



UNIVERSIDAD DE TALCA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE PRÁCTICAS DE VIDA SALUDABLE  
DE ESTUDIANTES DE TECNOLOGÍA MÉDICA DE LA UNIVERSIDAD DE  
TALCA**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN  
TECNOLOGÍA MÉDICA**

**Alumna: Javiera Islas Bueno  
Profesora Guía: Mónica Maldonado Rojas**

**Talca-Chile  
2019**

## CONSTANCIA

La Dirección del Sistema de Bibliotecas a través de su unidad de procesos técnicos certifica que el autor del siguiente trabajo de titulación ha firmado su autorización para la reproducción en forma total o parcial e ilimitada del mismo.



Talca, 2019

## ÍNDICE

<b>1. RESUMEN .....</b>	<b>8</b>
<b>2. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>9</b>
<b>3. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>10</b>
3.1 Salud pública .....	10
3.2 Determinantes de la Salud .....	13
3.3 Determinantes Sociales de la Salud.....	14
3.4 Objetivos sanitarios Salud Pública Chile década 2011-2020.....	15
3.5 Estilos de vida.....	20
3.6 Actitudes y prácticas saludables.....	21
3.7 Teorías de adquisición de hábitos.....	22
3.7.1 Teoría de acción razonada .....	23
3.7.2 Teorías de aprendizaje social.....	25
3.7.3 Teoría Cognitivo Social de Jhon Dollard & Neal Miller.....	26
3.7.4 Teoría Cognitivo Social de Albert Bandura .....	27
3.8 Vida saludable y su relación con la salud.....	28
<b>4. HIPOTESIS.....</b>	<b>29</b>
4.1 Problema y preguntas de investigación .....	29
<b>5. OBJETIVOS.....</b>	<b>30</b>
5.1 Objetivo General .....	30

5.2	Objetivos Específicos .....	30
<b>6.</b>	<b>METODOLOGÍA.....</b>	<b>31</b>
6.1	Diseño metodológico.....	31
6.2	Sujetos: Población: .....	31
6.4	Consentimiento informado .....	34
6.5	Análisis de datos.....	34
<b>7.</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>35</b>
7.1	Perfil de estudiantes encuestados .....	35
7.2	Análisis de las distintas dimensiones evaluadas.....	38
7.2.1	Dimensión conocimientos.....	38
7.2.2	Dimensión actitudes frente al cambio.....	50
<b>8.</b>	<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>68</b>
<b>9.</b>	<b>CONCLUSIÓN .....</b>	<b>73</b>
<b>10.</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>74</b>
<b>11.</b>	<b>ANEXOS.....</b>	<b>80</b>
	ANEXO 1 Cuestionario aplicado .....	80
	ANEXO 2 Consentimiento informado .....	90

## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. RESUMEN OBJETIVOS SANITARIOS Y ESTRATÉGICOS PLANTEADOS .....	17
TABLA 2: DISTRIBUCIÓN MUESTRAL POR COHORTE DE INGRESO .....	31
TABLA 3 DISTRIBUCIÓN MUESTRAL DE LOS ESTUDIANTES ENCUESTADOS SEGÚN AÑO DE INGRESO .....	36
TABLA 4 DISTRIBUCIÓN MUESTRAL DE LOS ESTUDIANTES ENCUESTADOS SEGÚN NIVEL DE ESTUDIOS.....	37
TABLA 5 CONOCIMIENTOS SOBRE HÁBITOS ALIMENTICIOS SEGÚN NIVEL DE ESTUDIOS .....	38
TABLA 6 CONOCIMIENTOS SOBRE ACTIVIDAD FÍSICA SEGÚN NIVEL DE ESTUDIOS .....	40
TABLA 7 CONOCIMIENTOS SOBRE CONSUMO DE TABACO/ALCOHOL SEGÚN NIVEL DE ESTUDIOS .....	42
TABLA 8 CONOCIMIENTOS SOBRE CONDUCTAS DE RIESGO SEGÚN NIVEL DE ESTUDIOS .....	44
TABLA 9 EVALUACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS FRENTE A LOS TÓPICOS: ALIMENTACIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA, CONSUMO DE TABACO/ALCOHOL, CONDUCTAS DE RIESGO ASOCIADAS AL SEXO Y DROGAS.....	46
TABLA 10 RANGOS OBTENIDOS PARA LOS TÓPICOS DE CONOCIMIENTOS EN ESTUDIO.....	48
TABLA 11 EVALUACIÓN DE LA DISPOSICIÓN AL CAMBIO FRENTE A MODIFICACIONES EN CONDUCTAS DE: ALIMENTACIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA, CONSUMO DE TABACO/ALCOHOL, CONDUCTAS DE RIESGO ASOCIADAS AL SEXO Y DROGAS.....	50

TABLA 12 RANGOS OBTENIDOS PARA EL TÓPICO “CAMBIO ASOCIADO A CONDUCTA SEXUAL” .....	51
TABLA 13 PORCENTAJE DE ESTUDIANTES SEGÚN NIVEL DE ESTUDIO DISPUESTOS, A EFECTUAR CAMBIOS HACIA UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE.....	53
TABLA 14 PORCENTAJE DE ESTUDIANTES SEGÚN NIVEL DE ESTUDIO <b>NO DISPUESTOS</b> , A EFECTUAR CAMBIOS HACIA UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE.....	55
TABLA 15 PORCENTAJE DE ESTUDIANTES SEGÚN NIVEL DE ESTUDIO DISPUESTOS, A EFECTUAR CAMBIOS HACIA LA ACTIVIDAD FISICA .....	56
TABLA 16 PORCENTAJE DE ESTUDIANTES SEGÚN NIVEL DE ESTUDIO <b>NO DISPUESTOS</b> , A EFECTUAR CAMBIOS HACIA LA ACTIVIDAD FISICA .....	57
TABLA 17 PORCENTAJE DE RESPUESTAS EN ESTUDIANTES SEGÚN NIVEL DE ESTUDIO DISPUESTOS O NO, A EFECTUAR CAMBIOS EN SU CONSUMO DE TABACO/ALCOHOL.....	58
TABLA 18 PORCENTAJE DE ESTUDIANTES SEGÚN NIVEL DE ESTUDIO DISPUESTOS, A EFECTUAR CAMBIOS EN SU CONSUMO DE TABACO/ALCOHOL.....	59
TABLA 19 PORCENTAJE DE ESTUDIANTES SEGÚN NIVEL DE ESTUDIO <b>NO DISPUESTOS</b> , A EFECTUAR CAMBIOS EN SU CONSUMO DE TABACO/ALCOHOL.....	60
TABLA 20 PORCENTAJE DE RESPUESTAS EN ESTUDIANTES SEGÚN NIVEL DE ESTUDIO DISPUESTOS O NO, A EFECTUAR CAMBIOS EN HÁBITOS DE CONDUCTAS DE RIESGO ASOCIADAS AL SEXO.....	61
TABLA 21 PORCENTAJE DE ESTUDIANTES SEGÚN NIVEL DE ESTUDIO DISPUESTOS, A EFECTUAR CAMBIOS EN HÁBITOS DE LAS CONDUCTAS DE RIESGO ASOCIADAS AL SEXO.....	62

TABLA 22 PORCENTAJE DE ESTUDIANTES SEGÚN NIVEL DE ESTUDIO <b>NO DISPUESTOS</b> , A EFECTUAR CAMBIOS EN HÁBITOS DE LAS CONDUCTAS DE RIESGO ASOCIADAS AL SEXO.....	63
TABLA 23 PORCENTAJE DE RESPUESTAS EN LOS ESTUDIANTES SEGÚN NIVEL DE ESTUDIO DISPUESTOS O NO, A EFECTUAR CAMBIOS EN HÁBITOS DE CONDUCTAS DE RIESGO ASOCIADAS A DROGAS .....	65
TABLA 24 PORCENTAJE DE ESTUDIANTES SEGÚN NIVEL DE ESTUDIO DISPUESTOS, A EFECTUAR CAMBIOS EN HÁBITOS DE CONDUCTAS DE RIESGO ASOCIADAS A LAS DROGAS.....	66
TABLA 25 PORCENTAJE DE ESTUDIANTES SEGÚN NIVEL DE ESTUDIO <b>NO DISPUESTOS</b> , A EFECTUAR CAMBIOS EN HÁBITOS DE CONDUCTAS DE RIESGO ASOCIADAS A LAS DROGAS.....	67

## INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: FUNCIONES ESENCIALES EN SALUD PÚBLICA (MINSAL, 2009) .....	11
FIGURA 2: MODELO DE LALONDE PARA DETERMINANTES DE LA SALUD .....	13
FIGURA 3: MODELO OMS 2009 .....	15
FIGURA 4: MODELO DE LA TEORÍA DE ACCIÓN RAZONADA. (AJZEN AND MADDEN, 1986) <sup>(36)</sup> .....	24
FIGURA 5 PREFERENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS, SEGÚN SEXO. ADAPTADO DE ESPINOZA, L. Y COLABORADORES.....	68

## 1. RESUMEN

El concepto de vida saludable es un tema que está tomando relevancia en el consiente colectivo gracias a las políticas públicas y toda la información disponible entregada por las instituciones de salud y los medios de comunicación masiva. Los hábitos de vida se encuentran explicados por las variadas teorías de comportamiento social como las propuestas por Martin Fishbein, Campbell, Jhon Dollard & Neal Miller, Albert Bandura entre otros.

La vida universitaria es considerada una etapa relevante en la adquisición y desarrollo de hábitos que pueden llevar a que las personas tomen diferentes decisiones y entre estas la adquisición de hábitos saludables y también resultan ser la población más expuesta a comportamientos que representan riesgos a llevar estilos no saludables. Es por ello que el presente estudio del tipo descriptivo transversal tuvo por objetivo el evidenciar qué conocimientos y actitudes sobre prácticas de vida saludable que tienen los estudiantes de Tecnología Médica de la Universidad de Talca. Como población se utilizó a 220 estudiantes en sus 5 niveles de estudio de la carrera a los cuales se les aplicó una encuesta de conocimientos y actitudes. Los resultados demuestran que a mayor nivel de estudio presentan mayores conocimientos respecto a hábitos saludables, aunque tienen una menor disposición a generar algún cambio en los hábitos que poseen. Como conclusión del estudio se obtiene que la universidad resulta ser escenario ideal para implementar planes de educación y promoción de la salud, puesto que incluye a un amplio número de jóvenes en formación, además de que sería prudente el efectuar un estudio en donde se indaguen con profundidad las razones para evitar el cambio en las conductas sexuales, para así formular planes de intervención a futuro.

## 2. INTRODUCCIÓN

El concepto de “vida saludable” ha sido un tema de relevancia en la conciencia colectiva de las personas gracias a la información entregada por las Instituciones de Salud y medios de comunicación masiva. Estas dos entidades se han encargado de reiterar los riesgos y perjuicios que conlleva el no practicar una vida saludable, por esta razón la población en general tiene un mayor conocimiento sobre las enfermedades que se pueden producir por alejarse de dichas conductas, pudiendo llevar incluso a la muerte. Si bien, el efectuar buenos hábitos de salud no garantiza el gozar de una vida más larga, definitivamente puede mejorar la calidad de vida, sobre todo si éstos se realizan con regularidad, lo cual ayuda a minimizar el riesgo de contraer enfermedades no transmisibles que aumentan la morbilidad.

Por otra parte los estilos de vida saludable, en donde se incluyen: conductas, hábitos, tradiciones, actitudes y decisiones que toma una persona y/o grupos de personas, frente a diversas situaciones en las que se ve involucrado diariamente, son susceptibles a cambios, y es motivo por el cual juegan un rol importante en la vida de un individuo, determinando el accionar de éste. Como son acciones modificables, representan un producto altamente complejo, ya que involucra aspectos personales, sociales, ambientales, que proviene no sólo de situaciones del presente, sino también de acciones pasadas.

El objetivo de este estudio fue evidenciar qué conocimientos y actitudes sobre prácticas de vida saludable tienen los estudiantes de pregrado de la escuela de Tecnología Médica de la Universidad de Talca. Al contar con estos antecedentes se tendrá conocimiento sobre las fortalezas y falencias que estos presentan, y por tanto considerarlas, al momento de diseñar e implementar estrategias de intervención, como por ejemplo educar y promover en los estudiantes de la carrera en estilos de vida saludable.

### 3. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

#### 3.1 Salud pública

Según Toledo C. <sup>(1)</sup> la salud pública se define como una actividad gubernamental y social de gran importancia, de naturaleza multidisciplinaria e interdisciplinaria, que puede extenderse a casi todos los aspectos de una sociedad.

Milton Terris<sup>(2)</sup> definió la salud pública en los siguientes términos: *"La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las infecciones de la comunidad y educar al individuo en cuanto a los principios de la higiene personal; organizar servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada individuo de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud"*.

Muñoz F. <sup>(3)</sup> plantea que las funciones esenciales en Salud Pública (FESP) son: acciones colectivas, que involucran tanto al estado y a la sociedad civil, cuya finalidad es mejorar y proteger la salud de las personas. La noción de estas va más allá de las intervenciones sociales, ya que incluye la responsabilidad de asegurar el acceso a la atención de salud y su calidad.

El Ministerio de Salud<sup>(4)</sup> plantea que: "Las Funciones Esenciales de Salud Pública son aquellos procesos y movimientos que permiten un mejor desempeño de las prácticas de la

salud pública para afianzar las capacidades institucionales necesarias. Son ejes fundamentales que el Estado no puede dejar de lado y que desde el FESP se intenta fortalecer, y en muchos casos rescatar en las instancias de trabajo del sistema de salud”.

Si bien se han identificado y definido 11 FESP (Figura 1), sólo se describe la número 3 que habla de la Promoción de la Salud.<sup>(5)</sup>



FIGURA 1: FUNCIONES ESENCIALES EN SALUD PÚBLICA (MINSAL, 2009)

La FESP 3 (Promoción de la Salud) se define como:

- Fomento de los cambios en los modos de vida y en las condiciones del entorno para impulsar el desarrollo de una cultura de la salud.
- Fortalecimiento de alianzas intersectoriales para hacer más eficaces las acciones de promoción.
- Evaluación del impacto en la salud de las políticas públicas.
- Desarrollo de acciones educativas y de comunicación dirigidas a promover modos de vida, comportamientos y ambientes saludables.
- Reorientación de los servicios de salud con el fin de desarrollar modelos de atención que favorezcan la promoción.

En la Carta de Ottawa en 1986<sup>(6)</sup> se ha definido Promoción de la Salud de la siguiente forma: *“La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario”*.

### 3.2 Determinantes de la Salud

En 1974 el Ministro de Sanidad de Canadá, Lalonde<sup>(7)</sup>, analizó los determinantes de la salud y creó un modelo de salud pública que considera a cuatro variables como las determinantes del nivel de salud (Figura 2):

- a) **Biología humana:** Carga genética, envejecimiento, herencia, raza y etnias.
- b) **Medioambiente:** Contaminación física (Ruido, Radiaciones, Vibraciones), química (Plaguicidas, Fertilizantes, Metales pesados, biológica (Virus, Bacterias), social y cultural.
- c) **Estilo de vida:** Conductas insanas como; consumo de drogas, sedentarismo, nutrición (consumo excesivo de alimentos ricos en grasas e hidratos de carbono), estrés, violencia, mala utilización de los servicios de asistencia sanitaria. Es decir, involucra todos los hábitos de vida de una persona.
- d) **Sistema de asistencia sanitaria:** Tipos de servicios sanitarios, equidad y utilización de los mismos. Involucra Prevención, Curación y Rehabilitación.

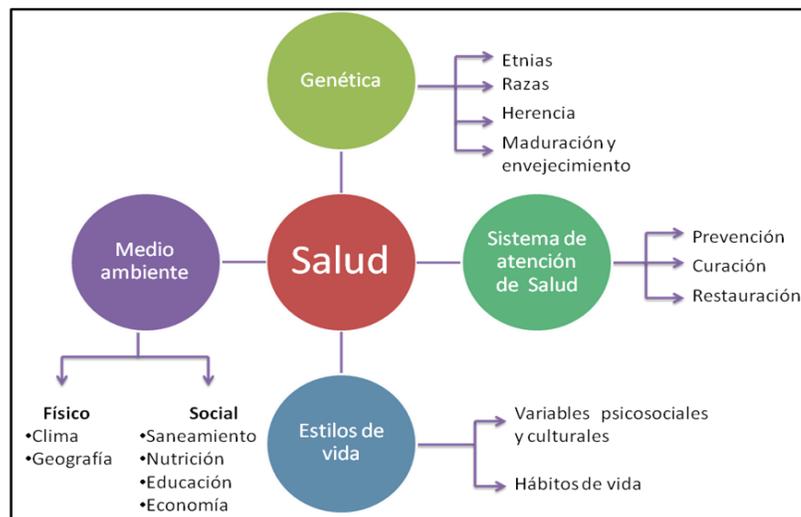


FIGURA 2: MODELO DE LALONDE PARA DETERMINANTES DE LA SALUD

El Informe de Lalonde se ha convertido en un clásico de la Salud Pública, pues ha servido como base de nuevos planteamientos en políticas sanitarias, esto gracias a que establece una relación directa entre los determinantes de la salud y la utilización de los recursos. El estudio canadiense constató que los recursos no se empleaban de acuerdo a las causas que determinaban realmente la salud de la población.

