



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDAD Y
PROTECTORES DE SALUD EN ESTUDIANTES
UNIVERSITARIOS DE LA FES IZTACALA**

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

P R E S E N T A
Diana Celeste Baltazar Tovar

DIRECTORA DE TESIS
DRA. Guillermina Arenas Montaña



Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS...

Por guardarme entre sus manos y nunca soltarme, guiando cada paso que doy, dándome fortaleza para tolerar adversidades y llegar hasta el cumplimiento de esta meta.

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO Y A LA FES IZTACALA...

Que me abrió sus puertas para formarme como profesional del cuidado de la salud.

A MI ASESORA...

La Doctora Guillermina Arenas Montaña, por su disposición, apoyo y paciencia para la realización de este trabajo, así como la enseñanza del gran valor y responsabilidad de lo que es ser enfermera.

A MIS SINODALES:

Por la disposición y apoyo para poder concluir este trabajo.

A MIS PADRES:

Que confiaron en mí apoyándome en todo momento; por su amor y enseñanza de la vida que me ha servido para ser lo que soy.

A ALFREDO...

Por ser el esposo que va junto a mí, enfrentando toda adversidad y compartiendo alegrías.

A MI HIJO DIEGO...

Por ser la luz de mi vida, mi amor, alegría y motivación.

A MIS SUEGROS...

Pablo y Aracely.

Por estar siempre dispuestos a ayudarme y por cuidar de mi hijo como si fuera suyo.

A MI HERMANA LUCERO...

Por las alegrías, tristezas y triunfos que hemos compartido y siempre creer en mí.

A MIS DEMÁS FAMILIARES:

Por sus consejos, apoyo y confianza incondicional.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

ABSTRACT

CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Planteamiento del problema	3
1.2 Justificación	4
1.3 Objetivos.....	5
1.4 Pregunta de investigación.....	5
1.5 Hipótesis.....	5
CAPÍTULO II MARCO CONCEPTUAL Y TEÓRICO.....	6
2.1 Los estudiantes universitarios.....	6
2.2 Factores de riesgo de enfermedad en jóvenes.	9
2.3 Factores protectores de la salud.	24
2.4 Promoción y cuidado de la salud con enfoque primario.	27
CAPÍTULO III ESTADO DEL ARTE.....	32
CAPÍTULO IV METODOLOGÍA.....	38
4.1 Tipo de investigación	38
4.2 Variables.....	38
4.3 Población y unidad de estudio.	45
4.4 Técnica de recolección de datos.	45
4.5 Instrumento de medición.....	45
4.6 Aspectos éticos.....	45
4.7 Plan de análisis estadístico	46
CAPÍTULO V RESULTADOS	47
CAPÍTULO VII CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	65
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	68
ANEXOS	77

RESUMEN

Entre los universitarios existen factores de riesgo de enfermedad forman parte de conductas activas y pasivas que generan consecuencias negativas para la salud y el sano desarrollo de la persona⁴. Por otro lado se hallan los factores de protección que son todas aquellas actitudes, circunstancias y conductas individuales y colectivas que se van formando en un medio social y que incluyen conductas sanas y saludables²¹. El objetivo principal fue Identificar los factores de riesgo de enfermedad y protectores de salud que se presentan en los estudiantes universitarios de la FES Iztacala. Empleando una metodología con diseño exploratorio, descriptivo, transversal y enfoque cuantitativo. Como instrumento de medición se utilizó la historia clínica elaborada por pasantes de enfermería del programa PROSALUD a alumnos becarios del Programa de Apoyo Nutricional (PANI) en los semestres de los años 2017-2, 2018-1. El apoyo consiste en proporcionar en días hábiles un desayuno o comida, de manera gratuita a estudiantes de licenciatura de la Facultad, que presentan rezago académico y que atraviesan por circunstancias socioeconómicas adversas. Encontrando que los principales factores de riesgo son; el sobrepeso, obesidad, antecedentes del padre o madre con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, abuso del consumo de alcohol, tabaco y marihuana y conductas sexuales de riesgo. El participar en actividades culturales, para los jóvenes no es un factor protector, al igual que el realizar actividades deportivas en la mayoría de ellos, sin embargo va en aumento la cantidad de alumnos que realizan actividades deportivas.

Palabras clave: Factores, Riesgo, Protección, Universitarios

ABSTRACT

Among university students, there are risk factors for disease that are part of active and passive behaviors that generate negative consequences for the health and healthy development of the person⁴. On the other hand, there are protective factors that are all those individual and collective attitudes, circumstances and behaviors that are formed in a social environment and that include healthy and healthy behaviors ²¹. The main objective was to identify the disease risk factors and health protectors that are presented in the university students of the Iztacala FES. Using a methodology with exploratory, descriptive, cross-sectional design and quantitative approach. As a measuring instrument, the clinical history prepared by nursing interns of the PROSALUD program was used for scholarship students of the Nutritional Support Program (PANI) in the semesters of the years 2017-2, 2018-1. The support consists of providing a breakfast or lunch on business days, free of charge to undergraduate students of the Faculty, who present academic lag and are going through adverse socio-economic circumstances. Finding that the main risk factors are; overweight, obesity, history of the father or mother with high blood pressure and type 2 diabetes mellitus, abuse of alcohol, tobacco and marijuana use and risky sexual behavior. Participating in cultural activities for young people is not a protective factor, just like doing sports activities in most of them, however the number of students doing sports activities is increasing.

Keywords: Factors, Risk, Protection, University

CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN

El trabajo de investigación que se presenta pretende identificar los factores de riesgo de enfermedad, entre ellos, la alimentación inadecuada, enfermedades crónicas heredofamiliares, consumo de sustancias psicoactivas, conductas sexuales de riesgo, inadecuados hábitos de sueño, entre otros. Así mismo los factores protectores de salud, en los estudiantes universitarios que cumplen con estilos de vida saludables convirtiendo los factores de riesgo en factores protectores.

Los factores de riesgo de enfermedad en los jóvenes son un problema de salud que va en aumento seguramente porque en México se da un enfoque curativo para atender las enfermedades más no a prevenirlas. Se invierte muy poco en el primer nivel de atención de salud y se desacredita el trabajo de enfermería en el cuidado de personas sanas, evadiendo la responsabilidad de educar a la población en el auto-cuidado de la salud, siendo escasas las medidas de prevención y promoción de la salud.

La tesis consta de siete capítulos

En el primer capítulo se describen los problemas de salud de mayor significado entre los jóvenes que observe durante mi servicio social, la pregunta a responder en la investigación, las posibles hipótesis y objetivos de la misma.

En el segundo capítulo se hace un análisis teórico comenzando con la descripción de los estudiantes universitarios, los factores de riesgo de enfermedad, se mencionan como factores protectores las actividades deportivas, actividades culturales y hábitos de sueño, las características de la promoción y el cuidado de la salud en el enfoque primario y la teoría en enfermería que da su enfoque en la promoción de la salud.

En el tercer capítulo se encuentran diferentes investigaciones realizadas en jóvenes universitarios, con resultados similares a los factores de riesgo de enfermedad y factores protectores de salud de esta investigación.

El capítulo cuarto trata de la metodología empleada, tipo, nivel y diseño de la investigación, las variables a utilizar, la población de estudio, la técnica de recolección de datos e instrumento de medición, los aspectos éticos y el plan de análisis estadístico.

En el capítulo quinto se localizan los resultados y la descripción. En el capítulo sexto se discuten los resultados más importantes comparándolos con otras investigaciones.

El capítulo séptimo dispone de la conclusión y propuestas para la mejora de estos problemas de salud pública. Por último se encuentran las bases bibliográficas de la investigación y anexos utilizados (historia clínica y consentimiento informado).

1.1 Planteamiento del problema

Los factores de riesgo de enfermedad y los factores de protección de la salud, se generan en la familia y se fortalecen en la adolescencia, que es un momento clave en la adquisición de las conductas, debido a que por ser parte de la etapa evolutiva, los jóvenes se relaciona con nuevas experiencias, cambios físicos, psicológicos y sociales; es aquí en donde la persona se prepara para la vida adulta. Los estilos de vida saludables forman parte de los factores protectores de salud y el llevarlos a la práctica diaria es complicado para los jóvenes, ya que la forma de vida actual, la conexión que ofrece el internet, los anuncios publicitarios, el entorno social y la cultura, los hace vulnerables para adquirir inadecuados hábitos para su salud. Es importante mencionar que las habilidades saludables para la vida que se adquiere durante el desarrollo de los individuos son fundamentales para elegir una vida sana, con logros en todos los aspectos y alcanzar armonía, paz y felicidad.

Durante mi servicio social realizado en el Programa de Promoción de la Salud y Protección Específica de Enfermedades (PROSALUD) en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI), donde daba consultas individualizadas a alumnos de todas las carreras, me percate de la alta vulnerabilidad que presentaban para incorporar a su vida estilos poco o nada saludables y los problemas de salud que presentaban, al momento de realizar la valoración clínica y diagnóstico por laboratorio. Era muy común verlos en las jardineras y pasillos de la FESI, fumando, comiendo alimentos chatarra con problemas de sobrepeso, sentados varias horas dentro de los salones de clase, en la biblioteca, acostados en los pastos durmiendo debido a los hábitos inadecuados de sueño. Cuando ellos asistían al consultorio donde yo los valoraba los síntomas más comunes que presentaban eran dolores de cabeza y abdominales, acudían para pedir condones, también por problemas de estrés académico, entre otros. Así mismo durante las entrevista me di cuenta que eran consumidores de alcohol y otras sustancias adictivas, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, presentaban factores de riesgo genético y alimenticios. Con toda esta situación una de mis preguntas era ¿cómo es que los jóvenes que estudian las profesiones que cuidan de la salud de las personas, ellos no sean capaces de cuidar la propia?. El problema

de deficientes hábitos para la salud y práctica de pocos estilos de vida saludable, influyendo negativamente en el autocuidado de su salud, me pareció ser un tema importante para estudio en la investigación.

1.2 Justificación

De acuerdo al instituto nacional de estadística y geografía en el segundo trimestre de 2013, había 21.5 millones de jóvenes en México, es decir, personas entre los 15 y los 24 años de edad, que representan el 18.2% de la población total. Por contraste, en 1990 los jóvenes representaban 21.9% de la población del país, apreciando una disminución de población joven⁴⁶.

Dichos datos muestran que a través del tiempo existe mayor envejecimiento en la población y si las condiciones sociales, económicas y sanitarias no cambian, los adultos mayores que vivirán en México en los próximos años serán enfermos, con nivel socioeconómico bajo. En consecuencia de los gastos en tratamientos para el control de las distintas enfermedades, disminuyendo la calidad y capacidad de tener una vida productiva. Gran parte de los problemas de salud son consecuencia de factores de riesgo modificables que al ser diagnosticados y prevenibles a tiempo, pueden ser evitados, como lo es el sobrepeso, obesidad, abuso de sustancias psicoactivas y conductas sexuales de riesgo.

La única forma de evitar que sigan disminuyendo la calidad de vida en la personas es mediante la promoción de la salud, sin embargo la atención que se brinda a esta área de primer nivel es muy escaso en México, influyendo también que es un país en vías de desarrollo, así como los niveles socioeconómicos y culturales de cada individuo.

1.3 Objetivos

General

Identificar factores de riesgo de enfermedad y protectores de salud que se presentan en los estudiantes universitarios de la FES Iztacala.

Específicos

Conocer en los universitarios hábitos de salud inadecuados.

Distinguir factores de riesgo genéticos para el desarrollo de enfermedades en estudiantes.

Reconocer las enfermedades de mayor prevalencia en los estudiantes.

Buscar actividades efectuadas por los estudiantes que contribuyan a mejorar su salud.

1.4 Pregunta de investigación

¿Cuáles son los factores de riesgo de enfermedad y protectores de salud en estudiantes universitarios de la FES Iztacala?

1.5 Hipótesis

Hipótesis a

Los estudiantes muestran factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades y factores protectores de salud.

Hipótesis 0

Los estudiantes no muestran factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades y factores protectores de salud.

CAPÍTULO II MARCO CONCEPTUAL Y TEÓRICO

2.1 Los estudiantes universitarios

Durante el siglo XX hasta la década de 1990, la imagen de la juventud asociada con la del estudiante universitario permaneció marcada por la ilustración de la participación política, identificando a la juventud con la pureza de espíritu, el liderazgo político y la búsqueda de participación en el gobierno universitario, en esta etapa surgió la idea de que la universidad debía de servir para construir una sociedad justa e igualitaria, sin embargo la adolescencia y juventud ha ido modificándose al paso de los años. En los significados y sentidos de la asistencia a la Universidad, tomaron la preponderancia los motivos personales y familiares (ascender socialmente, tener un buen empleo, entre otros) ¹.

Los jóvenes universitarios son un grupo social importante, se distinguen de otros sectores juveniles por haber obtenido éxito en su trayectoria escolar previa, en un país donde la mayoría de los jóvenes mexicanos han quedado excluidos, ya que entre siete y ocho de cada diez sujetos de entre 18 y 24 años no llega a los estudios superiores. Pero también es preciso señalar que miles de jóvenes que logran ingresar a una institución de educación superior no consiguen permanecer en el sistema educativo. La deserción y el abandono es también una realidad, particularmente en el primer año, periodo en el que las universidades pierden entre el 25% y el 35% de sus matriculados. Este problema ocurre porque los jóvenes no cuentan con las habilidades necesarias para adaptarse a una institución universitaria y a las responsabilidades que se encuentran dentro de ella, en términos del contenido intelectual y desarrollo cognitivo que implica. Si ello se suma otra proporción de entre quince y veinte por ciento de los que dejan la universidad antes de titularse, estamos hablando de que alrededor de la mitad de los jóvenes que ingresan a una institución de educación superior no culmina su proceso formativo, buena parte de los cuales pasan a formar parte del llamado grupo de los despectivamente denominados ninis, ni estudian ni trabajan, y cuya cifra alcanza hoy en México a varios millones de jóvenes².

Los estudiantes inician su tránsito académico en la universidad desde puntos muy diversos, cada uno tiene antecedentes personales, familiares y de bienestar que pueden propiciar brechas en su formación. La relación entre desempeño, salud física y salud mental en este periodo delinea y consolida mucho de su funcionamiento y expectativas en la vida adulta⁹. Para la generación Y, la cual está integrada por jóvenes de entre 18 y 30 años que han crecido rodeados de la tecnología, el consumo y la publicidad. La primera razón para estudiar en la universidad es lograr una formación que les permita acceder a un trabajo y obtener los recursos económicos para vivir “desahogadamente” se aluden las siguientes características de los jóvenes universitarios de hoy en día³:

- Los universitarios de hoy son la primera generación de nativos digitales.
- Configurarán la generación más diversa en la historia de la Educación Superior.
- Son, a la vez, los más conectados, solitarios y aislados que hayan pasado por las aulas.
- Aceptan y afrontan la diversidad mejor que generaciones pasadas.
- Están inmersos en la peor situación económica de las últimas décadas y confrontados con aspiraciones futuras poco realistas.
- En contraste con generaciones anteriores, son más inmaduros y dependientes.
- Están creciendo en un mundo dramáticamente diferente al de sus padres.
- El ritmo y tipo de cambios que afrontarán serán acelerados con respecto a la sociedad y contexto universitario.
- Tienen miedo al fracaso y reclaman “rápido premio” para cualquier logro que alcanzan.

Por otro lado durante las clases impartidas en cada aula existen 3 tipos de alumnos²:

El primero es el grupo de los No integrados; Se trata de jóvenes que se caracterizan por una nula presencia activa en las sesiones de clase: no preguntan, no participan, no discuten; esto es, pese a que asisten regularmente a sus clases, no establecen una relación productiva con sus compañeros y con el profesorado, además de dedicarle muy pocas horas a la semana a la lectura de textos escolares y/o a la preparación de trabajos escolares. Son sujetos que transitan por la educación superior, pero sin ajustarse plenamente a las reglas y normas, que formalmente la institución ha establecido para cumplir sus objetivos.

El segundo tipo son los Integrados Parcialmente; Los jóvenes agrupados en esta categoría comprende dos perfiles: uno se caracteriza por sujetos que tienen una esporádica presencia activa en clase, pero que emplean buena parte de su tiempo extra clase en leer y preparar trabajos escolares; otros son participativos pero no dedican tiempo, o lo hacen muy poco, en la realización de trabajos escolares y a la lectura de libros especializados de sus propias carreras. Son alumnos que han interiorizado fragmentariamente la practicidad de las reglas de la vida académica de la universidad.

El tercer grupo son los Integrados; son jóvenes que tienen una constante presencia activa en clase e invierten buena parte de su tiempo extra clase en la lectura de textos relacionados con el contenido de sus cursos, o bien en la elaboración de diversos trabajos escolares que sus profesores les encargan. Los jóvenes que crecieron con padres que tuvieron acceso a la educación superior, que han sido socializados en un mundo cultural más amplio, tienen mayores probabilidades de estar integrados.

Los jóvenes invierten más tiempo en mirar la televisión y hacer uso de internet para diversión, que el tiempo que emplean para estudiar, leer y hacer trabajos escolares fuera del aula. Por cada cuatro horas dedicadas a los medios electrónicos y de comunicación, los jóvenes destinan una hora al estudio fuera del salón de clase².

2.2 Factores de riesgo de enfermedad en jóvenes.

Los factores de riesgo son los patrones conductuales o conductas activas y pasivas que suponen una amenaza para el bienestar físico y psíquico, las cuales generan consecuencias negativas para la salud y el sano desarrollo de la persona.

Si bien sería difícil encontrar conductas humanas que no tuvieran algún tipo de influencia sobre la salud, el bienestar y la calidad de vida, existe una serie de repertorios de conducta que varios autores identifican entre los más importantes factores de riesgo actuales para la salud; entre ellos se destaca⁴: No participar en programas de promoción de la salud, incumplir las instrucciones médicas, utilizar de forma inadecuada los servicios de salud. El sedentarismo, no practicar ejercicio físico. El tabaquismo, el uso de drogas, abuso de alcohol. Deficientes hábitos de sueño. Desequilibrio dietético en la alimentación. Las conductas sexuales de riesgo. Las deficientes redes de apoyo, la falta de solidaridad. La cultura de la violencia, agresividad y competitividad insana.

