individuales como género, edad, conocimientos previos, ambiente que le rodea darán la pauta para seleccionar el modelo que pueda aplicarse para el logro de los objetivos de la EPS.

4.2.3. Campos de acción

Podemos considerar los campos de acción de la EPS desde dos perspectivas; uno dirigido a la población sana, con capacidad de auto cuidado y la segunda dirigida a la población enferma, orientada a la recuperación de la Salud.⁴⁰

De hecho el aprendizaje sobre la salud es un proceso de por vida, que cambia en la medida que las situaciones de la vida, la edad y por ende los factores de riesgo también cambian. Por lo tanto, existe una necesidad permanente de adquirir nuevos conocimientos sobre la salud. Aunado al hecho de que la ciencia evoluciona a gran velocidad en el campo de la salud y para poder tomar decisiones bien fundadas y poder elegir la mejor alternativa, se necesita tener acceso a la información pertinente y debidamente actualizada, es decir tener acceso a la Educación para la Salud.²⁴

La Educación para la Salud de la población sana constituye uno de los principales campos de acción, puesto que la acción educativa es fundamental para que la comunidad reconozca los factores determinantes de enfermedad y desarrolle hábitos y estilos saludables. De ellos se puede considerar en primera instancia al grupo joven que no ha adquirido aún comportamientos insanos, en los que la EPS debe llevarse a cabo en la escuela formando parte de su socialización secundaria, y orientada a la promoción de la salud y adquisición de conductas saludables. Un segundo grupo, el de los adultos, quienes ya han adquirido hábitos insanos, la EPS se efectúa en el medio laboral o en la propia comunidad por medio de la comunicación persuasiva, y cuyo objetivo será el fomento y protección de la salud mediante la modificación de hábitos insanos. Esta delimitación permite distinguir tres campos de actuación en la población sana; la EPS en la escuela, en el medio laboral y en la comunidad. Esta acción educativa debe acompañarse de modificaciones medioambientales, a través de influencias sobre órganos de decisión.⁴⁰ Por ello las estrategias propuestas por

la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) en conjunto con el Instituto para la Educación de la UNESCO, es el establecimiento de estrategias de educación para la salud a través de la educación de los adultos⁷⁴ y la integración del concepto “Escuelas Saludables” para los niños y adolescentes.²⁵

En el grupo de población denominado enfermo, se hacen distinciones según el marco de desarrollo de la actividad —hospital, centro de salud, domicilio— o según la clase de problema o necesidad (pacientes con diabetes, con obesidad, etc.) Este grupo resultaría en principio muy receptivo a la EPS, puesto que la recuperación de la salud se constituye en un elemento motivador importante. Esta receptividad se hace extensiva a la familia, sobre la que también es imprescindible intervenir. Es fundamental que la educación de pacientes y familiares se realice con métodos participativos, fomentando la comprensión de los factores causales del problema e incidiendo especialmente en mejorar el cumplimiento terapéutico.⁴⁰

Con base en estos preceptos, se ha diferenciado entre EPS y Educación Terapéutica la cual se expone a continuación.

a) Educación terapéutica

De acuerdo a lo propuesto por García y Suarez (2007),⁷⁵ la educación del paciente es un acto terapéutico que consiste en la transmisión de conocimientos para lograr la comprensión y compromiso, que permitan al paciente obtener una calidad de vida satisfactoria a pesar de la presencia de la enfermedad. No es “educación para el tratamiento” sino educación como tratamiento. Representa un conjunto de actividades coordinadas, dirigidas hacia la adquisición de conocimientos y para el desarrollo de habilidades, encaminadas a la solución de problemas que permitan al paciente tomar decisiones adecuadas y asumir comportamientos que permitan lograr los objetivos terapéuticos que incidan en su salud; por ello se establece de manera específica para enfermedades crónicas, en donde los cambios terapéuticos se deben mantener a lo largo de la vida permitiendo de esta forma prevenir las complicaciones agudas y crónicas resultantes de la enfermedad. Y que de acuerdo a las evidencias tendrán un impacto directo sobre

indicadores o variables clínicas que contribuyen de manera significativa a reducir las tasas de morbilidad y mortalidad y a disminuir los costos de los servicios de salud.

La educación terapéutica forma parte de la EPS, sin embargo presenta diferencias conceptuales básicas, ya que la EPS se establece como la transmisión de conocimientos y el desarrollo de una conducta encaminada a la conservación de la salud del individuo, el colectivo y la sociedad, trabaja para reducir los riesgos de enfermar (prevención primaria y secundaria). Por su parte la educación terapéutica se establece bajo los mismos preceptos pero trabaja con la persona enferma en función de prevención terciaria es decir la prevención del desarrollo de complicaciones propias de la enfermedad de base.

La necesidad de educar a las personas enfermas no es algo nuevo, pero se inicia su utilización de manera sistemática a partir del trabajo pionero de Leona Miller en el año 1972 con pacientes diabéticos,⁷⁶ incluyendo el aspecto pedagógico como parte de la propuesta terapéutica y se comprueba por primera vez en la historia de la medicina, que la educación al paciente juega un papel protagónico en el cuidado de las personas con enfermedades crónicas. Sin embargo en la práctica se ha mantenido al concepto erróneo de que los programas educativos se centren en la transmisión de información técnica que nada tiene que ver con las necesidades reales de las personas enfermas, estableciendo una barrera entre su pensar y el saber del profesional de la salud. Estas actividades informativas no permiten desarrollar habilidades para la toma de decisiones, no influyen en la conducta ni desarrollan una persona capaz y responsable ante el auto cuidado. Sin embargo y a pesar de que el proceso de educación terapéutica se planifique de manera correcta y no se refiera únicamente a la transmisión de conocimientos técnicos, el profesional de la salud se enfrenta ante una barrera del aprendizaje: la persona adulta, a la cual en la mayoría de los casos se dirige este tipo de educación. Y la persona adulta se considera como barrera debido a que este proceso de formación implica cambios en sus modos de pensar, sus sentimientos y sus conductas y el éxito en el aprendizaje proviene de una transformación de sus concepciones iniciales, confrontando sus conocimientos anteriores con la nueva información. Por ello la dimensión educativa debe considerar que en la enseñanza terapéutica el primer paso para el paciente es el encontrarse dispuesto a renunciar a

determinadas cosas y asumir otras imponiendo modificaciones de hábitos y conductas, lo cual en la mayoría de los casos provoca una primera reacción de rechazo a aceptar la enfermedad como parte de su vida, y la motivación para aprender depende del grado de aceptación de la enfermedad. Resulta básico el reconocer que todo tratamiento crónico tiene como punto común que interfiere en la vida diaria del enfermo, en sus relaciones familiares y en su desempeño social.

Por otra parte la educación terapéutica se desarrolla en un contexto pedagógico poco favorable debido a varios elementos, dentro de los cuales se pueden mencionar: los educandos no pueden ser seleccionados de acuerdo a la edad o el nivel de escolaridad, se deberá aplicar en cualquier persona que lo requiera; en el tema de salud y la enfermedad encontramos una gran cantidad de criterios, opiniones, creencias y valores individuales - no siempre acertados - que influyen en el proceso de aprendizaje; los elementos necesarios para establecer un estilo de vida sano pueden ser ajenos al individuo y en muchos casos pueden crear conflicto con creencias personales o familiares arraigadas; la información que se brinda puede resultar provisional, polémica, contradictoria; los objetivos del profesional de la salud no coinciden incluso en ocasiones contradicen los deseos del enfermo.

Los aspectos anteriores resaltan la importancia de establecer un modelo pedagógico especial para la enseñanza terapéutica, que se base en los siguientes principios conceptuales: el carácter social del hombre, la participación activa del mismo en la construcción de su salud y en la influencia del grupo en la toma de decisiones individuales y el desarrollo de un estilo de vida sano. Para lograrlo García y Suarez proponen que desde el punto de vista metodológico, se utilicen elementos de diferentes paradigmas educativos, enfatizando los modelos de educación interactiva y la enseñanza recíproca de Vygostky en donde el paciente tenga un papel fundamental durante la actividad del sujeto del conocimiento y que el educador actúe como facilitador del proceso, con un enfoque que considere tanto las características individuales como la interacción social.⁷⁵

4.2.4. Aspectos metodológicos para el desarrollo de programas de EPS

La EPS, como herramienta de la Promoción de la Salud, tendrá que ocuparse de crear oportunidades de aprendizaje para facilitar cambios de conducta o estilos de vida saludables, para que la población conozca y analice las causas sociales, económicas y ambientales que influyen en la salud de la comunidad. Esto significa una superación del papel tradicional que se ha atribuido a la EPS, limitado fundamentalmente a cambiar las conductas de riesgo de los individuos, convirtiéndose en un potente instrumento para el cambio.

Con esta base se ha considerado que los programas de EPS evaluados como efectivos respecto a su metodología son aquellos que: incorporan métodos de aprendizaje activos, que van dirigidos hacia las influencias sociales y la de los medios de comunicación de masas, que refuerzan los valores individuales y las normas grupales, que promueven el desarrollo de habilidades, (sociales, fundamentalmente). Aunado a lo anterior, se determina que una estrategia especialmente efectiva es el trabajo en grupo de iguales ya que se logra una mayor adecuación de los contenidos y estrategias, mayor motivación y crédito de la información. Considerando para ello básico que el alumno haga suya la actividad de aprendizaje, y el educador debe jugar el papel de facilitador del aprendizaje, utilizando métodos participativos que apoyen en la adquisición de habilidades sociales, la competencia en la comunicación y la resolución de conflictos, que apunten hacia la responsabilidad, el autoestima y la toma de decisiones; facilitando la práctica de las habilidades aprendidas. Ya que el estilo de vida de los sujetos depende en gran medida de su capacidad de elegir y de tomar decisiones; Establecer la relación entre los factores de riesgo y el daño para la salud requiere un adiestramiento que permita desarrollar la capacidad crítica de los alumnos sobre sus propios conocimientos ya que las ideas, configuran el modo propio de vivir, de relacionar experiencias y comportamientos, de manera que es necesario iniciar las actividades de enseñanza y aprendizaje averiguando el punto de partida de cada alumno, sus ideas previas, en las cuales generalmente intervienen tradiciones y prejuicios.³⁶

Para lograr establecer programas de EPS que son considerados como efectivos, la Dra. María Antonia Modolo (directora del Centro Experimental de Educación Sanitaria de la

Universidad de Perugia Italia, 1998/99-2000/01), señala que toda acción de educación para la salud debe reunir los requisitos y consideraciones siguientes:

- La educación para la salud no debe centrarse sólo en el individuo, debe comprender al grupo, ya que los comportamientos individuales tienen en gran medida una influencia grupal, social.
- Se deben abordar problemas concretos, relevantes y percibidos. No se deben tratar problemas no sentidos, pues carecen de significación, ni tampoco generales, que por ser excesivamente amplios, difuminan una posible actuación. Es importante recoger las vivencias de los individuos.
- La acción debe ser continua y no puede quedarse en actuaciones puntuales, esporádicas o de campañas. La formación de actitudes y comportamientos requiere un tiempo superior al necesario para la mera información.
- Tener en cuenta la competencia de los individuos. Cada persona tiene unos comportamientos y actitudes debido a una historia y a una serie de condicionantes que ella misma conoce y valora, por lo que decidirá cambiarlos o no en función de su escala de valores.
- El profesional de la EPS no debe establecer una relación de autoritarismo, presentando un mensaje de forma dogmática como la verdad, sino que debe presentarse como colaborador en la búsqueda de soluciones a problemas de interés para todos.
- La información suministrada debe ser veraz e íntegra, es decir, no debe ser parcial, falsa o deformada. Reconociendo la dificultad de la neutralidad, se debe buscar anular las tendencias por confrontación de los datos provenientes de diversas fuentes.
- Se debe procurar la motivación necesaria para que los individuos acepten los mensajes, superando los obstáculos y resistencias culturales y psicológicas hacia determinados problemas, ayudándolos a poner en práctica las soluciones encontradas.³⁶

Considerando los enfoques propuestos por Modolo, la EPS se vale de diferentes disciplinas para su aplicación, de las cuales la bioética, la antropología, la sociología, la comunicación

y la psicología deben estar presentes en cada acción que se realice, tomando como eje central a la pedagogía, de tal forma que: La Bioética, dirige las acciones con un enfoque humanista que destaque y considere el comportamiento humano, la persona, su libertad, su dignidad y las características propias del aprendizaje. La Antropología: muestra cómo cada comunidad tiene su propia cultura de la salud, por lo tanto, hay que indagar en cada grupo humano cuál es su concepción respecto a la salud; hay que partir de que no hay culturas inferiores o superiores, sino diferentes. La Sociología: centra en la cotidianidad de las personas; si un mensaje educativo no hace parte de ella o no es aplicado en el diario vivir, se esfuma. La Comunicación: Cada persona y comunidad tienen un saber y a partir de éste significan los mensajes que reciben. Se espera que los procesos comunicativos sean capaces de proporcionar instancias que permitan a las personas y comunidades consultantes ser escuchadas y comprendidas, y que los profesionales estén abiertos a un diálogo espontáneo y comprometido entregando respuestas oportunas y confiables y motivando a las personas a una activa participación en un contexto que respete su autonomía y le permita decidir por sí misma y de acuerdo consigo misma. La Psicología: da los elementos acerca de la construcción, percepción y apropiación del conocimiento; el otro tiene una cultura, una historia, un saber diferente, con un proceso de construcción distinto. Los formadores en salud construyen con una lógica académica, en cambio el individuo la ha construido ligada a la solución de problemas en la vida diaria, donde no se debaten saberes, simplemente las cosas se hacen, hay saberes que se especializan (por ejemplo parteras) los cuales son claves en el trabajo comunitario.³⁷

Desde el marco actual en el que la EPS se circunscribe, se ocupará tanto de los comportamientos de las personas relacionadas con el problema como con el entorno donde se desarrollan. Por tanto, las etapas que se consideran para la planificación de acciones en EPS son tres: el Análisis del problema. La Programación de las actividades educativas y la Evaluación.⁴⁰

1. El Análisis del problema conlleva a su vez a cuatro pasos o etapas necesarias, iniciando con:⁴⁰
 - a) Identificación del problema, que surge del análisis de las necesidades de la población, y su objetivo es conocer dónde, cómo y por qué, se generan los

problemas de Salud. La selección del problema implica determinar cuáles son los comportamientos de los individuos, grupos o comunidades que están implicados en los problemas, de modo que a través de una acción educativa puedan modificarse, produciendo una mejora del problema.

- b) Identificación de los factores de riesgo, para ello resulta muy útil el aplicar el modelo PRECEDE, para clasificar los factores de riesgo relacionados con los comportamientos de las personas predisponentes y aquellos relacionados con el entorno, y que están fuera del control de las personas, así como identificar facilitadores y reforzantes.
- c) Identificación del grupo objetivo sobre el que se va a actuar. Cuanto mejor se defina, mejor se diseña una intervención educativa apropiada.
- d) Identificación de los determinantes cognitivos: actitudes (opiniones) e influencias sociales tal y como las percibe el individuo, y sus expectativas de auto eficacia (capacidades personales).

2. La Programación de las actividades educativas.⁴⁰ implica el diseño de las actividades educativas, según el problema identificado -a quién, qué, cómo, cuándo y dónde-, tiene que ser flexible de tal modo que permita una metodología participativa de los individuos en el proceso de modificación de sus comportamientos. Especificando los siguientes aspectos:

- a) ¿A quién van dirigidas las actividades educativas? - población o individuos blanco.
- b) ¿Qué se va a hacer? Los objetivos educativos explicarán aquello que se quiere conseguir en relación con los conocimientos, actitudes y habilidades, destrezas de las personas, de forma que se pueda ir evaluando el progreso y el punto a donde se quiere llegar.
- c) ¿Cómo se va a hacer? Métodos y medios educativos a emplear.
- d) ¿Cuándo y dónde se va a hacer? Programación en el tiempo de todas las actividades y del lugar donde se va a desarrollar cada una de ellas.
- e) ¿Quién se responsabiliza de cada actividad?
- f) Recursos materiales y financieros necesarios para desarrollar el programa educativo.

Es un hecho que la propuesta de programación de actividades educativas en EPS, basa sus conceptos en la concepción de currículo ya que representa la delimitación de lo que se pretende desde el punto de vista educativo, que establece la determinación de cuatro preguntas básicas para el constructor del currículo:⁷⁷

1. ¿Qué se va a hacer?
2. ¿Qué materia o clase va a incluirse?
3. ¿Cuáles estrategias, recursos o actividades educativas se van a utilizar?
4. ¿Qué métodos o instrumentos se usarán para apreciar los resultados del diseño?

El Diseño Curricular es el proyecto que preside y guía las actividades educativas explicitando las intenciones que están en su origen y proporcionando un plan para llevarlas a término, representado así un instrumento para la práctica pedagógica que ofrece guías de acción, incluye informaciones sobre qué, cuándo y cómo enseñar y evaluar, por lo que es un instrumento que facilita y sirve de base a la programación.⁷⁷

Y esta programación establecida para EPS retoma la visión curricular de Tyler con sus clásicas cuatro preguntas que lo determinan:⁷⁷

- ¿Qué aprendizaje se quiere que los alumnos logren? (objetivos).
- ¿Mediante qué situaciones de aprendizaje podrá lograrse dichos aprendizajes? (actividades).
- ¿Qué recursos se utilizará para ello? (recursos didácticos).
- ¿Cómo evaluaré si efectivamente los alumnos han aprendido dichos objetivos? (evaluación).

Por otro lado, la programación de actividades, está fundamentada en la determinación de cuatro factores o elementos que determinan el éxito de esta programación, a saber estos cuatro factores son: sociológicos, epistemológicos, psicológicos y pedagógicos que determinan todo currículo y que en EPS como en cualquier área deben considerarse de la misma forma que sus las preguntas o cuestionantes a resolver.³⁶

Sociológica de la Educación para la Salud. Se basa en las nuevas necesidades sociales y las demandas que hace la sociedad para que ciertos temas se desarrollen, por considerarlos necesarios para los ciudadanos del futuro. ¿Por qué es importante en la sociedad actual? ¿Qué debe conocer todo futuro ciudadano? ¿Cómo debemos intervenir en los problemas que la sociedad tiene planteados?

Epistemológica de la Educación para la Salud. Se basa en la estructura interna de la disciplina a desarrollar, los conocimientos científicos, su historia y su estado actual. Establece las relaciones interdisciplinarias pertinentes, diferencia lo fundamental de lo accesorio y presenta una metodología de trabajo. ¿Cuáles son los conocimientos científicos actuales acerca del tema? ¿Cuál ha sido su historia y evolución? ¿Qué tendencias existen? ¿Cuál es el método de trabajo de los investigadores?

Psicológica de la Educación para la Salud. Se basa en los procesos de desarrollo intelectual, procesual y psicomotor de los alumnos, las regularidades que presentan las diferentes etapas evolutivas, las diferencias individuales existentes, y los mecanismos y procesos de aprendizaje. Pero al igual que no existe un único estilo de vida saludable, ya que éste depende del entorno social y cultural en el que nos movemos, tampoco podemos basar la promoción de la salud únicamente en comportamientos individuales, sino que debemos tener un enfoque ecológico, ya que las raíces de los problemas de salud tienen factores políticos, económicos y sociales. ¿Cuál es el nivel de madurez intelectual de los alumnos con los que tratamos? ¿Qué intereses poseen y con qué valores se mueven? ¿Cuáles son sus comportamientos y estilos de vida? ¿A qué razones obedecen?

Pedagógica de la educación para la salud. Consiste en la intervención del profesorado en el hecho didáctico, diseñando y llevando a efecto una adecuada secuencia de enseñanza y de aprendizaje. Se basa en la experiencia docente y en las investigaciones psicopedagógicas. ¿De qué manera pueden aprender e interiorizar ciertos conceptos, informaciones y valores? ¿Cómo conseguir desarrollar su capacidad de elección? ¿Cómo convertirlos en ciudadanos críticos con ellos mismos y con lo que le rodea? ¿Qué problemas e investigaciones habría que presentar que lleven al aprendizaje deseado?

3. La Evaluación⁴⁰ Los criterios de evaluación de un Programa de EPS deben figurar desde el principio y deben ser discutidos y acordados con todos los que participan en el mismo (la evaluación hay que hacerla con los individuos y no sobre los individuos). Siguiendo el esquema clásico de Donabedian (1993),⁷⁸ en la evaluación de un Programa se distingue:
- a) Evaluación de la estructura, lo que evalúa es el diseño del programa-análisis del problema, objetivos educativos, metodología y medios a emplear, temporalización y recursos financieros y humanos, y criterios de evaluación a seguir.
 - b) Evaluación del proceso, se centra en la evaluación de las personas implicadas en el desarrollo del Programa, y en el cumplimiento de las actividades, tanto las propiamente educativas como las de apoyo.
 - c) Evaluación de los resultados, donde se evalúa el impacto que ha tenido el Programa sobre las personas, el grupo al que iba dirigido y sobre los factores ambientales.
 - d) Finalmente evalúa la mejora de los indicadores de Salud y/o el beneficio social consiguiente.⁴⁰

La propuesta metodológica anterior se retoma ya que el concepto evaluación supone comparar objetivos y resultados, de acuerdo al Comité Conjunto de Estándares para la Evaluación Educativa, la definen como el enjuiciamiento sistemático de la valía o el mérito de un objeto; definición centrada en el valor, implicando que la evaluación supone un juicio. Considerándose que al utilizar procedimientos objetivos para obtener información segura e imparcial está ligada a la valoración por lo que su meta es determinar un valor de algo que se está enjuiciando. La evaluación tiene por tanto un carácter intencional, siendo parte inherente al proceso educativo, a través de ella se valora la relación entre los objetivos planteados, los medios utilizados y los logros alcanzados, por lo que uno de sus objetivos es mejorar la enseñanza y el aprendizaje. Sirve de base para tomar decisiones. La evaluación educativa se enfoca en el proceso por lo que considera la evaluación del currículum, profesores, estudiantes, procesos de enseñanza y los resultados del aprendizaje; por ello se requiere la utilización de diversos métodos, técnicas e instrumentos para su realización. Que incluye la recopilación de la información y la comparación de la misma con normas de excelencia para la emisión de un juicio de valor que fundamenta la toma de decisiones. La

instrucción tiene como objetivo primordial el desarrollo de habilidades, conocimientos y el desarrollo de actitudes con la búsqueda de un aprendizaje significativo en los estudiantes, la evaluación recolecta datos o evidencias a través de instrumentos de medición (descripción cuantitativa) para corroborar si los cambios deseados fueron logrados, en este caso la adopción de conductas saludables.^{79,80}

Resulta indiscutible que la EPS representa la aplicación de los conceptos sobre salud integral, es decir desde sus esferas biológica, psicológica y social, aplicadas a la educación y al proceso que involucra esta misma; considerando que el individuo debe obtener conocimiento, desarrollar habilidades y tener una actitud correcta para lograr cambiar sus conductas hacia un estilo de vida saludable, por lo cual deberá seguir con los lineamientos de planeación, ejecución y evaluación fijados por las ciencias de la educación, determinando de acuerdo al contexto en que se esté empleando la forma idónea para su aplicación. De esta forma cuando la EPS se encuentra inmersa en las escuelas se propone que deberá no solo integrarse en la curricula específica, sino incluirse en todas las actividades dentro del ámbito escolar ya que la EPS en este contexto considerará a la totalidad del universo escolar, es decir alumnos, profesores, administrativos y padres de familia. En el siguiente apartado se presentan los aspectos que delimitan como debe implementarse la EPS en las escuelas así como las experiencias de su aplicación en nuestro país.

4.3. Educación para la salud en las escuelas

Dada la dinámica de la vida socio-comunitaria, donde la salud y la educación no constituyen compartimientos estancos de la misma, sino que se imbrican mutuamente y son a su vez receptores de un contexto plagado de elementos históricos, económicos y políticos, es notable resaltar la figura emblemática de la escuela, como el espacio de socialización y aprendizaje donde se transmiten hábitos y pautas saludables que permiten optimizar la calidad de vida tanto de los alumnos como la de su respectivo grupo familiar.

Las instituciones escolares sirven como medio para coordinar, integrar, implementar y mantener una variedad de intereses de promoción de la salud, prevención de enfermedades, lesiones y reducción de los riesgos para mejorar la salud, incrementar el potencial educativo y el bienestar. Por lo cual, el concepto de salud escolar va mucho más allá de suministrar instrucción sanitaria y servicios de control a los estudiantes. Con base en ello en el año 1986 la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y Cultura (UNESCO), se dieron a la tarea de desarrollar un enfoque integral de educación para la salud en la escuela.⁸¹

Resaltando que las escuelas representan uno de los lugares ideales para mejorar la salud de la población. Ya que las escuelas proporcionan la forma más eficiente y efectiva para atender a grandes proporciones de la población, incluyendo jóvenes, personal que trabaja en ellas, familias y miembros de la comunidad. Promover la salud a través de las escuelas mejora ambos aspectos tanto la salud como la capacidad de los estudiantes para aprender. El ambiente escolar por si mismo ha demostrado que es una forma muy importante para influir sobre la salud de su interior y del exterior que la rodea. Las escuelas que continuamente se esfuerzan en mantener y mejorar con contribuciones positivas a la salud representan lo que la OMS denomina “Escuelas Promotoras de la Salud”. Una escuela promotora de la salud se esfuerza en promover un medio ambiente saludable, provee educación en salud, servicios de salud en la escuela; en conjunto con proyectos comunitarios de nutrición y seguridad alimentaria; programas y oportunidades para la educación física y la recreación, programas de soporte social, apoyo para la salud mental. Con base en ello, una escuela promotora de la salud representa un lugar en donde los programas de educación y salud crean un medio ambiente “promotor de la salud”, ambiente en donde se promueve el aprendizaje de ambos. Enfoca sus esfuerzos en construir la salud en todos los aspectos de la vida escolar y de su comunidad. Utiliza toda su organización y potencial educativo en promover un desarrollo saludable para sus estudiantes, personal, familias y comunidad. A partir de ocho componentes interrelacionados:⁸²

- 1• Educación integral para fortalecer la autoestima y la capacidad de los jóvenes para formar hábitos y estilos de vida saludables.
- 2• Educación para la salud escolar basada en valores positivos de la salud y para fortalecer las habilidades para la vida.
- 3• Medios para desarrollar la salud escolar, ambientes y entornos que refuercen la promoción de la salud.
- 4• Promoción de la salud para el personal escolar, docentes y trabajadores administrativos.
- 5• Proyectos y alcances de la escuela y/o la comunidad.
- 6• Servicios de salud, alimentación y nutrición que favorezcan la formación de hábitos saludables.
- 7• Educación física, recreación y deportes que contribuyan al desarrollo humano integral.
- 8• Asesoramiento y apoyo social.

La OMS y a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), han determinado que las características y enfoques de la escuela promotora de salud son: ^{25,82}

- Refuerza la salud y el aprendizaje con todas sus oportunidades disponibles.
- Promueve los esfuerzos con las autoridades educativas, maestros, estudiantes, familiares, profesionales de la salud y líderes de la comunidad para hacer de la escuela un lugar saludable.
- Proporciona ambientes saludables, educación para la salud y servicios de salud en conjunto con proyectos comunitarios. Establece programas de salud entre sus empleados, proporciona facilidades para realizar actividad física y establece programas de salud mental.
- Implementa políticas y prácticas que respetan la dignidad y bienestar del individuo, dando oportunidades de desarrollo reconociendo sus atributos individuales.
- Se esfuerza en mejorar el estado de salud del personal, familiares y miembros de la comunidad así como de los estudiantes y trabaja con líderes de la comunidad en búsqueda de alternativas de salud y educación.
- Considera todos los aspectos de la vida del centro educativo y sus relaciones con la comunidad.

- Se basa en un modelo de salud que incluye la interacción de los aspectos físicos, mentales, sociales y ambientales.
- Se centra en la participación activa de los alumnos, con una serie de métodos variados para desarrollar destrezas.
- Reconoce que muchas destrezas y procesos básicos son comunes a todos los temas de salud y que éstos deberían programarse como parte del currículum.
- Entiende que el desarrollo de la autoestima y de la autonomía personal son fundamentales para la promoción de una buena salud.
- Concede gran importancia a la estética del entorno físico del centro, así como al efecto psicológico directo que tiene sobre profesores, personal no docente y alumnos.
- Considera la promoción de la salud en la escuela como algo muy importante para todas las personas que en ella conviven.
- Reconoce el papel ejemplarizante de los profesores.
- Sabe que el apoyo y la cooperación de los padres es esencial para una escuela promotora de salud.
- Tiene una visión amplia de los servicios de salud escolar, que incluye la prevención y los exámenes de salud, pero también la participación activa en el desarrollo del currículum de Educación para la Salud. Además, da a los alumnos la posibilidad de hacerse más conscientes como consumidores de servicios médicos.
- Construye capacidades para la paz, educación, alimentación, ingresos, ecosistemas estables, equidad y justicia social, desarrollo sustentable.
- Previene las principales causas de muerte, enfermedad e incapacidad.

Con base en sus premisas, la OPS ha lanzado la propuesta para el desarrollo e implementación de las escuelas saludables. Proponiendo la integración de la educación para la salud al currículum de la educación básica, que parte de la convicción de que la educación para la salud en las instituciones educativas debe superar la sumatoria de charlas y actividades puntuales aisladas, muchas de ellas descontextualizadas de la realidad, e integrarse de una manera permanente en el currículum, en forma transversal, siguiendo la lógica secuencial y progresiva, con que se introducen todos los contenidos curriculares.^{81.82}

Basándose en el convencimiento de que los maestros son actores fundamentales en la enseñanza y que no es reemplazándolos a ellos por improvisados educadores surgidos del sector de la salud como se va a llegar a cambiar actitudes y prácticas cotidianas de los escolares, sino con un trabajo continuado, a largo plazo, liderado por los mismos educadores en un equipo interdisciplinario, con apoyo de agentes internos y externos a las instituciones educativas, como se llegará a construir una nueva cultura de la salud en la comunidad educativa. Se propone organizar, enriquecer y cualificar los contenidos en salud que tradicionalmente se han dado de manera dispersa en la Educación Básica, inmersos en las áreas de Ciencias Naturales, Sexualidad, Medio Ambiente, Ética y Valores, Educación Física, entre otras, así como los contenidos de promoción y prevención que ha venido difundiendo el sector salud en las escuelas. Se retoma lo que Williams, proponía en 1989, como la integración de la Educación para la Salud en el currículo "Un proceso que consta de dos partes importantes e interdependientes, una primera parte se compone del aprendizaje de conocimientos sanitarios nuevos y apropiados que incluye actitudes, valores y experiencias relevantes para la vida que llevan los niños. La segunda parte ayuda a los alumnos a elegir y tomar decisiones sobre conductas saludables y aprender a ponerlo en práctica toda la vida". Se propone proporcionar a los educandos experiencias de aprendizaje, que les permitan adquirir elementos (teórico y prácticos) para decidir sobre conductas a adoptar que afectan directa o indirectamente la salud individual o colectiva y modificar comportamientos cotidianos en busca de un vivir mejor para los individuos y la comunidad en general. Los contenidos se deben definir como parte del ámbito de las propias instituciones educativas, considerando las necesidades de la comunidad educativa, sus particularidades, el proyecto educativo institucional y los proyectos de aula y considerando el contexto cultural, el cual interactúa e interfiere con los aprendizajes escolares. Se propone una forma de organizar los contenidos curriculares que atraviese todos los años de educación básica, para que sea retomada por cada institución de acuerdo a sus condiciones particulares.

Como puede observarse la estrategia Escuelas Promotoras de la Salud tiene a la fecha toda una estructura metodológica que permite su establecimiento y evaluación, a continuación se presentan los avances que sobre el tema se han realizado en nuestro país.

4.3.1. Educación para la salud en escuelas de México.

La Educación para la Salud en nuestro país, dentro del sistema formal escolarizado es incorporada a los libros de Texto Gratuito y se inició a partir del año de 1982 por medio de un convenio establecido entre la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) a través de su Dirección General de Educación para la Salud y la Secretaría de Educación Pública (SEP) y se incorpora como materia obligatoria dentro del currículo de los programas de quinto y sexto año de primaria, con el propósito de irse ampliando al resto de los grados —primero a cuarto— en forma paulatina y de acuerdo con la evaluación y experiencia que fuese adquiriéndose. Este primer intento concebía la idea de que dentro del aula, el maestro apoyase toda información y acción que dentro del programa curricular correspondiente a su grado, lo relacionara con aquello que tuviese algún vínculo con la salud del alumno y de su familia, y no tanto con el centrar sus conocimientos en el ámbito de la enfermedad para lo cual no había sido preparado. El programa contemplaba el apoyo que el maestro debería obtener del personal de los Servicios de Salud de la Comunidad en cuanto a los temas relacionados con las enfermedades más frecuentes en la región, sus factores predisponentes, los estilos de vida que contribuyeran en su aparición y los cambios de hábitos y costumbres que fuesen necesarios para preservar la salud. Poco tiempo después de iniciadas las acciones para poner en práctica el programa y debido a cambios en la administración de ambas Secretarías de Estado, el proyecto fue perdiendo fuerza al no contarse con el apoyo de los responsables en las áreas correspondientes, sin embargo los libros de texto gratuito continuaron manteniendo el tema de Educación para la Salud pero el énfasis que se daba al tema dependía del interés que el propio maestro pusiera en él.