Es pertinente destacar que los factores mencionados anteriormente son modificables, a excepción de la genética, al menos en teoría, es por ello que las acciones de la salud pública deben ir dirigidas hacia esa modificación. Otra característica importante es que están influenciados por factores sociales <sup>(8)</sup>.

### **3.3 Determinantes Sociales de la Salud.**

Los determinantes sociales se definen como las condiciones sociales en las cuales las personas desarrollan su vida y que, por distintos mecanismos, impactan en su salud (9).

Es así como la expresión “determinantes sociales” resume el conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de salud.

Los determinantes sociales de la salud se definen como determinantes estructurales y que las condiciones de vida son causa de buena parte de las inequidades sanitarias entre los países y dentro de cada país. Particularmente tratan sobre la distribución del poder, los ingresos, los bienes y servicios; son todas las circunstancias que rodean la vida de las personas, tales como su acceso a la atención sanitaria, la escolarización y la educación; sus

condiciones de trabajo y ocio, así también, el estado de su vivienda y entorno físico. (Figura 3) <sup>(10)</sup>.

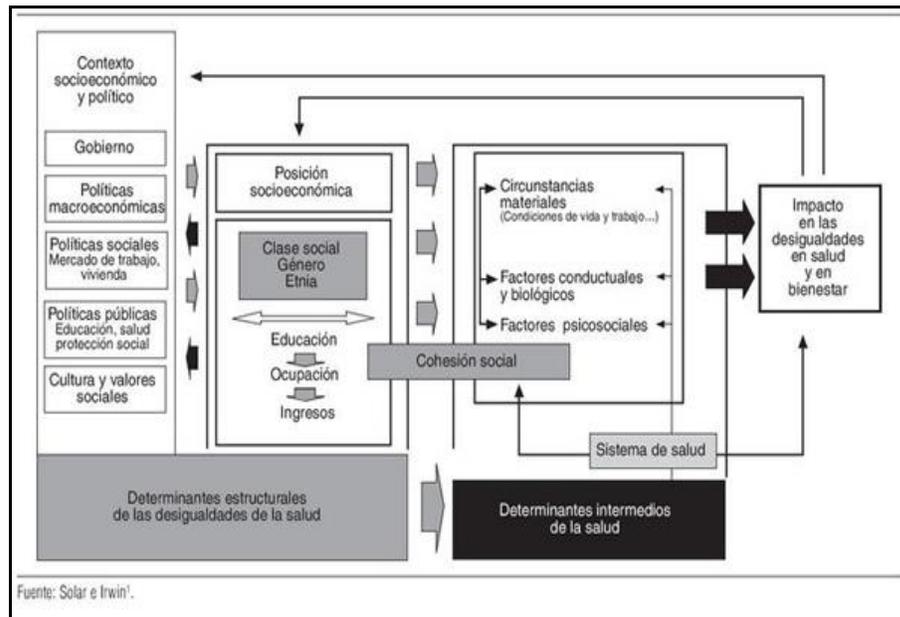


FIGURA 3: MODELO OMS 2009

Gran parte de las inequidades en salud entre distintos grupos de la población son explicables por estos determinantes <sup>(11, 12)</sup>.

De manera que, los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud; y los determinantes sociales que son objetos de políticas públicas, son aquellos susceptibles de modificación mediante intervenciones efectivas.

### 3.4 Objetivos sanitarios Salud Pública Chile década 2011-2020

La Encuesta Nacional de Salud 2010<sup>(13)</sup> muestra un panorama preocupante. Las enfermedades crónicas no transmisibles representan ya el grueso de la carga de salud para

el país. Estas enfermedades se asocian con hábitos que suelen adquirirse tempranamente en la infancia o en la adolescencia. Las elevadas tasas de tabaquismo, obesidad, vida sedentaria, hipertensión arterial, diabetes, depresión, suicidio, accidentes del tránsito con fallecimientos o discapacidad y consumo patológico de alcohol, producen un panorama en el que se puede prever que los jóvenes y niños serán probablemente víctimas a mediano plazo de estos hábitos o estilos de vida.

Es así que se añadió una Estrategia Nacional de Salud o Metas 2011-2020 llamada “Elige Vivir Sano”, que define para los 9 objetivos estratégicos, 50 metas sanitarias y 513 indicadores a través de los cuales se va a monitorear el cumplimiento de estas medidas. Con esto, se busca mejorar la salud de la población, disminuir las desigualdades sociales en materia de acceso a la salud, aumentar la satisfacción de las personas y asegurar la calidad de las prestaciones de salud (Tabla 1).

El objetivo estratégico 3 es el encargado de desarrollar hábitos y estilos de vida saludables que favorezcan la reducción de los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedades de la población, para lo cual aborda los siguientes temas: Salud óptima, Consumo de Tabaco/ Alcohol, Sobrepeso y Obesidad, Sedentarismo, Conducta Sexual y Consumo de Drogas ilícitas.

TABLA 1. RESUMEN OBJETIVOS SANITARIOS Y ESTRATÉGICOS PLANTEADOS EN LA ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD (METAS 2011-2020).

<b>Objetivos Sanitarios</b>	<b>Objetivos Estratégicos (OE)</b>	
1. Mejorar la salud de la población.	<b>OE 1:</b> Enfermedades Transmisibles.	Reducir la carga sanitaria de las enfermedades transmisibles y contribuir a bajar su impacto social y económico.
	<b>OE 2:</b> Enfermedades Transmisibles y Violencia.	Reducir la morbilidad, la discapacidad, y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismo.
2. Disminuir las inequidades.	<b>OE 3:</b> Factores de Riesgo	Reducir los factores de riesgo asociados a carga de enfermedades a través del desarrollo de hábitos y estilos de vida saludable.
	<b>OE 4:</b> Ciclo Vital	Reducir la mortalidad, morbilidad y mejorar la salud de las personas, a lo largo del ciclo vital.
3. Aumentar la satisfacción de la población.	<b>OE 5:</b> Determinantes Sociales	Reducir las inequidades en salud de la población a través de la mitigación de los efectos que producen los determinantes sociales y económicos en la salud.
	<b>OE 6:</b> Medio Ambiente, Alimentos y Trabajo	Proteger la Salud de la población a través del mejoramiento de las condiciones ambientales y de la inocuidad de los alimentos.
4. Asegurar la calidad de las prestaciones de salud.	<b>OE 7:</b> Fortalecimiento del Sector Salud	Fortalecer la institucionalidad de sector salud.
	<b>OE 8:</b> Acceso y Calidad de la Atención de Salud	Mejorar la calidad de la atención en salud en un marco de respeto de los derechos de las personas.
	<b>OE 9:</b> Emergencias y Desastres	Fortalecer la respuesta adecuada del sector salud ante emergencias, desastres y epidemias.

El concepto de salud óptima se refiere a la presencia de “factores protectores”, o se entiende como la ausencia de factores de riesgo. Los factores de riesgo seleccionados para el concepto de salud óptima corresponden a: No haber fumado durante los últimos 12 meses, Índice de masa corporal (IMC) < 25 Kg/m<sup>2</sup>, Dieta saludable (consumo ≥ 5 porciones de frutas o verduras/ día), Colesterol total plasmático < 200 mg/dl, Presión arterial < 120/80 mmHg, Glicemia en ayunas < 100 mg/dl, Actividad física moderada

durante la última semana de al menos 3 ocasiones por 30 minutos, y consumo de bajo riesgo de alcohol (AUDIT < 8).

La meta propuesta para contribuir a una salud óptima es aumentar el número de personas con mayor cantidad de “factores protectores” (en población mayor de 15 años), para lo cual la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, emanada desde el MINSAL, propone 5 grupos de estrategias: 1) Promoción de salud en comunas, 2) Promoción y prevención en lugares de trabajo, 3) Seguridad de los alimentos, 4) Intervención en Atención Primaria y 5) Comunicación social.

En cuanto al consumo de tabaco y alcohol lo que se busca es reducir el consumo de ambos, específicamente en un 5% la prevalencia proyectada de consumo de tabaco el último mes en población de 12 a 64 años y disminuir en un 10% la prevalencia proyectada de consumo de riesgo de alcohol en población de 15 a 24 años. Para ello, en el caso del tabaco, se han propuesto 5 líneas de acción: 1) Impulsar y gestionar políticas públicas, 2) Fiscalización, 3) Intervención escolar, 4) Cesación del consumo y 5) Intervención comunitaria; mientras que para el alcohol se distinguen 2 líneas: 1) Impulsar y gestionar políticas públicas, y relación con el intersector, a través de la elaboración de recomendaciones de políticas públicas destinadas al intersector (información masiva al público, disminución de la disponibilidad física de bebidas alcohólicas, entre otras), y 2) Intervenciones breves, que muestran amplia efectividad al ser aplicadas en la Atención Primaria para modificar el patrón de consumo de riesgo y perjudicial, además de reducir problemas relacionados con el alcohol entre los consultantes <sup>(14-16)</sup>.

Por otra parte se busca reducir la prevalencia de sobrepeso y obesidad en menores de 6 años, ya que es preocupante el aumento progresivo de obesidad infanto-juvenil tanto en nuestro país como en el resto del mundo, además de constituir un mayor riesgo de ser un adulto obeso<sup>(17)</sup>. A esto se debe sumar que la obesidad infantil se asocia a una mayor probabilidad de muerte prematura y a discapacidad en la edad adulta<sup>(18)</sup> razón por la cual se plantean 2 estrategias para combatirla: 1) Aumentar la cobertura de las consultas por

nutricionista a la edad de los 5 meses y de los 3 años y medio; y 2) Aumentar la cobertura y calidad del Programa de Escuelas Saludables.

La inactividad física constituye el cuarto factor de riesgo más importante de mortalidad en todo el mundo (6% de defunciones a nivel mundial), el primero corresponde a la presión arterial elevada (13%), seguido del consumo de tabaco (9%) y en tercer lugar la glicemia elevada (6%) <sup>(19)</sup>. Por este motivo el objetivo para combatir el sedentarismo es aumentar la prevalencia de práctica de actividad física en adolescentes y jóvenes, ya que existe evidencia que demuestra que las intervenciones en actividad física tanto en pre-escolares y escolares de enseñanza primaria y secundaria provocan modificaciones en distintos parámetros antropométricos, disminuyendo el riesgo de sobrepeso <sup>(20)</sup>.

También se desea aumentar (en un 20%) la prevalencia de uso de condón en la población de 15 a 19 años sexualmente activos, para mejorar la conducta sexual segura, puesto que las conductas de riesgo asociadas al sexo (relaciones sexuales desprotegidas, más de una pareja sexual, intercambio de parejas), contribuyen de manera significativa a consecuencias negativas para la salud, como lo son Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), entre ellas VIH, junto con los efectos emocionales, sociales y físicos asociados al embarazo no deseado o no planificado<sup>(21)</sup>. Es importante también de considerar la edad de inicio de las relaciones sexuales, la cual se ha adelantado notablemente este último decenio. La última ENS 2009-2010 demostró que el promedio de edad de inicio de actividad sexual alcanza en la actualidad a 16,4 años, mientras que en 1998 fue de 17,9 años <sup>(22)</sup>. Por otra parte el 9,8% de las mujeres y el 31,6% de los hombres jóvenes declara haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses, condicionando una mayor vulnerabilidad de las mujeres en relación a los hombres <sup>(23)</sup>, vale decir, existe una mayor probabilidad de las mujeres de encontrarse con un hombre con mayor riesgo que viceversa.

Para lograr el objetivo anteriormente descrito se proponen 5 estrategias: 1) Fortalecer los Planes de Promoción de Salud Sexual y reproductiva en la SEREMI, asegurando la participación intersectorial; 2) La elaboración periódica de recomendaciones de políticas

públicas relacionadas a sexo seguro, destinadas principalmente al ministerio de educación y al Instituto Nacional de la Juventud; 3) un programa de Comunicación Social permanente relacionado a salud sexual y reproductiva; 4) Aumentar la cobertura de la consejería en salud sexual y reproductiva en “Espacios Diferenciados para Adolescentes y Jóvenes”; 5) Aumentar la entrega de preservativos en los “Espacios Diferenciados para Adolescentes y Jóvenes”.

Finalmente para reducir el consumo de drogas ilícitas, asociado a mayor frecuencia de traumatismos intencionales y no intencionales, pérdidas económicas, sufrimiento y empobrecimiento familiar y social, delitos, sexo inseguro y otras circunstancias que afecten a terceros<sup>(24)</sup> se proponen 3 estrategias: 1) Impulsar y gestionar políticas públicas y relación con el intersector; 2) Intervenciones a nivel de Atención Primaria; y 3) Sistemas locales de prevención<sup>(13)</sup>.

### **3.5 Estilos de vida**

Este concepto nace a mediados del siglo XX, principalmente como consecuencia a los cambios epidemiológicos que experimenta la sociedad, lo que conduce a la reformulación del concepto de salud, que se tenía hasta el momento. Según Lazarus, R, un estilo de vida se define como: “el conjunto de conductas que presenta un individuo que pueden influir en su salud mental y física de manera positiva o negativa, los patrones de comportamiento son hábitos como: el tipo de alimentación, descanso, actividad física, etc.”<sup>(25)</sup>

Los estilos de vida comprenden las conductas de las personas, vale decir, hábitos alimentarios, actividad física, uso de redes sociales y participación en estas, comportamiento sexual y cuidado del entorno. Junto a ello comportamientos sociales que inciden en la salud. Son condiciones que se adquieren a través del aprendizaje social y están fuertemente influidas por la situación socioeconómica y del medio ambiente, que adquieren

un significado social según la herencia cultural y que, en general, son reconocidas como saludables o no saludables. <sup>(26)</sup>

Un estudio reciente sobre las características nutricionales y estilos de vida en universitarios, mostró que la mayoría de los jóvenes son sujetos sanos, cuyo peso está en un rango de normopeso y que además declara realizar ejercicio físico habitualmente. Sin embargo, existe un pequeño porcentaje (no despreciable) de mujeres cuyo peso es inferior al saludable, personas con sobrepeso, fumadores y/o individuos que declaran consumir alcohol de alta graduación de manera habitual<sup>(27)</sup>. Dicha información es muy importante, ya que los estilos de vida que están llevando los estudiantes universitarios, genera que tengan un alto riesgo de sufrir patologías cardiovasculares en un futuro si no se actúa a tiempo, por tanto es fundamental que sean considerados en los planes de promoción de la salud.<sup>(28)</sup>

### **3.6 Actitudes y prácticas saludables**

El término actitud hoy en día es muy utilizado, en un lenguaje usual se entiende como una postura que expresa un estado de ánimo o una intención, o, de una forma más general, una visión del mundo. Dentro del campo de la Psicología el autor más conocido e influyente ha sido Allport que define la actitud como “estado mental y neural de disposición para responder, organizado por la experiencia, directiva o dinámica, sobre la conducta respecto a todos los objetos y situaciones con los que se relaciona”<sup>(29)</sup>. Esta definición resalta que la actitud no es un comportamiento actual, es una disposición previa, es preparatoria de las respuestas conductuales ante estímulos sociales.

Las creencias y actitudes de una persona son motivadores importantes de su comportamiento, una vez que las ha adquirido. Con el paso del tiempo las personas van presentando y/o adoptando comportamientos diferentes, sin embargo, algunas de esas

creencias y actitudes parecen permanecer iguales durante años. Es por esta razón que proporcionan coherencia y predictibilidad a muchos de las conductas de un individuo <sup>(30)</sup>.

La promoción de la salud juega un rol importante en el desarrollo y fortalecimiento de las conductas y estilos de vida de una persona, ya que conducen a generar un estado de salud saludable, a través de la psicología de la salud. Como es sabido, existe una estrecha relación entre la conducta de un individuo y su estado general de salud, ya que los estilos de vida determinan cómo se siente la persona en términos de salud<sup>(30)</sup>.

