

Conductas promotoras de salud en estudiantes de una institución de educación superior

RESUMEN

Objetivo: determinar factores predictores que influyen conductas promotoras de salud según modelo de enfermería Pender en estudiantes de una institución de educación superior de Cali, Colombia. **Materiales y métodos:** Diseño descriptivo correlacional, con muestra de 384 estudiantes, aleatoria estratificada, con nivel de confianza de 95% ($\alpha = 0,05$), margen de error del 5%. Las variables fueron la conducta promotora de salud y los factores biopsicosocioculturales. Se aplicaron los instrumentos: escala estilo de vida promotor de salud II para medir la variable dependiente, percepción de autoeficacia, percepción del estado de salud y variables sociodemográficas. **Resultados:** El 50,1% de estudiantes obtuvo conductas promotoras de salud superiores a la media. Las conductas fortalecidas en estudiantes por encima de la media fueron: crecimiento espiritual (61,7%), relaciones interpersonales (53,4%), responsabilidad en salud (50,5%); las deficitarias por debajo de la media, actividad física (46,7%), manejo del estrés (46%) y nutrición (49,6%). Según modelo de regresión múltiple, los factores que predijeron mayor variabilidad en la conducta promotora de salud II, fueron: percepción del estado de salud, autoeficacia y tipo de relación familiar en la vivienda ($R^2 = 11,6\%$, $p < 0,05$). **Conclusión:** estos factores se consideraron con influencia baja sobre la conducta promotora de estudiantes, pero se recomendó tenerlos en cuenta en la promoción del cuidado de estudiantes.

PALABRAS CLAVE

Educación, promoción de la salud, cuidado, estudiantes, enfermería (Fuente: DeCs, Bireme).

Health-promoting Behavior among Students at an Institution of Higher Education

ABSTRACT

Objective: This study was intended to determine the predictive factors that influence health-promoting behavior among students at an institution of higher education in Cali (Colombia), using the Pender model. **Materials and methods:** A descriptive, correlational design was used with a sample of 384 students who were selected at random. The confidence level is 95% ($p \leq .05$) and the margin of

1 Enfermera, PhD. Universidad del Valle, Colombia. ztrivino@correounivalle.edu.co

error, 5%. Health-promoting behavior and bio-psycho-social-cultural factors were the variables. Health-Promoting Lifestyle II was the instrument applied to measure the dependent variable, perceived self-efficacy, perceived state of health and the socio-demographic variables. **Results:** In all, 50.1% of the students in the sample showed above-average health-promoting behavior. The behavior reinforced in above-average students included spiritual growth (61.7%), interpersonal relations (53.4%) and responsibility in health (50.5%). The below-average behavior deficits were physical activity (46.7%), stress management (46%) and nutrition (49.6%). According to a multiple regression model, the factors that predicted greater variability in Health-Promoting Behavior II were, in order of importance, perceived state of health, self-efficacy and type of family relationship at home ($R^2 = 11.6\%$, $p < 0,000$). **Conclusion:** These factors were regarded as having minimal impact on students' health-promoting behavior. However, it is recommended they be taken into account when promoting student care.

KEY WORDS

Education, health promotion, care, students, nursing (Source: DeCs, Bireme).

Conduñas promotoras de saúde em estudantes de uma instituição de educação superior

RESUMO

Objetivo: determinar fatores preditores que influenciam condutas promotoras de saúde segundo modelo Pender em estudantes de uma instituição educativa superior de Cali. **Materiais e métodos:** Desenho descritivo correlacional, com amostra de 384 estudantes, aleatória estratificada, com nível de confiança de 95% ($\alpha = 0,05$), margem de erro de 5%. As variáveis foram a conduta promotora de saúde e os fatores biopsicossocioculturais. Aplicaram-se os instrumentos: escala estilo de vida promotor de saúde II para medir a variável dependente, percepção de autoeficácia, percepção do estado de saúde e variáveis sociodemográficas. **Resultados:** 50,1% de estudantes obtiveram condutas promotoras de saúde superiores à média. As condutas fortalecidas em estudantes acima da média foram: crescimento espiritual (61,7%), relações interpessoais (53,4%), responsabilidade em saúde (50,5%); as deficitárias abaixo da média, atividade física (46,7%), administração do estresse (46%) e nutrição (49,6%). Segundo o modelo de regressão múltipla, os fatores que predisseram maior variabilidade na conduta promotora de saúde II foram: percepção do estado de saúde, autoeficácia e tipo de relação familiar na residência ($R^2 = 11,6\%$, $p < 0,05$). **Conclusão:** estes fatores se consideraram com influência baixa sobre a conduta promotora de estudantes, mas se recomendou considerá-los na promoção do cuidado de estudantes.

PALAVRAS-CHAVE

Educação, promoção da saúde, cuidado, estudantes, enfermagem (Fonte: DeCs, Bireme).

Introducción

El propósito es acercarse más al estudiante universitario que realiza su proceso educativo para identificar las conductas promotoras de salud que realiza y proponer estrategias educativas que lo incentiven y motiven a mejorar patrones de salud y con ello su calidad de vida. De acuerdo con el modelo de Pender, en este estudio se considera trabajar la promoción de la salud como primer enfoque.

En síntesis, coherente con el modelo promotor de salud de Pender (MPS), los estudiantes pueden comprometerse e involucrarse en conductas promotoras de salud (CPS) de las cuales ellos anticipen beneficios personales, se perciban competentes o autoeficaces y con conocimientos previos para ejecutarlas.

