



UNIVERSITAT^{DE}
BARCELONA

**Estilos de vida y salud: Estudio del caso
de los estudiantes de la facultad de ciencias médicas,
Universidad de San Carlos de Guatemala**

Telma Patricia Véliz Estrada



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement 3.0. Espanya de Creative Commons.**

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento 3.0. España de Creative Commons.**

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution 3.0. Spain License.**

**ESTILOS DE VIDA Y SALUD:
ESTUDIO DEL CASO DE LOS ESTUDIANTES DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

Tesis doctoral

Presentado por:

Telma Patricia Véliz Estrada

Directora: Dra. Nuria Rodríguez Ávila



**UNIVERSITAT DE
BARCELONA**

Facultad de Economía y Empresas

Departamento de Sociología

Programa de Doctorado en Sociología

Línea de investigación: Sociología de las organizaciones y profesiones

Barcelona 2017

*“Siembra un pensamiento y cosecharás un acto;
Siembra un acto y cosecharás un hábito;
Siembra un hábito y cosecharás un carácter;
Siembra un carácter y cosecharas un destino.”*

Charles Reade.

Dedicada:

Andrea Lourdes y Luis Alberto

INDICE

Prefacio.....	9
Agradecimientos	17
Introducción	19
Justificación de la investigación.....	23
PARTE I: MARCO TEÓRICO	27
Capítulo 1. Aproximación teórica a estilos de vida y salud.....	31
1.1. La salud pública y los determinantes de salud	33
1.2. Los objetivos de desarrollo del milenio de Naciones Unidas	39
1.3. Los objetivos de desarrollo sostenible	41
1.4. Jóvenes y estilos de vida	44
1.5. Universidades promotoras de la salud -UPS-	55
Capítulo 2. Conceptualización de estilo de vida y salud.	63
2.1. Estilos de vida.....	65
2.2. El concepto de salud.....	69
2.3. Dietas y hábitos alimentarios	70
2.4. Hábitos de alimentación.....	73
2.5. Actividad física	73
2.6. Ejercicio físico relacionado con la salud	76
2.7. Consumo de sustancias lícitas e ilícitas.....	76
2.8. Consumo de tabaco.....	77
2.9. Consumo de cannabis (marihuana).....	79
2.10. Consumo de alcohol	79
2.11. Conducta sexual	80
Capítulo 3. Sociología de la salud y estilos de vida.....	83

3.1. Aproximación sociológica de los estilos de vida y salud	85
3.2 Determinantes sociales en los estilos de vida	92
3.3. Dimensiones de los factores protectores	95
3.4. Dimensiones de factores de riesgos	97
Capítulo 4. Políticas Públicas y de Salud en Guatemala.	101
4.1. Nivel internacional	104
4.2. Nivel regional	107
4.3. Nivel nacional	109
4.3.1. Código de salud en Guatemala.....	109
4.3.2. Ley del organismo ejecutivo.....	112
4.3.3. Ley de desarrollo social.....	113
4.3.4. La política pública de ITS/VIH/SIDA.....	114
4.3.5. Política nacional de juventud 2010-2015.....	115
4.3.6. La política de salud para la adolescencia y la juventud.....	116
4.3.7. La política de salud de la USAC.....	117
PARTE II DISEÑO EMPÍRICO	125
Capítulo 5. Diseño de investigación	129
5.1. Preguntas de investigación.....	132
5.2. Objetivos	133
5.3. Hipótesis	135
5.2. Metodología de la investigación.....	135
5.2.1. Trabajo de campo	139
5.3. Técnica de grupos de discusión	141
5.3. Recogida de datos	143
Capítulo 6. Estudio demográfico y entorno de USAC.....	145
6.1. Caracterización de la población de Guatemala	148
6.2. Situación de morbilidad y mortalidad ECNT	150

6.3. Población universitaria de la USAC	153
6.4. Perfil de salud de jóvenes en Guatemala	157
Capítulo 7. Análisis de Datos	163
7.1 La actividad física	166
7.2. Consumo de drogas lícitas e ilícitas	174
7.3. Consumo de drogas no lícitas	181
7.4. Consumo de alimentos	186
7.5. Consumo alimentos no saludables	190
7.6. Conducta sexual	193
7.6. Política en salud	199
Conclusión	208
Capítulo 8. Discusión.....	213
Capítulo 9. Conclusiones.....	231
Bibliografía.....	243
Abreviaturas	261
Anexos	267
Anexo A: Consentimiento informado.....	269
Anexo B. Instrumentos para Estudiantes	270
Anexo C. Instrumentos para tomadores de decisión.....	275
Anexo D. Instrumentos para responsables institucionales	278
Anexo H. Instrumentos para servidores en salud y deporte.....	282
Índice de Figuras y Tablas.....	283

Prefacio

La presente tesis versa sobre los Estilos de Vida relacionados con la Salud en estudiantes de los tres primeros años de la carrera de Ciencias Médicas, de la Universidad de San Carlos de Guatemala, esta población ha sido elegida debido al grupo etario al que representa (18-25) años que son considerados como adultos jóvenes de acuerdo a la OMS, sin duda esta población estudiantil es vulnerable para desarrollar estilos de vida de riesgo para salud; debido al cambio de nivel educativo y establecimiento escolar, en su imaginario social los hace percibirse como adultos e independientes, sumado a que tienen una mayor libertad de parte de sus padres o tutores como también de la casa de estudios, esto en comparación a la que tenían antes de ingresar a la universidad, es decir, en la educación media.

El trabajo de investigación se realizó dentro del entorno donde desarrollo mi actividad profesional en la Licenciatura de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala -USAC-, los grupos de estudiantes han sido seleccionados con base a criterios de inclusión y exclusión para la conformación de grupos de discusión de primero, segundo y tercer año de la carrera de ambos sexos para recabar datos que permitan analizar dicho comportamiento en el tiempo que están inmersos en los tres primeros años de la universidad. De acuerdo a la literatura revisada se infiere que los tres primeros años de vida universitaria es un contexto ideal para aprender y consolidar conductas y hábitos personales y profesionales, incluyendo estilos de vida que van a influir en la salud futura de la población estudiantil a corto, mediano y largo plazo.

El periodo universitario marca el paso de la juventud al mercado de trabajo en los estudiantes de Medicina y que no tienen la oportunidad de trabajar durante el periodo de formación debido a que la licenciatura requiere de dedicación a tiempo completo. Los estudiantes transitan de la vida estudiantil a la profesional, lo que conlleva que los hábitos aprendidos como estudiantes se constituyan como patrones de comportamiento replicados en la vida laboral. Existe evidencia científica a partir de estadísticas que aportan información sobre como los profesionales que mueren por causas asociadas al consumo de alcohol con

mayor proporción en el caso de los médicos, de ahí la importancia de estudiar este aspecto relacionado con sus hábitos de salud, los años de formación universitaria son objeto de nuestro estudio, teniendo en cuenta que los estudiantes constituyen una población joven, no asociada a problemas de salud, pero que sin duda formaran parte del perfil de las enfermedades crónica en el futuro.

Las conductas, negativas para la salud o nocivas, que los jóvenes tienen y van desarrollando en el transcurso de su formación universitaria son las que reflejaran en gran medida el perfil de salud de los profesionales universitarios. Lo interesante de ello es que este grupo de estudiantes serán en algún momento de sus vidas responsables de la salud de un grupo social o de una nación, en todo caso donde se desenvuelvan como profesionales sanitarios, ya que ocupan una posición significativa en la vida pública y el ámbito social, tanto en el presente como en el futuro.

Otro aspecto que cobra significancia para realizar esta investigación es que, hasta el momento, no se han realizado estudios en el nivel nacional en Guatemala que evalúen el papel del contexto universitario en los estilos de vida saludables de los estudiantes desde el enfoque sociológico orientado a analizar aspectos estructurales en cuanto a las oportunidades que ofrece la universidad en la promoción del cuidado de la salud de los estudiantes. Esto es, conocer si las conductas de salud y riesgo empeoran o mejoran a lo largo de la estancia en la universidad. Por otro lado, existe una gran preocupación por el deterioro de los hábitos de salud entre los jóvenes guatemaltecos, en cuanto a las investigaciones a nivel nacional los estudios registran un aumento en el número de jóvenes por consumo de alcohol, o consumo de drogas, como también embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, inactividad física (sedentarismo), consumo de alimentación poco saludable y consumo de tabaco, que configura como factores de riesgo evitables para desarrollar enfermedades crónicas no trasmisibles en la población joven adulta a nivel nacional.

Por último, y no menos importantes que los anteriores del porqué del interés de realizar esta investigación de los **estilos de vida relacionados con la Salud** es que después de trabajar durante más de diez años en la Universidad de San Carlos de Guatemala he podido observar en el transcurso de ese tiempo que los estudiantes tienen estilos de vida inadecuados para la salud lo que los pone en riesgo de desarrollar Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), las conductas sexuales observadas en las jóvenes se refleja en el alto volumen de pruebas de embarazo situación que se relaciona directamente con el sexo sin uso de condón con la atenuante de contagio de ITS¹, es por ello que llama la atención cómo los futuros profesionales médicos de la salud no proyectan un cuidado personal en torno a su salud, ya que sin duda ellos son un modelo a seguir en la universidad como también en la sociedad y por qué la universidad como educadora no proyecta la promoción de la salud en la población universitaria, a pesar de existir instrumentos internacionales, marco legislativo y políticas que pueden ser el andamiaje de la formulación de planes, programas y acciones concretas para incidir positivamente en los estilos de vida relacionados con la salud.

La primera parte de esta tesis busca enmarcar los aspectos teóricos y conceptuales de estilo de vida y vida saludable, para ello se ha desarrollado parte I marco teórico y conceptual que consta de seis capítulos. El primer capítulo se plantea las aproximaciones teóricas sobre qué se entiende por estilo de vida y como el concepto de salud es un elemento central para ver el papel de los determinantes de salud. Se consideran a los estilos de vida (EV) como el conjunto de patrones que estructuran la organización temporal, el sistema social de relaciones y las pautas de consumo y/o actividades (culturales y de ocio) de los sujetos. (Rodríguez-Suárez, 1999); es decir, el EV se refiere a patrones cognitivos, afectivos y comportamentales, estos pueden darse de manera individual y colectiva que muestran cierta consistencia en el tiempo bajo condiciones constantes y pueden constituirse en dimensiones de riesgo o de seguridad dependiendo de su naturaleza. (Organización Mundial de la Salud,

¹ Infecciones de Transmisión Sexual

1989) (Roth, 1990; Elliot, 1993; Rodríguez Marín, 1995). En la presente investigación se efectuó una revisión de la literatura acerca de los estilos de vida de jóvenes universitarios y los principales factores de riesgo para la salud por lo que permite observar que los adultos jóvenes en general tienden a adoptar conductas de riesgo como el sedentarismo, consumo de sustancias tóxicas, cigarrillos, alcohol entre otras (legales e ilegales) dietas nutricionales inadecuadas, prácticas sexuales de riesgo. Algunos actores atribuyen estas conductas de riesgo y estilo de vida poco saludable a las conexiones frágiles en esta población de adultos jóvenes con redes de apoyo familiares y centros educativos (Eaton, Kann, Collins, et al. 2007).

El segundo capítulo trata sobre el concepto de salud desde el modelo biologicista y la conceptualización de la Organización Mundial de la Salud. Se hace una definición del concepto de la salud, esta definición se vuelve compleja cuando se analiza desde los múltiples elementos que lo determinan. Se dan a conocer las distintas investigaciones que se han realizado en estudiantes universitarios en relación a los estilos de vida y salud alrededor del mundo con énfasis en América Latina y en especial en Guatemala y como estas son relacionadas con enfermedades no transmisibles y síndrome metabólico.

El tercer capítulo se desarrolla el Estilo de Vida en la Salud desde el enfoque de la sociología y aportaciones teóricas más relevantes en su análisis. El origen del término y los mayores desarrollos conceptuales se formulan en el campo de las ciencias sociales, para lo que los estilos de vida sean patrones de comportamiento grupales sobre los que la estructura social ejerce una influencia considerable. Se hace una conceptualización de las variables y dimensiones a analizar en las conductas de los estudiantes como lo es: el consumo de alcohol, tabaco, marihuana, conductas sexuales, consumos de alimentos y la actividad física, como también se presentan los daños que generan a la salud asociados a estilos de vida y como estas dimensiones pueden ser factores protectores o riesgo en la salud.

En el capítulo cuarto, se abordan tres niveles de información: a) El nivel Internacional, en salud conformado por acuerdos y convenios que dan las bases de la cooperación técnica internacional impulsado esencialmente con la conformación del Sistema de Naciones Unidas, entre ellos cabe resaltar el papel de la Oficina Panamericana de Salud; b) el nivel Regional creado en torno a Sistema de Integración Centroamericano y República Dominicana donde se conforma la Comisión de Ministros de Salud de Centroamérica la cual opera acciones concretas a través de la Secretaría Ejecutiva de la Comisión de Ministros de Salud de Centroamérica, en este marco regional se tienen programas e iniciativas de tipo político para mejorar la gestión desde una óptica de salud internacional; c) el nivel nacional genera las bases legales para el desarrollo de dos tipos de políticas vinculadas a la juventud por un lado, las de social en un marco declaraciones y convenios de tipo internacional bajo principios universales, por el otro lado, las de salud impulsadas desde el Ministerios de Salud Pública y Asistencia Social para generar la reglamentación en la entrega de servicios para la Juventud.

En la Parte II se presenta el Diseño Empírico del diseño de investigación, así como el análisis de los datos, conclusiones y discusión final. En concreto el capítulo quinto, contiene la propuesta metodológica de la tesis doctoral, se fundamenta en técnicas de investigación cualitativa, con una propuesta de investigación en tres niveles de ubicación de registros de datos: a) revisión de fuentes secundaria de información básicamente literatura gris y registro fotográfico de la población blanco relacionada con problemas de ECNT y hábitos de consumo de alcohol y tabaquismo; b) Discusión de grupo con estudiantes de los primeros tres años y; c) entrevistas individuales con líderes de opinión de distintos niveles en la toma de decisión en programas (los estudiantes, y autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas, Decano, Directores de Fase I, II y III, Coordinador de Unidad Apoyo y en la Universidad con el encargado de Desarrollo Estudiantil, Coordinador del Programa de Deportes, Directores y la máxima autoridad de la Universidad Rector académicos y servicios para estudiantes).

La información teórica permitió la construcción de las categorías que se analizan; son actividad física, consumo de drogas (lícitas e ilícitas), consumo de alimentos, prácticas sexuales sobre las cuales se fundamenta la intensión de un primer nivel de asignación de códigos, con el uso de la teoría fundamentada y el recurso del Software Atlas. Ti versión 8 que permite la construcción de una unidad hermenéutica para la sistematización e identificación de los códigos que emergen del análisis de los contenidos de los registros de la información de discusión de grupos y entrevistas individuales. Este nivel de análisis conforma un proceso cíclico que permite la ubicación de grupos de códigos y sub-grupos que permitieron integrar redes entre códigos con los cuales se hicieron los mapas mentales para la construcción de categorías que permitieron el análisis e interpretación de los resultados.

En el sexto capítulo se presenta una caracterización del país con base a datos de la población de la República de Guatemala, se hizo énfasis en la población en cuanto a las características demográficas, económicas, culturales y de salud de sus habitantes. También, se presenta una contextualización de la universidad de San Carlos de Guatemala en cuanto al perfil de salud de la población joven y estudiantes de esa casa de estudios. En la literatura gris se identifica que el Síndrome metabólico tiene un porcentaje alarmante en la población blanco de esta tesis doctoral.

En el capítulo séptimo se construyó con los datos recabados en las entrevistas en profundidad a los estudiantes de los tres primeros años de la carrera, utilizándose el análisis de contenido de forma grupal aplicado a los grupos ya mencionados con anterioridad. Las fases para la elaboración de las categorías de análisis de contenido empleada en el estudio fueron pre-análisis, formación del sistema categorial, codificación, recodificación de grupos y análisis e interpretación. Las categorías que se abordaron fueron descritas con los grupos focales. El análisis se elaboró basado los objetivos planteados en la investigación.

Para terminar con el capítulo octavo discusión y último capítulo con las conclusiones de elaboradas a partir de los resultados encontrados y se realizó sobre la base del referente teórico de los Estilos de Vida Saludables elaborado en el marco teórico de la tesis y por último el capítulo 9 se presentan las conclusiones finales y si realiza discusión en torno a las hipótesis planteadas.

Agradecimientos

Aprovecho este espacio para manifestar mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que han contribuido a la elaboración de esta tesis. En primer lugar, y muy especialmente, a mi directora, Dra. Nuria Rodríguez Ávila, por su guía y asesoramiento, por su constancia y comprensión en los momentos más difíciles en los que me acompaño.

También expreso mi gratitud a mi esposo Dr. Luis López Dávila, por haberme acompañado en el desarrollo de esta investigación, por su apoyo constante y por sus motivaciones en la realización de un proyecto de vida. A la Universidad de San Carlos de Guatemala, con especial agradecimiento a la Unidad de Relaciones Internacionales por considerar mi solicitud de beca y proponerme como candidata con el Convenio de Cooperación con la Fundación Carolina. A la Facultad de Ciencias Médicas por las licencias otorgadas en los momentos que lo solicite. A las Autoridades de la USAC, Directores y Coordinadores de Fase de la Facultad de Ciencias Médicas por su disposición y colaboración en las entrevistas. A la Unidad de Salud, por su disponibilidad y ayuda prestada en la logística de las entrevistas, con especial agradecimiento al Coordinador y Director de la Unidad. A los servidores de Salud y Deportes por su tiempo y colaboración, por último, pero no menos importante, sino por el contrario han sido la razón de ser de esta investigación a los estudiantes por su tiempo incondicional e interés por querer participar en esta investigación.

A mis hijos Andrea y Luis Alberto por darme el tiempo de familia para compenetrarme en la realización de este trabajo, como también agradezco la paciencia de nuestras conversaciones en torno a la investigación, sin importar si eran fiestas de fin de año, vacaciones escolares, laborales o celebraciones familiares.

Y a mis amigos de Barcelona por la hospitalidad brindada y calidez humana, que se aprecia tanto cuando estas lejos de tus seres queridos.

Introducción

Introducción

La salud ha sido una constante preocupación en todas las sociedades a lo largo de la historia, conformándose como un valor social y cultural constante para el conjunto de los seres humanos, en un plano individual y colectivo. El deseo de tener salud para el desarrollo de una vida plena ha constituido una de las metas más importantes de la Humanidad.

Esta tesis se focaliza en la importancia de la educación superior en Guatemala a nivel pública como el motor de transformación y desarrollo del país, entendiendo que es la base sustantiva para atenuar la desigualdad social. No obstante, pese a que la población universitaria representa un capital humano importante para la sociedad, en ocasiones la propia universidad carece de estrategias concretas que además de favorecer el desempeño académico y profesional de los estudiantes, apoyen el bienestar físico y mental de los estudiantes. En este sentido la educación universitaria está encaminada al desarrollo integral de la población estudiantil, crear conocimiento a través de la investigación y contribuir a la comunidad a través del servicio y la extensión (sociedad civil) *“Influir en los tomadores de decisión, actuar como catalizadores para el cambio motivan el dialogo local, regional y global sobre promoción de salud.* (Carta de Edmonton, III Congreso Internacional de Universidades Promotoras de Salud, 2005). Dentro de este contexto la Universidad de San Carlos de Guatemala, forma capital humano en el área de la salud para enfrentar los perfiles de salud en el ámbito internacional, regional y nacional.

En las últimas décadas las sociedades han experimentado cambios en materia de salud y los perfiles epidemiológicos que han ido cambiando con el paso del tiempo en todo el mundo. La región de las Américas se enfrenta actualmente a una epidemia silenciosa devastadora de enfermedades crónicas no transmisibles. (OPS, OMS, 2016). La mayoría de los países de América Latina se encuentran en una etapa de transición epidemiológica, y Guatemala no escapa a esta transición, la cual se caracteriza por el cambio de enfermedades transmisibles a las crónicas no transmisibles como fuentes principales de

morbilidad y mortalidad como también una transición nutricional, cambio de hábitos alimentarios tradicionales a uno alto en grasa saturada, azúcar y carbohidratos refinados y bajos en fibra dietética. Los cambios en las formas de vida están asociados al fenómeno de la globalización y la transculturización entre otros. Estos cambios están aconteciendo de forma acelerada en países en América Latina. (OPS, OMS, 2016)

En este estudio, consideramos a los estilos de vida saludable como el conjunto de comportamientos que se realizan de forma frecuente por el individuo o un conjunto de personas en un periodo de vida y que se encuentran en las mismas circunstancias. Por ejemplo, una inadecuada nutrición, un alto nivel de sedentarismo, conductas sexuales de riesgo, el inicio en el consumo de drogas tanto lícitas e ilícitas, son algunas de las conductas destacables de esta etapa vital y que son tema de estudio y análisis en este trabajo.

El objetivo de la tesis es analizar el consumo de drogas lícitas e ilícitas, la actividad física, el consumo de alimentos y la conducta sexual que conforman los estilos de vida de los estudiantes de los primeros tres años de la Licenciatura de Ciencias Médicas y conocer la participación de políticas en salud que ofrece la universidad a sus estudiantes. Se ha pretendido ofrecer el desarrollo de conocimiento para entender la realidad y factibilidad de aplicación de medidas correctora en el marco de las políticas nacionales de tipo social y salud dirigidas al grupo etario de la juventud en el entorno Universitario como grupo importante de la población que accede a la educación superior del país por ser la única universidad pública.

Justificación de la investigación

La salud de una determinada población es el reflejo de desarrollo de una sociedad, la cual se visualiza por el grado de bienestar con la que se cuenta, visibles a través de indicadores como: esperanza de vida, morbilidad y mortalidad, entre otros (Frenk, 1992). El PNUD (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo), considera que tanto el bienestar como la calidad de vida de las personas, se constituyen en medidas que permiten determinar si tal desarrollo ha tenido éxito, para ello es fundamental el fomento de la capacidad humana y el aumento de la cantidad de logros que los individuos puedan alcanzar a lo largo de sus vidas (PNUD, 2011). Un aspecto que se ha comprobado que es factible de incidir en grupos sociales y su bienestar es la modificación de los estilos de vida relacionados con la salud.

Cuidar, promover y mantener la salud, son dimensiones importantes para evitar que los individuos se enfermen, se ha convertido en un objetivo mundial, basado en el principio de reconocer a la salud como un derecho humano fundamental básico e indispensable para el desarrollo económico y social (Declaración de Yakarta, 1997). Si bien la modernidad ha traído consigo logros y beneficios como resultado de los avances científicos, tecnológicos entre otros lo que propician que la sociedad experimente cambios importantes en los indicadores vinculados a salud. Estos han permitido un incremento en la esperanza de vida al nacer de la población mundial, también han significado la aparición de problemas de salud emergentes que son más difíciles de controlar que los que afectaban en décadas anteriores (UNESCO, 1997).

Sin embargo, debido a las condiciones desiguales de vida los beneficios no han llegado a todos de manera uniforme, tanto en los países centrales como periféricos y esto se visualiza en los perfiles de salud de cada nación (OMS, 2008). La comisión de los determinantes sociales de la salud de la OMS (Organización Mundial de la Salud), indica que para corregir dichas desigualdades se debe actuar sobre los Determinantes Sociales de la Salud, lo que nos refiere a los determinantes estructurales y las condicionantes de la salud

en su conjunto; sobre aquellos factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de individuos y poblaciones (OMS, 2008).

Los cambios producidos por las tendencias demográficas, la urbanización, la esperanza de vida, transición epidemiológica a nivel mundial, afecta también a los países periféricos, donde aún no se han resuelto los problemas de salud (enfermedades infectocontagiosas) propios de estos países en vías de desarrollo sino también, ya presentan ECNT (Enfermedades Crónicas no Transmisibles), que en América, ocasionan, el 78% de todas las muertes del total, generadas por hábitos de vida no saludables, los más reconocidos el sedentarismo, el tabaquismo, alimentación inadecuada, entre otros (Declaración de Yakarta, 1997). La carga mundial de enfermedades no transmisibles sigue en aumento, hacerle frente constituye uno de los principales desafíos para el siglo XXI (WHA, 2008).

La mitad de la ECNT son más frecuentes en los adultos mayores de setenta años y más, se observa un cambio en los grupos etarios en el perfil de salud, cada vez se inician a edades más tempranas, es decir, en la juventud (OPS/OMS, 2008). La población de 15 a 24 años de acuerdo a la clasificación de la ONU (Organización de la Naciones Unidas) la que comúnmente desarrolla, estilos de vida que implica conductas inadecuadas para la salud, entre ellas; el consumo de alcohol y tabaco, drogas, y otros comportamientos de riesgo para la salud (OMS, 1986).

En la región de las Américas las ECNT son la principal causa de morbilidad y están asociadas al 75% de todas las muertes (OMS, 2014). La OMS estima que, en el 2012, 5,1 millones de personas murieron de ECNT y dos millones pueden considerarse muertes prematuras (antes de cumplir los setenta años). Los Estados Miembros se comprometen con un Plano de Acción Global para prevención y control de ECNT 2013-2020 de OMS y con una meta global de reducir la mortalidad por ECNT (enfermedades cardiovasculares, cáncer,

diabetes, enfermedades respiratorias, estas enfermedades están vinculadas con los estilos de vida de una población.

Según la OMS, la mayoría de los jóvenes están sanos. Desde este punto de vista, no es una población en riesgo de enfermarse; sin embargo, mediante estadísticas y antecedentes, entregadas por la misma organización mundial, es posible constatar que cada año, mueren un gran número de jóvenes de 15 a 24 años por causas prevenibles.

PARTE I: MARCO TEÓRICO

Los comportamientos que se alejan de los hábitos y estilos de vida saludable, se relacionan con la inactividad física, la alimentación inadecuada, conducta sexual consumo de tabaco, alcohol, y otras drogas ilícitas, constituyen la causa principal de enfermedades crónicas no transmisibles tales como: la hipertensión, la enfermedad coronaria, la enfermedad cerebro vascular, la obesidad, la diabetes tipo 2 y el cáncer, entre otras. Estas enfermedades en países centrales y periféricos, imponen una carga de morbilidad-mortalidad, afectando seriamente la estabilidad económica de estos países. En los últimos años aumento la evidencia científica, alrededor del tema de hábitos de vida saludable y la prevención de enfermedades crónicas no trasmisibles. Este crecimiento de investigaciones demuestra la necesidad que tienen las sociedades de generar cambios de comportamiento en los hábitos de vida, con el objetivo de mejorar el bienestar y calidad de vida a través de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

En los siguientes capítulos analizamos el interés del tema y los enmarcamos en las distintas investigaciones realizadas a nivel internacional y nacional en el tema de los Estilos de Vida relacionados con la Salud en estudiantes universitarios: Se han encontrado numerosas investigaciones y con información bastante heterogéneas en el ámbito internacional y nacional. Lo que resulta ser interesante es que muchas de ellas indican que los estudiantes tienen conducta de riesgo en la salud y son propensos a desarrollar enfermedades crónicas no trasmisibles.

El interés por el estudio de los estilos de vida saludables tiene su punto más álgido en la década de los ochenta, el concepto de estilo de vida no constituye un ámbito de estudio nuevo. Por el contrario, desde hace ya mucho tiempo este concepto es un tema de estudio abordado por disciplinas como la sociología y psicología y menos tiempo por la antropología, la medicina y la psicología de la salud. En general, desde todas estas orientaciones se entiende el estilo de vida como "la forma de vida de las personas o de los grupos" en determinado contexto (Pastor, 1999).

La parte teórica tiene una estructura de cuatro capítulos: el primero se construye aproximación teórica a Estilos de Vida y Salud, que se define como “*el conjunto de patrones de conducta que caracterizan la manera general de vivir de un individuo o grupo*”. Analizamos el papel de la salud pública y sus determinantes en la salud; desde el planteamiento del Modelo de Lalonde de la Promoción de la Salud, compuesto por cuatro elementos; que son el aspecto de la biología humana, el medio ambiente, los estilos de vida y la organización de la salud. A su vez se desarrolla otro apartado en este mismo capítulo de Jóvenes y estilos de vida donde se explora las investigaciones realizadas en distintas universidades en los últimos años en torno a la temática sobre estilos de vida en jóvenes universitarios, lo que permite deducir que los adultos jóvenes parecen encaminarse a los estilos de vida no saludables. Como también, se presentan los resultados que se encuentra en la literatura sobre los jóvenes universitarios lo que nos indica que es una población vulnerable, con mayores problemas con respecto a la población general, situando los como un grupo sensible, situación preocupante si se considera que este grupo existen personas que poseen los conocimientos necesarios para llevar a cabo adecuadas conductas pero que, aparentemente no perciben el riesgo, de acuerdo a la opinión de investigadores quienes menos conductas saludables proyectan.

Capítulo 1. Aproximación teórica a estilos de vida y salud

La promoción de la salud como estrategia de la nueva salud pública surge como resultado de un importante cambio en el concepto y la teoría de la salud pública. En Ottawa, Canadá, se celebró en 1986 la primera conferencia internacional de la promoción de la salud, que dio lugar a lo que hoy se conoce como la " Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud". En esta se llega a una definición consensuada de promoción de salud: *El proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y, en consecuencia, mejorarla. Se entiende por determinantes al conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que condicionan el estado de salud de los individuos o poblaciones.* (OPS/OMS, 2006). La Promoción de la Salud va más allá de la transmisión de contenidos e incorpora los objetivos de fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos y de modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de disminuir su impacto negativo en la salud individual y de la comunidad. Para conseguir dicha finalidad, la promoción de la salud utiliza una estrategia de trabajo, la educación para la salud (OPS, OMS, 2006). Es un proceso mediante el cual las personas, familias y comunidades logran mejorar su nivel de salud al asumir un mayor control sobre sí mismas. Se incluyen las acciones de educación, prevención y fomento de salud, donde la población actúa coordinadamente en favor de políticas, sistemas y estilos de vida saludables, por medio de la abogacía, empoderamiento y construcción de un sistema de soporte social que le permita vivir más sanamente. (OPS/ OMS, 2006).

1.1. La salud pública y los determinantes de salud

Los aspectos más relevantes en el estilo de vida está el trabajo de Marc Lalonde de Laframboise, que fue ministro de sanidad canadiense, quien expuso el modelo de los determinantes de la salud en el documento titulado "*Nuevas Perspectivas de la Salud de los canadienses*" 1974, en donde se define un marco conceptual para el análisis de la situación de salud y la gestión sanitaria. El estudio de Lalonde se ha convertido en un clásico de la salud pública y ha servido

como base de nuevos planteamientos en políticas sanitarias al establecer una relación directa entre los determinantes de la salud y la utilización de los recursos. Consta que los recursos no se empleaban de acuerdo a las causas que determina realmente la salud de la población.

El modelo de Lalonde tiene como factores condicionantes de la salud de la población, a cuatro grandes dimensiones, denominadas campos de la salud: la biología humana, el ambiente, los estilos de vida y la organización de los sistemas de salud (ver Figura 1). Lalonde valora la adecuación de gastos sanitarios y los distintos determinantes de salud señalando lo inadecuado de su reparto y siendo el punto de partida para los estudios de diferentes autores que tratan de identificar y cuantificar los factores que condicionan, aumentando o disminuyendo la salud. Para Lalonde, el nivel de salud de una comunidad estaría influido por 4 grandes grupos de determinantes (Lalonde, 1974).

Figura No. 1.
Factores condicionantes de la salud en la población a cuatro dimensiones



Fuente: modificado a partir de OMS, 2007.

Según Lalonde los estilos de vida y conductas de salud tienen en cuenta el consumo de drogas, vida sedentaria, alimentación, estrés, conducción peligrosa, mala utilización de los servicios sanitarios. Los aspectos de biología humana tienen en cuenta la constitución, carga genética, desarrollo y envejecimiento. Otro de los aspectos que se deben tener en cuenta es el medio ambiente en el que se consideran contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural. Por último, el Sistema de asistencia sanitaria por lo que se refiere en cuanto a la mala utilización de recursos, sucesos adversos producidos por la asistencia sanitaria, listas de espera excesivas, burocratización de la asistencia (Lalonde, 1974).

El estilo de vida, el cual entra en interacción tanto con los factores biológicos, como los medioambientales y, con los servidores de salud, para dar como resultado de un determinado estado del proceso salud-enfermedad, estado que puede ubicarse en un extremo próximo al de la salud positiva (no al del inexistente completo bienestar), o el otro, al de muerte prematura no al de la necesaria muerte (Terris, 1980). En este contexto, el estilo de vida se refiere al conjunto de hábitos de comportamientos que constituyen factores de protección para la salud, o factores de riesgo de enfermedad. El glosario sobre la promoción de la salud elaborado por Nutbeam conceptualiza el estilo de vida como un término que se utiliza para designar la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida en su sentido más completo, y las pautas individuales de conducta, determinadas por factores socioculturales y características personales. (Restrepo, 2001). La promoción de la salud se conceptualiza como el fomento de los hábitos que protegen y mejoran la salud, mientras que la prevención se refiere a la modificación de los hábitos que constituyen riesgos de enfermedad o de disfunción en general.

En 1948 se constituye la Organización Mundial de la Salud (OMS) que es la encargada de definir el término de *estilos de vida saludable* como una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificable determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de mortalidad, morbilidad y discapacidad, promover

estilos de vida saludable y reducir los riesgos para la salud. Se reconoce de esta manera que la salud es producto, en primer lugar, del estilo de vida y luego de lo biológico, lo ambiental y los sistemas de cuidado de salud respectivamente (OMS, 1986).

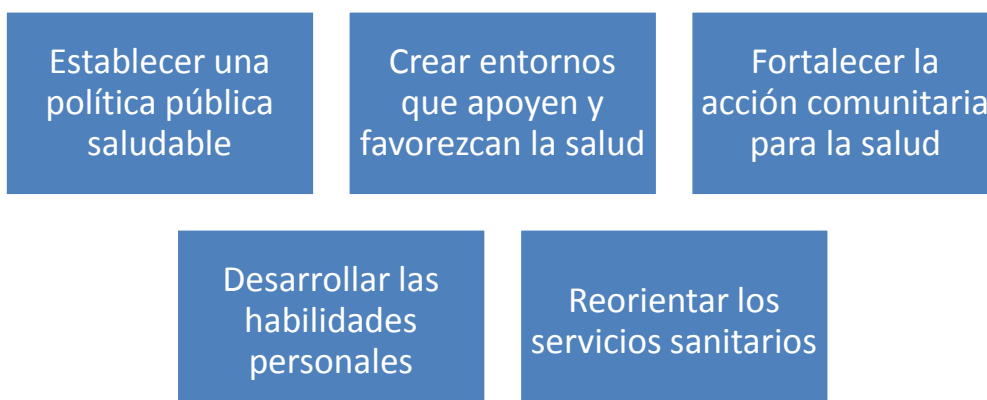
A principios de los 80, se introduce progresivamente en el estudio de los estilos de vida saludable los modelos psicosociales. Desde este enfoque psicosocial destacan los esfuerzos de la OMS para impulsar el estudio de los estilos de vida saludables en la adolescencia, a como para distinguir e integrar los términos de estilos de vida como una forma general de vida. Basado en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por los factores socioculturales y las características personales (OMS, 1986). Es en este marco donde se plantea que el estilo de vida saludable forma parte del estilo de vida general.

En la década de los 90, los esfuerzos de los investigadores se dirigen al intento de conceptualizar el significado del concepto de estilos de vida saludable. Aunque no hay una definición consensuada los autores coinciden al afirmar que los estilos de vida saludables están constituidos por patrones de conductas relacionadas con la salud (Elliot, 1993; Cockerham, 2002). Estas conductas que forman parte del estilo de vida saludable se caracterizan porque son observables, constituyen hábitos, es decir son recurrentes a lo largo del tiempo, bajo condiciones más o menos constantes y poseen consecuencias para la salud (Roth, 1990; Elliot, 1993; Rodríguez Marín, 1995). En las definiciones operacionales se suelen incluir tanto aquellos comportamientos que implican un riesgo para la salud como aquellos comportamientos que realzan la salud (Elliot, 1993). De esta manera por conducta de salud se comprende toda actividad emprendida por un individuo con el objeto de mantener o mejorar su salud, su bienestar y su apariencia física reduciendo su vulnerabilidad, su deterioro biológico y alargando su esperanza de vida con calidad (Cockerham, 2002). Las conductas de salud son producto de dimensiones personales, ambientales y sociales que emergen no sólo del presente, sino también de la historia personal del sujeto (Arrivillaga et. al., 2003). Se refiere a formas cotidianas de vivir que se

aplican para las distintas esferas de funcionamiento del campo vital de un individuo, satisfaciendo adecuadamente las propias necesidades y optimizando su calidad de vida, en función de sus posibilidades.

La Promoción de Salud constituye un proceso político y social de carácter global que comprende acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades individuales, y también aquellas dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de disminuir su impacto. La promoción de la salud es el proceso de empoderar a las personas para que aumenten el control sobre su salud. Para alcanzar un estado de completo bienestar físico, mental y social, las personas deben poder identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer necesidades y cambiar, conservar y coexistir con el ambiente. La promoción de la salud trasciende las acciones del sistema de salud, y debe ser parte de la agenda política de todos los sectores a todos los niveles privados y públicos. La participación de la comunidad es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud, en cualquier ámbito. A fin de facilitar la puesta en marcha de estas estrategias, se recomienda cinco áreas de acción prioritarias (OPS, 2000).

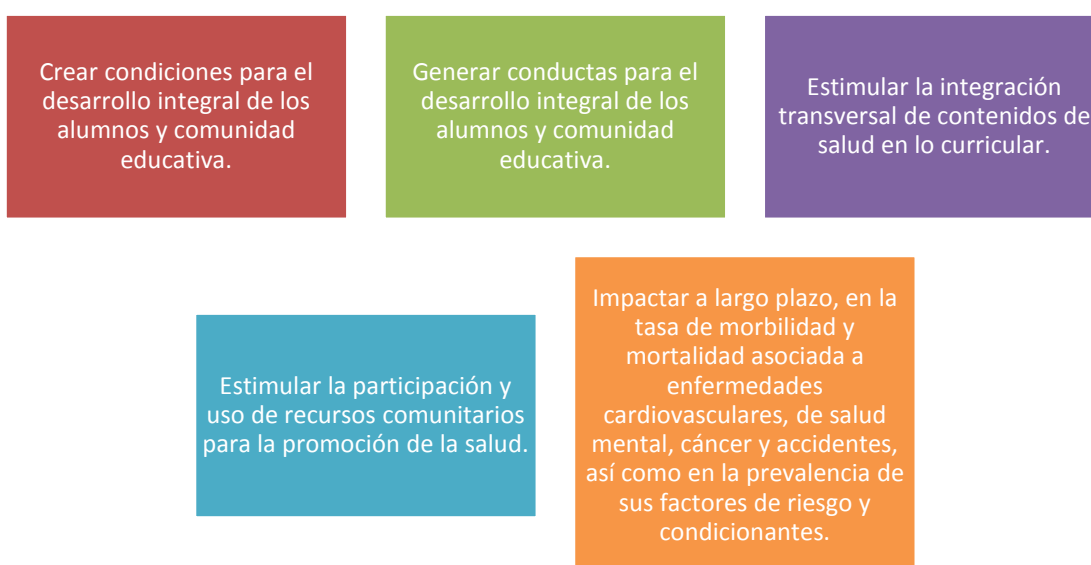
Figura No. 2.
Acciones prioritarias de la OPS



Fuente: modificado a partir de OMS, 2007

A comienzos de la década de los años 90, la OPS propició la construcción de espacios saludables y desarrolló estrategias para lograr este propósito. La implementación de la estrategia de establecimientos de educación promotores de la salud desde el nivel pre-escolar, educación básica y media se inscribe en los planes comunales de promoción (OPS, 1998). Una escuela promotora de salud es un centro donde la comunidad educativa desarrolla conocimientos, habilidades, destrezas y responsabilidad en el cuidado de la salud personal, familiar y comunitaria. La siguiente figura presenta los objetivos para la promoción de la salud desde la óptica de la OPS (OPS, 1998).

Figura No. 3.
Objetivos de la promoción de la salud desde 1998



Fuente: modificado a partir de OPS, 1998.

En el 2002, la 26ª. Conferencia Sanitaria Panamericana reconoció que las enfermedades crónicas no transmisibles son la causa principal de muerte prematura y morbilidad en América Latina y el Caribe. La OPS señala que las enfermedades tienen efectos devastadores para las personas, las familias y las comunidades, especialmente en la población pobre, y constituye un obstáculo cada vez mayor para el desarrollo económico, social de millones de personas.

1.2. Los objetivos de desarrollo del milenio de Naciones Unidas

Los ODM (Objetivos de Desarrollo del Milenio) surgen en el marco del SNU (Sistema de las Naciones Unidas) que se origina a partir de la promulgación de la Carta de las Naciones Unidas y la Declaración Universal de Derechos Humanos, en 1945-1948. En el período 1965-1966, se promulga el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales que establece un mecanismo para la protección y garantía de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas también considera los derechos laborales, a la salud, educación y un nivel de vida adecuado. (SEGEPLAN, 2015).

En década de los años 90, las ONU (Organización de Naciones Unidas) organiza la realización de conferencias y cumbres relativas a los siguientes temas: infancia, educación, medio ambiente, desarrollo, mujer trabajo infantil, población y desarrollo humano. El producto de esas reuniones culmina con la declaración del Milenio en el año 2000, con la consecuente aprobación de los ODM, con una vigencia para el año 2015. En este sentido el gobierno de Guatemala se adhiere a la firma del cumplimiento de los ODM en septiembre del año 2000, con el objetivo de construir un mundo diferente para el 2015. Como de la Declaración del Milenio establece un acuerdo global para la reducción de las inequidades y las vulnerabilidades que limitan las posibilidades de una vida digna a millones de personas alrededor del mundo.

Los ODM constituyen un conjunto de ocho objetivos los cuales se desagregan en metas e indicadores. El desarrollo de las acciones en torno a los ODM en el periodo del 2000 al 2015 procura mejorar los indicadores para coadyuvar a reducir la pobreza y la desigualdad en los países en particular y a nivel mundial, en general. La agenda considera los temas de pobreza (ingreso o consumo), hambre, empleo, educación, igualdad de género, salud, medio ambiente y cooperación para el desarrollo. A nivel nacional se da seguimiento por medio de 20 metas y 66 indicadores. De las 21 metas y los 70 indicadores que plantea las Naciones Unidas, 60 forma parte del listado oficial, los cuales se consensuaron con los diferentes actores de la sociedad guatemalteca (SEGEPLAN, 2015).

Tabla No. 1.
Objetivos de desarrollo del milenio (ODM)

Objetivo	2000-2015 ONU
No. 1	Erradicar la pobreza extrema y el hambre
No. 2	Lograr la enseñanza primaria universal
No. 3	Promover la igualdad entre los sexos y el empoderamiento de las mujeres
No. 4	Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años
No. 5	Mejorar la salud materna
No. 6	Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades
No. 7	Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente
No. 8	Fomentar una alianza mundial para el desarrollo

Fuente: tomados de los Objetivos del Desarrollo Milenio ONU, (2016).

Los retos de los ODM para la agenda de gobierno de Guatemala entre el año 2000 al 2015 se constituye en un marco de seguimiento el cual se aprecia en los informes de gobierno relacionados con los ODM. Las condiciones de desigualdad social, económicas y culturales son el escenario de contexto en el cual los ODM no alcanzan las metas deseadas (SEGEPLAN, 2016). El progreso alcanzado con los ODM es sustancial. Para 2015, el mundo ya se cumple el primer objetivo, consistente en reducir las tasas mundiales de pobreza extrema y hambre a la mitad. Sin embargo, el alcance de los logros es desigual. En enero de 2016, los ODM son reemplazados por la nueva agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, aprobada en septiembre de 2015 por 193 Estados Miembros de Naciones Unidas, tras un proceso consultivo mundial sin precedentes de más de tres años. La nueva agenda está enfocada en la construcción “*de un mundo sostenible en el que se valoren de igual manera la sostenibilidad del medio ambiente, la inclusión social y el desarrollo económico*”

(SEGEPLAN, 2015). El Fondo ODM contribuye directa e indirectamente al logro de los ODM con una visión inclusiva e integral. Esta visión, inspirado por la Declaración del Milenio y su énfasis en considerar el desarrollo como un derecho, centra su atención de manera específica en los grupos tradicionalmente marginados, como las minorías étnicas, los pueblos indígenas y las mujeres. (SEGEPLAN, 2015).

1.3. Los objetivos de desarrollo sostenible

Los objetivos del (ODS) Desarrollo Sostenible también conocidos como Objetivos Mundiales, tratan de llamar la atención al carácter universal en el amparo de medidas para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que las personas gocen de paz y prosperidad. Estos diecisiete objetivos se basan en los logros de los objetivos de Desarrollo del Milenio, aunque incluyen nuevas esferas como el camino climático, la desigualdad económica, la innovación, el consumo sostenible y la paz y la justicia, entre otras prioridades (Ver tabla 2).

En Guatemala los objetivos forman parte de la agenda que se trabaja a nivel nacional y aspectos relacionados con la salud son de interés, enmarcados en dicha agenda en el objetivo No. 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. En una entrevista de prensa realizada a la coordinadora residente del sistema de la ONU en Guatemala, Valeria Julliland, indicó que son 17 metas construidas de tal manera que están interrelacionadas, y el objetivo es seguir la lucha contra la pobreza (Hernández, 2015).

Tabla No. 2.
ODS (Objetivos de Desarrollo Sostenible), ONU

Objetivo (ODS)	2016-2030 ONU
No. 1	Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo
No. 2	Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición, y promover la agricultura sostenible
No. 3	Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades
No. 4	Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos
No. 5	Lograr la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de todas las mujeres y niñas
No. 6	Garantizar la disponibilidad de agua y su ordenación sostenible y el saneamiento para todos
No. 7	Garantizar el acceso a una energía asequible, segura, sostenible y moderna para todos
No. 8	Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos
No. 9	Construir infraestructura resiliente, promover la industrialización inclusiva y sostenible y fomentar la innovación
No. 10	Reducir la desigualdad en y entre los países
No. 11	Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles
No. 12	Garantizar modalidades de consumo y producción sostenibles
No. 13	Adoptar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos
No. 14	Conservar y utilizar en forma sostenible los océanos, los mares y los recursos marinos para el desarrollo sostenible.
No. 15	Proteger, restablecer y promover el uso sostenible de los ecosistemas terrestres, efectuar una ordenación sostenible de los bosques, luchar contra la desertificación, detener y revertir la degradación de las tierras y poner freno a la pérdida de la diversidad biológica
No. 16	Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles
No. 17	Fortalecer los medios de ejecución y revitalizar la alianza mundial para el desarrollo sostenible.

Fuente: Tomados en base de los Objetivos del Desarrollo Sostenibles de ONU, (2016)

“Aquí se busca un desarrollo que sea mucho más equilibrado y sostenible. Equilibrado en el sentido de reducir las desigualdades que hay; no solo hablamos de pobreza, hambre, salud y educación. Los objetivos de desarrollo sostenible hablan del bienestar, del buen vivir, hablan de una armonía que debe existir, una armonía que hace, por ejemplo, que se pueda organizar el desarrollo sin agotar los recursos naturales”, Informó en Guatemala la Diplomática Julliard” (Hernández, 2016, s/p)

Según la diplomática, dichas metas no han sido cumplidas

“el 60 por ciento de las metas del milenio no se han cumplido, por lo que para el país los objetivos de desarrollo sostenible son un desafío importante, donde primero habrá que sacar las lecciones de por qué no se lograron los del milenio e ir adelante con un plan muy elaborado donde debe haber un conjunto de recursos, de voluntad política, pero también la participación de todos los sectores de la sociedad.” (Hernández, 2016, s/p).

“No solo la falta de recursos y de voluntad política es lo que ha afectado en Guatemala y en cualquier país donde no se han cumplido las metas del milenio”, expuso Julliard. (Hernández, 2016, s/p)

Guatemala como Estado parte del Sistema de Naciones Unidas –ONU-, asume compromisos de los Objetivos del Desarrollo Sostenible. Por tanto, para dar respuesta a estas problemáticas sociales, en la Política se definen dos objetivos a ser alcanzados a corto, mediano y largo plazo. El Derecho a la Salud de todas las y las ciudadanas/os en Guatemala, es uno de los Derechos Humanos Universales que el Estado debe garantizar. Para el efecto se cuenta con una plataforma de Políticas Públicas vigentes e instrumentos nacionales e internacionales donde se incluye a la Política de Desarrollo Social y Población como el instrumento que orienta las intervenciones de los sectores público y

privado e instituciones estatales, hacia el logro del bienestar de las personas y mejoramiento de las condiciones de vida.

Figura No. 4.

Objetivo del Desarrollo Sostenible

Prioridades en Guatemala a reducir

Mediano Plazo	<ul style="list-style-type: none">•15 % la mortalidad materna.•10 % la mortalidad infantil.
Largo Plazo	<ul style="list-style-type: none">•20 % las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA.
Preeminencia Acuerdo Internacional	<ul style="list-style-type: none">•Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida-Sida

Fuente: tomado en base a informe de SEGEPLAN, 2016

1.4. Jóvenes y estilos de vida

A continuación, nos centramos en como las evidencias científicas realizadas en diferentes universidades de América Latina y otros países del mundo en las que se estudian las conductas y/o hábitos que la población de estudiantes de nivel universitaria presenta respecto a los Estilos de Vida relacionado con la salud. Múltiples investigaciones confirman que los jóvenes no advierten el riesgo a la salud como cercano, o se perciben como invulnerables a la misma y por tanto presentan conductas insanas que afectan la salud a corto, mediano o largo plazo, (Ribeiro-Rodríguez y Montero, 2006).

En un estudio cualitativo para evaluar el concepto de salud, en el que se analiza el auto cuidado de salud y creencias sobre riesgo en la población estudiante de la Universidad de Mendizábal y en la juventud en general, concluye que para los jóvenes la salud se constituye en un *“lugar de paso y hallazgo temporal, no en*

un fin buscado", en el cual la exposición al riesgo contribuye a la generación de un entorno propicio para el consumo de drogas y las prácticas sexuales sin mayor protección en búsqueda del placer del momento, sin pensar en las repercusiones a corto, mediano o largo plazo. Según otros actores exponerse al riesgo coincide con las características propias del grupo poblacional de estudiantes universitarios en el contexto actual (Núñez-Rojas, 2004). Otra investigación sobre estilos de vida y salud en estudiantes de psicología publicado en el 2010, en Colombia concluyó para esta población universitaria los mayores riesgos para la salud detectados se relacionan con la salud sexual y reproductiva el sedentarismo, hábitos alimenticios, consumo de tabaco y alcohol (Castaño Castrillón y Paéz Cala, 2013). Para Hernández- Tezoquina en su trabajo confirman como la educación formal ofertada a los profesionales de la salud no influye de manera determinante en el auto cuidado personal de los jóvenes universitarios, dado que inciden en más prácticas de riesgo de para la salud, en comparación con profesionales de otras áreas (Hernández -Tezoquina, 2003).