Los adultos jóvenes son un grupo altamente vulnerable en lo que respecta a la adopción de estilos de vida por lo general caracterizados por conductas de riesgo para la salud, como por ejemplo dietas saturadas en grasa, consumo de tabaco, alcoholismo y sedentarismo. La universidad es un lugar que facilita el contacto con este tipo de población, estableciéndose como un lugar estratégico para promover patrones de comportamiento que favorezcan hábitos saludables<sup>(31)</sup>. Es por ello que es crucial considerar a este grupo de la población al momento de diseñar acciones de promoción de hábitos saludables.

### **3.7 Teorías de adquisición de hábitos**

Durante muchos años se han realizado variadas investigaciones para determinar si la actitud es la mejor característica para predecir la intención de elegir un comportamiento determinado y a su vez encontrar cual es la relación entre ambas. La primera investigación de predicciones de comportamiento se hizo examinando la Teoría de las Actitudes<sup>(32)</sup>. Martin Fishbein (1967) dijo: *“incluso después de 75 años de investigaciones sobre actitudes, aún existe muy poca evidencia que apoye la hipótesis de que se puede predecir el comportamiento de una persona basado en la actitud hacia un objetivo específico”*.<sup>(33)</sup>

La mayoría de las definiciones sobre actitudes han sido basadas en la concepción de Campbell (1963) de *disposición conductual adquirida*, que es, estados de las personas que suceden sobre la base de alguna transacción con el ambiente. De acuerdo a ello las actitudes no existen hasta que un individuo distingue un objeto actitudinal como una entidad discriminable, algunas veces sin estar plenamente consciente y responde a este objeto de forma explícita o implícita<sup>(34)</sup>.

### **3.7.1 Teoría de acción razonada**

La teoría de acción razonada representa un importante aporte al estudio del comportamiento humano, ya que ofrece un modelo completo de investigación que toma en cuenta factores que en otras teorías son considerados de manera aislada. Así mismo, al ofrecer una metodología para hacer investigación, constituye una alternativa que involucra aspectos que se mezclan, adquiriendo importancia dependiendo del momento en que se encuentre la investigación, puesto que involucra factores como las creencias, dividiéndolas en conductuales cuando son particulares a cada sujeto y normativas, cuando son manifiestas de los grupos de pertenencia: así como las actitudes, las normas subjetivas, la motivación para cumplir esas creencias y normas, y la intención hacia la realización de una conducta<sup>(35)</sup>.

La Teoría de Acción Razonada describe la intención como el mejor vaticinador de si debe llevarse a cabo un comportamiento de salud o no. Según esta teoría, los determinantes directos de la intención del comportamiento son actitudes hacia el comportamiento y la norma subjetiva asociada con el comportamiento (figura 4).

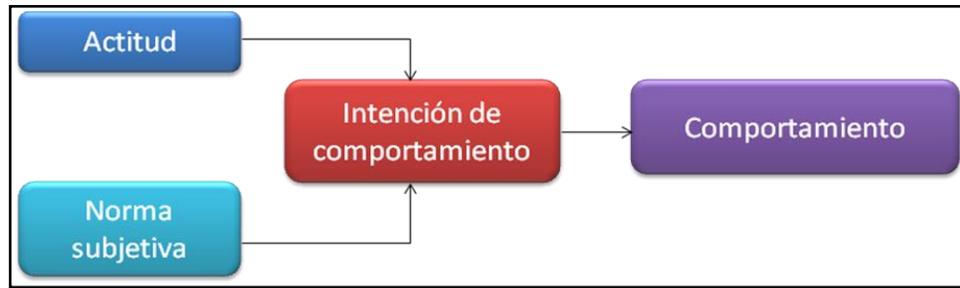


FIGURA 4: MODELO DE LA TEORÍA DE ACCIÓN RAZONADA. (AJZEN AND MADDEN, 1986)<sup>(36)</sup>.

**Actitud.** Se refiere a las creencias personales sobre el valor positivo o negativo asociado con un comportamiento de salud y sus consecuencias.

**Norma subjetiva.** Se refiere al valor positivo o negativo de una persona asociado con un comportamiento. Esto depende de si un comportamiento es aceptado o no por individuos referentes importantes y su motivación para cumplir con esos referentes.

Las intervenciones pueden ser designadas para cambiar la intención del comportamiento, afectando la actitud y la norma subjetiva para promover comportamientos de salud específicos<sup>(35)</sup>.

La teoría de la acción razonada propuesta por Ajzen, I y Fishbein, M. en 1980, asume que la mayoría de los comportamientos sociales relevantes están bajo el control volitivo del sujeto y que siendo el ser humano un ser racional que procesa la información que dispone en forma sistemática, utiliza dicha información estructurada para formar la intención de realizar (o no realizar) una conducta específica<sup>(37)</sup>. La intención se refiere a la decisión de ejecutar o no una acción particular y, dado que es el determinante más inmediato de cualquier comportamiento humano, es considerada la pieza de información más importante para la predicción de una determinada conducta<sup>(38)</sup>.

En términos generales la teoría planteada por Ajzen y Fishbein, sostiene que un individuo tendrá la intención de realizar una conducta dada cuando posee una actitud positiva hacia su propio desempeño en la misma y cuando cree que sus referentes sociales significativos piensan que debería llevarla a cabo.<sup>(37)</sup>

La Teoría de Acción Razonada es una de las más significativas y más usadas en el área de salud, al igual que en áreas no relacionadas con la salud<sup>(39)</sup>. Ha sido aplicada en diferentes situaciones que han puesto a prueba la validez de sus bases, como la predicción del comportamiento en reducción de peso, planteamientos familiares, elección de marcas de fábricas, votaciones en elección de presidente de EEUU, el uso de transporte público, uso de condón en pacientes con VIH y donaciones de sangre<sup>(40)</sup>. Todas estas pruebas han mostrado la veracidad de sus resultados y predicciones.

### **3.7.2 Teorías de aprendizaje social**

El aprendizaje social es también conocido como aprendizaje vicario, observacional, imitación, modelado o aprendizaje cognitivo social. Este aprendizaje está basado en una situación social en la que al menos participan dos personas: el modelo, que realiza una conducta determinada y el sujeto que realiza la observación de dicha conducta; esta observación determina el aprendizaje<sup>(41)</sup>. A diferencia del aprendizaje por conocimiento, el aprendizaje social el que aprende no recibe refuerzo, sino que este recae en todo caso en el modelo; aquí el que aprende lo hace por imitación de la conducta que recibe el refuerzo<sup>(41)</sup>.

El estudio del aprendizaje en general se basa en los principios metodológicos del conductismo, los principios estructurales elementalistas del asociacionismo, y el principio motivacional del hedonismo<sup>(42)</sup>

Elías, M. J y col. (2003) en términos simples plantean que, el aprendizaje social y emocional es la capacidad de reconocer y manejar las emociones, resolver problemas con eficacia, y establecer relaciones positivas con otros, las competencias que claramente son esenciales para todos los estudiantes<sup>(43)</sup>. Por lo tanto el aprendizaje social y emocional, apunta a una combinación de conductas, conocimientos y emociones.

### **3.7.3 Teoría Cognitivo Social de Jhon Dollard & Neal Miller**

Estos autores destacan cuatro factores importantes en el aprendizaje: impulso, señal, respuesta y refuerzo (recompensa). El impulso produce la respuesta y la señal determina qué respuesta deberá darse y cuando. Si la respuesta es recompensada, la conexión se refuerza de modo que al presentarse el mismo impulso dadas otras señales, aumentan su probabilidad de ocurrir<sup>(44)</sup>.

Según Jhon Dollard y Neal Miller, la personalidad se constituye en función de un elemento esencial que es el hábito (asociado entre un estímulo y una respuesta y asociado con las pulsiones primarias y secundarias) y las jerarquías de respuestas que constituyen las estructuras individuales<sup>(45)</sup>

### 3.7.4 Teoría Cognitivo Social de Albert Bandura

Esta teoría fue propuesta por Albert Bandura en 1971, con el fin de explicar conceptualmente la correlación casual de la variable autoeficacia en el aprendizaje. A partir de esta teoría nace el concepto de autoeficacia, entendiéndose como tal “los juicios de cada individuo sobre su capacidad, en base a los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado”<sup>(46)</sup>.

Esta teoría parte de la premisa que los seres humanos deben aprender las conductas, no nacen sabiéndolas; afortunadamente, poseen capacidades cognoscitivas que les permiten adquirir cierto conocimiento mediante la experiencia; esto los hace reaccionar de alguna manera ante determinado estímulo. Además afirma que uno de los mayores elementos influyentes en el aprendizaje, corresponden a las expectativas de eficacia que son variables emocionales de carácter cognitivo que determina la elección de comportamiento, el esfuerzo, y la persistencia de los comportamientos elegidos. Las expectativas de eficacia, menciona el autor, regulan los intentos de abandonar los hábitos que pueden afectar su aprendizaje.

De esta teoría de aprendizaje social se deduce que el aprendizaje por observación es más eficaz si a los observadores se les informa de antemano sobre los beneficios de la conducta del modelo, en vez de esperar a que limiten al modelo y sean recompensados por ello<sup>(47)</sup>. Existen diferentes tipos de modelo, uno de ellos es el modelo simbólico que son personajes representados por la televisión, películas y otros medios audiovisuales. Está demostrado que tanto niños como adultos adquieren actitudes, respuestas emocionales y nuevos estilos de conducta, a través de estos modelos filmados o televisados ya que tienen una gran influencia sobre ellos<sup>(48)</sup>.

### **3.8 Vida saludable y su relación con la salud**

Por vida saludable se entiende a aquella forma de vida en la cual la persona mantiene un armónico equilibrio en su dieta alimentaria, actividad física, intelectual, recreación, descanso, higiene y paz espiritual<sup>(28)</sup>.

La vida saludable se sustenta en tres pilares fundamentales, alimentación saludable, actividad física y evitar el consumo de tabaco. El INTA (2009) define la alimentación saludable como aquella que aporta todos los nutrientes esenciales y la energía que cada persona necesita para mantenerse sana. Además plantea que “La salud y buen funcionamiento de nuestro organismo, depende de la nutrición y alimentación que tengamos durante la vida”<sup>(49)</sup>. Importante aclarar que Alimentación y Nutrición son conceptos diferentes. Por una parte la Alimentación nos permite tomar del medio que nos rodea, los alimentos de la dieta, mientras que la Nutrición es el conjunto de procesos que permiten que nuestro organismo utilice los nutrientes que contienen los alimentos para realizar sus funciones<sup>(49)</sup>.

Si bien el llevar una vida saludable no asegura el gozar de una vida más larga, contribuye a mejorar la calidad de vida, sobre todo si se practican con regularidad, pues ayudan a minimizar el riesgo de contraer enfermedades no transmisibles<sup>(50)</sup>.

## **4. HIPOTESIS**

Los estudiantes de Tecnología Médica, en cuanto a alimentación saludable, actividad física, consumo de tabaco/alcohol y conductas de riesgo tienen mayores conocimientos a medida que se va avanzando en el plan de formación y por lo cual debieran estar más dispuestos a realizar cambios conductuales que conllevan a la mejora de la salud.

### **4.1 Problema y preguntas de investigación**

Tener información sobre conocimientos y actitudes hacia estilos de vida saludable que poseen los estudiantes de Tecnología Médica en sus 5 niveles de estudio (de 1<sup>er</sup> a 5<sup>to</sup> año de carrera) será beneficioso para establecer futuros planes de intervención.

Las preguntas para esta investigación son:

- ¿Qué conocimientos tendrán los estudiantes, según nivel de formación?
- Respecto a las actitudes y disposición al cambio, los estudiantes de cursos superiores (4to y 5to año), ya que tendrían mayores conocimientos para asumir que las conductas de riesgo son perjudiciales para su salud, ¿están más dispuestos a realizar cambios?

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1 Objetivo General**

Evidenciar qué conocimientos y actitudes sobre prácticas de vida saludable tienen los estudiantes de Tecnología médica de la Universidad de Talca

### **5.2 Objetivos Específicos**

- Indagar sobre los conocimientos de los estudiantes de Tecnología Médica de la Universidad de Talca, acerca de conductas saludables
- Conocer la actitud de los estudiantes de Tecnología Médica de la Universidad de Talca, hacia comportamientos saludables.
- Contribuir con información que aporte para desarrollar estrategias de intervención al interior de la Escuela de Tecnología Médica, que mejore los estilos de vida de los estudiantes.

## 6. METODOLOGÍA

### 6.1 Diseño metodológico

Estudio de tipo descriptivo transversal.

### 6.2 Sujetos: Población:

Estudiantes matriculados a 1° semestre 2019 en la carrera de Tecnología Médica (n =385). Muestra: Se tomó una muestra de matriculados por cohorte de ingreso, considerando 8 cohortes. Hay 10 estudiantes que pertenecen a otras cohortes, que no fueron considerados. Para el cálculo muestral se consideró 90% de confianza, con 10% de error, lo cual se muestra en la tabla 2.

TABLA 2: DISTRIBUCIÓN MUESTRAL POR COHORTE DE INGRESO

<b>Cohorte</b>	<b>Matriculados “n”</b>	<b>Muestra “n”</b>
2019	74	36
2018	54	31
2017	60	33
2016	48	29
2015	55	31
2014	37	25
2013	32	22
2012	15	13
<b>Total</b>	<b>375</b>	<b>220</b>

El “n” de muestra fue obtenido según la fórmula de tamaño muestral que se describe a continuación<sup>(51-53)</sup>:

$$n = \frac{K^2 * p * q * N}{(e^2 * (N - 1)) + K^2 * p * q}$$

Donde:

N: es el tamaño de la población o universo (número total de alumnos por cohorte de ingreso).

k: es una constante que depende del nivel de confianza asignado, en este caso del 90% que corresponde a 1,65.

e: es el error muestral deseado, es de 0,1

p: es la proporción de individuos que poseen en la población la característica de estudio. Este dato es generalmente desconocido y se suele suponer que p=q=0.5 que es la opción más segura.

q: es la proporción de individuos que no poseen esa característica, es decir, es 1-p.

n: es el tamaño de la muestra.

Con el “n” muestral por cohorte se eligieron los estudiantes por conveniencia, sin distinción de sexo, para que respondiesen una encuesta.

### 6.3 Instrumento

Para la recogida de la información se utilizó el cuestionario de conocimientos y actitudes sobre prácticas saludables (Anexo 1) elaborado por González F.<sup>(54)</sup>, el cual fue validado bajo juicio de expertos sometido a estudio de congruencia a través del Coeficiente de Serafine<sup>(55)</sup> y una prueba piloto para establecer validez de constructo. El instrumento está estructurado con tres secciones:

a) Datos generales el que consta de 5 preguntas donde se recogen las variables socio-demográficas;

b) Datos de conocimientos sobre prácticas de vida saludable: Consta de 5 ítems de preguntas cerradas de valoración categórica ordinal de 2 opciones dicotómicas de respuesta, disgregadas como sigue: hábitos alimentarios, con 5 preguntas; actividad física, con 5 preguntas; consumo tabaco/alcohol, con 5 preguntas; conductas de riesgo de sexualidad asociadas a ITS (Infecciones de Transmisión Sexual), con 5 preguntas; conductas de riesgo asociadas al consumo de drogas, con 5 preguntas;

c) Datos sobre actitudes del encuestado en las distintas dimensiones, en donde se listan una serie de 4 atributos positivos y 4 negativos de cada ítem en estudio, ante los cuales se solicita la reacción del encuestado

La encuesta fue auto aplicada y para poder establecer el nivel de estudios, se realizó la recogida de datos directamente de los laboratorios de especialidad según conveniencia:

- Bases de laboratorio para 1<sup>er</sup> año
- Morfosiología para 2<sup>do</sup> año
- Bioquímica Clínica para 3<sup>er</sup> año
- Hematología II para 4<sup>to</sup> año
- Parasitología II para 5<sup>to</sup> año

#### **6.4 Consentimiento informado**

Junto con la encuesta, se aplicó un consentimiento informado que fue aprobado por el comité de ética de la Facultad Ciencias de la Salud. (Anexo 2)

#### **6.5 Análisis de datos**

El análisis de datos se hizo a través de estadígrafos descriptivos. Los resultados se registraron en planillas de Microsoft Excel de Office 2013 y se analizaron en la plataforma SPSS versión N° 25, aplicándose la prueba de Kruskal Wallis de acuerdo a la distribución no normal de la población, considerando un nivel significativo cuando  $p < 0,1$ .