Puede considerarse que la promoción de la salud ha sido una preocupación constante en el ser humano. La primera conferencia internacional sobre la promoción de la salud reunida en Ottawa el 21 de noviembre de 1986 emite la carta dirigida a la consecución del objetivo: *Salud para todos* en el año 2000 (1). Esta conferencia fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo. Las discusiones se centraron en las necesidades de los países industrializados y se tuvieron también en cuenta los problemas de las demás regiones. La conferencia tomó como punto de partida los progresos alcanzados como consecuencia de la declaración de Alma de Ata sobre la atención primaria, el documento “Objetivos de la salud para todos” de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y el debate sobre la acción intersectorial para la salud sostenido recientemente en la Asamblea Mundial de la Salud.

La OMS, en 1986 (2), acoge la carta de Ottawa que plantea cinco áreas fundamentales para la promoción de la salud: construcción de políticas públicas saludables, mejoramiento de los entornos o ambientes, fortalecimiento de la participación social, desarrollo de actitudes personales y reorientación de los servicios. De acuerdo con este planteamiento, un área fundamental de promoción de la salud, referida a los entornos y ambientes, se encuentra y encaja con la universidad como el ámbito donde viven la mayor parte de su tiempo los estudiantes. Otra área fundamental está referida al desarrollo de actitudes personales, es aquí donde se necesita el compromiso del estudiante para que desarrolle comportamientos positivos en la promoción de su salud.

Las CPS contribuyen a formar parte del estilo de vida de la población estudiantil, se consideran conductas promotoras de salud, de acuerdo con el planteamiento de la doctora Pender en su escala estilo de vida promotor de salud II: la actividad física, el manejo del estrés, la responsabilidad en salud, las relaciones interpersonales, la nutrición y el crecimiento espiritual (3).

El Ministerio de Salud de Chile, con la finalidad de detener los factores de riesgo y desarrollar conductas promotoras de salud de carácter biopsicosocial y ambiental, en el 2003 inició una reorientación de los servicios sanitarios hacia la promoción de la salud. La mayoría de los hábitos nocivos para la salud adquiridos durante la juventud no se traducen en morbimortalidad durante el periodo de la juventud masiva, sino muchos años después (4).

El Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion mostró que el 73% de la población mundial no practica actividad física o deporte regularmente. Se puede vivenciar una constante disminución de la práctica de actividad física debido a varios factores dentro de los cuales se encuentra la sistematización o automatización de los procesos productivos y de la vida cotidiana (5).

En cuanto a alimentación saludable, Pich (6) encontró que el 85% de los estudiantes universitarios no desayunan, lo que se constituye en un problema, ya que las respuestas fisiológicas del organismo como consecuencia de los niveles bajos de energía (glucosa) se traducen en disminución de los niveles de concentración y estado de alerta en el estudiante. Otro factor importante es el consumo de comidas rápidas y de menor costo, frecuente en esta población. Asimismo, uno de los términos más usados hoy en día es el de dieta, y la razón principal por la que esta se ha transformado casi en una moda es por el efecto que tiene en la imagen corporal, sin embargo, los estudiantes no miden las consecuencias que una dieta desequilibrada puede ocasionar; uno de cada cuatro adolescentes, ha hecho o ha intentado hacer dieta en alguna ocasión.

En el ámbito universitario se presentan varios factores de riesgo para sufrir trastornos del comportamiento alimentario, tales como crisis depresivas, estrés y ansiedad, factores que disminuyen la calidad de vida y la capacidad de aprendizaje en el estudiante (7). En el 85% de los casos, la edad promedio de los inicios de los trastornos alimenticios se presenta entre los 13 y 20 años (8), edad en que se encuentran los jóvenes universitarios.

En Latinoamérica la prevalencia de estrés es de hasta un 64,5% en estudiantes que presentan un mayor número de síntomas relacionados con el estrés de la población general (9).

En Caldas, Colombia, debido al bajo nivel cultural, económico y educativo de la población, en lo que tiene que ver con la responsabilidad en salud se presenta el fenómeno de la automedicación, lo que trae consecuencias tales como el aumento de los costos y reacciones adversas secundarias generando también condiciones negativas en el bienestar o la calidad de vida (10).

En cuanto a las relaciones interpersonales, un buen número de investigaciones basadas en entrevistas y observaciones de la vida académica de las estudiantes demuestran que las alumnas se sienten sumamente cohibidas y oprimidas por sus profesores (11).

En Colombia el 11% de los adultos menores de 24 años fuman, y 4% son exfumadores (12). Se reporta también que el promedio de edad de inicio del consumo de alcohol corresponde a los 13 años (13).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) (14), en la Conferencia Sanitaria Panamericana, aclara que la promoción de la salud es concebida cada vez en mayor grado como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva. En el sector educativo, las universidades pueden facilitar el desarrollo de mejores condiciones de salud de los estudiantes a través de estrategias en su malla curricular, con seminarios, talleres y dinámicas de incorporación de conductas promotoras de salud en sus estudiantes.

Hoy en día se reconoce que la aplicación activa de las estrategias de promoción de la salud es esencial para prevenir gran parte las enfermedades que siguen aquejando a las Américas, así como para mantener una mente sana en un cuerpo sano.

