



TESIS

**ESTILOS DE VIDA Y SALUD DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA Y LA
ESCUELA COMO ENTORNO PROMOTOR DE SALUD, DUISBURG-
ALEMANIA**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE DOCTOR EN SALUD
PUBLICA**

POR

Sara Álvarez Canal

2017

Dedicatoria

Este trabajo esta dedicado a mis queridos padres.

Especialmente a mi madre quien me ha enseñado el amor y servicio a Dios y a mis semejantes.

A mis hermanos Susana, Teresa, Elias, Edyto, quienes siempre me hacen sentir que soy capaz de hacer realidad mis objetivos y metas. A mis queridas sobrinas Susy y Danna por apoyarme y motivarme en lo que realmente ahora disfruto y quienes al decirme que soy un ejemplo para ellas marcaron un reta en mi vida. A mi familia, amigos en Alemania por su apoyo Emocional.

“

Agradecimientos

Quiero expresar mi agradecimiento a mis directores de tesis , asi como a los profesores y alumnos de las dos escuelas de enfermeria que participaron generosamente en el estudio..

A los directores de las escuelas de enfermeria Lic. Sr. Helmut Topel de la escuela de Duisburg E,v. Nord y el Lic.Ferdinand Lauderbach de la escuela de enfermeria Helius por su apoyo y colaboracion.

Al Dr. Javier Martinez por su apoyo con sus conocimientos academicos y su experiencia.

A los alumnos de las promociones de los anos 2014 y 2016 quienes fueron los principales actores en la realizacion del presente trabajo de investigacion.

A toda la plana de docentes de las escuelas de enfermeria.

PRESENTACIÓN

El estilo de vida es conceptualizado como el conjunto de hábitos y comportamientos de una persona y como los patrones de conducta individuales que demuestran ser practicados en el tiempo con una regularidad constante, estas conductas pueden ser favorables o riesgosas para la salud. En la población joven, el estilo de vida pasa casi inadvertido por la euforia del ritmo de vida que conlleva a una alimentación no sana, poca actividad física, consumo de tabaco, alcohol, drogas, escasas horas de sueño y poco autocuidado de la salud. La

nueva estructuración de las familias, la creciente necesidad de consumo, las nuevas formas de relación entre las personas, la fuerte presencia de las nuevas tecnologías y de los medios de comunicación de masas en la vida cotidiana, ilustran y permiten observar los cambios en la sociedad en general y en particular entre los jóvenes

El presente estudio describe a estudiantes de dos Escuelas de Enfermería Bildung Zentrum Duisburg e.V. y Bildungszentrum am Helios ambas escuelas en la ciudad de Duisburg. Alemania. A través de un cuestionario elaborado con preguntas de estilos de vida y salud pretendemos identificar tratar de conocer la situación personal de salud del estudiante y el rol que desempeña la escuela profesional como promotora de salud en los estudiante.

Debemos resaltar que los estilos de vida saludables orientan a los jóvenes a practicar patrones de conducta, conocimientos, hábitos y acciones para mantener, restablecer o mejorar la salud.

La investigación comprende ocho capítulos que son los siguientes:

El primer capítulo que corresponde a la introducción del estudio, describe con amplitud los contenidos de las dos variables: estilos de vida y salud. Cada variable es descrita detalladamente y responde a las características típicas de la vida universitaria: nutrición, la práctica de ejercicios físicos, la responsabilidad de la salud, el manejo de estrés, el soporte interpersonal y el autocuidado que son comportamientos que van definiendo y consolidando los rasgos más personales de cada estudiante. Este capítulo es en sí, el marco teórico que expone con suficiencia temática, gracias al apoyo de la bibliografía especializada.

En el segundo capítulo, se formulan las hipótesis y los objetivos del presente estudio. Estos supuestos y propósitos se ven refrendados con los contenidos del capítulo anterior.

El tercer capítulo versa sobre los métodos de investigación desarrollados. Se presenta el tipo, el método y el diseño de la investigación, la población, muestra, las técnicas e instrumentos empleados para la recolección de datos y los procedimientos estadísticos para su tratamiento correspondiente.

El capítulo cuarto presenta los resultados del cuestionario aplicado a los 200 estudiantes de la Escuela de Enfermería Duisburgnord y los otros 200 de la Escuela de Enfermería Helios. Se ha empleado el estadístico pertinente para la contrastación de la hipótesis general y de las específicas, cuyos valores confirman las dimensiones del estudio.

El capítulo V, corresponde a la discusión de los resultados que son contrastados con otros estudios para conocer las semejanzas y diferencias.

Finalmente, en los capítulos VI, VII y VIII se presentan las conclusiones, la bibliografía consultada y el anexo.

El tema de la salud siempre será motivo de constantes estudios por el hecho de que varía en función de los momentos históricos que vive cada generación, y que el caso nuestro, sirven de referencia para los estudios siguientes en el futuro.

FRANCISCO GUILLEN GRIMA , Catedrático de Universidad de Medicina Preventiva y Salud Publica.

Hago Constar

Que la presente memoria original de Doña Sara Alvarez Canal ha sido realizada bajo mi dirección y que a mi juicio puede presentarse para aspirar al grado de doctor.

Pamplona 30 de mayo de 2017

Fdo:Francisco Guillén Grima

Ines Aguinaga Ontoso , Profesor Titular de Universidad de Medicina Preventiva y Salud Publica.

Hago Constar

Que la presente memoria original de Doña Sara Alvarez Canal ha sido realizada bajo mi dirección y que a mi juicio pude presentarse para aspirar al grado de doctor.

Pamplona 30 de mayo de 2017

Fdo: Ines Aguinaga Ontoso

ÍNDICE

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
PRESENTACIÓN	iv
ÍNDICE	ix
I. INTRODUCCIÓN	1
1. Descripción de la realidad problemática	2
2. Estilos de vida	8
2.1. Teorías sobre los estilos de vida	10
2.1.1. Teorías humanistas	10
2.1.2. Teorías cognitivo-sociales	16
2.2. Factores condicionantes de los estilos de vida	21
2.2.1. Alimentación	21
2.2.2. Actividad física.....	34
2.2.3. Tabaquismo.....	47
2.2.4. Consumo de alcohol.....	52
2.2.5. Consumo de drogas	55
2.2.6. Conducta sexual.....	64
2.2.7. Las relaciones interpersonales en los estudiantes de Enfermería...	67
2.2.8. La comunicación entre los estudiantes de Enfermería	72
2.2.9. Motivación para estudiar Enfermería.....	75
2.2.10. Estado emocional	76
2.2.11. Satisfacción por estudiar la carrera profesional de Enfermería	77

2.2.12. Rendimiento académico	78
3.1. Teorías del concepto salud	88
3.1.1. Teoría de la OMS	89
3.1.1.1. Ventajas del concepto de salud de la OMS	90
3.1.1.2. Crítica a la concepción de salud de la OMS	91
3.1.2. Teoría biologista	92
3.1.3. Fusión de la teoría de la OMS y biologista	93
3.1.4. Teoría de la multicausalidad.....	94
3.1.5. Teoría salutogénica	96
3.2. Determinantes que influyen en la salud.....	96
3.2.1. Biología humana.....	96
3.2.2. Ambiente	97
3.2.3. Sistema de cuidados de salud	97
3.3. Educación para la salud	100
3.3.1. Principios generales de la educación para la salud.....	102
3.3.2. Promoción de la salud a través de la educación	104
3.3.3. Prevención y la educación para la salud	105
3.3.4. Autocuidado de la salud	107
3.3.4.1. Teoría de Dorothea Orem	107
3.3.4.2. Teoría de Nola Pender	109
3.3.5. Los profesionales de enfermería y la salud.....	109
3.3.6. Salud comunitaria.....	110
3.3.6.1. Enfermería para la salud comunitaria.....	113
3.3.6.2. Enfermería para la salud pública.....	114
3.3.6.3. Alcance de la atención del enfermero en salud comunitaria	115
II. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	118
2.1. Hipótesis.....	118
2.1.1. Hipótesis central.....	118
2.1.2. Hipótesis específicas.....	119
2.2. Objetivos de la investigación	120
2.2.1. Objetivo general	120
2.2.2. Objetivos específicos.....	120
III. MÉTODOS	122

3.1. Diseño del estudio	122
3.2. Población de estudio	122
3.3. Selección de la muestra	124
3.4. Recogida de datos	124
3.5. Cuestionario	125
3.6. Análisis estadístico	126
3.6.1. Base de datos	126
3.6.2. Tratamiento estadístico	126
3.6.3. Análisis de los datos.....	126
3.6.4. Descriptiva.....	127
3.6.5. Inferencial.....	127
3.6.6. Aspectos éticos	128
IV. RESULTADOS.....	130
4.1. Resultados descriptivos de las variables.....	130
4.2. Análisis descriptivos de las variables y dimensiones	144
4.4. Prueba de Normalidad de Kolmogorov – Smirnov	156
4.3. Análisis descriptivos de las variables	153
4.5. Generalización entorno a la hipótesis general.....	157
4.6. Pruebas de Hipótesis específicas	158
4.7. Comparación de medias mediante la prueba T student para muestra independientes.....	166
V. DISCUSIÓN	169
VI. CONCLUSIONES	196
VII. BIBLIOGRAFÍA	200
VIII. ANEXOS	215
ANEXO N°1: Cuestionario de Perfil de Estilo de vida (PEPS-I) PENDER (1996) ...	216

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Objetivos nutricionales para Alemania por expertos de FAO/OMS.	25
Tabla 2. Talla y su correspondiente peso ideales para las mujeres y hombres.	29
Tabla 3. Factores de impacto sobre la mortalidad en los países europeos.....	44
Tabla 4. Principales características metodológicas del estudio.....	128
Tabla 5: Dimensiones del Cuestionario de Estilos de Vida (Peps-I) de Pender (1996)	125
Tabla 6: Sexo del encuestado	130
Tabla 7: Edad del encuestado.....	131
Tabla 8: Religión del encuestado	132
Tabla 9: Raíces migrantes del encuestado	134
Tabla 10: Idioma materno del encuestado	135
Tabla 11: Otros idiomas que habla el encuestado	136
Tabla 12: Tipo de educación secundaria del encuestado	137
Tabla 13: Lugar donde estudió la Educación Secundaria el encuestado	138
Tabla 14: Otros estudios profesionales del encuestado	139
Tabla 15: Con quién vive el encuestado	140
Tabla 16: Financiación de estudios de Enfermería del encuestado	141
Tabla 17: Razón que motivó estudios de enfermería del encuestado.....	142
Tabla 18: Año de estudios en la Escuela de Enfermería.....	143
Tabla 19: Nivel alcanzado en el estilo de vida.....	144

Tabla 20: Nivel alcanzado en nutrición.....	145
Tabla 21: Nivel alcanzado en ejercicios	146
Tabla 22: Nivel alcanzado en la responsabilidad en salud	147
Tabla 23: Nivel alcanzado en el manejo del estrés	148
Tabla 24: Nivel alcanzado en el soporte interpersonal.....	149
Tabla 25: Nivel alcanzado en autocuidado.....	150
Tabla 26: Nivel alcanzado en salud.....	151
Tabla 27: Nivel alcanzado en horas de sueño.....	152
Tabla 28: Estadísticos de la variable estilo de vida	153
Tabla 29: Estadísticos de la dimensiones de la variable salud.....	155
Tabla 30: Resultados de la prueba de bondad de ajuste Kolmogorov – Sminov ..	156
Tabla 31: Correlación entre estilos de vida y la salud	157
Tabla 32: Correlación entre nutrición y la salud	159
Tabla 33: Correlación entre ejercicios y la salud	160
Tabla 34: Correlación entre la responsabilidad en salud y la salud.....	161
Tabla 35: Correlación entre el manejo del estrés y la salud.....	163
Tabla 36: Correlación entre el soporte interpersonal y la salud.....	164
Tabla 37: Correlación entre el autocuidado y la salud.....	165
Tabla 38: Estilo de vida en las Escuelas de Enfermería de Duisburgnord y Helios..	166
Tabla 39: La salud en las Escuelas de Enfermería de Duisburgnord y Helios ..	167

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Triángulo de Maslow	11
Figura 2. Pirámide de la dieta mediterránea	24
Figura 3. Pirámide de alimentación saludable (OMS, 2012).....	27
Figura 4. Tipos de ejercicio físico según el gasto calórico.	37
Figura 5. Beneficios de la actividad física.....	40
Figura 6. Proporción de consumidores de marihuana en la población de 18-40 años (%). Alemania, 2010-2014	61
Figura 7. Evolución de las prevalencias de consumo de cocaína en la población de 18-40 años (%). Alemania, 2010-2014	61
Figura 8. Evolución de la proporción de consumidores de anfetaminas en la población de 18 a 40 años, Alemania, 2010-2014.....	62
Figura 9: Los componentes de la teoría biológica	92
Figura 10. Teoría de la OMS y biológica	93
Figura 11. Modelo de determinantes de salud según Lalonde	98
Figura 12. Influencia de los determinantes de salud en la morbimortalidad (%).	99
Figura 13: Fachada del Ayuntamiento de Duisburg ¡Error! Marcador no definido.	
Figura 14: Ubicación de la ciudad de Duisburg en Alemania .. ¡Error! Marcador no definido.	
Figura 15: Sexo del encuestado.....	131
Figura 16: Edad del encuestado.....	132

Figura 17: Religión del encuestado	133
Figura 18: Raíces migrantes del encuestado	134
Figura 19: Idioma materno del encuestado	135
Figura 20: Otros idiomas que habla el encuestado	136
Figura 21: Tipo de educación secundaria del encuestado	137
Figura 22: Lugar donde estudió la Educación Secundaria el encuestado	138
Figura 23: Otros estudios profesionales del encuestado.....	139
Figura 24: Con quién vive el encuestado	140
Figura 25: Financiación de estudios de Enfermería del encuestado	141
Figura 26: Razón que motivó estudios de Enfermería del encuestado	142
Figura 27: Año de estudios en la Escuela de Enfermería	143
Figura 28: Nivel alcanzado en el estilo de vida	144
Figura 29: Nivel alcanzado en nutrición	145
Figura 30: Nivel alcanzado en ejercicios	146
Figura 31: Nivel alcanzado en la responsabilidad en salud.....	147
Figura 32: Nivel alcanzado en el manejo del estrés	148
Figura 33: Nivel alcanzado en el soporte interpersonal.....	149
Figura 34: Nivel alcanzado en autocuidado	150
Figura 35: Nivel alcanzado en salud	151
Figura 36: Nivel alcanzado en horas de sueño	152
Figura 37: Estilos de vida de la Escuela de Duisburg	154
Figura 38: Estilos de vida de la Escuela de Helios.....	154
Figura 39: Estilos de vida de los estudiantes de las Escuelas	167
Figura 40: La salud de los estudiantes de las Escuelas.....	168

I. INTRODUCCIÓN

1. Descripción de la realidad problemática

Para el ser humano, la salud es uno de los dones más apreciados que debe cuidar y conservar para su plena realización en su paso temporal por este mundo. Por lo tanto, toda persona está en la obligación de cuidar su salud para poder acceder a una mejor calidad de vida y cumplir sus propósitos de vida, de allí entonces que se genera la ecuación de la calidad de vida: buena salud es signo de bienestar, progreso, lo opuesto es la pérdida de la salud, situación que genera enfermedad, malestar, precariedad económica, y en el peor de los casos, la muerte, (Berkowitz, 2001).

Esto implica que debemos tener en cuenta que el análisis de los problemas de salud no se puede separar de las causas que los determinan. El conocimiento de la salud y de los estilos de vida (aspectos sociales y económicos, los factores ambientales y condiciones de vida), adquiere tanta importancia como las mismas causas de las enfermedades, que son consecuencia inmediata y directa de los estilos de vida no saludables.

Por lo dicho, la salud es un derecho individual, pero debemos remarcar también, que la salud es un deber colectivo, por lo que es muy importante que las instituciones y la sociedad tomen conciencia de la misma. Los estilos de vida que se tienen en la familia y su entorno, en el lugar de trabajo, en las condiciones laborales, en las diferencias sociales, el estrés, la educación recibida, los alimentos, los espacios o zonas verdes, el transporte, el entorno físico y ambiental, etc., todo, absolutamente todo, se relaciona significativamente con la salud. Esta visión integral de la salud es absolutamente necesaria, para comprender y poder hacer frente a los problemas de salud que la población padece y por los cuales muere de forma prematura, (Aguinaga, 2003).

De acuerdo a lo anterior, el estilo de vida es entendida como los hábitos y costumbres que cada persona puede realizar para lograr su desarrollo y lograr su bienestar sin atentar contra su propio equilibrio biológico y la relación con su ambiente natural, social y laboral, (Stock, 2001). Este estilo de vida saludable ideal es aquel, que cuenta con una dieta balanceada, ejercicio, relajación,

recreación, trabajo moderado promoción de la salud y prevención de la enfermedad mediante el fortalecimiento de las medidas de autocuidado, que contrarrestan los factores nocivos, (Willet, 2000). Alcanzar dicho estilo de vida saludable sólo es posible cuando se cuenta con los conocimientos, y ante todo si la voluntad es fuerte y sólida para hacerlo, que es lo que en realidad determina el estilo de vida es el autocuidado del individuo. Según Dorothea Orem (2008), el autocuidado son las acciones personales que emprende y realiza cada individuo con el fin de mantener su vida, su salud, su bienestar y responder de manera constante a las necesidades individuales que se presentan. En la actualidad las enfermedades no transmisibles (ENT) constituyen la principal causa de muerte a nivel mundial, ya que provocan más defunciones que todas las demás causas juntas.. Si bien dichas enfermedades han alcanzado proporciones de epidemia, podrían reducirse de manera significativa combatiendo los factores de riesgo y aplicando la detección precoz y los tratamientos oportunos, con lo que se salvarían millones de vidas y se evitarían sufrimientos indecibles. Es así que para el 2030, los índices de mortalidad serán tan altos e incontrolables, que los sistemas de salud de las naciones se verán imposibilitadas de prestar sus servicios con prontitud, eficiencia y eficacia. Las enfermedades crónicas, como las cardíacas y las cerebro vasculares se elevarán en su frecuencia y gravedad que un 30% de muertes se les atribuirá como su principal causa, a ellas se sumarán otras como las enfermedades crónicas degenerativas como el Alzheimer, la enfermedad de Parkinson, la esclerosis múltiple, la diabetes mellitus 2, la obesidad, enfermedades de transmisión sexual (sida), consumo desmedido de alcohol, tabaco y drogas, el estrés y depresión como consecuencia de la vertiginosa y abrumada vida conflictiva y desequilibrada. (OMS)2010

Según estudios realizados en el 2012 en Inglaterra, las enfermedades que devienen de la práctica de los estilos de vida no saludables, están demostrando que el índice de mortalidad está en aumento, debido a los nuevos factores de riesgo ambientales emergentes como el estrés familiar, laboral y emocional, la incidencia de los factores sociales, económicos y educativos, la ingesta de dietas malsanas, los trastornos afectivos, trastornos del sueño, la contaminación ambiental, etc., (Bernal, 2008).

Las enfermedades crónicas producen un millón de muertos al año en los EE.UU., cifra que es el doble de la mortalidad por cáncer y 10 veces mayor que la mortalidad por accidentes y, es la causa principal de incapacidad, (Davenport, 2000). En Europa, los problemas de salud se asocian con los malos estilos de vida generando un gran impacto con las enfermedades mortales afectando a miles de personas. Mientras que más de 6 millones de personas sufren afecciones cardíacas, los riesgos para las enfermedades cerebro vasculares y otras colaterales (diabetes, cáncer, infectocontagiosas, sida, etc.) son 15 veces mayor, en consecuencia generan a la economía europea un gasto aproximado de 48 mil millones de euros, (OMS, 2010).

En Alemania, país altamente desarrollado en tecnología médica, las enfermedades generadas por los malos estilos de vida constituyen la segunda causa de mortalidad (después de las cardiovasculares), esto significa que cada año aproximadamente 650,000 personas padecen de enfermedades crónicas, lo que significa un costo anual millones de euros en el tratamiento, y se pronostica que para el año 2025, los gastos se multiplicaran con tendencias cada vez mas y mas en aumento, (Kolominsky, 2008).

Alemania es el país con la mejor economía en la Unión Europea, esto significa un alto nivel en el estándar de vida (el alemán tiene una esperanza de vida de 80 años en mujeres y varones de 77 años). En el comportamiento de los jóvenes alemanes, se observan patrones de conducta que son beneficiosos y en otros casos, perjudiciales para su salud, estructurando un estilo de vida al que puede denominarse variable, en la medida que la elección que hagan ellos, fomente una vida saludable o al desestimarla, la perjudique.

En el año 2013, Alemania reportó a 23 millones de personas (de 80 millones de su población total) afectadas por las enfermedades crónicas relacionadas a los estilos de vida practicados y se calcula el incremento en los próximos años de un 18% de estas enfermedades. El tratamiento por cada paciente, entre el 2000 y el 2005 eran de aproximadamente 8.000 y 54.000 Euros por paciente. Desde el

2013 hasta el 2015 los costos han cambiado siendo así que en la actualidad el tratamiento por paciente es aproximadamente de 18.000 a 250.000 Euros con tendencias al aumento. (SBA)2015

Expertos aseguran que si no se trabaja en la prevención de estas enfermedades generadas por los malos estilos de vida, para el 2025 el costo en su tratamiento será de 1,9 mil millones de euros, a esto se suma el 16% de los pacientes que no retornará a sus viviendas para continuar con su vida normal debido a las secuelas de invalidez que la enfermedad les ha ocasionado. Este contexto de salud y enfermedad es causa de preocupación del gobierno, políticos, científicos y especialistas que hacen llamados para una mayor inversión de dinero en la investigación que mejore el inmediato diagnóstico y tratamiento eficaz en un corto tiempo con programas de vida saludable, con medicamentos de calidad y equipos especializados, (Braczco, 2008).

Sin embargo, frente a este panorama sombrío y preocupante, son pocos los especialistas que proponen realizar acciones de atención primaria y prevención sobre las enfermedades debido a que el mayor gasto de dinero se invierte en el tratamiento y en la rehabilitación, lo que significa altos costos para la economía de Alemania.

Datos obtenidos de libros, revistas médicas e información electrónica y que son bastante confiables sobre la población joven alemana nos indican que el 35% tienen una edad entre 15 a 22 años de edad y el 85% de esta población estudia la Educación Superior (Universidades o Escuelas Tecnológicas); con relación a los estilos de vida, caracteriza a la joven población alemana lo siguiente: el 41% consume comida chatarra; el 22% no realiza ejercicios físicos (deporte, gimnasia, etc.); un 14% consume alcohol, tabaco y drogas, el 56% sufre los estragos del estrés y depresión; el 35% no vive en una familia estructurada; el 66% padece de estrés y un 18% sufren de diabetes. La proclividad a enfermar de la población joven o tener una salud precaria es estimada como de alto riesgo por la presencia de factores que mellan su salud.

Una de las herramientas fundamentales de la promoción de la salud es la

educación para la salud, que 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.

La OMS ha desarrollado e implantado diversos programas y proyectos para trasladar los conceptos y estrategias de promoción de la salud a acciones prácticas. Entre ellos podemos citar los proyectos de ciudades saludables, red de escuelas promotoras de salud, hospitales saludables, mercados saludables y lugares de trabajo promotores de salud.

Las Escuelas de Salud (Escuela de Enfermería en el caso de Alemania) pueden y deben desempeñar un papel fundamental para la promoción de estilos de vida saludables, ya que la juventud es el grupo mayoritario que la conforma. La mayoría de estudiantes de estas instituciones se encuentra en una etapa de la vida de gran importancia para la salud (entre la edad adolescente y la edad adulta), en la que se desarrollan y se consolidan los estilos de vida (saludables o perjudiciales), crece la toma de decisiones y la independencia. Además, la Escuela de Enfermería en sí, es una institución con un gran poder de influencia social, y por tanto, puede favorecer la promoción de la salud en sus propios estudiantes y en su comunidad, pues en ella se forman los futuros profesionales que configurarán los servicios sanitarios del futuro.

El concepto de Instituciones de Educación Superior Promotoras de Salud, se basa en los principios de instituciones educativas saludables de la OMS, que prioriza iniciativas de promoción de la salud dirigidas a la Escuela Superior o Universidad como entorno a la que se suma las estrategias de cambios de estilos de salud de cada estudiante en particular. Es decir, se desarrolla en el marco de un modelo de promoción de la salud basado en el entorno o contexto.

La promoción de la salud en la Escuela de Enfermería será un valor añadido para la mejora de la calidad de vida y el bienestar de los estudiantes que allí estudian o trabajan y además, permitirá formarlos con la finalidad de que actúen como

modelos o promotores de conductas saludables en sus familias, en sus futuros entornos laborales, en su comunidad y en la sociedad en general.

Es necesario destacar, que siguiendo las líneas generales de las Escuelas Superiores o Universidades Promotoras de Salud de la OMS, este trabajo forma parte de un proyecto más amplio en el que se trata de integrar en la estructura, procesos y cultura de las Escuelas Superiores, un compromiso para fomentar la salud y el bienestar, y por consiguiente, desarrollar el potencial que tiene la Escuela, como agente promotor de salud en los estudiantes.

El presente estudio nace de la inquietud de la investigadora por conocer los estilos de vida de los estudiantes de la Escuela de Enfermería de Duisburg e.V. y la Escuela de Enfermería am Helios, ambas en la ciudad de Duisburg que se encuentra al oeste de Alemania, como los factores determinantes muy recurrentes y que tienen fuerte incidencia en la salud. Este trabajo se ha centrado en el análisis de los estilos de vida de los estudiantes, cuyo principal objetivo es identificar variables relacionadas con los estilos de vida y la salud, y que rol desempeña la escuela en el fomento de la salud en sus alumnos. Esto a su vez permitirán diseñar a posteriori propuestas de intervención.

La ciudad de Duisburg esta ubicada al Este de la republica de Alemania en el estado de Nordrheinwesfalen (NRW) que tiene como capital a la ciudad de Dusseldorf situada a 31 metros sobre el nivel del mar, contando con un area de 232,82 m2.

Duisburg tiene una poblacion de 494,048 habitantes ,es la quinta ciudad mas grande del estado aleman. El 32,7%de la poblacion tiene raices migrantes, las religiones que predominan son la catolica, evangelica y musulmana. Cuenta con un puerto, el unico en el mundo ubicado dentro de una ciudad.Cerca de 20,000 barcos por ano llegan a ese puerto interior, que con 22 darsenas y casi 40 kilometros de costa es el mayor de Europa, comunica con Dormund, por el canal Rhein Herne y asu vez con el mar del Norte, por medio del canal Dormund Ems. Duisburg tambien es el mayor centro siderurgico de Europa, aqui se funden 18 millones de toneladas de acero (40% dela produccion alemana).En esta ciudad funciona los altos hornos de Thyssen-Krupp, Mannesmann.

2. Estilos de vida

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, (Fernández del Valle, 2010).

Estilos de vida son expresiones que se designan, de una manera genérica, al estilo, forma o manera en que se entiende la vida; no tanto en el sentido de una particular concepción del mundo, poco menos que una ideología, aunque sea esa a veces la intención del que aplica las expresión, cuando se extiende a la totalidad de la cultura y el arte, como en el de una identidad, una idiosincrasia o un carácter, particular o de grupo nacional, regional, local, generacional, de clase, etc., expresado en todos o en cualquiera de los ámbitos del comportamiento (trabajo, ocio, sexo, alimentación, indumentaria, etc.), fundamentalmente en las costumbre o la vida cotidiana, pero también en la vivienda y el urbanismo, en la relación con los objetos y la posesión de bienes, en la relación con el entorno o en las relaciones interpersonales.

A nivel personal como en un colectivo, existen formas y maneras de comportarse que son más favorables para la salud, frente a otras que pueden resultar más desfavorables. Esto deriva en el concepto de "estilo de vida", definido como el "conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona". O bien, tal como Mendoza (2010), propone: "El estilo de vida puede definirse como el conjunto de patrones de conducta que caracterizan la manera general de vivir de un individuo o grupo."

Casimiro (2010), define estilo de vida como "los comportamientos de una persona, tanto desde un punto de vista individual como de sus relaciones de grupo, que se construye en torno a una serie de patrones conductuales comunes". Gutiérrez (2000), lo define como "la forma de vivir que adopta una persona o grupo, la manera de ocupar su tiempo libre, el consumo, las costumbres alimentarias, los hábitos higiénicos, etc."

El glosario de promoción de la salud (OMS, 1946) define al estilo de vida de una persona como aquel "compuesto por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que ha desarrollado durante sus procesos de socialización. Estas pautas se aprenden en la relación con los padres, compañeros, amigos y hermanos, o por la influencia de la escuela, medios de comunicación, etc. Dichas pautas de comportamiento son interpretadas y puestas a prueba continuamente en las diversas situaciones sociales y, por tanto, no son fijas, sino que están sujetas a modificaciones."

En algunos casos, se agrega a esta definición otra clase de variables, distintas a las pautas conductuales observables, tales como las creencias, las expectativas, los motivos, los valores y las emociones, que se presentan asociados con la conducta, (Salazar, 2015). Cuando el campo se delimita a la salud, las pruebas empíricas acumuladas en el tema permiten afirmar que son las conductas las que tienen un impacto muy importante en la salud, en la medida que, su presencia o ausencia, puede constituir un factor de riesgo o de protección para el individuo, según sea el caso, (Florez, 2011).

Dentro de los patrones de comportamiento que conforman los estilos de vida se incluyen prácticas saludables y no saludables que interactúan entre sí, (Müller, 2004). No obstante, las personas que tienen comportamientos no saludables que son estables en el tiempo, tales como, el desequilibrio en la dieta, el sedentarismo, el consumo de tabaco y de alcohol, no dormir el tiempo necesario o llevar a cabo comportamientos inseguros, tienen una mayor probabilidad de desarrollar enfermedades, comparadas con aquellas personas que no incluyen estas prácticas en su estilo de vida, (Bancroft, 2009).

En el campo de la salud del adolescente y del joven, los estilos de vida aparecen relacionados con problemas sociales de gran relevancia. Por ejemplo, embarazos precoces, abortos, infección por VIH/SIDA y contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS), debidos a sus prácticas sexuales; las incapacidades, lesiones o muertes, debidas a accidentes de tráfico; trastornos por el consumo y

abuso de drogas; y trastornos de la conducta alimentaria, a causa del sedentarismo y a la dieta, (Fernández, 2004). A largo plazo, estos jóvenes presentan también un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles que tienen como factores asociados los estilos de vida poco saludables (los problemas cardíacos, la diabetes mellitus tipo II y el cáncer, (OMS, 2012).

2.1. Teorías sobre los estilos de vida

2.1.1. Teorías humanistas

Los principios de la teoría humanista datan de los orígenes de la filosofía existencial. El fundamento filosófico parte de la premisa estableciendo que el hombre tiene libre albedrío, (Sartre, 1956). El hombre se particulariza a sí mismo, partiendo de las decisiones que él mismo toma. Esta selección, de acuerdo al enfoque humanista, contrario a lo que postulan las teorías de aprendizaje y las de corte parecido, no se pueden considerar dentro de un contexto determinista.

De ahí que la conducta, para los humanistas como Abraham Maslow, no es totalmente predecible como postula B. F. Skinner y otros conductivistas con sus enfoques mecanicistas que indican que la conducta no solo es predecible, sino que también se puede medir, así como reproducir los modelos experimentales con idénticos o similares resultados. La experiencia personal, individual es de bastante envergadura para los humanistas.

1) Teoría de la motivación de Abraham Maslow

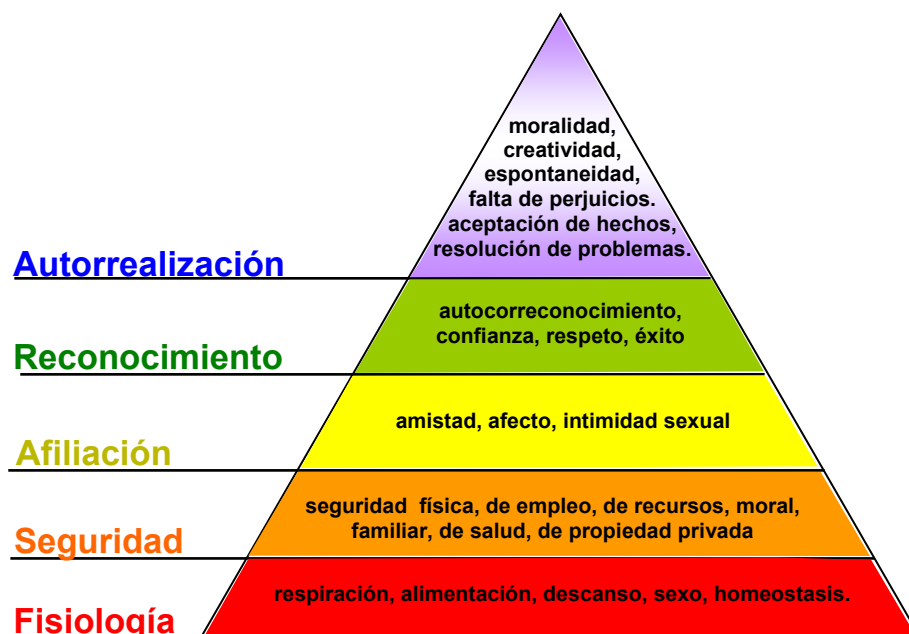
Las diferentes posiciones teóricas presentan distintas concepciones acerca de la motivación. Sin embargo, casi todos los teóricos concuerdan en que la motivación es un factor interno que inicia, dirige, sostiene e integra la conducta de las personas.

Maslow (1990), postula que el ser humano nace con una especie de necesidades instintivas, que lo dirigen a crecer y superarse hasta llegar a desarrollarse en sus potencialidades. La teoría de Abraham Maslow está fundamentada en dos aspectos esenciales de las necesidades humanas: las necesidades físicas y las necesidades de orden emocional. La satisfacción o no satisfacción de éstas genera cierto tipo de conductas. El desbalance que se crea por estas necesidades, es lo que hará que el individuo se mueva para lograr satisfacerla.

La motivación, es lo que inicia, sostiene y dirige nuestra conducta, es originada por un desbalance en el organismo, unas necesidades que hacen que el individuo se mueva a lograr sus metas. Maslow sostiene que una vez satisfechas las necesidades de tipo físico, el individuo buscará satisfacer sus necesidades de orden emocional.

La teoría indica que estas necesidades son de naturaleza jerárquica y secuencial. Una persona no supera un escalafón de necesidades hasta que no satisface la anterior. La Jerarquía de Necesidades formulada por Maslow se ilustra en una pirámide

Figura 1. Triángulo de Maslow



Maslow describió su teoría utilizando la pirámide de jerarquías de necesidades. Según Maslow, en la pirámide cada nivel representa una necesidad donde el individuo tiene que satisfacer para sentir motivación de dirección y mantenimiento para el logro de una autorrealización. El primer eslabón está relacionado a las necesidades fisiológicas del ser humano. Estas incluyen el oxígeno, el agua, los alimentos, la temperatura, el descanso, y la actividad física, además de las necesidades de los órganos eliminatorios. Estas necesidades son las más significativas porque si el individuo no las satisface estaría expuesto a un alto riesgo de perder su vida.

Jerarquía de necesidades

Se establecen bajo un orden particular, ya que unas son más fuertes que otras. Por ejemplo, la necesidad de agua es prioritaria a la de comida y la de oxígeno es prioritaria a las dos anteriores. La necesidad de seguridad implica que el ser humano requiere sentirse seguro, estable y protegido. Esto lo motiva a desarrollar una estructura, un orden y otros límites. Al no ver satisfecha esta necesidad, se generan ansiedades y miedos. En las personas la seguridad se ve satisfecha al completar metas tales como; un hogar en un vecindario seguro, empleo permanente y salario razonable.

Igualmente se incluye en esta categoría los beneficios marginales tales como un plan médico, plan de retiro y seguro de vida. De igual forma, Maslow incluye en su teoría la necesidad de pertenencia y amor. Ésta es reconocida por la urgencia que tiene el individuo de pertenecer a grupos en el ámbito familiar, de trabajo y comunitario. Para algunos, es importante establecerse con una pareja para establecer su familia.

Asimismo desarrollan lazos estrechos en su ambiente laboral con sus compañeros y superiores que lo hacen sentirse parte del grupo.

El cuarto eslabón es la necesidad de la estima propia. Está muy relacionada a lograr una satisfacción en la vida personal, en el trabajo y en el amor. Esta necesidad se focaliza en el autorespeto y el respeto por otros. Va dirigida a identificar las fortalezas y habilidades que posee para lograr ajustar sus estilos de vida.

El quinto eslabón es la necesidad de la autorrealización, que es sentirse realizado potencialmente. Este es el punto en el que la gente ha logrado sentirse pleno, realizando sus logros utilizando todas sus capacidades y potencialidades. Es donde la gente se siente altamente funcional actuando por sus propios méritos.

Maslow describe la autorrealización, como un proceso donde el individuo tiene la capacidad para disfrutar el trabajo que realiza sobre algo importante y de mucho valor para su persona. Maslow la distingue como una vocación realizar sus logros de una manera incondicional. La gente en este nivel es muy fina, saludable, fuerte, asertiva, inteligente, saben lo que le gusta y termina lo que empieza.

Algunos de los resultados que promueve esta jerarquía en la vida de los individuos son la autenticidad, tener vocación, reconocer que la vida es preciosa, ser bueno y sentir alegría ante todo trabajo que realiza, aprender de las cosas naturales, saber reconocer los mensajes del cuerpo, darle al cuerpo lo que necesita no lo que nos pide, asegurarse de que sus necesidades básicas estén satisfechas, de saber apreciar la belleza, y disfrutar de las cosas buenas de la vida, entender que tener control es bueno y un abandono completamente no es saludable, superar las situaciones, ser buenos seleccionando lo que desea hacer o lograr, hacer el bien incondicionalmente, y ser maduro y responsable para enfrentar situaciones difíciles.

2) Teoría de la recuperación de energía de Loehr

El aplicar la teoría de la jerarquía de las necesidades de Maslow al concepto del trabajo y los estilos de vida parece lógico. Así mismo el concepto de la recuperación se asocia mucho a la satisfacción en el trabajo y en la vida. La recuperación y la satisfacción siguen una misma línea. La persona gasta energías en su trabajo y luego pasará por un proceso idiosincrásico a nivel individual, para recuperar las mismas. Los estilos de vida que utilice le facilitarán o le entorpecerán ese proceso de recuperación. Cada persona tiene su particular forma de recuperar energías. Unos son más efectivos que otros, (Loehr, 1986).

Loehr indica que la recuperación de energías dependerá mayormente de cuán preparado esté el sujeto a nivel físico y mental. El sujeto no se puede librar de las tensiones, a menos que se fortalezca mentalmente con destrezas y conocimientos que le faciliten un manejo más efectivo. Este manejo tiene que ofrecerse dentro de un ambiente planificado y no como algo que surja incidentalmente.

La posición teórica de Loehr y Maslow es contraria a otros que sustentan y establecen la genética del ser humano como el motivador esencial. Estos afirman que la reconciliación de los patrones sexuales, los procreadores y los productivos en relación al trabajo, son explicativos de la conducta humana, (Erikson, 1959). Esta perspectiva es de orden neopsicoanalítica, ya que estos plantean la sexualidad humana como parte esencial del motor humano.

De otro lado, tanto Maslow, como Loher enfatizan las de naturaleza social que dirigen al ser humano a la autorrealización. El hacer algo porque le gusta, lo disfruta y se siente con existencia propia. En este enfoque en el mundo del trabajo, el sueldo no lo es todo, sino una

especie de iniciador primario que hay que satisfacer como vía hacia la grandeza del ser humano.

En el caso de Loehr, la búsqueda del equilibrio es lo que mueve al organismo a buscar dirección en la vida. Los diversos síntomas ya sean físicos o mentales tienen vínculos con el exceso de trabajo o por asumir una actitud hipocinética. Un estudiante satisfecho con su rendimiento académico es más productivo, pero si no toma los descansos oportunos tendrá la misma sintomatología física y mental de aquel que descansa desmedidamente.

Una persona entre gastar y recuperar energías viene a ser la medida exacta para crear ondas bioquímicas que permitan la homeostasis, la salud y como consecuencia un mayor rendimiento, (Mc Auley 1991). Lo difícil de esta dualidad, es determinar qué tanto es mucho trabajo para un estudiante y qué tanto es mucho descanso. A este nivel se tiene que llegar a un tono emocional singular, individual e idiosincrásico para cada estudiante.

El estudiante debe estar alerta a las señales que le envía su cuerpo, su mente y el entorno para aprender a manejarse dentro de ese mundo individual y personal. Estas señales son las pulsaciones que continuamente el cuerpo está enviando a través de su psicología corporal. Las formas de bloquear estos mensajes son a través del alcohol, las drogas, las emociones negativas y unos estilos de vida no saludables.

Estas actividades se refieren a los estilos de vida que se asumen, por ello, las personas con frecuencia no utilizan las oportunidades de recuperación que están disponibles en su entorno laboral y personal.

En ambos casos se debe establecer la prioridad de atender las necesidades de recuperación fisiológica de su cuerpo. El estrés, las presiones de consumo, la vida hipocinética, la tecnociencia, hacen que

se descuiden las necesidades básicas del cuerpo en cuanto alimento, sueño, ejercicios y descanso. La consecuencia de no estar atento a las señales que envía el cuerpo acarrea problemas de salud, felicidad y productividad.

3) Teoría del espacio vital de Lewin

La formulación teórica de Lewin (2008), propone que la conducta es una función del ser humano. Se inicia como una totalidad que a partir de la misma se van diferenciando las partes constitutivas. Es decir que va de una gestalt hacia las partes que componen esa totalidad. Por último, insiste Lewin que mediante este marco teórico se puede representar a una persona concreta, definida en una situación particular y de forma objetiva y matemática.

Para Lewin, la dinámica de la interacción entre la persona y su contexto está influenciada por las demandas que aporta el campo y por los recursos de la persona. En la medida que el contexto y la persona se adecuan satisfactoriamente, entonces mayor satisfacción se obtendrá del trabajo. La manera de adecuar, ajustar el contexto y la misma persona para que mantenga una mayor satisfacción, es mediante la práctica de los estilos de vida saludable.

2.1.2. Teorías cognitivo-sociales

1) La teoría de la autoeficacia de Albert Bandura

Bandura (1986), propuso que la autoeficacia, es el esfuerzo que requiere la persona para realizar sus metas y la persistencia para su ejecución. De acuerdo a esto, a los individuos que poseen baja autoeficacia probablemente se le hace difícil autodisciplinarse o participar en las actividades que eviten la rutina del diario vivir.

Afirma, además, que la manera en que se actúa es producto de la mediación de las creencias acerca de las capacidades. Esto significa que hay individuos que no pueden lograr ajustes de inmediato y cambios súbitos en su rutina diaria o en la toma de las decisiones difíciles en su vida. De manera, que con verbalizar un “Yo puedo”, un “No puedo” o un “Voy a empezar hoy” sin una organización física, mental y social, no basta simplemente con que el individuo se lo diga a sí mismo. Es necesario que estas acciones estén a la disposición de sus propias creencias de manera que sean armónicas con sus habilidades, aptitudes y conocimiento.

La teoría de la autoeficacia aporta otras explicaciones sobre el modo de propiciar y fomentar el desarrollo humano. En relación a las capacidades de los individuos, Bandura define la autoeficacia como las creencias en la propia capacidad para organizar y ejecutar las acciones requeridas para manejar las situaciones futuras. Él va más allá, al sustentar que el individuo con autoeficacia desarrolla la capacidad para tomar acción en momentos difíciles y que estos logren terminarla con éxito.

Bandura coincide en este sentido con el concepto ya conocido de que el hombre es un animal social. El hombre no se da sentido el mismo, sino que el significado humano lo adquiere del otro.

De ahí la importancia del modelaje social para alcanzar lo que Maslow denomina como la autorrealización. El aprendizaje por la observación, el modelamiento o imitación, que se genera en el mundo es importante para establecer nuevas rutinas en la vida. El modelaje debe ser uno que sea consistente en sus valores, sus habilidades, de continuo movimiento en sus actividades, con un espíritu de lucha en su conducta donde el observador pueda visualizarlo como un modelo confiable e identificarse con algunas de sus cualidades.

La satisfacción de la vida se atribuye a factores externos como los estilos de vida y al disfrute que genera su dominio. Esto se define como la fuerza

que es el juicio sobre la magnitud. El poder hacer algo bien hecho a través del desarrollo de destrezas y de confianza. Los estilos de vida vendrían a operar como unos conductores que facilitan el disfrute de la ejecución. Una persona física y emocionalmente estable y saludable es más propensa a disfrutar de la tarea o actividad que realiza.

2) Teoría de la psicología positiva de Seligman

En esta teoría de autogobierno existe un modelo claro, explícito o metáfora organizadora: el gobierno. Unos son anárquicos, mientras que otros son monárquicos. Algunos son autoritarios y otros son democráticos, (Sternberg, 2007). En los estilos de vida saludable es importante reconocer esta teoría. Esto para cumplir con responsabilidad cualquier cambio de estilo de vida que la persona decida practicar en el mundo personal. Los estilos de vida son una manera de pensar, no es una aptitud. Es la forma en que se facilita o dificulta la utilización de las aptitudes. El diferenciar entre estilo y aptitud es fundamental. La aptitud se refiere a cuán bien se puede hacer algo, mientras que el estilo señala cómo le gusta a alguien hacer las cosas. Lo primero se relaciona más con el campo de la inteligencia y lo segundo es un factor de personalidad que tiene que ver con la actitud.

De acuerdo con Seligman (2009), unos estilos de vida saludables le harán sentir a la persona con mayor satisfacción hacia la vida y también en las relaciones con las demás personas.

El asumir unos estilos de vida saludable se irradiará no solo en el trabajo, el estudio o el deporte, sino en toda la gama de estímulos que enfrente, ya que la persona está luchando por su bienestar y lo proyecta al ambiente en su totalidad y no selectivamente. La felicidad y los estilos de vida saludables, son inherentemente positivos. Las personas saludables no solo están orientadas hacia la tarea, sino que también son susceptibles a las necesidades de las personas, (Seligman, 2009)

3) Teoría del análisis teórico de los estilos de Sternberg

Podemos inferir que las personas con estilos de vida saludables y que gusten de disfrutar del trabajo, tenderán a ser más concretas y consecuentes. Tenderán a ser prácticos, ordenados, realistas y fiables y serán personas sensitivas, pensadoras y juzgadoras. Esto es así, ya que las personas que logran practicar estilos de vida saludable tienen que ser ordenadas, seguir una rutina y alcanzar el éxito.

Sternberg (2007), propone una teoría fundamentada en los estilos descrita como la teoría del autogobierno mental. El supuesto básico que subyace es la idea de que los diferentes tipos de gobierno que tenemos en el planeta no son construcciones arbitrarias, sino que responden a la mentalidad del ser humano. Son creadas por las personas y responden a ellas. Son el reflejo de cómo las personas logran organizarse.

4) Teoría de la superioridad de Alfred Adler

Los estilos de vida son una reacción al manejo de la tarea, ya que estos son todas aquellas actividades fuera del trabajo que dirigen a la persona a sentirse satisfecha con su labor.

Adler (2000), considera que el estilo de vida es la manera en que el ser humano conduce su vida y está moldeado por dos factores: una fuerza interna y las fuerzas del ambiente. Siendo la parte más importante de esta dualidad el “yo” interno. El estilo de vida de cada ser humano es único. Este se fija durante los primeros cinco años y luego es difícil o casi imposible de cambiarlo.

Si se puede mejorar a través del yo creativo, y esencialmente por el interés social. El estilo de vida dirige fuertemente la conducta de la persona. Es un agente interpretativo y acaparador que controla la existencia humana de

forma determinante y avasalladora. Adler lo describe como “la fuerza unificadora de la vida”. El estilo de vida permanece constante a través de la vida. Lo que sí cambia, advierte Adler, son las metas y más aún las maneras y alternativas que cada cual utiliza para llegar hasta ellas. De manera que al evaluar la satisfacción, ésta variará dependiendo de cuál fue el equipaje hereditario que trajo y qué factores del ambiente fueron relevantes en el proceso de su vida.

5) Teoría del amor neurótico de Karen Horney

Este marco teórico propuesto por Horney (2010), visualiza los estilos de vida, así como el ejecutar placenteramente una tarea como un mecanismo de externalización. Es una forma de expresión a nivel social que mantiene a la persona saludable. Si el individuo pierde la espontaneidad y no traslada sus preocupaciones a nivel del grupo tiende a enfermarse o a trastornarse emocionalmente. De ahí que el expresar placer, en la ejecución de una tarea o de realizar actividades no relacionadas al trabajo se vea como algo saludable y que encamina al ser humano hacia el equilibrio.

El ejecutar una tarea de manera placentera, no se percibe de acuerdo a este marco teórico, como algo inherente al ser humano, sino como acto competitivo y una necesidad neurótica de que lo quieran.

Los estilos de vida vienen a ser como un producto cultural, secuela de la industrialización. Una especie de aditamento para poder manejarse mejor en las situaciones que enfrenta el ser humano en el sistema social imperante. Es una forma de acomodo social que paradójicamente logra el equilibrio.

El marco cultural donde se desarrolla el ser humano es de suma importancia para Horney. La cultura les brinda a las personas unos mecanismos económicos de funcionamiento social que le hacen la conducta automática y

lo hacen manejarse de manera más productiva y capaces de no malgastar sus energías mentales innecesariamente. La cultura uniforma el comportamiento a nivel general de manera que los miembros que la componen puedan anticipar eventos y comportamientos. Se conserva, sin embargo, la individualidad del ser, lo único y el aspecto de la experiencia idiosincrásica que define a cada miembro.

2.2. Factores condicionantes de los estilos de vida

Un estilo de vida saludable está integrado por un conjunto de factores que deben funcionar de forma armoniosa y completa. A continuación se describen las variables que la investigación ha demostrado como más influyentes en el estilo de vida saludable: los hábitos alimentarios, la actividad física, el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas y los comportamientos sexuales.

2.2.1. Alimentación

Los hábitos alimentarios constituyen el factor que más influye en el estado de salud, tanto a nivel individual como poblacional, (Hu, 2002). La modernización de la sociedad ha supuesto una serie de cambios sociológicos y culturales que afectan inevitablemente a los hábitos y preferencias alimentarias, (Castroviejo, 2011). Por ejemplo, cada vez se dedica menos tiempo a la compra de alimentos y elaboración de las comidas caseras y, en contraposición, se prefieren los alimentos procesados que, generalmente, conllevan un consumo excesivo de alimentos de origen animal, especialmente de carnes y derivados, y de azúcares refinados, con el consecuente incremento de grasas saturadas y colesterol en la dieta y, al mismo tiempo, un bajo consumo de alimentos de origen vegetal. Todo esto se traduce en una disminución en el aporte porcentual de energía a partir de hidratos de carbono complejos y proteínas de origen vegetal, y un aumento en la proporción de grasas saturadas e hidratos de carbono simples, (Romaguera, 2009).

Los hábitos alimentarios inadecuados, tanto por exceso como por defecto, se relacionan con numerosas enfermedades de elevada prevalencia y mortalidad (enfermedades cardiovasculares, algunos tipos de cáncer, obesidad, osteoporosis, anemia, caries dental, cataratas y ciertos trastornos inmunitarios, entre otras).