## **7. RESULTADOS**

### **7.1 Perfil de estudiantes encuestados**

Se procesaron un total de 220 encuestas, correspondientes a un 58,7% de los estudiantes de Tecnología médica de la Universidad de Talca, con ingreso desde 2012 a 2019.

Como perfil de la muestra se observa que del total de estudiantes encuestados, 63,2 % corresponden a sexo femenino y 36,8 % a sexo masculino. Según grupo etario el mayor porcentaje se concentra entre los 18 y 21 años (tabla 3). Según nivel de estudios la mayoría de los encuestados corresponden al sexo femenino en todos los niveles (tabla 4)

TABLA 3 DISTRIBUCIÓN MUESTRAL DE LOS ESTUDIANTES ENCUESTADOS SEGÚN AÑO DE INGRESO

		sexo		Rango etario			
		M	F	18 a 21	22 a 25	26 a 30	
Total	año ingreso	2012	15,4%	84,6%	0%	38,5%	61,5%
		2013	36,4%	63,6%	0%	72,7%	27,3%
		2014	28,0%	72,0%	0%	96,0%	4,0%
		2015	25,8%	74,2%	6,5%	93,5%	0%
		2016	44,8%	55,2%	72,4%	24,1%	3,4%
		2017	51,5%	48,5%	87,9%	9,1%	3,0%
		2018	38,7%	61,3%	93,5%	6,5%	0%
		2019	38,9%	61,1%	100,0%	0%	0%
	Total		36,8%	63,2%	53,2%	39,1%	7,7%

F: Femenino; M: Masculino.

TABLA 4 DISTRIBUCIÓN MUESTRAL DE LOS ESTUDIANTES ENCUESTADOS SEGÚN NIVEL DE ESTUDIOS

Nivel		Rango etario			Total	
		18 a 21	22 a 25	26 a 30		
Nivel 1	sexo	M	38,9%	0%	0%	38,9%
		F	61,1%	0%	0%	61,1%
	Total	100,0%	0%	0%	100,0%	
Nivel 2	sexo	M	38,0%	6,0%	0%	44,0%
		F	52,0%	2,0%	2,0%	56,0%
	Total	90,0%	8,0%	2,0%	100,0%	
Nivel 3	sexo	M	27,3%	18,2%	0%	45,5%
		F	29,5%	22,7%	2,3%	54,5%
	Total	56,8%	40,9%	2,3%	100,0%	
Nivel 4	sexo	M	11,1%	13,9%	0%	25,0%
		F	19,4%	52,8%	2,8%	75,0%
	Total	30,6%	66,7%	2,8%	100,0%	
Nivel 5	sexo	M	0%	25,9%	3,7%	29,6%
		F	0%	48,1%	22,2%	70,4%
	Total	0%	74,1%	25,9%	100,0%	

F: Femenino; M: Masculino

## 7.2 Análisis de las distintas dimensiones evaluadas

### 7.2.1 Dimensión conocimientos

Para conocimientos sobre hábitos alimenticios, los resultados distribuidos por nivel y sexo se muestran en la tabla 5

TABLA 5 CONOCIMIENTOS SOBRE HÁBITOS ALIMENTICIOS SEGÚN NIVEL DE ESTUDIOS

Nivel	sexo	¿Ud. Sabe que involucra llevar una vida saludable?		¿Ud. Piensa que alimentación saludable es hacer dieta?		¿Ud. Sabe que alimentos que debe evitar comer en exceso?		¿Ud. Conoce que alimentos son altos en grasas y colesterol?		¿Ud. Sabe la cantidad de calorías que debe consumir diariamente?	
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Nivel 1	M	38,9%	0%	5,6%	33,3%	36,1%	2,8%	22,2%	16,7%	11,1%	27,8%
	F	61,1%	0%	11,1%	50,0%	55,6%	5,6%	50,0%	11,1%	11,1%	50,0%
	Total	100,0%	0%	16,7%	83,3%	91,7%	8,3%	72,2%	27,8%	22,2%	77,8%
Nivel 2	M	40,0%	4,0%	6,0%	38,0%	42,0%	2,0%	36,0%	8,0%	22,0%	22,0%
	F	54,0%	2,0%	0%	56,0%	52,0%	4,0%	46,0%	10,0%	24,0%	32,0%
	Total	94,0%	6,0%	6,0%	94,0%	94,0%	6,0%	82,0%	18,0%	46,0%	54,0%
Nivel 3	M	40,9%	4,5%	4,5%	40,9%	45,5%	0%	45,5%	0%	27,3%	18,2%
	F	54,5%	0%	4,5%	50,0%	52,3%	2,3%	45,5%	9,1%	25,0%	29,5%
	Total	95,5%	4,5%	9,1%	90,9%	97,7%	2,3%	90,9%	9,1%	52,3%	47,7%
Nivel 4	M	25,0%	0%	2,8%	22,2%	19,4%	5,6%	22,2%	2,8%	5,6%	19,4%
	F	72,2%	2,8%	8,3%	66,7%	72,2%	2,8%	75,0%	0%	44,4%	30,6%
	Total	97,2%	2,8%	11,1%	88,9%	91,7%	8,3%	97,2%	2,8%	50,0%	50,0%
Nivel 5	M	29,6%	0%	5,6%	24,1%	29,6%	0%	29,6%	0%	9,3%	20,4%
	F	70,4%	0%	1,9%	68,5%	70,4%	0%	66,7%	3,7%	33,3%	37,0%
	Total	100,0%	0%	7,4%	92,6%	100,0%	0%	96,3%	3,7%	42,6%	57,4%
Total	M	35,0%	1,8%	5,0%	31,8%	35,0%	1,8%	31,8%	5,0%	15,5%	21,4%
	F	62,3%	0,9%	4,5%	58,6%	60,5%	2,7%	56,4%	6,8%	27,7%	35,5%
	Total	97,3%	2,7%	9,5%	90,5%	95,5%	4,5%	88,2%	11,8%	43,2%	56,8%

F: Femenino; M: Masculino.

Para esta dimensión se puede observar que el 97,3% de los encuestados en total, admiten saber qué involucra una vida saludable y menos del 10% cree que “hacer dieta” es sinónimo de alimentación saludable. Para el 5to año de estudio, el 100% de la población sabe cuáles son los alimentos que debe “evitar comer en exceso”.

Si se observan los porcentajes totales para las respuestas afirmativas por nivel, obtenidos para cada pregunta sobre hábitos alimenticios, es posible visualizar que los porcentajes van aumentando así como aumenta el nivel de estudio, demostrando que los participantes poseen más conocimientos a medida que llegan al 5to año de estudio.

Además se observa que el sexo femenino es quién se destaca con mayor porcentaje de respuestas afirmativas, en éste tópico de conocimiento, para todos los niveles encuestados.

Para conocimientos sobre actividad Física, los resultados distribuidos por nivel y sexo se muestran en la tabla 6.

**TABLA 6 CONOCIMIENTOS SOBRE ACTIVIDAD FÍSICA SEGÚN NIVEL DE ESTUDIOS**

Nivel	sexo	¿Ud. Conoce la cantidad mínima de tiempo (minutos) de ejercicio se requiere semanalmente?		¿Ud. Sabe cuántos días a la semana (mínimo) se debe practicar algún tipo de ejercicio?		¿Ud. Piensa que con solo un día de practica de ejercicios semanalmente se puede bajar de peso?		¿Ud. Cree que realizar algún tipo de ejercicio trae beneficios para la salud?		¿Ud. Sabe si el ejercicio permite tener una mejor musculatura?	
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
		1	M	11,1%	27,8%	16,7%	22,2%	2,8%	36,1%	38,9%	0%
	F	25,0%	36,1%	36,1%	25,0%	5,6%	55,6%	61,1%	0%	61,1%	0%
	Total	36,1%	63,9%	52,8%	47,2%	8,3%	91,7%	100,0%	0%	97,2%	2,8%
2	M	20,0%	24,0%	30,0%	14,0%	8,0%	36,0%	42,0%	2,0%	44,0%	0%
	F	32,0%	24,0%	44,0%	12,0%	4,0%	52,0%	54,0%	2,0%	52,0%	4,0%
	Total	52,0%	48,0%	74,0%	26,0%	12,0%	88,0%	96,0%	4,0%	96,0%	4,0%
3	M	9,1%	36,4%	18,2%	27,3%	2,3%	43,2%	45,5%	0%	43,2%	2,3%
	F	34,1%	20,5%	47,7%	6,8%	0%	54,5%	54,5%	0%	50,0%	4,5%
	Total	43,2%	56,8%	65,9%	34,1%	2,3%	97,7%	100,0%	0%	93,2%	6,8%
4	M	16,7%	8,3%	19,4%	5,6%	5,6%	19,4%	25,0%	0%	25,0%	0%
	F	58,3%	16,7%	69,4%	5,6%	2,8%	72,2%	75,0%	0%	66,7%	8,3%
	Total	75,0%	25,0%	88,9%	11,1%	8,3%	91,7%	100,0%	0%	91,7%	8,3%
5	M	13,0%	16,7%	24,1%	5,6%	3,7%	25,9%	29,6%	0%	29,6%	0%
	F	38,9%	31,5%	57,4%	13,0%	3,7%	66,7%	70,4%	0%	68,5%	1,9%
	Total	51,9%	48,1%	81,5%	18,5%	7,4%	92,6%	100,0%	0%	98,1%	1,9%
Total	M	14,1%	22,7%	22,3%	14,5%	4,5%	32,3%	36,4%	0,5%	35,9%	0,9%
	F	37,3%	25,9%	50,9%	12,3%	3,2%	60,0%	62,7%	0,5%	59,5%	3,6%
	Total	51,4%	48,6%	73,2%	26,8%	7,7%	92,3%	99,1%	0,9%	95,5%	4,5%

F: Femenino; M: Masculino.

En esta dimensión es posible observar que el 99,1% de la población en total, cree que realizar algún tipo de ejercicio trae beneficios para la salud, el 95,5% cree que el ejercicio permite tener una mejor musculatura y de ello son el sexo femenino quienes dan la mayoría de las respuestas afirmativas en todos los niveles.

Si se observan los porcentajes totales para las respuestas afirmativas por nivel, obtenidos para las preguntas sobre los tiempos que se requiere para tener un plan de actividad física saludable, es posible visualizar que los porcentajes van aumentando así como aumenta el nivel de estudio, demostrando que los participantes poseen más conocimientos a medida que llegan al 5to año de estudio.

Para conocimientos sobre consumo de Tabaco/alcohol, los resultados distribuidos por nivel y sexo se muestran en la tabla 7.

**TABLA 7 CONOCIMIENTOS SOBRE CONSUMO DE TABACO/ALCOHOL SEGÚN NIVEL DE ESTUDIOS**

Nivel	sexo	¿Ud. Piensa que el Tabaco trae beneficios para la Salud?		¿Ud. Sabe que enfermedades se asocian al consumo del Tabaco?		¿Ud. Piensa que el Alcohol produce efectos nocivos para nuestro organismo?		¿Ud. Conoce si el Alcohol es uno de los grandes motivos de accidentes automovilísticos?		¿Ud. Sabe que enfermedades se asocian al consumo de Alcohol?	
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
		1	M	0%	38,9%	38,9%	0%	36,1%	2,8%	36,1%	2,8%
	F	0%	61,1%	58,3%	2,8%	61,1%	0%	58,3%	2,8%	52,8%	8,3%
	Total	0%	100,0%	97,2%	2,8%	97,2%	2,8%	94,4%	5,6%	91,7%	8,3%
2	M	0%	44,0%	42,0%	2,0%	44,0%	0%	40,8%	4,1%	44,9%	0%
	F	2,0%	54,0%	50,0%	6,0%	56,0%	0%	55,1%	0%	51,0%	4,1%
	Total	2,0%	98,0%	92,0%	8,0%	100,0%	0%	95,9%	4,1%	95,9%	4,1%
3	M	0%	45,5%	45,5%	0%	43,2%	2,3%	45,5%	0%	45,5%	0%
	F	0%	54,5%	54,5%	0%	54,5%	0%	54,5%	0%	54,5%	0%
	Total	0%	100,0%	100,0%	0%	97,7%	2,3%	100,0%	0%	100,0%	0%
4	M	0%	25,0%	25,0%	0%	25,0%	0%	25,0%	0%	25,0%	0%
	F	0%	75,0%	75,0%	0%	69,4%	5,6%	66,7%	8,3%	75,0%	0%
	Total	0%	100,0%	100,0%	0%	94,4%	5,6%	91,7%	8,3%	100,0%	0%
5	M	0%	29,6%	29,6%	0%	29,6%	0%	29,6%	0%	29,6%	0%
	F	0%	70,4%	66,7%	3,7%	64,8%	5,6%	64,8%	5,6%	70,4%	0%
	Total	0%	100,0%	96,3%	3,7%	94,4%	5,6%	94,4%	5,6%	100,0%	0%
Total	M	0%	36,8%	36,4%	0,5%	35,9%	0,9%	35,6%	1,4%	37,0%	0%
	F	0,5%	62,7%	60,5%	2,7%	60,9%	2,3%	59,8%	3,2%	60,7%	2,3%
	Total	0,5%	99,5%	96,8%	3,2%	96,8%	3,2%	95,4%	4,6%	97,7%	2,3%

F: Femenino; M: Masculino.

Para esta dimensión es relevante destacar que el 99,5% de los encuestados en todos los niveles piensan que el consumo de tabaco no produce algún beneficio para la salud y dentro de ellos los niveles 4to y 5to, el 100% de los encuestados afirma lo anterior. Este mismo patrón se repite para la pregunta “¿sabe las enfermedades asociadas el consumo de alcohol?” en donde el 100% de los encuestados afirma saberlo.

Si se observan los porcentajes para cada pregunta por nivel, no se presenta mayor variación que indique que los conocimientos de tabaco y alcohol aumenten a medida que se llegue al 5to año de estudio.

Para conocimientos sobre conductas de riesgo, los resultados distribuidos por nivel y sexo se muestran en la tabla 8

**TABLA 8 CONOCIMIENTOS SOBRE CONDUCTAS DE RIESGO SEGÚN NIVEL DE ESTUDIOS**

Nivel	sexo	¿Ud. Sabe cómo se debe proteger en el momento de tener relaciones Sexuales?		¿Ud. Conoce como se adquieren las ITS (Infecciones de Transmisión Sexual)?		¿Ud. Piensa que tener más de una pareja sexual es bueno?		¿Ud. Sabe la cantidad de enfermedades que se pueden transmitir sexualmente?		¿Ud. Piensa que el consumo de Drogas (Marihuana, Pasta Base, Cocaína etc.) produce daños para la Salud?	
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
		1	M	38,9%	0%	38,9%	0%	5,6%	33,3%	27,8%	11,1%
	F	61,1%	0%	61,1%	0%	13,9%	47,2%	58,3%	2,8%	58,3%	2,8%
	Total	100,0%	0%	100,0%	0%	19,4%	80,6%	86,1%	13,9%	97,2%	2,8%
2	M	44,9%	0%	44,9%	0%	12,2%	32,7%	40,8%	4,1%	44,9%	0%
	F	55,1%	0%	53,1%	2,0%	10,2%	44,9%	46,9%	8,2%	55,1%	0%
	Total	100,0%	0%	98,0%	2,0%	22,4%	77,6%	87,8%	12,2%	100,0%	0%
3	M	45,5%	0%	45,5%	0%	2,3%	43,2%	36,4%	9,1%	43,2%	2,3%
	F	54,5%	0%	54,5%	0%	6,8%	47,7%	43,2%	11,4%	54,5%	0%
	Total	100,0%	0%	100,0%	0%	9,1%	90,9%	79,5%	20,5%	97,7%	2,3%
4	M	25,0%	0%	25,0%	0%	5,6%	19,4%	25,0%	0%	25,0%	0%
	F	75,0%	0%	75,0%	0%	27,8%	47,2%	72,2%	2,8%	72,2%	2,8%
	Total	100,0%	0%	100,0%	0%	33,3%	66,7%	97,2%	2,8%	97,2%	2,8%
5	M	29,6%	0%	29,6%	0%	3,7%	25,9%	29,6%	0%	29,6%	0%
	F	70,4%	0%	70,4%	0%	3,7%	66,7%	68,5%	1,9%	68,5%	1,9%
	Total	100,0%	0%	100,0%	0%	7,4%	92,6%	98,1%	1,9%	98,1%	1,9%
Total	M	37,0%	0%	37,0%	0%	5,9%	31,1%	32,4%	4,6%	36,5%	0,5%
	F	63,0%	0%	62,6%	0,5%	11,4%	51,6%	57,5%	5,5%	61,6%	1,4%
	Total	100,0%	0%	99,5%	0,5%	17,4%	82,6%	90,0%	10,0%	98,2%	1,8%

F: Femenino; M: Masculino.