Meda *et al.* (15) expresaron que la promoción de salud en el ámbito escolar constituye un valor agregado al de por sí ya extraordinario valor que tiene la escuela. Se reconoce la importancia del estudio de los estilos de vida como un indicador de riesgo de diversas enfermedades o causas de muerte, ya que el estilo de vida representa un conjunto de conductas relacionadas con la salud,

de valores y actitudes adoptadas por el sujeto en respuesta a su ambiente social, cultural y económico.

En el transcurso de los años las personas van desarrollando ciertos estilos de vida que se van sistematizando como un proceso de aprendizaje por asimilación o imitación de modelos o patrones familiares de grupos. Todo ello orienta las concepciones, los criterios y las decisiones de los individuos, su tiempo, energía física y psíquica, además de sus relaciones con otras esferas de su vida (16). Este estudio propuso el modelo promotor de salud de Pender (MPS), una de las teorías de la disciplina de enfermería, como guía para su desarrollo.

El MPS integra constructos desde la teoría de expectativas-valores y la teoría del aprendizaje social (teoría cognitiva social), dentro de una perspectiva de enfermería. La teoría cognitiva social presenta un modelo de interacción de causalidad en el cual eventos ambientales, factores personales y conducta actúan como determinantes recíprocos de cada uno. En esta interacción de causalidad, las creencias propias formadas a través de autoobservación y pensamiento autorreflexivo influyen poderosamente el funcionamiento humano (17).

La teoría de expectativas y valores se basa en la motivación humana de Feather (18). De acuerdo con el modelo de expectativas y valores la conducta es racional y económica, no se desgasta; específicamente una persona se involucra en una acción y persiste en ella cuando el valor de la acción es positivo y personal, y cuando la información que posee le motiva a seguir un curso de acción que probablemente le traerá el resultado deseado.

Este estudio da importancia a la evaluación subjetiva que realizaron los estudiantes sobre sus conductas, para que ellos en su autonomía reconozcan la importancia de esta y se motiven hacia una conducta promotora de salud para su mejor calidad de vida.

Entre otros supuestos la teoría del modelo Pender plantea que las personas tienen la capacidad de autoconciencia reflexiva incluyendo la valoración de sus propias competencias; los individuos buscan regular su propia conducta en forma activa; estos, en toda su complejidad biopsicosocial, interactúan con su ambiente progresivamente transformándolo y siendo transformados a través del tiempo, la reconfiguración autoiniciada de patrones interactivos persona-ambiente es esencial (17).

Las propuestas teóricas del modelo de promoción de salud (MPS) de Pender son, entre otras: conductas previas y características heredadas o adquiridas influyen las creencias, los afectos y los surgimientos de conductas promotoras de salud; las personas se comprometen a involucrarse en conductas de las cuales ellas anticipan y derivan beneficios personalmente valorados; las barreras percibidas pueden impedir el compromiso con la acción, un mediador de la conducta, así como la conducta real; la percepción de competencia o autoeficacia para ejecutar una conducta dada incrementa la posibilidad de compromiso con la acción y actual realización de la conducta; una mayor percepción de autoeficacia resulta en menos barreras percibidas hacia una conducta específica de salud; el afecto positivo hacia la conducta resulta en una mayor autoeficacia percibida, la cual a su vez resulta en aumento de dicho afecto; cuando las emociones positivas o el afecto se asocian con una conducta, la probabilidad de compromiso y acción aumentan; es más posible que las personas se comprometan e involucren en conductas promotoras de salud cuando otros modelos significativos de conducta esperan que esta ocurra, y proveen asistencia y apoyo para facilitarla; familiares, pares y proveedores de cuidado son fuente importante de influencias interpersonales que pueden incrementar o decrecer el compromiso para involucrarse en conductas promotoras de salud; influencias situacionales en el ambiente externo pueden aumentar o decrecer el compromiso o la participación en conductas promotoras de salud; mientras mayor sea el compromiso con un plan específico de acción, hay mayor probabilidad de que las conductas promotoras de salud se mantengan a través del tiempo; el compromiso con un plan de acción tiene menos probabilidad de resultar en la conducta deseada en situaciones de emergencia como también cuando se presentan actividades más atractivas y preferidas sobre la conducta objetivo; las personas pueden modificar cogniciones, afectos y ambientes interpersonales y físicos a fin de crear incentivos para las acciones de salud.

El propósito de este estudio fue determinar los factores que predicen conductas promotoras de salud de los estudiantes de una institución de nivel superior de Cali 2007, según el modelo Pender, identificando el perfil de estudiantes con CPS suficientes y con déficit.

Materiales y métodos

Estudio descriptivo-correlacional, con una muestra constituida por 384 estudiantes registrados y matriculados financiera y

académicamente en una institución de educación superior de Cali, sede diurna. Muestra probabilística con un nivel de confianza de 95% ($p \leq 0,05$) con margen de error del 5%. Se realizó muestreo aleatorio estratificado por programas, en donde los tamaños de las submuestras son proporcionales a los tamaños de los estratos en la población de estudiantes de la modalidad diurna de la institución, así: económicas empresariales 322 (13%), ingeniería 124 (5%); derecho 297 (12%); comunicación 310 (12,5%); salud 1414 (57%), y educación 50 (2%).