Estas modificaciones en la dieta se acompañan de importantes cambios en el entorno, en los estilos de vida y en una progresiva disminución de la actividad física y el gasto energético derivado de la deambulación, el trabajo y el mantenimiento del equilibrio térmico. Los factores que determinan la selección de los alimentos que integrarán la dieta de un individuo son de naturaleza compleja y no están del todo bien definidos. No obstante, podemos asumir que en la selección de determinados alimentos, y no otros, estarían implicados numerosos factores, aunque básicamente la tipología alimentaria está supeditada a factores socioculturales y familiares junto con la capacidad de elección, determinada por la disponibilidad económica, el grado de educación nutricional y el estado de salud del individuo. Dentro de los condicionantes socioculturales se englobarían diversos factores, como creencias religiosas, costumbres, tradiciones, modas y las campañas de publicidad y marketing que pretenden promocionar una determinada cultura o modelo alimentario, (Torrell, 2008).

Por todo ello, conocer y profundizar sobre qué componentes de la dieta pueden desempeñar un papel importante en la prevención de enfermedades, podría permitir desarrollar acciones de educación nutricional encaminadas a modificar los patrones alimentarios de la población hacia dietas más equilibradas, saludables y cardioprotectoras, (Gómez, 2009).

Las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, dos de las primeras causas de morbimortalidad en la actualidad, se ven influenciadas en gran medida, por comportamientos nutricionales inadecuados. Se sabe que un mayor consumo de frutas y verduras se ha asociado, en la mayoría de los estudios epidemiológicos con el menor riesgo de cáncer de pulmón, de la cavidad oral, de esófago, de estómago y de colon, (Márques, 2009). La evidencia es menor para los cánceres que se consideran hormono-dependientes, como el de mama y próstata, aunque para este último, al igual que en el caso del cáncer de páncreas, las recomendaciones de la American Cancer Society en 2006, incluyen el consumo diario de cinco o más raciones de fruta y verduras. La alimentación puede ser también un factor modelador importante en la aparición de algunos tipos de cáncer relacionados estrechamente con otros factores. Así, por ejemplo, la alimentación modifica el riesgo de cáncer de pulmón, tanto en fumadores como en

no fumadores, (Kushi, 2006).

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en el mundo en el siglo XXI. Los países occidentales, incluido los EEUU, continúan teniendo una tasa absoluta de morbimortalidad cardiovascular alta, (Reddy, 2004). Clásicamente, la incidencia de la enfermedad coronaria ha sido más baja en algunos países como Francia, España, Grecia, Italia y Portugal. Estas diferencias se han explicado sobre todo por el patrón de alimentación propio de los países mediterráneos, conocido como dieta mediterránea, (Kastorini, 2011).

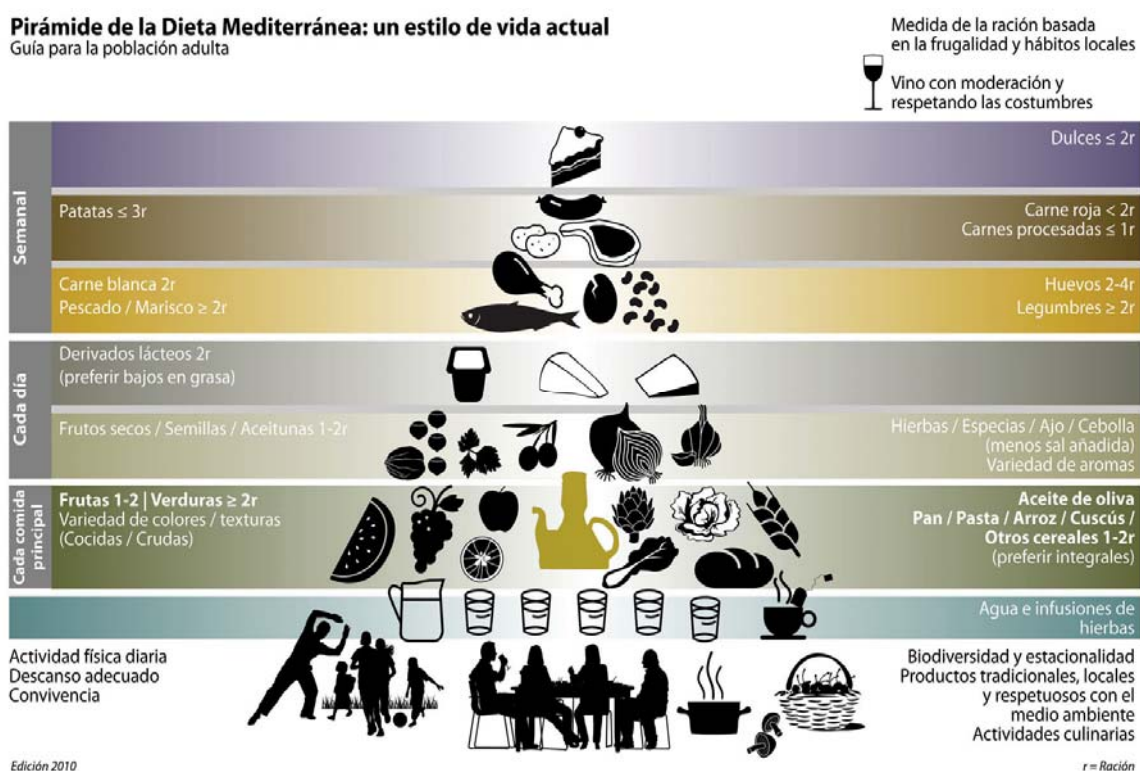
Sin embargo, la globalización ha provocado, especialmente entre los más jóvenes, la adopción de un patrón alimentario de tipo occidental en los países mediterráneos, con la consiguiente pérdida de la dieta mediterránea tradicional. Ello ha provocado un aumento del consumo de carnes rojas y otros productos cárnicos, junto a alimentos y bebidas ricas en azúcares. Además también se observa que el aceite de oliva está siendo sustituido por otros aceites vegetales de calidad inferior, (Estevez, 2010).

Se considera dieta mediterránea, al patrón tradicional de alimentación de finales de la década de los años 50 y principios de los 60, en los países en los que típicamente crecen los olivos como son Creta, Grecia y Sur de Italia. Las principales características de esta dieta son: un alto consumo de cereales, legumbres, frutos secos, frutas y verduras; un consumo relativamente alto de alimentos ricos en grasa (hasta un 40% del total de ingesta energética); el empleo de aceite de oliva como fuente principal de grasa; consumo moderado o alto de pescado; consumo en cantidades moderadas o bajas de pollo y derivados lácteos (generalmente en forma de yogurt o queso fresco); bajo consumo de carnes rojas y productos derivados de la carne; y, consumo moderado de alcohol, principalmente en forma de vino tinto consumido con las comidas, (Estruch, 2011).

Este patrón de alimentación y su valor nutricional se distingue por una adecuada aportación energética de los macronutrientes: 55-60% de hidratos de carbono, 10-15% de proteínas y 25-30% de grasas. También destaca por la calidad de las

grasas ingeridas, mayoritariamente monoinsaturadas debido al consumo de aceite de oliva. Es una alimentación de base vegetal que la hace rica en hidratos de carbono complejos, en vitaminas y minerales, muchos de ellos de carácter antioxidante. Recientemente, además se ha puesto énfasis en los factores no nutritivos que aporta, que son micronutrientes bioquímicamente activos, la mayoría de ellos con una alta capacidad antioxidante como, por ejemplo, los esteroides, la fibra, los flavonoides, el ácido fólico, poliaminas, fitoestrógenos, isoflavonas, saponinas e inhibidores enzimáticos, (Serra Majem, 2008).

Figura 2. Pirámide de la dieta mediterránea



Fuente: Fundación Dieta Mediterránea

La dieta mediterránea se considera el modelo de alimentación más saludable, (Fung, 2009). Los beneficios sobre la salud de la dieta mediterránea se han puesto de manifiesto en numerosos estudios. Estudios de cohortes y ensayos clínicos han demostrado los efectos positivos de la dieta mediterránea sobre la salud y la prevención de numerosas enfermedades, (Katsarou, 2012).

Hoy sabemos que la dieta mediterránea aumenta la longevidad y protege contra el infarto de miocardio, determinados tumores (cáncer de mama, colorectal, próstata), la hipertensión, la diabetes y el síndrome metabólico, algunas patologías digestivas e incluso infecciones. También contribuye a la disminución de la complicación en diversas enfermedades (como la aparición de un segundo infarto de miocardio o de complicaciones vasculares en la diabetes mellitus). La American Heart Association (AHA) llamó la atención acerca de que la dieta mediterránea podría ser una herramienta potencialmente útil en la prevención de la enfermedad coronaria, pero advirtió que era necesario realizar más estudios.

1) Objetivos y recomendaciones nutricionales

Por todos los argumentos citados anteriormente, se necesitan unos objetivos y recomendaciones nutricionales que expresen cuáles son las ingestas deseables que pueden contribuir a un estado óptimo de nutrición y salud. Dichos objetivos y recomendaciones se basan en evidencias indirectas, por ello están sometidos a continuas revisiones y adaptaciones para hacerlos más reales y alcanzables por la mayoría de consumidores. En la tabla 1 se muestran los objetivos nutricionales para Alemania por la FAO/OMS en una situación actual estimada.

Tabla 1. Objetivos nutricionales para Alemania por expertos de FAO/OMS.

	Situación actual estimada en Alemania	Objetivos nutricionales FAO	Objetivos nutricionales OMS
IMC (kg/m ²)	IMC 25-26	IMC 18,5-24,9	IMC 20-25
Grasa total (% energía)	38-42 ^d	20-30	<35-40 ^e <30 ^f
Grasas saturadas y trans (% energía)	14-15	<10	<10
AGPI (% energía)	7	8-10%	5%
Omega-6		5-8%	
Omega-3		1-2%	2 g linolénico + 200 mg DHA
<i>Trans</i>		<1%	
Colesterol (mg/1.000 kcal)	165-170	<100	<100
Azúcares simples	10% energía	<10% energía	<4veces/día

HC complejos (% energía)	³³	145-65	>50
Fibra (g/día)	20-22	>25	>25
Sal (g/día)	9	<5	<6
Proteínas (% energía)	15	12-15	13
Alcohol (% energía)	6		<2 vasos vino/día
Fluoruros en agua (mg/l)	<1	0,7-1,2	1 mg/día
	Situación actual estimada en Alemania	Objetivos nutricionales FAO	Objetivos nutricionales OMS
Frutas	279	≥400 g/día	>300 g/día
Verduras y hortalizas	187		>250 g/día
Actividad física		1 h/día intensidad moderada	PAL > 1,75

Fuente: *Ministerio Federal de Salud. Alemania. 2012.*

Para conseguir que los objetivos nutricionales planteados lleguen a la población y se hagan efectivos, es necesario desarrollar e implementar programas de promoción de la salud que contemplen distintos tipos de estrategias de intervención en la comunidad, principalmente mediante el sistema educativo. Para lograr estos objetivos, deben publicarse módulos, folletos, guías alimentarias, que comuniquen la lista de alimentos, los nutrientes y su respectivo valor energético.

En la figura 3, se puede observar la pirámide alimentaria de la OMS sobre una alimentación saludable. El triángulo indica cómo debe alimentarse una persona. En la base indica lo más recomendable para la salud y luego en forma ascendente, lo menos recomendable. En la base, muestra los alimentos que deben ser ingeridos diariamente como son los derivados de los cereales y patatas, verduras, hortalizas, frutas, leche y derivados lácteos, y aceite de oliva. Otros alimentos, como legumbres, frutos secos, pescados, huevos y carnes magras, se deben tomar varias veces a la semana, pero no diariamente. Por último y en la cúspide de la pirámide, se observan los alimentos que se aconseja moderar (consumo de carnes grasas, pastelería, bollería, azúcares y bebidas refrescantes). La OMS también recomienda ingerir como mínimo dos litros de agua diarios y la realización de 30 minutos de actividad física. En la figura 3, se puede ver de forma más específica dichas recomendaciones y con un ejemplo de las raciones de cada grupo de alimentos.

Entonces, se puede afirmar que las principales recomendaciones incluidas en las guías alimentarias se refieren a mantener el peso adecuado; moderar el consumo de grasas y de carnes rojas (particularmente la de vacuno y sobre todo las carnes procesadas); aumentar el consumo de cereales, preferentemente integrales, y aumentar el consumo de frutas, verduras y pescado; utilizar productos lácteos, total o parcialmente desnatados; moderar el consumo de alcohol y sal, y promocionar la práctica de ejercicio físico.

Figura 3. Pirámide de alimentación saludable (OMS, 2012).



2) Importancia de la alimentación y su relación con la salud

El nivel de salud-enfermedad de un país o región va ligado a múltiples factores: el estilo de vida (actividad, estrés, tabaco, alcohol), patrones alimentarios y susceptibilidad individual o tendencia genética de las personas.

Los hábitos alimentarios a lo largo de la vida pueden modelar la calidad e incluso la duración de la misma como factor determinante en la prevención y en la curación de las enfermedades. Cada vez es mayor el interés por saber qué alimentos hay que tomar y en qué cantidad, para conseguir una alimentación que favorezca la salud sin dejarse influir por la publicidad consumista, la propaganda pseudocientífica o los viejos y erróneos conceptos arraigados en la tradición.

Hay muchas formas de alimentarse pero una sola de nutrirse y todas son buenas si aportan al organismo los nutrientes necesarios. La cultura de cada pueblo ha desarrollado una gastronomía propia, fruto de la sabiduría de muchas generaciones, acorde con sus características, gustos, costumbres y posibilidades. La importancia de la alimentación viene dada porque satisface una necesidad básica del ser humano para la formación y conservación de la vida.

Un buen estado de nutrición es el resultado del equilibrio entre el ingreso y el gasto de nutrientes. Está directamente relacionado con un completo estado de salud físico, mental y social, así como con la prevención de enfermedades.

Socialmente es un medio para mejorar la productividad, el desarrollo económico y el bienestar de la población. Además, comer es un placer de todos los tiempos y todas las edades, además favorece las relaciones sociales.

Para los griegos, dieta (diaita) significaba “régimen de vida” y “conjunto de los hábitos del cuerpo y del alma que constituyen la actividad vital del hombre” (siglos VI a.C.). Además de un modelo alimentario, una dieta debe incluir otros factores como ejercicio físico, actividad, higiene, modo de ingerir los alimentos o cantidad de líquidos. El modelo de consumo alimentario español, como en los países industrializados, ha evolucionado en las últimas décadas debido a los avances tecnológicos, de producción, cambios sociales, etc., dando lugar a un ilimitado consumo y a la sobrealimentación. Se ha incrementado el consumo de alimentos de origen animal y de alta densidad energética, acompañado de una disminución en el consumo de alimentos vegetales. Este cambio se traduce en una mayor

ingesta calórica procedente de la grasa total, de la grasa saturada y de los azúcares y en una reducción de la energía obtenida a partir de polisacáridos y proteínas de origen vegetal. A estos cambios alimentarios se unen otros en el estilo de vida (sedentarismo) que conllevan un menor gasto energético.

El elevado aporte proteico, en su mayoría proteínas de alto valor biológico, se relaciona con la ausencia de enfermedades por desnutrición proteica, con el ascenso de la talla media de los habitantes y con la aceleración de la edad puberal en las mujeres. Pero también influye negativamente en la incidencia de enfermedades metabólicas (hiperuricemia), en la progresión de enfermedades renales, en el envejecimiento renal fisiológico y en la descalcificación ósea debido a la edad, ya que aumenta la eliminación urinaria de calcio.

Por la cantidad de grasa saturada que contiene, favorece también las hiperlipemias y la obesidad. El excesivo consumo de aceites, mantequillas, margarinas, grasas de origen animal y grasa no visible (productos preparados industrialmente, pastelería comercial, etc.), favorece la formación de la placa de ateroma, causa de la cardiopatía isquémica.

El bajo consumo de polisacáridos lleva unida una disminución en el aporte de fibra. Ésta es importante porque favorece el peristaltismo y el trofismo intestinal, por lo que previene el estreñimiento, la diverticulosis y el cáncer de colon. El consumo de azúcares se ha incrementado, contribuyendo a la tendencia a la obesidad y la diabetes mellitus tipo 2.

Tabla 2. Talla y su correspondiente peso ideales para las mujeres y hombres.

		Mujeres					Hombres						
		Pequeña		Mediana		Grande	Pequeño		Mediano		Grande		
Altura	[mts.]	Peso [kg.]		Peso [kg.]		Peso [kg.]	Peso [kg.]		Peso [kg.]		Peso [kg.]		
		Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.
	1.5	45.00	47.25	46.13	50.63	47.25	52.88	45.00	50.18	48.38	55.40	50.63	56.25
	1.52	46.21	48.52	47.36	51.98	48.52	54.29	46.21	51.52	49.67	56.88	51.98	57.76
	1.54	47.43	49.80	48.62	53.36	49.80	55.73	47.43	52.89	50.99	58.39	53.36	59.29
	1.56	48.67	51.11	49.89	54.76	51.11	57.19	48.67	54.27	52.32	59.92	54.76	60.84

1.58	49.93	52.42	51.18	56.17	52.42	58.67	49.93	55.67	53.67	61.46	56.17	62.41
1.6	51.20	53.76	52.48	57.60	53.76	60.16	51.20	57.09	55.04	63.03	57.60	64.00
1.62	52.49	55.11	53.80	59.05	55.11	61.67	52.49	58.52	56.42	64.61	59.05	65.61
1.64	53.79	56.48	55.14	60.52	56.48	63.21	53.79	59.98	57.83	66.22	60.52	67.24
1.66	55.11	57.87	56.49	62.00	57.87	64.76	55.11	61.45	59.25	67.84	62.00	68.89
1.68	56.45	59.27	57.86	63.50	59.27	66.33	56.45	62.94	60.68	69.49	63.50	70.56
1.7	57.80	60.69	59.25	65.03	60.69	67.92	57.80	64.45	62.14	71.15	65.03	72.25
1.72	59.17	62.13	60.65	66.56	62.13	69.52	59.17	65.97	63.61	72.84	66.56	73.96
1.74	60.55	63.58	62.07	68.12	63.58	71.15	60.55	67.52	65.09	74.54	68.12	75.69
1.76	61.95	65.05	63.50	69.70	65.05	72.79	61.95	69.08	66.60	76.26	69.70	77.44
1.78	63.37	66.54	64.95	71.29	66.54	74.46	63.37	70.66	68.12	78.01	71.29	79.21
1.8	64.80	68.04	66.42	72.90	68.04	76.14	64.80	72.25	69.66	79.77	72.90	81.00
1.82	66.25	69.56	67.90	74.53	69.56	77.84	66.25	73.87	71.22	81.55	74.53	82.81
1.84	67.71	71.10	69.40	76.18	71.10	79.56	67.71	75.50	72.79	83.35	76.18	84.64
1.86	69.19	72.65	70.92	77.84	72.65	81.30	69.19	77.15	74.38	85.18	77.84	86.49
1.88	70.69	74.22	72.46	79.52	74.22	83.06	70.69	78.82	75.99	87.02	79.52	88.36
1.9	72.20	75.81	74.01	81.23	75.81	84.84	72.20	80.50	77.62	88.88	81.23	90.25
1.92	73.73	77.41	75.57	82.94	77.41	86.63	73.73	82.21	79.26	90.76	82.94	92.16
1.94	75.27	79.04	77.15	84.68	79.04	88.44	75.27	83.93	80.92	92.66	84.68	94.09
1.96	76.83	80.67	78.75	86.44	80.67	90.28	76.83	85.67	82.59	94.58	86.44	96.04
1.98	78.41	82.33	80.37	88.21	82.33	92.13	78.41	87.42	84.29	96.52	88.21	98.01
2	80.00	84.00	82.00	90.00	84.00	94.00	80.00	89.20	86.00	98.48	90.00	100.00
2.02	81.61	85.69	83.65	91.81	85.69	95.89	81.61	90.99	87.73	100.46	91.81	102.01
2.04	83.23	87.39	85.31	93.64	87.39	97.80	83.23	92.80	89.47	102.46	93.64	104.04
2.06	84.87	89.12	86.99	95.48	89.12	99.72	84.87	94.63	91.24	104.48	95.48	106.09
2.08	86.53	90.85	88.69	97.34	90.85	101.67	86.53	96.48	93.02	106.52	97.34	108.16

3) Enfermedades que se derivan de la mala alimentación

a) Prediabetes

La prediabetes es un término médico que se refiere a niveles de glucosa en la sangre por encima de los valores normales, pero no son tan altos como para llamarse diabetes mellitus, es un nivel entre el normal y el de la diabetes. Las personas que tienen niveles de glucosa en valores de prediabetes tienen un elevado riesgo de tener diabetes mellitus 2 en el

futuro, así como de desarrollar complicaciones cardiovasculares. La prediabetes es asintomática, para evitarla es necesario el consumo de alimentos con índice glicémico medio, y restringir los alimentos de índice glicémico alto en la dieta, aumentar la actividad física y al bajar el peso se puede dar marcha atrás a la prediabetes y, por tal razón, retrasar o prevenir la diabetes tipo 2.

La prevalencia de prediabetes se ha incrementado notablemente en las últimas décadas. Un alto porcentaje de niños y adolescentes con prediabetes se revertirá a una tolerancia normal a la glucosa, lo que plantea interrogantes sobre la implicación de períodos transitorios de intolerancia a la glucosa en este grupo de edad. Dada la escasez de datos para apoyar las intervenciones farmacéuticas en adolescentes con prediabetes, su manejo se centra en cambios en el estilo de vida, en la adopción de una dieta saludable y hábitos de actividad física adecuados.

Atendiendo a los factores de riesgo existentes (como edad superior a 45 años, exceso de peso, antecedentes familiares, poca actividad física, diabetes gestacional en el embarazo y seguimiento de dieta poco saludable), pueden ser un indicativo de posible existencia de prediabetes, pero lo cierto es que el análisis sanguíneo primero y posteriormente la prueba de tolerancia a la glucosa, son las pruebas más efectivas para su diagnóstico.

En Alemania el índice de jóvenes con prediabetes es del 8% según Madrid (2002), es alto este dato y con los programas sanitarios y educativos se quiere controlar y en el mejor de los casos disminuirlo. La mayor prevalencia se presenta en las mujeres.

b) Sobrepeso

El sobrepeso es un incremento del peso del cuerpo por sobre el valor indicado como saludable de acuerdo a la talla del individuo. Por lo general, el sobrepeso se asocia a un nivel elevado de grasa, aunque también puede producirse por acumular líquidos o por un desarrollo excesivo de los músculos o de los huesos.

Alemania está gorda “versa la frase muy generalizada en Europa, pues este país ostenta el récord en personas obesas y con sobrepeso en Europa. De los 82 millones de alemanes, 40 millones se podrían considerar "gordos", y de éstos, 2 millones son niños. De esta manera, Alemania se encuentra ya con niveles comparables a Estados Unidos en cuanto a número de personas obesas, con casi el 60% de los hombres y el 35% de las mujeres con sobrepeso.

En Alemania, uno de cada cinco jóvenes tiene sobrepeso por lo que podría considerarse obeso, por lo que ya existe en el país una clínica única en su género en Europa para el tratamiento de menores "gordos". El Estado paga los costos de un tratamiento que va de seis meses a un año, pero las recaídas superan el 70%. Un segundo tratamiento ha de salir del propio bolsillo. En Alemania el sobrepeso en los mayores de 17 años afecta a un 45% de los varones y a un 33% de las mujeres.

Por estas cifras alarmantes se pretende aplicar programas que deben aplicarse desde el nivel educativo de preescolar y continúen en todas las escuelas con instrucción sobre una sana alimentación. Se harán recomendaciones para que en los comedores de las empresas en lugar de golosinas se ofrezcan productos frescos, como frutas, y se intentará mejorar las condiciones para que el ciudadano se mantenga en movimiento.

c) Obesidad

Se define a la obesidad, como un estado físico de excesiva grasa corporal, y amenaza en convertirse rápidamente en la principal causa de mortalidad del siglo XXI, lo que pone en riesgo los sistemas de salud de varios países del mundo.

Cuando de estereotipos se trata, es fácil imaginar que los jóvenes alemanes son rubios, de ojos azules y con evidente sobrepeso debido a una dieta saturada de salchichas, patatas y chocolate. Según un informe de la Asociación Internacional para el Estudio de la Obesidad, Alemania tiene la

mayor cantidad de personas obesas en Europa. El 22% de los hombres y el 23.5% de las mujeres pueden considerarse dentro del rango de personas con obesidad, uno de cada tres niños es obeso.

Al hablar de obesidad uno se da cuenta que confluyen aquí todo tipo de problemáticas: desde aspectos de salud pública, economía, factores psicológicos, sociales y hasta estéticos, que hacen de éste un tema bastante complejo.

La obesidad tiene consecuencias preocupantes para la salud, como un aumento de las enfermedades cardiovasculares (tanto enfermedad coronaria como accidentes cerebrovasculares), hipertensión arterial, diabetes tipo 2, algunos tipos de tumores (endometrio, mama, colon, próstata, riñón y vesícula biliar) y enfermedades músculo-esqueléticas, (Martínez, 2012).

Además, se debe tener en cuenta que la esperanza de vida del individuo obeso disminuye en relación inversa al porcentaje de sobrepeso. El acortamiento de la esperanza de vida para una persona obesa se ha estimado en 4 años, con un riesgo de muerte súbita tres veces mayor que para la población no obesa.

El estudio de Pratz (2011), en Alemania pone de manifiesto que la obesidad en edad infantil y juvenil está adquiriendo dimensiones que merecen una especial atención. La prevalencia de obesidad entre los 2 y los 24 años en Alemania se estima en un 16% y la prevalencia de sobrepeso, en un 14%. Así, por encima de los valores de sobrepeso encontraríamos al 26% de la población infantil y juvenil alemana. La prevalencia de obesidad es más elevada en los varones (18%) que en las mujeres (16%), con una diferencia estadísticamente significativa.

Según estimaciones de la OMS, en 2015 morirán 41 millones de personas a causa de alguna enfermedad crónica relacionada con la obesidad y el sobrepeso, de agudizarse este problema, el 80% del gasto sanitario mundial se invertirá en tratar estas enfermedades. En Alemania, el tratamiento de las

enfermedades relacionadas a la obesidad cuesta al Estado, 70 mil millones de euros al año.

2.2.2. Actividad física

En las cuatro décadas anteriores al 2010, ha habido un incremento muy importante del sedentarismo, ligado a una disminución progresiva de la cantidad de ejercicio físico que realiza la población alemana, (Bird, 2011).

Los avances tecnológicos y en el transporte (multitud de artefactos electromecánicos que hacen la vida más cómoda pero más sedentaria como por ejemplo, los ascensores y las escaleras mecánicas, han provocado que las personas reduzcan progresivamente su actividad física en las actividades de la vida diaria, disminuyendo el gasto energético asociado a ello y por tanto, se conviertan en sedentarios. Además, es fácil imaginar que esta tendencia va a continuar en el futuro.

A esto, hay que añadir un entorno sofisticado, urbanístico, estresante poco favorable a la práctica de actividad física. Por lo que, se necesitan urgentemente medidas de salud pública eficaces para promover la actividad física y mejorar la salud pública en todo el mundo en general, y de la alemana en particular, (Douglas, 2006).

1) Conceptualizaciones básicas

La actividad física y el ejercicio no son palabras sinónimas y, aunque se trata de conceptos parecidos, sus conceptos son diferentes, (Martínez, 2010).

a) La actividad física es el movimiento corporal producido por la contracción del músculo esquelético que aumenta el gasto energético por encima del nivel basal. Así pues, al hablar de actividad física debemos valorar las actividades que una persona realiza durante las 24 horas del día (el trabajo, las tareas del hogar, las actividades de ocio o de tiempo libre y el transporte). Se trata, por tanto, de un término amplio que engloba al de ejercicio físico.

b) En cambio, el término "ejercicio físico" se utiliza para indicar la actividad física que es programada, estructurada y repetitiva que produce un mayor o menor consumo de energía, y cuyo principal objetivo es la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la forma física.

Tanto el ejercicio físico como la actividad física se definen por 4 componentes: i) tipo (modalidad del ejercicio), ii) intensidad (consumo energético por unidad de tiempo), iii) frecuencia (número de veces que se realiza la actividad física durante una semana) y, iv) duración (tiempo durante el cual se realiza la actividad física).

La forma física, consiste en una serie de atributos que las personas tienen o adquieren y que están relacionados con la capacidad de realizar actividad física. También se puede definir como la capacidad de realizar trabajo físico. La forma física es necesaria para todas las actividades de la vida diaria y constituye un indicador de primer orden del estado de salud, además de ser un factor protector independiente de riesgo cardiovascular. Una persona con buena forma física tiene mayor capacidad para tolerar los desafíos físicos que plantea la vida diaria, mientras que la que no está en forma, se verá obligada a interrumpir la actividad a causa de la fatiga.

Se distinguen cinco componentes de la forma física: i) resistencia cardiorrespiratoria (corazón y pulmones), ii) fuerza muscular, iii) resistencia muscular, iv) composición corporal y, v) flexibilidad. La resistencia cardiorrespiratoria es la capacidad para efectuar una actividad física prolongada. La fuerza y resistencia musculares están relacionadas y mejoran con ejercicios de carga. Las proporciones de músculo, tejido adiposo (grasa) y agua conforman la composición corporal. La flexibilidad guarda relación con la amplitud de movimientos y mejora con ejercicios suaves y sistemáticos de estiramiento muscular y del tejido conjuntivo que rodea los músculos.

El deporte, es un tipo de ejercicio que lleva implícito la competición con otras personas o contra uno mismo. El deporte se puede definir como un juego o un sistema ordenado de prácticas corporales en el que se hacen pruebas de agilidad, destreza o fuerza. El deporte tiene dos vertientes, el deporte de

competición y el deporte de ocio.

En cambio, el sedentarismo, es la falta de actividad física. En realidad, todas las personas tienen un cierto gasto energético, por lo que de forma operativa el sedentarismo se deberá definir como la falta de una cantidad determinada de actividad física, bien de forma diaria o semanal. Se acepta que un gasto menor de 500 cal/semana, en los dos tipos de actividad física (laboral y de ocio) determinará el concepto de sedentarismo.

2) Evaluación de la actividad física

El gasto energético asociado a la actividad física es uno de los componentes del gasto energético total de la persona. Existen diferentes formas de medir la intensidad del ejercicio físico: METs, Kilocalorías, consumo de oxígeno, frecuencia cardíaca, test del habla o escala subjetiva de Borg. El MET (Metabolic Energy Turnover) o equivalente metabólico, es una unidad que se utiliza para estimar el costo metabólico (consumo de oxígeno) de la actividad física. Un MET es igual a la tasa metabólica en reposo de aproximadamente 3,5 mL O₂/kg/min, y representa la tasa aproximada de consumo de oxígeno de un adulto de unos 70 kg sentado en reposo. La actividad física incluye la actividad realizada a una intensidad de tres a seis MET, o el equivalente a caminar rápidamente, de 4 a 6 kilómetros por hora. Pasear en bicicleta, nadar de forma moderada, jugar fútbol, hacer limpieza general en casa, o cortar el césped también constituyen una actividad física moderada, (Pate, 2005).

$$\text{Valor en MET} = \frac{\text{Gasto energético/ kg de peso/ hora}}{\text{Gasto energético/ kg peso/ hora en reposo}}$$

También se pueden utilizar las kilocalorías para determinar el gasto de energía. Así por ejemplo, caminar 1 km implica un gasto energético equivalente a consumir aproximadamente 140 kcal. Correr 1 km supone gastar unas 200 kcal. Se da la equivalencia de que una actividad física que requiera una intensidad de 1 MET supone un gasto de energía de 1 kcal/kg de peso/h. Ahora bien, el gasto de energía

tiene un amplio margen de variabilidad, dependiendo de la composición corporal y de la eficacia metabólica del sujeto.

Figura 4. Tipos de ejercicio físico según el gasto calórico.

Ejercicio moderado ligero (gasto <7 Cal/min)	Ejercicio moderado-fuerte (gasto 8-12 Cal/min)	Ejercicio fuerte (gasto >12 Cal/min)
<ul style="list-style-type: none"> •Tiro al arco •Bicicleta (8-16 km/h) •Billar •Bolos •Bailar •Golf •Montar a caballo •Nadar (18-23m/min) •Caminar (3-6 km/h) 	<ul style="list-style-type: none"> •Baloncesto •Bicicleta (17-22 km/h) •Bailar, aerobio •Frontón •Correr (5-7 km/h) •Fútbol •Nadar (27-46 m/min) •Tenis •Voleibol •Caminar (7-9 km/h) 	<ul style="list-style-type: none"> •Bicicleta (24-28 km/h) •Correr (11-15 km/h) •Esquí de fondo •Nadar (50-64 m/min)

Según la OMS (2012), se entiende por actividad física moderada la que requiere un ejercicio físico moderado, que acelera de forma perceptible el ritmo cardíaco, y requiere aproximadamente entre 3 y 6 MET. Ejemplos de ejercicio moderado son: caminar a paso rápido, bailar, realizar tareas domésticas, etc. En cambio, una actividad física intensa requiere una gran cantidad de esfuerzo y provoca una respiración rápida y un aumento sustancial de la frecuencia cardíaca (aproximadamente más de 6 MET). Ejemplos de ejercicios vigorosos son: footing, ascender a paso rápido, desplazamientos rápidos en bicicleta, aerobio, natación rápida, deportes y juegos competitivos (fútbol, vóleybol, baloncesto, etc.). Se debe tener en cuenta que la intensidad de las diferentes formas de actividad física varía de una persona a otra. La intensidad de la actividad física depende de lo ejercitado que esté cada uno y de su forma física. Por consiguiente, los ejemplos anteriores son orientativos y varían de una persona a otra.

Para la población adulta están cuantificadas más de 600 actividades relacionadas con el gasto energético que suponen, (Ainsworth, 2011). Estas actividades están definidas a partir de pruebas realizadas a personas jóvenes sanas y en condiciones de laboratorio. Cuando se debe calcular el gasto energético a partir de un método subjetivo, por ejemplo mediante un cuestionario,

se utilizan estos valores de MET asignados a cada actividad física para, juntamente con la frecuencia y la duración de la misma, realizar este cálculo.

La intensidad suele definirse también en términos categóricos como: ligera, moderada y vigorosa. En general se define la actividad física moderada como aquella que “hace respirar un poco más fuerte de lo normal” o que supone “empezar a sudar”. La actividad vigorosa es aquella que supone “respirar mucho más fuerte de lo normal” o “que aumenta la respiración dificultando el mantener una conversación”. Estas intensidades han sido catalogadas en valores de MET, tanto en población adulta como en niños y jóvenes. En población adulta la actividad moderada equivale a un intervalo de 3 a 6 METs, la intensa a más de 6 METs. En niños y jóvenes se ha definido la actividad física ligera como aquella que supone un gasto energético inferior a 5 METs, la moderada entre 5 y 8 METs y la intensa superior a 8 METs. Evidentemente, esta definición está sometida a la percepción individuo que es examinado y, por tanto, depende de la edad, sexo, nivel de condición física de la persona así como de la duración total de la actividad física que se está evaluando, (OMS,2012).

3) Beneficios del ejercicio físico

La relación entre la actividad física y los beneficios sobre la salud son ampliamente conocidos. Así como, que el sedentarismo provoca problemas importantes de salud y se convierte en el germen de muchas enfermedades, tanto de forma directa como indirecta.

La actividad física regular es una parte importante del estilo de vida saludable que comporta beneficios que contribuyen al bienestar de las personas en los ámbitos físico, psíquico y social, (Duncan, 2007). Los resultados son tan evidentes, que cada vez existe un mayor consenso por impulsar la actividad física como fuente de salud. La evidencia científica se ha acumulado de tal modo, que los estudios actuales se enfocan ya más al estudio de la naturaleza de las relaciones entre ambos elementos, que en determinar si estas relaciones existen. Además, se debe tener en cuenta que la importancia de la práctica de ejercicio físico es doble, ya que además de ser un hábito saludable en sí mismo, es un

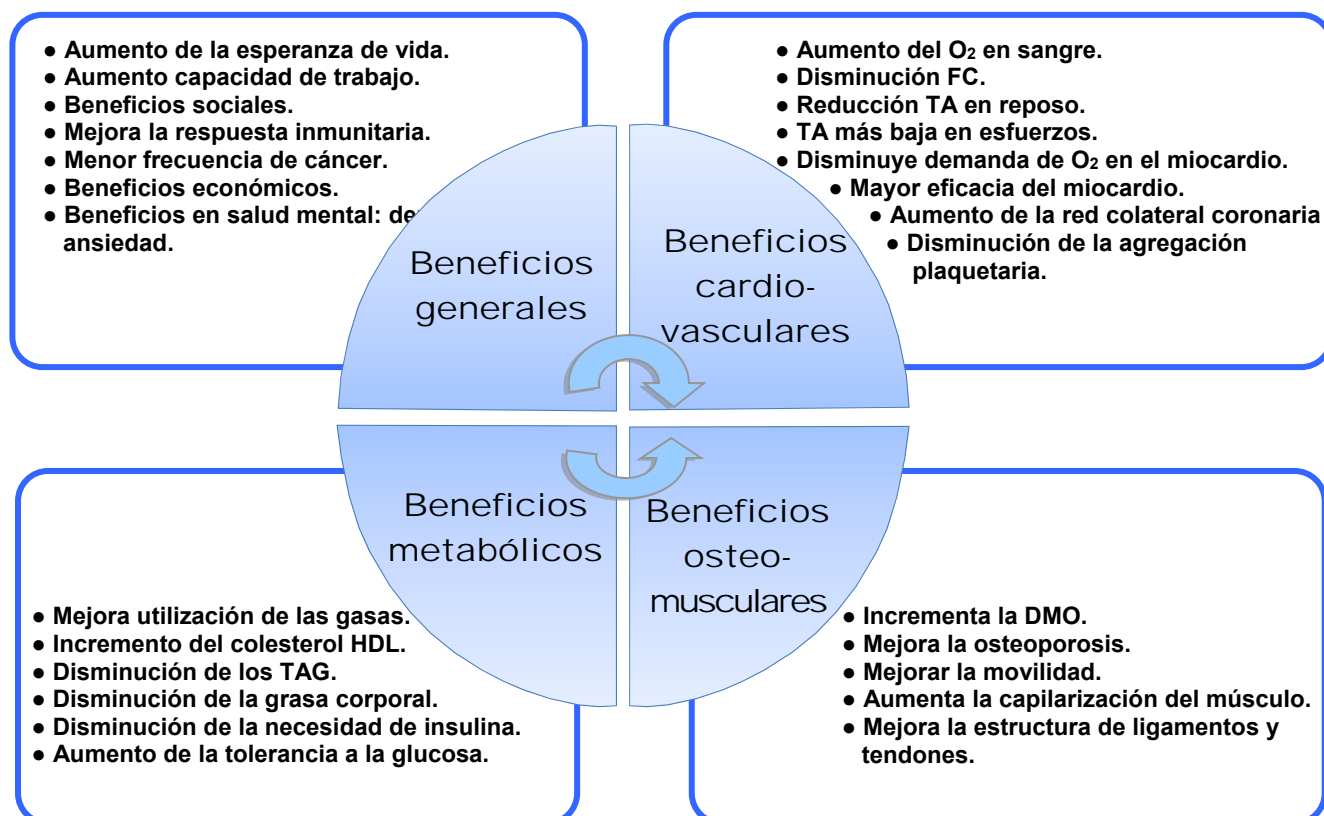
impulsor de otros hábitos de salud.

Las personas que presentan un estilo de vida activo tienen tasas más bajas de mortalidad y una mayor longevidad que las que mantienen una actividad sedentaria, (Knoops, 2014). Es más, aquellas que en un determinado momento de su vida abandonan el sedentarismo e inician una forma de vida físicamente activa, también reducen de forma significativa sus tasas de mortalidad, aunque hay que tener presente que la protección que otorga el ejercicio físico no es permanente si se deja de practicar. Sus beneficios se dan mientras la actividad física se mantenga en el tiempo (Wing, 2004), y se produce además una reducción de la mortalidad a medida que el nivel de forma física aumenta, (Balady, 2002).

Un reciente estudio publicado en la revista Lancet de octubre del 2012, demuestra que 15 minutos al día o 90 minutos a la semana de ejercicio físico produce una reducción en todas las causas de muerte, incluidos todos los tipos de cáncer, así como un aumento de la vida útil de las personas de 3 años, (Wen, 2011).

Los estudios epidemiológicos analíticos han ido acumulando evidencias no sólo del efecto protector de la actividad física sobre diversas enfermedades, sino de que la buena forma física supone una reducción del riesgo de muerte por todas las causas, independientemente de la presencia de otros factores de riesgo, además de mejorar la calidad de vida de forma considerable. Asimismo, el sector de la población que puede beneficiarse de esta posibilidad es amplísimo, lo que incrementa considerablemente el impacto potencial de las intervenciones. Así, adoptar un estilo de vida físicamente más activo se ha asociado, entre otras cosas, con un menor riesgo de hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, obesidad, diabetes y otras enfermedades y afecciones tales como la modificación del nivel de tolerancia a la glucosa, de la sensibilidad a la insulina o del perfil lipídico (Martínez, 2010), así como, ansiedad, depresión (Pollock, 2008), insomnio y los trastornos del ánimo. Aunque menos sólidas, también existen pruebas de un efecto favorable sobre la incidencia de algunos cánceres, especialmente el de colon, próstata, mama, endometrio, ovario y testículo (Johnson, 2010) y sobre la litiasis renal. Estudios recientes, han demostrado que la pérdida de peso inducida por el ejercicio, reduce significativamente la grasa total y la visceral, además de mejorar la condición respiratoria. La actividad física que no se acompaña de reducción de peso también tiene los mismos efectos beneficiosos, (Ross, 2004). Pueden verse de forma esquemática los beneficios del ejercicio físico en la figura 5.

Figura 5. Beneficios de la actividad física.



A partir de los estudios epidemiológicos descritos anteriormente, a continuación se exponen algunas enfermedades y procesos en los que existe un potencial preventivo o terapéutico al adoptar un estilo de vida que incluya la práctica de actividad física.

a) Contra las enfermedades cardiovasculares: La actividad física regular reduce el riesgo de mortalidad por enfermedad cardiovascular en general y cardiopatía coronaria en particular, con un nivel similar al de otros factores relacionados con el estilo de vida, como por ejemplo el tabaquismo. Además, el ejercicio físico regular previene o retrasa el desarrollo de la hipertensión y mejora la situación de las personas que ya la padecen. Se pueden lograr unas disminuciones medias de 10 mmHg en la presión arterial tras 6 meses de práctica de ejercicio aeróbico. Por otra parte, el entrenamiento aeróbico induce efectos beneficiosos sobre las lipoproteínas, incrementando las HDL y disminuyendo las LDL y los triglicéridos, (Warburton, 2006).

El riesgo relativo de padecer un evento cardiovascular es el doble en individuos sedentarios que en activos. En la investigación de D'Adamo (2007), se demostró

que tras 14 años de seguimiento la morbimortalidad cardiovascular era inversamente proporcional al nivel de actividad física.

Los mecanismos por los que el ejercicio previene la cardiopatía isquémica son diversos, desatancando los siguientes, (Schuler, 2011):

- Se consume menos oxígeno, ya que el trabajo cardiovascular y respiratorio se hace más eficiente. De esta forma hay más oxígeno para abastecer el miocardio.
- Aumento del flujo coronario.
- Descenso de la frecuencia cardíaca con mayor volumen diastólico, y por tanto sistólico, reduce el trabajo del miocardio que disminuye el consumo intrínseco de oxígeno.
- Se favorece la circulación colateral coronaria debido al entrenamiento.

b) Contra la obesidad: La actividad física puede actuar favorablemente tanto en la disminución como en la distribución de la grasa corporal. El rol de la actividad física en la prevención del sobrepeso y la obesidad es esencial, dos problemas muy frecuentes en las sociedades industrializadas. El sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo muy importantes y causa de muchas enfermedades como la cardiopatía coronaria, los accidentes cerebrovasculares, la diabetes, la artrosis, el dolor lumbar, algunos cánceres, además de numerosos problemas de carácter psicológico y social. Los estudios demuestran de forma convincente que, sin una actividad física regular, el control de peso suele resultar imposible de lograr. Además, se ha demostrado que el ejercicio físico resulta más efectivo que la dieta para el control de peso a largo plazo, (Estrella, 2011).

c) Contra la diabetes mellitus tipo 2: La actividad física practicada con regularidad reduce el riesgo de desarrollar la diabetes mellitus tipo 2, además de aumentar la tolerancia a la glucosa. El ejercicio físico tiene una serie de efectos sobre la diabetes:

- Directa: aumento del número y de la sensibilidad de los receptores a la insulina a nivel del músculo y adipocitos, aumento del transporte de glucosa y mejor modulación en la secreción de la insulina.

- Indirecta: disminución del peso, disminución del porcentaje de grasa, mejor flujo vascular, disminución de la concentración de glucosa, mayor síntesis de glucógeno, y disminución de los lípidos sanguíneos.

d) Contra la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y asma: El ejercicio en personas con EPOC disminuye los síntomas respiratorios y mejora la habilidad para llevar a cabo las tareas diarias. Aunque, en este caso, debe tenerse en cuenta el grado de alteración respiratoria a la hora de aconsejar el ejercicio. También se han podido comprobar mejorías importantes con programas de ejercicio en niños asmáticos como disminuciones del umbral de la crisis asmática y del número de crisis asmáticas, así como una mejora del estatus asmático.

e) Contra el cáncer: La actividad física se asocia con una reducción del cáncer de colon (reduciéndose entre un 20-30%). El ejercicio físico afecta al control del tránsito del colon y estimula su peristaltismo. Existen evidencias científicas suficientes que muestran menor incidencia de cáncer de próstata y de mama en sujetos activos respecto a los no activos. Los datos de que se dispone, son muy contundentes para extraer conclusiones relativas a los cánceres de endometrio, ovario o testículos, (Martínez, 2012).

f) Contra enfermedades psicosociales: La actividad física parece aliviar los síntomas de depresión y ansiedad, y mejorar el estado de ánimo. Es muy probable que algunos efectos psicológicos beneficiosos estén relacionados con un incremento de endorfinas, que produce un aumento de la sensación de bienestar y de euforia. La actividad física o el ejercicio además de producir una sensación de bienestar, influye en el nivel de autosatisfacción, el aumento de la seguridad y la confianza en uno mismo, lo que hace que mejoren las funciones a nivel personal, social y laboral. Los sujetos que realizan ejercicios, mejoran las funciones intelectuales, reducen el tiempo de reacción para labores mentales en las que participa la memoria. El ejercicio físico es utilizado como apoyo en la ejecución de programas de rehabilitación de personas drogadictas y alcohólicas, (Warburton, 2006).

Según un estudio realizado por el Ministerio Federal de Alemania (2013), el 60% de los encuestados practica algún ejercicio físico en su tiempo libre. De este porcentaje, las mujeres participan en una proporción del 46% frente al 54%, realizado por los varones. La población comprendida entre de 18 y 30 años muestran el mayor porcentaje (64%) y el grupo de edad de 31 a 45 años, el 57% de personas que realizan ejercicio físico. Pero lo que es realmente preocupante, es que a medida que aumenta la edad va perdiéndose el hábito de realizar actividad física, (INE, 2010). Además, la mayor parte de la población desarrolla su actividad laboral en puestos de trabajo que producen consumos energéticos bajos, y en consecuencia, no obtienen ninguna protección frente al riesgo de desarrollar enfermedades, y por tanto, es en el tiempo libre cuando deberían dedicar un tiempo a desarrollar algunas actividades físicas.

Lograr que las personas adopten una vida activa es un proceso complejo que se ve influenciado por varios factores, incluyendo factores personales, sociales y ambientales. Se cree que un estilo de vida saludable en la etapa adulta se consigue con los hábitos adquiridos en edades tempranas, sobre todo durante la infancia y adolescencia. Diversas investigaciones han demostrado que la actividad física disminuye de manera significativa entre la adolescencia y la juventud, y esto puede ser explicado por el hecho de que la práctica de ejercicio físico se convierte en una actividad voluntaria cuando las personas abandonan la educación secundaria y empiezan a trabajar o estudiar en la universidad. Un análisis de estudios previos sobre las conductas de los estudiantes de educación superior en relación a la actividad física y a los factores determinantes encontró que alrededor del 50% de estos estudiantes son físicamente inactivos, (González, 2009). Cambios en los niveles de actividad física y en la aptitud física entre la adolescencia y la juventud se han relacionado con el aumento de peso (Weineck, 2001), y con un mayor riesgo de desarrollar factores de riesgo cardiovascular en la edad adulta.

La educación superior (universitaria y no universitaria) es un contexto ideal en el cual el aprender y consolidar la vida personal y profesional, incluyendo un estilo de vida va a determinar la salud futura (Weeder, 2010). Sin embargo, muchos estudiantes se enfrentan a una creciente presión debido a la participación en

actividades académicas, sin tiempo ni la motivación suficiente para el desarrollo de actividades físicas. De hecho se ha informado que la inactividad física, es un problema grave entre los estudiantes de educación superior, lo que podría contribuir a los inconvenientes de no ser suficientemente activos, destacando la importancia de los programas de actividad física en estas instituciones. Debe ser responsabilidad de las universidades y escuelas superiores el promover la práctica de actividad física y la participación en actividades deportivas entre sus estudiantes. Para ello, es necesario examinar los patrones de actividad física y los factores determinantes de los estudiantes con múltiples proyectos o programas.

g) Contra el sedentarismo

El sedentarismo constituye una de las 10 causas fundamentales de mortalidad y discapacidad. La OMS (2012), estima que la inactividad física causa en conjunto 1,9 millones de defunciones a nivel mundial y está relacionada con la prevalencia del cáncer de mama, cáncer colorrectal y diabetes mellitus, y aproximadamente un 22% de los casos de cardiopatía isquémica.

La Encuesta Nacional de Salud, relaciona la inactividad con un 11% del total de las muertes en Alemania (INE, 2010). Por lo que podemos concluir que el sedentarismo es un factor de riesgo, asociado a los hábitos de vida actuales, que más impacto tiene sobre la salud por su clara implicación en el desarrollo de numerosas enfermedades.

La OMS (2012), en su informe anual sobre la salud en el mundo, destaca que un 47% de la mortalidad puede atribuirse a sólo 20 factores de riesgo principales y, más de una tercera parte mueren debido a los 10 primeros factores. En la tabla 3 puede apreciarse que en los países europeos, el sedentarismo es el 7mo. factor de riesgo, y con evidencia científica de su incidencia sobre el 2do., 4to., y 5to., factores (hipertensión, dislipidemias y exceso de peso).

Tabla 3. Factores de impacto sobre la mortalidad en los países europeos.

FACTOR DE RIESGO

Tabaquismo	12,2%
Hipertensión Arterial	10,9%
Consumo de alcohol	9,2%
Dislipemias	7,6%
Exceso de peso	7,4%
Bajo consumo de frutas y verduras	3,9%
Inactividad física	3,3%
Drogas ilícitas	1,8%
Prácticas sexuales de riesgo	0,8%
Carencia de hierro	0,7%

Fuente: *Modificado del Informe sobre la Salud en el Mundo de 2012 (OMS).*

Las consecuencias económicas del sedentarismo todavía no se conocen con exactitud. En Estados Unidos sabemos que significa el 5% de su gasto público anual en salud, (OPS, 2002).

La patología que tiene mayor relación con el sedentarismo es la obesidad. Según la OMS (2012), la obesidad y el sobrepeso han alcanzado caracteres de epidemia a nivel mundial, por lo que representan uno de los principales problemas de la salud pública.