En esta dimensión para la pregunta “¿sabe cómo se debe proteger en el momento de tener relaciones sexuales?”, la totalidad de la población (en los 5 niveles de carrera) admite saberlo, tan solo un 0,5% indica no saber cómo se adquiere una ITS; tan solo un 1,9% de la sub población de 5to año no sabe la cantidad de enfermedades que se pueden transmitir, población que corresponde sólo a mujeres.

Finalmente el 98,2% de los encuestados, cree que el consumo de drogas produce daños a la salud.

Ahora bien si se observan los porcentajes para cada pregunta por nivel, no se presenta mayor variación que indique que los conocimientos sobre conductas de riesgo aumenten a medida que se llegue al 5to año de estudio.

De los resultados obtenidos para la dimensión de conocimientos a continuación se presenta un resumen según nivel de estudios, para mostrar la existencia de diferencias significativas (valor  $p < 0,1$ ) entre los conocimientos que poseen los estudiantes encuestados en los tópicos de Alimentación, Actividad Física, Consumo de Tabaco/Alcohol, Conductas de Riesgo Asociadas al Sexo y Drogas.

TABLA 9 EVALUACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS FRENTE A LOS TÓPICOS: ALIMENTACIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA, CONSUMO DE TABACO/ALCOHOL, CONDUCTAS DE RIESGO ASOCIADAS AL SEXO Y DROGAS

<b>Estadísticos de contraste <sup>a,b</sup></b>					
	¿Ud. Sabe que alimentos que debe evitar comer en exceso?	¿Ud. Conoce la cantidad mínima de tiempo (minutos) de ejercicio se requiere semanalmente?	¿Ud. Sabe que enfermedades se asocian al consumo del Tabaco?	¿Ud. Sabe que enfermedades se asocian al consumo de Alcohol?	¿Ud. Sabe cómo se debe proteger en el momento de tener relaciones Sexuales?
<b>Valor p</b>	0,032	0,014	0,169	0,046	1,000

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: Nivel

Diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,1$ ). Diferencias analizadas con la prueba de Kruskal Wallis<sup>(56)</sup>

Para la variable Nivel (1er a 5to año de estudios), no muestra significancia (diferencias de conocimientos entre los niveles) sobre enfermedades asociadas al consumo de tabaco, y medidas de protección al momentos de tener relaciones (cada uno con valores  $p > 0,1$ ); sin embargo para los conocimientos sobre alimentos que evitar (valor  $p = 0,032$ ), tiempo mínimo de ejercicio semanal (valor  $p = 0,014$ ) y enfermedades asociadas a alcohol (valor  $p = 0,046$ ), muestran una diferencia significativa, indicativo de que existe diferencias entre conocimientos según el nivel de estudios.

Para poder observar entre qué niveles específicamente se da la diferencia de conocimientos, se recurre al análisis de los rangos obtenidos según pregunta y nivel, por la prueba de Kruskal Wallis observable en la tabla 10.

TABLA 10 RANGOS OBTENIDOS PARA LOS TÓPICOS DE CONOCIMIENTOS EN ESTUDIO

	Nivel	N	Rango promedio		Nivel	N	Rango promedio
¿Ud. Sabe que alimentos que debe evitar comer en exceso?	Nivel 1	36	119,46	¿Ud. Sabe que enfermedad es se asocian al consumo del Tabaco?	Nivel 1	36	110,94
	Nivel 2	50	104,05		Nivel 2	50	105,20
	Nivel 3	44	108,06		Nivel 3	44	114,00
	Nivel 4	36	113,49		Nivel 4	36	114,00
	Nivel 5	54	110,50		Nivel 5	54	109,93
	Total	220		Total	220		
¿Ud. Conoce la cantidad mínima de tiempo (minutos) de ejercicio se requiere semanalmente?	Nivel 1	36	93,72	¿Ud. Sabe cómo se debe proteger en el momento de tener relaciones Sexuales?	Nivel 1	36	110,00
	Nivel 2	50	111,20		Nivel 2	49	110,00
	Nivel 3	44	101,50		Nivel 3	44	110,00
	Nivel 4	36	136,50		Nivel 4	36	110,00
	Nivel 5	54	111,04		Nivel 5	54	110,00
	Total	220		Total	219		
¿Ud. Sabe que enfermedad es se asocian al consumo de Alcohol?	Nivel 1	36	103,38				
	Nivel 2	49	108,03				
	Nivel 3	44	112,50				
	Nivel 4	36	112,50				
	Nivel 5	54	112,50				
	Total	219					

Rangos obtenidos con la prueba de Kruskal Wallis.

N= encuestas contestadas por nivel

Al observar la tabla de rangos obtenidos para las diferentes preguntas relacionadas a conocimientos se muestra que:

- Para la pregunta relacionada a alimentos, los estudiantes del segundo nivel son los que tienen menores conocimientos (rango promedio de 104,05) y las que tienen mayor conocimiento son los estudiantes de 4to año (rango promedio de 113,49).
- Respecto a actividad física, el nivel 1 tienen menos conocimientos respecto a los del nivel 4 (rangos de 93,72 y 136,50 respectivamente).
- Para los conocimientos sobre enfermedades causadas por el consumo de alcohol, los del Nivel 1 (rango promedio de 103,38) tienen menos conocimientos que los niveles 3, 4 y 5 (rango de 112,50 para cada uno).
- Respecto al saber cómo protegerse al momento de tener relaciones sexuales, no existe diferencia entre los niveles debido a que todos los encuestados manifiestan saber protegerse (tabla 8). Algo similar ocurre respecto al conocimiento de enfermedades causadas por el consumo de tabaco, ya que todos en los 5 niveles existen porcentajes similares para las respuestas afirmativas y negativas al realizar la pregunta.

## 7.2.2 Dimensión actitudes frente al cambio

A continuación se presenta un resumen de las actitudes de disposición al cambio según nivel de estudios, para mostrar la existencia de diferencias significativas (valor  $p < 0,1$ ) entre los tópicos a evaluar.

TABLA 11 EVALUACIÓN DE LA DISPOSICIÓN AL CAMBIO FRENTE A MODIFICACIONES EN CONDUCTAS DE: ALIMENTACIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA, CONSUMO DE TABACO/ALCOHOL, CONDUCTAS DE RIESGO ASOCIADAS AL SEXO Y DROGAS

Estadísticos de prueba <sup>a,b</sup>					
	Cambio Alimentación Saludable	Cambio Actividad Física	Cambio Consumo Tabaco/alcohol	Cambio Asociado a Drogas	Cambio Asociado a conducta sexual
Valor p	0,945	0,665	0,212	0,330	0,005

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: Nivel

Diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,1$ ). Diferencias analizada con la prueba de Kruskal Wallis<sup>(56)</sup>

Para la variable Nivel (1er a 5to año de estudios), no muestra significancia entre tópicos de cambio hacia alimentación saludable (valor  $p = 0,945$ ), cambio hacia realizar un plan de actividad física (valor  $p = 0,665$ ), cambio del consumo de tabaco/alcohol (0,212), cambio en las conductas de riesgo asociado a drogas (valor  $p = 0,33$ ); sin embargo para el tópico cambio asociado a la conducta sexual muestra una diferencia significativa (valor  $p = 0,005$ ) indicativo de que existe un cambio de actitud asociado al nivel.

Para poder observar entre qué niveles específicamente se da la diferencia de actitudes para el tópico “Cambio asociado a conducta sexual”, se recurre a la observación de los rangos obtenidos por la prueba de Kruskal Wallis.

TABLA 12 RANGOS OBTENIDOS PARA EL TÓPICO “CAMBIO ASOCIADO A CONDUCTA SEXUAL”

	Nivel	N	Rango promedio
Cambio Asociado a conducta sexual  Valor p = 0,005	Nivel 1	36	136,93
	Nivel 2	50	123,45
	Nivel 3	44	106,98
	Nivel 4	36	98,47
	Nivel 5	54	91,78
	Total	220	

Rangos obtenidos con la prueba de Kruskal Wallis.

N= encuestas contestadas por nivel

Al observar la tabla 12 de rangos obtenidos para el tópico de “cambio asociado a conducta sexual” muestra que el nivel 5 posee el rango promedio más bajo (91,78), indicando una menor disposición al cambio y los del nivel 1 poseen una mayor disposición al cambio, reflejado al obtener el rango promedio más alto (136,93).

Para hacer el análisis de las actitudes de los encuestados sobre cuál es la razón por la que desean hacer o no el cambio, la escala de 1 a 7 se agrupó en 3 categorías:

- 1-3= No dispuesto
- 4-5= Indeciso
- 6-7= Dispuesto

Los resultados por área se desglosan en las tablas presentadas a continuación (tabla 13 a la tabla 25).

Para disposición al cambio respecto a alimentación saludable, los resultados distribuidos por nivel se muestran en la tabla 13 y tabla 14.

TABLA 13 PORCENTAJE DE ESTUDIANTES SEGÚN NIVEL DE ESTUDIO DISPUESTOS, A EFECTUAR CAMBIOS HACIA UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE.

	Sí están dispuestos al cambio en alimentación	Me Sirve para Bajar de Peso			Mejora de la Salud			Me Siento Bien			Es sana y saludable		
		I	ND	D	I	ND	D	I	ND	D	I	ND	D
Nivel	Nivel 1	3,0%	3,5%	9,5%	0%	0%	16,1%	0%	1,5%	14,6%	0%	1,0%	15,1%
	Nivel 2	5,5%	5,0%	12,6%	0,5%	0%	22,6%	0,5%	2,0%	20,6%	0,5%	3,5%	19,1%
	Nivel 3	4,5%	3,5%	11,1%	1,0%	0%	18,1%	1,0%	0%	18,1%	2,0%	0,5%	16,6%
	Nivel 4	3,5%	4,0%	8,5%	0,5%	1,0%	14,6%	1,0%	0,5%	14,6%	1,5%	0,5%	14,1%
	Nivel 5	5,5%	5,5%	14,6%	1,5%	0%	24,1%	2,5%	2,0%	21,1%	2,0%	2,5%	21,1%
Total	22,1%	21,6%	56,3%	3,5%	1,0%	95,5%	5,0%	6,0%	88,9%	6,0%	8,0%	85,9%	

ND: No Dispuesto; I: Indeciso; D: Dispuesto.

De los resultados obtenidos en esta dimensión de cambio hacia una alimentación saludable, es interesante destacar que las dos razones con mayores porcentajes para indicar aceptación al cambio serían “mejora la salud” con un 95,5%, seguido por “es sana y saludable” con un 85,9% del total de encuestas que manifiestan decisión por esta razón.

**TABLA 14 PORCENTAJE DE ESTUDIANTES SEGÚN NIVEL DE ESTUDIO NO DISPUESTOS, A EFECTUAR CAMBIOS HACIA UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE**

	NO están dispuestos al cambio en Alimentación	No me dan Ganas de practicarla			No la necesito			No engordo			Me gusta comer de todo			
		I	ND	D	I	ND	D	I	ND	D	I	ND	D	
Nivel	Nivel 1	10,0%	0%	10,0%	15,0%	5,0%	0%	10,0%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	10,0%	
	Nivel 2	0%	10,0%	5,0%	5,0%	10,0%	0%	10,0%	0%	5,0%	0%	5,0%	10,0%	
	Nivel 3	10,0%	10,0%	10,0%	0%	25,0%	5,0%	5,0%	15,0%	10,0%	0%	10,0%	20,0%	
	Nivel 4	5,0%	15,0%	0%	5,0%	15,0%	0%	0%	20,0%	0%	0%	5,0%	15,0%	
	Nivel 5	0%	5,0%	10,0%	5,0%	0%	10,0%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	0%	10,0%	
Total		25,0%	40,0%	35,0%	30,0%	55,0%	15,0%	30,0%	45,0%	25,0%	10,0%	25,0%	65,0%	

ND: No Dispuesto; I: Indeciso; D: Dispuesto.

En contra posición dentro de los motivos que rechazan el cambio hacia una alimentación saludable predomina la razón “me gusta comer de todo” con un 65% de las respuestas con decisión.

Para disposición al cambio respecto a realizar actividad física, los resultados distribuidos por nivel se muestran en la tabla 15 y tabla 16.

**TABLA 15 PORCENTAJE DE ESTUDIANTES SEGÚN NIVEL DE ESTUDIO DISPUESTOS, A EFECTUAR CAMBIOS HACIA LA ACTIVIDAD FISICA**

	Si están dispuestos al cambio	Ayuda a reemplazar grasa por musculatura			Aumenta fortaleza ósea			Quema calorías			Reduce el estrés		
		I	ND	D	I	ND	D	I	ND	D	I	ND	D
Nivel	Nivel 1	1,9%	3,3%	11,4%	1,9%	4,3%	10,5%	1,4%	1,9%	13,3%	1,0%	1,0%	14,8%
	Nivel 2	1,9%	2,9%	18,1%	1,0%	5,2%	16,7%	2,4%	1,9%	18,6%	1,0%	1,0%	21,0%
	Nivel 3	2,9%	3,3%	13,8%	3,8%	1,4%	14,8%	1,0%	0,5%	18,6%	1,4%	1,0%	17,6%
	Nivel 4	2,9%	2,4%	10,5%	2,9%	2,4%	10,5%	2,9%	2,9%	10,0%	1,4%	0%	14,3%
	Nivel 5	3,3%	2,4%	19,0%	4,8%	3,8%	16,2%	4,8%	2,4%	17,6%	1,4%	1,0%	22,4%
Total		12,9%	14,3%	72,9%	14,3%	17,1%	68,6%	12,4%	9,5%	78,1%	6,2%	3,8%	90,0%

ND: No Dispuesto; I: Indeciso; D: Dispuesto

Para la disposición a generar un hábito de realización de actividad física las 4 razones expuestas presentan porcentajes altos en indicar decisión a ellas con 68,6% en “aumenta la fortaleza ósea”, 72,9% “...reemplazar grasa...”, 78,1% “quema calorías” y un 90% en la “reduce del estrés”; todas ellas sin variaciones aparentes entre los niveles.

**TABLA 16 PORCENTAJE DE ESTUDIANTES SEGÚN NIVEL DE ESTUDIO NO DISPUESTOS, A EFECTUAR CAMBIOS HACIA LA ACTIVIDAD FISICA**

	No esta dispuesto al cambio	Es muy difícil formar el hábito			El ejercicio es aburridor			Me quita tiempo			No soy bueno en ningún deporte		
		I	ND	D	I	ND	D	I	ND	D	I	ND	D
Nivel	Nivel 1	0%	11,1%	0%	0%	11,1%	0%	0%	0%	11,1%	0%	0%	11,1%
	Nivel 2	0%	0%	11,1%	0%	0%	11,1%	0%	0%	11,1%	0%	0%	11,1%
	Nivel 3	11,1%	0%	11,1%	11,1%	0%	11,1%	0%	0%	22,2%	0%	22,2%	0%
	Nivel 4	11,1%	11,1%	11,1%	22,2%	0%	11,1%	11,1%	11,1%	11,1%	11,1%	11,1%	11,1%
	Nivel 5	11,1%	0%	11,1%	11,1%	11,1%	0%	0%	0%	22,2%	11,1%	11,1%	0%
	<b>Total</b>	<b>33,3%</b>	<b>22,2%</b>	<b>44,4%</b>	<b>44,4%</b>	<b>22,2%</b>	<b>33,3%</b>	<b>11,1%</b>	<b>11,1%</b>	<b>77,8%</b>	<b>22,2%</b>	<b>44,4%</b>	<b>33,3%</b>

ND: No Dispuesto; I: Indeciso; D: Dispuesto.