Para 1991 y dentro del marco de los Programas Emergentes de Actualización del Maestro y de Reformulación de Contenidos y Materiales Educativos, la SEP convoca al Consejo Nacional Técnico de la Educación, a la Dirección General de Fomento a la Salud de la SSA, al Patronato del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación (SNTE) para la Cultura del Maestro Mexicano, A.C. y a la Universidad Nacional Autónoma de México, a través de la Secretaría de Educación Médica de la Facultad de Medicina, para desarrollar las Guías Didácticas de los seis años de primaria para impartir la materia de Educación para la Salud. La primera edición del material es puesta en operación en 1992 fundamentándose

en el principio de que el niño debe aprender a observar, cuestionar, formular hipótesis, explicar hechos, fenómenos y procesos, así como establecer relaciones y buscar las causas que les dan origen. Se pretende que el alumno, a partir de los conocimientos y de la identificación de factores de riesgo, establezca la relación entre ellos, para que al comprender cómo funciona su organismo, qué le afecta y beneficia y cuál es el origen y la causa de las enfermedades más comunes, pueda realizar acciones adecuadas para proteger su salud. Estos materiales desarrollados fueron evaluados por expertos de la Fundación Mexicana para la Salud, estableciendo que:

- Dentro del marco de una epistemología conductista, los autores presuponen que por el hecho de que el niño "adquiera" conocimientos, y reconozca los "premios y castigos" a los que se hace merecedor si no cumple con las "amenazas de enfermedad" que el propio maestro señala, lo obligara a poner en práctica acciones para proteger su salud. Enfocando los propósitos de la Educación para la Salud para construir una "cultura de la salud", los autores dan un tinte político y un tanto demagógico a su obra al considerar que el alumno debe "valorar a la salud como algo que le permite desarrollar plenamente sus potenciales..." sin considerar en lo más mínimo los factores económicos, políticos, ambientales y otros que influyen de una manera muy importante del verdadero desarrollo de un estado placentero de salud integral. Señalan, que "...al adquirir una cultura de la salud les permitiría a los alumnos cuidarse a sí mismos, hacerse responsables de sus personas para abatir riesgos y convertirse en promotores de la salud en su medio familiar y social". Sin que exista una coherencia lógica entre lo señalado en la primera parte del enfoque, con una estructura francamente conductista, y la segunda con un carácter político, los autores señalan que "...Este enfoque permite que los contenidos adquieran un carácter formativo para el alumno, quien, a través de la identificación, a reflexión, el análisis y la práctica, logra adquirir, modificar o reafirmar hábitos, conductas y actitudes favorables a la salud individual y colectiva." Tratando de incorporar el manejo del tratamiento didáctico dentro de la Epistemología Genética de Piaget, los autores no señalan en ningún momento cuál es el objeto de conocimiento y de qué manera debe integrarlo el maestro de acuerdo al nivel de desarrollo alcanzado por

los niños. Si el objeto de conocimiento es la "SALUD", esta debería concebirse con un enfoque integral, no solamente desde el punto de vista organicista, cientificista y positivista, sino también en lo social, lo político, económico, psicológico, de género, cultural y sobre todo, relacionado con lo cotidiano del niño, su realidad. Aún cuando hacen referencia que "...la participación en clase, la observación, el análisis y la reflexión de hechos y fenómenos, la emisión de juicios, la confrontación de experiencias, la identificación con su medio físico y social, son elementos que posibilitan la construcción del conocimiento en los alumnos, mismo que hay que facilitar y promover en el proceso de aprendizaje...", todo el desarrollo de los temas está hecho con un modelo conductista y tradicional, en ningún momento constructivista o activo - participativo.

Considerando la evaluación realizada por el grupo de la Fundación Mexicana para la Salud, se afirmó que no existía dentro de los programas educativos escolares un tema dedicado especialmente a la prevención, el cuidado de la salud y los hábitos para una vida saludable, considerando por ello que no se podría lograr un cambio sensible en los hábitos de vida de los mexicanos y que las guías desarrolladas no cumplían el objetivo, propuesto por lo que el material quedó de desuso.

En el año 1996, México adquirió el compromiso de establecer Escuelas Promotoras de la Salud en todo el país y formar la Red Nacional para facilitar su difusión, intercambio, interrelación y desarrollo.⁸¹

En el año 1999 la OMS publica el informe Mundial sobre Salud en las Escuelas,⁸³ en donde México declaró los siguientes avances sobre el tema:

- Programa de Salud Integral del Estudiante: cuyo propósito era el mejorar la salud de los escolares de 4 y 5 años y los de 6-12 años de edad, además de la salud de maestros y padres de familia. A partir de cuatro líneas de acción: educación para la salud, detección y atención de problemas de salud, promoción de ambientes saludables y participación social. Estableciendo que este programa se aplicó a nivel nacional en 25,000 escuelas de educación preescolar y 30,000 primarias, en donde

se detectaron problemas de salud en 1.4 millones de niños para el primer nivel y 6 millones para el segundo. Para ello participaron 200,000 profesores. Las medidas de atención fueron: entrega de lentes y prótesis, apoyo o tratamiento alimentario. En relación con la línea de acción Educación para la Salud la revisión y elaboración de planes y programas de estudio, materiales didácticos y libros de texto gratuito. Planeación de actividades curriculares y extracurriculares para mejorar el ambiente escolar.

- Programa de Salud Integral del Adolescente: Trabajando en salud reproductiva y problemas de adicciones, así como la detección y atención de problemas: de aprendizaje, físicos o emocionales.
- Escuelas promotoras de la salud: Se cuenta con 292 escuelas trabajando sobre el proyecto y que serán certificadas en poco tiempo. Elaboración del Manual “Entre todos cuidemos la salud de los estudiantes” para profesores sobre los conceptos básicos de educación para la salud.

El 13 de agosto de 2001, los secretarios de Educación Pública (SEP) y de Salud (SS) firmaron las Bases de Coordinación para establecer, desarrollar, ejecutar y promover el Programa Intersectorial de Educación Saludable (PIES)⁸⁴ en las escuelas de educación básica del sistema educativo nacional. El mencionado convenio de coordinación refleja la prioridad que el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006⁸⁵ otorga a la educación y a la salud, así como a una de las cuatro premisas determinadas en el Programa Nacional de Salud (PNS)⁸⁶ que establece: “La salud, junto con la educación, es el componente central del capital humano, que es el capital más importante de los individuos y las naciones. Mejorar la salud y asegurar la educación significa fortalecer la capacidad del individuo y la sociedad para procurarse y acrecentar sus medios de vida”. Con base en sus cuatro premisas el PNS establece diferentes objetivos y estrategias; de ellas la estrategia 1: “Vincular a la salud con el desarrollo económico y social” determina como línea de acción el promover la educación saludable. La cual delimita que la educación es el recurso más poderoso para alcanzar niveles de salud y promover el desarrollo humano y que la escuela constituye un espacio privilegiado para proporcionar los conocimientos y habilidades necesarios para la promoción y el cuidado de la salud, la de su familia y de sus comunidad.

Indicando que los programas escolares deben incluir actividades que promuevan un estilo de vida sano y eviten conductas de riesgo. Ya que la educación formal promueve de manera directa a producir salud, ya que prácticamente todos los indicadores positivos de salud se relacionan con los niveles educativos. Por ello el sector educativo representa para la secretaria de salud un ámbito prioritario para la acción intersectorial coordinada. Por su parte el Programa Nacional de Educación⁸⁷ como parte de la política de fortalecimiento de contenidos educativos específicos y producción de materiales impresos, establece dos de sus líneas de acción específicas que son: 1. Revisar y, en su caso, actualizar los contenidos en materia de educación para la salud dentro de los planes y programas de estudio de la educación básica y normal, e impulsar la puesta en marcha de diversas acciones en materia de educación saludable, higiene y nutrición, entre otras. Y 2. Promover el desarrollo de una cultura de la prevención y el cuidado de la salud en la escuela –en los niveles de educación preescolar, primaria y secundaria- así como la capacitación de los maestros para la detección de problemas específicos. Para lo cual se establece: el logro de una Educación Saludable, con las siguientes metas específicas:

- Diseñar e iniciar la implantación, en 2001, del PIES, con la Secretaría de Salud.
- Para 2006, haber incorporado a 50% de las escuelas de educación básica al proyecto de educación saludable, particularmente en escuelas rurales y urbano-marginadas.
- Publicación de una guía de capacitación docente para la promoción de la salud en las escuelas de educación primaria, con un tiraje de 250 mil ejemplares.
- Mejorar la infraestructura y el mantenimiento de las escuelas básicas para garantizar un ambiente seguro y saludable para el desarrollo del aprendizaje.
- Promover el desarrollo de una cultura de la prevención y el cuidado de la salud, mediante la capacitación de los maestros y el fomento de la participación social.

Con las bases antes mencionadas se procede a elaborar el programa operativo de trabajo conjunto entre las dos secretarías, el cual fue publicado en el año 2002 y divulgado el 30 de abril de 2002, "Día del Niño", en el marco de la Estrategia Contigo, cuando el Presidente de la Republica -Vicente Fox Quesada-, y los secretarios de Educación Pública, de Salud y de Desarrollo Social y de los Presidentes de las Fundaciones Gonzalo Río y Banamex presentó el Programa Intersectorial de Educación Saludable. Considerando que el problema a resolver, por medio de la salud y la educación, consiste en romper el círculo vicioso de la

pobreza: Bajo nivel educativo y de salud-baja productividad-escasos ingresos-bajo nivel de vida-menor desarrollo.⁸¹

El PIES establece como su objetivo general : “Lograr mejores condiciones de salud de los escolares, con énfasis en los grupos indígenas, rurales y urbanos de bajos ingresos, como parte de una estrategia integral para lograr una educación de alta calidad, a través de la coordinación intersectorial y con el apoyo de otros organismos públicos, privados y la participación social”. Para su operación el PIES establece una serie de estrategias que incluyen procedimientos específicos así como los elementos para su evaluación y que permiten el otorgamiento de distinciones a las escuelas que lo cumplan. La evaluación anterior será la base sobre la cual se otorguen las distinciones de «Bandera Blanca» y «Certificación de Escuelas Saludables y Seguras». El PIES considera que la salud del escolar es un proceso integral y que para lograrla se precisa de la elaboración de un diagnóstico escolar y del programa escolar de educación saludable, que contemple las siguientes líneas de acción y actividades a desarrollar en la escuela: Educación para la salud, Prevención, detección y referencia de casos, Promoción de ambientes escolares saludables y seguros y Participación social.⁸⁴

De acuerdo con las metas establecidas por el PIES y al final del período de su aplicación, no se encontró evaluación específica del mismo por parte de la SEP. La información publicada es responsabilidad de la SS a través de su dirección general de evaluación del desempeño, en donde las metas del PIES evaluadas fueron de manera exclusiva para el área de participación social y de manera cuantitativa, sin embargo la evaluación de los aprendizajes que se delimito en un inicio así como el impacto del programa no fueron delimitados.⁸⁸ Sin embargo a partir de su aplicación se logro impactar algunos programas como:

- En el año 2004 se presentó la iniciativa de reforma a la ley general de educación que determina y retoma la importancia de la Escuela Saludable. Artículo 7.- La educación que impartan el Estado, sus organismos descentralizados y los particulares con autorización o con reconocimiento de validez oficial de estudios tendrá, además de los fines establecidos en el segundo párrafo del artículo 3° de

la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, los siguientes: X.- Desarrollar actitudes solidarias en los individuos, para crear conciencia sobre la preservación de la salud, la planeación familiar y la paternidad responsable, sin menoscabo de la libertad y del respeto absoluto a la dignidad humana, así como propiciar el rechazo a los vicios, así como promover la educación para la salud en los términos del Capítulo II del Título Séptimo de la Ley General de Salud. presentada y aprobada el día 6 de abril de 2004.⁸⁹

- El día 14 de marzo de 2005, se presenta y aprueba la reforma al artículo 113 de la Ley General de Salud, para promover la actividad física en la población infantil dentro de los centros de educación básica para la prevención del sobrepeso y la obesidad en la niñez. Se reforma el artículo 113 de la Ley General de Salud para quedar como sigue: La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública y los Gobiernos de las Entidades Federativas, y con la colaboración de las dependencias y entidades del Sector Salud, formulará, propondrá y desarrollará Programas de Educación para la Salud. Con apartados específicos que contemplen la obligatoriedad de Escuelas Saludables y Seguras y la práctica de actividad física aeróbica en los niveles de preescolar, primaria y secundaria de los educandos. Procurando optimizar los recursos y alcanzar una cobertura total de la población.⁸⁹
- El titular de la SEP, informo en marzo 2006⁹⁰ que los temas sobre Nutrición Adecuada y Educación Saludable serían incluidos en el programa Enciclomedia con el propósito de lograr hábitos sanos entre los estudiantes de nivel básico.
- Con fecha 2 de agosto 2006, se publica en el diario oficial de la nación, el proyecto de Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA2-1993, Para el fomento de la salud del escolar,⁹¹ definiendo a la Educación para la salud como el proceso de enseñanza-aprendizaje que permite, mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y modificar actitudes, con el propósito de inducir comportamientos para cuidar la salud individual, familiar y colectiva. Estableciendo la importancia de la etapa entre los 4 y los 15 años, para el crecimiento y desarrollo integral de los seres humanos, ya que en ésta se adquieren y perfeccionan hábitos y conductas que

les permitirán construir una cultura de prevención y auto cuidado de su salud y optar por estilos de vida saludables. Asimismo retoma la importancia de los problemas de salud prevenibles, en relación con su incidencia en el incremento del ausentismo, reprobación y deserción escolar. Factores, además de limitar el logro de los propósitos educativos, contribuyen a iniciar el círculo “ignorancia-desempleo-pobreza-enfermedad”, en particular en las regiones y grupos sociales de menores ingresos, en donde los riesgos y daños a la salud se multiplican con una incidencia directa en el desarrollo económico del país. Retoma el que en el PNS 2001-2006 se establece la necesidad de avanzar en el mejoramiento de las condiciones de salud de los mexicanos y en el abatimiento de las desigualdades e inequidades de género, etnia y condición social; proponiendo como principal estrategia vincular la salud con el desarrollo económico y social. Definiendo como línea de acción, promover una educación saludable, en reconocimiento de que el recurso más poderoso para alcanzar mejores niveles de salud y promover el desarrollo humano es la educación. Establece que la escuela, en todas sus modalidades, constituye un espacio privilegiado para favorecer en las niñas, niños y adolescentes, la adquisición de conocimientos, destrezas y el desarrollo de habilidades necesarias para la promoción y el cuidado de su salud, la de su familia y su comunidad; permite también la creación y mantenimiento de ambientes de estudio, trabajo y convivencia saludables. Por que se enfatiza la importancia de la orientación, prevención, detección temprana y la atención oportuna de los principales problemas que inciden en la salud de los escolares, para así evitar daños y secuelas, y favorecer el desarrollo integral de este núcleo de población. Con base en las mencionadas premisas el Objetivo de la Norma es el establecer y regular actividades, criterios y estrategias de operación del personal de salud que desarrolla acciones de prevención y promoción de la salud, dirigidas a los escolares que cursan los niveles básicos del sistema educativo nacional, que les permita mejorar sus condiciones de vida en el marco de la promoción y defensa de los derechos humanos. Estableciendo que el campo de aplicación de la misma es de observancia obligatoria para el personal de salud de los sectores público, social y privado que desarrollen acciones en

beneficio de la población escolar de educación básica del Sistema Educativo Nacional.

A pesar de que el PIES tuvo impacto en la determinación de algunos cambios no existe una evaluación cuantitativa real del mismo, por lo cual al inicio del sexenio 2007-2012, se consideró pertinente la realización de una Encuesta Nacional de Salud en Escolares⁹² (ENSE 2008), a fin de contar con información actualizada y confiable de la situación de salud y nutrición de los escolares y adolescentes en México y poder generar propuestas de estrategias de prevención y control. La ENSE se aplicó a ochenta mil alumnos de escuelas primarias y secundarias públicas de la República con el objetivo de describir el estado de salud, educación y condiciones de vida de los escolares e identificar los principales factores de riesgo a la salud a los que están expuestos. La ENSE permitió establecer las bases para dirigir las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades de la población escolar de México, estableciendo como una de sus 13 recomendaciones el establecer programas de Educación para la Salud involucrando a los alumnos, profesores y padres de familia.⁹²

El Programa Sectorial de Salud 2007-2012⁹³ establece diversas estrategias y líneas de acción con base en los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo, de ellas es importante destacar la estrategia 2: “Fortalecer e integrar acciones de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades” y la línea de acción 2.1 que señala la necesidad de “Desarrollar, en colaboración con la Secretaría de Educación Pública, un programa de educación saludable y un sistema de seguimiento sobre sus efectos en la salud de la población, desde educación básica hasta educación superior”, así mismo en la línea de acción 2.2 se menciona la importancia de: “fortalecer los servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades incorporando acciones efectivas basadas en evidencias científicas, así como reformando la acción comunitaria para el desarrollo de entornos saludables”. Para lograrlo y tomando como base los resultados de la ENSE se estableció el programa Escuela y Salud dirigido a la población escolar de nivel básico hasta superior.

El actual Programa de Escuela y Salud⁵ se apoya en el Modelo Operativo de Promoción de la Salud, el cual tiene como punto focal la modificación de los determinantes de la salud (definidos como causas y condiciones que afectan o favorecen a la salud), de niñas, niños,

adolescentes y jóvenes escolares, los cuales se identifican como: a) Alimentación correcta: b) Actividad física, c) Adecuada higiene personal y saneamiento básico, d) Factores psicosociales, e) Consumo sensible y no riesgoso de bebidas alcohólicas y reducción del consumo de drogas ilegales y drogas médicas no prescritas y f) Sexualidad responsable y protegida. Promoviendo la creación de una nueva cultura para la salud, a través de la transformación de los determinantes y la modificación de entornos que favorezcan la salud. Pretende que la comunidad educativa se corresponsabilice impulsando y participando en múltiples estrategias que generen mejores condiciones de salud en el espacio escolar. Para su aplicación se consideran los objetivos, estrategias y líneas de acción que se presentan en la tabla IV.1.

Tabla IV.1. Objetivos, estrategias y líneas de acción del Programa Escuela y Salud 2007-2012

Objetivo general: Realizar intervenciones intersectoriales, anticipatorias, integradas y efectivas, con los niños de educación básica, adolescentes y jóvenes de educación media y superior, que les permitan desarrollar capacidades para ejercer mayor control sobre los determinantes causales de su salud, mejorarla, y así incrementar el aprovechamiento escolar.	
Objetivos específicos:	
1. Impulsar el conocimiento sobre bebidas saludables, alimentación correcta y prácticas de actividad física que generen hábitos y cambios en niños y jóvenes y así detener el incremento de la obesidad y las enfermedades crónico-degenerativas.	
2. Reducir el consumo de tabaco (activo y ajeno) y desarrollar las competencias para un consumo sensible y no riesgoso de bebidas alcohólicas.	
3. Establecer estándares en la infraestructura de los espacios y saneamiento básico, que protejan a la comunidad escolar de posibles epidemias emergentes y reduzcan el ausentismo escolar.	
4. Contar con instalaciones físicas seguras, equipos y mobiliario, que prevengan accidentes, permitan promover comportamientos no riesgosos en las escuelas y reduzcan la incidencia de lesiones.	
5. Fortalecer el ambiente psicosocial favorable a la salud: apoyando el vínculo de la escuela y la familia, creando un clima de respeto y confianza, libre de cualquier forma de discriminación y fomentando las actividades extracurriculares (deportivas, artísticas) para contribuir a la prevención de adicciones y violencia.	
6. Incrementar la efectividad de las intervenciones de promoción de la salud, para crear una nueva cultura de salud, habilitando a la comunidad escolar y sumando las contribuciones de los agentes escolares y promotores voluntarios.	
7. Consolidar las practicas preventivas especificas por edad y sexo incluidas en el Paquete Garantizado de Servicios de Prevención y Promoción y en la Cartilla Nacional de Salud	
Estrategias y líneas de acción	
Estrategias	Líneas de acción
1. Desarrollar competencias en la comunidad escolar que provean de conocimientos, y desarrollen capacidades para la modificación de los determinantes de la salud de niñas, niños, adolescentes y jóvenes del nivel básico, medio y superior escolar.	a. Utilizar todos los canales de comunicación educativa para la comunidad escolar y así favorecer una nueva cultura de la salud y del auto cuidado. b. Incidir en la modificación del reglamento de cooperativas escolares. c. Instrumentación normativa y su difusión para el manejo de los determinantes de la salud en las escuelas.

	<p>d. Impulsar conocimientos y prácticas saludables adecuadas a las condiciones locales y poblaciones vulnerables.</p> <p>e. Elaboración de guías y libros adecuados a los diferentes niveles educativos con recomendaciones para la alimentación correcta, la actividad física y el auto cuidado de la salud, dirigidas a la población escolar de los tres niveles: básico, medio y superior.</p> <p>f. Actualizar en los libros de texto gratuitos los contenidos que abordan los determinantes de la salud para la educación básica.</p>
2: Implementar políticas públicas y desarrollar propuestas de normatividad que faciliten la modificación de los determinantes favorables para la salud de niñas, niños, adolescentes y jóvenes del nivel básico, medio y superior.	a. Capacitar a la comunidad educativa para el desarrollo de competencias, que permita la acción.
3: Acceso de las y los escolares a los servicios públicos de salud.	<p>a. Facilitar el acceso de la comunidad educativa al Paquete Garantizado de prevención y promoción de la salud y manejo de la Cartilla Nacional de Salud.</p> <p>b. Orientación y consejería en adicciones (alcohol, tabaco y drogas), salud sexual y reproductiva, violencia, y seguridad a escolares, adolescentes y jóvenes.</p>
4: Establecer entornos seguros y favorables para la salud de las y los escolares de los tres niveles educativos; básico, medio y superior tanto en el área urbana como en la rural.	a. Certificación de escuelas basada en el Sistema Nacional de Entornos Favorables a la Salud.
5: Establecer los mecanismos que fortalecen el vínculo sectorial y la articulación de la comunidad escolar con las instituciones gubernamentales, así como los de participación social para llevar a cabo acciones que permitan modificar los determinantes de la salud de los escolares en los tres niveles educativos.	<p>a. Establecimiento del Modelo Operativo Sectorial de Salud (SS, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR) estructurado para la interacción y la oferta del Paquete garantizado de servicios de prevención y promoción de la salud.</p> <p>b. Ampliación de cobertura efectiva de los niveles educativos.</p> <p>c. Asesoría a los Consejos Escolares de Participación Social para que contribuyan a la creación de una nueva cultura de salud.</p> <p>d. Orientar la participación de los municipios hacia la modificación y control de los determinantes de la salud de las y los escolares.</p> <p>e. Participación en las campañas y seguimientos locales de las acciones de salud comunitaria.</p> <p>f. Incorporación de adolescentes y jóvenes del nivel medio y superior en redes sociales que favorezcan la salud.</p> <p>g. Cooperación internacional para el impulso de la salud en el entorno escolar.</p>
6: Desarrollar un sistema de medición y análisis de las condiciones de salud de los escolares que permita el monitoreo del avance y la evaluación de la efectividad e impacto de las intervenciones del programa.	<p>a. Modificar los sistemas de recolección de información institucional orientándolo a las nuevas necesidades del programa.</p> <p>b. Organizar la información desde el nivel local para su análisis y acción.</p> <p>c. Impulso a estudios e investigaciones específicas.</p>

Como parte de las acciones realizadas para el Programa Educación y Salud, ambas secretarías involucradas desarrollaron el: Manual para el Maestro del Programa Escuela y Salud. Desarrollando competencias para una nueva cultura de la salud,⁹⁴ que se pone en manos de los maestros de educación básica de todo el país con la finalidad de ofrecer a los docentes, referentes básicos para orientar la intervención educativa en los planteles, que contribuya a promover la modificación de los determinantes de salud de la comunidad educativa; el establecimiento de entornos seguros y favorables para la salud; la participación social para llevar a cabo acciones colectivas que contribuyan a la modificación de tales determinantes, así como el acceso de los estudiantes a los servicios públicos de salud.

El 25 de enero 2010 se puso en marcha el “Acuerdo Nacional para la salud alimentaria La estrategia contra el sobrepeso y la obesidad”,⁹⁵ el cual tiene como objetivo primordial revertir las cifras de sobrepeso y obesidad de la población mexicana y prevenir el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles.

Este acuerdo tiene como antecedente el que en todos estos países se reconoce la importancia de las escuelas y del ambiente escolar para la política nutricional, y como eje prioritario para la prevención del sobrepeso y la obesidad y toma como evidencia prioritaria la aplicación de programas como *EPODE*⁹⁶ en Francia (*Ensemble Prévenons l’Obésité des Enfants: Juntos Prevengamos la Obesidad de los Niños*) han demostrado a lo largo de diez años que es posible cambiar hábitos cuando esto se convierte en un asunto cotidiano, desde la infancia. Bajo los objetivos “Comer mejor, moverse más”, este programa ha logrado involucrar a la escuela, los padres, la población, la iniciativa privada, los ministerios de salud y el gobierno en las localidades en las que se ha aplicado en la búsqueda de un objetivo común: mejorar las expectativas de salud de la población francesa.

Con esta base y el análisis realizado de la evidencia nacional e internacional, se establecieron 10 objetivos prioritarios para lograr atacar el problema: 1. Fomentar la actividad física en la población en los entornos escolar, laboral, comunitario y recreativo con la colaboración de los sectores público, privado y social. 2. Aumentar la disponibilidad, accesibilidad y el consumo de agua simple potable. 3. Disminuir el consumo de azúcar y grasas en bebidas. 4. Incrementar el consumo diario de frutas y verduras, leguminosas,

cereales de granos enteros y fibra en la dieta, aumentando su disponibilidad, accesibilidad y promoviendo su consumo. 5. Mejorar la capacidad de toma de decisiones informadas de la población sobre una dieta correcta a través de un etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud. 6. Promover y proteger la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, y favorecer una alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses de edad. 7. Disminuir el consumo de azúcares y otros edulcorantes calóricos añadidos en los alimentos, entre otros aumentando la disponibilidad y accesibilidad de alimentos reducidos o sin edulcorantes calóricos añadidos. 8. Disminuir el consumo diario de grasas saturadas en la dieta y reducir al mínimo las grasas trans de origen industrial. 9. Orientar a la población sobre el control de tamaños de porción recomendables en la preparación casera de alimentos, poniendo accesibles y a su disposición alimentos procesados que se lo permitan, e incluyendo en restaurantes y expendios de alimentos, tamaños de porciones reducidas. 10. Disminuir el consumo diario de sodio, reduciendo la cantidad de sodio adicionado y aumentando la disponibilidad y accesibilidad de productos de bajo contenido o sin sodio.

Para su aplicación se consideraron diferentes acciones a realizar, de ellas y por el tema tratado se consideran solo las establecidas para ser realizadas por la SEP:

- Impulsar la realización de actividad física al menos 30 minutos diarios en los escolares
- Incentivar la igualdad de género en la práctica del deporte
- Impulsar, a través del currículo escolar, el consumo de agua potable y el alfabetismo nutricional
- Garantizar la instalación de bebederos en escuelas públicas
- Promover y facilitar la disponibilidad de agua y bebidas no alcohólicas con bajo contenido calórico en colaboración con la industria alimentaria
- Generar lineamientos para proveedores de alimentos escolares encaminados a disminuir el consumo de azúcares
- Impulsar un Acuerdo Secretarial para el expendio de alimentos y bebidas en las tiendas o cooperativas escolares de los planteles de educación básica para una sana alimentación escolar

Aunado a lo anterior, se establecen cuatro acciones que deben implementarse para el logro de los objetivos:

1. Información, educación y comunicación: promover el acceso a la información y la toma de decisiones educadas y basadas en evidencia en la población para mejorar la calidad de su alimentación, incrementar la actividad física y, en general, promover estilos de vida saludables.
2. Abogacía, co-regulación y regulación: con la participación de autoridades, la sociedad civil y la industria, promover una alimentación correcta y mayor actividad física. Esta acción incluye estrategias de comunicación multisectoriales para promover estilos de vida saludables; políticas de desarrollo urbano y colaboración en el rescate y rehabilitación de espacios públicos seguros; políticas educativas y laborales que permitan ejercer un estilo de vida saludable en escuelas y centros laborales; códigos de autorregulación de la industria, normas mexicanas y normas oficiales mexicanas, evaluaciones de grupos de consumidores y organismos no gubernamentales (ONG's), y concientización de líderes de opinión sobre el problema de obesidad y enfermedades crónicas, y la urgencia de implementar acciones para su prevención.
3. Monitoreo y evaluación: el seguimiento y evaluación de cada objetivo y sus acciones es necesario para identificar oportunidades de mejoramiento, asegurar el cumplimiento de las acciones y corregir posibles fallas.
4. Investigación: existe una agenda de investigación básica, clínica, epidemiológica y de sistemas de salud para sustentar la toma de decisiones sobre prevención de obesidad y enfermedades crónicas. Se recomienda que el Gobierno Federal apoye de manera significativa la investigación relacionada con los 10 objetivos prioritarios y promueva que lo hagan también los gobiernos estatales, las agencias financiadoras y ONG's. Se requiere investigación en temas como la efectividad de acciones e intervenciones en la modificación de conducta y la educación para la salud, el impacto de diversas alternativas de etiquetado, y la dimensión económica del tema y sus diversas intervenciones.

A partir de la estrategia se estableció el programa 5 pasos⁹⁷ el cual determina 5 actividades para mejorar la calidad de vida de todos los grupos de edad, las 5 actividades son:

1. Muévete.- realizar actividad física
2. Toma agua.- hidrátate adecuadamente
3. Come frutas y verduras.- sigue la recomendación de 5 al día
4. Mídete.- conoce como estas y cómo avanzas
5. Comparte.- disfruta con la familia y los amigos todos los pasos

A pesar de que han transcurrido tres años de la puesta en marcha de los programas anteriores no existe a la fecha un documento que muestre los avances cuantitativos o cualitativos de su aplicación, la última determinación fue el discurso del Maestro Alonso Lujambio Irazábal, ⁹⁸ Secretario de Educación Pública, en la ceremonia de la firma del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, Estrategia contra el Sobrepeso y la Obesidad en donde apunto que la SEP en conjunto con la SS han unido esfuerzos con el propósito de educar para la salud en el marco del Programa Escuela y Salud para lo cual se ha trabajado en cuatro vertientes: Primera: vertiente pedagógica mediante la cual se está impulsando una nueva cultura de la salud y de la sana alimentación, con materiales educativos tanto para los maestros, como para los alumnos (manual para el maestro, titulado: Desarrollando Competencias para una Nueva Cultura de la Salud; contenidos pedagógicos para la creación de una cultura de salud en los Libros de Texto Gratuitos, desde preescolar hasta secundaria). Segunda: desarrollo de acciones de socialización para generar patrones de conducta saludables en toda la comunidad educativa distribuyendo textos que propicien la lectura y apoyen en la adopción de hábitos de alimentación saludables (documento: Una Lonchera Saludable. Libros de Planes y Alimentación, y Buenas Prácticas de Higiene y el Manual de Menús, estos textos fueron planeados originalmente para orientar a las comunidades educativas en el Programa Escuelas de Tiempo Completo pero aunado a ello, se han distribuido entre los padres de familia de escuelas que no son de tiempo completo los cuales han tomado como referencia para preparar los alimentos para sus hijos. Otros libros que se han agregado a las bibliotecas escolares son: Qué Tienen de Bueno las Verduras. Asuntos de mucho peso. No por Mucho Masticar. Manos a la Olla). Inclusión de nuevos temas de alimentación y nutrición que orienten a los padres de familia, en la Cartilla Nacional de Salud. La Tercera vertiente la constituye la actividad física, para ello en conjunto con la Comisión Nacional de Deporte CONADE se propone incrementar la

actividad física diaria en los planteles, fortaleciendo las Ferias de Activación Física (durante 2009 participaron 500 mil personas entre niñas, niños y jóvenes), elaboración de las Guías de Activación Física, que serán a distribuidas en preescolar, primaria y secundaria, con el fin de desarrollar competencias hacia una nueva cultura de la salud, donde los alumnos asuman un estilo de vida especialmente activo. Cuarta vertiente es la normatividad que se refiere al expendio de alimentos en las escuelas. Así como el desarrollo de lineamientos federales normativos en relación con programas de educación en materia de salud.

Como puede observarse son muchos los esfuerzos que se han realizado en nuestro país para sistematizar las actividades de Educación para la Salud en las escuelas, de las cuales se pueden destacar dos elementos importantes:

1. No se han determinado a la fecha acciones medibles que puedan evaluar tanto su aplicación y mucho menos el impacto que ellas tienen sobre la salud de la población.
2. Los jóvenes universitarios parecen ser el grupo olvidado dentro de ellos, solo en la actual administración se ha considerado este grupo de edad dentro de los planes, aspecto que se presenta en el siguiente apartado bajo el contexto de Universidades Saludables.

4.4. Universidades saludables

a) Antecedentes para su conformación

Tomando como base lo planteado en el apartado anterior relacionando la EPS en las escuelas, en este apartado se establecen las bases conceptuales y metodológicas para la aplicación y desarrollo del nuevo concepto *Universidades Saludables*.

La propuesta se desarrolla a partir de tres iniciativas de la Organización Mundial de la Salud (OMS): La Declaración Alma Ata del año 1977 que establece por primera vez la

importancia de la atención primaria de la salud, ampliando el modelo médico para incluir factores sociales y económicos, y reconoció que las actividades de numerosos sectores, incluidas las organizaciones de la sociedad civil, determinaban las perspectivas de mejorar la salud. Los objetivos generales eran la equidad en el acceso a la atención, y la eficacia en la prestación de los servicios. La segunda es la Estrategia de Salud para todos en el año 2000 (1981), que enfatiza la equidad, la participación pública, la colaboración intersectorial y la necesidad de reorientar los sistemas y los servicios de salud; y la Carta de Ottawa (1986), la cual está orientada a la búsqueda de ambientes de oportunidad y sistemas públicos que apoyen el desarrollo social.²⁶

Bajo estas premisas, la OMS, propone el Programa de Ciudades Saludables que considera la integración de las personas de una comunidad para buscar la equidad en salud, considerando que la salud depende en gran medida de lo definido como los determinantes sociales de salud que representan las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas, declarándose que “la salud se crea y se une en el marco de la vida cotidiana, en los centros de enseñanza de trabajo y de recreo”.

Es así que la propuesta de Universidades Saludables, es resultado directo del Programa Ciudades Saludables y Escuelas Promotora de la Salud, por tanto, se basa en el modelo de promoción de la salud basado en el contexto. En este sentido, se reconoce al espacio universitario como un escenario privilegiado para fomentar cambios de estilo de vida en pro de la salud, logrando un conjunto de conductas que refuercen el potencial de salud de cada individuo, así como del colectivo universitario.²⁶

El primer esfuerzo para su conformación lo retoma la Oficina Regional de la OMS en Europa a partir de la iniciativa de entornos saludables en ciudades y autoridades locales, escuelas, Universidades, organizaciones profesionales, hospitales, y otros escenarios. Con el propósito de impulsar la Promoción de la Salud a través de la estrategia de intervención a

poblaciones con énfasis en el comportamiento de los individuos y las comunidades en riesgo.⁹⁹

Los proyectos de entornos saludables en América Latina cobran fuerza a mediados de la década de los noventa logrando avances significativos vinculados a los escenarios de Ciudades, Comunidades, Municipios, Lugares de Trabajo y Escuelas. A nivel Universitario se formalizan en el año 1996 redes académicas y profesionales que impulsan acciones de formación de recursos humanos en Promoción de la Salud y Educación para la Salud y se dan los primeros intentos para formalizar el enfoque de Universidades Promotoras de la Salud. En el año 1996 se lleva a cabo la primera conferencia internacional sobre Universidades promotoras de salud en Lancaster Inglaterra que permitió la generación de la Red de Universidades Europeas Promotoras de Salud.⁹⁹

En América es hasta el año 2003 en que la Universidad Pontificia Católica de Chile en colaboración con la Universidad de Alberta Canadá, celebra el primer congreso en América Latina con el lema “Construyendo Universidades Saludables”, buscando instituir el programa Universidades Saludables Promotoras de la Salud.