Se calcula que en la Unión Europea la obesidad representa hasta un 9% de los gastos de salud pública, cifra que seguirá aumentando debido a su tendencia al alza. Aunque no se dispone de datos pormenorizados para todos los Estados miembros de la Unión Europea, los estudios realizados ponen de relieve el alto coste económico de este factor de riesgo. Distintos estudios señalan que los gastos anuales en asistencia sanitaria de un adulto medio obeso son un 37% superior a los de una persona de peso normal, y los gastos de medicación un 77% más alto. Estos costes directos no tienen en cuenta la reducción de la productividad debida a las discapacidades y a la mortalidad prematura, (Colditz, 2002).

La conducta de ver la televisión y estar en la computadora son las actividades sedentarias más estudiadas hasta el momento, y a pesar de que los resultados de

los diferentes estudios muestran una clara controversia entre la relación de las conductas sedentarias con el volumen de actividad física y el riesgo de sobrepeso y obesidad, diversos organismos oficiales, nacionales e internacionales, han hecho recomendaciones al respecto, limitando las horas que los niños y jóvenes dedican a ver televisión y estar en la computadora, (Lavielle, 2014).

Un estudio realizado en adolescentes sugirió que la falta de participación en deportes extraescolares a los 14 años, sumado a un bajo grado de actividad física escolar, se asoció a inactividad física a los 31 años, independientemente de las condiciones de adultez.

4) Estrategias de intervención

Podemos diferenciar dos tipos de estrategias de intervención: las estrategias a nivel individual y las estrategias a nivel poblacional.

El incremento de la actividad física en la vida de las personas puede realizarse de dos formas, (Wiener, 2009):

- a) Mediante un aumento del esfuerzo físico en las actividades de la vida diaria. Llegando a acumular un mínimo de 30 minutos de actividad física de intensidad moderada-alta todos los días de la semana, mediante la actitud de incorporar a la vida diaria hábitos como salir a pasear, ir a bailar, subir escaleras siempre que sea posible, desplazarse andando o en bicicleta dentro de la ciudad, etc.
- b) Otra posibilidad es realizar algún tipo de ejercicio o deporte de tipo aeróbico en el tiempo libre, al menos 3 días no consecutivos a la semana, con una duración mínima de 40 a 60 minutos por día según el deporte, y con una intensidad que lleve a trabajar en una frecuencia cardíaca que oscile entre el 60 y el 85% de la máxima teórica.

5) Actividad física y deportiva en el ámbito de la educación superior

El contexto de la educación superior es el entorno ideal para la promoción de la actividad física. Además, estar físicamente activo durante el período académico es

una forma de garantizar un buen estado de salud físico y mental.

A pesar de las evidentes ventajas, la práctica de ejercicio físico no es tan frecuente entre los jóvenes –y, especialmente los de educación superior- como sería deseable. Las conclusiones de los diferentes estudios realizados muestran la tendencia descrita en la Encuesta Nacional de Salud. Según el estudio de Francke (2009), solo el 37% de los estudiantes realiza la cantidad de ejercicio físico adecuado para su edad, además el mismo estudio alerta sobre el sedentarismo de los estudiantes de educación superior, indicando que cerca del 60% de los estudiantes estudia entre seis y diez horas al día sentado y alrededor del 75% camina dos o menos kilómetros al día.

En Alemania desde el punto de vista del fomento de la práctica de la actividad física y deportiva de la población es el propósito fundamental del Plan de Actividad Física y el soporte legal de la práctica deportiva en la Educación Superior es fundamental por dos motivos:

- a) La Educación Superior es la última etapa educativa de los estudiantes, y puede representar un último intento para conseguir mejorar su futura calidad de vida y ayudar a prevenir la obesidad y el sedentarismo.
- b) A través de la práctica de actividad físico-deportiva los estudiantes tienen la oportunidad de adquirir y reforzar aspectos importantes de su formación integral, en diferentes habilidades, competencias, destrezas, actitudes y valores (liderazgo, trabajo en equipo, comunicación, valor de la planificación y de la constancia, la resolución de problemas bajo presión, la capacidad de análisis y autocrítica, el valor del esfuerzo, la autosuperación, el respeto a las normas) que serán útiles y necesarios para su futuro profesional y para la calidad de su vida.

2.2.3. Tabaquismo

Es otro factor de riesgo para la salud y es, la primera causa de muerte evitable en los países desarrollados. Está ampliamente estudiada la relación entre el consumo de tabaco y la mortalidad. El consumo de tabaco favorece la aparición de numerosas enfermedades, como cáncer de pulmón, cardiopatía

isquémica, bronquitis crónica y enfisema, entre otras, (Hausmann, 2007). No hay un umbral de consumo por debajo del cual los riesgos para la salud desaparezcan: fumar cualquier cantidad de tabaco comporta riesgos para la salud, (Sánchez, 2005). Ahora bien, según el US Department of Health and Human Services (2009), el riesgo de padecer enfermedades causadas por el tabaco se incrementa al aumentar el número de cigarrillos fumados.

Aunque la composición exacta de los cigarrillos se desconoce, en el humo del tabaco se han aislado hasta 4.500 sustancias diferentes, muchas de ellas tóxicas para la salud. Algunas tienen capacidad de producir cáncer, otras causan lesiones irreversibles en el aparato respiratorio y en el sistema cardiovascular o bien tienen efectos irritantes, (Noriega del Valle, 2007). Las sustancias químicas del humo de tabaco más relevantes son: nicotina, monóxido de carbono, alquitranes y radicales libres.

- 1) Los cigarrillos tienen entre el 1 y 3% de nicotina. En cada inhalación se consumen alrededor de 0,12 miligramos, aunque gran parte de éstos se pierden con la combustión del cigarrillo. La dosis acumulada en el cigarrillo no es tóxica en sí misma, aun así, es la causante de la adicción.
- 2) El monóxido de carbono (CO), es un tóxico que tiene gran afinidad por la hemoglobina y está relacionado con enfermedades cardíacas y vasculares.
- 3) Los alquitranes son un conjunto de hidrocarburos aromáticos causantes de la mayoría de los diferentes tipos de cáncer.
- 4) Los oxidantes son un grupo de productos químicos capaces de producir bronquitis crónica, enfisema pulmonar e irritación en ojos, nariz y garganta.

Según la Clasificación Internacional de las Enfermedades publicada por la OMS (2015), la dependencia del tabaco o tabaquismo se considera una enfermedad crónica adictiva. El tabaquismo, a pesar de ser un hábito aceptado por una parte importante de la sociedad, es una forma de drogodependencia, puesto que la nicotina es una sustancia adictiva que presenta las características de las demás drogas, es decir, crea tolerancia, dependencia física y psicológica, a la vez que genera el síndrome de abstinencia tras abandonar el consumo.

En Alemania el consumo de tabaco, por sus características y dimensiones

actuales, es el problema sanitario que mayor mortalidad y morbilidad ha causado, ya que produce una pérdida enorme de años de vida potenciales, además de invalideces, jubilaciones prematuras, hospitalizaciones y actos sanitarios de todo tipo, y ocasiona el coste sanitario y social más elevado al que tiene que hacer frente la sociedad alemana, (Salleras, 2011).

El consumo de tabaco está muy extendido tanto en los países industrializados como en países en vías de desarrollo. En Alemania, según los datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS, 2009), el 32% de la población adulta fuma (28% regularmente y 4% ocasionalmente), los varones fuman más que las mujeres, excepto en el tramo de edad de 15 a 24 años, en que las mujeres fuman más (30% frente al 26% de los varones).

Alemania es uno de los países desarrollados donde el consumo por los jóvenes es más alto, con porcentajes del 22% en jóvenes varones y del 12% en jóvenes mujeres frente a porcentajes respectivos en EEUU (18 y 12%) o de Francia (26 y 27%), (Eriksen, 2006).

1) Tabaquismo pasivo o exposición al humo ambiental de tabaco (HAT)

El tabaquismo pasivo (o involuntario), también llamado exposición al humo ambiental de tabaco (HAT), es una mezcla del humo exhalado por los fumadores y del humo que emana de los cigarrillos. Dicho humo, contiene nicotina y varios carcinógenos y toxinas. Según un estudio de la International Agency for Research on Cancer (2012), las concentraciones de nicotina en el aire en los lugares de trabajo donde está permitido fumar y en los hogares de fumadores varía entre 2 y 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$.

El humo de tabaco está reconocido como un importante contaminante medioambiental. La evidencia científica establece que la exposición al HAT causa enfermedades, discapacidad y mortalidad, incluso entre los no fumadores, (Nebot, 2011). Además, diversos estudios han demostrado que el tabaquismo pasivo es uno de los agentes contaminantes de espacios interiores, más frecuentes y nocivos, (Begoña, 2015).

2) Estrategias de intervención en la prevención del tabaquismo

Fumar es al mismo tiempo una adicción física y psicológica, una conducta aprendida y una dependencia social. Dejar de fumar, supone por lo tanto, superar la adicción, desprenderse de una conducta y modificar la influencia del entorno, (Valdés, 2009).

Uno de los principales problemas es la gran accesibilidad que existe a la intensa publicidad del cigarro. Las industrias tabaqueras, uno de los grupos de presión más poderosos del mundo, realizan una gran inversión publicitaria destinada al mantenimiento y a la captación de nuevos fumadores en grupos de población vulnerables (niños y adolescentes), tanto a través de la publicidad directa como indirecta.

Durante años, estas campañas masivas de propaganda han inyectado agresivamente el mensaje de que fumar es glamoroso, excitante, maduro, una declaración de independencia y de reafirmación de la personalidad y, en definitiva, una forma deseable de comportamiento; sin embargo, los casi 5 millones de muertes que se producen en el mundo anualmente debido al tabaco no se mencionan en esas campañas, y la composición de los cigarrillos tampoco se declara, acogiéndose al “secreto empresarial”. Además la industria del tabaco financia una decisiva y continuada presión para cuestionar, negar y manipular las evidencias científicas acumuladas en las últimas décadas sobre los efectos del consumo de tabaco sobre la salud, las características adictivas de la nicotina y los efectos de la exposición al HAT.

Según Bedialauneta (2010), dos son los ejes principales en torno a los que hay que articular las intervenciones para la prevención y el control del tabaquismo:

- a) Impedir la iniciación al consumo,
- b) Fomentar y facilitar el abandono del consumo. Por ello, se establecen unos requisitos o condiciones básicas necesarias para el buen funcionamiento de un plan de prevención y control del tabaquismo.

3) Prevención del inicio del tabaquismo en los jóvenes universitarios

La prevención del inicio del tabaquismo en los jóvenes universitarios constituye uno de los mayores retos de la salud pública en la actualidad. Es innegable que la adolescencia es un momento crítico en el establecimiento del comportamiento de fumar.

La adicción a la nicotina se establece rápidamente, por ello la prevención del tabaquismo en los adolescentes constituye un elemento clave en la actual epidemia de tabaquismo, (Muller, 2010). En concreto, la duración del hábito de fumar y el número de cigarrillos necesarios para establecer la adicción a la nicotina es menor en esta etapa evolutiva que en los adultos, (Eysenck, 2011), lo que puede explicar el hecho de que alrededor del 80% de los adultos fumadores empezaron a fumar antes de los 18 años, (Ramos-Valverde, 2009).

Los factores asociados al inicio del consumo de tabaco en los universitarios son múltiples y se pueden agrupar en tres niveles, (Serebrinsky, 2009):

- a) Individual: corresponde a factores intrínsecos de la persona, como edad, factores cognitivos, emocionales y biológicos.
- b) Contexto social inmediato: corresponde al ámbito más cercano del adolescente como son las actitudes y conductas relacionadas con el tabaquismo de familiares y amigos.
- c) Ambiente sociocultural: es el ambiente social más ampliamente entendido como la política escolar sobre tabaquismo del centro al que asiste el adolescente o el grado de privación socioeconómica de la familia.

Según Carr (2012), a pesar de todas las consecuencias negativas del consumo de tabaco, los universitarios pueden centrarse en los aspectos positivos de dicha conducta, como el control de estados de ánimo negativos y la depresión (relajarse, concentrarse, reducir el estrés o reducir el aburrimiento), la facilidad para contactar y permanecer en un grupo (utilizando el tabaco como un vehículo para entrar en un grupo de amistad deseado, tener contacto con el otro sexo), el control del peso (especialmente en las chicas) o la identificación con una determinada imagen de

madurez y confianza en sí mismo.

Los diversos estudios longitudinales establecen claramente que el tabaquismo de los padres, hermanos y amigos se asocia con el inicio del tabaquismo adolescente, (Alarcón, 2005). Además, existen algunas evidencias sobre la asociación entre la falta de supervisión de los padres (González, 2007), bajo rendimiento académico (Gilman, 2012), asistir a una universidad tolerante con el tabaquismo, (Pardell, 2010).

2.2.4. Consumo de alcohol

La humanidad ha ingerido alcohol durante milenios con un aceptable margen de seguridad y con gran satisfacción, ocupando incluso, un importante papel en numerosas ceremonias religiosas y seculares. Por si fuera poco, múltiples estudios evidencian que un consumo moderado y habitual de alcohol de entre 10 y 30 g/día, reduce el riesgo de padecer una enfermedad isquémica, (Hvidtfeldt, 2010).

Sin embargo, un porcentaje significativo de bebedores desarrollan complicaciones relacionadas con el consumo de bebidas alcohólicas, constituyendo uno de los principales factores de riesgo relacionados con la salud tanto en países desarrollados como en países emergentes. El abuso de las bebidas alcohólicas se ha erigido en un problema de gran magnitud para los individuos, por su efecto sobre el orden físico y psíquico, así como para las sociedades por las repercusiones laborales y familiares, gravado todo ello con un enorme coste social y económico, (OMS, 2012).

En Alemania, el arraigo sociocultural al consumo de alcohol, así como el papel que se le ha otorgado dentro del modelo alimentario y la elevada producción de diversas bebidas alcohólicas, han determinado que dicho consumo se consolide como uno de los factores determinantes de la salud.

El alcohol, es sin duda, después del tabaco, la sustancia psicoactiva que causa un mayor número de muertes en Alemania. Además, es el tercer factor de riesgo para la salud en importancia por detrás del consumo de tabaco y la hipertensión arterial,

provocando una morbilidad prematura. Como factor de riesgo para la salud es 3 veces más importante que la diabetes y 5 veces más importante que el asma, (Baumberg, 2006).

El alcoholismo es una enfermedad multifactorial que, probablemente se debe a una alteración del funcionamiento de determinados circuitos cerebrales que intervienen en el autocontrol de la conducta de ingerir bebidas alcohólicas. Si no se detiene el curso de esta enfermedad aparecerán, de manera progresiva, sus consecuencias médicas, psiquiátricas y adictivas, que van a conducir al paciente a recaídas sucesivas y, que esta enfermedad se convierta en crónica. Además, las personas que inician el consumo de bebidas alcohólicas durante la adolescencia tienen una mayor probabilidad de sufrir las consecuencias del consumo excesivo de alcohol al llegar a la vida adulta, entre las cuales se encuentran el riesgo de desarrollar alcoholismo o dependencia del alcohol, (Guardia, 2007).

Según la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en Alemania realizada en el año 2011, el alcohol sigue siendo la sustancia psicoactiva con un consumo más extendido en la población alemana. Los consumos se mantienen relativamente estables con respecto a años anteriores aunque se observa un ligero repunte de consumo con respecto al 2013. La ingesta de alcohol se concentra en fines de semana y la bebida más consumida es la cerveza. De hecho, en el año 2012, un 68% había consumido alcohol en los últimos 30 días. El porcentaje de bebedores de riesgo, entendiéndose por tal, consumos superiores o iguales a 40 g/día en varones y a 24 g/día en mujeres. El 23% de la población de 18 a 70 años se emborrachó en los últimos 12 meses (72% hombres y 28% mujeres).

Para poder identificar cuál es el consumo habitual de alcohol entre la población, se utilizan cuestionarios de frecuencias de consumo cuantitativos. Existen diferentes modelos incluyendo, todos ellos, preguntas sobre cuál es la frecuencia habitual de consumo de bebidas alcohólicas durante un período de tiempo determinado (día, semana o mes), los tipos de bebidas ingeridas y la cantidad habitual de cada bebida consumida a diario. A partir de los datos recogidos, puede realizarse una estimación de cuál es la cantidad de alcohol ingerida

diariamente. Por otra parte, mencionar también que actualmente el alcoholismo es reconocido por la OMS como una enfermedad. Sus criterios de diagnóstico están claramente definidos por la Sociedad Americana de Psiquiatría y de hecho, existen varios cuestionarios validados para su identificación, (Blázquez, 2001). Algunos de los más utilizados son:

- Cuestionario autoadministrado de alcoholismo de CAGE.
- Test identificador de desórdenes por consumo de alcohol (AUDIT).
- Prueba de detección para el alcoholismo de Michigan (MIST).
- Prueba autoadministrada de detección para el alcoholismo (SAAST).
- Escala de dependencia de alcohol (ADS).

1) Estrategias de prevención de los problemas relacionados con el consumo de alcohol

Las estrategias de prevención primaria se dirigen a la población bebedora, pero su objetivo fundamental es la disminución del consumo per cápita de alcohol. Esas estrategias pueden dividirse en dos grupos:

- a) La primera se refiere a las medidas de protección de la salud y comprende las estrategias que los gobiernos y las autoridades sanitarias, junto con la industria, tienen que ejecutar para reducir el consumo per cápita, esencialmente mediante el establecimiento de barreras que reduzcan la disponibilidad de alcohol.
- b) El segundo grupo de medidas son las destinadas a la promoción de la salud y comprenden las estrategias que favorecen la adopción de estilos de vida saludables en los jóvenes y en la población. Las dos aproximaciones son complementarias y cada una refuerza a la otra, (Piédrola, 2008).

En la prevención basada en las evidencias, se ha comprobado que las medidas preventivas más eficaces son las que controlan el precio y la disponibilidad de las bebidas alcohólicas. Es decir, un aumento del precio, una restricción de los días, los horarios y el número de establecimientos de venta de las mismas, consigue una reducción de las consecuencias del consumo excesivo de alcohol; mientras que un

aumento de la edad legal para poder tomar bebidas alcohólicas consigue reducir, no sólo el consumo de alcohol sino incluso la tasa de accidentes de tráfico en los jóvenes, (Room, 2005).

2.2.5. Consumo de drogas

El consumo de drogas ilegales, es uno de los problemas que mayor interés ha despertado en las últimas décadas debido a la creciente implicación de los adolescentes y jóvenes en estas conductas. Además, constituye un auténtico problema de salud pública y social debido a los costes humanos, sociales y económicos que conlleva, y que se confirman por los datos epidemiológicos sobre su consumo. Se debe tener en cuenta que la juventud de los países desarrollados, está expuesta desde muy temprana edad a entrar en contacto con la oferta de diferentes tipos de drogas.

Siguiendo la clásica definición de la OMS (2012), se entiende por droga “toda sustancia (terapéutica o no) que, una vez introducida en el organismo, es capaz de modificar una o más funciones de éste” y, por abuso de droga “cualquier sustancia, tomada a través de cualquier vía de administración que altera el estado de ánimo, el nivel de percepción o el funcionamiento cerebral”. Se trata de un concepto intencionadamente amplio, sólo delimitado por los conceptos de dependencia, tolerancia y abstinencia, (Schuckit, 2000).

En este sentido, se entiende por drogodependencia, el estado psíquico, y a veces físico, resultante de la interacción de un organismo vivo y una droga, caracterizado por un conjunto de respuestas comportamentales que incluyen la compulsión a consumir la sustancia de forma continuada con el fin de experimentar los efectos psíquicos o, en ocasiones, de evitar la sensación desagradable que su falta ocasiona. Los fenómenos de tolerancia pueden o no estar presentes, (OMS, 2004).

Debido a la diversidad de significados la UNODOC (Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito, 2013), completa su definición indicando que debe contemplarse la dependencia utilizando los siguientes criterios de referencia para delimitar el problema:

- 1) Una evidencia subjetiva de compulsión para la utilización de las drogas

durante los intentos de abandono del consumo.

- 2) El deseo de abandonar el consumo. Un hábito de consumo relativamente estereotipado.
- 3) Evidencia de neuroadaptación, con fenómenos de tolerancia y dependencia.
- 4) El consumo de drogas para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- 5) El predominio de conductas de búsqueda de la droga por encima de otras prioridades.
- 6) Una rápida instauración de la dependencia después de un período de abstinencia.

Cada sustancia produce en el organismo diversos efectos, éstos pueden variar según su administración. Hay que considerar que el uso de cualquier sustancia, supone necesariamente la aparición de problemas para el consumidor. Este uso puede ser meramente circunstancial, con un objetivo experimental o en un momento determinado de la historia del individuo, y no acarrear modificaciones en su personalidad, en el funcionamiento de su sistema nervioso o en su estilo de vida. La repetición de estos usos experimentales o circunstanciales es lo que pueden conducir a su dependencia.

Por regla general, el uso y abuso de drogas puede generar dependencia debido al fenómeno de la neuroadaptación. Éste consiste en un cambio permanente (pero reversible) de la estructura y funcionamiento de las neuronas, sobre las cuales se localizan los efectos de las drogas. En niveles más complejos, hay otros mecanismos de adaptación: emocional, conductual, cognitivo, relacional, etc. Los cambios que se producen en una persona por el uso de drogas, no se limitan a la mera acción de la sustancia sobre la célula nerviosa, sino que suponen una transformación que se define en el marco de la relación entre el individuo, la sustancia y el contexto, (Rossi, 2008).

Adicción y dependencia son términos prácticamente análogos. La adicción está integrada básicamente por un impulso que no se puede autocontrolar, una tendencia a la reiteración y una implicación nociva para el sujeto.

Cuando la adicción se acompaña de otras implicaciones biológicas, manifestadas

en forma de reacciones de tolerancia y abstinencia, se puede hablar de dependencia. La dependencia es la necesidad imperiosa e incontrolable que tiene una persona de ingerir una determinada sustancia. Sería por tanto, la predisposición a la utilización de manera continuada, debido a una serie de estados (psicológicos, bioquímicos, sociales o ambientales), que la administración de la droga desencadena. De forma que hay dos tipos de dependencia claramente definidos: la dependencia psicológica y la dependencia física.

- La dependencia psicológica hace referencia a la necesidad creada por el contacto con la droga y que lleva a buscar compulsivamente los efectos que produce. La consecución y el consumo de la sustancia se convierte en la conducta prioritaria, desplazando cualquier actividad o centro de interés que hubiera sido importante para el individuo. Dicha compulsión a consumir periódicamente puede ser para conseguir un estado afectivo positivo (placer, bienestar, fantasía, etc.) o bien para liberarse de un estado afectivo negativo (aburrimiento, timidez, estrés, depresión, etc.). Hay que tener en cuenta que todas las drogas producen dependencia psicológica.
- La dependencia física se presenta en el organismo acostumbrado a un consumo continuado de una sustancia, de tal forma que necesita mantener un determinado nivel en la sangre para funcionar con normalidad. La interrupción del consumo habitual genera una serie de trastornos físicos que varían de intensidad según el tipo de droga, la cantidad de la sustancia y el estado del organismo, y que constituyen lo que se conoce como el síndrome de abstinencia.

Los patrones de consumo son un conjunto de variables que definen la relación entre los individuos y las sustancias que se autoadministran. Así, se pueden considerar:

- Qué sustancia es la droga principal.
- Qué otras drogas se presentan asociadas.
- Cuáles son las vías por la que se administran (oral, fumada, inhalada, inyectada y otras).

- Qué cantidades se suelen consumir.
- En qué estado físico se produce el consumo.
- Si la administración se produce en forma individual o en el marco grupal.
- En qué período temporal se produce el consumo.
- A qué pautas de comportamiento van asociadas.
- Qué normas y valores ejercen de soporte cultural al consumo.

1) Tipos de consumo de drogas por los jóvenes

Existen diferentes tipos de consumo de drogas (experimental, ocasional, habitual y abusivo o compulsivo). Se presenta una descripción de cada uno de ellos:

- a) Consumo experimental:** Corresponde a las situaciones de contacto inicial con una o varias sustancias, de las cuales puede pasarse a un abandono de las mismas o a la continuidad en su consumo. El consumo de carácter experimental es propio de adolescentes y jóvenes, que al desconocer los efectos de distintas drogas, tienen deseos de experimentar con ellas. Las motivaciones pueden ser varias: curiosidad, presión del grupo, atracción de lo prohibido y del riesgo, búsqueda del placer y de lo desconocido, entre otras. Como indicadores de evaluación para caracterizar este tipo de consumo se considera que el individuo desconoce los efectos de la sustancia y que su consumo se realiza, generalmente, en el marco de un grupo que le invita a probarla.
- b) Consumo ocasional:** Es el uso esporádico de una sustancia, sin frecuencia ni intensidad fija y con largos intervalos de abstinencia. Entre las motivaciones principales está facilitar la comunicación, la búsqueda de placer, relajación, o transgredir las normas sociales y morales. Algunas características generales que definen este tipo de consumo son: el individuo continúa utilizando la sustancia en grupo, aunque es capaz de realizar las mismas actividades sin necesidad de drogas; ya conoce la acción de la misma en su organismo y por este motivo la consume.
- c) Consumo habitual:** Supone el consumo frecuente de la droga. Esta práctica puede conducir a las otras formas de consumo, dependiendo de la

sustancia, la frecuencia con que se emplee, las características de la persona, el entorno que le rodea, etc. Entre las motivaciones expresadas para mantener el uso de las drogas están: intensificar las sensaciones de placer; vivencia de pertenencia al grupo y necesidad de reconocimiento dentro de éste; mitigar la soledad, el aburrimiento o la ansiedad; reafirmar la independencia o la aversión hacia la sociedad, y también reducir el hambre, el frío, la debilidad o el cansancio. Algunos indicadores que definen esta forma de consumo son: el sujeto amplía las situaciones en las que recurre a las drogas; éstas se usan tanto individualmente como en grupo; sus efectos son perfectamente conocidos y buscados por el consumidor. Puesto que no ha perdido el control sobre su conducta, manifiesta poder abandonar el hábito en caso de proponérselo.

d) Consumo abusivo o compulsivo: El individuo necesita la sustancia y toda su vida gira en torno a ésta, a pesar de las complicaciones que le pueda ocasionar.

Se trata de un consumo recurrente de drogas que:

- Acarrea el incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa.
- Se produce en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (conduciendo un automóvil o accionando una máquina).
- Provoca problemas legales reiterados con la sustancia.
- Pese a tener problemas sociales recurrentes o líos interpersonales causados o exacerbados por los efectos de las drogas, se produce un consumo continuado de la sustancia.

2) Clasificación de las drogas

Existen diferentes tipos de clasificación de las drogas. A continuación, exponemos una clasificación según su mecanismo de acción. Así, las drogas pueden actuar como depresoras del sistema nervioso central (SNC), psicoestimulantes y psicodélicas o alucinógenas.

a) Depresoras del SNC: son aquellas que actúan inhibiendo los mecanismos cerebrales que mantienen el estado de vigilia y producen diferentes grados

de depresión, desde la sedación y la somnolencia hasta la anestesia y el coma. Ahora bien, a dosis pequeñas pueden generar euforia. Entre ellas se encuentran el alcohol, opiáceos (heroína, morfina, opio), derivados del cannabis (hachís y marihuana), hipnóticos y sedantes (barbitúricos, benzodiacepinas) y sustancias inhalables (disolventes, colas, pinturas, barnices, lacas, gasolina).

b) Psicoestimulantes o estimulantes del SNC: son sustancias que producen euforia, manifestada con bienestar y mejoría del humor, y aumentan el estado de alerta y la actividad motriz. Disminuyen la sensación de fatiga y el apetito, y pueden mejorar el rendimiento intelectual. También producen la estimulación del sistema cardiovascular. Entre las más conocidas se encuentran la cocaína, las anfetaminas (algunas de venta en farmacias y otras ilegales, como el speed o metanfetamina y el éxtasis), la cafeína, las xantinas y la nicotina.

c) Alucinógenas o psicodélicas: son sustancias que se encuentran en plantas, en hongos, o bien son productos de síntesis. Dependiendo del tipo de sustancia, distorsionan aspectos relacionados con la percepción, con los estados emocionales y con la organización del pensamiento, llegando a producir alucinaciones. Entre ellas se encuentran el LSD, la mescalina y la psicolibina.

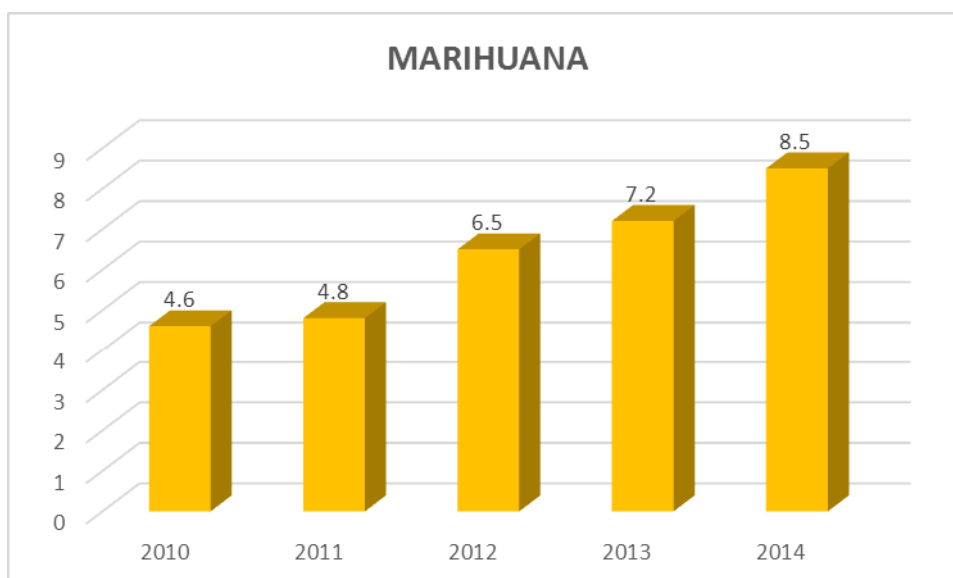
3) Epidemiología de la drogadicción

En este segmento se pretende ofrecer una visión global de la situación y las tendencias relacionadas con el consumo de drogas a partir de los datos del último informe del Departamento de Salud de Alemania.

a) Marihuana:

La marihuana es la droga ilegal más frecuentemente consumida tanto por adolescentes como por adultos. En Alemania, el consumo de marihuana está muy extendido, incluso el consumo es diario, cuya prevalencia en la población de 18-40 años alcanzó en 2013, el 2,8%. Así mismo, la marihuana es la droga ilegal consumida por un mayor número de adolescentes, con mayor diferencia sobre las demás.

Figura 6. Proporción de consumidores de marihuana en la población de 18-40 años (%). Alemania, 2010-2014

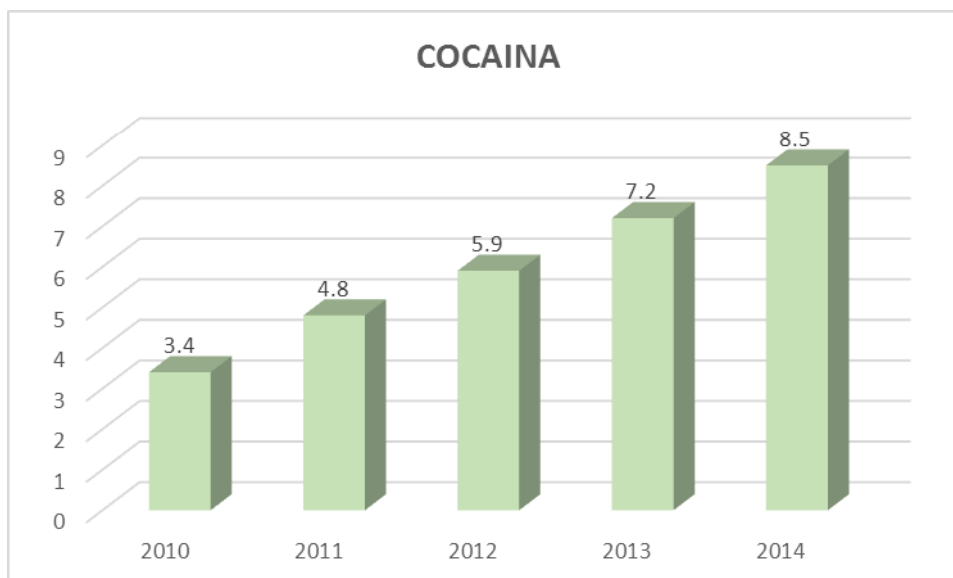


Fuente: *Departamento de Salud de Alemania*

b) Cocaína:

En Alemania está aumentando el uso de cocaína fumada (conocida aquí como base o cocaína-base). En la población de 18-45 años, entre el 2010 y 2014 se ha producido un incremento en la prevalencia de consumo. Además, ha aumentado también de forma importante la prevalencia de consumo en los últimos años (3.4% en 2010; 4.8% en 2011 y 7.2% en 2013). Por otra parte, la experimentación con este tipo de cocaína parece relativamente elevada entre los estudiantes de 18-26 años (prevalencia de consumo alguna vez en la vida: 2,4% en 2012 y 3,4% en 2013).

Figura 7. Evolución de las prevalencias de consumo de cocaína en la población de 18-40 años (%). Alemania, 2010-2014

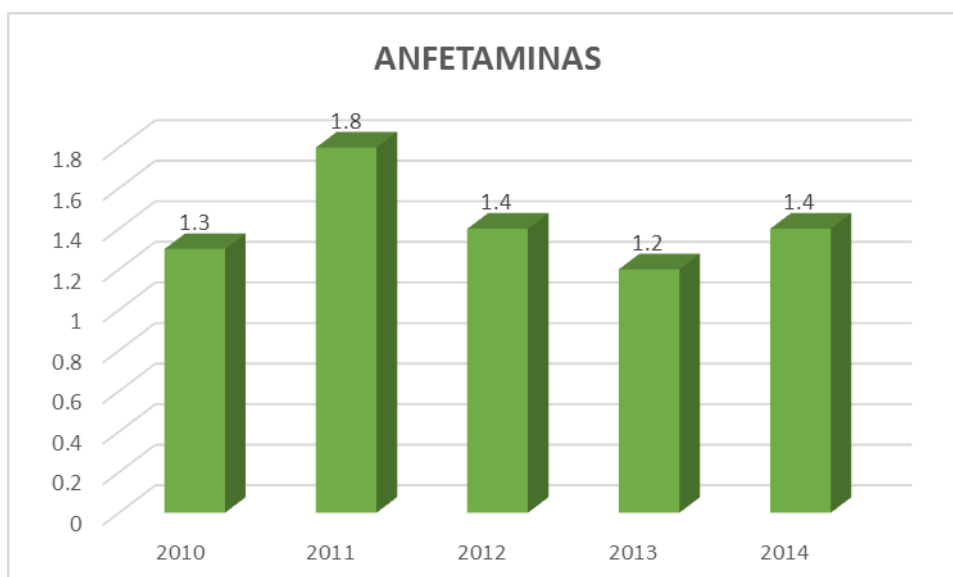


Fuente: *Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en Alemania.*

c) Estimulantes tipo anfetaminas o éxtasis:

En Alemania, la prevalencia del consumo de estos estimulantes es menor que la cocaína. En las encuestas domiciliarias o escolares la prevalencia de consumo desciende lentamente desde el 2010 al 2014. La mayor parte de consumidores toman las anfetaminas o éxtasis de forma esporádica.

Figura 8. Evolución de la proporción de consumidores de anfetaminas en la población de 18 a 40 años, Alemania, 2010-2014



Fuente: *Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en Alemania*.

d) Heroína: Se ha notado cierto aumento de la prevalencia de consumo de heroína alguna vez en la vida entre los estudiantes de 18-30 años (0,6% en el 2010 y 0,9% en el 2014).

4) Estrategias de prevención

Hay consenso acerca de la necesidad de resolver el problema del consumo de drogas, desde el desarrollo de programas de prevención eficaces dirigidos a promover el crecimiento de individuos capaces de decidir de forma libre y responsable la abstinencia, en una realidad donde la existencia, la disponibilidad y la oferta de sustancias de abuso es un hecho cotidiano.

Las acciones preventivas hacia la demanda se fundamentan en el cambio de actitudes ante la oferta. Pero, no se trata sólo de informar, sino también de educar para facilitar el desarrollo (especialmente en los jóvenes) de rasgos de carácter que deriven en el rechazo de las drogas. El rechazo ha de basarse en un criterio firme, pero no en el miedo. Se trata de enseñar a defender sus propios valores, de mostrar otros caminos diferentes del consumo para superar los momentos de desánimo y desesperanza que todos experimentan. Por tanto, se focaliza la acción en el robustecimiento de la resistencia a la presión de grupo, ya que, el inicio del consumo es un fenómeno grupal.

La mayor parte de los adolescentes empiezan a fumar, a beber o a experimentar con otras drogas en el seno del grupo. Por consiguiente, un objetivo prioritario en la prevención es el aprendizaje de estrategias para afrontar la presión de grupo. La prevención debe seguir el objetivo de sensibilizar a la sociedad para generar una cultura de rechazo a las drogas mediante el fomento de sus propios valores y recursos. Además, tiene que informar y educar sobre todo a los jóvenes, para que desarrollen estilos de vida positivos, saludables y autónomos (entrenamiento en habilidades para la vida).

Por otra parte, centrarse en reducir los riesgos derivados del consumo, cuando ya

no existan otras posibilidades es solo un complemento necesario. De las diversas encuestas realizadas en el ámbito escolar, incluso en los casos más pesimistas, se desprende que el 10% de los universitarios son consumidores. Sin embargo, actualmente la mayoría de las acciones que están llevándose a cabo se encaminan a políticas de disminución del daño en consumidores, (Fernández, 2008).

2.2.6. Conducta sexual

La sexualidad es un componente importante de la personalidad y del estado de salud, que se expresa a lo largo de la vida de manera diversa y diferente en cada una de las personas. No todos tenemos el mismo concepto de lo que es la sexualidad ni la expresamos de la misma forma. Cada grupo social y cultural construye y recrea imaginarios sociales particulares. Esta complejidad hace difícil su estudio y en parte justifica la falta de una robusta evidencia sobre la efectividad de las intervenciones (Colomer, 2011).

La OMS (2012), define la sexualidad humana como un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.

La sexualidad tiene importancia a lo largo de toda la vida, en la adolescencia adquiere una mayor dimensión. Alcanzar la sexualidad madura, con todas las implicaciones físicas y psicológicas, es uno de los muchos retos a los que deben hacer frente los adolescentes. En los países desarrollados, una alta proporción de jóvenes que finalizan la educación secundaria e inician la vida universitaria, manifiestan haber participado en comportamientos sexuales de riesgo (Castelo-Branco, 2008). Por tanto, abordar las relaciones sexuales tempranas y no

protegidas sigue siendo un problema importante para la salud pública.

Las intervenciones en salud sexual en la adolescencia y juventud tienen como objetivo, tanto reducir las posibles consecuencias adversas del comportamiento sexual, como mejorar la calidad de las relaciones sexuales de los jóvenes para una vida actual y también para su vida adulta.

Como base de la planificación de las intervenciones preventivas, se vienen realizando muchos estudios por parte de los investigadores para establecer modelos del comportamiento sexual que permitan identificar los factores de riesgo y de protección.

1) Epidemiología

Del Departamento de Salud de Alemania (2012), se pueden extraer los siguientes resultados sobre salud sexual de los adolescentes alemanes (de 16 a 24 años de edad):

- El tipo de prácticas sexuales referidas son bastante similares para ambos sexos e incluyen fundamentalmente besos y caricias (casi el 90%), sexo vaginal para casi la mitad de las mujeres (43%) y los varones (48%), seguido de masturbación mutua y sexo oral, aproximadamente 5 puntos porcentuales más en los varones que en las mujeres.
- En general, los varones inician sus relaciones sexuales más tempranamente que las mujeres. La media de edad de inicio más frecuente para los varones es la categoría de 17 a 18 años, seguida de 15 a 16 años. Las mujeres también inician entre 17 y 18 años siendo en cambio la segunda respuesta de 21 a 25 años con el 23% de los casos. En cuanto a la persona con la que iniciaron sus relaciones sexuales: los varones se dividen entre la pareja estable y una pareja ocasional, mientras que las mujeres afirman haberlo hecho con su pareja estable en el 88% de los casos. Cabe destacar que el 9% de los varones refiere haber iniciado sus relaciones sexuales pagando este servicio.
- El 70% de los casos, tanto los varones como las mujeres, no han utilizado

ninguna protección para la prevención de embarazos en las primeras relaciones sexuales. Y, el 30% de ambos sexos refiere no haber utilizado ningún método por no considerarlo necesario.

- Los métodos anticonceptivos más utilizados con la pareja estable, tanto por las mujeres como por los varones son el preservativo masculino seguido de la píldora. El uso de preservativos es mayoritariamente fruto de una decisión negociada, la decisión se toma conjuntamente por la pareja. Los datos reflejan que la responsabilidad en la prevención sigue recayendo mayoritariamente en las mujeres, si bien el 28% de ellas afirma que lo deciden solas, frente al 16% de los varones. Esta tendencia se aplica a todas las edades. Respecto a la píldora de urgencia, tan solo el 0,8% de la población refiere haber hecho uso de ella en su primera relación sexual. Solamente el 3% de la población, la ha utilizado en los últimos doce meses con su pareja estable. El 12% de la población utiliza el coitus interruptus para prevenir embarazos.

Una de cada cuatro chicas que viven en una zona urbana, menores de 18 años considera que el coitus interruptus es útil para prevenir el embarazo. El embarazo adolescente es frecuente: el 24% de las chicas que viven en una zona rural y el 12% de las chicas que viven en una zona urbana de 18 años en adelante han estado alguna vez embarazadas; además, el 8% refiere haberse sometido a una interrupción voluntaria de embarazo (IVE).

Al preguntarle a los jóvenes a quién acudirían si tuvieran un problema relacionado con la sexualidad, la opción más señalada ha sido los amigos, y la segunda, los padres.

Como conclusión, se puede afirmar que la literatura ha apoyado la existencia de un perfil de riesgo diferente en los varones y en las mujeres, de modo que se viene registrando desde hace décadas, en el caso de los chicos, un inicio anterior en las relaciones sexuales y mayor número de parejas ocasionales, mientras que las mujeres suelen tener relaciones sexuales en el marco de una relación estable y asociada a una relación afectiva y de confianza, (López, 2005). Además, los indicios sobre la sexualidad de los adolescentes y jóvenes alemanes muestran que los

adolescentes inician cada vez más temprano su actividad sexual, que vivencian su vida sexual de manera activa, que lo hacen sin usar las protecciones adecuadas y necesarias, y que ello conduce a infecciones de transmisión sexual y a embarazos no deseados.

2.2.7. Las relaciones interpersonales en los estudiantes de Enfermería

El hombre es un ser social por naturaleza. Para su plena realización, el hombre necesita relacionarse con otras personas, no puede sobrevivir sin la ayuda de los demás. El hombre es un ser en constante relación, con la naturaleza, consigo mismo y con los demás. Tiende a reunirse en grupos, en los cuales (a través de la convivencia) se conoce a sí mismo, da de sí mismo y recibe de los otros; se pasa de una relación “yo-tú” a un “nosotros”. Así, los hombres al reunirse y relacionarse entre sí, conforman la sociedad, como el conjunto de esas relaciones estructuradas y determinadas de las relaciones sociales; sin embargo, son las relaciones internas de una sociedad las que nos permiten identificar el tipo de sociedad en el que se encuentran los hombres. De ahí la importancia de las relaciones interpersonales, que no sólo son hacia el interior, sino que también hacia el exterior de una sociedad, sólo que las primeras dan a conocer el ser de una sociedad.

Ahora bien, ¿qué es lo que ocurre cuando los hombres se reúnen?, ¿Cómo es que se dan las relaciones interpersonales? Se puede explicar el fenómeno del encuentro entre los hombres desde un simple contacto visual sin palabras, un diálogo en el que se llega a tocar elementos profundos de las personas, hasta la interacción social entre los individuos de distintos grupos.

Ante el hecho de las relaciones interpersonales en la sociedad, la sociología se dedica a su estudio, profundización y elaboración de teorías que puedan explicar estos fenómenos sociales. Partiendo de la observación, elaboración de la hipótesis, experimentación de los resultados y elaboración de leyes, pretende llegar a la teoría sociológica. Sin embargo, no es la única ciencia que estudia las relaciones entre los hombres, pues también están otras disciplinas como: la

filosofía social, la historia, y las ciencias sociales, tales como la política y economía, entre otras. Ya con las ciencias sociales, la diferencia se encuentra en la extensión de la sociología respecto a su objeto de estudio, puesto que se le considera de mayor amplitud, por lo cual abarca a las ciencias sociales. Con la filosofía social, que observa y analiza el mismo fenómeno que la sociología, la diferencia está en los resultados que aporta, por su análisis desde la totalidad del hecho social, es decir, en la sociología las generalizaciones a las que llega parte solamente de los hechos observados, sin considerar ningún principio; en cambio, en la filosofía social, los hechos observados son relacionados con principios definitivos, con los cuales puede explicar la realidad en su conjunto. El sociólogo investiga ¿cómo es que se realizan las relaciones entre los hombres? Y pretende describir, comprender y prever los acontecimientos; el filósofo cuestiona ¿por qué son así las relaciones entre los hombres? ¿Qué es lo que hace ser a esos modos de relación entre los hombres? Y propone nuevas alternativas de convivencia desde una comprensión global de la realidad.

Es importante el estudio de las relaciones entre los hombres, más aún con los medios tecnológicos con las que hoy cuenta, donde la comunicación es inmediata, en muchas ocasiones, por una computadora, el acortamiento de la distancia y la velocidad por el celular y el correo electrónico. Muy de cerca aparece el individualismo que pretende hacer del sujeto algo aislado de la sociedad, o por el contrario, el colectivismo que pretende absorber a la persona en el flujo social sin respetar su autonomía, como ocurre en la cultura de masas. Ante éste panorama queda abierta la cuestión: ¿cómo es que conviven los hombres en nuestra época? Y quedan planteadas las ciencias que pretenden responder a ello con sus distintas posturas y propuestas.

1) Importancia de las relaciones interpersonales

Las relaciones interpersonales son multidimensionales, se puede analizar como un producto de la estructura social, de los hábitos y tradiciones de la sociedad, es lo más importante que existe tanto en lo personal como a nivel

organizacional, pues es el que pone en marcha los recursos materiales y tecnológicos para el buen funcionamiento de la organización.

Afirmar que el ser humano es lo más importante en la sociedad, está basado en varios aspectos fundamentales, según Pascuali (2008):

- a. El ser humano por sí mismo requiere de respeto y consideración.
- b. Las relaciones que resultan de las interrelaciones entre los individuos respectivamente, es la imagen de la organización.
- c. El contenido y realidad de tales relaciones abarca el comportamiento que pueda observarse durante la relación entre las personas.
- d. Del ser humano depende en gran medida, el destino de la sociedad.

En la Escuela de Enfermería como toda institución educativa, las relaciones interpersonales tienen un lugar importante en la vida académica. Hemos visto las relaciones entre los agentes educativos y aquellos que están en diferentes niveles dentro de la escuela. También hay diferencias personales y culturales que afectan las relaciones interpersonales. Es bueno tener en cuenta las costumbres y manera de las diversas culturas o clases sociales. El peligro viene cuando nosotros actuamos sobre algunas de estas generalizaciones, sobre todo cuando están basadas en observaciones defectuosas como el contacto ocular, el espacio personal, el interés en la participación de toma de decisiones y el contacto físico entre las personas.

2) Aspectos personales para fomentar las relaciones interpersonales entre los estudiantes de Enfermería

a) Saber escuchar para luego hablar

Se trata de que haya un equilibrio entre hablar y escuchar, para que quienes forman parte de la conversación se sientan cómodos y encuentren espacio para participar. Se debe dar señales con palabras o gestos de que se escucha, manteniendo el contacto ocular, hablando sobre algo que está relacionado con lo que la otra persona comenta; y si se prefiere cambiar de tema, es mejor hacerlo.

Una buena comunicación no se basa en el uso de monosílabos, la conversación debe ser equilibrada.

b) Saber pedir sin temores

Los jóvenes estudiantes de Enfermería saben lo que quieren y lo que necesitan en un momento determinado. Por eso conviene transmitir indicios de los deseos y necesidades a las otras personas, y si se da el caso, se debe pedir directamente un favor o un servicio. Toda persona tiene el derecho a pedirlos, a la otra persona le queda la libertad para otorgarlo o negarlo. Se debe evitar el temor a que se niegue lo que una persona solicita, y a deber favores si no le responden positivamente.

c) Saber negar peticiones.

Al dar una respuesta negativa, se debe ofrecer una explicación escueta y razonada. Y ofrecer una alternativa que demuestre que se hace cargo de la inquietud que generó la petición. Se debe estar prevenido ante manipulaciones que se dan en estas situaciones, como los halagos ("como eres tan buena persona pensé que me ibas a ayudar"), la crítica ("nunca te volveré a pedir nada"), o los sentimientos de culpa ("me dejas hecho polvo"). Aunque se comprendan las razones del demandante, se debe mantener firme la decisión tomada.

d) Saber responder a las críticas con raciocinio y ponderación

Frente a una crítica se debe afrontarla como parte de la solución de un problema. No se debe devolver el ataque, justificándola. Es necesario identificar los aspectos objetivos de la crítica y hablar sobre ellos evitando tanto la defensa sistemática como contraatacar porque sí.

e) Saber aceptar o rechazar a otras personas con firmeza

En el campo de las relaciones humanas se dan situaciones paradójicas: se soporta a quienes no son amigos y se espanta a quien más se aprecia. Tanto si se quiere evitar una compañía como si se la desea, se debe establecer una comunicación con firmeza. Para ello, hay comportamientos de acercamiento (sonrisa, mirada, manifestando el interés por lo que hace o dice) o de rechazo,

manifestándolo muy educadamente, de modo que la otra persona capte el desinterés y se le despida con cortesía.

f) Saber reconocer errores con elegancia y humildad

Todas las personas están sujetas a cometer errores y es de personas nobles y maduras, reconocerlos. Es más, quienes lo hacen bien gozan de prestigio social, ya que ocultar los errores es una muestra de debilidad. Hay que saber reconocer los errores con elegancia y humildad, pero sin permitir que los demás se burlen.

g) Recibir cumplidos con serenidad

No se debe recurrir a la falsa modestia cuando se recibe un reconocimiento. Cuando los cumplidos son sinceros, se debe aceptar con serenidad y con agrado la intención de una valoración, pero no se debe devolver el cumplido ni minimizar el mérito propio. Lo mejor es dar las gracias y no hacer comentarios que disminuya el comentario de alabanza.

h) Ser directo al finalizar una conversación

Cuando se desea que un encuentro o una conversación se acabe, se debe tener el convencimiento íntimo de que se goza del derecho de elegir y manifestar con claridad, el poder hacerlo, evitando pensamientos que induzcan a creer que es mala educación interrumpir a otra persona, o que se podría ofender.

3) Las relaciones interpersonales en la Escuela de Enfermería

Las relaciones interpersonales entre los estudiantes en el ámbito de la Escuela de Enfermería se construyen en diferentes dimensiones como:

- **Relaciones directivo – docente:** Dichas relaciones interpersonales permiten la comunicación entre un directivo de la Escuela y el docente a fin de lograr el desarrollo de la Escuela, ya que la conducen al

cumplimiento de los objetivos planteados mediante la participación y la toma de decisiones.

- **Relaciones docente – docente:** Los docentes interactúan entre ellos principalmente en el momento de la planificación, la ejecución y control de las actividades que en forma conjunta toman decisiones para el desarrollo de los planes de estudio: ¿qué enseñar?, ¿para qué enseñar? ¿cómo enseñar?, ¿con qué enseñar? y finalmente ¿cómo evaluar? Logrando aunar ideas y criterios que favorecen el proceso de enseñanza – aprendizaje.
- **Relaciones docente – estudiante:** Que debe darse en el marco de respeto y confianza mutua, para lograr principalmente en el estudiante de Enfermería, la motivación por el aprendizaje.
- **Relaciones estudiante – estudiante:** Estas relaciones permiten una convivencia en paz, en las cuales los estudiantes comparten ideas, se muestran solidarios, es decir ponen en práctica sus valores, logrando su desarrollo personal y profesional.