El trabajo de Rimpela mantiene que los médicos no emplean sus conocimientos y habilidades en salud para reducir las tasas de mortalidad y riesgos ocupacionales a los que se encuentran expuestos y presentan mayores porcentajes de tabaquismo y suicidio (Rimpela y Nurminen, 1987) (Gómez y Grimaldi, 1998). También reporta en investigaciones a los profesionales de salud altos indicadores de agotamiento emocional (Aranda, 2005). Para Lemus y Fidalgo al analizar las actitudes, riesgos de personalidad y conductas de riesgo en estudiantes universitarios en Oviedo, encuentran que en un porcentaje alto los estudiantes presentan estilos de vida adecuados, aunque con diferencias significativas según la carrera: los estudiantes de letras (Fisiología, Geografía e Historia) presentan estilos de vida menos saludables, seguidos por las Ciencias Sociales, sin diferencias significativas entre sí. De igual manera encuentran un escaso valor predictivo de los rasgos de personalidad sobre las conductas y actitudes en salud. (Lemus-Giraldez, 1993).

En el estudio de Eaton se realiza un análisis la frecuencia de indicadores de salud, comportamientos de riesgo en salud y comportamientos saludables en

una población de 16,925 adultos jóvenes de los Estados Unidos entre 18 y 24 años. Se encuentra un nivel bajo en salud que los investigadores asocia con la débil conexión entre los adolescentes y adultos jóvenes con instituciones de apoyo, como la familia, el colegio, etc. (Eaton, Kann, Okoro y Collins, 2003).

En el caso de Colombia hemos podido consultar una investigación efectuada en el 2002 con 4.416 jóvenes y adultos de las diferentes facultades de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali, mediante muestreo estratificado con 754 estudiantes, reportan incongruencias entre creencias saludables que contrastan con prácticas poco saludables, en su mayoría de las dimensiones de estilos de vida de los universitarios. Evidencian como la conservación y recuperación de la salud esta mediada por procesos psicosociales como el aprendizaje, la cognición, la motivación y la emoción, según los entornos donde se desarrollan las conductas saludables o no saludables, como son el ciclo de vida personal, igual que el contexto físico y social (Arrivillaga y Salazar, 2003).

Otra de las variables relevantes en los estudios sobre la salud y comportamiento de riesgo es el estrés académico la cual es una variable importante a considerar, por sus implicaciones en el grado de ansiedad que conlleva a los estudiantes al consumo de tabaco, cafeína, fármacos, alteraciones en sueño y la ingesta de alimentos (Monzón, 2004).

Un estudio realizado en Brasil en estudiantes universitarios y su asociación con el hábito de fumar; identifica que el sedentarismo se presenta en fumadores y no fumadores en la misma proporción, sin que exista asociación entre estos dos factores. Algunos estudios refieren que los adolescentes fumadores que practican deportes fuman menos que los sedentarios. En este estudio con universitarios brasileños, los individuos mayores de 25 años presentan mayores tasas de sedentarismo y tabaquismo. (Ribeiro-Rodríguez, Cheik y Mayer, 2008)

Para el caso de Chile hemos podido encontrar un estudio realizado por la universidad de Chile en el que se confirma alta prevalencia de sedentarismo y tabaquismo, con cifras de 60.8% y del 46.1% respectivamente en una muestra

de 301 estudiantes entre 18 y 25 años con síntomas de enfermedad cardiovascular, que cursa primero y cuarto año de las carreras de la Universidad de Concepción; lo que se constituye en factores de riesgo cardiovascular para la vida adulta. De igual manera reportan un mayor consumo de tabaco en mujeres 49.8% y los hombres 42.3%, para la inactividad física son mayores en las mujeres 73.7% y los hombres 47.8 y a la vez se confirma que el sedentarismo se incrementa con la edad. (Chiang-Salgado, Casanueva, y Cid, 1999)

Algunas investigaciones refieren que los universitarios con estilos de vida activos presentan beneficios psicológicos (Mcinnis, y Franklin, 2003). Lo que se deriva en un bienestar general y previenen diversas enfermedades. Sin embargo los escenarios universitarios al parecer no promueven la práctica deportiva según resultados encontrados en una universidad de Colombia, concluye que a medida que se incrementan el tiempo de permanencia de los estudiantes de ambos géneros entre 16 y 24 años de edad en la universidad, disminuye la práctica de actividad física y sus estilos de vida se vuelven sedentarios, a pesar de tener una alta conciencia sobre los beneficios de un estilo de vida activo y los riesgos del sedentarismo para la salud (Jacoby y Neiman, 2003).

En el año 2009 se realizó un estudio sobre estilos de vida, en estudiantes de diversos programas del área de la salud, residentes en Bucaramanga; quienes identificaron incongruencias entre las creencias y las motivaciones frente a las prácticas saludables, con lo que llegaron a conclusiones semejantes a las investigaciones anteriores donde concluían; ni el conocimiento, creencias acertadas, ni las motivaciones sobre la salud, son suficientes para la adopción de conductas saludables. Por lo que sugieren estudios que profundicen en estas inconsistencias (Arguello, et al. 2009).

Un estudio trasnacional con el objeto de evaluar la conducta sexual de riesgo con 17,761 jóvenes de secundaria entre 13 y 15 años de edad, efectuados en seis países europeos: Finlandia, Lituania, República Checa, Ucrania, Groenlandia y España, calculan un 56% de comportamiento sida-riesgosos. (Zaborskis et al., 2007).

Otro estudio de universidad analizando las prácticas sexuales en Colombia en el año de 2008 con estudiantes de Psicología y Medicina, identifica que, a pesar de ser estudiantes del área de la salud con mayor conocimiento sobre riesgos y protección, obtuvieron ambas facultades con altos indicadores de riesgo, es decir no se protegen o esta protección no se da siempre. El 94.9% estudiantes de Medicina y el 87.2% se protegen contra embarazos, esta práctica sólo se aplica siempre en el 82% de Medicina y el 79.5% de Psicología, cifra muy cercana para ambas facultades. Contra ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual), se protegen cerca del 80.7% de estudiantes de medicina y el 65% estudiantes de Psicología (Castaño y Páez, 2010).

Se realiza un estudio en Argentina, donde el objetivo es determinar la prevalencia del tabaquismo en estudiantes de la Facultad de Medicina Universidad Nacional de Nordeste, así como las opiniones con respecto a la nueva ley de restricción de tabaco, determinar la edad de inicio de hábito y comparar los resultados con los obtenidos en otras investigaciones donde se reporta lo siguiente; el 100% de los encuestados reconoce que el consumo de tabaco es perjudicial para la salud. El 59.7% de los no fumadores se consideran fumadores pasivos y un 93% de los no fumadores reconocen que es perjudicial para la salud. (Cordini, Cohen, Santa Cruz y Cook, 2007).

En relación a las medidas legislativas de carácter restrictivo con respecto al tabaco un 72,75% está de acuerdo siendo más evidente en los no fumadores 62,25%. El 81,25% cree que es el médico el que debería convencer a la gente a que deje de fumar y un 72,25% cree que debería dar el ejemplo. En esta investigación concluyó que la prevalencia de jóvenes fumadores en su medio es muy importante a pesar de que el 100% tiene conciencia de que es perjudicial para la salud (Cordini et al. 2007).

Un estudio de patrones alimenticios asociados al Síndrome Metabólico realizado en mujeres de Teherán reportó que la dieta occidental, caracterizada por la ingesta de carnes procesadas, granos refinados, productos lácteos, comida frita

y bebidas altamente azucaradas; representa riesgo considerablemente alto para padecer Síndrome Metabólico ya que aumenta la resistencia periférica a la insulina (Esmalizadeh, Kimiagar, et al., 2007).

Un estudio de Dussailant de patrón alimenticio realizado con población adulta de ambos sexos en Chile describió que la población chilena presenta un consumo bajo de frutas, verduras y cereales integrales, secundario a que Latinoamérica ha comenzado a adoptar, con más frecuencia, la dieta occidental. En este estudio también se reportó que el (IDS) Índice de Alimentación Saludable muestra cómo una dieta saludable se asocia inversamente con la prevalencia de Síndrome Metabólico (Dussailant y, Echeverría, 2015).

Con relación a las universidades de América Latina al Síndrome Metabólico reportan que los profesionales y estudiantes del área de la salud no están exentos de padecer Síndrome Metabólico. En la Universidad Nacional Autónoma de México -UNAM- se encuentra una prevalencia de Síndrome Metabólico en los estudiantes con 14.4%, investigación realizada en el 2012. (Wong, Gregg, Barceló y Lee, 2015).

En la Universidad Central de Ecuador se realiza un estudio con la población estudiantil de la facultad de Ciencias Médicas, en las edades comprendidas de 17 y 25 años quienes presentan una prevalencia de Síndrome Metabólico de 7.58%. Lo que supone uno de cada tres estudiantes se ven afectados por este síndrome. Este estudio utiliza los criterios propuestos por la International Diabetes Federation para clasificar a los estudiantes que padecen o no de este síndrome. Así también, se estudia los factores de riesgo que pueden estar implicados en el apareamiento temprano del mismo. Entre ellos el consumo de tabaco y la realización de actividad física, se reporta que más del 50% de la población no realiza actividad física significativa. (Cerdeira, Vargas, Cruz, Montreal y Ardillas 2009).

Otros estudios evidencian que los estudiantes que ingresan a la Universidad presentan una tendencia a adoptar malos hábitos alimenticios y sedentarismo,

lo que se ve agravado por un estilo de vida caracterizado por el estrés y las cargas de horario que dan como consecuencia el consumo de comidas rápidas poco nutritivas, irregularidad en las horas de comida y la falta de tiempo para realizar ejercicio físico dando como resultado el desarrollo de sobrepeso, obesidad y los componentes del Síndrome Metabólico. (Ruano, Melo, Mogrovejo, De Paula y Espinoza 2015).

En América Latina se enfrenta a cambios demográficos y transiciones nutricionales rápidas, y en cuanto a su perfil de salud que manifiestan cambios importantes en los estilos de vida. Se evidencia más alta prevalencia de síndrome metabólico, en los países de Latinoamérica, que en los países desarrollados del mundo (Díaz, 2016). Investigaciones en distintos países donde se indica que el estudiante de medicina presenta un inadecuado estilo de vida, entre algunos de ellos; el sedentarismo, denota un estilo de vida inadecuado para la salud (Contreras, et al., 2009).

Los países donde se han trabajado temas relacionados con los estilos de vida desde el análisis de los factores de riesgo son; Chile, Cuba, Colombia y México e indican lo siguiente: Los estudiantes universitarios se encuentran expuestos a una serie de factores que los predisponen a adoptar conductas nocivas para la salud y aumentar el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles en la vida adulta (Ramos, de León, Aragón, 2015).

El estilo de vida tiene una representación importante en el estado de la salud pública de una población ya que se considera que un tercio de las enfermedades en el mundo pueden prevenirse mediante cambios en el comportamiento y modificaciones en el estilo de vida. Si bien es cierto que los estilos de vida de cada persona se establecen en la infancia, al interior de la familia y se comienzan a moldear desde entonces de acuerdo a los comportamientos familiares y las influencias directas de las costumbres y actitudes del grupo social al que se pertenece, es en la adolescencia en donde el sujeto comienza a ejercer su autodeterminación, configurando su estilo de vida (Herman y Fernández, 2004).

El ingreso universitario suele coincidir con el final de la adolescencia y el paso a la edad adulta. Y por ello aún en esta etapa hay cambios fisiológicos y psicológicos característicos de la adolescencia tardía (Magdaleno, 1995). Principalmente los universitarios más jóvenes que están en proceso anabólico de crecimiento y de reposición de nutrientes en las estructuras corporales, y con unos requerimientos mayores que en el resto de las etapas de la vida lo que puede influir en su estado nutricional por cualquier afectación o alteración en el patrón de dieta y estilo de vida. A los cambios propios de la adolescencia y como se ha menciona en el adulto joven que modifica sus hábitos alimentarios debido al ingreso a la vida universitaria y el alejamiento del entorno familiar (Herman y Fernández, 2004).

En el campo de la salud del adolescente y del joven, los estilos de vida aparecen con problemas sociales de gran relevancia. Por ejemplo, embarazos por VIH/SIDA y contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS), debido a sus prácticas sexuales, las incapacidades, lesiones o muertes, debido a accidentes de tráfico, trastornos por el consumo y abuso de drogas; y trastornos de la conducta alimentaria, a causa del sedentarismo y la dieta. (Herman y Fernández, 2004). A largo plazo, estos jóvenes presentan también un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles que tienen como factores asociados los estilos de vida saludable (OMS, 2006).

Tabla No. 3.

Resumen de las principales aportaciones teóricas de América Latina

Autor	Principales ideas
Ribeiro-Rodríguez, 2006; Oviedo G, et al., 2006; Montero, et al. 2006	Los jóvenes no advierten el riesgo a la salud como cercano, o se perciben como invulnerables por lo que sus conductas son no saludables. Universidad de Brasil
Núñez-Rojas, 2004	El estudiante universitario de Colombia percibe la universidad como un <i>“lugar de paso y hallazgo temporal, no en un fin buscado”</i> , la exposición al riesgo contribuye a la generación de un entorno propicio para el consumo de drogas y sexuales.
Castaño Castrillón y Páez Cala, 2013	Los riesgos para la salud se relacionan con la salud sexual y reproductiva el sedentarismo, hábitos alimenticios, consumo de tabaco y alcohol en estudiantes colombianos
Ramos Córdova JE, de León FG, Aragón García JI, 2015	En algunos países de América Latina han realizado investigaciones en estudiantes universitarios donde han encontrado que los estudiantes por su estilo de vida están expuestos a desarrollar ECNT en la vida adulta.
Arrivillaga M, Salazar, 2003, Agudelo D. Arguello, M. Bautista y Carbajal J, De Castro y otros, 2009	Los estudiantes universitarios colombianos presentan incongruencias entre creencias saludables, con sus prácticas poco saludables.
Díaz, 2016	América Latina se enfrenta a cambios demográficos y transiciones nutricionales en cuanto a su perfil de salud que manifiestan cambios importantes en los EV. Se evidencia la misma o incluso más alta prevalencia de SM en los países periféricos que en los países centrales.
Chiang-Salgado MT, Casanueva Escobar, Cid Cea X, y otros, 1999)	Estudiantes de la universidad de Chile encuentran alta prevalencia de sedentarismo y tabaquismo, con síntomas de enfermedad cardiovascular. De igual manera reportan un mayor consumo de tabaco en mujeres para la inactividad física es mayor en las mujeres que hombres y a la vez se confirmó que el sedentarismo se incrementa con la edad.
Jacoby E. Bull, Neiman A., 2003	Los contextos universitarios no promueven la práctica deportiva. Concluyó que a medida que se incrementan el tiempo de permanencia de los estudiantes en la universidad, disminuye la práctica deportiva y sus estilos de vida se vuelven sedentarios en los estudiantes universitarios de Colombia.
Wong McClure RA, Gregg EW, Barceló A, Lee K, 2015	En la Universidad Nacional Autónoma de México -UNAM- se encontró una prevalencia de SM en los estudiantes.
Contreras J, et al., 2009	Investigación en la Universidad de Chile en estudiantes de Medicina indicó que el nivel de inactividad física es elevado y similar a la de la población en general de estudiantes. Los factores asociados a la falta de tiempo y ausencia hábitos deportivos durante la niñez.

Fuente: elaboración propia tomada de las investigaciones de estilos de vida de jóvenes universitarios.

Tabla No. 4.

Resumen de las principales aportaciones teóricas en el Mundo

Autor	Principales ideas
(Rimpela AH, Nurminen, 1987) (Gómez García y Grimaldy Carpio, 1998). (Aranda Beltrán, 2005	Los médicos no emplean sus conocimientos y habilidades en salud para reducir las tasas de mortalidad y riesgos ocupacionales a los que se encuentran expuestos.
Núñez-Rojas, 2004	Los estudiantes universitarios perciben la universidad como un <i>"lugar de paso y hallazgo temporal, no en un fin buscado"</i> , la exposición al riesgo contribuye a la generación de un entorno propicio para el consumo de drogas y sexuales.
Lemus -Giráldez, 1993	Los estudiantes presentan estilos de vida con diferencias significativas según la carrera: los estudiantes de letras (Fisiología, Geografía e Historia) presentan estilos de vida menos saludables, seguidos por las Ciencias Sociales, sin diferencias significativas entre sí.
Eaton DK, Kann L, Okoro CA, Collins J., 2003	Se encontró un nivel bajo en salud el cual se asoció la débil conexión entre los adolescentes y adultos jóvenes con instituciones de apoyo, como la familia, el colegio, etc.
Herman y Fernández, 2004	Los jóvenes universitarios modifican sus hábitos alimentarios debido al ingreso a la vida universitaria y el alejamiento del entorno familiar.
Martín Monzón, 2004	El estrés académico genera ansiedad lo que lleva, consumo de tabaco, cafeína, fármacos, alteraciones en sueño y la ingesta de alimentos.
Zaborskis A, Zemaitiene N, Borup I, Kuntsche E, Moreno C. Family joint activities in across-national perspective, BMC Public Health 2007, 7;94	Un estudio trasnacional en Europa (Finlandia, Lituania, República checa, Ucrania, Groenlandia y España) para evaluar la conducta sexual en jóvenes encuentra que más del 50% de la población estudiada presenta conducta sida-riesgoso.
Mcinnis, K., Franklin, 2003	Los universitarios con estilos de vida activos presentan beneficios psicológicos.
Cordini, Cohen, Santa Cruz y Cook, 2007	La prevalencia en el consumo de Tabaco en Estudiantes de la universidad de Madrid, es alta los resultados son contradictorios y queda demostrado a pesar de que el 100% tiene conciencia de que es perjudicial para la salud.

Fuente: Elaboración propia tomada de las investigaciones de estilos de vida de jóvenes universitarios.

Tabla No. 5.

Resumen de las principales aportaciones teóricas (*continuación*)

Autor	Principales ideas
Ruano Nieto CI, Melo Pérez JD, Mogrovejo Freire L, y otros, 2015)	La universidad favorece negativamente a los estudiantes en sus conductas en salud principalmente en la alimentación y el sedentarismo.
Herman Ramos y Fernández, 2004).	El ingreso a la universidad de los estudiantes influye en dieta nutricional asociado por el alejamiento del entorno familiar.
OMS, 2006	Por los estilos de vida los jóvenes presentan un aumento en la prevalencia de ECNT que tienen como factores asociados los estilos de vida saludable.
Esmalizadeh, Kimiagar, et al., 2007	Un estudio de patrones alimenticios asociados al Síndrome Metabólico realizado en mujeres de Teherán reportó que la dieta occidental, caracterizada por la ingesta de carnes procesadas, granos refinados, productos lácteos, comida frita y bebidas altamente azucaradas; representa riesgo considerablemente alto para padecer Síndrome Metabólico ya que aumenta la resistencia periférica a la insulina

Fuente: Elaboración propia, revisión de las investigaciones en estilos de vida de jóvenes universitarios.

1.5. Universidades promotoras de la salud -UPS-

El concepto de Universidades Promotoras de Salud (UPS) hace referencia a las entidades de Educación Superior que “*desarrollan una cultura organizacional orientada por valores y principios asociados al movimiento global de la Promoción de la salud, a través de una política institucional propia para el fomento y permanencia de las acciones de Promoción de la Salud* (Arroyo, 2000). Se comprende por *Universidades Saludables o Universidades Promotoras de la Salud*; es la que proyecta la Promoción de la Salud en su proyecto educativo y laboral, con el fin de propiciar el desarrollo humano y mejorar la calidad de vida de a la población estudiantil, docentes y personal administrativo en el espacio físico laboral y con ello, dándoles las herramientas para que actúen como modelos o promotores de conductas saludables a nivel de sus redes de apoyo (amigos, familias, colegas, etc.) en sus futuros entornos laborables y en la sociedad en general. Las Instituciones de Educación Superior Promotoras de Salud son aquellas que se comprometen con la realización de un entorno y una cultura que fomente la salud bienestar integral de los miembros que la componen: estudiantes, académicos y funcionarios. (Arroyo, 2000).

Las universidades saludables se basan en los principios de ciudades saludables de la promoción de la salud en escuelas promotoras de la salud, que prevalecen iniciativas de promoción de la salud, orientadas a la Universidad como entorno, como estrategias de cambio de hábitos de cada persona en particular (Lam y Vio, 2006). La orientación y estrategia salubrista de “Entornos Saludables” toma auge en la década de los ochenta como parte del movimiento global y regional de Promoción de la Salud impulsado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus Oficinas Regionales incluyendo la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

La Oficina Regional de la OMS en Europa lidera a partir de los ochenta diversas iniciativas de entornos saludables en ciudades y autoridades locales, escuelas, Universidades, organizaciones profesionales, hospitales, y otros escenarios

(Kickbusch, 2003). Dicho enfoque de entornos saludables tiene el propósito de impulsar la Promoción de la Salud a través de la estrategia de intervención a poblaciones con énfasis en el comportamiento de los individuos y las agrupaciones en riesgo. La propuesta ha sido un cambio de la individual lo grupal de individuos para llegar a los entornos de vida donde los individuos de desarrollan diariamente. Otro de los objetivos del enfoque es mejorar los recursos de salud, los procesos de participación y el empoderamiento de la población (Kickbusch, 2003).

Para América Latina las Universidades Promotoras de la Salud toman impulso a mediados de la década de los noventa alcanzados avances significativos vinculados a los escenarios de ciudades, comunidades, municipios, lugares de trabajo y escuelas. A nivel del escenario Universitario se formalizan en el 1996 redes académicas-profesionales que impulsan acciones de formación de recursos humanos en Promoción de la Salud y Educación para la Salud (CIUEPS, 1996). Así también, en la década de los noventa se dan los primeros intentos para formalizar el enfoque de Universidades Promotoras de la Salud.

El pensamiento de universidades promotoras de la salud se fortalece en América Latina con el trabajo realizado en los países por universidades tanto pública y privada. Así también, se ha fortalecido como resultado de las redes formales de Universidades Promotoras de la Salud que se han institucionalizado en países como Chile y México, entre otros. Las Conferencias Internacionales sobre el tema también han sido instrumentales contribuyendo a impulsar la iniciativa a nivel Iberoamericano. Dicho evento se refiere a los eventos realizados en Chile (2003), El tema central del evento fue “*Construyendo Universidades Saludables*” El evento fue coordinado por la Pontificia Universidad Católica de Chile y la Universidad de Alberta, Canadá. El mismo contribuyó a socializar el movimiento de Universidades Promotoras de la Salud. Edmonton, Canadá (2005) y Ciudad Juárez, México (2007).

El liderazgo institucional de Chile en este ámbito de trabajo queda nuevamente evidenciado cuando en el 2006 la Universidad de los Lagos organiza una reunión

para fomentar el trabajo en red con participantes nacionales e internacionales (Guía para Universidades Saludables, 2006, p.13). Bajo el liderazgo institucional chileno también se publica la *Guía para Universidades Saludables y Otras Instituciones de Educación Superior* que fue un trabajo conjunto del Programa Saludable de la Pontificia Universidad Católica de Chile, el I INTA Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos, Universidad de Chile, OPS/OMS, con el apoyo técnico del Consejo Nacional para la Promoción de la Salud, Vida Chile y del Ministerio de Salud de Chile.

El II Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud en la Región de las Américas se efectuó en octubre de 2005 en la Universidad de Alberta en Edmonton. Como producto de este evento surge el documento declaratorio conocido como la Carta de Edmonton para Universidades Promotoras de la Salud e Instituciones de Educación Superior con los siguientes objetivos:

1. Identificar el significado de configurarse como Universidad Promotora de la Salud.
2. Establecer diálogos y promover la comprensión del concepto de promoción de la salud en el seno de las universidades,
3. Proporcionar herramientas para la creación de Universidades Promotoras de la Salud.

En el III Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud celebrado, el 6 de octubre de 2007, en Ciudad Juárez (México). El tema fue Entornos Formativos Multiplicadores. Se institucionaliza la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud (RIUPS). En la IV Conferencia Internacional de Universidades Promotoras de Salud, celebrada en Pamplona en octubre de 2009, cuyo tema central fue El Compromiso Social de las Universidades, se aprobó la Declaración de Pamplona, que establece los valores y principios del movimiento de Universidades Promotoras de la Salud, firmada por numerosas universidades. V Congreso Internacional de Universidades

Promotoras de la Salud en Costa Rica en el 2011. VI Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud en San Juan, Puerto Rico en el 2013.

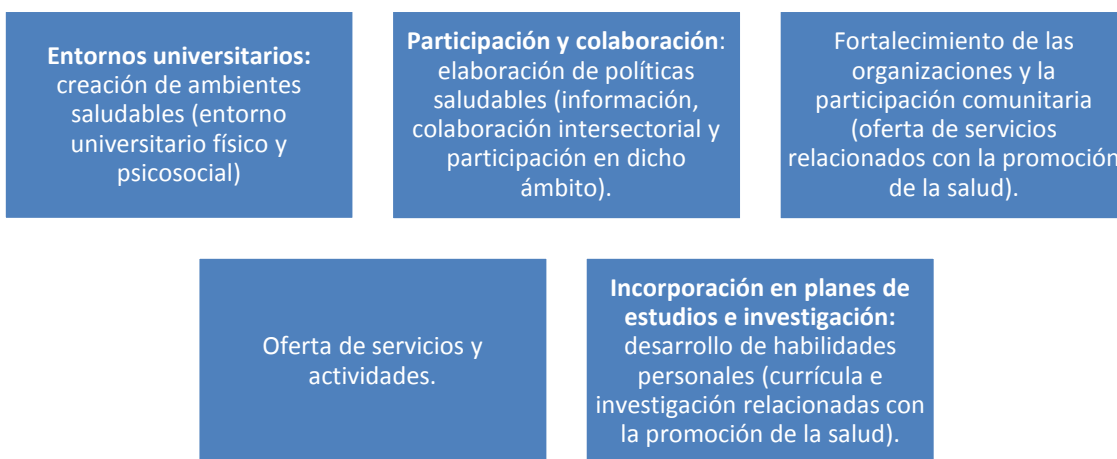
El VII Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud en Okanagan, Canadá en el 2015. A partir de la Conferencia Internacional de Universidades Promotoras de la Salud e Instituciones de Educación Superior: 10 años después de la Carta de Edmonton, celebrada en Kelowna, British Columbia, Canadá, en el 2015, se renueva el compromiso de universidades y establecimientos educativos en todo el mundo de incorporar la promoción de la salud y la sostenibilidad en todas sus políticas y prácticas.

Las bases en que se inspira el movimiento de Universidades Promotoras de Salud están fuertemente enlazadas en los principios de Salud para Todos (1978) y desarrollo sostenible, la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986), y su aplicación práctica bajo el enfoque de espacios saludable (healthy settings, en inglés), especialmente con los movimientos de Ciudades Saludables, Municipios y Comunidades Saludables, y Escuelas Promotoras de Salud (ver Figura 5).

Muñoz y Cabiases (2008) hacen una clara defensa de las potencialidades y oportunidades de las Universidades para impulsar la Promoción de la Salud. Señalan lo siguiente:

“Las universidades pueden ser promotoras de la salud si se lo proponen; tienen el potencial para influir positivamente en la vida y condición de salud de sus miembros, protegiéndolos y promoviendo su bienestar y pueden liderar y apoyar procesos de cambio en la comunidad externa, a través de sus políticas y prácticas. Además, al ser organizaciones extensas y complejas, las personas que ahí trabajan o estudian les dedican gran parte de su tiempo, y alguna gran parte de su vida, por lo que los determinantes de salud están regidos en gran medida por las condiciones o características sociales en las cuales esas personas viven, estudian o trabajan en la universidad” (2008 p.145).

Figura No. 5.
Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud
RIUPS Ejes de trabajo



Fuente: Elaborado de la Universidades Promotoras de la Salud

Como lo señala la Guía para universidades promotoras de la salud y otras instituciones de educación superior, *“las universidades tienen la capacidad de generar beneficios para sí mismas, para sus miembros y sus familias. Esto podría obtenerse reconociendo el valor agregado que la promoción de la salud tiene en términos de incremento de satisfacción laboral, como factor motivador para el ingreso de mayor número de estudiantes y como elemento relevante en la formación de profesionales íntegros.*

Al mismo tiempo, la incorporación de estilos de vida saludables podría disminuir el ausentismo de estudiantes, académicos y administrativos, favorecer las relaciones interpersonales armoniosas y la convivencia, mejorando el clima laboral y de estudio, y contribuyendo a la percepción

de la calidad de vida durante el estudio y trabajo. Por último, en el largo plazo la promoción de la salud en la universidad favorecerá cambios en la situación de salud del país a través de las generaciones de estudiantes egresados que fomentarán modificaciones para lograr el bienestar y la salud de las instituciones y comunidades en las que trabajen y de las familias que formen” Muñoz y Cabiases (2008 p.145).

Es importante notar que, a nivel institucional la Estrategia de Promoción de la Salud es considerada la pieza clave para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Los ODM, adoptados en la 55a Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), representan un compromiso mundial en la lucha para reducir la pobreza y la inequidad con la distribución del ingreso dentro y entre los países.

La Universidad Promotora de la Salud: Implementa políticas que apoyan la dignidad y el bienestar individual y colectivo y ofrecen múltiples oportunidades de crecimiento y desarrollo dentro del contexto de aprendizaje y éxito de la comunidad académica (Shepherd, 2009). La Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de Salud - RIUPS fue constituida el 6 de octubre de 2007, como parte de los resultados del III Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud en Ciudad Juárez, México.

La Universidad de San Carlos de Guatemala realiza conversaciones académicas con la UPR Universidad de Puerto Rico, con el objeto de impulsar conjuntamente el movimiento de Universidades Promotoras de la Salud. Donde se recomienda el desarrollo de políticas institucionales de promoción de la salud y la incorporación de temas de promoción de la salud en los currículos de las diferentes disciplinas de estudio de los centros educativos. (Diario de Centro América, 2016).

La iniciativa entre la UPR y la USAC continuará durante el año académico 2016-2017 y se espera que en los próximos meses se institucionalice la Red

Iberoamericana de Universidades Promotoras de Salud – RIUPS-. (Diario de Centro América, 2016)

Tabla No. 6.
Cronología: Universidades Promotoras de la Salud (UPS)

1978	↑	Salud para todos
1986		Carta de Ottawa para la promoción de la Salud
1986		Iniciativa Global de Ciudades Municipios y Comunidades (MCS)
1990		Educación para Todos
1995		Iniciativa Global Escuelas Promotoras de la Salud (EPS)
1996		Iniciativa Global de Universidades Promotoras de la Salud (UPS)
2000		Objetivos para el Desarrollo del Milenio (ODM)
2003		I Congreso Internacional de UPS (Chile)
2005		II Congreso Internacional de UPS (Canadá)
2007		III Congreso Internacional de UPS (México)
2007		Red Ibero-América de UPS (RIUPS)
2008		Informe de Comisión sobre Determinantes de la Salud
2009		IV Congreso Internacional de UPS España
2011		V Congreso Internacional de UPS (Costa Ricas)
2013		VI Congreso Internacional de UPS (Puerto Rico)
2015	↓	VII Congreso Internacional de UPS en (Canadá)

Fuente: Elaboración propia, tomado de OMS/OPS, 2015

Como se puede apreciar en la tabla No. 5, que las universidades promotoras de la salud sus bases están en la promoción de la salud en un campo de acción basada en disciplinas sociales y de la salud con bases teóricas y evidencias científicas. Las Metas del Milenio (OMS-2000) Civil y la Iniciativa de la Sociedad y ahora en la actualidad los Objetivos del Desarrollo Sostenibles son documentos importantes para determinar el rol y las responsabilidades que las Universidades e Instituciones de Educación Superior puedan cumplir potencialmente. (OMS-2001).

Capítulo 2. Conceptualización de estilo de vida y salud.

En este capítulo se presenta las distintas definiciones de los conceptos de los estilos de vida saludable y salud, se encuentra diversos conceptos que son utilizados en la construcción del contenido de las estrategias que se desarrollan a partir de distintas disciplinas y organismos internacionales. La OMS lo define como una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socio-económicas y ambiental. Los estilos de vida son determinados de la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social.

Nos centramos en interpretar los estilos de vida como aquellos patrones de conducta individual que, con consistencia en el tiempo y bajo condiciones más o menos constantes, pueden constituirse en factores de riesgo para desarrollar ECNT a través de, los patrones de conducta de un grupo o de una población relacionados dietas y hábitos alimentarios, actividad física como cualquier movimiento que el cuerpo realiza en estado de vigilia, el consumo de sustancias tóxicas y aditivas para el organismo (lícitas e ilícitas) entre ellas el tabaco, alcohol y marihuana y por último la conducta sexual relacionados con los embarazos no deseados, abortos, enfermedades de transmisión sexual e infecciones por VIH/SIDA, estas prácticas o conductas están relacionadas con los estilos de vida de una población.

2.1. Estilos de vida

Los estilos de vida saludables toman una mayor importancia en la década de los 80, lo que nos refiere que el concepto de estilo de vida no constituye un ámbito de estudio nuevo. Por el contrario, desde hace mucho tiempo este concepto es un tema de estudio abordado por disciplinas como la sociología y el psicoanálisis

y desde hace relativamente menos por la antropología, la medicina y la psicología de la salud. En general, desde todas estas orientaciones se entiende el estilo de vida como "*la forma de vida de las personas o de los grupos*" (Pastor, 1999).

El estilos de vida tiene tres representaciones conceptuales: genérica , que ve el estilo de vida como una moral saludable que es responsabilidad del individuo quien elige entre un estilo de vida saludable o no saludable (no; fumar, beber alcohol, consumir alimentos saludables o hacer ejercicios, etc.) o un estilo de vida libre (con comportamientos diferentes), otra que se enfoca en el estilo de vida sociabilizado, que no sólo comprende los hábitos personales sino también la forma en que las sociedades organizan el acceso a la información, la cultura y la educación; el estilo de vida es entendido aquí como la interacción de la responsabilidad del individuo con las instituciones gubernamentales, que son las que pueden ejercer cierto control sobre el propio estilo de vida de los individuos, por lo que esta perspectiva no sólo pretende cambiar los estilos de vida sino las condiciones de vida (pobreza, desempleo, insalubridad); y finalmente una pragmática, que marca las formas de hacer, decir y pensar en torno a diseñar un estilo de vida; en este caso, se promueve la salud y la potenciación de los riesgos (Oblitas, 2006).

En el enfoque sociológico se considera que las variables sociales son los principales determinantes de la adopción y del mantenimiento de un estilo de vida determinado, mientras que desde el psicoanálisis el determinante se desplaza desde la sociedad al individuo y a su personalidad. A mediados del siglo XX, la antropología aborda el estudio de los estilos de vida desde un enfoque cultural y la medicina desde un enfoque biologicista, defendiendo que las personas tienen estilos de vida sanos o insanos por su propia voluntad, trasladando la responsabilidad sobre las personas y no sobre las instituciones (Erben, Franzkowiak y Wensel, 1992).

En la 31 sesión del comité regional de la OMS para Europa, se ofrece una definición del estilo de vida que lo describe como "*una forma general de vida*

basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales" (WHO, 1986). Como puede apreciarse no se introduce una definición tácita para el término de estilo de vida saludable, esta conceptualización de estilo de vida en general ha servido de base a los investigadores para identificar este término.

Esto nos lleva a pensar que desde los modelos psicosociales se puede definir el estilo de vida saludable como un "*conjunto de patrones conductuales o hábitos que guardan una estrecha relación con la salud*". Por patrones conductuales se entiende formas recurrentes de comportamiento que se ejecutan de forma estructurada y que se pueden entender como hábito cuando constituyen el modo habitual de responder a diferentes situaciones (Rodríguez- Marín y García, 1995). Estos hábitos se aprenden a lo largo del proceso de socialización del individuo y una vez adquiridos son difíciles de modificar. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998), establece que el estilo de vida, es una forma de vida que se basa en patrones de comportamientos identificables, determinados por la interacción entre las características individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales.

El estilo de vida puede estar moldeado por comportamiento que conducen a la salud. Estos están continuamente sometidos a interpretación y a prueba en distintas situaciones sociales, no siendo, por lo tanto, fijos, sino que están sujetos a cambios. Los estilos de vida individuales, caracterizados por patrones de comportamientos identificables, pueden ejercer un efecto profundo en la salud del individuo y en la de otros. Si la salud se mejora permite a los individuos cambiar sus estilos de vida, la acción debe ir dirigida no solamente al individuo, sino también a las condiciones sociales de vida que interactúan para producir y mantener estos patrones de comportamientos debe de reconocer que no existe un estilo de vida "óptimo" al que puedan adscribirse todos los individuos. El nivel socioeducativo, la estructura familiar, la edad, la aptitud física, el entorno y laboral, hacen más atractivas, factibles y adecuados los comportamientos y formas de vida, (OMS, 1998).

La salud está afectada por el estilo de vida y condiciones de vida de una población en particular y/o en general. El estilo de vida comprende actitudes y valores que se expresan en el comportamiento del individuo en distintas áreas de la vida, por ejemplo; la actividad física, la alimentación, el consumo de bebidas alcohólicas, el consumo de cigarrillos, las prácticas de sexualidad. Como también incluye el ambiente social, físico, cultural y aspectos económicos que influyen en la vida de los individuos, (OMS, 1998). A pesar de no existir una definición unánime, la mayoría de los autores definen los estilos de vida saludables como un "*conjunto de patrones conductuales que poseen repercusiones para la salud de las personas*". En lo que ya no todos coinciden es si estos patrones conductuales son elegidos voluntaria o involuntariamente por las personas. Mientras que el modelo médico defiende el carácter exclusivamente voluntario de tal elección, los autores de orientación psicosocial entienden la elección como involuntaria en cierta medida ya que reconocen la influencia de las variables psicosociales en la adquisición y mantenimiento de los estilos de vida (Pastor et al., 1998).

Por lo que llegando a este punto podemos definir que el estilo de vida no es un vago concepto que puede ser modificado voluntariamente, está estrechamente ligado con las condiciones de vida tal como se desprende del documento de la OMS (1998), "*Prácticas Saludables para todos*". El estilo de vida no es una simple decisión individual, existen límites a las alternativas abiertas al individuo, influenciadas por el medio social, cultural y los medios económicos (Limón, 2004). Los estilos de vida no saludables en un individuo conllevan al desarrollo de enfermedades crónicas como lo son las enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes mellitus, obesidad, dislipidemia, entre otras. Se transforma en factores de riesgo para el desarrollo de esas enfermedades llamadas por la OMS como las "*enfermedades de los estilos de vida*", (Foro de Promoción de la Salud, 2015).

2.2. El concepto de salud

Es primordial conocer lo que se entiende por salud, definir el concepto de salud no es una tarea fácil por los múltiples elementos que lo determinan. A lo largo de la historia se encuentra una multitud de definiciones, que generalmente obedecen a las características propias de cada momento histórico. El concepto que se tiene por salud depende de la interacción de múltiples factores; sociales políticos, económicos, culturales y científicos. Con ello se conceptualiza la salud como *“una síntesis; es la síntesis de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que rodea, con las relaciones sociales, con la política y la económica internacional”* (Briceño, León, 2000). Estos procesos no están aislados ni se encuentran independientes, sino que se conectan unos con otros, por lo que la salud depende de la capacidad de controlar la interacción entre el medio físico, el espíritu, el biológico y el económico y social (Cumbre de Rio de Janeiro, 1992). La idea de salud corresponde a un proceso histórico, ya que en cada momento determinada sociedad tiene una visión particular determinada de la misma.

La OMS en su constitución de 1948 define la salud como *“el completo estado de bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”* deja patente la necesidad de la consideración del entorno social donde se desenvuelve el sujeto, introduciendo un concepto multidimensional y no una mera consecución de la no enfermedad. En este sentido diversos autores profundizan en esa dirección, definiendo la salud como *“El conjunto de condiciones y calidad de vida que permita a la persona desarrollar y ejercer todas sus facultades en armonía y relación con su propio entorno”* (Perea, 2012). En ese sentido la OMS identifica a la salud más que ausencia de enfermedad, como forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conductas determinados por factores socioculturales y características personales (OMS, 2006). Este estado de bienestar se logra en alguna medida mediante la realización de conductas y/o hábitos que favorezcan el mantenimiento de ese estado más que la responsabilidad y atención médica. Se infiere que esta modificación se da,

debidos que las causas de enfermedad y muerte en los últimos años se deben en su mayoría a estilos de vida y conductas poco saludables; de ahí que enfermedades no transmisibles causadas en gran medida por malos hábitos como por ejemplo de alimentación, ejercicio, consumo de tabaco, estén asociadas a la morbilidad -mortalidad de un país.

Uno de los propósitos de la OMS, es el difundir su definición de salud para crear delimitaciones homogéneas de alcance global. La definición de la OMS es aceptada a nivel nacional por casi todos los países, se incorpora en la legislación interna de cada uno de ellos. Por lo tanto, la salud tiene un abordaje desde la interdisciplinariedad-multidisciplinariamente por estar enmarcada en el área de intersección de diversas ciencias tanto naturales como sociales. Se trata de un área de conocimiento que intenta estudiar lo que se denomina como sistema global, en tanto que *“investigar uno de tales sistemas significa estudiar un trozo de la realidad que incluye aspectos físicos, biológicos, sociales, económicos y políticos”* (García, 1996). En tal sentido, la salud deja de ser un fenómeno exclusivamente médico, tratado únicamente en los hospitales, sino que conforma un tema que interesa a todos los actores de una sociedad, siendo una aproximación cuando los gobiernos están haciendo las cosas de manera correcta en el sector de salud desde una política de estado con eficacia y que persista en el tiempo.

2.3. Dietas y hábitos alimentarios

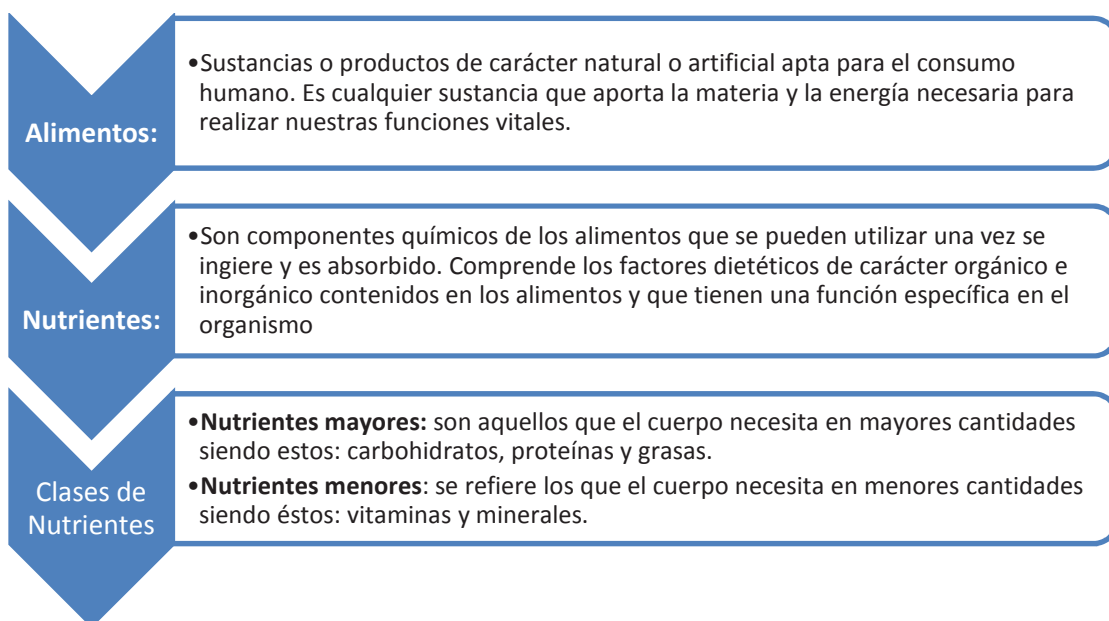
Los patrones de conductas de la vida cotidiana y sus rutinas de consumo alimentario de un grupo o de una población están basados en los estilos de vida. La configuración de un estilo de vida depende como se es, la forma de pensar sentir y actuar, las condiciones de vida y factores socioculturales en la sociedad en la que se vive. En este ámbito han sido definidos como *“línea de conducta por la que se seleccionan, utilizan y consumen el conjunto de productos alimenticios presentes en las dietas consumidas por un grupo de población”* (Bello, 2005). La categoría de “hábito alimentario” ha sido un concepto clásico

en Antropología de la Alimentación que es concebido como formas de comportamiento alimentario profundamente arraigados en la forma de vida de una cultura. Se sirve de este concepto para describir y comprender los modos de comportamientos rutinarios y espontáneos que guían la elección de los alimentos que diariamente consumen los miembros de un grupo social y que por tanto forman parte de sus costumbres alimenticias. Estos análisis son sumamente útiles ya que en la época en la que se consolidan nuevos hábitos alimentarios surgidos de la industrialización alimentaria, permite diseñar recomendaciones nutricionales saludables para la población. (Messer, 1989) (Garrote, 2002) (Contreras y Gracia, 2005) Ver gráfico 6.

El propósito de las guías alimentarias es promover el consumo de una alimentación completa, saludable, variada y culturalmente aceptada en la población sana mayor de dos años, para evitar problemas de desnutrición en la niñez y prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles en jóvenes y adultos. (Guía Alimentaria para Guatemala, 2013)

Figura No. 6.

Guías Alimentarias Recomendaciones para alimentación saludable

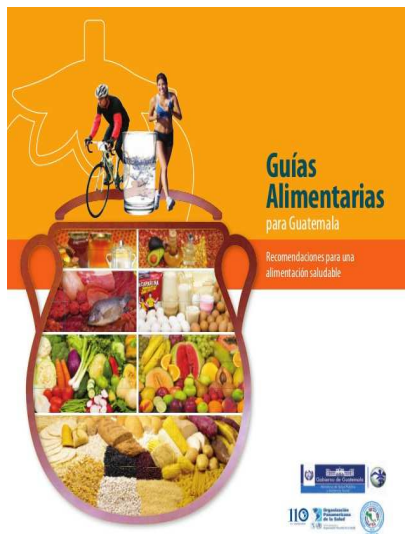


Fuente: elaboración propia, tomada de Guía Alimentaria para Guatemala, 2013.

La ilustración de las Guías Alimentarias está representada por una olla de barro, que simboliza la olla del país dentro de la misma se observan los siete grupos de alimentos que se deben consumir.

Fotografías No. 1 y No. 2.

Grupos de alimentos



¿Cómo se usa? El icono de las Guías Alimentarias está representado por una olla de barro. Dentro de la misma se observan siete grupos de alimentos:



• **Grupo 1. Cereales, granos y tubérculos:** es el grupo de alimentos de los cuales se debe consumir en mayor proporción todos los días en todos los tiempos de comida, éstos se encuentran en la franja inferior de la olla, estos alimentos contienen en mayor cantidad carbohidratos y fibra.



• **Grupos 2 y 3. Frutas, hierbas y verduras:** de estos alimentos se deben comer todos los días, en cualquier tiempo de comida. Este grupo se observa en la franja superior al grupo 1 de la olla y tienen un alto contenido de fibra, vitaminas A y C, además de minerales como potasio y magnesio.



• **Grupo 4. Leche y derivados:** además de la leche e Incaparina, se incluyen en este grupo: huevos, yogurt y queso, de los cuales se recomienda consumir por lo menos 3 veces a la semana en cualquier tiempo de comida. Este grupo se presenta por encima del grupo de frutas. Son alimentos fuente de proteínas y calcio, principalmente.



• **Grupo 5. Carnes:** en este grupo se incluyen todo tipo de carnes: pescada, pollo, res, hígado, conejo u otro animal comestible. Se recomienda consumirlos en cualquier tiempo de comida, por lo menos dos veces por semana. Este grupo se observa por encima del grupo de las hierbas y verduras, son alimentos fuente principal de proteínas y hierro.



• **Grupo 6 y 7. Azúcares y grasas:** estos grupos se localizan en la parte superior de la olla; deben consumirse en pequeñas cantidades. Los azúcares son fuente de carbohidratos simples y los aceites, crema y semillas como: maní, pepitoria, etcétera son fuente de grasas.



• **En la parte superior externa de la olla se incluyen:** dos mensajes, uno que promueve el consumo de agua y otro, la actividad física, representados por una persona en bicicleta, otra corriendo y un vaso con agua.



Fuentes: fotografías tomadas de las guías alimentarias para Guatemala, 2013.

Algunos expertos en tema de consumo de alimentos indican que la comunidad estudiantil universitaria presenta con frecuencia problemas de salud a causa del consumo de comida rápida, por la escasez de tiempo en los horarios de clase. La ingesta de alimentos altos en grasa, azúcar, colorantes y saborizantes artificiales por parte de los y las estudiantes universitarios han llevado a expertos en el tema a considerar que estos hábitos alimenticios son el resultado de una mala educación nutricional (Ramos, et. Al., 2015). El consumo de sustancias tóxicas y aditivas constituye un creciente problema con un impacto social y sanitario considerable, siendo el tabaco y el alcohol las drogas más consumidas. La ingesta de dichas sustancias, de forma esporádica o regular, tienen un comienzo cada vez más temprano la edad (Navarro, 2006). El proceso para que la gente se involucre en estilos de vida saludables es complejo y se ve

influenciado por múltiples factores de índole personal, social y/o ambiental (Pan Cameron, 2009).

2.4. Hábitos de alimentación

En esta dimensión se considera los aspectos relacionados con la selección e ingestión de los alimentos; por lo tanto, el tipo y la cantidad de alimentos, los horarios y espacios en los que se consumen y algunas prácticas relacionadas con el control de peso (Morell y Cobaleda, 1998). Estas acciones permiten satisfacer las necesidades físicas del organismo. Los hábitos alimentarios inadecuados, así como los valores culturales que destacan los estereotipos de lo bello, lo atractivo y la liberación sexual han permeado los hábitos alimentarios de los jóvenes, contribuyendo al desarrollo de varios trastornos alimentarios. (Acosta y Gómez, 2003) y a la aparición de graves consecuencias, como la alteraciones endocrinas y metabólicas (Perpiñan, 2006). Las características de la alimentación que se suelen recoger en la mayoría de los estudios sobre estilos de vida son dos: la calidad de la alimentación y la estructura o regularidad de las comidas. La calidad de la alimentación hace referencia a la frecuencia con la que se consumen determinados alimentos tanto beneficiosos como perjudiciales para la salud. La estructura de las comidas sugiere a la frecuencia con la que se realizan las cinco comidas fundamentales (Castillo y Balaguer, 2001).