Posteriormente se realizó el II Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud en la Región de las Américas en octubre de 2005 en la Universidad de Alberta en Edmonton, en donde se desarrolla el documento Carta de Edmonton” que establece el marco conceptual, las metas, las creencias y los principios de la iniciativa. Además se propone una guía con compromisos de acción institucional para impulsar la iniciativa en las Universidades. Posteriormente es en la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez Chihuahua en donde se realiza el III Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud en octubre 2007, en colaboración con la Pontificia Universidad Católica de Chile, logrando la conformación de la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud (RIUPS). Para el año 2009 es la Universidad Pública de Navarra España quien realiza el IV Congreso.⁹⁹

El liderazgo de Chile en este ámbito de trabajo queda nuevamente evidenciado cuando en el 2006 se publica la *Guía para Universidades Saludables y Otras Instituciones de Educación*

*Superior*²⁹ que fue un trabajo conjunto de la Pontificia Universidad Católica de Chile, la Universidad de Chile, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS, con el apoyo técnico del Consejo Nacional para la Promoción de la Salud, VIDA CHILE y del Ministerio de Salud de Chile.⁹⁹ Este documento establece los lineamientos para el establecimiento del tema promoción de la salud en las universidades para llevarlas al desarrollo del contexto Universidad Saludable.

b) Definiciones

Bajo el marco de su establecimiento, resulta importante definir y contextualizar a las Universidades Saludables o Promotoras de la Salud, para lo cual existen diferentes concepciones y puntos de vista, mismos que se presentan a continuación.

- Muñoz y Cabieses (2008)¹⁰⁰ se refieren a la Universidad Promotora de la Salud como “aquella que promueve conocimientos, habilidades y destrezas para el propio cuidado y para la implantación de estilos de vida saludables en la comunidad universitaria; da prioridad a iniciativas de promoción de la salud dirigidas a la universidad como entorno, mediante la construcción de ambientes físicos, psíquicos y sociales que influyan en mejorar la calidad de vida de la comunidad universitaria”
- De acuerdo con lo estipulado en la Carta de Edmonton (2005),¹⁰¹ se establece que: “Las Universidades Promotoras de la Salud o Instituciones de Educación Superior revisan sus propios sistemas, procesos y cultura internos y su influencia sobre la salud y bienestar individual y organizacional. También asumen la responsabilidad de contribuir a mejorar la salud y bienestar de la sociedad en general, a través de la colaboración y el trabajo en redes. Como instituciones académicas, ellas tienen procesos colegiados de gobierno que son únicos en relación a otras organizaciones.”
- La Guía para Universidades Saludables y otras Instituciones de Educación Superior,²⁹ caracterizan a la “Universidad Saludable o Universidad Promotora de la Salud, como aquella que incorpora la promoción de la salud a su proyecto educativo y laboral, con el fin de propiciar el desarrollo humano y mejorar la calidad de vida de quienes allí estudian o trabajan para así, formarlos con el fin de que actúen como

modelos o promotores de conductas saludables con sus familias, en sus futuros entornos laborales y en la sociedad en general”

- Arroyo (2009) ¹⁰² puntualiza que el concepto de Universidades Promotoras de Salud como: “entidades de Educación Superior que han desarrollado una cultura organizacional orientada por los valores y los principios asociados al movimiento global de la Promoción de la Salud con apoyo constatado a través de una política institucional propia para el fomento y la permanencia de las acciones de Promoción de la Salud”.
- Para la Red Española de Universidades Promotoras de la Salud (2007), ¹⁰³ el concepto se refiere a: “una Universidad que de forma continua está mejorando e interviniendo sobre aquellos factores que determinan su ambiente físico y social, facilitando el acceso y potenciando los recursos comunitarios que permiten a sus miembros realizar todas sus funciones vitales y auto desarrollarse hasta su máximo potencial desde una perspectiva de apoyo mutuo”
- La propuesta de Modelo Nacional de Universidad Saludable PREVENIMSS (2007),²⁸ determina que: “ Una universidad saludable es aquella que a través de la distribución social del conocimiento, realiza acciones estratégicas y sostenidas que fomentan la salud integral (bio-psicosocial) y la participación activa de la comunidad universitaria desarrollando una cultura de salud integral, incluyendo la formación de estilos de vida saludable y de auto cuidado, así como oportunidades y entornos de vida, trabajo y aprendizaje saludable, investigación y docencia dentro de sus funciones sustantivas. Formando individuos integralmente sanos comprometidos con su entorno, contribuyendo al desarrollo humano, social y saludable buscando con ello una cultura de prevención”.

Independientemente de las diferentes posturas establecidas, resulta importante resaltar que la Universidad Saludable considera la promoción de la salud como su eje rector y busca mejorar el estilo de vida de los individuos para ayudarlos en su desarrollo integral y que se logre expandir hacia el exterior a partir de las conductas adquiridas, que serán extrapoladas hacia la familia y el contexto social que rodea a los individuos que en ella se desarrollan.

c) Características de la Universidades Saludables

De acuerdo con la propuesta de la OPS/OMS ⁹⁹ las Universidades Promotoras de la Salud deben poseer las siguientes características:

1. Tener ambientes y entornos saludables, un ambiente seguro, limpio y adecuado tanto en las edificaciones, como en las áreas de paseo, deportes, comedores y cafeterías.
2. Un entorno accesible, poniendo especial cuidado en eliminar las barreras arquitectónicas que se detecten y facilitando recursos para que las personas con discapacidad sensorial puedan desenvolverse en el Campus Universitario con la mayor autonomía y comodidad posible.
3. Un espacio de trabajo y de estudio libre de riesgos o, al menos, controlado: equipos e instalaciones seguras, refuerzo de los factores de protección, eliminación o reducción y/o control de los factores de riesgo específicos.
4. Un campus universitario con perspectivas de futuro, en el que se promuevan comportamientos que favorezcan un desarrollo sostenible dirigido hacia una perspectiva de campus ecológico.
5. Facilita un ambiente psicosocial armónico y estimulante, sin agresiones ni violencia, que favorezca la convivencia pacífica entre las diferentes personas y grupos que configuran la Comunidad Universitaria. Reforzando los espacios y oportunidades para el diálogo, toma de decisiones y establecimiento de acuerdos entre los diversos agentes que lo integran.
6. Mantiene estructuras, horarios y normas de funcionamiento, metodologías de trabajo y métodos pedagógicos, relaciones respetuosas entre el profesorado, alumnado y personal de administración y servicios.
7. Desarrolla normatividad y políticas institucionales para propiciar ambientes favorables a la Salud.
8. Desarrolla acciones de formación académica profesional en promoción de la salud y educación para la salud, alfabetización y comunicación en salud y otras

modalidades de capacitación a la comunidad universitaria; así mismo desarrolla acciones de investigación y evaluación en ambas áreas.

9. Ofrece servicios preventivos y de cuidado y atención a la Salud.
10. Desarrolla opciones de participación para el desarrollo de habilidades, liderazgo y abogacía en salud en los integrantes de la comunidad universitaria; con alcance familiar y comunitario.

Aunado a los preceptos establecidos por la OPS/OMS, Machado Alba (2001),¹⁰⁴ agrega las siguientes condicionantes que deberán estar presentes en una Universidad Saludable.

- Implementa un diseño curricular, sin importar de que carrera se trate, sobre promoción de la salud y facilita la participación activa de todos los estudiantes. Fortaleciendo en los alumnos el conocimiento y las habilidades necesarias para tomar decisiones saludables acerca de su salud con el fin de conservarla y mejorarla.
- Busca el desarrollo del ser humano por tanto ofrece oportunidades para aprender a disfrutar de una vida productiva, gratificante y saludable. Fortaleciendo al joven para que desarrolle todas sus potencialidades en las dimensiones psicológica, biológica, social y espiritual para que logre una integración armónica en sí mismo. Fomentando un análisis crítico y reflexivo sobre los valores, las condiciones y estilos de vida, y desarrollando principios y valores de promoción de la salud.

Como se puede observar, la implementación de una Universidad Saludable representa un proceso continuo y que afecta a prácticamente todas las áreas de la Universidad incluyendo a sus empleados, académicos, investigadores, autoridades, alumnos e instalaciones por ello, es importante establecer que no se trata simplemente de una campaña informativa relacionada con cambio de hábitos. Sino un cambio en la contextualización universitaria.

Por ello se establece que la integración de la promoción de la salud dentro de la universidad dará un valor agregado a la misma al incrementar la satisfacción de sus empleados, podría convertirse en un factor motivador para el ingreso de mayor número de estudiantes al considerar la formación integral como uno de sus elementos clave, podría disminuir el ausentismo de estudiantes, académicos y administrativos, favorecer las relaciones

interpersonales armoniosas y la convivencia, mejorando el clima laboral y de estudio, y contribuyendo a la percepción de la calidad de vida durante el estudio y trabajo. Y en el largo plazo la promoción de la salud en la universidad favorecerá cambios en la situación de salud del país a través de las generaciones de estudiantes egresados que fomentarán modificaciones para lograr el bienestar y la salud de las instituciones y comunidades en las que trabajen y de las familias que formen.^{29,99}

d) Lineamientos para su implementación y desarrollo

Tomando como base que a la fecha el documento normativo para la implementación de Universidades Saludables es la propuesta de Chile²⁹ antes mencionada, a continuación se establecen los seis elementos que se determinan para este fin.

1. Conformación de un equipo coordinador responsable de las actividades.
2. Socialización de la idea con las autoridades universitarias y obtención de un presupuesto para el diagnóstico basal que incluya:
 - Realizar una línea de base a partir del análisis de un diagnóstico de estilo de vida, en primera instancia para estudiantes en donde se determinen factores de riesgo, de protección y grado de vulnerabilidad de la comunidad universitaria; que proporcione resultados en: salud física, mental, adicciones, estilos de vida, accidentes, violencia, su entorno, sexualidad y reproducción. Posteriormente se deberá hacer extensivo con trabajadores, académicos y autoridades.
 - Realizar un catastro sobre las actividades existentes, determinando las actividades que se están realizando en la universidad para el cuidado de la salud de la comunidad universitaria.
3. Presentación de resultados a autoridades universitarias, propuesta de un plan estratégico para constituir el programa Universidad Saludable, determinando programas de acción y actividades así como proyectos de investigación que se desprenderán de las acciones y establecerlo como compromiso institucional.
4. Sensibilización, comunicación y difusión interna.
5. Diseño e implementación de programas y acciones específicas por año académico.

6. Definición de los criterios e indicadores para el monitoreo y evaluación de cada uno de los programas y acciones específicos y del proyecto general.

Considerando que la instalación del programa Universidad Saludable implica cambios tanto estructurales como ideológicos, se considera indispensable que las máximas autoridades (Rectoría, o Consejo Universitario) asuman la responsabilidad de fomento para una cultura en salud y bienestar dentro de la universidad. Por lo que deberá quedar plasmada en el Plan Estratégico de la institución para garantizar que la iniciativa se consolide, institucionalice y sea sustentable a través del tiempo.

Por otra parte, se determina que el proyecto Universidades Saludables debe mantener seis líneas básicas de acción que deben incidir a su vez en cinco ámbitos de promoción de la salud que son: alimentación, actividad física, consumo de tabaco, alcohol y drogas, y finalmente factores psicosociales y ambientales. Estos cinco ámbitos deben aplicarse a partir de las líneas de acción las cuales son: ^{29,104}

- 1- Educación para la salud: estableciendo la fundamentación teórica de los temas de salud, se diseñen proyectos de educación en salud y proponga metodologías efectivas de trabajo con la población universitaria que sirvan para lograr un mayor impacto. Planear la inclusión curricular de los temas de salud para todos los programas de pre y posgrado.
- 2- Sistema general de seguridad social en salud: determinar las acciones de prevención de enfermedades que deben coordinarse con profesionales de la salud a través por ejemplo del servicio médico o de enfermería.
- 3- Ambientes y entornos saludables: donde se promuevan conocimientos, actitudes, hábitos y costumbres que permitan un desarrollo sostenible, lo cual incluye el ambiente familiar, institucional, social y comunitario. Se deben crear entornos saludables de manera que los centros universitarios cuenten con un ambiente físico seguro, limpio y adecuado en cuanto a ubicación física, área que la rodea, la edificación, las condiciones sanitarias, iluminación, contaminación por ruido, áreas para el deporte y la recreación, un ambiente psicosocial armónico y

estimulante sin agresiones ni violencia, de manera que estimule el bienestar y la productividad de la comunidad universitaria.

- 4- Investigación: se debe promover la investigación y el estudio permanente de los problemas de educación y de salud de los universitarios; realizar investigaciones desde distintos enfoques epistemológicos y metodológicos que permitan avanzar en el desarrollo de estrategias pedagógicas y de promoción de la salud y cuyos resultados contribuyan a transformar la realidad o a reorientar acciones.
- 5- Intersectorialidad: es muy importante contar con el apoyo de las demás instituciones de la región y de otras que lideren los procesos de salud, además de los sectores que pueden participar en la conformación de entornos saludables y productivos que garanticen el éxito de la estrategia.
- 6- Promoción de la convivencia pacífica: fortaleciendo en la comunidad educativa la capacidad para desarrollar comportamientos individuales y colectivos que procuren una sana convivencia en todos los espacios de la vida cotidiana.

Para poner en contexto la aplicación e instrumentación de las Universidades Saludables en la tabla IV.2. se presentan algunas de las experiencias universitarias en el establecimiento del programa.

Tabla IV.2. Instituciones de Educación Superior que incluyen el concepto Universidades Saludables. ^{99,105}

Institución (año de inicio)	Principales actividades
Universidad de Costa Rica (2005)	Cuenta con un equipo de profesionales especialistas en el Área de Promoción de la Salud, el cual se conformó con el fin de poner en marcha la política institucional que respalda todo lo referente a la Atención Integral en Salud en la comunidad universitaria.

<p>La Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Ecuador (2002)</p>	<p>Implementa el proyecto de “Prevención de Factores de Riesgo para la Salud en la comunidad Politécnica”, se realizan varias investigaciones, e intervenciones sobre todo en relación a los problemas de salud sexual y reproductiva de los estudiantes; prevención de estrés en los docentes y sector administrativo. El proyecto “Politécnica Saludable”, establece los siguientes objetivos: Promover la salud integral y mejorar las condiciones de salud de la comunidad politécnica; convertirla en un espacio saludable; ser una politécnica promotora de la salud y favorecer la incorporación de estrategias para lograr estilos de vida saludables en las personas que integran la comunidad politécnica.</p>
<p>Universidad Austral de Chile (2007)</p>	<p>Se integró un equipo multidisciplinario que trabaja en el ámbito y forma parte de la red Iberoamericana de promoción en salud, incorporando en su plan estratégico, el compromiso con la Promoción de entornos y vida saludable.</p>
<p>Pontificia Universidad Católica de Chile (2000)</p>	<p>Los propósitos globales de su programa son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Integrar el concepto de promoción de salud en la cultura de la Universidad Católica: en sus políticas, estructura, procesos y currícula. 2. Crear un entorno universitario que fomente en estudiantes, profesores y administrativos una vida saludable. 3. Trabajar en redes con organizaciones de educación superior y otras, interesadas en asumir la promoción de salud como su responsabilidad social.
<p>Universidad de Concepción, Chile.</p>	<p>Establecen un Programa de abordaje interdisciplinario que pretende involucrar a la comunidad universitaria a desarrollar su quehacer en el marco de una política de universidad saludable tendiente a impactar en el mejoramiento del estilo y calidad de vida entendiéndose para ello como el producto de relaciones armónicas internas y externas que cada persona logra mantener consigo mismo, con los demás y con el medio ambiente. Para ello, orienta sus esfuerzos a implementar dicha política en las cuatro áreas de desarrollo universitario, propiciando conocimientos y habilidades de promoción de la salud y fomentando su conciencia en la comunidad universitaria.</p>
<p>Universidad de Puerto Rico (1997)</p>	<p>Se estableció una Oficina de Calidad de Vida, con el propósito de generar una actitud crítica y educar a la comunidad universitaria en torno al bienestar pleno, la prevención del uso de alcohol y otras drogas, la seguridad y el crimen, el hostigamiento sexual y las agresiones sexuales.</p>
<p>Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino,</p>	<p>Su objetivo es incorporar la Promoción de la Salud a su proyecto educativo y laboral con el fin de</p>

Tucumán, Argentina. (2008)	propiciar el desarrollo humano y mejorar la calidad de vida de sus integrantes, a la vez que formarlos como promotores de conductas saludables. incorporando la Promoción de la Salud tanto en los currículos de las carreras que ofrece como en sus estructuras, procesos y entornos, asumiendo así la responsabilidad que le compete no sólo en el área cognitiva y académica, sino en el cuidado integral de sus estudiantes y personal, modelando institucionalmente una cultura promotora de la salud y estilos de vida saludables.
Universidad Autónoma de Zacatecas Francisco García Salinas, México	Se encuentra trabajando en la Planificación Estratégica del programa “ <i>UAZ Saludable: Universidad Promotora De Salud</i> ” cuya misión es contribuir a formar individuos íntegros comprometidos con su entorno, favoreciendo el desarrollo humano, social y saludable logrando con ello una cultura de prevención, auto cuidado personal y comunitario, para lograr una mejor calidad de vida.
Consortio de Universidades Peruanas: Pontificia Universidad Católica del Perú, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Universidad del Pacífico y Universidad de Lima.	Brinda educación en salud, creando conciencia sobre la importancia de adoptar prácticas saludables y de prevención y promover en los alumnos de las cuatro universidades y al público en general, estilos de vida saludables sea en salud física, mental o del medio ambiente.
Universidad de Panamá	Iniciaran la investigación del Inventario de Satisfacción Estudiantil. Realizaron el análisis del currículo en los planes y programas de cada una de las áreas de ciencias de la salud para conocer cómo se hace explícito (como eje transversal) el tema de la promoción y educación para la salud, cómo se integra este enfoque, cuántas horas y experiencias tienen los estudiantes, y cuáles competencias adquieren a través de esta área de conocimiento.
Pontificia Universidad Javeriana Bogotá Colombia. (2003)	Realizaron el proceso en tres fases: preparación (establecimiento del marco conceptual y el equipo asesor); puesta en operación (obtención de información sobre el perfil de riesgo y la situación de salud, la articulación de las diferentes instancias universitarias, la integración a los currículos y la ejecución de acciones específicas de promoción y prevención de la educación para el auto cuidado); en la fase de consolidación, se planteó la formulación de políticas institucionales y la implementación de un sistema de evaluación permanente.
Universidad Rey Juan Carlos, <i>Madrid España</i>	Se realizaron las actividades en tres fases: 1: realización de un estudio sobre “La calidad de vida y el estado de salud de la Comunidad Universitaria (elaboración y aplicación a una muestra representativa de una encuesta sobre estilos y hábitos de vida) 2: Análisis de los resultados obtenidos en la encuesta. En función de la prevalencia de los

	diferentes problemas de salud detectados, se priorizó y estableció un calendario de intervenciones posteriores. 3: implementación de diferentes programas de intervención dirigidos a la promoción de la salud y a la mejora de la calidad de vida de la población.
Universidad de Alicante, España	Llevó a cabo el estudio sobre Estilos de Vida, con esa base está abordando propuestas para modificar los estilos de vida y los entornos físicos, así como la oferta de programas y actividades para ganar salud entre los diferentes colectivos. integrando y sistematizando las actuaciones previas orientadas hacia la Promoción de Salud.
Universidades de diversos países europeos, como la de Bielefeld en Alemania, Lituania, Suecia, Suiza, Lancashire y Londres en el Reino Unido. (2000)	Crearon la Red de Universidades Europeas Promotoras de Salud, cuyas primeras actividades fueron la realización de un estudio sobre “La calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios”.
La Universidad Veracruzana, Veracruz México (200/)	Bajo el lema “en tu proyecto de vida no olvides la salud” inicio con una investigación observacional documental retrospectiva de 1990 al 2007 referente a acciones en salud emprendidas.

Como se observa en el cuadro previo, existen en la actualidad diversas instituciones que se han integrado en el contexto de Universidades Saludables; la mayoría de ellas han iniciado sus actividades tal y como lo establece la Guía de Universidades Saludables²⁹ con el establecimiento de un diagnóstico sobre la situación de la calidad de vida de sus integrantes.

Resulta importante destacar que la Subsecretaria de Educación Superior de la Secretaría de Educación Pública (SEP) en el año 2007, lanza la propuesta del “Modelo Nacional de Universidades Saludables”²⁸ Esta propuesta la establece bajo la premisa de “Universidad Socialmente Responsable en el siglo XXI”, estableciendo que la promoción de la salud debe integrarse en el ámbito universitario con cinco temas prioritarios: actividad física, nutrición, salud mental y adicciones, aspectos ambientales y salud sexual y reproductiva, instituyendo que se implementará tomando como base el “Protocolo Preventivo del Instituto Mexicano del Seguro Social (PREVENIMSS)” a partir de sus acciones de fomento, promoción, protección, salud y diagnóstico. Considerando que al cubrir estos ámbitos se logrará construir la Universidad Saludable en nuestro país. Delimitando que los lineamientos para la construcción en México de las Universidades Saludables se deberá realizar con base en el documento “Guía para Universidades Saludables, desarrollado en

Chile²⁹ y tomarlo como guía de acción para la creación del modelo nacional. La propuesta es que este modelo se aplique en todas las universidades públicas del país, conjuntando las actividades de las universidades con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), incorporando para la instalación del programa el examen médico automatizado del programa PREVENIMSS.²⁸ A pesar del establecimiento de este programa a la fecha no se encontró reporte alguno sobre su aplicación en las universidades públicas del país.

Como puede observarse en la revisión de la literatura se presenta una serie de propuestas para el establecimiento del Programa Universidad Saludable, sin embargo a la fecha no existe una postura internacional –con excepción de la Guía Universidades Saludables- para su instauración y acreditación como es el caso de las Escuelas Promotoras de la Salud antes mencionado (ver apartado 4.3.), por lo tanto y debido a la importancia de la misma representa un reto para toda Institución de Educación Superior el aplicarlo, lo cual también ha sido de consideración para la SEP en el modelo propuesto pero solo para Universidades Públicas.

Por otra parte y considerando que el objetivo del presente trabajo es la determinación de las conductas sobre estilo de vida saludable de los alumnos de la Universidad Iberoamericana Ciudad de México que dará la base para el desarrollo posterior de un programa de educación para la salud como estrategia de intervención, el punto de inicio es la aplicación de un cuestionario que permita delimitar el objeto de estudio, por ello en el siguiente apartado se presentan las diferentes propuestas de encuestas^{viii} que han desarrollado y aplicado diferentes universidades así como la propuesta de la Guía Universidades Saludables.²⁹

4.4.1. Diagnóstico de estilo de vida

Tomando como base la propuesta metodológica para la implementación del programa Universidades Saludables, el punto de inicio deberá ser la aplicación de una encuesta que

^{viii} Conjunto de preguntas tipificadas dirigidas a una muestra representativa, para averiguar estados de opinión o diversas cuestiones de hecho. Diccionario de la lengua española. Vigésima segunda edición.

permita delimitar el estilo de vida de los universitarios lo cual permitirá identificar los factores de riesgo para la población. Resulta por ello indispensable iniciar con la definición del término Estilo de vida, aproximaciones que se realizan a continuación.

De acuerdo con lo establecido por la OMS (1998),⁴¹ el estilo de vida es: “una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales”, sin embargo, es importante reconocer que no existe un estilo de vida “óptimo” al que puedan adscribirse todas las personas. La cultura, los ingresos, la estructura familiar, la edad, la capacidad física, el entorno doméstico y laboral, harán más atractivas, factibles y adecuadas determinadas formas y condiciones de vida.”

Asimismo establece que los modelos de comportamiento están continuamente sometidos a interpretación y a prueba en distintas situaciones sociales, no siendo, por lo tanto, fijos, sino que están sujetos a cambio. Los estilos de vida individuales, caracterizados por patrones de comportamiento identificables, pueden ejercer un efecto profundo en la salud de un individuo y en la de otros. Si la salud ha de mejorarse permitiendo a los individuos cambiar sus estilos de vida, la acción debe ir dirigida no solamente al individuo, sino también a las condiciones sociales de vida que interactúan para producir y mantener estos patrones de comportamiento. Es por ello que el concepto Universidades Saludables queda integrado en el concepto definido por la OMS ya que se busca cambiar las condiciones sociales de vida del sujeto.⁴¹

A pesar de que la definición de la OMS engloba los aspectos necesarios del objeto de estudio, a continuación se presentan diferentes definiciones y posturas del término y sus implicaciones.

- De acuerdo con lo descrito por Maddaleno¹⁰⁶ el estilo de vida puede describirse desde el punto de vista epidemiológico como: El conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que a veces son saludables y otras veces son nocivas para la salud. Para la sociología es la manera en que vive una persona (o un

grupo de personas). Esto incluye la forma de las relaciones personales, del consumo, de la hospitalidad, y la forma de vestir. Una forma de vida típicamente también refleja las actitudes, los valores o la visión del mundo de un individuo. Desde una perspectiva integral, es necesario considerar los estilos de vida como parte de una dimensión colectiva y social, que comprende tres aspectos interrelacionados: el material (se caracteriza por manifestaciones de la cultura material: vivienda, alimentación, vestido), el social (tipo de familia, grupos de parentesco, redes sociales de apoyo y sistemas de soporte como las instituciones y asociaciones), el ideológico (se expresan a través de las ideas, valores y creencias que determinan las respuestas o comportamientos a los distintos sucesos de la vida). Los estilos de vida se han identificado principalmente con la salud en un plano biológico pero no la salud como bienestar biológico, psicológico, social, espiritual y como componente de la calidad de vida. En este sentido se definen como Estilos de Vida Saludables.¹⁰⁶

- Torres y colaboradores¹⁰⁷ lo definen como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida. Considerándolo dentro del campo de la salud se concibe como: aquellas conductas sobre las que un individuo tiene control y que incluyen todas las acciones que pueden llevarlo a enfrentar riesgos para su salud o conductas protectoras sobre la misma.
- Henderson y cols (1980)¹⁰⁸ lo conciben como el conjunto de pautas y hábitos de comportamiento cotidianos de una persona.
- Por su parte Grau (1999),¹⁰⁹ delimita que el estilo de vida debe ser considerado como la forma en que la gente se comporta, concepto que incluye el tipo de alimentación que ingiere, sus prácticas de ejercicio o actividad física, la atención que guarda de sus dientes, los cigarros y el alcohol que consumen. Considerando ello Robertson y Simons (1998),¹¹⁰ sugieren que el estilo de vida se va ajustando a lo largo de la historia de la persona; que es un proceso de aprendizaje, ya sea por asimilación o imitación de modelos, de patrones familiares o grupos informales. A

estos conceptos Kwakman y cols. (1998), ¹¹¹ añaden que al ser una representación de la actividad diaria del sujeto, muestra la conducta y el juicio de las personas.

- Roth (1995) ¹¹² considera que a partir del término estilo de vida, se pretende designar, genéricamente, aquellos patrones de conducta individual, que tienen determinada consistencia en el tiempo, bajo condiciones más o menos constantes, y que pueden constituirse en factores de riesgo o seguridad, dependiendo de su naturaleza.
- Con base en los postulados anteriores, Rodríguez, (1995) ¹¹³ señala que la investigación de los estilos de vida tiene un interés progresivo para las ciencias socio médicas en general y psicológicas.

Considerando los conceptos previos, en realidad todos ellos parecen ser incluyentes y no se confrontan conceptos distales. Tratando de conjuntar los diferentes elementos, podemos considerar que el estilo de vida representa el cúmulo de conductas relacionadas con las actividades cotidianas del sujeto y que se constituyen en hábitos que el individuo realiza día a día, y que adquiere a lo largo de la vida ya sea por aprendizaje o imitación del grupo social que le rodea. De estas conductas, se identifica que algunas de ellas resultan nocivas para la salud en todos sus contextos (biológico, psicológico y social), de lo que surge el término Estilos de Vida Saludables como aquellos que no resultan nocivos o que incluso protegen al individuo de los daños a su salud, de aquí que se relaciona a las conductas “dañinas” con el aumento en la prevalencia de enfermedades relacionadas con hábitos inadecuados. Que en el caso de los jóvenes universitarios se han identificado como la falta de actividad física, la mala nutrición, las adicciones al tabaco, alcohol y drogas; los accidentes, las relaciones entre sus pares y con el grupo social que les rodea y la conducta salud sexual y reproductiva que llevan al joven a desarrollar ciertas enfermedades o incluso los llevan a la muerte. Aunado a lo anterior a largo plazo presentan un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles como cáncer, obesidad, enfermedades cardiovasculares, diabetes entre otras y que se relacionan directamente con los estilos de vida poco saludables.

Por lo anterior, se destaca que los estilos de vida hacen referencia, principalmente, a los comportamientos habituales y cotidianos que caracterizan el modo de vida de un individuo y que suelen ser permanentes en el tiempo y que en el área de la salud su presencia o ausencia, puede constituir un factor de riesgo o de protección para el individuo, según sea el caso agrupándose por ello en prácticas saludables y no saludables que interactúan entre sí. De estas, las consideradas como no saludables y que se mantienen en el individuo por periodos de tiempo prolongados se relacionan con una mayor probabilidad de desarrollar ciertas enfermedades en comparación con aquellas personas que no realizan habitualmente este tipo de práctica. Es por ello que en la actualidad se destaca la importancia de conocer cuáles son los factores que están influyendo de manera negativa en la salud de los jóvenes universitarios. Para ello se han desarrollado diversas estrategias que permitan de manera rápida, efectiva y eficiente su reconocimiento. En la tabla IV.3. se presenta una revisión de algunos cuestionarios utilizados para este fin y que se han reportado en la literatura.

Tabla IV.3. Cuestionarios para la identificación y evaluación de estilos de vida.

Estudio o Institución que propone	Cuestionario utilizado
Lema SLF, Salazar TIC, Varela AMT, Tamayo CJA, Rubio SA, y Botero PA. Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida. Pensamiento Psicológico. Volumen 5 numero 12 .2009. 71-88	Estudio realizado en la Pontificia Universidad Javeriana, Cali Colombia. Utilizaron el “Cuestionario de estilos de vida en jóvenes universitarios”, desarrollado por los autores. Las áreas que evalúa son: socio demográfico, económico, personal-social, familiar, laboral y académica. Considerando diez dimensiones: ejercicio y actividad física, tiempo de ocio, auto cuidado y cuidado médico, alimentación, consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales, sueño, sexualidad, relaciones interpersonales, afrontamiento y estado emocional percibido.
Jenkins CD. Building better health: a handbook for behavioral change. Pan American Health Organization. Pan American Sanitary Bureau, Regional Office of the World Health Organization. Scientific and Technical Publication No. 590 Washington D.C: PAHO, 2003.	“Youth Risk Behavior Survey,” (Encuesta de comportamientos de riesgo en los jóvenes). Los elementos que evalúa son: seguridad en los vehículos, riesgos de violencia, depresión y suicidio, tabaco, abuso de alcohol, uso de marihuana, uso de otras drogas, riesgo sexual, peso corporal, nutrición, actividad física, sida,
Grimaldo MMP. Construcción de un instrumento sobre estilos de vida saludables en estudiantes universitarios. Revista de Psicología. 2005.1	Estudio realizado en la Universidad San Martin de Porres en Lima Perú. Utilizaron un cuestionario de 33 preguntas, que incluye: Escala de Orientación hacia la Vida – Revisada (LOT-R), Escala de Satisfacción con la Vida, Escala de Afectos Positivos y Negativos- SPANAS y la Escala de Calidad de Vida de Olson & Barnes.
Burke Reilly RA, Morrell JS, Lofgren IE. The University of New Hampshire’s Young Adult	Estudio realizado en la Universidad de New Hampshire, USA. Utilizaron el cuestionario

Health Risk Screening Initiative <i>J Am Diet Assoc.</i> 2009; 109:1751-1758.	“Wellness Practices” (prácticas saludables), integrado por 21 ítems que incluyen: tabaco, alcohol, número de comidas por día, consumo de frutas y verduras y patrones de actividad física.
Keller S, Maddock JE, Hannover W, Thyrian JR, Basler HD. Multiple health risk behaviors in German first year university students. <i>Prev Med.</i> 2008 Mar; 46(3):189-95. Epub 2007 Oct 9	Estudio realizado en la Universidad Alemana, el cuestionario evaluaba consumo de frutas y verduras, ejercicio, tabaquismo, alcoholismo y variables socio demográficas.
Yahia N, Achkar A, Abdallah A, Rizk S. Eating habits and obesity among Lebanese university students. <i>Nutr J.</i> 2008 Oct 30; 7:32.	Estudio realizado en la Universidad Libanesa Americana de Beirut, Líbano. Aplicaron un cuestionario que incluía hábitos de consumo de alimentos, de tabaco y alcohol.
IPAQ (International Physical Activity Questionnaires). Booth, M.L. Assessment of Physical Activity: An International Perspective. <i>Research Quarterly for Exercise and Sport.</i> 2000. 71 (2): s114-20.	Los Cuestionarios Internacionales de Actividad Física (IPAQ, por sus siglas en inglés) para uso con jóvenes y adultos de mediana edad (15-69 años) contienen un grupo de 4 cuestionarios. La versión larga (5 objetivos de actividad evaluados independientemente) y una versión corta (4 preguntas generales) están disponibles para usar por los métodos por teléfono o auto administrada. El propósito de los cuestionarios es proveer instrumentos comunes que pueden ser usados para obtener datos internacionalmente comparables relacionados con actividad física relacionada con salud.

Los anteriores representan tan solo un ejemplo de los cuestionarios utilizados, lo importante que se debe resaltar es que todos son por auto reporte o aplicación, y que las variables a medir son prácticamente las mismas. Pero tal vez uno de los puntos más importantes es que todos excepto IPAQ son instrumentos que han desarrollado los investigadores para su propio estudio, lo cual impide la comparación entre instituciones, lo cual aportaría un valor agregado a los resultados obtenidos ya que el evaluarse no solo al interior sino entre pares y tal vez el punto más importante no solo comparar los resultados sino compartir estrategias exitosas para la intervención sería un aspecto que ayudaría de manera importante al logro de los objetivos con menor esfuerzo. Con base en este parámetro la Pontificia Universidad Católica de Chile, la Universidad de Chile, la OPS y la OMS, con el apoyo técnico del Consejo Nacional para la Promoción de la Salud, VIDA CHILE y del Ministerio de Salud de Chile desarrollan la *Guía para Universidades Saludables y Otras Instituciones de Educación Superior* ²⁹ antes mencionada, documento que como parte de su propuesta propone la utilización de una encuesta de auto aplicación para la evaluación base de estilos de vida, el instrumento propuesto se denomina *¿Tienes un estilo de vida fantástico?* (anexo

1)

Este cuestionario de treinta ítems explora las conductas de riesgo de vida de los estudiantes universitarios en los contextos agrupados bajo el acrónimo FANTASTICO que se agrupa en diez aéreas: F-familia, A-asociatividad y actividad física, N-nutrición, T-tabaco, A-alcohol y otras drogas, S-sueño, T-trabajo y personalidad, I-introspección, C-control de salud y conducta sexual, O-otras conductas.