2.2.8. La comunicación entre los estudiantes de Enfermería

La comunicación entre los estudiantes de Enfermería en busca de comprensión y entendimiento, permite que las relaciones interpersonales sean más que todo, una necesidad primordial en el ser humano. La comunicación en la concepción de Blanco (2012), es el intercambio de mensajes o información de dos o más personas, es como transmitimos nuestras ideas, conocimientos, sentimientos, juicios, valores y emociones. Debe resaltarse que la comunicación no es sólo verbal; es decir, no sólo se comunica uno cuando habla, también existe una comunicación no verbal

que se expresa a través de los gestos, posición del cuerpo, tono de voz, etc.

Es importante que siempre hagamos coincidir lo que decimos (lenguaje verbal) con lo que expresamos gestual y corporalmente (lenguaje no verbal).

1) La comunicación interpersonal

Marroquín (2011), opina sobre la importancia de la comunicación interpersonal no es solamente una de las dimensiones de la vida humana, sino la dimensión a través de la cual nos realizamos como seres humanos. Si una persona no mantiene relaciones interpersonales amenazarán su calidad de vida.

Los principios de la comunicación interpersonal son los siguientes:

- Las personas se comunican porque esa comunicación es totalmente necesaria para su bienestar psicológico.
- La comunicación no es sólo una necesidad humana sino el medio de satisfacer muchas otras.
- La capacidad de comunicación interpersonal no debe medirse exclusivamente por el grado en que la conducta comunitaria ayuda a satisfacer las propias necesidades, sino también por el grado en que facilite a los otros la satisfacción de las suyas.

Con cierta frecuencia en la Escuela hay directivos, docentes y estudiantes que tienen dificultades en la dimensión interpersonal: graves problemas de comunicación, dificultades para establecer relaciones sociales y afectivas, trastornos de conducta, etc.

2) Importancia de la comunicación

Ojalvo (2009), comenta que la comunicación es esencial en cualquier campo de interacción humana. Por medio de la comunicación ya sea oral o escrita

se puede transmitir y compartir conocimientos, conceptos, sentimientos, ideas, emociones, estados de ánimo, etc. La comunicación es la única actividad que todo el mundo comparte.

Los beneficios de la comunicación son demasiados como para poder enumerarlos, ya que mejoran todos los aspectos de la vida, tanto los personales como los profesionales. La capacidad para comunicar es vital para el éxito de cualquier empeño.

Según Freire (2002), la educación es comunicación, es diálogo, en la medida en que no es la transferencia del saber, sino un encuentro de sujetos interlocutores, que buscan la significación de los significados. Según él, la comunicación no es la transferencia o transmisión de conocimientos de un sujeto a otro, sino su coparticipación en el acto de comprender la significación de los significados. Es una comunicación que se hace críticamente.

Para Freire, la comunicación y la educación son una misma cosa, es decir, no puede existir una sin la otra, pues para él, el proceso educativo es un proceso comunicativo donde el profesor y el estudiante participan activamente en la solución de las tareas y en la adquisición de nuevos conocimientos. Por tanto, aprenden unos de otros durante el proceso. Esto nos indica que a través de la comunicación se va a producir un encuentro entre los sujetos, encuentro que va a trascender en un nuevo saber, en una acción transformadora. Dewey (2007), identifica a la educación con la comunicación y afirma que "es la única situación que explica cómo puede pasar un elemento cultural a otra persona". En síntesis, cómo se puede educar. Y es en la experiencia compartida, donde el educando puede adquirir la igual percepción de un contenido sostenido por el grupo social que está incorporado en el aula.

De esta manera, el educador ya no es sólo el que educa, sino aquel que, en tanto educa, es educado a través de la interacción con el educando, quien, al ser educado, también educa. Así, ambos se transforman en sujetos del

proceso en que crecen juntos y en el cual los argumentos de la autoridad ya no rigen.

Para Ojalvo (2009), es evidente que el educando, tanto como el educador, necesitan prepararse para asumir los nuevos roles que requiere la educación actual. La función del docente como mero transmisor de información, se ha ido transformando en la de organizador y conductor del proceso educativo.

Asimismo, el citado autor afirma: "que el 80% de las informaciones que reciben los estudiantes de la enseñanza universitaria no proceden del docente, sino fuera de la universidad". Y es por ello, que a través de la comunicación, la educación logra promover la formación integral, armónica y permanente del hombre con orientación humanista, democrática, racional, crítica y creadora, abierta a todas las corrientes del pensamiento universal.

2.2.9. Motivación para estudiar Enfermería

La motivación se entiende como el estado psicológico interno de una persona que lo hace comportarse de alguna manera -favorable o no - en torno a una meta.

McClelland (2008), afirma que la motivación de un individuo se debe a la búsqueda de satisfacción de tres necesidades:

- a) La necesidad de logro: relacionada con aquellas tareas que suponen un desafío, la lucha por el éxito, la superación personal y profesional.
- b) La necesidad de poder: referida al deseo de influir en los demás, de controlarlos; de tener impacto en el resto de personas
- c) La necesidad de afiliación: se refiere al deseo de establecer relaciones, de formar parte de un grupo; todo aquello que permite relacionarse con los demás.

En este sentido, es fundamental en los estudiantes de enfermería disponer intencionalmente su comportamiento, mediante la aplicación racional de

incentivos y poder canalizarlos hacia el logro de los objetivos y metas personales y profesionales.

Es evidente que un estudiante, no siempre actúa para satisfacer, en primera instancia las necesidades vocacionales, en cuyo caso la necesidad se constituye en la razón o motivo poderoso que obliga al estudiante a cumplir sus labores y tareas académicas, razón por la cual resulta necesario que el estudiante identifique tales necesidades o motivos y procure atenderlos mediante sus conocimientos y experiencias, según la naturaleza de las mismas.

En la medida en que el estudiante cumpla tales acciones, tareas u obligaciones será posible predecir, modificar y aún controlar su comportamiento en la forma deseada, pudiendo en caso contrario llegar a estados de frustración, como el caso de un estudiante *laissez faire*, tan perjudicial para el propio estudiante y para la Escuela a la cual pertenece.

2.2.10. Estado emocional

Desde el campo psicoeducativo estamos viviendo un interés creciente por la llamada educación emocional, autores como Gardner (2011), a través de las Inteligencias Múltiples, y Goleman (2006), con su concepto de Inteligencia Emocional, han inclinado sensiblemente la balanza ante los aspectos emocionales del estudiante. La extensa obra de estos y otros autores afirman con profundidad, que el éxito personal ya no depende tanto del nivel de inteligencia como de las habilidades que el individuo tenga para manejar y adaptarse adecuadamente a contextos interpersonales.

Si esto es así, la consecuencia es clara: una cualidad de un estudiante de enfermería, es su habilidad como la empatía, la resolución de conflictos interpersonales, el manejo de sus sentimientos y emociones, el control de

la ansiedad, la toma de perspectiva y estrategias comunicativas, ya que gran parte de su acción académica así le exige como elementos que contribuyen a una mayor calidad educativa de su Escuela.

Según Bisquerra (2009), la educación emocional tiene como objetivo último potenciar el bienestar social y personal, a través de un proceso experiencial continuo y permanente del estudiante, que aúna el crecimiento emocional y profesional. En cambio, un estudiante *laissez faire* sin madurez emocional no facilita actitudes positivas ante situaciones problemáticas en la Escuela, no permite el desarrollo de relaciones interpersonales, no estimula la empatía, no ayuda a saber adaptarse a situaciones nuevas, colaborar y generar climas de bienestar social, no sabe convivir ni con sus compañeros y docentes.

2.2.11. Satisfacción por estudiar la carrera profesional de Enfermería

No existe una definición unánimemente aceptada sobre el concepto de satisfacción vocacional que implica la satisfacción por el estudio de una carrera profesional. Cada autor elabora y desarrolla su propia definición. Para un primer grupo de autores la satisfacción por el estudio hace referencia a una prevalencia vocacional al que suman el estado emocional, sentimientos o respuestas afectivas. Briseño (2007), la define como el estado emocional positivo o placentero resultante de la percepción subjetiva de las experiencias académicas del estudiante, y para Muchinsky (2000), es el grado de placer que el estudiante obtiene por el estudio de su carrera profesional. De esta forma, afirma que un estudiante se siente satisfecho con su rendimiento académico al experimentar sentimientos de bienestar, placer o felicidad.

Cifuentes (2012), la define como una actitud o conjunto de actitudes desarrolladas por el estudiante hacia su situación de estudio. Definiendo la actitud como una predisposición a responder de forma favorable hacia el estudio de su profesión. Gamero (2005), señala que la actitud es un estado

preparatorio, una condición previa del comportamiento integrada por tres componentes: el componente cognitivo (creencias, opiniones), el afectivo (emociones y sentimientos) y el conativo (intención de comportarse de determinada forma). De este modo, la interpretación de la satisfacción por el estudio de una profesión es la actitud que permite englobar los diversos puntos de vista recogidos en el comportamiento del estudiante en el campo académico y personal.

García (2008), señala que la motivación implica un impulso hacia un resultado mientras que la satisfacción es el resultado ya experimentado. Hernández (2012), también diferencia ambos términos al subrayar que la motivación es anterior al resultado, ya que es lo que lleva a realizar la acción, y la satisfacción es posterior, puesto que es lo que se percibe como producto de haber realizado la acción.

El concepto de satisfacción por la carrera profesional también se puede abordar desde dos perspectivas: la unidimensional y la multidimensional. La unidimensional se centra en la satisfacción como actitud con relación al estudio en general, lo cual no equivale a la suma de las facetas que componen el contexto académico (teoría). Molina (2009), describe que la multidimensional, considera que la satisfacción se deriva de un conjunto de factores asociados a la práctica y al trabajo en sí, y que es posible medir la satisfacción de los sujetos en relación con cada uno de ellos.

Los factores o dimensiones más conocidos de satisfacción por el estudio de una profesión son: la satisfacción por los planes de estudio, los procesos académicos de enseñanza-aprendizaje, la tutoría, actividades de investigación, la infraestructura de la Escuela, los compañeros de estudio, el progreso en el rendimiento académico y las perspectivas de desempeño profesional en el campo laboral.

2.2.12. Rendimiento académico

El rendimiento académico es la manifestación de los conocimientos del estudiante, los cuales los ha aprendido. Este rendimiento académico está evaluado por las calificaciones que se obtienen por medio de las técnicas e instrumentos de evaluación (pruebas escritas, orales, tareas, etc.).

Según Chávez (2005), el rendimiento académico está asociado también a la inteligencia, la cual es una forma de aceptación producto de la interacción de los procesos de asimilación y acomodación lo cual permite la composición de operaciones reversibles interiorizadas.

Cortez (2007), en el Diccionario de las Ciencias de La Educación, define al rendimiento académico como el nivel de conocimientos de un estudiante medido en una prueba de evaluación. En el rendimiento académico intervienen además del nivel intelectual, variables de personalidad (extroversión, introversión, ansiedad, etc.) y motivacionales, cuya relación con el rendimiento académico no siempre es lineal, sino que esta modulada por factores como nivel académico, sexo, aptitud.

Así mismo, Retana (2011), lo define como el nivel de conocimiento expresado en una nota numérica, que obtiene un estudiante como resultado de una evaluación que mide el producto del proceso enseñanza-aprendizaje en el que participa.

Gardner (2011), ha puesto de manifiesto el problema que han tenido que afrontar todas las sociedades modernas al momento de resolver el problema educativo; esto es, supeditar sus propias opciones al mundo del desarrollo y la industrialización de la sociedad. Esto ha significado que cualquiera que sea el tipo de sociedad, ha tenido que adaptarse a formas tradicionales de transmisión del conocimiento, y por ende, a los criterios restringidos de evaluación y de aceptación de rendimiento por parte de los estudiantes. Postula en su defecto, a la actuación, logros, proyectos contextualizados, significativos y auténticos, derivados de instrucciones diferenciadas.

1) Factores que se relacionan con el bajo rendimiento académico en Enfermería

a) Factores endógenos

Los factores endógenos, hacen referencia a todos aquellos factores relacionados con el estudiante evidenciando sus características neurobiológicas y psicológicas:

- Factores afectivos: Algunas investigaciones han demostrado que entre un 30 y un 50% de los fracasos académicos se deben a causas emocionales.
- Trastornos como la depresión (más frecuente en la juventud), la baja autoestima, trastornos de ansiedad, y complicaciones más severas, como psicosis o neurosis.
- La influencia de la familia en la estabilidad emocional del estudiante es fundamental. Pueden alterar el equilibrio afectivo y perjudicar su rendimiento académico.
- Situaciones especiales que alteran el núcleo familiar como la muerte o enfermedad de uno de los progenitores o de un ser querido del estudiante, el abandono, separación del matrimonio, nuevo matrimonio de uno de los padres, nacimiento de un nuevo hermano, situaciones hoy mucho más frecuentes y que siempre que no estén bien enfocadas, afectan enormemente el desarrollo emocional del estudiante.
- Problemas sensoriales. Una de las primeras cosas que debemos descartar, es que "los canales de entrada y de salida" de la información estén habilitados para funcionar en forma óptima. Ésta es una de las condiciones previas del aprendizaje. Los problemas sensoriales pueden ser de cuatro tipos: Hipoacusia, disminución de la visión, problemas motores y problemas específicos de aprendizaje.

b) Factores exógenos

La influencia externa en el rendimiento académico es preponderante para el éxito o fracaso del mismo. Las variables familiares, sociales y económicas de los estudiantes y sus características comunes son factores que influyen en el rendimiento académico.

Encontraremos como causales los siguientes:

- Estilos educativos de los padres: Como la severidad excesiva o disciplina extrema, que hacen que los padres tengan unas expectativas muy altas que los hijos no pueden alcanzar (tienen que ser los mejores) lo que crea una fuerte inseguridad en el estudiante que nunca podrá llegar a las altas metas fijadas y como consecuencia se sentirá frustrado si no lo consigue.
- Padres con estilos educativos distintos que producen un gran desconcierto en el estudiante, y que se traduce también en fracasos académicos, falta de cariño, indiferencia de los padres, etc., (Benavides, 2003).

2) Dificultades socio-económicas

Hace una especial referencia a las carencias económicas, al tipo de vivienda, a las carencias familiares, escasa alimentación que lleve consigo las secuelas de una salud precaria para el esfuerzo que requiere el estudio.

3) Dificultades didácticas de los profesores

El profesor desempeña un importante papel en la enseñanza en la Escuela de Enfermería, influyendo en gran medida en el rendimiento que alcanzan los estudiantes. Las relaciones que establece con el estudiante participan tanto en su comportamiento como en su aprendizaje. Los planes de estudio, metodología, recursos didácticos, sólo se materializan, fundamentalmente, con el accionar del docente o del

equipo docente. Después de los estudiantes, los profesores constituyen el elemento más importante y crucial de todo sistema educativo de educación superior.

3. Concepto de salud

La salud (del latín *salus, -ūtis*) es un estado de bienestar o de equilibrio que puede ser visto a nivel subjetivo (un ser humano asume como aceptable el estado general en el que se encuentra) o a nivel objetivo (se constata la ausencia de enfermedades o de factores dañinos en el sujeto en cuestión). El término salud se contrapone al de enfermedad, y es objeto de especial atención por parte de la medicina.

A fecha de hoy, la definición de la OMS (2015), es la aceptada oficialmente y la que se ha utilizado en esta investigación, sin embargo, la salud no siempre ha sido entendida de esta manera, a continuación se presentan los principales conceptos de salud barajados a lo largo de la historia de la humanidad.

Definiciones de salud según Brannon & Feist (2001).

- 1) Prehistórica 10.000 a.C. Es puesta en peligro por espíritus procedentes del exterior que se introducen en el cuerpo.
- 2) Babilonios y asirios 1800 – 700 a.C. Es puesta en peligro por los dioses que envían las enfermedades como castigo.
- 3) Antiguos hebreos 1000 – 300 a.C. Es un regalo de Dios, si bien la enfermedad es un castigo divino.
- 4) Antiguos griegos 500 a.C. Es una unidad holística de cuerpo y espíritu.
- 5) Antigua China 1100 – 200 a.C. Es un equilibrio entre las fuerzas de la naturaleza.

- 6) Galeno en la Antigua Roma 130 – 200 d.C. Es la ausencia de elementos patógenos, como puede ser el aire en mal estado o los fluidos corporales espurios, que causan enfermedades.
- 7) Primeros cristianos 300 – 600 d.C. No es tan importante como la enfermedad, que constituye un signo de que el individuo ha sido elegido por Dios.
- 8) Descartes en Francia 1596 – 1650. Es una condición del cuerpo mecánico, que está separado de la mente.
- 9) Vichow en Alemania, finales del siglo XIX. Es puesta en peligro por organismos microscópicos que invaden las células, produciendo enfermedades.
- 10) Freud en Viena Finales del siglo XIX. Está influida por las emociones y la mente.
- 11) OMS, 1946. Es un estado de bienestar, físico, mental y social completo.

La definición de salud ha sido y es, una variable bien variable, fundamentalmente por las dos razones siguientes:

- 1) Es un concepto positivo: no está centrado en la idea de enfermedad, sino en la salud del individuo.
- 2) Es un concepto integral: la aceptación del individuo como ser bio-psico-social.
- 3) Es subjetiva: equipara bienestar a salud, y no siempre sentirse bien es equiparable a tener salud. Así, por ejemplo, el consumo de drogas o adquirir un bien material puede producir bienestar, pero no es equivalente a salud.
- 4) Es utópica: el completo bienestar es un objetivo difícilmente alcanzable.
- 5) Es estática: considera la salud como un estado, mientras que, en realidad, la salud es un proceso cambiante.

Como consecuencia de estas ideas, han surgido nuevas definiciones que aportan nuevos aspectos al concepto de salud, de los cuales destacan los siguientes:

- 1) **Carácter dinámico:** la salud es un proceso en el que pueden darse diversos grados o niveles, desde el óptimo (nivel más elevado posible de bienestar físico, psíquico y social) hasta la muerte prematura, es decir, la muerte que hubiera podido evitarse.
- 2) **Carácter objetivo y subjetivo:** el primero corresponde a la capacidad de funcionamiento o autonomía, y se refiere a que el nivel de salud está relacionado con la posibilidad de vivir con el mínimo posible de limitaciones y de dependencia de los demás. Pero también debe considerarse una dimensión subjetiva en relación al bienestar, el bien-ser y el bien-sentir en relación con uno mismo y con el entorno.
- 3) **Enfoque ecológico:** este aspecto adquiere una especial importancia debido a que se considera que la salud es el resultado de la interacción y adaptación entre los individuos y el medio ambiente físico y social. Para Horacio San Martín la salud es "un proyecto de vida colectivo".
- 4) **Calidad de vida relacionada con la salud:** la definición de la salud en términos positivos, de bienestar y, al mismo tiempo, de capacidad de funcionar, desde una perspectiva integral de la persona, implica la consideración de las diferentes dimensiones que componen este concepto. Tales dimensiones se refieren a la calidad de vida, concepto de origen reciente que incluye un conjunto de factores psicológico-afectivos (bienestar o salud mental), físicos (capacidad de funcionamiento, autonomía), sociales (interrelaciones personales: bienestar o salud social) y cognitivos (autopercepción de la salud y la enfermedad). Los componentes de este concepto determinan a su vez el concepto de salud del que se parte.

En conclusión, puede decirse que, en la actualidad, suele aceptarse un concepto de salud ecológico, dinámico y positivo, resultante de la interacción y adaptación del hombre a su medio y social. Por otro lado, esto se contrapone a una concepción unicausal de la enfermedad, lo que nos lleva inevitablemente a una idea de multicausalidad o multifactorialidad del nivel de salud de los individuos.

El hecho de que el modelo biomédico clásico, que define la salud en términos de ausencia de enfermedad, haya sido el modelo dominante desde Galeno hasta la fecha de hoy (Suls & Rothman, 2004), ha permitido un avance significativo en la medicina.

El concepto de salud ha experimentado una importante transformación en los últimos decenios. Hasta mediados del siglo XX, estuvo vigente un concepto de salud de carácter negativo y reduccionista, basado en la ausencia de enfermedad, incapacidad o invalidez, en el que la salud es restaurada a través de intervenciones médicas. Pero a mediados del siglo pasado, se pusieron de manifiesto algunas de las dificultades a la hora de hacer operativa esta definición. Estas dificultades se debían fundamentalmente para definir la salud desde una perspectiva negativa, hay que establecer el límite entre lo “normal” y lo patológico, es decir, entre lo que es enfermedad y lo que no lo es, lo cual no está exento de problemas; y la limitación de esta definición debido a que no tiene en cuenta aspectos que cada vez son más relevantes en las sociedades modernas, como es la relación entre salud y bienestar.

Al amparo de las dificultades operativas que presentaba el concepto “negativo” de salud, a partir de la década de los 40 comenzó a gestarse una perspectiva de la salud que trascendía el binomio salud-enfermedad, y se comenzó a definir la salud en sentido positivo, al considerar sano al individuo o colectivo que siente bienestar sin la presencia de malestar o enfermedad. Así, Sigerist (1959), estableció que “la salud no es simplemente la ausencia de enfermedad; es algo positivo, una actitud gozosa y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida impone al individuo”. Dunn (1966), propone un concepto de salud bidimensional, al diferenciar entre bienestar físico y mental. Este autor llega a plantear que la salud es un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona desarrollar sus actividades en el ambiente en el que viven a lo largo del mayor tiempo posible. Esta idea bidimensional de la salud fue ampliada por Toledo (2000), que incorporó la dimensión social al concepto de salud, considerando que la salud tiene tres dimensiones: orgánica o física, psicológica y social. En esta nueva concepción, más positiva y holística, se han incluido diferentes dimensiones como el bienestar, el ajuste psicosocial, la calidad

de vida, la capacidad de funcionamiento, la protección contra posibles riesgos de enfermedad, el desarrollo personal, entre otras (Millio, 2001).

Vidal (2000), presentó una definición de salud que incorporaba de manera sencilla las tres dimensiones, al definir la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedades o invalideces”. Esta definición ha sido admitida universalmente y recogida por la OMS en el 2015, en el punto uno de su carta fundacional. Dicha definición supuso un gran avance y generó multitud de críticas que se han convertido a lo largo de los años en objeto de debate. La definición de la OMS (1946), tiene una serie de ventajas, como el hecho de considerar la salud en un sentido positivo, superando todas las concepciones anteriores que la reducían a ausencia de enfermedad y de comprender no sólo los aspectos físicos de la salud, sino también los psíquicos y sociales, dando así una visión más completa e integral al concepto de salud. Además de contemplar al individuo como un todo y no meramente como la suma de sus partes, propiciando una visión de la salud que atiende tanto al ambiente personal-individual como al externo, ya que hay una concesión de importancia al ambiente y al contexto.

No obstante, dicha definición se ha visto expuesta a una serie de críticas, ya que equipara bienestar a salud, lo cual no es del todo exacto, además de que el término “completo” es más una declaración de intenciones, pues rara vez o nunca se alcanza; asimismo, es una definición estática, que no permite gradaciones, cuando la salud es en realidad dinámica, cambiante, y además subjetiva, (López-Fernández, 1994).

En los años setenta se inicia un cambio al vislumbrar la salud no como algo estático, sino como un fenómeno dinámico. En este sentido, Sigerist (1975), adopta la perspectiva dinámica y afirma que el individuo está determinado por la naturaleza, la cultura y los hábitos, y que la salud se hace presente mediante un ritmo constante e inalterado que sólo es interrumpido por la enfermedad. Asimismo, la relación de factores socioambientales con la salud permite adoptar definiciones de salud en relación al medioambiente. En particular, se encuentra el concepto “ecológico” que considera a la salud como la capacidad del individuo

para adaptarse a su entorno y funcionar.

Con el fin de corregir parte de los defectos detectados en la definición de salud de la OMS, Terris (2003), sugirió que hay distintos grados de salud como los hay de enfermedad. Según Terris, la salud tendría dos polos: uno de carácter subjetivo que consiste en la sensación de bienestar y otro objetivo (capacidad de funcionamiento), los cuales pueden manifestarse en diferentes grados a lo largo del continuo entre salud y enfermedad. De acuerdo con estos conceptos, propuso modificar la definición de la OMS, evitando el criticado adjetivo de “completo” por dar carácter utópico a la definición, manteniendo el concepto de bienestar y añadiendo la “capacidad de funcionamiento” (capacidad de trabajar, de estudiar, de gozar de la vida, etc.), en definitiva, introduciendo la posibilidad de medir el grado de salud. Con tales modificaciones se establecen las bases para pasar de un concepto estático a otro dinámico, y definir la salud como “un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento, y no sólo la ausencia de enfermedades e invalideces” (Piédrola, 2008).

Salleras (2011), afirma que en el carácter continuo de la salud, la muerte no es evitable por razones biológicas, y además el estado óptimo de salud es difícilmente alcanzable, por lo que considera necesario sustituir esos estados por muerte prematura y elevado nivel de bienestar con capacidad de funcionar, ya que el primero se puede evitar y el segundo se puede alcanzar en grados altos de salud positiva. Además, establece que las diferentes graduaciones de estos dos estados están muy influenciadas por las condiciones sociales en que viven los individuos. Desde esta perspectiva se establece el concepto dinámico de salud, afirmando que “la salud es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, y la capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos los individuos y la colectividad”.

De acuerdo con el concepto de la salud como derecho fundamental, en 1986 se llevó a cabo en Ottawa (Canadá) la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, en la que se elaboró la conocida Carta de Ottawa dirigida a la consecución del objetivo “Salud para Todos en el año 2000”. En ella, se resalta la importancia del papel de las personas y las organizaciones en la creación de oportunidades y

elecciones saludables (OMS, 1986). La conferencia, tomó como punto de partida, el debate sobre la acción intersectorial para la salud que había tenido lugar en la Asamblea Mundial de Salud de 1977 y que señaló la consecución de un grado de salud para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva (es la denominada Estrategia de Salud Para Todos en el Año 2020, como la meta principal de todos los gobiernos y de la OMS, además de los progresos alcanzados como consecuencia de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en la ciudad de Alma-Ata (antigua URSS) en 1998, como respuesta a la necesidad de una acción urgente para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos.

La carta de Ottawa (1986), pone de manifiesto la estrecha relación que existe entre las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y la salud. Estos vínculos constituyen la clave para una comprensión holística de la salud, una visión integral de la salud supone que todos los sistemas y estructuras que rigen las condiciones sociales y económicas, al igual que el entorno físico, deben tener en cuenta las implicaciones y el impacto de sus actividades en la salud y el bienestar individual y colectivo. Estos vínculos constituyen la clave para una comprensión holística de la salud que es primordial en la definición de la promoción de la salud. Por lo tanto, la salud es vista como un recurso para la vida diaria y no el objetivo de la vida (como un medio y no solo como un fin), un concepto positivo que enfatiza los recursos sociales y personales, así como las capacidades físicas, (OMS, 2008).

Se puede apreciar que la salud ha sido conceptualizada de diversas formas a lo largo de la historia de la humanidad, hasta llegar a la concepción actual de salud como producto o construcción social, definición que considera que la salud en el ser humano no es un fenómeno biológico, sino un proceso sociobiológico integrado y dinámico. El hombre y la mujer son seres sociales por excelencia y sus procesos biológicos están en permanente interacción con los procesos sociales, dándose una transformación mutua, (Torres, 2000).

3.1. Teorías del concepto salud

3.1.1. Teoría de la OMS

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946) define a la salud como el completo bienestar físico, mental y social del individuo y no solamente la ausencia de enfermedad.

El hombre es un ser complejo en su estructura anatómica, la cual está constituida por un conjunto de órganos que cumplen funciones vitales tales como la respiración, digestión, la actividad cardíaca, entre otras. Estas funciones son conocidas como el aspecto físico y debido a su buen o mal funcionamiento, se califica el estado de bienestar físico de la persona.

El hombre en su estructura física también posee el sistema nervioso, que le permite sentir, pensar, expresar su carácter, la personalidad y el lenguaje para comunicarse con sus semejantes y su entorno. Este se conoce como el aspecto mental. Se entenderá aquí que la mente está diseminada por todo el cuerpo físico y síquico y es el mecanismo humano mediante el cual sobrevivimos, crecemos y trascendemos.

El hombre como unidad psicobiológica es por naturaleza un ser social que tiende en todo momento a conformar grupos y comunidades mediante las que promueve su desarrollo. Pero para poder vivir en comunidad, ha tenido que idear formas de convivencia, regidas por las normas y leyes que regulan los intereses, deberes y derechos de los individuos. Esta interacción es la que constituye el aspecto social.

Estos conceptos que han servido para definir la salud, los ilustra la OMS mediante un triángulo equilátero, en el cual cada lado representa un aspecto en cuestión y simboliza el equilibrio, si sus tres lados permanecen iguales. Pero en la vida diaria cada lado o aspecto del triángulo es atacado por múltiples factores de riesgo que los modifican. Si un lado se modifica, inevitablemente los otros lados se verán afectados y el equilibrio se rompe.

Según lo anterior, el concepto de enfermedad puede ser enunciado así:

Es la pérdida del equilibrio o alteración física, mental o social que impide al individuo su realización personal y la participación en el desarrollo de la comunidad.

3.1.1.1. Ventajas del concepto de salud de la OMS

La definición de salud de la OMS, superó el enfoque asistencialista sanitario predominante en gran parte de los países. Este enfoque tenía una noción negativa de la salud, pues la entendía como la ausencia de enfermedad o lesión. De esta forma se expresa “la preocupación general de considerar a la salud como mucho más que una simple colección de negaciones, el estado de no padecer ninguna situación indeseable concreta” (Evans, 1996). Entonces, se trata de una definición holística y progresista que considera a la salud, ya no sólo como un fenómeno meramente somático y psicológico, sino también social. La salud se considera así como un fenómeno complejo que debe ser abordado a través de la interdisciplinariedad, pues para poder comprenderla en su multidimensionalidad, es necesario que concurren diversas disciplinas que interactúen y se integren entre sí.

Esto representa una importante superación del paradigma biologicista (Ramos, 2000), que a partir de la revolución de la microbiología, consideraba a la salud como exclusivamente individual, reforzando en forma acentuada el paradigma curativista de la medicina.

Esta sería una de las vías para enmendar uno de los dramas de la medicina contemporánea que “siendo básicamente biológica, ignora la etiología no biológica de muchas enfermedades y su correspondiente terapéutica, igualmente no biológica,” (Martínez, 2006).

Se recalca entonces, la necesidad de hacer un mayor énfasis en que las intervenciones salubristas incluyen no sólo los servicios clínicos que se centran en su mayor parte en lo somático y lo psicológico, sino también en las intervenciones

sociales tales como las de producción, distribución de la renta, consumo, vivienda, trabajo, ambiente, etc., (Navarro, 1998).

“Se hace fundamental una definición de salud que no se limite a la mirada biomédica”, (Moreno-Altamirano, 2007). Y es en este punto en el que la economía, la ciencia política, la ecología, la antropología y la arquitectura, entre otras, se suman para contribuir a la promoción, mantenimiento y preservación de la salud, a través de un enfoque multidisciplinario.

3.1.1.2. Crítica a la concepción de salud de la OMS

Entre sus críticas a este concepto, Navarro (1998), acotó que la misma tiene un problema epistemológico importante, se trata de una definición ahistórica y apolítica. Con esto la OMS en cierta medida se estaría librando de la responsabilidad de clarificar quién decide lo que es bienestar y salud, soslayando la controversia política que dichas definiciones acarrearán, al mismo tiempo que deja entrever que la salud es un concepto científico “que se aplica a todos los grupos sociales y a todos los períodos históricos por igual”.

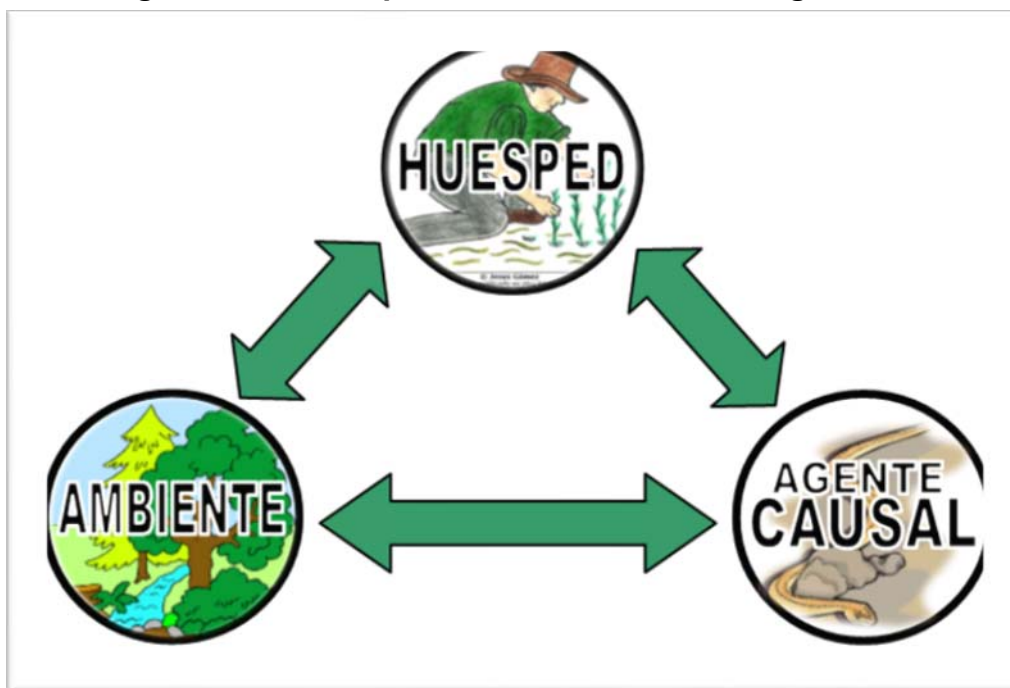
Pero lo cierto es que la definición de salud está impregnada de un fuerte componente cultural, que en las épocas de globalidad es multicultural, lo que no le permite escapar de las presiones de los intereses políticos y económicos de cualquier época y lugar determinados. Por lo tanto, es obvio que en este caso la definición de salud puede, por lo amplio de su extensión, ser utilizada de manera subjetiva para legitimar los intereses de cualquier grupo de presión, partido político, clase dirigente, movimiento social, régimen político, actor económico y las ONG como Médicos sin Fronteras. A fin de cuentas, la ciencia como producto cultural hace imposible la separación del investigador de su ideología, impidiendo el mito de una ciencia libre de valores. De manera tal que, según Pastor (1989), hablar de completo bienestar es subjetivo y funcional, dificultándose “su medición y la producción de indicadores económico-sociales adecuados para su representación”.

Adicionalmente, la idea de “completo bienestar” introduce la noción de normalidad en la salud, (Briceño, 2000). En medicina se suele utilizar el adjetivo “normal” como sinónimo de “salud”. Lo normal es lo que acostumbra suceder en forma común y corriente. De manera tal que lo normal sería el promedio o estándar de una situación determinada. Entonces se tiene una definición estadística de salud que “no se ajusta a la realidad biológico-ecológica y social porque el hombre y su ambiente están sometidos constantemente a la ‘variación’ que no admite modelos fijos”, (San Martín, 2009).

3.1.2. Teoría biologista

Antes que la Organización Mundial de la Salud basara su concepto de salud en los aspectos físico, mental y social, los biólogos la definían sólo en función del aspecto físico. Es decir, si la estructura anatómica o las funciones orgánicas del hombre o mujer no presentaban ninguna disfunción, entonces se calificaba como sano; en caso contrario, éste se encontraba enfermo. Esta teoría ha sido llamada triada ecológica debido a que en su concepción intervienen tres elementos: el huésped, el ambiente y el agente causal.

Figura 9: Los componentes de la teoría biologista



El hombre es un organismo, que al vivir en un ambiente se expone a la acción de los agentes causales de enfermedad con los cuales interactúa y lo hacen hospedero de la enfermedad, a la que se considera como la alteración o desequilibrio exclusivamente físico.

La teoría de la triada ecológica, considera la salud como un evento de la naturaleza sin reconocer la influencia que el hombre ejerce en su resultado; es decir, para los biólogos sólo existían causas naturales que producían efectos orgánicos independientes de las circunstancias y acciones del hombre.

La salud así definida, estaba enmarcada en un contexto histórico con las circunstancias de la época, pues aún no se racionalizaba la influencia que ejercía la sociedad. Sin embargo, el aporte de la teoría es valioso, pues desde entonces se consideró la importancia del ambiente en la resultante salud, la cual está hoy más vigente que nunca debido a los problemas que a escala mundial hay sobre contaminación.

3.1.3. Fusión de la teoría de la OMS y biólogo

La OMS (2008), lanzó su teoría sobre la salud al considerar incompleta la de los biólogos, que sólo contemplaba el aspecto físico. Afirmaron que se habían desconocido otros aspectos importantes de la dimensión humana, tales como el aspecto mental y social. Sin embargo, al analizar la definición de la OMS, se observa que en ella solo se incluye al ser humano en sus dimensiones internas, dejándolo sin un entorno o medio ambiente en el que se sostiene y que le garantiza su supervivencia como especie.

Figura 10. Teoría de la OMS y biólogo



Se puede aquí concluir que las dos teorías son complementarias y más aún, cuando en la actualidad el ambiente cobra la máxima atención e importancia en todas las políticas de la humanidad para garantizar su conservación. En ese sentido grandes esfuerzos se han venido realizando; entre ellos se puede mencionar la Cumbre Mundial del Medio Ambiente y la Biodiversidad celebrada en Río de Janeiro en 1992.

El ser humano (huésped) constituido por los aspectos físico, mental y social, interactúa con su entorno al habitarlo: el entorno a su vez tiene su clima y ecosistema, que por sus características, al interactuar con el hombre pueden constituirse en factores de riesgo naturales (causas de posible enfermedad o accidente) que amenazan su salud. Ejemplo: el zancudo anófeles que transmite el paludismo.

Debe tenerse en cuenta que los factores de riesgo que más amenazan la salud y la supervivencia del ser humano son en la actualidad, producto de las actividades de transformación del medio (trabajo), que buscan elevar la calidad de vida.

3.1.4. Teoría de la multicausalidad

Esta teoría concibe la salud - enfermedad de las personas, como el resultado de múltiples factores interactuantes que inciden significativamente en el proceso que

se da entre la vida y la muerte de cada individuo en una sociedad determinada así:

1) El hombre y su hacer (trabajo)

El hombre a través del tiempo ha tenido que adaptarse a su ambiente. Comenzó por observar los fenómenos de la naturaleza y con su capacidad de raciocinio, fue descubriendo las leyes que lo regían. Progresivamente con su capacidad de análisis y comprobación fue organizando sistemáticamente los conocimientos adquiridos, configurando así la ciencia.

Con el transcurrir del tiempo, el hombre aplicó la tecnología y poco a poco fue creando los modos y medios que le permitirían facilitar la tarea de transformación y adecuación del entorno para su bienestar.

El trabajo ha sido siempre la base de los cambios de la humanidad, éste es una virtud del hombre, pero su organización y administración algunas veces agreden a quien lo realiza, enfermándolo si no es adecuado, gratificante ni dignificante.

2) Influencia económica, política y religiosa

El hombre siempre ha buscado con insistencia el poder económico, el cual está representado por las posesiones materiales (medios de producción). Quien tiene el poder, pone las condiciones y contrata para su servicio las fuerzas de trabajo, así como la tecnología necesaria para alcanzar su propósito.

La voluntad política de los hombres es la que determina cuál será el grado de importancia que la salud tendrá en el conjunto de metas trazadas para el desarrollo de los pueblos. Por ejemplo, fundar o no fundar hospitales, construir alcantarillados, es voluntad política del gobernante.

Mientras tanto se ha podido observar que la religión ha tenido un papel preponderante en el destino de la humanidad; en la actualidad reclama los derechos y el respeto para los trabajadores por parte de los patrones. Estas consideraciones se ven expresadas, en la carta Encíclica Papal de Juan Pablo II "Centesimus Annus".

La salud entonces, es el resultado de las múltiples causas naturales y artificiales que interactúan simultáneamente con los individuos y comunidades en un contexto determinado. La teoría de la multicausalidad define la salud como "el resultado observable en los individuos de la comunidad, producto de la relación existente entre los medios disponibles y los factores de riesgo que la amenazan en un momento histórico determinado".

3.1.5. Teoría salutogénica

Antonovsky (1987), un crítico del modelo tradicional patogénico, desarrolló la conocida teoría salutogénica humana, entendiendo la salud desde una perspectiva holística e integral, que se centra en las condiciones generales implicadas en la salud teniendo en cuenta los factores que la rodean. Por lo que la salud no es una variable de intervención médica sino un producto socioecológico, fruto de la interrelación compleja de factores comportamentales, genéticos, ambientales, económicos, políticos y sociales. A pesar de que esta teoría empezó a forjarse en los años 70, su desarrollo real y expansión están sucediendo en los últimos años, (Ashton, 2011). El modelo salutogénico se centra en los recursos para la salud y en los procesos promotores de salud en los diferentes entornos y contextos, (Rojas, 2010).

3.2. Determinantes que influyen en la salud

Según Lalonde (2010), existen cuatro factores determinantes generales que influyen en la salud, a los cuales los clasificó como:

3.2.1. Biología humana

Es el estudio de la vida del ser humano o la información genética que cada individuo trae en sus genes, puede proteger o favorecer la aparición de enfermedades. Dentro del factor biológico podemos destacar las enfermedades adquiridas por el medio como la tuberculosis. Este determinante está condicionado por la constitución, carga genética, crecimiento, desarrollo y envejecimiento. Este grupo de factores ha sido considerado hasta finales del siglo XX, como aquellos que presentaban menor capacidad de modificación.

3.2.2. Ambiente

Son todos aquellos factores que provienen del mundo exterior y sobre los cuales el ser humano "no tiene control". Por ejemplo la contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural. La acción individual o colectiva de cada uno de ellos origina un gran número de patologías, por tanto, el control de sus efectos reduce la proporción de enfermedad y mortalidad.

Un informe, publicado el 4 de marzo de 2008 por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), advierte que la contaminación del aire va a tener efectos crecientes sobre la salud a nivel mundial; y si no se hace nada para remediarlo, como ha venido sucediendo hasta ahora, en el 2030, el número de fallecimientos prematuros relacionados con el ozono troposférico se multiplicará por cuatro.

3.2.3. Sistema de cuidados de salud

El acceso a la asistencia sanitaria y la calidad de la misma influyen en la salud, puede añadirse que, en ocasiones, produce efectos y atrogónicos (problemas de salud causados por la actividad profesional de un médico o de otros profesionales sanitarios).

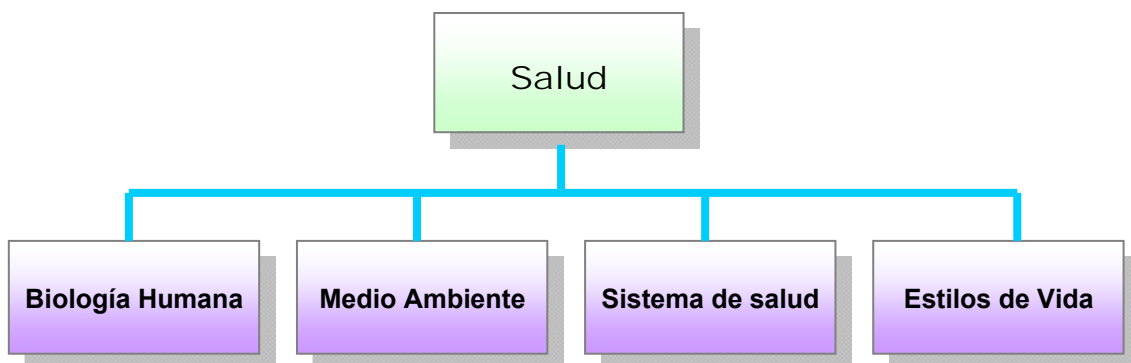
En 1977, se realizó en Estados Unidos una investigación similar a la de Sigerist (1975), que señala también como factor más importante el estilo de vida y el medio ambiente. Además, en ambos trabajos se comprobó que la distribución de los recursos dedicados al sector de la salud no se correspondía

proporcionalmente con las necesidades que se desprendían de los mismos.

En 1978 se realizó un análisis del aumento de población en Inglaterra en el siglo XIX, y el incremento detectado pudo atribuirse en un 80% de los casos, a la disminución de infecciones. Al mismo tiempo, se constató que la mayor parte de esta reducción no se produjo por las vacunas o tratamientos (a excepción de la vacuna contra la viruela), sino por las medidas de salud pública (ambientales, políticas, económicas o sociales). Así, se concluyó que la mejora de la salud se produjo, fundamentalmente, por la disminución del número de hijos por familia (cambio conductual), por la mejora de la alimentación y de los factores ambientales y, por último, por la adopción de medidas preventivas y terapéuticas específicas. Estos resultados pueden considerarse como la base de la denominada nueva salud pública. También Salleras (2011), señala la influencia de los factores sociales, refiriéndose a las desigualdades en los niveles de salud, debidas a las diferentes condiciones sociales y culturales entre individuos, grupos y colectividades.

En consecuencia, y atendiendo a la coincidencia de todos los modelos expuestos, la atención a la salud debe buscar estrategias para lograr un cambio de estilos de vida o comportamientos no saludables, y mejorar el medio ambiente físico y social en el que la persona y la comunidad se desarrollan y viven. Es hacia ese cambio, al que se dirigen las acciones educativas en pro de la salud. Por otro lado, no se puede olvidar que ambos factores, como señala Lalonde (2010), no son separables, sino que interactúan entre sí y con los demás factores determinantes de la salud.

Figura 11. Modelo de determinantes de salud según Lalonde

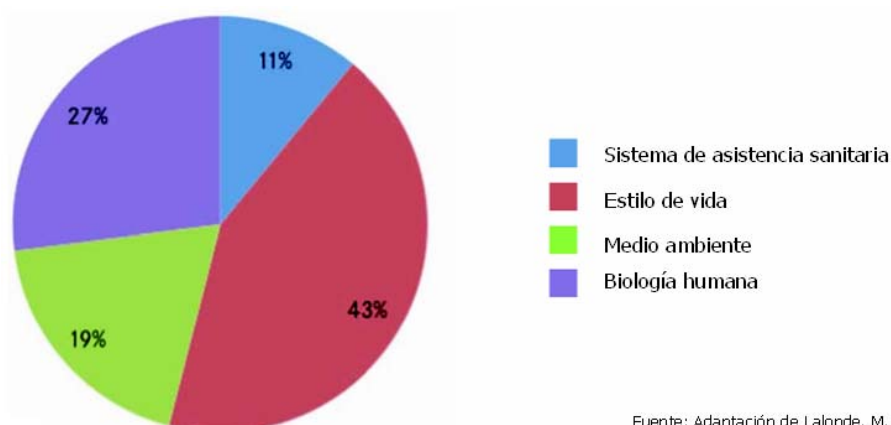


Debemos remarcar que en el momento actual se considera que casi todos los factores que integran los determinantes de la salud son modificables. Incluso, la biología humana, considerada hasta hace relativamente poco tiempo como poco influenciable, puede modificarse gracias a los nuevos descubrimientos genéticos, diagnósticos y de terapias basadas en la biotecnología.

Además, según Frenk (2000), estos conjuntos de determinantes de salud no son disjuntos, es más, a veces es difícil separarlos y asignarlos a un único grupo, pues de hecho suelen estar relacionados, como por ejemplo, la clase social del individuo y ciertos hábitos saludables o factores de riesgo. En este sentido podríamos referirnos a la drogadicción, que es un hábito de conducta negativo de salud, pero a la vez es una contaminación sociocultural del ambiente. El modelo de Lalonde supone situaciones en las que varias causas pueden producir varios efectos simultáneamente, aunque ninguna por sí sola es suficiente para originar un determinado efecto; es decir, se establece el tránsito de un modelo causal determinístico a un modelo causal probabilístico que pretende ser integrador, al tratar de incluir todos los determinantes conocidos de la salud.

Según el informe Lalonde, la influencia de los determinantes de salud se distribuiría del siguiente modo (figura 12):

Figura 12. Influencia de los determinantes de salud en la morbimortalidad (%).



Fuente: Adaptación de Lalonde, M. (1974).

3.3. Educación para la salud

La necesidad de educar para la salud está justificada, fundamentalmente, por dos aspectos. Por un lado, i) por la evolución del concepto de salud, y por otro, ii) por la constatación de que los estilos de vida son los principales condicionantes de la misma. Todo ello ha derivado en nuevos planteamientos en cuanto a las bases teóricas y a las formas de actuar, es decir, ha supuesto un cambio en la manera de concebir la salud y la enfermedad.

Si bien la preocupación por la enfermedad y sus causas ha contribuido a desarrollar, principalmente, intervenciones curativas y en algunos casos preventivas, en la actualidad el interés se centra en mejorar la salud de toda la población para aumentar su calidad de vida. Para ello, y por lo que se desprende de lo dicho anteriormente, es preciso responsabilizar y formar a todas las personas, para que sean capaces de adoptar estilos de vida lo más sanos posibles, incidiendo en la información, pero también teniendo en cuenta los factores biológicos y medio-ambientales que influyen en ellos.

De este modo, surge un concepto nuevo, la promoción de la salud, que fue definida en la Conferencia Internacional de Ottawa (1986), como el proceso de capacitación de las personas para aumentar el control sobre su propia salud y para mejorarla.

Para ello, se propusieron las cinco áreas de acción siguientes:

A. Establecer políticas saludables.

Es decir, el conjunto de acciones que, a nivel social, conduzcan a la salud, ya sean de tipos legislativos, fiscales u organizativos.

B. Desarrollar las aptitudes y recursos personales.

Este aspecto educativo es indispensable para que los individuos puedan

tomar decisiones respecto a su estilo de vida y les sea posible controlar, consecuentemente, los factores personales y ambientales que influyen en su salud.

C. Reforzar la acción comunitaria.

Se trata de fomentar la implicación de toda la comunidad en las acciones relacionadas con la salud. Por este motivo, la comunidad debe estar capacitada para participar tanto en la detección de las necesidades como en la implementación de los programas y en la evaluación de los mismos.

D. Crear un entorno saludable.

Es necesario proteger el medio ambiente y fomentar una buena convivencia en la que la autonomía (vivir con el mínimo de limitaciones y dependencias) no se oponga a la solidaridad, sino que ambos sean valores fundamentales. De este modo, el entorno será una fuente de salud y no de enfermedad.

E. Reorientar los servicios de salud.

Esto debe hacerse de forma que tales servicios compartan la responsabilidad respecto a la salud con otros sectores sociales y dediquen su atención a la promoción de la salud, además de la prevención y la restauración de la misma. Para conseguir tales objetivos, los profesionales implicados deben asumir la función educativa que ello comporta, incorporándola a sus actuaciones asistenciales y comunitarias.

La realización de estas cinco acciones requiere la elaboración de un proyecto social, no sólo médico, que incluya un proceso formativo del individuo que forme parte de una educación integral para su desarrollo personal y social. López (2010), señala que en esta perspectiva, la salud se configura como un valor y un derecho universal, y la educación para la salud, como una necesidad fundamental tanto para la promoción de la salud como para la prevención y la curación.