2.5. Actividad física

La actividad física es reconocida como cualquier movimiento que el cuerpo es capaz de producir a través de los músculos esqueléticos con la finalidad del gasto de energético añadido al gasto del metabolismo basal (Pandial y Espinosa, 2002). La actividad física está presente en todo lo que un individuo hace en su estado de vigilia. El gasto energético viene determinado en función del tipo de actividad y el uso que se hace del tiempo libre, si realiza o no algún tipo de ejercicio físico o deporte (Ortega y Pujol, 1997). Se define como una actividad

física planificada, estructurada y repetitiva, que tiene como objetivo la mejora o mantenimiento de la forma física. En el ejercicio el individuo hace trabajar su organismo con el objetivo de disfrutar de una vida más sana y/o combatir problemas de salud, nunca pretende acercarse a sus límites su forma física mejora como consecuencia de la acumulación del trabajo físico (Ortega y Pujol, 1997).

A continuación, presentamos como se consideran y definan concepto relacionados con la actividad física y que se incorporar en los trabajos.

Deporte: Constituye una categoría del ejercicio físico que lleva implícita la competición con otras personas o con uno mismo. En el deporte el individuo hace trabajar su organismo en los entrenamientos con el objetivo de llevar los límites de su capacidad de esfuerzo un poco más lejos y rendir cada vez más en las competiciones o superándose a sí mismo (Pandial, 2002).

Forma física: Se refiere a *“una serie de atributos que personas tienen o adquieren que se relacionan con la capacidad para realizar actividad física y que son resultados de su conducta”*. También es definida como la capacidad para hacer frente a las actividades que realiza diariamente o la capacidad para realizar trabajo físico o grado de funcionamiento de los diversos sistemas y aparatos del organismo. La forma física es necesaria para todas las actividades de la vida cotidiana y se puede decir que constituye un indicador positivo del estado de salud. Cuanto más en forma esta un individuo, su salud es mejor. (Ortega y Pujol, 1997).

Sedentarismo: Conceptualizado generalmente como la *“falta de actividad física o inactividad física”*. Con esta definición se describe también una conducta o un estilo de vida (Ortega y Pujol, 1997). En la actualidad el principal responsable de las enfermedades crónicas es el sedentarismo. Una persona se considera sedentaria cuando no realiza actividad física, solamente se moviliza para realizar sus actividades. Desde el siglo XX a la actualidad el avance la tecnología ha ido aumentando cada vez más lo cual genera acomodamiento en las personas

quienes disminuyen la actividad física como consecuencia el desarrollo de las enfermedades crónicas. Sin duda el ejercicio físico previene el desarrollo de las enfermedades crónicas las cuales aquejan a millones de personas (Jaramillo, 2012). El sedentarismo puede definirse también; como la baja actividad física o falta de ejercicios físicos. Predomina en personas que realizan actividades intelectuales, como médicos, enfermeras, bibliotecarios, personal de oficinas y secretarias de casi todas las zonas urbanas del mundo entero. Constituye un modo de vida o comportamiento caracterizado por movimientos mínimos, menor a 30 minutos diarios, que produzca un gasto energético >10% del que ocurre habitualmente al llevar a cabo las actividades cotidianas. Según la OMS, los adultos de 18 a 64 años deben acumular un mínimo de 150 minutos semanales de actividad física aeróbica moderada, o bien un mínimo de 75 minutos semanales de actividad moderada y vigorosa, o bien una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa. La actividad aeróbica se realiza en sesiones de diez minutos, como mínimo. Para obtener mayores beneficios, los adultos deben incrementar esos niveles hasta 300 minutos semanales de actividad aeróbica moderada, o bien 150 minutos de actividad aeróbica vigorosa. Además, debe realizar ejercicios de fortalecimiento muscular de los grandes grupos musculares dos o más días a la semana. (OMS, 2010)

Tabla No. 7.

Clasificación de actividad física por número de pasos

Número de pasos al día	Clasificación
Menos de 5,000	Sedentarismo
5,000 a 7,499	Pocos activos
7,500 a 10,000	Algo activos
10,000 a 12,500	Activos
Mayor de 12,500	Altamente activos

Fuente: Elaboración propia tomada de OMS, 2010)

Ejercicio Físico: Se define como cualquier actividad estructurada, repetitiva con el fin de la mejora y mantenimiento de los componentes de la forma física relacionada con la salud, tales como: la resistencia cardiorrespiratoria,

resistencia muscular, composición corporal y flexibilidad (Moreiras y Castelló, 2010).

2.6. Ejercicio físico relacionado con la salud

En la actualidad, se demuestra en forma científica la relación entre la actividad física y la salud de una población, es decir que el ejercicio físico dosificado según las necesidades de las personas estimula la producción de cambio y adaptaciones fisiológicas en el organismo, mientras los beneficios obtenidos para la salud son las respuestas de los estímulos previos, lo que se traduce en el beneficio para la salud corporales tales como: el sistema cardio- respiratorio, cardiovascular, muscular, esquelético y en prevención de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles en un futuro (Moreiras y Castelló, 2010).

2.7. Consumo de sustancias lícitas e ilícitas

Se refiere al consumo, aplicación u absorción de dichas sustancias que generan alteraciones en el sistema nervioso central y en el comportamiento (Becoña y Vásquez, 2001) (Cadavid y Salazar, 2006). Tales alteraciones están relacionadas con los efectos agudos del consumo, que también producen consecuencias negativas para la salud, como las alteraciones vasculares, de colón, rendimiento académico, accidentes de tránsito, violencia, contagio de enfermedades infecciosas, embarazos no deseados, suicidio y problemas de salud mental. En tanto que las drogas pueden ser legales o institucionalizadas (tabaco, alcohol), ilegales (cocaína, marihuana, heroína), o fármacos psicoactivos. Los aspectos que se suelen valorar en los estudios son: la experimentación con las drogas, la frecuencia de consumo y la edad de inicio en su consumo. También se valora la información o educación en materia de drogas proveniente tanto de la familia y/o amigos (Castillo y Balaguer, 2001).

2.8. Consumo de tabaco

El tabaquismo es un problema de salud a nivel mundial, el consumo de tabaco es el principal factor de carácter evitable que causa la muerte de más de un millón de personas en las Américas cada año. Se sabe, asimismo, que los productos del tabaco son adictivos y que casi siempre la adicción empieza en la adolescencia. Un hábito es un aspecto complejo de la conducta humana. Tiene que ver con el entorno familiar y social; con las presiones de grupo a favor o en contra; con la publicidad, los incentivos y con la propia persona. De acuerdo a la abundante evidencia científica disponible, el tabaquismo se asocia a mayor probabilidad de enfermedad grave y ocurrencia de muerte prematura, porque el humo del cigarrillo contiene cerca de una docena de gases, como el monóxido de carbono, además de alquitrán y nicotina. El tabaquismo casi nunca permanece como único hábito, sino que se acompaña del consumo de otras sustancias, entre las que el alcohol y la cocaína parece que son las más importantes (Fabián y Cobo, 2007).

El convenio marco para el control de tabaco (CMCT), es el primer pacto internacional sobre la salud pública originado por la OMS, que ejecuta un convenio general con relación al consumo de tabaco. El convenio manifiesta tres enfoques distintos; responsabilidades comerciales de la industria internacional del tabaco, responsabilidad política y económicas de los gobiernos y responsabilidad con la salud que tienen las autoridades científicas con la moral necesaria para el control del tabaquismo y promoción de la salud (OMS, 2005).

El metabolismo de la nicotina es complejo, al ingerirse, la nicotina viaja rápidamente en torrente sanguíneo y se convierte en el hígado en un producto de descomposición denominado cotinina. Mientras que la nicotina tiene una semivida relativamente corta de unas dos horas, la cotinina tiene una semivida de unas 20 horas. La cotinina permanece en la sangre durante hasta 48 horas. La nicotina que se inhala llega al cerebro en unos 15 segundos, y sus concentraciones en el tejido cerebral permanecen altas durante unas dos horas (Fabián y Cobo, 2007).

En el cerebro la nicotina actúa sobre los receptores nerviosos conocidos como receptores acetil colinérgicos nicotínicos, aumentando los niveles de dopamina, una sustancia parecida a las hormonas que actúa como neurotransmisora en los sistemas de recompensa del cerebro. Por lo tanto, su consumo genera sentimientos de placer. En dosis altas, la nicotina obstruye estos receptores acetil colinérgico nicotínicos, y ésta es la razón de su toxicidad y su eficacia como insecticida. En pequeñas concentraciones, la nicotina aumenta la actividad de estos receptores, provocando entre otras cosas un aumento de los niveles de hormonas conocidas como catecolaminas, como la noradrenalina y la adrenalina. La liberación de adrenalina provoca un aumento de la tensión arterial, el ritmo cardíaco y respiratorio de la persona, además de elevar los niveles de azúcar en sangre (Fabián y Cobo, 2007). Otra forma de tabaco es el cigarro electrónico el cual es un dispositivo que contiene, o no, nicotina, propilenglicol, saborizantes y otros compuestos químicos, que mediante un sistema electrónico con batería recargable y un atomizador se vaporiza la mezcla. Se utiliza inhalando el vapor producido simulando los cigarrillos tradicionales. (Asociación Británica de Neurociencia, Alianza Europea Dana para el Cerebro, 2013)

Generalidades del consumo de tabaco: La adicción de fumar tabaco ha tenido diferentes cambios a través del tiempo, el tabaquismo, o el consumo habitual de tabaco en cualquiera de sus presentaciones o productos disponibles en el mercado mundial, se deja de conceptuar como un simple hábito nocivo, para definirse como (adicción) potencialmente letal. Se verifica que los fumadores sucumben en promedio 10 años antes que los no fumadores y que la detención del consumo de tabaco a los 60, 50, 40 o 30 años, amplía la expectativa de vida en 3, 6, 9, ó 10 años respectivamente. La adicción de fumar tabaco constituye un problema de salud pública mundial puesto que estimula la defunción prematura del que lo consume y es la epidemia más peligrosa en el mundo después del VIH-SIDA, diversos organismos unen fuerzas para derribar el daño del tabaco sobre las poblaciones (OMS, 2012).

2.9. Consumo de cannabis (marihuana)

El cannabis es el nombre genérico que se le da a los diversos preparados psicoactivos de la planta de la marihuana, cannabis sativa. Generalmente se utilizan de forma inhalada, muy pocas veces se ingieren. Al fumar esta droga sus efectos se logran alcanzar entre 15 a 30 minutos y duran entre 2 a 6 horas. Se tiene evidencia de los efectos terapéuticos, para tratar las náuseas y vómitos de algunos pacientes con VIH/SIDA. Los efectos sobre la conducta, provocados con ésta droga incluyen percepción lenta del tiempo, relajación con sensaciones mucho más agudas, disminución de la memoria a corto plazo y descoordinación motora (Asociación Británica de Neurociencia, Alianza Europea, 2003). Existen receptores en el sistema nervioso central afines al cannabis, los cuales son capaces de producir los efectos descritos anteriormente. Se reporta pocas reacciones de abstinencia a su uso prolongado. Esta droga se considera una droga ilegal, aun así, se incrementa su uso (Casadiego-Mesa AF, Lastra-Bello, 2015).

2.10. Consumo de alcohol

Las bebidas alcohólicas es un producto que se consume a nivel mundial, que va en gran aumento, puesto que es una sustancia socialmente permitida y ampliamente disponible en la mayoría de los países del mundo. Se produce mediante la fermentación de productos agrícolas. El consumo de alcohol, en los últimos años, va en disminución en países desarrollados, al contrario que los países en vías de desarrollo se encuentran en aumento. El etanol o alcohol etílico es una sustancia tóxica para la mayoría de los tejidos en nuestro organismo; como ejemplo se tiene contemplado que el consumo de alcohol da como resultado cirrosis hepática, aunque el origen de esa enfermedad también puede ser por otras causas infección (Hepatitis B y C).

El proceso del metabolismo del alcohol produce tres resultados en el terreno de la salud: (1) incremento del ácido láctico, que se relaciona con ataques de

ansiedad, (2) aumento del ácido úrico, que produce gota y (3) aumento de grasa en el hígado. Mujeres y hombres no se ven igualmente afectados por las sustancias alcohólicas; uno de los factores determinantes es el peso corporal, sin embargo, este no es el único factor que influye pues las mujeres se ven más afectadas por el alcohol debido a las diferencias de absorción del alcohol en la sangre. (Kasper Dennis L. Anthony S. Fauci, 2006). Además de las enfermedades crónicas que pueden contraer quienes beben grandes cantidades de alcohol a lo largo de varios años, el consumo de alcohol también se asocia a un aumento del riesgo de padecer afecciones agudas, tales como las lesiones, y en particular las provocadas por accidentes de tránsito.

2.11. Conducta sexual

La salud sexual es definida como 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. La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen (OMS, 2001). La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen (OMS, 2001). Es una forma de comunicación, parte de la conducta humana en interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, ética y religiosa o espirituales relacionado con la necesidad y el deseo sexual se complementa con los conceptos de género, identidad sexual y género,

la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción (OPS, 2006).

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

Relaciones sexuales sin riesgo: La expresión "*relaciones seguras sin riesgo*" se emplea para especificar las prácticas y comportamientos sexuales que reducen el riesgo de contraer y transmitir infecciones de transmisión sexual, en particular el VIH.

Comportamientos sexuales responsables: El comportamiento sexual responsable se expresa en los planos personal, interpersonal y comunitario. Se caracteriza por autonomía, madurez, honestidad, respeto, consentimiento, protección, búsqueda de placer y bienestar. La persona que practica un comportamiento sexual responsable no pretende causar daño y se abstiene de la explotación, acoso, manipulación y discriminación. Una comunidad fomenta los comportamientos sexuales responsables al proporcionar la información, recursos y derechos que las personas necesitan para participar en dichas prácticas (OMS, 2001).

Conclusiones

A manera de conclusión en este capítulo observamos que las dimensiones y determinantes de salud que se utilizan para analizar los estilos de vida relacionado con la salud son muy diversas; sin embargo, aquellas que hacen referencia a los factores de riesgo clásicos de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son (consumo de tabaco y alcohol, actividad física, hábitos y consumo de alimentos, conducta sexual, y adicciones).

Las determinantes de la salud que son expuestas anteriormente forman parte de los estilos de vida de los estudiantes universitarios, muchos de ellos encuentran un escenario propicio para experimentar conductas de riesgo en cuanto a su salud, debido a que el ingreso a la universidad les permite tener una mayor libertad para elegir amigos, lugares donde comer, actividad física, consumo drogas lícitas e ilícitas, prácticas sexuales de riesgo, sin duda estas conductas son multicausales, entre ellas por decisiones personales, por influencia del entorno y grupo social.

El cuidado y control que tiene de parte de los padres como también el establecimiento educativo cambia, debido a que la universidad considera a este grupo como ciudadano con responsabilidades y derechos es decir que ellos son los responsables de las decisiones y/o conductas que tengan dentro de la universidad.

Capítulo 3. Sociología de la salud y estilos de vida.

Este capítulo se desarrolla el Estilo de Vida en la Salud desde el enfoque de la sociología y aportaciones teóricas más relevantes en su análisis. El origen del término y los mayores desarrollos conceptuales se formulan en el campo de las ciencias socioculturales, los estilos de vida son patrones de comportamiento grupales sobre los que la estructura social ejerce una influencia considerable. Enmarca las orientaciones en el tiempo que desde finales del siglo XIX son discutidos acerca del tema estilos de vida en la salud. Se destaca las contribuciones de las Ciencias Sociales en evolución para luego plantear el uso que se le da en la Organización Mundial de la Salud a este constructo de la salud de los determinantes de la salud. Se analizan aportaciones teóricas sociológicas en el tema de hábitos alimentarios y las preferencias deportivas. Se analizan las dimensiones que el estudio de la cultura de actividad física y la promoción de la salud. La estructura que seguimos es aproximaciones teóricas de la sociología de la salud y estilos de vida y salud.

Los estilos de vida son objeto de estudio de diferentes disciplinas, entre ellas la sociología, la antropología médica, psicología y la epidemiología con significados diferentes. Al estudiar los estilos de vida relacionados con la salud se hace necesario analizar los determinantes sociales de la salud y los estilos de vida saludables. Para terminar con las dimensiones en el estudio de la promoción de la salud.

3.1. Aproximación sociológica de los estilos de vida y salud

En el ámbito de la sociología, el concepto de estilo de vida posee una larga tradición en la historia de las ciencias sociales. Las primeras aportaciones al estudio de este concepto son realizadas a finales del siglo XIX y principios del XX por sociólogos como Max Weber, en su texto *Economía y sociedad* plantea la discusión sobre estilos de vida y estatus social. Anteriormente, Karl Marx sostenía que la posición social de una persona es determinada exclusivamente por su grado de acceso a los medios de producción. Para Marx la posición social

de un individuo en la estructura de clases, resulta estrictamente de la cantidad de bienes sociales sobre los que tiene control (Coreil, Levin, Jaco, 1985).

Según Weber, el estatus, el prestigio y el poder son también determinantes de la posición social: una clase social se refiere a personas que comparten circunstancias materiales, similares, así como prestigio, educación e influencia política y sus miembros comparten un estilo similar. Weber refiere que un particular estilo de vida es lo que realmente diferencia un grupo de otro, también hace la distinción en cuanto a que los estilos de vida no se basan en lo que la persona produce, sino en lo que usa o consume; por lo tanto, los estilos de vida no están basados en la relación con los medios de producción sino con los de consumo (Cockerham, 2009).

Estos autores brindan una visión del estilo de vida, enfatizando los determinantes sociales como el nivel de renta, posición ocupacional, nivel educativo, estatus social desde su adopción y mantenimiento (Hewstone, Stroebe, Codol y Stephenson, 1990).

Weber destaca la importancia de las elecciones individuales, además de las condiciones estructurales en los que se incluye aspectos económicos, derechos, normas, relaciones sociales, como determinantes del estilo de vida. Las elecciones están limitadas a las oportunidades vitales que ofrecen las condiciones estructurales (Cockerham, 2002). Los estilos de vida en relación con la producción es un tema de discusión en el cual Weber puntualiza que existe más bien una relación entre el estilo de vida y su consumo (Álvarez, 2012). Entre los aportes fundamentales de nivel conceptual que Weber expone sobre los estilos de vida se conocen tres términos: a) “Lebensstil” que se hace referencia al estilo de vida; b) “Lebensführung” se refiere a la conducta de vida y c) “Lebenschancen” con las oportunidades de vida. Las personas hacen su elección sobre el estilo de vida que quieren llevar, en tanto que las oportunidades de vida se relacionan con el nivel en el cual se tienen las oportunidades en la vida (Vargas, 2011). Una de las contribuciones que Weber hace a la

conceptualización de los estilos de vida es desde la teoría de la racionalidad formal aplicada a los estilos de vida en salud. Al considerar que la racionalidad formal se distingue por un comportamiento lógico, eficaz y objetivo en consecución de metas y facilita la libertad a los individuos para tomar decisiones y probar lo que suscita la creatividad en persecución de una satisfacción en sí mismo (Vargas, 2011).

En el campo de la sociología médica, Cockerham propone una teoría para el estudio de los estilos de vida en salud, que parte de la necesidad de establecer una convergencia entre la agencia y la estructura, al tomar como fundamenta la teoría de Weber y Bourdieu. Es así como, según Cockerham (2005), los estilos de vida en salud son patrones de comportamiento colectivos de salud, que se configuran a partir de diferentes elecciones que hacen los seres humano y están condicionados por las oportunidades de vida que les brinda el contexto en que se desarrollan; en esta propuesta se incorpora claramente una relación dialéctica entre las opciones de vida (life choices) y las oportunidades (life chances) que originalmente fue propuesto por Weber en su teoría sobre estilo de vida. La propuesta se fundamenta en los elementos de la estructura que junto con los de la agencia dan forma a los estilos de vida. Los elementos estructurales son: las circunstancias de clase, la colectividad, la edad, el género y la etnia y las condiciones de vida. Con ello se generan las oportunidades de vida (life chance). Por su parte la agencia, en tanto se trata de las opciones de vida (life choices), está condicionada por la socialización y la experiencia de las personas. (Cockerham, 2005)

De acuerdo a Cockerham las circunstancias de clase son probablemente las que ejercen una influencia más poderosa: preferencia de alimentos, prácticas del cuidado de la salud, actividad física entre las clases sociales. La edad, el género y la etnia tienen un rol fundamental por las desventajas socialmente determinadas que sufren algunos grupos en algunos contextos. Las colectividades se refieren a grupos específicos de personas vinculadas por relaciones partículas como afinidades, trabajo, profesión, religión, valores,

ideales capaces de influenciar los estilos de vida de sus miembros. La socialización tanto primaria (que se da en la familia) como secundaria (en los grupos sociales) como la experiencia moldean las decisiones de los individuos y constituyen el principal sustrato para la agencia que como se ha mencionado, se refiere a la capacidad de tomar decisiones de acuerdo con la iniciativa individual (Cockerham, 2005). Según Cockerham, Abel y Lüschen retoman los enfoques de la racionalidad sustantiva y formal propuestas por Weber, en tanto que, el primer enfoque se refiere a la conducta basada en sentimiento religiosos tal y como los indica Greens en 1986, considerando que, con el advenimiento del encuentro con Cristo, el ser humano debía alcanzar un estado de gracia con perfección en el cual está libre de toda enfermedad (Vargas, 2011).

En sociología, el estilo de vida es la manera en que vive un grupo social de individuo, o un grupo de personas. Una forma de vida que refleja las condiciones de vida, los valores y la visión del mundo de un individuo o una comunidad. Tener una "forma de vida específica" implica una opción consciente o inconsciente entre una forma y otras de comportamiento (Bourdieu, 1991). Los hábitos alimentarios y las preferencias deportivas son trabajos en profundidad por Pierre Bourdieu a los que les llamó "habitus", desde este enfoque sociológico se consideran a las clases sociales diferenciadas por compartir estilos de vida debido a que sus tendencias en cuanto a los gustos y oportunidades son las mismas. Los "habitus" se ordenan con respecto a los objetivos individuales que se interrelacionan en correspondencia a las posibilidades y su consecución de forma objetiva (Álvarez, 2012).

En el continente europeo, las investigaciones sociológicas sobre los estilos de vida están con mayor influencia por el trabajo del sociólogo francés Bourdieu quien en su trabajo titulado; La distinción analiza cómo los grupos de clase social se diferencian unos de otros o de los otros a través de patrones de consumo que les ayudan a diferenciarse o "distinguirse" en su estilo de vida. (Bourdieu, 1988). Parar Bourdieu: cada clase social tiene sus propias razones de consumo; ocio, arte, deporte, alimentos todos estos niveles de interacción de la vida cotidiana,

se explican por una cosa muy obvia, aunque no por ello insignificante, a saber: el gusto. El gusto limita nuestras preferencias, nuestras actitudes, ideas, ejercicios, da forma a nuestro gusto. El gusto depende de nuestro capital cultural y configura lo que el autor denominó el “habitus”. Bourdieu hace una propuesta de una diferenciación de clases atendiendo no únicamente a las propiedades o a las relaciones de producción, sino también a la manera en que estas conforman un “habitus” de clase determinado y cómo éste se alimenta a su vez con las prácticas de las que es producto: “Es el habitus el que hace que se tenga lo que gusta porque gusta lo que se tiene”. De una manera concreta, para Bourdieu, el *habitus* depende de las relaciones que existen en un individuo o un grupo entre el capital económico y el capital cultural, es decir depende del nivel educativo y nivel socioeconómico de las personas (Bourdieu, 1988)

Bourdieu propone una diferenciación de los “habitus” en función de la clase social, encontrándose en cada una, una diversidad de matices del modelo general, se podría decir que, para Bourdieu, lo que “distingue” a una persona de las otras no es sólo su poder de clase o su poder adquisitivo sino también lo que le gusta, lo que le define por tener un “capital cultural” distinto al de los demás. Ese capital cultural lo recibimos de la familia y del sistema educativo. Indudablemente, los gustos de las clases alta, sus “habitus” o sus estilos de vida, son diferentes de los de las clases medias y muchas de los sujetos de clase media aspiran a modificar sus gustos para aproximarse a la clase superior, es decir a la clase dominante. (Bourdieu, 1988)

El acceso a la educación es la principal fuente de modulación del capital cultural y un elemento determinante del cambio de clase, del “progreso” y, por tanto, de la modulación del “habitus” y del patrón de consumo. Para Bourdieu es importante analizar desde la perspectiva sociológica la relación entre los estilos de vida y la desigualdad social, concluyendo que, nuestra forma de andar, de vestirnos y de alimentarnos deja de ser sólo un reflejo nuestra personalidad para convertirse en una prueba manifiesta de nuestros orígenes de clase, una consecuencia del contexto social en el que hemos crecido. Los patrones de

consumo de teléfonos celulares (móviles), de consumo de alimentos, de tabaco, métodos anticonceptivos, de tiempo libre, etc., existe una diferenciación entre clases sociales y géneros. En Bourdieu el estilo de vida es más una exclusión social que una integración, es una manera de integrar a las clases dominadas excluyéndolas. Este estilo de vida al que se refiere Bourdieu, se articula con la lucha entre clases sociales. Es el concepto mediador entre la estructura social y las prácticas de clase (Bonmewitz, 2003).

Bourdieu hace referencia al estilo de la vida, concepto tomado de Weber, que se refiere a la conciencia de estilo y es un elemento de ajuste de las prácticas y la sociedad. Esto quedará reducido a los estilos de las clases superiores dentro de un proceso de dominación (Bourdieu, 1998). Esta estilización de la vida es el resultado de las situaciones materiales y sociales que se reflejan cuando los individuos escogen, en su consumo, y se identifica con la desvinculación del consumo por necesidad. (Bonmewitz, 2003), El consumista toma una posición de sujeto en el consumo, como se menciona anteriormente al hablar del consumo como práctica. Es él, el que determina su consumo, el que crea su propio estilo de vida; no los objetos. Son entonces, el consumo como tal y sus actividades, los que crean los estilos de vida, a través de los que consumen.

Otro de los autores reconocidos y de la escuela francesa es M. Foucault, desarrolla el concepto de estilos de vida como una nueva forma de racionalidad política, como un modo específico de ejercer el poder, mediante un conjunto difuso de estrategias y de tácticas para justificar la necesidad de que los estilos de vida elegidos por los grupos sociales de una comunidad, y que no son los más apropiados para su bienestar, y el de sus conciudadanos, puedan ser modificados por las instituciones democráticas del poder político apoyado en el saber de los expertos, mediante iniciativas que compelen a los ciudadanos a hacer en su propio beneficio y el de los demás miembros de la sociedad, aquello que se resisten a hacer (Cockerham, 2002).

En el ámbito de la psicología, fue Alfred Adler (1935) quien comienza a utilizar la expresión estilo de vida como reflejo del carácter propositivo de la persona, con el objeto de distinguir a los individuos su visión del mundo y los objetivos que se imponen y en función del modo de organizar su vida cotidiana, en un contexto social. Así el estilo de vida es la actitud habitual con la que la persona enfrenta sus modos de andar en la vida (Cockerham, 2002). El EV (Estilo de Vida) se define como un conjunto de patrones que estructuran la organización temporal, el sistema social de relaciones y las pautas de consumo y/o actividades (culturales y de ocio) de las personas (Cockerham, 2005). Los EV se refiere aquellos patrones cognitivos, afectivos y de comportamiento, individuales y colectivos que señalan cierta consistencia en el tiempo bajo condiciones más o menos constantes y que pueden constituirse en dimensiones de riesgo o de seguridad dependiendo de su naturaleza (OMS, 1989).

En el campo de la epidemiología y la salud pública, según Menéndez, la corriente epidemiológica más anclada en la biomedicina empieza a usar el término estilos de vida y salud desde las décadas de 1950 y 1960, para referirse a comportamientos de índole individual que están vinculados con las enfermedades crónicas, sin tener en cuenta de las enfermedades infectocontagiosas, con excepción VIH/sida. Posteriormente esta corriente de corte más positivista viene a relacionar los estilos de vida con la noción de riesgo, que subraya la responsabilidad de los individuos sobre la salud (Menéndez, 2009). Desde la Medicina Social se define el estilo de vida como una categoría subsumida al modo de vida, la cual se entiende como la libre elección que hace las personas entre el conjunto de posibilidades sociales que le ofrece su modo de vida. (Blanco, 1990). Esta concepción centra su análisis en el estilo de vida como estructurador de la existencia humana en su especificidad individual, con una determinación esencialmente social. Se puede observar en las distintas definiciones antes descritas que aportan elementos importantes contribuyen en el análisis de los estilos de vida y salud desde el enfoque de la sociología.

3.2 Determinantes sociales en los estilos de vida

A pesar de que habitualmente se utiliza el término **estilo de vida saludable**, se ha considera más apropiado el uso del término **estilo de vida relacionado con la salud**, ya que alcanza los comportamientos que realzan la salud como los comportamientos que lo ponen en riesgo. Sin embargo, en algunas ocasiones resulta recargado o hasta confuso denominarlo así, por ejemplo, cuando se trata su relación con otras variables (relacionado con la salud se relaciona con bienestar emocional). Por lo que, sin duda, el término estilo de vida saludable tiene en cuenta tanto aquellos comportamientos que implican un riesgo para la salud como aquellos otros que lo protegen.

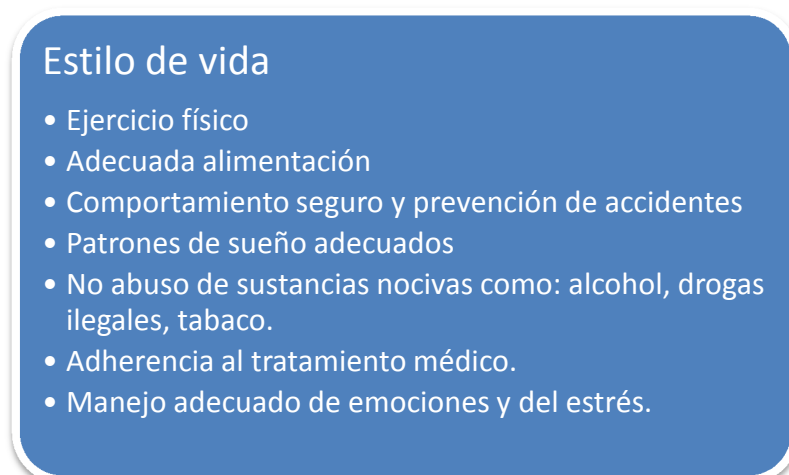
Una de las aportaciones que realiza Elliot Dellert, (1993) es su planteamiento sobre las características fundamentales de estilos de vida saludable como lo son:

“Posee una naturaleza conductual observable. En este sentido, las actitudes, valores y las motivaciones no forman parte del mismo, aunque si pueden ser sus determinantes. Las conductas que lo conforman deben de mantenerse durante un tiempo. Conceptualmente el estilo de vida denota hábitos que poseen alguna continuidad temporal, dado que supone un modo de vida habitual. Así, por ejemplo, el haber probado alguna vez tabaco no es representativo de un estilo de vida de riesgo para la salud. Por la misma regla. Si un comportamiento se ha abandonado ya no forma parte del estilo de vida. El estilo de vida denota combinaciones de conductas que ocurren consistentemente. Es decir, se considera el estilo de vida como un modo de vida que abarca un amplio rango de conductas organizadas de una forma coherente en respuesta a las diferentes situaciones vitales de cada persona o grupo. El concepto de estilo de vida no implica una etiología común para todas las conductas que forman parte del mismo, pero si se espera que las distintas conductas tengan algunas causas en común.” (Elliot, 1993, pp. 34-35).

Por conductas saludables se conceptualiza “*aquellas acciones realizadas por un sujeto, que influyen en la probabilidad de tener consecuencias físicas, que repercuten en el bienestar físico, psicológico o social*” (Pastor, 1995). Llevar a cabo conductas saludables implica por tanto desarrollar un estilo de vida saludable que influya en la salud. Al considerar lo indicado en los párrafos anteriores, se puede definir un estilo de vida saludable como: “*aquel conjunto de procesos sociales, hábitos, conductas y comportamientos en el individuo o la probabilidad que conlleve a la satisfacción de las necesidades humanas para que obtenga el bienestar biopsicosocial que se necesita para generar calidad de vida y desarrollo personal*” (Pastor, 1999), estos estilos de vida saludable incluyen:

Figura No. 7.

Característica del estilo de vida de acuerdo a Pastor.



Fuente: elaboración propia tomado de Pastor, 1999

Los primeros estudios de los estilos de vida saludable surgen desde el ámbito de la prevención de las enfermedades cardiovasculares, por los que las variables empleadas en esos primeros estudios son los factores de riesgo clásico de este tipo de enfermedades: consumo de tabaco y alcohol, ejercicio físico y hábitos alimentarios, como también la muestra que utilizan en esos estudios está conformada fundamentalmente por adultos con y sin problemas cardiovasculares (Lalonde, 1974).

Desde el ámbito sociológico se han concebido como determinantes el conjunto de posibilidades sociales que ofrece el modo de vida expresadas en forma de actividades y comunicación. (Blanco, 1990). La creación de la Comisión de Determinantes de la Salud convocada por la OMS inicia la discusión de los Determinantes de la Salud (OMS, 2000). La diferencia que se observa entre los aportes de la medicina social con respecto a los determinantes de la salud y los de la OMS obedecen a posiciones de tipo ideológico, dado que mientras se discutía desde la medicina social las condicionantes y determinantes del proceso de salud enfermedad desde principios de los años setenta. La OMS centro sus estrategias en la Atención Primaria de la Salud -APS- promovió a nivel global el eslogan de “Salud para Todos en el año 2000” y aproximadamente tres décadas después la OMS retoma la discusión de los determinantes de la salud.

Como consecuencia de la relativa nueva orientación del uso de los determinantes sociales se observa el aumento progresivo de la preocupación por la educación para la salud por parte de la OMS y otros organismos públicos dedicados a la mejorar del bienestar de la población infanto-juvenil, se provoca un aumento en el número de variables estudiadas que forman parte del estilo de vida. En los últimos años, el campo centrado en los estilos de vida saludable también se introduce en investigaciones sobre la tercera edad (OMS, 2000).

La etapa de la adolescencia tiene características diferentes, de manera que es posible analizar la dimensión de las conductas que conforman los estilos de vida saludable en esta etapa evolutiva. Existen diversas explicaciones que tratan de revelar las razones por las que las diversas conductas que conforman los estilos de vida correlacionan de forma clara durante la adolescencia Elliot define cinco explicaciones diferentes. Las conductas tienen una causa en común, como pueden ser rasgos de personalidad, desorden clínico, orientación social o procesos de desarrollo. Las conductas están vinculadas con la experiencia social y se aprende en un grupo unas unidas a otras. Las conductas constituyen medios alternativos para alcanzar algunas metas personales. Las conductas se hallan vinculadas con las expectativas normativas de grupos particulares o culturales. Las conductas están vinculadas causalmente unas con otras. Estas nos

encaminan a pensar que, aunque las apariciones de enfermedades no son transmisibles ocurre generalmente a partir de la quinta década de la vida las causas tienen su origen antes.

3.3. Dimensiones de los factores protectores

Los factores protectores de los estilos de vida saludables son factores o hábitos personales y socio-ambientales que permite satisfacer las necesidades que originan calidad de vida. Los hábitos de vida más saludables para conseguir una mejor calidad de vida son: la alimentación correcta, una actividad física adecuada y unas pautas de descanso apropiadas (Dawson, 1994). Los elementos de los estilos de vida se pueden agrupar en: Nivel de actividad física. Generalmente se utilizan los términos actividad física, ejercicio físico y deporte como sinónimos. Cualquier tipo de práctica de actividad física puede resultar beneficiosa para la salud, siempre y cuando se realice con una intensidad moderada y como mínimo tres veces a la semana durante un mínimo de 20 ó 25 minutos (Balaguer et al., 1994) (Chi, 2011).

Hábitos dietéticos: Las características de la alimentación que se suelen recoger en la mayoría de los estudios sobre estilos de vida son la calidad de la alimentación y la estructura o regularidad de las comidas. La calidad de la alimentación hace referencia a la frecuencia con la que se consumen determinados alimentos tanto beneficiosos como perjudiciales para la salud. La estructura de las comidas alude a la frecuencia con la que se realizan las cinco comidas fundamentales.

Consumo de drogas: Legales o institucionalizadas (tabaco, alcohol), ilegales (cocaína, marihuana, heroína), o fármacos psicoactivos. Los aspectos que se suelen valorar en los estudios son: la experimentación con las drogas, la frecuencia de consumo y la edad de inicio en su consumo. También se valora la información o educación en materia de drogas proveniente tanto de la familia y/o amigos o centro educativo (Gutiérrez, 2000).

Figura No. 8.
Factores protectores o estilos de vida saludables



Fuente: elaboración propia tomada de Gutiérrez, 2000)

Otras componentes que se pueden tener en cuenta son situaciones enfermedad mental (psíquicas) generadoras de morbilidad, situaciones de estrés, violencia, conducta sexual insana, conducción peligrosa, mala utilización de los servicios sanitarios o incumplimiento de las instrucciones curativas y preventivas.

3.4. Dimensiones de factores de riesgos

Las variables que se utilizan para ordenar y analizar el estilo de vida relacionado con la salud son muy diversas; sin embargo, aquellas que hacen referencia a los factores de riesgo clásico, como el consumo de tabaco (Phillips y Danner, 1995) y alcohol, condición y actividad física y hábitos alimentarios (Kusaka, Kondov y Morimoto, 1992) son las que llama la mayor atención de los investigadores (Bandura, 1982). No obstante, los cambios sociales acontecidos en las últimas dos décadas, como por ejemplo el incremento del consumo de drogas, la preocupación por las enfermedades de transmisión sexual y el elevado número de accidentes de tráfico, junto con las enfermedades no transmisibles o no comunicables (enfermedades cardiovasculares, cerebro vasculares, diabetes tipo 2, hipertensión arterial y algunos tipos de cáncer principalmente) que constituye más del 60% de la carga de mortalidad, morbilidad y discapacidad en todo el mundo (OMS, 2005). Incrementa el interés por la educación para la salud y la promoción de estilos de vida saludables en la infancia y la adolescencia, así como la introducción de nuevas variables en el estilo de vida como área fundamental para la comprensión de perfil epidemiológico, consumo de drogas y medicamentos, la higiene dental y los hábitos de descanso, los accidentes y conductas de riesgo y de prevención de los mismos, las actividades de tiempo libre, conducta sexual, chequeos médicos, apariencia y los hábitos de higiene personal (Pastor, Balaguer y García-Merita, 1998).

Cuando un estilo de vida se convierte en un elemento perjudicial para nuestra salud se está ante un factor de riesgo. Las dietas poco saludables; la inactividad física; el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas; el estrés psicosocial; y otras conductas de riesgo, como mantener relaciones sexuales sin protección o conducir de forma irresponsable, son algunos de los factores de riesgo que forman parte del estilo de vida de nuestras sociedades que provocan el crecimiento de las enfermedades no transmisibles.

Conclusión

Los estilos de vida son estudiados por varias disciplinas como la sociología, la antropología, psicología y la epidemiología. El origen del término y los mayores desarrollos conceptuales se formulan en el campo de las ciencias socioculturales, para las que los estilos de vida son patrones de comportamiento grupales sobre la estructura social ejerce una influencia considerable. La epidemiología hace un uso extensivo del concepto de estilos de vida y salud, pero con un significado reducido, asociado a las conductas que los individuos de manera racional asumen y que pueden ser riesgosas para la salud.

El análisis de la literatura muestra que los estilos de vida son una preocupación no sólo para el mundo académico, sino para los formuladores de políticas públicas en salud. La constatación de que existe alguna relación entre algunos hábitos entre la exposición y las circunstancias riesgosas en un momento determinado o durante el transcurso de la vida, junto con el desarrollo de las enfermedades crónicas más prevalentes, favorece la proliferación de investigaciones en este campo. Se observa, además, un número creciente de investigaciones que evalúan estrategias de intervención para la modificación de ciertos hábitos con el objetivo de prevenir patologías específicas, y de promoción de lo que se denomina usualmente estilos de vida saludables.

Es posible afirmar que las investigaciones sobre estilos de vida se circunscriben principalmente a las enfermedades crónicas no transmisibles y, en particular, a patologías como obesidad, diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial, síndrome metabólico, enfermedades cardiovasculares y los comportamientos más estudiados son los hábitos alimentarios, la actividad física y tabaquismo. Consumo de alcohol, consumo de drogas y conducta sexual. En menor medida se encuentran estudios que relacionan algunas conductas como los hábitos de sueño, problemas como la enfermedad mental, la depresión y el suicidio.

En las últimas décadas se realizan innumerables estudios que pretenden explorar la complejidad del o los estilos de vida y su relación con la salud, para demostrar como interactúa con el entramado de factores que la afectan la salud. En este estudio se hace énfasis en aquellos que vinculan el ámbito socioeducativo como eje modelador de conductas que se asocian a estilos de vida.

Capítulo 4. Políticas Públicas y de Salud en Guatemala.

En este capítulo nos referimos a la política pública y de salud en Guatemala, y está organizado en tres apartados: el primero desarrollo los aspectos de índole internacional que coadyuvan al sistema de salud nacional. Cabe resaltar el papel que tienen los organismos de cooperación técnica internacional los cuales por orden legislativo deben confluir bajo la rectoría del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. La Organización Panamericana de la Salud tiene un mayor liderazgo en la asistencia técnica propiamente por la agenda de salud que se dirige para la región desde la sede en Washington, D.C. Además de las agendas de otras agencias de cooperación técnica internacional que tiene representación local; En el segundo apartado es relativo al nivel regional bajo la instancia del Sistema de Integración Centroamericano y República Dominicana, en específico con el Consejo de Ministros de Salud que tiene una Secretaría Ejecutiva en el país que tiene la presidencia pro tempore la Secretaría desarrolla agendas de las acciones para la región en temas de salud coordinados con los políticos de cada ministerio.

Por último, el nivel nacional que integra los recursos de tipo legislativo y políticos aprobados por el poder legislativo en materia de salud. El código de salud aprobado en 1997 es el fundamento para la Reforma del sistema de salud que impulso de forma intensiva procesos de incorporación de nuevos temas como la participación ciudadana, la interculturalidad y género, en el marco de la firma de los Acuerdo de paz firmados en 1996. La ley del organismo ejecutivo que sienta las bases la formación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y su rectoría frente al sistema de salud en Guatemala.

En materia de juventud que conforma la población de interés de esta tesis doctoral se encuentra la política pública de ITS/VIH/Sida, la política de desarrollo social, la política de salud para la adolescente, Política Nacional de Juventud 2010-2015, se resalta el hecho que la política de la juventud tiene apenas una vigencia de 6 años, con dos versiones la primera del periodo 2010- 2015 y la segunda que se sobrepone con la anterior del 2012 al 2020. La segunda de

forma específica se trata los temas de los estilos de vida saludables y la prevención de enfermedades crónicas degenerativas. Este capítulo se cierra con los aspectos que la Universidad de San Carlos de Guatemala desarrolla en torno a la salud de la comunidad universitario.

4.1. Nivel internacional

En el marco internacional de la salud Guatemala se encuentra entre los países que reciben la cooperación técnica internacional del SNU (Sistema de Naciones Unidas) las cuales operan agendas relacionadas con temas a la salud de los adolescentes como, por ejemplo: UNESCO, OIM, PNUD, OEA, OIT, FAO, entre otras. En el marco del SNU la mayor injerencia a escala nacional con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es a través de la OPS (Oficina Sanitaria Panamericana) con sede en Washington D.C., con más de 100 años de funciones en la región.

La OPS se encuentra adherida a la SNU (sistema de naciones unidades) en coordinación con la OMS (Organización Mundial de la Salud) esta última creada en 1,948. La agenda de cooperación internacional en salud se centraliza en la sede de OPS en Washington D.C. la cual se hace operativa a través de la cooperación técnica internacional en su representación en Guatemala con la asistencia dirigida a los funcionarios públicos del gobierno de turno en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

La OMS propone, la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente en el periodo 2016-2030 y su marco operacional, la cual es conocida en la 68ª Asamblea Mundial de la Salud en septiembre de 2015. La estrategia sirve de orientación a los países y los programas para planificar una respuesta a las necesidades sanitarias de los adolescentes.

Tabla No. 8.

Acuerdos de cooperación de nivel internacional relacionados con el sistema de salud en Guatemala.

Título del tipo de acuerdo	Publicación en el Diario Oficial de Centro América	Descriptor del tipo de acuerdo
Acuerdo de cooperación en materia de salud entre el gobierno de la república de Guatemala y a través del Ministerios de Salud Pública y asistencia social y el gobierno de la República del Ecuador a través del Ministerio de Salud Pública, firmado en la Ciudad de Guatemala el 4 de junio de 2003 de término indefinido.	Tomo CCLXXIV número 80 del 6/08/2004	Salud, cooperación entre Ministerios de Salud, cooperación, cooperación en materia de salud, salud internacional.
Acuerdo de cooperación en materia de salud entre la República de Guatemala y la República de Cuba, firmado en la Ciudad de Guatemala el 20 de noviembre de 2002 de término indefinido,	Tomo CCLXXII número 6 del 9/07/2003	Salud, cooperación en materia de salud.
Acuerdo entre el gobierno de la República de Guatemala y el Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, para establecer una comisión de salud fronteriza Guatemala- México, firmado en la Ciudad de Guatemala el 12 de junio de 2003 de término indefinido	Tomo CCLXXIII número 93 del 2/04/2004	Salud, comisión de salud fronteriza, fronterizo, servicios de salud.
Resolución de la WHA 51.23, adoptada durante la 51 Asamblea Mundial de la salud, en la décima sesión plenaria, efectuada el 16 de mayo de 1998 por medio de la cual de la cual se enmiendan los artículos 24 y 25 de la constitución de la OMS, celebrada en la Ciudad de Nueva York, EE.UU. el 16 de mayo de 1998, entra en vigor en Guatemala el 29de junio de 2007 con término indefinido	Tomo CCLXXXII Número 36 del 1/08/2008	OMS, Organización Mundial de la Salud, estados miembros de la OMS.
Acuerdo por canje de notas entre los gobiernos de la República de Guatemala y la República Federal de Alemania sobre el proyecto "Fomento del programa del programa de salud básica en zonas rurales" suscrito por canje de notas el 30/03/2001 y 23/10/2001, Ciudad de Guatemala, Guatemala de término indefinido,	Tomo CCLXVI Número 1 del 30/11/2001	Cooperación, salud, paz social, consolidación de democracia, servicios de salud, envío de expertos.
Acuerdo por canje de notas entre el gobierno de la República de Guatemala y el gobierno de la República Federal de Alemania, relativo al proyecto Programa de Salud básica en Zonas rurales. Suscrito el 8/2/ 1995 y 6/6/ 1995, de tiempo indefinido.	Tomo CCLIV número 93 del 1/10/ 1996	Salud, salud básica en áreas rurales, cooperación, envío de expertos, exenciones.
Acuerdo suscrito entre la Organización Sanitaria Panamericana y el gobierno de la República de Guatemala, firmado en la República de San Juan de Puerto Rico, firmado el 29 de septiembre de 1958	Decreto número 1495 del 17/10/1961, Tomo CLXIII Número 40 del 27/11/1961,	Cooperación, salud, franquicias, laissez passer, inmunidades, privilegios, franquicias.
Acuerdo con carta de entendimiento suscrita el 21 de julio de 1988, entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la República de Guatemala y la Secretaría del Estado de Salud Pública Dominicana. Firmado en la Guatemala, el 21 de julio de 1988, de término indefinido.	Tomo CCXXXIV Número 67 del 26/09/1988	Salud, cooperación en materia de salud, salud. materno infantil, dengue, malaria, agua potable, inter...

Fuente: elaboración propia modificado de Ministerio de Relaciones Exteriores (2016).

Tabla No. 9.

Convenios de cooperación de nivel internacional relacionados con el sistema de salud en Guatemala (*Continuación*).

Título del tipo de convenio	Nombre del Decreto y publicación en el Diario Oficial de Centro América	Descriptor del tipo de convenio
Convenio ALA/91/33 Convenio de financiación entre las comunidades europeas y las Repúblicas de Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá sobre el programa regional de recogida y tratamiento de desechos procedentes de hospitales. Suscrito con la Unión Europea en Bruselas, Bélgica, el 23 de junio de 1993 de término indefinido.	Decreto 53-94 del 26/10/1994, Tomo CCL Número 10 del 4/11/1994, 04/11/1994	Salud, sanidad, desechos hospitalarios, ambiente, Derecho Ambiental.
Convenio de cooperación en materia de salud entre el gobierno de la República de Guatemala y el gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. Suscrito en la Ciudad de Guatemala el 9 de septiembre de 1996 de término indefinido.	Tomo CCLV número 65 del 14/01/1997	Cooperación, cooperación en materia de salud, salud.
Convenio entre el gobierno de la República de Costa Rica y el gobierno de la República de Guatemala para el desarrollo de acciones de cooperación de salud. Suscrito en la Ciudad de Guatemala el 4 de septiembre de 1987 de término indefinido.	Tomo CCXXXIII Número 50 del 11/04/1988	Salud, cooperación, materno infantil, pediatría, optimización de recursos del sector salud.
Convenios de financiación no reembolsable entre la Comunidad Europea y la República de Guatemala, relativos al "proyecto de apoyo a los programas de Reforma del sector salud en Guatemala", Fase I y II. Suscrito el 22 de febrero de 1996 de término indefinido.	Decretos 93-97 y 52-98 del 9 de octubre y 9/09/1998, Tomo CCLX No 6,13/10/1998, Tomo CCLVII No.66-31/10/199. Tomo CCLXV Número 38 del 17/11/2000 (ratificado)	Cooperación, salud, reforma al sector salud.
Convenio marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el control del tabaco, elaborado en Ginebra el 21 de mayo de 2003. Suscrito por la República de Guatemala en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York el 25 de septiembre de 2003.	Decreto 47-2005 del 14/07/2005, enmendado por el Decreto 80-2005 del 7/11/2005, Tomo CCLXXVII número 67 del 14/02/2006	Salud, tabaco, tabacaleras, industria tabacalera.

Fuente: elaboración propia modificado de Ministerio de Relaciones Exteriores (2016).