Frente a la negativa de realizar el cambio dentro de las razones que lo motivan es relevante destacar que un 77,8% afirma que su razón principal es “me quita tiempo” y esta respuesta es de similar porcentaje entre los 5 niveles

Para disposición al cambio respecto al consumo de tabaco/alcohol, los resultados distribuidos por nivel se muestran en la tabla 17 y tabla 18

TABLA 17 PORCENTAJE DE RESPUESTAS EN ESTUDIANTES SEGÚN NIVEL DE ESTUDIO DISPUESTOS O NO, A EFECTUAR CAMBIOS EN SU CONSUMO DE TABACO/ALCOHOL

		¿Le gustaría hacer un cambio y disminuir o dejar el consumo tabaco/alcohol?		
		Sí	No	S/CONS
Nivel	Nivel 1	7,3%	2,3%	6,8%
	Nivel 2	10,5%	3,2%	8,7%
	Nivel 3	9,1%	3,7%	7,3%
	Nivel 4	4,6%	4,1%	7,8%
	Nivel 5	12,8%	4,1%	7,8%
Total		44,3%	17,4%	38,4%

S/CONS: sin consumo

Para esta pregunta los participantes a la hora de responder, un porcentaje no menor, correspondiente al 38,4% manifiestan una tercera opción de respuesta que escapa de la dicotomía de respuestas en la encuesta, indicando que “no consumen ni tabaco, ni alcohol”, lo cual les impide responder las siguientes valoraciones de las razones para realizar un cambio; debido a esto es que en las tablas siguientes (tabla 18 y tabla 19) no son considerados en el porcentaje obtenido por nivel.

TABLA 18 PORCENTAJE DE ESTUDIANTES SEGÚN NIVEL DE ESTUDIO DISPUESTOS, A EFECTUAR CAMBIOS EN SU CONSUMO DE TABACO/ALCOHOL.

	SI están dispuestos a cambiar	Ya que prestaría un beneficio para mi salud			Disminuirían las enfermedades			Tendría mejor concentración			Se evitarían mas accidentes		
		I	ND	D	I	ND	D	I	ND	D	I	ND	D
Nivel	Nivel 1	1,0%	2,0%	15,3%	3,1%	6,1%	9,2%	2,0%	2,0%	14,3%	5,1%	4,1%	9,2%
	Nivel 2	1,0%	2,0%	20,4%	2,0%	3,1%	18,4%	3,1%	4,1%	16,3%	2,0%	3,1%	18,4%
	Nivel 3	7,1%	0%	12,2%	4,1%	4,1%	11,2%	8,2%	5,1%	6,1%	4,1%	6,1%	9,2%
	Nivel 4	0%	0%	10,2%	2,0%	0%	8,2%	2,0%	1,0%	7,1%	1,0%	2,0%	7,1%
	Nivel 5	1,0%	0%	27,6%	1,0%	2,0%	25,5%	5,1%	5,1%	18,4%	6,1%	5,1%	17,3%
Total		10,2%	4,1%	85,7%	12,2%	15,3%	72,4%	20,4%	17,3%	62,2%	18,4%	20,4%	61,2%

ND: No Dispuesto; I: Indeciso; D: Dispuesto

Los dos motivos que destacan para apoyar con decisión la disposición al cambio en el consumo de tabaco/alcohol se encuentran el considerarlo un “beneficio para la salud” con un 85,7% y considerar que “disminuirían las enfermedades” con un 72,4%.

TABLA 19 PORCENTAJE DE ESTUDIANTES SEGÚN NIVEL DE ESTUDIO NO DISPUESTOS, A EFECTUAR CAMBIOS EN SU CONSUMO DE TABACO/ALCOHOL.

	NO está dispuesto al cambio	Me es difícil dejarlo			Es un estilo de vida			No me afecta físicamente			No me interesa dejarlo		
		I	ND	D	I	ND	D	I	ND	D	I	ND	D
Nivel	Nivel 1	5,4%	0%	5,4%	5,4%	5,4%	0%	5,4%	2,7%	2,7%	2,7%	5,4%	2,7%
	Nivel 2	16,2%	0%	2,7%	13,5%	5,4%	0%	8,1%	5,4%	5,4%	8,1%	8,1%	2,7%
	Nivel 3	8,1%	13,5%	0%	10,8%	10,8%	0%	13,5%	5,4%	2,7%	8,1%	8,1%	5,4%
	Nivel 4	16,2%	8,1%	0%	13,5%	8,1%	2,7%	5,4%	5,4%	13,5%	13,5%	2,7%	8,1%
	Nivel 5	8,1%	13,5%	2,7%	10,8%	13,5%	0%	10,8%	10,8%	2,7%	2,7%	10,8%	10,8%
Total		54,1%	35,1%	10,8%	54,1%	43,2%	2,7%	43,2%	29,7%	27,0%	35,1%	35,1%	29,7%

ND: No Dispuesto; I: Indeciso; D: Dispuesto

Y dentro de las razones para indicar la negativa al cambio se destaca que existe una alta indecisión a las razones propuestas, con porcentajes que van desde el 35,1% al 54,1% y que la indecisión aumenta en proporción al nivel de estudio que se cursa.

Para disposición al cambio respecto a los hábitos de conductas de riesgo asociadas al sexo, los resultados distribuidos por nivel se muestran en la tabla 20, tabla 21 y tabla 22.

TABLA 20 PORCENTAJE DE RESPUESTAS EN ESTUDIANTES SEGÚN NIVEL DE ESTUDIO DISPUESTOS O NO, A EFECTUAR CAMBIOS EN HÁBITOS DE CONDUCTAS DE RIESGO ASOCIADAS AL SEXO

		¿Le gustaría hacer un cambio o disminuir las conductas de riesgo asociadas al sexo?		
		Sí	No	S/RIESGO
Nivel	Nivel 1	15,1%	0%	1,4%
	Nivel 2	18,3%	1,4%	2,7%
	Nivel 3	16,4%	0,9%	2,7%
	Nivel 4	9,1%	1,4%	5,9%
	Nivel 5	16,0%	1,4%	7,3%
Total		74,9%	5,0%	20,1%

S/RIESGO: Sin riesgo

Para esta pregunta los participantes a la hora de responder, un porcentaje correspondiente al 20,1%, manifiestan una tercera opción de respuesta que escapa de la dicotomía de respuestas en la encuesta, indicando que “no tienen conducta de riesgo”, además el porcentaje más alto de esta respuesta se encuentra en el 5to año de estudio (7,3% del 20,1% total). Lo anterior les impide responder las siguientes valoraciones de las razones para realizar un cambio; debido a esto es que en las tablas a continuación (tabla 21 y tabla 22) no son considerados en el porcentaje obtenido por nivel.

TABLA 21 PORCENTAJE DE ESTUDIANTES SEGÚN NIVEL DE ESTUDIO DISPUESTOS, A EFECTUAR CAMBIOS EN HÁBITOS DE LAS CONDUCTAS DE RIESGO ASOCIADAS AL SEXO

	SÍ están dispuestos al cambio	Ya que disminuirían embarazos no deseados			Habrían menos infecciones transmitidas			Habrían menos madres solteras			Ya que el condón evita las infecciones tanto para el hombre como para la mujer		
		I	ND	D	I	ND	D	I	ND	D	I	ND	D
Nivel	Nivel 1	0%	2,4%	17,6%	0,6%	0%	19,4%	6,1%	5,5%	8,5%	0%	1,9%	18,8%
	Nivel 2	1,8%	3,0%	20,0%	1,2%	1,2%	22,4%	7,9%	5,5%	11,5%	0,6%	1,3%	23,8%
	Nivel 3	6,7%	1,2%	13,9%	0,6%	0%	21,2%	4,2%	11,5%	6,1%	2,5%	0,6%	18,8%
	Nivel 4	1,2%	1,2%	9,7%	0%	0%	12,1%	1,2%	3,6%	7,3%	1,9%	0,6%	9,4%
	Nivel 5	4,8%	1,2%	15,2%	0,6%	0%	20,6%	4,8%	8,5%	7,9%	1,3%	1,9%	16,9%
Total		14,5%	9,1%	76,4%	3,0%	1,2%	95,8%	24,2%	34,5%	41,2%	6,3%	6,3%	87,5%

ND: No Dispuesto; I: Indeciso; D: Dispuesto

Respecto a la disposición al cambio en los hábitos de riesgo asociadas al sexo, la población en general manifiesta decisión al fundamentar su razón en que, existirían menos infecciones transmitidas, evitarían las infecciones para ambos sexos con el uso de condón, y disminuirían los embarazos no deseados, con porcentajes de 95,8%, 87,5% y 76,4%, respectivamente

TABLA 22 PORCENTAJE DE ESTUDIANTES SEGÚN NIVEL DE ESTUDIO **NO DISPUESTOS**, A EFECTUAR CAMBIOS EN HÁBITOS DE LAS CONDUCTAS DE RIESGO ASOCIADAS AL SEXO

	NO están dispuestos al cambio	No me interesa			El condón quita sensibilidad			Porque es casi improbable infectarme de alguna ITS			Nunca me ha sucedido nada		
		I	ND	D	I	ND	D	I	ND	D	I	ND	D
Nivel	Nivel 2	20,0 %	0%	0%	18,2%	0%	0%	18,2%	0%	0%	6,3%	0%	6,3%
	Nivel 3	10,0 %	10,0 %	0%	9,1%	0%	9,1%	9,1%	9,1%	0%	6,3%	12,5 %	12,5 %
	Nivel 4	10,0 %	10,0 %	10,0%	9,1%	18,2%	9,1%	9,1%	18,2%	9,1%	0%	6,3%	25,0 %
	Nivel 5	10,0 %	10,0 %	10,0%	0%	27,3%	0%	0%	27,3%	0%	0%	12,5 %	12,5 %
Total		50,0 %	30,0 %	20,0%	36,4%	45,5%	18,2%	36,4%	54,5%	9,1%	12,5%	31,3 %	56,3 %

ND: No Dispuesto; I: Indeciso; D: Dispuesto

El nivel 1 no aparece representado en la tabla 22 ya que todos los encuestados que fueron considerados para la pregunta se manifiestan dispuestos a realizar un cambio en sus hábitos de las conductas de riesgo asociadas al sexo.

Para oponerse al cambio se observan porcentajes similares en las 3 categorías (ND, I y D) para las 4 razones, aunque los de 4to y 5to nivel presentan porcentajes similares en

justificar su razonamiento en que “el condón quita sensibilidad”, “improbabilidad de adquisición de una ITS” y el que “nunca me ha sucedido nada”, para rechazar el cambio.

Para disposición al cambio respecto a los hábitos de conductas de riesgo asociada a las drogas, los resultados distribuidos por nivel se muestran en la tabla 23, tabla 24 y tabla 25.

TABLA 23 PORCENTAJE DE RESPUESTAS EN LOS ESTUDIANTES SEGÚN NIVEL DE ESTUDIO DISPUESTOS O NO, A EFECTUAR CAMBIOS EN HÁBITOS DE CONDUCTAS DE RIESGO ASOCIADAS A DROGAS

		¿Le gustaría hacer un cambio para disminuir las Conductas de Riesgo asociadas a las Drogas?		
		Sí	No	S/CONS
Nivel	Nivel 1	8,5%	0%	8,5%
	Nivel 2	12,3%	2,8%	8,1%
	Nivel 3	11,4%	2,4%	5,7%
	Nivel 4	5,7%	2,8%	6,6%
	Nivel 5	9,5%	3,3%	12,3%
Total		47,4%	11,4%	41,2%

S/CONS= sin consumo

Para esta pregunta los participantes a la hora de responder, un porcentaje no menor correspondiente al 41,2%, manifiestan una tercera opción de respuesta que escapa de la dicotomía de respuestas en la encuesta, indicando que “no consumen algún tipo de droga”, lo cual les impide responder las siguientes valoraciones de las razones para realizar un cambio; debido a esto es que en las tablas a continuación (tabla 24 y tabla 25) no son considerados en el porcentaje obtenido por nivel.

TABLA 24 PORCENTAJE DE ESTUDIANTES SEGÚN NIVEL DE ESTUDIO DISPUESTOS, A EFECTUAR CAMBIOS EN HÁBITOS DE CONDUCTAS DE RIESGO ASOCIADAS A LAS DROGAS.

	Sí está dispuesto al cambio	Ya que afecta el organismo			Disminuyen capacidad intelectual			Disminuyen capacidad física			Porque causan daño a la familia		
		I	ND	D	I	ND	D	I	ND	D	I	ND	D
Nivel	Nivel 1	1,9%	0%	15,5%	1,0%	1,0%	15,5%	1,0%	3,9%	12,6%	1,9%	2,9%	12,5%
	Nivel 2	1,0%	4,9%	22,3%	1,9%	2,9%	23,3%	4,9%	2,9%	20,4%	4,8%	3,8%	19,2%
	Nivel 3	5,8%	1,9%	15,5%	3,9%	1,9%	17,5%	4,9%	1,9%	16,5%	8,7%	5,8%	9,6%
	Nivel 4	1,9%	0%	9,7%	1,9%	1,9%	7,8%	1,9%	1,0%	8,7%	1,9%	1,0%	8,7%
	Nivel 5	2,9%	1,9%	14,6%	1,9%	1,9%	15,5%	3,9%	1,9%	13,6%	1,0%	4,8%	13,5%
Total		13,6%	8,7%	77,7%	10,7%	9,7%	79,6%	16,5%	11,7%	71,8%	18,3%	18,3%	63,5%

ND: No Dispuesto; I: Indeciso; D: Dispuesto.

Dentro de los motivos para aceptar el cambio hacia aceptar el cambio porque afectan la capacidad intelectual con un 79,6%, seguido por un 63,5% por considerar que afectan el entorno familiar como respuestas en general de los niveles.

**TABLA 25 PORCENTAJE DE ESTUDIANTES SEGÚN NIVEL DE ESTUDIO NO DISPUESTOS, A EFECTUAR CAMBIOS EN HÁBITOS DE CONDUCTAS DE RIESGO ASOCIADAS A LAS DROGAS**

	NO está dispuesto al cambio	No me interesa			No repercuten en mi vida			Me gustan			Me siento mejor consumiéndolas		
		I	ND	D	I	ND	D	I	ND	D	I	ND	D
Nivel	Nivel 2	9,5%	4,8%	0%	9,5%	0%	4,8%	9,5%	0%	4,8%	10,0%	0%	5,0%
	Nivel 3	4,8%	14,3%	9,5%	14,3%	14,3%	0%	9,5%	14,3%	4,8%	10,0%	10,0%	5,0%
	Nivel 4	9,5%	9,5%	4,8%	9,5%	14,3%	0%	9,5%	4,8%	9,5%	10,0%	15,0%	0%
	Nivel 5	4,8%	23,8%	4,8%	9,5%	14,3%	9,5%	0%	19,0%	14,3%	5,0%	20,0%	10,0%
	<b>Total</b>	28,6%	52,4%	19,0%	42,9%	42,9%	14,3%	28,6%	38,1%	33,3%	35,0%	45,0%	20,0%

ND: No Dispuesto; I: Indeciso; D: Dispuesto.

El nivel 1 no aparece representado en la tabla 25 ya que todos los encuestados que fueron considerados para la pregunta, se manifiestan dispuestos a realizar un cambio en sus hábitos de las conductas de riesgo asociadas a las drogas.

Para los motivos de rechazo al cambio no hay ninguna de las razones que destaque por sobre la otra, si son consideradas las repuestas en general en todos los niveles.

## 8. DISCUSIÓN

El número de estudios sobre conocimientos y/o actitudes sobre prácticas de vida saludable en universitarios es escaso, a pesar de representar a un grupo muy numeroso de la población. Los comportamientos de salud adquiridos durante la adolescencia son determinantes en gran parte de las conductas ejercidas en la etapa adulta. Se sabe que los estudiantes universitarios están más expuestos a comportamientos que representan riesgos a llevar estilos no saludables, por ejemplo en el estudio de Espinoza, L., y colaboradores<sup>(57)</sup> sobre Hábitos de Alimentación y Actividad Física en estudiantes Universitarios, de donde se extrae que los estudiantes tienen una mala percepción de la calidad de la alimentación y aun cuando tienen una amplia oferta de alimentos, tienden a elegir alimentos ricos en carbohidratos y lípidos. Esta elección fue independiente del costo del producto elegido, ya que por ejemplo comprar frutas o lácteos son precios más económicos que las bebidas gaseosas, completos o empanadas (comida no saludable), tienen a comprar estos últimos. En dicho estudio además se observó que la “comida rápida” es la primera preferencia del grupo masculino para adquirir alimentos en la universidad y las “golosinas” la primera preferencia para el grupo femenino (figura 5). Resultados similares se obtuvieron en el estudio realizado por Durán, S. y colaboradores<sup>(58)</sup> en estudiantes universitarios del Campus Antumapu de la Universidad de Chile, en donde el consumo calórico total, la ingesta de carbohidratos y lípidos era significativamente más alto en los estudiantes de sexo masculino que en los de sexo femenino.