Este enfoque social y comunitario difiere sustancialmente del enfoque medicalista, basado en la enfermedad, que contemplaba algunas actuaciones presuntamente educativas, consistentes en intervenciones concretas e informativas, con la finalidad de establecer las pautas de

comportamiento adecuadas para prevenir los problemas de salud, y que tradicionalmente se han denominado "educación sanitaria". No obstante, en la actualidad, la literatura sobre este tema utiliza indistintamente ambos términos para referirse al mismo enfoque.

La educación para la salud según García (2003), puede definirse como un proceso formativo participativo y permanente, integrado en un marco educativo global, que permita a todos los individuos, en relación a la salud, aumentar conocimientos, adquirir actitudes positivas y adoptar estilos de vida sana, de modo que la salud sea considerada como un valor y una responsabilidad individual y social.

3.3.1. Principios generales de la educación para la salud

La evolución ideológica referida en los apartados anteriores ha desembocado en un planteamiento de la educación para la salud basado en el modelo comunitario de la misma, del cual se desprenden los principios generales que han de fundamentar cualquier actuación.

La investigación basada en el modelo comunitario permite evidenciar que las desigualdades sociales también se manifiestan en la salud, lo que ha llevado a plantear como objetivo prioritario de las estrategias internacionales en esta materia, la consecución de la equidad, lo cual significa la igualdad de oportunidades en relación a la salud. De este modo, la salud se acepta como un derecho fundamental y un valor social, con lo que se justifica la necesidad de educar para la salud a toda la población, sea cual fuere su situación social.

De las características que configuran el modelo comunitario y social se derivan los siguientes principios generales en los que se basan las actuaciones educativas para la mejora de la salud:

a) Actuaciones centradas en la salud

La principal de las acciones centradas en la salud es la educación, ya que con ella se pretende incidir en toda la población, independientemente de su estado de salud, considerando siempre la posibilidad de mejorarla.

b) Implicación multisectorial

Todos los sectores sociales, no sólo el sanitario, deben responsabilizarse y actuar en pro de la salud. El sistema sanitario no puede hacer frente por sí solo a todas las circunstancias que influyen en la salud, debido a la existencia de múltiples factores condicionantes. Por este motivo, es necesario emprender una acción educativa sobre el tema.

c) Participación

La responsabilidad individual y colectiva, constituye el elemento clave, y representa, según la OMS (2008), la implicación de las personas en el desarrollo de las iniciativas individuales y colectivas que influyen sobre los estilos de vida, el entorno y las políticas sanitarias de cada país.

Se trata de una implicación en todos los procesos, desde que se plantean hasta que se evalúan; es decir, se emplea la participación como un instrumento para estimular la responsabilidad de la población, lo cual implica, además, trabajar "con" y "para" la comunidad.

d) Capacitación

Se refiere a la adquisición de aptitudes y habilidades para la satisfacción de las necesidades, para la elección de las opciones personales y colectivas y para la convivencia social.

e) Enfoque integral

La salud depende de múltiples factores físicos, psicológicos y sociales, que requieren una atención conjunta. Su enfoque debe ser interdisciplinario para garantizar un conocimiento amplio de todos los elementos sobre los que se deberá incidir y adoptar la metodología adecuada a cada situación y grupo social.

f) Proceso formativo

El proceso formativo se refiere a una acción educativa sostenida que abarque todas las etapas vitales, como parte de su desarrollo, y que prepare a las personas para afrontar las situaciones de la vida relacionadas

con su salud.

3.3.2. Promoción de la salud a través de la educación

La promoción de la salud incluye un conjunto de estrategias y actuaciones dirigidas a fomentar la salud en la población. Incluye, por lo tanto, todas las medidas que contribuyan a mejorar los estilos de vida y el entorno. Puede considerarse una acción social, en la que es preciso combinar acciones políticas favorables para la salud con acciones educativas. Pero estas últimas contribuyen también de manera decisiva al desarrollo favorable de las primeras. Lo dice Francke (2010), que la educación para la salud tiene como finalidad la asociación de comportamientos saludables, pero al mismo tiempo, pretende capacitar a la comunidad para participar en la toma de decisiones individuales y colectivas y reforzar las que favorezcan su salud.

A tal objeto, la educación para la salud debe incidir en todo el conjunto de la población. Por una parte, en los profesionales, tanto de la educación como de la salud, para que tomen conciencia de la importancia que tiene una estrategia global para la mejora de la calidad de vida, se impliquen en ella y adquieran una formación adecuada para su función educativa en relación a la salud. Por otra, en los individuos y las comunidades, para crear una conciencia crítica y autocrítica de las actuaciones relacionadas con su salud.

En esta dirección, es posible referirse a una educación para la salud que se articule con la educación para la vida social.

Esta perspectiva educativa debería incluir los siguientes elementos:

- Educación sobre temas sociales (marginación, pobreza, racismo y otras problemáticas sociales).
- Habilidades sociales y de formas de vida (resolución de conflictos, asertividad, autoestima, etc.)
- Conocimientos sobre salud (contenidos básicos).
- Habilidades para la salud (autocuidado, primeros auxilios, etc.).

- Análisis crítico sobre los modelos de salud (medios de comunicación, publicidad, autoanálisis de estilo de vida, etc.).

Así pues, referirse a la promoción de la salud implica necesariamente considerar la educación para la salud como un instrumento esencial, y la participación, como un criterio fundamental.

3.3.3. Prevención y la educación para la salud

En la actualidad, la prevención tiene un significado amplio, pues se refiere a todas las actuaciones que se dirigen a evitar la enfermedad, sus riesgos y consecuencias. Se distinguen tres niveles preventivos, que responden a los diferentes momentos de la evolución del binomio salud-enfermedad, y que conllevan, a su vez, las correspondientes estrategias de intervención. En todos ellos, la educación para la salud ocupa un papel importante, aunque es necesario priorizar cada vez más los dos primeros niveles preventivos.

a) La prevención primaria.

Tiene como objeto evitar que se produzca la enfermedad, incidiendo en los factores de riesgo o de protección. La OMS (1986), la define, como el conjunto de las acciones destinadas a disminuir la incidencia de una enfermedad en una población, reduciendo la aparición de casos nuevos. La investigación epidemiológica ha podido establecer asociaciones entre factores de riesgo o que inciden negativamente, así como el efecto positivo o protector de otros factores frente a enfermedades concretas. Así mismo, se puede observar que tanto unos como otros están relacionados mayoritariamente con los estilos de vida, es decir, comportamientos y medio ambiente. A modo de ejemplo, se pueden citar: la conocida relación entre el tabaquismo y el cáncer de pulmón; la inadecuada higiene dental y la caries, las prácticas sexuales de riesgo y las enfermedades de transmisión sexual; la inadecuadas condiciones ambientales y las enfermedades infecciosas, el consumo de alcohol y los accidentes de

tránsito. Entre los factores protectores, cabe citar la influencia positiva de algunos hábitos dietéticos en relación al cáncer del aparato digestivo, el uso de preservativos ante las enfermedades de transmisión sexual, la desinfección del agua para evitar la transmisión de infecciones por este medio, así como los elementos que aumentan la seguridad en los automóviles, como el cinturón de seguridad. En este primer nivel, la función de la educación para la salud consiste en capacitar a las personas para controlar los mencionados factores, tanto los relacionados con los comportamientos como los que atañen al medio ambiente físico y social, de modo que adquieran un estilo de vida cada vez más saludable. Por tanto, las acciones deben ir dirigidas a la población en general, y a grupos específicos en situación de riesgo, para su salud.

b) La prevención secundaria

La prevención secundaria tiene como objetivo evitar que la enfermedad, una vez iniciada, evolucione a estadios más avanzados. La OMS (1986), la define como el conjunto de las acciones destinadas a disminuir la prevalencia de una enfermedad en la población, es decir, el número de casos existente de una enfermedad. Se trata, pues, de detectarla precozmente y de realizar un tratamiento temprano para frenarla. Algunas acciones deben destinarse a la población presuntamente sana, que no ha presentado ningún síntoma o malestar (diagnóstico prenatal, exámenes de salud periódicos, como los escolares o los que se realizan a los trabajadores en las empresas, por ejemplo) y otras a la población sintomática (autoexploración de mama, para detectar alguna tumoración o bulto, recomendaciones sobre los signos precoces de cáncer sobre los cuales conviene consultar, etc.). La función de la educación para la salud en este nivel consiste en capacitar a la población para que pueda identificar o reconocer los síntomas que requieren un estudio para su diagnóstico y tratamiento precoz, así como de concientizarla de la importancia que tienen las revisiones periódicas para evitar la prolongación de algunos problemas de salud.

c) La prevención terciaria

Pretende evitar las limitaciones funcionales y las incapacidades ocasionadas por las enfermedades. Se trata de mejorar la calidad de vida del enfermo mediante el tratamiento y la rehabilitación. La educación para la salud tiene aquí un papel fundamental, contribuyendo al cumplimiento de las prescripciones, a la aceptación de la enfermedad, capacitando a las personas para vivir con la enfermedad, con lo cual se adquiere una actitud positiva frente a la vida y se contribuye a la mejora de su calidad. Como ejemplos de programas en este nivel de prevención, se pueden mencionar los dirigidos a personas con alguna enfermedad crónica como la diabetes, la hipertensión, el sida y la leucemia que afecta a los niños, entre otros.

3.3.4. Autocuidado de la salud

El autocuidado o cuidado personal se refiere a las “capacidades para llevar una vida sana, los cuidados relacionados con la salud y la toma de decisiones saludables, incluido lo búsqueda de atención”, (Camacho & Vega, 2012).

El autocuidado es algo que “está en la propia naturaleza del ser humano incluso de muchos animales superiores; forma parte de lo que podemos denominar hábitos saludables y, por tanto, resulta muy conveniente desde el punto de vista individual y de la salud pública”, (Granda, 2008). En este sentido cuidar su salud significa ingerir medicamentos bajo receta médica.

3.3.4.1. Teoría de Dorothea Orem

Esta teoría explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia. El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos orientados hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para

regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. Orem (2003), define tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

- a) Requisitos de autocuidado universal que son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, del agua, la eliminación de residuos, la actividad y el descanso, además de la interacción social, la prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- b) Requisitos de autocuidado del desarrollo que permiten promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, en prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adultez y vejez.
- c) Requisitos de autocuidado de desviación de la salud que surgen o están vinculados a los estados de salud.

Asimismo, define el objetivo de la enfermería como: " Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

Al respecto, el autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud relacionado a la automedicación responsable mitigando riesgos de reacciones alérgicas a los componentes de los medicamentos hasta complicaciones graves. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidado concientizándolos a practicar al sujeto en la automedicación responsable.

Por otro lado, Orem, supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento del individuo, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos

(percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc.) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.

3.3.4.2. Teoría de Nola Pender

El modelo de promoción de la salud de Pender, expone en forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud, (Pender, 2011).

Por otro lado, el modelo de Pender expone cómo las características y experiencias individuales así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan al individuo a participar o no, en desarrollar comportamientos saludables, como es la automedicación responsable.

La aplicación del Modelo de Pender, brinda la oportunidad de llevar a cabo una adecuada educación y promoción de la salud antes de que se presenten complicaciones que pongan en riesgo a la población favoreciendo de esta manera un estilo de vida con prácticas saludables. Ambos modelos de enfermería, es decir de Orem y Pender, sirven como marco para proveer cuidados de enfermería en la promoción de la salud específicamente en la automedicación responsable o en la no automedicación, orientando adecuadamente y favoreciendo una conducta responsable en el cuidado de la salud de la persona, familia y comunidad.

3.3.5. Los profesionales de enfermería y la salud

Los profesionales de enfermería laboran en diversos ambientes con individuos, familias, grupos y la comunidad como un todo. El rol del enfermero de salud comunitaria es dinámico, cambia y crece a medida que

suple las necesidades de la comunidad. Como proveedores primarios en la atención de salud, los enfermeros comunitarios desempeñan diversos papeles. La atención de salud suministrada a comunidades, grupos, familias y clientes por estos enfermeros, incluye educación y promoción de la salud, programas de detección y prevención a través de los departamentos de salud pública, servicios hospitalarios ambulatorios, y organizaciones voluntarias relacionadas con la salud comunitaria. Los enfermeros de salud comunitaria pueden brindar atención a pacientes individuales a través de las agencias voluntarias tal como el servicio del enfermero visitante, las agencias de atención domiciliaria con fines lucrativos, los departamentos de atención domiciliaria con sede en los hospitales, y en escenarios ambulatorios tales como colegios y sitios de trabajo. La atención de salud suministrada a los individuos y las familias puede abarcar servicios directos de atención al paciente, incluyendo el manejo de las necesidades específicas del mismo (por ejemplo, la atención de una herida o la evaluación de las condiciones preexistentes).

Cualquiera que sea su enfoque, el enfermero de salud comunitaria brinda siempre educación para la salud y orientación al paciente y a su familia. Además, coordina la planeación, el manejo del caso, la consejería y la remisión del paciente a otros especialistas de atención de salud (por ejemplo, fisioterapeutas, consejeros nutricionales u ocupacionales). El paciente y el enfermero de salud comunitaria, forman una alianza para la salud. Al formar e incentivar esta alianza, los enfermeros de salud comunitaria conservan un enfoque global sobre la salud de pacientes individuales y de la comunidad como paciente global.

3.3.6. Salud comunitaria

Zurro, et.al (2000) señala que la salud representa la condición integral del hombre en su ambiente, esto es, en sus condiciones biológicas, físicas, psicosociales, culturales, económicas y espirituales. La interpretación de la

salud y la reflexión sobre la participación del profesional en este campo, son dos aspectos vitales para el personal de salud, ya que definen en último término, la naturaleza de las acciones y sus alcances en la calidad de vida de las personas.

Es importante entonces tener una visión integral de la salud como equilibrio y armonía al nivel físico emocional, social y espiritual. La salud es un derecho fundamental al cual toda persona debe tener acceso sin privilegios ni exclusiones. Es una condición esencial para el desarrollo personal y colectivo. Este aspecto plantea las siguientes exigencias:

- Articular la salud con la alimentación, la educación, el trabajo, la promoción de la mujer, del niño, de la juventud, etc.
- Encarar las acciones de defensa de la vida y la salud, no sólo en función de las necesidades inmediatas de las personas y de las comunidades, sino también en función de la construcción de proyectos de desarrollo nacional en un marco de equidad, solidaridad, justicia, democracia, calidad de vida y participación ciudadana.

Esta concepción dinámica, social y ecológica de la salud permite entender no sólo las causas físicas de la enfermedad sino también sus causas sociales, y desde esta perspectiva, aportar elementos para un diálogo y una concertación entre la comunidad y el personal de salud para mejorar la situación sanitaria de la misma comunidad.

La salud integral de la persona, familia y comunidad, es el resultado de las complejas interacciones entre los procesos biológicos, ecológicos, culturales, económicos y sociales que se dan en la sociedad, o sea es el producto de las interrelaciones que se establecen entre el hombre y el ambiente social y natural en el que vive. La salud no sólo es un producto de los condicionantes genéticos y biológicos, sino también, es el resultado de las relaciones sociales predominantes, así se puede decir, que es determinada por un proceso histórico del cual ella, es una de las

manifestaciones.

Salud no es equilibrio, es tensión y conflicto en busca de mejores condiciones de vida, es una tentativa permanente de alcanzar niveles superiores de bienestar. El binomio salud-enfermedad es un concepto construido colectiva y socialmente.

La salud es un componente fundamental del proceso de desarrollo y que, por lo tanto, se trata de un concepto único: salud en el desarrollo. La salud dentro del conjunto de las condiciones de vida, es el mejor indicador de la dimensión de bienestar. El desarrollo, no puede ser comprendido sólo desde el punto de vista económico dejando de lado las dimensiones, objeto de preocupación de los denominados sectores sociales. Dado que las dimensiones económicas están íntimamente ligadas a las dimensiones sociales.

Entonces, la salud es un componente del desarrollo y, al mismo tiempo, un resultado de este proceso. La salud es una condición esencial para que las actividades productivas puedan desarrollarse en un marco de estabilidad, de paz y de progreso social.

La salud comunitaria puede ser entendida como aquella condición de salud de un conjunto poblacional que supone: La conservación del medio ambiente, la vivienda y el trabajo dignos para disfrutar de una salud socialmente aceptable, como una estrategia de atención de la salud desde el estado; que se ubica en el nivel primario de atención de salud, donde se considera la participación de la comunidad en acciones organizadas y la intervención de equipos de salud, como una estrategia de atención de salud con iniciativa popular donde se da respuesta más directa y auténtica a las condiciones de salud de la comunidad, permitiendo ganar control sobre los factores determinantes de la salud.

La salud comunitaria valora a la comunidad como un ente activo y participante de su propia salud. También está relacionada con la salud

integral y a las estrategias de atención intra y extramuros con iniciativa popular, donde el personal de salud cumple funciones según el papel, el ambiente y las restricciones legales correspondientes a su ejercicio.

La salud comunitaria aplica programas de salud pública en el ámbito local tomando en cuenta una planificación sobre la base de los problemas y necesidades específicas de cada comunidad con su plena participación. Esta instancia requiere la transformación de la conciencia de las personas y la reducción de las desigualdades económicas y sociales.

El concepto del proceso salud-enfermedad no está aislado de la vida social. La salud comunitaria busca intervenir mediante acciones integradas; actuando en la comunidad, con sus dimensiones sociales, económicas y psicológicas con la amplia participación de los grupos o comunidades procurando prevenir las enfermedades más que las consecuencias.

Afirmamos entonces, que la salud de la comunidad viene a ser el punto de reunión de todas las áreas del conocimiento y la actividad profesional relacionado con la salud de la comunidad. Puede ser abordada en tres dimensiones:

- 1) Como condición de salud de un conjunto poblacional.
- 2) Como estrategia de atención de la salud desde el Estado.
- 3) Como estrategia de atención de la salud de iniciativa popular.

3.3.6.1. Enfermería para la salud comunitaria

Con frecuencia la noción del enfermero de salud comunitaria es el de un enfermero visitante, que se ocupa de la salud de sus pacientes exclusivamente en sus hogares. Aunque este concepto es en cierto modo válido, según la interpretación de la American Nurses Association (ANA). El papel de los enfermeros de salud comunitaria consiste en suministrar atención a los individuos, las familias y los agregados dentro de las comunidades, utilizando las habilidades y el conocimiento relevantes tanto a la enfermería como a la salud pública, (ANA, 1986). Ellos brindan

servicios de consejería, realizan evaluaciones, proporcionan instrucción y educación o implementan la investigación para mejorar la atención de la salud del paciente comunitario

En cualquiera de estas funciones, el enfermero comunitario actúa siempre como defensor del paciente ya se trate de un individuo, familia, grupo o comunidad. La ANA define además la enfermería para la salud comunitaria, como una síntesis del ejercicio de la enfermería y de la práctica de la salud pública en relación con la promoción y la preservación de la salud de las comunidades. Esta no se limita a grupos étnicos especiales o a un diagnóstico en particular. Es continua, no episódica y aunque con frecuencia está dirigida a los individuos, contribuye a la salud de la totalidad de la comunidad. De este modo, el ejercicio de la enfermería para la salud comunitaria se ocupa de la promoción de la salud pública, (ANA, 1986).

Una confusión adicional relacionada con el papel de los enfermeros de salud comunitaria ha surgido del hecho de que los términos “enfermero de salud comunitaria” y “enfermero de salud pública” a menudo son utilizados en forma intercambiable.

3.3.6.2. Enfermería para la salud pública.

Este término se refiere a la combinación de los servicios de enfermería y promoción de la salud de las poblaciones. Su objetivo consiste en mejorar las condiciones sanitarias; controlar las epidemias en la comunidad; prevenir la transmisión de las infecciones; brindar educación sobre los principios de higiene personal; organizar servicios de medicina y enfermería para el diagnóstico, la prevención y el tratamiento oportuno de la enfermedad, y desarrollar mecanismos sociales y patrones de vida que garanticen la salud de los individuos en la comunidad y en el mundo; el término enfermero de salud pública debe ser utilizado para describir a quien ha sido profesionalmente preparado y supervisado en la práctica clínica de la enfermería para la salud pública. A nivel básico, el enfermero

de salud pública cuenta con un título universitario en enfermería.

Este término es más amplio puesto que incorpora a la enfermería para la salud pública. Se define como la síntesis de la teoría de la enfermería y la teoría de la salud pública aplicada a la promoción y preservación de la salud de las poblaciones. El centro de la práctica de la enfermería para la salud comunitaria es la comunidad como un todo, y el suministro de la atención de enfermería a los individuos, las familias y los grupos dentro del contexto de promoción y preservación de la salud de la comunidad en su totalidad. El término enfermero de salud comunitaria hace referencia a todo enfermero que trabaje con la comunidad. El término puede ser utilizado para describir a los enfermeros de salud ocupacional, enfermeros escolares, enfermeros de hospicios y enfermeros de atención domiciliaria.

3.3.6.3. Alcance de la atención del enfermero en salud comunitaria

Para muchos profesionales de atención de salud que no están familiarizados con los principios y las dimensiones prácticas de la enfermería en salud comunitaria, el concepto de brindar atención a una comunidad o a una población es difícil de comprender. La mayoría de enfermeros atiende a los individuos exclusivamente en las instalaciones hospitalarias. Los enfermeros de salud comunitaria conservan un enfoque global de la salud del paciente ya se trate de un individuo, una familia, un grupo o una comunidad, cualquiera que sea su dimensión. El concepto de que las comunidades sanas albergan la salud individual es importante para la forma en que los enfermeros de salud comunitaria enfocan la atención de salud de la comunidad.

Las escuelas profesionales de enfermería como entornos de salud.

El entorno Escuelas Saludables busca contribuir al desarrollo del potencial de salud de los educandos a través de la formación integral, valiéndose del contexto profesional como ámbito estratégico para promover una cultura de salud y desde ahí, irradiar sus efectos a toda la comunidad.

En una Escuela de futuros enfermeros y protectores de la salud se deben desarrollar componentes fundamentales: Como son la calidad de la educación profesional y educación para la salud con enfoque integral como son; desarrollo de un unidad holística saludable.. Cabe señalar, que la participación activa del cuerpo docente con orientaciones deben estar sujetas al criterio de la comunidad estudiantil quienes deben adecuar las acciones de acuerdo a las características del medio, los intereses y necesidades de los estudiantes su entorno familiar y de trabajo. de tal manera contribuyan al desarrollo de la salud de su alumnado y de la sociedad con quienes conviven. Los docentes deben ser transmisores de mensajes de Salud, promotores y gestores de programas, vivos agentes de cambio para la mejora de la salud con la ambición futura de que los alumnos y futuros profesionales sean considerados como "agentes activos de salud" (Davo 2009)

Las Escuelas Saludables son definidas por la OPS, OMS (2003) como una iniciativa para desarrollar un conjunto de acciones dirigidas a la producción social de salud en el ámbito escolar, facilitando la adopción por toda la comunidad educativa de estilos de vida sanos, en ambientes favorables a la salud.

Su objetivo fundamental es formar futuras generaciones que dispongan de conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para promover y cuidar su salud, la de su familia y su comunidad, así como crear y mantener ambientes de estudio, trabajo y convivencias saludables. Está fundamentada en la moderna concepción de salud, definida en la Carta de Ottawa en 1986.

Conceptualmente la promoción de la salud, así como la educación para la salud, que es su estrategia fundamental, se nutre de una enorme diversidad de teorías y modelos que tienen fundamento en la investigación científica originada en distintas disciplinas y latitudes, especialmente en los Estados Unidos de Norteamérica y Europa, con excepciones notables como la investigación en el campo de la *acción participativa* (Fals Borda 1988-91) y la teoría de la *educación participativa* (Freire 1970-74),

Teniendo en cuenta la globalización, es un fenómeno trascendente que cada vez adquiere mayor importancia, tanto en la Economía como en la Sociología y en otras disciplinas de las Ciencias Sociales y de Salud. Es así que nos exige ha

conocer los valores, creencias, costumbres, necesidades, gustos, idiomas de los diferentes pueblos, por lo que se hace indispensable tener talentos humanos altamente calificados y preparados en las diversas áreas de la vida. Con capacidades creativas y de innovación, flexibles pero también rigurosos. Esto demanda que las universidades y/o escuelas profesionales deben abrirse a este tipo de formación superior brindando opciones que generen y aumenten los conocimientos superiores así como la comprensión de estos fenómenos con el fin de contribuir a su propio bienestar y el de su alumnado. (Munoz J. 2002)

Enfermería ha heredado de su proceso histórico una filosofía de responsabilidad para el cuidado de la vida humana derivada del humanismo que le da el sustento y el significado de su práctica, para lograr un nivel satisfactorio de desarrollo y de salud en el ser humano (Arroyo de Cordero 2000). Es por eso que debe tenerse particular interés en la formación ética de los alumnos, futuros profesionales, ya que continuamente serán sometidos a situaciones que reclamen de ellos una postura y opción ética, que exige algo más que el ejercicio de una ética espontánea o innata o una ética especulativa, que permanezca en hermosos razonamientos, pero ausente de una práctica concreta. Son ellos quienes en última instancia decidirán hacer o dejar de hacer algo, en plena libertad, y en ello radica su responsabilidad moral, de la cual no pueden escapar. Hoy día, la aldea global sin ética no logrará sobrevivir. En este siglo XXI, Enfermería se ha insertado en este mundo globalizado con grandes desafíos, ya que la práctica se está volviendo cada vez más sofisticada y polivalente, dentro de un contexto multidisciplinario y con acciones que nos exigen a ser muy flexibles.

II. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

2.1. Hipótesis

2.1.1. Hipótesis central

Los estilos de vida se relacionan directa y significativamente con la salud de los estudiantes de enfermería de las Escuelas de Duisburgnord y Helios como entornos promotores de salud

2.1.2. Hipótesis específicas

- 1) La nutrición basada en la frecuente ingesta de alimentos de mala calidad se relaciona negativamente con la salud de los estudiantes de las Escuelas de Enfermería de Duisburgnord y Helios de Alemania.
- 2) El sedentarismo como consecuencia de la vida sin actividad física, recreación y sin práctica de deportes se relaciona negativamente con la salud física de los estudiantes de las Escuelas de Enfermería de Duisburgnord y Helios de Alemania.
- 3) La carencia de hábitos de higiene personal, las frecuentes horas de insomnio y desorden de vida se relaciona negativamente con la salud física, psicológica y social de los estudiantes de las Escuelas de Enfermería de Duisburgnord y Helios de Alemania
- 4) La vida estresante y ajustada en los horarios de trabajo y estudio se relacionan negativamente con la promoción, cuidado y conservación de la salud psicológica de los estudiantes de las Escuelas de Enfermería de Duisburgnord y Helios de Alemania
- 5) La evidente inmadurez emocional y la fragilidad de las relaciones interpersonales se relacionan negativamente con la salud social de los estudiantes las Escuelas de Enfermería de Duisburgnord y Helios, Alemania
- 6) El cumplimiento exigente de los horarios de vida, trabajo y estudios se relacionan negativamente con la práctica de las normas de autocuidado de

los estudiantes las Escuelas de Enfermería de Duisburgnord y Helios, Alemania

2.2. Objetivos de la investigación

2.2.1. Objetivo general

Determinar la relación entre los estilos de vida y la salud de los estudiantes de enfermería de las Escuelas de Duisburgnord y Helios como entornos promotores de salud

2.2.2. Objetivos específicos

- 1) Determinar en qué medida la nutrición basada en la frecuente ingesta de alimentos de mala calidad se relaciona con la salud de los estudiantes de las Escuelas de Enfermería de Duisburgnord y Helios de Alemania.
- 2) Conocer en qué medida el sedentarismo como consecuencia de la vida sin actividad física, recreación y práctica de deportes se relaciona con la salud física de los estudiantes de las Escuelas de Enfermería de Duisburgnord y Helios de Alemania.
- 3) Establecer en qué medida la carencia de hábitos de higiene personal, las frecuentes horas de insomnio y desorden de vida se relaciona con la salud física, psicológica y social de los estudiantes de las Escuelas de Enfermería de Duisburgnord y Helios de Alemania
- 4) Conocer en qué medida la vida estresante y ajustada en los horarios de trabajo y estudio se relacionan con la promoción, cuidado y conservación de la salud psicológica de los estudiantes de las Escuelas de Enfermería de Duisburgnord y Helios de Alemania

- 5) Determinar en qué medida la evidente inmadurez emocional y la fragilidad de las relaciones interpersonales se relacionan con la salud social de los estudiantes las Escuelas de Enfermería de Duisburgnord y Helios, Alemania

III. MÉTODOS

3.1. Diseño del estudio

La naturaleza de la investigación se orientó a ser un estudio descriptivo-correlacional que se realizó desde mayo del 2014 a junio del 2016.

3.2. Población de estudio

La población de este estudio está conformado por los 483 estudiantes de la Escuela de Enfermería de Duisburgnord y de la Escuela de Enfermería Helios, ambas ubicadas en la ciudad de Duisburg, Alemania.

Los estudiantes en su mayoría son alemanes con un número pequeño de estudiantes turcos, polacos, rusos.

ESCUELA	VARONES	MUJERES	TOTAL
Duisburgnord	85	160	245
Helios	60	178	238
TOTAL	145	338	483

3.3. Selección de la muestra

La muestra la constituyen un total de 400 estudiantes: 200 pertenecen a la Escuela de Enfermería Duisburgnord y los otros 200, a la Escuela de Enfermería Helios. Es una muestra no seleccionada. Se optó por una cantidad uniforme de 200 estudiantes por cada escuela para poder establecer con mayor facilidad las diferencias y semejanzas de los resultados. Es preciso señalar que estos estudiantes están matriculados en el semestre 2016- I.

ESCUELA	VARONES	MUJERES	TOTAL
Duisburg	69	131	200
Helios	47	153	200
TOTAL	116	284	400

3.4. Recogida de datos

Para mejor comprensión del proceso de recogida de datos, había que prever que en la administración del cuestionario cabía la probabilidad de haber un porcentaje de estudiantes que no contestaran y no lo reenviaran por E-mail, por tanto, se estimó cuál podía ser la tasa de respuesta en nuestro estudio en base a las tasas de respuesta habituales en la población de estudio. Se podía estimar que aproximadamente un 98% de los estudiantes contestaría el cuestionario y lo más importante, lo devolverían ya llenado.

Señalamos las fechas de las siguientes actividades realizadas:

- i) Administración del test de Estilo de Vida (Peps-I) Pender (1996), tomado en paralelo en ambas Escuelas, entre el 14 al 31 de marzo del 2016.

3.5. Cuestionario

El cuestionario que se utilizó en este estudio ha sido el Cuestionario de Perfil de Estilos de Vida (Peps-I) de Pender (1996), consta de 61 ítems distribuidos en 6 dimensiones:

Tabla 5: Dimensiones del Cuestionario de Estilos de Vida (Peps-I) de Pender (1996)

DIMENSIONES	Nº DE ÍTEMS	REACTIVOS
Nutrición	7	1,5,5a, 14,19,26,35
Ejercicios	5	4,13,22,30,38
Responsabilidad en salud	14	2, 2a, 7, 7a, 15,20,28, 28a, 32,33,33a, 42,43,46
Manejo de estrés	8	6,11,27,36,40,41,41a, 45
Soporte interpersonal	8	10,18,24,25,31,39,47, 47a
Autocuidado	19	3,8,9,12,16,17,21,23,29, 34,37,44,48,49,50, 50a, 50b, 50c, 50d

El cuestionario fue enviado a los E-mails de cada estudiante con una carta de presentación, pidiéndoles su llenado y devolución en el más corto tiempo posible. En la Escuela Duisburgnord, la devolución fue más rápida y más efectiva en un 98%, completándose el resto en un tiempo de 6 días previa solicitud de la investigadora reiterándoles su cumplimiento. En la Escuela Helios, la devolución de los cuestionarios fue más lenta, en el tiempo previsto se recogió solo el 95% de los cuestionarios, luego de una nueva invocación a los estudiantes, se completó el promedio necesario al 98% después de 5 días de espera.

Las preguntas del cuestionario comprenden 2 partes:

- i) Datos generales del estudiante sobre: sexo, edad, religión, si tiene raíces migrantes, idioma materno, si habla otro idioma, tipo de educación secundaria, si tiene otra profesión técnica o universitaria, con quien vive, financiación de estudio, porqué razón estudia enfermería, año de estudio en el Escuela de Enfermería y fecha de devolución del cuestionario.

- ii) Ítems referidos al estilo de vida y aspectos de salud del estudiante, en un total de 61 ítems para clasificar las respuestas en cuatro criterios: nunca (1), a veces (2), casi siempre (3) y siempre (4).

3.6. Análisis estadístico

3.6.1. Base de datos

Con los datos de los cuestionarios que se enviaron por correo electrónico y que fueron devueltos por el mismo medio, se construyó la base de datos de cada Escuela utilizando el programa SPSS- 21.0

Previo al análisis estadístico, se depuró la base de datos identificando errores en el registro de datos así como incongruencias en las respuestas. Cuando se encontraron datos incompletos se envió nuevamente el cuestionario al estudiante para su posterior evaluación y posible corrección

3.6.2. Tratamiento estadístico

Para realizar la prueba de las hipótesis se recurrió a la prueba de bondad de ajuste para verificar si los datos siguen una distribución normal con el estadístico de Kolgomorov-Smirnov con un nivel de confianza: 95% ($\alpha = 0.05$)

El procesamiento de la información consiste en desarrollar una estadística descriptiva e inferencial con el fin de establecer cómo los datos cumplen o no, con los objetivos de la investigación.

3.6.3. Análisis de los datos

Los datos se analizaron con el programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS 20.0), mediante una base de datos creada a tal efecto.

3.6.4. Descriptiva.

Luego de la recolección de datos, se procedió al procesamiento de la información, con la elaboración de tablas y figuras estadísticas, se utilizó para ello el SPSS (programa informático Statistical Package for Social Sciences versión 21.0 en español), para hallar resultados de la aplicación de los cuestionarios

El análisis de datos se fundamentó en la estadística descriptiva, y, según las escalas de las variables se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión (media, mediana, desviación estándar (DE) y rangos intercuartílicos) para las cuantitativas. Para analizar las variables cualitativas se realizaron tablas de distribución de frecuencias, representando por gráficas las variables estudiadas.

3.6.5. Inferencial

Proporciono la teoría necesaria para inferir o estimar la generalización o toma de decisiones sobre la base de la información parcial mediante técnicas descriptivas.

Se someterá a prueba:

- La hipótesis general
- La hipótesis específicas
- Se aplicó la Prueba t student para muestras independientes, que evalúan la diferencia significativa entre las medias de dos grupos o dos categorías dentro de una misma variable dependiente.
- La comparación de las 2 medias se da solo si las dos muestras han sacado de manera independiente entre sí.
- El test para dos muestras independientes se basa en el estadístico.

$$t = \frac{\bar{X} - \bar{Y}}{\sqrt{\frac{(n-1)\hat{S}_1^2 + (m-1)\hat{S}_2^2}{n+m-2}} \sqrt{\frac{1}{n} + \frac{1}{m}}}$$

3.6.6. Aspectos éticos

Para el desarrollo del presente estudio, se contó con la aprobación del Comité de Ética de investigación de la Universidad de Navarra y de las Escuelas de Enfermería Duisburgnord y Helios de Alemania. Luego de informado a través de una carta de presentación vía internet se obtuvo su consentimiento para enviarles el cuestionario.

Los estudiantes involucrados en este estudio se comprometieron a guardar confidencialidad sobre los resultados de este estudio.

En la tabla 4 se resumen las principales características metodológicas de este estudio.

Tabla 4. Principales características metodológicas del estudio

Lugar del estudio	<ul style="list-style-type: none"> • Duisburgnord, Alemania.
Instituciones participantes en el proyecto de investigación	<ul style="list-style-type: none"> • Escuela de Enfermería Duisburgnord. • Escuela de Enfermería Helios.
Población de estudio	<ul style="list-style-type: none"> • 200 estudiantes de la Escuela de Duisburgnord. • 200 estudiantes de la Escuela de Helios.
Período del trabajo de campo	<ul style="list-style-type: none"> • Abril 2013- Junio 2016

Diseño del estudio	<ul style="list-style-type: none"> • Estudio descriptivo-correlacional
Tipo de muestreo	<ul style="list-style-type: none"> • Probabilístico. Muestreo por al azar
Tamaño de la muestra	<ul style="list-style-type: none"> • 200 alumnos de la Escuela de Enfermería Duisburgnord. • 200 alumnos de la Escuela de Enfermería Helios.
Instrumentos de recogida de datos	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de carácter anónimo con 61 ítems sobre estilos de vida y salud
Metodología	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario • Presencial o por E-mail
Tasa de respuesta	<ul style="list-style-type: none"> • Escuela de Enfermería Duisburgnord: 98%. • Escuela de Enfermería Helios: 97%.

IV. RESULTADOS

4.1. Resultados descriptivos de las variables

Variables Intervinientes

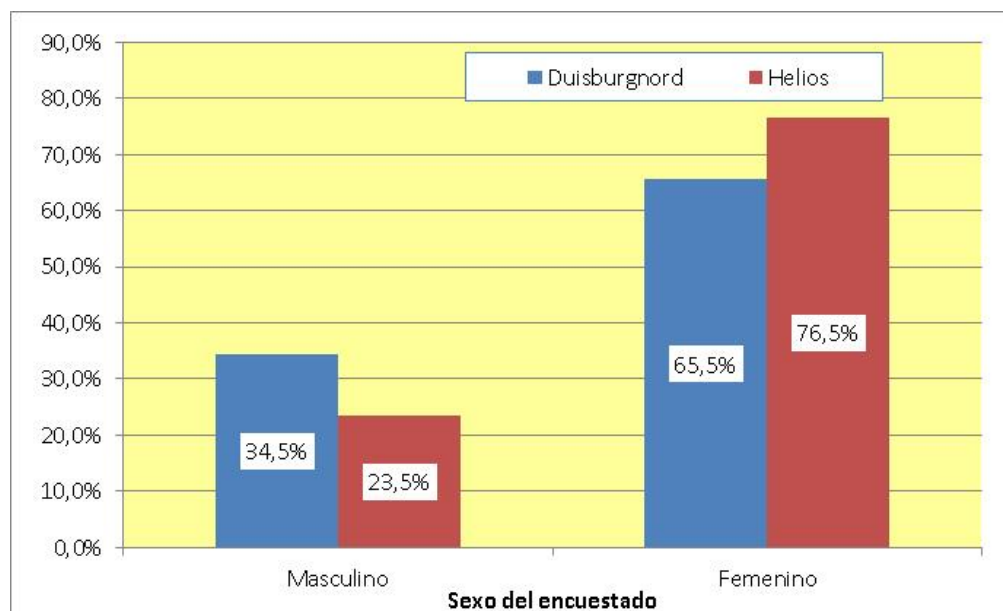
Tabla 6: Sexo del encuestado

Sexo	Duisburg		Helios	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Masculino	69	34,5%	47	23,5%
Femenino	131	65,5%	153	76,5%
Total	200	100,0%	200	100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado a estudiantes de enfermería de las Escuelas de Duisburg y Helios de Alemania, 2016,

Para efectos de mejor apreciación y comparación se presenta la siguiente figura:

Figura 15: Sexo del encuestado



Según la fig. 14, podemos afirmar que de la Escuela de Enfermería Duisburg, el 65,5% de estudiantes son mujeres y un 34,5% son varones; mientras que en la Escuela Helios, el 76,5% de estudiantes son mujeres y un 23,5% son varones.

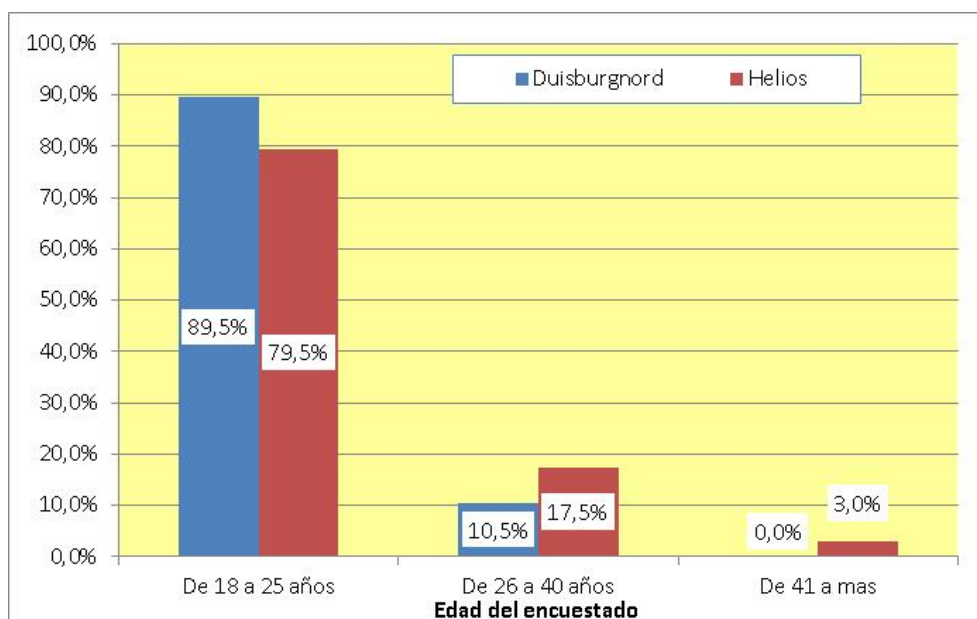
Tabla 7: Edad del encuestado

Edad	Duisburg		Helios	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
De 18 a 25 años	179	89,5%	159	79,5%
De 26 a 40 años	21	10,5%	35	17,5%
De 41 a mas	0	0,0%	6	3,0%
Total	200	100,0%	200	100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado a estudiantes de enfermería de las Escuelas de Duisburg y Helios de Alemania, 2016,

Para efectos de mejor apreciación y comparación se presenta la siguiente figura:

Figura 16: Edad del encuestado



Observando la fig. 15, podemos afirmar que en la Escuela de Enfermería Duisburg, el 89,5% de los estudiantes tienen entre 18 a 25 años de edad y un 10,5% tienen entre 26 a 46 años. Mientras que en la Escuela Helios, un 79,5% de los estudiantes se hallan entre 18 a 25 años de edad, un 17,5% se ubica entre 26 a 40 años, y el 3,0% tiene más de 41 años de edad.

Tabla 8: Religión del encuestado

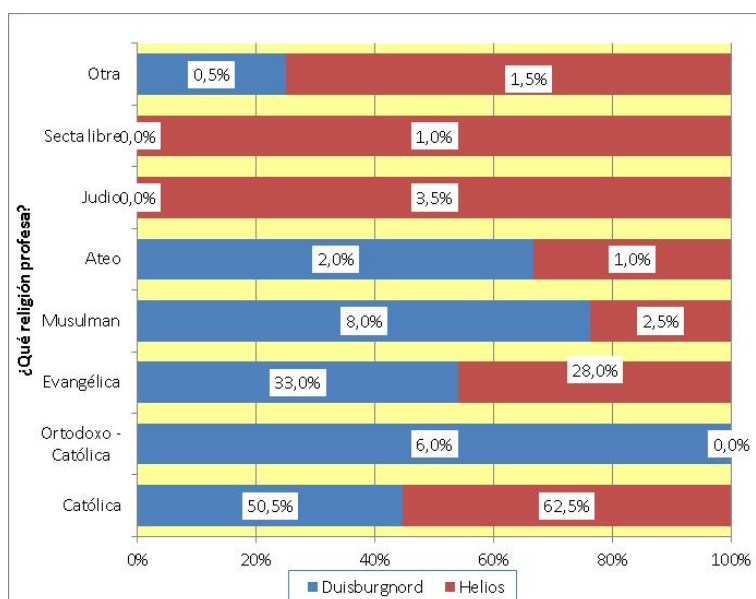
Religión	Duisburg		Helios	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Católica	101	50,5%	125	62,5%
Ortodoxo - Católica	12	6,0%	0	0,0%
Evangélica	66	33,0%	56	28,0%
Musulmán	16	8,0%	5	2,5%
Ateo	4	2,0%	2	1,0%
Judío	0	0,0%	7	3,5%
Secta libre	0	0,0%	2	1,0%
Otra	1	0,5%	3	1,5%

Total	200	100,0%	200	100,0%
--------------	------------	---------------	------------	---------------

Fuente: Cuestionario aplicado a estudiantes de enfermería de las Escuelas de Duisburg y Helios de Alemania, 2016,

Para efectos de mejor apreciación y comparación se presenta la siguiente figura:

Figura 17: Religión del encuestado



Por los datos de la fig. 16, se afirma que de la Escuela de Enfermería Duisburg un 50,5% de estudiantes profesan la religión católica, un 33,0% la religión evangélica y un 8,0% la religión musulmana. Mientras que en la Escuela Helios el 62,5% de estudiantes son católicos, un 28,0% son evangélicos y un 3,5% profesan la religión judía..

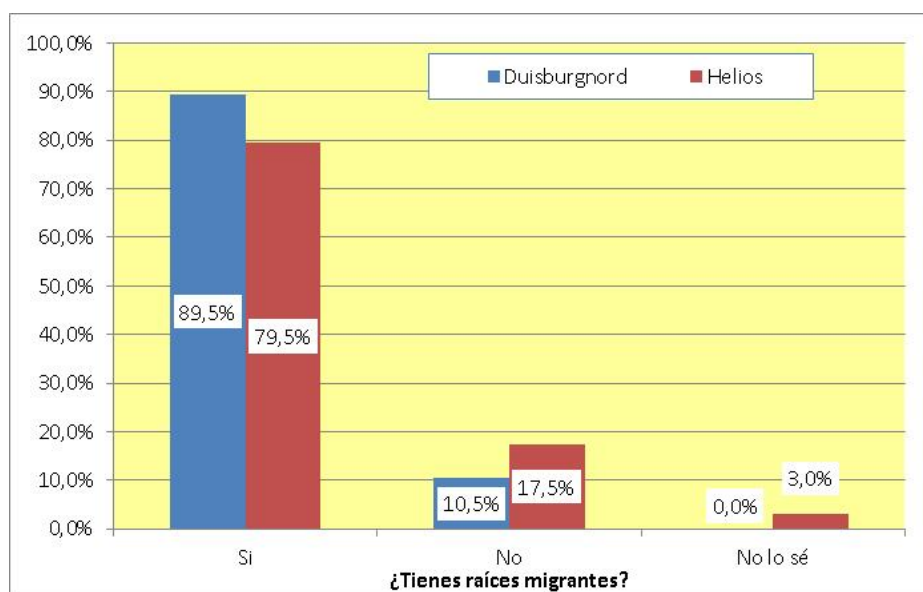
Tabla 9: Raíces migrantes del encuestado

Categorías	Duisburg		Helios	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Si	179	89,5%	159	79,5%
No	21	10,5%	35	17,5%
No lo sé	0	0,0%	6	3,0%
Total	200	100,0%	200	100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado a estudiantes de enfermería de las Escuelas de Duisburg y Helios de Alemania, 2016,

Para efectos de mejor apreciación y comparación se presenta la siguiente figura:

Figura 18: Raíces migrantes del encuestado



Según la fig. 17, se observa que en la Escuela de Enfermería Duisburg, el 89,5% de estudiantes sí tienen raíces migrantes y un 10,5% no la tienen. Mientras que en la Escuela Helios, el 79,5% sí afirman tener raíces migrantes, un 17,5% no la tienen y un 3,0% no lo saben.

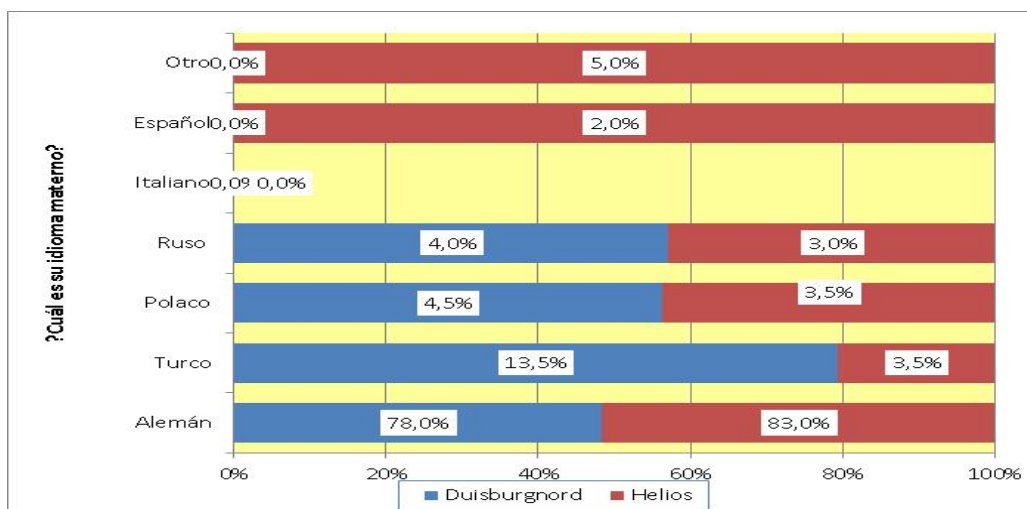
Tabla 10: Idioma materno del encuestado

Idioma	Duisburg		Helios	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Alemán	156	78,0%	166	83,0%
Turco	27	13,5%	7	3,5%
Polaco	9	4,5%	7	3,5%
Ruso	8	4,0%	6	3,0%
Italiano	0	0,0%	0	0,0%
Español	0	0,0%	4	2,0%
Otro	0	0,0%	10	5,0%
Total	200	100,0%	200	100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado a estudiantes de enfermería de las Escuelas de Duisburg y Helios de Alemania, 2016,

Para efectos de mejor apreciación y comparación se presenta la siguiente figura:

Figura 19: Idioma materno del encuestado



De la fig. 18, se puede inferir que el 78,0% de estudiantes de la Escuela de Enfermería Duisburg hablan como idioma materno el Alemán, un 13,5% el idioma turco, un 4,5% el polaco y un 4,0% el idioma ruso. Mientras que los estudiantes de la Escuela Helios un 83,0% hablan como idioma materno el Alemán, un 5,0% otros idiomas, un 3,5% el idioma turco, otro 3,5% el polaco y un 2,0% el español.

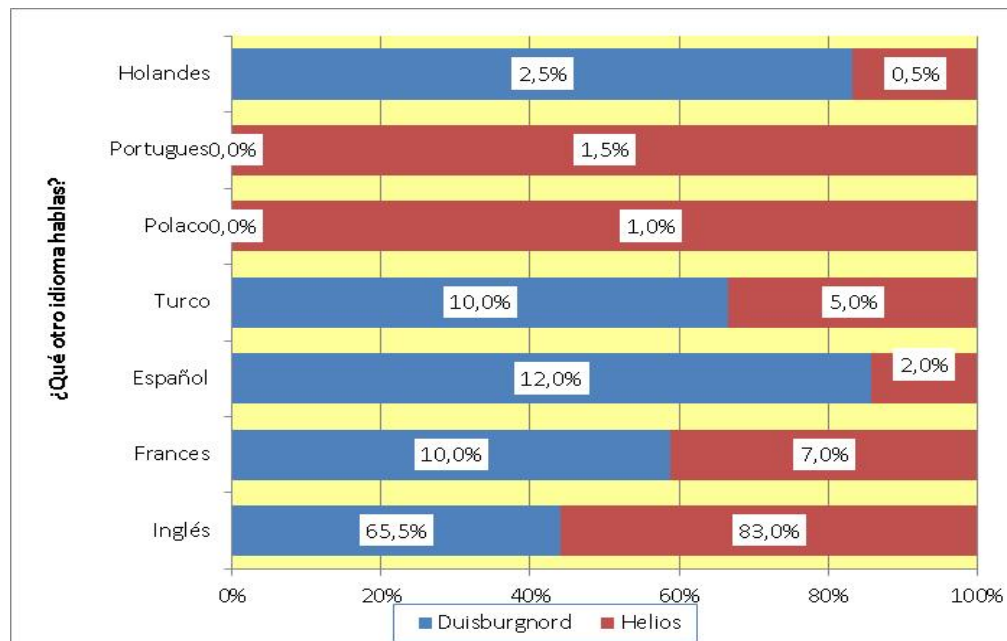
Tabla 11: Otros idiomas que habla el encuestado

Años	Duisburg		Helios	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Inglés	131	65,5%	166	83,0%
Francés	20	10,0%	14	7,0%
Español	24	12,0%	4	2,0%
Turco	20	10,0%	10	5,0%
Polaco	0	0,0%	2	1,0%
Portugués	0	0,0%	3	1,5%
Holandés	5	2,5%	1	0,5%
Total	200	100,0%	200	100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado a estudiantes de enfermería de las Escuelas de Duisburg y Helios de Alemania, 2016,

Para efectos de mejor apreciación y comparación se presenta la siguiente figura:

Figura 20: Otros idiomas que habla el encuestado



Los datos de la fig. 19, el 65,5% de estudiantes de la Escuela de Enfermería Duisburg hablan además el idioma Inglés, un 12,0% el idioma español, un 10,0% el francés y un 2,5% el idioma holandés. Mientras que los estudiantes de la Escuela Helios un 83,0% hablan como otro idioma el Inglés, un 7,0% el francés, un 5,0% el idioma turco y un 2,0% el idioma español.