El cuestionario FANTASTICO no es un aporte de la Universidad de Chile, fue desarrollado en el año 1984 por Wilson y Ciliska ¹¹⁴ del Departamento de Medicina Familiar en el Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad McMaster en Ontario, Canadá, con el objetivo de ayudar a los médicos a evaluar el estilo de vida de los pacientes y establecer medidas correctivas en la prevención de las enfermedades, bajo este objetivo fue evaluado determinando que su validez y confiabilidad permitía la utilización para pacientes. ¹¹⁵ Sin embargo debido a su alto grado de validez y confiabilidad, a la fecha se han realizado diversas versiones del mismo y aplicado en estudiantes y trabajadores, ¹¹⁶ pacientes con hipertensión ¹¹⁷ y diabetes, ^{118,119} determinando su utilidad en estos grupos de población para identificar conductas no saludables.

Uno de los estudios de validación realizado fue con un grupo comunitario de mujeres en donde se les aplico el cuestionario y con base en los resultados se desarrollo un programa de educación para la salud (EPS) que consistió en seis sesiones abarcando los aspectos considerados como conductas no saludables detectadas por el cuestionario. Posterior al programa se aplicó nuevamente el instrumento al mes y a los cuatro meses los puntajes que obtuvieron fueron: 58% en la aplicación previa al programa de EPS, 67% al mes y 68% a los cuatro meses, la comparación entre los cambios en los puntajes resulto estadísticamente significativa ($p=0.003$), lo cual determinó la utilidad tanto del programa de EPS como del instrumento para evaluar las conductas, demostrando su utilidad en programas de promoción de la salud. ^{115, 120,121} En la aplicación para la población de la universidad de Waterloo, se demostró que su utilidad radicaba en la identificación de conductas para establecer los programas de EPS para la comunidad universitaria al permitir identificar los elementos específicos que se incluirían en los mismos permitiendo por ello la planeación, implementación y evaluación de los estos programas. ¹¹⁶

Posterior a la revisión de la literatura sobre el tema, no cabe duda sobre la importancia del mismo tanto en el corto como la repercusión que traería a largo plazo, sin embargo no existe a la fecha una delimitación específica de su aplicación, pero considerando lo reportado por la literatura la utilización de la propuesta Chilena tendría el beneficio de comparar los datos con otras universidades y realizar alianzas con las mismas para el desarrollo de los programas de intervención.

En conclusión considerando la revisión realizada, se concluye la importancia que reviste la educación para la salud para la prevención de conductas poco saludables en los individuos y en especial en el caso de los jóvenes ya que la adopción de conductas saludables les permitirá no solo su desarrollo potencial actual sino lograr con vistas al futuro tener una vida más saludable.

Considerando que la Universidad Iberoamericana se preocupa por el desarrollo integral de sus estudiantes, la integración del concepto Universidad Saludable dentro de su ser, permitirá dar un valor agregado para el apoyo de los mismos. Con base en ello se destaca la importancia del tema y de su aplicación.

V. MARCO CONTEXTUAL

a) Universidad Iberoamericana Ciudad de México

La Universidad Iberoamericana (UIA) es una institución de enseñanza superior fundada en 1943 y que fue confiada a la Compañía de Jesús; está integrada por maestros y alumnos que, con la colaboración de sus funcionarios, empleados y ex alumnos, tiene por fin esencial la conservación, transmisión y progreso de la cultura superior objetiva, mediante la formación de los profesionistas, maestros, investigadores y técnicos que México necesita, la investigación científica y, según su naturaleza, la formación integral y humana de cuantos frecuentan sus aulas. Su misión es: Formar profesionales e investigadores de proyección internacional, con calidad humana y académica, que se comprometan en el servicio a los demás; y desarrollar y difundir el conocimiento para el logro de una sociedad libre, justa, solidaria y productiva.¹²²

Para su operación y el logro de sus objetivos la Universidad Iberoamericana cuenta con 385 académicos de tiempo y 1626 académicos de asignatura (denominados al interior como prestador de servicios profesionales docentes); 550 empleados administrativos y 244 de servicio. Cuenta con 10,525 alumnos tanto de posgrado como de licenciatura, subdivididos en 9781 de licenciatura y 744 de posgrado, alumnos inscritos en alguno de los 36 programas de licenciatura y 31 de posgrado.¹²³

Académicamente está organizada en departamentos e institutos, que reciben la denominación de Unidades Académicas dependientes todos ellos de la Vicerrectoría Académica. Los departamentos son dependencias académicas básicas responsables de los programas de docencia, investigación y difusión universitaria en un campo de conocimiento y/o ejercicio profesional, constituidos por una comunidad de académicos. Actualmente hay 19 departamentos académicos agrupados en tres divisiones: División de Ciencia, Arte y Tecnología, División de Estudios Sociales y División de Humanidades y Comunicación. Los institutos son dependencias académicas interdisciplinarias dedicadas al análisis e investigación de los temas más relevantes para nuestro país, existen a la fecha dos institutos, ambos adscritos a la División de Humanidades y Comunicación: Instituto de Investigaciones para el Desarrollo de la Educación y el Instituto de Investigaciones sobre Desarrollo Sustentable y Equidad Social.¹²²

También dependiente de la Vicerrectoría Académica, está la Dirección de Servicios para la Formación Integral, cuya finalidad es la de aportar criterios, políticas, estrategias y acciones, para contribuir a la formación integral característica del modelo educativo de la Universidad. Es así una instancia esencial, responsable del estrato curricular básico de la Universidad. Asimismo, los cursos y diplomados que la Universidad Iberoamericana ofrece son administrados por la Dirección de Educación Continua. Otras entidades o direcciones de la Vicerrectoría Académica de la UIA son: Biblioteca Francisco Xavier Clavigero y las Direcciones de Análisis e Información Académica, Cooperación Académica, Investigación, Posgrado, Publicaciones, Servicios Escolares.¹²²

b) Unidades académicas - licenciatura: divisiones, departamentos, programas y alumnos matriculados.

Los 19 departamentos que integran el cuerpo académico responsable de los programas de docencia ofertan 36 programas de licenciatura de acuerdo a lo que se presenta en la tabla V.1. Para el periodo primavera 2009, el total de estudiantes de licenciatura era de 9781 de los cuales 5001 del sexo femenino (51.13%) y 4780 del masculino (48.87%), tabla V.2.¹²³

Tabla V.1. Divisiones, departamentos, licenciaturas, número de alumnos y porcentaje de acuerdo a los programas ofertados en primavera 2010. ^{123,124}

División	Departamento	Licenciaturas	# alumnos (inscritos en primavera 2009)	% (de acuerdo al total de alumnos inscritos en la UIA primavera 2009)
Ciencia, Arte y Tecnología	Arquitectura	Arquitectura	885	9.04
	Diseño	Diseño gráfico	525	5.36
		Diseño industrial	473	4.83
		Diseño interactivo	163	1.66
		Diseño textil	247	2.52

	Física y matemáticas	Ingeniería física	28	0.28
	Ingeniería y ciencias químicas	Ingeniería de alimentos	93	0.95
		Ingeniería química	198	2.02
	Ingenierías	Ingeniería biomédica	110	1.12
		Ingeniería civil	179	1.83
		Ingeniería en computación y electrónica	37	0.37
		Ingeniería en electrónica	12	0.12
		Ingeniería industrial	558	5.70
		Ingeniería en mecatrónica y producción	63	0.64
		Ingeniería mecánica y eléctrica	160	1.63
		Ingeniería en telecomunicaciones y electrónica	13	0.13
Estudios Sociales	Ciencias sociales y políticas	Ciencias políticas y administración pública	126	1.28
	Derecho	Derecho	886	9.05
	Economía	Economía	150	1.53
	Estudios empresariales	Administración de empresas	516	5.27
		Administración de la hospitalidad	302	3.08
		Administración de negocios internacionales	558	5.70
		Contaduría y gestión empresarial	66	0.67
		Mercadotecnia	438	4.47
		Recursos humanos	53	0.54
	Estudios internacionales	Relaciones internacionales	273	2.79
Psicología	Psicología	585	5.98	
Salud	Nutrición y ciencia de los alimentos	331	3.38	
Humanidades y comunicación	Arte	Historia del arte	107	1.09
	Ciencias religiosas	Ciencias teológicas	80	0.81
	Comunicación	Comunicación	1136	11.61
	Educación	Pedagogía	30	0.30
	Filosofía	Filosofía	34	0.34
	Historia	Historia	66	0.67
	Letras	Literatura latinoamericana	54	0.55

Tabla V.2. Población estudiantil de licenciatura primavera 2009 de acuerdo al programa, sexo y porcentaje del total. ¹²³

Programa	Femenina	Masculina	Total	%
Administración de empresas	128	388	516	5.27
Administración de la hospitalidad	218	84	302	3.08
Administración de negocios internacionales	172	386	558	5.70
Administración hotelera	4	2	6	0.06
Arquitectura	352	533	885	9.04
Ciencias políticas y administración pública	35	91	126	1.28
Ciencias teológicas	47	33	80	0.81
Comunicación	693	443	1136	11.61
Contaduría pública	0	5	5	0.05
Contaduría y gestión empresarial	15	51	66	0.67
Derecho	333	553	886	9.05
Diseño gráfico	436	89	525	5.36
Diseño industrial	274	199	473	4.83
Diseño interactivo	56	107	163	1.66
Diseño textil	235	12	247	2.52
Economía	36	114	150	1.53
Filosofía	17	17	34	0.34
Finanzas	54	130	184	1.88
Historia	36	30	66	0.67
Historia del arte	95	12	107	1.09
Ingeniería biomédica	40	70	110	1.12
Ingeniería civil	9	170	179	1.83
Ingeniería de alimentos	75	18	93	0.95
Ingeniería de software	0	6	6	0.06
Ingeniería electrónica y de comunicaciones	0	5	5	0.05
Ingeniería en computación y electrónica	6	31	37	0.37
Ingeniería en electrónica	3	9	12	0.12
Ingeniería en mecatrónica y producción	7	56	63	0.64

Ingeniería en sistemas de información	5	21	26	0.26
Ingeniería en telecomunicaciones y electrónica	0	13	13	0.13
Ingeniería física	10	18	28	0.28
Ingeniería industrial	119	439	558	5.70
Ingeniería mecánica y eléctrica	12	148	160	1.63
Ingeniería química	71	127	198	2.02
Literatura latinoamericana	45	9	54	0.55
Mercadotecnia	287	151	438	4.47
Nutrición y ciencia de los alimentos	313	18	331	3.38
Pedagogía	29	1	30	0.30
Psicología	502	83	585	5.98
Recursos humanos	42	11	53	0.54
Relaciones industriales	2	3	5	0.05
Relaciones internacionales	188	85	273	2.79
Sistemas computarizados e informática	0	9	9	0.09
Total	5001	4780	9781	100

Como se observa en las tablas anteriores, la División de Ciencia, Arte y Tecnología ofrece 16 licenciaturas a través de sus 5 Departamentos con un total de 3744 alumnos que representa el 38.27% del total de alumnos. La División de Estudios Sociales con sus 7 Departamentos cuenta con 12 licenciaturas y un total de 4284 alumnos que representan el 43.79%. De la División de Humanidades y Comunicación se derivan 7 Departamentos con el mismo número de licenciaturas que albergan a un total de 1507 alumnos el 15.40% de la matrícula total de licenciatura. Si bien el total de alumnos de acuerdo con estos datos es de 9535 las cifras indican que el total inscrito para primavera 2009 era de 9781, la diferencia es debido aquellos alumnos que están en programas no vigentes para nuevo ingreso en primavera 2010 (ver tabla V.2.).

El seleccionar a la Universidad Iberoamericana Ciudad de México como universo de trabajo, fue por conveniencia, ya que la sustentante del presente trabajo labora como académica de tiempo completo en el Departamento de Salud de la misma y cursó el programa de Maestría en Investigación y Desarrollo de la Educación en el Departamento de Educación de la misma institución, lo cual permitió el desarrollar el presente proyecto y se espera poder continuarlo para su implementación en conjunto con ambos Departamentos Académicos y lograr una línea de investigación sobre el tema.

VI. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Resulta indiscutible que la etapa de vida comprendida entre los 18 a 25 años de edad representa una etapa de grandes cambios que llevan a la formación tanto personal como profesional del individuo y conlleva de la misma forma a la práctica de hábitos y conductas que no son compatibles con lo que se establece como estilo de vida saludable para este grupo de acuerdo a la propuesta de Universidades Saludables (1998).²⁷ Por lo anterior y con base en este contexto el presente trabajo permitirá en un primer momento identificar los hábitos y conductas presentes en los alumnos de la Universidad Iberoamericana Ciudad de México y que se establece son factibles de ser modificadas a partir de programas de educación para la salud.

La propuesta metodológica utilizada fue determinada considerando que tanto la EPS como las US presentan concordancias metodológicas, ya que la primera delimita tres etapas fundamentales para su aplicación: 1. El Análisis del problema.- que incluye la identificación: del problema, de los factores de riesgo, de la población objetivo y finalmente de las determinantes cognitivas. 2. La Programación de las actividades educativas.- que determina el diseño de las actividades educativas según el problema identificado (a quién, qué, cómo, cuándo y dónde- aspectos que retoman su desarrollo del diseño curricular Tyleriano), y 3. La Evaluación.- de la estructura, de los procesos, de los resultados y del impacto sobre los indicadores de salud y beneficio a la sociedad.⁴⁰ Por su parte las US plantean 6 fases²⁹ para su implementación: 1. Conformación de un equipo universitario coordinador. 2. Establecimiento diagnóstico de estilo de vida, de manera inicial en estudiantes y posteriormente a toda la comunidad universitaria. Aunado a la determinación de las actividades existentes en la institución para el cuidado de la salud. 3. Presentación de resultados y delimitación de un plan estratégico para la atención y para el desarrollo de proyectos de investigación ligados al proyecto. 4. Difusión interna del proyecto. 5. Diseño e implantación de programas específicos. 6. Definición de los criterios de evaluación de cada programa y del proyecto global.

Como se puede observar en las similitudes previas, resulta evidente que la propuesta US incluye dentro de sus fases la comunicación hacia las autoridades universitarias debido al contexto global que toma el proyecto. Pero ambas propuestas inician metodológicamente con la determinación, identificación o diagnóstico del estilo de vida, ya que sobre esa base deberán planearse las actividades siguientes. Resulta por demás claro que cualquier actividad educativa deberá iniciar por este aspecto ya que a partir de la detección de las necesidades de la población se podrán establecer planteamientos educativos congruentes con la realidad de la población y con esta base delimitar las estrategias que permitirán modificar los aspectos delimitados, en este caso las conductas no saludables. Si bien el objetivo de esta evaluación inicial no se plantea como una evaluación diagnóstica de conocimientos sino la evaluación de los estilos de vida de los individuos, a partir de esta determinación se logrará el desarrollo y establecimiento de la acción educativa ya que aquellas conductas que están delimitando un estilo de vida no saludable en los individuos permitirá puntualizar los conocimientos que ellos requieren para lograr de forma informada

decidir sobre estos aspectos y por otra parte decidir la estrategia adecuada para motivar los cambios en estas conductas. Por ello el presente trabajo se delimitó como una investigación no experimental, exploratoria, descriptiva y transversal.

Considerando los elementos anteriores el primer aspecto fue la selección del cuestionario que se aplicaría a la población a estudiar, lo cual se presenta en el siguiente apartado.

6.1. Cuestionario para la evaluación de estilo de vida

Para realizar el diagnóstico inicial sobre estilos de vida, la revisión de la literatura arrojó una amplia gama de instrumentos para este tipo de evaluación en población universitaria (ver tabla IV.3.), sin embargo prácticamente en todos los casos se desarrollaron instrumentos específicos para la institución, lo cual puede considerarse como lo adecuado pero no permite una evaluación efectiva entre pares. Aunque es importante apuntar que si bien los cuestionarios reportados en la literatura son diferentes, las áreas que investigan sobre las conductas saludables y no saludables en los estudiantes universitarios son las mismas.

Considerando la diversidad de instrumentos reportados, para la selección del instrumento a utilizar se consideró que como el presente proyecto pretende constituirse como una línea de investigación, se requiere hacia el futuro conocer y comparar los datos con otras instituciones de educación superior, buscándose por ello utilizar un instrumento que fuese aceptado o propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ya que estas instancias son las normativas para la aplicación de la estrategia Universidades Saludables (US) y es lo esperado que en futuros proyectos en otras instituciones, se esté utilizando esta metodología.

Por lo anterior, el cuestionario seleccionado fue retomado en su totalidad de la propuesta Chilena de US con la utilización del cuestionario *¿Tienes un estilo de vida fantástico?* 2006 (anexo 1).²⁹ Este cuestionario ha sido validado en diferentes instancias encontrándose que

su validez y confiabilidad son adecuadas¹¹⁴⁻¹²¹ (ver apartado 4.4.1. Diagnóstico de estilo de vida).

Resulta importante apuntar que tal y como fue expuesto anteriormente (capítulo IV apartado 4.4.1.) la propuesta Chilena sobre Universidades Saludables²⁹ se ha establecido como la guía metodológica para las mismas, ya que fue desarrollada en conjunto con la OMS y la OPS, para llenar el vacío metodológico existente en relación a la conformación del concepto en diferentes instituciones de educación superior.

a) Descripción del instrumento

EL cuestionario *¿Tienes un estilo de vida fantástico?* es un instrumento de auto aplicación y evaluación que explora los hábitos y las conductas de la población universitaria en relación con estilos de vida saludable agrupadas en 10 áreas específicas que se identifican con el acrónimo FANTASTICO, considerando los siguientes elementos (tabla VI.4.).

Tabla VI.1. Aspectos que se evalúan con el instrumento *¿Tienes un estilo de vida fantástico?*

Sigla	Área evaluable	Número de preguntas incluidas en el área
F	Familia y amigos	2
A	Asociatividad y actividad física	3
N	Nutrición	3
T	Tabaco	2
A	Alcohol y otras drogas	6
S	Sueño	3
T	Trabajo y tipo de personalidad	3
I	Introspección	3
C	Control de salud y conducta sexual	3
O	Otras conductas	2

El cuestionario presenta 30 preguntas en total (tabla VI.5.), todas ellas con respuesta estructurada, en donde la libertad del alumno para contestar está restringida a 3 opciones, en donde por obvia razón no existen respuestas correctas, sugieren las conductas o hábitos presentes en los alumnos.

Tabla VI.2. Preguntas del cuestionario ¿Tienes un estilo de vida fantástico? y puntaje por respuesta

Preguntas, respuestas y puntuación	
F	1. Tengo con quien hablar las cosas que son importantes para mi casi siempre <input type="text" value="2"/> a veces <input type="text" value="1"/> casi nunca <input type="text" value="0"/>
	2- Yo doy y recibo cariño casi siempre <input type="text" value="2"/> a veces <input type="text" value="1"/> casi nunca <input type="text" value="0"/>
A	3. Soy integrante activo de un grupo de apoyo a mi salud y calidad de vida (como clubes deportivos, religiosos, vecinales entre otros) y participo: casi siempre <input type="text" value="2"/> a veces <input type="text" value="1"/> casi nunca <input type="text" value="0"/>
	4. Yo realizo actividad física (como caminar, subir escaleras, trabajo de limpieza en mi casa o arreglos de jardín) o deporte durante 30 minutos cada vez: 3 o más veces por semana <input type="text" value="2"/> 1 vez por semana <input type="text" value="1"/> no hago nada <input type="text" value="0"/>
	5. Yo camino al menos 30 minutos diariamente casi siempre <input type="text" value="2"/> a veces <input type="text" value="1"/> casi nunca <input type="text" value="0"/>
N	6. Como 2 porciones de verduras y 3 de frutas todos los días <input type="text" value="2"/> a veces <input type="text" value="1"/> casi nunca <input type="text" value="0"/>
	7. A menudo consumo mucha azúcar o sal o "comida chatarra" o con mucha grasa : ninguna de éstas <input type="text" value="2"/> algunas de éstas <input type="text" value="1"/> todas éstas <input type="text" value="0"/>
	8. Estoy pasado en mi peso ideal en: 0 a 4 kilos de más <input type="text" value="2"/> 5 a 8 kilos de más <input type="text" value="1"/> Más de 8 kilos <input type="text" value="0"/>
T	9. Yo fumo cigarros: No, los últimos 5 años <input type="text" value="2"/> No, el último año <input type="text" value="1"/> Si, este año <input type="text" value="0"/>
	10. Generalmente fumo _____ cigarros al día: ninguno <input type="text" value="2"/> De 0 a 10 <input type="text" value="1"/> más de 10 <input type="text" value="0"/>
A	11. Mi número promedio de copas (un vaso de cerveza, una copa de vino o de bebida fuerte) por semana es de: 0 a 7 copas <input type="text" value="2"/> 8 a 12 copas <input type="text" value="1"/> más de 12 <input type="text" value="0"/>
	12. Bebo más de 4 copas en una misma ocasión: nunca <input type="text" value="2"/> ocasionalmente <input type="text" value="1"/> a menudo <input type="text" value="0"/>
	13. Manejo el auto después de beber alcohol: nunca <input type="text" value="2"/> solo rara vez <input type="text" value="1"/> a menudo <input type="text" value="0"/>
	14. Uso drogas como marihuana o cocaína: nunca <input type="text" value="2"/> ocasionalmente <input type="text" value="1"/> a menudo <input type="text" value="0"/>
	15. Uso excesivamente los medicamentos que me indican o aquellos que puedo comprar sin receta: nunca <input type="text" value="2"/> ocasionalmente <input type="text" value="1"/> a menudo <input type="text" value="0"/>
	16. Bebo café, té, bebidas de cola que contienen cafeína:

	menos de 3 al día	<input type="text" value="2"/>	de 3 a 6 al día	<input type="text" value="1"/>	más de 6 al día	<input type="text" value="0"/>
S	17. Duermo bien y me siento descansado:					
	casi siempre	<input type="text" value="2"/>	a veces	<input type="text" value="1"/>	casi nunca	<input type="text" value="0"/>
	18. Yo me siento capaz de manejar el estrés o la tensión en mi vida:					
	casi siempre	<input type="text" value="2"/>	a veces	<input type="text" value="1"/>	casi nunca	<input type="text" value="0"/>
	19. Yo me relajo y disfruto mi tiempo libre:					
	casi siempre	<input type="text" value="2"/>	a veces	<input type="text" value="1"/>	casi nunca	<input type="text" value="0"/>
T	20. Parece que ando acelerado:					
	casi nunca	<input type="text" value="2"/>	algunas veces	<input type="text" value="1"/>	a menudo	<input type="text" value="0"/>
	21. Me siento enojado o agresivo:					
	casi nunca	<input type="text" value="2"/>	algunas veces	<input type="text" value="1"/>	a menudo	<input type="text" value="0"/>
	22. Yo me siento contento con mi trabajo y actividades:					
	casi siempre	<input type="text" value="2"/>	a veces	<input type="text" value="1"/>	casi nunca	<input type="text" value="0"/>
I	23. Yo soy un pensador positivo u optimista:					
	casi siempre	<input type="text" value="2"/>	a veces	<input type="text" value="1"/>	casi nunca	<input type="text" value="0"/>
	24. Me siento tenso o angustiado:					
	casi nunca	<input type="text" value="2"/>	algunas veces	<input type="text" value="1"/>	a menudo	<input type="text" value="0"/>
	25. Me siento deprimido o triste:					
	casi nunca	<input type="text" value="2"/>	algunas veces	<input type="text" value="1"/>	a menudo	<input type="text" value="0"/>
C	26. Me realizo controles de salud en forma periódica:					
	siempre	<input type="text" value="2"/>	a veces	<input type="text" value="1"/>	casi nunca	<input type="text" value="0"/>
	27. Converso con mi pareja o mi familia temas de sexualidad:					
	siempre	<input type="text" value="2"/>	a veces	<input type="text" value="1"/>	casi nunca	<input type="text" value="0"/>
	28. En mi conducta sexual me preocupo del auto cuidado y del cuidado de mi pareja					
	casi siempre	<input type="text" value="2"/>	a veces	<input type="text" value="1"/>	casi nunca	<input type="text" value="0"/>
O	29. Como peatón, pasajero del transporte público y/o automovilista, soy respetuoso/a de las indicaciones de tránsito:					
	siempre	<input type="text" value="2"/>	a veces	<input type="text" value="1"/>	casi nunca	<input type="text" value="0"/>
	30. Uso cinturón de seguridad:					
	siempre	<input type="text" value="2"/>	a veces	<input type="text" value="1"/>	casi nunca	<input type="text" value="0"/>

Para su evaluación utiliza una escala previamente ponderada en donde a cada respuesta corresponde un valor que va del 0 al 2, estableciendo que la sumatoria de los puntos obtenidos multiplicada por dos establece una escala que permite determinar el estilo de vida de los estudiantes categorías que se presentan en la tabla VI.6.

Tabla VI.3. Puntaje final por cuestionario e interpretación

Puntaje final (sumatoria de puntos multiplicado por 2)	Interpretación
103 a 120	Felicitaciones, tienes un estilo de vida fantástico.

85 a 102	Buen trabajo, estas en el camino correcto.
73 a 84	Adecuado, estas bien.
47 a 72	Algo bajo, podrías mejorar
0 a 46	Estas en la zona de peligro, pero la honestidad es tu valor real.
<p>Posterior a la puntuación, se presenta la siguiente leyenda: El puntaje total no significa que has fallado. Siempre es posible cambiar el estilo de vida, empezando ahora. Mira las áreas donde has tenido 0 ó 1 punto y decide por donde quieres empezar a cambiar. ¡Buena suerte!</p>	

Como ya se mencionó el instrumento descrito se retomo en su totalidad para el presente estudio, sin embargo considerando los objetivos del mismo, se agregaron cuatro apartados al cuestionario original, mismos que se relacionan a continuación:

1. Se agregó un primer apartado para la identificación de los sujetos incluyendo edad, sexo, carrera y semestre que cursan y estado civil.
2. Se preguntó el peso y estatura (auto reporte), para determinar el índice de masa corporal.
3. Se incluyeron las imágenes para determinación de imagen corporal de acuerdo a la representación de las siluetas de Stunkard (1983).
4. Finalmente se incluyó el consentimiento informado para la utilización de los datos proporcionados por los estudiantes, ya que de acuerdo con la declaración e Helsinki^{ix} establece que toda investigación en sujetos debe ser de forma voluntaria e informada, anónima y confidencial.

En el anexo 2 se incluye el cuestionario aplicado y en los siguientes apartados se presenta la justificación de los incisos dos y tres antes referidos.

b) Evaluación del índice de masa corporal

Uno de los aspectos que se relaciona con un alto riesgo para la salud de los jóvenes lo representa el peso corporal ya representa una medición que correlaciona con las reservas energéticas totales del individuo, y por tanto representa una manifestación de la presencia,

^{ix} World Medical Association (WMA) Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects Adopted by the 18th WMA General Assembly, Helsinki, Finland, June 1964. and last amended by the WMA General Assembly, Tokyo 2004.

severidad o progreso de enfermedades o de nutrición inadecuada. Sin embargo el peso corporal por sí mismo no representa un indicador del estado nutricional del individuo por lo que debe correlacionarse con otra medición o variable; de ellas el índice de masa corporal (IMC) representa en la actualidad uno de los índices más utilizados para el caso de los adultos, ya que describe el peso relativo para la estatura y está correlacionado de modo significativo con el contenido total de grasa del individuo. Además, los valores elevados de IMC se asocian con el riesgo de mortalidad por algunos tipos de cáncer, enfermedad coronaria y diabetes mellitus. Asimismo, su disminución está relacionada con un incremento en la mortalidad debido a infecciones respiratorias y gastrointestinales, cáncer de estómago y pulmón evidentemente dando datos diagnósticos de desnutrición.¹²⁶ Para su obtención se utiliza la siguiente fórmula:

$$\text{IMC (kg/m}^2\text{)} = \frac{\text{Peso en kilogramos}}{\text{Talla en metros}^2}$$

Para su evaluación existen diferentes puntos de corte, los de mayor aceptación son los fijados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1998, mismos que fueron determinados por los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos en el mismo año. En el año 2004, la OMS redefinió los puntos de corte previamente establecidos, considerando en esencia los anteriormente publicados, sin embargo los subdivide en puntos de corte principales y adicionales, lo cual permite para el caso de bajo peso determinar la severidad de la desnutrición, aspecto no considerado en los puntos de corte previos.¹²⁶

Tabla VI.4. Clasificación Internacional del adulto con bajo peso, sobrepeso y obesidad de acuerdo al IMC.

Clasificación	IMC	
	Puntos de corte principales	Puntos de corte adicionales
Bajo peso	<18.50	<18.50
Delgadez (desnutrición) severa	<16.00	<16.00
Delgadez (desnutrición) moderada	16.00 - 16.99	16.00 - 16.99
Delgadez (desnutrición) leve	17.00 - 18.49	17.00 - 18.49
Rango normal	18.50 - 24.99	18.50 - 22.99 23.00 - 24.99
Sobrepeso	≥25.00	≥25.00
Pre-obesidad	25.00 - 29.99	25.00 - 27.49

		27.50 - 29.99
Obesidad	≥ 30.00	≥ 30.00
Obesidad clase I	30.00 - 34.99	30.00 - 32.49
		32.50 - 34.99
Obesidad clase II	35.00 - 39.99	35.00 - 37.49
		37.50 - 39.99
Obesidad clase III	≥ 40.00	≥ 40.00

Adapted from WHO, 1995, WHO, 2000 and WHO 2004. <http://www.who.int/bmi/index.jsp> . World Health Organization 1999. Management of severe malnutrition. P 37-38

Como puede observarse el calcular el IMC implica obtener dos mediciones antropométricas: el peso y la estatura. Ambas mediciones requieren ser tomadas bajo estrictos protocolos de estandarización, además de ello implica el tener un espacio privado para realizarlo, debido a que se requiere la toma de las mediciones con la menor cantidad de ropa posible (ropa interior) y sin zapatos. Evidentemente estos requisitos para la medición no pueden mantenerse en un estudio de población universitaria abierta.

Por lo anterior diversos estudios han demostrado la utilidad de obtener lo que se ha denominado peso reportado, lo cual implica que el propio encuestado proporcionará los datos necesarios, estableciendo que en condiciones de atención de individuos no resulta con la precisión necesaria ya que normalmente subestiman el peso corporal y sobreestiman la estatura; sin embargo cuando se utilizan en estudio epidemiológicos representan un dato con una precisión adecuada para ser utilizado.¹²⁷⁻¹³⁴

Uno de los estudios clásicos es el de Stunkard y Albaum (1981)¹³⁵ que evaluaron la precisión del peso reportado en comparación con el peso medido en 1302 sujetos de diferentes edades y sexo incluyendo incluso individuos con obesidad, el estudio lo realizaron en Estado Unidos y Dinamarca, concluyendo que los pesos reportados tienen una precisión adecuada que permiten obviar la necesidad de realizar mediciones específicas en estudios epidemiológicos.

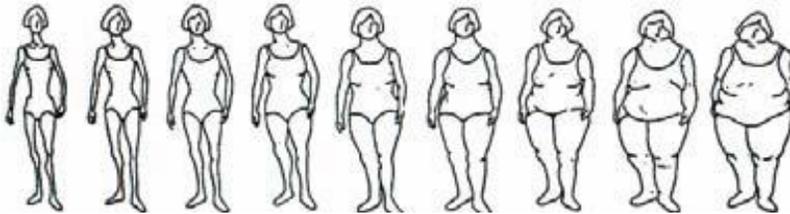
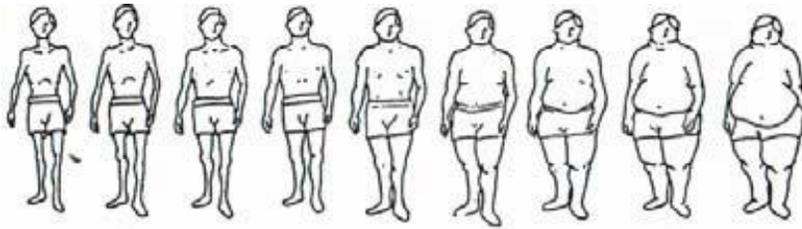
c) Evaluación de la imagen corporal de acuerdo a la representación de las Siluetas de Stunkard

Aunado a la determinación de IMC a partir del peso y estatura reportadas, se ha buscado otra opción que permita determinar el IMC pero que implique un bajo costo y cuya aplicación en trabajos de campo se facilite, y que a su vez resulten aptos para identificar a las poblaciones en riesgo de mala nutrición, ya sea por déficit o por exceso de alimentación.¹³⁶ Para ello Stunkard en el año 1983 introduce las siluetas estándar de imagen corporal para evaluar el peso corporal de los padres de niños adoptados en Dinamarca, posteriormente han sido utilizadas para evaluar el grado de aceptación de la imagen corporal en sujetos con obesidad o trastornos de la conducta alimentaria.¹³⁷

Su utilización es a partir de la auto selección del individuo, en donde se le muestran las denominadas “Siluetas de Stunkard” (figura 1), que presentan nueve figuras con diferentes tamaños corporales de acuerdo al sexo y el sujeto debe seleccionar aquella que de forma más exacta represente su silueta corporal actual. Las figuras se identifican con 9 números en donde el 1 representa la figura más esbelta y el 9 la más pesada, permitiendo identificar a la población que se encuentra en los grados extremos del estado de nutrición (delgados, o con sobrepeso y obesos), ya que los valores de sensibilidad y especificidad obtenidos son altos.^{136,137}

Estas figuras representan en la actualidad un instrumento estandarizado cuya validez y confiabilidad ha sido demostrada en diversos estudios para ser aplicados en trabajos epidemiológicos.^{136, 138-140}

Figura 1. Siluetas de Stunkard



En el estudio realizado por Kaufer-Horwitz y colaboradores (2006),¹³⁷ examinaron una muestra de 1092 hombres y 1247 mujeres aparentemente sanos de entre 20–69 años de edad que asistían a la Clínica de Medicina Familiar del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE). En el estudio determinaron la asociación entre el tamaño corporal percibido con las Siluetas de Stunkard con la medición directa del IMC para determinar los valores de IMC que corresponden a cada silueta. Encontrando que los modelos ajustaron de manera correcta con el IMC medido, lo que permitió corroborar que la precisión de la Siluetas es alta, tal y como se había demostrado en los estudios antes mencionados. Sin embargo el punto innovador de este estudio es que con base en los resultados se logró establecer puntos de corte o intervalos de los valores de IMC que corresponden a cada una de las figuras lo cual permite identificar a la población en riesgo. Ya que a partir de la auto selección de la Silueta de Stunkard se logrará identificar el IMC que le corresponde al sujeto con un alto grado de confiabilidad para ser utilizado en adultos mexicanos de población urbana. Es importante considerar que de acuerdo a sus resultados las siluetas ubicadas entre la número 2 a 8 presentan un intervalo de confianza de 95% debido en especial a que la prevalencia de individuos en este rango fue suficiente, pero en contraparte las siluetas 1 y 9 solo se presentó en el 1.2% y 2.2% en hombres y mujeres respectivamente por lo cual el IMC con el que se correlacionan debe ser utilizado con precaución. A continuación se presentan los datos correspondientes al IMC con base en las Siluetas de Stunkard propuestos en este estudio.