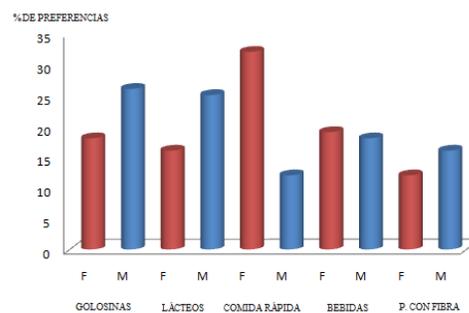


FIGURA 5 PREFERENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS, SEGÚN SEXO. ADAPTADO DE ESPINOZA, L. Y COLABORADORES.

Respecto a la realización de actividad física en los estudiantes universitarios estudios como el descrito por Rodríguez R. y colaboradores<sup>(59)</sup> sobre Hábitos Alimentarios y Actividad física en estudiantes Universitarios, muestran que respecto de la actividad física, los estudiantes tienden a realizar poca actividad física justificándose en el poco tiempo disponible que poseen y que son las mujeres las más inactivas físicamente.

Revisando bibliografía sobre creencias favorables sobre hábitos de vida saludables lo jóvenes universitarios tienen una alta presencia de creencias favorables relacionadas con la actividad física y deporte que no coincide con las prácticas, que son poco o nada saludables<sup>(60)</sup>.

Si se abordan las actitudes frente a los factores de riesgo y las conductas de la salud sexual y reproductiva de la población universitaria hay estudios como el Acosta, S. y colaboradores<sup>(61)</sup>, que indican que el método anticonceptivo más usado es el preservativo y el 37,9% de la población en estudio (correspondiente a estudiantes de la universidad de Bogotá, Colombia) tiene conocimientos escasos sobre anticoncepción.. Adicionalmente en el estudio de Fernandez ML. y colaboradores<sup>(62)</sup> en que se evaluaron distintas generaciones de un mismo curso académico de estudiantes españoles, se observa que existe una menor percepción del riesgo a medida que se está en un curso académico mas alto.

Producto de lo anterior es que la mayoría de los programas de prevención y promoción de la salud se enfocan en este grupo etario. En este estudio se determinó el conocimiento y actitud que tienen los estudiantes Tecnología Médica de la Universidad de Talca sobre alimentación saludable, actividad física, consumo de tabaco/alcohol, conductas de riesgo asociadas a sexo y drogas.

Como descripción de la muestra se obtiene que del total de estudiantes encuestados, 63,2% corresponden a sexo femenino y 36,8% a sexo masculino. Según grupo etario el

mayor porcentaje se concentra entre los 18 y 21 años (tabla 3). Según nivel de estudios la mayoría de los encuestados corresponden al sexo femenino en todos los niveles (tabla 4).

Para la sección de conocimientos es importante destacar 99,5% de los encuestados en todos los niveles piensan que el consumo de tabaco no produce algún beneficio para la salud y dentro de ellos los niveles 4to y 5to el 100% de los encuestados afirma lo anterior. Este mismo patrón se repite para la pregunta “¿sabe las enfermedades asociadas el consumo de alcohol?” en donde el 100% de los encuestados afirma saberlo (tabla 5).

Finalmente al ser analizadas preguntas relevantes sobre conocimientos se obtiene que al preguntar “¿sabe cómo se debe proteger en el momento de tener relaciones sexuales?”, la totalidad de la población (en los 5 niveles de carrera) admite saberlo, tan solo un 0,5% indica no saber cómo se adquiere una ITS; tan solo un 1,9% de la sub población de 5to año no sabe la cantidad de enfermedades que se pueden transmitir, población que corresponde sólo a mujeres. El 98,2% de los encuestados, cree que el consumo de drogas produce daños a la salud.

Así mismo para la variable Nivel (1er a 5to año de estudios), no muestra significancia (diferencias de conocimientos entre los niveles) sobre enfermedades asociadas al consumo de tabaco, y medidas de protección al momentos de tener relaciones (cada uno con valores  $p > 0,1$ ); sin embargo para los conocimientos sobre alimentos que evitar, tiempo mínimo de ejercicio semanal y enfermedades asociadas a alcohol, muestran una diferencia significativa (valor  $p < 0,1$ ) indicativo de que existe diferencias entre conocimientos según el nivel de estudios, comprobando que los estudiantes tienen mayores conocimientos a medida que se va avanzando en el plan de formación.

En la bibliografía revisada no se encontró estudios que midieran el conocimiento de los encuestados, por tanto no es posible contrastar los resultados obtenidos.

De la sección donde se reunía información acerca de las actitudes del encuestado frente a estilos de vida saludable, para la variable Nivel (1er a 5to año de estudios), no muestra significancia entre tópicos de cambio hacia alimentación saludable, cambio hacia realizar un plan de actividad física, cambio del consumo de tabaco/alcohol, cambio en las conductas de riesgo asociado a drogas (cada uno con valores  $p > 0,1$ ); sin embargo para el tópico cambio asociado a la conducta sexual muestra una diferencia significativa (valor  $p < 0,1$ ) indicativo de que existe un cambio de actitud asociado al nivel.

Si se analiza este tópico de conductas de riesgo asociadas al sexo (tabla 20), los participantes a la hora de responder, un porcentaje correspondiente al 20,1%, manifiestan una tercera opción de respuesta que escapa de la dicotomía de respuestas en la encuesta, indicando que “no tienen conducta de riesgo” y dicho porcentaje está mayormente representado por estudiantes de 4to y 5to año; de los participantes que sí manifiestan una disposición al cambio en los hábitos de riesgo asociadas al sexo, la población en general manifiesta decisión al fundamentar su razón en que, existirían menos infecciones transmitidas, evitarían las infecciones para ambos sexos con el uso de condón, y disminuirían los embarazos no deseados, con porcentajes de 95,8%, 87,5% y 76,4%, respectivamente.

Para oponerse al cambio se observan porcentajes similares en las 3 categorías (ND, I y D) para las 4 razones, aunque los de 4to y 5to nivel presentan porcentajes similares en justificar su razonamiento en que “el condón quita sensibilidad”, “improbabilidad de adquisición de una ITS” y el que “nunca me ha sucedido nada”, para rechazar el cambio

Al observar la tabla 12 de rangos obtenidos para el tópico de “cambio asociado a conducta sexual” muestra que el nivel 5 posee el rango promedio más bajo (91,78), indicando una menor disposición al cambio y los del nivel 1 poseen una mayor disposición al cambio reflejado al obtener el rango promedio más alto (136,93), lo que involucra que la hipótesis propuesta respecto a que el cambio conductual está condicionado a los conocimientos, sería rechazada. Existe un estudio de Triviño, Z.<sup>(63)</sup> en que estudiantes de un instituto de educación superior de Cali, Colombia, muestra que dichos estudiantes

tienen los conocimientos pero no son autoeficaces para desarrollar la conducta de responsabilidad en salud o no presentan alta expectativa de interés en lograrla, lo que sería un resultado similar a lo obtenido en el presente estudio, en que resulta que los estudiantes poseen los conocimientos, pero son reacios a generar un cambio.

Como datos finales y relevantes es posible mencionar que en la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2009-2010<sup>(64)</sup> mostró que el número de parejas sexuales declarado en el último año, alcanzó en promedio 1,2 en mujeres y 1,5 en hombres, en el grupo de edad de 15 a 24 años. En el estudio de carga de enfermedad y carga atribuible realizado en nuestro país el año 2007, sobre las consecuencias del comportamiento sexual de riesgo, se estimó que los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVISA) atribuibles a este factor de riesgo alcanzaron a 28,419 años, lo que implicaría un gran factor de riesgo. Los resultados preliminares de la ENS 2016-2017<sup>(65)</sup> muestran que el uso de preservativo en hombres es 12,8% y en mujeres es de un 7,1% y que el rango etario en donde es más utilizado es entre los 15-24 años, además que solo un 17,2% de la población afirma el haberse realizado el examen de VIH/SIDA lo cual representa una disminución respecto a la encuesta anterior (2009-2010) en donde el porcentaje era de un 28,8%.

## 9. CONCLUSIÓN

En conclusión, la Universidad es el escenario ideal para implementar planes de educación y promoción de la salud, puesto que incluye a un amplio número de jóvenes en formación. Es por ello que se debe trabajar en la búsqueda y adopción de estrategias que favorezcan el desarrollo de prácticas de vida saludable que ayuden a reducir comportamientos que en un futuro lleven a los jóvenes a situaciones de potencial riesgo cardiovascular, hipertensión, diabetes, síndrome metabólico entre otras enfermedades no transmisibles, que gracias a pequeños cambios de hábitos es posible disminuir. Así también a medida que se avanza en el plan de estudios, los estudiantes van adquiriendo mayores conocimientos sobre hábitos de vida saludable, pero su disposición al cambio se ve afectada indicando su negativa a realizarlo, al menos en el tópico que refiere a conductas de riesgo sexual. Sería prudente el efectuar un estudio en donde se indaguen con profundidad las razones para evitar el cambio para así formular planes de intervención a futuro.

## 10. BIBLIOGRAFÍA

1. Toledo Curbelo G, Rodríguez Hernández P, Reyes Sigarreta M, Cruz Acosta A, Carabaloso Hernández M, Sánchez Santos L. Fundamentos de salud pública. La Habana: Ciencias Médicas. 2004;1:15-7.
2. Terris M. Tendencias actuales de la salud pública de las Américas en la crisis de la salud pública. Publicación Científica. 1992;540.
3. Muñoz F, López-Acuña D, Halverson P, Macedo CGd, Hanna W, Larrieu M, et al. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. Revista Panamericana de Salud Pública. 2000;8:126-34.
4. MINSAL. Funciones esenciales de la Salud Pública. In: Informe anual 2009, editor. 2009.
5. Bettcher DW, Sapirie SA, Goon EH. Essential public health functions: results of the international Delphi study. 1998.
6. salud. CdOplpdl. Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Canadá. Organización Mundial de la Salud. Salud y Bienestar Social del Canadá y Asociación Canadiense de Salud Pública. 1986.
7. Girón Daviña P. Los determinantes de la salud percibida en España: Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones; 2010.
8. Álvarez Pérez AG, García Fariñas A, Bonet Gorbea M. Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en Cuba. Revista Cubana de Salud Pública. 2007;33.
9. Tarlov AR. Social determinants of health: the sociobiological translation. Health and social organization: Routledge; 2002. p. 87-109.
10. Ejecutivo C. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud: informe de la Secretaría. Organización Mundial de la Salud; 2009.

11. Marmot M, Allen J, Goldblatt P, Boyce T, McNeish D, Grady M, et al. The Marmot review: Fair society, healthy lives. The Strategic Review of Health Inequalities in England Post-2010. 2010.
12. Marmot MG, Bell R. Action on health disparities in the United States: commission on social determinants of health. *Jama*. 2009;301(11):1169-71.
13. MINSAL. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. 2010.
14. Anderson P, Scott E. The effect of general practitioners' advice to heavy drinking men. *British journal of addiction*. 1992;87(6):891-900.
15. Higgins-Biddle, J.C. Reducing Risky Drinking, Report prepared for the Robert Wood Johnson Foundation, Farmington, Centro de Salud de la Universidad de Connecticut In: Babor T, editor. 1996.
16. Beich A, Thorsen T, Rollnick S. Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2003;327(7414):536-42.
17. Burrows A R. Prevención y tratamiento de la obesidad desde la niñez: la estrategia para disminuir las enfermedades crónicas no transmisibles del adulto. *Revista médica de Chile*. 2000;128:105-10.
18. Dietz WH. Health Consequences of Obesity in Youth: Childhood Predictors of Adult Disease. *Pediatrics*. 1998;101(Supplement 2):518-25.
19. OMS. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. 2010.
20. López L. Efectividad de las intervenciones de base poblacional dirigidas a la prevención del sobrepeso en la población infantil y adolescente. . In: Audisio Y, editor.: *Medicina Clinica* 2010. p. 462-9. .
21. OPS. Propuesta del Plan estratégico 2008-2012. Octubre de 2007. p. 151.
22. CONASIDA. Estudio Nacional de Comportamiento Sexual. Primeros Análisis. . Comisión Nacional del SIDA-ANRS; 2000.

23. INJ. VI Encuesta Nacional de Juventud, Instituto Nacional de Juventud. 2009. .
24. Babor TF. *Drug policy and the public good*. Caulkins JP, Edwards, G., Fischer, B., Foxcroft, D. R., Humphreys, K., ... & Reuter, P., editor. Oxford university press.2010.
25. Lazarus RS. Psychological stress and the coping process. 1966.
26. Tavera J. Estilos de vida, factores de riesgo y enfermedades crónicas no transmisibles. *Promoción de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles* . 1994.
27. Ledo-Varela MT, de Luis Román DA, González-Sagrado M, Izaola Jauregui O, Conde Vicente R, Aller de la Fuente R. Características nutricionales y estilo de vida en universitarios. *Nutrición Hospitalaria*. 2011;26:814-8.
28. Salud OMDl. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO. . In: 916. SdIT, editor.: World Health Organization. Ginebra; 2003.
29. Allport GW. Attitudes in CA Murchinson (Ed.) *Handbook of social psychology*. . *Clark University Press, Worcester, MA* , 798 , 844. 1935.
30. Becoña E. Promoción de los estilos de vida saludables. Investigación en detalle N°5. . In: Vázquez F, Oblitas L., editor. Universidad del Valle de México e Instituto Mexicano de Psicoterapia Cognitivo Conductual.2004. p. 1-33.
31. Mantilla-Tolosa SC. Actividad física, tabaquismo y consumo de alcohol, en un grupo de estudiantes universitarios. In: . G-C, A., & Hidalgo-Montesinos, M. D., editor.: *Revista de Salud Pública*; 2011. p. 748-58. .
32. Vélez-Ramírez A. La adquisición de hábitos como finalidad de la educación superior. . *Educación y educadores*; 2008. p. 167-80.
33. Fishbein, M. Aids and behavior change: An analysis based on the theory of reasoned action. . *Revista Interamericana de Psicología*. ; 1990. . p. 39-55

34. Campbell DT. Social attitudes and other acquired behavioral dispositions. . IN *Psychology: A study of a science*. Sigmund Koch, New York: McGraw-Hill Book Co. ; 1963. p. 94-172
35. Reyes L. La teoría de acción razonada: implicaciones para el estudio de las actitudes. . In: educativa I, editor. Universidad Pedagógica de Durango. 2007. p. 66-77
36. Ajzen I. Prediction of goal directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. . In: and Madden TJ, editor.: *Journal of Experimental Social Psychology*, ; 1986. . p. 453-74
37. Ajzen I. Understanding attitudes and predicting social behavior. . In: Fishbein M, editor. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall 1980.
38. Dorina S. Teoría de la Acción Razonada: Una propuesta de evaluación cuali-cuantitativa de las creencias acerca de la institucionalización geriátrica. . Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba. ISSN. 2005. p. 1515 – 867
39. Maibach E. Designing Health Messages: Approaches from Communication Theory and Public Health Practice. In: and Parrott RL, editor. Thousand Oaks, CA: Sage Production Editor: Astrid Viriding. 1995. . p. 304.
40. Ríos-Hernández I. Comunicación en salud: Conceptos y modelos teóricos. Universidad de la Frontera, Temuco, Chile. 2011. . p. 123-40
41. A. B. Social cognitive theory: an agentic perspective.: *Annu Rev Psychol*. ; 2001. . p. 1-26. .
42. Schunk D. Teorías del aprendizaje. . In: Dávila J, Ortiz, M., editor. México: Prentice Hall Hispanoamericana. 2 ed 1997.
43. Elias MJ. Implementation, sustainability, and scaling up of social–emotional and academic innovations in public schools. . In: Zins JE, Graczyk, P. A., editor. *School Psychology Review*. 2003. . p. 303–19

44. Miller N. Theory and experiment relating psychoanalytic displacement to stimulus-response generalization. . Journal of Abnormal and Social Psychology.; 1948. . p. 155-78
45. Dollard J. Personality and psychotherapy: An analysis of thinking, learning, and cultura. In: and Miller N, editor. New York: McGraw-Hill. 1950. .
46. Bandura A. Social Learning Theory. . Nueva York: General Learning Press 1971. .
47. Bandura, A. The self-system in reciprocal determinism.: American Psychologist. ; 1978. p. 344-58.
48. Bandura, A. Self-efficacy: Toward a Unifying theory of behavioral Change. . Psychological Review. ; 1977. p. 192-215
49. INTA. Gobierno de Chile. Guía de vida saludable 2 2009.
50. Salud OMdl. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO. In: 916. SdIT, editor.: World Health Organization. Ginebra; 2003.
51. Salud OMdl. Enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo 2019 [Available from: <https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/resources/sampling/es/>].
52. Raosoft. Sample size calculator 2014 [Available from: <http://www.raosoft.com/samplesize.html>].
53. Technologies FN. Calcular la muestra correcta 2013 [Available from: <https://www.feedbacknetworks.com/cas/experiencia/sol-preguntar-calcular.html>].
54. González, F. Construcción y validación de un instrumento para evaluar conocimientos y actitudes sobre prácticas de vida saludable en los estudiantes de la Universidad de Talca. 2011.
55. Serafine D. Coeficiente de congruencia simple. Organización de los Estados Americanos (OEA) Santiago Chile. 1981.