Entre los riesgos evitables más importantes a nivel mundial se encuentran⁵: prácticas sexuales sin protección, presión arterial elevada, tabaco, alcohol, niveles de colesterol elevados, y sobrepeso/obesidad, todos vinculados a estilos de vida.

En su conjunto, estos riesgos representan un tercio de los años de vida sana perdidos en todo el mundo. Los principales riesgos examinados dan lugar a importantes reducciones de la esperanza de vida sana: en promedio, unos cinco años en los países en desarrollo y diez años en los países desarrollados. El número de años de vida sana perdidos a causa de esos riesgos varía según las regiones; es así como en la mayor parte de América Latina se calcula esta pérdida de 6 a 9 años.

Los factores de riesgo pueden dividirse en los siguientes grupos: de conducta; fisiológicos, demográficos, medioambientales y genéticos⁶: Los factores de riesgo de tipo conductual suelen estar relacionados con «acciones» que el sujeto ha elegido realizar. Por lo tanto, pueden eliminarse o reducirse mediante elecciones de estilo de vida o de conducta. Son, por ejemplo: el tabaquismo; un consumo excesivo de alcohol; las elecciones nutricionales; la inactividad física; no haberse vacunado contra determinadas enfermedades y mantener relaciones sexuales sin protección.

Los factores de riesgo de tipo fisiológico son aquellos relacionados con el organismo o la biología del sujeto. Pueden verse influidos por una combinación de factores genéticos, de estilo de vida o de tipo más general. Son, por ejemplo: el sobrepeso u obesidad; una presión arterial elevada; el colesterol alto y un alto nivel de azúcar en sangre (glucosa).

Los factores de riesgo de tipo demográfico son los que están relacionados con la población en general. Son, por ejemplo: la edad; el sexo y los subgrupos de población como el trabajo que se desempeña, la religión o el sueldo.

Los factores de riesgo de tipo medioambiental abarcan un amplio abanico de temas como factores sociales, económicos, culturales y políticos; así como factores físicos, químicos y biológicos. Son, por ejemplo: el acceso a agua limpia e instalaciones sanitarias; los riesgos laborales; la polución del aire y el entorno social.

Los factores de riesgo de tipo genético se basan en los genes del sujeto. Algunas enfermedades como la diabetes reflejan la interacción entre los genes del individuo y factores medioambientales.

Hipertensión arterial sistémica

La Hipertensión arterial sistémica (HAS) es considerada al mismo tiempo una enfermedad y un factor de riesgo, se define cuando encontramos valores para la presión arterial sistólica por encima de 140 mmHg y diastólica arriba de 90mmHg, se considera óptima si la presión arterial sistólica es <120mmHg y diastólica <80mmHg. Siendo una condición clínica multifactorial caracterizada por elevados y sustentados niveles de presión arterial. Asociada, frecuentemente, a alteraciones funcionales y/o estructurales de los órganos como el corazón, encéfalo, riñones, vasos sanguíneos y alteraciones metabólicas, con consecuente aumento de riesgo para problemas cardiovasculares.

Con relación a las complicaciones, la hipertensión puede estar asociada a problemas como infarto agudo de miocardio, enfermedades cerebro vascular, enfermedad renal crónica, vasculopatías periféricas. La Hipertensión Arterial también es llamada asesina silenciosa, debido a que muchos pacientes no presentan ningún síntoma de la enfermedad, resultando difícil establecer un diagnóstico, siendo que, muchas veces, el diagnóstico ocurre por la complicación.

A continuación se mencionan los factores de riesgo de hipertensión arterial⁷: Edad; la prevalencia de HAS es superior al 60% en individuos con más de 65 años. Genético;

Existe una correlación entre los factores genéticos y la hipertensión arterial sin embargo aún no existen variantes genéticos que puedan determinar el riesgo individual de desarrollo de la hipertensión arterial. Género; En relación al género la prevalencia de la hipertensión arterial es semejante entre hombres y mujeres, pero más elevada en los hombres hasta los 50 años de edad. Nivel socioeconómico; aquellas personas con mejores condiciones económicas tienen mayor acceso a la información, mejor entendimiento de la condición clínica y mayor adherencia al tratamiento. Hay tasas más altas de enfermedades cardiovasculares en grupos con nivel socioeconómico más bajo. Sedentarismo; La baja frecuencia de la actividad

física, provocó alteraciones significativas en el peso corporal y en la distribución de la obesidad. La actividad física reduce la incidencia de HAS en individuos pre hipertensos además disminuye la presión sanguínea, prediciendo un envejecimiento saludable y reducir la mortalidad y los riesgos de desarrollar enfermedades cardiovasculares. Sobrepeso y obesidad; El exceso de peso se asocia con mayor predominio a la hipertensión arterial desde edades jóvenes, incluso entre individuos no sedentarios. La obesidad lleva a un envejecimiento no exitoso, personas con exceso de peso tienen mayor probabilidad de desarrollar varias patologías como hipertensión, diabetes tipo 2, entre otras. Aproximadamente 70% de los casos nuevos de hipertensión arterial pueden ser atribuidos a la obesidad o al aumento de peso. Alimentación; El consumo excesivo de sal, ingestión dietética baja en calcio y potasio pueden contribuir para el riesgo de la hipertensión. El cambio en las cantidades de alimentos ingeridos y la composición de las dietas ricas en frutas y hortalizas y productos con poca grasa disminuyen el riesgo cardiovascular, contribuyen a la reducción del peso y reducción de la presión arterial. Alcohol; La ingestión prolongada de alcohol puede aumentar la presión sanguínea. Tabaco; El tabaquismo es la mayor causa de mortalidad por problemas cardiovasculares del mundo, aunque el cese del hábito de fumar no disminuya los niveles de presión arterial, el abandono es la medida más efectiva para la reducción de los riesgos de problemas cardiovasculares.

Las medidas educativas que estimulen los cambios en el estilo de vida y hábitos alimentarios de la población todavía son insuficientes, sospechándose que la población no tenga amplio acceso a las informaciones sobre la prevención primaria de diversas enfermedades.

Diabetes mellitus tipo 2

El riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo II (DM2) crece entre las personas sedentarias, con sobrepeso, obesidad central, hipertensión arterial, glucosa plasmática en ayunas ≥ 100 mg/dl, hábitos alimenticios inadecuados, edad avanzada y, además, con antecedentes familiares de DM2.

Todas las fases de la vida son importantes para investigar la presencia de condiciones posibles de desencadenar enfermedades futuras. Sin embargo, cuando los estudiantes ingresan a la universidad, pasan por diversos cambios en el estilo de vida que pueden favorecer el apareamiento de uno o varios factores de riesgo para DM2 y otras enfermedades crónicas. Además, se trata de personas en formación para ingresar en el mercado de trabajo en un futuro próximo⁸.

Dentro de los factores de riesgo no modificables se encuentran: Grupos étnicos de alto riesgo: afroamericanos, latinos y afroasiáticos. Antecedentes familiares de DM2 en familiares de primer grado; Aquellos individuos con un padre diabético tienen un 40% de posibilidad de desarrollar la enfermedad, si ambos padres son diabéticos el riesgo se eleva a un 70%. Ante la susceptibilidad genética, el ambiente es crucial en el desarrollo de DM2 y la conexión entre genes y ambiente es la grasa abdominal. Síndrome de ovario poliquístico (SOP). Diabetes gestacional. Madres de hijo con peso mayor de 4 kg al nacer. Hipogonadismo masculino. Sexo y edad: La prevalencia de DM2 es mayor en mujeres que en hombres. En los últimos años se ha visto una disminución en la edad de aparición en adultos jóvenes y adolescentes.

Los factores de riesgo modificables son: Alta ingesta de grasas saturadas, carbohidratos y calorías (más de 30% del aporte calórico/día), propias de la dieta popular que incluye frecuentemente: frituras, harinas, carnes con alto contenido de grasa, derivados lácteos ricos en colesterol y grasas saturadas, las denominadas grasas trans presentes en margarinas, helados cremosos y similares, el bajo consumo de fibras, frutas y vegetales, pueden predisponer a DM2. Elevada ingesta alcohólica,

debido a que puede provocar pancreatitis, pudiendo afectar la capacidad para secretar insulina y, en última instancia causar Diabetes. Sedentarismo. Es recomendable estimular en la población a realizar caminatas de, al menos, 30 minutos 3 a 5 veces a la semana, la inactividad física es un factor predictor independiente de DM2. Edad mayor de 45 años o 30 años con un índice de masa corporal (IMC) mayor de 25 kg/m². Obesidad visceral; La prevalencia de la obesidad va en aumento progresivo a nivel mundial y muy especialmente en Latinoamérica. Hipertensión arterial; Tanto los pacientes pre- hipertensos como los hipertensos presentan un mayor riesgo de desarrollar DM2⁹.

Gastritis

En la actualidad los jóvenes estudiantes universitarios están expuestos a un ritmo de vida altamente estresante, en donde las presiones en el trabajo, en el estudio dentro de la universidad, los conflictos existenciales típicos del adolescente, los malos hábitos alimenticios y los vicios (alcohol, tabaquismo, droga) pueden conducir al deterioro de su organismo, y a la aparición de distintas enfermedades orgánicas, encontrando entre ellas a la gastritis¹⁰.

La gastritis es la inflamación de la mucosa gástrica, presentándose en forma de manchas rojizas, las cuales representan irritación o hemorragias sub epiteliales. Son varias sus causas, entre ellas, los inadecuados hábitos alimenticios, el estrés, el abuso en el consumo de analgésicos (aspirina, piroxicam, indometacina, ketoprofeno, etc.), desórdenes de autoinmunidad o la infección por *Helicobacter pylori*. En algunos casos los pacientes con gastritis no presentan molestias, pero algunas personas experimentan síntomas tales como: Malestar o dolor de estómago, ardor en el estómago y náuseas.

Para prevenir la enfermedad es necesario: Ingeriendo alimentos en horario fijo 5 veces al día, es decir, llevando a cabo 3 comidas importantes (desayuno, comida, cena) y 2 colaciones, evitar el uso prolongado de medicamentos que irritan la mucosa gástrica, como los antiinflamatorios no esteroideos (AINES), evitar comer en la calle para

prevenir el contagio de microorganismos como *H. pylori*, deglutir moderadamente.

Para evitar complicaciones y síntomas en las personas que padecen gastritis es necesario modificar lo siguiente en su estilo de vida¹¹: En gastritis aguda, a los pacientes se les indica el uso de antiácidos y anti ulcerosos que contrarresten el ácido gástrico, los cuales disminuirán el dolor abdominal. Deberá erradicarse o moderarse; el consumo de picante, especias, grasas, café, alcohol y tabaco e incrementar la ingesta de verduras, arroz, sopas, carne, leche de soya y frutas. Se recomienda realizar ejercicios para estabilizar las tensiones, de esa manera contribuir al descenso de estrés.

La gastritis crónica se asocia a menudo con la presencia de *H. pylori*, y su tratamiento involucra el uso de antibióticos y medicamentos para bloquear el exceso de ácido gástrico o inhibir su producción, además de cambio de hábitos alimenticios, erradicación de sustancias irritantes y manejo adecuado del estrés.

Colitis

El término enfermedad inflamatoria del intestino (EII) se utiliza para referirse a enfermedades inflamatorias de tipo crónico con curso recurrente y de causa desconocida, donde se engloban la colitis ulcerosa (CU). Aun no se conoce la causa de la CU y el mecanismo por el cual se produce el daño hístico. Se consideran tres aspectos fundamentales en la patogenia: genético, ambiental e inmunológico.

Dentro de los factores ambientales ha habido una búsqueda de agentes microbiológicos: bacterias, hongos, virus. Sin embargo, si bien no ha sido identificado todavía un agente bacteriano patógeno, hay fuerte evidencia de que la flora intestinal parece tener un rol importante en la génesis o en la perpetuación de la enfermedad. La intensa y sistemática búsqueda de factores ambientales que ayuden a explicar el inicio o persistencia de esta enfermedad, ha sido hasta este momento negativa, con la excepción del efecto de fumar el cual es, hasta este momento, el único factor ambiental de riesgo conocido.

Entre las alteraciones en el sistema inmune se describen alteraciones de inmunidad celular y la humoral, y altos títulos de anticuerpos anticolonocitos, autoanticuerpos específicos como los anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA), que se encuentran en 60 % de la CU. La CU tiene un curso crónico que puede evolucionar por brotes y no existe un tratamiento médico curativo¹².

Estado nutricional

La adopción de hábitos alimenticios se da en la niñez, y generalmente por medio de la elección de la madre, dependiendo de la disponibilidad alimenticia de la familiar. Estos hábitos pueden variar debido a factores socioeconómicos, avances tecnológicos, la influencia de la publicidad a través de la televisión y la condición de las madres que trabajan fuera del hogar. Existen ciertos cambios en la alimentación en los jóvenes universitarios ya que el estilo de vida al iniciar la etapa universitaria, se ve modificado de manera drástica, porque deciden la forma de alimentarse, aumentando el consumo de comida “chatarra”, bebidas azucaradas y disminuyendo la ingesta de frutas y verduras. Estos cambios de hábitos alimenticios se deben en gran parte a la carga académica, actividades escolares, estrés, falta de tiempo, disponibilidad de los alimentos en las escuelas y el acceso a los mismos, que con el tiempo puede ocasionar alteraciones en su estado nutricional, esto a su vez diversas enfermedades no transmisibles tales como: obesidad, problemas cardiovasculares, depresión, estrés, diabetes y algunos tipos de cáncer, que repercutirán en una edad futura¹³.

La obesidad se define como la acumulación excesiva de tejido adiposo o grasa corporal. Para diagnosticar a una persona como obesa se debe distinguir entre obesidad y sobrepeso. Hay pruebas que demuestran que existen alteraciones psicológicas en el origen de dicho padecimiento. Para conocer el estado nutricional en el que se encuentra una persona se determina el Índice de Masa Corporal (IMC) que es obtenida del peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros (kg/m^2), en donde si el paciente obtiene un puntaje menor a 18.5; se encuentra en un peso bajo, entre 18.5 y 24.9 puntos; se ubica en su peso ideal, si tiene entre 25-29.9 tendrá sobrepeso, entre 30 y 34.9; será obeso en nivel 1, entre 35 y 39.9; obeso en

nivel 2, por arriba de los 40 puntos se considera una obesidad nivel 3¹³.

Existen diversos factores que participan en los problemas de alimentación, entre ellos los individuales, los familiares y los culturales¹⁴; Individuales: En las posturas psicológicas de la obesidad entendida como un trastorno de compulsión se estima que una cuarta parte de las personas obesas cumplen con los criterios diagnósticos de este trastorno, el 95% de los casos de obesidad se atribuyen a la forma en la que se ingieren los alimentos (se come mayor cantidad de la necesaria, los alimentos son mucho más ricos en calorías y se ingieren con gran rapidez) y no por cuestión orgánica. La obesidad se visualiza como el síntoma o la consecuencia de un problema de ajuste psicológico, asociado con depresión, ansiedad, baja autoestima, estrés, carencia de habilidades sociales, agresividad, conducta adictiva, hipersensibilidad en las relaciones interpersonales y dificultad para establecerlas de forma duradera; además se relaciona con personalidades dependientes, en las que la comida funciona como una "droga" para hacer frente a la carencia de ajuste social y en la que la ansiedad tiene un papel fundamental en la manera de comer. Inclusive, la obesidad se considera como la puerta de entrada para desarrollar anorexia y bulimia.

Familiares: En las familias donde hay un integrante con trastornos de la conducta alimentaria u obesidad, se ha encontrado que existe algún otro miembro con depresión, problemas por uso de alcohol y otras drogas, también obesidad y cambios en la conducta alimentaria. Un factor que ha influido en el origen de este grave problema de salud pública es que, por los cambios en la dinámica familiar, se han modificado los horarios y los tiempos para comprar y preparar los alimentos. Así los alimentos tradicionales han sido desplazados por comida rápida que es alta en calorías, grasa y azúcares, que no brindan una buena nutrición y que se ha convertido en parte de la dieta de los niños. Las condiciones ambientales favorecen la vida sedentaria, pues dificultan el desarrollo de actividades recreativas y deportivas, en parte a que las viviendas son cada vez más pequeñas. Existen casos en que la obesidad se origina desde la gestación y la lactancia. Una fuerte costumbre es lactar al niño a libre demanda, es decir, cada vez que el niño llora se le amamanta para intentar calmarlo, provocando de esta forma que el menor asocie la alimentación con algo que

calma su ansiedad. Por eso es importante que la madre aprenda a identificar cuando se trata de sed, hambre, dolor, incomodidad, sueño, u otra inquietud. En algunas familias existe la creencia cultural que considera a los hijos gordos como sanos y a los delgados, como enfermos.

Socioculturales: Los factores socioculturales tienen mayor influencia, se integran valores culturales, intelectuales, éticos, religiosos, la modificación de hábitos alimenticios, horario de comidas, salud en general y la gran influencia de los medios de comunicación.

Consumo de drogas psicoactivas

La definición de droga propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se refiere a todas las sustancias psicoactivas como: cualquier sustancia que al interior de un organismo viviente, puede modificar su percepción, estado de ánimo, cognición, conducta o funciones motoras. Se emplea el término droga ilícita al hablar de aquellas que están bajo un control internacional, que pueden o no tener un uso médico legítimo, pero que son producidas, traficadas y/o consumidas fuera del marco legal. El alcohol y el tabaco, se consideran drogas lícitas y la marihuana es clasificada como droga ilícita¹⁵.

Los factores de riesgo y los factores de protección que están relacionados con el consumo de drogas, aparecen en la adolescencia que es un momento clave en la adquisición de las conductas, es aquí donde está esa búsqueda insaciable de la "felicidad". El aumento significativo en el consumo de drogas lícitas e ilícitas en jóvenes es altamente preocupante, en los últimos años el uso, abuso y dependencia de tabaco, alcohol y otras drogas se ha convertido en uno de los mayores problemas de salud pública en el mundo. Entre las drogas de mayor consumo por los jóvenes, se encuentran el alcohol, el tabaco y la marihuana¹⁶.

A nivel individual, las actitudes, creencias y valores, son predictores fiables de la conducta de consumo y juegan un papel fundamental como factores de riesgo o como factores protectores: La familia por ejemplo tiene dos funciones principales: la nutricia, que está relacionada con el dar, el cuidado, la educación (valores y creencias) y la normativa que se refiere a las reglas, pautas y límites¹⁴. En algunas ocasiones, las personas que consumen drogas, lo hacen porque los llena de energía, entusiasmo, bienestar, sensación de poder, confianza; convirtiéndose el consumo en el afrontamiento de las relaciones sociales y en el esfuerzo para enfrentar los problemas de la cotidianidad.