Tabla VI.5. Media de IMC e intervalos de confianza de los sujetos que seleccionaron cada categoría de siluetas

Siluetas	n	%	IMC		
			IC menor 95%	Media	IC mayor 95%
Masculino					
1	6	0.5	19.8	21.7	23.7
2	51	4.7	21.8	22.6	23.3
3	84	7.7	23.2	23.7	24.2
4	256	23.4	25.0	25.3	25.6
5	318	29.1	27.1	27.4	27.7
6	244	22.3	28.9	29.2	29.6
7	103	9.4	31.6	32.2	32.7
8	22	2.0	32.9	35.4	37.9
9	8	0.7	35.1	37.7	40.4
Femenino					
1	10	0.8	21.0	22.9	24.9
2	75	6.0	21.6	22.2	22.7
3	164	13.2	23.3	23.8	24.2
4	378	30.3	25.4	25.6	25.9
5	342	27.4	28.5	28.8	29.1
6	135	10.8	31.0	31.6	32.1
7	92	7.4	33.1	34.0	34.8
8	33	2.6	34.6	36.2	37.8
9	18	1.4	35.5	37.6	39.7

Ann Hum Biol. 2006 Sep-Dec;33(5-6):539

6.2. Aplicación y evaluación del instrumento

La encuesta fue aplicada durante el período primavera 2010, en las instalaciones de la Universidad Iberoamericana Ciudad de México, en salones y cafeterías, solicitando a los alumnos el llenado voluntario de la misma. Para la evaluación y análisis de los resultados, se construyó una base de datos en Excel y se utilizó el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 13.

La respuesta de los estudiantes ante la aplicación fue adecuada, mostrándose interesados por los resultados; aunado a ello el dar respuesta resultó sencillo ya que no tardaban más de cinco minutos en la contestación, lo cual representa una gran ventaja en comparación con los otros cuestionarios referidos ya que en este caso la encuesta presenta 30 ítems más la información que se le agrego (antes comentado) y los cuestionarios reportados en la literatura (ver tabla IV.3.) presentan una mayor extensión que va desde 21 hasta 180 ítems. Aunado a lo anterior al analizar los resultados obtenidos con estas propuestas, no se encuentra gran diferencia en relación con los resultados arrojados en este estudio a pesar de la extensión de este instrumento. De la misma forma la evaluación también resultó sencilla al utilizar la escala previamente ponderada (tabla VI.3.).

Con base en estas consideraciones el uso del instrumento propuesto resulta muy recomendable para estudios posteriores o similares.

6.3. Universo de estudio

La población seleccionada para el presente estudio lo representan los alumnos de licenciatura de la Universidad Iberoamericana Ciudad de México, considerándose que la elección fue intencionada debido a que la autora de proyecto labora dentro de la institución lo que permite el desarrollo del proyecto así como su continuación.

El total de alumnos inscritos para el periodo primavera 2009, era de 10,525; subdivididos en 9781 de licenciatura y 744 de posgrado. Del total de estudiantes de licenciatura, 5001 eran del sexo femenino (51.13%) y 4780 del masculino (48.87%). De los 9781 alumnos inscritos en el periodo mencionado, los datos arrojan una diferencia, ya que el número real de alumnos era de 9535; esta diferencia es debido a la presencia de alumnos que están en programas no vigentes para nuevo ingreso en primavera 2010, por lo cual y considerando la

subdivisión de los alumnos en los diferentes programas académicos vigentes, se tomo ésta última cifra como la cifra absoluta.¹²³

El obtener los datos sobre estilo de vida del total de la población universitaria de pregrado (n=9535), representaba un problema metodológico y de recursos por lo que se opto por determinar una muestra representativa de los mismos, utilizando para ello el muestreo estratificado por divisiones académicas y carrera, cómputos que se presentan a continuación.

6.3.1. Muestreo

Se calculó el tamaño de muestra para distintos fenómenos cuya prevalencia será explorada en el estudio (Ver Tabla VI.6.). Se toma como tamaño de muestra de trabajo a la muestra más grande de manera que cubra los requerimientos de muestreo de todos los fenómenos. Se considera un exceso de 10% en el muestreo con el objeto de cubrir potenciales pérdidas de datos.

Los cálculos se basaron en datos de prevalencia tomados de diversos estudios, dando preferencia a aquellos provenientes de estudios mexicanos, seguido por aquellos de estudios realizados en Latinoamérica. La relación de datos de prevalencia según fenómeno de estudio es la siguiente:

Tabla VI.6. Prevalencias consideradas para la estimación del tamaño muestral

Variable de estudio	Datos y Fuente	Prevalencia reportada																											
Sobrepeso y Obesidad	<p>Datos reportados por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT 2006)^a, sobre prevalencia nacional de sobrepeso y obesidad en la población de 18 y 19 años y para el grupo de 20-29 años, por edad y sexo.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Diagnóstico</th> <th colspan="3">Masculino (edad en años)</th> <th colspan="3">Femenino (edad en años)</th> </tr> <tr> <th>18</th> <th>19</th> <th>20 – 29</th> <th>18</th> <th>19</th> <th>20 – 29</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sobrepeso</td> <td>17%</td> <td>24.7%</td> <td>34.6%</td> <td>24.2%</td> <td>11.5%</td> <td>33.6%</td> </tr> <tr> <td>Obesidad</td> <td>9.3%</td> <td>14.2%</td> <td>16.9%</td> <td>23.3%</td> <td>10.3%</td> <td>20.5%</td> </tr> </tbody> </table> <p>De acuerdo a lo reportado se calculó la prevalencia promedio para la suma de sobrepeso y obesidad para las edades: 18, 19, 20-29 años: 40%</p>	Diagnóstico	Masculino (edad en años)			Femenino (edad en años)			18	19	20 – 29	18	19	20 – 29	Sobrepeso	17%	24.7%	34.6%	24.2%	11.5%	33.6%	Obesidad	9.3%	14.2%	16.9%	23.3%	10.3%	20.5%	40%
Diagnóstico	Masculino (edad en años)			Femenino (edad en años)																									
	18	19	20 – 29	18	19	20 – 29																							
Sobrepeso	17%	24.7%	34.6%	24.2%	11.5%	33.6%																							
Obesidad	9.3%	14.2%	16.9%	23.3%	10.3%	20.5%																							
Desnutrición	<p>Los datos de desnutrición para el grupo de 20 a 29 años de edad de acuerdo a lo reportado por la ENSANUT^a es de 3.3% para los hombres y 3.1% para las mujeres, con un promedio de 3.3%</p>	3.30%																											

Conductas de riesgo		
Sedentarismo	Estudio realizado en 2659 alumnos de la Universidad Autónoma de Tlaxcala determinó que el 63% de los estudiantes no realizaban ninguna actividad física, lo que se asoció al sobrepeso y la obesidad. ^b	63%
Alcoholismo	La Encuesta Nacional de Adicciones 2002 (ENA 2002) ^c establece que en el país existen 4.16 millones de jóvenes con dependencia al alcohol que representan 15.5% del total de personas de 15 a 29 años del país.	15.50%
Consumo de drogas	La ENA 2002 ^{d,e} reportó que 1.5 millones de los jóvenes de 15 a 29 años han usado drogas alguna vez en su vida, esto representa 5.8% del total de población en estas edades	5.80%
Tabaquismo	De acuerdo a la ENA 2002 ^f , el 29.3% de los jóvenes de 18 a 29 años son fumadores actuales.	29.30%
Familia y amigos	Estudio realizado en 754 jóvenes universitarios de Cali Colombia se encontró que un 46% no comparten tiempo con su familia. ^g	46%
Relaciones	Estudiantes de la Universidad de Tlaxcala reportaron haber padecido violencia por parte de pareja. ^b	12%
Preocupación por la imagen	ENSANUT 2006 ^a señalan que 18.3% de los jóvenes reconocieron que en los tres meses previos a la encuesta les preocupó engordar, consumir demasiado o bien perdieron el control para comer.	18.30%
Conductas asociadas a trastornos de la conducta alimentaria	Un 3.2% de jóvenes indico para la ENSANUT 2006 ^a haber realizado dietas, ayunos y ejercicio en exceso con el objetivo de perder peso corporal.	3.20%
Estrés moderado	Estudio realizado en 301 estudiantes de la Universidad de Manizales Colombia se encontraron datos de estrés moderado en el 65.4% de la población estudiada. ^h	65.40%
Uso de condón	Estudio realizado en 2659 alumnos de la Universidad Autónoma de Tlaxcala determinó que el 28% de los estudiantes no utilizaban condón. ^b	28%
Embarazo durante el estudio	Estudio realizado en 2659 alumnos de la Universidad Autónoma de Tlaxcala determinó que el 4% de las estudiantes se embarazó durante su permanencia en la universidad. ^b	4%
Mujeres con episodios de violencia familiar	Según la Encuesta Nacional sobre Dinámica de las Relaciones de los Hogares 2006, se ha encontrado que la violencia que ejerce la pareja conyugal contra la mujer es mucho más significativa cuando se trata de mujeres jóvenes: 46 de cada 100 mujeres de 15 a 29 años de edad declaró haber sido objeto de al menos un incidente de violencia en el año 2006. ^{e,i}	46%
Referencias:		
<p>a) Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M, Sepúlveda-Amor J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006</p> <p>b) <i>Lumbreras DI, Moctezuma AMG, Dosamantes CLD, Medina HMA, Cervantes RM, López LMRR, Méndez HP.</i> Estilo de vida y riesgos para la salud en estudiantes universitarios: hallazgos para la prevención. Revista Digital Universitaria. 10 de febrero 2009 • Volumen 10 Número 2.</p> <p>c) Medina-Mora, ME., Cravioto, P., Villatoro, J.; Galván F; Fleiz, C., Rojas E., Kuri, P., Ruiz, C., Castrejón, J., Velez, A., García A. Encuesta Nacional de Adicciones 2002, Capítulo de Alcohol. Consejo Nacional contra las Adicciones, CONADIC, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, INPRFM, Dirección General de Epidemiología, DGE, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI. México.</p> <p>d) Capítulo Drogas Villatoro, J., Medina-Mora, ME., Cravioto, P.; Fleiz, C., Galván F; Rojas E., Kuri, P., Ruiz, C., Castrejón, J., Velez, A., García A. Encuesta Nacional de Adicciones 2002 Consejo Nacional contra las Adicciones, CONADIC, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, INPRFM, Dirección General de Epidemiología, DGE, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI. México</p> <p>e) INEGI. Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Juventud. 2008</p>		

- f) Tapia-Conyer, R., Kuri, P; Cravioto, P; Galván F; Jiménez, B., Cortés, M., Medina-Mora, ME., Villatoro, J. Encuesta Nacional de Adicciones 2002, Capitulo de Tabaco. Consejo Nacional contra las Adicciones, CONADIC, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, INPRFM, Dirección General de Epidemiología, DGE, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI. México.
- g) 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
- h) Álvarez RJJ, Castaño CJJ, Marín VJG, Nava GC, Noreña VPV, Ovalle AHM, Páez CML, Santa DIC, Toro FN, Ureña FGZ, Valderrama BAM. *Estilos de vida en estudiantes de la Universidad de Manizales, año 2006. Archivos de medicina, Manizales. 2007; 15:46-56.*
- i) Encuesta Nacional sobre Dinámica de las Relaciones de los Hogares 2006. Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), Fondo de Naciones Unidas para el Desarrollo de la Mujer (UNIFEM).2006. México

El cálculo del tamaño de muestra, fue basada en la fórmula para estimación del tamaño muestral en estudios de prevalencia.¹²⁵

Consideraciones para la estimación: Tamaño muestral para un estudio de prevalencia de una enfermedad, con una precisión para la estimación del 5%, asumiendo un valor estimado del parámetro (prevalencia) conforme a lo especificado para cada fenómeno en la tabla VI.1. Se consideró un nivel de confianza de 90% (10% de error alfa).

Se empleó la fórmula para poblaciones finitas, tomando como N= el total de alumnos inscritos en licenciatura de la Universidad Iberoamericana Ciudad de México en el periodo primavera 2009 (N=9535):

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

- N = Total de la población: 9535
- $Z_{\alpha}^2 = 1.645$ (confianza 90%)
- p = proporción esperada (Ver tabla VI.7.)
- q = 1 – p (Ver tabla VI.7.)

-

$d = 0.03$ (3% de precisión).

Bajo las consideraciones previas se obtuvieron los tamaños muestrales que se presentan en la tabla VI.7.

Tabla VI.7. Estimación del tamaño de muestral para cada fenómeno en estudio

Variable de estudio	p	q	n=	n= considerando pérdidas (10%)
Sobrepeso/Obesidad	0.40	0.60	252.91	278
Desnutrición	0.03	0.97	34.42	38
Conductas de riesgo				
Sedentarismo	0.63	0.37	245.83	270
Alcoholismo	0.16	0.85	139.71	154
Consumo de drogas	0.06	0.94	58.78	65
Tabaquismo	0.29	0.71	219.09	241
Familia y amigos	0.46	0.54	261.52	288
Relaciones	0.12	0.88	112.96	124
Preocupación por la imagen	0.18	0.82	159.15	175
Conductas asociadas a TCA	0.03	0.97	33.41	37
Estrés moderado	0.65	0.35	239.14	263
No uso de condón	0.28	0.72	213.35	235
Embarazo durante estudio	0.04	0.96	41.39	46
Mujeres con episodios de violencia familiar	0.46	0.54	261.52	288

La n= a estudiar es **288 sujetos** ya que fue la n= estimada mayor.

La muestra ha sido estratificada por perfil profesional de acuerdo a las tres divisiones académicas (Ciencia, Arte y Tecnología, Estudios sociales, Humanidades y Comunicación) en que están agrupados los 36 programas de licenciatura en la Universidad Iberoamericana Ciudad de México (tabla V.1.).

Tabla VI.8. Tamaño muestral estratificado por divisiones académicas, departamento y licenciatura.

División	Departamento	Licenciaturas	n= estratificada
Ciencia, Arte y Tecnología	Arquitectura	Arquitectura	27
	Diseño	Diseño grafico	16
		Diseño industrial	14
		Diseño interactivo	5
		Diseño textil	7
	Física y matemáticas	Ingeniería física	1
	Ingeniería y ciencias químicas	Ingeniería de alimentos	3
		Ingeniería química	6
	Ingenierías	Ingeniería biomédica	3
		Ingeniería civil	5
		Ingeniería en computación y electrónica	1
		Ingeniería en electrónica	0
		Ingeniería industrial	17
		Ingeniería en mecatrónica y producción	2
		Ingeniería mecánica y eléctrica	5
Ingeniería en telecomunicaciones y electrónica		0	
Ciencia, Arte y Tecnología			113
Estudios Sociales	Ciencias sociales y políticas	Ciencias políticas y administración publica	4
	Derecho	Derecho	27
	Economía	Economía	5
	Estudios empresariales	Administración de Empresas	16
		Administración de la Hospitalidad	9
		Administración de Negocios Internacionales	17
		Contaduría y Gestión Empresarial	2
		Mercadotecnia	13
		Recursos Humanos	2
	Estudios internacionales	Relaciones Internacionales	8
Psicología	Psicología	18	
Salud	Nutrición y Ciencia de los Alimentos	10	
Estudios sociales			129
Humanidades y comunicación	Arte	Historia del Arte	3
	Ciencias religiosas	Ciencias Teológicas	2
	Comunicación	Comunicación	34
	Educación	Pedagogía	1
	Filosofía	Filosofía	1
	Historia	Historia	2
	Letras	Literatura Latinoamericana	2
Humanidades y comunicación			46

De acuerdo a la subdivisión por división académica y carrera presentada en la tabla previa, se considera de manera general que la muestra total (n=288), deberá estar distribuida de acuerdo con los programas de licenciatura mencionados, quedando agrupados por divisiones académicas en proporción al número de estudiantes en cada una de ellas. Siendo para la división de Ciencia, Arte y Tecnología el 39.23% (n=113), para Estudios Sociales el 44.79% (n=129) y finalmente Humanidades y Comunicación el 15.97% (n=46).

6.3.2. Muestra y características de la población

La muestra final quedo integrada por 333 estudiantes que contestaron la encuesta, de los cuales 55.6% (n=185) fueron mujeres y 44.4% (n=148) hombres, lo cual se asemeja a la proporción de la totalidad de la población de estudiantes de pregrado (femenino 51.13% y 48.87% masculino).

La edad promedio fue de 20.8 años con edades desde 18 hasta 27 años. La mayor parte de los entrevistados son solteros (97.9%).

La muestra incluye alumnos de 29 de los 36 programas de licenciatura, distribuidos por carrera de la siguiente forma (Tabla VI.9).

Tabla VI.9. Distribución de la muestra de acuerdo al programa de licenciatura

Licenciatura	n=	%
Administración de empresas	14	4.2
Administración de la hospitalidad	7	2.1
Administración de negocios internacionales	8	2.4
Arquitectura	19	5.7
Ciencias teológicas	1	0.3

Comunicación	32	9.6
Contaduría y Gestión Empresarial	2	0.6
Derecho	31	9.3
Diseño gráfico	15	4.5
Diseño industrial	12	3.6
Diseño textil	7	2.1
Economía	2	0.6
Finanzas	5	1.5
Historia	3	0.9
Historia del Arte	5	1.5
Ingeniería biomédica	11	3.3
Ingeniería Civil	22	6.6
Ingeniería de alimentos	11	3.3
Ingeniería en computación y electrónica	1	0.3
Ingeniería en electrónica	2	0.6
Ingeniería física	6	1.8
Ingeniería industrial	19	5.7
Ingeniería mecánica y eléctrica	7	2.1
Ingeniería química	10	3
Mercadotecnia	9	2.7
Nutrición y ciencia de los alimentos	37	11.1
Pedagogía	1	0.3
Psicología	19	5.7
Recursos Humanos	1	0.3
Relaciones Internacionales	11	3.3
Sin reporte de carrera	3	0.9
Total	333	100

Como se puede observar en la tabla anterior no se logró encuestar alumnos de todos los programas de licenciatura, quedando fuera de la muestra alumnos de: Ingeniería en mecatrónica y producción, Ingeniería en telecomunicaciones y electrónica, Ciencias políticas y administración pública, Filosofía y Literatura latinoamericana. Por lo cual y con el objeto de que la muestra fuese representativa con base en el cálculo previamente establecido (apartado 6.3.1.), se toma la muestra con base en la estratificación por Divisiones Académicas, quedando la muestra dividida en la siguiente forma (tabla VI.10.), con lo que se cumple el muestreo planeado.

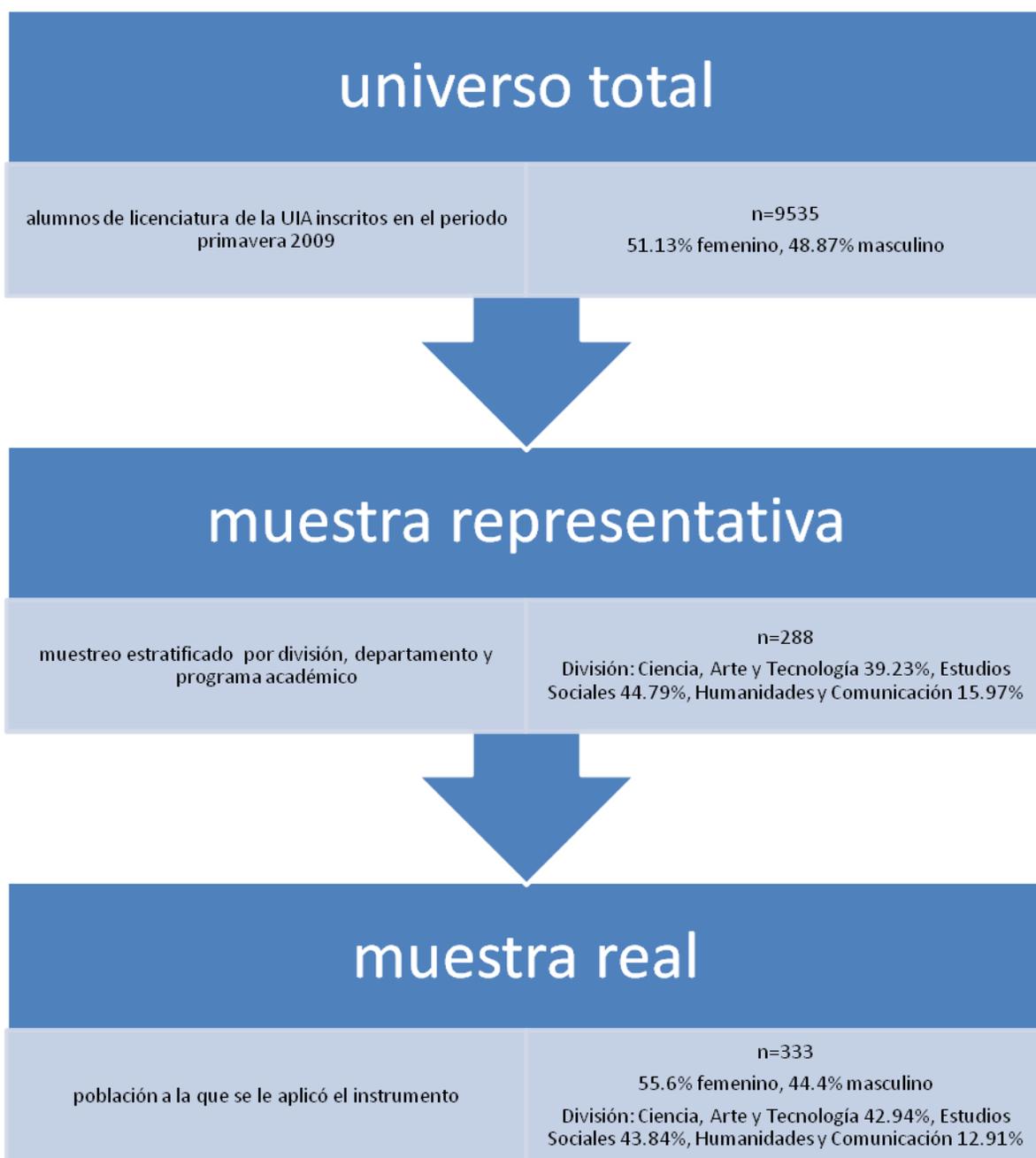
Tabla VI.10. Distribución de la muestra de acuerdo a la División Académica.

División	Departamento	Licenciaturas	n
----------	--------------	---------------	---

Ciencia, Arte y Tecnología	Arquitectura	Arquitectura	19
	Diseño	Diseño grafico	15
		Diseño industrial	12
		Diseño interactivo	0
		Diseño textil	7
		Física y matemáticas	Ingeniería física
	Ingeniería y ciencias químicas	Ingeniería de alimentos	11
		Ingeniería química	10
	Ingenierías	Ingeniería biomédica	11
		Ingeniería civil	22
		Ingeniería en computación y electrónica	1
		Ingeniería en electrónica	2
		Ingeniería industrial	19
		Ingeniería en mecatrónica y producción	0
Ingeniería mecánica y eléctrica		7	
Ingeniería en telecomunicaciones y electrónica		0	
Total para la División Ciencia, Arte y Tecnología			143
Estudios Sociales	Ciencias sociales y políticas	Ciencias políticas y administración publica	0
	Derecho	Derecho	31
	Economía	Economía	2
	Estudios empresariales	Administración de Empresas	14
		Administración de la Hospitalidad	7
		Administración de Negocios Internacionales	8
		Contaduría y Gestión Empresarial	2
		Finanzas	5
		Mercadotecnia	9
		Recursos Humanos	1
		Estudios internacionales	Relaciones Internacionales
Psicología	Psicología	19	
Salud	Nutrición y Ciencia de los Alimentos	37	
Total para la División Estudios sociales			146
Humanidades y comunicación	Arte	Historia del Arte	5
	Ciencias religiosas	Ciencias Teológicas	1
	Comunicación	Comunicación	32
	Educación	Pedagogía	1
	Filosofía	Filosofía	0
	Historia	Historia	3
	Letras	Literatura Latinoamericana	0
Total para la División de Humanidades y comunicación			43
Sin reporte de carrera			3
Total			333

Con relación al semestre que cursaban los alumnos de los 333 tan sólo 67.8% (n=226) contestaron la pregunta, siendo el promedio de semestre para estos de 4.24. La falta de respuesta de esta pregunta puede haberse presentado por la posición del mismo dentro del cuestionario lo que hacía fácil omitirlo.

Finalmente en el siguiente diagrama se presenta un resumen del universo de estudio.



VII. RESULTADOS

En el presente capítulo se exponen los resultados de la aplicación de la encuesta así como los principales hallazgos que darán la pauta para determinar las bases conceptuales para el desarrollo posterior de un programa de educación para la salud (EPS) dentro de la propuesta contextual de Universidades Saludables.

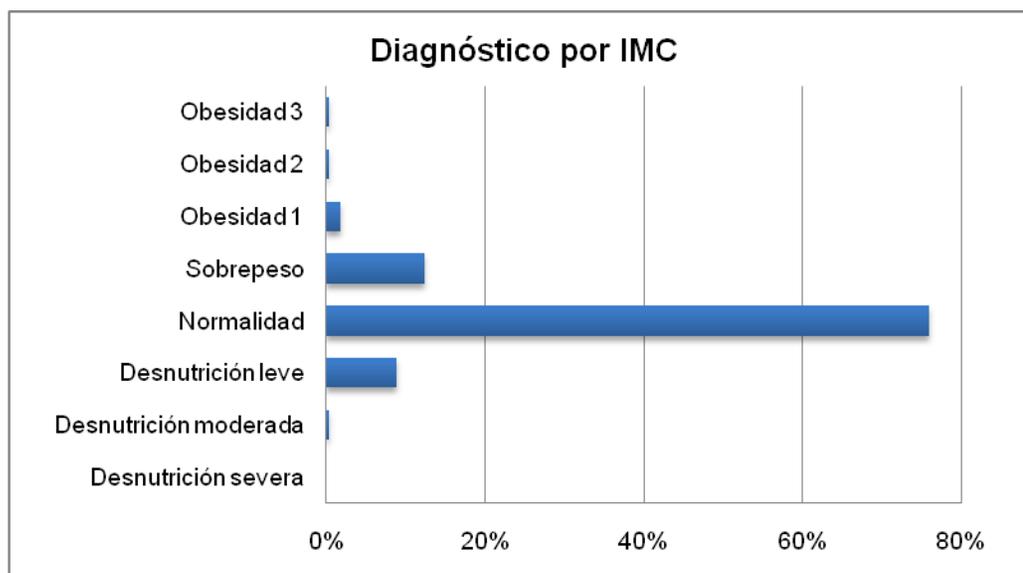
Los resultados se muestran por secciones tomando como base la subdivisión realizada en la propuesta metodológica descrita (capítulo VI. Apartado 6.1.), presentando en un primer momento los datos de índice de masa corporal (IMC) que permite caracterizar a la población en diagnósticos de normalidad, bajo peso (desnutrición), sobrepeso y obesidad. Posteriormente se presentan los resultados obtenidos de la evaluación de auto percepción de imagen corporal con base en las siluetas de *Stunkard*. En el siguiente apartado se presentan los resultados de la evaluación del estilo de vida de los estudiantes en total y subdivididos por sexo, aunado a ello se evaluó la asociación entre este aspecto con los datos de IMC e imagen corporal debido a la importancia de la relación entre estilo de vida y peso corporal y por ende riesgo de mortalidad y morbilidad, asimismo se evaluó la correlación de estos datos por ítem específico. Finalmente se realizó la evaluación y análisis de los ítems específicos que de acuerdo con la evaluación antes mencionada, presentaban correlaciones significativas, esta evaluación se realizó con el propósito de poder identificar las áreas de oportunidad y de prioridad para el desarrollo de estrategias de EPS. A continuación se presentan los resultados obtenidos.

7.1. Índice de masa corporal de la población con base al auto reporte de peso y estatura.

El 87.7% (n=292) del total reportó conocer su peso y estatura; calculándose con estos el índice de masa corporal (IMC), el cual se valoró de acuerdo a los puntos de corte propuestos por la Organización Mundial de la Salud en el año 2004, ¹⁴¹ encontrándose un IMC promedio de 22.23 (DE 3.23) con un rango de 16.98 como mínimo y 40.37 el IMC

más alto. Como puede observarse en la gráfica VII.1. la mayor proporción presentan un IMC con datos de normalidad.

Grafica VII.1. IMC de la población total de acuerdo a diagnóstico



Al analizar los datos de IMC por sexo se encontraron diferencias importantes, encontrándose una prevalencia de sobrepeso y obesidad mayor en hombres y los casos de bajo peso que se correlaciona con desnutrición en sus diferentes grados, se presentan con mayor frecuencia en las mujeres (tabla VII.1.)

Tabla VII. 1. Diagnóstico por IMC por sexo

Diagnóstico (punto de corte)	Femenino %	Masculino %	Total %
Desnutrición severa (<16)	0	0	0
Desnutrición moderada (16 -16.99)	0.62	0	0.34
Desnutrición leve (17-18.49)	15.72	0.75	8.90
Normalidad (18.5-24.99)	76.72	71.42	76.02
Sobrepeso (25-29.99)	6.28	23.30	12.32
Obesidad 1 (30-34.99)	0	3.75	1.71
Obesidad 2 (35-39.99)	0	0.75	0.34
Obesidad 3 (>40)	0.62	0	0.34
Total	99.96	99.97	99.97

Al analizar los datos obtenidos en relación con los datos nacionales reportados por la ENSANUT 2006,⁶ se encontraron diferencias importantes ya que la prevalencia de sobrepeso y obesidad para ambos sexos en las edades de 18, 19 y 20-29 años reportan un 40% de prevalencia en comparación con 14.71 que se encontró en esta población.

Al considerarlo subdividido por sexo, la prevalencia promedio nacional para el sexo femenino en las edades mencionadas es de 23.1% para el sobrepeso y 18% para la obesidad en comparación con el 6.28% y 0.62% encontrados en nuestra población.

Para el sexo masculino los datos reportados son 25.4% con sobrepeso y 13.46% con obesidad, en nuestra población se encontró sobrepeso en el 23.30% (2.1 puntos porcentuales por abajo) y 4.5% para obesidad. Como se puede observar los únicos datos que resultan semejantes a la prevalencia nacional es el sobrepeso para el sexo masculino.

Por el otro extremo las prevalencias nacionales de desnutrición se reportan en 3.3% para los hombres y 3.1% para las mujeres, encontrándose en nuestra población 16.34% para las mujeres y 0.75% para los hombres.

Considerando la diversidad en el país y por ello presentes en los resultados de la ENSANUT 2006, se consideró analizar los datos con los resultados de la ENSANUT 2006 pero de forma exclusiva para la muestra del Distrito Federal,¹⁴² lo cual delimita de alguna forma las características de nuestra población; los resultados reportados en ésta delimitan una prevalencia de sobrepeso más obesidad de 73% en los adultos mayores de 20 años de edad (69.8% para hombres y 75.4% para mujeres), datos que tampoco presentan características similares con nuestra población. Para el caso de desnutrición la prevalencia fue de 1% a un menor que la reportada a nivel nacional.

Por otra parte comparando con el reporte de Arroyo y colaboradores (2006) en la Universidad del País Vasco,¹⁴³ encontraron una prevalencia de sobrepeso y obesidad de 25% para los hombres y 13.9% de las mujeres. El reporte de Montero y colaboradores (2006)¹⁴⁴ establece que el 67% de la población estudiantil de la Universidad privada CEU

San Pablo en Madrid, presentó datos de normalidad en el IMC encontrándose en un rango de entre 19 a 25, estos datos se asemejan a los encontrados en esta población encontrándose (para el mismo rango de IMC) un 76.02%. Datos que también concuerdan con el estudio de Sakamaki et al (2005)¹⁴⁵ en donde se encontraron datos similares al evaluar alumnos universitarios de Corea y Japón, reportando que el 74% se ubicó en un IMC con categoría de normalidad y 1.2% en obesidad. El estudio de Yahia (2008)¹⁴⁶ en la Universidad Libanesa Americana de Beirut (institución privada) encontró que el 64.7% de los estudiantes presentaron un IMC normal, el sobrepeso y la obesidad fue más frecuente en hombres que en mujeres, encontrándose sobrepeso en el 37.5% de los hombres y 12.5% de obesidad y para las mujeres 13.6% y 3.2% respectivamente, estos últimos quedan alejados de la población estudiada en el presente proyecto, los datos de desnutrición que reportan son menores que los encontrados en nuestra población, reportando 6.4% para las mujeres y 1 % para los hombres. En otro estudio reportado por Sakami (2005)¹⁴⁷ determinó que el 80.5% de la población universitaria de la Universidad de Beijing y de la Universidad Kunming en el sureste de China, presento IMC normal y 16.6% desnutrición.

Por su parte Bellisle y colaboradores (1995)¹⁴⁸ reportan un estudio en 16,486 estudiantes universitarios de 21 países europeos, determinando que el promedio de IMC en que se encuentra la mayoría de la población estudiada es de 20.5 en mujeres y 22.0 en hombre, sobrepeso solo en el 8% y obesidad en el 1%. El estudio realizado en la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso en Chile,¹⁴⁹ se estableció que la mayoría de los estudiantes presentan un IMC normal, sobrepeso y obesidad en suma 26.6% y solo obesidad 4.7%. Por su parte la Universidad de Concepción también en Chile (2007),¹⁵⁰ reporta un 71% de la muestra total con normalidad, 23% sobrepeso y el 6% obesidad para ambos sexos. En contraste la Universidad de Talca, Chile (2006),¹¹ reporta que el 45,5% de los varones y el 24,3% de las mujeres presentaron sobrepeso u obesidad. La Universidad Austral de Chile (2006)¹⁵² arrojó que un 6.3% presentaba obesidad y 29.7% sobrepeso.

La mayor parte de los estudios reportados coinciden con los hallazgos del presente estudio, resaltándose la normalidad en la mayor parte de la población, pero destacando los datos de desnutrición para las mujeres y el sobrepeso para los hombres. Considerando la etapa de la

juventud como un periodo de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria principalmente en mujeres y desarrollo de obesidad en ambos sexos deben considerarse medidas preventivas para estos aspectos.

7.2. Auto percepción de imagen corporal con base en las siluetas de *Stunkard*.

De acuerdo con la determinación del IMC tomando como base la representación gráfica de las siluetas de *Stunkard* con base en la propuesta de Kaufer-Horwitz y colaboradores (2006)¹³⁷ (ver punto 6.2.2. Metodología) y que permiten evaluar auto percepción del peso e imagen corporal, se determinó el conjunto de diagnósticos de normalidad, sobrepeso y obesidad se encuentran los siguientes datos totales y subdivididos por sexos.