Los criterios de inclusión fueron los estudiantes registrados y matriculados, según base de datos de la oficina de registro y control académico y financiero de la institución, sede diurna; los de exclusión fueron los estudiantes ingresados por transferencia de otras instituciones, aquellos que estuvieran realizando pasantías en el momento de aplicar la encuesta y aquellos que no firmaron o de quienes no se obtuvo el consentimiento informado por sus padres o tutores.

Los datos se obtuvieron a partir de la aplicación de los instrumentos: escala estilo de vida promotor de salud (EVPS II) de Pender (3), la cual ha sido validada en el contexto latinoamericano, presenta un alfa de Cronbach de 0,93, y su validez fue reportada por análisis factorial de componentes principales y ha sido utilizada en el contexto de mujeres caleñas por Triviño, Stiepovich y Merino en el 2007 (19). La escala está estructurada por 52 ítems con opciones de respuesta tipo Likert. La escala presenta seis subdimensiones: crecimiento espiritual, manejo del estrés, actividad física, relaciones interpersonales, nutrición y responsabilidad en salud, con esta se midió la variable dependiente (CPS). Las variables independientes fueron: biológicas (peso, edad y sexo), psicológicas (percepción de autoeficacia, estado de salud percibido), socioculturales (etnia, estado civil, estrato social, facultad, semestre, procedencia, tenencia de hijos y tipo de relación familiar en la vivienda).

El estado de salud percibido de Recker y Wong (20) reporta un alfa de Cronbach de 0,78 a 0,83, y percepción de autoeficacia; Schwarzer y Blaber (21) reportan un alfa de Cronbach de 0,75 a 0,91 y validez de constructo; desde una perspectiva de enfermería, el elemento teórico del constructo del aprendizaje social, la motivación, es la base conceptual del MPS de Pender, constituido por factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales que al interactuar con las características y las experiencias

individuales producen respuestas específicas de conducta y un resultado final en esta. La percepción del estado de salud permite medir la presencia de emociones positivas, felicidad, satisfacción, alegría y ausencia de emociones negativas como ansiedad, depresión y miedo; estas experiencias individuales también producen respuestas y resultados en la conducta de las personas; de otra parte, el MPS de Pender, la ubica en la dimensión psicológica del constructo teórico.

El cuestionario estructurado con variables sociodemográficas fue elaborado por la autora de este estudio. El procedimiento de recolección de datos fue diligenciado por estudiantes de VIII semestre de enfermería y medicina de la institución de educación superior de Cali, debidamente preparados para ese efecto. Para el procesamiento de datos se utilizó programa SPSS 15.

En el procesamiento y la recolección de datos, una vez diseñado el instrumento, fueron sometidos a prueba piloto la cual se realizó con estudiantes de otra institución de nivel superior, lo que permitió realizar los respectivos ajustes al instrumento. Para la recolección de la información se procedió a tomar los listados de alumnos matriculados de cada curso seleccionado, estos fueron numerados y se sacó de una bolsa el número correspondiente al estudiante seleccionado, si en el momento no se encontraba en el aula fue reemplazado por el número siguiente. De esta manera se obtuvo en cada curso el número de estudiantes establecido por facultad y semestres en la muestra total. Luego se procedió a diligenciar las encuestas.

Se contó con el aval del comité de Ética de la Facultad de Salud de la institución de educación superior. El análisis de los datos se planteó en términos de análisis descriptivo de las variables a partir de medidas de tendencia central y de variabilidad. Para la determinación de los factores que permiten predecir las conductas promotoras de salud se utilizó el análisis multivariado para determinar los factores que influyen porcentualmente en la variabilidad de la conducta promotora de salud en los estudiantes.

El análisis de regresión permitió observar, además, la variable con mayor capacidad predictiva, es decir, la que define mayor variabilidad; para el establecimiento del perfil de conductas promotoras de salud de los estudiantes de la institución de educación superior.

Resultados

Tabla 1. Descriptivo de las subdimensiones de escala estilo de vida promotor de salud II de Pender en estudiantes de una institución educativa superior de Cali, 2007

Subdimensión de la Escala EVPS II	N	M/M ¹ Teórico	Empírico mínimo	Empírico máximo	Media	Desv. tip.	< media ≥ media (%)
Crecimiento espiritual	384	9/36	25	36,00	33,7	2,4	38,3-61,7
Manejo del estrés	383	8/32	17,00	32,00	25,9	2,8	54-46
Actividad física	383	8/32	16,00	32,00	24,1	4,1	53,3-46,7
Relaciones interpersonales	384	9/36	19,00	36,00	32,3	2,7	46,6-53,4
Nutrición	383	9/36	18,00	36,00	28,3	3,4	50,4-49,6
Responsabilidad en salud	384	9/36	19,00	36,00	29,3	3,7	49,5-50,5
CPS	381	52/208	119	208	173,6	13,7	49,9-50,1

Fuente: Conductas Promotoras de Salud de los estudiantes de una institución educativa superior de Cali, 2007. 1: M/M = máximo/mínimo.

La tabla 1 presenta el análisis descriptivo de los puntajes alcanzados por los estudiantes en la Conducta Promotora de Salud según subescalas, de la escala estilo de vida promotor de salud (EVPS II) de Pender.