El déficit de atención, ansiedad, depresión, problemas en el aprendizaje, familias disfuncionales, antecedentes de dependencia en alguno de los padres, son los principales problemas que ocasionan que las personas sean vulnerables a la dependencia del consumo de sustancias adictivas, sin embargo son muy pocas las personas diagnosticadas a tiempo con estos problemas y siguen un tratamiento apropiado y oportuno. La falta de conocimiento sobre los daños que ocasionan a la salud física y mental podría causar repercusiones en el proyecto de vida a corto y largo plazo, siendo el consumo de drogas en el ámbito universitario un problema en crecimiento originando distintas problemáticas, incluyendo la deserción estudiantil, un bajo rendimiento académico, deficiencias en la formación profesional de los estudiantes, embarazos no deseados, contagio de enfermedades de transmisión sexual, trastornos de la imagen y la alimentación ¹⁷.

Consumo de alcohol: El uso nocivo de alcohol causa más de 60 tipos de enfermedades tanto agudas como crónicas, tales como cirrosis hepática, cáncer de hígado, enfermedades del corazón y cerebrovasculares, además de ocasionar graves problemas como accidentes vehiculares, problemas legales y sociales, y puede llegar a producir una dependencia en su consumo.

Los patrones de consumo se construyen a partir de dos elementos: la frecuencia con la que se consume y la cantidad de copas que se bebe en cada ocasión. Debido a que se trata de una sustancia legalmente permitida, se puede hablar de distintos niveles de consumo, entre ellos se encuentra el consumo de bajo riesgo o moderado en donde la ingesta de bebidas alcohólicas no causan problemas a la persona que está ingiriéndola, ni a la sociedad, es aquí donde se encuentran las personas abstemias, así como quienes no han bebido durante el último año.

También se encuentran los niveles de consumo poco frecuente bajo, moderado bajo y el frecuente de bajo nivel, en donde el consumo podría ser de 1 a 4 copas, considerando que la ingesta no concurre un riesgo peligroso para la salud.

Se considera como consumo excesivo, o abuso, ingerir 5 copas o más en una misma ocasión. La frecuencia y cantidad con que se bebe, también tiene que ver con los efectos del consumo, ya que el consumo diario, aun sin intoxicación evidente, puede llegar a ocasionar problemas hepáticos o dependencia. Mientras que el consumo ocasional excesivo puede generar diversos problemas sociales.

El abuso de alcohol puede definirse como el punto en el que la cantidad que se está bebiendo incrementa la probabilidad de que se presenten diferentes problemas, los cuales afectaran la calidad de vida de las persona (puede considerarse abuso si se ingiere durante el embarazo, o antes de conducir un vehículo) ¹⁶.

La OMS ha establecido límites para el consumo de alcohol para hombres y mujeres. La recomendación para mujeres es beber 1 copa por hora, no más de tres copas por ocasión, y no más de 9 por semana. Para los hombres el límite es: no más de 1 copa por hora, no más de 4 copas por ocasión, y no más de 12 copas por semana. Se establecen criterios por género debido a que la mujer se intoxica más rápido que el hombre con dosis semejantes de alcohol, debido a la cantidad de grasa corporal que tienen y menos cantidad de enzimas ADH encargadas de convertir el alcohol en niveles que el hígado puede procesar de forma segura ¹⁶.

Consumo de tabaco: La mayoría de los efectos adversos para la salud por fumar, proviene no de la nicotina en sí, sino de los alquitranes y el monóxido de carbono que se liberan al consumir nicotina, existen más de 4,500 componentes en el humo de cigarro, cuando está en los pulmones, cubre los cilios causando que dejen de trabajar y, finalmente, que mueran, provocando que las partículas tóxicas en el humo del tabaco ya no sean atrapadas por los cilios sino que entren directamente en los alvéolos, provocando enfermedades en distintas partes del cuerpo¹⁴.

En el sistema reproductor (disfunción eréctil e impotencia sexual, mayor riesgo de abortos, los bebés de madres fumadoras nacen más pequeños), en la piel (arrugas prematuras y piel seca), en la cavidad bucal (dientes amarillos, mal aliento, cáncer, caries dental, incremento de la placa dentobacteriana y candidiasis bucal)¹⁸, en las vías respiratorias (tos, bronquitis, dificultad para respirar, es el causante de muertes por procesos pulmonares crónicos: EPOC, cáncer de pulmón y laringe, aumenta 16 veces el riesgo cardiovascular y enfermedades cerebrovasculares), en el sistema cardiovascular (aumento de la presión sanguínea, mayor riesgo de infartos, mayor probabilidad de tener embolias), en el sistema digestivo (agruras, úlceras y sangrando), en sistema óseo (osteoporosis y fracturas)¹⁹.

Una de las situaciones que contribuyen a que no se reconozca fácilmente como una adicción, es debido a que rara vez produce alteraciones graves en el desempeño cotidiano. Es solo hasta que se presentan las consecuencias del consumo crónico o cuando se intenta dejar de fumar, que se enfrenta la gran dificultad de la abstinencia.

Los síntomas que acompaña la interrupción del consumo de nicotina incluye: estado de ánimo irritable o depresivo, insomnio, frustración o ira, ansiedad, dificultad de concentración, inquietud, disminución de la frecuencia cardíaca y aumento del apetito o del peso corporal. Esta sintomatología suele ser intensa y está directamente relacionada con la dependencia, ya que para evitar los efectos desagradables que acompañan la abstinencia a la nicotina, a menudo la persona vuelve a fumar¹⁴.

Consumo de marihuana

Al iniciar el consumo de la marihuana, se busca repetir la experiencia pero a lo largo del tiempo se desarrolla tolerancia por lo que el efecto tiende a disminuir ocasionando que el consumo se haga más frecuente y de forma solitaria. Al fumarse, en pocos segundos alcanza en el cerebro factor farmacocinético que facilita el desarrollo de la dependencia.

La marihuana produce las mismas enfermedades en el aparato respiratorio que el cigarrillo, especialmente las bronquitis crónicas, enfisema y cáncer pulmonar. El tetrahidrocanabinol (principio activo de la droga) puede reducir la movilidad de los espermatozoides hasta en el 40% y el 30% de ellos, siendo incapaces de producir la enzima necesaria para atravesar la membrana externa del óvulo. La marihuana produce déficit cognitivo en los usuarios, especialmente a nivel de la memoria, atención y capacidad de aprendizaje. Las limitaciones cognitivas y de la iniciativa determina que el consumidor tenga un rendimiento escolar y laboral inferior a quienes no la usan, el uso de la marihuana antes los 18 años reduce hasta en 10 unidades el coeficiente intelectual de forma irreversible.

Existe una asociación entre trastornos emocionales y conductuales de la adolescencia y consumo de marihuana. El uso de esta sustancia se asocia a depresión, psicosis paranoide y trastornos conductuales. Actualmente existe la evidencia epidemiológica de que el consumir marihuana facilita el entrar en contacto, probar y abusar de otras sustancias adictivas³³.

Conductas sexuales de riesgo

En la actualidad, la definición de la sexualidad es muy extensa y abarca una gran cantidad de factores implicados (el sexo, las identidades y papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción). Se vive y expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. Si bien la

sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se experimentan o expresan siempre. Está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, “la salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia”. En ambas definiciones se encuentra el término de “bienestar” como un punto central, por lo que el ejercicio responsable de la sexualidad y todos los elementos que la definen contribuyen al bienestar de la persona y al mismo tiempo a tener una salud sexual.

El inicio de relaciones sexuales y la promiscuidad incrementa la posibilidad de tener infecciones genitales debido al contagio de persona a persona, incluyendo el virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH), Virus de Papiloma Humano (VPH) y otras muchas más, además de embarazos no planeados, condiciones que actualmente son consideradas como un problema de salud pública. Entre los factores de riesgo para el desarrollo de infecciones de transmisión sexual se distinguen; el inicio temprano de las relaciones románticas; el uso temprano y problemático del alcohol y otras drogas. Un aspecto que ha llamado fuertemente la atención es el inicio de las relaciones sexuales durante la adolescencia y cada vez a edades más tempranas. Sin embargo entre más se retrase el inicio de vida sexual, las personas se sienten más cómodas con su pareja de elección y utilizan mejor los métodos anticonceptivos como el condón principalmente. Existe influencia en los mensajes que transmiten los agentes sociales tanto positivos como negativos respecto a la sexualidad, por ejemplo los mensajes de la televisión, periódicos, revistas y libros afectan seriamente el juicio de las personas y su capacidad para tomar decisiones con un estilo lógico, racional y sistemático.

Los jóvenes inician con su vida sexual, porque tienen la percepción de que sus pares están teniendo ya relaciones sexuales. Lo que los ayuda a tomar la decisión, basadas en factores de tipo intuitivo, espontáneo o en los sentimientos del momento. Esto se debe a la falta de confianza en sí mismos y a la autodeterminación. En su mayoría, las

relaciones sexuales surgen en el marco de una relación romántica. No hay directrices de los padres con respecto a los asuntos sexuales de los jóvenes, por lo que recurren a informarse con los amigos o en los diferentes medios de comunicación, libros y revistas²⁰.

2.3 Factores protectores de la salud.

Se entiende por factores de protección todas aquellas actitudes, circunstancias y conductas individuales y colectivas que se van formando en un medio social y que incluyen salud, educación, vivienda, afecto y conductas sanas y saludables²¹. Son características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que favorecen el desarrollo humano, el mantenimiento o la recuperación de la salud; y que pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores de riesgo, de las conductas de riesgo y, por lo tanto, reducir la vulnerabilidad, ya sea general o específica.

Existen dos tipos de factores protectores: el primero es el de amplio espectro, indicativos de mayor probabilidad de conductas protectoras que favorecen el no acontecer de daños o riesgos, en ellos se encuentran: familia contenedora, con buena comunicación interpersonal; alta autoestima; proyecto de vida elaborado, fuertemente internalizado; locus de control interno bien establecido; sentido de la vida elaborado; permanecer en el sistema educativo formal y un alto nivel de resiliencia.

El segundo tipo son los factores protectores específicos, donde se encuentran: la alimentación saludable; no tener relaciones sexuales, o tenerlas con uso de preservativo (que reduce o evita el embarazo, ETS, Sida); evitar la ingesta de drogas psicoactivas; realización de deporte, entre otros.

Todo lo anterior ratifica que la tarea de responder a las necesidades y problemas juveniles es multisectorial, compete a toda la sociedad, a través de múltiples personas e instituciones y también de programas preventivos específicos para determinadas problemáticas adolescentes, tales como: la prevención para adolescentes en riesgo a las drogas; asesoramiento preventivo para las familias con adolescentes en alto riesgo de abuso de sustancias y desorden conductual ; prevención de conducta sexual temprana²².

Actividad física

La actividad física se define como 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 la persona realiza durante las 24 horas del día (como, por ejemplo: 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. Mientras que 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: tipo (modalidad del ejercicio), intensidad (consumo energético por unidad de tiempo), frecuencia (número de veces que se realiza la actividad física durante una semana) y duración (tiempo durante el cual se realiza la actividad física).

A continuación se mencionan algunos beneficios de practicar actividades deportivas²⁴: El realizar ejercicio físico resulta más efectivo que una dieta para control de peso a largo plazo, si no se lleva a cabo de manera constante resulta casi imposible de lograr obtener un peso adecuado. Área psicosocial; incrementa la producción de endorfinas, estas hormonas producen una sensación de bienestar y euforia, aliviando los síntomas de depresión, ansiedad y mejorando el ánimo, seguridad y confianza en uno mismo, mejorando también la memoria y el funcionamiento intelectual. El ejercicio físico también ha sido utilizado como apoyo en programas de interrupción de drogodependencia y alcoholismo. 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 3 años ²⁴.

La falta de actividad física, agravada por otros hábitos nocivos del estilo de vida contemporáneo (sobrealimentación, tabaquismo, estrés, uso inadecuado del tiempo

libre, drogadicción, entre otros), ha desatado la segunda revolución epidemiológica, marcada por el predominio de las enfermedades crónicas degenerativas sobre las enfermedades infecciosas agudas.

La actividad física es una herramienta eficaz y efectiva en la promoción de la salud siempre y cuando se incluyan aspectos inherentes al ser humano y no solamente la optimización del espacio físico como elemento primordial de las estrategias de promoción de la salud; de igual forma, se hace necesario el empoderamiento de la comunidad de espacios y políticas que contemplan su manejo y conocimiento, así como la educación de la comunidad, que debe estar encaminada hacia el beneficio individual y colectivo a través de la concientización de la disminución de los factores de riesgo que posibilitan la adquisición de patologías que traerán a largo plazo deterioro de su calidad de vida²⁵.

Hábitos de sueño

El sueño es un proceso fisiológico que completa, al estado de vigilia para conformar el ciclo circadiano del ser humano (reloj biológico que regula y programa las funciones fisiológicas del organismo en un período de un día o 24 horas). Es un estado fisiológico en el que el nivel de vigilancia está disminuido y el individuo reposa o descansa. Función fisiológica indispensable para la vida, fundamental para garantizar el bienestar físico y emocional del individuo, así como la armonía con su medio externo. La necesidad de sueño en un adulto puede oscilar entre 6 y 8 horas. En épocas de mucha actividad intelectual, durante el crecimiento en niños o los meses del embarazo, puede aumentar la necesidad de sueño, mientras que el estrés, la ansiedad o el ejercicio físico practicado por la tarde pueden reducir la cantidad de sueño. La falta de sueño daña un cierto rango de funciones, incluyendo a la regulación inmunitaria, el control metabólico y procesos neurocognitivos, como el aprendizaje y la memoria²⁶.

La calidad de sueño, va más allá del número de horas dormidas; se refiere al hecho de dormir bien y continuamente durante la noche y tener un buen funcionamiento durante

el día. Cuando no se logra este patrón existe mala calidad del sueño, el cual está asociado a fatiga, deterioro de la actividad motora y cognitiva, problemas de relaciones interpersonales y mayor número de accidentes laborales y de tránsito. Cuando no se logra establecer un adecuado patrón de sueño, el sujeto puede presentar somnolencia.

El patrón de sueño, puede estar alterado por factores como consumo de drogas, café, alcohol, tabaco, problemas de salud, falta de ejercicio, alimentación inadecuada y mal manejo del estrés. Algunos autores, consideran que el inicio de la vida universitaria, a partir del nuevo estilo de vida que tienen que asumir los alumnos, es un factor que puede también modificar el comportamiento de las personas, lo cual tiene un impacto en el patrón de sueño²⁷.

2.4 Promoción y cuidado de la salud con enfoque primario.

La Promoción de la Salud abarca tanto las acciones dirigidas a favorecer la incorporación de prácticas individuales y comunitarias saludables, así como a la modificación de las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de reducir las desigualdades sanitarias³. “Consiste en proporcionar a los individuos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones de satisfacer necesidades, cambiar y adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana, se trata, de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las actitudes físicas”.

Aunque la promoción de la salud es básicamente una actividad del ámbito de la salud y social, no como un servicio médico, los profesionales sanitarios, especialmente enfermería en la atención primaria, desempeñan un papel importante en aprobar y facilitar la promoción de la salud²⁸. Ejerciendo un notable papel en los cuidados relacionados con la calidad de vida (CV), en donde el “empoderamiento” y la Educación en Salud permiten: el cambio de actitud y capacitación a las personas y comunidad, identificando factores que interfieren, tal como; la práctica de ejercicio,

dieta saludable y la participación activa. Es necesario crear espacios e invertir para mejorar la calidad de vida, orientando conductas, conociendo las limitaciones y modificaciones ocurridas en la vida de cada individuo, identificando las necesidades y las alteraciones en la CV.

Es importante resaltar que el desarrollo y la implementación de estrategias de la Promoción de la Salud son insuficientes. El contacto paciente-enfermero es reducido por la sobrecarga de trabajo burocrático, necesitando de profesionales calificados en número suficiente para atenderlos, objetivando mejorar la capacitación de personas en el autocuidado, orientadas a la mejora de la calidad de vida de la población. La Enfermería evoluciona en este sentido, pero todavía hay que buscar mucho, con miras a tornarse praxis insertada en los profesionales y no como iniciativas individuales, cuyo impacto no es visualizado por la sociedad²⁹.

Teoría de enfermería con enfoque en la promoción de la salud

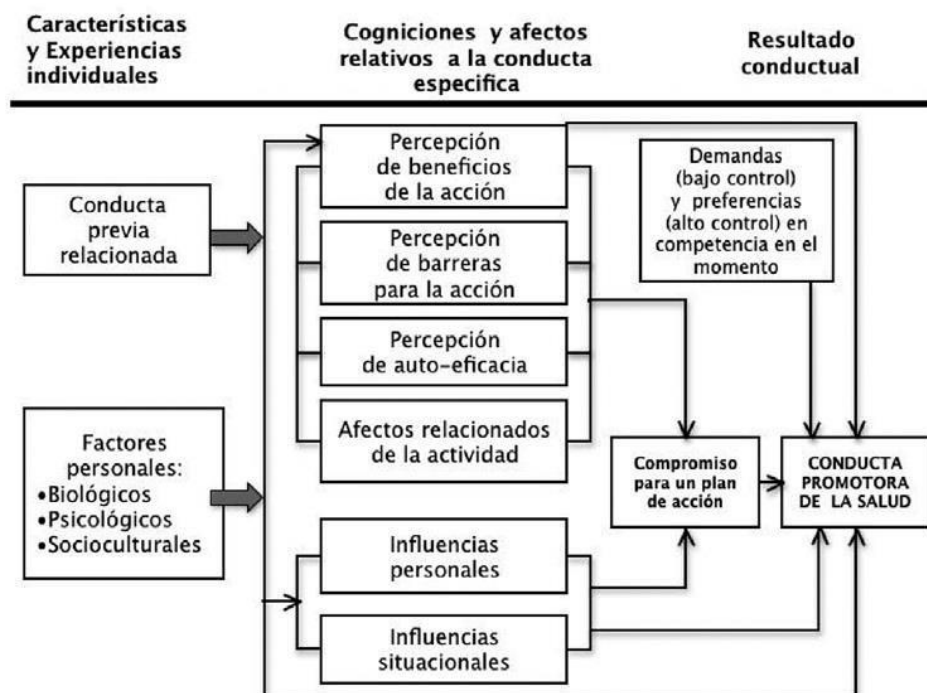
Nola Pender, enfermera, autora del Modelo de Promoción de la Salud (MPS), expresó que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud. El MPS expone de 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.