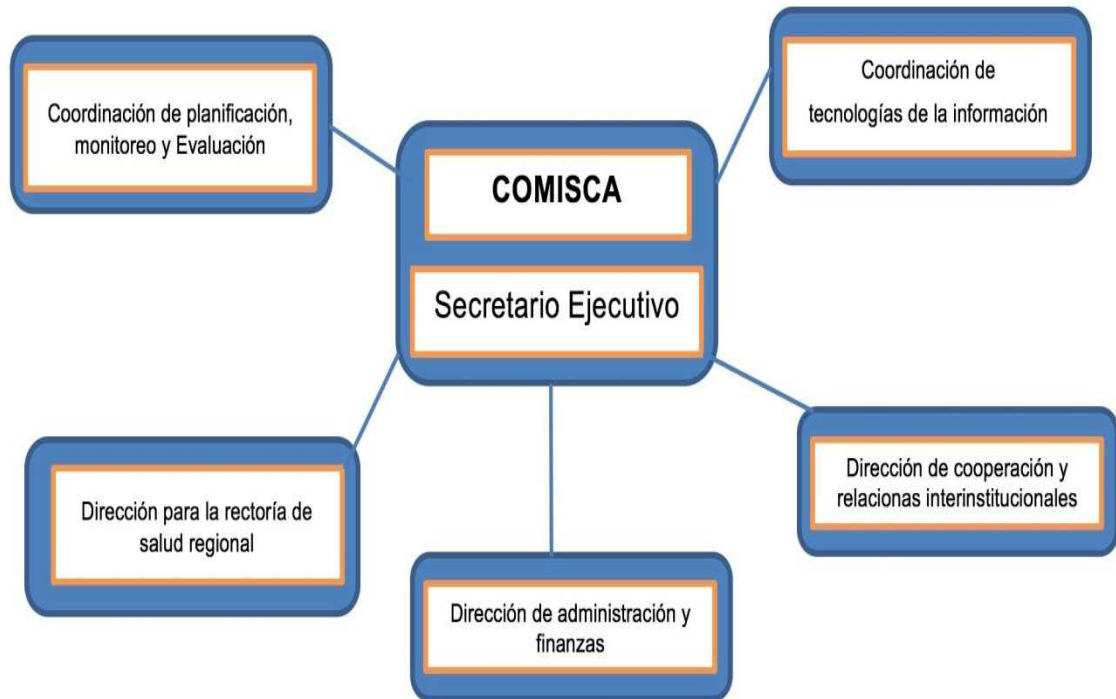
4.2. Nivel regional

En el nivel regional el SICA (Sistema de Integración Social de Centro América) que integra a República Dominicana. En el marco de integración regional el principal foro para el análisis, deliberación y propuesta de los Ministros de Salud es COMISCA (Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana) que tiene el propósito de identificación y priorización de los problemas regionales de salud, el representante de OPS/OMS del país sede se constituye como observador. La Secretaría Ejecutiva del COMISCA (SE-COMISCA), se encarga de la coordinación política estratégica y técnico-administrativa, que surge con la finalidad de fortalecer y garantizar el adecuado funcionamiento del COMISCA; ésta se encuentra representada por el Secretario Ejecutivo (COMISCA, 2009).

La misión de la SE-COMISCA es ser la instancia del Sistema de Integración Centroamericana que fortalece la función rectora del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica para generar condiciones óptimas de salud en la población de la región. Por otro lado, la visión es ser el referente regional en la articulación y gestión de políticas y estrategias emanadas del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica, con un enfoque de excelencia y sostenibilidad (COMISCA, 2009).

En el nivel operativo de proyectos con respecto a los temas tratados en la tesis doctoral se rescata el proyecto de para el combate contra el VIH/SIDA en Centroamérica con el objetivo de la conducción del plan estratégico regional para VIH y SIDA en la región, así como la ejecución multisectorial de intervenciones para una mejor gestión regional de conocimiento y en relación a los temas de género, estigmatización e discriminación. (COMISCA, 2009)

Figura No. 9.
Estructura Organizativa de la Comisca.



Fuente: tomado de COMISCA, 2009 [Organigrama de la Comisca]

En la región se conoce la cumbre del PPP (Plan Puebla Panamá) de 2007, en ese marco la Secretaría de Salud de México propone el Sistema Mesoamericano de Salud Pública el cual incluye los países Centroamericanos, México y Colombia con sus carteras de Salud con el objeto de atender necesidades de salud en toda la región mesoamericana frente al incremento y complejidad de los factores epidemiológicos y sociales (COMISCA, 2009).

En el año 2004 se crea el FOCARD-APS (Foro Centroamericano y Salud de República Dominicana de Agua Potable y Saneamiento) tiene como objetivo la promoción de la cobertura universal al disminuir la inequidad con respecto al acceso, a la calidad y a la eficiencia entrega de servicios de agua potable y saneamiento, en la población con mayor necesidad (COMISCA, 2009).

El INCAP (Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá) es un centro especializado en alimentación y nutrición de la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS, además pertenece al Sistema de la Integración Centroamericana. Se funda en el año 1949 con sede en Guatemala y posteriormente se descentraliza con oficinas en los países de la región. (COMISCA, 2009). Entre los aportes fundamentales para el tema de tesis doctoral se encuentran las Guías Alimentarias para Guatemala la cual tiene las recomendaciones para una alimentación saludable que incluye actividad física y el no consumo de alcohol en la población en edad escolar para impactar en los jóvenes (MSPAS, 2013).

4.3. Nivel nacional

En el ámbito nacional la constitución de la República de Guatemala promulgada en 1985, confiere la protección de la salud como una obligación del Estado, sobre la salud y asistencia social. La constitución de Guatemala indica que *“El estado velará por la salud y la asistencia de todos los habitantes. Desarrollará a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las completarías pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social.”* (Constitución Política de la República, Art. 94, p. 30)

4.3.1. Código de salud en Guatemala

En 1997 se crea el “Código de Salud” aprobado en el Decreto No. 90-97 el Art. 17 definen las funciones del MSPAS están contenidas en el Código de Salud:

“a) Ejercer la rectoría del desarrollo de las acciones de salud a nivel nacional; b) Formular políticas nacionales de salud; c) Coordinar las acciones en salud que ejecute cada una de sus dependencias y otras instituciones sectoriales; d) Normar, monitorear, supervisar y evaluar los

programas y servicios que sus unidades ejecutoras desarrollen como entes descentralizados; e) Velar por el cumplimiento de los tratados y convenios internacionales relacionados con la salud; f) Dictar todas las medidas que, conforme a las leyes, reglamentos y demás disposiciones del servicio, competen al ejercicio de sus funciones y tiendan a la protección de la salud de los habitantes; g) Desarrollar acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud y las complementarias pertinentes a fin de procurar a la población la satisfacción de sus necesidades en salud; h) Propiciar y fortalecer la participación de las comunidades en la administración parcial o total de las acciones de salud; i) Coordinar la cooperación técnica y financiera que organismos internacionales y países brinden al país, sobre la base de las políticas y planes nacionales de carácter sectorial; j) Coordinar las acciones y el ámbito de las Organizaciones no Gubernamentales relacionadas con salud, con el fin de promover la complementariedad de las acciones y evitar la duplicidad de esfuerzos; k) Elaborar los reglamentos requeridos para la correcta aplicación de la presente ley, revisarlos y readecuarlos permanentemente.” (2001, p. 7)

El Código de salud entre uno de sus lineamientos estratégicos para la salud tiene: *“Mejorar y ampliar la cobertura de atención y prestación de los servicios de salud integrales e integrados”* en un nivel más específico se indica *“Fortalecer acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades”* de allí que exista la coordinación de Promoción de la salud. Sin embargo, la baja asignación de presupuesto y reducido personal asignado convierte a la coordinación en un programa debilitado, el cual no logra la rectoría del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en instancias como la Universidad de San Carlos de Guatemala (Código de salud, 2001).

El Código de Salud trata en el capítulo II entre los artículos 39 al 51 aborda el tema De los estilos de vida saludables (Código de salud, 2001). En particular el código de salud tiene elementos sustanciales que se relacionan con el tema de

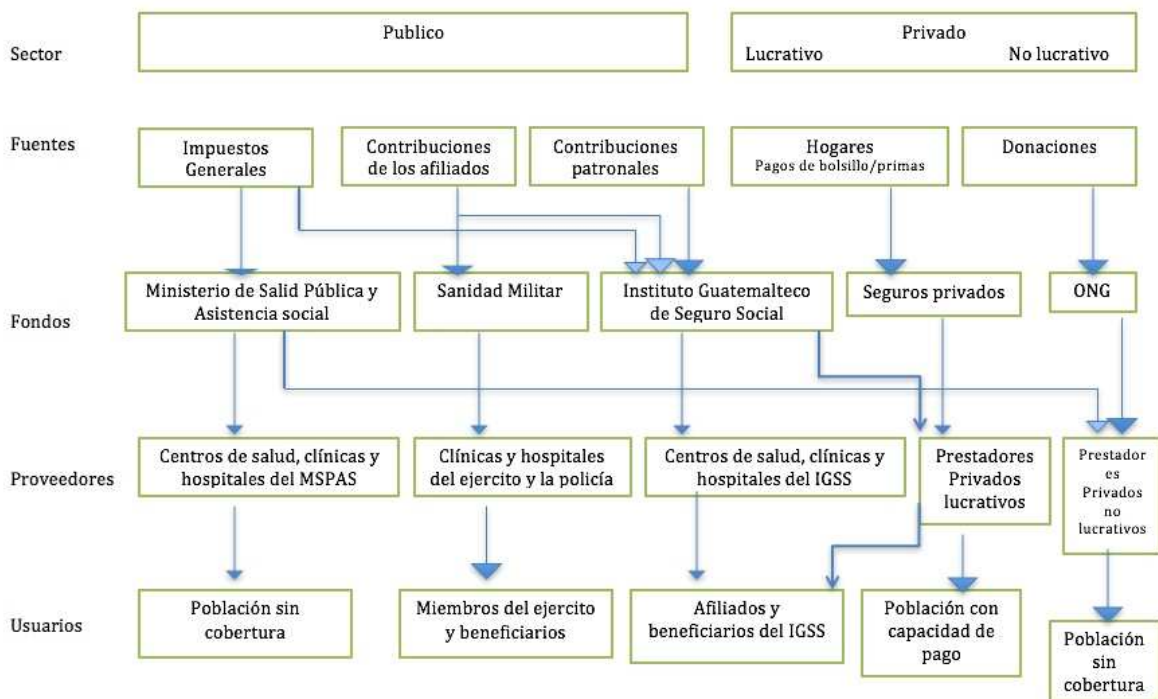
la tesis doctoral en un nivel que permite a los planificadores de programas en salud derivar acciones concretas para la población de adolescentes:

- a) el Art. 43 sobre la Seguridad alimentaria y nutricional el cual regula a las instituciones del sector, otros ministerios, comunidad organizada y las agencias de cooperación internacional para la seguridad alimentaria y nutricional de la población en Guatemala (2001);
- b) el Arts. 47 y 48 sobre Sustancias dañinas para la salud y Sustancias prohibidas por la ley con respecto a informar de los riesgos del consumo de sustancias dañinas para la salud de las sustancias que generan adicción. Así mismo, el cual orienta a promover programas para erradicar el consumo de sustancias nocivas, especialmente las drogas y cualquiera de sus formas y las bebidas alcohólicas clandestinas (2001);
- c) el Art. 50 relacionado con la Prohibición de venta y consumo a los menores de 18 años de edad referido a las ventas de bebidas alcohólicas y tabaco, lo cual incluyendo el consumo en establecimiento y vía pública (2001);
- d) el Art. 51 que regula los Lugares de consumo de tabaco y sus derivados el cual prohíbe fumar en establecimientos gubernamentales, transporte colectivo público o privado, centros educativos, entre los que se considera a la Universidad de San Carlos de Guatemala (2001);
- e) el Art. 62 que aborda las Enfermedades de transmisión sexual y Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida básicamente en el control de ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual) y VIH/Sida con desarrollar programas de educación, detección, prevención y control (2001).

4.3.2. Ley del organismo ejecutivo

La ley contenida en el decreto 114-97 en el artículo 39 referente al MSPAS (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social), le corresponde la formulación de las políticas y hacer cumplir el régimen jurídico relativo a la salud preventiva y curativa. Así mismo, las acciones de protección, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud de los habitantes del país. También, a la preservación higiénica del ambiente; a la orientación y coordinación de la cooperación técnica y financiera en salud. Además, a velar por el cumplimiento de los tratados y convenios internacionales relacionados con la salud en casos de emergencias por epidemias y de desastres naturales. Finalmente debe dirigir en forma descentralizada el sistema de capacitación y formación de los recursos humanos del sector salud (Ley de Organismo Ejecutivo, 1997).

Figura No. 10.
Organigrama del Sistema de Salud de Guatemala.



Fuente: tomado de Becerril-Montekio y López-Dávila, 2011, p. S198. [Organigrama del Sistema de Salud de Guatemala]

4.3.3. Ley de desarrollo social

En Guatemala se tiene como recurso legislativo la Ley de desarrollo social, que incluye en el capítulo III sobre la Política de desarrollo social y población objetivos básicos y fundamentales la obligación del Estado de *“Incorporar los criterios y consideraciones de las proyecciones demográficas, condiciones de vida y ubicación territorial de los hogares como insumos para la toma de decisiones públicas para el desarrollo sostenible”* (Ley de Desarrollo Social, 2001, p. 3), a través de la concreción de políticas específicas que permitan el mejoramiento que en materia de niñez y adolescencia se indica en el art. 16 sobre:

“Niñez y Adolescencia en situación de vulnerabilidad. Dentro de la Política de Desarrollo Social y Población se considerarán disposiciones y previsiones para crear y fomentar la prestación de servicios públicos y privados para dar atención adecuada y oportuna a la niñez y adolescencia en situación de vulnerabilidad y, de esta forma, promover su acceso al desarrollo social.” (Ley de Desarrollo Social, 2001, p. 5)

La ley antes señalada incluye el programa de salud reproductiva en la política de desarrollo social y población en materia de salud con un apartado específico para los adolescentes que dice:

“Adolescentes. En todas las unidades de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social se proporcionará atención específica y diferenciada para la población en edad adolescente, incluyendo consejería institucional en la naturaleza de la sexualidad humana integral, maternidad y paternidad responsable, control prenatal, atención del parto y puerperio, espaciamiento de embarazos, hemorragia de origen obstétrico y prevención y tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y del Síndrome de

Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)". (Ley de Desarrollo Social, 2001, p. 8)

Es relevante indicar que la misma ley desarrolla en el artículo 31 con respecto a la **política de desarrollo social y población en materia de educación la educación sexual** en una concepción estrictamente conservadora que omite los aspectos relacionados al uso del condón como medio de protección para las enfermedades de transmisión sexual. Este artículo tiene un contenido axiológico como el reivindicado por los grupos pro-vida que indica la:

"Educación sexual orientada a desarrollar valores y principios éticos y morales sustentados en el amor, comprensión, respeto y dignidad, así como fomentar estilos de vida saludable y un comportamiento personal basado en una concepción integral de la sexualidad humana en sus aspectos biológico, psicosocial y del desarrollo integral de la persona." (Ley de Desarrollo Social, 2001, p. 10)

4.3.4. La política pública de ITS/VIH/SIDA

La política pública respecto a la prevención de infecciones de transmisión sexual y el combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH- y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA-, tiene como objetivo la implementación de los mecanismos para la educación y prevención, vigilancia epidemiológica, investigación, atención y seguimiento de las enfermedades de transmisión sexual (ITS), virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), como problema social y económico de urgencia nacional, además de garantizar el respeto, promoción, protección y defensa de los derechos humanos (Política pública de ITS/VIH/SIDA, 2003).

4.3.5. Política nacional de juventud 2010-2015

Para efectos de esta Política, es preciso destacar a las y los jóvenes como sujetos sociales del presente y reconocer la responsabilidad del Estado en la atención de manera prioritaria a las juventudes, históricamente excluidas y desatendidas. Esta Política propone soluciones tendentes a restaurar la igualdad social a las y los jóvenes indígenas, jóvenes mujeres y jóvenes marginalizados. En el 2010 se formula por la SEGEPLAN (Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia), el CCS (Consejo de Cohesión Social) y el CONJUVE (Consejo Nacional de la Juventud), la Política Nacional de Juventud 2010-2015 (2010), primera política pública relacionada con el tema de los jóvenes establecida y aprobada por el Gobierno.

En los principios de la fundamentación de la política, se basa en los derechos humanos con el principio de universalidad, así mismo considera el principio de pluriculturalidad con el criterio de diversidad cultural (CONJUVE, 2010). Esta política se concibe sobre los ejes y estrategias de acción en torno a los temas de participación ciudadana; convivencia pluricultural; seguridad comunitaria y justicia; educación, desarrollo científico y tecnológico; salud integral y diferenciada; empleo y trabajo; emprendimiento y competitividad; agricultura en el desarrollo rural; desarrollo artístico y cultural; deporte, recreación, ambiente y recursos naturales (Política Nacional de Juventud 2010-2015, 2010)

La política nacional de juventud 2010-2015 plantea como objetivo general: *“garantizar la salud de las y los adolescentes y jóvenes mediante el mejoramiento continuo de sus condiciones de salud y la reducción de los principales riesgos de la morbilidad y mortalidad.”* (CONJUVE, 2010). Para tal objetivo plantea cuatro Subtemas de política: 1) Salud sexual y reproductiva para garantizar a los y las adolescentes jóvenes el acceso universal a la atención en salud sexual y reproductiva; 2) Programa nacional de prevención del sida dirigido a reducir la propagación del VIH-sida; 3) Espacios amigables en salud para adolescentes y jóvenes para incrementar el número de lugares para garantizar la atención diferenciada; 4) Salud mental (2010).

En el año 2012 se conoce el acuerdo gubernativo No. 172-2012 que da la aprobación de la Política Pública Nacional de Juventud 2012-2020. En ese mismo periodo de gobierno se aprueba en el acuerdo gubernativo 163-2012 la creación del “*Gabinete Específico de la Juventud*”. En cuanto al contenido de la política en materia de salud introduce en el tema de salud dos artículos acciones: a) La prevención del alcoholismo, drogadicción y tabaquismo, así como las enfermedades crónicas no transmisibles presentes en la población joven; b) el impulsar estilos de vida saludables por medio de la promoción de la salud y la prevención primordial de los hábitos en la población joven. La política se promueve a través del MIDES (Ministerio de Desarrollo SOCIAL) de reciente creación en el gobierno del Partido Patriota en el periodo 2012-2016 (Política Nacional de la Juventud 2012-2020, 2012).

4.3.6. La política de salud para la adolescencia y la juventud

En el año 2003 con el Acuerdo Ministerial No. SP-M-2089-2003 se crea el Programa Salud Integral a la Niñez y Adolescencia que contiene en su reglamento los ejes temáticos siguientes: “a) *Salud integral y diferenciada para los y las adolescentes y los jóvenes; b) Salud reproductiva y educación sexual para los y las adolescentes y jóvenes; c) Salud para la Paz; d) Salud en factores de riesgo de la adolescencia y juventud; e) Medio Ambiente en que se desenvuelve y se desarrolla la adolescencia; f) Salud y seguridad ocupacional de la adolescencia y juventud; g) Alimentación y nutrición de los y las adolescentes y jóvenes; h) Fortalecimiento institucional, por medio de la capacitación a los integrantes de la Comisión, en temas relacionados a los y las adolescentes y jóvenes.*” (Acuerdo Ministerial SPM-M-636-2004, 2004, p. 5)

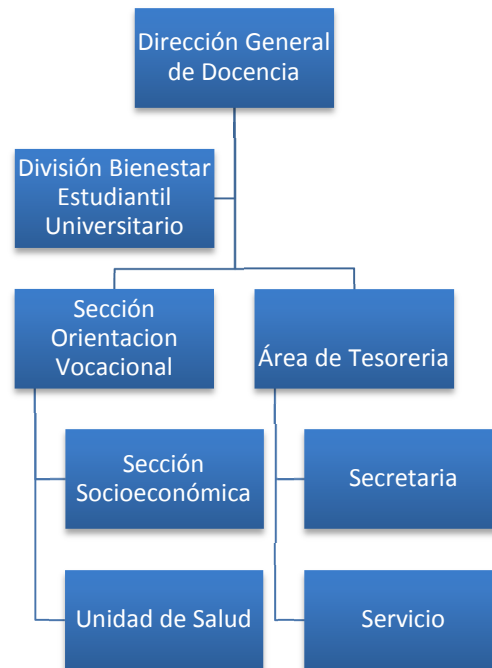
En ese marco se elabora la política de salud para la adolescencia y la juventud que se define dentro de un marco integral del derecho nacional e internacional. El objetivo estratégico de la Política, es “*lograr la inserción de acciones y actividades en programas y proyectos del Estado y la Sociedad a través del*

MSPAS, instrumentalizando la coordinación y articulación con otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales nacionales e internacionales, en forma concurrente con responsabilidad compartida en la tarea de la atención de la salud integral de la adolescencia y juventud para su desarrollo, de la siguiente forma: a) Impulsando estrategias de trabajo y atención; b) Convocando y organizando a los adolescentes y jóvenes como sujetos de su propio desarrollo; c) Integrando al conjunto estratificado de las diferentes instancias departamentales, municipales y comunales, con ese propósito; d) Compatibilizando las acciones de los organismos de cooperación internacional con los procesos nacionales, sobre la base del desarrollo de los elementos anteriores, en beneficio de la juventud.” (Política Salud para la adolescencia y la juventud, 2003, p.20)

4.3.7. La política de salud de la USAC

La Universidad de San Carlos de Guatemala es la única universidad de educación superior pública en Guatemala, de acuerdo a su organización en 1981 a la UBE (Unidad de Bienestar Estudiantil Universitario) según el Acuerdo de Rectoría No. 699-81 con la siguiente organización:

Figura No. 11.
Organigrama Dirección General de Docencia
Universidad de San Carlos de Guatemala



Fuente: elaboración propia tomado de USAC, 2006. [Estructura Orgánica]

La unidad de salud es responsable del estudio e investigación de los estudiantes de primer ingreso y reingreso, además de la promoción y mantenimiento de la salud de la población universitaria. Entre sus funciones tiene: “a) *Efectuar evaluaciones en salud: médica, psicológica, odontológica, y de laboratorio clínico a estudiantes de primer ingreso, reingreso, como parte del control epidemiológico;* b) *Coordinar con el Departamento de Servicios, de la División de Servicios Generales la toma de muestras periódicas de los productos comestibles que se expendan para comprobar los registros sanitarios de aceptabilidad establecidos;* c) *Desarrollar programas docentes y de práctica en servicios que contribuyan a la adquisición de conocimientos aplicables a nuestro medio, enseñando métodos, sistemas, pautas para evaluar, mejorar y preservar la salud;* d) *Ofrecer consejería y ayuda a los estudiantes que lo soliciten en el ámbito de su competencia;* e) *Desarrollar programas preventivos en salud dirigidos a toda la población estudiantil universitaria.*” (USAC, 2006, p. 56)

La División de Bienestar Estudiantil Universitario, ha sido creada con base a la necesidad, de cuidar el bienestar de la población universitaria (estudiantes, profesores y personal administrativo) que están dentro de la Universidad, principalmente al estudiante y luego al trabajador, sin hacer distinción de edad, sexo, religión, nivel socioeconómico, porque su fin primordial es integrarlo de una manera correcta al ámbito profesional del país.

“BASE LEGAL *Por Acuerdo de Rectoría No. 7,735 de fecha 10 de noviembre de 1,971, fue creada la Unidad de Salud como aporte del Departamento de Bienestar Estudiantil, autorizado por el Consejo Superior Universitario en el Punto Tercero, inciso 3.1 del Acta Número 1,130 de fecha 13 de noviembre de 1,971.*

BASE LEGAL *Según Acuerdo de Rectoría No. 699-81 de fecha 25 de agosto de 1981, se le da la categoría de División de Bienestar Estudiantil, conformada por tres secciones: Sección Socioeconómica, Sección de Orientación Vocacional y Unidad de Salud.*

MARCO JURIDICO *La Unidad de Salud fue creada según Acuerdo de Rectoría No. 7,735 de fecha 10 de noviembre de 1971, autorizado por el Consejo Superior Universitario en el Punto TERCERO, inciso 3.1. del Acta Número 1130 de fecha 13 de noviembre de 1971 como parte del Departamento de Bienestar Estudiantil. El 7 de julio de 1999, según Punto SEGUNDO del Acta No. 21-99 de la sesión celebrada por el Consejo Superior Universitario, se crea la Dirección General de Docencia –DIGED-, integrando a la División de Bienestar Estudiantil Universitario a su estructura orgánica, con las Secciones y Unidades que lo integran.*

MISIÓN *Detectar y contribuir a la recuperación de la salud del estudiante universitario. Cumplir con la responsabilidad de preservar y mantener sana a la población estudiantil, basados en la creación y coordinación de programas confiables y efectivos que contribuyan a la prevención y promoción de la salud integral del estudiante.*

VISIÓN *Ser la dependencia líder, experta, confiable multiprofesional e interdisciplinaria de la Universidad de San Carlos de Guatemala, de la cual emanen las directrices en cuanto a la educación, promoción y prevención de la salud integral del estudiante universitario, que le hagan participe de la responsabilidad de adquirir conocimientos necesarios para llevar un estilo de vida sano que se traduzca en un mejor rendimiento académico y cuyos programas se descentralicen y se apliquen a todos los estudiantes de centros regionales, bajo una supervisión directa que permita la uniformidad en la calidad de los mismos y cubran las necesidades de atención en salud. Capacitar y formar a los estudiantes que realizan su práctica en la Unidad de Salud para que tengan un desempeño efectivo en sus tareas". (USAC, 2005)*

La Unidad de Salud cuenta con seis áreas de atención a la comunidad universitaria para el logro de su Misión, entre las que podemos mencionar:

- Área Médica
- Área de Laboratorio Clínico y Microbiológico de Alimentos
- Área de Odontología
- Área de Psicología
- Programa preventivo y de intervención en vida saludable (PPIVS)
- Programa de deportes

La Unidad de Salud lleva la iniciativa de ley Decreto Legislativo 50-2000 de Espacios Libres de Humo de Tabaco a las autoridades de la USAC y en acuerdo No. 469-2003 de la Rectoría de la Universidad de San Carlos de Guatemala, donde es declarada; zonas libres de humo de tabaco en todos los inmuebles de la universidad con la prohibición de venta y distribución de cigarrillos, así prohibiendo el patrocinio de la industria tabacalera en actividades deportivas, culturales y sociales de la casa de estudio.

La Universidad de San Carlos de Guatemala cuenta con una dependencia que se identifica como: Unidad de Salud, de la División de Bienestar Estudiantil Universitario, cuya función es la atención primaria de la salud, de la comunidad

universitaria, motivo por el cual se investigó y evaluó, el conocimiento que los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas presentan en torno a este servicio. El propósito de la Facultad de Ciencias Médicas es promover el desarrollo integral de los estudiantes que ingresan a la Facultad, fundamentado en el principio de equidad, a fin de que concluya con éxitos sus estudios y desarrolle un estilo de vida saludable en cumplimiento de la política 5, Ingreso, promoción y evaluación estudiantil (Facultad de Ciencias Médicas, 2000).

En la Facultad de Ciencias Médicas, cuenta con una Unidad de Apoyo Desarrollo Estudiantil el cual tiene a su cargo proceso de ingreso a la Facultad de Ciencias Médicas y a su vez da los servicios de Clínica de Atención Integral, Clínica de Psicología y Programa de Estilos de Vida Saludables, Talleres Psicopedagógicos.

Conclusión

Se podría determinar que en la actualidad el sector salud es de naturaleza compuesta conformado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), el Sector Privado, la Sanidad Militar y un significativo sector de Medicina comunitaria tradicional.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social tienen el mandato de ser “La rectoría del Sector Salud, entendida como las conducciones regulación, vigilancia, coordinación y evaluación de las acciones e instituciones salud, a nivel nacional” (MSPAS, Código de Salud Decreto 90-97, Artículo 9º.) este opera por medio de sus dependencias públicas: hospitales, centros de salud y puestos de salud. El IGSS que es una entidad descentralizada del Estado, su fin primordial es la seguridad social del país, como parte de sus funciones desarrolla un componente principal de atención médica destinado a los trabajadores asalariados afiliados y sus dependientes con los programas que son de Invalidez, vejez y sobrevivencia (IVS) y el Accidente. El sector privado que se puede subdividir en Sector Privado Lucrativo y Sector Privado no lucrativo.

El primero está constituido por los hospitales, sanatorios y clínicas privadas que su fin primordial es el de adquirir beneficio económico con la prestación de servicios de recuperación y rehabilitación de la salud y se encuentra además las empresas de seguros médicos y privados. El segundo está compuesto principalmente por el sector llamado de ONG de las cuales el 55% se encuentran en el área rural del país. La Sanidad Militar cuenta con programas de salud para las Fuerzas Armadas y Policía a través de hospitales y enfermerías. Existen también dentro del sector salud instituciones públicas y privadas que realizan acciones en salud sin ser su fin principal, Programa Salud Integral a la Niñez y Adolescencia, La política pública de ITS/VIH/SIDA Programa Salud Integral a la Niñez y Adolescencia, La Política de Salud para la Adolescencia y la Juventud todas ellas con el objetivo de brindarle una atención integral a los jóvenes guatemaltecos. En la USAC es la Unidad de Salud es la que tiene la

responsabilidad de cuidar la salud de su población estudiantil, esta Unidad de Salud cuenta con cinco áreas de atención a la comunidad Área Médica, Área de Laboratorio Clínico y Microbiológico de Alimentos, Área de Odontología, Área de Psicología, Programa preventivo y de intervención en vida saludable.

PARTE II DISEÑO EMPÍRICO

La parte empírica tiene una estructura de 5 capítulos. El capítulo quinto contiene el diseño de investigación de tesis doctoral, formula las preguntas de investigación para de allí derivar los objetivos. Este capítulo incluye los aspectos metodológicos que se fundan en las técnicas de investigación cualitativa, expone la secuencia de acciones del trabajo de campo que permiten alcanzar los distintos, niveles de información y actores sociales, que conformaran la base de datos. El capítulo sexto tiene información de tipo demográfico y entorno de la USAC está estructurado con la caracterización de la población en Guatemala con base a proyecciones del último censo de población y la situación de morbilidad y mortalidad de las ECNT. En un nivel particular expone los datos de la población universitaria de la USAC y el perfil de salud de jóvenes en Guatemala.

El capítulo séptimo de análisis de datos tiene una estructura de 7 apartados los cuales fueron estructurados con base al uso de la herramienta de *Networks* del programa ATLAS.ti versión 8, para ese fin se generó una matriz donde se estructuró con base a las preguntas de investigación y los objetivos el planteamiento de categorías primarias que permitieron la formulación de códigos los cuales fueron asignados a los textos de las respuestas de las discusiones de grupo y entrevistas individuales. De esa cuenta se tuvo las categorías secundarias o emergentes, con base a la teoría fundamentada, que permitieron estructurar los siguientes apartados: a) La actividad física, b) Consumo de drogas lícitas e ilícitas, c) Consumo de drogas no lícitas, d) Consumo de alimentos, e) Consumo alimentos no saludables, f) Conducta sexual y, g) Política en salud.

En penúltima instancia se formuló el capítulo octavo que contiene la discusión de resultados, para guiar la lógica estructurada de la tesis doctoral se retomaron las cuatro hipótesis. Se retomaron los aspectos relevantes de la discusión expuestos en el capítulo previo y fueron triangulados con los datos de la revisión bibliográfica, contenidos en la primera parte de la tesis, para de allí interpretar y fundamentar cuales de los aspectos que subyacen en la literatura se confirman en nuestros hallazgos y cuáles no. Este ejercicio de síntesis me permitió derivar

en el último capítulo que contiene las veintiséis conclusiones de la investigación todas ellas propositivas para incidir en propuestas orientadas a mejorar los estilos de vida de los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médica de la USAC. El capítulo cierra con las limitaciones del estudio y las futuras líneas de investigación.

Capítulo 5. Diseño de investigación

El diseño de la tesis se basa en técnicas de la investigación cualitativa, que busca conocer los estilos de vida y salud y la percepción de los entrevistados para conocer las oportunidades que los estudiantes tienen para el cuidado de su salud y analizar las políticas en salud que la universidad brinda a sus estudiantes. La estructura lógica de la metodología tiene dos preguntas de investigación, un objetivo general, tres específicos y cuatro hipótesis.

La metodología de la tesis tiene dos fases: por un lado, la documental y por el otro, técnicas de discusión de grupo y entrevista individual. Se diseñó una guía de entrevista grupal dirigida a estudiantes y una de guía de entrevista individual dirigida a las autoridades y servidores de salud y atención física. El trabajo de campo requirió el diseño de seis documentos: a) carta de presentación b) Consentimiento informado, c) instrumento para estudiantes, d) instrumentos para tomadores de decisión, e) instrumentos para responsables institucionales f) instrumento para servidores en salud y deportes. El trabajo de campo propiamente dicho requirió una prueba piloto para afinar instrumentos.

La conformación de los grupos de estudiantes se hizo con base a criterios de inclusión y exclusión para homogenizar sus características entre estudiantes del primero al tercer año de la carrera quienes están en las instalaciones del CUM donde funciona la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC. Ellos fueron convocados a través de los coordinadores de grado. Los otros entrevistados todos ellos trabajadores de la USAC fueron ubicados en las distintas sedes de la USAC y se les contacto por una carta institucional para invitarlos a participar en la investigación de tesis doctoral por las agendas de quienes ocupan posiciones importantes hubo un seguimiento por la vía telefónica y correo electrónico para confirmar la cita de entrevista. La recogida de datos, tanto en la discusión de grupos como en las entrevistas individuales, fueron en grabadoras y posteriormente se transcribieron para hacer una base de datos de documentos con formato en Word (.docx). El tiempo global entre el inicio de las entrevistas y la finalización de las transcripciones requirió 24 meses.

Los estudiantes de medicina conforman en el imaginario social el prototipo de profesional quien en la sociedad se considera responsable en apoyar la toma de decisiones del cuidado de la salud. En tanto que la evidencia científica muestra que un porcentaje importante de los estudiantes del tercer año de la carrera de médico y cirujano, de la población en la cual se trabaja esta tesis doctoral, tiene el síndrome metabólico (García et. al., 2016). La evidencia científica refiere que el consumo de drogas licitas e ilícitas es un problema de salud pública que afecta a los adolescentes y adultos jóvenes; que la actividad física disminuye por la carga académica, así como el consumo de alimentos no saludables, es decir tanto la actividad física como el consumo de alimentos son factores de riesgo para el sobrepeso, los problemas de Enfermedad Crónicas No transmisibles y el Síndrome Metabólico y; por último la conducta sexual relaciona con las enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados y abortos.

Los aspectos antes indicados fueron motivo de formular la presente tesis doctoral en la población de los estudiantes de los primeros tres años de la carrera de médico y cirujano en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Ante la ausencia de evidencia científica soportada en el enfoque sociológico, se generó el interés por abordar con técnicas de investigación cualitativa.

5.1. Preguntas de investigación

La primera pregunta estuvo orientada a explorar en los estudiantes sus percepciones con respecto a:

¿Cómo se percibe el consumo de drogas licitas e ilícitas, la actividad física, la alimentación y las conductas sexuales que conforman los estilos de vida de los estudiantes de los primeros tres años de la carrera de médico y cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala?

La segunda pregunta abordada desde los tomadores de decisión y líderes de opinión:

¿Cuáles son las acciones que se están desarrollando desde las autoridades que tienen la capacidad de formular acciones para incidir en la población de estudiantes universitarios en cuanto a programas de atención integral al estudiante que abordan la problemática del consumo de drogas lícitas e ilícitas, la alimentación saludable y las conductas sexuales?

5.2. Objetivos

Objetivo general

Para guiar el abordaje de las preguntas de investigación en esta tesis doctoral se partió de un objetivo general en cuanto a analizar el consumo de drogas lícitas e ilícitas, la actividad física, el consumo de alimentos y la conducta sexual que conforman los estilos de vida de los estudiantes de los primeros tres años de la Licenciatura de Ciencias Médicas y conocer la participación de políticas en salud que ofrece la universidad a sus estudiantes.

Este objetivo aborda dos planos de interés por un lado a la población de estudiantes en quienes se puede incidir desde las iniciativas formuladas por la institución de educación superior a través de programas integrales que les permitan generar estilos de vida saludables, es decir que los insumos que ellos proporcionen serán la base del contenido de análisis que se desarrollará para estructurar propuestas de acuerdo a la idiosincrasia que subyace en su entorno social.

Objetivos específicos

La secuencia lógica que se planteó para esta investigación se conforma por tres objetivos específicos:

Objetivo 1: clasificar los estilos de vida de los estudiantes, con el uso de variables clásicas específicas como: actividad física, hábitos de alimentación, consumo de alcohol, tabaco (licitas) consumo de drogas (no lícitas) y conducta sexual. Estos datos serán abordados con técnica cualitativa puesto que no se tuvo antecedente alguno sobre su abordaje en esta población;

Objetivo 2: identificar las oportunidades y barreras que tiene el estudiante para la utilización de los servicios en salud que ofrece la Universidad a sus estudiantes. Estos datos se construyeron con base a las políticas relacionadas a la promoción salud información que subyace en documentos internacionales, nacionales y las opiniones de los tomadores de decisión

Objetivo 3: Analizar las variables que se relacionan con los estilos de vida y salud: a) actividad física; b) consumo de drogas lícitas e ilícitas; c) consumo de alimentos y; d) conducta sexual, de acuerdo a las dimensiones de prácticas saludables y no saludables de los estudiantes. Que darán contenido a propuestas de programas educativos para fomentar hábitos de vida saludable en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

5.3. Hipótesis

Las hipótesis planteadas son las siguientes:

Hipótesis 1: Los estudiantes de la carrera de médico y cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos tiene oportunidades para desarrollar competencias en su comportamiento que se traducen en prácticas favorables para evitar el consumo de drogas lícitas e ilícitas.

Hipótesis 2: Los estudiantes tienen hábitos alimenticios que no favorecen la salud y como consecuencia de la interrelación de la sobre carga académica tiene una actividad física sedentaria que favorece el deterioro de su salud además de una auto percepción de fuerza física que les aleja de los servicios sanitarios universitarios.

Hipótesis 3: La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala tiene el potencial de desarrollar oportunidades para los estudiantes en sus programas relacionados con la promoción de la salud para incidir en los estilos de vida para que los estudiantes no desarrollen al tercer año de la carrera de médico y cirujano Enfermedades Crónicas no Degenerativas.

Hipótesis 4: La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala no incluye en sus programas educativos el fomento de hábitos de vida saludable en los estudiantes de ambos sexos.

5.2. Metodología de la investigación

El abordaje del problema de investigación, sobre la actividad física, consumo de drogas, hábitos alimenticios y conducta sexual cuya naturaleza del mismo no

tiene evidencia científica en la población seleccionada, exigió hacer una aproximación que permitiera inicialmente conocer las características de los estilos de vida como base científica para subsecuentes investigaciones. De acuerdo a mediciones del síndrome metabólico en la población de tercer año de la carrera de médico y cirujano se tiene evidencia que un porcentaje alto de la población tiene alteraciones (García et. al., 2016). Sin embargo, no se tiene evidencia científica sobre estudios sociológicos que hagan una aproximación de los aspectos sociales y del comportamiento que se relacionan con el síndrome metabólico entre otros aspectos relacionados con los estilos de vida en salud.

El método cualitativo para esta investigación de tesis doctoral es en primer término, una revisión exhaustiva de revisión bibliográfica de fuente secundaria. En segundo término, el uso de técnicas discusión de grupo y entrevista individual (Anexo B, C, D, H). Los datos registrados con las tres técnicas de investigación cualitativa permitieron estructura el proceso de trabajo de campo.

Para desarrollar el proceso de investigación se contó con la participación de treinta estudiantes de pregrado de la carrera de Licenciatura de Ciencias Médicas de esta casa de estudio (USAC), distribución de nueve grupos entre ocho y diez participantes, tres grupos por año correspondientes a los tres primeros años de la carrera (primero, segundo y tercero). En el CUM se entrevistó al siguiente personal de la Facultad de Ciencias Médicas: al decano, directores de Unidad Académica, a los coordinadores de fase y servidores de salud. En el Campus Central se entrevistó a: servidores de salud, investigadores del área de epidemiología y directores generales, coordinadores de programas, personal de la Unidad de Salud y el rector de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Se entrevistó a los servidores en actividad física (SAF) del Departamento de Deportes del complejo deportivo Los Arcos. Se realizaron tres guías de entrevistas (Ver Anexos: B, C y D) Luego de la presentación general de la investigación, se procedió a la firma del consentimiento informado (Ver Anexos de Guías de entrevista A).

En la guía de entrevista con los estudiantes se exploró lo siguiente: (Anexo B) En la pregunta uno; se exploró el estilo de vida de los estudiantes a través de la actividad física, hábitos alimenticios el consumo de drogas (lícitas e ilícitas), y conducta sexual, como también la percepción que tienen sobre los factores que interfieren en los estilos de vida (psicológicos, sociales, ambientales, biológicos). En la pregunta dos se valoraron la percepción de los estilos de vida saludable (creencias, actitudes y prácticas, conductas y necesidades). En la pregunta tres se exploraron las acciones y/o necesidades de los estudiantes para tener estilos de vida saludables. En la pregunta cuatro se exploraron la opinión de los estudiantes respecto a los servicios que la universidad ofrece para que los estudiantes tengan estilos de vida saludable, así también la valoración de su currículo (créditos por participación en actividades deportivas, conferencias de estilos de vida saludables, etc.). En la pregunta cinco se indagó si el ingreso a la universidad generó un cambio en cuanto al estilo de vida y salud de los estudiantes, respecto a las actividades que realizaba anteriormente de acuerdo a las variables a explorar. En la pregunta seis se valoró la percepción que los estudiantes tienen respecto a los centros de atención y apoyo al estudiante, como también si es de conocimiento que están a su servicio, si lo frecuentan y cuál es la opinión respecto a ellos, como también los cambios que debe realizar para dar una atención integral.

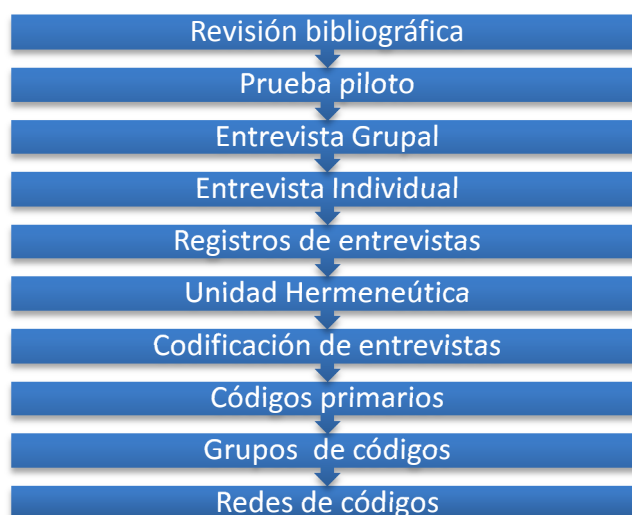
Cuestionario dirigido a las Autoridad y tomadores de decisión de la USAC (Anexo D): Se exploró a las autoridades de la Universidad y de la Facultad de Ciencias Médicas la percepción del estilo de vida y salud de la población universitaria, relacionadas con las variables a investigar, (actividad física, consumo de alcohol, drogas (lícitas e ilícitas) hábitos alimentarios y conducta sexual. Se investigaron las políticas en salud que hay en la actualidad en la universidad con respecto a los servicios de salud para los estudiantes, como también las que se pueden y/o deben implementar a corta, mediano y largo plazo con el objeto de que los estudiantes tengan estilos de vida saludable, como también las prioridades a trabajar en la universidad. Se valoraron y se exploraron los puntos de vista respecto a las posibles motivaciones que los tomadores de decisiones deben de

ejercer en su plan de trabajo para que los estudiantes se interesen por tener un estilo de vida saludable dentro y fuera de la universidad.

Cuestionario Profesionales de Área Clínica y Deporte (Anexo H): En la guía del cuestionario de los servidores en Salud y Deporte se buscó valorar y comparar la percepción de estilos de vida y conductas saludables de los profesionales que atienden las clínicas (Psicología, Nutrición, Clínica de Salud Integral y Departamento de Deporte, Promoción e informas de los Estilos de Vida Saludables VIPS). En la pregunta uno exploró los problemas de salud de acuerdo a la clínica de atención profesional (psicológicos, nutricionales, salud y actividad física) que más se presentan en la Universidad y las posibles causas que influyen en su aparición. En la pregunta dos se analizaron la demanda de los servicios por parte de los estudiantes como también los factores que interviene para dicha demanda. Pregunta tres analizaron los estilos vida que observa en los estudiantes que presta su servicio, en la pregunta, En pregunta cuatro se investigaron los problemas de salud que más le preocupan de acuerdo a su servicio profesional. En la pregunta cinco se exploraron las posibles motivaciones para que los estudiantes tengan estilos de vida saludables y por último en la pregunta seis se buscó la percepción de los profesionales en salud respecto a las condiciones que la universidad brinda a sus estudiantes para que la población tenga un estilo de vida saludable.

Los estudiantes que participaron en el estudio pertenecen el primer grupo de primer año escolar, segundo grupo escolar y tercer grupo escolar, se consideró a estos años de la carrera ya que comprende un período de tiempo en el cual el estudiante está inmerso dentro de las instalaciones educativas sus primeros años de formación a diferencia de los siguientes años que son rotaciones clínicas y/o hospitalarias.

Figura No. 12.
Proceso del tratamiento de datos cualitativos



Fuente: elaboración propia.

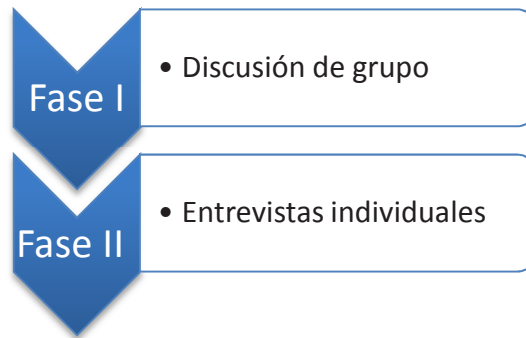
5.2.1. Trabajo de campo

En la primera fase se formaron grupos de discusión con la participación de estudiante de los primeros tres años de la carrera de medicina. En la segunda se recopilaron entrevistas individuales con encargados de programas de nutrición, deportes, estilos de vida saludable, tomadores de decisión de la institución y personal operativo de los programas relacionados a la protección de la salud quienes potencialmente tienen incidencia en la población de estudiantes.

La aplicación del consentimiento informado se realizó de forma individual para evitar que el estudiante o funcionario de la institución perciba que la información suministrada podría ser relacionada con una persona en particular, para ese fin se garantizó el anonimato y la confidencialidad de los registros de grabación (Ver Anexo A). Se tuvo dificultades en la programación de funcionarios de alto nivel en la universidad en algunos casos fue necesario la reprogramación de las citas

para entrevistas. El Coordinador de Deportes no respondió a la convocatoria se que se le realizará en varias oportunidades.

Figura No. 13.
Fases del trabajo de campo



Fuente: elaboración propia.

Se realizó un trabajo preliminar mediante la elaboración de una prueba piloto para la afinación de instrumentos y logística de campo. Se afinaron los instrumentos con base a la aplicación del instrumento en un grupo de discusión y 6 entrevistas individuales que fueron los informantes claves. La guía de discusión grupal con base a la prueba piloto se redactó con un lenguaje coloquial acorde a la comprensión de los estudiantes.

Los instrumentos aplicados en la prueba piloto para las entrevistas individuales fueron tres estructuras de preguntas, con este tipo de instrumento no fue necesario variar las preguntas.

Dirigido a:

1. Estudiantes de los tres primeros años de la carrera.
2. Personal operativo de servicios a los estudiantes (Deportes, Clínicas de Salud Integral, Psicología, Nutrición).
3. Profesionales a nivel de Tomadores de decisión.

Criterio a observar:

- a) Redacción de la pregunta de la guía.
- b) Dinámica grupal para estimular la discusión.
- c) Aplicación del consentimiento informado.

Por la característica del diseño de investigación los objetivos del estudio requerirán la identificación de la información que fue clasificada y tabulada con base a los ítems del instrumento, permitió hacer una matriz que contiene los contenidos de los distintos estamentos (actores) quienes suministraron la información, estos fueron codificados con base a las oportunidades y barreras para la utilización de los servicios de salud. La matriz permitió la identificación de los códigos que fueron ingresados en la base de datos de Atlas.Ti versión 8 para iniciar la asignación de los mismos a lo largo de los textos transcritos. Luego con la herramienta de Networks se identificaron los códigos secundarios en los cuales confluyen varios primarios con el objeto de identificar net work que fueron generadores de estructuras de contenido para iniciar la interpretación.

5.3. Técnica de grupos de discusión

La técnica de grupos de discusión descrita por Jesús Ibáñez parte que hay que establecer criterios de inclusión y exclusión de los grupos con los que se desea trabajar y estudiar en profundidad (Ibáñez, 1979). Para nuestro trabajo Hemos definido los criterios de inclusión y exclusión. Los siguientes criterios definieron las características de los grupos de discusión para cada año bajo estudio se formaron 2 grupos por cada año, se tomó la consideración de hacer grupos no mayores de 8 integrantes, y se tomó en cuenta que una persona podría llenar por si misma todos los criterios de selección. De tal forma que se realizó una pequeña encuesta anónima para definir estas características y asignar al participante a uno de los dos grupos por año. Esto permitió que el investigador pudiera generar un equilibrio de los integrantes del grupo para que la dinámica de discusión aportase los datos de las preguntas.

Logística para la actividad grupal se reunieron en un salón aislado de ruidos exteriores a los integrantes del grupo, luego se nombró un moderador quien dio la palabra a los integrantes del grupo para coordinar la participación en intervenciones que no superaran los 3 minutos para dar opción a la alternancia de opiniones. La actividad fue explicada por la investigadora quien fue una observadora de segundo orden en la actividad, con el objeto de intervenir en aquellos momentos cuando uno de los integrantes del grupo fue demasiado reiterativo en los mismos contenidos o para indicar que: “sería bueno pasar a la siguiente pregunta”.

Tabla No. 10.
Criterios de inclusión y exclusión del estudio.

Criterio de inclusión	Criterio de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> • Edades entre 18 y 25 años. • Ambos sexos. • Perteneces al ciclo académico de 1º, 2º Y 3º. • Participación voluntaria • Consentimiento de participar 	<ul style="list-style-type: none"> • Edades menores de 18 y superior a 25 años. • Presentar alguna discapacidad física. • Tener una enfermedad que impida hacer actividad física. • Tener algún tipo de trastorno sensorial.

Fuente: Elaboración propia.

Los criterios de inclusión: se centraron en la edad de 18 años a 25 este grupo corresponde a la edad que el estudiante alcanza la mayoría de edad conforme a la legislación de Guatemala y toma como límite superior los 25 años que corresponde a un estándar máximo esperado entre los estudiantes del 3er año de la carrera de medicina. Se consideraron a ambos sexos bajo un criterio de género que permitió la oportunidad tanto a hombres como a mujeres de poder emitir su opinión con respecto al contenido de las preguntas. Además de tomar en consideración que la proporción de estudiantes de medicina se encuentre constituida por un porcentaje ligeramente superior al 51%. Se tomaron a los tres

primeros años de la carrera de medicina por ser el grupo en el cual se tuvo mayor posibilidad de impacto para futuras acciones puesto que ellos desarrollan su aprendizaje intramuros y potencialmente fueron ellos quienes pueden tener acceso a los programas de estilos de vida saludable. Al respecto se tiene la experiencia de desarrollar actividades deportivas y concursos de cesación de trabajo a través de la Coordinación de Estilos de Vida saludable bajo mi coordinación. Entre los aspectos éticos se tomaron dos consideraciones la primera es que atiendan al llamado de participación voluntario y que además pudieran dar su consentimiento de participación con la cláusula de anonimato y confidencialidad del manejo de los datos, puesto que existen datos sensibles de la vida privada en cuanto al consumo de drogas y conducta sexual.