Tabla VII.2. Diagnóstico de acuerdo a la estimación de IMC con base en las siluetas de Stunkard totales y por sexo

Diagnóstico (siluetas)	Femenino		Masculino		Total	
	n=	%	n=	%	n=	%
Normalidad (1-3)	111	60.0	56	38.35	167	50.45
Sobrepeso (4-6 hombres y 4-5 mujeres)	70	37.83	90	61.64	160	48.33
Obesidad (7-9 hombres, 6-9 mujeres)	4	2.16	0	0	4	1.20
Total	185	99.99	146	99.99	331	99.98

Como puede observarse en la tabla VII.2. los datos arrojados de acuerdo a la estimación del IMC por las siluetas de *Stunkard* resultaron totalmente erráticas al compararlas con los datos diagnósticos del IMC por auto reporte de peso y estatura (ver tabla VII.1.); de acuerdo al auto reporte el 76% de la población se encuentra con datos de normalidad en comparación con el 50.45% que resulta de las siluetas, para el sobrepeso se encontró en el 12.32% de la población para el primer caso y para las siluetas el 48.33% es decir 36.01 puntos porcentuales mayores, lo cual indica que la imagen corporal de los estudiantes no necesariamente corresponde con los datos obtenidos por auto reporte. El caso de la presencia de obesidad resulta lo contrario ya que la sumatoria de los porcentajes correspondientes a los diferentes grados de obesidad ubica al 2.39 de la muestra contra 1.20 de los reportados por las siluetas.

Tabla VII.3. Porcentajes de normalidad, sobrepeso y obesidad diagnosticados por IMC con auto reporte y por siluetas de Stunkard por sexo.

Elemento de diagnostico	Femenino			Masculino		
	Normalidad %	Sobrepeso %	Obesidad %	Normalidad %	Sobrepeso %	Obesidad %
IMC por auto reporte	76.72	6.28	0.62	71.42	23.30	4.51
IMC por siluetas de Stunkard	60.0	37.83	2.16	38.35	61.64	0.0

En relación con estos datos, es importante resaltar que un problema que puede estar presente en los jóvenes universitarios es la auto percepción de imagen corporal errónea y que se correlaciona con los estereotipos de belleza y bienestar actual. Lo cual puede representar un factor de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria y para la realización de regímenes alimentarios o dietas incorrectas que ponen en riesgo la salud de los jóvenes. Los mismos hallazgos se encontraron en el estudio de Bellisle (1995)¹⁴⁸ en donde se reporta que en especial las mujeres con IMC bajos se perciben a sí mismas con sobrepeso.

7.3. Estilo de vida

Tomando como base la clasificación de los individuos en cinco categorías propuesta por el instrumento *¿Tienes un estilo de vida fantástico?* (Ver Tabla VI.3. en Metodología), para este trabajo fueron codificadas de acuerdo a lo que se presenta en la tabla VII. 4.

Tabla VII.4. Clasificación de individuos según cuestionario

Puntaje final (sumatoria de puntos multiplicado por 2)	Interpretación
103 a 120	Saludable ++
85 a 102	Saludable +
73 a 84	Saludable
47 a 72	No saludable +
0 a 46	No saludable ++

Con base en la clasificación anterior el 92.8% de la muestra total se ubicó en la categoría de *saludable* en sus distintos niveles y tan sólo el 7.2% de los encuestados fue clasificado con

un estilo de vida no saludable quedando en la categoría “no saludable +”, ningún individuo quedo en la categoría “no saludable ++”. Los resultados se presentan en la tabla VII.5.

Tabla VII.5. Distribución de casos según diagnóstico de estilo de vida

Diagnostico de estilo de vida	n=	%
Saludable ++	30	9.0
Saludable +	180	54.1
Saludable	99	29.7
No saludable +	24	7.2
No saludable ++	0	0
Total	333	100.0

Al subdividir la muestra por sexo y considerando en conjunto aquellos que presentaban un estilo de vida saludable en cualquiera de sus categorías (saludable ++, + y solo saludable) y sólo los clasificados como no saludable + (debido a que no se presentaron casos de no saludable ++), se observa que hay una diferencia notable por sexo, con una proporción de “no saludables” significativa mayor en hombres (X^2 , $p=0.007$).

Tabla VII.6. Diferencias por sexo en calidad del estilo de vida

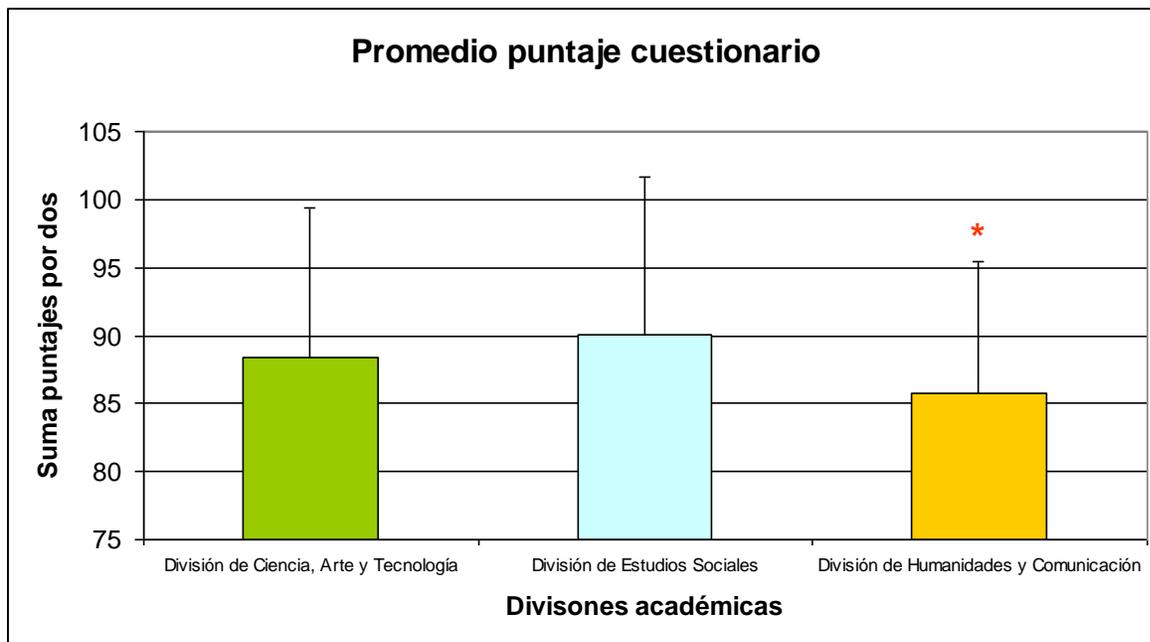
Sexo	Estilo de vida		Total
	No saludables	Saludables	
Femenino	7 (29.2%)	178 (57.6%)	185
Masculino	17 (70.8%)	131 (42.4%)	148
Total	24 (100%)	309 (100%)	333

Como anteriormente se mencionó, cinco programas de licenciatura quedaron fuera de la muestra y considerando la gran diversidad de licenciaturas evaluadas, se exploraron los promedios del puntaje del cuestionario por división académica -lo cual mantiene la estratificación de la muestra- además asumiendo que los alumnos de cada división muestran un perfil profesional similar.

De acuerdo con esta división, los alumnos con puntajes menores fueron los de la División de Humanidades y Comunicación, con un puntaje promedio de 85.75 (DE=9.71), seguidos

por Ciencia, Arte y Tecnología (88.39;DE=10.9)y con los puntajes mayores (90.07; DE=11.6) los alumnos de la División de Estudios Sociales. Al ser comparadas entre sí, la División de Humanidades y Comunicación tuvo puntajes significativamente menores al ser comparados contra Estudios Sociales (gráfica VII.2).

Gráfica VII.2. Diferencia en puntajes de Cuestionario por División



T Student:

- Ciencia, Arte y Tecnología VS Estudios Sociales; p=0.212
- Ciencia, Arte y Tecnología VS Humanidades y Comunicación: p=0.167
- Estudios Sociales VS Humanidades y Comunicación: p=0.031 *

Se buscó la asociación entre el IMC por auto reporte de peso y estatura así como por la selección de la silueta de *Stunkard* con la evaluación de estilo de vida, encontrándose diferencias significativas entre los “saludables y no saludables”, observándose valores de IMC significativamente mayores en los NO saludables así como siluetas significativamente mayores (asociadas a figuras más voluminosas) en estos mismos.

Tabla VII.7. Asociación entre IMC y siluetas de *Stunkard* con estilo de vida

Variable	Estilo de vida	n=	Promedio	Desviación estándar	
IMC por auto reporte	Saludables	270	22.11	3.20	
	No saludables	22	23.72	3.28	p=0.025*
Siluetas	Saludables	307	3.46	1.09	
	No saludables	24	4.38	1.28	p=0.000*

* T Student para muestras independientes

Estos hallazgos se confirman al correlacionar el puntaje del cuestionario^x con el peso y con el número de la silueta de *Stunkard*^{xi} encontrándose que a mayores puntajes se asocian pesos menores (*Pearson* $r=-0.181$; $p=0.000$) y siluetas más bajas (*Pearson* $r=-0.156$; $p=0.004$).

Al considerar que el IMC representa uno de los indicadores de riesgo de mala nutrición más importantes debido a su alta correlación con datos de morbilidad y mortalidad, se consideró importante correlacionar este dato, así como el peso auto reportado y la auto percepción con las siluetas contra los treinta ítems que conforman el cuestionario. Con este análisis se identificaron siete ítems que correlacionaron negativamente con las siluetas y siete con el peso, es decir que puntajes bajos de ese rasgo (que describen un estilo de vida pobre) se asociaron a siluetas más voluminosas e IMC mayores (tabla VII.8.)

^xPuntajes mayores se asocian con estilos de vida más saludables.

^{xi} Números altos de siluetas se asocian a IMC mayores.

Tabla VII.8. Correlaciones entre ítems del cuestionario ¿tienes un estilo de vida fantástico? y peso según siluetas e IMC.

Variable	Coefficiente de correlación de Pearson	Coefficiente de determinación($r^2 \times 100$)
Correlaciones significativas con siluetas		
1. Tengo con quien hablar las cosas que son importantes para mi	-.207(**)	4.28
2. Yo doy y recibo cariño	-.126(*)	1.58
5. Yo camino al menos 30 minutos diariamente	.134(*)	1.79
8. Estoy pasado en mi peso ideal en	-.492(**)	24.20
11. Mi número promedio de copas (un vaso de cerveza, una copa de vino o de bebida fuerte) por semana es de	-.164(**)	2.68
13. Manejo el auto después de beber alcohol	-.130(*)	1.69
29. Como peatón, pasajero del transporte público y/o automovilista, soy respetuoso/a de las indicaciones de tránsito	-.145(**)	2.10
Correlaciones significativas con IMC		
1. Tengo con quien hablar las cosas que son importantes para mi	-.196(**)	3.84
6. Como 2 porciones de verduras y 3 de frutas	-.115(*)	1.32
8. Estoy pasado en mi peso ideal en	-.611(**)	37.33
10. Generalmente fumo _____ cigarros al día	-.115(*)	1.32
11. Mi número promedio de copas (un vaso de cerveza, una copa de vino o de bebida fuerte) por semana es de	-.142(*)	2.01
13. Manejo el auto después de beber alcohol	-.208(**)	4.32
29. Como peatón, pasajero del transporte público y/o automovilista, soy respetuoso/a de las indicaciones de tránsito	-.122(*)	1.48

Con base en estas correlaciones y al analizarlas de acuerdo con los aspectos que evalúa el instrumento utilizado (ver tabla VI.1. Metodología), se resalta que los aspectos relacionados con las áreas: familia y amigos (ítems 1 y 2), actividad física (ítem 5), nutrición (ítems 6 y 8), tabaco (ítem 10), alcohol y drogas (ítem 11 y 13) y accidentes (ítem 29); representan los aspectos que mayor correlación presentan con IMC y auto percepción de los sujetos, resaltando que representan los factores de riesgo más importantes que deben tratar de modificarse en la población.

Los hallazgos sobre estilo de vida que se reportan en otros estudios similares resultan semejantes; de ellos el estudio realizado en los estudiantes de la Facultad de Medicina-Campus Tampico de la Universidad Autónoma de Tamaulipas establece que el 93.40% de los estudiantes poseen un estilo de vida saludable.¹⁰⁷ En el estudio realizado en los estudiantes de pregrado de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali Colombia (2004)¹⁵³ encontró que el 95% de los estudiantes se clasificó como estilo de vida “saludable o muy saludable”.

En nuestra población se determinó el 92.8%, encontrándose que en el caso de los hombres la proporción de no saludables resultó significativamente mayor en comparación con las mujeres; con base en las divisiones académicas, se encontró que la División de Humanidades y Comunicación presentaron los puntajes más bajos en comparación con la División de Estudios Sociales en donde uno de los aspectos que se han evaluado en otros estudios es la relación entre diferentes carreras y conocimientos sobre salud y nutrición en relación con conductas saludables no encontrando diferencias significativas,¹⁵⁰ pero en este estudio no se buscó este tipo de correlaciones a pesar que en la División de Estudios Sociales se encuentra la carrera de Nutrición y Ciencia de los Alimentos. Por su parte en las correlaciones se destaca que los pesos, IMC y siluetas más bajas se asocian con puntajes más altos es decir a menor peso e IMC el estilo de vida de los individuos es más saludable.

A pesar de que el objetivo del proyecto no es evaluar conductas aisladas, sino el contexto de estilo de vida, se realizó la evaluación de los diferentes ítems o grupos de ellos por separado, considerando aquellos que de acuerdo a la correlación de Pearson fueron

determinados como significativos, ya que esto dará la pauta sobre las estrategias que se deberán seguir o la prioridad que se debe manejar en las conductas con mayor prevalencia de riesgo y que pueden ser modificadas a partir de estrategias de educación para la salud.

Sin embargo es importante resaltar que aunque las correlaciones fueron significativas, estas fueron débiles, lo que indica que hay una serie de relaciones que se deben atender, ya que el contexto de estilo de vida saludable como se ha mencionado anteriormente es un hecho complejo que involucra aspectos sociales, económicos, de conocimientos, de conductas aprendidas desde la infancia, etc. Es decir resulta un fenómeno multifactorial en el que se debe intervenir en su contexto global, de ahí la propuesta integradora de las Universidades Saludables.

7.4. Evaluación de ítems específicos

De los ítems seleccionados para evaluación individual, los correspondientes a las preguntas 1 y 2 del cuestionario, se ubican en el área familia y amigos, considerando la comunicación y las relaciones interpersonales como los factores básicos que las determinan. La actividad física que corresponde al ítem 5 se correlaciona con la presencia de sobrepeso, obesidad y enfermedades cardiovasculares; el área nutrición (ítems 6 y 8) considera el consumo de frutas y verduras como una de las prácticas que corresponden al consumo de una dieta correcta y la percepción del peso corporal excedido o equilibrado. El tabaquismo cuestionado a partir de la pregunta 10, el consumo de alcohol y los accidentes que pueden ser provocados por esta práctica (ítems 11 y 13) y la prevención de accidentes (ítem 29). En la tabla VII.11. se presentan las preguntas y sus opciones de respuesta así como la frecuencia de respuesta encontrada en la población.

Tabla VII.9. Frecuencia de respuesta en los ítems seleccionados.

Pregunta numero	Opciones de respuesta	% de respuesta de la población total
Área familia y amigos		
1. Tengo con quien hablar las cosas que son importantes para mi	Casi siempre	89.2
	A veces	10.2
	Casi nunca	0.6
2. Yo doy y recibo cariño	Casi siempre	89.5
	A veces	10.2
	Casi nunca	0.3
Área actividad física		
5. Yo camino al menos 30 minutos diariamente	Casi siempre	41.1
	A veces	43.5
	Casi nunca	15.3
Área nutrición		
6. Como 2 porciones de verduras y 3 de frutas	Todos los días	39.6
	A veces	50.2
	Casi nunca	10.2
8. Estoy pasado en mi peso ideal en	0 a 4 kilos de más	82.1
	5 a 8 kilos de más	13.6
	Más de 8 kilos	4.2
Área tabaco		
10. Generalmente fumo _____ cigarros al día	Ninguno	65.1
	De 0 a 10	31.3
	Más de 10	3.6
Área alcohol		
11. Mi número promedio de copas (un vaso de cerveza, una copa de vino o de bebida fuerte) por semana es de	0 a 7 copas	73.3
	8 a 12 copas	11.7
	Más de 12 copas	15.0
13. Manejo el auto después de beber alcohol	Nunca	63.4
	Solo rara vez	32.4
	A menudo	4.2
Área otros (accidentes)		
29. Como peatón, pasajero del transporte público y/o automovilista, soy respetuoso/a de las indicaciones de tránsito	Siempre	67.6
	A veces	31.8
	Casi nunca	0.6

Como puede observarse en la tabla anterior, los datos reportan que sus relaciones y comunicación con amigos y familia son aceptables, ya que el 89% de la población establece tener personas con quien puede relacionarse en este aspecto.

En el contexto de actividad física tan sólo el 15.3% de la población puede considerarse como sedentaria, sin embargo el 43.5% reportó que no camina 30 minutos todos los días que representa la recomendación mínima internacional sobre actividad física.¹⁵ Al comparar este dato con la respuesta de la pregunta 4 que cuestiona sobre la realización de

cualquier actividad física durante treinta minutos, se encontró que el 7.2% de la población reportó “no hacer nada” y el 64.6% realizarlo tres o más veces por semana lo cual si relaciona estilos de vida saludable. Al comparar los datos encontrados con los de otros estudios similares, se encontró que el reporte de la Universidad de Alicante (2001),¹⁵⁴ establece que sólo el 37% de los estudiantes realiza ejercicio físico adecuado a su edad; por su parte el 46% de los estudiantes de la Universidad de Guadalajara²⁶ realizan actividad física con duración de 20 minutos por lo menos 3 veces por semana pero el 23% no tiene ninguna actividad física. El 61% de los alumnos de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso Chile¹⁴⁹ son sedentarios y el 53% no realiza ejercicio. En la Universidad de Concepción Chile¹⁵⁰ Se encontró que el 81% del total de la muestra no realiza ningún tipo de actividad física, por otra parte también en Chile la Universidad de Valparaíso en el año 2002¹⁵⁵ se determinó una prevalencia de sedentarismo de 88%. Como puede observarse los datos permiten evidenciar que la escasa actividad física es un problema que afecta a una alta proporción de los jóvenes universitarios.

El consumo habitual de frutas y verduras ha sido considerado por la Organización Mundial de la Salud como una de las prácticas alimentarias coadyuvantes en la prevención de algunos tipos de enfermedades crónicas no transmisibles, por ello la propuesta es el consumir 5 raciones de ellas cada día;¹⁵ en este aspecto se encuentra que tan solo el 39.6% de la población reporta la realización de esta práctica. En otros estudios como el de Ortega y colaboradores (1997)¹⁵⁶ reportan el consumo de ciertos alimentos en los estudiantes universitarios de Madrid, encontrando que en relación con el consumo de frutas esta se daba de acuerdo a las recomendaciones, no siendo así para las verduras. En el estudio de estudiantes libaneses¹⁴⁶ se reportó un consumo adecuado de verduras en el 30.5%. Por otra parte en el estudio de Czaja (2009)¹⁵⁷ en Polonia encontró que el consumo de frutas y verduras entre los estudiantes universitarios no lograba cubrir las recomendaciones establecidas a pesar de que consumían entre 1 o 2 raciones de verduras y dos de frutas. El estudio realizado en la pontificia Universidad Católica de Valparaíso en Chile (2005)¹⁴⁹ muestra que solo el 13% consume frutas y verduras. En el estudio conducido en la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez se determinó que el 11.1% hombres comen fruta diario y el 15.3% de las mujeres; comen verdura el 14.1% de los hombres y el 17.2% de las

mujeres.¹⁵⁸ Como se observa parece que el consumo de este tipo de alimentos en específico no representa una práctica común entre los jóvenes.

El 17.8% establece que presenta más de 5 kilogramos de exceso de peso, aspecto que vuelve a considerarse como factor de riesgo debido a una percepción errónea de la imagen corporal.

El 65% de la población niega el tabaquismo, el 73.3% establece que el consumo de alcohol está entre 0 a 7 copas por semana y el 63% no conduce automóvil después de beber alcohol. Para este aspecto los datos reportados de alumnos de la Universidad de Alicante, España (2001),¹⁵⁴ establecen que el 68% son consumidores habituales de alcohol, más del 8% las consumen en exceso y un 38% admitió haber conducido habiendo abusado del alcohol y el 34% son fumadores habituales. Por su parte el estudio realizado en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara (2006),^{26,159} reporta que más del 22% de los estudiantes refiere haber fumado en el último mes, en relación con el consumo de alcohol el 29% refirió consumirlo por lo menos una vez a la semana.

Finalmente la mayor parte (67.6%) establecen respetar las indicaciones de tránsito lo cual se relaciona con el alto grado de mortalidad por accidentes que se presenta durante la juventud.

7.5. Resumen de resultados

Considerando que el objetivo inicial del cuestionario –sin las modificaciones realizadas en el presente trabajo– fue la determinación de estilos de vida, los resultados encontrados establecieron que la mayor parte de la población (92.8%), se ubicó en la categoría de *estilo de vida saludable* y el 7.2% restante con un *estilo de vida no saludable*; de ellos se encontró una mayor proporción de hombres (diferencia estadísticamente significativa X^2 , $p=0.007$). Los datos encontrados en esta población resultaron con gran semejanza al compararlos con resultados de estudios similares.^{107,153} De acuerdo a la estratificación de la muestra por Divisiones Académicas, se encontró que los puntajes menores se presentaron entre los

alumnos de la División de Humanidades y Comunicación posteriormente entre los de Ciencia, Arte y Tecnología y los puntajes más altos se presentaron entre los alumnos de la División de Estudios Sociales; de ellos la comparación entre la primera y esta última resultaron puntajes significativamente menores ($p=0.031$). Este aspecto es importante reconsiderarlo ya que al no establecerse una evaluación específica por carrera sino por División Académica debe considerarse que las dos únicas carreras que se pueden ubicar relacionadas con elementos de Salud lo representan las licenciaturas en Psicología y en Nutrición y ciencia de los alimentos, las cuales se encuentran dentro de la División de Estudios Sociales, aspecto que podría considerarse en una evaluación posterior ya que la propia formación de estos alumnos podría determinar la presencia de puntajes mayores, sin embargo este aspecto fue determinado por Bustos A y sus colaboradores¹⁵⁰ relacionando conductas saludables entre diferentes carreras y conocimientos sobre salud y nutrición no encontrando diferencias significativas.

En relación con los resultados obtenidos a partir de la evaluación del IMC, se encontró coincidencia con la mayor parte de los estudios reportados¹⁴²⁻¹⁵² estableciéndose normalidad en la mayor parte de la población (76.02%), pero destacando datos de desnutrición para las mujeres (16.34%) y sobrepeso para los hombres (23.30%). Considerando que la determinación del IMC fue por auto reporte y de acuerdo a los datos obtenidos y comparados con estudios similares, se puede enfatizar el hecho que omitir la medición directa del peso y estatura de los alumnos y evaluarlo a partir de auto reporte resulta en una forma simple y rápida de realizar este tipo de evaluaciones ya que de los 333 alumnos encuestados el 87.7% ($n=292$) reportó conocer su peso y estatura. En este aspecto tal vez podría considerarse realizar un nuevo proyecto para la determinación directa de peso y estatura y compararla con los datos obtenidos aunque el costo-beneficio de ello tal vez no justifiquen su realización. Por otro lado al asociar el IMC con la evaluación de estilo de vida, se encontraron diferencias significativas entre los “saludables y no saludables”, observándose valores de IMC significativamente mayores en los NO saludables ($p=0.025$), es decir que los no saludables presentaban también mayor peso corporal.

La utilización de las siluetas de *Stunkard* para estimar el IMC a partir de la auto selección de los estudiantes, no resultó como se esperaba ya que los datos obtenidos no presentaron similitud a los encontrados anteriormente (por auto reporte de peso y estatura) por lo que la utilidad de los puntos de corte propuestos en el estudio de Kaufer-Horwitz y colaboradores (2006) ¹³⁷ no resultó de aplicabilidad para el presente estudio, sin embargo su utilidad puede puntualizarse para la determinación de auto percepción de imagen corporal y que ha sido corroborado por Bellisle¹⁴⁸ como factor de riesgo en universitarios. Hecho que en este estudio se logró corroborar, ya que al asociar la silueta de *Stunkard* seleccionada con estilo de vida, se encontró que a mayor silueta seleccionada (figura más voluminosa) se presentaban puntajes menores asociados con estilo de vida NO saludable ($p=0.000$).

La puntuación de los 30 ítems por separado fue correlacionada con IMC y con las siluetas, identificándose así siete ítems que correlacionaron negativamente con las siluetas y siete con el peso, es decir que puntajes bajos de ese rasgo (que describen un estilo de vida pobre) se asociaron a siluetas más voluminosas e IMC mayores (tabla VII.10.), delimitando así las áreas que engloban los factores de riesgo más importantes y que deben tratar de modificarse en la población. Estos resultados permitieron visualizar que resulta importante en este tipo de estudios la evaluación individual de áreas para resaltar las áreas de atención que se deben priorizar y no solo quedarse con la evaluación global sobre estilo de vida.

Puntualizando los resultados se consideran aspectos relevantes tanto para la metodología aplicada como para los datos de los alumnos, mismos que se presentan a continuación:

A. De la metodología.

- a) La metodología de EPS y US pueden manejarse en paralelo lo cual optimiza recursos y tiempos.
- b) El instrumento *¿Tienes un estilo de vida fantástico?* Resulta una herramienta eficaz para la determinación de estilos de vida.

- c) Se propone que para estudios posteriores se incluya al instrumento original, los datos de identificación, el peso y estatura por auto reporte y el consentimiento informado.
 - d) La evaluación del instrumento deberá realizarse en totalidad y por ítems específicos por separado.
- B. De los alumnos de pregrado de la Universidad Iberoamericana Ciudad de México.
- a) Los resultados encontrados en los estudiantes resultan con grandes similitudes a los encontrados en otros países o ciudades de la República Mexicana.
 - b) Los aspectos analizados permiten determinar algunas de las áreas de oportunidad que deben considerarse como prioritarias en el desarrollo de un programa de educación para la salud, destacándose la promoción de la actividad física, el consumo de frutas y verduras, el consumo responsable de alcohol, evitar o disminuir el tabaquismo y establecer estrategias de apoyo para la aceptación de imagen corporal.
 - c) Resulta necesario dar la información adecuada que permita a los estudiantes el mantener su peso corporal dentro de los límites normales y saludables, evitando tanto el sobrepeso y la obesidad como el bajo peso.

Con base en los estos resultados en el siguiente capítulo se presentan algunas de las estrategias propuestas para la intervención educativa, ya que como se ha mencionado a lo largo del texto, el presente proyecto tiene como objetivo delimitar las conductas no saludables en los alumnos lo cual representa la primera actividad que se delimita en la metodología para la inclusión del programa Universidades Saludables y de la misma manera, la propuesta de Educación para la Salud inicia con la determinación de diagnósticos de la población.

VIII. PRINCIPALES HALLAZGOS Y SU MODIFICACIÓN A PARTIR DE ESTRATEGIAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Considerando que uno de los objetivos particulares establecidos para el presente proyecto es él: *“Analizar de acuerdo a la evidencia reportada por los organismos internacionales y por las experiencias de otras universidades en la aplicación de programas, si los factores de riesgo presentes son factibles de modificación a partir de programas de educación para la salud”*, en este capítulo se presentan los resultados sobre aquellas conductas identificadas como no saludables en la muestra de alumnos de Universidad Iberoamericana y las propuestas reportadas en la literatura para su modificación a partir de estrategias de educación para la salud.

8.1. Principales hallazgos

a) Índice de masa corporal e imagen corporal

La mayor parte de los estudios reportados coinciden con los hallazgos del presente estudio, resaltándose la normalidad en la mayor parte de la población (76.02%), pero destacando los datos de desnutrición para las mujeres (16.34%) y el sobrepeso para los hombres (23.30%). Considerando la etapa de la juventud como un periodo de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria principalmente en mujeres y desarrollo de obesidad en ambos sexos deben considerarse medidas preventivas para este aspecto.

En relación con imagen corporal evaluada de acuerdo a las siluetas de *Stunkard* se encontraron alteraciones con la auto percepción de la imagen de los jóvenes universitarios lo cual puede resultar un detonante de algunos tipos de alteraciones.

Los problemas relacionados con los cambios en el peso corporal y la distorsión de la auto imagen corporal de los jóvenes, traerán consecuencias tanto a corto como a largo plazo, ya que se han identificado que en el corto plazo se presentan una serie de conductas que ponen en riesgo su salud, de las cuales se han identificado por un lado el desarrollo de anorexia nerviosa, bulimia y el comedor compulsivo; por otra parte se delimita el manejo de dietas inadecuadas poco saludables para lograr disminuir el peso corporal, así como el uso de fármacos (tanto permitidos como prohibidos) para lograr pérdidas de peso.³³

En el largo plazo se ha determinado que la presencia de obesidad y sobrepeso en la etapa de juventud, predispone a que estas condiciones se presenten o continúen en la etapa adulta, además del desarrollo de comorbilidades asociadas a estos padecimientos como son: diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, esteatosis hepática, entre otros. Cabe señalar que actualmente las primeras cinco causas de mortalidad general son diabetes, enfermedades isquémicas del corazón, cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, enfermedad cerebrovascular y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las cuales tienen una evidente asociación con el sobrepeso y la obesidad de los sujetos.

b) Estilo de vida

Si bien el 92.8% de la muestra total se ubicó en la categoría de *saludable* y tan sólo el 7.2% de los encuestados fue clasificado con un estilo de vida no saludable, resulta indispensable la adopción de estrategias de educación para la salud para reforzar las conductas saludables y dar la información necesaria para motivar al cambio de aquellas que se ubican en conductas no saludables. Por otro lado es importante recalcar que la proporción de hombres en la categoría no saludables fue significativamente mayor para este grupo (X^2 , $p=0.007$).

Otro de los aspectos que se deben resaltar es que la correlación de estilo de vida vs IMC, se encontró que en la medida que aumenta el puntaje del cuestionario es decir están más cerca de un estilo de vida saludable, el IMC era menor, correlación que confirma la asociación entre conductas saludables y el mantenimiento de un peso corporal y por ende un IMC dentro de la normalidad.

Con el análisis de correlación entre ítems, se identificaron catorce de ellos que correlacionaron negativamente con las siluetas o con el peso, es decir que conforme los puntajes son más bajos relacionados con un estilo de vida menos saludable, se asocian con datos de IMC más altos y siluetas más voluminosas, de los cuales a continuación se refieren los riesgos presentes, así como algunas de las estrategias propuestas para su atención:

c) Familia

Uno de los problemas presentes en los jóvenes es el alto riesgo de depresión, suicidio y ansiedad, los cuales se consideran son generados por las fluctuaciones normales en la química cerebral asociados con las crisis propias de la edad y que se han relacionado con pérdidas de seres queridos, derrotas, o por daños percibidos al auto estima. Además de que este tipo de trastornos en los jóvenes predisponen al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria.³³

- En el aspecto de relaciones interpersonales, la propuesta es la inclusión dentro del currículo el aprendizaje de forma práctica la resolución de conflictos, proporcionando al estudiante herramientas de negociación, asertividad, empatía,

aprender a escuchar, respetar las opiniones y cultivar la tolerancia. Desarrollar habilidades para “aprender” a disfrutar la vida y enfrentar los desafíos.²⁹

d) Actividad física

La realización habitual de ejercicio durante por lo menos treinta minutos diarios ayuda a utilizar la grasa acumulada en el organismo, ayuda a disminuir los niveles de LDL-colesterol, controla la presión arterial, fortalece el sistema musculoesquelético, mejora la función cardiorespiratoria y la actividad intestinal, por lo que permite prevenir el desarrollo de aterosclerosis, disminuye el riesgo de desarrollar diabetes y previene el aumento de peso corporal y por ende el desarrollo de sobrepeso y obesidad. Por los beneficios previos se considera que la inactividad física es uno de los factores de riesgo en los jóvenes.³³ Aunado a la prevención de enfermedades se ha establecido que la práctica regular de ejercicio físico entre los universitarios mejora su rendimiento académico y previene el uso de alcohol y tabaco.²⁹

- Para la actividad física, se considera su inclusión en el currículo, y se buscará cualquier tipo de comunicación con los estudiantes (carteles, folletos, página web) para promover tanto la realización de actividad física como para la promoción de los ambientes físicos dentro del campus universitario que permitan realizarlo, además de fomentar actividades recreativas como competencias, clubes de danza, de caminata que fomenten la actividad. Ofrecer algún tipo de crédito académico para los estudiantes que se involucren en actividades deportivas de forma sistemática.

e) Consumo de frutas y verduras.

Diversas evidencias sugieren el consumo de estos alimentos todos los días en una cantidad de 2 de la primera y 3 de la segunda, presenta un efecto protector contra algunos tipos de cáncer y problemas cardiovasculares. En el caso de los alumnos del presente proyecto tan solo el 39.6% reporta cumplir este objetivo.^{15,33}

- En el aspecto alimentación se propone: Incorporar en el currículo los temas de alimentación saludable de forma transversal, promover que los alimentos que se expenden en cafeterías de la universidad ofrezcan opciones saludables de igual

forma las maquinas expendedoras e incluir maquinas expendedoras de agua natural. En las cafeterías privilegiar la instalación de barras de ensaladas, así como incluir pescado una vez por semana, incluir preparaciones de alimentos libres de grasas añadidas (asados, cocidos), que siempre se presente como opción de postre una fruta fresca.

f) Tabaco

El motivar a los jóvenes a dejar de fumar o para aquellos que nunca lo han hecho evitar lo inicien, tiene una relación directa con la disminución de riesgos en 90% para el cáncer de pulmón y enfermedades pulmonares crónicas, 30-40% para ataques cardiacos. Sin embargo se ha delimitado que para los jóvenes estos argumentos normalmente no resultan validos, ya que las consecuencias del tabaquismo ocurren normalmente 20 a 40 años después de haber iniciado la práctica, y para los jóvenes las consecuencias inmediatas resultan lo importante, por ello se delimita que argumentos como mal aliento, dientes y dedos manchados, disminución del rendimiento en los deportes o ejercicio, resultan una forma de control de riesgo.³³

- Por su parte el consumo de alcohol y tabaco, normalmente se ha manejado a partir de estrategias punitivas y restrictivas que las hacen impopulares, por lo que el primer aspecto es cambiar esta imagen hacia mensajes positivos dentro del contexto estilo de vida saludable. El lema ambiente libre de humo de tabaco a aumentado su presencia sin embargo se considera que todo campus universitario será espacio libre de alcohol o drogas, pero las actividades en torno a la misma en la mayoría de los casos incluye este practica. Por lo que se establece el manejo de estos conceptos dentro de las mallas curriculares así como su inserción en campañas informativas. Idealmente se debe contar con un programa de apoyo específico para aquellos alumnos que lo requieren. Disminuir o eliminar la propaganda de utilización de alcohol dentro de la universidad aunque se trate de eventos sociales.

g) Alcohol y accidentes

El consumo de alcohol disminuye el auto control y el buen juicio, distorsiona la percepción y disminuye las habilidades físicas, provocando actitudes sexuales inadecuadas, accidentes de tránsito y violencia y no debe pasarse por alto que representan la primera causa de muerte en este grupo de edad.³³

Con base en los hallazgos anteriores, a continuación se presentan las estrategias de intervención más exitosas en educación para la salud para la modificación de las conductas no saludables, con el objeto de dar pista acerca del tipo de intervención en educación para la salud.