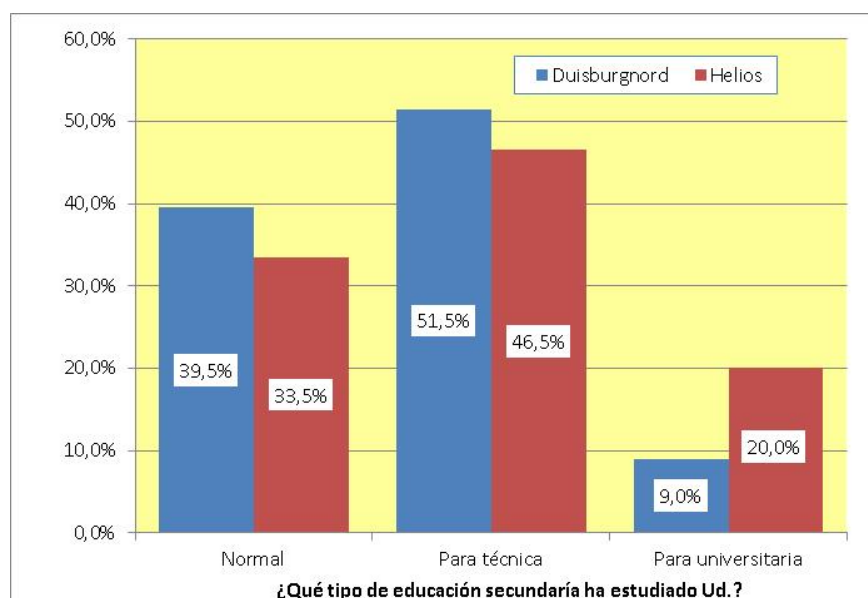
Tabla 12: Tipo de educación secundaria del encuestado

Categorías	Duisburg		Helios	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Normal	79	39,5%	67	33,5%
Para técnica	103	51,5%	93	46,5%
Para universidad	18	9,0%	40	20,0%
Total	200	100,0%	200	100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado a estudiantes de enfermería de las Escuelas de Duisburg y Helios de Alemania, 2016,

Para efectos de mejor apreciación y comparación se presenta la siguiente figura:

Figura 21: Tipo de educación secundaria del encuestado



La fig. 20, muestra que el 51,5% de estudiantes de la Escuela de Enfermería Duisburg ha estudiado para técnico en la educación secundaria, un 39,5% han estudiado la secundaria normal y un 9,0% para ser universitarios. Mientras que los estudiantes de la Escuela Helios, el 46,5% ha estudiado para técnico en la secundaria, un 33,5% la secundaria normal, y el 20,0% lo han hecho para la universidad.

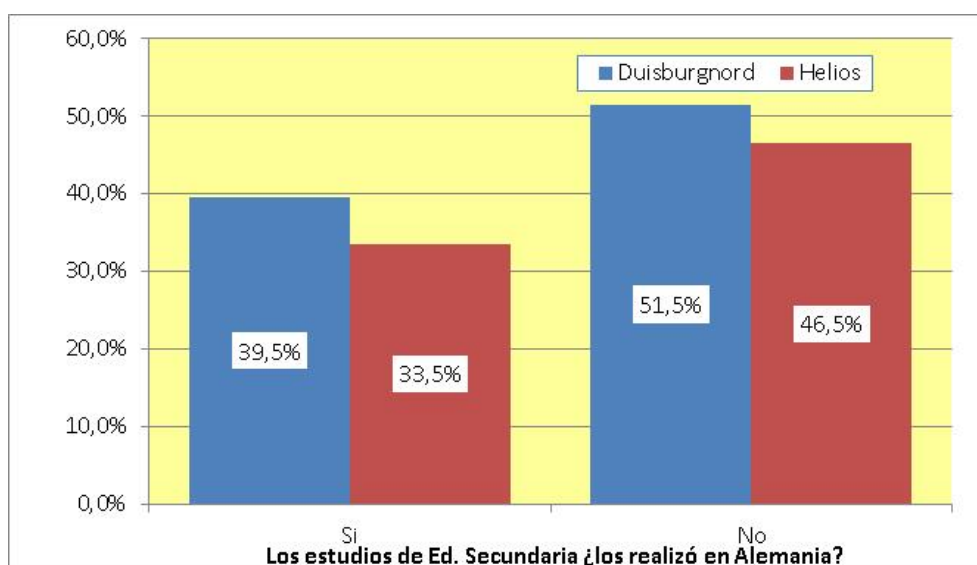
Tabla 13: Lugar donde estudió la Educación Secundaria el encuestado

Categorías	Duisburg		Helios	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Sí	79	39,5%	67	33,5%
No	103	51,5%	93	46,5%
Total	182	91,0%	160	80,0%

Fuente: Cuestionario aplicado a estudiantes de enfermería de las Escuelas de Duisburg y Helios de Alemania, 2016,

Para efectos de mejor apreciación y comparación se presenta la siguiente figura:

Figura 22: Lugar donde estudió la Educación Secundaria el encuestado



Observando la fig. 21, el 51,5% de los estudiantes de la Escuela de Enfermería Duisburg, no han realizado sus estudios secundarios en Alemania y un 39,5% sí lo han hecho. Mientras que los estudiantes de la Escuela Helios un 46,5% no ha estudiado educación secundaria en Alemania y un 33,5% sí lo ha realizado.

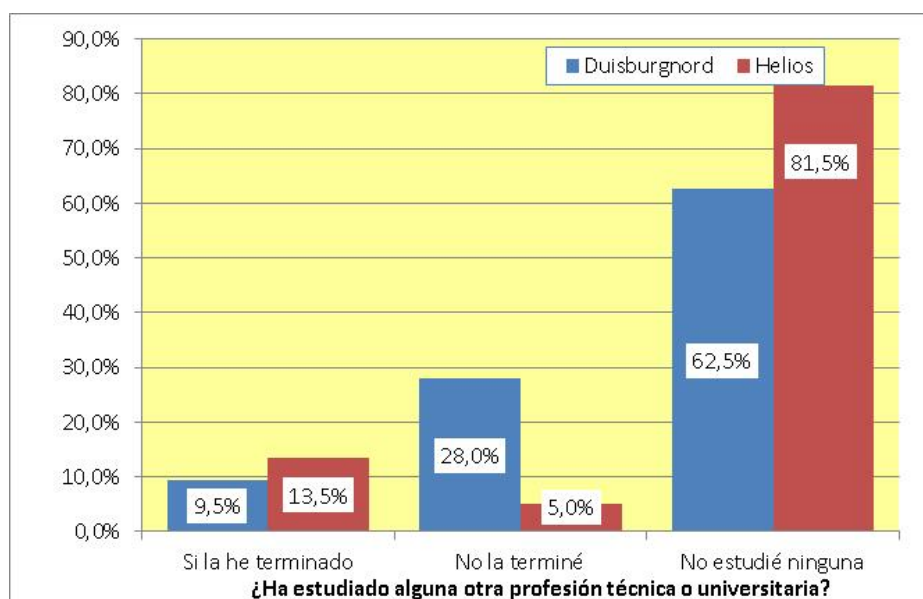
Tabla 14: Otros estudios profesionales del encuestado

Categorías	Duisburg		Helios	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Sí la he terminado	19	9,5%	27	13,5%
No la terminé	56	28,0%	10	5,0%
No estudié ninguna	125	62,5%	163	81,5%
Total	200	100,0%	200	100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado a estudiantes de enfermería de las Escuelas de Duisburg y Helios de Alemania, 2016,

Para efectos de mejor apreciación y comparación se presenta la siguiente figura:

Figura 23: Otros estudios profesionales del encuestado



Según los datos de la fig. 22, el 62,5% de estudiantes de la Escuela de Enfermería Duisburg no ha estudiado otra profesión técnica o universitaria, un 28,0% no la ha terminado y un 9,5% sí la ha terminado. Mientras que los estudiantes de la Escuela Helios, el 81,5% no ha estudiado ninguna profesión técnica o universitaria, un 13,5% sí la han terminado y un 5,0% no la terminaron.

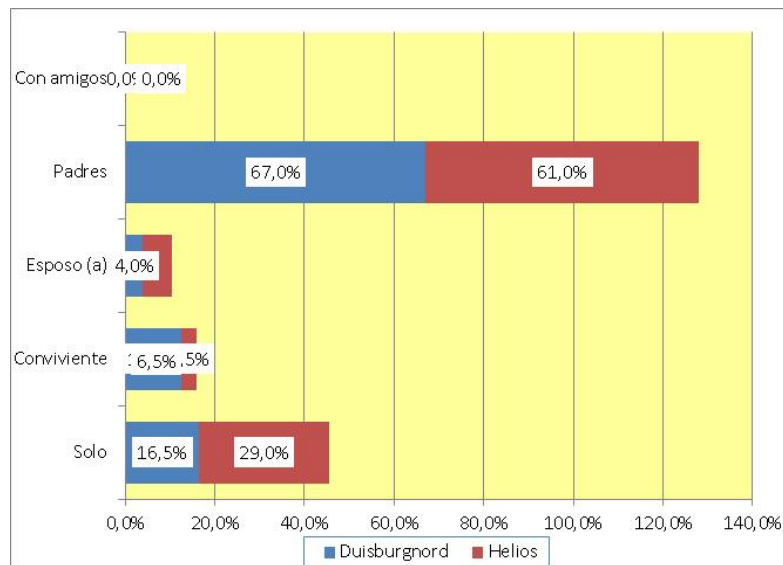
Tabla 15: Con quién vive el encuestado

Categorías	Duisburg		Helios	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Solo	33	16,5%	58	29,0%
Conviviente	25	12,5%	7	3,5%
Esposo (a)	8	4,0%	13	6,5%
Padres	134	67,0%	122	61,0%
Con amigos	0	0,0%	0	0,0%
Total	200	100,0%	200	100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado a estudiantes de enfermería de las Escuelas de Duisburg y Helios de Alemania, 2016,

Para efectos de mejor apreciación y comparación se presenta la siguiente figura:

Figura 24: Con quién vive el encuestado



Los datos de la fig. 23 indican que el 67,0% de estudiantes de la Escuela de Enfermería Duisburg vive con sus padres, un 16,5% vive solo, un 12,5% son conviviente y un 4,0% viven con su esposo (a). Mientras que los estudiantes de la Escuela Helios, el 61,0% vive con sus padres, el 29,0% vive solo, un 6,5% con sus esposo(a) y un 3,5% son convivientes.

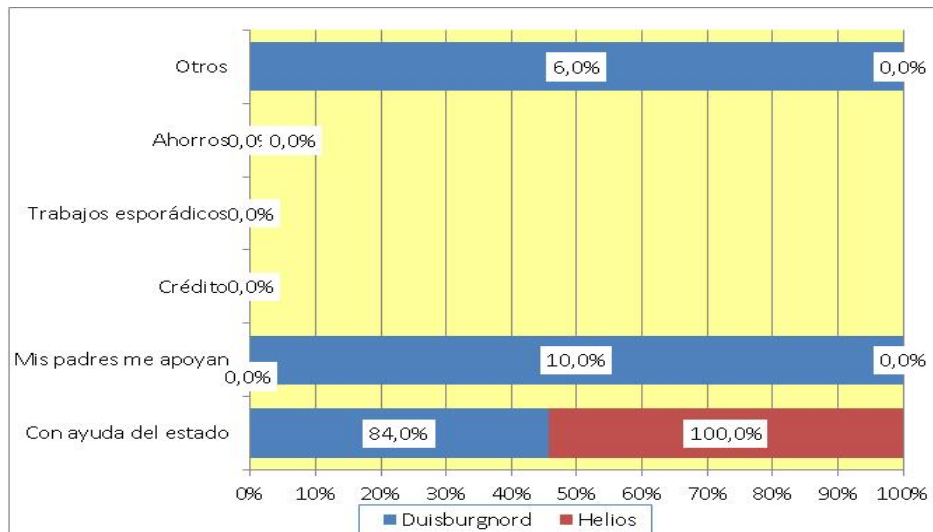
Tabla 16: Financiación de estudios de Enfermería del encuestado

Categorías	Duisburg		Helios	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Con ayuda del estado	168	84,0%	200	100,0%
Mis padres me apoyan	20	10,0%	0	0,0%
Crédito	0	0,0%	0	0,0%
Trabajos esporádicos	0	0,0%	0	0,0%
Ahorros	0	0,0%	0	0,0%
Otros	12	6,0%	0	0,0%
Total	200	100,0%	200	100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado a estudiantes de enfermería de las Escuelas de Duisburg y Helios de Alemania, 2016,

Para efectos de mejor apreciación y comparación se presenta la siguiente figura:

Figura 25: Financiación de estudios de Enfermería del encuestado



De la fig. 23, se deduce que el 84,0% de estudiantes de la Escuela de Enfermería Duisburg financia sus estudios de enfermería con ayuda del estado, un 10,0% recibe apoyo de sus padres, y 6,0% presenta otros medios. Mientras que los estudiantes de la Escuela Helios, el 100,0% reciben ayuda del estado para financiar sus estudios de enfermería.

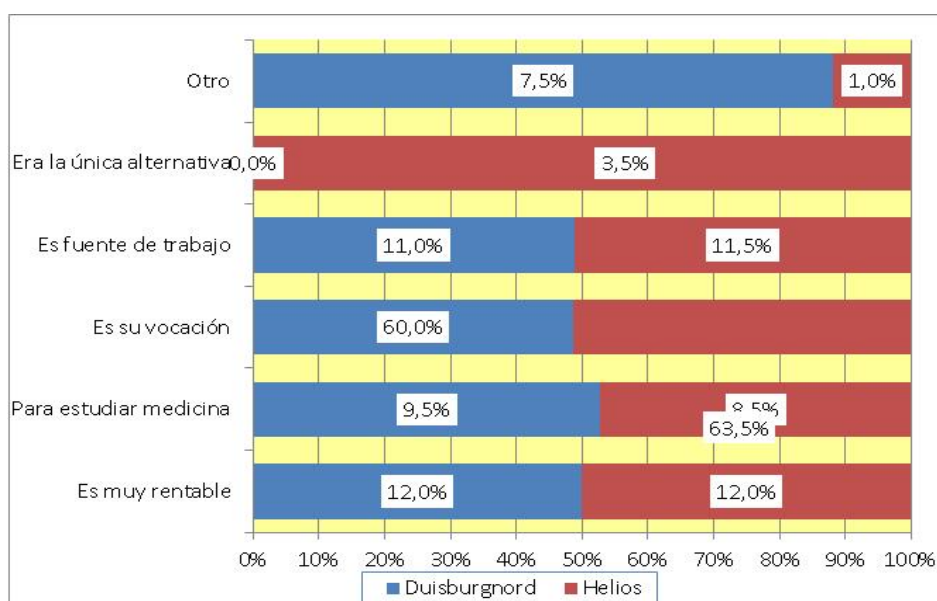
Tabla 17: Razón que motivó estudios de enfermería del encuestado

Categorías	Duisburg		Helios	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Es muy rentable	24	12,0%	24	12,0%
Para estudiar medicina	19	9,5%	17	8,5%
Es su vocación	120	60,0%	127	63,5%
Es fuente de trabajo	22	11,0%	23	11,5%
Era la única alternativa	0	0,0%	7	3,5%
Otro	15	7,5%	2	1,0%
Total	200	100,0%	200	100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado a estudiantes de enfermería de las Escuelas de Duisburg y Helios de Alemania, 2016,

Para efectos de mejor apreciación y comparación se presenta la siguiente figura:

Figura 26: Razón que motivó estudios de Enfermería del encuestado



La fig. 25 señala que el 60,0% de estudiantes de la Escuela de Enfermería Duisburg eligió la carrera de enfermería porque saben que es su vocación, un 12,0% porque la carrera es muy rentable, un 9,5% como escalón para estudiar medicina y un 7,5% lo eligió por otros motivos. Los estudiantes de la Escuela Helios, el 63,5% lo eligió porque es su vocación, un 12,0% porque es muy rentable, un 11,5% porque es fuente de trabajo, un 8,5% para estudiar medicina y un 3,5% porque era la única alternativa.

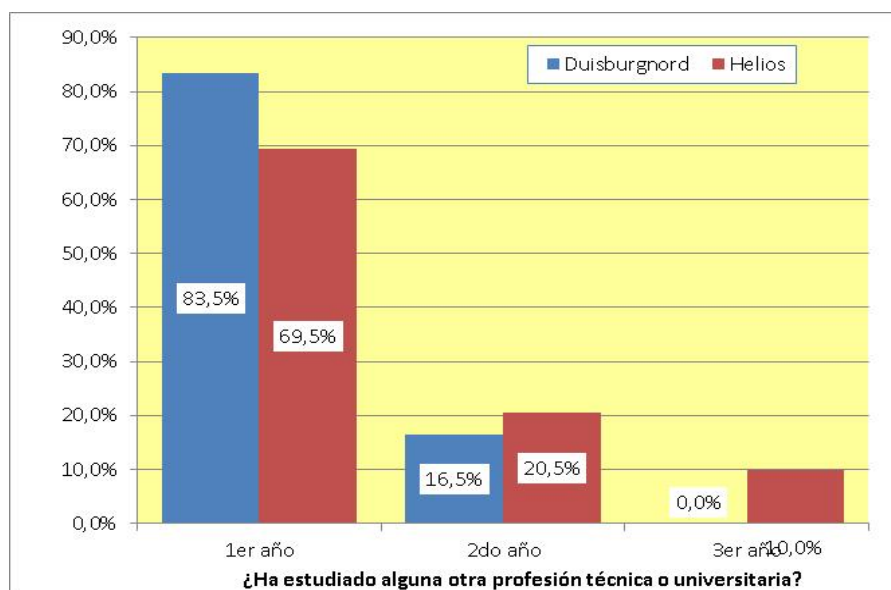
Tabla 18: Año de estudios en la Escuela de Enfermería del encuestado

Categorías	Duisburg		Helios	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
1er año	167	83,5%	139	69,5%
2do año	33	16,5%	41	20,5%
3er año	0	0,0%	20	10,0%
Total	200	100,0%	200	100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado a estudiantes de enfermería de las Escuelas de Duisburg y Helios de Alemania, 2016,

Para efectos de mejor apreciación y comparación se presenta la siguiente figura:

Figura 27: Año de estudios en la Escuela de Enfermería del encuestado



De la fig. 26 se establece que el 83,5% de estudiantes de la Escuela de Enfermería Duisburg se ubican en el 1er año de la Escuela de Enfermería y un 16,5% se hallan en 2do año. En tanto que los estudiantes de la Escuela Helios, el 69,5% se ubica en el 1er año, un 20,5% están estudiando en el 2do año y un 10,0% se encuentran en 3er año.

4.2. Análisis descriptivos de las variables y dimensiones

Variable Estilo de vida

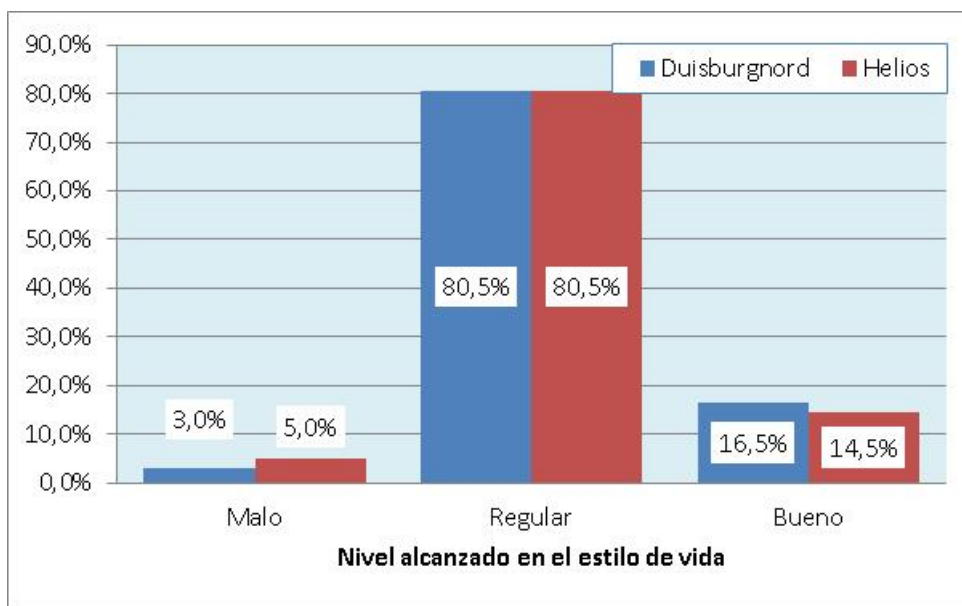
Tabla 19: Nivel alcanzado en el estilo de vida

Categoría	Duisburg		Helios	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Malo	6	3,0%	10	5,0%
Regular	161	80,5%	161	80,5%
Bueno	33	16,5%	29	14,5%
Total	200	100,0%	200	100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado a estudiantes de enfermería de las Escuelas de Duisburg y Helios de Alemania, 2016,

Para efectos de mejor apreciación y comparación se presenta la siguiente figura:

Figura 28: Nivel alcanzado en el estilo de vida



La fig. 27 muestra que el 80,5% de los estudiantes de la Escuela de Enfermería Duisburg presenta un estilo de vida de nivel regular, solo el 16,5% alcanzó un nivel bueno y un 3,0% señala un nivel malo. Los estudiantes de la Escuela Helios en el 80,5% indica que tiene un estilo de vida en un nivel regular; un 14,5% se ubica en un nivel bueno, y un 5,0% presenta un nivel malo.

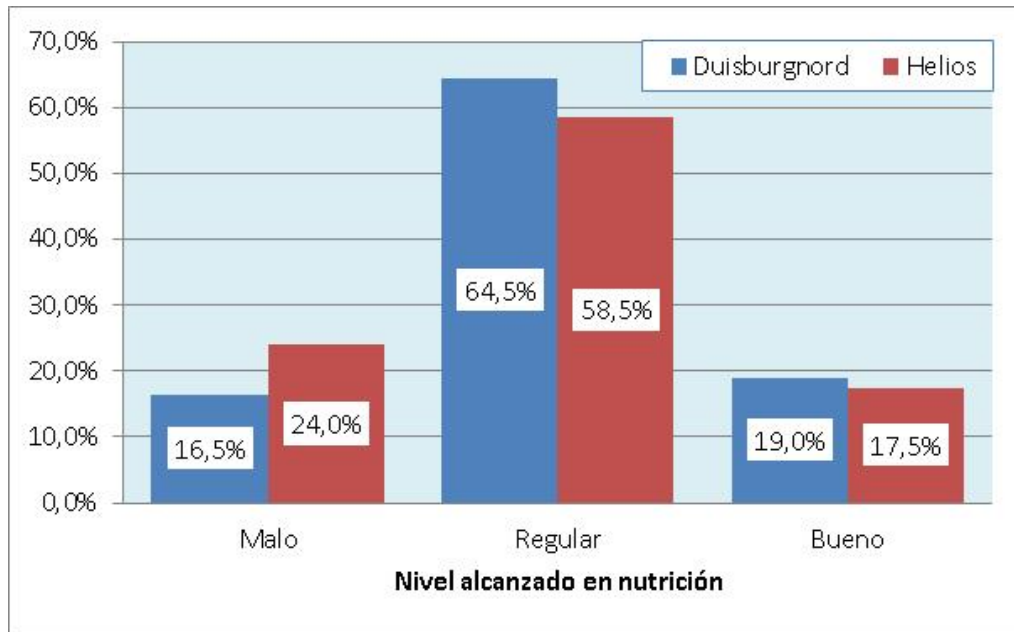
Tabla 20: Nivel alcanzado en nutrición

Categoría	Duisburg		Helios	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Malo	33	16,5%	48	24,0%
Regular	129	64,5%	117	58,5%
Bueno	38	19,0%	35	17,5%
Total	200	100,0%	200	100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado a estudiantes de enfermería de las Escuelas de Duisburg y Helios de Alemania, 2016,

Para efectos de mejor apreciación y comparación se presenta la siguiente figura:

Figura 29: Nivel alcanzado en nutrición



De la fig. 28 se infiere que el 64,5% de los estudiantes de la Escuela de Enfermería Duisburg en cuanto a su estilo de vida nutricional presenta un nivel regular, el 19,0% muestra un nivel bueno y un 16,5% un nivel malo. En los estudiantes de la Escuela Helios, el 58,5% se ubica en un nivel nutricional regular, el 24,0% se ubica en un nivel malo y solo el 17,5% se clasifica en el nivel bueno.

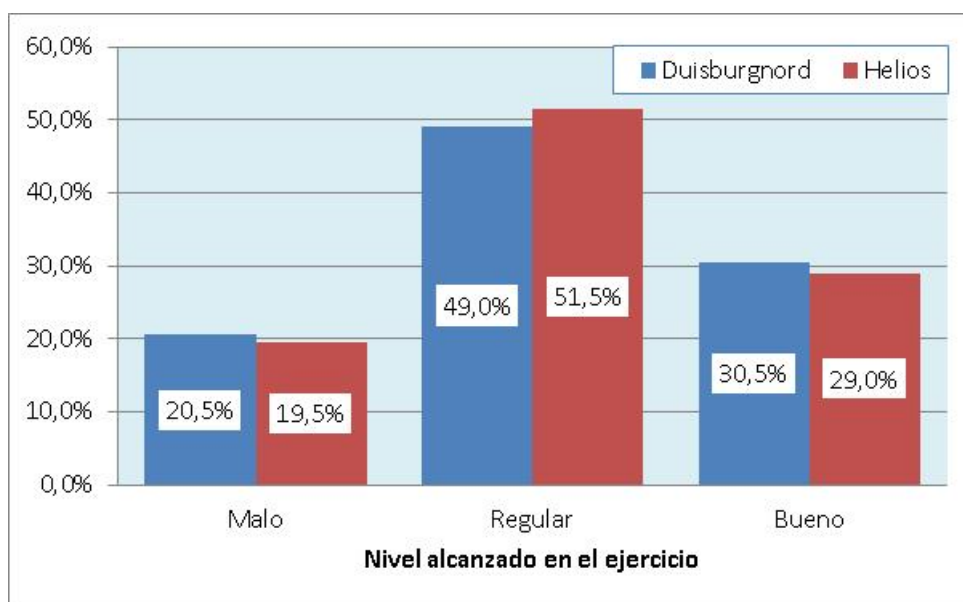
Tabla 21: Nivel alcanzado en ejercicios

Categoría	Duisburg		Helios	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Malo	41	20,5%	39	19,5%
Regular	98	49,0%	103	51,5%
Bueno	61	30,5%	58	29,0%
Total	200	100,0%	200	100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado a estudiantes de enfermería de las Escuelas de Duisburg y Helios de Alemania, 2016,

Para efectos de mejor apreciación y comparación se presenta la siguiente figura:

Figura 30: Nivel alcanzado en ejercicios



La fig. 29, muestra que el 49,0% de los estudiantes de la Escuela de Enfermería Duisburg presenta un estilo de vida regular en la práctica de ejercicios físico, un 30,5% muestra un nivel bueno y un 20,5% lograron un nivel malo. Los estudiantes de la Escuela Helios muestran que el 51,5% se ubica en un nivel regular en la dimensión ejercicio, un 29,0% en un nivel bueno y un 19,5% en un nivel malo.

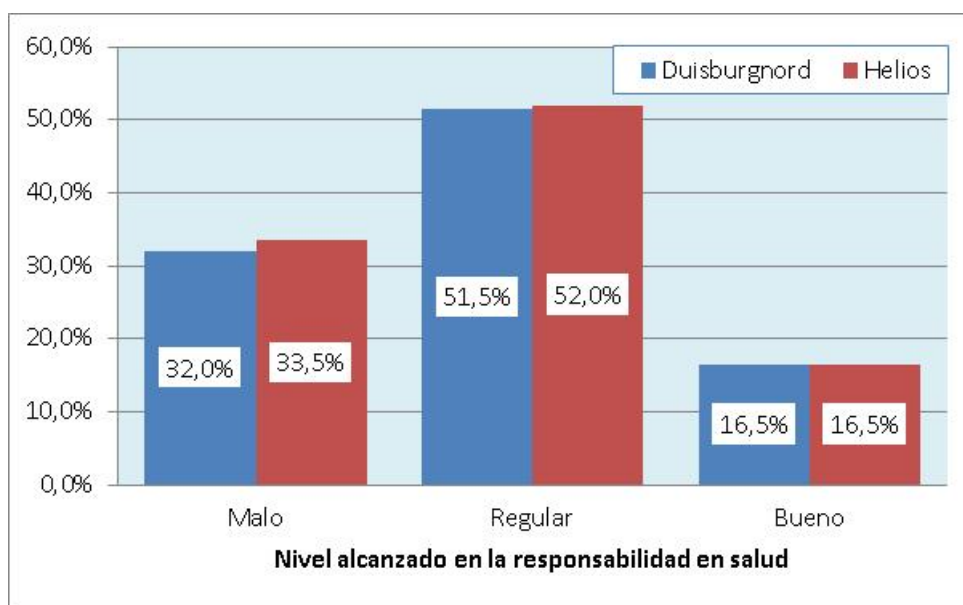
Tabla 22: Nivel alcanzado en la responsabilidad en salud

Categoría	Duisburg		Helios	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Malo	64	32,0%	67	33,5%
Regular	103	51,5%	104	52,0%
Bueno	33	16,5%	33	16,5%
Total	200	100,0%	204	102,0%

Fuente: Cuestionario aplicado a estudiantes de enfermería de las Escuelas de Duisburg y Helios de Alemania, 2016,

Para efectos de mejor apreciación y comparación se presenta la siguiente figura:

Figura 31: Nivel alcanzado en la responsabilidad en salud



La fig. 30 indica que el 51,7% de los estudiantes de la Escuela de Enfermería Duisburg presenta un nivel regular en la dimensión de responsabilidad de su salud, el 32,0% muestra un nivel malo y un 16,5% nivel bueno. En tanto que los estudiantes de la Escuela Helios el 52,0% muestra un nivel regular en la dimensión responsabilidad de su salud, un 33,5% un nivel malo y un 16,5% presentan un nivel bueno.

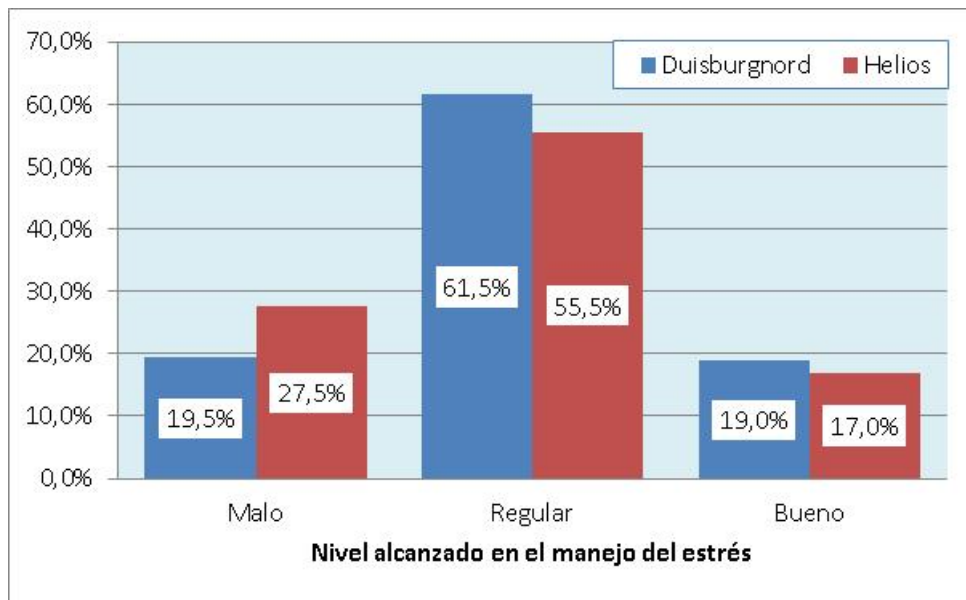
Tabla 23: Nivel alcanzado en el manejo del estrés

Categoría	Duisburg		Helios	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Malo	39	19,5%	55	27,5%
Regular	123	61,5%	111	55,5%
Bueno	38	19,0%	34	17,0%
Total	200	100,0%	200	100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado a estudiantes de enfermería de las Escuelas de Duisburg y Helios de Alemania, 2016,

Para efectos de mejor apreciación y comparación se presenta la siguiente figura:

Figura 32: Nivel alcanzado en el manejo del estrés



De la fig. 31, se deduce que el 61,5% de los estudiantes de la Escuela de Enfermería Duisburg alcanzó un nivel regular en la dimensión de manejo del estrés, un 19,5% alcanzó un nivel malo y un 19,0% un nivel bueno. Mientras que los estudiantes de la Escuela Helios, el 55,5% alcanzó un nivel regular en la dimensión de manejo del estrés, un 27,5% alcanzó un nivel malo y un 17,0% logró un nivel bueno.

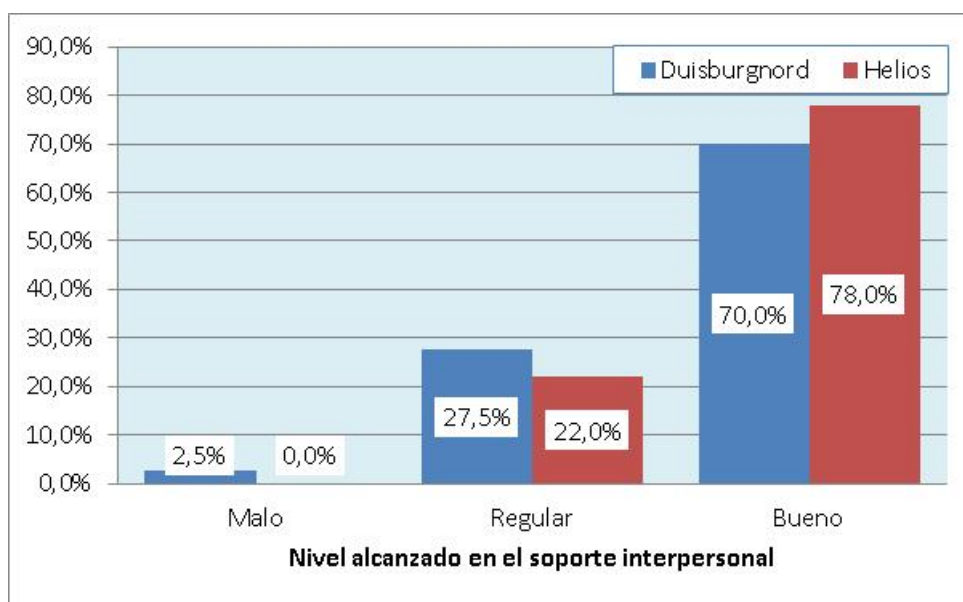
Tabla 24: Nivel alcanzado en el soporte interpersonal

Categoría	Duisburg		Helios	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Malo	5	2,5%	0	0,0%
Regular	55	27,5%	44	22,0%
Bueno	140	70,0%	156	78,0%
Total	200	100,0%	200	100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado a estudiantes de enfermería de las Escuelas de Duisburg y Helios de Alemania, 2016,

Para efectos de mejor apreciación y comparación se presenta la siguiente figura:

Figura 33: Nivel alcanzado en el soporte interpersonal



La fig. 32, indica que el 70,0% de estudiantes de la Escuela de Enfermería Duisburg alcanzó un nivel bueno en el soporte interpersonal, un 27,5% alcanzaron un nivel regular y un 2,5% un nivel malo. Los estudiantes de la Escuela Helios, el 78,0% alcanzó un nivel bueno en la dimensión de soporte interpersonal, y un 22,0% alcanzó un nivel regular.

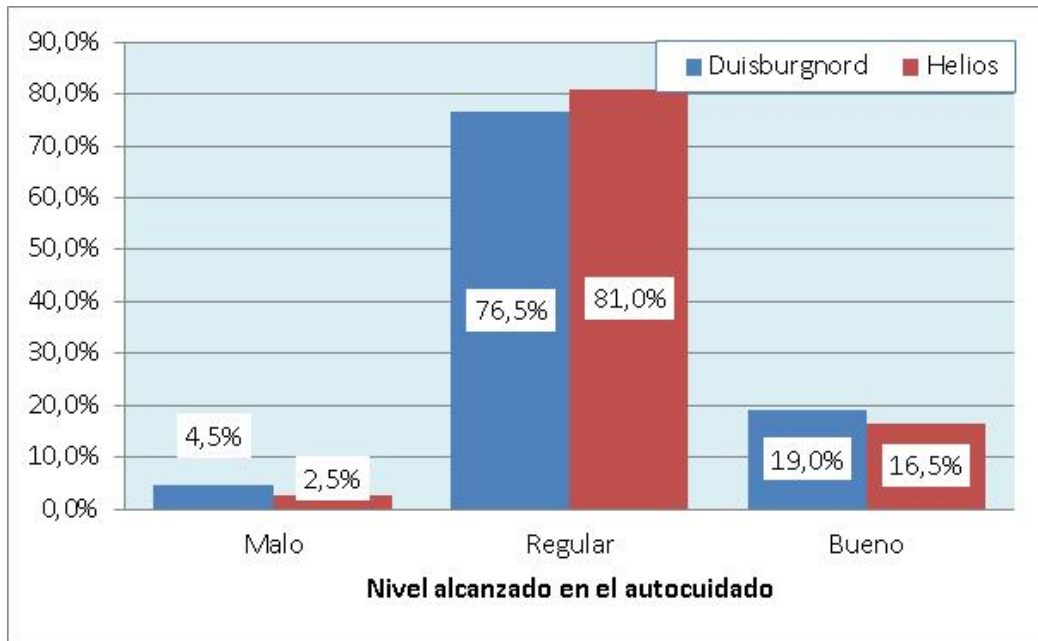
Tabla 25: Nivel alcanzado en autocuidado

Categoría	Duisburg		Helios	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Malo	9	4,5%	5	2,5%
Regular	153	76,5%	162	81,0%
Bueno	38	19,0%	33	16,5%
Total	200	100,0%	200	100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado a estudiantes de enfermería de las Escuelas de Duisburg y Helios de Alemania, 2016,

Para efectos de mejor apreciación y comparación se presenta la siguiente figura:

Figura 34: Nivel alcanzado en autocuidado



La fig. 33 señala que el 76,5% de los estudiantes de la Escuela de Enfermería Duisburg presentan un nivel regular en la dimensión de autocuidado, un 19,0% presenta un nivel bueno y un 4,5%, un nivel malo. En cambio, los estudiantes de la Escuela Helios, el 81,0% logró un nivel bueno en la dimensión de autocuidado, un 16,5% alcanzó un nivel regular y un 2,5%, un nivel malo.

Variable Salud

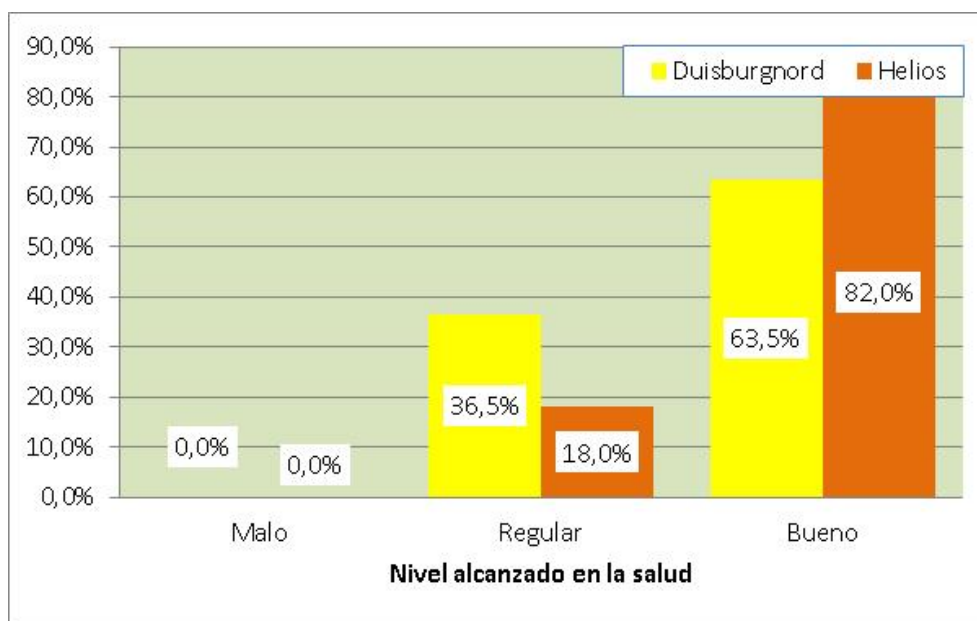
Tabla 26: Nivel alcanzado en salud

Categoría	Duisburg		Helios	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Malo	0	0,0%	0	0,0%
Regular	73	36,5%	36	18,0%
Bueno	127	63,5%	164	82,0%
Total	200	100,0%	200	100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado a estudiantes de enfermería de las Escuelas de Duisburg y Helios de Alemania, 2016,

Para efectos de mejor apreciación y comparación se presenta la siguiente figura:

Figura 35: Nivel alcanzado en salud



Observando la fig. 34, el 63,5% de los estudiantes de la Escuela de Enfermería Duisburg presenta un nivel bueno en la variable salud y un 36,5% presenta un nivel regular. Los estudiantes de la Escuela Helios, el 82,0% presenta un nivel bueno en la variable salud y el 18,0% presenta un nivel regular.

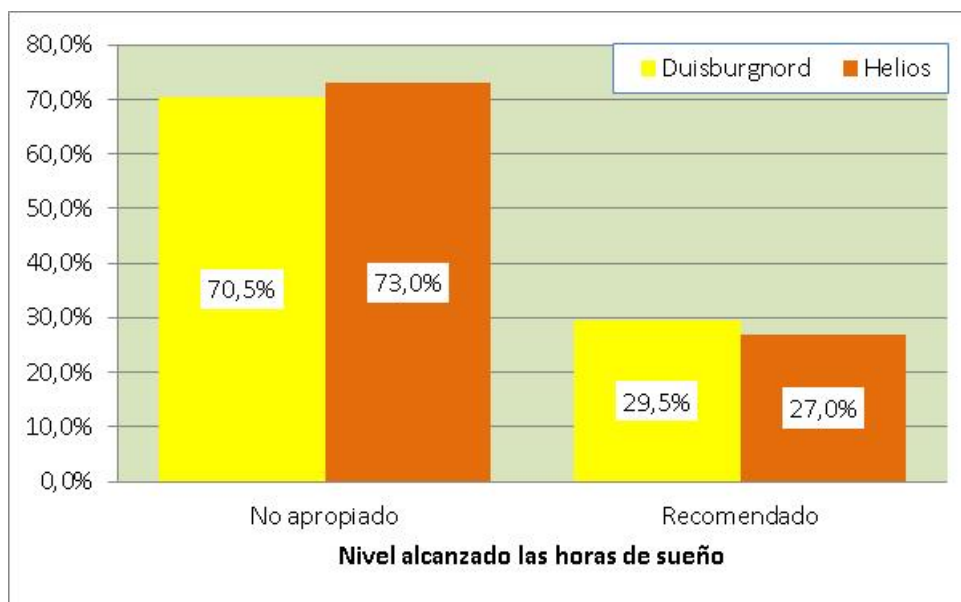
Tabla 27: Nivel alcanzado en horas de sueño

Categoría	Duisburg		Helios	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
No apropiado	141	70,5%	146	73,0%
Recomendado	59	29,5%	54	27,0%
Total	200	100,0%	200	100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado a estudiantes de enfermería de las Escuelas de Duisburg y Helios de Alemania, 2016,

Para efectos de mejor apreciación y comparación se presenta la siguiente figura:

Figura 36: Nivel alcanzado en horas de sueño



En la fig. 35, el 70,5% de los estudiantes de la Escuela de Enfermería Duisburg muestra un nivel no apropiado en las horas de sueño y un 29,5% un nivel recomendado. Mientras que los estudiantes de la Escuela Helios, el 73,0% muestra un nivel no apropiado en las horas de sueño y el 27,0% un nivel recomendado.

4.3. Análisis descriptivos de las variables

Tabla 28: Estadísticos de la variable estilo de vida

		Estilos de vida	
Duisburg	N	Válidos	200
	Media		162,97
	Mediana		153,00
	Moda		152
	Desv. típ.		27,321
	Varianza		746,461
	Asimetría		,997
	Curtosis		,405
	Mínimo		108
	Máximo		219
Helios	N	Válidos	200
	Media		158,25
	Mediana		152,00
	Moda		152
	Desv. típ.		27,696
	Varianza		767,090
	Asimetría		1,242
	Curtosis		,609
	Mínimo		120
	Máximo		219

INTERPRETACIÓN:

- Los estudiantes de la Escuela Duisburg en su estilo de vida presentan una media promedio de 162,97, el 50% de los datos se ubican por encima de 153,00 (mediana) y el otro 50% por debajo de esta, el valor mínimo alcanzado es de 108 y la máxima de 219, la asimetría horizontal hacia la derecha (0,997) y la deformación vertical leptokúrtica es de 0,405.
- Los estudiantes de Escuela Helios en su estilo de vida presentan una media promedio es de 158,25, el 50% de los datos se ubican por encima de 152,00 (mediana) y el otro 50% por debajo de esta, el valor mínimo

alcanzado es de 120 y la máxima de 219, la asimetría horizontal hacia la derecha (0,1,242) y la deformación vertical leptokurtica es de 0,609.

Figura 37: Estilos de vida de la Escuela de Duisburg

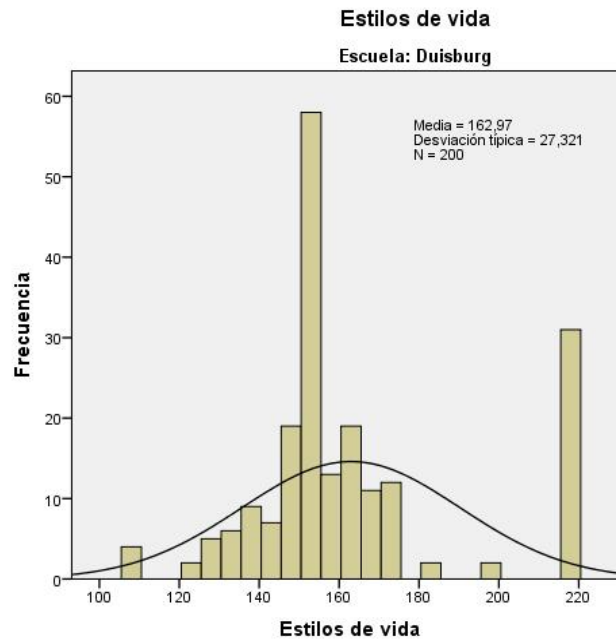


Figura 37: Estilos de vida de la Escuela de Helios

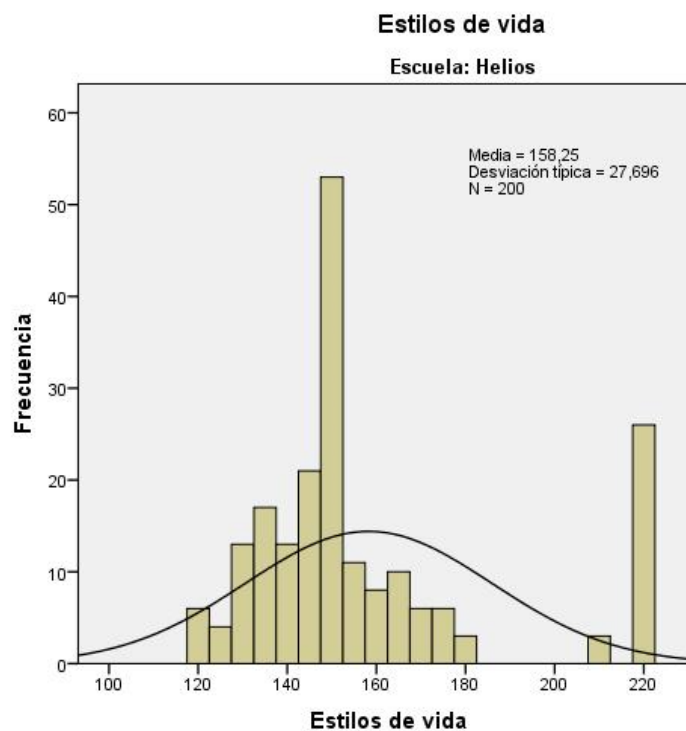


Tabla 29: Estadísticos de la dimensiones de la variable salud

Estadísticos			
Escuela		Horas de sueño	
Duisburg	N	Válidos	200
	Media		6,13
	Mediana		6,00
	Moda		6
	Desv. típ.		,832
	Varianza		,693
	Asimetría		,395
	Curtosis		-,353
Helios	N	Válidos	200
	Media		6,04
	Mediana		6,00
	Moda		6
	Desv. típ.		,792
	Varianza		,627
	Asimetría		,306
	Curtosis		-,517

a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

4.4. Prueba de Normalidad de Kolmogorov – Smirnov

La tabla 30 presenta los resultados de la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov – Smirnov (K-S). Se observa que las variables y dimensiones no se aproximan a una distribución normal ($p < 0.05$). En este caso debido a que se determinarían correlaciones entre variables y dimensiones, la prueba estadística a usarse deberá ser no paramétrica: prueba de Correlación de Spearman.

Tabla 30: Resultados de la prueba de bondad de ajuste Kolmogorov – Sminov

Escuela	Kolmogorov-Smirnov ^a			
	Estadístico	gl	Sig.	
Duisburg	Nutrición	,155	200	,000
	Ejercicio	,177	200	,000
	Responsabilidad en salud	,135	200	,000
	Manejo del estrés	,211	200	,000
	Soporte interpersonal	,182	200	,000
	Autocuidado	,161	200	,000
	Estilos de vida	,200	200	,000
	Horas de sueño	,265	200	,000
	Salud	,184	200	,000
	Edad del encuestado	,188	200	,000
Helios	Nutrición	,190	200	,000
	Ejercicio	,139	200	,000
	Responsabilidad en salud	,132	200	,000
	Manejo del estrés	,196	200	,000
	Soporte interpersonal	,143	200	,000
	Autocuidado	,226	200	,000
	Estilos de vida	,240	200	,000
	Horas de sueño	,248	200	,000
	Salud	,194	200	,000
Edad del encuestado	,203	200	,000	

4.5. Generalización entorno a la hipótesis general

Ha: Los estilos de vida se relacionan directamente con la salud de los estudiantes de enfermería de las Escuelas de Duisburg y Helios como entornos promotores de salud.