5.3. Recogida de datos

Las grabaciones de las entrevistas individuales y grupales fueron transcritas en el formato Word, para su posterior ingreso a la base de datos del programa Atlas-ti 8, posteriormente se realizaron las codificaciones de texto de acuerdo al procedimiento hermenéutico que permite derivar en una matriz de contenido lógico entre la secuencia de las sub-categorías y la categorización que emerge de los datos. Para definir los apartados del desarrollo de los capítulos de resultados se tomó la herramienta de *networks* del programa Atlas.Ti versión 8 que permitió generar mapas mentales para identificar los nodos de información entre los códigos de mayor a menor dimensión (Kennedy, 2006). Con el objeto de tener mayor validez en los resultados se trianguló la información proveniente de los distintos niveles de entrevistados y grupos de discusión como se plantea en la tabla No. 1 (Witz, 2007). Para el abordaje de las recomendaciones se tomaron los resultados de las matrices de análisis de contenido con base a las sub-categorías propuestas y la categorización que emerge de los datos con el apoyo del software Atlas.Ti versión 8.

Capítulo 6. Estudio demográfico y entorno de USAC

En este capítulo hacemos referencia a la descripción detallada de aspectos relevantes del contexto de Guatemala como ubicación geográfica, económica, social y cultural. Otro de los elementos que se contempla son las características demográficas del país como también de la institución de educación superior Universidad de San Carlos de Guatemala, se presenta un perfil de salud de la población guatemalteca y de los estudiantes de objeto de estudio de esta de tesis.

Figura No. 14

Mapa de la República de Guatemala



Fuente: imagen tomada de internet <http://www.mapainteractivo.net/fotos/mapa-de-guatemala.html>, 2016.

6.1. Caracterización de la población de Guatemala

Guatemala tiene una extensión territorial de 108,889 kilómetros cuadrados, se encuentra localizado en la parte norte del istmo centroamericano, y este del país limita con México, el sur con el Océano Pacífico y el oeste con Belice, Océano Atlántico con Honduras y Salvador. Con una elevación de cero a cuatro mil metros sobre el nivel del mar y una población estimada de 16, 176,034 habitantes. Políticamente está dividido en 22 departamentos y 338 municipios (BCIE, 2015).

El país se distingue por su riqueza y pluralidad étnica, lingüística y cultural. En el territorio nacional cohabitan cuatro grandes pueblos -Maya, Xinca, Garífuna y Mestizo- cada uno con muy diversas características e identidades culturales y lingüísticas. Según los últimos censos XI de población y VI de habitación realizados en el país, cuatro de cada diez guatemaltecos se autodefinen como indígena; dentro de esta categoría se distinguen a su vez 22 comunidades lingüísticas de origen maya, una xinca y una garífuna. Los pueblos mayas predominantes en el país son el K'iché, el K'eqchí, el Cachiqual y el Mam, que representan el 81% del total de la población indígena (SNU; 2015). La población en Guatemala se distribuye en mujeres el 51% y en hombres el 49%. Por grupos de edad, la población se compone de la siguiente forma: 39% tienen 14 años o menos; 56% tienen entre 15 y 64 años; y 5% tienen más de 65 años (CEPAL, 2012).

La población guatemalteca crece a un ritmo de 2.4% anual; se duplica cada 30 años, mientras que la población mundial se duplica cada 50 años. En Guatemala, el porcentaje de población urbana se incrementa en los últimos años. El 64% de la población vive en áreas urbanas y se espera que para el 2030, este porcentaje aumente a 75%. La tasa de crecimiento de la población urbana es de 3.7% anual (CEPAL, 2012). Guatemala se ubica dentro de los países con mayores niveles de desigualdad en América Latina, contando con altos niveles de pobreza

especialmente en las áreas rurales y entre población indígena (BM; 2015). En el 2011, según la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2011, la pobreza alcanzó al 54% de la población guatemalteca a nivel nacional y en el área rural llega al 69% (INE; 2012). Guatemala tiene uno de los ingresos tributarios más bajos de la región y el menor gasto per cápita en sectores sociales, representando alrededor del 11% del PIB. Los impuestos como porcentaje del PIB en Guatemala están muy por debajo del promedio de 19,2% para toda América Latina (BM; 2015). En Guatemala se avanza en el fortalecimiento de sus instituciones desde que se firman los Acuerdos de Paz en diciembre de 1996; sin embargo, aún persisten desafíos económicos y sociales que incluye el logro de un crecimiento mayor y más equitativo.

La situación demográfica de Guatemala se le considera el país más poblado de Centroamérica. La población es de 16.1 millones de habitantes, con una densidad poblacional de 148 habitantes por km². La mayoría de los habitantes guatemaltecos son jóvenes, se aprecia una pirámide poblacional de base ancha y los grupos de edad se reducen conforme aumenta la edad. Guatemala tiene el mayor crecimiento poblacional de Centroamérica, con una tasa de 2.4% anual (CEPAL; 2015). La distribución de la población por área de residencia muestra que el 64% de la población habita en el área urbana. La esperanza de vida al nacer es de 71.3 años; 67.7 años en hombres y 74.8 años en mujeres (CEPAL, 2015).

El (IDH) Índice de Desarrollo Humano consta de tres dimensiones básicas: longevidad, que expresa el estado de la salud en general de una sociedad; nivel educativo, que se relaciona con la oportunidad de adquirir conocimientos, habilidades y destrezas; y nivel de vida, que está asociado con las condiciones materiales para lograr bienestar. Estas dimensiones son incluidas por considerarse fundamentales, medibles, actualizables, comparables y con información asequible en la mayoría de países del mundo. Con base en esta nueva metodología es modelada la ruta de desarrollo seguida por la mayoría de

países del mundo en los últimos treinta años (PNUD, 2011). Para el Índice de Desarrollo Humano (IDH) en el año 2011 la sitúa en presenta un 0.57 que es el más bajo de la región de Centroamérica. Al observar el IDH al interior de la población en Guatemala se tiene que la población indígena presenta un valor de 0.48, en tanto que, los no indígenas tienen un 0.63 (OPS, 2013). Cabe resaltar que las diferencias sociales son relacionadas a la pobreza indican que un 53% vive en condiciones de pobreza y que un 13.33% está en la línea de pobreza extrema (OPS, 2013). En cuanto a los idiomas originarios se tienen 22 comunidades lingüísticas mayas OPS (2013). Factor interno que limita el acceso a servicios públicos en el idioma materno, remarcando una condición de exclusión social (OPS, 2013).

6.2. Situación de morbilidad y mortalidad ECNT

Por mandato constitucional es el INE (Instituto Nacional de Estadística) de la República de Guatemala el responsable de oficializar los datos de salud. Sin embargo, los registros de salud se hacen oficiales después que el MSPAS (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social) los traslada al INE. Previo a la transferencia de registros estadísticos de salud en el Sistema de Información Gerencial en Salud de Guatemala, sucede un rezago de 2 a 3 años en la publicación de datos oficial del Ministerios de Salud Pública, en particular en la información que se refiere a la población de adolescentes. De allí que el acceso de información para el desarrollo de investigación se afecta en la presentación de datos oficiales de morbilidad y mortalidad.

Tabla No. 11.
Principales causas de morbilidad (consultas) en adolescentes, según
sexo Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS),
Guatemala, 2011.

No.	Causa	Total	Hombre %	Mujer %
1	Resfriado común	137,496	4.5	7.0
2	Otras infecciones respiratorias agudas	85,521	2.9	4.3
3	Parasitosis intestinal, sin otra especificación	82,893	3.0	4.0
4	Amigdalitis aguda, no especificada	72,974	2.5	3.6
5	Trastorno del sistema urinario no especificado	58,860	1.0	4.0
6	Gastroduodenitis no especificada	54,315	1.0	3.5
7	Anemia de tipo no especificado	44,220	1.0	2.7
8	Amebiasis no especificada	31,548	1.0	1.6
9	Otras enfermedades diarreicas agudas	23,599	0.8	1.1
10	Otitis media no especificada	19,103	0.7	0.9
11	Resto de causas	577,369	17.5	31.1
	Total	1 187,898	36.0	64.0

Fuente: modificado del original OPS, 2013.

Entre las causas de morbilidad presentadas en la tabla No. 3 se observa que por cada hombre que se enferma del sistema urinario hay 4 mujeres. Como dato relevante la anemia de tipo no especificado afecta al 74% de mujeres y 26% de hombres. Debe considerarse que existe un sub-registro importante en las estadísticas oficiales de Guatemala, puesto que los servicios privados generalmente no trasladan sus datos de consultas externas, aun cuando se encuentra reglamentado por el Instituto Nacional de Estadística de la República de Guatemala (INE, 2010).

Tabla No. 12.
Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en Guatemala,
Tasas estimadas de prevalencia 2013

Enfermedad	Tasa	No. De casos
Diabetes mellitus	10,047	1,551.112
Hipertensión arterial	6,652	1,027.000
Enfermedades cardiovasculares	86	13,282
Cáncer	59	9,120
Insuficiencia renal crónica	53	8.160

Fuente: PNECNT 2016.

Los registros de morbilidad del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a través de SIGSA presentan las tasas para el periodo 2008 – 2014, muestran tendencia hacia el incremento; 74% en Hipertensión Arterial, 68% en Diabetes Mellitus y 52% en Enfermedad Renal Crónica. Para el año 2014 la tasa por 100000 habitantes de hipertensión arterial es 789 (124580 casos), diabetes mellitus en 583 (92075 casos) y enfermedad renal crónica en 5,4 (859 casos).

En Guatemala, las ECNT afectan a todos los grupos de edad. Estas enfermedades se suelen asociar a los grupos de edad más avanzada, pero la evidencia muestra que más de 45 mil de las muertes a nivel nacional, son atribuidas a las enfermedades no transmisibles y se producen en personas menores de 60 años en mayor porcentaje. Niños, adultos y personas mayores son vulnerables a los factores de riesgo que favorecen las enfermedades no transmisibles, como las dietas malsanas, la inactividad física, la exposición al humo de tabaco o el uso nocivo del alcohol.

Mediante la Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular realizada por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala en el año 2014 en población adulta mayor de 19 años, se identificó “sobre peso 19.23% con obesidad 5.78%, circunferencia abdominal anormal 27.93%, con hipertriglicemia 17.3%, colesterol HDL bajo 100% colesterol LDL anormal 71.15 y presión arterial anormal 3.85%. La prevalencia de factores de riesgo

modificables en la población de posgrado fue la siguiente: sobrepeso 29.27%, obesidad 24.2% circunferencia abdominal anormal 34.15%, hipertriglicemia 19.51%, colesterol HDL bajo 82.93, colesterol LDL anormal 47.46 y presión arterial 9.76)", Barrios (pp. 109, 2014) estos datos suman 906687 personas en riesgo. El estudio de factores de riesgo "Villanueva en 2006" identifica una prevalencia de hipertensión arterial de "12,96%" en población guatemalteca que habita en la ciudad dormitorio más poblada en el departamento de Guatemala, cuyos habitantes encuentran fuentes de trabajo en la ciudad.

6.3. Población universitaria de la USAC

La población de estudio pertenece a la Universidad de San Carlos de Guatemala. La Constitución de la República de Guatemala establece que la Universidad de San Carlos de Guatemala es la única universidad pública responsable de la educación superior en los 22 departamentos que dividen geográfica y políticamente al país (OPS, 2013). Para el año 2010 los registros de la Universidad de San Carlos de Guatemala reportan un total de 146,741 estudiantes de los cuales al sexo femenino corresponde el 51.2% y a los hombres el 48.8% (OPS, 2013). Entre las unidades académicas la de mayor impacto social por su implicación en los servicios de sanitarios de los tres niveles de atención es la Facultad de Ciencias Médicas que forma a los médicos y cirujanos del país. La Facultad de Ciencias Médicas se crea conjuntamente con la Universidad de San Carlos de Guatemala, por Real Cédula de Rey Carlos II el 31 de enero de 1676, inicia sus actividades académicas el 20 de octubre de 1681(Registro y Control Estadístico USAC, 2015).

El Centro Universitario Metropolitano, se encuentra ubicado en la 9 Ave. 9-45, Zona 11 de la ciudad de Guatemala; éste alberga a la Facultad de Ciencias Médicas y a la Escuela de Psicología. La Facultad de Ciencias Médicas tiene plan de estudios pensum cerrado, el cual se divide en cinco áreas curriculares: Ciencias Básicas, Ciencias Clínicas, Ciencias Sociales, Investigación y Ejercicio Profesional Supervisado; cada área curricular comprende unidades didácticas

desde el primero hasta el sexto año. Los estudiantes de primero, segundo y tercer año reciben clases y laboratorio presenciales en el Centro Universitario Metropolitano, en ciclo lectivo comprendido de enero a octubre; mientras que los alumnos de cuarto y quinto año hacen rotaciones clínicas y hospitalarias, hospitales que se encuentran en la ciudad e interior de la república y sexto año ejercicio profesional supervisado rural y hospitalario. Según datos de los Registros y Control Académico de la Facultad de Ciencias Médicas, los estudiantes inscritos en 2012, en primero son 765, segundo 1259 y tercer curso son 524 (USAC, 2015).

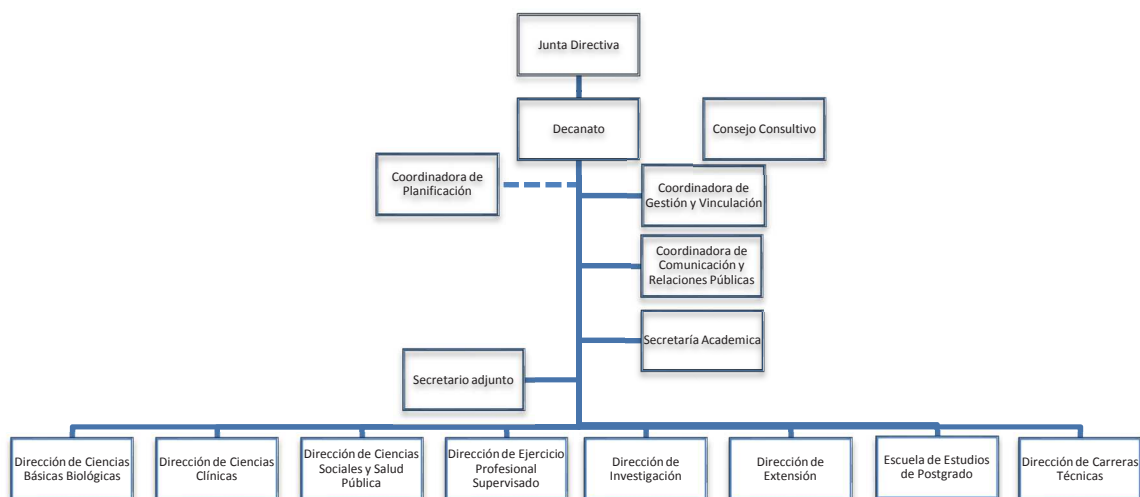
La Facultad a nivel de grado de Licenciatura desarrolla la carrera de Médico y Cirujano, el plan de estudios tiene una duración de siete años con régimen anual, los cuales se dividen en tres niveles:

- **Nivel Formación General:** comprende los primeros tres años.
- **Nivel Formación Específica:** comprende el cuarto y quinto años.
- **Nivel Formación Profesional:** comprende sexto y séptimo años.

En el nivel de formación general; los cursos deben asignarse como obligatorios, por tener el régimen de pensum cerrado, esto no les permite adelantar cursos de otros grados de formación general, sino por el contrario deben aprobar todos los cursos asignados en el ciclo escolar que se encuentre inscrito, para poder pasar al año inmediato superior, con un curso que no aprueben tienen que repetir el ciclo escolar y deben aprobar las asignaturas pendientes, es decir tiene tres años para aprobar las asignaturas no ganadas y con ello, promover al año siguiente superior, esta normativa aplica para los primeros tres años de la carrera.

Figura No. 15.

**ORGANIGRAMA GENERAL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS USAC**



Fuente: elaboración por Coordinación de Planificación (COPLA) de la Facultad de Ciencias Médicas tomado de Informe final de Reestructura Académica, Facultad de Ciencias Médicas, Aprobada por: Junta Directiva, punto cuarto Inciso 4.2. Del Acta 21- 2014 de fecha 15 de julio de 2014.

Figura No. 16.

Malla curricular de Licenciatura de Ciencias Médicas

Ejes Curriculares: Bioética, Promoción de la salud, Género, Interculturalidad, Ambiente	Nivel y Año / Área Curricular	Nivel de Formación General			Líneas curriculares: Bioética, Bioseguridad, Investigación Médica Legal, Gestión en salud, Ciencias Clínicas	Nivel de Formación Específica		Nivel de Formación Profesional	
		PRIMERO	SEGUNDO	TERCERO		CUARTO	QUINTO	SEXTO	SÉPTIMO
Ciencias Básicas y Biológicas		Biología Celular y Molecular	Anatomía	Patología	Medicina Interna	Pediatría Hospitalaria	EPS Hospitalario	Tesis	
		Química	Fisiología	Inmunidad y Microbiología Médica		Gineco-Obstetricia			
		Física	Histología	Farmacología					
		Psicología	Bioquímica						
Ciencias Clínicas	Propedéutica Médica	Semiología I	Semiología II	Cirugía General	Practica Electiva en Especialidades	EPS Rural			
Ciencias Sociales y Salud Pública	Salud Pública I	Salud Pública II	Salud Pública III	Medicina Familiar	Traumatología y Ortopedia				
Investigación	Investigación I Bioestadística	Investigación II	Investigación III		Salud Mental				
Idioma Inglés									

** Pénsum Cerrado y Horario Completo

Fuente: elaboración de la Unidad de Apoyo y Desarrollo Estudiantil, UNADE. Facultad de Ciencia Médicas, USAC Material informativo, 2016.

En el nivel específico; cuarto y quinto año de la carrera, la práctica hospitalaria se divide en tres rotaciones de cuatro meses cada año. En ambos años el estudiante que pierde una práctica puede reasignarla al año siguiente e integrarse inmediatamente a la práctica de quinto año, toda vez la haya aprobada. En quinto la práctica hospitalaria es de cuatro rotaciones de tres meses cada una y la normativa es la misma de cuarto año.

En el nivel profesional: de sexto y séptimo año, se puede matricular el estudiante que haya completado las rotaciones de cuarto y quinto de prácticas hospitalarias, el sexto año está comprendido de dos rotaciones de seis meses cada una, el Ejercicio Profesional Supervisado (EPS) Rural, estas se realizan en centros de salud en el interior de la república y Ejercicio Profesional Supervisado Hospitalario (Hospitales Escuelas a nivel nacional) en servicios del primer nivel de atención. Los estudiantes eligen que rotación desean hacer y debe de aprobar ambas. El séptimo año es la realización de tesis de grado, estas las puede realizar en grupo o individual.

6.4. Perfil de salud de jóvenes en Guatemala

Respecto a la salud de los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala se tienen las investigaciones de Tesis de Licenciatura; que indican tendencias significativas de sobre peso con hipertriglicemia en los estudiantes. Respecto a la obesidad se reporta tendencia con presencia de hipertriglicemia. Así también, se reporta glucemia alterada en ayunas alta 9% para el sexo masculino y 9% sexo femenino. Se reportan triglicéridos altos en más de un tercio de la población, correspondiente para el sexo masculino 20% y para el sexo masculino 19%. (Ramos et. al., 2015).

Otra investigación realizada en estudiantes de primer año de la Universidad de San Carlos de Guatemala en el 2015, reporta que el 36% de la población estudiada presenta elevación de la presión arterial, el 18% elevación de la glicemia en ayunas y el 37% elevación de los triglicéridos. En este mismo estudio se determina que el 20% de los estudiantes son consumidores activos de cigarro y 46% consumen bebidas alcohólicas. Además, se encuentra que el 81% de la población realizan poca o ninguna actividad física. (Ramos et. al., 2015).

Un estudio más reciente sobre la prevalencia de Síndrome Metabólico (SM) en estudiantes de tercer grado de la carrera de la Facultad de Ciencias Médicas de esta casa de estudios, informa que la prevalencia de SM de (22,83%), correspondientes al sexo femenino 52,38% y sexo masculino (47,62%). La media de los casos encontrados es de 21 años de edad. Para cada criterio se tiene (según las normas internacionales de medición) un (54,35%), presentan circunferencia abdominal elevada, presión arterial elevada (10,87%), glicemia en ayunas anormal (25,0%), triglicéridos elevados (23.91) y colesterol HDL bajo (60.87). Con respecto a la actividad física se encuentra que un quinto por ciento de la muestra realiza actividad física vigorosa, se concluye que dos de cada diez estudiantes padecen SM, afectando más al sexo femenino. Más de la mitad de los estudiantes presentan una circunferencia abdominal dentro de un rango de

riesgo, un cuarto de la población presenta valores de glicemia normales y, un quinto presenta triglicéridos en valores de riesgo. De los estudiantes con SM se tiene; uno de cada cuatro realiza actividad física leve. (García et al., 2016).

Un estudio para caracterizar a los estudiantes en el CUM Centro Universitario Metropolitano, 2009 de la Facultad de Ciencias Médicas señala que la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes es de 824 por cada 1,000 encuestados. El mismo estudio presenta la evidencia del consumo de bebidas alcohólicas en los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de primer año obteniendo los siguientes datos 32.3%, sí consumen algún tipo de bebidas alcohólicas, porcentaje similar al de segundo año con un 33.8%, no siendo así, en tercer año cuya población disminuye su consumo a un 14.1% (Reyes, 2009).

Se investigó la prevalencia de tabaquismo en estudiantes del campus central de la USAC donde reporta por arriba de la prevalencia a nivel nacional que es del 22.1%, la prevalencia global en la USAC es del 24.2%, evidenciando que el 25.5% corresponde a los estudiantes y el 20,1% para los docentes.

La universidad es un contexto ideal para aprender y consolidar actitudes personales y profesionales, incluyendo estilos de vida que van a determinar la salud futura de la población estudiantil a corto, mediano o largo plazo. De manera más preocupante que los futuros profesionales de la salud, presentan incluso conductas más lesivas que hace más propensos a la adquisición de ECNT (Troncoso y Amaya, 2009).

Otros estudios que se realizan a nivel de la república de Guatemala por entidades públicas gubernamentales y privadas reportan lo siguiente en cuanto consumo de bebidas alcohólicas, tabaco, sedentarismo que se ven relacionadas con el estilo de vida de una población guatemalteca.

De acuerdo a la revisión realizada por Mac Kenney señala que los estudios del Patronato Antialcohólico y la Secretaria Ejecutiva de la Vicepresidencia de la

República de Guatemala, realizados en el 2005 indican que el inicio de consumo de licor de los guatemaltecos tiene un promedio de edad de 15 años, así mismo que 66 de cada 100 guatemaltecos consume bebida con alcohol. (Mac Kenney, S/F).

La encuesta Nacional en Guatemala en el municipio de Villa Nueva realizada por el Ministerio de Salud Pública, reporta actividad física insuficiente en población joven adulta e indica que en un 51% los individuos mayores de 19 años no practican actividad física. El sedentarismo entre los estudiantes universitarios es de 42.9% del total encuestados es más frecuente en el sexo femenino 49.8%. (MNSP, 2012).

Otro estudio nacional efectuado por SECCATID sobre la “Desregulación Psicológica y su relación con el uso de drogas en adolescentes” se realiza en un grupo de 8500 adolescentes guatemaltecos entre 12 y 20 años, concluye: que uno de cada tres estudiantes reporta por lo menos un problema social, legal o médico, relacionado con el uso de alcohol. La “preeminencia de alcoholismo y de la drogadicción en los adolescentes es más evidente en los hogares que tienen antecedentes en el uso de los mismos”. (SECCATID, 2003).

En la Encuesta nacional de juventud (ENJU) 2011, el 6.5% de los jóvenes en las edades de 15 y 19 años refirió haber ingerido alcohol una o más veces al mes. La principal razón por la que los jóvenes consumen bebidas alcohólicas es por curiosidad (37.3%) y luego es por socializar (34.9%); 5.5% lo refiere hacer por presiones de grupo y 5.1% por problemas en casa.

Con base en la Encuesta Nacional Sobre las Adicciones en Guatemala por la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico ilícito de Drogas (SECCATID) y la Universidad Galileo en el 2014, en estudiantes comprendidos entre los 11 y 22 años de edad, de los sectores educativos públicos y privados de las 22 cabeceras departamentales Guatemala, y de los municipios de Mixco y Villa Nueva del departamento de Guatemala, en los grados de estudio primero básico, segundo básico y quinto diversificado; se

evidencia que la prevalencia de vida del consumo de marihuana es de 11.31%, inhalables 7.28%, cocaína 3.60%, así mismo la edad del primer consumo de estas sustancias es de 6, 5 y 7 años de edad respectivamente. (Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas, 2014).

La ciudad de Guatemala se sitúa como el departamento con mayor consumo de drogas. En el estudio Marihuana en Guatemala, se demuestra que las personas que utilizan marihuana con mucha frecuencia dentro del ámbito de aprendizaje y conducta social, sufren alteraciones en las habilidades críticas relacionadas con la atención, la memoria y el aprendizaje; de igual manera se identifica relación entre jóvenes con problemas escolares y el consumo de marihuana y cocaína. (Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas, 2014).

A nivel nacional y de la Universidad de San Carlos de Guatemala no existen investigaciones en el ámbito sociológico que analicen los estilos de vida relacionados con la salud de la población universitaria. De conformidad con la evidencia científica generada en el contexto de Guatemala esta tesis doctoral es un aporte innovador para el desarrollo de conocimiento propio de un hecho social que se puede interpretar desde la sociología.

Conclusiones

Los estudios que se ha realizado a nivel nacional y en el ámbito universitario informan que los jóvenes adolescentes presentan conductas no saludables asociadas al consumo de las adicciones licitas e ilícitas (bebidas alcohólicas, consumo de tabaco, consumo de marihuana, inhalables cocaína) estas dos últimas en menor cantidad y sedentarismo todas ellas relacionadas con los estilos de vida de la población joven guatemalteca que se encuentra en el nivel educativo de básicos y diversificado.

La Universidad de San Carlos de Guatemala no escapa a esta situación sino por el contrario los datos son más elevados en cuanto a los que se presentan a nivel nacional, ya que el consumo de tabaco en la universidad está por arriba de la

prevalencia a nivel nacional. En los estudiantes manifiestan conductas sedentarismo, sin embargo, esta conducta tiende a disminuir, ya que se encuentra en menor proporción de los datos a nivel nacional y se presenta con mayor frecuencia en sexo femenino. La prevalencia de Síndrome Metabólico (SM) es más frecuente en el sexo femenino por lo que podría estar relacionada la inactividad física de la población universitaria.

Con la información proporcionada se visualiza que la población guatemalteca a edades muy tempranas inicia con conductas de vida no saludables como también lo estudiantes universitarios encuentran un lugar para consolidar comportamientos no favorables en la salud, ambos grupos tiene probabilidad de desarrollar ECNT a corto, mediano y largo plazo derivado de sus estilos de vida.

Capítulo 7. Análisis de Datos

El análisis de datos se construyó con base a clasificar los estilos de vida de los estudiantes, con el uso de las variables clásica como: actividad física, hábitos de alimentación, consumos de alcohol, tabaco (lícitas) consumo de drogas (no lícitas) y conducta sexual, se logró la identificación de las oportunidades y barreras que tiene los estudiantes para acceder al uso de servicios que se ofertan a la comunidad estudiantil universitaria. Este capítulo se cierra con la identificación de las políticas relacionadas a la promoción de la salud en el ámbito de la educación superior desde una visión macro y los efectos en la Universidad de San Carlos de Guatemala, escenario social que constituye la agenda de los tomadores de decisión en materia de Estilos de Vida y Salud, así como los retos por superar.

Los relatos de las entrevistas individuales y discusiones de grupo de los distintos actores corresponden a 9 grupos de discusión de ellos 3 de cada año seleccionados bajo criterios que permitieron hacer un equilibrio en cuanto a género y por año lectivo del 1º, 2º y 3º de la carrera de médico y cirujano. Se realizaron 32 entrevistas individuales distribuidas entre los tomadores de decisión quienes por su posición en la estructura organizacional tiene la capacidad de promover iniciativas de cambio curricular, así como la responsabilidad de diligenciar los programas académicos aprobados en el pensum de estudios a nivel de la Facultad de Ciencias Médicas y de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Además de los Servidores en Salud quienes por su actividad laboral se vinculan a los servicios sanitarios en dos áreas: una, en el campus central de la USAC con dedicación a la atención de población universitaria en general y en particular a los estudiantes de primer ingreso de todas las carreras de la USAC; otra, la circunscrita a los estudiantes del CUM donde se encuentra la Facultad de Ciencias Médicas. Así mismo se entrevistó al personal del Departamento de Deportes por un lado puestos de tomadores de decisión y, por otro lado, a los responsables de las actividades deportivas, a quienes les llamaremos en este estudio "*Servidores de Educación Física*" (SEF), dirigidas a estudiantes

universitarios. El tiempo empleado para el trabajo de campo fue 12 meses entre el año 2015 al 2016.

7.1 La actividad física

Al considerar la categoría de actividad física se requiere la descripción de los espacios físicos deportivos que tiene la universidad administrados por el Departamento de Deportes: 1) en la ciudad de Guatemala en la zona urbana se tiene el complejo deportivo Los Arcos, ubicado en la zona 14 el cual fue concesionado a una firma privada para su administración. Estas instalaciones se encuentran alejadas de los centros que albergan estudiantes, cuenta con una piscina, una cancha de fútbol con pista de atletismo de tierra, una cancha baloncesto y, una cancha de fútbol sala; b) El complejo Deportivo Revolución en el campus central, zona 12 cuenta una piscina, una cancha de fútbol con pista de atletismo de tierra, cuatro canchas de tenis, un polideportivo y 4 canchas de baloncesto distribuidas en el campus. El campus central alberga a las 16 carrera de Licenciatura de la universidad. El Centro Universitario Metropolitano, - CUM- zona 11, cuenta con una cancha de baloncesto y alberga 2 carrera de Licenciatura (Psicología que tiene tres jornadas: matutina, vespertina y nocturna y Medicina con una jornada en horario de 8:00 a 16:00 horas).

Para el desarrollo de las actividades a nivel de la universidad se cuenta con el Departamento de Deportes el cual tiene personal administrativo, de servicios, de campo y entrenadores deportivos, divididos en las instalaciones del Club Deportivo Los Arcos y el complejo Deportivo Revolución del campus central. Las actividades organizadas por el Departamento de Deporte tienen una baja capacidad de convocatoria y la asistencia de universitarios es muy limitada en dos sentidos: 1) el acceso a los servicios para una minoría y los horarios de atención que únicamente cubren la jornada de 7:00 a 15:00 horas; 2). En ambos centros se organizan actividades deportivas para estudiantes de tipo competitivo.

La actividad física es una de las variables empleada en el abordaje de los Estilos de vida y salud. La actividad física se relaciona con la actividad del deporte y contiene elementos de creencias en cuanto a que el ejercicio genera en el estudiante más apetito de lo normal y derivado de ese apetito el alto consumo de alimentos produce sobre peso². Esta creencia vigente en el discurso de estudiantes del primer año de la carrera de medicina refleja la no inducción de programas educativos que permitan desde los primeros años, la información pertinente para evitar que este tipo de creencia incremente el sedentarismo. De acuerdo al análisis de los datos registrados en la población se tiene que la *"Inactividad Física"*³ es una categoría que emerge de los resultados.

Al entrevistar al investigador de la Unidad de Salud respecto a la condición física de los estudiantes al ingresar a la universidad comentó lo siguiente:

*"Los estudiantes en general al ingresar a la USAC el 75% vienen con una mala condición física y principalmente se debe al sedentarismo, como también lo hemos asociado al consumo de alimentos altos en grasa trans y saturadas que reportan en sus ingestas alimentarias."*⁴

Los SEF son actores sociales clave quienes tienen la proximidad con el estudiante interesado en hacer alguna actividad física. En las opiniones vertidas existió un denominador común relacionado a la actividad física y el contexto social de procedencia de los estudiantes:

"En Guatemala es un país donde no se le da la importancia de la Actividad Física en todas sus dimensiones y no la relacionan con la salud ya que la recreación la utilizan como ir al cine, estar con los amigos y hacer

² Relato de discusión de grupo en estudiantes de 1º año de la carrera de medicina.

³ Uso de herramienta de Networks de Atlas.Ti versión 8 construcción de familias de códigos.

⁴ Entrevista individual semiestructura con un SAF.

*cualquier otra actividad familiar y si no se crean hábitos familiares será más difícil realizarlos en vida universitario*⁵

El siguiente relato aporta una opinión sobre la posición institucional y estudiantil frente a la educación física:

“la universidad no se diferencia en cuanto al desarrollo de hábitos de educación física⁶. Ya que cada unidad académica está más enfocada en sus programas de estudios que en apoyar a los estudiantes a participar en actividades físicas con sus estudiantes para conservar la salud y para que tenga un mejor rendimiento académico.”⁷

Aumentar el nivel de actividad física es una necesidad social, no solo individual. Por lo tanto, exige una perspectiva poblacional, multisectorial, multidisciplinaria, y culturalmente idónea, con el objeto que se le dé la importancia de la actividad física en su población. Los SEF indican⁸ que los estudiantes realizan una demanda muy baja de los servicios que la universidad les brinda en cuanto a las actividades deportivas, esto lo asocian que entre más están adaptados a su espacio de confort (académico), no les interesa buscar las instalaciones deportivas para completar su educación integral⁹. En el caso de los estudiantes de Medicina es que no existen instalaciones apropiadas en el CUM para realizarlas y trasladarse del CUM para el Complejo Deportivo los Arcos o al complejo Deportivo Revolución en el campus Central por lo que carecen de motivación para realizar prácticas deportivas¹⁰.

⁵ Ídem.

⁶ Educación física: es un vocablo local que hace referencia a la práctica del deporte en programas institucionalizados.

⁷ Entrevista individual semiestructura con un SAF.

⁸ Ídem.

⁹ Uso de herramienta de Networks de Atlas.Ti versión 8 construcción de familias de códigos.

¹⁰ Observaciones de campo y con base a diversas entrevistas semiestructura realizadas a tomadores de decisión en el CUM.

Por su parte, los estudiantes tienen una auto percepción que son sedentarios y que la institución no les ofrece oportunidades para cambiar esa condición de inactividad física, el siguiente relato de una discusión grupal lo presenta:

“Nuestro estilo de vida con respecto a la actividad física es sedentario ya que en Facultad de Ciencias Médicas debería de haber una Unidad de Deportes o Actividad Física los programas están, pero no se les da el debido seguimiento; ya que no contamos con profesionales del área Licenciatura de Educación Física. También se carece de personal técnico especializado y con conocimiento, pedagogía deportiva que necesitaríamos. Son pocos los compañeros de estudio que tienen voluntad propia, de realizar actividades deportivas se debería implementar dentro del pensum o dar créditos extracurriculares a los que participan en actividades deportivas con el objetivo de que los estudiantes se incentiven y tomen conciencia de la actividad física.”¹¹

Los estudiantes están conscientes de la necesidad de una adecuada actividad física para tener un estilo de vida saludable y la ausencia de ella la asocian en la malla curricular, al tiempo y carga académica, por lo que solicitan un tiempo para realizar esta actividad física con el apoyo de las autoridades de la facultad sin que haya solapen los horarios¹².

Un SAF en el campus central señala que la inactividad física de los estudiantes se relaciona con diversos factores:

“[...]... el tiempo que los estudiantes tienen para practicar la actividad física en la Universidad, seguido falta de hábitos, ausencia de motivación por parte de la familia, amigos, profesores, responsabilidades personales,

¹¹ Relato de discusión de grupo en estudiantes de 2º año de la carrera de medicina.

¹² Ídem.

como también una inadecuada nutrición que presentan los estudiantes muchos de ellos con sobre peso y un porcentaje menos representativo con desnutrición y en otros casos asociado al consumo de Tabaco y Alcohol y aspectos psicológico.”¹³

Investigaciones realizadas en otros contextos de la región de América Latina sobre el tema de los estilos de vida en universitarios indican que los estudiantes que tienen algún tipo de adicción generalmente no realizan actividades físicas o ejercicios, como también la ingesta de alimentos suele ser poco saludables (Díaz, 2016).

El proceso de socialización que lleva el estudiante, en la vida universitaria, en sus primeros años de la carrera de medicina permite establecer vínculos de interacción social fuertes por la jornada de tiempo completo que están programadas en su malla curricular¹⁴. El tiempo libre para los estudiantes de la carrera de medicina desde tiempos inmemoriales en el contexto de la educación superior requiere una dedicación exclusiva que lleva a jornadas extenuantes, ante este contexto social un SAF expone lo siguiente:

“[...]... los días viernes los estudiantes de medicina no tienen clases y prefieren llegar a realizar un repaso de un curso que se les dificulte y hacer tareas. No se sienten motivados por hacer algún tipo de deporte, prefieren estar con los amigos e irse de fiesta ya que se les hace la convocatoria, pero no hay respuesta de parte ellos.”¹⁵

No existe una motivación por parte de los estudiantes, así como tampoco de la institución para que los estudiantes participen en actividades deportivas. Lo que

¹³ Entrevista individual semiestructura con un SAF.

¹⁴ Observaciones de campo y con base a diversas entrevistas realizadas a tomadores de decisión en el CUM.

¹⁵ Entrevista individual semiestructura con un SAF.

predispone la ausencia de un estilo de vida saludable respecto a la actividad física.

Al contrastar las opiniones de los estudiantes con respecto a la de los tomadores de decisión. Se deduce que la falta de interés latente en el estudiante por la actividad física se potencializa con la falta de institucionalización de las actividades físicas. Esta característica “*No favorable*” presenta una contradicción fundamental en cuanto a la formación de los futuros profesionales de la medicina, debido al papel pasivo que tiene el profesor universitario. El siguiente relato es revelador:

“[...]... pero ellos [los profesores] nos dicen cómo cuidar a los pacientes, pero no nos instruyen como empezar a cuidar de nuestra salud”¹⁶

Entre los factores intrínsecos, que afectan la actividad física, relacionados con la programación de las asignaturas, los estudiantes refieren que los horarios de los recesos de los cursos son muy cortos para realizar las actividades deportivas que se les organizan, ya que muchas veces están los estudiantes en clase y los profesores no favorecen el espacio de tiempo para participar en entrenos deportivos¹⁷. Así mismo indican que entre hacer actividad física prefieren realizar sus tareas o bien dormir¹⁸. Sin duda este factor influye de manera negativa para que los estudiantes participen en actividades físicas y desarrollen estilos de vida saludables.

El modelo de conocimiento biomédico con el que es formado el estudiante no les permite desarrollar una educación de Estilos de Vida Saludable de acuerdo a la información que proporcionó un SAF.

¹⁶ Relato de discusión de grupo en estudiantes de 3º año de la carrera de medicina.

¹⁷ Relato de discusión de grupo en estudiantes de 1º año de la carrera de medicina.

¹⁸ Ídem.

“La educación preventiva, es un tema que debe de ser tratado con los estudiantes de medicina y general está más inmersos en el modelo biologicista motivo por el cual los estudiantes no se enfocan en la prevención de las enfermedades.”¹⁹

Como se describió la infraestructura, al inicio de este apartado, es evidente que el estudiante de medicina tiene plena conciencia de la carencia de los espacios físicos para la actividad deportiva y recientes el hecho de no tener acceso a las instalaciones con las cuales goza el campus central. Como tampoco, los estudiantes, cuentan con recurso humano en las instalaciones del CUM para que desarrollen programas de educación física, lo que genera una desmotivación y debilidad para desarrollar EVS²⁰.

Al consultar a un tomador de decisión de la Facultad de Ciencias Médicas en cuanto a la prueba de Cooper que la facultad realizó en estudiantes de primer año informa que según los datos obtenidos *“los estudiantes en un 60% están entre mala y muy mala condición física”²¹*. Lo lamentable de esto es que no se da el seguimiento a los estudiantes de acuerdo a la información que proporcionaron los grupos de discusión del tercer año. Puesto que al indagar sobre el seguimiento que hubo después de la prueba de Cooper ellos indicaron que no se les refirió a ningún centro de actividad física²².

Un tomador de decisión del campus central al abordar el tema sobre el seguimiento que se tiene para incidir de forma positiva en los EVS de los estudiantes indicó: *“Los jóvenes que oscilan entre los 17 y 19, con su juventud, al evaluarlos su presión arterial esta fuera de lo normal, hipertensos. Aquí es*

¹⁹ Entrevista individual semiestructura con un SAF.

²⁰ Uso de herramienta de Networks de Atlas. Ti versión 8 construcción de familias de códigos.

²¹ Entrevista semiestructura con un tomador de decisión en el CUM.

²² Relato de discusión de grupo en estudiantes de 1º año de la carrera de medicina.

*donde se les individualiza y se les da seguimiento".*²³ Sin embargo, al contrastar esta información con lo señalado por los estudiantes, el seguimiento de los problemas de ECNT no sucede²⁴. Puesto que no existe un sistema de referencia y coordinación entre los servicios sanitarios del campus central y los del CUM²⁵. Las iniciativas para conforma un programa estructurado de Promoción de la Salud que pueda incidir en los jóvenes con problemas ECN se encuentra ausente en ambos ámbitos.

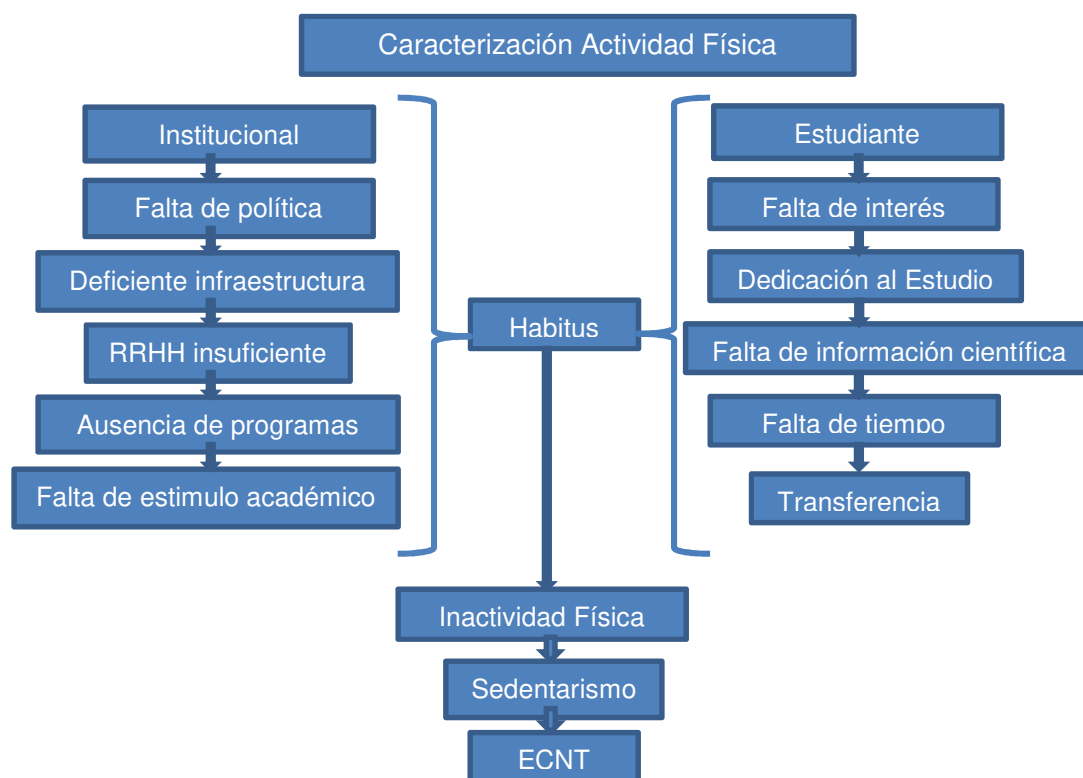
En el contexto político de toma de decisiones para incidir en la malla curricular se identificó que han existido propuestas sobre la inclusión del deporte en la formación de la carrera de medicina, como una asignatura. En el ámbito universitario se conoce únicamente el programa que tiene la Facultad de Ingeniería para el primer año de universidad. La propuesta de Universidades Promotoras de la Salud incluye, entre otras, la realización de actividades para la revisión de las asignaturas que integran los planes de formación profesional. Así como elaborar materiales para facilitar el trabajo de inclusión de valores relacionados con la sostenibilidad en los currículos formativos, tanto a través de asignaturas específicas como de forma transversal, incluyendo temas y/o prácticas en los programas del resto de asignaturas que lo permitan que el estudiante desarrolle una educación en salud.

²³ Entrevistas semiestructura con un tomador de decisión en el campus central.

²⁴ Relato de discusión de grupo en estudiantes de 1º año de la carrera de medicina.

²⁵ Observaciones de campo y con base a diversas entrevistas realizadas a tomadores de decisión en el CUM y campus central.

Figura No. 17.



Fuente: elaboración propia

7.2. Consumo de drogas lícitas e ilícitas

El concepto de droga se construye desde la idea de tolerancia social de allí que el “*Consumo de tabaco y alcohol*”²⁶ tiene una amplia aceptación social aun cuando existen en el país recursos de ley que recuperan impuestos específicos que procuran compensar en la asignación de presupuesto de la nación recurso económico a programas de salud. El impuesto de bebidas alcohólicas desde el año 2002 permite, asignar en el presupuesto de salud, un reglón de gasto específico para el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

De la categoría primaria “*consumo de drogas lícitas e ilícitas*” surgieron dos categorías emergentes²⁷: 1) Consumo de tabaco y alcohol y; 2) Consumo de drogas no lícitas. Con respecto a la categoría emergente de Consumo de tabaco y alcohol, los estudiantes y tomadores de decisión, servidores en salud expresaron su comprensión sobre las razones psicológicas, sociales y de género que llevan al consumo de tabaco y alcohol²⁸. Sin embargo, existen universitarios con expectativas positivas frente al consumo de tabaco y alcohol²⁹. No sólo significa que los universitarios que no alcanzan a dilucidar los peligros del consumo de alcohol y tabaco, sino que, en algunos casos, se percibe la ausencia de un diálogo interno del universitario, como parte del proceso reflexivo individual.

El consumo de tabaco y alcohol en los estudiantes es algo que socialmente es aceptado en el ámbito universitario, los jóvenes consumen esto porque les genera placer y según sus creencias ellos lo pueden dejar cuando ellos lo deseen, así los estudiantes consumen más conforme avanzan en la carrera de

²⁶ Uso de herramienta de Networks de Atlas.Ti versión 8 construcción de familias de códigos.

²⁷ Ídem.

²⁸ Ídem.

²⁹ Relato de discusión de grupo en estudiantes de 1º, 2 y 3º año de la carrera de medicina.

medicina y esto se relaciona con el estrés, la carga académica, problemas con la pareja y familia. La pertenencia de grupo es otro aspecto intersubjetivo que acciona el consumo de drogas lícitas e ilícitas³⁰. El siguiente relato recoge esa impresión:

*"Yo siento que también es más social la idea de pertenecer a un grupo entonces empiezan a probar cosas nuevas, pueden empezar con el alcohol, pero ese es un paso más a la adicción, luego quieren probar tabaco y luego de tabaco van a la marihuana, después la marihuana ya no les hace efecto y quieren probar más y más verdad."*³¹

El inicio en el consumo de alcohol en el caso de los universitarios, es un "ejercicio de descubrimiento"³² e interacción social con sus pares; que se transforma en exigencias de mayor consumo en menor tiempo, pero que no está vinculado a desarrollar estilos de vida saludables.

El ingreso a la universidad refleja un cambio en los estilos de vida de los estudiantes, sin duda sienten una mayor libertad para comportarse libremente, sin el cuidado que tuvieron en la educación media, como también por parte de su familia, se puede apreciar como la universidad se vuelve en un espacio para consumir drogas lícitas e ilícitas que no favorece a que los estudiantes desarrollen estilos de vida saludable el consumo de sustancias no lícitas³³.

Se aprecia como la presión social es otro factor importante en el estudiante para el consumo de sustancias lícito, es decir el sentido de pertenencia de estar en un grupo y ser aceptado para ellos tiene un valor agregado, los alrededores de

³⁰ Relato de discusión de grupo en estudiantes de 3º año de la carrera de medicina.

³¹ Entrevista semiestructurada con un servidor de salud en el CUM.

³² Ídem.

³³ Uso de herramienta de Networks de Atlas.Ti versión 8 construcción de familias de códigos.

la USAC y el CUM se caracterizan por tener ventas, a pocos metros, de bebidas alcohólicas³⁴. A pesar que está prohibida la venta de bebidas alcohólicas aledañas a centros educativos, sin embargo, el CUM, se volvió un espacio ideal para captar consumidores de bebidas alcohólicas y tabaco. El Congreso de la República de Guatemala a través del decreto 50-2000 que modifica el Código de Salud instruye que los lugares de venta deben de estar a cien metros de distancia del centro educativo, situación que no sucede en la práctica, por lo que sin duda la violación a ley en cuanto a la venta de bebidas alcohólicas influye de manera negativa en la salud del estudiante de la carrera de ciencias médicas.

El consumo de alcohol modifica sustancialmente, las formas de comportamiento habituales de los universitarios(as). Existe una percepción unánime en los universitarios varones, que el consumo social de alcohol no guarda conexión con la adicción al alcohol³⁵. Los valores como un ejercicio de la libertad son visualizados como contenedores que generan auto-dominio en el comportamiento social.

El Consejo Superior Universitario (CSU) crea el 1 de junio de 2003 la USAC a través del acuerdo de Rectoría No. 469-2003 el cual instruye a la USAC y sus extensiones, como Zonas Libres de Tabaco; medida que pretende reducir el impacto dañino del tabaquismo sobre la salud de la población universitaria y su consiguiente repercusión en la población guatemalteca a nivel general. Sin embargo, una investigación realizada en estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC en el año 2013, revela cifras similares en los estudiantes de primer ingreso (USAC, 2005).

³⁴ Observaciones de campo y uso de herramienta de Networks de Atlas.Ti versión 8 construcción de familias de códigos.

³⁵ Relato de discusión de grupo en estudiantes de 1º, 2º y 3º año de la carrera de medicina.

Un tomador de decisión en el CUM menciona que es preocupante el consumo de alcohol en sus alumnos. Además del efecto que potencia el consumo de alcohol por el patrón cultural en la población guatemalteca, lo que, sin duda, es otro factor que afecta los estilos de vida no saludable de los estudiantes, pone énfasis en la situación de las estudiantes alcoholizadas, así como el riesgo que tienen en las prácticas sexuales bajo efecto de alcohol³⁶.