La escala que midió la conducta promotora de salud fue tipo Likert, constituida por 52 ítems. Cada ítem de esta escala permite calificaciones de 1 a 4 según grado de concordancia con la afirmación indicada, donde 1 es igual a nunca; 2 corresponde a algunas veces; 3 es frecuentemente y 4 siempre. Como el total de preguntas en la escala es de 52, el puntaje total podría variar entre los valores de 52 a 208. La columna titulada M/M teórico muestra los valores mínimos y máximos teóricos posibles; mientras que las columnas de empírico mínimo y empírico máximo muestran los valores reales.

El 61,7% de los estudiantes obtuvieron puntajes por encima de la media (33,6), esta subescala presenta un alto promedio en los estudiantes con la conducta de espiritualidad.

El 54% de los estudiantes obtuvieron puntajes por debajo de la media (25,89). Los estudiantes presentaron un promedio bajo en su conducta de manejo del estrés. En la subescala de actividad física se observó alta variabilidad, el 53,3% de los estudiantes obtuvieron puntajes por debajo de la media (24,1). Los estudiantes presentaron un promedio bajo en su conducta de actividad física.

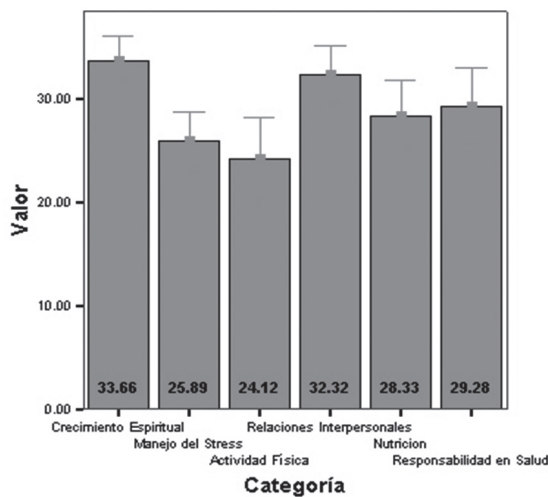
En cuanto a relaciones interpersonales se evidenció un promedio alto en esta conducta. En cuanto a la subescala de nutrición se observó alta variabilidad, el 50,4% de los estudiantes obtuvieron puntajes por debajo de la media (24,1). Los estudiantes presentaron un promedio bajo en la conducta de nutrición.

En cuanto a responsabilidad en salud, el 50,5% de los estudiantes obtuvieron puntajes por encima de la media (29,7), un promedio alto en su conducta de responsabilidad en salud.

Los valores alcanzados por los estudiantes en cuanto a las conductas promotoras de salud para la escala, con un N de 381, tuvieron un puntaje mínimo de 119 y un máximo de 208 puntos, de un teórico de 52/208. El promedio de escala observada fue de 173.57 puntos.

La figura 1 presenta las subdimensiones de la escala Estilo de Vida Promotor de Salud (EVPS II) de Pender, donde se observa que la conducta con más alto puntaje fue la de crecimiento espiritual.

Figura 1. Subdimensiones de la escala EVPS II de Pender



La regresión bivariada relacionó la conducta promotora de salud con cada una de las variables del estudio encontrándose relaciones significativas en las siguientes: relación familiar en la vivienda ($p = 0,032$), percepción del estado de salud ($p = 0,000$), percepción de autoeficacia ($p = 0,000$) y consumo de tabaco ($p = 0,008$), indicando que estas variables entrarían en el análisis posterior, entre las no significativas están: estrato ($p = 0,123$), facultad ($p = 0,339$), semestre ($p = 0,690$), estado civil ($p = 0,073$), tenencia de hijos ($p = 0,0944$), trabajo ($p = 0,727$), consumo de bebidas alcohólicas ($p = 0,522$), sexo ($p = 0,0315$), edad ($p = 0,927$), peso ($p = 0,984$),

Tabla 2. Análisis multivariado de predictores de la variable CPS en estudiantes de una institución educativa superior de Cali, 2007

Predictores	SS. total	SS model	gl	R ²	p
Percepción del estado de salud + Percepción de autoeficacia + Relación familiar en la vivienda	71,487.726	8265,714	3	0,116	0,000

Fuente: Conductas Promotoras de Salud de los estudiantes de una institución de educación superior de Cali, 2007.

Al estimar el modelo de regresión se generó el modelo óptimo seleccionando como variables independientes aquellas que tuvieron la más alta correlación observada. En el análisis multivariado los predictores: percepción del estado de salud, percepción de autoeficacia y el tipo de relación familiar que se da en la vivienda de los estudiantes alcanzan el 11,6% de la explicación en la variabilidad de la conducta promotora de salud en los estudiantes.

Tabla 3. Valores estimados de los parámetros del modelo de regresión próximos a la CPS

Variables modelo	Coefficientes estandarizados	t	Sig.
	Beta	B	Error típ.
(Constante)		20,710	0,000
Percepción del estado de salud	0,216	4,408	0,000
Autoeficacia	0,188	3,817	0,000
Dummy_vivienda 1	0,161	3,319	0,001

Fuente: Conductas Promotoras de Salud de los Estudiantes de una institución de Educación Superior de Cali, 2007.

Los coeficientes beta de percepción del estado de salud, percepción de autoeficacia y relación familiar en la vivienda del estudiante son significativos frente al valor cero; es decir, tienen capacidad de influenciar la variable dependiente, conducta promotora de salud.