Este modelo está inspirado en dos sustentos teóricos: la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather. El primero, postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual, reconoce que los factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas. Señala cuatro requisitos para que éstas aprendan y modelen su comportamiento: atención (estar expectante ante lo que sucede), retención (recordar lo que uno ha observado), reproducción (habilidad de reproducir la conducta) y motivación (una buena razón para

querer adoptar esa conducta).

El segundo sustento teórico, afirma que la conducta es racional, considera que el componente motivacional clave para conseguir un logro es la intencionalidad. De acuerdo con esto, cuando hay una intención clara, concreta y definida por conseguir una meta, aumenta la probabilidad de lograr el objetivo. La intencionalidad, entendida como el compromiso personal con la acción, constituye un componente motivacional decisivo, que se representa en el análisis de los comportamientos voluntarios dirigidos al logro de metas planeadas.

El MPS 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 comportamientos de salud.



Fuente: Modelo de promoción de la Salud de Pender1996. En: Cid PH, Merino JE, Stiepovich JB²¹

En el esquema se pueden ubicar los componentes por columnas de izquierda a derecha; La primera columna trata sobre las características y experiencias individuales de las personas y abarca dos conceptos: Conducta previa relacionada: se refiere a experiencias anteriores que pudieran tener efectos directos e indirectos en la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud. Factores

personales: describe los factores personales, categorizados como biológicos, psicológicos y socioculturales, los cuales de acuerdo con este enfoque son predictivos de una cierta conducta, y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de las conductas.

Los componentes de la segunda columna son los centrales del modelo y se relacionan con los conocimientos y afectos (sentimientos, emociones, creencias) específicos de la conducta, comprende 6 conceptos; Beneficios percibidos por la acción: que son los resultados positivos anticipados que se producirán como expresión de la conducta de salud. Barreras percibidas para la acción: alude a las apreciaciones negativas o desventajas de la propia persona que pueden obstaculizar un compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta real. Auto eficacia percibida: éste constituye uno de los conceptos más importantes en este modelo porque representa la percepción de competencia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta, conforme es mayor aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y actuación real de la conducta. La eficacia percibida de uno mismo tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica. Afecto relacionado con el comportamiento: son las emociones o reacciones directamente afines con los pensamientos positivos o negativos, favorables o desfavorables hacia una conducta. Influencias interpersonales: se considera más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de salud cuando los individuos importantes para ellos esperan que se den estos cambios e incluso ofrecen ayuda o apoyo para permitirlos. Influencias situacionales en el entorno: pueden aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud³⁰.

Los diversos componentes enunciados se relacionan e influyen en la adopción de un compromiso para un plan de acción, concepto ubicado en la tercera columna y que constituye el precedente para el resultado final deseado, es decir para la conducta promotora de la salud; en este compromiso pueden influir además: Las demandas contrapuestas inmediatas: conductas alternativas sobre las que los individuos tienen un bajo control porque existen contingentes del entorno, como el trabajo o las responsabilidades del cuidado de la familia. Preferencias contrapuestas inmediatas:

las preferencias personales posibilitan un control relativamente alto sobre las acciones dirigidas a elegir algo.

En síntesis, el MPS plantea las dimensiones y relaciones que participan para generar o modificar la conducta promotora de la salud, ésta es el punto en la mira o la expresión de la acción dirigida a los resultados de la salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva³⁰.

Los cambios sociales que se están produciendo junto a las necesidades de cuidados a la salud demandados en la actualidad son cada vez más complejos y están condicionando de manera directa la calidad de vida de personas, familias y la propia comunidad, por lo que se requiere de una visión holística de los cuidados enfermeros, que integren la prevención, la información y la educación a la población. El estado de salud, la morbilidad y las expectativas que en materia de salud de la población son los principales factores que determinan las necesidades de salud de la comunidad, pero además se ve influenciada por el medio social, económico, cultural, comportamiento y criterio de los grupos que la integran, por lo tanto la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son los pilares del cuidado³¹.

CAPÍTULO III ESTADO DEL ARTE

En la investigación se obtuvo información de bibliografías electrónicas de artículos científicos y libros relacionados a las variables a encontrar de los distintos factores de riesgo de enfermedad y factores protectores de salud en estudiantes universitarios.

Cruz y otros en su investigación “Factores de riesgo cardiovascular en estudiantes de enfermería de una universidad pública” en el año 2016 realizaron un estudio en México de tipo descriptivo, transversal, en estudiantes de licenciatura en enfermería. La muestra fue de 286 seleccionados. Los resultados obtenidos en los factores de riesgo heredofamiliares son; el 45.8% presentaba algún familiar ya sean padres o abuelos con hipertensión y 39.8% de diabetes; el 55.9% practicaban actividad física leve, 40% moderada y 4% intensa. El 52% consumía bebidas alcohólicas y 24.5% tabaco³³.

Salcedo y otros en el año 2010, en su artículo “Presión arterial en adolescentes Mexicanos: clasificación, factores de riesgo e importancia” estudio observacional, descriptivo, transversal, en donde participaron 429 estudiantes hombres de entre 12 y 15 años. Dio como resultado que el 15% presenta sobrepeso, 7% obesidad. En factores heredofamiliares se encuentra en el 66% hipertensión y 71% diabetes. 24% consumen bebidas con alcohol³⁴.

Hernández y otros en el 2013 publicaron en México el artículo “Diabetes mellitus en México: El estado de la epidemia” con un análisis descriptivo de la información sobre diagnóstico previo de diabetes en adultos y adolescentes, de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012) en donde mencionan que de los adultos en México, 9.17% ha recibido un diagnóstico de diabetes⁴⁷.

Campos y otros en el 2018 en su investigación “Hipertensión arterial en adultos mexicanos: prevalencia, diagnóstico y tipo de tratamiento. ENSANUT MC.” tomando como datos estadísticos los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (ENSANUT MC 2016) con diseño transversal, probabilístico. Hallando que la prevalencia de HTA en adultos fue de 25.5%⁴⁸.

En el estudio realizado por Herrera en el 2012 tipo descriptivo, titulado “Prevalencia de gastritis en un segmento de la población estudiantil de la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia de la Universidad de San Carlos de Guatemala que cursan el segundo año con carnet 2010 y la elaboración de un trifoliar informativo.” 163 alumnos universitarios, de entre 18 y 23 años, de primer semestre, el 25% de los alumnos presentaron gastritis, la mayoría de los alumnos con esta enfermedad tenía entre 19 y 20 años de edad³⁵.

La investigación llevada a cabo por Gaspar y Jacobe “Prevalencia de Factores de Riesgo tradicional de la gastritis en Universitarios de Huancayo 2016” corresponde al tipo observacional básico, del nivel descriptivo y en diseño prospectivo, transversal. Se trabajó con 143 estudiantes, de entre 17 y 32 años predominando la edad de 20 a 25 años, de las Escuelas Profesionales de Farmacia, Bioquímica y Nutrición Humana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana los Andes de Huancayo, dando como resultado que el 56% tienen gastritis³⁶.

En el año 2014 se realizó por Días y otros, un estudio de corte transversal sobre “Problemas de salud y calidad de vida en estudiantes de odontología en Colombia” de corte transversal en 202 estudiantes mujeres y 125 hombres, con una edad promedio de 20.4 años. Se diseñó y aplicó instrumento para indagar variables sociodemográficas, problemas de salud (presencia de enfermedades en el último mes). El 35,4% de estudiantes se encuentran enfermos siendo las enfermedades gastrointestinales las más frecuentes, gastritis 13,7%, síndrome de colon irritable 2,4%, migraña 3,3%, alteraciones del sistema genitourinario 0,6%³⁷.

En una investigación de Torres, Guzmán y Legorreta, realizada en 2012, de tipo cuantitativa, exploratoria, transversal, en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, nombrada; Alteraciones de salud en estudiantes de Licenciatura en Enfermería. Con una población de alumnos de 20 estudiantes, el instrumento de recolección de datos fue un cuestionario que contenía 10 ítems. Se elaboró una base de datos en el paquete estadístico SPSS versión 14. Los resultados obtenidos arrojaron que en los hábitos de mala alimentación está la gastritis en un 75% generada probablemente por

los ayunos prolongados, consumo de alimentos de fácil acceso e irritantes, Colitis 45% e Insomnio 65%³⁸.

Soria TR. y otros en el año 2014 realizaron la investigación "Depresión y problemas de salud en estudiantes Universitarios de la Carrera de Medicina. Diferencias de género" a 150 universitarios de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, con una edad de 18 a 25 años predominando la edad de 19 años, el 58% consulto al médico, de ellos el 49.9% fue por gastritis, 2.3% colitis y 1.3% en mujeres infecciones de vías urinarias, 23.95% realiza ejercicio físico y el 86.6% refiere no dormir bien³⁹.

Durante el año 2017 la investigación realizada por Benítez "Hábitos alimenticios de jóvenes universitarios y el acceso a los alimentos en la UAEM, realizada en México, fue un estudio de tipo transversal, mediante la aplicación de una encuesta a 300 alumnos de ambos sexos, de 49 licenciaturas de la UAEM, ubicadas en la ciudad de Toluca. La edad de los participantes osciló entre 17 y 26 años, con una frecuencia mayor (43%) de estudiantes de 21-22 años. Los resultados indican que el 70% de éstos tienen un índice de masa corporal (IMC) normal; el 25% presenta sobrepeso, el 2% tiene bajo peso y otro 2% presenta obesidad tipo I¹³.

En el año 2016 Gómez y otros realizaron una investigación en México sobre "Estilos de vida y riesgos para la salud en una población universitaria" estudio de diseño transversal, en donde se incluyeron 335 alumnos a quienes se les realizó una entrevista personal para identificar las características del estilo de vida; además de aplicar cuestionarios de frecuencia de consumo de alimentos. En los resultados se encontró que el 80% de la población reportó ingerir bebidas alcohólicas y 27% reportaron tabaquismo. 11% presentó bajo peso y 28.8% con sobrepeso u obesidad⁴⁰.

Gómez y otros (2017) en su investigación llamada "Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en jóvenes universitarios" de tipo descriptiva y transversal en 434 alumnos del Centro Universitario de Ciencias Biológicas y Agropecuarias de la Universidad de Guadalajara, seleccionados al azar, de ambos sexos, aplicando cuestionarios. 84.6% consume alguna bebida alcohólica. El 26.7% son fumadores. El

12.8% consumió drogas ilegales el último mes, y el 23.8% durante el último año. El 35.9% consumió alguna droga ilícita por lo menos una vez en su vida, la principal droga ilegal usada fue la marihuana¹⁶.

Olivares en el año 2013 llevó a cabo en México la investigación "Consumo de drogas y competencia social en jóvenes universitarios de la unidad regional sur" en la Universidad de Sonora de tipo descriptivo y correlacional. La muestra fue de 170 participantes mediante un cuestionario de consumo de drogas. El 86.5% tiene de 18 a 21 años. Referente al consumo de tabaco, reporta que el 42.4% nunca ha fumado. La prevalencia global (alguna vez en la vida) de tabaco fue de 57.6%, la prevalencia en el último año fue de 34.1%, y la prevalencia actual (los últimos 30 días) fue de 27.6%, fuman diariamente 19.4%. La edad de fumar tabaco por primera vez fue en promedio de 15.27 años. En cuanto al consumo de alcohol, éste presenta una prevalencia global (79.4%) mayor que el tabaco y otras drogas. En cuanto al consumo de drogas ilícitas las más consumidas alguna vez en la vida fueron la marihuana (9.4%)¹⁵.

En Brasil se llevó a cabo por Da Silva y otros en el año 2014 la investigación "El comportamiento sexual de jóvenes universitarios y el cuidado de la salud sexual y reproductiva" un estudio cuantitativo descriptivo con una muestra de 90 estudiantes de enfermería; con edades comprendidas entre 21 y 23 años (41,11%). En relación con el comportamiento sexual, 80% tienen vida sexual activa y 69,44% han tenido más de una pareja sexual, no siempre adoptan la práctica de sexo seguro⁴¹.

Hurtado de Mendoza M. y otros en su investigación "Características del debut sexual en una población de jóvenes mexicanos" en el año 2014, donde participaron 2640 alumnos universitarios de la Facultad De Estudios Superiores Iztacala, de entre 18 y 24 años de edad, el 29.7% no había iniciado su vida sexual, mientras que el 70% ya tenía vida sexual activa, 26.2% fue de la carrera de psicología, 33.7% de medicina, 22% enfermería y el 18% odontología, teniendo en promedio 17.4 años cuando iniciaron su vida sexual²⁰.

En la investigación realizada por Pérez y otros en el año 2014 sobre “Actividad física y hábitos de salud en estudiantes universitarios argentinos” muestra no probabilística, por conveniencia y estratificada. Se tomó una muestra no probabilística, por conveniencia y estratificada por género y departamento al que pertenece la carrera cursada, y representativa de todos los alumnos de la Universidad de La Matanza en Argentina. Se realizaron un total de 554 encuestas para el formulario de actividad física. En él se encontraron que el 75,3% de los estudiantes de Educación Física realizaban un alto nivel de actividad físico mientras que los estudiantes de otras carreras 46,1% realizaban un alto nivel de actividad física⁴².

La investigación “ Actividad física y percepción de salud de los estudiantes universitarios” en el año 2015 realizado por Castañeda y otros, en España. Fue un estudio transversal realizado en 1085 estudiantes, con diseño muestral aleatorio y estratificado según facultad y sexo. Se aplicó un cuestionario donde la edad media de la muestra fue 21 años, el 46.2% de los estudiantes práctica actividad física⁴³.

De Garay 2006 realizó un estudio por la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES) a alumnos de nuevo ingreso de la generación 2002 de escuelas Tecnológicas de 54 instituciones, desde Baja California hasta Quintana Roo, con un total de 21 mil 847 de alumnos. En relación con su asistencia a eventos culturales durante el bachillerato, el 52% declaró que “nunca” había asistido a conciertos de música clásica; el 40% “nunca” asistió a conciertos de rock u otro género popular; el 25% “nunca” acudió al cine; el 36% “nunca” fue a funciones de danza; el 32% “nunca” presencié una obra de teatro. Si a la respuesta de “nunca” agregamos la de “poco frecuente”, el balance es que durante su época de bachilleres, en promedio entre el 60 y el 70% de los jóvenes no tenía incorporada en su modo de vida la asistencia a eventos culturales de diversa naturaleza².

Pozón, 2014, en su investigación cuantitativa “Los estudiantes universitarios ante las actividades extracurriculares” en México con 75 participantes. El 26.2% considera que realizar actividades culturales es una actividad importante, mientras que el 24.6% considera que es una actividad no importante para realizar, el porcentaje es mayor

comparándola con las actividades deportivas pues el 16.4% considero importante realizarlas y el 26.2% las considero no importantes²³.

Aguirre y otros en el año 2013 en su investigación transversal analítico “Caracterización del patrón de sueño en estudiantes de la Universidad de Quintana Roo” en 467 estudiantes las carreras de medicina, farmacia y enfermería de la División de Ciencias de la Salud de la Universidad de Quintana Roo. 30% duerme ordinariamente 8 horas al día, y 63% duerme menos de 5 horas. Con respecto a las percepciones que tienen los alumnos entrevistados se observó que 75% identifican que la única manera de descansar es durmiendo; 70% mencionó que es necesario dormir al menos 8 horas al día, cerca de 50% considera que sí importan las condiciones y el lugar donde las personas duermen, y 75% desaprobaron que no pasa nada si las personas duermen menos de 5 horas al día²⁷.

CAPÍTULO IV METODOLOGÍA

4.1 Tipo de investigación

Investigación con diseño exploratorio, descriptivo, transversal y enfoque cuantitativo.

4.2 Variables

Variables independientes:

Factores de riesgo de enfermedad

Factores protectores de salud

Variables dependientes:

Enfermedades crónicas heredofamiliares

Enfermedades que padecen

Estado nutricional

Consumo de tabaco

Consumo de alcohol

Consumo de marihuana

Conductas sexuales de riesgo

Hábitos de sueño

Ejercicio físico

Actividades culturales.