Al consultar al grupo de estudiantes respecto al consumo de alcohol comenta que lo tienen accesible y más barato en las ventas cercanas al CUM de lo que lo venden en otros lugares retirados del CUM³⁷. Los estudiantes no visualizan a las ventas de licores, cercanas al CUM, como un factor predisponente para el desarrollo de problemas de salud, sino por el contrario lo ven como una oportunidad de consumir a precios más económicos que en otros centros de distribución.

Los relatos de los estudiantes también indican que para algunos se trata de un tema “*normal*” o “*como un fenómeno interesante*”, dada la frecuencia, con la cual los jóvenes consumen alcohol. Los estudiantes frecuentan los “*chupaderos*”³⁸, enfrente de las instalaciones del CUM, los días viernes para quitar el estrés³⁹. Estas prácticas No saludables son ampliamente conocidas por las autoridades de la Universidad y la Facultad de Ciencias Médicas, sin embargo, en opinión de los servidores de salud, no se tienen acciones concretas para el cumplimiento de la ley que evite las ventas de alcohol⁴⁰. La alta ponderación que se observa en las opiniones de los servidores de salud y tomadores de decisión de programas afines a las actividades físicas, con respecto a la proximidad de las ventas de los centros educativos y su impacto en el alto consumo en los

³⁶ Entrevista semiestructurada con un tomador de decisión en el CUM.

³⁷ Relato de discusión de grupo en estudiantes de 1º, 2º y 3º año de la carrera de medicina.

³⁸ Expresión utilizada en la jerga local para los lugares de venta de licor a bajo costo y visitados por jóvenes.

³⁹ Relato de discusión de grupo en estudiantes de 1º, 2º y 3º año de la carrera de medicina.

⁴⁰ Entrevista semiestructurada con un servidor de salud en el CUM.

estudiantes, es un planteamiento hipotético. Puesto que son diversos los factores que se interrelacionan con el consumo de alcohol. Se puede considerar con un factor predisponente que confluye y favorece el consumo. El siguiente relato tomado de una discusión grupal lo expresa:

*“El consumo de alcohol es bastante alto en la facultad yo bebo con mis amigos y sé que se mantienen llenos los lugares de venta que tenemos a los alrededores del CUM principalmente en época de exámenes y generalmente los jueves viernes que no hay clase para nosotros los de tercero, pero los de primero y segundo seguro que están allí los viernes”.*⁴¹

La información proporcionada por los coordinadores de programas educativos de la Facultad de Ciencias Médicas indica que el consumo de tabaco y alcohol a disminuido si se compara con años anteriores, esto lo atribuyen a la carga académica y al calendario de exámenes que venían desempeñando motivo por el cual se recalendarizó y se dejó más espacio con el objeto de que los estudiantes se sientan menos presionado⁴². Ahora bien, la regulación y promoción de letreros, que indican que es “*Prohibido fumar*”, en las aulas en el CUM genera una falsa percepción con respecto al descenso del consumo de tabaco, dado que, si bien ya no se fuma en las aulas y pasillos como en otro tiempo, ahora el consumo se realiza inmediatamente al salir de las instalaciones⁴³. El relato de un tomador de decisión lo expone:

“El problema sigue, si tú vas a ver a los alrededores de los edificios hay gente comprando y vendiendo la droga. A veces decimos son los de psicología, los de psicología dicen son los de medicina, y se tiran la

⁴¹ Relato de discusión de grupo en estudiantes de 3º año de la carrera de medicina.

⁴² Entrevista semiestructurada con varios tomadores de decisión en el CUM y uso de herramienta de Networks de Atlas.Ti versión 8 construcción de familias de códigos.

⁴³ Observaciones de campo.

*chibolita*⁴⁴. Pero de que ha bajado ha bajado por lo menos dentro de las instalaciones".⁴⁵

Los tomadores de decisión tienen una clara conciencia del problema de consumo de drogas lícitas e ilícitas por parte de los estudiantes en la Facultad de Ciencias Médicas y los daños que le generan a la salud. Algunos docentes empoderados por la regulación de espacios libres de alcohol y tabaco de la universidad, se han dado a la tarea de llamar la atención a aquellos estudiantes quienes infringen la regulación⁴⁶. Ahora, bien los estudiantes rechazan este tipo de prácticas pues consideran que estos docentes afectan su libertad y procuran simular ser como sus "papás"⁴⁷. Existe una preponderancia a la regulación y restricción del consumo de las drogas lícitas, puesto que los docentes consumidores de tabaco suelen ir a los alrededores de los edificios a fumar tabaco⁴⁸. Lejos de generar conciencia del efecto nocivo en la salud de los jóvenes, las acciones punitivas de restricción de consumo territorial logran ser soslayadas por estudiantes y docentes de la institución.

*"La cuestión de la lucha contra el tabaco ha sido dura, a pesar que hay leyes y acuerdos internos, los muchachos de todos modos y docentes fuman en los espacios abiertos de la universidad... [...] es la información que se tiene."*⁴⁹

En esta categoría del "consumo de sustancias lícitas"⁵⁰ emergente tiene relación con la poca coherencia ante los conocimientos en salud que adquieren en la

⁴⁴ Expresión coloquial que se refiere a una pelota pequeña.

⁴⁵ Entrevista semiestructurada con un tomador de decisión en el CUM.

⁴⁶ Observaciones de campo.

⁴⁷ Relato de discusión de grupo en estudiantes de 3º año de la carrera de medicina.

⁴⁸ Observaciones de campo.

⁴⁹ Entrevista semiestructurada con un tomador de decisión en el CUM.

⁵⁰ Uso de herramienta de Networks de Atlas.Ti versión 8 construcción de familias de códigos.

formación de medicina y las prácticas saludables en su estilo de vida. Dentro de esta se identificó que se tiene el conocimiento, pero no se aplica y menos se asocia con el ejemplo. Los estudiantes consumen, tanto alcohol como tabaco, los días jueves y viernes en los alrededores del CUM, profesores que consumen tabaco, fuman fuera del CUM para que no se les llame la atención. En el campus central fuman dentro del mismo.⁵¹

7.3. Consumo de drogas no lícitas

La segunda categoría que emerge de los datos se refiere al “*Consumo de drogas no lícitas*”⁵². Los relatos de los participantes apuntan a factores relacionados con el uso de las drogas, motivos que convergen en la propia persona, como los emocionales (miedo, inseguridad, fuga). Los factores de tipo sociocultural, provenientes de su medio (familia, influencia de amigos, pertenencia al grupo, falta de información, busca de placer, diversión, experimentación de cosas nuevas)⁵³. Entre estos últimos dan mucho énfasis a la pertenencia de grupo y a las relaciones familiares.

Los servidores en salud del campus central encuentran que los estudiantes que tiene este problema de adicción no buscan apoyo de salud en un plano personal ya que generalmente es porque los refieren o casualmente los encuentran consumiendo marihuana en algún espacio público dentro de la USAC por lo que les sugieren buscar el servicio en salud para superar esta adicción, dependiendo del caso los refieren a entidades del estado para que les presten la atención médica y recuperen su salud⁵⁴, sin embargo no existe un sistema de referencia y contra referencia para dar seguimiento de los casos⁵⁵.

⁵¹ Observaciones de campo.

⁵² Uso de herramienta de Networks de Atlas.Ti versión 8 construcción de familias de códigos.

⁵³ Ídem.

⁵⁴ Entrevista semiestructurada con un SAF.

⁵⁵ Observaciones de campo.

Un servidor en salud del campus central comenta: *“el escenario frente a los universitarios que consume sustancias no lícitas. Ellos [los adictos] no lo aceptan y no buscan el apoyo, menos que [ellos] sean referidos.”*⁵⁶

Agrega que:

*“[...]... el adicto principalmente niega y no viene a buscar ayuda. A veces son referidos porque los encuentran en los corredores atrás de los edificios las autoridades y los refieren para acá. Entonces también tenemos de referencias para mandarlos a alcohólicos anónimos, neuróticos, narcóticos anónimos y a grupos de dependencia.”*⁵⁷

Los grupos de discusión de estudiantes y los servidores de salud, coincidieron en indicar que el consumo de marihuana lo hacen donde no puedan ser observados. Lo que refleja que el consumo de la marihuana es reconocido tanto por servidores de salud como por los estudiantes.

*“Si pensamos en el consumo de marihuana los que consumen lo hacen en lugares donde no se puedan ver, generalmente atrás de los edificios lo que sí se ve, es que se tienen que retirar de la carrera cuando entran en una adicción fuerte, hay algunos que consumen anfetaminas para mantenerse despiertos, lo buenos es que son muy pocos, diferente es fumar y tomar (beber) ya que sólo te quita el estrés, y los que consumen marihuana se tienen que retirar de la carrera”*⁵⁸

Es interesante la mirada de los servidores en salud, en cuanto al consumo de sustancia, quienes consideran el factor de estrés asociado a la carga académica

⁵⁶ Entrevista semiestructurada con un servidor de salud del campus central.

⁵⁷ Ídem.

⁵⁸ Entrevista semiestructurada con un servidor de salud en la Facultad de Ciencias Médicas.

y/o problemas personales y familiares. No lo relacionan con ausencia de formación de estilos de vida saludables, malla curricular o programas preventivos. El consumo de las drogas no lícitas, los estudiantes perciben que se consume en menor cantidad que las lícitas (tabaco y alcohol), y opinan que los estudiantes que lo consumen ya vienen con esos problemas de adicción, pero al ingresar a la Universidad se exagera el problema⁵⁹.

Los servidores de salud respecto a las adicciones lo asocian a la pérdida de responsabilidad, enfermedades de transmisión sexual y embarazos no planificados.

“Yo siento que entre los 18 y 24 años que ellos sienten que nada les puede hacer daño y que ello tiene la voluntad suficiente para hacer y dejar de hacer. Además, el consumo de sustancias va muy relacionado a la pérdida de responsabilidad en este caso, después de consumir sustancias se incrementan riesgos de adquirir una infección de transmisión sexual, provocar un embarazo que no está planificado. Pero el estudiante no lo visualiza al momento.”⁶⁰

Los estudiantes desconocen que existen el centro de salud para referir a los compañeros que quieran dejar la adicción en los grupos de discusión predomino la respuesta *“que no conocen ninguna [asistencia sanitaria] que pueda ayudar en la universidad”⁶¹*. Lo que los pone en mayor vulnerabilidad de superar problemas de salud en el tiempo de estadía en la universidad. Los grupos de discusión si perciben la necesidad de la ayuda médica en el consumo de adicciones no lícitas, pero fuera del contexto de los servicios sanitarios universitarios⁶².

⁵⁹ Relato de discusión de grupo en estudiantes de 2º y 3º año de la carrera de medicina.

⁶⁰ Entrevista semiestructurada con un servidor de salud en el CUM.

⁶¹ Relato de discusión de grupo en estudiantes de 1º año de la carrera de medicina.

⁶² Relato de discusión de grupo en estudiantes de 1º, 2º y 3º año de la carrera de medicina.

Es interesante resaltar, en el estilo de vida de los estudiantes, el hecho de que una sustancia está o no legitimada socialmente en su consumo, es relevante para definirla droga o no como droga. Así, las sustancias que se perciben legitimadas por la sociedad, ya sea por su visibilidad frecuente, por su cotidianeidad, tanto en los espacios aledaños al CUM (lugares de consumo de alcohol y tabaco) y atrás de los edificios del CUM (consumo de marihuana), como por su estatus legal, no son consideradas drogas. Aun cuando se reconoce que perjudica la salud, se menciona que tienen un efecto menor⁶³. De esta forma la tolerancia social advierte sobre la percepción del riesgo con menor importancia con respecto a las drogas no lícitas: es decir una droga considerada cotidiana (jueves y viernes en los chupaderos (bares), con alta tolerancia social por parte de los universitarios, teniendo efectos negativos en la salud se considera que lo tendrá en menor medida, que se la puede controlar, en comparación con aquellas de baja tolerancia social (marihuana)⁶⁴. Por otro lado, la droga se asocia a algo que “*hace mal*” y a un consumo incontrolable y en cuanto a las drogas lícitas (alcohol y tabaco), se asocian a pasar bien, quitar estrés, estar con los amigos a sentirte bien⁶⁵.

Desde este punto de vista, que privilegia una mirada al consumo de sustancias tóxicas lícitas o ilícitas en la vida cotidiana, hemos podido analizar el anclaje del consumo de sustancias psicoactivas en el entramado simbólico de la cultura del consumo. Surge la interrogante sobre cuáles son las percepciones y representaciones sociales que los adolescentes poseen respecto a sus consumos en un contexto cultural, el uso del tiempo libre y el uso del espacio como componentes de estilos de vida que conforman y responden a identidades sociales de los jóvenes universitarios. La relación que establecen entre estos consumos culturales y las representaciones que circulan en torno al consumo de drogas.

⁶³ Ídem.

⁶⁴ Ídem.

⁶⁵ Ídem.

El consumo de sustancias tóxicas se muestra como un producto más de la colección de objetos de la cultura del consumo. Desde este lugar habilita espacios de pertenencia y distinción, de un nosotros y ellos que hablan de tolerancias sociales que se construyen más allá de percepciones de riesgo y más cerca de las mismas estrategias de distinción que el resto de los objetos que están disponibles para su consumo simbólico en los alrededores del CUM.

Los relatos de los participantes apuntan diversos motivos para el uso de las drogas y ellos están en la propia persona, como factores emocionales (miedo, inseguridad, fuga)⁶⁶. Factores socioculturales, provenientes de su medio (familia, influencia de amigos, pertenencia al grupo, curiosidad, falta de información, busca de placer, diversión, experimentación de cosas nuevas)⁶⁷. Entre estos últimos dan mucho énfasis a la pertenencia de grupo, a las relaciones familiares, así como también consideran que los problemas personales pueden estimular el uso.

⁶⁶ Ídem.

⁶⁷ Ídem.

7.4. Consumo de alimentos

En el Centro Universitario Metropolitano existen cuatro cafeterías y dos ventas de comida rápida y fuera del CUM en el entorno del establecimiento educativo están ubicados ventas de comercios en los cuales los estudiantes pueden comprar alimentos caracterizados por ser ricos en calorías.

En el análisis de los datos se observó la categoría emergente de la “*alimentación no saludable*”. Dentro de esta se identificó que el consumo de alimentos no saludables es causa de sobre peso y la obesidad en los estudiantes, detectada en la consulta en la Clínica de Nutrición asocia con la categoría Actividad física o sedentarismo. Los estudiantes que realizan la consulta a la Clínica de Nutrición en su mayoría son de primer ingreso y en general los estudiantes buscan los servicios médicos cuando ya tienen problemas de salud no para llevar un control adecuado en cuanto al consumo de alimentos como se pudo constatar con un servidor salud de la Clínica de Nutrición quien considera que la demanda de los servicios es alta.

“el problema en salud que los estudiantes presentan cuando se vienen a la clínica de nutrición en general es; el sobre peso y la obesidad, son como de un 100%, el 80% de los estudiantes que vienen a la clínica de nutrición, tienen problemas de sobre peso y obesidad asociado al sedentarismo.”

La detección de problemas de sobre peso se identifica más en las carreras universitarias cuyo denominador común tienen que por tradición académica les exigen ser de dedicación de tiempo completo con mayor exigencia en cuanto a las horas de estudio.

“Prácticamente un 50% de ellos tienen un problema nutricional. Y aquí identificamos bastante nosotros, no lo miramos por carreras, pero últimamente en estas dos semanas, han venido bastantes estudiantes de

medicina, y en su mayoría no hacen ejercicio y tienen sobre peso. Sedentarismo, y es así como que les pregunta ¿y haces ejercicio? y ellos responden que no realizan, ¿Y por qué? Es que... Y cuando no me responden el por qué les pregunto ¿Qué estudias? Y me dicen medicina, odontología, arquitectura, agronomía, farmacia. Pero las carreras del área de salud son las carreras que más se ven que tienen sedentarismo, muchos indican “no me da tiempo, hay muchas tareas, salgo muy tarde, cosas así”.⁶⁸

Los jóvenes universitarios modifican sus hábitos alimentarios debido al ingreso a la vida universitaria y el alejamiento del entorno familiar, lo que influye de manera negativa en su estilo de vida como lo han indicado varias investigaciones. (Herman y Fernández, 2004).

La segunda categoría emergente es “*la sobrepoblación estudiantil*” que la universidad presenta, por lo que no se puede dar a bastó para atender a la población que demande la atención en salud. La Unidad de salud no cuenta con personal contratado para dar atención en la Clínica de Nutrición, lo que influye de manera negativa para la atención a los estudiantes. Como tampoco se pudo constatar en cuanto al servicio de la Clínica de Nutrición no se cuenta con un recurso humano contratado por parte de la USAC, ya que en dicha clínica de servicio lo presta una estudiante de Practica Integrada de la Licenciatura de Nutrición con una rotación de seis meses por lo que se deduce que es difícil darles el seguimiento a los estudiantes, lo que se constató con la servidora de salud de la Clínica de Nutrición:

“La demanda de la Clínica de Nutrición es Alta. El problema es que no hay tanto personal para atender a los estudiantes que requieren los

⁶⁸ Entrevista semiestructurada con un servidor de salud de la unidad de salud del campus central de la USAC.

servicios... [...] Aquí en la clínica solo atienden estudiantes y trabajadores”⁶⁹

Esta situación en cuanto a la ausencia de personal profesional para atender la Clínica sin duda genera una falta de interés para el estudiante que demanda el servicio ya que no hay una continuidad en cuanto al expediente de dicho estudiante y con el número de demanda dificulta aún más darles seguimientos a los estudiantes que buscan el servicio clínico.

Los estudiantes carecen de asesoría profesional para cuidar sus consumos de alimentos llevar dietas adecuada, pero tampoco los servicios de cafeterías en las instalaciones universitarias cuentan con dicha asesoría. Con respecto al consumo de alimentos un estudiante expreso:

“Yo pienso que acá [las cafeterías del CUM] venden comida barata y rápida tal vez no tiene los nutrientes necesarios que uno necesita y uno pide un pan [un bocata] y a veces comprar allí o donde está vacío en lugar de donde está lleno por la rapidez que te lo dan, y si quieres un plato formal tienes que esperar mucho tiempo ya que sólo hay cuatro cafeterías por lo que resulta más fácil pedir un shuco⁷⁰ o hamburguesas con papa fritas”.⁷¹

En general, a la mayoría de los universitarios les gustan los alimentos que consumen, sin embargo, llama la atención que a pesar de que saben que no son saludables los siguen consumiendo afirmando que los consumen por la necesidad de satisfacer el hambre, por el gusto y la economía. En esto han

⁶⁹ Ídem.

⁷⁰ Es un término coloquial empleado para el “perro caliente” que se prepara un pan con aguacate, repollo y salchicha, se vende en puestos ambulantes, los cuales carecen de control sanitario y son de bajo costo.

⁷¹ Relato de discusión de grupo en estudiantes del 1º año de la carrera de medicina.

exteriorizado su pasión y se ha convertido en un hábito voluntario e involuntario. En torno a esta categoría se agrega, en la discusión, las causales de la obesidad que la mayoría de los universitarios no realiza ninguna actividad deportiva.

Se tiene el conocimiento, pero no se aplica y se asocia con la falta de tiempo y carga académica, la sobrepoblación estudiantil y los hábitos de consumos de comida no saludables. La mayor parte de los estudiantes entrevistados menciona no presentar horarios definidos para almorzar. Sus argumentos son la falta de tiempo por motivos personales y la carga académica, ya que muchas veces se encuentra establecida en el horario que cuentan para realizar dicha comida.

La falta de tiempo es asociada con el horario de alimentación ya que los jóvenes no cuentan con un horario específico para consumir los alimentos dentro de las instalaciones universitarias de acuerdo que reportan los estudiantes; se alimentan cuando queda un espacio de tiempo y sino hasta que llegan a su casa. Lo que deja ver que este es otro factor que influye negativamente en el consumo de alimentos y en consecuencia en la salud.

Esta información se constató con los servidores de la Clínica de Nutrición donde comento al respecto:

“La primera causa que los estudiantes reportan: falta de tiempo por la carga académica y la otra causa es que por lo mismo que tanta carga académica, de tanto desordenes que vienen de colegios acostumbrados, a las 10 tienen refacción y a las 12 almuerzo, dependiendo del horario. Aquí ya no manejamos un horario. Que sería bueno establecer en carreras como medicina, odontología, farmacia que son pensum cerrado, sería bueno poder modificar el horario. A que tengan sus tiempos de alimentación, para ordenar la alimentación. Porque ese sería otro problema, ellos tienen la alimentación muy desordenada, muchos no

*desayunan, almuerzan tipo cuatro de la tarde y no comen nada durante el día, y cuando comen van a devorar lo que encuentre en casa.*⁷²

Esta información se constató con los grupos de estudiantes donde coincidieron con la misma percepción.

Los problemas que influyen en cuanto a una alimentación no saludable en los estudiantes universitarios se debe a múltiples factores en principio es el ingreso a la Universidad, los estudiantes tienen mayor disponibilidad para elegir sus alimentos y algunos llevan sus alimento, otro factor que influye es la adaptación a los cambios de horarios de cursos, ya que ellos permanecen ocho horas en la universidad, como también no se tiene un tiempo disponible para tomar los alimentos en la universidad, no se cuenta con cafeterías para los estudiantes que deseen calentar sus alimentos este apoyo lo reciben de la Asociación de Estudiantes de Medicina para calentar los alimentos, estos están afuera de la Asociación de Medicina, la oferta de alimentos a los alrededores del CUM son inadecuados para una dieta saludable. En cuanto al recurso humano para atender la salud en nutrición en la facultad no se cuenta con personal contratado por parte de la Facultad de Ciencias Médicas el servicio lo han prestado estudiantes de la Facultad de Nutrición, bajo las mismas características que se encuentran en la Unidad de Salud.

7.5. Consumo alimentos no saludables

En la variable consumo de alimentos, tanto los estudiantes⁷³ como los servidores en salud opinan que el tiempo y la carga académica influye de manera negativa

⁷² Entrevista semiestructurada con un servidor de salud de la unidad de salud del campus central de la USAC.

⁷³ Relato de discusión de grupo en estudiantes de 1º, 2º y 3º año de la carrera de medicina.

para que los estudiantes tengan una nutrición saludable⁷⁴. Agregado a ello, que los comedores y/o cafeterías no contemplan una calidad nutricional como lo señala las Guías Alimentarias de Guatemala, otro factor que afecta el consumo de alimentos es la higiene de preparación de los mismo⁷⁵. Estos factores no permiten considerar a la alimentación de los estudiantes universitarios como comidas saludables por lo que es perjudicial para la salud de ellos⁷⁶. Aunado a esta situación alimenticia la sobrepoblación hace que los servicios sean insuficientes dentro de las instalaciones del CUM⁷⁷. En cuanto al limitado número de cafeterías y capacidad de atención para atender la demanda de los estudiantes, ellos buscan alternativas de alimentación en los comedores aledaños fuera del CUM estos comedores no cuentan con supervisión de parte de la universidad, sobre la calidad de los alimentos, sino por el contrario los alimentos que allí se les brinda a los estudiantes en general se caracteriza por comida rápida, alta en grasas saturadas, alta en carbohidratos, bebidas carbonatas y baja en nutrientes⁷⁸.

Estos factores no favorecen a desarrollar estilos de vida saludable por lo que la posibilidad de tener problemas de salud en sobre peso, obesidad y ECNT es evidente como fueron señalados por los tomadores de decisión de la Facultad de Ciencias Médicas:

“Los problemas que más afectan ahorita a los jóvenes son problemas de obesidad, sobrepeso, lipemia, problemas de hiperglicemia, hay jóvenes que no tienen ninguna sintomatología pero que solo de verlos consideramos nosotros como docentes médicos que ya van a tener una predicción de riesgo”⁷⁹

⁷⁴ Entrevista semiestructurada con servidores de salud en el CUM.

⁷⁵ Entrevista semiestructurada con tomadores de decisión del CUM.

⁷⁶ Ídem.

⁷⁷ Observaciones de campo.

⁷⁸ Uso de herramienta de Networks de Atlas.Ti versión 8 construcción de familias de códigos.

⁷⁹ Entrevista semiestructurada con tomadores de decisión del CUM.

Los alumnos expresan que la institución académica ejerce una influencia negativa sobre los horarios de almuerzo, debido a la inexistencia de un tiempo establecido para consumir dicha comida, como también los servicios que allí se prestan y que son insuficientes por lo que deben de comer comida rápida. A la vez refieren estar interesados en que la universidad reinstaure una franja horaria en la que los estudiantes puedan almorzar, porque consideran que dicho horario contribuiría a establecer y ordenar sus hábitos alimentarios. También consideran que el no almorzar hasta llegar a casa les afecta porque comen más de lo habitual y afecta su rendimiento académico⁸⁰. Este nivel de información coincide con la opinión de los tomadores de decisión⁸¹.

La información proporcionada por los estudiantes, servidoras en salud de atención en el área de nutrición y tomadores de decisión de la Facultad de Ciencias Médicas nos permite conocer la percepción con respecto a los hábitos y servicios de alimenticios de los estudiantes, dicha información refleja la debilidad que se tiene en las instalaciones universitarias de venta de alimentos. En cuanto a cuidar la calidad nutricional de la alimentación que debe de dar al consumidor. Así como también la importancia de promover la salud de los estudiantes en las instalaciones del CUM como también en el campus central de la USAC.

La “*creencia*” representó una importante categoría en los estilos de vida asociada a alimentación no saludable en los estudiantes:

“ [...]... Yo siento que de los alimentos que consumimos en su mayoría son muy malos... [...] la gran mayoría si consume mala alimentación, las razones son obvias no hay un tiempo específico para comer entonces tratamos como de buscar algo rápido, entonces recurrimos a la comida chatarra y a veces tal vez hay gente también que

⁸⁰ Relato de discusión de grupo en estudiantes de 1º, 2º y 3º año de la carrera de medicina.

⁸¹ Entrevista semiestructurada con un tomador de decisión en la Facultad de Ciencias Médicas.

por la misma tensión o todo o sea hasta comen más por la misma ansiedad entonces eso tampoco le hace bien al cuerpo, entonces en definitiva no tenemos buenos hábitos alimenticios..."

Así, la existencia de los comedores dentro de las instalaciones del CUM y pequeños locales y negocios de cadenas aledaños se caracterizan por ofrecer alimentos de con valor nutritivo, bajo condiciones de higiene sin supervisión⁸². Se resalta por la observación de terreno que la oferta de alimentos saludables no conforma parte del menú de las cafeterías, las cuales se enfocan en ofrecer alimentos de preparación rápida hipercalóricos⁸³. No existe un programa que coadyuve a proponer en las cafeterías del entorno del CUM estrategias que puedan condicionar el usufructo de las instalaciones, con el acompañamiento de expertos de la nutrición para favorecer la propuesta de alimentos saludables⁸⁴. Las bebidas carbonatadas hipercalóricos no fue un tema discutido por los actores entrevistados, sin embargo, se sabe que son de alto consumo por los estudiantes, este habitus incorporado favorece al desencadenamiento de hiperglicemia⁸⁵.

7.6. Conducta sexual

Para poder comprender ampliamente la sexualidad es necesario definirla desde la perspectiva sociológica, entendida como el proceso de socialización dentro de un contexto socio-cultural, haciendo que los individuos vivan la sexualidad de diferente manera según el grupo al que pertenecen. Para iniciar el análisis de la categoría de conducta sexual partimos de la definición de la OMS respecto a salud sexual que requiere un acercamiento respetuoso entre los individuos hacia

⁸² Relato de discusión de grupo en estudiantes de 1º, 2º y 3º año de la carrera de medicina.

⁸³ Ídem.

⁸⁴ Ídem.

⁸⁵ Observaciones de campo.

la posibilidad de obtener placer y hacia las experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Se debe considerar que las fuerzas sociales tienen un mayor impacto en el comportamiento sexual humano que los sistemas fisiológicos.

El tema de la sexualidad ha adquirido gran interés en los últimos años. La importancia procede de la falta de percepción de la población joven de los riesgos y la escasa programación educativa sobre temas sexuales. Actualmente, los embarazos no deseados y el incremento de las enfermedades de transmisión sexual provocan vulnerabilidad en los jóvenes universitarios, como un aspecto social relevante. Por ello, es necesario que este grupo poblacional tome conciencia del peligro que implica iniciarse en las relaciones sexuales de manera temprana, y aún más si estas suceden sin protección. La búsqueda de la aceptación social incita a los estudiantes universitarios a mantener contactos sexuales esporádicos, propiciando las conductas de riesgo⁸⁶.

Las categorías emergentes que a su vez permitieron realizar una comprensión más allá de la conducta sexual de los estudiantes, para la adquisición de estilos de vida saludables fueron dos⁸⁷: 1) prácticas sexuales de riesgo y; 2) prácticas sexuales activas.

Con relación a la primera categoría emergente de prácticas sexuales activas los estudiantes se relacionan con una carencia de supervisión (fuerzas sociales) en las instalaciones educativas, donde suelen tener prácticas sexuales principalmente en los salones que se encuentran deshabilitados como también en los alrededores de los edificios (lugares no concurridos) y parqueos de dichas instalaciones⁸⁸. Esta información está asociada a las prácticas sexuales no saludables, ausencia de programas educativos estructurados en torno a la

⁸⁶ Observaciones de campo.

⁸⁷ Uso de herramienta de Networks de Atlas.Ti versión 8 construcción de familias de códigos.

⁸⁸ Entrevista semiestructurada con tomadores de decisión del CUM.

educación sexual y reproductiva⁸⁹. Las estrategias de repartir condones en la población de estudiantes, en opinión de los tomadores de decisión, no incide en la educación de los estudiantes⁹⁰, la cual no está asociada con la educación formativa, sino a la falta de percepción de la población joven de los riesgos en cuanto a su conducta sexual⁹¹. Al realizar la entrevista a los servidores de salud responsable de este tema indicó lo siguiente:

“Estamos trabajando mucho en la apertura de sexualidad, entender que es la sexualidad, los derechos, responsabilidad. Si con la legislación de las drogas que, teniendo estos acuerdos, nadie está velando por ellos, solo están en papel. Con ello se refiere que las autoridades de la USAC no tienen voluntad política para realizar programas longitudinales con los estudiantes”⁹²

Estos resultados demuestran que existe vulnerabilidad en la salud sexual y reproductiva de los jóvenes universitarios, por tanto, emerge del análisis de los datos la necesidad de buscar alternativas integrales de promoción, prevención y educación sexual integral, junto a las posibilidades de brindar servicios integrales de salud en la universidad.

Los estudiantes universitarios indican que existen conductas irresponsables que existen embarazos de compañeras no planificados. Con relación al sexo masculino no se sabe con asertividad ya que las enfermedades de transmisión sexual no lo andan divulgado, ellos dicen que *“[...]... además hay compañeros que tienen prácticas sexuales en los parqueos.”⁹³* Agrega este grupo que a su vez que este tema se maneja como un tabú, no sólo en la USAC, sino en el país

⁸⁹ Ídem.

⁹⁰ Ídem.

⁹¹ Entrevista semiestructurada con un servidor de salud del CUM.

⁹² Entrevista semiestructurada con un servidor de salud del campus central de la USAC.

⁹³ Relato de discusión de grupo en estudiantes de 1º, 2º y 3º año de la carrera de medicina.

en general todavía por ser un país conservador al igual que otros de América Latina, puesto que se rigen en un sistema patriarcado, a diferencia de los países europeos donde son más libre, no es considerado un tabú el tema de la sexualidad⁹⁴.

Reconocer la existencia de desigualdades sociales y de género, entre otras, en la comunidad estudiantil requiere abandonar el mito de la sexualidad en el estudiante universitario hay que reconocer a los universitarios como un tipo único y asumirlo como un sujeto complejo en su diversidad y pluralidad. Este enfoque debe estar presente en los diagnósticos de salud y las acciones de promoción de salud que deriven de estos.

Con respecto a considerar la sexualidad como un tema tabú hubo opiniones diversas en los grupos de discusión de estudiantes, indicando lo siguiente:

*“En otras sociedades que son religiosos lo ven como malo, porque no les informan, lo importante que es una educación en sexualidad. Suena feo, pero es tonto ahora acá en la USAC, después de tres años, ya estas grande se puede pensar, no se puede decir nadie me dijo, o que no hay campañas o como no te vas proteger con todos los riesgos que se pueden dar, y hasta los mismos profesores nos dicen: si ustedes no saben de los riesgos las prácticas sexuales infórmense”.*⁹⁵

Es fundamental colocar el discurso en el contexto de la vida universitaria, los estudiantes de primer año, en un número no menor se registran embarazos no deseados y retiro de las estudiantes de la carrera de medicina⁹⁶. Un tomador de decisión indicó que la formación de educación sexual no se ha constituido como

⁹⁴ Ídem.

⁹⁵ Ídem.

⁹⁶ Observaciones de campo.

una prioridad en la formación del médico y cirujano, de allí que las campañas para repartir codones como una estrategia de prevención sigue teniendo algún nivel de impacto en cuanto a dar relieve al tema de la educación sexual⁹⁷.

La influencia de la religión en lo sexual, produce un sentimiento de culpa y en el tabú, sobre temas de sexo, el placer y los deseos de algunas participantes; la actitud desde la religión católica acerca del sexo sólo con fines reproductivos⁹⁸. Existen posiciones distintas respecto a percepción de las prácticas sexuales de los estudiantes universitarios principalmente respecto a la Educación en sexualidad, esto asociado antes de ingresar a la universidad, como también a programas en Educación Sexual en los centros educativos a nivel medio (privado o público). Con respecto a la posibilidad de tener acceso a distintos niveles de información, se conocen a tomadores de decisión quienes son miembros de los grupos Pro-vida que se encuentran vinculados al Opus Dei⁹⁹. De tal forma, que el efecto conservador de la religión en la universidad pública de posición “*laica*” ha sido permeada por el pensamiento conservador que sataniza la educación sexual y el sexo responsable¹⁰⁰.

Se observa una ausencia de las fuerzas sociales en cuanto a la educación en conducta sexual en la universidad, como también los estudiantes se dejan llevar por los impulsos sexuales, olvidándose del espacio físico donde se encuentran. Estas conductas de los estudiantes están asociadas con Prácticas sexuales de riesgo que pueden llevar a Enfermedades de Transmisión Sexual por la carencia de una educación sexual lo que denota irresponsabilidad que les permitan reconocer los riesgos a la salud de la ausencia de los métodos anticonceptivos para evitar desarrollar enfermedades o embarazos no deseados¹⁰¹. Esto se

⁹⁷ Entrevista semiestructurada con tomadores de decisión del CUM.

⁹⁸ Observaciones de campo, Entrevistas semiestructuradas con servidores de salud del CUM y Relato de discusión de grupo en estudiantes de 1º, 2º y 3º año de la carrera de medicina.

⁹⁹ Observaciones de campo.

¹⁰⁰ Ídem.

¹⁰¹ Entrevista semiestructurada con un tomador de decisión del CUM.

constata al consultarle a un servidor de servicios de salud los motivos por llegan a su consultorio por las siguientes razones:

*"[...]... vienen a la clínica, con la duda de que, si están embarazadas o no, en este caso cuando ya vienen ya están embarazadas. Ahora muchas vienen mire... yo no me quiero embarazar, soy activa sexual que me recomienda, que métodos debo de utilizar, que seguridad tengo en determinadas actividades sexuales."*¹⁰²

Estas conductas en una institución que forma futuros profesionales de la salud, muestran la ausencia de programas en Educación Sexual. Los jóvenes universitarios buscan el servicio cuando se presenta algún tipo de problema sexual, pero no busca el servicio para asesoría en educación en sexualidad saludable¹⁰³. Los estudiantes consideran que la mitad de la población estudiantil son responsables respecto a sus prácticas sexuales y la otra mitad no, para este último grupo son los que asisten a reuniones en bares y tienen el hábito de consumir tabaco y alcohol. A estos estudiantes se les consideran que cuando se encuentran bajo efectos de alcohol, no toman conciencia de su conducta de riesgo en las prácticas sexuales¹⁰⁴. El estudiante universitario se auto percibe con mayor libertad para la toma de decisiones en su vida sexual¹⁰⁵.

Se puede concluir que de acuerdo a la adscripción de género se transita silenciosamente en las representaciones que comparten los jóvenes universitarios, pues los significados que se atribuyen a la feminidad, la masculinidad, el cuerpo y la sexualidad atraviesan decisivamente sus prácticas y están fuertemente influenciados por el contexto social del cual emergen. Estas son aspectos que deben tomar en cuenta al planear programas de prevención y

¹⁰² Entrevista semiestructurada con un servidor de salud del CUM.

¹⁰³ Entrevista semiestructurada con un servidor de salud del CUM.

¹⁰⁴ Relato de discusión de grupo en estudiantes de 1º, 2º y 3º año de la carrera de medicina.

¹⁰⁵ Ídem.

promoción de la salud sexual y reproductiva en los jóvenes universitarios, pues el núcleo central de las prácticas y conductas de riesgo no se encuentra en el tipo de información a la cual se tiene acceso, sino en las distintas formas de vivir lo femenino y lo masculino en el ejercicio de la sexualidad.

7.6. Política en salud

Al abordar el objetivo específico sobre las oportunidades y barreras para el desarrollo de estrategias factibles en torno a los EVS en el nivel universitario se identificó en el discurso de los tomadores de decisión los códigos y familias de códigos relacionados con la categoría primaria de “*Políticas en Salud*” consecuentemente surgieron dos categorías emergentes¹⁰⁶: 1) políticas en salud USAC y; 2) programas de EVS.

Al consultar a las autoridades sobre la visión que tienen respecto a la Política en Salud que la Universidad ha venido desarrollaron en temas vinculados con los EVS se hizo referencia a los aspectos de tipo formal escritos y condensados en documentos que no han mostrado impacto en las condiciones de salud de la comunidad estudiantil. El siguiente comentario expresado por una de las máximas autoridades de la universidad lo indica:

“Tenemos Políticas en Salud y parte de ello es la División de Bienestar Estudiantil Universitaria y la Unidad de Salud como responsables del cuidado de la salud de la población universitaria en sus inicios como espacio de prevención para luego de intervención, lo cual ha tenido cambio de acuerdo a las necesidades que se han ido planteando, considerando que su misión y visión están encaminadas a la recuperación

¹⁰⁶ Uso de herramienta de Networks de Atlas.Ti versión 8 construcción de familias de códigos.

de la salud de los estudiantes. Dentro del Plan Estratégico de la USAC 20-22 también se incluye la salud”¹⁰⁷

Las universidades e instituciones de educación superior están llamadas a incorporar de manera directa en su misión, visión o planes estratégicos el ideario y los valores de la Promoción de la Salud como un proceso transversal de desarrollo institucional que impacte positivamente las posibilidades para lograr un desarrollo humano integral y mejorar la calidad de vida de sus miembros. Sin embargo, los datos contrastados con la problemática que fue identificada en los apartados anteriores de este capítulo muestran un débil alcance que no ha permitido la transformación de la institución social que componen la estructura de servicios sanitarios universitarios.

La Unidad de Salud, es la encargada del estudio e investigación del estado de salud del estudiante universitario de primer ingreso y reingreso parte del sector administrativo así mismo, tiene encomendado la promoción y mantenimiento de la salud de la población universitario¹⁰⁸. De acuerdo con ello, los programas de Bienestar Universitario de la Unidad de salud deben brindar espacios para el aprovechamiento del tiempo libre, que atiendan las áreas de la salud, la cultura, el desarrollo humano y el deporte, así también deben de promover la formación integral del estudiante. Sin embargo, como ya fue señalado el personal de servicios de salud en nutrición no son un personal estable y además tienen una alta demanda y baja capacidad para atenderla. Entre otros aspectos que no son coordinados por la unidad de salud se encuentran los servicios de cafetería cuya oferta alimenticia se encuentra deficiente con un alto grado de alimentos hipercalóricos.

¹⁰⁷ Entrevista semiestructurada con un tomador de decisión del campus central de la USAC.

¹⁰⁸ Entrevista semiestructurada con un servidor de salud de la unidad de salud del campus central de la USAC.

La universidad cuenta con un servicio en salud para la población estudiantil desde hace más de tres décadas, sin embargo, no cuenta con programas transversales en programas de promoción de la salud¹⁰⁹. La relativa autonomía con la cual funciona la Facultad de Ciencias Médicas, en las instalaciones del CUM, le exigen una mayor capacidad de organización para atender la demanda de servicios sanitarios y deportivos, por encontrarse fuera del campus universitario¹¹⁰.

En el análisis de las oportunidades se observa que el énfasis de las autoridades de la universidad se centra en el contenido de la política, lo cual es el primer paso, para la consecución de programas, estrategias y asignación de presupuesto. La opinión vertida por una autoridad de la universidad lo enfatiza:

"Sí, porque hay políticas de atención en salud para los estudiantes de primer ingreso, por la Unidad de Salud, sin embargo, hace falta inversión, propuestas creativas y que se desarrolle calidad y homologación en la información, involucrar a más actores que apoyen la promoción de la salud. Seguimos en un sistema de recuperación de la salud más que en el de prevención".¹¹¹

La atención en salud que existe, en la universidad, para los estudiantes de primer ingreso y reingreso, se circunscribe por excelencia al diagnóstico de enfermedades en esa población¹¹². Es importante contextualizar que los estudiantes de años superiores se encuentran con mayor vulnerabilidad en cuanto a las oportunidades que ofrece la institución de servicios de atención en salud. Otro núcleo de población con menores oportunidades se encuentra en los

¹⁰⁹ Observaciones de campo.

¹¹⁰ Ídem.

¹¹¹ Entrevista semiestructurada con un tomador de decisión del campus central de la USAC.

¹¹² Entrevista semiestructurada con un servidor de salud de la unidad de salud del campus central de la USAC.

Centros Regionales del país y sedes en la ciudad, este es el caso del Centro Universitario Metropolitano -CUM- que alberga a los estudiantes de Ciencias Médicas y Psicología, las autoridades están conscientes de la limitante de recurso humano para atender la salud y este es insuficiente para la sobrepoblación que tiene actualmente, se evidencia la ausencia de programas en promoción de la salud¹¹³.

El modelo con el que se trabajan la atención a la salud es el modelo medico hegemónico occidental de tipo curativo, que se caracteriza por ser reduccionista en la concepción del proceso de salud-enfermedad, lo cual no permite dar una atención integral en salud a la población estudiantil. Esta condición de vulnerabilidad se hace mayor al considerar que la Universidad, no ha gestionado algún tipo de seguro de atención médica para la atención de emergencia en los estudiantes, toda vez el sistema de salud en Guatemala se encuentra colapsado por la alta demanda de los servicios de emergencia derivado de los actos de violencia urbana¹¹⁴.

En la entrevista con los responsables de la atención en salud en la universidad comentan lo siguiente:

"Si brindamos atención en salud, por un aspecto de la legislación, estudiantil ellos tienen la obligación de hacer el examen al ingreso, el cual lo hacemos en dos variables, el examen multifasico que se le hace aproximadamente al 30% que es el examen clínico, siempre con el enfoque de prevención y detección temprana de enfermedad. Y la parte de la autoevaluación que es charlas de educación de salud que se da al resto 70% en relación a los datos epidemiológicos que ya tenemos a través del examen en este caso específico si el estudiante detecta que

¹¹³ Observaciones de campo y Entrevistas semiestructurada con un servidor de salud de la unidad de salud y un tomador de decisión del campus central de la USAC.

¹¹⁴ Observaciones de campo.

necesita atención médica solicita la cita para ser atendido de forma individualizada".¹¹⁵

Al contrastar los datos obtenidos en las secciones anteriores de este capítulo, se identifica un vacío de acción estratégica en cuanto a las oportunidades para atender precisamente a los estudiantes cuyo proceso de socialización y habitus que se generan en la transferencia entre estudiantes, les ha convertido con el pasar de los años en personas con ECNT. Dado que la atención de servicios en salud se concentra en el primer año (correspondiente al 30% de la población universitaria) y reingreso a la universidad¹¹⁶.

Las acciones de atención a la salud o servicios de integración de estudiantes de nuevo ingreso no están relacionadas con la atención integral hay que destacar que los alumnos del interior de la república y extranjeros (Centro América)¹¹⁷. Por una parte, necesitan servicios de atención en salud, puesto que ellos no cuentan con las redes de apoyo que la familia ofrece y con ello mejorar su integración y adaptación a la universidad. Por otra parte, las necesidades de los alumnos que ingresan a la universidad no son las mismas de aquellos que reingresan o de los que permanecen en los años superiores. Este mismo escenario de diferencia se sucede en cuanto observamos que los EVS para cada ciclo lectivo de la carrera, requiere la atención de necesidades particulares lo cual es una oportunidad para diligenciar programas de EVS.

La salud debe de ser considerada como un hecho social tanto material como inmaterial. Por lo tanto, se trata de un fenómeno multidimensional y multicausal que trasciende y desborda la competencia estrictamente médica, relacionándose además de la biología y la psicología, con la economía y la política, en tanto que

¹¹⁵ Entrevista semiestructurada con un servidor de salud de la unidad de salud del campus central de la USAC.

¹¹⁶ Ídem.

¹¹⁷ Ídem.

es un asunto individual y colectivo al unánime. Al carecer de este imaginario cifrado en un valor en las condiciones favorables para los EVS, se ve estrictamente como un problema biológico enfocada más en la enfermedad que en la salud de los estudiantes.

Los grupos de discusión de estudiantes indicaron que no conocen los centros que brindan atención en salud de la universidad en su mayoría que únicamente comentaron que conocen la Unidad de Salud, por la obligatoriedad de realizarse el examen de salud.

“Únicamente Bienestar Estudiantil de la Unidad de Salud en primer año de la carrera cuando nos pidieron el examen de salud, pero sólo porque que era un requisito, es lo único que visitamos, pero no hubo un seguimiento ni siquiera supe mis resultados”¹¹⁸

Los estudiantes conocen a la Unidad de Salud por ser un aspecto legislado en la Universidad y no porque busquen el servicio para atender su salud, lo que es considerado como una oportunidad para tener asistencia en salud. Una barrera que se puede evidenciar para el cuidado de la salud es el desconocimiento a los servicios que presta la Unidad de Salud y la Facultad de Ciencias Médicas en cuanto al cuidado de la misma, como también la ausencia de participación en las actividades que la Facultad de Ciencias Médicas organiza y la Unidad de Salud de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Existe una carencia de divulgación de sus servicios de las instituciones que proporcionan atención en salud a los estudiantes. La barrera a la que se enfrentan los estudiantes del Centro Universitario Metropolitano –CUM- es que el servicio en salud e instalaciones deportivas están centralizado en el campus central, como se puede apreciar en la discusión de grupo:

¹¹⁸ Relato de discusión de grupo en estudiantes de 1º, 2º y 3º año de la carrera de medicina.

"[...]... muchas veces no conocemos lo que la universidad nos ofrece, tal vez son buenos, pero, como no los conocemos los estudiantes no se meten a eso. Siento que habría que conocerlos para que nosotros aprendamos a organizar más nuestro tiempo para llevar estilos de vida saludable"¹¹⁹

La demanda de los servicios de asesoría psicológica y nutrición en el campus central es considerada alta y el recurso humano resulta ser insuficiente para la población estudiantil, los estudiantes no llegan por interés personal sino por ser referidos del examen clínico de ingreso. Definitivamente los estudiantes no perciben la necesidad de asistir a la consulta clínica. Un servidor en salud lo expone:

"De tal manera es tan alta que el problema es de esta manera, somos cuatro psicólogos que estamos de tiempo completo para más de cien mil estudiantes que están dentro del campus central. Eso quiere decir que tendríamos que tener la capacidad para ver cada uno veinte cinco mil estudiantes."¹²⁰

Una barrera evidente para los EVS es el bajo número personal sanitario de servidores de salud de la Unidad de Salud, lo cual se convierte en un servicio poco eficiente para atender la demanda de atención de los estudiantes. La programación de estrategias orientadas a mejorar los servicios de salud universitarios, requieren la formulación de un plan estratégico para atender la demanda de los centros educativos de la ciudad de Guatemala y las sedes departamentales.

¹¹⁹ Ídem.

¹²⁰ Entrevista semiestructurada con un servidor de salud de la unidad de salud del campus central de la USAC.

Al entrevistar al servidor en salud de la Facultad de Ciencias Médicas refiere que la demanda la considera media y lo asocia al horario de atención de 8:00 a 12:00 lo que obviamente pone en desventaja al estudiante de realizar la consulta ya que el horario de la carrera es de 8:00 a 16:00 horas. Lo cual resulta ser una barrera en asistencia médica la cual se enfoca exclusivamente en atender problemas de salud.

El modelo de atención en salud de la Unidad de Salud y La Clínica de Salud Integral operan con el modelo biomédico enfocado a tratar la enfermedad, se observa una carencia de programas de prevención y de promoción de los estilos de vida saludable. Se visualiza que no consideran políticas en salud de jóvenes adolescentes propuesto por las autoridades de la USAC y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social¹²¹.

La propuesta de Universidades Promotoras de la Salud se basa en la premisa de que las universidades pueden hacer muchas cosas para promover y proteger la salud de los estudiantes y miembros de la comunidad universitaria y para crear ambientes favorables de vida y aprendizaje. Este discurso que se ha promovido en la región presenta una oportunidad en el sentido del potencial que tiene la USAC para adherirse a esta propuesta.

La autoridad de la universidad respecto a las políticas en salud es enfática en derivar la responsabilidad a la Unidad de Salud e indica que desde la década de los setenta se creó la Unidad de Salud y se le ha dado el apoyo con el objeto de que se brinde una atención integral a la población estudiantil de la universidad como también al personal que labora en ella¹²². Uno de los avances es que en el año 2016 se iniciaron las conversaciones para que la USAC firme

¹²¹ Observaciones de campo.

¹²² Entrevista semiestructurada con un tomador de decisión del campus central de la USAC.

un convenio con la Universidad de Puerto Rico para que la Universidad se integre la Red de Universidades Promotoras de la Salud donde enfatizo lo siguiente.

"[...]... actualmente la Universidad está liderando la creación de la Red Nacional de Universidades Saludables a través de la Unidad de Salud, para ello está creando la "Política de Salud Universitaria", generando acciones de investigación en salud, además se debe de implementar por medio del Departamento de Deportes campeonatos semestrales de todas las Unidades Académicas. Mantener constante vigilancia para evitar la venta de cigarrillo, alcohol y drogas."¹²³

En el imaginario de los servidores de Deportes, no se visualizan los programas de la Unidad de Salud como promotores de los estilos de vida sino por el contrario, encuentran que las iniciativas que se trabajan en la Unidad de Salud son parte de una tendencia universitaria caracterizada por la falta de un programa que regule las actividades y recurso humano¹²⁴. Esto debería de estar en la malla curricular de los programas de estudio de una manera transversal, como también la universidad no cuenta con espacios físicos deportivos para cubrir a la población considerando la sobrepoblación que tiene la universidad, principalmente en los espacios que están fuera del campus central¹²⁵.