Análisis y discusión

En cuanto al perfil de los estudiantes de la institución educativa superior de Cali, 2007, la mayor frecuencia de los estudiantes pertenece al estrato 3, con un 45,3%, coherente con lo reportado por el DANE (22), donde la mayor proporción de la población de Cali corresponde a este estrato. Llama la atención que estratos altos aparecen en esta población de estudiantes, aunque en menor proporción; al respecto es necesario analizar que muchos de los estudiantes acceden a créditos educativos, los cuales permiten que los de estrato bajo y medio accedan a la educación superior en esta institución privada. La facultad de salud presenta el mayor número de estudiantes posiblemente debido a que tiene el mayor número de programas; esta característica no coincide con lo reportado por el diario *El Tiempo* (23), donde se informa que los estudiantes tienen sus preferencias hacia las carreras de administración de empresas, mercadeo, economía y negocios internacionales.

Hay presencia de estudiantes de otras regiones del país, sobre todo del suroccidente, lo cual muestra que la institución tiene aceptación en el área del suroccidente del país. Las tres cuartas partes de los estudiantes son solteros, lo que se observa como un factor protector para el desarrollo de sus actividades académicas. Los estudiantes viven con sus padres, sin embargo, mencionaron que les gustaría tener la oportunidad de vivir aparte, teniendo más autonomía y decisiones, este hecho se presenta como una tendencia muy contemporánea y en aumento, reflejada en la convivencia con amigos en apartamentos o apartaestudios.

El promedio de edad de los estudiantes es de 21 años, dato que corresponde a la etapa final de la adolescencia (24), acorde con lo reportado por Huertas *et al.*, donde el promedio de edad fue entre 17 y 21 años (25), lo cual permite analizar que los estudiantes son jóvenes y posiblemente esto permite que su rendimiento académico sea mejor y que ingresen temprano a la etapa productiva. No tienen hijos en un 93,2%, siendo igualmente un factor protector a nivel de sus responsabilidades personales y académicas. La mayor parte de ellos no trabaja y es lo ideal para

lograr un rendimiento óptimo en su proceso de enseñanza-aprendizaje (26), sin embargo, el 11,5% sí trabaja (27). Los estudiantes declaran consumir tres comidas diarias.

En cuanto a la actividad física, más del 50% de los estudiantes no realizan dicha actividad, hallazgo que coincide con lo reportado en el estudio sobre actividad física en estudiantes universitarios (28, 29); los estudiantes de la institución de educación superior de Cali declararon disminuir las actividades físicas por falta de tiempo, alta carga curricular o no les gusta. Así también registran poca actividad recreativa en un 65,6%, este hallazgo posiblemente termina en un aprendizaje menos productivo y placentero.

Los estudiantes en mayor proporción (70,8%) consumen bebidas alcohólicas y en promedio iniciaron su consumo a los 16 años, porcentaje que está por encima del promedio de consumo en la población colombiana estudiada por Martínez *et al.* (30). En cuanto al consumo de tabaco lo hacen en menor proporción, y aquellos que fuman iniciaron este hábito a los 16 años; este dato se corrobora con los hallazgos obtenidos por Tafur *et al.* (12), lo cual no contribuye a una conducta promotora de salud. La mayor proporción de estudiantes tiene un sistema de seguridad social en salud.

Perfil de las conductas promotoras de salud en los estudiantes de la institución

Con relación a la conducta de crecimiento espiritual los estudiantes presentan una alta espiritualidad puesto que sienten que su vida tiene un propósito, creen en un ser superior sin importar la religiosidad; este hallazgo fue inesperado considerando que el reporte de los estudios publicados por Gurucharri (31) y Benjamins (32) menciona que las personas adultas tienen mejores conductas de espiritualidad mas no los adolescentes. Los jóvenes poseen una alta conducta de espiritualidad, sentirse en paz consigo mismos produce tranquilidad; se somete a discusión ese nivel de espiritualidad en el sentido que el estudiante actual puede tener mayor autodeterminación y autorregulación como plantea el MPS, con relación a estudiantes de otras épocas. En cuanto a la conducta de manejo del estrés el comportamiento reportado por los estudiantes fue bajo, dato que se corrobora con los estudios reportados por Marty, Lavín y Figueroa (9); es muy posible, y se somete a discusión, el hecho de que los currículos muy cargados no son flexibles, el tiempo independiente de los estudiantes no se respeta, y los cursos electivos no son suficientes; estas situacio-

nes son barreras percibidas por los estudiantes de acuerdo con el MPS, que sumadas a la baja actividad física poco facilitan las conductas promotoras de salud dentro del proceso enseñanza-aprendizaje, como la generación de estilos de vida saludables a futuro. Se somete a discusión el que las directivas de las instituciones de educación superior deben revisar sus estructuras curriculares, respetar el estudio independiente de los estudiantes, apoyar acciones para minimizar el estrés a través de electivas de interés de los jóvenes, comprometiéndose con la implementación de instituciones con ambientes saludables de facto, como lo contempla la carta de Ottawa en cuanto a los cinco determinantes para el mejoramiento de los entornos o ambientes saludables.