Variables demográficas:

Edad

Sexo

Carrera

Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES E INDICADORES	TIPOS DE MEDICIÓN
Edad	Tiempo que ha transcurrido desde su nacimiento un ser vivo	Edad actual de cada individuo		Cuantitativa Escala
Sexo	Conjunto de individuos que comparten la misma condición orgánica.	Sexo de cada uno de los participantes.	Femenino Masculino	Cuantitativa Nominal
Carrera	Serie de estudios que una persona debe cursar para acceder a un título y así estar habilitada a ejercer una cierta profesión.	Clasificación por carreras con el fin de conocer ¿Cuáles alumnos son los que asisten con mayor frecuencia a la consulta y reciben el apoyo nutricional?	Biología Cirujano dentista Enfermería Médico Cirujano Optometría Psicología	Cuantitativa Nominal

Enfermedades crónicas heredofamiliares	Enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta.	Padecimiento de alguna enfermedad crónica degenerativa de la madre o padre.	Hipertensión arterial Diabetes mellitus tipo 2	Cuantitativa Nominal
Enfermedades que padece	Alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes debida a una causa interna o externa.	Alumnos con síntomas de enfermedad	Gastritis Colitis Infección de vías urinarias	Cuantitativa Nominal
Ejercicio físico	Variedad de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física.	Alumnos que realizan ejercicio físico, frecuencia y duración.	Realización: Si – No Frecuencia: <ul style="list-style-type: none">• Diario• Cada tercer día• Semanal• Quincenal• Esporádico Duración: 20-30 min, 1hr., 2hrs., más de 3 hrs.	Cuantitativa Nominal Ordinal Ordinal
Actividad cultural	Son todas las acciones que se	Alumnos que realizan actividades	Realización: Si – No	Cuantitativa Nominal

	desarrollan para crear, difundir o desarrollar la cultura.	culturales, tipo y frecuencia.	Tipo: Museos, teatro, danza, tocar algún instrumento, conciertos. Frecuencia: Cada tercer día, semanal, quincenal, esporádico.	Ordinal Ordinal
Consumo de alcohol	Autoadministración de una sustancia psicoactiva.	Alumnos que consumen alcohol, cantidad, frecuencia, y tiempo de evolución.	Consume: Si – No Cantidad: una copa, 2-4 copas, más de 5 copas. Frecuencia: esporádico, mensualmente, quincenal, semanal, 3 veces por semana Tiempo de evolución: menos de un año, 2-3 años, más de 4 años.	Cuantitativa Nominal Ordinal Ordinal Ordinal

Consumo de tabaco	Autoadministración de una sustancia psicoactiva.	Porcentaje de alumnos que consumen tabaco, cantidad, frecuencia, y tiempo de evolución.	<p>Consume: Si – No</p> <p>Cantidad: 1-2 cigarros, 3-4 cigarros, más de 5 cigarros.</p> <p>Frecuencia: esporádico, mensualmente, quincenal, semanal, 3 veces por semana</p> <p>Tiempo de evolución: menos de un año, 2-3 años, más de 4 años.</p>	<p>Cuantitativa</p> <p>Nominal</p> <p>Ordinal</p> <p>Ordinal</p> <p>Ordinal</p>
Consumo de marihuana	Autoadministración de una sustancia psicoactiva.	Porcentaje de alumnos que consumen marihuana, cantidad, frecuencia, y tiempo de evolución.	<p>Consume: Si – No</p> <p>Cantidad: menos de medio cigarro, medio cigarro, un cigarro, más de 2 cigarros</p> <p>Frecuencia: esporádico,</p>	<p>Cuantitativa</p> <p>Nominal</p> <p>Ordinal</p> <p>Ordinal</p>

			<p>mensualmente, quincenal, semanal, 3 veces por semana</p> <p>Tiempo de evolución: menos de un año, 2-3 años, más de 4 años.</p>	Ordinal
Conductas sexuales de riesgo	El comportamiento sexual de alto riesgo pone a las personas en riesgo de infecciones de transmisión sexual, embarazos no planificados, y tener una relación sexual antes de estar lo suficientemente maduros para saber en qué consiste una relación saludable.	Porcentaje de alumnos que iniciaron su vida sexual, edad de inicio, número de parejas sexuales y método anticonceptivo que utilizan.	<p>Inicio de vida sexual: Si- No</p> <p>Edad de inicio de vida sexual: 18-23 años, 14-17 años, 10- 13 años</p> <p>Número de parejas sexuales: una pareja, 2-4 parejas, 5-9 parejas, más de 10</p> <p>Método anticonceptivo: condón, DIU, implante hormonal, pastillas anticonceptivas,</p>	<p>Cuantitativa</p> <p>Nominal</p> <p>Ordinal</p> <p>Escala</p> <p>Ordinal</p>

			condón y otro.	
Hábitos de sueño	El sueño es un proceso fisiológico que completa, al estado de vigilia para conformar el ciclo circadiano del ser humano	Cantidad de horas destinadas a dormir durante la noche	<p>Horas de sueño:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 6-8 horas • Más de 9 horas • 4-5 horas • 3 horas o menos 	Cuantitativa Escala
Estado Nutricional	Estado nutricional es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes.	Condición nutricional obtenida mediante el índice de masa corporal (IMC) (Kg/m ²) de cada individuo	<p>IMC</p> <p>Bajo Peso: <18.5</p> <p>Peso normal : 18.5-24.9</p> <p>Sobrepeso: 25-29.9</p> <p>Obesidad grado 1: 30-34.9</p> <p>Obesidad grado 2: 35-39.9</p> <p>Obesidad grado3: ≥ 40</p>	Cuantitativa Escala

4.3 Población y unidad de estudio.

La población de estudio fueron becarios del Programa de Apoyo Nutricional (PANI) 2017-2, 2018-1. El cual consiste en proporcionar en días hábiles un desayuno o comida, de manera gratuita a estudiantes de licenciatura de la FESI, que presentan rezago académico y que atraviesan por circunstancias socioeconómicas adversas, con el objetivo de que incrementen su rendimiento académico y se impulse su eficiencia terminal.

Criterios de inclusión: alumnos y alumnas de la Facultad De Estudios Superiores Iztacala de las distintas carreras con beca PANI, atendidos en el consultorio de PROSALUD con historias clínica elaborada.

Criterios de exclusión: alumnos con historia clínica incompleta

Tamaño de la muestra: Fue una muestra por conveniencia, con una selección de 170 historias clínicas

4.4 Técnica de recolección de datos.

Entrevista clínica y exploración física

4.5 Instrumento de medición.

Historia clínica (Anexo 1)

4.6 Aspectos éticos.

Se explicaron las razones de la investigación, los beneficios de la misma y el participante firmó un consentimiento informado (Anexo 2).

Fueron considerados los aspectos éticos de autonomía, justicia, y no maleficencia, se estableció que el alumno podía decidir participar en la investigación, así como permanecer o retirarse en el momento que él lo decidiera, la información recabada fue

exclusivamente utilizada para la investigación, su manipulación se realizó únicamente por el investigador y los datos proporcionados no fueron expuestos ante riesgo o daño de ninguna índole.

Para el consentimiento informado se consideró lo establecido por la Ley General de Salud en materia de investigación, según el título 5° artículo 100 fracción IV en el cual se mencionan los aspectos del consentimiento informado para los sujetos implicados en la investigación⁴⁴, así como lineamientos internacionales de la declaración de Helsinki⁴⁵, los cuales, consideran entre otras cosas, que en toda investigación deberán prevalecer los criterios del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, protección a su privacidad, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice. El estudio se consideró sin riesgo alguno, dado que no se tuvo intervención alguna o se modificaron variables fisiológicas.

4.7 Plan de análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó por medio del programa SPSS y para la representación de gráficas el programa Excel. El valor de significancia es menor a 0.05 por lo que se acepta la hipótesis alterna “ Los estudiantes muestran factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades y factores protectores”. En la prueba de fiabilidad de alfa de Cronbach (Tabla 1) dio como resultado 0.745 por lo que se considera que las preguntas realizadas son útiles para la investigación.

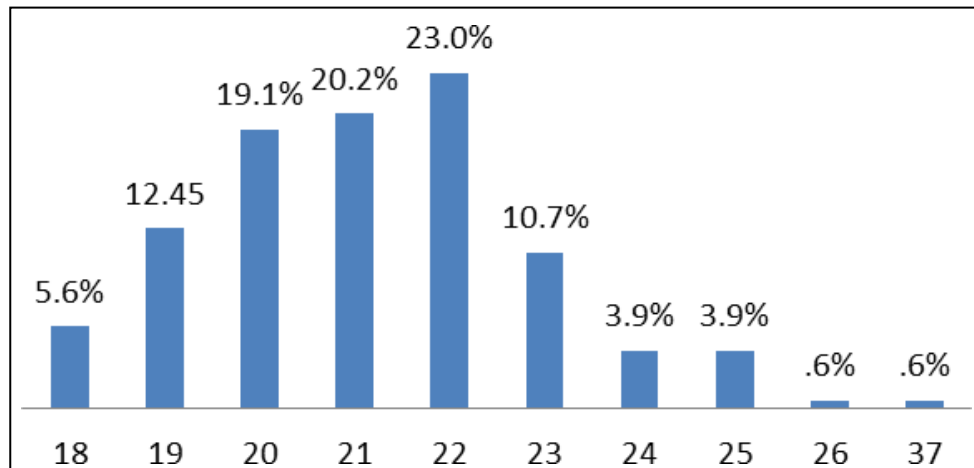
Tabla 1. Pruebas de fiabilidad de alfa de Cronbach

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N. de elementos
.745	28

CAPÍTULO V RESULTADOS

La recolección de datos se llevó a cabo con 170 historias clínicas de estudiantes entre 18 y 37 años de edad, con una edad media de 21.23 años (Tabla 2).

Gráfica 1. Edad de los estudiantes que participaron en la investigación



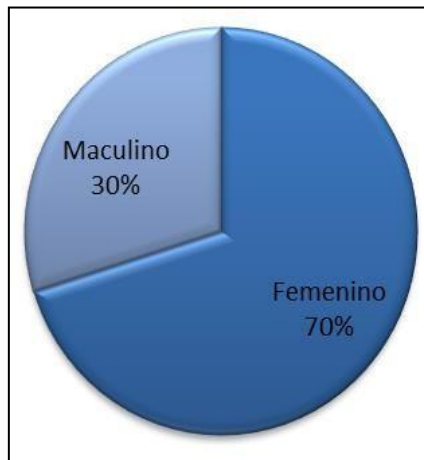
Fuente. Historias clínicas de becarios PANI periodo 2017-2, 2018-1

Tabla 2. Edad media de los alumnos

	Media
Edad del alumno	21.23

Predomina el sexo femenino con un 70% de participantes y 30% del sexo masculino.

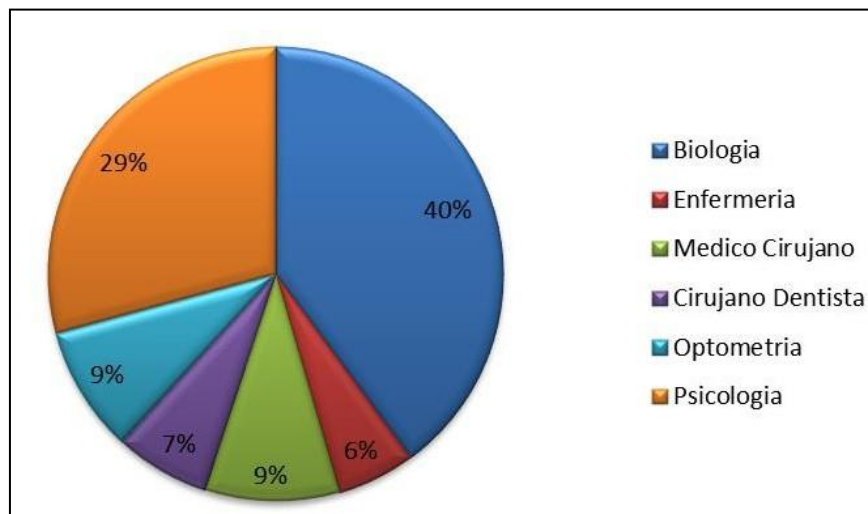
Gráfica 2. Sexo de los participantes



Fuente. Historias clínicas de becarios PANI periodo 2017-2, 2018-1

La carrera de biología representó el mayor porcentaje de participantes con 40% de alumnos, psicología 29%, médico cirujano 9%, optometría 9%, cirujano dentista 7% y enfermería 6%.

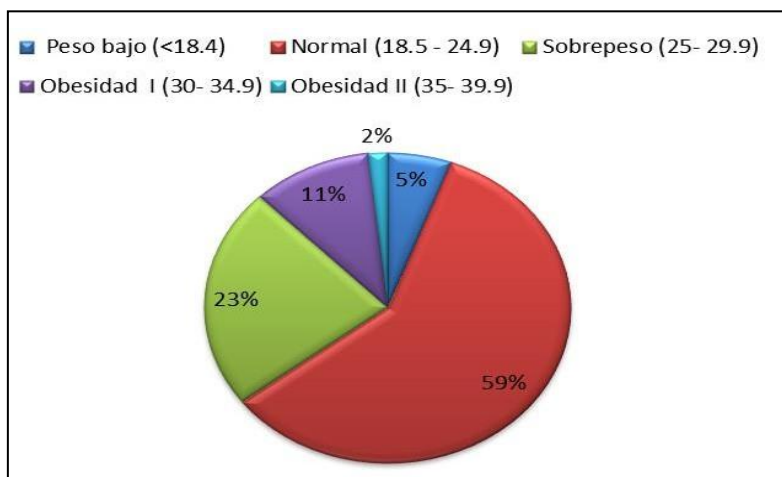
Gráfica 3. Carrera de los alumnos



Fuente. Historias clínicas de becarios PANI periodo 2017-2, 2018-1

Dentro del estado nutricional el 23% presentaron sobrepeso, 11% obesidad grado I, 5% peso bajo, 2% obesidad grado II y el 59% de los estudiantes se encuentran en un estado nutricional normal.

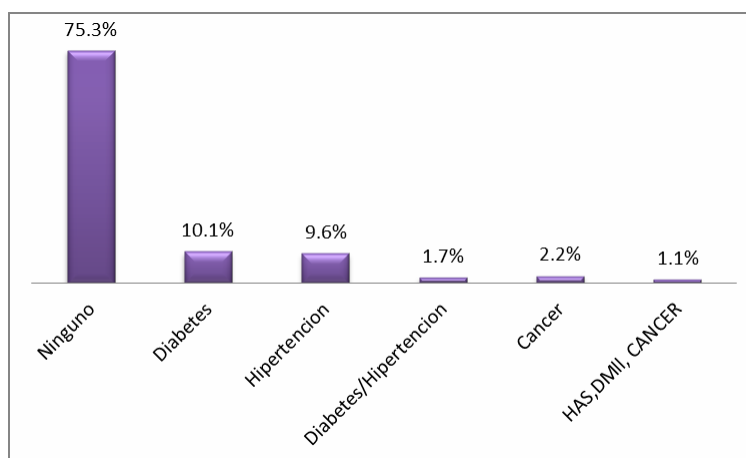
Gráfica 4. Estado nutricional según el IMC



Fuente. Historias clínicas de becarios PANI periodo 2017-2, 2018-1

Las principales enfermedades crónicas que se encuentran en las madres son; diabetes mellitus tipo 2 en el 10.1%, hipertensión arterial con 9.6%, cáncer con 2.2%, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial el 1.7%, DM2, hipertensión arterial y cáncer el 1.1%, no presentaron enfermedades crónicas un 75.3%.

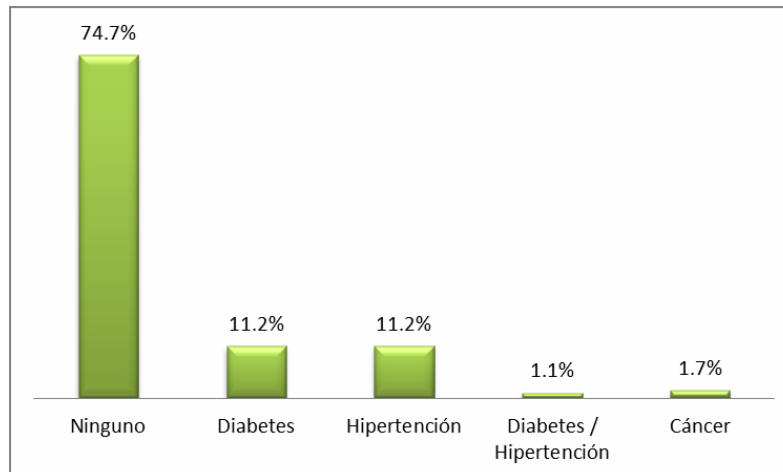
Gráfica 5. Antecedentes heredofamiliares de la madre.



Fuente. Historias clínicas de becarios PANI periodo 2017-2, 2018-1

Las principales enfermedades crónicas que se encuentran en los padres son: la diabetes en el 11.2%, hipertensión con 11.2%, cáncer con 1.7%, diabetes e hipertensión el 1.1%, no presentaron enfermedades crónicas un 74.7%.

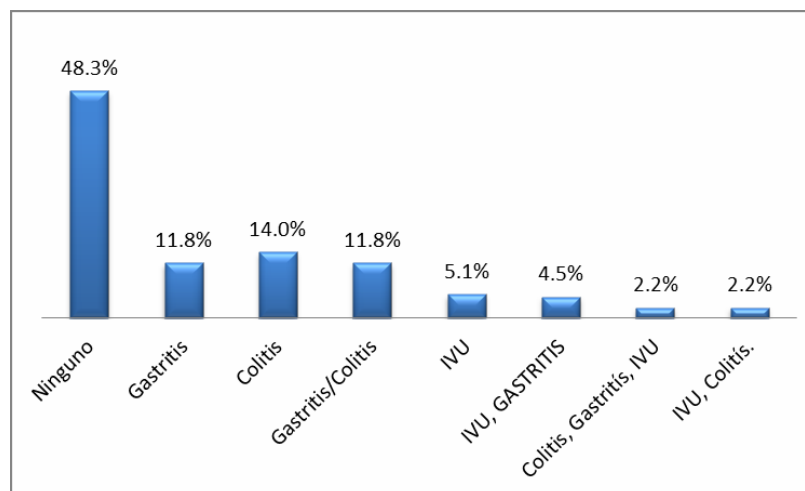
Gráfica 6. Antecedentes heredofamiliares del padre



Fuente. Historias clínicas de becarios PANI periodo 2017-2, 2018-1

Las principales enfermedades en los Universitarios son; la colitis en el 14% de alumnos, gastritis 11.8%, colitis y gastritis 11.8%, infecciones de vías urinarias (IVU) 5.1%, IVU y gastritis 4.5%, IVU gastritis y colitis 2.2%, el 48.3% no presentan signos o síntomas de alguna enfermedad.

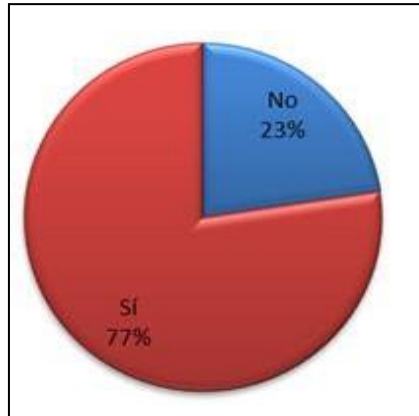
Gráfica 7. Enfermedades recurrentes en los Universitarios



Fuente. Historias clínicas de becarios PANI periodo 2017-2, 2018-1

En el consumo de alcohol el 77% ha ingerido alguna vez en la vida bebidas con alcohol y el 23% no ha consumido.