Ho: Los estilos de vida no se relacionan directamente con la salud de los estudiantes de enfermería de las Escuelas de Duisburg y Helios como entornos promotores de salud.

Tabla 31: Correlación entre estilos de vida y la salud

Correlaciones					
Rho de Spearman	Escuela		Coeficiente de correlación	Estilos de vida	Salud
		Duisburg		Estilos de vida	1,000
			Sig. (bilateral)	.	,000
			N	200	200
		Salud	Coeficiente de correlación	-,426**	1,000
			Sig. (bilateral)	,000	.
			N	200	200
	Helios	Estilos de vida	Coeficiente de correlación	1,000	-,392**
			Sig. (bilateral)	.	,000
			N	200	200
		Salud	Coeficiente de correlación	-,392**	1,000
			Sig. (bilateral)	,000	.
			N	200	200

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Como se muestra en la tabla 31 se obtuvo un coeficiente de correlación de $r = 0.426$, con una $p = 0.000$ ($p < .05$) entre la variable estilo de vida y la variable salud de la Escuela Duisburg es de moderada magnitud. La correlación entre la variable estilo de vida y la variable salud de la Escuela Helios muestra un valor de $0,392$ con una $p = 0,00$ ($p < .05$) es de magnitud moderada.

DECISIÓN: Por lo tanto se acepta la hipótesis alternativa y se rechaza la hipótesis nula evidenciando estadísticamente que existe una relación entre los estilos de vida y la salud de los estudiantes de enfermería de las Escuelas de Duisburg y Helios como entornos promotores de salud.

4.6. Pruebas de Hipótesis específicas

Hipótesis específica 1:

H_a: La inclusión de alimentos con nutrientes (proteínas, carbohidratos, grasas y vitaminas) es precaria en las dietas de los estudiantes de las Escuelas de Enfermería de Duisburnord y Helios de Alemania

H₀: La inclusión de alimentos con nutrientes (proteínas, carbohidratos, grasas y vitaminas) no es precaria en las dietas de los estudiantes de las Escuelas de Enfermería de Duisburnord y Helios de Alemania

Tabla 32: Correlación entre nutrición y la salud

Correlaciones					
	Escuela			Nutrición	Salud
Rho de Spearman	Duisburg	Nutrición	Coefficiente de correlación	1,000	-,373**
			Sig. (bilateral)	.	,000
			N	200	200
	Salud	Nutrición	Coefficiente de correlación	-,373**	1,000
			Sig. (bilateral)	,000	.
			N	200	200
	Helios	Nutrición	Coefficiente de correlación	1,000	-,246*
			Sig. (bilateral)	.	,039
			N	200	200
Salud		Nutrición	Coefficiente de correlación	-,246*	1,000
			Sig. (bilateral)	,039	.
			N	200	200

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Como se muestra en la tabla 32, se obtuvo un coeficiente de correlación de $r = 0.373$, con una $p = 0.000$ ($p < .05$) entre la dimensión nutrición y la variable salud de la Escuela Duisburgnord es de baja magnitud. La correlación entre la dimensión nutrición y la variable salud de la escuela Helios muestra un valor de $0,246$ con una $p = 0,039$ ($p < .05$) es de magnitud baja.

DECISIÓN: Por lo tanto, se acepta la hipótesis alternativa y se rechaza la hipótesis nula evidenciando estadísticamente que existe una relación baja entre la inclusión de alimentos con nutrientes (proteínas, carbohidratos, grasas y vitaminas) en las dietas de los estudiantes de las Escuelas de Enfermería de Duisburnord y Helios de Alemania.

Hipótesis específica 2

H_a: La participación en programas o actividades de recreo como caminar, nadar, jugar fútbol (volibol) ciclismo es frecuente en los estudiantes de las Escuelas de Enfermería de Duisburgnord y Helios de Alemania.

H₀: La participación en programas o actividades o actividades de recreo como caminar, nadar, jugar fútbol (volibol) ciclismo no es frecuente en los estudiantes de las Escuelas de Enfermería de Duisburgnord y Helios de Alemania.

Tabla 33: Correlación entre ejercicios y la salud

Correlaciones					
Rho de Spearman	Escuela			Ejercicio	Salud
	Duisburg	Ejercicio	Coeficiente de correlación	1,000	-,307**
			Sig. (bilateral)	.	,000
			N	200	200
		Salud	Coeficiente de correlación	-,307**	1,000
			Sig. (bilateral)	,000	.
			N	200	200
	Helios	Ejercicio	Coeficiente de correlación	1,000	-,251**
			Sig. (bilateral)	.	,000
			N	200	200
		Salud	Coeficiente de correlación	-,251**	1,000
			Sig. (bilateral)	,000	.
			N	200	200

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Como se muestra en la tabla 33 se obtuvo un coeficiente de correlación de $r = 0.307$, con una $p = 0.000$ ($p < .05$) entre la dimensión de ejercicios físicos y la variable salud de la Escuela Duisburgnord es de baja magnitud. La correlación entre la dimensión ejercicio y la variable salud de la Escuela Helios muestra un valor de $0,251$ con una $p = 0,000$ ($p < .05$) de magnitud baja.

DECISIÓN: Por lo tanto, se acepta la hipótesis alternativa y se rechaza la hipótesis nula evidenciando estadísticamente que la participación en programas o actividades de recreo como caminar, nadar, jugar fútbol (volibol) ciclismo es escasa en los estudiantes de las Escuelas de Enfermería de Duisburgnord y Helios de Alemania.

Hipótesis específica 3

Ha: La información por profesionales calificados sobre las inquietudes respecto al cuidado de la salud es escasa en los estudiantes de las Escuelas de Enfermería de Duisburgnord y Helios de Alemania.

Ho: La información por profesionales calificados sobre las inquietudes respecto al cuidado de la salud no es escasa en los estudiantes de las Escuelas de Enfermería de Duisburgnord y Helios de Alemania.

Tabla 34: Correlación entre la responsabilidad en salud y la salud

Correlaciones					
	Escuela			Responsabilidad en salud	Salud
Rho de Spearman	Duisburg	Responsabilidad en salud	Coefficiente de correlación	1,000	-,206
			Sig. (bilateral)	.	,137
			N	200	200
	Salud	Coefficiente de correlación	-,206	1,000	
		Sig. (bilateral)	,137	.	
		N	200	200	
Helios	Responsabilidad en salud	Coefficiente de correlación	1,000	-,208	
		Sig. (bilateral)	.	,128	
		N	200	200	
	Salud	Coefficiente de correlación	-,208	1,000	
		Sig. (bilateral)	,128	.	
		N	200	200	

Como se muestra en la tabla 34 se obtuvo un coeficiente de correlación de $r = 0.206$, con una $p = 0.000$ ($p < .05$) entre la dimensión responsabilidad en salud y la

variable salud de la escuela Duisburgnord es de baja magnitud. La correlación entre la dimensión responsabilidad en salud y la variable salud de la escuela Helios muestra un valor de 0,208 con una $p=0,000(p<.05)$ es de magnitud baja.

DECISIÓN: Por lo tanto, se acepta la hipótesis alternativa y se rechaza la hipótesis nula evidenciando estadísticamente que la información por profesionales calificados sobre las inquietudes respecto al cuidado de la salud es baja en los estudiantes de las Escuelas de Enfermería de Duisburgnord y Helios de Alemania.

Hipótesis específica 4

Ha: La vida agitada y exigente en horarios de estudios dificulta la práctica de métodos específicos para controlar la tensión y el estrés en los estudiantes de las Escuelas de Enfermería de Duisburgnord y Helios de Alemania.

Ho: La vida agitada y exigente en horarios de estudios no dificulta la práctica de métodos específicos para controlar la tensión y el estrés en los estudiantes de las Escuelas de Enfermería de Duisburgnord y Helios de Alemania.

Tabla 35: Correlación entre el manejo del estrés y la salud

Correlaciones					
Rho de Spearman	Escuela		Coeficiente de correlación	Manejo del estrés	Salud
		Duisburg		Manejo del estrés	1,000
			Sig. (bilateral)	.	,020
			N	200	200
		Salud	Coeficiente de correlación	-,264*	1,000
			Sig. (bilateral)	,020	.
			N	200	200
	Helios	Manejo del estrés	Coeficiente de correlación	1,000	-,213
			Sig. (bilateral)	.	,112
			N	200	200
		Salud	Coeficiente de correlación	-,213	1,000
			Sig. (bilateral)	,112	.
			N	200	200

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Como se muestra en la tabla 35 se obtuvo un coeficiente de correlación de $r=0.264$, con una $p=0.000$ ($p<.05$) entre la dimensión manejo del estrés y la variable salud de la escuela Duisburgnord es de baja magnitud. La correlación entre la dimensión manejo del estrés y la variable salud de la escuela Helios muestra un valor de $0,213$ con una $p=0,000$ ($p<.05$) de magnitud baja.

DECISIÓN: Por lo tanto se acepta la hipótesis alternativa y se rechaza la hipótesis nula evidenciando estadísticamente que La vida agitada y exigente en horarios de estudios dificulta la práctica de métodos específicos para controlar la tensión y el estrés en los estudiantes de las Escuelas de Enfermería de Duisburg y Helios de Alemania.

Hipótesis específica 5

Ha: La falta comunicación con personas cercanas limita el soporte interpersonal para dialogar sobre las preocupaciones y problemas de los estudiantes las Escuelas de Enfermería Duisburgnord y Helios, Alemania.

H₀: La falta comunicación con personas cercanas no limita el soporte interpersonal para dialogar sobre las preocupaciones y problemas de los estudiantes las Escuelas de Enfermería Duisburgnord y Helios, Alemania.

Tabla 36: Correlación entre el soporte interpersonal y la salud

Correlaciones				Soporte interpersonal	Salud
Rho de Spearman	Escuela				
	Duisburg	Soporte interpersonal	Coefficiente de correlación	1,000	-,475**
			Sig. (bilateral)	.	,000
			N	200	200
	Salud	Coefficiente de correlación	-,475**	1,000	
		Sig. (bilateral)	,000	.	
		N	200	200	
Helios	Soporte interpersonal	Coefficiente de correlación	1,000	-,440**	
		Sig. (bilateral)	.	,000	
		N	200	200	
	Salud	Coefficiente de correlación	-,440**	1,000	
		Sig. (bilateral)	,000	.	
		N	200	200	

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Como se muestra en la tabla 36 se obtuvo un coeficiente de correlación de $r = 0.475$, con una $p = 0.000$ ($p < .05$) entre la dimensión soporte interpersonal y la variable salud de la escuela Duisburgnord es de moderada magnitud. La correlación entre la dimensión soporte interpersonal y la variable salud de la escuela Helios muestra un valor de $0,440$ con una $p = 0,000$ ($p < .05$) es de magnitud moderada.

Por lo tanto se acepta la hipótesis alternativa y se rechaza la hipótesis nula evidenciando estadísticamente que la falta comunicación con personas cercanas limita el soporte interpersonal para dialogar sobre las preocupaciones y problemas de los estudiantes las Escuelas de Enfermería Duisburgnord y Helios, Alemania.

Hipótesis específica 6

Ha: La falta de creencia en los cambios personales en direcciones positivas afecta el autocuidado de los estudiantes las Escuelas de Enfermería de Duisburgnord y Helios, Alemania

Ho: La falta de creencia en los cambios personales en direcciones positivas no afecta el autocuidado de los estudiantes las Escuelas de Enfermería de Duisburgnord y Helios, Alemania

Tabla 37: Correlación entre el autocuidado y la salud

Correlaciones					
Rho de Spearman	Escuela			Autocuidado	Salud
	Duisburg	Autocuidado		Coefficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)		,000	
		N	200	200	
		Salud	Coefficiente de correlación	-,548**	1,000
			Sig. (bilateral)	,000	
			N	200	200
	Helios	Autocuidado	Coefficiente de correlación	1,000	-,446**
			Sig. (bilateral)		,000
			N	200	200
		Salud	Coefficiente de correlación	-,446**	1,000
			Sig. (bilateral)	,000	
			N	200	200

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Como se muestra en la tabla 37, se obtuvo un coeficiente de correlación de $r = 0.548$, con una $p = 0.000$ ($p < .05$) entre la dimensión autocuidado y la variable salud de la escuela Duisburgnord es de moderada magnitud. La correlación entre la dimensión autocuidado y la variable salud de la escuela Helios muestra un valor de $0,446$ con una $p = 0,000$ ($p < .05$) de magnitud moderada.

DECISIÓN: Por lo tanto se acepta la hipótesis alternativa y se rechaza la hipótesis nula evidenciando estadísticamente que la falta de creencia en los cambios personales en direcciones positivas afecta el autocuidado de los estudiantes las Escuelas de Enfermería de Duisburgnord y Helios, Alemania

4.7. Comparación de medias mediante la prueba T student para muestra independientes

Tabla 38: Estilo de vida en las Escuelas de Enfermería de Duisburgnord y Helios

Estadístico	Grupo		Prueba T para una muestra
	Duisburg (n=200)	Helios (n=200)	
Media	162,97	158,25	t=84,357
Desv. típ.	27,32	27,69	gl=199
			p = 0,000

a Corrección de la significación de Lilliefors

El estilo de vida de los estudiantes de la escuela Duisburgnord presentan condiciones diferentes de acuerdo a la prueba paramétrica T(p=84,357) respecto a los estudiantes de la escuela de enfermería Helios, ya que los estudiantes de la escuela Duisburgnord obtuvieron mejores resultados (Promedio = 162,97) y los estudiantes de la escuela Helios obtuvieron un promedio de 158,25.

Figura 39: Estilos de vida de los estudiantes de las Escuelas Duisburgnord y Helios

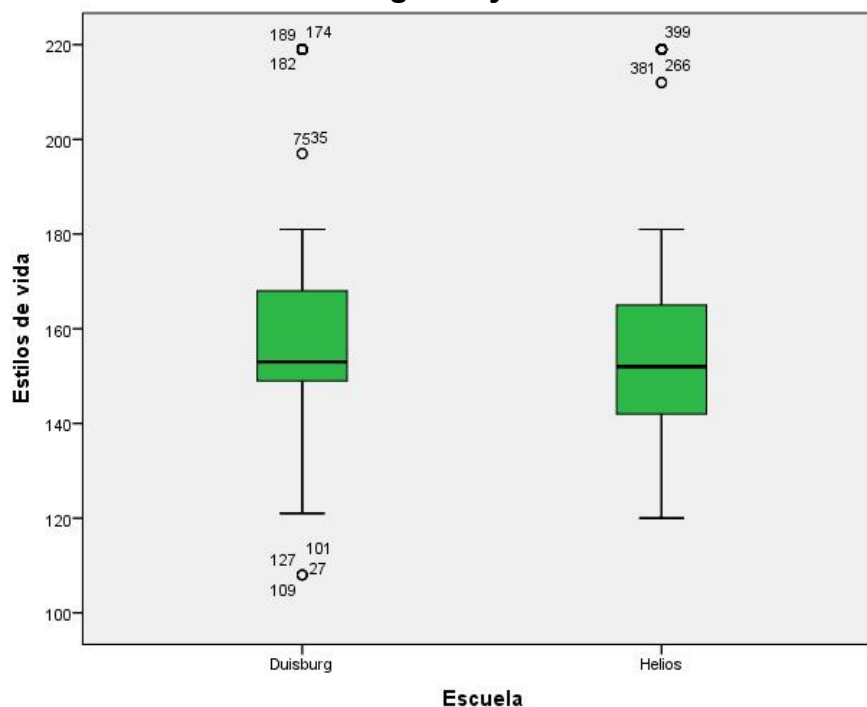


Tabla 39: La salud en las Escuelas de Enfermería de Duisburgnord y Helios

Estadístico	Grupo		Prueba T para una muestra
	Duisburg (n=200)	Helios (n=200)	
Media	88,53	85,45	t=84,357
Desv. típ.	15,15	14,17	gl=199
			p = 0,000

a Corrección de la significación de Lilliefors

La salud de los estudiantes de la Escuela de Enfermería Duisburg presentan condiciones diferentes de acuerdo a la prueba paramétrica T(p=84,357) respecto a los estudiantes de la Escuela de Enfermería Helios, ya que los estudiantes de la Escuela Duisburgnord obtuvieron mejores resultados (Promedio = 88,53) y los estudiantes de la Escuela Helios obtuvieron un promedio de 85,45.

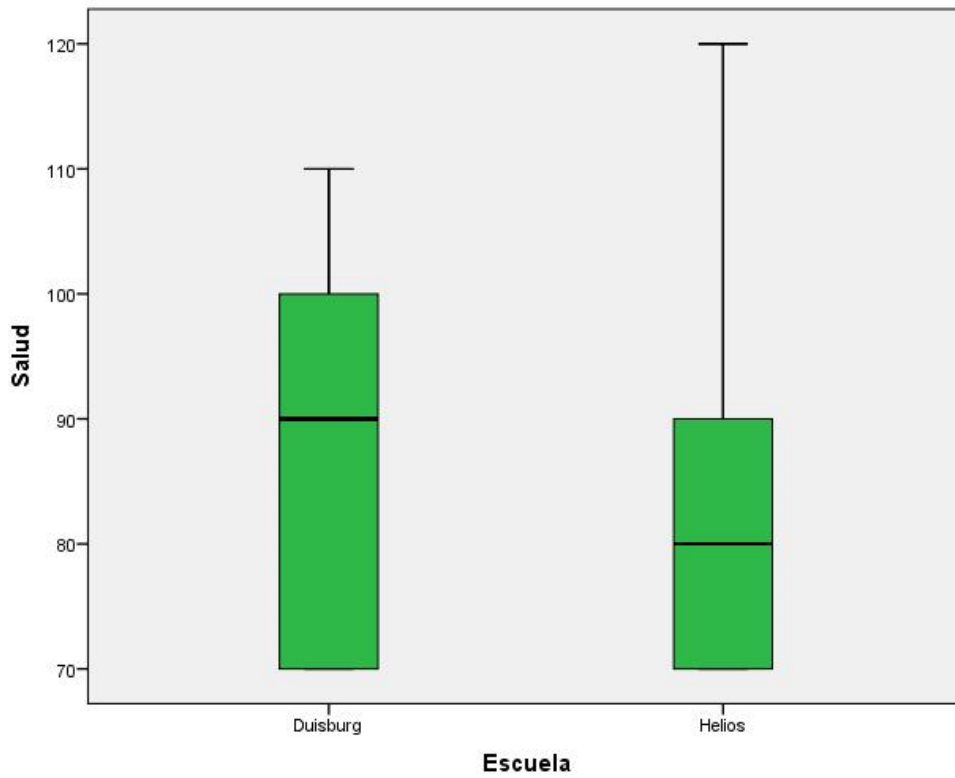


Figura 40: La salud de los estudiantes de las Escuelas de Duisburgnord y Helios

V. DISCUSIÓN

Con relación a los datos obtenidos

El objetivo general de la presente investigación fue determinar la relación entre los estilos de vida con la salud de los estudiantes de enfermería de las Escuelas de Duisburg y Helios como entornos promotores de salud. Los objetivos específicos buscaron conocer los estilos de vida sobre las dimensiones de los estilos de vida como: nutrición, prácticas de ejercicios, responsabilidad de su salud, manejo de estrés, soporte interpersonal y autocuidado de los estudiantes.

Los resultados obtenidos demuestran que los estilos de vida de los estudiantes son muy precarios para mantener una vida saludable, los datos determinan una asociación muy baja lo que en definitiva evidencia que los estilos de vida no son los adecuados para la promoción de la salud de los estudiantes

La relación entre los estilos de vida y la salud de los estudiantes de enfermería de las Escuelas Duisburg y Helios según los datos de la tabla 31, el coeficiente de correlación es el valor de $r = 0.426$, con una $p = 0.000 (p < .05)$ entre la variable estilo de vida y la variable salud de los estudiantes de la Escuela Duisburg cuyo resultado es de moderada magnitud. Por otro lado, la correlación entre la variable estilo de vida y la variable salud de los estudiantes de la Escuela Helios muestra un valor de $0,392$ con una $p = 0,00 (p < .05)$ con el resultado de magnitud moderada.

Los resultados de la dimensión nutrición y salud de los estudiantes de las Escuelas de Enfermería de Duisburg y Helios de Alemania, se lograron aplicando las correlaciones de Spearman, tal como lo indica la tabla 32 se obtuvo un coeficiente de correlación de $r = 0.373$, con una $p = 0.000 (p < .05)$ entre la dimensión nutrición y la variable salud de los estudiantes de la Escuela Duisburg lo que evidencia un resultado de baja magnitud. La correlación entre la dimensión nutrición y la variable salud de los estudiantes de la Escuela Helios muestra un valor de $0,246$ con una $p = 0,039 (p < .05)$ con una magnitud baja.

Sobre la dimensión práctica de ejercicios físicos y la salud de los estudiantes de las Escuelas de Enfermería de Duisburgnord y Helios de Alemania, se lograron aplicar las correlaciones de Spearman. Como se muestra en la tabla 33 se obtuvo un coeficiente de correlación de $r = 0.307$, con una $p = 0.000 (p < .05)$ entre la dimensión de prácticas de ejercicios físicos y la salud de los estudiantes de la Escuela Duisburgnord de baja magnitud. La correlación entre la dimensión ejercicios y la variable salud de los estudiantes de la escuela Helios muestra un valor de $0,251$ con una $p = 0,000 (p < .05)$ que muestra una magnitud baja.

La dimensión responsabilidad de la salud y la salud de los estudiantes de las Escuelas de Enfermería de Duisburgnord y Helios de Alemania, se aplicaron las correlaciones de Spearman dando como resultado los datos de la tabla 34 habiendo obtenidos el coeficiente de correlación de $r = 0.206$, con una $p = 0.000 (p < .05)$ entre la dimensión responsabilidad en salud y la variable salud de los estudiantes de la Escuela Duisburgnord que corresponde a un valor de baja magnitud. La correlación entre la dimensión responsabilidad en salud y la variable salud de los estudiantes de la Escuela Helios muestra un valor de $0,208$ con una $p = 0,000 (p < .05)$ que indica también un valor de baja magnitud.

Para establecer la relación entre el manejo del estrés y la salud de los estudiantes de las Escuelas de Enfermería de Duisburgnord y Helios de Alemania., se obtuvo mediante las correlaciones de Spearman. Así se muestra en la tabla 35 y cuyo coeficiente de correlación es de $r = 0.264$, con una $p = 0.000 (p < .05)$ lo que significa que la relación entre la dimensión de manejo del estrés y la variable salud de los estudiantes de la Escuela Duisburgnord es de baja magnitud. Igualmente, la correlación entre la dimensión manejo de estrés y la variable salud de los estudiantes de la Escuela Helios muestra un valor de $0,213$ con una $p = 0,000 (p < .05)$ que indica una relación de baja magnitud.

Con referencia a la relación entre el soporte interpersonal y la salud de los estudiantes las Escuelas de Enfermería de Duisburgnord y Helios, Alemania., se

lograron las correlaciones mediante la fórmula de Spearman los que muestran valores de 0,702 y 0,531 de magnitudes buena y moderada. Como se muestra en la tabla 36 se obtuvo un coeficiente de correlación de $r = 0.475$, con una $p=0.000(p<.05)$ lo que muestra que entre la dimensión soporte emocional y la variable salud de los estudiantes de la Escuela Duisburgnord es de moderada magnitud. La correlación entre la dimensión soporte emocional y la variable salud de los estudiantes de la Escuela Helios muestra un valor de 0,440 con una $p=0,000(p<.05)$ resultando una magnitud moderada.

La relación entre la dimensión autocuidado y la variable salud de los estudiantes las Escuelas de Enfermería de Duisburgnord y Helios, Alemania, con las correlaciones de Spearman, como se muestra en la tabla 37, se obtuvo un coeficiente de correlación de $r = 0.548$, con una $p=0.000(p<.05)$ entre la dimensión del autocuidado y la salud de los estudiantes de la Escuela Duisburg resultando una relación de moderada magnitud. La correlación entre la dimensión autocuidado y la variable salud de los estudiantes de la escuela Helios muestra un valor de 0,446 con una $p=0,000(p<.05)$ mostrando una magnitud moderada.

Relación con otros estudios sobre estilos de vida y salud

Nuestro estudio se sustenta como un diagnóstico, al brindar información objetiva de los estilos de vida (comportamiento físico, psicológico y social de los estudiantes de la muestra) y, que obviamente tienen una incidencia directa en la salud de los jóvenes. Señalar las consecuencias de estilos de vida perniciosos para prevenirlos oportunamente es uno de los propósitos fundamentales de este trabajo de investigación. La información sistematizada lograda, permitirá a los mismos estudiantes, a las autoridades universitarias y a la comunidad en general, contar con la información relevante sobre esta problemática señalando pautas de solución, y permitirá plantear la realización de otros estudios similares en otras poblaciones, constituyéndose entonces en un importante aporte teórico, práctico y metodológico.

Se tiene como referencias los siguientes estudios previos:

- a) Polo, Antonia, en el estudio “Evaluación de estrés en estudiantes universitarios” (2003), considera que la entrada en la Universidad (con los cambios que esto supone) representa un conjunto de situaciones altamente estresantes debido a que el estudiante experimenta, aunque sólo sea transitoriamente, una falta de control sobre el nuevo ambiente, potencialmente generador de estrés y, en último término, potencial generador -con otros factores- del fracaso académico universitario.
- b) Hernández, Jorge, en su investigación “Generación de traumas psicológicas en los jóvenes universitarios” del 2008 señala que el estilo de vida de los estudiantes se ve modificado según se acerca el período de exámenes, convirtiéndose así sus hábitos en insalubres (exceso de consumo de cafeína, tabaco, sustancias psicoactivas como excitantes e, incluso, en algunos casos, ingestión de tranquilizantes) lo que, a la larga, puede llevar a la aparición de trastornos de salud.
- c) Ramírez, Isidro, (2012), realiza la investigación “¿Por qué se enferman nuestros universitarios?” y señala que la falta de ejercicios físicos como parte del estilo de vida aumenta el riesgo de enfermedades coronarias y de enfermedades crónicas. A nivel psicológico también tiene un efecto negativo, puesto que no ayuda a la regulación emocional, aumenta la ansiedad, la tensión y la depresión y disminuye la sensación de bienestar.
- d) Durán, María, (2010), trabajó la investigación “Estilos de vida y conductas de riesgo en los adolescentes universitarios” indica que los malos hábitos de vida afectan más precozmente a los jóvenes, siendo las conductas de riesgo principales la instauración y el aumento o disminución de comportamientos relacionados con la condición y actividad física, los hábitos alimentarios, el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, la

dedicación y el manejo del tiempo libre, los accidentes, las relaciones sexuales y el autocuidado, entre otros.

- e) Merino, Cid, (2006), realizó el estudio “La salud y vida académica en las universidades españolas” es una investigación correlacional - transversal para determinar los factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud, el universo de esta investigación lo constituyeron 1353 estudiantes y se utilizó una muestra de 360. En este estudio se analizó como variable dependiente el estilo de vida promotor de salud (EVPS) la cual se midió con la Escala EVPS, así mismo se analizaron otras variables como: Estado de salud percibido, percepción de autoeficacia y autoestima. En los resultados de la investigación se encontró que la autoestima es un importante predictor del EVPS. En términos de regresión la escala EVPS expresa un aumento de 1.6 puntos por cada unidad de aumento en autoestima.

- f) Martínez, Antonio, (2007) en la investigación “Relación entre la autoestima y la salud de los estudiantes universitarios de Barcelona”. Se planteó como objetivo del estudio analizar la relación entre variables académicas e indicadores de ajuste psicosocial en adolescentes universitarios. Participaron 1319 estudiantes. Los resultados nos indican que existe una estrecha relación entre el nivel de autoestima del estudiante universitario y el grado de afectación de enfermedades. En cuanto a la satisfacción con la vida, la autoestima tiene un efecto positivo en ella y la enfermedad un efecto negativo.

- g) Armendáriz, Ernesto, (2006), desarrolló la investigación “Relación entre los estilos de vida y el consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de secundaria de un área rural”. Esta investigación utilizó como instrumentos los datos del Documento de Identificación de México (CIP); el Cuestionario de Estilos de vida, también se aplicó un instrumento de Autoeficacia para resistir el consumo de alcohol y tabaco se deriva del Cuestionario de Confianza Situacional (SCA). Los resultados arrojaron que entre las

variables continuas del estudio se encontró asociación negativa y significativa entre la cantidad de bebidas estándar consumidas en un día típico y los estilos de vida

- h) Gamarra, Justiniano, (2010) realizó la investigación “Estilos de vida estilo de vida y el nivel de autoestima de los estudiantes de Enfermería de la UCV de Trujillo”. Este estudio realizado fue cuantitativo, descriptivo y correlacional de corte transversal, la población fueron 136 estudiantes. Los instrumentos que se usaron para medir las variables, que responden a este objetivo, fueron: Cuestionario de Perfil de Estilo de Vida (PEPS-I) de Nola Pender (1996), que mide cuantitativamente el estilo de vida saludable del individuo y para el autoestima utilizaron la escala de Rosenberg, la cual se trata de una de las escalas más utilizadas para la medición global de la autoestima. Esta investigación encontró a un nivel de significancia de $P < 0.05$ que existe relación entre el estilo de vida y el nivel de autoestima.

Con relación a las dimensiones estudiadas:

Dimensión de nutrición:

Con relación a la primera dimensión que se refiere a la nutrición de los estudiantes universitarios, las preguntas básicas buscan conocer sobre el primer alimento del día que es el desayuno, la selección de comidas que no contienen ingredientes artificiales o químicos conservantes, sustancias que elevan la presión arterial (Cervera, 2004); si toman tres comidas al día, estar pendiente sobre las etiquetas de las comidas empaquetadas para identificar sus nutrientes artificiales o naturales, para verificar el nivel de colesterol, sodio o sal, o uso de conservantes; si los alimentos contienen fibra como granos enteros, frutas crudas, verduras crudas; o si eligen alimentos que incluyan los cuatro grupos básicos de nutrientes cada día: proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, (Gradne, 2006).

Estudios afines como el de Faustino Cervera Burriel (2014, Universidad La Castilla, La Mancha), muestran resultados poco alentadores porque la alimentación de los universitarios es de baja calidad ya que el 96% de los participantes necesitan cambiar sus hábitos alimentarios más saludables. Irazusta (2007), indica que las principales desviaciones de la dieta que es baja en la ingesta de verduras y frutas (consideradas caras), en cambio el índice de consumo de carne y productos lácteos es alto, hay una alta ingesta de grasas saturadas, azúcares y proteínas, situación que podría implicar un alto riesgo de enfermedades crónicas en el futuro. Además, el estudiante puede ver seriamente afectado su rendimiento intelectual por una alimentación inadecuada.

Entre los universitarios se suele asociar su patrón alimentario y de estilo de vida con la irregularidad de los hábitos de comidas, la elevada ingesta de comida “rápida” y de bebidas alcohólicas, de dietas nutricionalmente inadecuadas con baja densidad nutricional, la elevada incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria, etc. que, unido a un incremento de los requerimientos nutricionales, dificultarán el seguimiento de dietas saludables y equilibradas. Por otro lado, se producen unos estilos de vida muy diferenciados de unos a otros, que van desde el sedentarismo hasta la práctica del deporte de competición, dificultando aún más la valoración nutricional de este grupo y los mensajes correctos a transmitir. Es ya un hecho bien conocido que la Dieta Mediterránea (DM) es un modelo de alimentación y estilo de vida saludable que se relaciona con una mayor esperanza de vida, asociada con un efecto protector frente a diferentes enfermedades crónicas. Representa un estilo de vida que engloba, además, de la combinación de alimentos, elementos culturales y de estilo de vida del proceso de selección, procesamiento y consumo, como son la priorización de los alimentos frescos, locales y estacionales; de las actividades culinarias y de la socialización en las comidas, de la actividad física regular, del descanso en forma de siesta y toda una manera de vivir que forma parte de la herencia cultural de los países mediterráneos, (OMS, 1985).

Se requiere fomentar hábitos de dieta prudente y saludable, la costumbre de combinar alimentos como el aceite de oliva, cereales, legumbres, verduras,

hortalizas, frutas, frutos secos, pescado fresco, la ingesta moderada de lácteos, carnes y huevos y un bajo consumo de carnes rojas y embutidos, y todo ello, englobado en un estilo de vida activo y de socialización, (National Research Council, 2003).

Dimensión de ejercicios:

Sobre la segunda dimensión que aglutina preguntas de la práctica de ejercicios de 20 ó 30 minutos para relajar los músculos, sobre la participación en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión profesional, el control del pulso arterial durante la práctica el ejercicios físicos y la participación en actividades físicas de recreo como caminar, nadar, jugar fútbol, ciclismo, los resultados muestran desafortunadamente índices muy bajos en los estudiantes universitarios (Weinberg, 2010)

Coincidentemente a estos resultados, Delgado (2005), Licata (2012) y Tercerder (2012) muestran niveles significativamente más bajos de práctica físico-deportiva que los que acabamos de mencionar en esta investigación. Destacando que en los trabajos realizado por Martínez (2010) dentro de la población de estudiantes universitarios de la Región de Murcia, el número de estudiantes deportistas ha sido muy escaso. Mientras que en el estudio de Fernández (2006) sobre la población murciana, las personas que no practican ningún tipo de actividad físico-deportiva superan ligeramente a los que practican, siendo significativamente importante el número de personas que ha abandonado la práctica físico-deportiva.

Así, si bien se puede hablar de un continuo incremento de la práctica deportiva en los últimos 25 años, en la última década existe un claro estancamiento que en porcentajes absolutos abarca el 39% en 1995, el 38% en 2000 y el 40% en 2005, ya que sigue siendo mayoritaria la población estudiantil que no practica ningún deporte (Chaddock, 2013).

En concreto, en el estudio longitudinal de Gómez (2006), se puede confirmar el creciente proceso de abandono del deporte entre las mujeres universitarias. Las causas de este comportamiento están relacionadas con la posición de la mujer en la sociedad y el rol que ésta le asigna, así como las relativas a la propia

naturaleza de la actividad físico-deportiva. Como señala Pintanel (2007), las actividades competitivas mueven todavía mucha más gente en las Universidades que las de promoción y recreación. Destacando en este tema las opiniones de Blasco (2008) y Ortega (2000), que defienden que aunque los niveles de práctica son inferiores entre la población femenina, las mujeres se involucran en las actividades físicas durante el tiempo libre en un rango que las definiría como activas, debido a la influencia positiva del discurso contemporáneo sobre los beneficios saludables del ejercicio.

Por otro lado, los resultados obtenidos por Weinberg (2010), muestran que las prácticas de actividad física de jóvenes universitarios fueron poco saludables. Su nivel de actividad física es poco o nulo en la mayoría de los casos; pocas veces o nunca practican algún deporte con fines competitivos, o hacen algún ejercicio o una práctica corporal por lo menos 30 minutos dos o tres veces en la semana. Estos datos indican que su estilo de vida es sedentario, lo cual aumenta de manera importante su riesgo para las enfermedades cardiovasculares, los síndromes metabólicos y los problemas emocionales.

El sedentarismo es aún más preocupante en el caso de las mujeres, según los datos obtenidos hay un mayor número de mujeres que de varones, cuyas prácticas son menos saludables. Sin embargo, es posible que una explicación de estas diferencias tenga relación con los roles de género, sobre todo en el caso de los varones. Tradicionalmente en la cultura occidental, el ejercicio y los deportes (en especial a nivel competitivo) han estado vinculados con los varones como parte de la demostración de fuerza, resistencia y poderío que correspondería a los «machos». Para el caso de las mujeres, el rol tradicional no tendría mucho sentido porque, desde esta perspectiva, el desarrollo de actividad física en la mujer ha estado asociado con las tareas del hogar, aunque hoy en día las jóvenes universitarias tienen otra responsabilidad social distinta a la de ser amas de casa.

Por otro lado, Fernández (2009), advierte que de acuerdo a las recomendaciones sobre actividad física que realiza la Organización Mundial para la Salud (2008), en lo que respecta a la población de 18 y hasta 64 años de edad, dicha organización establece, que para mejorar las funciones cardiovasculares y

la salud ósea, reducir el riesgo de enfermedades no transmisibles y depresión, se debe realizar como mínimo 150 minutos semanales de actividad física (aeróbica moderada). En el caso de los y las jóvenes del estudio, en total el 63%, reconoce que “nunca” o “pocas veces” a la semana, realizan algún ejercicio o práctica física durante al menos 30 minutos, tres veces a la semana, lo que los aleja de lo mínimo estipulado por la OMS, como tiempo necesario para la realización de ejercicio físico; por cuanto, las prácticas de actividad física, en ambos grupos de jóvenes, resultan ser no saludables

Dimensión de responsabilidad:

En esta dimensión básica los ítems del cuestionario versan de la siguiente manera: consulta al personal médico calificado sobre algunos síntomas extraños en la salud del estudiante, control clínico del colesterol y presión arterial, la participación en programas preventivos de protección de la salud y la permanente observación de su cuerpo ante signos de peligro.

El universitario visita al médico solo cuando se matricula porque es un requisito básico, estos exámenes son:

- Técnico preventivo: medidas antropométricas (peso, altura, agudeza visual, presión arterial).
- Exámenes complementarios de laboratorio.
- Consulta odontológica, examen buco dental.
- Perfil psicológico

Fuera de este contexto, su asistencia a los controles médicos son ocasionales (al sufrir un accidente, por molestias bronquiales o enfermedades de índole sexual), los controles de colesterol y presión arterial son escasos. El caso más frecuente de asistencia a los programas preventivos de protección de salud en cuando la Escuela de Enfermería a la que pertenece organiza estos eventos, es colaborador, pero asiste muy ocasionalmente a otros eventos de carácter preventivo de salud.

Abercrombie (2008), manifiesta que los controles médicos son necesarios como medida para detectar a tiempo futuras enfermedades. Sus opositores lo ven como producto de la obsesión por la salud y una esperanza absurda en revertir el irremediable paso del tiempo. ¿Tienen sentido los chequeos anuales cuando el universitario está sano? ¿qué hay de interés: es un control necesario o es de negocio? Son algunas de las cuestiones que los universitarios analizan para abordar la necesidad del examen médico anual.

Para definir la importancia de un control médico, lo primero es plantear si conviene recomendarlo a todas las personas más allá de los grupos de riesgo (universitarios con adicciones, exceso de peso o antecedentes familiares de patologías, embarazadas y trabajadores expuestos a sustancias tóxicas). El consenso médico no aconseja someter sin control a la batería de pruebas a la población universitaria, según indica Ashton (2007), “Un examen generalizado es excesivo. La clave es clasificar a los grupos de universitarios por factores de riesgo para especificar qué tipo de chequeos necesitan”.

El debate se extiende en países como Alemania, donde las autoridades sanitarias contemplan la posibilidad de realizar pruebas médicas generalizadas a toda la población universitaria. Sin embargo, estudios como el Barandarian (2008), afirman que un chequeo generalizado no disminuye el riesgo de mortalidad por enfermedades cardiovasculares. “Un error de entrada es atribuir al chequeo beneficios sobre la mortalidad. Eso es tan irritante como decir que el envejecimiento se puede curar”.

Para Booth (2003), este examen médico suele ser oportunista. “Muchos universitarios acuden a las revisiones de forma rutinaria, pero también hay un gran porcentaje de estudiantes que no las pasa. Lo ideal es que todos pasaran las pruebas cada tres o cinco años, en función de las que cada uno requiera. Pero el exceso de reconocimientos médicos puede convertirse en una obsesión y generar una población hipocondriaca con el riesgo de medicalizar la vida. Valorarlo como una medida preventiva es el motivo fundamental por el que debe recomendarse un chequeo médico anual, argumenta Castro (2000), responsable de la Unidad de Chequeos Médicos del Hospital Universitario Quirón de Madrid.

“una prueba anual o bianual no es mala idea”. Muchas veces, por motivos de trabajo o familia, olvidamos cuidarnos. El examen permite ver nuestra salud física y mental para intentar mejorar algunos hábitos de cara al futuro.

No existe el chequeo perfecto que pueda asegurar al 100% que no le pase nada al universitario dentro de un año o dos, explica Lameiras (2007), con 18 años de experiencia en el campo de los exámenes médicos. “Ningún chequeo, sea de uno o cinco días, con seis o veinte pruebas, de mayor o menor coste, puede detectar todos nuestros trastornos, porque somos humanos y podemos cambiar de un día para otro” argumenta. Con el chequeo se consigue un despistaje de patologías y se ayuda a encontrar posibles lesiones y a mejorar el rendimiento”, explica Viscaya (2008), especialista de la Unidad de Medicina Deportiva del Hospital Sanitas La Moraleja. Los universitarios que deciden someterse a un chequeo médico lo hacen, según este especialista en medicina de la educación física y del deporte, en respuesta a su preocupación por la salud, a su inquietud por adaptarse al esfuerzo físico o para seguir planes de entrenamiento orientados por el médico. La demanda crece cada vez más porque el chequeo les beneficia. Las federaciones de determinados deportes lo obligan como requisito legal de seguridad para los profesionales. Para inscribirse en maratones, por ejemplo, los corredores deben pasar pruebas de esfuerzo obligatorias.

Los precios de este tipo de examen preventivo oscilan entre los 1.500 y 2.500 euros. Un modelo medio de chequeo privado, que incluye pruebas de análisis sencillos, de cardiología, audiometría y estereometría, urología o ginecología y radiologías, dura seis horas. Por la presión sobre la atención primaria pública, el paciente solo dispone de 10 o 15 minutos con el médico. Es muy difícil aconsejar a alguien en ese tiempo.

Para Ashton (2007), las vacunaciones o la eliminación de las conductas de riesgo representan medidas preventivas más eficaces que la indicación de chequeos, al igual que los llamados determinantes de la salud. Las condiciones socioeconómicas, culturales y de salubridad urbana pueden mejorar nuestra cantidad y calidad de vida, en el ámbito personal y colectivo.

La responsabilidad en los estilos de vida son resultados del valor cultural que se hereda, se gesta y se desarrolla en la vida cotidiana de las personas, familias y grupos sociales deben ser comprendidos para modelar patrones de cuidado, basados en la integración conceptual de las diferentes áreas del conocimiento que converjan en un abordaje integral resultado de una mirada holística y de una postura bioética en su intervención como sustantivo de la responsabilidad social.

La responsabilidad del cuidado de la vida y salud es entendida como el deber es prevenir enfermedades, prolongar la vida y promover la salud a través de acciones organizadas por el estudiante de las Escuelas de Enfermería Duisburgnord y Helios, tratando de minimizar comportamientos dañinos e influencias perjudiciales de factores sociales y ambientales. En este estudio los datos obtenidos sobre los estilos de vida de los estudiantes, se diversifican en las siguientes dimensiones:

- Consulta al personal médico calificado

Ser responsable de su vida y su salud para el estudiante de las Escuelas de Enfermería significa generar espacios de integración entre la Escuela y ellos, a través de actividades participativas de Promoción de Salud. Reconocer a “la Escuela” como un espacio apropiado para dinamizar el empoderamiento de los estilos de vida saludables, reestructurar saberes, actitudes y opiniones relacionadas con su alimentación.

Para las Escuelas de Enfermería es importante que cada estudiante conozca su estado de salud y pueda tomar decisiones autónomas basada en la información y el conocimiento, en beneficio de su salud y vida. El inicio de una carrera profesional es un momento importante para promover estilos de vida en relación con la consulta al personal médico calificado.

- Control clínico del colesterol y presión arterial

Los estilos de vida con influencia en la salud cardiovascular comienzan a iniciarse en etapas precoces de la vida, el período de la adolescencia es el más vulnerable

para la adopción de hábitos que potencialmente influirán en la futura salud cardiovascular y que con el transcurso de la vida se irán consolidando e integrando a través del proceso de socialización principalmente de los estudiantes, incrementándose el riesgo cardiovascular progresivamente a lo largo de la vida.

Se puede observar en los jóvenes que los riesgos cardiovasculares se van incrementando a lo largo de los años, como ponen de manifiesto diversas investigaciones.

No se puede negar que los jóvenes, al entrar en la Escuela de Enfermería, todavía están modelando sus hábitos, están en un punto crítico de sus vidas y haciendo elecciones de estilo de vida. La transición para la vida adulta es un momento ideal para incentivar a los estudiantes a adoptar hábitos de vida saludables. De esa forma, las oportunidades de esa población de adherir a las orientaciones en lo que se refiere a un estilo de vida más saludable, aumentan significativamente.

En el estudio de Bennasar (2011), los resultados del estudio apuntan que alteraciones en el perfil lipídico en estuvieron presentes en la población investigada. Valores elevados de triglicéridos, colesterol total y LDL-c fueron encontrados en 23,0%, 9,7% y 5,9% de los universitarios, respectivamente. El HDL-c estuvo con valores disminuidos en 12,0% de los sujetos y presentó asociación estadísticamente significativa con el tabaquismo ($p=0,0231$) y sedentarismo ($p=0,0357$). De esos hallazgos, nuevas investigaciones deben ser realizadas, sean ellas de orden epidemiológico, para que muestras mayores de estudiantes universitarios puedan ser analizadas en distintas áreas o sean ellas investigaciones de intervención, para que los hábitos saludables de vida sean incorporados y desarrollados en la vida de los estudiantes.

Cejudo (2014), evaluó el perfil lipídico en una población de 702 estudiantes universitarios, de ambos géneros, matriculados en los diversos cursos de una universidad pública de Fortaleza, estado de Ceará. Los datos sociodemográficos

y los relativos a los hábitos de vida fueron recolectados mediante un cuestionario tipo autollenado y la recolección sanguínea fue realizada en un laboratorio de análisis clínicos. Los resultados muestran la prevalencia de una población joven, con media de edad de 21,5 años con valores elevados de triglicéridos, colesterol total y colesterol asociado a la lipoproteína de baja densidad (LDL-c) fueron encontrados en 23,0%, 9,7% y 5,9% de los alumnos, respectivamente. El colesterol asociado a la lipoproteína de alta densidad (HDL-c) mostró valores disminuidos en 12,0% de los sujetos y presentó asociación estadísticamente significativa con el tabaquismo ($p=0,0231$) y sedentarismo ($p=0,0357$).

- Participación en programas preventivos de protección de salud

La promoción de la salud mediante actividades preventivas es el proceso que permite a los estudiantes incrementar el control sobre su salud para mejorarla (Colomer, 2000), y que se orienta a estudiar las formas de favorecer una mejor salud en la población en general y en los jóvenes en particular. La definición dada en la histórica Declaración de Yakarta de 1997 es que la promoción de la salud "consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma". La promoción de la salud se nutre de muchas disciplinas como la epidemiología, la medicina, la sociología, la psicología, la comunicación y la pedagogía. Además utiliza no sólo herramientas pedagógicas o comunicativas, sino también la abogacía y las intervenciones estructurales. La principal propuesta de Yakarta es la participación para sostener los esfuerzos. Las personas tienen que ser el centro de la acción de la promoción de la salud y de los procesos de toma de decisiones para que éstos sean eficaces, la alfabetización sanitaria/aprendizaje sanitario fomenta la participación. El acceso a la educación y a la información es esencial para conseguir una participación efectiva al igual que el empoderamiento de las personas y las comunidades ya que esto va a permitir el saber cómo se fomenta la educación así mismo un buen aprendizaje.

En nuestro caso, los estudiantes de las Escuelas de Enfermería de Duisburg y Helios, participan en las actividades que son programadas por los Comités de

Promoción de la Salud Comunitaria, que se realizan una vez por año en las sedes de cada Escuela, luego de estas fechas, la participación de los estudiantes a eventos extra muros es muy escasa, por el costo y por el tiempo que le toma asistir, creemos que solo el 20% de los estudiantes asisten a este tipo de eventos.

Dimensión de estrés:

El estrés es una reacción adaptativa del organismo ante las demandas de su medio (Selye, 2000); cuando éstas se originan en el contexto de un proceso educativo, es frecuente referirse a los mecanismos de adaptación del estudiante en términos de estrés académico. Todos los organismos experimentan reacciones de estrés durante su vida, pero cuando la reacción del sujeto se prolonga puede agotar las reservas del individuo y traducirse en una serie de problemas. Para una institución educativa es importante conocer los niveles de estrés académico en sus estudiantes, ya que el estrés se ha asociado a la depresión (Koplewicz, 2012), enfermedades crónicas (Cohen, 1993), enfermedades cardíacas (Espina, 2011), fallas en el sistema inmunológico (Cascales, 2013), predisposición al fracaso escolar (McDonald, 2005) y a un desempeño académico pobre (Edel, 2003).

Los estudios superiores representan, pues, el punto culminante del estrés académico por las altas cargas de trabajo, pero también porque coinciden con una etapa de la vida en la que el estudiante debe enfrentarse a muchos cambios en su vida (Ángeles del Hoyo, 2004). Específicamente, el ingreso a la universidad coincide con el proceso de separación de la familia, la incorporación al mercado laboral y la adaptación a un medio poco habitual (Beck, Taylor y Robbins, 2005).

Según Martin (2007), el estrés se manifiesta en forma de pensamientos destructivos, ya que el estudiante está convencido de que no será capaz de aprobar, lo que le genera ansiedad y una baja autoestima. Y a su vez, las emociones negativas, como el miedo, la ansiedad, la tristeza y la irritabilidad, hacen que todos los esfuerzos sean vanos.

Por otro lado, la sensación de fracaso y de inseguridad es tan grande, que en muchos casos, los estudiantes evitan estudiar o incluso presentarse a las pruebas, aun habiendo estudiado, porque están convencidos de que van a desaprobar el examen.

Sin distinción de género ni de edad, el estrés afecta tanto a los estudiantes varones como a mujeres y puede aparecer en cualquier período. Según los expertos, el porcentaje de estudiantes universitarios afectados por el estrés se halla entre el 15% y el 25%.

Por otro lado, cuánto más estresados esté el estudiante, más le costará concentrarse y retener los contenidos nuevos. Por ello, tanto psicólogos como neurólogos recomiendan hacer un corte de 5 ó 10 minutos por cada hora de estudio y aprovechar para distender el cuerpo y la mente.

En el estudio de Labrador (2014), se señala que los principales factores que contribuyen a la generación del estrés en estudiantes universitarios son las exigencias del aprendizaje, las presiones del medio universitario, la búsqueda de empleo temporal, las relaciones interpersonales junto a los desórdenes emocionales, entre otros. En el estudio de Prieto (2011), se han detectado causantes del estrés académico, entre los cuales están la sobrecarga académica, la falta de tiempo para cumplir con actividades académicas, ya sea exámenes, trabajos y exposiciones, etc. En cuanto a las relaciones sociales, el estrés se percibe en diversas situaciones, entre ellas, la relación amorosa, de pareja, familiar, duelo, enfermedad, vida laboral, entre otros (Berrio, 2011); todas ellas ligadas a las condiciones del entorno del estudiante, debido a las presiones exigidas y el momento de afrontarlo o de lidiar con el estrés. En la investigación realizada se aprecian situaciones en que los estudiantes expresan sentirse presionados por las demandas académicas, además mencionan que las relaciones con su entorno se ven afectadas en episodios de estrés lo cual se vincula a los cambios sociales en sus vidas. Feldman (2009), hace hincapié en el

papel que tiene el entorno en el estrés académico, este se da en el proceso por el cual una demanda del entorno se convierte en un estresor, todo en la interacción persona–entorno.