El nivel de actividad física es bajo, hallazgo que coincide con lo reportado por otras investigaciones en estudiantes universitarios (28, 29). Posiblemente los estudiantes no anticipan beneficios personales, no se perciben competentes o autoeficaces y presentan barreras percibidas para ejecutar la conducta de actividad física; también puede considerarse el hecho de que los estudiantes no se comprometen en esta conducta debido a los procesos de automatización, que actúan en el poco afecto percibido y como una barrera para que se produzca el resultado final en la conducta de actividad física. En cuanto a las relaciones interpersonales en los estudiantes la calificación fue alta, es decir, positiva; se evidencia que estos tienen pocos problemas en relacionarse, se discute que posiblemente este hallazgo neutralice las altas cargas de estrés encontradas.

La conducta nutricional fue baja en sus promedios; este comportamiento es el esperado teniendo en cuenta que los estudiantes comen a deshoras, aunque reportan comer las tres raciones diarias. Es discutible la situación económica la cual pesa en el consumo ideal de alimentos nutritivos. Por otra parte, los estudiantes no tienen incorporada la conducta nutricional de combinar los alimentos de la pirámide alimenticia y consumen muchas comidas rápidas; la institución educativa podría proponer mayores espacios de comida nutritiva y asignaturas electivas al respecto. Se somete a discusión que al incorporar estas acciones posiblemente se logre mejorar la percepción cognitiva de los estudiantes frente a mejor nutrición y se motive a lograr esta conducta. De acuerdo con el MPS de Pender los estudiantes se involucran en conductas de las cuales ellos anticipan beneficios personalmente valorados. El reporte de esta inadecuada conducta nutricional coincide con lo reportado, entre otros, por Montero *et al.* (33).

La conducta de responsabilidad en salud se mostró por encima del promedio, posiblemente por sus conocimientos en el área y el miedo a presentar problemas al respecto. Este hallazgo es discutible porque aún existe un gran porcentaje (49,5%) de estudiantes que no presentan suficientes CPS en responsabilidad; probablemente tienen los conocimientos pero no son autoeficaces para desarrollar la conducta de responsabilidad en salud o no presentan alta expectativa de interés en lograrla.

En cuanto al análisis multivariado, los factores predictores que influyen en la variabilidad de la CPS evidenciaron la percepción del estado de salud, la percepción de autoeficacia y el tipo de relación familiar en la vivienda. Este hallazgo puede ser explicado por la capacidad que las personas tienen de autorregularse en su conducta como lo plantea Pender; de otra forma, si los jóvenes se perciben sanos y tienen habilidad para valorar sus propias competencias, se posibilita que la percepción de salud y autoeficacia influyeran en gran medida la conducta promotora de salud en los estudiantes. En cuanto a la percepción del estado de salud, este hallazgo coincide con lo reportado por Triviño, Stiepovich y Merino (19) quienes en su estudio sobre conductas promotoras de salud encontraron como mayor predictor de la CPS la percepción del estado de salud y la autoeficacia, aunque realizaron el estudio en una muestra diferente; la percepción del estado de salud para el presente estudio fue el predictor que produjo la mayor fuerza en la variabilidad de la CPS. La variable tipo de relación familiar es un hallazgo nuevo y se discute que el hecho de vivir con la familia posiblemente es mejor debido al cuidado proporcionado al estudiante en la convivencia familiar, el amor en relación con sus hábitos nutricionales, las normas, los valores, el compromiso y la responsabilidad en su actitud. Es importante analizar que entre estos factores predictores solo se obtuvo un porcentaje de explicación de la variable CPS de 11,6% que, aunque se considera bajo, se debe tener en cuenta porque son factores predictores y todos son susceptibles de intervenir a nivel de los estudiantes, institución y familia.

Conclusiones

Los factores que predicen conductas promotoras de salud en los estudiantes son la percepción del estado de salud, la percepción de autoeficacia y el tipo de relación familiar en la vivienda, los cuales producen una variabilidad del 11,6% sobre la conducta promotora de salud; aunque esta variabilidad se consideró baja,

se recomienda tenerla en cuenta en la promoción de la salud y en el cuidado de los estudiantes.

A nivel de los programas de instituciones de educación superior de Cali se recomienda incluir en los respectivos diseños curriculares electivos sobre nutrición adecuada, manejo del estrés y manejo del tiempo libre, talleres sobre mantenimiento de autoeficacia, autoestima, autoconocimiento e importancia de la actividad física. Asimismo, se sugiere revisar la malla

curricular en cuanto al respeto por los espacios de tiempo independiente de los estudiantes para actividades diferentes a las curriculares.

Al programa de Enfermería se le recomienda trabajar en la asignatura de promoción de la salud las dimensiones de Pender como una opción para incorporar conductas promotoras de salud en los estudiantes y así potenciarlas en el colectivo hacia estilos de vida saludables.