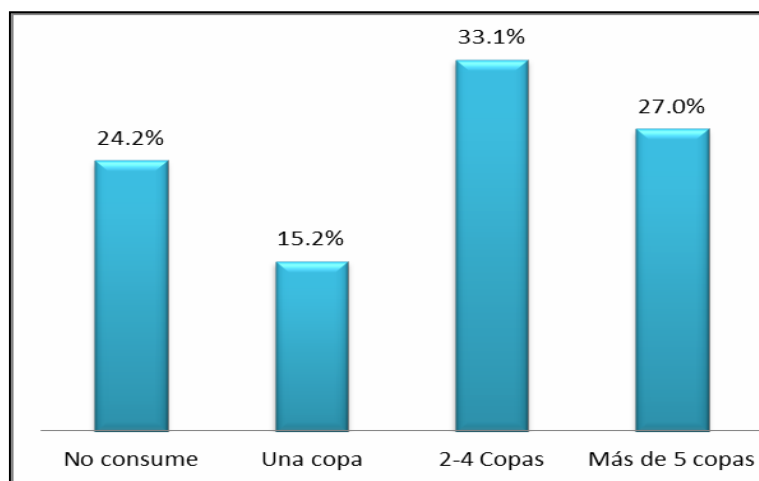
Gráfica 8. Consumo de alcohol



Fuente. Historias clínicas de becarios PANI periodo 2017-2, 2018-1

La cantidad de consumo de alcohol en los universitarios, suponiendo que una copa equivale a 335 ml. El 31% de estudiantes ingiere por lo regular de 2 a 4 copas de alcohol por ocasión, 27% consume más de 5 copas, 15.2% consume una copa, el 24.2% no consume actualmente.

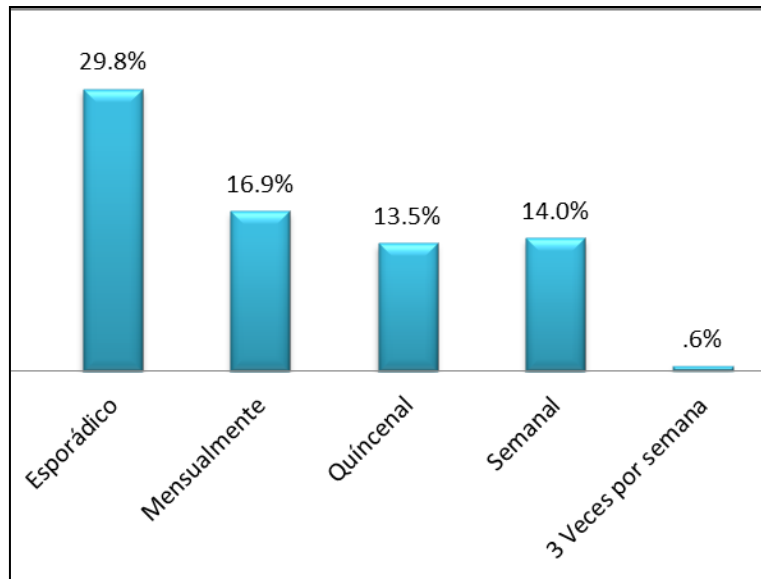
Gráfica 9. Cantidad de consumo de alcohol



Fuente. Historias clínicas de becarios PANI periodo 2017-2, 2018-1

La frecuencia de consumo de alcohol en el 29.8% es ocasional, 16.9% mensual, 14% semanal, 13.5% quincenal y 0.6% tres veces por semana.

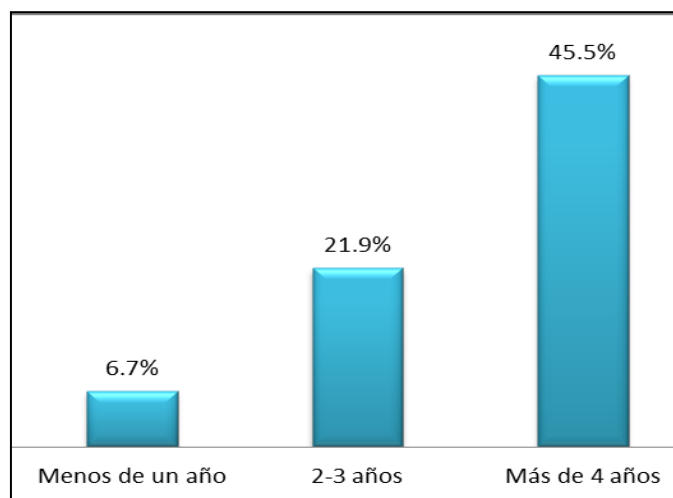
Grafica 10. Frecuencia del consumo de alcohol



Fuente. Historias clínicas de becarios PANI periodo 2017-2, 2018-1

En el tiempo de consumo de alcohol el 45.5% lleva más de 4 años, 21.9% de dos a tres años y 6.7% menos de un año.

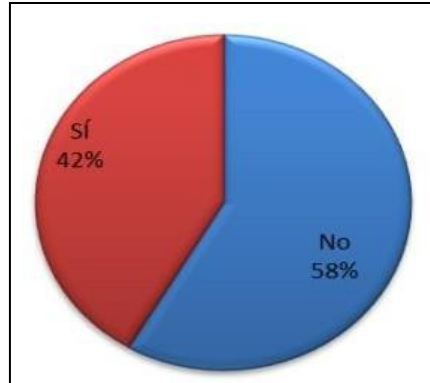
Gráfica 11. Tiempo de consumo del alcohol



Fuente. Historias clínicas de becarios PANI periodo 2017-2, 2018-1

En el consumo de tabaco el 42% ha fumado alguna vez en su vida, mientras que el 58% no.

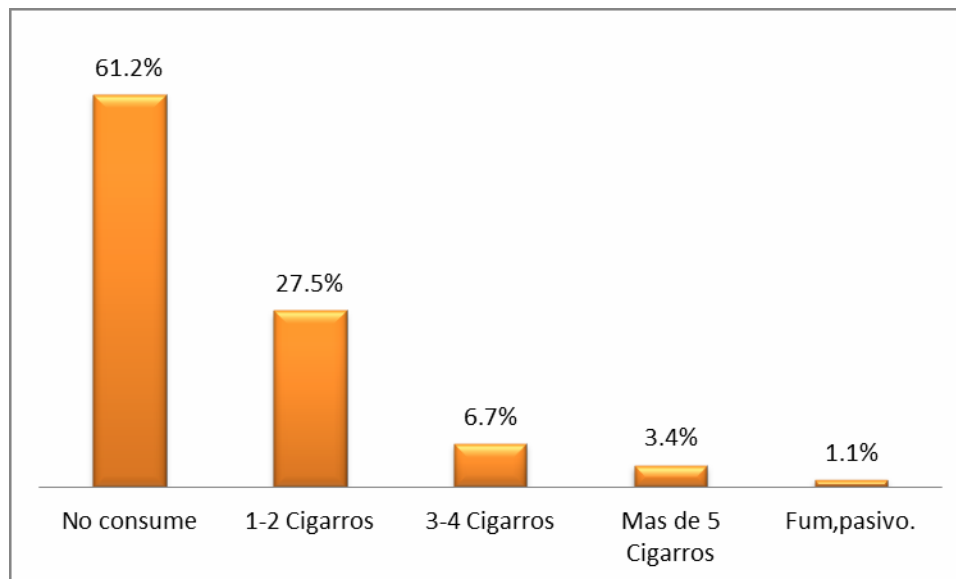
Gráfica 12. Consumo de tabaco



Fuente. Historias clínicas de becarios PANI periodo 2017-2, 2018-1

La cantidad de consumo en el 27.5% es de uno a dos cigarrillos por ocasión, 6.7% de tres a cuatro cigarrillos, 3.4% más de cinco cigarrillos, 1.1% son fumadores pasivos y el 61.2% no consume actualmente.

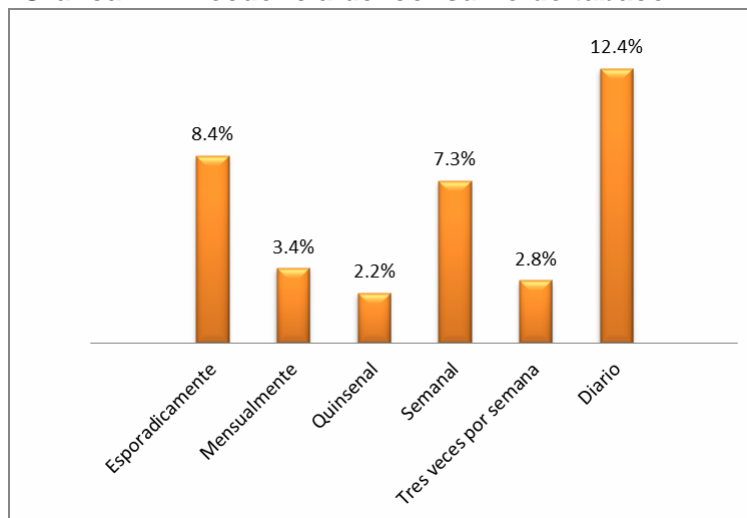
Gráfica 13. Cantidad el consumo de tabaco



Fuente. Historias clínicas de becarios PANI periodo 2017-2, 2018-1

En la frecuencia del consumo de tabaco el 12.4% consume diario, 8.4% esporádico, 7.3% semanal, 3.4% mensual, 2.8% tres veces por semana y 2.2% quincenal.

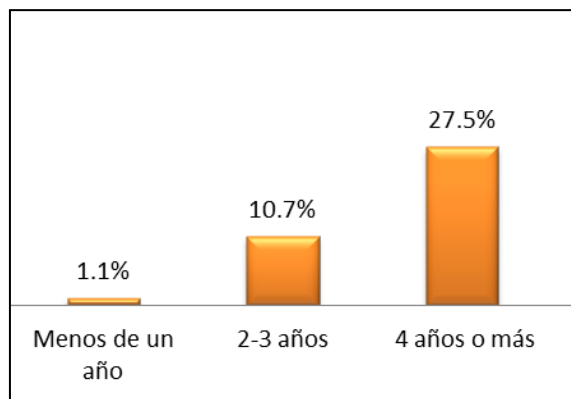
Gráfica 14. Frecuencia del consumo de tabaco



Fuente. Historias clínicas de becarios PANI periodo 2017-2, 2018-1

El tiempo de consumo de tabaco en universitarios en el 27.5% es de cuatro años o más, en el 10.7% de dos a tres años y en el 1.1% menos de un año.

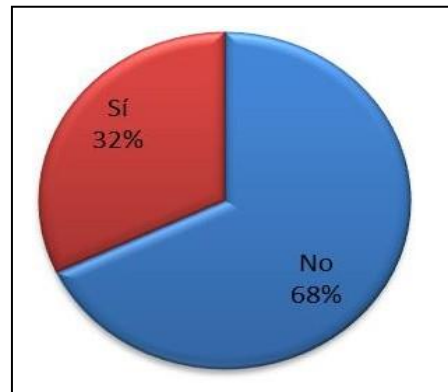
Gráfica 15. Tiempo de consumo de tabaco



Fuente. Historias clínicas de becarios PANI periodo 2017-2, 2018-1

En el consumo de marihuana el 32% alguna vez en su vida la ha ingerido, el 68% no consumió.

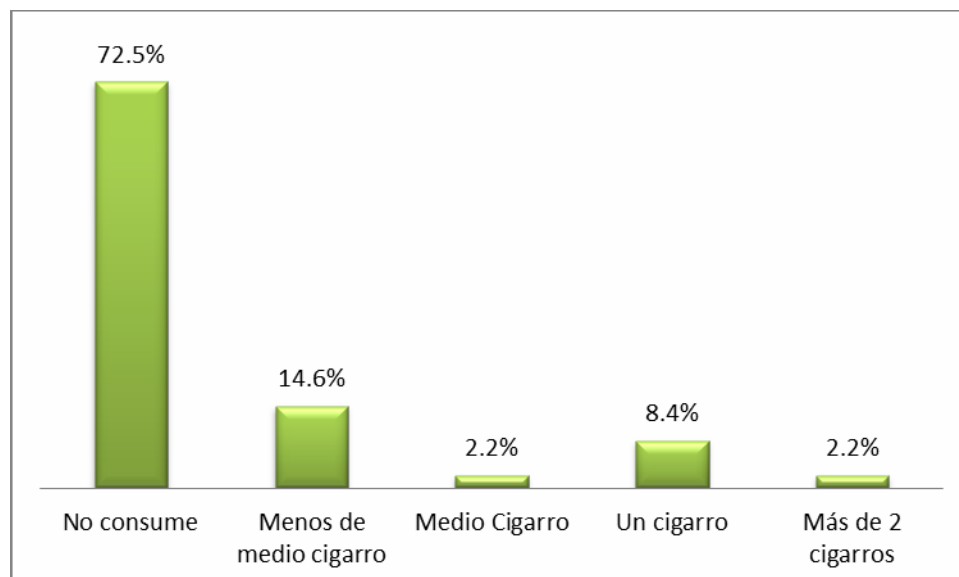
Gráfica 16. Consumo de marihuana



Fuente. Historias clínicas de becarios PANI periodo 2017-2, 2018-1

De la cantidad de consumo de marihuana en el 8.4% consumen un cigarrillo, 14.6% menos de medio cigarrillo, 2.2% medio cigarrillo, 2.2% más de 2 cigarrillos y el 72.5% no consume.

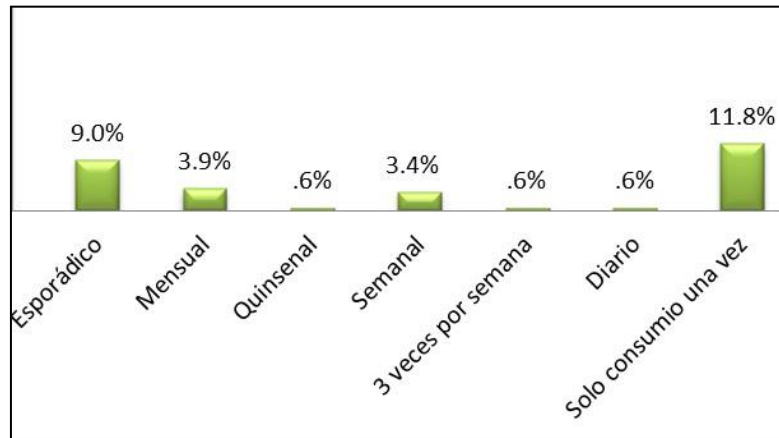
Gráfica 17. Cantidad de consumo de marihuana



Fuente. Historias clínicas de becarios PANI periodo 2017-2, 2018-1

La frecuencia del consumo de marihuana en el 11.8% solo consumió una vez, 9% ocasional, 3.9% mensual, 3.4% semanal, 0.6% quincenal, 0.6% tres veces por semana, 0.6% diario.

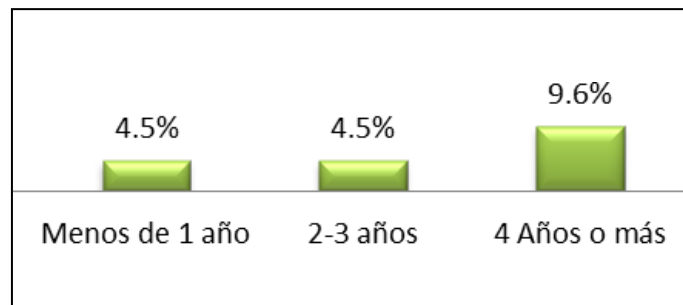
Gráfica 18. Frecuencia de consumo de marihuana



Fuente. Historias clínicas de becarios PANI periodo 2017-2, 2018-1

El tiempo de consumo de marihuana en el 9.6% es de cuatro años o más, 4.5% de dos a tres años y 4.5% menos de un año.

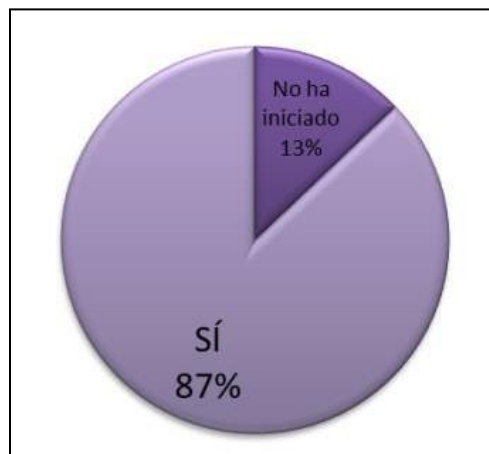
Gráfica 19. Tiempo de consumo de marihuana



Fuente. Historias clínicas de becarios PANI periodo 2017-2, 2018-1

El 87% de estudiantes inicio su vida sexual, mientras que el 13% aún no ha iniciado.

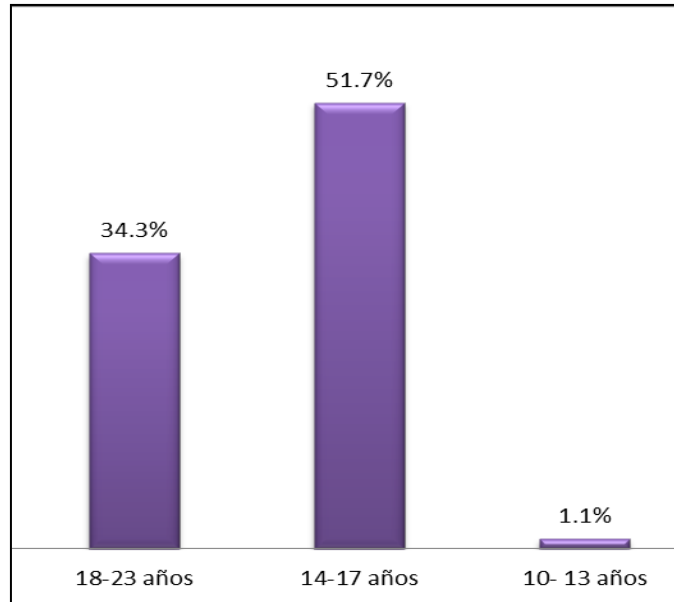
Gráfica 20. Inicio de vida sexual



Fuente. Historias clínicas de becarios PANI periodo 2017-2, 2018-1

La edad de inicio de vida sexual en el 51.7% de estudiantes fue de los 14 a 17 años, en el 34.3% de 18 a 23 años y en el 1.1% de 10 a 13 años.