Las autoridades de la Universidad consideran que la oportunidad para que los estudiantes desarrollen EVS están presentes en la universidad. El problema es que el área de Deportes pertenece a Extensión Universitaria y Bienestar Estudiantil a los Programas de Salud de la Dirección General de Docencia, por lo que se deberían de trabajar como programa integral que lo lideré Bienestar Estudiantil¹²⁶. Se identifica como una barrera de tipo organizacional la no

¹²³ Ídem.

¹²⁴ Entrevista semiestructurada con un SAF.

¹²⁵ Ídem.

¹²⁶ Entrevista semiestructurada con un tomador de decisión del campus central de la USAC.

integración de los diversos programas que tiene la universidad para organizar programas de impacto en los estudiantes en cuanto a los estilos de vida de los estudiantes.

En Bienestar Estudiantil de la Unidad de Salud en el Plan Operativo Anual no se considera la sobre población universitaria por lo que resulta ser insuficiente el recurso humano y espacio físico para atender a la población universitaria. En ningún momento se habla del presupuesto con el que se cuenta para asumir los retos de la atención de la población estudiantil. De este hecho se deduce que la planificación no se elabora con base a las necesidades sentidas, sino más bien a un presupuesto de ejecución histórica. La elaboración de políticas saludables (información, colaboración intersectorial y participación en dicho ámbito tienen un impacto positivo en los programas de salud, ya que con ello fortalecen las actividades y presentan una mejor respuesta institucional como lo indica las universidades promotoras de la salud.

Al contrastar los distintos niveles de información entre los actores sociales entrevistados se orienta a pensar que las políticas de la universidad en cuanto a la salud no están implementadas, sino que únicamente se encuentra en el discurso político. Existe la necesidad de Desarrollo de normativa y Políticas Institucionales para propiciar ambientes favorables a la Salud. Una barrera esencial por resolver se relaciona con la cobertura de los servicios en salud la cual debe de ser fortalecida, y no debe estar centralizada.

Conclusión

Con relación a los entornos universitarios y la oferta de servicios dirigidas a promocionar la salud de los estudiantes, se evidencia por parte de la Unidad de Salud presenta una baja cobertura a la población universitaria estando enfocada en los estudiantes de primer ingreso, como también falta de infraestructura y recurso humano y carencia de programas y evaluación del impacto, con respecto

a la Facultad de Ciencias Médicas existen la Unidad de Apoyo al Desarrollo Estudiantil donde se les reconoce por el proceso de ingreso (Pruebas de Admisión) La Clínica de Salud Integral no cuenta con horario completo para atender a los estudiantes, La Unidad de Extensión los EVS los estudiantes no la reconoce.

Las actividades Deportista que se realicen en el CUM nos están en la malla curricular de los estudiantes por lo que la participación es baja, no existe un presupuesto por parte de la Facultad de Ciencias Médicas para las Actividades de Estilos de Vida Saludable. Existe ausencia de programas de EVS que den cuenta de la salud de la población universitaria. Los tomadores de decisión de la Unidad de Salud tienen conciencia de la falta de programas para la atención con los estudiantes y lo relacionan con los Estilos de vida no saludable. No se cuenta con una programación unificada estos programas trabajan aisladamente.

Los estilos de vida de la población universitaria son considerados como no saludables lo que pueden llevar a esta población a desarrollar ECNT, y de incidencia en edades muy tempranas, son la motivos por el cual se ve la necesidad urgente de trabajar en programas de promoción y prevención de EVS en la universidad que permitan impactar y que tengan como objetivo la atención al consumo de sustancias lícitas e ilícitas (drogas), alimentación no saludables, inactividad físicas (sedentarismo) prácticas sexuales. Para generar estos cambios, se deben crear estrategias tales como: la implementación de materias obligatorias y electivas, basadas en la práctica de AF en la malla curricular de la carrera de Ciencias Médicas y en la universidad en general, abrir espacios donde la población estudiantil puedan participar en actividades deportivas, lúdicas sin traslape de horarios (tiempo libre). Por otra parte, es necesario mejorar la oferta y acceso a alimentos saludables de bajo costo, tanto en la universidad, como en sus alrededores. Así mismo, también se deben generar acciones encaminadas a evitar la venta de tabaco y alcohol, como lo indica la legislación 100 metros de distancia del centro educativo, al igual que se respete y se vigile la normativa de espacios libres de tabaco en la universidad.

Conocer los estilos de vida de los estudiantes tuvo como propósito el constituir un conocimiento objetivo sobre la situación actual respecto a los principales problemas de salud que afectan a los jóvenes universitarios de la Facultad de Ciencias Médica, lo cual contribuirá a plantear estrategias de promoción de los estilos de vida saludables enfocados en la promoción de la salud. En este sentido, es necesario destacar que estudiantes universitarios se encuentran en un periodo crítico en sus vidas y especialmente su estadía en la universidad, tienden a disminuir su nivel de actividad física, aumentar de peso y padecer ECNT que deben ser evitadas.

Con respecto a las conductas de la alimentación muestran el consumo de alimentos es inadecuado y la oferta de servicios que la universidad presta es insuficiente y no es supervisada en su control de calidad alimenticia e higiene por el departamento de sanidad, otro factor que influye negativamente la carencia de un horario de alimentación establecido por la Facultad de Ciencias Médicas en los estudiantes a pesar que su estadía en el centro educativo es de ocho horas, como tampoco cuenta con un lugar específico para calentar sus alimentos respecto a los estudiantes que no consumen en las cafeterías, por lo que se observa comiendo en espacios inapropiados para el consumo de los mismos, todos estos factores sin duda, favorecen el riesgo tanto a desórdenes alimentarios como riesgo para sobrepeso y obesidad que se han reportado en la Clínica de Nutrición.

Referente a la conducta sexual se pudo apreciar tanto por parte de los estudiantes como de los tomadores de decisión que es un tema de preocupación, por las prácticas sexuales que se han reportado en las instalaciones, como también en la Clínica de Atención relacionan la demanda de consulta en dos grupos una referente al sexo femenino sus preocupaciones están en cuanto no estar embarazadas y el sexo masculino en no tener enfermedades de transmisión sexual. Estas conductas de los estudiantes reflejan la ausencia de programas educativos lo que afecta en salud.

Las debilidades de atención en salud y deporte de la Universidad se deben a que no hay una coordinación de las mismas bajo un mismo objetivo de desarrollar Estilos de Vida Saludable en la población universitaria. Los ejes de las universidades Promotoras de la salud es la creación de entornos universitarios, que consiste en ambientes saludables que tiene que ver con los espacios (entorno universitario físico y psicosocial) La limitación que tiene el CUM por sus características de infraestructura y lejanía con los dos campus deportivos es una barrera extremadamente difícil de resolver. De allí que exista una clara percepción de los servidores de actividad física de la desventaja que se encuentra la población del CUM para que los estudiantes desarrollen estilos de vida saludable.

Otra barrera que puede ser abordada se relaciona con la ausencia de divulgación de las actividades que se trabajan para desarrollar en los estudiantes conductas saludables respecto a las actividades que tienen planificadas para desarrollar con los estudiantes. Este nivel de información muestra el débil interés que tienen las autoridades en desarrollar programas de promoción de la salud. Adicionalmente no hay en concreto actividades relacionadas con los EVS, sólo se promociona. Tampoco existe coordinación entre los actores responsables de incidir los EVS. Este contexto se caracteriza por la carencia de organización institucional, que evidencia el trabajo aislado en el Campus Central como en el CUM. La Oferta de servicios y actividades no están coordinadas, los talleres y las actividades que se realizan en el Campus Central se les dificulta a los estudiantes trasladarse.

Se debe de reconocer la existencia de desigualdades sociales y de género, entre otras, en la comunidad estudiantil requiere abandonar el mito de la sexualidad en el estudiante universitario hay que reconocer a los universitarios como un tipo único y asumirlo como un sujeto complejo en su diversidad y pluralidad. Este enfoque debe estar presente en los diagnósticos de salud y las acciones de promoción de salud que deriven de estos.

Capítulo 8. Discusión

En este capítulo se abordan las hipótesis y se da respuesta a cada uno de ellas. Con base a la triangulación de la información en dos sentidos: uno confirmado en las respuestas de los distintos grupos entrevistados los datos de relevantes que se deducen de los objetivos planteados y la triangulación con respecto al marco teórico y las preguntas de investigación que fueron el hilo conductor del desarrollo de la tesis doctoral.

Al inicio de la investigación nos planteamos las siguientes preguntas: La primera pregunta estuvo orientada a explorar a los estudiantes sus percepciones con respecto a: ¿Cómo se percibe el consumo de drogas lícitas e ilícitas, la actividad física, la alimentación y las conductas sexuales que conforman los estilos de vida de los estudiantes de los primeros tres años de la carrera de médico y cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala?

La segunda pregunta aborda desde los tomadores de decisión y líderes de opinión: ¿Cuáles son las acciones que se están desarrollando desde las autoridades que tienen la capacidad de formular acciones para incidir en la población de estudiantes universitarios en cuanto a programas de atención integral al estudiante que abordan la problemática del consumo de drogas lícitas e ilícitas, la alimentación saludable y las conductas sexuales?

La primera hipótesis plantea que: Los estudiantes de la carrera de médico y cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos tiene oportunidades para desarrollar competencias en su comportamiento que se traducen en prácticas favorables para evitar el consumo de drogas lícitas e ilícitas.

Esta hipótesis se rechaza por la siguiente argumentación: Los estudiantes no cuentan con programas transversales en la malla curricular de la carrera de Ciencias Médicas que les permitan desarrollar sus habilidades cognitivas para cuidado y atención del consumo de sustancias tóxicas. Así mismo, se carece de

recurso humano y programas de atención en promoción y prevención de consumo de drogas (lícitas e ilícitas) en la Unidad de Salud para atender a la población estudiantil que requiera dicho servicio. El Acuerdo Gubernativo No. 681-90 donde se prohíbe el consumo de tabaco en instalaciones públicas, educativas y hospitales públicos y privadas se consideró por la USAC por lo que se emitió el Acuerdo de Rectoría No. 469-2003 donde se norma que la USAC incluyendo sus sedes departamentales como “zonas libres de tabaco”, medida que pretende reducir el impacto dañino del consumo del tabaco sobre la salud de la población universitaria como en la población guatemalteca en general.

La Facultad de Ciencias Médicas acata dicha medida a través de la Resolución de Junta Directiva que acuerda en el Punto de Acta No. 11-2003 que no está permitida la venta, distribución y consumo de tabaco. En área como: oficinas, aulas, laboratorios, todos los edificios, jardines, estacionamientos etc. Al contrastar esta información con la información proporcionada por los estudiantes se comprueba que esta ley no se cumple ya que los estudiantes indican que la venta y el consumo de tabaco persisten no sólo en ellos sino también en algunos profesores. En relación a las medidas legislativas de carácter restrictivo con respecto al tabaco un 72,75% está de acuerdo siendo más evidente en los no fumadores 62,25%. El 81,25% cree que es el médico el que debería convencer a la gente a que deje de fumar y un 72,25% cree que debería dar el ejemplo. En esta investigación concluyó que la prevalencia de jóvenes fumadores en su medio es muy importante a pesar de que el 100% tiene conciencia de que es perjudicial para la salud (Cordini et al. 2007).

En la investigación de tesis de Turcios sobre la USAC indican que la prevalencia de tabaquismo en los estudiantes de medicina de primero a tercero es 16.5% en el año 1999 y 22% en el 2008 (Turcios, 2016). El estudio de Turcios indica que el 60 % de los entrevistados respondió que conoce la ley que regula el consumo de tabaco. A pesar de existir las leyes que regulan el consumo a nivel nacional y universitario y que los estudiantes tienen cierto nivel de conocimiento el consumo de tabaco muestra una tendencia en incremento. Los efectos conductuales asociados con la nicotina, producidos al fumar, incluyen

estimulación, mayor atención y concentración, aumento de la memoria, reducción de la ansiedad y supresión del apetito. Evidentemente los universitarios perciben estos beneficios del consumo de tabaco, pero desconocen todos los daños a mediano plazo. La evidencia científica indica que la nicotina es una inhibidora del apetito por lo que hace bajar de peso, pero con efectos secundarios que pueden afectar negativamente la salud de la persona, provocando incremento de peso cuando avanza la edad (Taberné, 2011). El consumo de alcohol está asociado a un estado nutricional desfavorable para los estudiantes universitarios.

El estrés asociado a la carga académica es uno de los motivos que favorece al consumo de tabaco en los universitarios, investigaciones científicas demuestran que el inicio de consumo de drogas inicia con el consumo de Tabaco que es la puerta de entrada para cualquier droga, por lo que en la actualidad es un Problema de Salud Pública a nivel mundial (Ramos, de León, Aragón, 2015).

Dentro del consumo de alcohol y tabaco aparece en el discurso de los entrevistados como algo muy natural que forma parte de su diario vivir, en espacios muy bien definidos (en los bares alrededores del CUM) los días que se suelen frecuentar, como parte de una agenda. Esta modalidad connota mayoritariamente un tipo de consumo entre amigos, con el grupo de pares. El consumo de tabaco casi nunca permanece como un único hábito, sino que se acompaña del consumo de alcohol y otras sustancias tóxicas que dañan el organismo y se relaciona con la variable de prácticas sexuales de riesgo en los estudiantes universitarios esta información se constata con investigaciones que se han realizado en el campo de la salud de jóvenes universitarios donde se señala que los estilos de vida aparecen con problemas sociales de gran relevancia. Por ejemplo, embarazos acompañados con infección de VIH/SIDA y contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS), debido a sus prácticas sexuales, las incapacidades, lesiones o muertes, debido a accidentes de tráfico, trastornos de salud mental por el consumo y abuso de drogas; y trastornos de la conducta alimentaria, a causa del sedentarismo y la dieta. (Herman y Fernández,

2004). A largo plazo, estos jóvenes presentan también un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles que tienen como factores asociados los estilos de vida saludable (OMS, 2006).

Los estudiantes presentan una percepción poco favorable frente a la universidad como entorno promotora de salud pues aunque existen centros de atención a la salud para la comunidad estudiantil como: Bienestar Estudiantil, el Departamento de Deportes en el Campus Central de la USAC, la Unidad de Apoyo y Desarrollo al Estudiante, la Clínica de Salud Integral de la Unidad de Extensión, Medicina del Deporte en la Facultad de Medicina en el CUM estas unidades que realizan actividades de apoyo extracurriculares de representación institucional, los estudiantes señalan que tales actividades son insuficientes e incluso nulas para las que están en el campus central e insuficientes para las que están en las instalaciones del CUM. Señalan también que las actividades que brindan en el CUM es difícil participar principalmente por los horarios ya que generalmente tienen actividad académica.

Weber y Bourdieu explican la asociación entre comportamientos no saludables –tales como consumo de tabaco, alcohol, drogas ilícitas, – como parte de ciertos estilos de vida, mismos que se definen como patrones colectivos de comportamiento de salud relacionados con alternativas provenientes de opciones disponibles del sujeto de acuerdo con sus oportunidades de vida. Según Cockerham, esta definición incorpora la contribución de Weber a la teoría de estilo de vida, que señala que las decisiones y las oportunidades de vida interactúan unas con otras. No obstante, pone énfasis en el rol de las alternativas, no deja de lado las oportunidades de la vida son una condición estructural, es decir, dependen de su posición socioeconómica en la sociedad. Con ello podemos concluir que la Universidad no favorece las oportunidades de cuidado en la salud y las decisiones que los estudiantes tienen para el consumo de drogas lícitas e ilícitas son elevadas.

La segunda hipótesis plantea que: Los estudiantes tienen hábitos alimenticios que no favorecen la salud y como consecuencia de la interrelación de la sobrecarga académica tiene una actividad física sedentaria que favorece el deterioro de su salud además de una auto percepción de fuerza física que les aleja de los servicios sanitarios universitarios.

Esta hipótesis se acepta con base a los siguientes niveles de información: De acuerdo al planteamiento sociológico de Bourdieu "*los individuos adoptan Estilos de Vida entre aquellos disponibles en función de su contexto social*" y que individuos de un entorno social homogéneo, tienden a compartir estilos de vida parecidos a lo que él llama (habitus). Considerando esto último, el grupo en estudio, resultó ser un grupo homogéneo, el cual se expone a las influencias que el contexto social determina para que los estilos de vida sucedan de una u otra forma. De esa cuenta se tiene que principalmente por los servicios de alimentación que la universidad ofrece de alto contenido en calorías y no una baja oferta de alimentos saludables, como tampoco tienen los estudiantes incorporado un horario de alimentación, la falta de supervisión de calidad e higiene y seguridad de los alimentos por parte de la USAC.

Para analizar a los jóvenes universitarios, es necesario tomar en cuenta sus conductas y/o comportamientos, puesto que existen variaciones de acuerdo a su contexto, las diferentes personalidades, al estatus socio-económico, las preferencias y la organización del uso del tiempo libre, a la influencia de los medios de comunicación, amigos y familia; determinando así el EV que adoptan (Carillo, 2005).

De acuerdo a los datos recolectados, en esta tesis doctoral, se tiene evidencia científica que los estudiantes no cuentan estilos de vida saludable en el consumo de alimentos, los estudiantes comparte gustos y preferencias por la comida rápida (chatarra) como también que la universidad no brinda servicios de comedores saludables para la población estudiantil, otro factor negativo para el consumo de alimentos es que los estudiantes no tienen un horario de

alimentación establecido por parte de la Facultad de Ciencias Médicas por lo que existe una desregularización en la ingesta de alimentos.

Algunos expertos en tema de consumo de alimentos indican que la comunidad estudiantil universitaria presenta con frecuencia problemas de salud a causa del consumo de comida rápida, por la escasez de tiempo en los horarios de clase. La ingesta de alimentos altos en grasa, azúcar, colorantes y saborizantes artificiales por parte de los y las estudiantes universitarios han llevado a expertos en el tema a considerar que estos hábitos alimenticios son el resultado de una mala educación nutricional (Ramos, et. al., 2015).

La inactividad física de los estudiantes se relaciona con varios factores entre ellos, la carga académica, la ingesta de alimentos que los hace tener un sobre peso y obesidad reportada por los servidores de salud de la USAC. Un último aspecto relevante que los estudiantes carecen de motivación por parte de la Facultad de Ciencias Médicas y el Departamento de Deportes para realizar actividad deportiva, aunado que los estudiantes se perciben saludables y sus estilos de vida no lo considera como un problema de salud por lo que los servicios de salud que les brindan la universidad no los demandan, como también encuentran que dichos servicios no los conocen y la divulgación es insuficiente.

La inactividad física acentuados en el período universitario, se atribuyen a la disminución del tiempo libre, la continuidad de los hábitos sedentarios instaurados desde la educación básica y la infancia. La influencia social y de los pares, los cuales la mayoría de veces cuestionan las prácticas físico-deportivas ejerciendo presión negativa para generar el abandono de las mismas. Así, resulta clara la necesidad de instaurar la promoción de AF dentro de los EV de la sociedad y esto se debe al reconocimiento del sedentarismo asociado como un problema de salud pública (Martínez, 2009).

Otro aspecto tiene que ver con el desconocimiento que experimentan los estudiantes de la Universidad, posiblemente por su ubicación (fuera del campus central) y por la carencia de espacios físicos, aspectos que los hacen sentir que

la Universidad no tienen espacios físicos para desarrollar actividades deportivas ya que las instalaciones deportivas están en el Campus Central y el Complejo Deportivo de los Arcos, como también desconoce las actividades que se realizan. Es por esto que sus comentarios y sugerencias están más relacionados al replanteamiento de currículos, de tal forma que se cuente con tiempos específicos para la AF, el deporte y actividades extracurriculares que sean acreditadas de EVS.

La alimentación y la actividad física influyen en la salud de manera combinada o cada una por separado. Así pues, mientras que los efectos de la alimentación y la actividad física en la salud suelen interactuar, sobre todo en el caso de la obesidad, la actividad física aporta beneficios adicionales independientes de la nutrición y el régimen alimentario. La actividad física es fundamental para mejorar la salud física y mental de las personas (OMS, 2004). Con ello se evidencia que la AF como el CA es esencial para conservar la salud de una determinada población y en este caso la salud de la población universitaria.

En el espacio social, que el “Universidad” es en donde se comparten gustos y preferencias y al mismo tiempo se van moldeando los gustos o preferencias de actividades físicas y/o deportivas y sucede el consumo de alimentos. La probabilidad de que un estudiante practique un deporte depende de su capital económico, su capital cultural, del tiempo libre con que cuente y de lo gratificante que le parezca. *“No es posible comprender la lógica que lleva a los agentes hacia tal o cual práctica deportiva o hacia una forma determinada de realizarla sin tomar en cuenta las disposiciones hacia el deporte, que constituyen a su vez una dimensión de una relación particular con el propio cuerpo y se inscriben dentro de la unidad del sistema de disposiciones, el habitus, que es el principio de los estilos de vida”* (Bourdieu, 2002).

Por ejemplo, no es posible motivar a un estudiante con sobre peso a que coma saludablemente y haga ejercicio, si tiene al alcance alimentos saturados en grasa, con poco valor nutricional y bajo costo económico, o bien, si no hay

espacios suficientes que sean seguros, iluminados, en condiciones adecuadas donde pueda ejercitarse (Ávila-Agüero, 2009). Este entorno se convierte en el espacio social (Bourdieu, 2002) en donde se comparten gustos y preferencias y al mismo tiempo se van moldeando los gustos o preferencias alimenticias. Los estudiantes de medicina conviven jornadas completas en un entorno social donde sus gustos y preferencias suceden en el espacio donde comparten la vida universitaria.

Los estudiantes que ingresan a la Universidad presentan una tendencia a adoptar malos hábitos alimenticios y sedentarismo, lo que se ve agravado por un estilo de vida caracterizado por el estrés y las cargas de horario académicas que propician las condiciones predisponentes para el consumo de comidas rápidas poco nutritivas, irregularidad en las horas de comida y la falta de tiempo para realizar ejercicio físico dando como resultado el desarrollo de sobrepeso, obesidad y los componentes del Síndrome Metabólico. (Ruano, Melo, Mogrovejo, De Paula y Espinoza 2015)

Llama la atención que a pesar de que saben que no son saludables, los alimentos identificados como “*comida rápida*” los siguen consumiendo afirmando que los consumen por la necesidad de satisfacer el hambre, por el gusto y la economía. Los estudiantes han exteriorizado que el consumo de “*comida rápida*” forma parte de su gusto y se ha convertido en un hábito voluntario e involuntario, ejecutado de manera consciente y de manera inconsciente. Otro factor, predisponente para el sobre peso y la obesidad es que la mayoría de los estudiantes no realiza ninguna actividad deportiva. Se pudo identificar que los estudiantes han adquirido patrones de comportamiento identificables (estilos de vida), definidos por la interacción de sus gustos personales o predilecciones, la oferta de alimentos en la región (interacciones sociales) y la posibilidad económica para adquirirlos (condiciones socioeconómicas) (OMS, 1998).

Estas conductas, convertidas en rutinas, han adquirido gran peso para su consolidación y mantenimiento, como dice Sánchez (2008), convirtiéndose en

prácticas definidas que esquematizan su mundo representado. Los estilos de vida de los estudiantes se delinear por la aplicación de los esquemas y la estructura que han ido organizando sus prácticas en el plantel de la Universidad (espacio social). Así se crea el espacio donde se encuentran los estilos de vida ya que en él se ha generado la transferencia: transposiciones sistemáticas impuestas por las condiciones particulares de su práctica, como describe Bourdieu (2002).

Aunado a lo anterior, la interacción con sus compañeros, las circunstancias sociales variables, como la falta de un horario establecido de parte de la institución educativa (USAC) para ingerir sus alimentos, se antepone a los conocimientos de los estudiantes que repiten en los días de estudio el consumo de alimentos, como un esquema aprendido de manera no consciente. Así se crea en ellos un hábito, mismo que permite su afirmación y mantenimiento (Sánchez, 2008) por lo que dificulta a los universitarios de medicina utilizar sus conocimientos sobre una dieta saludable o realizar acciones que les permitan hacer los cambios para tener estilos de vida saludables. Se puede concluir que a pesar del conocimiento que tienen los estudiantes de medicina sobre la problemática de la obesidad y el sobrepeso, es el espacio social el que contribuye a moldear y se adquieran los hábitos alimentarios que les son dañinos al organismo.

Estas aportaciones son importantes, ya que, para atender el sobre peso y la obesidad desde la visión preventiva, hay que considerar los aspectos sociales asociados que se convierten en causales, lo que obliga a ir de la contemplación viva al pensamiento abstracto y de éste a la práctica social para diseñar e implementar programas de Estilos de Vida Saludable en los estudiantes universitarios.

Como lo menciona las Universidad Promotoras de la Salud, si bien muchas universidades cumplen un rol asistencial (modelo biomédico), la incorporación y desarrollo de programas, especialmente para estudiantes, es importante para

conocer conducta no saludable, como el consumo de drogas y alcohol, entre otras. El trabajo colectivo con estudiantes es fundamental para el desarrollo de estrategias de estilos de vida saludables. Los programas de promoción incorporan otras temáticas relativas al contexto universitario (estrés académico, hábitos de alimentación, prácticas sexuales, y descanso, relaciones interpersonales) para promover el bienestar biopsicosocial de los estudiantes. Para ello es necesario el trabajo colaborativo entre los centros de salud mental y física existentes en la universidad. Además, la participación local, regional y nacional de las actividades de promoción da soporte a la construcción de objetivos de un campus saludable.

No existe un programa que coadyuve a proponer en las cafeterías del entorno del CUM estrategias que puedan condicionar el usufructo de las instalaciones, con el acompañamiento de expertos de la nutrición para favorecer la propuesta de alimentos saludables. Las bebidas carbonatadas hipercalóricas no fue un tema discutido por los actores entrevistados, por las observaciones de campo se sabe que son de alto consumo por los estudiantes, este “habitus” incorporado favorece al desencadenamiento de hiperglicemia. Se observa cómo se consolidan los hábitos alimentarios surgidos de la industrialización alimentaria, por lo que es importante señalar recomendaciones nutricionales saludables para la población estudiantil con el objeto de que se diseñen en la universidad programas de colaboración con los propietarios de los servicios de alimentación de acuerdo a la Guía Alimentaria para Guatemala, con el apoyo de expertos del INCAP (Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá).

La tercera hipótesis plantea que: la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala tiene el potencial de desarrollar oportunidades para los estudiantes en sus programas relacionados con la promoción de la salud para incidir en los estilos de vida para que los estudiantes no desarrollen al tercer año de la carrera de médico y cirujano Enfermedades Crónicas no Degenerativas.

La hipótesis es aceptada con base a la siguiente discusión: La Facultad de Ciencias Médicas si cuenta con el potencial de desarrollar oportunidades para los estudiantes en sus programas relacionados con la promoción de la salud de manera transversal en la asignatura de Salud Pública, que se imparte, en los tres primeros años de la carrera. En esta instancia es claro que la formación universitaria puede, de forma transversal, integrar la adopción de estilos de vida saludable, sus procesos y políticas institucionales. La salud integral de los universitarios constituye el eje principal de la orientación, razón por la cual se enfoca en establecer políticas y acciones que contribuyan efectivamente al bienestar general del alumno y la mejora de su calidad de vida. Además, existe en el contexto internacional iniciativas que ha iniciado la convergencia de instituciones de educación superior para hacer suyo el ideario de universidades saludables.

“Asegurar el derecho a la salud es responsabilidad de todos, de ahí que las universidades estatales asuman el compromiso junto con otras instancias gubernamentales de generar a través de la capacidad creadora y productiva de los jóvenes un futuro social y humano sostenible. La construcción de estilos de vida saludables, concebida como la interacción de pensamientos, sentimientos, actitudes, objetivos, metas, valores, conducta y la interacción entre nosotros mismos y nuestro ambiente, conlleva a formar a las futuras generaciones...” (Guía de Universidad Promotoras de la Salud).

Estas guías señalan el camino de cómo desarrollar programas en los estudiantes “[...]... en las mallas curriculares de formación académica debe ser transversal

en los cursos y/o módulos formativos con contenidos de promoción de la salud: conservación del ambiente, sexualidad, habilidades para la vida, prevención del consumo drogas, tabaquismo y alcohol, hábitos saludables en alimentación y nutrición entre otros...” (Guía de Universidad Promotoras de la Salud).

Bajo la propuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que define como una Universidad Promotora de la Salud a *“aquella que incorpora el fomento de la salud a su proyecto, con el fin de propiciar el desarrollo humano y mejorar la calidad de vida de quienes allí estudian o trabajan, influyendo así en entornos laborales y sociales”*

El propósito de la Facultad de Ciencias Médicas es *“promover el desarrollo integral de los estudiantes que ingresan a la Facultad, fundamentado en el principio de equidad, a fin de que concluya con éxitos sus estudios y desarrolle un estilo de vida saludable en cumplimiento de la política 5, Ingreso, promoción y evaluación estudiantil”* (Políticas Facultad de Ciencias Médicas). En la Facultad de Ciencias Médicas se cuenta con una Unidad de Apoyo Desarrollo Estudiantil el cual tiene a su cargo el proceso de ingreso a la carrera de médico y cirujano. A su vez da los servicios de Clínica de Atención Integral, Clínica de Psicología y el Programa de Estilos de Vida Saludables y Talleres Psicopedagógicos.

Estos recursos por el momento insuficientes son la base para reorientar el tipo de atención en salud a través de mejorar las competencias del recurso humano, donde se brinda varios servicios de atención al estudiante. Es importante señalar que UNADE ha debilitado su proyección de apoyo al estudiante por tener bajo su responsabilidad el proceso de ingreso de estudiantes a la Facultad de Ciencias Médicas. De tal forma que UNADE pueda responder a su propósito de su fundación que surge como producto de trabajo de autoridades, profesores y estudiantes que participaron en la elaboración de las políticas generales de la Facultad de Ciencias Médicas (2000).

Una de las debilidades de la Unidad de Salud es la centralización de los servicios que presta en el campus central, como también que el Departamento de Deportes está más enfocado en los estudiantes del campus central por la ubicación geográfica del CUM y la ausencia de un polideportivo para realizar AF, esta situación se puede convertir en una fortaleza con enlaces institucionales de parte de la Facultad de Ciencias Médicas, Unidad de Salud y Departamento de Deportes delegando en UNADE, la coordinación y planificación de actividades anuales con ambas unidades; (Promoción de la Salud) y (Actividades Deportivas) formando parte del Plan Operativo Anual (POA), y la forma como se debe incentivar al estudiante a participar en las actividades que se les calendarice con la malla curricular para evitar el traslape de actividades y se les brinde créditos extracurriculares.

La cuarta hipótesis plantea que: la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala no incluye en sus programas educativos el fomento de hábitos de vida saludable en los estudiantes de ambos sexos.

La hipótesis se confirma de acuerdo a la siguiente discusión: la Facultad de Ciencias Médicas no incluye en programas educativos para incidir en el fomento de hábitos de vida saludable, esto se evidenció en particular con la variable de conducta sexual a través de: 1) las consultas que los estudiantes realizan en la Clínica de Salud Integral; 2) en las opiniones externadas por los directores y coordinadores de fase y; 3) en los contenidos de la malla curricular. Un factor que incide negativamente es que la Unidad de Salud en su programa de salud sexual lo imparte en el campus central, lo que limita a los estudiantes del Centro Universitario Metropolitano el acceso a los servicios por la distancia que requiere el traslado hacia dicho lugar como también el traslape de horarios de clases con respecto a los horarios de atención.

En los servicios de la Unidad de Apoyo al Estudiante debería de haber un programa permanente de educación sexual para atender las inquietudes relacionadas con la sexualidad de los jóvenes universitarios y con ello, fomentar el hábito de vida saludable. De tal forma que se pueda incidir en la prevención de embarazos no deseados, las enfermedades de transmisión sexual y las conductas inapropiadas en el establecimiento educativo.

Es importante y vital en la convivencia universitaria el reconocimiento de la existencia de las diferencias sociales y de género, entre otras, en la población estudiantil. Para ello se requiere abandonar el mito y tabú de la sexualidad que subyace en el ámbito universitario. En el estudiante universitario hay que reconocerles como un ser único y asumirlo como un sujeto complejo en su diversidad y pluralidad. Este enfoque debe estar presente en los diagnósticos de salud y las acciones de promoción de salud que deriven de estos, para que los jóvenes universitarios desarrollen hábitos saludables. Es importante resaltar, con *relación a las prácticas sexuales*, que la universidad de Colombia realizó un estudio con estudiantes de Psicología y Medicina, donde identificaron que, a pesar de ser estudiantes del área de la salud con mayor conocimiento sobre riesgos y protección, obtuvieron ambas facultades altos indicadores de riesgo, es decir no se protegen o esta protección no se da siempre (Castaño y Páez, 2010). Este nivel de información expone un reto en la formulación de estrategias que permitan un mayor alcance en cuanto al fomento de los hábitos saludables.

Las prácticas sexuales se definen como “patrones de actividad sexual presentados por individuos o comunidades con suficiente consistencia para ser predecibles” (Lanantuoni, 2008). En los estudios es común encontrar que se emplean como sinónimos los términos de prácticas y conductas sexuales, no obstante, para efectos de la presente investigación de tesis doctoral es preciso establecer que las conductas sexuales, a diferencia de las prácticas y, por ende, del comportamiento sexual, incluyen la masturbación y conductas homosexuales o heterosexuales, como el inicio del coito o actividad sexual. Así, las conductas

tienen una connotación más individual y las prácticas se enmarcan en lo común o compartido (López, 2003).

Estos hechos, sumados a las características propias de la adolescencia, como la búsqueda de identidad, la aceptación de los cambios que ocurren en el cuerpo, la iniciación sexual y las múltiples demandas que exige el medio (Bourdieu, 2000; Medina, Ayala & Pacheco, 2001; Mendieta, 2001), permean las manifestaciones sexuales (conductas y prácticas) que dan cuenta de representaciones que los jóvenes han construido sobre sus realidades sexuales. El término “plasticidad erótica” propuesto por Baumeister (2004) resulta relevante, puesto que el ser humano moldea sus impulsos sexuales ante las presiones del medio. La sociedad delimita el contexto que, a su vez, regula la sexualidad; es decir, permite o limita ciertos comportamientos con el fin de facilitar la vida en grupo. Este rechazo o aceptación se ha ido transformando a través del tiempo por medio del conocimiento de la visión y aceptación de ciertos comportamientos sexuales se podrá comprender el contexto actual de la sexualidad. Si bien no es una función de la universidad educar a los estudiantes para que tengan unas conductas sexuales responsables, el fomento de los hábitos saludables requiere, el estudio de las prácticas y conductas sexuales con el objeto de poder asesorar en el plano individual a los estudiantes que requieren la atención sanitaria.

Como se ha mencionado, las prácticas sexuales son definidas como “patrones de actividad sexual presentados por individuos o comunidades con suficiente consistencia para ser predecibles” (Lanantuoni, 2008, p.48). Dichos patrones de actividad sexual pueden tener sentidos positivos o negativos en función de las consecuencias que les puedan traer a los individuos de determinado grupo social. En las poblaciones jóvenes, suelen presentar, un alto porcentaje de relaciones sexuales y comportamientos de riesgo relacionados con problemas para la salud reproductiva, como altas tasas de fecundidad en adolescente, aborto provocado y enfermedades de transmisión sexual (Ospina & Manrique, 2007; Santín et al., 2003) y la deserción universitaria que se asocia a los embarazos en estudiantes adolescentes.

Capítulo 9. Conclusiones

A continuación, presentamos las principales conclusiones de este trabajo de investigación y tesis doctoral en relación a los aspectos teóricos, metodológicos, resultados y discusión. Las principales consideraciones que presentamos son un ejercicio de síntesis que permite concretar de forma lógica y estructurada el ejercicio epistemológico entre lo abstracto y concreto del enfoque sociológico en el estudio de los estilos de vida y salud en la población de estudiantes de medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos.

- Los estilos de vida de los estudiantes se delinean por la aplicación de los esquemas y la estructura que han ido organizando sus prácticas en el plantel de la Universidad (espacio social). Así se crea el espacio donde se encuentran los estilos de vida ya que en él se ha generado la transferencia: transposiciones sistemáticas impuestas por las condiciones particulares de su práctica, como describe Bourdieu (2002). En la asociación que hacen entre la salud y sus determinantes se observa una comprensión de los factores relacionados con la biología o herencia, el estilo de vida, el entorno social y los servicios de salud.
- La Promoción de la Salud (PS) se conceptualiza como el fomento de los hábitos que protegen y mejoran la salud. Los determinantes en la salud, la biología humana, el ambiente, los estilos de vida y la organización de los sistemas de salud, para Lalonde (1986) tiene como factores condicionantes de la salud cuatro dimensiones, que son estilos de vida y conductas de la salud, medio ambiente, biología y sistemas de asistencia sanitaria, los estilos de vida y conductas de salud, tienen en cuenta el consumo de drogas, sedentarismo, alimentación, estrés, conducción de riesgo y mala utilización de los servicios sanitarios.
- La promoción de la salud trasciende las labores del sistema de salud, y debe ser parte de la agenda política de todos los sectores a todos los niveles privados y públicos. La participación de la comunidad es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud en cualquier

ámbito. En ese mismo orden de ideas la OMS define los estilos de vida saludable *“como una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables determinados por la interacción entre las características personales, individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socio-económicas y ambiental promover estilos de vida saludables y reducir riesgo para la salud es producto en primer lugar del estilo de vida, y luego de lo biológico, lo ambiental y los sistemas de cuidados para la salud respectivamente”* (1986). Definición que introduce a los determinantes en salud y la interacción de aspectos sociales en la comprensión de los EVS.

- En Guatemala los objetivos del desarrollo sostenible forman parte de la agenda que se trabaja a nivel nacional y aspecto con la salud son de interés, enmarcados en dicha agenda en el objetivo No. 3 Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos y todas las edades. La evidencia científica da cuenta de los estilos de vida relacionados con la salud de estudiantes universitarios del continente americano, Europa y de otros continentes que se han interesado por investigar los estilos de vida de dicha población donde se confirma que los jóvenes tienen conductas no saludables por lo que los ponen en riesgo de desarrollar enfermedades a temprana edad.
- Existen iniciativas que incorporan movimientos de orden internacional las cuales son la base para el desarrollo de propuestas en temas que abordan la educación superior y los alcances que debe tener para la comunidad estudiantil, en los temas de salud con propuestas innovadoras para incidir en una concepción transformadora con bases en la promoción de la salud (Arroyo, 2009) (Edmonton, 2005).
- La USAC ha realizado un acuerdo recientemente con la Universidad de Puerto Rico con el objetivo de impulsar conjuntamente el movimiento de Universidades Promotoras de la Salud. Los objetivos del Desarrollo del Milenio son documentos importantes para determinar el rol y las

responsabilidades que las instituciones de Educación Superior deben cumplir en un marco de acuerdos de orden internacional, donde el Estado de Guatemala ha tenido un bajo alcance con respecto a las metas propuestas para el año 2015.

- El EV forma parte de las conductas y valores que se expresan en el comportamiento del individuo en distintas áreas de la vida; la actividad física, la alimentación, el consumo de drogas lícitas e ilícitas, las prácticas de sexualidad. También incluye el ambiente social, físico, cultural y aspectos económicos que influyen en la vida de los individuos. La mayoría de los autores define los estilos de vida saludables como “*conjunto de patrones conductuales que poseen repercusiones para la salud de las personas*” en lo que ya no hay un consenso es que si estos patrones conductuales son elegidos voluntariamente o involuntariamente por las personas. El modelo medico hegemónico defiende tácitamente el carácter voluntario de tal elección, contrario a ello, los autores de orientación psicosocial comprenden la elección como involuntaria. (Pastor et al., 1998).
- La salud es definida por la OMS “*como el completo estado de bienestar físico, psíquico y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*” esta definición incluye la necesidad del entorno social donde se desenvuelve la persona, introduciendo un concepto multidimensional, de allí que esta tesis doctoral exponga con una metodología apropiada a la naturaleza del objeto de estudio, una aproximación desde el enfoque sociológico.
- Las variables clásicas de los EV son, consumo de alimentos, actividad física, consumo de sustancias lícitas e ilícitas (tabaco, alcohol y marihuana), conducta sexual, estas variables están asociadas a desarrollar enfermedades en las personas que lo consumen.

- El término de los EV tiene su origen en el enfoque sociológico. Los mayores desarrollos conceptuales se formulan en el campo de las ciencias socioculturales donde se conceptualiza, como patrones de comportamientos grupales sobre lo que la estructura social ejerce una influencia considerable. Los EV han sido estudiados desde finales del siglo XIX principalmente por los sociólogos Max Weber y Karl Marx, ambos autores brindan una visión del estilo de vida, enfatizando los determinantes sociales como el nivel de renta, posición ocupacional, nivel educativo, estatus social. Las ciencias sociales han contribuido en el desarrollo del concepto, como en el nuevo planteamiento que se le da en la Organización Mundial de la Salud, conocidos como los Determinantes Sociales de la Salud.
- Los EV han sido objeto de estudio de diferentes disciplinas, entre ellas la sociología, la antropología médica, psicología y la epidemiología con significados diferentes. Cuando se analizan los EV se hace necesario analizar los determinantes sociales de la salud y los estilos de vida saludables.
- En sociología, el estilo de vida es la manera en que vive un individuo o un grupo de personas. Una forma de vida que refleja las condiciones de vida, los valores y la visión del mundo de un individuo o una comunidad. Tener una "forma de vida específica" implica una opción consciente o inconsciente entre una forma y otras de comportamiento (Bourdieu, 1991). Para Cockerham El EV se define como un conjunto de patrones que estructuran la organización temporal, el sistema social de relaciones y las pautas de consumo y/o actividades (culturales y de ocio) de las personas (2005).
- Desde la Medicina Social se define el estilo de vida como una categoría subsumida al modo de vida, la cual se entiende como la libre elección que hace las personas entre el conjunto de posibilidades sociales que le ofrece su modo de vida. Esta concepción centra su análisis en el estilo de vida

como estructurador de la existencia humana en su especificidad individual, con una determinación esencialmente social. Se puede observar en las distintas definiciones antes descritas que aportan elementos importantes contribuyen en el análisis de los estilos de vida y salud desde el enfoque de la sociología.

- Desde el ámbito sociológico se concibe como determinantes el conjunto de posibilidades sociales que ofrece el modo de vida expresadas en forma de actividades y comunicación (Blanco, 1990). La creación de la Comisión de Determinantes de la Salud convocada por la OMS, reconvirtió la agenda de salud a nivel mundial propuesta desde este organismo de Naciones Unidas que tenía un discurso cifrado en las medidas de intervención sanitarias. Este cambio propició la discusión de los Determinantes de la Salud (OMS, 2000) desde una perspectiva de los aspectos estructurales que diferencian cada contexto social.
- La diferencia que se observa entre los aportes de la medicina social con respecto a los determinantes de la salud y los de la OMS obedecen a posiciones de tipo ideológico, dado que mientras se discutía desde la medicina social las condicionantes y determinantes del proceso de salud enfermedad desde principios de los años setenta. La OMS centro sus estrategias en la Atención Primaria de la Salud -APS- promovió a nivel global el eslogan de *“Salud para Todos en el año 2000”* y aproximadamente tres décadas después la OMS retoma la discusión de los determinantes de la salud.
- Como consecuencia de la relativa nueva orientación del uso de los determinantes sociales se observa el aumento progresivo de la preocupación por la educación para la salud por parte de la OMS. El análisis de la literatura muestra que los estilos de vida son una preocupación no sólo para el mundo académico, sino para los formuladores de políticas públicas en salud.

- Es posible afirmar que las investigaciones sobre estilos de vida se circunscriben principalmente a ECNT comportamientos más estudiados son los hábitos alimentarios, la actividad física y tabaquismo, consumo de alcohol, consumo de drogas y conducta sexual. En menor medida se encuentran estudios que relacionan algunas conductas como los hábitos de sueño, problemas como la enfermedad mental, la depresión y el suicidio.
- El rol de los organismos de cooperación internacional en Guatemala que coadyuvan al sistema de salud a nivel nacional. La Organización Panamericana de la Salud tiene un mayor liderazgo en la asistencia técnica propiamente por la agenda de salud que se dirige para la región desde la sede en Washington, D.C. Además de las agendas de otras agencias de cooperación internacional.
- La atención en salud en Guatemala está conformada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), el sector privado y la Sanidad Militar. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, tienen el mandato de ser “*La rectoría*” del sector salud, como lo indica el código de Salud Decreto 90-97, Artículo 9º. El cual opera por medio de sus dependencias públicas; hospitales centros de salud y puestos de salud. El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social es una entidad descentralizada del Estado, su fin primordial es la seguridad social del país, como seguro a los trabajadores de entidades públicas y privadas del país.
- En materia de juventud que conforma la población de interés de esta tesis doctoral se encuentra la política pública de ITS/VIH/Sida, la política de desarrollo social, la política de salud para la adolescente, Política Nacional de Juventud 2010-2015, se resaltó el hecho que la política de la juventud tiene apenas una vigencia de 6 años, con dos versiones la primera del periodo 2010- 2015 y la segunda que se sobrepone con la anterior del

2012 al 2020 de cooperación técnica internacional que tiene representación local.

- La Universidad de San Carlos de Guatemala cuenta con una dependencia que se identifica como: Unidad de Salud, de la División de Bienestar Estudiantil Universitario, cuya función es la atención primaria de la salud, de la comunidad universitaria, motivo por el cual se investigó y evaluó, el conocimiento que los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas presentan en torno a este servicio. La unidad de salud es responsable del estudio e investigación de los estudiantes de primer ingreso y reingreso, además de la promoción y mantenimiento de la salud de la población universitaria.
- Los estudiantes de medicina de la USAC, conforman en el imaginario social el prototipo de profesional quien en la sociedad se considera responsable en apoyar la toma de decisiones del cuidado de la salud de una determinada población. En tanto que la evidencia científica muestra que un porcentaje importante de los estudiantes del tercer año de la carrera de médico y cirujano, de la población en la cual se trabaja esta tesis doctoral, tiene el síndrome metabólico (García et. al., 2016). La evidencia científica refiere que el consumo de drogas lícitas e ilícitas es un problema de salud pública que afecta a los adolescentes y adultos jóvenes; que la actividad física disminuida por la carga académica así como el consumo de alimentos relacionado con hábitos de alimentación no saludables, es decir tanto la actividad física como el consumo de alimentos son factores de riesgo para el sobrepeso, los problemas de ECNT y el SM y; por último la conducta sexual relaciona con las enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, y suspensión de embarazos inducidos (abortos).
- Los estudiantes han adquirido patrones de comportamiento identificables (estilos de vida), definidos por la interacción de sus gustos personales o

predilecciones, la oferta deficiente de alimentos en las instalaciones del CUM (interacciones sociales) y la posibilidad económica para adquirirlos (condiciones socioeconómicas). Estas conductas, convertidas en rutinas, han adquirido gran peso para su consolidación y mantenimiento, como dice Sánchez (2008), convirtiéndose en prácticas definidas que esquematizan su mundo representado.

- Los estilos de vida de los estudiantes se delinear por la aplicación de los esquemas y la estructura que han ido organizando sus prácticas en el plantel de la Universidad (espacio social). Así se crea el espacio donde se encuentran los estilos de vida ya que en él se ha generado la transferencia: transposiciones sistemáticas impuestas por las condiciones particulares de su práctica, como describe Bourdieu (2002).
- En la asociación que hacen entre la salud y sus determinantes se observa una comprensión de los factores relacionados con la biología o herencia, el estilo de vida, el entorno social y los servicios de salud, destacando desde la perspectiva personal su compromiso, la autoestima y los estilos de vida asociados con el cuidado del cuerpo y el equilibrio psicosocial. Sin embargo, las acciones prácticas de las cuales dan cuenta y desde donde podrían potenciar su salud, no se consolida en lo cotidiano.
- Finalmente teniendo clara la perspectiva de las consecuencias del consumo de sustancias tóxicas para el organismo (drogas lícitas e ilícitas, consumo de alimentos, la falta de actividad física, conducta sexual y su relación con las ECNT que pueden llevar a tener una muerte prematura, específicamente en la población universitaria, donde se evidencia el mayor cambio comportamental en estos estilos de vida. Es necesario promover el cambio de paradigma en salud imperante en la USAC a uno moderno que incorpore los preceptos de las Universidades Promotoras de la Salud.

Limitaciones del estudio:

- Los resultados no son generalizados para toda la Universidad de San Carlos de Guatemala, ya que este trabajo se centra en los estudiantes de Medicina
- La entrevista con el Rector de la Universidad de San Carlos de Guatemala fue atendida después de 12 meses de haber realizado la gestión. Ausencia de interés del director del Departamento de Deportes en participar en dicha investigación.
- El seguimiento de una cohorte para evaluar los cambios a lo largo de la formación de la carrera de médico y cirujano mejoraría los resultados, pero la factibilidad de hacer un estudio de esa naturaleza como tesis doctoral es imposible por el tiempo que requiere el trabajo de campo.

Futuras líneas de investigación:

- En procesos de investigación futuras quedan algunos aspectos por considerar, como la emergencia de nuevas tendencias en los jóvenes. Igualmente, se pueden considerar: el papel de las actitudes frente al ejercicio de la sexualidad y su mediación en los comportamientos protectores y de riesgo, las dinámicas familiares protectoras, y los mecanismos que posibilitan la asertividad sexual y el papel de la toma de decisiones. Promover investigaciones y espacios de discusión que privilegien el punto de vista sociocultural y de la vida cotidiana en torno al tema del consumo de sustancias lícitas e ilícitas. Estudios centrados en los aspectos de tipo organizacional para la coordinación de estrategias intersectoriales que incidan en la vida universitaria.