Referencias

1. OMS/OPS. Carta de Ottawa [serial on line] 1986. [Visitado 2008 jun. 24]. Disponible en: www.cepis.opsoms.org/bvs-deps/fulltex/confi.pdf
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Documentos de Salud. Declaración de Alma Ata. Washington D.C.; 1978.
3. Walker S, Kerr MJ, Pender NJ, Sechrist KR. A Spanish language version of the Health-Promoting Lifestyle Profile. *Nursing Research* 1990;39(5):268-273.
4. Cid P, Merino J, Stieповich J. Factores biológicos y psicosociales Predictores del estilo de Vida Promotor de Salud. *Rev Med Chile* 2006;134(12):1491-1499.
5. Velásquez M, Torres D, Sánchez H. Análisis psicológico de la actividad física en estudiantes de la Universidad Nacional. Bogotá, Colombia. *Rev. de salud pública* 2006;8(2):1-16.
6. Pich J. Alimentación en adolescentes [serial on line] 2003. [Consultado el 3 de septiembre de 2006]. Disponible en: www.uib.es/servei/comunicacio/sc/projectes/arxiu/nousprojectes/aliment/alimentcast.pdf
7. Fandiño A, Giraldo S, Martínez C, Aux P, Espinosa R. Factores asociados con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios en Cali, Colombia. *Colomb Med* 2007;38(4):344-351.
8. Behar R, González T, Rivera N. Detección de actitudes y conductas predisponentes a trastornos alimentarios en estudiantes de enseñanza media de tres colegios particulares de Viña del mar. *Chilena de Nutrición* 2007;34(3):1-14.
9. Marty MC, Lavin M, Figueroa M. Prevalencia de estrés en estudiantes del área de salud de la universidad de los Andes. *Chilena de Neuro-psiquiatría* 2005;43(1):24-32.
10. Buriticá O, Giraldo AM, Franco D, Cañas A, Giraldo J. Automedicación en estudiantes de la Universidad de Caldas. *Ciencias Básicas de la Salud* 2002;1:7-14.
11. Medina J. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Barcelona: Laertes; 1999.
12. Tafur LA, Ordóñez G, Millán JC, Varela JM, Rebellón P. Prevalencia de tabaquismo en estudiantes recién ingresados de la Universidad Santiago de Cali. *Colomb Med* 2006;37:126-132.
13. Herrán F, Ardila MF. Consumo de alcohol, riesgo de alcoholismo, y alcoholismo en Bucaramanga Colombia. *Colomb Med* 2002;28(1):1-4.
14. OPS. Promoción de la Salud [serial on line] 1990 [Consultado el 2 de septiembre de 2005]. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/D/ops98-02_Ch05.pdf
15. Meda R, Moreno B, Morales M, Torres P, Lara B, Nava G. Creencias de salud-enfermedad en estudiantes universitarios. *Educación y Desarrollo* 2004;3:31-37.
16. Flórez L. Cuestionario de estilo de vida promotor de la salud. *Boletín de la Asociación Colombiana de Psicología de la Salud* 1994;3:16-22.

17. Pender N, Murdaugh C, Parson M. Health Promotion in Nursing Practice. 4 Edition. New Jersey: Prentice; 2002.
18. Feather NT. Expectations and Actions: Expectancy-value Models in Psychology. Hillsdale: LEA; 1982.
19. Triviño Z, Stieповich J, Merino J. Factores predictores de conductas promotoras de salud en mujeres peri-postmenopáusicas de Cali, Colombia. *Colom Med* 2007;38(4):395-407.
20. Recker GT, Wong P. Psychological and physical Well-being in the elderly; the perceived Will-being Scale (PWB). *Canadian Journal on Aging* 1984;3(1):23-32.
21. Schwarzer R, Babler. Spanish adaptation of the general perceived self-efficacy. [Consultado el 30 de abril de 2002]. Disponible en: www.RalfSchwarzer.de/.
22. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Censo de población [serie on line] 2005. [Consultado el 20 de enero de 2006]. Disponible en: www.dane.gov.co/censo.
23. El tiempo. Las carreras más apetecidas por los estudiantes [serial on line] 2008 [Consultado el 21 de febrero de 2009]. Disponible en: www.universia.net.co/que estudiar/destacado.
24. Onusida. Adolescentes [serial on line] 2009. [Consultado el 18 de marzo de 2009]. Disponible en: www.ONUSIDA.ORG.CO.
25. Huertas CA, Caro PD, Vásquez AM, Vélez JS. Consumo cultural y uso del tiempo libre en estudiantes lasallistas. *Lasallista de investig* 2008;5(2):36-47.
26. Porto A, Di Grecia L. Rendimiento en estudiantes universitarios y sus determinantes. Universidad Nacional de la Plata: Argentina. UNLP; 2001.
27. Revista la Nación. Estudian y trabajan cuatro de cada diez universitarios [serial on line] 2001 [Consultado el 20 de marzo de 2008]. Disponible en: www.lanacion.com.ar/nota.aspnota
28. Martins MH, De Castro Ch, De Santana G, Oliveira S. Estado nutricional, medidas antropométricas, nivel socioeconómico y actividad física en estudiantes brasileños. *Nutrición Hospitalaria* 2008;23(3):234-241.
29. López J, González M, Gutiérrez M. Actividad física en estudiantes universitarios: prevalencia, características y tendencia. *Med Int Mex* 2006;22(3):189-196.
30. Martínez JA, Amaya W, Campillo H, Díaz LA, Campo A. Consumo diario de cigarrillo en adolescentes estudiantes; factores psicosociales relacionados con el género. *Latino-Americana Enfermagen* 2008;16(5):37-52.
31. Gurucharri MV. Algunas reflexiones sobre la religiosidad de los jóvenes universitarios. *Sociedad y Religión* 2006;14(15):13-17.
32. Benjamins RM. Religious Influences on Preventive Health Care Use in a Nationally Representative Sample of Middle-Age Women. *Journal of Behavioral Medicine* 2006;29(1):1.
33. Montero A, Martin U, García A. Evaluación de los hábitos alimentarios de una población de estudiantes universitarios en relación con sus conocimientos nutricionales. *Nutr Hosp* 2006;21(4):1-10.