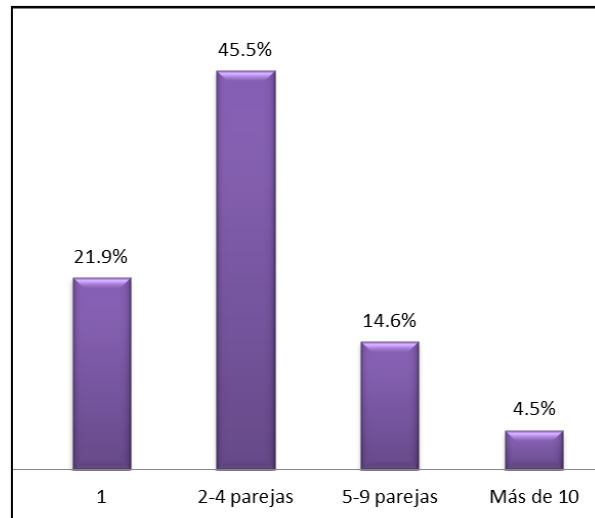
Gráfica 21. Edad de inicio de vida sexual



Fuente. Historias clínicas de becarios PANI periodo 2017-2, 2018-1

El promedio de parejas sexuales en el 45.5% es de 2 a 4 parejas, en el 21.9% ha tenido una pareja sexual, en el 14.6% de cinco a nueve parejas y en el 4.5% más de 10 parejas.

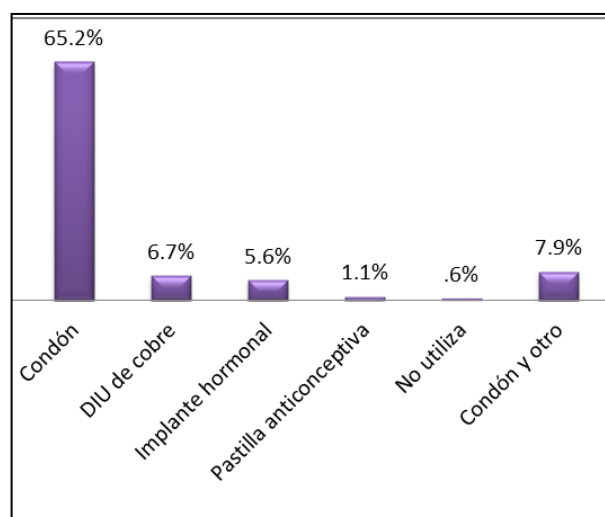
Gráfica 22. Número de parejas sexuales



Fuente. Historias clínicas de becarios PANI periodo 2017-2, 2018-1

Como método anticonceptivo de elección el 65.2% de alumnos utilizan condón, 7.9% utiliza el condón y otro método, 6.7% DIU, 5.6% el implante y 1.1% pastillas hormonales.

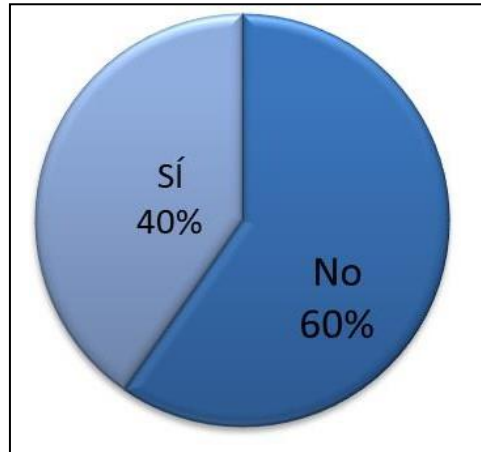
Gráfica 23. Método anticonceptivo de elección



Fuente. Historias clínicas de becarios PANI periodo 2017-2, 2018-1

En las actividades deportivas el 60% de los alumnos no realizan, mientras que el 40% sí practican.

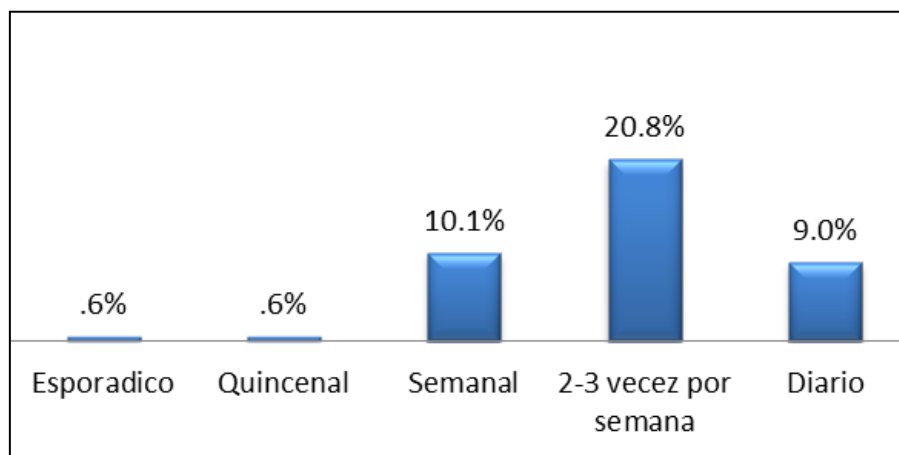
Gráfica 24. Realización de actividad deportiva



Fuente. Historias clínicas de becarios PANI periodo 2017-2, 2018-1

La frecuencia de actividad deportiva realizada en el 20.8% es de 2 a 3 veces por semana, 10.1% semanal, 9% diario, 0.6% quincenal y 0.6% esporádicamente.

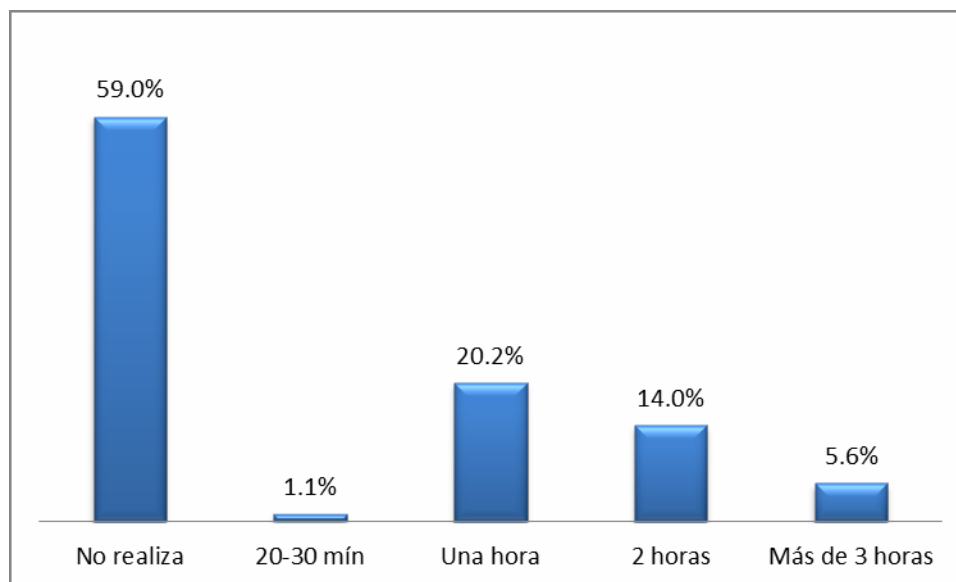
Gráfica 25. Frecuencia de actividad deportiva



Fuente. Historias clínicas de becarios PANI periodo 2017-2, 2018-1

El tiempo que dedican a realizar algún deporte en el 20.2% es una hora, 14% 2 horas, 5.6% más de 3 horas y 1.1% de 20 a 30 minutos.

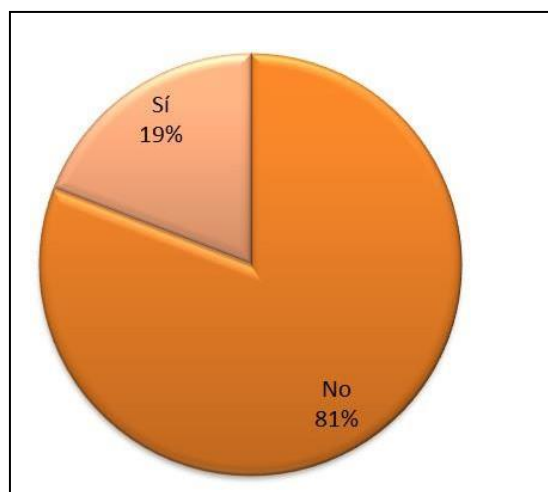
Gráfica 26. Tiempo dedicado a realizar la actividad deportiva



Fuente. Historias clínicas de becarios PANI periodo 2017-2, 2018-1

En actividades culturales el 81% no participa en alguna, mientras que el 19% sí realizan.

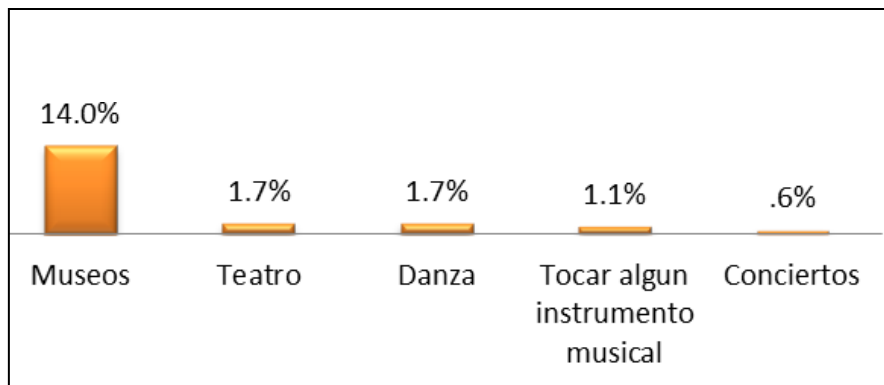
Gráfica 27. Realización de actividad cultural



Fuente. Historias clínicas de becarios PANI periodo 2017-2, 2018-1

Los que realizan actividades culturales; el 14% asiste a museos, 1.7% asiste a teatro o danza, 1.1% toca algún instrumento.

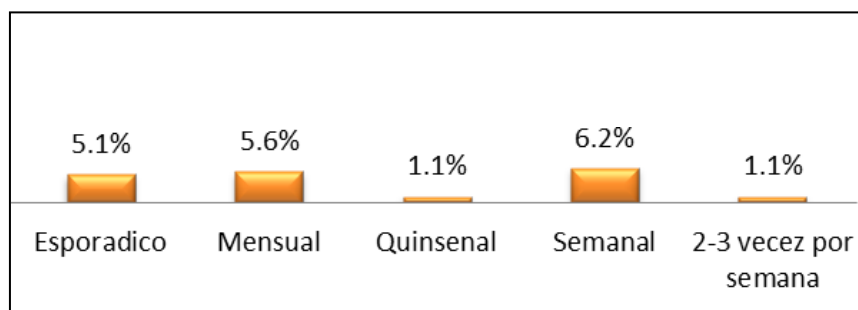
Gráfica 28. Tipo de actividad cultural realizada



Fuente. Historias clínicas de becarios PANI periodo 2017-2, 2018-1

En la frecuencia de participar en actividades culturales; el 6.2% lo realizan semanal, 5.6% mensual, 5.1% esporádico y 1.1% quincenal o de 2 a 3 veces por semana.

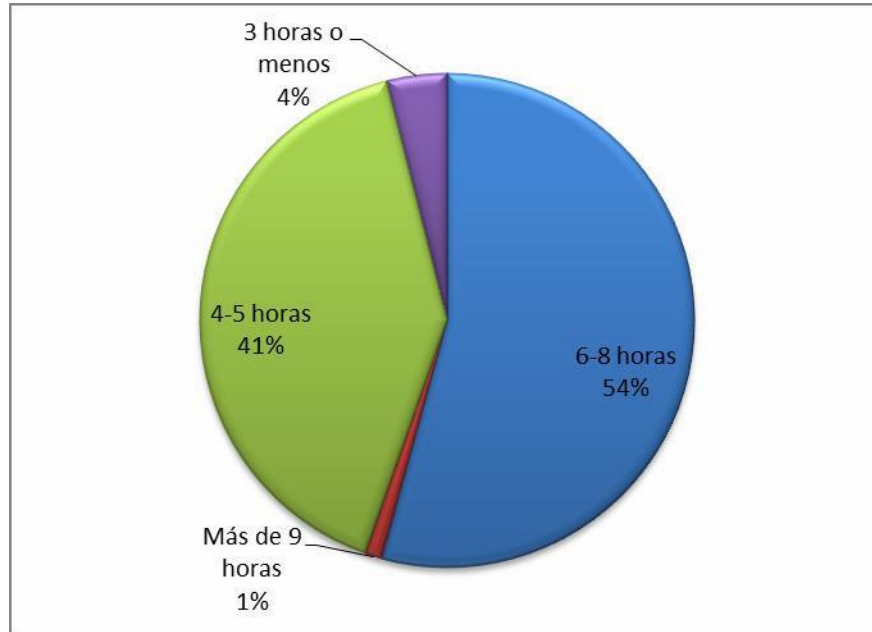
Gráfica 29. Frecuencia de realización de actividad cultural.



Fuente. Historias clínicas de becarios PANI periodo 2017-2, 2018-1

Las horas destinadas al sueño en el 41% es de 4-5 horas, en el 4% menos de 3 horas y el 54% duerme de 6 a 8 horas.

Gráfica 30. Horas de sueño



Fuente. Historias clínicas de becarios PANI periodo 2017-2, 2018-1

CAPÍTULO VI DISCUSIÓN

Predomino el grupo de mujeres, probablemente por los tipos de profesiones que se estudian relacionadas con el área de la salud y el trabajo en servicios en donde culturalmente ellas tienen una mayor participación. Las carreras de biología y psicología son las que más reciben la beca PANI, puede estar relacionado a que pasan la mayor parte del tiempo dentro de la facultad en comparación con las otras carreras que tiene que desplazarse a espacios fuera de la FESI.

Entre los principales factores de riesgo de enfermedad se encontró el sobrepeso y la obesidad grado uno, sin embargo en otras investigaciones estos mismos problemas nutricionales tuvieron menor prevalencia entre jóvenes^{13, 40}.

Con relación a los factores hereditarios la Diabetes mellitus tipo II ocupa el primer lugar continuando con la Hipertensión arterial siendo mayor la incidencia de diabetes mellitus tipo II que en otros resultados en el 2012⁴⁷ y menor el porcentaje de individuos con hipertensión que en investigaciones de 2016⁴⁸.

Las drogas consumidas con mayor frecuencia fueron: el alcohol, en relación con otras investigaciones tubo menos incidencia^{15,16,40}; seguido de tabaco hallando que fue mayor el consumo que en investigaciones del año 2016⁴⁰ y 2017¹⁶ y en tercer lugar la marihuana que en los universitarios del año 2013¹⁵ a 2017¹⁶ y en la presente investigación aumento el consumo más de 3 veces el porcentaje entre los jóvenes.

Casi toda la población tiene vida sexual activa, existiendo un aumento de incidencia en cada año de 2017²⁰ y 2018⁴¹, encontrando en la presente investigación y otra⁴¹ que el inicio de vida sexual en promedio es a los 17 años de edad, teniendo más de una pareja sexual la mayoría de los universitarios.

En los jóvenes el realizar actividades culturales no forma parte de un factor protector por ser muy escaso el índice de alumnos que realizan estas actividades, al igual que en otra investigación².

Las actividades deportivas no son un factor protector para más de la mitad de los estudiantes, siendo similares los resultados a investigaciones realizadas en otros países^{42,43}, pero existiendo un aumento de casi el doble de alumnos que realizaban estas actividades en la misma FESI en el 2014³⁹.

Como otro factor protector para más de la mitad de alumnos es el cumplimiento con las horas de sueño ideales para tener un buen descanso, este porcentaje es mayor comparándolo con otra investigación²⁷, sin embargo existen alumnos que duermen menos horas formando parte de un factor de riesgo.

Las enfermedades recurrentes entre los estudiantes son la colitis comparado con otra investigación en la misma FESI en el 2014³⁹ el porcentaje de alumnos con este problema aumento significativamente, pero comprado con otra investigación³⁸ el porcentaje es menor, en segundo lugar se encontró la gastritis, comparado a otros resultados^{35,38,39} fue menor, en tercer lugar se ubican las infecciones de vías urinarias hallando un aumento significativo en comparación con otra investigación³⁹.

CAPÍTULO VII CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

La investigación realizada determino que existen factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades en los estudiantes universitarios, relacionados a los inadecuados hábitos de salud, y estos problemas de salud continúan en aumento, distinguiendo como principales factores de riesgo el sobrepeso, obesidad, abuso del consumo de alcohol, tabaco, mariguana y conductas sexuales de riesgo, esos factores pueden ser modificables. Como factores de riesgo heredofamiliares se encuentra la diabetes mellitus tipo II y la hipertensión arterial.

El sobrepeso y la obesidad en los alumnos en conjunto con la diabetes mellitus tipo II y la hipertensión arterial en padres, son factores para que en edades futuras los estudiantes presenten estas mismas enfermedades y sus complicaciones.

El consumo frecuente de sustancias psicoactivas trae como consecuencias que la cantidad de ingesta aumente y la probabilidad de abusar del consumo sea mayor, siendo la puerta de entrada a la utilización de otras drogas, siendo el consumo del alcohol, tabaco y mariguana las drogas que tienen mayor incidencia entre los jóvenes.

El que los jóvenes inicien su vida sexual antes de ser mayores de edad y tengan más de una pareja sexual es cada vez más evidente. El tener conductas sexuales de riesgo es un factor para contraer enfermedades de transmisión sexual, embarazos no planeados, abortos y otras consecuencias que pueden interrumpir los proyectos de vida o alterar la salud.

Los padecimientos principales en los estudiantes son la colitis, gastritis e IVU, se desarrollaron por diversos factores de riesgo en donde no se llevó a cabo ninguna modificación de los estilos de vida para evitar sus manifestaciones.

El participar en actividades culturales, para los jóvenes no es un factor protector, al igual que el realizar actividades deportivas en la mayoría de ellos, sin embargo va en aumento la cantidad de alumnos que realizan actividades deportivas.

El obtener un buen descanso durante la noche es un factor protector de salud para algunos jóvenes, al igual que se convierte en un factor protector de salud en los alumnos no tener factores de riesgo de enfermedad.

Es indispensable interferir en cada uno de los factores de riesgo identificados entre los jóvenes, en especial en este tipo de población ya que puede repercutir no solo en la salud, también consiguen obstaculizar en el proyecto y calidad de vida. El sector salud debe tener mayor inversión en actividades encaminadas en el primer nivel de atención y la prevención, creando programas donde se brinde información y educación a los individuos sobre estos y otros temas que afectan a la juventud y a la población en general. Como elementos importantes en este reto se encuentran los profesionales de enfermería encargados del cuidado de la persona, sin embargo optan por desarrollar sus conocimientos sobre el cuidado en el segundo y tercer nivel de atención, probablemente por la alta demanda laboral y por la remuneración económica que se tiene al trabajar en hospitales, viéndose reflejada la falta de prevención en las estadísticas que encontramos en diferentes investigaciones a través de los años.