8.2. Estrategias exitosas de educación para la salud aplicadas en universidades

a) Control de peso corporal.

Anderson y colaboradores^{xii} realizaron una revisión sistemática de la literatura para determinar la efectividad de programas de control de peso en sus sitios de trabajo, a pesar de que no representan a una población de estudiantes universitarios, se considero importante la revisión debido a que se realiza en un sitio como podría ser la universidad. Los resultados de la revisión demostraron la utilidad de los programas basados en actividades de nutrición y actividad física a partir de estrategias de educación para la salud, al proporcionar información y aplicando estrategias de cambios de conducta en relación con la dieta y la actividad física de los sujetos, logrando mejorar el peso corporal de los individuos.

Malinauskas et al^{xiii}, realizaron un estudio con mujeres estudiantes universitarias buscando cambiar prácticas para mantener un peso corporal saludable, encontrando

^{xii} Anderson LM, Quinn TA, Glanz K, Ramirez G, Kahwati LC, Johnson DB, Buchanan LR, Archer WR, Chattopadhyay S, Kalra GP, Katz DL; Task Force on Community Preventive Services. The effectiveness of worksite nutrition and physical activity interventions for controlling employee overweight and obesity: a systematic review. *Am J Prev Med.* 2009 Oct; 37(4):340-57.

^{xiii} Malinauskas BM, Raedeke TD, Aeby VG, Smith JL, Dallas MB. Dieting practices, weight perceptions, and body composition: a comparison of normal weight, overweight, and obese college females. *Nutr J.* 2006 Mar 31; 5:11.

que el mayor beneficio se logro cuando se mantuvieron discusiones directas con un educador para la salud mejorando de esta forma sus hábitos.

Hivert et al^{xiv} aplicaron un proyecto de intervención basado en un programa educativo a partir de seminarios para mantener un estilo de vida saludable, impartidos a pequeños grupos de estudiantes universitarios de primer ingreso. Estudiaron a 115 sujetos a los largo de 2 años, aleatorizados en dos grupos: el de intervención y el control el cual no recibió ninguna información. El grupo control incrementó su peso corporal al final del estudio, el experimental perdió una mínima cantidad de peso corporal, sin embargo la diferencia entre ellos fue significativa ($p=0.04$), concluyendo que el manejo de seminarios dirigidos a pequeños grupos en donde se proporcionan conocimiento sobre estilo de vida saludable permite controlar el incremento de peso corporal en estudiantes universitarios a lo largo de su paso por la universidad, lo cual representa un programa exitoso de prevención en salud a partir de la educación en salud.

De los estudios presentados se privilegian las estrategias que incluyen los programas realizados “en el sitio”, las discusiones directas, y seminarios en pequeños grupos.

b) Imagen corporal

Yager y O’Dea^{xv}, realizaron una revisión de 27 estudios aleatorizados sobre promoción de la salud a partir de educación para la salud que se aplicaron en universidades con el objetivo de mejorar la auto imagen corporal, y prevenir el uso de dietas incorrectas, trastornos de conducta alimentaria y conductas de ejercicio incorrectas. Encontrando que en aquellos programas en que solo se proporcionaba información no se logró impacto en las conductas, pero en las estrategias que

^{xiv} Hivert MF, Langlois MF, Bérard P, Cuerrier JP, Carpentier AC. Prevention of weight gain in young adults through a seminar-based intervention program. . J Obes. 2007 Aug;31(8):1262-9. Epub 2007 Mar 13.

^{xv} Yager Z, O’Dea JA. Prevention programs for body image and eating disorders on University campuses: a review of large, controlled interventions. Health Promot Int. 2008 Jun;23(2):173-89. Epub 2008 Feb 8.

utilizaron actividades educativas para incrementar el auto estima utilizando para ello la computadora e internet resultaron en los cambios esperados.

Cororve Fingeret y colaboradores^{xvi}, realizaron un meta análisis a partir de 46 estudios en donde se evaluó la efectividad de programas para la prevención de trastornos de la conducta alimentaria (TCA); categorizando para ello las intervenciones en tres tipos: a) aquellas que solo incluían un programa de educación para las salud, b) las que agregaban al anterior elementos de terapia cognitiva-conductual y c) los que solo incluían terapia cognitiva conductual. Encontrando que con las tres estrategias los conocimientos de los participantes antes y después del programa fueron mayores, aspecto que se mantuvo en el seguimiento. Las otras variables evaluadas (anormalidades en el consumo de alimentos, auto percepción errónea de la imagen corporal, manejo de dietas incorrectas) tuvieron cambios muy pequeños que no tuvieron significancia clínica. En relación con la integración de programas educativos sobre TCA, se ha discutido ampliamente que la transmisión de conocimientos sobre conductas de riesgo para TCA sitúan en mayor riesgo aquellas personas que aun no desarrollan el problema, estableciendo que al conocer esta información desarrollarán este tipo de conductas. Sin embargo con base en la presente revisión Cororve et al, determinan que estos programas no representan un riesgo potencial, exaltando la necesidad de su inclusión en programas preventivos.

Para el elemento imagen corporal, se consideran en las intervenciones se deben transmitir conocimientos, pero que la utilización de computadora e internet logra mayores resultados.

c) Consumo de frutas y verduras

^{xvi} Cororve Fingeret M, Warren CS, Cepeda-Benito A, Gleaves DH. Eating disorder prevention research: a meta-analysis. *Eat Disord.* 2006; 14(3):191–213.

De Vriendt,^{xvii} estudió 803 mujeres para determinar si la adquisición de conocimientos sobre nutrición mejoraba sus hábitos de consumo de alimentos, encontrando que a mayor conocimiento se presentó un incremento significativo en el consumo de frutas y verduras.

Gerend^{xviii} examinó si el proporcionar a los estudiantes universitarios información sobre el valor energético de los alimentos modificaba su selección encontrando que a mayor información la selección de alimentos saludables vs “comida rápida” se daba de forma prioritaria la primera de ellas, determinando la importancia de proporcionar a los estudiantes esta información como parte de un programa de promoción para la salud.

Por su parte Ha y Caine-Bish^{xix}, desarrollaron un estudio con 80 estudiantes universitarios enfocado en proporcionar conocimientos sobre nutrición a partir de actividades interactivas para la prevención de enfermedades crónicas, selección de alimentos saludables e incrementar el consumo de frutas y verduras. Encontrando que el consumo de frutas y verduras aumentaron de forma significativa ($p < .005$), de ellos las mujeres tuvieron un mayor incremento en el consumo de verduras ($p < .05$). Concluyendo que el impartir clases estructuradas con actividades interactivas es una alternativa de bajo costo y adecuada para estudiantes universitarios.

Richards, Kattelman y Ren^{xx}, estudiaron a 437 estudiantes universitarios los cuales fueron asignados de forma aleatoria a dos grupos con el objeto de incrementar el consumo de frutas y verduras. Ambos grupos fueron evaluados en relación con su consumo de estos alimentos de forma basal y final, para el grupo de intervención se

^{xvii} De Vriendt T, Matthys C, Verbeke W, Pynaert I, De Henauw S. Determinants of nutrition knowledge in young and middle-aged Belgian women and the association with their dietary behaviour. *Appetite*. 2009 Jun;52(3):788-92. Epub 2009 Mar 5.

^{xviii} Gerend MA. Does calorie information promote lower calorie fast food choices among college students? *J. Adolesc Health*. 2009. Jan;44(1): 84-6. Epub 2008 Sep 27.

^{xix} Ha EJ, Caine-Bish N. Effect of nutrition intervention using a general nutrition course for promoting fruit and vegetable consumption among college students. *Nutr Educ Behav* 2009 Mar-Apr;41(2):103-9.

^{xx} Richards A, Kattelman KK, Ren C. Motivating 18- to 24-year-olds to increase their fruit and vegetable consumption. *J Am Diet Assoc*. 2006 Sep;106(9):1405-11.

les realizó una entrevista motivacional y a lo largo de cuatro meses se les enviaron mensajes por correo electrónico. Los resultados demostraron que el grupo de intervención aumentó el consumo de frutas y verduras de forma significativa en comparación con el grupo control.

Park y colaboradores^{xxi}, estudiaron a un grupo de 160 estudiantes universitarios, utilizando un programa de internet para incrementar el consumo de frutas y verduras; dividieron al grupo en control y experimental, al primero no se le enviaba la información desarrollada. Encontraron cambios en el consumo entre los que recibieron la información y lo que no la recibieron, sin embargo no tuvo significancia. Pero concluyen que este tipo de medio resulta muy útil para los programas de educación para la salud para los jóvenes.

d) Alcohol

Kypros et al^{xxii}, desarrollaron un programa de educación para la salud a través de la Web con el objeto de intervenir en el consumo de alcohol de estudiantes universitarios, el cual fue evaluado para determinar su efectividad. La intervención consistió en solo 10 minutos de visualización sobre los efectos del alcohol a través de la Web, posteriormente enviaban retroalimentación personalizada a los participantes que fueron asignados al grupo experimental, encontrando que al mes de iniciada la intervención el grupo experimental consumió alcohol con menor frecuencia y en menores cantidades por ocasión en comparación con los controles. A los 6 meses los efectos continuaron comportándose de la misma forma. Concluyendo que este tipo de programas debería aplicarse en todas las instituciones de educación superior.

^{xxi} Park A, Nitzke S, Kritsch K, Kattelman K, White A, Boeckner L, Lohse B, Hoerr S, Greene G, Zhang Z. Internet-based interventions have potential to affect short-term mediators and indicators of dietary behavior of young adults. *J Nutr Educ Behav.* 2008 Sep-Oct;40(5):288-97.

^{xxii} Kypri K, Hallett J, Howat P, McManus A, Maycock B, Bowe S, Horton NJ. Randomized Controlled Trial of Proactive Web-Based Alcohol Screening and Brief Intervention for University Students. *Arch Intern Med.* 2009;169(16):1508-1514.

Moreira y sus colaboradores^{xxiii} realizaron una revisión sistemática de la literatura para determinar el efecto de diferentes intervenciones sobre el consumo de alcohol (contenido en sangre, frecuencia de consumo, cantidad consumida) entre los estudiantes universitarios. Identificaron 22 estudios con un total de 7,275 participantes, en los cuales se proporcionaba información de los efectos del consumo a través de diferentes estrategias: a) computadora y la web, b) correo c) cara-a-cara individual d) cara-a-cara grupal. De la evaluación con las cuatro estrategias, las únicas dos que tuvieron cambios significativos en las variables estudiadas fueron las que manejaron la información a través de la web y las intervenciones cara-a-cara individuales, la significancia fue mayor en el corto plazo (3 meses) . Los autores concluyen que sólo estas dos estrategias resultan efectivas para reducir el consumo de alcohol en los estudiantes universitarios, de ambas no se realizó una comparación específica, sin embargo considerando la relación costo-beneficio entre ambas su propuesta es la utilización de la información a través de la web.

Carey et al,^{xxiv} realizaron un meta análisis para evaluar la eficacia de intervenciones a partir de programas educativos enviados por computadora a estudiantes universitarios para reducir la frecuencia y cantidad consumida de alcohol, de los 35 manuscritos y 43 intervenciones analizados, encontraron que en todos los casos se logro la reducción esperada al compararlo contra los pares utilizados como control.

Sharmen^{xxv} evaluó la efectividad de dos programas educativos para la reducción en el consumo de alcohol, el primero de ellos consistía en una clase motivacional centrada en la exposición por parte del docente y el segundo a partir de la

^{xxiii} Moreira MT, Smith LA, Foxcroft D. Social norms interventions to reduce alcohol misuse in university or college students. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009 Jul 8;(3):CD006748.

^{xxiv} Carey KB, Scott-Sheldon LA, Elliott JC, Bolles JR, Carey MP. Computer-delivered interventions to reduce college student drinking: a meta-analysis. *Addiction.* 2009 Nov;104(11):1807-19. Epub 2009 Sep 10.

^{xxv} Sharmen L.Evaluation of Alcohol Education Programs on Attitude, Knowledge, and Self-Reported Behavior of College Students. *Evaluation & the Health Professions.* 2001: Vol. 24, No. 3, 336-357

utilización de un CD interactivo - “*Alcohol 101*”- desarrollado para este proyecto. Para la evaluación utilizó un cuestionario pre y post intervención que medía conocimientos, actitudes, comportamientos y un auto reporte sobre conductas de consumo de alcohol. La evaluación determinó cambios significativos solo en la actitud sobre esta práctica, en aquellos que fueron asignados al grupo con la utilización del CD interactivo.

Goodstadt y Caleekal-John,^{xxvi} revisaron la evidencia de 14 programas educativos sobre actitudes, conocimientos y conductas relacionadas con el consumo de alcohol en estudiantes universitarios, determinando que los programas con mayor efectividad incluyen como parte de sus estrategias educativas prácticas o experiencias de campo por periodos de tiempo prolongado.

e) Actividad física

Huang y colaboradores^{xxvii} desarrollaron un programa de intervención educativa a partir de conocimientos y mensajes específicos e individuales enviados por la web, con el objeto de incrementar la actividad física de mujeres universitarias. Para su validación utilizaron un pre y post cuestionario aplicado en 130 sujetos, dividiendo al grupo en tres: 1) recibió el programa desarrollado (grupo experimental) 2) recibió un programa enviado por la web pero solo con información no contenía mensajes específicos 3) recibieron lecturas con la misma información pero sin acceso a la web (grupo control). Los resultados demostraron que el grupo experimental incrementó significativamente la práctica de ejercicio físico.

El proyecto “Move it, Lose it, and Win”^{xxviii} (muévete, piérdelo y gana) es un proyecto aplicado en adultos enfocado a lograr la pérdida de peso a través del incremento de la actividad física y cambiar hábitos de consumo de alimentos. La

^{xxvi} Goodstadt MS, Caleekal-John A. Alcohol education programs for university students: a review of their effectiveness. *Int J Addict.* 1984. Nov; 19(7):721-41.

^{xxvii} Huang SJ, Hung WC, Chang M, Chang J. The effect of an internet-based, stage-matched message intervention on young Taiwanese women's physical activity. *J Health Commun.* 2009 Apr-May;14(3):210-27.

^{xxviii} Guillén S, Sanna A, Ngo J, Meneu T, Hoyo E, Demeester M New technologies for promoting a healthy diet and active living. *Nutrition Reviews.* 2009. Vol. 67(Suppl. 1):S107–S110

estrategia consiste en una competencia en donde las personas que cambian sus hábitos reciben premios. El programa está desarrollado a partir de una plataforma que proporciona lecciones sobre hábitos de forma interactiva a través de la Web, aunado a la incorporación de mensajes sobre el establecimiento de metas personalizadas, proporciona consejos para la preparación y compra de alimentos, les envían mensajes de texto a través de teléfono celular y correo electrónico. La efectividad del programa ha sido comprobada en diversos estudios aunque su enfoque estímulo-respuesta no es del todo aceptado.

Block y colaboradores,^{xxix} desarrollaron el programa *Alive!* (A Lifestyle Intervention Via Email), como un programa de intervención para mejorar conductas no saludables (en dieta, actividad física, consumo de frutas y verdura, de grasa y azúcar) utilizando el correo electrónico. Su propuesta incluye las siguientes estrategias: utilización de un cuestionario para evaluar el estilo de vida (al inicio y al final), retroalimentación individual sobre los resultados de este cuestionario, establecimiento y seguimiento de meta semanales, y envío de sugerencias para lograrlas, así como recordatorios de metas. Para su evaluación fue aplicado en sujetos de entre 19 a 65 años de edad, de forma aleatoria en dos grupos: un control y uno de intervención. Al final de la intervención encontraron cambios significativos en las conductas evaluadas, por lo cual determinan que el programa resulta una excelente estrategia de bajo costo para utilizarse en programas preventivos para lograr cambios hacia conductas saludables. Posterior a la validación del programa *Alive!* , el mismo grupo^{xxx} lo aplicó durante 16 semanas en 787 empleados administrativos de una institución de salud, encontrando nuevamente cambios

^{xxix} Block G, Sternfeld B, Block CH, Block TJ, Norris J, Hopkins D, Quesenberry CP Jr, Husson G, Clancy HA. Development of *Alive!* (A Lifestyle Intervention Via Email), and its effect on health-related quality of life, presenteeism, and other behavioral outcomes: randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 2008 Nov 19; 10(4):e43.

^{xxx} Sternfeld B, Block C, Quesenberry CP Jr, Block TJ, Husson G, Norris JC, Nelson M, Block G. Improving diet and physical activity with ALIVE: a worksite randomized trial. *Am J Prev Med*. 2009 Jun; 36(6):475-83.

significativos al comparar los grupos intervención y control. Los cambios se dieron en actividad física, consumo de frutas y verduras, consumo de grasa y azúcar. Los cambios encontrados entre los grupos se mantuvieron cuatro meses después de la intervención.

A pesar de que estos estudios no fueron aplicados en estudiantes universitarios, se consideró importante incluirlos debido al objetivo de los mismos así como el uso de tecnología de la información y la comunicación (TIC) que se consideran un recurso de gran utilidad en el grupo de jóvenes.

f) Grupos de discusión

Meier, Stock y Kra^{xxx} de la Universidad Bielefeld de Alemania, proponen la integración de “los grupos de discusión en salud” como proyecto de promoción de salud bajo el esquema de Universidades Saludables. Estos grupos están integrados por alumnos y un moderador experto en prevención de la salud. La forma en que trabajan establece que en la primera sesión el moderador presenta el concepto de salud y los integrantes discuten esa definición, a partir de ello los alumnos seleccionan los temas de salud que afectan a la comunidad estudiantil, temas que se priorizan por consenso y en las siguientes sesiones se discuten cada uno de los temas y se proponen medidas preventivas y correctivas. Las propuestas del grupo se publican para conocimiento de toda la comunidad universitaria y se realizan actividades específicas para atacar los problemas, se da seguimiento a las actividades las cuales se publican en la Web y a través de correo electrónico. La evaluación del proyecto es a partir de la aplicación de un cuestionario de hábitos saludables al inicio y al final del ciclo escolar, además se evalúa el trabajo en los grupos de discusión. El proyecto ha sido evaluado a lo largo de tres años de su aplicación. Los autores concluyen que los resultados permiten recomendar la instalación de estos grupos en las universidades ya que permite hacer partícipe a los alumnos para la mejoría de la salud universitaria.

^{xxx} Meier S, Stock C, Kra A. The contribution of health discussion groups with students to campus health promotion. *Health Promotion International* 2007 22(1):28-36

Con base en los estudios presentados es importante resaltar algunos de los elementos que se consideran como estrategias de éxito para la aplicación de programas de educación para la salud en las universidades:

- Los estudios en donde la única actividad fue el proporcionar conocimiento tuvieron comportamientos diferentes, ya que en algunos casos se encontraron cambios positivos y en otros casos resultó sin cambio. Sin embargo es un hecho por demás estudiado y delimitado que la simple transmisión de conocimientos no produce cambios de conducta en los individuos. Pero la evidencia presentada reafirma la necesidad de fomentar lo que denominan clases estructuras en conjunto con las discusiones, de ellas se resalta que las de mayor éxito son las que se manejan con grupos pequeños.
- Se establece que el realizar actividades de discusión directa con un educador en salud apoya al cambio hacía conductas saludables, este hecho también lo resalta la propuesta de la Universidad Alemana de Bielefeld a partir de su propuesta “grupos de discusión en salud”.
- Las estrategias de enseñanza que mayor éxito lograron fueron aquellas en que se manejaron a partir de actividades interactivas y vivenciales, con prácticas o experiencias directas.
- De acuerdo a las veinte evidencias presentadas, la mitad de ellas establecen como una de las actividades educativas más repetitivas debido al éxito logrado con los estudiantes es la utilización de la tecnología, ya que al utilizar internet, la web y el correo electrónico resultaron de las actividades con mayor aceptación y que ayudo para la promoción de un aprendizaje significativo. De ello es importante resaltar de acuerdo a lo establecido por Celestino Gutiérrez^{xxxii} y colaboradores que las TIC’s no implican por sí mismas la mejora en la calidad o trascendencia del aprendizaje, sino que en la forma en que se utilicen constituyen una herramienta de apoyo.

^{xxxii} Celestino, A., Echegaray, O. y Guenaga, G. Integración de las TIC en la Educación Superior. *Revista de Medios y Educación*. 2003. julio, núm. 021. España Secretariado de Recursos Audiovisuales y Nuevas Tecnologías. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/368/36802103.pdf>

Resulta evidente que los programas de EPS aplicados en diferentes instituciones de educación superior han coadyuvado al desarrollo integral de sus estudiantes al proporcionarles la información necesaria para integrar en ellos un estilo de vida saludable, aspectos que reiteran la importancia de atender a los alumnos de la Universidad Iberoamericana Ciudad de México en este aspecto fundamental para la salud de los estudiantes y en el futuro de toda la comunidad universitaria. A continuación se presentan las líneas que se proponen para su integración.

8.3. Líneas para la intervención educativa

Tomando como base los elementos anteriores se propone que la estructura general del programa de educación para la salud (que posteriormente deberá quedar integrada en la estrategia global Universidades Saludables), tenga las siguientes directrices generales que en un proyecto posterior se desarrollarán.

1. Se selecciona el enfoque pragmático⁴⁰ para la aplicación del programa, la selección se hace considerando por una parte que es el enfoque recomendado por la Organización Mundial de la Salud, pero desde la perspectiva conceptual del mismo, se considera que al recopilar los puntos de fortaleza de las otras propuestas (creencias en salud, investigaciones en comunicación persuasiva, precede y enfoque crítico) y desechar los aspectos débiles de las mismas representa una propuesta metodológica adecuada, ya que se basa en un enfoque multifactorial que se puede ubicar de manera adecuada en el término estilo de vida saludable. Ya que considera no solo la transmisión de la información y la repetición constante de la misma, sino que delimita el factor motivacional para lograr interiorizar los conceptos o información, en donde el medio ambiente que rodea a la situación juega un papel básico para lograr los cambios.
2. Si bien el proporcionar la información es requisito indispensable para lograr que se tomen decisiones informadas, es importante destacar que la información a partir de

los mensajes que se proporcionarán deben ir enfocados hacia aspectos propositivos y no punitivos, además de que el mensaje en salud como abstracto normalmente no tiene impacto en las conductas del individuo y sobre todo en los jóvenes en donde la pérdida de la salud lo visualizan como un elemento lejano y no produce ningún impacto en ellos, sin embargo cuando los mensajes o información se dirige hacia resaltar los beneficios personales o sociales que obtendrá con una práctica saludable les permite adoptarla con mayor facilidad.

3. Considerando las etapas para la planificación de las acciones en educación para la salud (análisis del problema, programación de actividades y evaluación) se consideran los siguientes elementos:

- Análisis del problema, este aspecto está por demás delimitado y analizado con el presente proyecto por lo que se dará prioridad a las conductas poco saludables que al inicio del presente capítulo se analizaron.
- Programación de las actividades educativas; de forma inicial se considera que las actividades deberán involucrar por una parte la transmisión de conocimientos a partir de clases estructuradas sobre los temas priorizados, incluyéndose en estas discusiones específicas que permitan la interacción con los alumnos retomando algunos de los aspectos propuestos por los grupos de discusión en salud. Se considera fundamental la inclusión de contenidos de promoción de la salud en el mapa curricular, ya que si bien el conocimiento no necesariamente cambiará la conducta si les permite tomar decisiones informadas. Se deberá buscar el reforzamiento continuo tanto de conocimientos como de habilidades prácticas a través de medios de información universitaria (revista ibero, el ladrillo, radio ibero entre otros) así como utilización de tecnología de la información y la comunicación (TIC) a través de internet y correo electrónico institucional.
- La evaluación considerará varios aspectos y momentos, por una parte se deben evaluar los conocimientos adquiridos, las habilidades y destrezas desarrolladas y la actitud ante ellos; por otra la efectividad del programa de

educación para la salud desarrollado y finalmente se deberá evaluar el impacto del programa sobre los estilos de vida de los estudiantes.

Finalmente se considera que el desarrollo y aplicación de esta propuesta general, permitirá la delimitación de una línea de investigación no presente en la Universidad Iberoamericana y considerándola como un área de reciente creación a nivel internacional, se logrará liderazgo en el tema.

IX. CONSIDERACIONES FINALES

Los resultados obtenidos en el presente estudio arrojaron datos similares a los reportados en la literatura y que se han encontrado en Universidades tanto de México, como de América Latina y Europa por lo que las preguntas de investigación planteadas al inicio se lograron responder en su totalidad. Considerándose por una parte que las conductas de riesgo establecidas por los organismos internacionales si se encuentran presentes en los estudiantes de la Universidad Iberoamericana Ciudad de México, lográndose asimismo la identificación y priorización de las mismas. Por otro lado se analizó de acuerdo a la evidencia reportada por organismos internacionales y por experiencia de otras universidades, que los programas de educación para la salud basados en el contexto de estilo de vida saludable, logran cambiar las conductas inadecuadas o poco saludables en alumnos universitarios y por ende prevenir el desarrollo de problemas de salud, lo cual permitió delimitar las directrices que deberán considerarse para el desarrollo de un programa de EPS.

Este proyecto delimita la necesidad de estructurar un programa de EPS para los estudiantes de pregrado, mismo que deberá incluir como elemento básico la evaluación del impacto que se tiene con su aplicación sobre las conductas no saludables presentes en los alumnos; por ello se deberá plantear su inicio con alumnos de nuevo ingreso y darles seguimiento a lo largo de su estancia en la universidad. Para ello se propone la continuación de este proyecto y desarrollar una nueva línea de investigación.

Para el desarrollo de la línea de investigación propuesta se vislumbran varios proyectos específicos que se apuntan a continuación:

a) se deberá considerar como punto de inicio la estructuración delimitada del programa de intervención, para el cual se definieron líneas generales en el capítulo anterior.

b) se deberán considerar los apoyos de otras disciplinas como la psicología para delimitar las estrategias de apoyo para la motivación hacia el cambio de conductas.

c) de acuerdo a la evidencia se demuestra que la utilización de tecnologías de la información y la comunicación (TIC's) representan una de las herramientas de mayor utilidad y efectividad en programas de EPS para estudiantes universitarios, por lo cual deberá integrarse este aspecto.

d) el programa de EPS debe apoyarse con mensajes reiterativos por lo cual se deberá apoyar con disciplinas como la comunicación para el desarrollo de estos aspectos.

e) el aspecto evaluación representará una de las áreas indispensables para desarrollarse dentro de la línea.

En conjunto con el desarrollo del programa de EPS para los estudiantes de pregrado y la consecuente línea de investigación, se deberá ampliar su cobertura tanto para alumnos de posgrado así como para académicos y empleados tanto administrativos como de servicio de la institución.

Con base en las consideraciones planteadas para el desarrollo de la línea de investigación, se lograr reflejar que esta línea determinaría la inclusión de académicos no solo de los Departamentos de Educación y Salud, sino que requeriría el apoyo de otros departamentos, ubicándolo con un proyecto interdepartamental, interdisciplinario y multidisciplinario; por otra parte da la posibilidad de involucrar en su desarrollo y aplicación tanto a alumnos de pregrado como de posgrado.

Finalmente se considera importante la comunicación de los resultados de este proyecto a las autoridades universitarias para delimitar la viabilidad de implementar el concepto global de US y promover la obtención de fondos para la aplicación del proyecto EPS de forma inicial.

REFERENCIAS

1. OMS. Preventing leading causes of premature death, disease and disability.
2. Maddaleno M, Morello P, Infante-Espínola F, Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. *Salud Publica Mex* 2003;45 supl 1:S132-S139
3. Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. 3.7 Familia, niños y jóvenes.
4. INEGI. Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Juventud. 2008
5. Secretaria de Salud. Programa de Acción Específica 2007-2012. Escuela y Salud. Mayo 2009.
6. Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M, Sepúlveda-Amor J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
7. OMS/OPS. Estadísticas de salud de las Américas.2006
8. Hernána M, Fernández A, Ramos M. La salud de los jóvenes. *Gac Sanit* 2004;18(Supl 1):47-55
9. Moreno B. Obesidad, presente y futuro. Madrid: Laboratorios Roche, 1997.
10. Tapia-Conyer, R., Kuri, P; Cravioto, P; Galván F; Jiménez, B., Cortés, M., Medina-Mora, ME., Villatoro, J. Encuesta Nacional de Adicciones 2002, Capitulo de Tabaco. Consejo Nacional contra las Adicciones, CONADIC, Instituto Nacional de

Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, INPRFM, Dirección General de Epidemiología, DGE, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI. México.

11. Medina-Mora, ME., Cravioto, P., Villatoro, J.; Galván F; Fleiz, C., Rojas E., Kuri, P., Ruiz, C., Castrejón, J., Velez, A., García A. Encuesta Nacional de Adicciones 2002, Capítulo de Alcohol. Consejo Nacional contra las Adicciones, CONADIC, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, INPRFM, Dirección General de Epidemiología, DGE, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI. México. Capítulo Drogas Villatoro, J., Medina-Mora, ME., Cravioto, P.; Fleiz, C., Galván F; Rojas E., Kuri, P., Ruiz, C., Castrejón, J., Velez, A., García A. Encuesta Nacional de Adicciones 2002
12. Consejo Nacional contra las Adicciones, CONADIC, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, INPRFM, Dirección General de Epidemiología, DGE, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI. México
13. OMS. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. WHO Technical Report Series 894. Geneva 2000.
14. US Department of Health and Human Services. Physical activity and health: A report of the surgeon general. Atlanta (GA): US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996
15. Joint WHO/FAO Expert Consultation. Global strategy on diet, physical activity and health. World Health Organization, Fifty-seventh world health assembly. Geneva, 2004.
16. Becoña, E. Vázquez, F. & Oblitas, L. (2004). "PROMOCIÓN DE LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES". En Investigación en Detalle Número 5. [En línea]. ALAPSA. Bogotá. Consultado el 10 de mayo de 2010. Disponible en Internet <URL:<http://www.alapsa.org/detalle/05/index.htm>>
17. Breslow L, Enstrom JE. Persistence of health habits and their relationship to mortality Preventive Medicine. 1980: 9(4), P 469-83

18. National, Hearth and Blood Institute. Framingham Heart Study. www.framinghamheartstudy.org
19. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra. OMS. 2002
20. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. 2007
21. Secretaría de Salud Programa de Acción Específico 2007-2012 Promoción de la Salud: una nueva cultura
22. OMS: 2008-2013 Action Plans for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. 2008
23. Dueñas J. *Educación para la salud: bases psicopedagógicas*. Rev Cubana Educ Med Sup 1999;13(1):92-8
24. UNESCO. *Educación de adultos-medio ambiente, salud y población*. Quinta conferencia internacional de educación de las personas adultas. 1999.
25. Organización Panamericana de la Salud. *Escuelas Promotoras de la Salud*. 2003.
26. Meda LRM, Santos ÁF, Lara GB, Verdugo LJC, Palomera C, Valadez SMD. Evaluación de la percepción de calidad de vida y el estilo de vida en estudiantes desde el contexto de las Universidades Promotoras de la Salud 2008. *Revista de Educación y Desarrollo*, 8.
27. Tsouros AD, Dowding G, Thompson J, Dooris M, ed. Health Promoting Universities. Concept, experience and framework for action. World Health Organization Regional Office for Europe Copenhagen. 1998
28. Propuesta de Modelo Nacional de Universidad Saludable PREVENIMSS. Octubre 2007
29. Guía para universidades saludables y otras instituciones de educación superior. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos, Universidad de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile, Consejo Nacional para la Promoción de la Salud, UC Saludable, Vida Chile. 2006.

30. World Health Organization. Basic Texts, Basic Documents. 44ed. 2004.
31. Local Government Association. The social determinants of health and the role of local government. Section 1 – What makes people healthy and what makes them ill? London 2010.
32. McGinnis JM, Foege WH. Actual causes of death in the United States. JAMA 1993; 270:2207–2212.
33. Jenkins CD. Building better health: a handbook for behavioral change. Pan American Health Organization. Pan American Sanitary Bureau, Regional Office of the World Health Organization. Scientific and Technical Publication No. 590 Washington D.C: PAHO, 2003.
34. World Health Organization. Milestones in Health Promotion Statements from Global Conferences. 2009
35. Valadez FI, Villaseñor FM, Alfaro AN. Educación para la Salud: la importancia del concepto. Revista de Educación y Desarrollo. 2004.1:43-48.
36. Catalán VG, Sala SR, Beguer CA. La educación para la salud: una propuesta fundamentada desde el campo de la docencia enseñanza de las ciencias médicas. 1993, 11; 3: 289-296
37. García Ospina C. Algunas reflexiones sobre la educación para la salud. Hacia la promoción de la salud. Universidad de Caldas. 2001; 6.
38. Sanabria Ramos G. El debate en torno a la Promoción de Salud y la Educación para la Salud. Rev Cubana Salud Pública 2007.33; 2.
39. Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud <http://www.iuhpe.org>
40. Salleras. Educación sanitaria. Díaz de Santos. Madrid 1988.
41. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud Glosario. Ginebra. 1998.
42. Orta MA, Rodríguez RM, Prieto J. “Educación para la salud desde Atención Primaria” Rev. ROL de enferm., 2007; 30 (4): 15-17.
43. Muñoz Izquierdo Carlos. Calidad de la Educación: Políticas instrumentadas en diversos países para mejorarla. IFIE. 1999.
44. Muñoz Izquierdo Carlos. Educación y Desarrollo Socioeconómico en América Latina y el Caribe. Universidad Iberoamericana. Pág. 13-17

45. Schmelkes S. 2002. Las necesidades de la evaluación del aprendizaje en educación básica en México a la luz de un análisis comparativo, en comisión de educación de la cámara de senadores. La calidad de la educación en México: perspectivas, análisis y evaluación. México. Senado de la Republica. Pág. 261-269
46. Martínez Rizo Felipe. Calidad y equidad en educación 20 años de reflexiones. Aula XXI Santillana. Pág. 183-197
47. Organización Mundial de la Salud. Educación sanitaria popular. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/14604_\(26\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/14604_(26).pdf) [abril 2009]
48. Jáuregui LI. Educación para la Salud y Educación Nutricional: el papel de las nuevas tecnologías. Revista Iberoamericana de Educación 2008. 46;3
49. De Cabo LÁ, Gamarra LM, Mediavilla MME, Sánchez GMB, Duarte CG. Revisión sistemática: cambiar hábitos ¿Educación para la Salud grupal o individual? Consejería de sanidad, junta de Castilla y León.
50. De Vincezi A, Tudesco F. La educación como proceso de mejoramiento de la calidad de vida de los individuos y de la comunidad Revista Iberoamericana de Educación. 2009. 49;7 .
51. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. Am J Health Promot. 1997;12(1):38-48
52. Carta de Ottawa Para la Promoción de la Salud. Salud Publica Educ Salud 2001; 1 (1): 19-22
53. Soto MF, Lacoste MJ, Papenfuss RL, Gutiérrez LA. El modelo de creencias de salud. Un enfoque reorico para la prevención del SIDA. Rev Esp Salud Pública 1997: 71: 335-311
54. McKee, N., Manoncourt, E., Yoon, C.& Carnegie, R. Involving People, Evolving Behaviour: The UNICEF experience en Approaches to Development, Servaes. J. ed., UNESCO: Paris, 2003, capítulo 12. p.6.
55. Carnegie, R., McKee N., Dick, B., Reitemeier, P., Weiss, E. & Yoon, C. Making change possible: Creating and enabling environment en Involving People Evolving Behaviour, eds. MacKee, N., Manoncourt, E., Saik Yoon, C. & Carnegie, R., Southbound Penang y UNICEF: Penang 2000, p. 158.