Bibliografía

- Acosta, M. V. (2003). Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*.
- Ajzen, I. &. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behaviour*. Englewood Cliffs, Nueva Jersey, EE. UU: Prentice Hall.
- Alcalá, M. A. (2002). *Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en adolescentes, estudio de dos cortes*. Benalmádena Costa, Málaga, España: Medicina de familia.
- Aldereguía, H. (1995). La medicina social y la salud pública ante los desafíos del siglo XXI. *Revista Cubana de Salud Pública*.
- Aldereguía, H. (1995). La medicina social y la salud pública ante los desafíos del siglo XXI. *Revista Cubana de Salud Pública*.
- Alonso, L. (05 de 10 de 2016). *Universidad Publica de Navarra*. Obtenido de Unavarra: http://www.unavarra.es/puresoc/pdfs/c_lecciones/LM-Alonso-consumo.PDF
- Alonso, L. E. (24 de 11 de 2016). *El estructuralismo genético y los estilos de vida: consumo*. Obtenido de http://www.unavarra.es/puresoc/pdfs/c_lecciones/LM-Alonso-consumo.PDF
- Alvarez, C., & Luz, S. (2012). Los estilos de Vida en Salud: del individuo al contexto. *Salud Pública*, 95-101.
- Amigo, I., Fernández, C., & Pérez, M. (1998). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid, España: Pirámide.
- Antonio GC, L. S. (02 de 2008). *NCEP-ATP IIIa e IDF. Rev Med Hosp Gen Mex Internet*. Recuperado el 23 de 04 de 2016, de Prevalencia del síndrome metabólico entre adultos mexicanos no diabéticos, usando las definiciones de la OMS: Obtenido de <http://conferenciasindromemetabolico.org/wp-content/uploads/2013/02/prevalencia-de-sindrome-metabolico-entre-adultos-mexicanos-enero-marzo-2008-218k.pdf>
- Arrivillaga Quintero, M., & Salazar Torres, I. (2005). Creencias relacionadas con el estilo de vida de jóvenes latinoamericanos. En M. y. Arrivillaga,

- Psicología Conductual* (págs. 19-36). Cali, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana, Cali.
- Arrivillaga, M., & Salazar y Correa, D. (2003). Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo de protección en jóvenes universitarios. *Colombia Médica*, 186-195.
- Arroyo, H. (09 de octubre de 2016). *Pan American Health Organization*. Obtenido de Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de Salud - RIUPS: Obtenido de file:///C:/Users/unade22014/Downloads/2009-ArroyoRice-MiradaMovimientoUPSenAmericas%20(6).pdf
- Asociación Británica de Neurociencias, A. E. (2003). Neurociencias, la Ciencia del cerebro: una introducción para jóvenes estudiantes. Liverpool: ABN.
- Ayuda., B. (2006). *Patronato de Alcohólicos Anónimos de Guatemala*. Recuperado el 04 de 2014, de www.aa.com.gt
- Balaguer, I. (2002). *Estilos de Vida en la Adolescencia*. Valencia: Promolibro.
- Balaguer, I., García, M., & Castillo, I. (2007). Efecto de la práctica de actividad física y de la participación deportiva sobre el estilo de vida saludable en la adolescencia en función del género. *Revista de Psicología del Deporte*, 201-210.
- Banco Mundial. (16 de marzo de 2015). *Banco Mundial*. Obtenido de <http://www.bancomundial.org/es/country/guatemala/overview> el 16 de marzo de 2015
- Barrios, A. (2014) Factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares asociados al estilo de vida en estudiantes de grado y posgrado de la carrera de medicina, Facultad de Ciencias Médicas. [Tesis de pregrado] pp.109.Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Bandura, A. (1982). *Teoría del Aprendizaje Social*. Barcelona: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Bauman, A., & Phongsavan, P. (1999). *Adolescence: prevalence, trends and policy implications. Drug Alcohol Dependence*. Sydney, Australia: School of Community Medicine, University of New South Wales.
- Becoña, E. V. (2004). Promoción de los estilos de vida saludables. *Alapsa*, 5, 1-40.

- Becoña, E. y. (2001). Consumo problemático de sustancias. Trastornos generales. *Psicología Clínica Infantil y del Adolescente*. 213-236.
- Bello Gutiérrez, J. (2005). *Calidad de vida, alimentos y salud humana*. Madrid, España: DIAZ DE SANTOS.
- Blanco, J. e. (1995). *Una aproximación a la calidad de vida; Límites conceptuales y metodológicos, Primer simposio sobre calidad de vida, salud y ambiente*. México: UNAM.
- Bonmewitz, P. (2003). *La Sociología de Pierre Bourdieu*. Buenos Aires: Posadas.
- Bourdieu, P. (1988). *La distinción. Criterio y bases sociales del gusto*. Madrid: Taurus.
- Brannon, L., & Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*,. Madrid: Paraninfo.
- Bronfenbrenner, U. (1987). La Ecología del Desarrollo Humano. *Anales de psicología*, 45-59.
- Cancela J, A. C. (2011). Prevalencia y relación entre el nivel de actividad física y las actitudes alimenticias anómalas en estudiantes universitarias españolas de ciencias de la salud y la educación. *Revista Española Salud Pública*. 85, 499– 505.
- Carrillo Durán, M. (2005). Factores socioculturales en los TCA. No sólo moda, medios de comunicación y publicidad. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 120-410.
- Castaño Castriño JJ, P. C. (2013). Estilos de Vida y Salud en Estudiantes Facultad de Psicología,. *Psicología desde el Caribe*, 83-112.
- Castillo I, B. I. (2001). Dimensiones de los motivos de práctica deportiva de los adolescentes valencianos escolarizados. *Apunts Educación Física y Deportes*, 22-29.
- Centro Nacional de Epidemiología, MSPAS. Proyecciones de Población. (16 de Marzo de 2015). *Centro Nacional de Epidemiología*. Obtenido de <http://epidemiologia.mspas.gob.gt/index.php/dos/estadisticasvitales/poblacion-y-proyeccion>
- CEPAL. (17 de Marzo de 2015). Obtenido de http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/perfilesNacionales.asp?idioma=e. Obtenido de Base de datos y publicaciones estadísticas. Estadísticas e Indicadores.

- CEPAL. (2005). *Transición demográfica; Temas de Población y Desarrollo*. Santiago, Chile: CELADE-División de Población.
- Cerda Vessi AG, V. M. (2009). Síndrome Metabólico en jóvenes al inicio de su carrera y después de tres años de estudio en la UASLP. *Bioquímica*, 34, 127.
- Chancing circumstances, d. h. (2005). *J Pers Soc Psychol*. Recuperado el 10 de 03 de 2014, Obtenido de www.coedu.usf.edu/zalaquett/cic/ag.htm
- Chaney, D. (1996). *Estilos de Vida*. London: Routledge.
- Chi Pang Wen, J. P. (2011). Minimum of Physical activity for reduce mortality and extended life expectancy: a prospective study. *The Lancet*. 1244–1253.
- children, S. d.-b.-a. (2010). *World Health Organization*. Recuperado el 10 de 02 de 2014, Obtenido de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf
- Cockerham, W. (2002). *Sociología de la Medicina*, (Vol. 8). Madrid: Pearson Education, S.A.
- Cockerham. (2005). Health lifestyle theory and the convergence of agency and estruture. *Journal of Health and Social Behavior*.
- CSU. (24 de Junio de 1970). Consejo Superior Universitario. Acta 1054. Guatemala.
- COMISCA (2009). (10 de 10 de 2016). Obtenido de Sistema de Integración Centroamericana, Salud: Obtenido de http://www.sica.int/comisca/comisca_embreve.aspx
- Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas, U. G. (2014). Sección de Asuntos Narcóticos y Aplicación a la Ley de los Estados Unidos de América. *Encuesta nacional sobre uso, abuso y prevalencia del consumo de drogas del nivel medio de educación*. Guatemala: UMG.
- CONASAN / PESAN (2011). (01 de 10 de 2016). Obtenido de Plan Estratégico de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2012-2016, Resolución No. 10 del 28 de octubre de 2011: Obenido de <http://www.sesan.gob.gt/index.php/descargas/10-pesan-2012-2016/file>

- CONJUVE. (2010). *Consejo Nacional de Juventud 2010-2015: Jóvenes construyendo la unidad en la diversidad por una nación pluricultural*. Guatemala: Consejo nacional de la Juventud de Guatemala.
- CONJUVE. (2011). Consejo Nacional de Juventud Secretaría Ejecutiva del Servicio Cívico (SESC) Instituto Nacional de Estadística (INE). Primera Encuesta Nacional de Juventud (ENJU). Guatemala.
- Contreras J, E. R. (2009). Actitud sedentaria y factores asociados en estudiantes de Medicina. *Rev. Andal Med Deporte*, 133.
- Contreras J., G. M. (2002). Alimentación y cultura. *Perspectivas Antropológicas*.
- Contreras, J., & Gracia, M. (2005). *Alimentación y cultura. Perspectivas antropológicas*. Barcelona: Ariel.
- Cordini María Florencia, C. C. (2007). Consumo de tabaco en estudiantes medicina. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*.
- Crónicas, E. C. (2010). *Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud*. Recuperado el 20 de 08 de 2014, de Noticiero del Programa de Enfermedades: Obtenido de <http://www.paho.org%20/spanish/ad/dpc/nc/cronic.html>
- Cumbre de Rio de Janeiro, A. 2. (2005). Recuperado el 9 de 10 de 2016, Obtenido de ROLAC: <http://rolac.unep.mx./agenda 21/esp/ag21inde.htm>
- David., A. L. (2010). *Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en la población de Guatemala. Estudio descriptivo transversal en personas mayores de 19 años de edad en la república de Guatemala*. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas.
- Dawson, J. (1994). Health and lifestyle surveys beyond health status indicators. *Education Journal*, (53), 300-308.
- De Souza, M. y. (2000). Salud y equidad una mirada desde las ciencias sociales. En R. Briseño León, *Bienestar y salud pública y cambio social*. (págs. 15-24). Brasil: Editora Fiocruz.
- Departamento Promoción de la Salud. (2006). *Cuestionario ¿Tienes un Estilo de Vida Fantástico?* Chile: Gobierno de Chile Ministerio de Salud.
- Diario de Centro America. (06 de Agosto de 2016). La USAC y Universidad de Puerto Rico Promueven la Salud. *La USAC y Universidad de Puerto Rico Promueven la Salud*, pág. S/N.

- Eaton DK, K. L. (2007). Selected Health Status indicators and Behaviors of Young Adults United States-2003. *American Journal of Health Education*, 38, 66-75.
- Económica, B. C. (15 de diciembre de 2014). *Banco Centro Americano de Integración*. Obtenido de www.bcie.org/uploaed/content/article/1285334126.pdf
- Edmonton, C. d. (2005). arta de Edmonton. Segundo Cong. *reso Internacional en la Región de las Américas*. Santiago de Chile.
- Elliot, D. S. (1993). Health-enhancing and health-compromising lifestyles. En S. G. Millstein, A. C. Petersen & E. O. Nightingale (Eds.), *Promoting the health of adolescents. New directions for the twenty-first century* (pp. 119-150). Oxford, Inglaterra: Oxford University Press.
- Elliot, G. (1993). Whose Quality is it anyway? *Quality Assurance in Education*, 34-40.
- Erben, R., Franzkowiak , P., & Wenze, E. (1992). Assessment of the autcomes of the health intervetion. *Social Science and Medicine*, 35(4), 359-365.
- Facultad de Ciencia Médicas. (s/f). *Historía del CUM*. Guatemala: USAC.
- Frenk, J. (1992). *La crisis de Salud Pública: Reflexiones para el Debate*. (Vol. 540). Washington D.C: OPS.
- Garcia F., G. C. (2016). *Prevalencia de Síndrome Metabólico en estudiantes de tercer año de la Facultad de Medicina*. Guatemala.
- García, F., & González, C. (2016). *Síndrome metabólico en estudiantes de tercer año de la carrera de médico y cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC*. Guatemala: Ramirez.
- García, D., García, G., Tapiero, Y., & Ramos, D. (2012). Determinantes de los Estilos de Vida y su implicación en la salud de jóvenes universitarios. *Hacia la Promoción de la Salud*, 17, 169 -185.
- Garrote, N. L. (2002). "Algunas reflexiones acerca de la contribución de la antropología a la problemática de la alimentación y la salud". *Investigación y Salud*, 3, 131-40.
- Gobierno de Guatemala, Ministerio de Desarrollo Social, Secretaria de Planificación y Programación de la Presidencia, Consejo Nacional de la

- Juventud. (2012). *Política Nacional de la Juventud 2012-2020*. Gobierno de Guatemala, Ministerio de Desarrollo Social, Secretaria de Planificación y Programación de la Presidencia, Consejo Nacional de la Juventud. Guatemala: Gobierno de Guatemala, Ministerio de Desarrollo Social, Secretaria de Planificación y Programación de la Presidencia, Consejo Nacional de la Juventud.
- González, A., Úbeda, A., & Montero, A. (2006). Evolución de los hábitos alimentarios de una población de estudiantes universitarios en relación con sus conocimientos nutricionales. *Nutrición Hospitalaria.*, 21(4), 466-73.
- Guía de Universidades Saludables. (01 de 09 de 2001). *Universidad de Chile Pontificia*. Obtenido de <http://www7.uc.cl/ucsaludable/img/guiaUSal.pdf>
- Gutiérrez A., (1997). *Las Prácticas Sociales*. Universidad Nacional de Misiones.
- Gutiérrez, M. (2000). Aspectos del entorno escolar y familiar que se relacionan con la práctica deportiva en la adolescencia. *Primer Congreso Hispano Portugués de Psicología*. Santiago de Compostela: Centro Universitario Villanueva (Departamento de Psicología Fundamental).
- Hall. Bandura. (1986). *Asocial foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Hernandez, M. (26 de Septiembre de 2016). Obtenido de Prensa Libre: Obtenido de <http://www.prensalibre.com/guatemala/comunitario/la-onu-presenta-17-metas-para-desarrollo>
- Hewstone, M., Stroebe, W., & Codol, J. (1990). *Introducción a la Psicología Social*. Barcelona: Ariel Psicología.
- Hicks T, H. S. (2008). High school to college transition: a profile of the stressors, physical and psychological health issues that affect the first-year on campus college student. *Journal of Cultural Diversity*, 15(3), 143-148.
- Ibáñez, J. (1979). *Más allá de la Sociología. El grupo de discusión: técnica y crítica*. Madrid: Siglo XXI de España.
- Imágenes google. (8 de octubre de 2016). *Mapa Interactivo*. Obtenido de Mapa Satelital: Obtenido de <http://www.mapainteractivo.net/fotos/mapa-de-guatemala.html>
- Instituto Nacional de Estadística. (2012). *Caracterización Estadística República de Guatemala*. Guatemala.

- Ianantuani, E. (2008). *Pedagogía de la Sexualidad*. Buenos Aires: Bonum
- Izaguirre, L., & Machuca, L. (2016). *Actitudes y Prácticas en los estudiantes de Medicina (Tesis de pre-grado) Universidad de San Carlos de Guatemala*. Guatemala: USAC.
- Kasper Dennis L. Anthony S. Fauci, E. B. (2006). *Principios de Medicina Interna*. Mexico: McGraw Hill Interamericana.
- Keller S, M. J. (2008). Multiple health risk behaviors in German first year university students. *Preventive Medicine*, 189-95.
- Kennedy, T. J., & Lingard, L. (2006). *Making sense of grounded theory in medical education. Making sense of Qualitative Research*. Recuperado el 03 de 07 de 2010, de Medical Education: Obtenido de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2929.2005.02378.x/full>
- Kickbusch, I. (2003). The Contribution of the World Health Organization to a New Public Health and Health Promotion. . *American Journal of Public Health*. 93(3), 383-388.
- Kusaka, Y., Kondov, H., & Marimoto, K. (1992). Helthy ligestyles are associated with higher natural killer cell activity. *Prev. Med*, 21(5), 602-15.
- Lalonde, M. (1974). *A New perspective on the health of Canadians: a working document*. (M. O. Canada, Ed.) Canada: Department of Health and Welfare.
- Ledo, M., Román, D., González, M., Izoala, O., & Conde, A. (2011). Características nutricionales y estilo de vida en universitarios. *Nutrición Hospitalaria*, 814-818.
- León, B., De Sauzo, M., & Coimbra, C. (2000). *Bienestar, salud pública y cambio social. Salud y Equidad una mirada desde las ciencias sociales*. Brasil, Rio de Janeiro: Fiocruz.
- León, J. L., & Medina, S. (2002). *Psicología social de la salud: fundamentos teóricos y metodológicos*. Sevilla, España: Comunicación Social, Ediciones.
- Ley del Organismo Ejecutivo (1997). Decreto 114-97. (11 de 4 de 2016). Obtenido de : http://www.mem.gob.gt/wp-content/uploads/2015/06/12._Ley_del_Organismo_Ejecutivo_Decreto_114_97.pdf

- López, N. (2003). Curso de educación afectivo-sexual. España: Nerbiblól.
- López, E. (1996). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Lopez, L. A. (2014). *La Mortalidad marterna en Guatemala*. Guatemala: USAC.
- Lopez, L., & Becerril, V. (2013). Sistemas de salud de Guatemala. *Revista de Salud publica de Mexico*, s198.
- Macdonald, T. (1998). *Rethinking health promotion. A global approach*. London: Routledge.
- Kennedy T. J., L. L. (2006). Making sense of grounded theory in medical education. *Library Wiley*. Recuperado el 24 de 11 de 2014, de Making sense of Qualitative Research. Medical Education. Obtenido de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2929.2005.02378.x/full>
- Martín, R. (2015). *Life Der psicología y motivación*. Recuperado el 17 de 02 de 2015, de Consecuencia de una mala alimentación: [http://www.lifeder.com/consecuencias de una mala alimentación/](http://www.lifeder.com/consecuencias-de-una-mala-alimentacion/)
- Mendizábal, L., Quesada, R., & Perea, R. (2004). *Factores que determinan el nivel de salud-enfermedad en el mundo actual, en Educación para la salud, reto de nuestro tiempo*. Madrid: De Santos Madrid.
- Messer, G., Pelto, P. J., Pelto, & E. Messer. (1989). *"Methods for determinants of food intake" Research Methods in Nutritional Anthropology*. Hong Kong: University Press.
- Ministerio de Relaciones Exteriores. (02 de 10 de 2016). *Ministerio de Relaciones Exteriores, tratados internacionales*. Obtenido de www.minex.gob.gt/pBase.aspx?ID=/MAYT/MAYT_TRATADO_ACUERDO/MAYT_TRATADO_ACUERDO_VIGENTEWebReport.aspx
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2004). *Política Salud para la Adolescencia y la Juventud*. Guatemala: Ministerio de Salud Pública.
- Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social Guatemala. (2013). *Guías alimentarias para Guatemala, Recomendaciones para una alimentación saludable*. Guatemala: Tritón imagen & comunicaciones.
- Muñoz, M., & Cabieses, B. (2008). Universidades y promoción de la salud: ¿cómo alcanzar el punto de encuentro? *Panamericana de Salud Pública.*, 24(2), 139–46.
- MV., C. D. (2005). Factores socioculturales en los TCA. No sólo moda, medios

- de comunicación y publicidad. Trastornos de la Conducta Alimentaria.
- Noar, S. B. (2007). Concepto de estilos de vida saludables y factores determinantes. *Segunda Conferencia Europea de Educación para la Salud* (págs. 1-23). Varsovia, Polonia: Ciencia y enfermería.
- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud y calidad de vida. Comportamiento y Salud*. México: UNIFE.
- Obregón Olaya, J. (2012). *Marihuana en Guatemala*. Guatemala: UVG, Departamento de Ciencias Sociales.
- Organismo Legislativo Congreso de la República de Guatemala. (2001). *Código de Salud (2001), Decreto Número 90-97*. Guatemala: Organismo Legislativo Congreso de la República de Guatemala.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (1997). Educación para la Salud. Promoción y Educación para la Salud (Quinta conferencia Internacional de Educación de Personas Adultas). Hamburgo: UNESCO.
- Organización Mundial de la Salud OMS, OPS. (2005). 46.o Consejo Directivo 57.a Sesión del Comité Regional. *Derecho a la salud. Políticas de Salud Sexual y Reproductiva. Seguridad Social. Servicios de salud*. (págs. 1-4). Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2002). *Informe sobre la salud*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Recomendaciones Mundiales sobre Actividad Física para la Salud*. Suiza: OMS.
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Subsanar las Desigualdades en una Generación. Alcanzar la Equidad Sanitaria actuando sobre los Determinantes Sociales de la Salud*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Prevención y Control de Enfermedades no transmisibles: aplicación de estrategia mundial*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Defining sexual health Report of technical consultation on sexual health*. Washington, D.C: OMS.

- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1998). La aplicación de teorías y técnicas de las ciencias sociales a la promoción de la salud. *Revista Panamericana de la Salud Pública*. 4, 142-148.
- Organización Panamericana de la Salud. (2006). *Estrategia Regional y Plan de Acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el Control de las Enfermedades Crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud*. . Washington, D.C.: Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2002). *26ª. Conferencia Sanitaria Panamericana de la Salud, Sesión del Comité Regional*. Washington, D.C: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2000). *Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Psicología Comunitaria para la promoción de la salud y prevención de enfermedades en las Américas*. Washington, D.C.: OPS.
- Organization World Health. (2005). *Encuesta Mundial de Salud*. WHO.
- Ortega, P. A. (1997). *Estilos de vida saludable: actividad física. Programa Roche de actualización en cardiología*. Madrid: Ergón, S.A.
- Ospina, J. & Manrique, F. (2007) Prácticas y comportamientos sexuales en estudiantes universitarios. *Rev. Av. Enfermería*, 25(2), 101-111. Recuperado de <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12814>
- Oviedo, G., Morón de Salim, A., Santos, I., & Sequera, S. (2006). *Factores de Riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en estudiantes de la Carrera de Ciencias Médicas*. Venezuela: Universidad de Carabobo.
- Pan, S., Cameron, C., Desmeules, M., Morrison, H., & Craig, C. (2009). *Individual, social, environmental, and physical environmental correlates with physical activity among Canadians: a cross-sectional study*. (Vol. 21). Canadá: BMC Public Health.
- Pastor, Y., Balaguer, I., & García Merita, M. (1998). Una revisión sobre las variables de estilos de vida saludables. *Revista de Psicología de la Salud*, 10(1), 15-52.

- Pastor, Y., Balaguer, I., & García-Merita, M. (1998). Dimensiones del estilo de vida relacionado con la salud en la adolescencia: una revisión. *Revista de Psicología general aplicada*, 51, 469-483.
- Perea Quesada, R. (2002). La educación para la salud. Reto de nuestro tiempo. *Revista Educación XXI*, 4, 15-40.
- Petersen & E. O. Nightingale (Eds.). (1993). *Promoting the health of adolescents: New directions for the twenty-first century*. New York: Oxford University Press.
- Philips, B. A., & F.J., D. (2009). "Cigarette smoking and sleep disturbance" 1995. (Vol. 7). Intern Med.
- Políticas Públicas Vigentes, S. I. (2015). *Segeplan*. Recuperado el 12 de 09 de 2016, Obtenido de http://186.151.231.80/CAPP/wp-content/uploads/2015/09/Políticas_Publicas_vigentes_2015.pdf
- Prochaska, J. &. (1983). *Health promotion in nursing practice*. California: Applenton & Lange.
- Ramos Córdova, J., De León, F., & Aragón García , J. (2015). *Comportamiento epidemiológico de los factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles en estudiantes universitarios: estudio descriptivo, transversal realizado en estudiantes de primer año de la unidad didáctica de física de la facultad de ciencias médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, [Tesis de pregrado]*. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, facultad de ciencias médicas.
- Ramos J., D. L. (2015). *Comportamientos Epidemiológico de los Factores de Riesgo Asociado a Enfermedades Crónicas no Trasmisibles en estudiantes universitarios, USAC*. Guatemala.
- Recinos F. (2006). *Efectos del Acuerdo No. 469-2003 sobre el Tabaquismo en la población universitaria, USAC*. Guatemala.
- Restrepo, H. (2001). *Agenda para la acción en promoción de la salud: Cómo construir vida saludable*. Bogotá: Médica Panamericana.
- Restrepo, H., & Málaga, H. (2001). *Antecedentes históricos de la promoción de la salud. Cómo construir vida saludable*. Bogotá: Médica Panamericana.

- Reyes, J., & otros, &. (2009). *Caracterización del Consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes del Centro Universitario Metropolitano*. Guatemala: USAC.
- RI., M. L. (2009). Prevalencia y factores asociados al hábito sedentario en una población de universitarios. *V Congreso Asociación Española de Ciencias del Deporte*, (pág. 1-8). España.
- Riemsma, R., Pattenden, J., Bridle, C., Sowden, A., Mather, L., & Watt, I. (2002). Stages and processes of change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of consulting and clinical Psychology and Psychotherapy*, 51, 390-395.
- Rosales, M. C. (07 de octubre de 2016). *MINSAL*. Obtenido de <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Panel%20Congreso%20UPS%20Monica%20Castillo%20Rosales%20FINAL.pdf>
- Roth, E. (1990). Aplicación Comunitaria de la Medicina Conductual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 22(1), 27-50.
- Rotter, J. B. (1966). Generalised expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1-28.
- Ruano, C., Melo Pérez, J., & Mogrovejo Freire, L. (2015). Prevalencia de síndrome Metabólico y factores de riesgo asociados en jóvenes universitarios ecuatorianos. *Nutrición Hospitalaria*, 31(4), 1574-1581.
- Sagastume, M. (S/F). *Síntisis Histórica Universidad San Carlos de Guatemala*. Guatemala: USAC.
- Salud Actual. (2005). Recuperado el 03 de 4 de 2016, de Salud Actual: <http://www.saludactual.cl/obesidad/síndromex.php>
- Salud, O. U. (15 de octubre de 2016). *Pan American Health Organization*. Obtenido de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10752&Itemid=41387&lang=es
- Salud., E. N. (2000). *Portal Estadístico del Sistema Nacional de Salud*. Recuperado el 03 de 2014, de Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Obtenido de <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2000>

- San Miguel, F., Guadalupe, M., & Cobo Abreu, C. (2007). Tabaquismo Y Diabetes. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 20(2), 149-158.
- Sea, N. (2006). La etapa universitaria como factor de cambio de hábitos saludables. *Educare21*, 24, 1-6.
- SECCATID. (2003). *Estudio Nacional sobre la Desregulación Psicológica y su Relación con el Uso de Drogas en Adolescentes Guatemaltecos*. Guatemala: SECCATID.
- Secretaria de cordinacion ejecutiva de la presidencia. (2005). *Constitucion Politica de Guatemala*. Guatemala: PLAN.
- SEGEPLAN Politicas Publicas. (12 de noviembre de 2016). *SEGEPLAN*. Obtenido de http://186.151.231.80/CAPP/wp-content/uploads/2015/09/Politicas_Publicas_vigentes_2015.pdf
- SINHA PD. (1993). *Developing positive health lifestyle in school children,Lifestyle. Organization. Jamaica: Caribbean Food & Nutrition Institute - Regional Office of the World Health*. Jamaica: WHO.
- Souza Minayo, M. C. (2009). *La artesanía de la investigación cualitativa*. . Buenos Aires, Argentina: Rahal.
- Souza, M. (2007). *Investigacion social, teoria, metodo y creatividad*. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.
- Troncoso, C., & Amaya, J. (2009). Factores Sociales en las conductas alimentarias de estudiantes universitarios. *Revista Chilena Nutrición*, 36(4), 1090-1097.
- Universidad Católica de Chile, OPS/OMS. (2006). *Guía para Universidades Saludables y Otras Instituciones de Educación*. Chile: OPS.
- Universidad de Colima México. (2007). *Universidad Saludable*. Mexico: Observatorio Universitario de las innovaciones.
- Universidad de Puerto Rico y Universidad de San Carlos de Guatemala. (12 de noviembre de 2016). *AGN*. Obtenido de <http://agn.com.gt/index.php/2016/08/05/la-universidad-de-p-rico-y-la-san-carlos-de-guatemala-promueven-la-salud/>

- Universidad de San Carlos de Guatemala. (2005). Manual de Organización, Políticas Institucionales. (E. Dirección General de Docencia, Recopilador) Guatemala: Editorial Universitaria.
- Universidad del Valle de Guatemala. (2012). Recuperado el 25 de 02 de 2016, de Departamento de Ciencias Sociales, Guatemala., M. e.: Obtenido de www.coedu.usf.edu/zalaquett/cic/mg.html
- Vaez, Marjan, Kristenson, M., & Laflamme, L. (2004). *Perceived quality of life and self-rated health among fist-year university students*. . Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
- Vargas, S. (2011). *Los estilos de vida en salud*. Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- Wallston, K. W. (1978). *Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) scales*. (Vol. 6). Tennessee: Health Education Behavior.
- Weinstein, N. (1988). The Precaution Adoption Process. *Health Psychology*, 7, 355-386.
- Witz, K. (2007). *On developing insights*. Recuperado el 03 de 2014, de Qualitative Inquiry, "Awakening to" and aspect in the other: <http://qix.sagepub.com/cgi/content/abstract/13/2/235>.
- Wong McClure, R., Gregg, E., Barceló, A., Lee, K., Abarca Gómez, L., López, S. & al., e. (2015). Prevalence of metabolic syndrome in Central America: a cross sectional population based study. *Panamericana Salud Pública*. 38(3), 202-208.
- World Health Organization. (2009). Milestones in Health Promotion. Statements from Global. (págs. 1-24). Geneva: World Health Organization.

Abreviaturas

ASI	Asociación de Salud Integral
ASIES	Asociación de Investigación y Estudios Sociales
BCIE	Banco Centro Americano de Integración Económica
BEU	Bienestar Estudiantil Universitaria
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CDC	Centers for Disease Control and Prevention, United States (Centros para el control y la prevención de las enfermedades, Estados Unidos).
CELADE	Centro Latinoamericano de Demografía
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CIDH	Corte Interamericana de Derechos Humanos
CSU	Consejo Superior Universitario
CMCT	Convenio Marco para el Control de Tabaco
CNE	Centro Nacional de Epidemiología
CNE	Centro Nacional de Epidemiología
CONJUVE	Consejo Nacional de la Juventud
CUM	Centro Universitarios Metropolitano
ECNT	Enfermedades Crónicas no transmisibles
ENT	Enfermedades No Transmisibles
ETS	Enfermedades de Transmisión sexual
EV	Estilos de Vida
EVS	Estilos de Vida Saludable
FAO	Food and Agriculture Organization of the United Nations (Organización para la Agricultura y la Alimentación de las Naciones Unidas).
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
INB	Índice de Necesidades Básicas
INE	instituto Nacional de Estadística
IRA	Infección respiratoria aguda
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
ODM	Objetivo de Desarrollo del Milenio
ODS	objetivos del Desarrollo Sostenible
OEA	Organización de Estados Americanos

OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para Desarrollo
POA	Plan Operativo Anual
PRESANCA	Programa Regional de Seguridad Alimentaria y Nutricional para Centro América
PPP	Plan Puebla Panamá
RIUPS	Red Iberoamérica Universidades Promotoras de la Salud
SECATTID	Secretaria Ejecutiva de la Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas,
SEGEPLAN	Secretaria de Planificación y Programación de la Presidencia
SESAN	Secretaria de Seguridad Alimentaria y Nutricional
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SNU	Sistema de Naciones Unidas
UNADE	Unidad de Apoyo y Desarrollo Estudiantil
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UPS	Universidad Promotora en Salud
USAC	Universidad de San Carlos de Guatemala
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
WHO	World Health Organization (Organization Mundial de la Salud)

Anexos

Anexo A: Consentimiento informado



Consentimiento informado

He sido invitado a participar en la Investigación de Tesis Doctoral
**ESTILOS DE VIDA Y SALUD: ESTUDIO DEL CASO DE LOS ESTUDIANTES
DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS UNIVERSIDAD DE SAN
CARLOS DE GUATEMALA**

He comprendido que se me aplicará un cuestionario guía con datos personales para recabar información respecto a los Estilos de Vida y Salud de los estudiantes que se encuentran en 1º, 2º, y 3º año del ciclo escolar de Licenciatura de Médico y Cirujano, en la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala con fines de investigación educativa en salud. Se me ha proporcionado el nombre y dirección de la Doctorando (investigadora) para que pueda ser fácilmente contactada.

He leído y comprendido la información proporcionada o me han sido leídas. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ellas y se ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento, como también que mi nombre no será utilizado en esta investigación ni en ninguna otra ya que es de carácter confidencial.

Nombre del participante: _____

Firma del participante: _____

Lugar y fecha: _____

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y la persona ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que la persona ha dado consentimiento libremente.

Nombre del investigador: _____

Firma del Investigador: _____

Fecha: _____

c.c. participante

Nota: este modelo de consentimiento informado se aplicó a todos los entrevistados.

Anexo B. Instrumentos para Estudiantes



Carta de presentación

Buen (a) día y/o tardes estudiantes de la Licenciatura en Medicina:
Antes de iniciar en la entrevista quiero agradecer desde ya, la atención prestada a la solicitud de participar en el estudio de investigación de Tesis Doctoral “Estilos de Vida y Salud” por lo que confío que será de grandes beneficios para la comunidad estudiantil universitaria de la Facultad de Ciencias Médicas actual, como también a las futuras generaciones que ingresen a nuestra facultad y en consecuencia a la Universidad de San Carlos de Guatemala.

El motivo de realizar esta entrevista como se ha indicado anteriormente es de realizar una Tesis Doctoral, que tiene como objetivo **“Analizar los patrones de comportamiento, estilos de vida y salud de los estudiantes de Licenciatura de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala en el año, 2015-2016”**.

La educación superior en Guatemala, juega un papel preponderante en el desarrollo de nuestro país, sin duda base sustantiva para atenuar la desigualdades sociales, no obstante que pese a que la población estudiantil universitaria representa un capital humano importante para la sociedad, en ocasiones las propias universidades carecen de estrategias concretas que además de favorecer el desempeño académico y profesional de los estudiantes, apoyen el desarrollo integral en su formación como estudiantes (bienestar físico y mental). En este caso los futuros profesionales de la salud (estudiantes) tienen un doble rol en la sociedad por un lado el de cuidar la salud de una población determinada, como también ser el modelo a seguir en salud de dicha sociedad.

Con la información que ustedes proporcionen se considera que será de vital importancia, ya que se generaran los insumos para discutir las acciones que incidan en mejorar la atención que se ofrece a los estudiantes y con ello tengan una atención integral.

Es importante señalar que dicha investigación es con fines de investigación educativa universitaria y no lucrativa, como también que garantizamos absoluto anonimato y secreto profesional que serán utilizadas únicamente para esta investigación.



ESTILOS DE VIDA Y SALUD: ESTUDIO DEL CASO DE LOS ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Guía de entrevista: Dirigido a estudiantes de primero, segundo y tercer año de la licenciatura de Ciencias Médicas de la USAC.

Investigadores:

MSc. Telma Patricia Véliz Estrada
Candidata a Doctora en Sociología
Universidad de Barcelona
Facultad de Ciencias Médicas/ Universidad de San Carlos de Guatemala
Edif. "D" 2º. Nivel, Zona 11 –Centro Universitario Metropolitano-
Tel. 502-42206538

Dra. Nuria Rodríguez Ávila
Directora de Tesis
Profesora del Departamento de Sociología
Universidad de Barcelona

Datos de Control Interno:

No. Guía: _____

Fecha de aplicación: _____

Lugar de Aplicación: _____



FICHA DE IDENTIFICACION No.

Fase I Guía de entrevista con estudiantes y líderes.

Género Edad

Informantes Claves Grupos de discusión
Año que cursa: Primero Segundo Tercero

Grupo de estudiantes (licenciatura en medicina) diez de primer año de la carrera cohorte 2015, diez de segundo año, cohorte 2014 y diez de tercer año cohorte 2013. Ocho líderes estudiantiles (informantes claves). Los grupos están integrados por ambos sexos.

Antes de iniciar debemos mencionar que no hay opiniones correctas ni incorrectas en dicha guía de preguntas, por lo que valoramos tus respuestas de manera integral. Favor de responder con total libertad y honestidad posible.

APARTADO: ESTILO DE VIDA Y SALUD

Se conceptualiza Estilos de Vida como **conjunto de patrones conductuales o hábitos que guardan una estrecha relación con la salud**. En este apartado se evaluarán los siguientes aspectos: Actividad física, consumo de alcohol, drogas (lícitas e ilícitas), actividad sexual y consumo de alimentos.

1. En relación a las actividades físicas, hábitos alimentarios, actividad sexual, consumo de drogas (lícitas e ilícitas) ¿Cómo consideras que es tu estilo de vida?

Actividad física

Se conceptualiza como **“cualquier movimiento corporal realizado por los músculos esqueléticos que produce un gasto de energía”**. La actividad física está presente en todo lo que un individuo hace en su estado de vigilia. El gasto energético vendrá determinado en función del tipo de actividad y el uso que se haga del tiempo libre, si realiza o no algún tipo de ejercicio físico o deporte.

2. ¿Cómo es tu estilo de vida en relación con la actividad física?
¿Realizas alguna actividad dentro del campus universitario?,
Indicar cuál.

Consumo de droga

Se refiere al consumo, aplicación u absorción de dichas sustancias, generando alteraciones en el sistema nervioso central y en el comportamiento. Estas pueden ser consumidas dentro de la universidad y fuera de ella.

3. ¿Cómo es tu estilo de vida en relación con el consumo drogas lícitas (alcohol, cigarro) o ilícitas (mariguana, cocaína, medicinas o pastilla anfetaminas y otras)

Hábitos de alimentos

Los hábitos alimentarios se pueden describir como patrones rutinarios de consumo alimentario. Son tendencias a elegir y consumir unos determinados alimentos y a excluir otros. Lo que comemos y el modo como lo comemos, es decir, el consumo cotidiano de alimentos, estos pueden ser de beneficio a nuestro organismo o perjudiciales.

4. En relación a los hábitos alimenticios ¿Cómo consideras tu alimentación en tu estilo de vida? Explica ¿Por qué?

Actividad Sexual

Es una forma de comunicación, parte de la conducta humana en interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, ética y religiosa o espirituales relacionado con la necesidad y el deseo sexual se complementa con los conceptos de género, identidad sexual y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción.

5. ¿Cómo consideras que es tu estilo de vida en la conducta de prácticas sexuales? ¿Por qué?
6. ¿Qué factores influyen en las prácticas de Estilos de Vida, según tu opinión?
7. ¿Cómo describirías lo que es un estilo de vida saludable?
8. ¿Qué acciones consideras que son importantes para hacer frente a los estilos de vida saludable de la población universitaria?
9. ¿En tu opinión como evalúas las condiciones que la universidad ofrece para optar un estilo de vida saludable? ¿Por qué?
10. ¿Consideras que tu estilo de vida ha cambiado o es el mismo luego de ingresar a la universidad? Sí
¿Por qué?

De los centros de atención al estudiante que existen en la universidad, ¿Cuáles has visitado y como ha sido tu experiencia?

Bienestar Estudiantil (Unidad de Salud, Programa de Estilos de Vida Saludable), Unidad de Apoyo y Desarrollo Estudiantil, (atención psicológica, nutricional y estilos de vida saludable, Clínica de Salud Integral), Departamento de Deportes Facultad, Departamentos de Deportes de la USAC

11. Actividades en las que, participado, indique con una x

Deportivas	
Talleres de Sexualidad	
Atención en Salud	
Jornada de la salud	
Atención en Nutrición	
Cesación de Tabaco	
Talleres de Estilos de Vida Saludable	
Ninguno (a)	
Otros (específica)	

12. En tu opinión ¿Qué acciones se pueden implementar por parte de los centros de apoyo al estudiante que están en la pregunta No. 06 en la universidad que papel pueden hacer centros descritos de la pregunta 6 para mantener los estilos de vida saludables de los estudiantes universitarios?

Observaciones:

--

Anexo C. Instrumentos para tomadores de decisión

Carta de presentación

Buen (a) día y/o tardes Dr. (a) Licenciado (a)

Antes de iniciar en la entrevista, quiero agradecer desde ya, la atención prestada a la solicitud de participar en el estudio de investigación de Tesis Doctoral “Estilos de Vida y Salud” por lo que confío que será de grandes beneficios para la comunidad estudiantil universitaria de la Facultad de Ciencias Médicas actual, como también a las futuras generaciones que ingresen a nuestra facultad y en consecuencia a la Universidad de San Carlos de Guatemala.

El motivo de realizar esta entrevista como ya se ha mencionado anteriormente es de realizar una Tesis Doctoral, que tiene como objetivo “Analizar los patrones de comportamiento, estilos de vida y salud de los estudiantes de Licenciatura de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala en el año, 2015-2016”. Lo cual generaran insumos para discutir las acciones que pueden incidir en mejorar la atención que se ofrece al estudiante dentro de la universidad.

En este sentido, es importante señalar que los jóvenes universitarios se encuentran en un período crítico en sus vidas ya que tienden a disminuir su nivel de actividad física. Las investigaciones señalan que los estudiantes tienen practicas inadecuadas en sus estilos de vida y salud como por ejemplo prácticas de dietas incorrectas lo que favorece el riesgo de desórdenes alimentarios y riesgo para obesidad y sobrepeso, otro factor importante de subrayar es que tienen mayor libertad en su comportamiento por lo que inician a consumir drogas lícitas e ilícitas, como también algunos inician con sus prácticas sexuales, lo que lleva a embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, sin duda estos comportamientos ponen en riesgo su salud e inician a padecer a temprana edad enfermedades crónicas no transmisibles.

Cabe señalar que dicha investigación es con fines de investigación educativa universitaria y no lucrativa, como también que garantizamos absoluto anonimato y secreto profesional que serán utilizadas únicamente para esta investigación.



FICHA DE IDENTIFICACION No.

ESTILOS DE VIDA Y SALUD: ESTUDIO DEL CASO DE LOS ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Guía de tomadores de decisiones:

Autoridades de la Universidad: Rector, Director de Bienestar Estudiantil, Coordinadores de Unidades de Área de Nutrición, Psicología, Cesación de Tabaco, Vida Saludable, Coordinador del Departamento de Deporte, Jefe de la Unidad de Salud, Director de Deportes.

Autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas: Decano, Representante ante el Consejo Superior Universitario, Coordinador de la Unidad de Apoyo y Desarrollo Estudiantil, -UNADE-, Coordinador del Programa de Deportes. Directores y Coordinadores Fase I, II y III.

Investigadores:

MSc. Telma Patricia Véliz Estrada
Candidata a Doctora en Sociología
Universidad de Barcelona
Facultad de Ciencias Médicas - Universidad de San Carlos de Guatemala
Edif. "D" 2º. Nivel, Zona 11 -Centro Universitario Metropolitano-
Tel. 502-42206538

Dra. Nuria Rodríguez Ávila
Directora de Tesis
Profesora del Departamento de Sociología
Universidad de Barcelona

Datos de Control

No. Guía: _____

Fecha de aplicación: _____

Lugar de Aplicación: _____



FICHA DE IDENTIFICACION No.

**Autoridades de la Universidad Percepción de estilos de vida y salud
Tomadores de Decisión**

Se conceptualiza Estilos de Vida como conjunto de patrones conductuales o hábitos que guardan una estrecha relación con la salud. Para iniciar debo indicar que no hay opiniones correctas ni incorrectas en dicha guía de entrevista, por lo que aprecio su respuesta de manera integral. Favor de responder con la mayor libertad y honestidad posible.

1. ¿Cómo observa usted los estilos de vida relacionados con la actividad física, consumo de drogas alcohol y tabaco (lícitas e ilícitas), hábitos alimentarios, conducta sexual y la salud de los estudiantes?
2. En su opinión ¿Qué piensa usted que dependen los estilos de vida de los estudiantes?
3. ¿Qué políticas en salud implementaría con los estudiantes para que tengan un estilo de vida saludable?
4. ¿De qué manera opina usted que se puede motivar a los estudiantes para que tengan un estilo de vida saludable?
5. ¿Considera usted, que los estudiantes de primer ingreso tienen distintos comportamientos en relación a los de segundo y tercer año de licenciatura, en cuanto a su estilo de vida? ¿Por qué?
6. ¿Considera usted que los centros de apoyo al estudiante: Bienestar Estudiantil, (Unidad de Salud), Unidad de Apoyo y Desarrollo Estudiantil –UNADE-, Clínica de Salud Integral, Departamento de Deportes, ¿prestan atención a las preocupaciones de la salud y estilos de vida de los estudiantes? ¿Por qué?
7. En su opinión, ¿Qué debería hacer la Facultad de Ciencias Médicas y en consecuencia USAC de los centros que tiene a su cargo para mejorar y atender la salud de los estudiantes?
8. ¿Cuáles son las prioridades de la Universidad en cuanto a la atención de sus estudiantes?
9. ¿Dentro de las políticas de la Universidad, se tiene contemplada la salud de los de los estudiantes universitarios?
¿De qué manera?



Anexo D. Instrumentos para responsables institucionales

FICHA DE IDENTIFICACION No.

Directores y Coordinadores de fase de la Facultad de Ciencias Médicas

Para iniciar debo indicar que no hay opiniones correctas ni incorrectas en dicha guía de entrevista, por lo que aprecio su respuesta de manera integral. Favor de responder con la mayor libertad y honestidad posible.

1. ¿Considera usted que a los estudiantes les preocupa su estilo de vida relacionados con la actividad física, consumo de drogas alcohol y tabaco (lícitas e ilícitas), hábitos alimentarios, conducta sexual y la salud de los estudiantes?
¿Por qué?
2. ¿Usted tiene conocimientos de los problemas de salud, respecto al estilo de vida que afectan a los estudiantes?
3. ¿A qué atribuye usted esos problemas de salud de los estudiantes?
4. ¿En su opinión cree que esos problemas en los estilos de vida de los estudiantes pueden tener solución al respecto?
¿De qué manera?
5. ¿Qué estilos de vida observa usted en los estudiantes?
6. ¿En el programa que usted tiene a su cargo considera las necesidades de los estudiantes respecto a su Estilo de Vida y Salud?
7. ¿De qué manera opina usted, que se puede motivar a los estudiantes para que tengan un estilo de vida saludable en la universidad?

8. ¿De acuerdo a su experiencia laboral, cuáles serían los factores que intervienen en los estudiantes en sus estilos de vida en la Universidad? ¿Por qué?
 9. ¿Considera usted que los centros de apoyo al estudiante: Bienestar Estudiantil, (Unidad de Salud), Unidad de Apoyo y Desarrollo Estudiantil – UNADE-, Clínica de Salud Integral, Departamento de Deportes, ¿prestan atención a las preocupaciones de la salud y estilos de vida de los estudiantes?
 10. ¿Qué piensa usted que debería hacer la USAC y estos centros para mejorar y atender la salud de los estudiantes?
- Observaciones:



Carta de presentación

Buen (a) día y/o tardes Dr. (a) Licenciado (a)

Antes de iniciar en la entrevista quiero agradecer desde ya, la atención prestada a la solicitud de participar en el estudio de investigación de Tesis Doctoral “Estilos de Vida y Salud” por lo que confío que será de grandes beneficios para la comunidad estudiantil universitaria de la Facultad de Ciencias Médicas actual, como también a las futuras generaciones que ingresen a nuestra facultad y en consecuencia a la Universidad de San Carlos de Guatemala.

El motivo de realizar esta entrevista como se ha indicado anteriormente es de realizar una Tesis Doctoral, que tiene como objetivo “Analizar los patrones de comportamiento, estilos de vida y salud de los estudiantes de Licenciatura de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala en el año, 2015-2016”.

Es estilo de vida saludable es un conjunto de patrones de conductas relacionadas con la salud de una determinada población o sujeto de estudio, por las elecciones que hacen, las opciones con las que cuenta de acuerdo con las oportunidades que le ofrecen su estilo de vida.

Por conductas saludables se entiende aquellas acciones realizadas por un sujeto, que influyen en la probabilidad de tener consecuencias físicas, que repercuten en el bienestar físico, psicológico y social. Llevar a cabo conductas saludables implica por tanto desarrollar un estilo de vida saludable que simpatice por nuestro bienestar.

Nos interesa conocer la percepción de estilos de vida saludable y conductas saludables de los profesionales que atienden a los estudiantes, como también ver las enfermedades que más prevalecen en los estudiantes. Así también, el nivel de demandan que tienen y las posibles motivaciones para que los estudiantes tengan un estilo de vida saludable.

Es importante señalar que dicha investigación es con fines de investigación educativa universitaria y no lucrativa, como también que garantizamos absoluto anonimato y secreto profesional que dicha información serán utilizadas únicamente para esta investigación.



ESTILOS DE VIDA Y SALUD: ESTUDIO DEL CASO DE LOS ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Guía de entrevista individual dirigido: Profesionales Responsables de: Clínicas de Psicología, Nutrición, Salud Integral y Departamento de Deporte.

Investigadores:

MSc. Telma Patricia Véliz Estrada
Candidata a Doctora en Sociología
Universidad de Barcelona
Facultad de Ciencias Médicas/ Universidad de San Carlos de Guatemala
Edif. "D" 2º. Nivel, Zona 11 –Centro Universitario Metropolitano-
Tel. 502-42206538

Dra. Nuria Rodríguez Ávila
Directora de Tesis
Profesora del Departamento de Sociología
Universidad de Barcelona

No. Guía: _____
Fecha de aplicación: _____
Lugar de Aplicación: _____



Anexo H. Instrumentos para servidores en salud y deporte

FICHA DE IDENTIFICACION No.

Indicar el área de responsabilidad

- Clínicas de Psicología,
- Nutrición
- Salud Integral
- Departamento de Deporte.

Para iniciar debo indicar, que no hay respuestas y/o opiniones correctas ni incorrectas en dicha guía de entrevista, por lo que aprecio su respuesta de manera integral. Favor de responder con la mayor libertad y honestidad posible.

1. ¿Cuáles son los problemas de salud que ha observado usted que más afecta a los estudiantes y cuáles podrían ser las causas?
2. ¿La demanda de los servicios en salud que usted ofrece, de acuerdo a la población inscrita en la Universidad y/o Facultad de Ciencias Médicas, como la considera?
3. Alta Mediana Baja
4. ¿Con qué factores los relaciona a dicha demanda?
5. ¿Qué estilos de vida observa usted en los estudiantes que atiende?
6. ¿Cuáles son los problemas salud que más le preocupan en el estudiante?
7. ¿Cómo se puede motivar a los estudiantes para que tengan un estilo de vida saludable desde el punto de vista médico (a)?
8. ¿Considera usted que la universidad ofrece las condiciones para que los estudiantes tengan unos estilos de vida saludables y lo proyecten a la sociedad? Sí No ¿Por qué?

Observaciones:

Índice de Figuras y Tablas

Índice de Figuras

No. Figura	Título	No. Pág.
01	Factores condicionantes de la salud en la población cuatro dimensiones.	36
02	Acciones prioritarias de la OPS.	39
03	Objetivos de la promoción de la Salud desde 1998	40
04	Objetivos del Desarrollo Sostenible, prioridades en Guatemala a reducir	46
05	Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud	61
06	Guía Alimentaria Recomendaciones para alimentación saludable	73
07	Características del estilo de vida de acuerdo a Pastor	96
08	Factores protectores o estilos de vida saludables	99
09	Estructura Organizativa de la Comisca	111
10	Organigrama del Sistema de Salud de Guatemala	115
11	Organigrama Dirección General de Docencia de la USAC	121
12	Procesos del tratamiento de datos cualitativos	143
13	Fases del trabajo de campo	144
14	Mapa de la República de Guatemala	151
15	Organigrama general, Facultad de Ciencias Médicas, USAC	159
16	Malla curricular de Licenciatura en Ciencias Médicas	160
17	Caracterización de Actividad Física	178

Índice de Tablas

Tabla No.	Título	Pág. No.
01	Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM)	42
02	Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) ONU	44
03	Resumen de las principales aportaciones teóricas de América Latina	54
04	Resumen de las principales aportaciones teóricas en el mundo	55
05	Resumen de las principales aportaciones teóricas (continuación)	56
06	Cronología; Universidades Promotoras de la Salud	63
07	Clasificación de actividades físicas por número de pasos	77
08	Acuerdos de cooperación de nivel internacional	108
09	Convenio de cooperación de nivel internacional	109
10	Criterios de inclusión del estudio	146
11	Principales causas de morbilidad (consultas) en adolescentes MSPAS	155
12	Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en Guatemala	156