Recomendaciones

A las instituciones de salud y educación a implementar programas orientados a la prevención primaria de los problemas de salud en los jóvenes, con el propósito de promover la adopción de patrones de conducta sanas.

Incluir en escuelas y centros de salud un área destinada a la atención individualizada para identificar factores de riesgo y realizar modificaciones en los hábitos de salud.

Realizar un seguimiento de aquellas personas en las que se observen alteraciones de salud, para la enseñanza de un adecuado cuidado y evitar problemas de salud a futuro.

Al programa institucional PROSALUD a ampliar su publicidad en las redes sociales y páginas de internet donde los alumnos acceden frecuentemente, para ser conocido por más personas de la universidad y lograr extender la atención de salud.

A la carrera de enfermería para que la materia de cuidado independiente sea impartida por profesionales capacitados y que hayan llevado a la práctica el ejercicio libre de la profesión, orientando y motivando a los alumnos para encaminarse a este campo laboral.

Al gobierno a invertir en el primer nivel de atención, contratando profesionales que se dediquen a realizar diagnósticos oportunos de factores de riesgo de enfermedades y trabajar en la promoción de salud.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- 1.- Suárez ZM. Juventud de los estudiantes universitarios. Revista de la Educación Superior [Internet]. 2017 [consultado 3 Febr. 2019]; 46 (184): 39-54. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/604/60454147003.pdf>
- 2.- De Garay SA. Mis estudios y propuestas sobre los jóvenes universitarios mexicanos. 1ª ed. México: UDUAL; 2012 Disponible en: <https://www.ses.unam.mx/curso2015/pdf/28oct-DeGaray.pdf>
- 3.- Rodríguez ES. Los estudiantes universitarios de hoy: Una visión multinivel. REDU – Rev. De Docencia Universitaria [Internet]. 2015 [consultado 4 Febr. 2019]; 13(2): 91-124. Disponible en: <https://polipapers.upv.es/index.php/REDU/article/view/5440/5420>
- 4.- Páez CM. Universidades saludables: los jóvenes y la salud. Archivos de Medicina (Col) [Internet]. 2012 [consultado 5 Febr. 2019]; 12(2): 2011-212. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2738/273825390007.pdf>
- 5.- Bastías AE., y Stiepovich BJ. Una revisión de los estilos de vida de estudiantes Universitarios Iberoamericanos. Ciencia y enfermería [Internet]. 2014 [consultado 5 Febr. 2019]; 20(2): 93-101. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v20n2/art_10.pdf
- 6.- Academia Europea de Pacientes sobre Innovación Terapéutica [Internet]. Factores de riesgo en la salud y la enfermedad. EUCAPI. 2015 [consultado 6 Feb. 2019]; Disponible en: <https://www.eupati.eu/es/farmacoepidemiologia-es/factores-de-riesgo-en-la-salud-y-la-enfermedad/>

7.- Weschenfelder MD., y Gue MJ. Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. *Enfermería Global* [Internet]. 2012 [consultado 15 Febr. 2019]; 11(26): 344-353. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000200022

8.- Soares LA., Moura AM., Freire R., Zanett M., De Almeida P., y Coelho M. Factores de riesgo para Diabetes Mellitus Tipo 2 en universitarios: asociación con variables sociodemográficas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2014 [consultado 17 Febr. 2019]; 22(3): 484-90. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es_0104-1169-rlae-22-03-00484.pdf

9.- Palacios A., Duran M., y Obregón O. Factores de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2 y síndrome metabólico. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo* [Internet]. 2012 [consultado 17 Febr. 2019]; 10 (1): 34-40. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375540232006>

10.- Gaspar PM., y Jacobe MV. Prevalencia de Factores de Riesgo tradicional de la gastritis en Universitarios de Huancayo 2016 (Tesis de grado). Perú: Universidad Peruana Los Andes. Facultad De Ciencias De La Salud Escuela Profesional De Farmacia y Bioquímica; 2017. 31-44. Disponible en: http://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/UPLA/155/Miguel_Gaspar_Viennev_Jacobe_Tesis_Titulo_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y

11.- Espinoza SS. Factores que producen gastritis en los estudiantes de administración del V ciclo de la Universidad Autónoma de Ica de la provincia de Chincha (Tesis de Licenciatura). Perú: Universidad autónoma de Ica, 2016. Disponible en: <http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/autonomadeica/169/1/SONIA%20CINTHIA%20ESPINOZA%20SIGUAS-FACTORES%20QUE%20PRODUCEN%20GASTRITIS%20ESTUDIANTES.pdf>

12.- Hano GO., Andrade GS., Villa JO., González FL., y Wood RL. Caracterización de pacientes con colitis ulcerosa atendidos en centro de nivel terciario Cuba. Revista Cubana de Medicina [Internet]. 2016 [consultado 19 Febr. 2019]; 55(1): 47-48. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/med/v55n1/med051116.pdf>

13.- Benítez CJ. Hábitos alimenticios de jóvenes universitarios y el acceso a los alimentos en la UAEM (Tesis de grado). Universidad Autónoma Del Estado De México. Facultad De Química. Licenciatura De Química En Alimentos; 2017. Disponible en:<http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/68726/Tesis%20Judith%202017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

14.-Moreno K. (2005). NIÑOS, ADOLESCENTES Y ADICCIONES una mirada desde la prevención. México: Trillas.

15.- Olivares NA., Favela OM., Tirado OL., Barragán HO., y Hernández VE. Consumo de drogas y competencia social en jóvenes universitarios de la Unidad Regional Sur. EPISTEMUS [Internet]. 2013 [consultado 23 Febr. 2019]; 15(7): 5-

12. Disponible en: http://www.epistemus.uson.mx/revistas/articulos/15-01_CONSUMO%20DE%20DROGAS.pdf

16.- Gómez CZ., Landeros RP., Noa PM., y Martínez SP. Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en jóvenes universitarios. Revista de Salud Pública y Nutrición [Internet]. 2017 [consultado 24 Febr. 2019]; 16(4): 1-9. Disponible en: <http://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/view/338/310>

17.- Cáceres D., Salazar I., Varela M., y Tovar J. Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. Univ. Psychol. Bogotá (Colombia) [Internet]. 2006 [consultado 24 Febr. 2019]; 5 (3): 521-534. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/up/v5n3/v5n3a08.pdf>

18.- Pereda RM., y González VF. Comportamiento del tabaquismo y la deficiente higiene bucal como factores de riesgo de la caries dental. *Correo Científico Médico* [Internet]. 2014 [consultado 26 Febr. 2019]; 18(4): 623-635. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000400004

19.- Ramírez J., Reyes P., Brocca H., Echeverría L., y Nateras A. (2016). *DECEDIENDO JUNTOS... FRENTE A LAS DROGAS*. México: Secretaría de Salud.

20.- Hurtado de Mendoza ZM., Olvera MJ. Características del debut sexual en una población de jóvenes mexicanos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* [Internet]. 2017 [consultado 27 Febr. 2019]; 20 (4): 1603- 1610. Disponible en: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol20num4/Vol20No4Art19.pdf>

21.- Amar AJ., Abello LR. y Acosta C. Factores protectores: un aporte investigativo desde la psicología comunitaria de la salud. *Psicología desde el Caribe* [Internet]. 2003 [consultado 27 Febr. 2019]; (11): 114. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/213/21301108.pdf>

22.- Páramo M. Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Terapia psicológica* [Internet]. 2011 [consultado 1 Mzo. 2019]; 29(1): 85-95. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082011000100009

23.- Pozón JL. Los estudiantes universitarios ante las actividades extracurriculares. *Revista Andaluza de Ciencias Sociales* [Internet]. 2014 [consultado 1 Mzo. 2019]; (13): 137- 150. Disponible en: http://institucional.us.es/revistas/anduli/13/8_Anduli_2014_Pozon.pdf

24.- Bennassar VM. Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios: la Universidad como entorno promotor de la salud (Tesis Doctoral). Universitat de les Illes Balears; 2012.

Disponible en: https://www.unisaludables.es/media/docs/TESIS/tesis_miquel.pdf

25.- Vidarte CJ., Vélez AC., Sandoval CC. , y Alfonso MM. Actividad física: estrategia de promoción de la salud. Hacia la Promoción de la Salud [Internet]. 2011 [consultado 3 Mzo. 2019]; 16 (1): 204-208. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v16n1/v16n1a14.pdf>

26.- Villarroel PV. Calidad de sueño en estudiantes de las carreras de Medicina y Enfermería (Tesis Doctoral). Madrid-España: Universidad Autónoma De Madrid. Facultad De Medicina. Departamento De Psiquiatría; 2014. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/663392/villarroel_prieto_vane_ssa_maribel.pdf?sequence=1

27.- Aguirre CA., Reyes CG., Martínez RB., Caballero GM., Sánchez VC., y Siliceo MJ. Caracterización del patrón de sueño en estudiantes de la Universidad de Quintana Roo. Revista salud Quintana Roo [Internet]. 2013 [consultado 11 Mzo. 2019]; 7 (29): 16-20. Disponible en: <http://www.salud.qroo.gob.mx/revista/revistas/29/04/04.pdf>

28.- Vargas UI., Villegas CO., Sánchez MA., y Holthuis K. Promoción, Prevención y Educación para la Salud. Costa Rica: Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social, 1 Ed; 2003: 26-28. Disponible en: <http://www.montevideo.gub.uy/sites/default/files/concurso/documentos/Ed211.paralSalud-MariaT.Cerqueira.pdf>

29.- Firmino BS., Mesquita LA., Costa SS., Lima CC., Carvalho FA., y Santos AM. Promoción de la salud: la calidad de vida en las prácticas de enfermería. Enfermería global [Internet]. 2013 [consultado 15 Mzo. 2019]; (32): 262-267. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/ensayos2.pdf>

- 30.- Aristizábal HG., Blanco BD., Sánchez RA., y Ostiguín MR. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería universitaria* [Internet]. 2011 [consultado 15 Mzo. 2019]; 8(4): 16-23.
Disponibile en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003&lng=es&tlng=es.
- 31.- Dandicourt CT. El cuidado de enfermería con enfoque en la comunidad. *Revista Cubana de Medicina General Integral* [Internet]. 2018 [consultado 19 Mzo. 2019]; 34(1): 55-62.
Disponibile en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252018000100007&lng=es&tlng=es.
- 32.- Rosales CY., Góngora HM., y de la Rosa RE. La marihuana y los efectos que provocan en los seres humanos. *Correo Científico Médico* [Internet]. 2017 [consultado 21 Mzo. 2019]; 21(2): 557-560. Disponibile en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000200020
- 33.- Cruz SE., Orosio MM., Cruz RT., Bernardino GA., Vásquez DL., Galindo PN., y Grajales AI. Factores de riesgo cardiovascular en estudiantes de enfermería de una universidad pública. *Enfermería Universitaria* [Internet]. 2016 [consultado 23 Mzo. 2019]; 13(4): 226-232. Disponibile en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706316300458>
- 34.- Salcedo RA., García de AJ., y Contreras MM. Presión arterial en adolescentes mexicanos: clasificación, factores de riesgo e importancia. *Rev. Salud pública* [Internet]. 2010 [consultado 23 Mzo. 2019]; 12(4): 612-622. Disponibile en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v12n4/v12n4a08.pdf>

35.-Herrera ME. Prevalencia de gastritis en un segmento de la población estudiantil de la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia de la Universidad de San Carlos de Guatemala que cursan el segundo año con carnet 2010 y la elaboración de un trifoliar informativo (Tesis de grado). Guatemala. 2012. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/06/06_3323.pdf

36.- Gaspar PM., y Jacobe MV. Prevalencia de Factores de Riesgo tradicional de la gastritis en Universitarios de Huancayo 2016 (Tesis de grado). Perú: Universidad Peruana Los Andes Facultad De Ciencias De La Salud; 2017. Disponible en: http://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/UPLA/155/Miguel_Gaspar_Viennev_Jacobe_Tesis_Titulo_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y

37.- Díaz CS., Arrieta VK., y Guette OA. Problemas de salud y calidad de vida en estudiantes de odontología. Rev Univ. Salud [Internet]. 2017 [consultado 25 Mzo. 2019]; 19(1): 51-59. Disponible en: <http://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/2785/pdf>

38.- Torres MM., Guzmán EJ., y Legorreta PJ. Alteraciones de salud en estudiantes de Licenciatura en Enfermería. CuidArte “El Arte del Cuidado” [Internet]. 2012 [consultado 25 Mzo. 2019]; 1 (1). Disponible en: <http://revistas.unam.mx/index.php/cuidarte/article/view/69061/61867>

39.- Soria TR., Ávila RE., y Morales PA. Depresión y problemas de salud en estudiantes universitarios de la carrera de Medicina. Diferencias de género. Alternativas en Psicología. Revista Semestral [Internet]. 2015 [consultado 26 Mzo. 2019]; 3(31): 6-10. Disponible en: <https://www.alternativas.me/attachments/article/64/3.%20Depresi%C3%B3n%20y%20problemas%20de%20salud%20en%20estudiantes.pdf>

40.- Gómez CZ., Landeros RP., Romero VE., y Troyo SR. Estilos de vida y riesgos para la salud en una población universitaria, *Revista de Salud Pública y Nutrición* [Internet]. 2016 [consultado 26 Mzo. 2019]; 15(2): 9-14. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2016/spn162c.pdf>

41.- Da Silva NB., Spindola T., Reicherte PM., De Almeida RR., Santos CR., y Sampaio TR. El comportamiento sexual de jóvenes universitarios y el cuidado de la salud sexual y reproductiva. *Enfermería Global* [Internet]. 2018 [consultado 27 Mzo. 2019]; 17(49): 237-269. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412018000100237

42.- Pérez UG., Lanío F., Zelarayán J., y Márquez S. Actividad física y hábitos de salud en estudiantes universitarios argentinos. *Nutrición Hospitalaria* [Internet]. 2014 [consultado 28 Mzo. 2019]; 30 (4): 896-904. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112014001100026

43.- Castañeda VC., Campos MM., y De Castillo AO. Actividad física y percepción de salud de los estudiantes universitarios. *Rev. Fac. Med.* [Internet]. 2016 [consultado 28 Mzo. 2019]; 64(2): 277-281. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v64n2/v64n2a13.pdf>

44.- Salud. Gob.mx. [Internet]. México; 2006 [consultado 20 Mzo. 2019] Reglamento de la Ley general de la salud en materia de investigación para la salud. Título Segundo: De los Aspectos éticos de la investigación en seres Humanos: Capítulo I Art 13, 16, 17, 20, y 21. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf

45.- Asociación Médica Mundial [Internet]. Brasil; 2013 [consultado 30 Mzo. 2019] Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos Art 6. 64ª Asamblea General, Fortaleza. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

46.- Instituto nacional de estadística y geografía [Internet]. México: 2014 [consultado 27 Mzo. 2019] Panorama de la población joven en México desde la perspectiva de su condición de actividad 2013. Disponible en: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/estudios/sociodemografico/panora_joven/DoctoJovenes.pdf

47.- Hernández ÁM, Gutiérrez PJ, Reynoso NN. Diabetes mellitus en México: El estado de la epidemia. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2013 [citado 2019 Sep 02] ; 55(Suppl 2): s129-s136. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800009&lng=es.

48.- Campos NI, Hernández BN, Pedroza TA, Medina C, Barquera S. 2018 Hipertensión arterial en adultos mexicanos: prevalencia, diagnóstico y tipo de tratamiento. Ensanut MC. Salud pública de México [Internet]. 2016. [consultado 2 Sep 2019]; 60 (3): 233 Disponible en: [file:///C:/Users/diana/Downloads/8813-35036-2-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/diana/Downloads/8813-35036-2-PB%20(1).pdf)

ANEXOS



Anexo 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
SECRETARÍA DE DESARROLLO Y RELACIONES INSTITUCIONALES
UNIDAD DE RELACIONES INSTITUCIONALES
PROGRAMA DE FOMENTO A LA SALUD Y PROTECCIÓN ESPECÍFICA DE ENFERMEDADES
(PROSALUD)

HISTORIA CLÍNICA

Ficha de identificación

Nombre de la persona: _____ Edad: _____
Sexo: _____
Fecha de Elaboración: _____

Antecedentes heredofamiliares:

Antecedentes personales patológicos:

Toxicomanías

Sustancias	Tabaco	Alcohol	Marihuana	Fármacos	Inhalantes	Otros
Cantidad						
Frecuencia						
Tiempo de Evolución						

Horas de trabajo

Horas de descanso: _____ Horas de sueño: _____



Hábitos de actividad física:

Actividad	Cual	Frecuencia	Duración
Deportiva			
Cultural			

Antecedentes Gineco-obstétricos o Androgénicos

IVSA: _____ No. de parejas sexuales: _____

Método Anticonceptivo: _____

Interrogatorio por Sistemas:

2). Sistema Digestivo

7). Sistema Genito-urinario

Exploración física

Peso: _____ Talla: _____ IMC:: _____



Anexo 2

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
SECRETARÍA DE DESARROLLO Y RELACIONES INSTITUCIONALES
UNIDAD DE RELACIONES INSTITUCIONALES
PROGRAMA DE FOMENTO A LA SALUD Y PROTECCIÓN ESPECÍFICA DE ENFERMEDADES
(PROSALUD)**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ acepto voluntariamente participar en el Programa de Promoción a la Salud y Protección Específica de Enfermedades (PROSALUD), en donde se llevara un seguimiento integral de mi estado de salud con el propósito de que yo resulte beneficiado(a) ya que recibiré asesorías a través de diversos medios para el autocuidado de mi estado físico, biológico, social, espiritual y del entorno donde vivo, por lo que me comprometo a cumplir con las actividades y requisitos que este deriven, siendo el P.S.S. _____ el profesional que estará a cargo de dicha intervención. Sé que, de forma voluntaria, puedo dejar de participar en cualquier momento sin necesidad de justificar mi decisión. Se me ha explicado la naturaleza y propósito del programa PROSALUD, contestado mis preguntas y dudas de manera satisfactoria

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE Y FIRMA DEL PSS

FECHA