56. Blank ME. El modelo precede/proceed: un organizador avanzado para la reconceptualización del proceso de enseñanza-aprendizaje en educación y promoción de la salud. *Salus on line*. 2006. 10;1:28-42
57. Salinero-For , FM, Arrieta-Blanco BE, Carrillo-de Santa Paula, C, Martín-Madrado AM, Piñera-Tames C, Vázquez-Martínez JC, Abánades-Herranz A. Eficacia del modelo PRECEDE, de educación para la salud, en el control metabólico y de los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Clin Esp*. 2009. 209;07 :325-31
58. Pérez-Escamilla R, Hromi-Fiedler A, Vega-López S, Bermúdez-Millán A, Segura-Pérez S. Impact of peer nutrition education on dietary behaviors and health outcomes among Latinos: a systematic literature review. *J Nutr Educ Behav*. 2008 Jul-Aug;40(4):208-25.
59. Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice. National Institutes of Health, National Cancer Institute. 2007.
60. Eleanora A. Cebotarev. El enfoque crítico una revisión de su historia, naturaleza y algunas aplicaciones. Volumen 1 enero-junio. *Revista latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud*. 2003
61. D'Angelo HO. La instrumentación práctica del enfoque de desarrollo humano reflexivo-creativo en el contexto social. *Experiencias y perspectivas*". Biblioteca virtual del consejo latinoamericano de ciencias sociales CLASCO. 1999.
62. Rodríguez-Mena GM. El enfoque crítico-reflexivo en la educación. *Educación*. 2000. No 99, enero – abril. 8 – 11
63. Pajares . Overview of social cognitive theory and of self-efficacy. 2002. <http://www.emory.edu/EDUCATION/mfp/eff.html>.
64. McGee BB, Richardson V, Johnson GS, Thornton A, Johnson C, Yadrick K, Ndirangu M, Goolsby S, Watkins D, Simpson PM, Hyman E, Stigger F, Bogle ML, Kramer TR, Strickland E, McCabe-Sellers B. Perceptions of factors influencing healthful food consumption behavior in the Lower Mississippi Delta: focus group findings. *J Nutr Educ Behav*. 2008 Mar-Apr; 40(2):102-9.

65. Ball K, Macfarlane A, Crawford D, Savige G, Andrianopoulos N, Worsley A. Can social cognitive theory constructs explain socio-economic variations in adolescent eating behaviours? A mediation analysis. *Health Educ Res.* 2008 Oct 16
66. Contento IR. Nutrition education: linking research, theory, and practice. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2008;17 Suppl 1:176-9
67. Sharma M. Behavioral interventions for preventing and treating obesity in adults. *Obes Rev.* 2007 Sep;8(5):441-9
68. Nitzke S, Freeland-Graves J; American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: total diet approach to communicating food and nutrition information. *J Am Diet Assoc.* 2007 Jul;107(7):1224-32.
69. Klohe-Lehman DM, Freeland-Graves J, Anderson ER, McDowell T, Clarke KK, Hanss-Nuss H, Cai G, Puri D, Milani TJ. Nutrition knowledge is associated with greater weight loss in obese and overweight low-income mothers. *J Am Diet Assoc.* 2006 Jan;106(1):65-75.
70. Buchanan D. Two models for defining the relationship between theory and practice in nutrition education: is the scientific method meeting our needs? *J Nutr Educ Behav.* 2004 May-Jun;36(3):146-54.
71. Cole RE, Horacek T. Applying precede-proceed to develop an intuitive eating nondieting approach to weight management pilot program. *J Nutr Educ Behav.* 2009 Mar-Apr;41(2):120-6.
72. De Kleijn A. Health improvement through dietary management of type 2 diabetes. *Br J Community Nurs.* 2008 Aug;13(8):378, 380-3.
73. Li Y, Cao J, Lin H, Li D, Wang Y, He J. Community health needs assessment with precede-proceed model: a mixed methods study. *BMC Health Serv Res.* 2009 Oct 9;9:181.
74. UNESCO. Educación de adultos-medio ambiente, salud y población. Quinta conferencia internacional de educación de las personas adultas. 1999.
75. García R, Suarez R. La educación terapéutica. Propuesta de un modelo teórico desde la experiencia del programa cubano de educación en diabetes. Organización Panamericana de la Salud (OPS) 2007.

76. Miller LV, Goldstein J. More efficient care of diabetic patients in a country hospital selling. *N Eng J Med*, 1972. 286: 1388.
77. Díaz B. F. "Aproximaciones metodológicas al diseño curricular hacia una propuesta integral". *Tecnología y Comunicación Educativas*, No. 21, México, Instituto Latinoamericano de la Comunicación Educativa, 1993, 19-39.
78. Donabedian A. "Prioridades para el Progreso de la Evaluación y Monitoreo de la Calidad de la Atención". *Salud Pública en México*. 1993. enero-febrero, Vol. 35, No. 1
79. Stufflebeam D, Shinkfield A. *Evaluación sistemática. Guía teórica y práctica*. Paidós 1987.
80. Elola N, Toranzos L V. *Evaluación Educativa: una aproximación conceptual*. Buenos Aires 2000
81. Cashat C. M. y Duran-Fontes L. R. *Educación Saludable*. *Bol Méd Hosp Infant Méx* 2002; Vol. 59(12):792-799
82. World Health Organization. *What is a health promoting school?*
83. World Health Organization. *Improving Health through schools. National and International Strategies. School Health Component of the WHO'S Mega Country Network of Health Promotion*. 1999. P 83-93
84. Gobierno de la República, Programa Intersectorial de Educación Saludable. México: Manual Operativo. Guía Técnica; 2002 pp.: 11, 17, 21-22, 25, 35-36, 39,42, 45, 73-74, 77-78.
85. Presidencia de la República. México: Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006.
86. Secretaría de Salud. México: Programa Nacional de Salud 2001-2006. pp.: 17, 81-84.
87. Secretaría de Educación Pública. México: Programa Nacional de Educación 2001-2006. pp.: 105-108, 140 -141, 143
88. Secretaría de Salud. Dirección general de evaluación del desempeño. Seguimiento de Metas del *Programa Nacional de Salud 2001-2006*, Línea de acción 1.2. Promover la educación saludable. Área responsable Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud.

89. LIX Legislatura. Iniciativas aprobadas en materia educativa. 2004-2005.
90. Secretaría de Educación Pública- Comunicación Social, Información proporcionada por el Secretario de Educación Reyes Tamez. Contendrá enciclomedia los temas de nutrición y educación saludable. Boletines 2006- marzo-23
91. Secretaría de Salud. Proyecto de Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA2-1993, Para el fomento de la salud del escolar. Diario Oficial de la Nación. Miércoles 2 de agosto de 2006
92. Secretaría de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta de Salud en Estudiantes de Escuelas Públicas en México. Resumen Ejecutivo. 30 junio 2008.
93. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012 Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. Primera edición, 2007
94. Secretaría de Educación Pública. Secretaría de Salud. Manual para el maestro del Programa Escuela y Salud. Desarrollando competencias para una nueva cultura de la salud. Contenidos y estrategias didácticas para docentes. México 2008.
95. Secretaría de Salud. Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad enero, 2010.
96. Borys J. Ensemble Prévenons l'Obésité des Enfants. www.epode.fr/obesite/prevention.html
97. Secretaría de Salud. 5 pasos para vivir mejor. México 2010.
98. Sala de prensa del Gobierno Federal. Discurso del Maestro Alonso Lujambio Irazábal, Secretario de Educación Pública, en la ceremonia de la firma del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, Estrategia contra el Sobrepeso y la Obesidad. Lunes 25 de enero de 2010.
99. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Grupo de Determinantes de la Salud y Promoción de la Salud. Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental. Una Nueva Mirada al Movimiento de Universidades Promotoras de la Salud en las Américas Septiembre de 2009
100. 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.
101. Carta de Edmonton para Universidades Promotoras de la Salud e Instituciones de Educación Superior. II Congreso Internacional de Universidades

- Promotoras de la Salud en la Región de las Américas. Octubre de 2005. Universidad de Alberta, Edmonton, Canadá.
102. Arroyo, HV. .La Universidad y el Desarrollo de las Redes Académicas y Profesionales de Promoción de la Salud y Educación para la Salud en América Latina. IV Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud. Octubre 2009. Universidad Pública de Navarra, España.
 103. Documento de Trabajo de la Red Española de Universidades Promotoras de la Salud, 2007.
 104. Machado EA. *La universidad saludable*". Revista colombiana de ciencias humanas. 2001.26
 105. Plan Universidad Saludable. Unibertsitate Osasuntsurako Plana 2005-2010. Universidad Pública de Navarra. Nafarroako Unibertsitate Publikoa. (Acuerdo marco de cooperación entre la Universidad Pública de Navarra y el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra).
 106. Maddaleno M. Plan de Acción Regional sobre Salud de Adolescentes. Asesora Regional de Salud de Adolescentes, OPS, Washington, D.C.
 107. Torres FIA, Beltrán GFJ, Barrientos GC, Lin OD, Vázquez NF. Estilo de vida, salud y calidad de vida en estudiantes universitarios de la facultad de medicina "Alberto Romo Caballero" de la Universidad Autónoma de Tamaulipas.
 108. Henderson,JB, Hall M. Lipton, H. L. Chaning self-destructive behaviors. En G. Stone, F. Cohen y N. Adler (Eds.) Health Psychology. San Francisco. Jossey Bass.1980
 109. Grau, J. Ética Calidad de Vida y Psicología de la Salud, Instituto Nacional de Oncología y Radio biología: 1999. 1-21, la Habana, Cuba: Prensa.
 110. Robertson JF, Simons, RL. Family factors, self-esteem, and adolescent depression. Journal of Marriage and the Family. 1998 51: 125-138.
 111. Kwakman AM, Zuiker FAJM, Schippers GM, Wuffel FJ Drinking behavior, drinking attitudes, and attachment relationships of adolescents. Journal of Youth and Adolescence. 1998. 17: 247-253.
 112. Roth E. Aplicaciones comunitarias de la medicina conductual. Revista Latinoamericana de Psicología. 1995. 22(1): 27-50.

113. Rodríguez J. Psicología social y de la salud. Editorial: Síntesis Psicológica, Madrid. 1995
114. Wilson DMC, Ciliska D. Lifestyle Assessment: Development and Use of the FANTASTIC Checklist. *Can Fam Physician* 1984;30:1527-1532
115. Wilson DMC, Nielsen E, Ciliska D. Lifestyle Assessment: Testing the FANTASTIC Instrument. *Can Fam Physican* 1984; 30:1863-1866.
116. Sharratt JK, Ylamko V, Smith DM, Howell ML, Davenport L. FANTASTIC lifestyle survey of University of Waterloo employees. *Can Fam Physician*. 1984; 30: 1869-72.
117. López-Carmona JM, Rodríguez-Moctezuma JR, Munguia Miranda C, Hernández-Santiago JL, Casas de La Torre E. Validez y fiabilidad del instrumento FANTASTIC para medir el estilo de vida de pacientes mexicanos con hipertensión arterial. *Aten Primaria*. 2000; 26 (8): 542-9.
118. Rodriguez-Moctezuma R, López-Carmona JM, Munguia Miranda C, Hernández-Santiago JL, Bermúdez-Martínez M. Validez y consistencia del instrumento "FANTASTIC" para medir estilo de vida en diabéticos. *Rev Med IMSS*. 2003; 41 (3): 211-20.
119. López-Carmona JM, Ariza-Andraca CR, Rodríguez-Moctezuma JR, Monguíra-Miranda C. Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública Mex*. 2003; 45 (4): 259-68.
120. Kason Y, Ylamko V. FANTASTIC life-style assessment: part 5: measuring lifestyle in family practice. *Can Fam Physician*. 1984; 30: 2379-83.
121. Simpson R, Albert W, Wilson DMC, Ciliska D, Evans CE. Lifestyle Assessment: Part 4 The Halton Health Promotion Survey. *Can Fam Physician* 1984; 30:2147-2155.
122. Documentos básicos de la Universidad Iberoamericana:
 - a) Ideario de la Universidad Iberoamericana Promulgado por el Consejo Universitario el 25 de julio de 1968.
 - b) Filosofía educativa Senado Universitario en la Sesión 238 de fecha 7 de marzo de 1985.

- c) Estatuto orgánico C.O. 405 del 23 de marzo de 2007
 - d) Misión y Visión de la UIA Aprobada por la Asamblea General de Asociados de Universidad Iberoamericana, A.C. el 05 de marzo de 2007
 - e) Filosofía social de la UIA C. O. 84 del 1o. de marzo de 1980. Modificación: C. O. 106 del 1o. de septiembre de 1981.
123. Morales Orozco J. Quinto Informe del Rector julio 2008-junio 2009. Universidad Iberoamericana Ciudad de México.
 124. Información obtenida de la página www.uia.mx.departamentosacademicos consultado el 15 marzo de 2010.
 125. Pita Fernández S. Determinación del tamaño muestral. Cad Aten Primaria. 1996; 3:138-41.
 126. Suverza FA, Haua NK editoras. El ABCD de la Evaluación del Estado de Nutrición. McGrawHill. 2010
 127. Fonseca H, Silva AM, Matos MG, Esteves I, Costa P, Guerra A, Gomes-Pedro J. Validity of BMI based on self-reported weight and height in adolescents. Acta Paediatr. 2010 Jan;99(1):83-8.
 128. Lim LL, Seubsman SA, Sleigh A. Validity of self-reported weight, height, and body mass index among university students in Thailand: Implications for population studies of obesity in developing countries. Popul Health Metr. 2009 Sep 25; 7:15.
 129. Elgar FJ, Stewart JM. Validity of self-report screening for overweight and obesity. Evidence from the Canadian Community Health Survey. Can J Public Health. 2008 Sep-Oct;99(5):423-7.
 130. Avila-Funes JA, Gutiérrez-Robledo LM, Ponce De Leon Rosales S. Validity of height and weight self-report in Mexican adults: results from the national health and aging study. J Nutr Health Aging. 2004;8(5):355-61.
 131. Rowland ML. Self-reported weight and height. American Journal of Clinical Nutrition. 1990. 52:1125-33
 132. Dekkers JC, Van Wier MF, Hendriksen IJ, Twisk JW, Van Mechelen W. Accuracy of self-reported body weight, height and waist circumference in a Dutch overweight working population. BMC Med Res Methodol 2008 Oct 28; 8:69.

133. Kuczmarski MF, Kuczmarski RJ, Najjar M. Effects of age on validity of self-reported height, weight, and body mass index: findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *J Am Diet Assoc.* 2001 Jan; 101(1):28-34; quiz 35-6.
134. Stommel M, Schoenborn CA. Accuracy and usefulness of BMI measures based on self-reported weight and height: findings from the NHANES & NHIS 2001-2006. *BMC Public Health.* 2009 Nov 19; 9:421.
135. Stunkard AJ, Albaum JM. The accuracy of self-reported weights. *American Journal of Clinical Nutrition.* 1981. 34:1593-99
136. Madrigal-Fritsch H, Irala-Estévez J, Martínez-González MA, Kearney J, Gibney M, Martínez-Hernández JA. Percepción de la imagen corporal como aproximación cualitativa al estado de nutrición. *Salud Publica Mex* 1999;41:479-486
137. Kaufer-Horwitz M, Martínez J, Goti-Rodríguez LM, Avila-Rosas H. Association between BMI and measured self-perceived body size in Mexican adults. *Ann Hum Biol.* 2006 Sep-Dec; 33(5-6):536-45.
138. Mueller WH, Joos SK, Schull WJ. Alternative measurements of obesity: accuracy of body silhouettes and reported weights and heights in a Mexican American sample. *Int J Obes.* 1985; 9(3):193-200.
139. Osuna-Ramírez I, Hernández-Prado B, Campuzano JC, Salmerón J. Body mass index and body image perception in a Mexican adult population: the accuracy of self-reporting. *Salud Pública Mex.* 2006 Mar-Apr; 48(2):94-103.
140. Muñoz-Cachón MJ, Salces I, Arroyo M, Ansotegui L, Rocandio AM, Rebato E. Overweight and obesity: prediction by silhouettes in young adults. *Obesity (Silver Spring).* 2009 Mar; 17(3):545-9. Epub 2008 Dec 4.
141. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del adulto con bajo peso, sobrepeso y obesidad de acuerdo al IMC. Adapted from WHO, 1995, WHO, 2000 and WHO 2004. <http://www.who.int/bmi/index.jsp> .

142. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Resultados por entidad federativa, Distrito Federal. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública-Secretaría de Salud, 2007
143. Arroyo IM, Rocandio PAM, Ansostegui AL, Pascual A E, Salces BI, Rebato OE Calidad de la dieta, sobrepeso y obesidad en estudiantes universitarios. *Nutrición Hospitalaria*. 2006. 21, 673-679.
144. Montero BA, Ubeda MN, García GA. Evaluation of dietary habits of a population of university students in relation with their nutritional knowledge. *Nutr Hosp*. 2006 Jul-Aug; 21(4):466-73.
145. Sakamaki R, Amamoto R, Mochida Y, Shinfuku N, Toyama K. A comparative study of food habits and body shape perception of university students in Japan and Korea. *Nutr J*. 2005 Oct 31; 4:31.
146. Yahia N, Achkar A, Abdallah A, Rizk S. Eating habits and obesity among Lebanese university students. *Nutr J*. 2008 Oct 30; 7:32.
147. Sakamaki R, Toyama K, Amamoto R, Liu CJ, Shinfuku N. Nutritional knowledge, food habits and health attitude of Chinese university students--a cross sectional study. *Nutr J*. 2005 Feb 9; 4:4.
148. Bellisle F, Monneuse MO, Steptoe A, Wardle J. Weight concerns and eating patterns: a survey of university students in Europe. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 1995 Oct;19(10):723-30.
149. MacMillan K. Valoración de hábitos de alimentación., actividad física y condición nutricional en estudiantes de la Pontificia Universidad Católica de Valparaiso. *Revista chilena de nutrición*. 2007. 34(4)
150. OPS reporte. Universidades Saludables Chile. Bustos A., Araya C. Vásquez L., Vidal P., Calbacho P., Solís B. Descripción de factores de riesgo para la salud general en estudiantes de 3° año de las carreras del área de la salud y humanistas de la Universidad de Concepción, año 2007.
151. Palomo I, Torres G, Alarcón M, Maragaño P, Leiva E, Mujica V. Alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular clásicos en una población de estudiantes universitarios de la región centro-sur de Chile. *Revista Española de Cardiología*. 2006. 59(6):1099 – 1105.

152. OPS reporte. Universidades Saludables Chile. Martínez M. Adela; Leiva Ana M.; Victoriano Tatiana; Von Chrismar Ana M.; Schulz Fernando; Pineda Sandra. Factores de Riesgo Cardiovascular en Estudiantes de la Universidad Austral de Chile
153. Salazar TIC, Arrivillaga QM. Revista colombiana de psicología. 2004. 13:p74-89
154. Reig FA, Cabrero G J, Ferrer CR I, Richart MM. *La calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios*. (1ra ed.) Alicante: Publicaciones de la Universidad de Alicante. 2001
155. Mc Coll P, Amador M, Aros J, Lastra A, Pizarro C. Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en estudiantes de medicina de la Universidad de Valparaíso. Revista chilena de pediatría. 2002. 73(5).
156. Ortega RM, Requejo AM, Sánchez-Muniz FJ, Quintas ME, Sánchez-Quiles B, Andrés P, Redondo MR, López-Sobaler AM. Concern about nutrition and its relation to the food habits of a group of young university students from Madrid (Spain). *Z Ernährungswiss*. 1997 Mar; 36(1):16-22.
157. Czaja J, Rypina M, Lebidzińska A. Consumption of fruits and vegetables among university and college students in Gdansk and Sopot. *Rocz Panstw Zakl Hig*. 2009; 60(1):35-8.
158. Memorias del 3er congreso internacional de universidades promotoras de la salud. Hábitos alimentarios poco saludables en estudiantes fronterizos.
159. Rasmussen-Cruz B, Hidalgo-San MA, Nunogutierrez BL, Hidalgo-Rasmussen C. Tobacco consumption and motives for use in Mexican university students. *Adolescence* 2006. 41, 355

Anexo 1: Cuestionario ¿Tienes un estilo de vida fantástico?^{xxxiii}



¿COMO ES TU ESTILO DE VIDA?

Contesta este cuestionario, recordando como ha sido tu vida este último mes. Luego, suma los puntos y anótalos al final de cada columna.

F	A	N	T	A	S	T	I	C	O	
<p>Familia y Amigos</p> <p>Tengo con quien hablar de las cosas que son importantes para mí:</p> <p>2) Casi siempre 1) A veces 0) Casi nunca</p>  <p>Yo doy y recibo cariño:</p> <p>2) Casi siempre 1) A veces 0) Casi nunca</p> 	<p>Asociatividad. Actividad Física</p> <p>Soy integrante activo(a) de un grupo de apoyo a mi salud y calidad de vida (organizaciones de autocuidado, clubes de enfermos crónicos, deportivos, religiosos, mujeres, adultos mayores, vecinales y otros). Yo participo:</p> <p>2) Casi siempre 1) A veces 0) Casi nunca</p>  <p>Yo realizo actividad física (caminar, subir escaleras, trabajo de casa, jardinería) o deporte durante 30 minutos al día:</p> <p>2) 3 o más veces por semana 1) 1 vez a semana 0) No hago nada</p> <p>Yo camino al menos 30 minutos diariamente:</p> <p>2) Casi siempre 1) A veces 0) Casi nunca</p> 	<p>Nutrición</p> <p>Como 2 porciones de verduras y 3 frutas:</p> <p>2) Todos los días 1) A veces 0) Casi nunca</p>  <p>A menudo consumo mucha azúcar o sal o comida chatarra o con mucha grasa:</p> <p>2) Ninguna de estas 1) Algunas de estas 0) Todas estas</p> <p>Estoy pasado(a) en mi peso ideal:</p> <p>2) 0 a 4 kilos de más 1) 5 a 8 kilos de más 0) Más de 8 kilos</p> 	<p>Tabaco</p> <p>Yo fumo cigarrillos:</p> <p>2) No, los últimos 5 años 1) No, el último año 0) Sí, este año</p>  <p>Generalmente fumo ___ cigarrillos por día:</p> <p>2) Ninguno 1) De 0 a 10 0) Más de 10</p> 	<p>Alcohol. Otras Drogas</p> <p>Mi número promedio de tragos (botella de cerveza, vaso de vino, copita de licor) por semana es de:</p> <p>2) 0 a 7 tragos 1) 8 a 12 tragos 0) Más de 12 tragos</p>  <p>Beba más de cuatro tragos en una misma ocasión:</p> <p>2) Nunca 1) Ocasionalmente 0) A menudo</p>  <p>Manejo el auto después de beber alcohol:</p> <p>2) Nunca 1) Solo rara vez 0) A menudo</p>  <p>Beba café, té o bebidas calientes que tienen cafeína:</p> <p>2) Menos de 3 al día 1) De 3 a 6 al día 0) Más de 6 al día</p> 	<p>Uso drogas como marihuana, cocaína o pasta base:</p> <p>2) Nunca 1) Ocasionalmente 0) A menudo</p>  <p>Uso excesivamente los remedios que me indican o los que puedo comprar sin receta:</p> <p>2) Nunca 1) Ocasionalmente 0) A menudo</p>  <p>Bebo café, té o bebidas calientes que tienen cafeína:</p> <p>2) Menos de 3 al día 1) De 3 a 6 al día 0) Más de 6 al día</p> 	<p>Sueño. Estrés</p> <p>Duermo bien y me siento descansado/a:</p> <p>2) Casi siempre 1) A veces 0) Casi nunca</p>  <p>Yo me siento capaz de manejar el estrés o la tensión de mi vida:</p> <p>2) Casi siempre 1) A veces 0) Casi nunca</p>  <p>Yo me relajo y disfruto mi tiempo libre:</p> <p>2) Casi siempre 1) A veces 0) Casi nunca</p> 	<p>Trabajo. Tipo de Personalidad</p> <p>Parece que ando acelerado/a:</p> <p>2) Casi nunca 1) Algunas veces 0) A menudo</p>  <p>Me siento enojado/a o apretado/a:</p> <p>2) Casi nunca 1) Algunas veces 0) A menudo</p>  <p>Yo me siento contento/a con mi trabajo o mis actividades:</p> <p>2) Casi siempre 1) A veces 0) Casi nunca</p> 	<p>Introspección</p> <p>Yo soy un pensador positivo u optimista:</p> <p>2) Casi siempre 1) A veces 0) Casi nunca</p>  <p>Me siento tenso/a o apretado/a:</p> <p>2) Casi nunca 1) Algunas veces 0) A menudo</p>  <p>Me siento deprimido/a o triste:</p> <p>2) Casi nunca 1) Algunas veces 0) A menudo</p> 	<p>Control de Salud. Conducta Sexual</p> <p>Me realizo controles de salud en forma periódica:</p> <p>2) Siempre 1) A veces 0) Casi nunca</p>  <p>Converso con mi pareja o mi familia temas de sexualidad:</p> <p>2) Siempre 1) A veces 0) Casi nunca</p>  <p>En mi conducta sexual me preocupó del autocuidado y del cuidado de mi pareja:</p> <p>2) Casi siempre 1) A veces 0) Casi nunca</p> 	<p>Otras conductas</p> <p>Como peatón, pasajero del transporte público y/o auto moviéndome, soy respetuoso(a) de las ordenanzas del tránsito:</p> <p>2) Siempre 1) A veces 0) Casi nunca</p>  <p>Uso cinturón de seguridad:</p> <p>2) Siempre 1) A veces 0) Casi nunca</p> 

^{xxxiii} Guía para universidades saludables y otras instituciones de educación superior. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos, Universidad de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile, Consejo Nacional para la Promoción de la Salud, UC Saludable, Vida Chile. 2006.

Puntaje Final

$$\text{○} \times 2 = \text{□}$$

Suma todos los resultados de las columnas y multiplica tu puntaje final por dos. Mira lo que significa tu puntaje y sigue las recomendaciones

De 103 a 120 Felicitaciones. Tienes un estilo de vida Fantástico.
De 85 a 102 Buen trabajo. Estás en el camino correcto.
De 73 a 84 Adecuado, estás bien.
De 47 a 72 Algo bajo, podrías mejorar.
De 0 a 46 Estás en la zona de peligro, pero la honestidad es tu real valor.

Nota: El puntaje total no significa que has fallado. Siempre es posible cambiar el estilo de vida, empezando ahora. Mira las áreas donde has tenido 0 ó 1 punto y decide por dónde quieres empezar a cambiar. Buena suerte!

Ten un Estilo de Vida Fantástico



*¿Tu estilo de vida necesita un cambio?
Fíjate algunas metas.*

*Día a Día realiza pequeños pasos para llegar a tener una vida saludable y en buenas condiciones.
Logra el control de tu cuerpo, mente y de tu espíritu...
Prepárate para lograr lo mejor que la vida te puede ofrecer.
Aquí hay algunas sugerencias de lo que se puede lograr.*

Familia y amigos: comunícate. Comparte tus sentimientos con los demás. Abreza a alguien que tú quieras todos los días.

Asociatividad: intégrate y forma grupos. Participa en organizaciones (clubes y agrupaciones culturales, deportivas, parroquiales, de voluntariado, mujeres, tercera edad, etc.). Súmate al desafío de construir de manera colaborativa posibilidades para alcanzar una vida con calidad.

Actividad física: haz actividad física, por lo menos camina 30 minutos todos los días; baila, sal en bicicleta, trata, juega con los niños; realiza ejercicio físico o lo menos 30 minutos 3 veces a la semana.

Nutrición: incluye abundantes frutas y verduras en tus comidas, además de pan y cereales, leguminosas, pescados, carnes y lácteos descremados. Evita la sal, el azúcar y la comida chatarra, también reduce los grasas. Mantente delgado(a).

Tabaco: deja de fumar. Mejor aún no comiences. Busca ayuda de un familiar, de amigos o de un profesional. Busca ambientes libres del humo de tabaco (en el trabajo, hogar y lugares públicos).

Alcohol: si vas a beber, no te embriagues. Consume menos de dos tragos por día de vino, cerveza o tragos fuertes. Nunca conduzcas vehículos después de beber alcohol.

Suena. Estrés: trata de dormir 7 a 9 horas cada noche. Libérate del estrés. Las técnicas de respirar profundo, hacer ejercicio y de relajación son una ayuda.

Tipo de personalidad: tranquilízate. Busca maneras de relajarte (conversa con otras personas, busca una actividad entretenida, sal a dar una larga caminata). Con calma disfruta de la vida. Si es necesario recurre por ayuda.

Trabajo: valora lo bueno de tu trabajo o de tus actividades. Tu aporte es importante.

Introspección: piensa en positivo. Aleja la depresión manteniéndote activo(a). Desarrolla algún pasatiempo o involucrate en otras actividades.

Control de Salud: no desatendas tu cuerpo ni tu mente. Acude al equipo de salud para detectar peligros y prevenir enfermedades.

Conducta sexual: recuerda que la sexualidad es parte integrante y trascendente durante toda la Vida. La salud sexual es un proceso fundamental en el desarrollo humano y en las relaciones interpersonales y no se limita a la reproducción. Evita llevar una conducta sexual riesgosa.

Otras conductas: no olvides el cinturón de seguridad. Transita atento(a) a los órdenes del tránsito que están destinadas a cuidarte. Sé proñente al manejar.

VIDA CHILE

GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
DIVISIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
DIVISIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

¿Tienes un Estilo de Vida Fantástico?



VIDA CHILE
Continuando el por más calidad

Anexo 2: Cuestionario aplicado a la población

fecha edad (años cumplidos) sexo: femenino masculino

carrera que cursas semestre

estado civil: soltero casado separado divorciado viudo

vives en pareja

Sabes cuánto pesas y mides: si no

Si tu respuesta fue si, anota los datos a continuación: peso en kilogramos estatura en metros

Te pido contestes las siguientes preguntas, recordando cómo fue tu vida durante el último mes.

1. Tengo con quien hablar las cosas que son importantes para mí: casi siempre a veces casi nunca

2- Yo doy y recibo cariño: casi siempre a veces casi nunca

3. Soy integrante activo de un grupo de apoyo a mi salud y calidad de vida (como clubes deportivos, religiosos, vecinales entre otros) y participo: casi siempre a veces casi nunca

4. Yo realizo actividad física (como caminar, subir escaleras, trabajo de limpieza en mi casa o arreglos de jardín) o deporte durante 30 minutos cada vez: 3 o más veces por semana 1 vez por semana no hago nada

5. Yo camino al menos 30 minutos diariamente: casi siempre a veces casi nunca

6. Como 2 porciones de verduras y 3 de frutas: todos los días a veces casi nunca

7. A menudo consumo mucha azúcar o sal o "comida chatarra" o con mucha grasa : ninguna de éstas algunas de éstas todas éstas

8. Estoy pasado en mi peso ideal en: 0 a 4 kilos de más 5 a 8 kilos de más Más de 8 kilos

9. Yo fumo cigarros: No, los últimos 5 años No, el último año Si, este año

10. Generalmente fumo _____ cigarros al día: ninguno De 0 a 10 más de 10

11. Mi número promedio de copas (un vaso de cerveza, una copa de vino o de bebida fuerte) por semana es de: 0 a 7 copas 8 a 12 copas más de 12

12. Bebo más de 4 copas en una misma ocasión: nunca ocasionalmente a menudo 209

13. Manejo el auto después de beber alcohol: nunca solo rara vez a menudo

14. Uso drogas como marihuana o cocaína: nunca ocasionalmente a menudo

15. Uso excesivamente los medicamentos que me indican o aquellos que puedo comprar sin receta: nunca ocasionalmente a menudo

16. Bebo café, té, bebidas de cola que contienen cafeína: menos de 3 al día de 3 a 6 al día más de 6 al día

17. Duermo bien y me siento descansado: casi siempre a veces casi nunca

18. Yo me siento capaz de manejar el estrés o la tensión en mi vida: casi siempre a veces casi nunca

19. Yo me relajo y disfruto mi tiempo libre: casi siempre a veces casi nunca

20. Parece que ando acelerado: casi nunca algunas veces a menudo

21. Me siento enojado o agresivo: casi nunca algunas veces a menudo

22. Yo me siento contento con mi trabajo y actividades: casi siempre a veces casi nunca

23. Yo soy un pensador positivo u optimista: casi siempre a veces casi nunca

24. Me siento tenso o angustiado: casi nunca algunas veces a menudo

25. Me siento deprimido o triste: casi nunca algunas veces a menudo

26. Me realizo controles de salud en forma periódica: siempre a veces casi nunca

27. Converso con mi pareja o mi familia temas de sexualidad: siempre a veces casi nunca

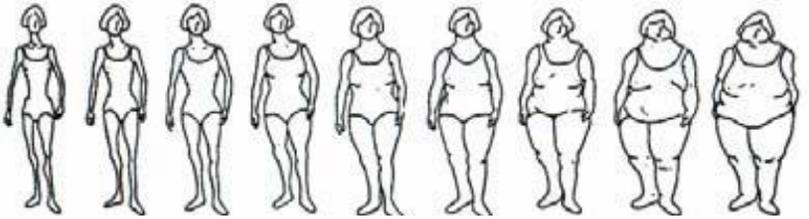
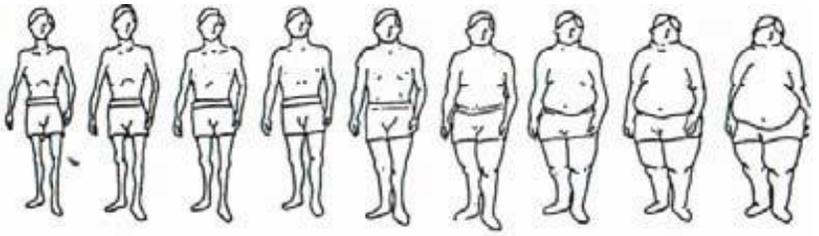
28. En mi conducta sexual me preocupo del auto cuidado y del cuidado de mi pareja: casi siempre a veces casi nunca

29. Como peatón, pasajero del transporte público y/o automovilista, soy respetuoso/a de las indicaciones de tránsito:

siempre a veces casi nunca

30. Uso cinturón de seguridad: siempre a veces casi nunca

De las figuras que se presentan, encierra con un círculo aquella con la que identificas tu imagen corporal:



Estás de acuerdo en que la información que proporcionaste fue de forma anónima y confidencial y que permites a los autores utilizar la información para ser analizada, evaluada y en su caso publicada.

Acepto

No acepto

Gracias por tu cooperación