Romani (2010), señala que teniendo en consideración la presencia de esta problemática en las universidades, y la necesidad de formar profesionales cada vez más capaces y con mayores posibilidades de autocontrol ante las situaciones diversas que se les pueden presentar como futuros profesionales de la salud, es necesario encaminar las acciones docentes al establecimiento de aptitudes de enfrentamiento al estrés académico y profesional.

En el proceso personal de adaptación a la vida universitaria, influyen diferentes factores como lo es el ambiente de la universidad, el lugar físico, el personal docente y administrativo, los familiares, aunados al interés, la motivación, la personalidad, los estilos de vida, la cultura, el nivel socioeconómico, la escolaridad previa, las expectativas sobre la institución y la carrera que eligieron tornándose críticos los primeros días de ingreso, en nuestro caso a la Escuela de Enfermería.

Para el estudiante el proceso de adaptación a la Universidad se confunde con la vocación, en especial cuando no se obtienen los resultados académicos esperados y las calificaciones son bajas, siendo necesario desarrollar habilidades y aptitudes con la finalidad de facilitar la solución de problemas, lo que puede deberse a diversas causas, por ejemplo, no conocer ni manejar estrategias adecuadas de aprendizaje. Estos problemas lo hacen dudar y preguntarse: ¿Me siento bien para seguir adelante? ¿tengo vocación? ¿estoy en el lugar adecuado?, ¿me siento a gusto conmigo mismo? ¿cuáles son los problemas a los que me tengo que enfrentar? ¿soy un buen estudiante?, ¿debería estar en otra carrera? Siendo esta incertidumbre motivo de grandes conflictos emocionales y físicos que ponen en riesgo la salud física y mental (Barraza, 2011).

A pesar de la buena disposición del estudiante pueden presentarse algunas dificultades asociados al ritmo de estudio o presión por la carga académica, dudas vocacionales, incomodidad social, malestar físicas, que conlleva a generar en el estudiante algunas manifestaciones como síntomas gastrointestinales, deseos

frecuentes de orinar, aumento o disminución del apetito, tensión generalizada, taquicardia, sudoración, temblor, contracturas, tics, dolores de cabeza, sensación de ahogo y opresión en el pecho. Puede presentar manifestaciones conductuales como inquietud, tartamudeo y dificultades para hablar, tono de voz nervioso, insomnio o dificultades para conciliar el sueño, y conductas de evitación. En lo emocional puede estar susceptible e irritable, con nerviosismo, angustia, agresividad, enojo, miedo a fallar, miedo a quedar paralizado, apatía. En el aspecto cognitivo la presencia de dificultad para concentrarse, sensación de confusión, fenómeno de la mente en blanco, distracción, preocupación por el desempeño, preocupación acerca de las consecuencias negativas de fallar y perfeccionismo.

Dimensión de soporte interpersonal:

Incluye todo tipo de intercambio entre las personas, las relaciones interpersonales son fuente de apoyo social o instrumental, y en la juventud son importantes para el desarrollo social y el logro de objetivos profesionales, además, los amigos, compañeros de aula, conocidos constituyen el principal referente social, porque de allí se escoge pareja o a aquellas personas con las que pueden compartir desde la intimidad hasta la realización de una tarea. Esta dimensión del estilo de vida favorece el desarrollo de la persona y la solución de problemas (Daltono, 2007).

Las relaciones interpersonales nos permiten tener un círculo de amigos que están alrededor nuestro, y que por el mismo hecho de vivir una vida llena de problemas, se llega a contar con el apoyo de ellos o a la inversa, de allí que cuando hay dificultades, con la mayor inteligencia recurre a las estrategias que son llevadas a cabo para responder a demandas internas o del contexto. Estas prácticas se entienden como parte de un proceso psicológico que implica esfuerzos a nivel cognitivo y conductual, y que van acompañadas de emociones negativas, como la ansiedad, la ira, el miedo, la tristeza y entre otras, de emociones saludables como alegría, júbilo, solidaridad, simpatía. El afrontamiento de los problemas tiene una función adaptativa que se refleja cuando los estudiantes logran mejorar las

respuestas corporales, disminuir las reacciones emocionales negativas, aumentar las emociones positivas, reforzar la autoestima, solucionar el problema y mejorar el funcionamiento y el ajuste social (González, 2004).

En las investigaciones actuales, se trata de establecer la utilidad de la inteligencia emocional en diversas áreas vitales de los estudiantes universitarios. Existen evidencias de que la inteligencia emocional es un predictor significativo del funcionamiento social y personal del individuo (Bandura, 2007).

En este modelo, la inteligencia emocional engloba un conjunto de habilidades relacionadas con el procesamiento emocional de la información. En concreto, la definición más extendida y evidente define la inteligencia emocional como la habilidad para percibir, asimilar, comprender y regular las propias emociones y la de los demás promoviendo un crecimiento emocional e intelectual (Erikson, 2000), esto significa que las relaciones interpersonales de los universitarios con amigos más íntimos y las actitudes empáticas hacia los demás, goza de una calidad importante. Desde este enfoque se considera que las personas emocionalmente inteligentes, no sólo serían más hábiles para percibir, comprender y manejar sus propias emociones sino también tendrían más facilidad para extrapolar estas habilidades de percepción, comprensión y manejo a las emociones de los demás.

Dimensión de autocuidado:

El autocuidado, se describe primero, haciendo un análisis semántico de la palabra misma, la cual separa en "auto" y que define como "el individuo integral, incluyendo no solo sus necesidades físicas, sino también las psicológicas y espirituales" y cuidado que define como "la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una manera que sea normal para él, " (Uribe, 2011). Luego la integra y define como "la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar".

De estos conceptos se desprende que el autocuidado es un acto voluntario e intencionado que involucra el uso de la razón para dirigir las acciones,

considerando que el autocuidado cotidiano es un elemento que se encuentra indisolublemente intrincado en la acción; 'es una función humana regulatoria que los individuos deben deliberar continuamente y desarrollar por sí mismos.

El ingreso de los estudiantes a la Universidad tiene varias implicaciones entre ellas, establece una nueva relación con los profesores y con sus nuevos compañeros y asume una mayor responsabilidad personal en su aprendizaje y socialización. Sin duda, el punto medular de la vida universitaria que más preocupa consiste en cumplir con las exigencias académicas, a costa de no comer, dormir, descansar, o sufrir cargas de estrés, lo que conlleva a un decremento en su salud. Aunado a un proceso de socialización con estudiantes diversos con diferentes características y modos de vida que lo llevan a fumar y tomar en diferentes eventos organizados por los propios estudiantes, siendo factores de riesgo para presentar problemas crónicos a más temprana edad.

Cuando los estudiantes entran al primer año de universidad tienen, generalmente, entre 17 y 19 años, y concluyen su carrera entre los 23 y 25 años. Esto quiere decir que algunos de ellos aún se hallan en la etapa final de la adolescencia en el momento en que empiezan a cursar sus estudios profesionales, si bien la mayoría se encuentra en la post adolescencia lo que los hace vulnerables, tomando una tendencia al autoconocimiento y el empoderamiento del estudiante respecto a su propia salud. Y a la vez reconocer la presencia de factores culturales, educativos y socioeconómicos que pueden incidir en la adaptación y autocuidado.

Desde el punto de vista psicológico los adolescentes universitarios enfrentan la etapa que gira en torno a la pregunta ¿quién soy? Es decir apenas están tratando de resolver los conflictos de identidad, preocupados por su comportamiento y la imagen que proyectan ante los demás, intentan probarla a través del vestuario, el peinado, y actitudes exageradas plenas de fantasía. Los jóvenes adultos pasan de la pregunta ¿quién soy yo? A la interrogante: ¿hacia dónde voy? Cuando el estudiante no puede dar una respuesta satisfactoria tan rápido como desea, se siente "fuera de lugar" (Rivera, 2006).

García (2011), sostiene que es necesario repensar el autocuidado como una estrategia fundamental para promover la vida y el bienestar de las personas de acuerdo con sus características de género, etnia, clase social y etapa del proceso vital. Igualmente, es importante entender el significado del autocuidado como una construcción sociocultural que ha estado saturada por las concepciones, creencias, convicciones y representaciones sociales y prácticas de las personas en las diferentes sociedades.

Desde los griegos se menciona la visión integral del cuidado de sí, tanto desde el cuidado del cuerpo como del alma, concepto asociado a regímenes de salud, ejercicio físico y a evitar excesos en los comportamientos cotidianos, además del cultivo del espíritu mediante prácticas de meditación, exaltación de la contemplación y la importancia del autocontrol. En los reglamentos de las universidades y escuelas de enfermería de todo el mundo, “todo alumno tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad”, este es un enunciado que expresa el valor que debe tener el cuidado de la salud para los estudiantes, como responsabilidad individual y colectiva frente a la vida, actitud que se debe fortalecerse en los contextos educativos.

Las paradojas comportamentales se definen como aquellas prácticas nocivas que están en contradicción con los conocimientos saludables, esta concepción es importante considerarla con respecto a los jóvenes universitarios, en la medida en que se espera que estos tengan mayores elementos conceptuales que les permitan sustentar su autocuidado; pero, en realidad se observa que no hay coherencia entre el saber y el actuar frente a este.

El estilo de vida de los estudiantes involucra diferentes dimensiones entre las que se incluyen el autocuidado con el fin de fomentar la salud y prevenir la enfermedad. En esta práctica se enmarcan el cuidado médico, como son: baño diario, cepillado de dientes, automedicación, utilización de bloqueador solar, la exploración del cuerpo para detectar cambios físicos, control médico y odontológico. Dentro del concepto de autocuidado de la salud, se considera el

baño diario y el cepillado de los dientes como prácticas que históricamente se enmarcaban dentro de la higiene personal.

Con respecto a la exploración del cuerpo para detectar algunos cambios (lunares, manchas en la piel y masas en mama, testículos u otra parte del cuerpo), el 35,8% de los estudiantes frecuentemente lo realizan, el 30,1% pocas veces y el 26,9% contestaron que siempre lo realizan. Llama la atención que el resto de los estudiantes nunca se realizan esta exploración. En este caso, los hombres son los que en menor proporción se realizan el autoexamen físico.

Según Escobar (2011), las mujeres se destacan por las prácticas de autocuidado relacionadas con el baño diario y el cepillado de dientes después de las comidas, respecto a las prácticas de autocuidado de los varones. Aproximadamente la cuarta parte de los estudiantes se realizan la autoexploración física para detectar cambios; las mujeres son quienes más se la realizan. La mayoría de los estudiantes han asistido a un control médico y odontológico en el último año. Los tres principales motivos para que los estudiantes universitarios no se autocuidaran fueron: no creen que algo malo le pueda pasar; les da pereza hacerlo; les da miedo descubrir que algo le pasará.

Con relación a la metodología

El marco metodológico es el segmento de la investigación más importante puesto que constituye la esencia de los estudios de posgrado, el cómo hacer investigación científica que se oriente a realizar estrategias, procedimientos, etapas, fases para demostrar en forma lógica y coherente el valor de la variable 1: “Estilos de vida” en su incidencia en la variable 2: “Salud” de los estudiantes de las Escuelas de Enfermería Duisburgnord y Helios de Alemania.

El método correlacional ha demostrado su valor científico en la solución del problema planteado, los resultados obtenidos demuestran que la metodología aplicada ha sido eficiente y constituyó una propuesta a seguir en futuras investigaciones.

Problemática

La problemática que constituye la base del estudio, fue conocer con objetividad los estilos de vida como fuente de la salud de los estudiantes de las Escuelas de Enfermería Duisburgnord y Helios de Alemania

Instrumento

Se aplicó el cuestionario “Perfil de estilo de vida (Peps-I) Pender (1996)” que consta de 61 ítems a los 200 estudiantes de la muestra de la Escuela de Enfermería Duisburgnord y a los otros 200 estudiantes de la muestra de la Escuela de Enfermería Helios.

Los 61 ítems del cuestionario se clasifican en 6 dimensiones que se distribuyen de la siguiente manera:

Nº	Dimensiones	Nº de ítems	Ítems
1	Nutrición	6	1,5,14,19,26,35
2	Ejercicio	5	4,13,22,30,38
3	Responsabilidad	10	2,7,15,20,28,32,33,42,43,46,
4	Manejo del	7	6,11,27,36,40,41,45
5	Soporte	7	10,18,24,25,31,39,47
6	Autocuidado	13	3,8,9,12,16,17,21,23,29,34,37,44,48

Los cuestionarios fueron enviados a los E-mails de cada estudiante con una carta de presentación, pidiéndoles su llenado y devolución en el más corto tiempo posible. En la Escuela de Duisburgnord, la devolución fue más rápida y más efectiva en un 95%, completándose el resto en un tiempo de 6 días previa solicitud de la investigadora reiterándoles su cumplimiento. En la Escuela de Helios, la devolución de los cuestionarios fue más lenta, en el tiempo previsto se recogió solo el 65% de los cuestionarios, luego de una nueva invocación a los estudiantes, se completó el promedio necesario después de 5 días de espera.

Las preguntas del cuestionario comprenden 2 partes:

- i) Datos generales del estudiante sobre: sexo, edad, religión, si tiene raíces migrantes, idioma materno, si habla otro idioma, tipo de educación secundaria, si tiene otra profesión técnica o universitaria, con quien vive, financiación de estudio, porqué razón estudia enfermería, año de estudio en el Escuela de Enfermería y fecha de devolución del cuestionario.
- ii) Ítems referidos al estilo de vida y aspectos de salud del estudiante, en un total de 61 ítems para clasificar las respuestas en cuatro criterios: nunca (1), a veces (2), casi siempre (3) y siempre (4).

La aceptación del cuestionario por parte de los estudiantes de ambas escuelas, ha sido satisfactoria, debiendo agradecerles por la participación voluntaria. En la Escuela de Enfermería de Duisburgnorde el 98% cumplió en el llenado del cuestionario el 2% no asistió en la fecha señalada, por tanto el sesgo de incumplimiento resulta muy minimizado y poco relevante en la muestra seleccionada. En la Escuela de Enfermería de Helios, el 3% no asistió y también no afecta el resultado final.

En conclusión, los datos arrojados por el presente estudio permiten indicar que la información no es suficiente para adoptar estilos de vida saludables, así, el hecho de recibir formación profesional en el área de la salud no es suficiente para producir cambios en los hábitos de vida, ya que estos están determinados por factores distintos, entre ellos las creencias, las motivaciones, la percepción de riesgo, la sensación de autocontrol y probablemente otros factores aún inexplorados. Esto sugiere la necesidad de que las Escuelas de Enfermería asuman su responsabilidad y compromiso frente a sus alumnos, la promoción de la Educación para la Salud, como una estrategia, que además de favorecer el mejor estar de los estudiantes que la conforman, contribuya formativamente, esto es, que favorezca que los profesionales en general, pero los de la salud en particular, observen estilos de vida que sean más congruentes con su responsabilidad social.

Propuesta para futuras investigaciones

Se propone a la comunidad universitaria, realizar otros estudios que se refieran a los estilos de vida, calidad de vida, salud, etc., de los estudiantes como actores de su formación académica, de su vida personal y profesional, de sus posibilidades potenciales para actuar con mayor responsabilidad en un mundo globalizado y tecnologizado que exige mayores capacidades. Las variables del presente estudio siempre requerirán ser investigadas más detenidamente, a efectos de mejorar el estilo de vida, desempeño y vida personal de los estudiantes.

VI. CONCLUSIONES

En la hipótesis central se llega a la conclusión:

- **Primera:** Existe una relación entre los estilos de vida y la salud de los estudiantes de enfermería de las Escuelas Duisburgnord y Helios como entornos promotores de salud, debido a las correlaciones de Spearman. Como se muestra en la tabla 31 se obtuvo un coeficiente de correlación de $r=0.426$, con una $p=0.000(p<.05)$ entre la variable estilo de vida y la variable salud de los estudiantes de la escuela Duisburgnord de moderada magnitud. La correlación entre la variable estilo de vida y la variable salud de los estudiantes de la escuela Helios muestra un valor de $0,392$ con una $p=0,00(p<.05)$ de magnitud moderada.

En las hipótesis específicas se concluye que:

- **Segunda:** Existe una relación entre la nutrición y la salud de los estudiantes de las Escuelas de Enfermería de Duisburgnord y Helios de Alemania, debido a las correlaciones de Spearman. Como se muestra en la tabla 32 se obtuvo un coeficiente de correlación de $r=0.373$, con una $p=0.000(p<.05)$ entre la dimensión nutrición y la variable salud de los estudiantes de la escuela Duisburg de baja magnitud. La correlación entre la dimensión nutrición y la variable salud de los estudiantes de la escuela Helios muestra un valor de $0,246$ con una $p=0,039(p<.05)$ de magnitud baja.
- **Tercera:** Existe una relación entre la práctica de actividades físicas de recreo como caminar, nadar, jugar fútbol (volibol) ciclismo y la salud de los estudiantes de las Escuelas de Enfermería de Duisburgnord y Helios de Alemania, debido a que las correlaciones de Spearman. Como se muestra en la tabla 33 se obtuvo un coeficiente de correlación de $r=0.307$, con una $p=0.000(p<.05)$ entre la dimensión de prácticas de ejercicios físicos y la salud de los estudiantes de la escuela Duisburg de baja magnitud. La correlación entre la dimensión ejercicio y la variable salud de los estudiantes de la escuela Helios muestra un valor de $0,251$ con una $p=0,000(p<.05)$ de magnitud baja.
- **Cuarta:** Existe una relación entre la responsabilidad en la salud y la salud de los estudiantes de las Escuelas de Enfermería de Duisburgnord y Helios de Alemania, debido a que las correlaciones de Spearman. Como se muestra en

la tabla 34 se obtuvo un coeficiente de correlación de $r= 0.206$, con una $p=0.000(p<.05)$ entre la dimensión responsabilidad en salud y la variable salud de los estudiantes de la escuela Duisburg de baja magnitud. La correlación entre la dimensión responsabilidad en salud y la variable salud de los estudiantes de la escuela Helios muestra un valor de $0,208$ con una $p=0,000(p<.05)$ de magnitud baja.

- **Quinta:** Existe una relación entre el manejo del estrés y la salud de los estudiantes de las Escuelas de Enfermería de Duisburgnord y Helios de Alemania., debido a que las correlaciones de Spearman. Como se muestra en la tabla 35 se obtuvo un coeficiente de correlación de $r= 0.264$, con una $p=0.000(p<.05)$ entre la dimensión de manejo del estrés y la variable salud de los estudiantes de la escuela Duisburg de baja magnitud. La correlación entre la dimensión manejo de estrés y la variable salud de los estudiantes de la escuela Helios muestra un valor de $0,213$ con una $p=0,000(p<.05)$ de magnitud baja.
- **Sexta:** Existe una relación entre el soporte interpersonal y la salud de los estudiantes las Escuelas de Enfermería de Duisburgnord y Helios, Alemania., debido a que las correlaciones de Spearman muestran valores de $0,702$ y $0,531$ de magnitudes buena y moderada. Como se muestra en la tabla 36 se obtuvo un coeficiente de correlación de $r= 0.475$, con una $p=0.000(p<.05)$ entre la dimensión del soporte emocional y la variable salud de los estudiantes de la escuela Duisburg de moderada magnitud. La correlación entre la dimensión soporte emocional y la variable salud de los estudiantes de la escuela Helios muestra un valor de $0,440$ con una $p=0,000(p<.05)$ de magnitud moderada.
- **Séptima:** Existe una relación entre el autocuidado y la salud de los estudiantes las Escuelas de Enfermería de Duisburgnord y Helios, Alemania, debido a que las correlaciones de Spearman. Como se muestra en la tabla 37 se obtuvo un coeficiente de correlación de $r= 0.548$, con una $p=0.000(p<.05)$ entre la dimensión del autocuidado y la salud de los estudiantes de la escuela Duisburg de moderada magnitud. La correlación entre la dimensión

autocuidado y la variable salud de los estudiantes de la escuela Helios muestra un valor de 0,446 con una $p=0,000(p<.05)$ de magnitud moderada.

VII. BIBLIOGRAFÍA

- Abercrombie, N.** Universidades y sociedad en el siglo XXI. 2008; 34-36
- Adler, A.** Psicología individual. 2000; (2): 173-188..
- Agency for Research on Cancer.** 2012.
- Aguinaga, B.** Estilos de vida, cultura, ocio y tiempo libre de los estudiantes universitarios. 2009; 322-328.
- Ainsworth, S.** Educación física. 2009.
- Alarcón, D.** Demografía del cáncer pulmonar. 2005.
- Allen, C.** Dejar de fumar es fácil. 2012; 388.
- Alonso, D.** La educación física y los estilos de vida. 2010; 102-109.
- Alonso, M.** Fuentes de satisfacción laboral. 2012; 98-110.
- American Nurses Association.** (ANA). Salud pública. Washington. 1986.
- Ángeles del Hoyo, M.** Estrés laboral. 2004.
- Anilger, S.** Guía de práctica clínica sobre diabetes, pre-diabetes y enfermedad cardiovascular. 2012; 202-208.
- Antonovsky, A.** Desentrañar el misterio de salud. 1987.
- Arvelin, K.** Estilo de vida y salud. Un problema socioeducativo. 2010.
- Arrivillaca M.** Psicología de la salud: Abordaje integral de la enfermedad crónica. 2009; 344.
- ASCI.** Neurología aplicada a la actividad física. 2002.
- Ashton, J.** La nueva salud pública. 2011; 231.
- Ashton, J.** La promoción de la salud, un nuevo concepto para una nueva sanidad. 2007, (2): 92-95 .
- Bancroft, P.** Estilos de vida y salud. 2009.
- Bandura, A.** Teoría de la autoeficiencia. 1986.
- Bandura, A.** Teoría del aprendizaje social. 2007; (1): 377-378.

- Barandariam, A.** Imaginario social de la Ed. Física. 2011.
- Barandariam, A.** Un estudio sobre hábitos de conducta y salud mental en universitarios. 2007; 201-213.
- Balady, J.** Fisiología del ejercicio físico y del entrenamiento. 2002.
- Barraza, A. y cols.** El estrés académico en alumnos de educación media superior. 2011; 437-444.
- Baumberg, M.** El alcohol en Europa. Una perspectiva de salud pública. 2006.
- Beck, R.,** Taylos, B., y Robbins, M. Ansiedad, estrés y enfrentamiento a la vida. 2003; 121-124.
- Bedialauneta, A.** Control del tabaquismo. Perspectivas futuras. 2010; 334.
- Begoña , E.** Tabaco: Prevención y Tratamiento. 2011; 223-225.
- Beligman, M.** La auténtica felicidad. 2010.
- Benavides, I.** Estrategias para mejorar el rendimiento académico. 2003.
- Bennasar, M.** Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios. 2010.
- Berrio, N.** Estrés académico. 2011; 192-194.
- Berkovitz J.** Dolores de cabeza y migraña. 2010; 34-35.
- Bernal, P.** La salud mental. 2008; 377.
- Bird, V.** Educación física, deporte y recreación. 2011.
- Bisquerra, R.** De la inteligencia emocional a la educación emocional. 2009.
- Blanco, S.** Características de la comunicación humana. 2012.
- Blasco, T. y cols. Evolución de los patrones de actividad física en estudiantes universitarios. *Revista de Psicología del Deporte*, 9-10, 51- 63. 2008.
- Blásquez, E.** Alcoholismo. Madrid: Mc Graw-Hill. 2001; 253.
- Booth, B.** La salud promovida en las universidades. 2003.
- Braczo, O.** Salud, familia y desarrollo personal. 2008; 593-595.

- Brannon, O y Feist, P.** Psicología de la salud. 2001; 270.
- Briceño, R.** Salud y Ciencias Sociales. 2000.
- Briceño, C.** Satisfacción laboral en el personal de enfermería en un hospital público. En: Revista electrónica de medicina Intensiva. Argentina. Abril de 2007, vol. 5
- Bruce, O.** Psicología del deporte. 2013.
- Camacho, E. & Vega, C..** Autocuidado de la salud. 2012; 211- 213.
- Campos, M.** Enfermería comunitaria. 2014; 192.
- Carr, A.** Es fácil dejar de fumar. 2012.
- Cascales, M.** Sistema inmune: su importancia en el desarrollo y terapia del cáncer.
- Casimiro, M.** Actividad física, educación y salud. 2010; 211.
- Castelo-Branco, C.** Sexualidad humana. Una aproximación integral. 2005; 383-385.
- Castro, A.** Objetivos de vida y satisfacción autopercebida en estudiantes universitarios. 2000; 193-194.
- Castroviejo, M.** Nutrición y deporte. 2011.
- Celis, J. y cols.** Ansiedad y estrés académico. 2009; 200-202.
- Cervera, P.** Alimentación y dietoterapia. 2004.
- Chaddock L. et al.** Los efectos de la actividad física. 2013.
- Chapman, S.** Public Health advocacy and tobacco control. 2011; 173.
- Chávez, J.** Psicología evaluativa en educación. 2005.
- Cifuentes, J.** Satisfacción laboral en enfermería en una institución de salud de cuarto nivel de atención. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería. 2012; 128-129.
- Colditz, A.** Medición de la salud y la enfermedad. 2012.

- Colomer, C.** Promoción de la salud y cambio social. 2000; 208.
- Colomer, M.** El sexo de los indicadores y el género de las desigualdades. 2011.
- Contreras, J.** Didáctica de la Educación Física. 2010.
- Córdoba R.** Abandono del tabaco y modificación de los parámetros biológicos. 2011; 322-324.
- Cortez, B.** Diccionario de las Ciencias de la Educación. 2007.
- D'Adamo, L.** Las enfermedades cardiovasculares. 2007; 98-99.
- Dalton, M.** Relaciones humanas. 2007.
- Davenport, L.** Guía para una nutrición saludable. 2010; 256-257.
- Delgado, M.** Importancia de la alimentación en la salud y la actividad física. 2005.
- Departamento de Salud de Alemania.** 2012.
- Devis, J.** Actividad física, deporte y salud. 2013, 22-25.
- Dewey, J.** Los pilares de la comunicación. 2007; 327-328.
- Díaz, J.** El libro negro de los secretos de la obesidad. 2012.
- Dolors J.** Salutogénesis. 2013; 104.
- Donaldson, P.** Drug abuse prevention programming. 2013.
- Doris, M.** Práctica del deporte y actividad física. 2012; 32-35.
- Douglas, M.** Libro del personal trainer. 2006.
- Dowding, B.** Estilos de vida en estudiantes universitarios. 2012.
- Duncan, M.** La educación física, los estilos de vida y los adolescentes. 2007.
- Dunn, H..** Estilos de vida y salud. 1966; 448-449.
- Edel, R.** El rendimiento académico.2003.
- Ekelund L.** Physical fitness as an predictor of cardiovascular mortality N. England. 2010.

- Ennio, C.** Niveles de práctica de actividad físico – deportiva y sedentarismo en estudiantes universitarios. 2009; 73-76.
- ENS.** Encuesta Nacional de Salud. 2012.
- Erickson, E.** La teoría el desarrollo psicosocial. 2006; (2) 429-430.
- Erikson, E.** Identidad: juventud y crisis. Tarus. Madrid. 2000; 488.
- Escobar, M.** Autocuidado de la salud en jóvenes universitarios. 2011.
- Espina, A.** Enfermedad crónica y familiar. 2011.
- Estevez, D.** Alimentación sana. 2010; 93.
- Estrella, F.** Obesidad y sobrepeso. 2011; 573-576.
- Estruch, L.** Alimentación y deporte. 2011.
- Evans, J.** Guía completa de la salud. 1996; 210.
- Eysenck, H.** Tabaco, personalidad y estrés. 2011.
- Feldman, L. y cols.** Relación entre el estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios. 2009; 573-582.
- Fernández, M.** Salud y estilos de vida. 2004; 88-90
- Fernández del Valle, M.** Estilos de vida de los jóvenes. 2010.
- Fernández, J.** Epidemiología y prevención de las drogodependencias. 2008; 322-324.
- Fernández, J.** Importancia de la educación física en la escuela. 2009.
- Filey, M.** Autoestima y comunicación. 2011; 77.
- Florez, S.** Estilo de vida y desarrollo humano. 2011; 380-382.
- Fraile, A.** La investigación naturalista e interpretativa desde la actividad física y el deporte. 2009.
- Francke, P.** Políticas de salud. 2010; 103-104.
- Freire, P.** Conocimiento y docencia. 2002; 276.

- Frenk, J.** La salud pública. 2000; 299-300.
- Fung, V.** Nutrición y gastronomía. 2009.
- Funnes, J.** Drogas y adolescentes. 2011; 77-78.
- Gallego, A.** Motivación y aprendizaje en el contexto educativo. 2011.
- Gamero, C.** Análisis de la satisfacción laboral. Madrid. 2013; 481-482.
- García, I.** Factores asociados a la satisfacción de los profesionales en los hospitales públicos. 2008; 141-143.
- García, J.** Medicina y sociedad. 2003.
- García, S.** El autocuidado de la salud. 2010; 533-535.
- Gardner, H.** Inteligencias múltiples: La teoría y la práctica. 2011.
- Gardner, H.** La nueva ciencia de la mente. 2010; 328.
- Gilman, S.** Humo, breve historia cultural del acto de fumar. 2012; 102.
- Godtfrendsén, N.** Smoking reduction, smoking cessation and mortality. 2013.
- Goleman, D.** Inteligencia emocional. 2006; 200-202.
- Golembiewski, J.** Diseño de salutogénica. 2012.
- Gómez-Pinilla F. y cols.** Influencia de los ejercicios en las habilidades cognitivas. 2013; 403-428.
- Gómez, R.** Sociología. 2014; 255.
- Gómez, M.** Antropología de la alimentación. 2009; 162.
- González, L.** Tabaco y enfermedades respiratorias. 2007; 202-204.
- González, C.** The Tobacco industry and the manipulation of scientific investigation. 2013.
- Gonzalez, J.** Relaciones interpersonales. 2004; 109-112.
- Granda, M.** Automedicación responsable. 2008; 78-80.
- Granda, F.** Nutrición y salud. 2006; 136-138.

- Guardia, J.** Drogas y alcohol. 2007; 77-80.
- Gutiérrez, J.** ¿Cuánto cuesta tu estilo de vida? 2009.
- Hausmann, D.** Tabacco Control. 2012.
- Harvey, D.** Salud y ecología. 2001; 126-128.
- Hernández, M.** Satisfacción laboral del profesional de enfermería en cuatro instituciones de salud. México 2012, (1) 277-280.
- Herzberg, F.** The motivation to work. 2010.
- Horney, K.** La personalidad neurótica de nuestro tiempo. 2010; 97-102.
- Hu, L.** La mentira de la alimentación. 2012.
- Hvidtfeldt, P.** Alcohol y riesgo coronario. 2009; 373.374.
- INE.** 2010.
- Irazusta, A.** Alimentación de estudiantes universitarios. 2007, 263-264.
- Jensen, J.** Adolescencia y adultez emergente, un enfoque cultural. 2008; 175.
- Johnson, L.** Su endocrina. 2010.
- Kastorin, V.** Estilos de vida y salud de estudiantes universitarios. 2011; 166-168.
- Kinsey, A.** Sexual behavior of the human female. 2012.
- Kolominsky, L.** Economía de la salud. 2008; 572-573.
- Koplewicz, H.** Reconocimiento y tratamiento de la depresión en la adolescencia. 2012; 236-238.
- Kushi, K.** Dieta preventiva del cáncer. 2006; 142-145.
- Labrador, F.** Estrés. 2014; 73-75.
- Lalonde, M.** Social values and public health. 2010; 150-152.
- Lameiras, M.** Sexualidad y salud en jóvenes universitarios. 2007; 77-79.
- Lavielle, P.** Actividad física y sedentarismo. 2014.
- Ledesma, V.** Introducción a la Enfermería. 2010; 19-22.

- Leguina, J.** Tabaco y humo. 2010.
- Lewin, K.** La teoría del campo y el aprendizaje. 2008; 277-278.
- Licata, M.** La actividad física dentro del concepto salud. 2012
- Liery, A.** Motivación y éxito escolar. 2014; 23-25.
- Llaurado, R.** Conducta sexual humana. 2014; 308-309.
- Loehr, B.** Fortaleza mental en el deporte. 2009.
- López, A.** ¿Por qué Alemania tiene leyes permisivas con el tabaco? 2010; 103.
- López, C.** Atención primara en salud: 2010; 88-89.
- López, M. & Fernández, B.** Promoción de salud: un enfoque en salud pública. 1994; 233-234.
- López, F.** La educación sexual de los hijos. 2005; 122-123.
- Macera, T.** Hacia una definición de sedentarismo. 2010.
- Macia, O.** Las drogas: conocer y educar para prevenir. 2012; 471-472.
- Madrid, J.** Sobrepeso y obesidad. 2010; 302-305.
- Márquez, P.** Actividad física y salud. 2013.
- Martín, I.** Estrés académico en estudiantes académicos. 2007; 83-85.
- Márques, L.** La milagrosa dieta. 2009.
- Marroquín, P.** Ideología de la comunicación. 2011; 201.
- Martínez, C. y cols.** Evaluación del estado nutricional de un grupo de estudiantes universitarios mediante parámetro dietéticos y composición corporal". XX(3); 2005; 197-203.
- Martínez, J.** Nutrición y alimentación en el ámbito escolar. 2012; 191.
- Martínez, J.** Manual práctico de Enfermería Comunitaria. 2013; 104.
- Martínez, M.** La salud y sus determinantes. Papel de los estilos de vida. 2006; 77-79.

- Martínez, V.** Actividad física, salud y calidad de vida. 2010.
- Martínez, E. y cols.** Una aproximación psicosocial al estrés escolar. 2007.
- Martínez, P.** Nutrición saludable frente a la obesidad. 2012; 202-205.
- Maslow, A.** Teoría de la motivación humana. 1990; 64-67.
- Masters y Johnson.** La sexualidad humana. 2010.
- Máximo, J.** Factores relacionados con la satisfacción laboral de enfermería en un hospital médico - quirúrgico. En: Investigación y Educación en Enfermería. Septiembre 2009, vol.27 N°. 2.
- Maya, M.** La depresión en adolescentes. 2011; 388.
- Mc. Auley, D.** Actividad física y salud psico-social. 2001.
- Mc Donald, P. y cols.** Nuevas perspectivas sobre la evaluación. 2005.
- Mc Lelland, D.** Estudio de la motivación humana. 2008; 303-305.
- Medina, J., et al.** Salud comunitaria. 2000; 145-147.
- Medramar, J.** Diagnóstico y Tratamiento de enfermedades. 2011.
- Mendoza J.** Estilos de vida y participación comunitaria. 2010; 156-157.
- Metaix, J.** Tabla de composición de alimentos. 2003.
- Ministerio Federal de Alemania.** Burcan INE. 2010.
- Millio, N.** Ciudades sanas. La nueva salud pública. 2001; 303-306.
- Moix, T.** Yo fui esclavo del tabaco. 2014.
- Moreno A.** Epidemiología clínica. 2007; 233-235.
- Moreno, E.** Promoción de la salud en el ciclo de la vida. 2012.
- Muchinsky, M.** Psychology applied to work. California: Pacific Grove Publishing Com. 2009.
- Muller, F.** Cesación tabáquica. Tiempo de intervenir. 2010; 346-348.
- Muller, L.** Nutrición y salud pública. 2009.

- Myers, S.** Notas de Enfermería. 2013.
- National Research Council.** Raciones dietéticas recomendadas. 2003; 202-204.
- Navarro, B.** La medicina emocional. 1998.
- Nebot, M.** Tratamiento del tabaquismo y políticas de prevención. 2011.
- Noriega del Valle, G.** El cigarro y la muerte. 2007; 439-440.
- O'Brien, J.** Impacto de la televisión básica en la mente y la conducta de niños y adolescentes. 2012; 276-277.
- Ojalvo, P.** Comunicación interpersonal. 2009; 151-152.
- OMS.** Constitución de la OMS. Ginebra. 1946.
- OMS.** Necesidades de energía y proteínas. 1985.
- OMS.** Documentos conexos sobre salud. Ginebra. 1986.
- OMS.** Promoción de la salud. 1986.
- OMS.** Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Ginebra. 2004.
- OMS.** Teoría de la salud. Ginebra. 2008.
- OMS.** La financiación de los sistemas de salud. Ginebra. 2010.
- OMS.** Conferencia Internacional sobre el sida. Ginebra. 2012.
- OMS.** Salud y Derechos Humanos. Ginebra. 2013.
- OMS.** Día mundial sin tabaco. 2015.
- OPS.** Perfil de sistemas y servicios de salud. Estados Unidos de América. 2002.
- Orem, D.** Promoción de la salud en la práctica de Enfermería. Madrid: Azul. 2003.
- Orem, D.** Teoría del déficit de autocuidado. 2006; 136-138.
- Ortega, R.** Medicina del ejercicio físico y del deporte. 2000.
- Palmeti, N.** Alimentación viva. 2012; 255-256.
- Pardell, H.** Manual de diagnóstico y tratamiento del tabaquismo. 2010; 302.

- Pascuali, A.** Relaciones interpersonales. 2008; 195-196.
- Pastor, Y.** Vida y salud. 1989; 207.
- Pender, N.** Teoría del autocuidado. 2011; 177-179.
- Petermen, L.** Nutrición y alimentación escolar. 2010; 388-389.
- Piédrola, G.** Medicina preventiva y salud. 2008; 88-89.
- Pintanel, M. y Capdevila, L.** Una intervención motivacional para pasar del sedentarismo a la actividad física en mujeres universitarias. 8 (1), 53-68. 2007.
- Pollock, E.** Desnutrición, pobreza y salud. 2008.
- Pratz, O.** Guía para eliminar el exceso de grasa en el pecho. 2011.
- Prieto, M.** Cómo hacer frente al estrés. 2011; 437-440.
- Ramos, D.** Control de calidad de la atención de la salud. 2006.
- Reddy, E.** Nutrición y alimentación. 2004; 209-210.
- Reig, A.** Calidad de vida y estado de salud de los estudiantes universitarios. 2013; 173-174.
- Retana, O.** Fracaso escolar. 2011; 303-304.
- Reynor, L.** Autocuidado de la salud. 2011; 211-212.
- Ríos, J.** Actuar es posible. La prevención de los drogodependencias en la familia. 2011.
- Rivera, L.** Autocuidado y capacidad de agencia de autocuidado. 2011.
- Rodríguez, J.** Psicología social de la salud. 2010; 181-182.
- Rojas, F.** Salud pública. Medicina social. 2010; 308-312.
- Romaguera, T.** El libro blancas de la nutrición. 2009.
- Romaní, C. y cols.** Estrés académico en estudiantes latinoamericanos. 2010.
- Room, R.** Alcohol y salud pública. 2009; 365 (9458) 519-530. 2000.

- Rosales, S.** Fundamentos de Enfermería. 2012; 199-200.
- Ross R.** Plan integral para la actividad física y el deporte. 2004.
- Rossi, P.** Las drogas y los adolescentes. 2008; 301-303.
- Ruíz, M.** Diabetes mellitus. 2010; 79-82.
- Salazar, L.** Factores predictivos del estilo de vida. 2005.
- Salleras, P.** La salud y sus determinantes. 2011.
- Salleras, P.** Lecciones de lucha contra el tabaquismo. 2011; 161-163.
- Salleras, P.** Educación sanitaria: principios y aplicaciones. 2011; 375-378.
- San Martín, B.** Manual de salud pública y medicina preventiva. 2009; 43-51.
- Sánchez, O.** Los adolescentes y el tabaco. 2005.
- Sánchez, C.** Servicios sociales y drogodependencia. 2010; 331-332.
- Sartre, J.** Sentido de vida, sociedad y proyectos de vida. 1956.
- Satir, J.** Contexto social en la escuela. 2011; 208-209.
- Schuckit, A.** Abuso de droga y alcohol. 2000; 204-207.
- Schuler G.** Ejercicio físico: efectos en enfermedades coronarias. 2011; 377-379.
- Selye, H.** El estrés: pasado, presente y futuro. 2000; (2); 143.
- Seligman, M.** La auténtica felicidad. 2009; 275.
- Serebrinsky, D.** Tabaquismo, enfermedad psiquiátrica. 2009.
- Serra Majen, L.** Nutrición infantil y juvenil. 2008; 307-309.
- Sigerist, B.** Hitos en la salud pública. 2006; 192-192.
- Sigerist, B.** Medicina social occidental. 1975.
- Simón, R.** Desarrolla tus relaciones personales. 2009; 200-202.
- Sternberg, R.** Políticas de salud pública. 2007; 82-86.
- Stock, M.** Estilos de vida. 2010; 142-145.

- Suls y Rothman.** Psicología social de la salud. 2004; 269.
- Terceder, P.** Actividad física, condición física y salud. 2012; 189-190.
- Terris, C.** La epidemiología como guía para la política de salud. 2003.
- Toledo, C.** Fundamentos de salud pública. 2000; 488-489.
- Torrell, B.** Cocina, comidas y bebidas. 2008; 106-107.
- Torres, J.** Desarrollo y salud. 2000.
- Twisk, B.** Alimentación funcional y hábitos de vida cardiosaludables. 2011.
- UNODOC.** (Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito). Informe mundial sobre las drogas. Viena. 2013.
- Uribe, T.** El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. 2010; 111-112.
- US Department of Health and Human Services.** Conocimiento, actitudes, creencias y conductas sobre el consumo del tabaco. 2009.
- Valdés, N.** El tabaco y los adolescentes. Tendencias actuales. 2009; 109-110.
- Verdejo, A.** Impulsividad y adicción al tabaco. 2014.
- Verdú, V.** Días sin humo. 2010; 251-253.
- Vidal, L.** Dirección en salud. 2000.
- Viscaya, M.** Estudio descriptivo de los hábitos alimentarios y del consumo de alcohol en una muestra de estudiantes de la Universidad de Alicante, 2008.
- Warburton, M.** Health benefits of physical activity: The evidences. 2010; 470-472.
- Weeder, G.** Estilos de vida y salud. 2010; 45-49.
- Weineck, J.** Salud, ejercicio y deporte. 2001; 384-349.
- Wiener, J.** Salud, ejercicio y deporte. 2009; 258.
- Weinberg, R.** Fundamentos de la psicología del deporte y del ejercicio físico. 2010; 107-109.

Wen, Y. Medicina china. 2011; 205.

Willet, B. Comer bien. 2009; 174-175.

Zurro, M. Atención familiar y salud comunitaria. 2011; 83-90.

VIII. ANEXOS

ANEXO N° 1
CUESTIONARIO DE PERFIL DE ESTILO DE VIDA (PEPS-I)
PENDER (1996)

Instrucciones:

- a) Este cuestionario pregunta sobre el modo en que vives en relación a tus hábitos personales actuales.
- b) No hay respuesta correcta o incorrecta. Favor de no dejar preguntas sin responder.
- c) Marca con una X el número que corresponda a la respuesta que refleje mejor tu forma de vivir.

DATOS GENERALES

- 1. SEXO: Masculino Femenino
- 2. EDAD: De 18 – 25 De 26-40 De 41- a más
- 3. ¿QUÉ RELIGIÓN PROFESA?
Católica Ortodoxo-católica Evangélica
Secta libre Musulmán Ateo Judío
Otra
- 4. ¿TIENE RAÍCES MIGRANTES?
Sí No No lo sé
- 5. ¿CUÁL ES SU IDIOMA MATERNO?
Alemán Turco Polaco
Ruso Italiano Español Otro
- 5b. ¿QUÉ OTRO IDIOMA MÁS HABLA?
- 6. ¿QUÉ TIPO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA HA ESTUDIADO UD.?
Normal Para Técnica Para Universidad
- 6a. ¿LOS ESTUDIOS DE ED. SECUNDARIA LOS REALIZÓ EN ALEMANIA?
Sí No
- 7. ¿HA ESTUDIADO ALGUNA OTRA PROFESIÓN TÉCNICA O UNIVERSITARIA?
Sí lo he terminado No lo terminé No estudié ninguna
- 8. ¿Con quién vive Ud.?
Solo Conviviente Esposa Padres Con amigos
- 9. ¿CÓMO FINANCIA UD. SUS ESTUDIOS DE ENFERMERÍA?
Con ayuda del Estado Mis padres me apoyan Crédito
Trabajos esporádicos Ahorros Otros

10. ¿POR QUÉ ELIGIÓ ESTUDIAR LA CARRERA DE ENFERMERÍA?

Es muy rentable Para estudiar Medicina Es su vocación

Es fuente de trabajo Era la única alternativa Otro

11. AÑO DE ESTUDIOS EN LA ESCUELA DE ENFERMERÍA

1er año 2do año 3er. Año

12. FECHA:

NUNCA	1	A VECES	2	CASI SIEMPRE	3	SIEMPRE	4
-------	---	---------	---	--------------	---	---------	---

1	¿Desayunas al levantarte por las mañanas'	1	2	3	4
2	¿Relatas al médico cualquier síntoma extraño relacionado con tu salud?	1	2	3	4
2a	¿Habras con tus colegas, sobre síntomas extraños relacionados con tu salud?	1	2	3	4
3	¿Te quieres a ti mismo (a)?	1	2	3	4
4	¿Realizas ejercicios para relajar tus músculos?	1	2	3	4
5	¿Seleccionas comidas que no contienen ingredientes artificiales o químicos conservantes, sustancias que te eleven tu presión arterial?	1	2	3	4
5a	¿Evitas generalmente alimentos que contienen sustancias químicas que mejoren el gusto o la calidad de los mismos?	1	2	3	4
6	¿Tomas tiempo cada día para el relajamiento?	1	2	3	4
7	¿Conoces y controlas el nivel de colesterol en tu sangre (miligramos en sangre)?	1	2	3	4
7a	¿Conoces y controlas el nivel de tu glucosa en tu sangre?	1	2	3	4
8	¿Eres entusiasta y optimista con referencia a tu futuro?	1	2	3	4
9	¿Crees que estás creciendo y cambiando personalmente en direcciones positivas?	1	2	3	4
10	¿Habras con personas cercanas sobre tus preocupaciones y problemas personales?	1	2	3	4
11	¿Eres consciente de las fuentes que producen tensión o estrés en tu vida ¿puedes controlarlos?	1	2	3	4
12	¿Te sientes feliz y contento(a)?	1	2	3	4
13	¿Realizas ejercicios vigorosos por 20 ó 30 minutos al menos tres veces a la semana?	1	2	3	4
14	¿Comes tres comidas al día?	1	2	3	4

15	¿Lees revistas o folletos sobre cómo cuidar tu salud?	1	2	3	4
16	¿Eres consciente de tus capacidades y debilidades personales?	1	2	3	4
17	¿Trabajas en apoyo de metas a largo plazo en tu vida?	1	2	3	4
18	¿Elogias fácilmente a otras personas por sus éxitos?	1	2	3	4
19	¿Lees las etiquetas de las comidas empaquetadas para identificar sus nutrientes artificiales y/o naturales, colesterol, sodio o sal, conservantes?	1	2	3	4
20	¿Le preguntas a otro médico o buscas otra opción u opinión cuando no estás de acuerdo con lo que el tuyo te recomienda para cuidar tu salud?	1	2	3	4
21	¿Utilizas sin receta médica medicamentos, para el dolor, calmantes o/y estimulantes?	1	2	3	4
22	¿Participas en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión profesional?	1	2	3	4
23	Se da la oportunidad con los docentes hablar sobre temas de promoción de la salud?	1	2	3	4
24	¿Te es fácil expresar emociones como la tolerancia, simpatía, interés con personas en tu vida cotidiana?	1	2	3	4
25	¿Te sientes cómodo, seguro, y en un ambiente más agradable cuando estás en tu escuela a diferencia de otros lugares?	1	2	3	4
26	En tu escuela profesional se promueve la salud con temas de alimentación, estilos de vida saludables específicamente para los alumnos?	1	2	3	4
27	Participa la escuela en programas de promoción de salud en la comunidad?	1	2	3	4
28	Informas la escuela mediante profesionales calificados sobre prevención de enfermedades y/o inquietudes respecto al cuidado de salud?	1	2	3	4
28a	Dedica la escuela profesional tiempo suficiente en programas prácticos de prevención de enfermedades para los alumnos? Alimentación, ejercicio, comunicación interpersonal?	1	2	3	4
29	¿Respetas y valoras tus propios éxitos?	1	2	3	4
30	¿Controlas tu pulso durante el ejercicio físico?	1	2	3	4
31	¿Pasas tiempo con amigos cercanos?	1	2	3	4
32	¿Controlas tu presión arterial y anotas el resultado?	1	2	3	4
33	¿Te interesan programas educativos sobre el mejoramiento del medio ambiente?	1	2	3	4
33a	¿Te interesan programas preventivos para proteger la salud?	1	2	3	4
34	¿Ves cada nuevo día como interesante y desafiante?	1	2	3	4

35	¿Eliges alimentos que incluyan los cuatro grupos básicos de nutrientes cada día: proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas?	1	2	3	4
36	¿Relajas conscientemente tus músculos antes de dormir?	1	2	3	4
37	¿Encuentras agradable y satisfecho el ambiente de tu vida?	1	2	3	4
38	¿Realizas actividades físicas de recreo como caminar, nadar, jugar fútbol, ciclismo?	1	2	3	4
39	¿Te motiva y satisface fácilmente recibir reacciones de tolerancia, interés, simpatía y calor humano de otros?	1	2	3	4
40	¿Te concentras en pensamientos agradables a la hora de dormir?	1	2	3	4
41	¿Pides información a profesionales de salud para cuidar de tu salud?	1	2	3	4
41a	¿Pides información a tus colegas para cuidar tu salud?	1	2	3	4
42	¿Encuentras maneras positivas para expresar tus sentimientos?	1	2	3	4
43	¿Observas tu cuerpo para ver cambios físicos o señas de peligro?	1	2	3	4
44	¿Eres realista en las metas que te propones?	1	2	3	4
45	¿Usas métodos específicos para controlar la tensión y/o estrés (nervios)?	1	2	3	4
46	¿Asistes a programas educativos sobre prevención y promoción de salud personal?	1	2	3	4
47	¿Te gusta mostrar y que te demuestren afecto con palmadas, abrazos y caricias, por personas que te importan (padres, familiares, profesores y amigos)?	1	2	3	4
47a	¿Te gusta expresar y que te manifiesten reacciones verbales; palabras llenas de motivación y alabanzas?	1	2	3	4
48	¿Reaccionas en forma espontánea y negativa a agresiones físicas de personas muy cercanas (familiares, amigos, colegas)?	1	2	3	4
49	¿Crees que tu vida tiene un propósito?	1	2	3	4
50	¿Haces uso del tabaco, fumas?	1	2	3	4
50a	¿Haces uso de bebidas alcohólicas "suaves" como cerveza, vino, champán?	1	2	3	4
50b	¿Haces uso de bebidas alcohólicas "fuertes" como vodka, whiskey, tequila?	1	2	3	4
50c	¿Haces uso de drogas "suaves" ilegales como marihuana?	1	2	3	4
50d	¿Haces uso de drogas "fuertes" ilegales como cocaína, cristal meth, heroína, etc.?	1	2	3	4

50e	¿Haces uso de bebidas estimulantes como energy-drinks, red bull, etc.?	1	2	3	4
-----	--	---	---	---	---

N°. Sub escalas

- 1) Nutrición 6
- 2) Ejercicio 5
- 3) Responsabilidad en Salud 10
- 4) Manejo del Estrés 7
- 5) Soporte Interpersonal 7
- 6) Autocuidado 13

N°. Variables Reactivos

- 1,5,14,19,26,35
- 4,13,22,30,38
- 2,7,15,20,28,32,33,42,43,46,
- 6,11,27,36,40,41,45
- 10,18,24,25,31,39,47
- 3,8,9,12,16,17,21,23,29,
- 34,37,44,48,49,50