56. Soto PL. Contraste de hipótesis. Comparación de más de dos medias independientes mediante pruebas no paramétricas: Prueba de Kruskal-Wallis. *Revista Enfermería del Trabajo*. 2013;3(4):166-71.
57. Espinoza L, Rodríguez F, Gálvez J, MacMillan N. Hábitos de alimentación y actividad física en estudiantes universitarios. *Revista chilena de nutrición*. 2011;38(4):458-65.
58. Durán S, Castillo M. Diferencias en la calidad de vida de estudiantes universitarios de diferente año de ingreso del campus Antumapu. *Revista chilena de nutrición*. 2009;36(3):200-9.
59. Rodríguez R, Palma L, Romo B, Escobar B, Aragú G, Espinoza O, et al. Hábitos alimentarios, actividad física y nivel socioeconómico en estudiantes universitarios de Chile. *Nutrición hospitalaria*. 2013;28(2):447-55.
60. Sánchez-Ojeda MA, Luna-Bertos ED. Hábitos de vida saludable en la población universitaria. *Nutrición hospitalaria*. 2015;31(5):1910-9.
61. Acosta S, Alfonso A, Cifuentes L, Gamba S, Ibañez É, Mojica C, et al. Conductas de salud y factores de riesgo en la salud sexual y reproductiva de una población universitaria. *Nova*. 2010;8(13):32-43.
62. Fernández ML, Castro YR, Pérez SD. Evolución de la percepción de riesgo de la transmisión heterosexual del VIH en universitarios/as españoles/as. *Psicothema*. 2002;14(2):255-61.
63. Triviño-Vargas ZG. Conductas promotoras de salud en estudiantes de una institución de educación superior. *Aquichan*. 2012;12(3):275-85.
64. Arredondo A, Goldstein E, Olivera MP, Bozon M, Giraud M, Messiah A. Estudio nacional de comportamiento sexual. Primeros análisis. 2000.
65. de Salud Pública S. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 Primeros Resultados. 2017.

## 11. ANEXOS

### ANEXO 1 Cuestionario aplicado

#### CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE PRÁCTICAS DE VIDA SALUDABLES

Como promoción de la Salud se pretende incentivar conductas de vida saludables. Para lograr este propósito es importante hacer un diagnóstico de los conocimientos y la actitud de la población ante conductas saludables. Le invitamos a contestar de manera completa la presente encuesta. La información recogida en este documento es estrictamente confidencial.

Agradecemos su participación.

#### Datos Generales

Sexo:	M. _____		F. _____		
Edad :	18-21 ____.	22-25 _____	26-30 _____	31-40 _____	41 y más _____
Estado Civil:	Soltero _____		Casado _____		Otro _____
Actividad: _____					
Año de ingreso : _____ Carrera: _____					



**Parte I: Para cada una de las preguntas marque con una X la opción que lo represente mejor.**

**Hábitos Alimentarios**

<b>1.- ¿Ud. Sabe que involucra llevar una vida saludable?</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>2.- ¿Ud. Piensa que alimentación saludable es hacer dieta?</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>3.- ¿Ud. Sabe que alimentos que debe evitar comer en exceso?</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>4.- ¿Ud. Conoce que alimentos son altos en grasas y colesterol?</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>5.- ¿Ud. Sabe la cantidad de calorías que debe consumir diariamente?</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>INDIQUE EL NUMERO DE RESPUESTAS CONTESTADAS EN CADA COLUMNA</b>		

**Actividad Física**

<b>1.- ¿Ud. Conoce la cantidad mínima de tiempo (minutos) de ejercicio se requiere semanalmente?</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>2.- ¿Ud. Sabe cuantos días a la semana (mínimo) se debe practicar algún tipo de ejercicio?</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>3.- ¿Ud. Piensa que con solo un día de practica de ejercicios semanalmente se puede bajar de peso?</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>4.- ¿Ud. Cree que realizar algún tipo de ejercicio trae beneficios para la salud?</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>5.- ¿Ud. Sabe si el ejercicio permite tener una mejor musculatura?</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>INDIQUE EL NUMERO DE RESPUESTAS CONTESTADAS EN CADA COLUMNA</b>		

### Consumo de Tabaco/Alcohol

<b>1.- ¿Ud. Piensa que el Tabaco trae beneficios para la Salud?</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>2.- ¿Ud. Sabe que enfermedades se asocian al consumo del Tabaco?</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>3.- ¿Ud. Piensa que el Alcohol produce efectos nocivos para nuestro organismo?</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>4.- ¿Ud. Conoce si el Alcohol es uno de los grandes motivos de accidentes automovilísticos?</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>5.- ¿Ud. Sabe que enfermedades se asocian al consumo de Alcohol?</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>INDIQUE EL NUMERO DE RESPUESTAS CONTESTADAS EN CADA COLUMNA</b>		

### Conductas de Riesgo

<b>1.- ¿Ud. Sabe como se debe proteger en el momento de tener relaciones Sexuales?</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>2.- ¿Ud. Conoce como se adquieren las ITS (Infecciones de Transmisión Sexual)?</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>3.- ¿Ud. Piensa que tener mas de una pareja sexual es bueno?</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>4.- ¿Ud. Sabe la cantidad de enfermedades que se pueden transmitir sexualmente?</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>5.- ¿Ud. Piensa que el consumo de Drogas (Marihuana, Pasta Base, Cocaína etc.) produce daños para la Salud?</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>INDIQUE EL NUMERO DE RESPUESTAS CONTESTADAS EN CADA COLUMNA</b>		

**Parte II: Para cada una de las preguntas marque con una X la opción que represente mejor su opinión.**

**Alimentación Saludable**

<b>¿Le gustaría hacer un cambio hacia una alimentación saludable?</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
---	-----------	-----------

(Si respondió SI, valore las siguientes razones por las cuales Ud. practicaría dieta una saludable)

	1	2	3	4	5	6	7
Me Sirve para Bajar de Peso							
Mejora de la Salud							
Me Siento Bien							
Es sana y saludable							

(Si respondió NO, valore las siguientes razones por las cuales Ud. NO practicaría una dieta saludable)

	1	2	3	4	5	6	7
No me dan Ganas de practicarla							
Me gusta comer de todo							
No engordo							
No la necesito							

### Actividad Física

¿Le gustaría hacer un plan de actividad física?	Si	No
---	----	----

(Si respondió SI, valore en escala de 1 a 7 las siguientes razones por las cuales Ud. haría actividad física)

	1	2	3	4	5	6	7

<b>Ayuda a reemplazar grasa por musculatura</b>							
<b>Aumenta fortaleza ósea</b>							
<b>Quema calorías</b>							
<b>Reduce el estrés</b>							

(Si respondió NO, valore las siguientes razones por las cuales Ud. NO haría actividad física)

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>Es muy difícil formar el hábito</b>							
<b>El ejercicio es aburridor</b>							
<b>Me quita tiempo</b>							
<b>No soy bueno en ningún deporte</b>							

#### **Consumo de Tabaco/Alcohol**

<b>¿Le gustaría hacer un cambio y disminuir o dejar el consumo tabaco/alcohol?</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
--	-----------	-----------

(Si respondió SI, valore las siguientes razones por las cuales Ud. Disminuiría o dejaría el consumo de Tabaco y Alcohol)

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>Ya que prestaría un beneficio para mi salud</b>							
<b>Se evitarían mas accidentes</b>							

<b>Disminuirían las enfermedades</b>							
<b>Tendría mejor concentración</b>							

(Si respondió NO, valore las siguientes razones por las cuales Ud. NO Disminuiría o dejaría el consumo de Tabaco y Alcohol)

	1	2	3	4	5	6	7
<b>No me interesa dejarlo</b>							
<b>Me es difícil dejarlo</b>							
<b>Es un estilo de vida</b>							
<b>No me afecta físicamente</b>							

### Conductas de Riesgo

<b>¿Le gustaría hacer un cambio para disminuir las Conductas de Riesgo asociadas al sexo?</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
---	-----------	-----------

(Si respondió SI, valore las siguientes razones por las cuales Ud. Disminuiría las conductas de Riesgo asociadas al sexo)

	1	2	3	4	5	6	7
<b>Ya que disminuirían embarazos no deseados</b>							
<b>Habrían menos infecciones transmitidas</b>							
<b>Habrían menos madres solteras</b>							
<b>Ya que el condón evita las infecciones tanto para el hombre como para la mujer</b>							

(Si respondió NO, valore las siguientes razones por las cuales Ud. NO Disminuiría las conductas de Riesgo asociadas al sexo)

	1	2	3	4	5	6	7
No me interesa							
El condón quita sensibilidad							
Porque es casi improbable infectarme de alguna ITS							
Nunca me ha sucedido nada							

¿Le gustaría hacer un cambio para disminuir las Conductas de Riesgo asociadas a las Drogas?	Si	No
---	----	----

(Si respondió SI, valore las siguientes razones por las cuales Ud. disminuir las Conductas de Riesgo asociadas a las Drogas)

	1	2	3	4	5	6	7
Ya que afecta el organismo							
Disminuyen capacidad intelectual							
Disminuyen capacidad física							
Porque causan daño a la familia							

(Si respondió NO, valore las siguientes razones por las cuales Ud. NO disminuir las Conductas de Riesgo asociadas a las Drogas)

	1	2	3	4	5	6	7
<b>No me interesa</b>							
<b>No repercuten en mi vida</b>							
<b>Me gustan</b>							
<b>Me siento mejor consumiéndolas</b>							

Gracias por su colaboración.

## ANEXO 2 Consentimiento informado



**ACTA DE APROBACIÓN  
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO. FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD. UNIVERSIDAD  
DE TALCA**

Talca, 21 de junio de 2019

REGISTRO: 2019034

A juicio de este Comité la presente investigación cumple con los estándares ético-científicos necesarios para su ejecución.

Título del Proyecto: "Conocimientos y actitudes sobre prácticas de vida saludable de estudiantes de Tecnología Médica de la Universidad de Talca".

Investigadora Responsable: **Mónica Maldonado Rojas. Escuela de Tecnología Médica. Facultad de Ciencias de la Salud.**

NOTA: la obtención de cartas de autorización del o la directivo/a de los establecimientos en los cuales realizará la investigación es de exclusiva responsabilidad de los/as investigadores/as.

UNIVERSIDAD DE TALCA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
COMITE DE ETICA CIENTIFICA



**ACTA DE APROBACIÓN. CEC Facultad de Ciencias de la Salud**  
Título: "Conocimientos y actitudes sobre prácticas de vida saludable en estudiantes de Tecnología Médica de la Universidad de Talca".  
Investigador Responsable: Mónica Maldonado R.

Prof. Claudia Donoso S.

Prof. Sergio Matus F.

Prof. Guillermo Ramírez T.

Prof. Wendy Donoso T.

Prof. Sergio Plana Z

Prof. Juan Schilling L.

**UNIVERSIDAD DE TALCA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
COMITE DE ETICA CIENTIFICA**

Talca, 21 de junio de 2019



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del proyecto:

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE PRÁCTICAS DE VIDA SALUDABLE DE ESTUDIANTES DE TECNOLOGÍA MÉDICA DE LA UNIVERSIDAD DE TALCA**

Patrocinante:

**Facultad Ciencias de la Salud Dpto. Bioquímica Clínica e Inmunohematología, Escuela de Tecnología Médica. Universidad de Talca**

El propósito de este documento es entregarle toda la información necesaria para que Ud. pueda decidir libremente si desea participar en la INVESTIGACIÓN que se le ha explicado verbalmente, y que a continuación se describe en forma resumida. Recuerde que debe firmar 2 copias, una es para usted y la otra para el/la investigador/a.

### **Resumen del Proyecto:**

La vida saludable actualmente es un tema importante en la conciencia de las personas gracias a la información entregada por las Instituciones de Salud y medios de comunicación masiva. Los estilos de vida saludable comprenden las conductas de las personas, vale decir, hábitos alimentarios, actividad física, uso de redes sociales y participación en estas, comportamiento sexual y cuidado del entorno. Son condiciones que se adquieren a través del aprendizaje social y están fuertemente influidas por la situación socioeconómica y del medio ambiente, que adquieren un significado social según la herencia cultural y que, en general, son reconocidas como saludables o no saludables. Las creencias y actitudes de una persona son motivadores importantes de su comportamiento. Este proyecto pretende hacer un diagnóstico acerca de cuáles son los conocimientos y actitudes hacia prácticas de vida saludable que tienen los estudiantes de la carrera de Tecnología médica, de la Universidad de Talca, con el fin de contar con antecedentes que podrían orientar el diseño e implementación de estrategias de intervención.

### **Objetivo**

Evidenciar qué conocimientos y actitudes sobre prácticas de vida saludable tienen los estudiantes de Tecnología médica de la Universidad de Talca.

UNIVERSIDAD DE TALCA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
COMITE DE ETICA CIENTIFICA

**Procedimiento**

Como **metodología** se utilizará un estudio descriptivo transversal. Para lo cual se utiliza como población a los estudiantes matriculados a 1° semestre 2019 en la carrera de Tecnología Médica (n =385). La realización de la encuesta tendrá una **duración** no mayor a los **10 MIN** y está dirigida expresamente a MAYORES DE 18 años.

**Instrumento:** Encuesta (validada previamente), la cual está estructurada con tres secciones:

- a) Datos generales el que consta de 5 preguntas donde se recogen las variables socio-demográficas.
- b) Datos de conocimientos sobre prácticas de vida saludable: Consta de 5 ítems de preguntas cerradas de valoración con 2 opciones dicotómicas de respuesta (sí o no), disgregadas como sigue: hábitos alimentarios, con 5 preguntas; actividad física, con 5 preguntas; consumo tabaco/alcohol, con 5 preguntas; conductas de riesgo de sexualidad asociadas a ITS (Infecciones de Transmisión Sexual), con 5 preguntas; conductas de riesgo asociadas al consumo de drogas, con 5 preguntas.
- c) Datos sobre actitudes del encuestado en las distintas dimensiones, en donde se listan una serie de 4 atributos positivos y 4 negativos de cada ítem en estudio, ante los cuales se solicita la reacción del encuestado (Anexo 1)

**Beneficios:** el poder realizar un diagnóstico acerca de cuáles son los conocimientos y actitudes hacia prácticas de vida saludable que tienen los estudiantes de la carrera de Tecnología médica, permitirá contar con antecedentes, que podrían orientar el diseño e implementación de estrategias de intervención, como por ejemplo educar y promover en los estudiantes estilos de vida saludable.

**Riesgos:** el estudio al ser de carácter descriptivo a través de la realización de una encuesta, no conlleva a ningún riesgo o algún malestar físico.

**Usos potenciales de la investigación:** la presente investigación puede ser usada en el futuro como base para la generación de nuevas investigaciones, así como también con fines informativos y educativos dirigidos en el ámbito académico y a la comunidad.



**Costos:** Los costos de esta investigación serán asumidos por la Escuela de Tecnología Médica de la Universidad de Talca. No hay costo involucrado para el participante.

**Compensaciones:** No hay una compensación económica para el participante en el presente estudio.

**Confidencialidad:** Los datos recolectados serán de uso exclusivo de la investigación, a cada encuesta realizada se le asignará un número correlativo y propio del estudio. La encuesta no será cruzada más tarde con el consentimiento del participante, así no existirá forma alguna de saber a quién pertenece cada encuesta.

Las personas responsables de la confidencialidad de los datos recopilados serán el investigador responsable Mónica Maldonado Rojas y co-investigador Javiera Islas Bueno, quien será quien custodie los resultados. Estos datos serán almacenados hasta el término de la investigación correspondiente a julio del 2019. Los datos obtenidos solo se utilizarán para efecto de esta investigación.

**Comunicación con el investigador:**

Investigador responsable Mónica Maldonado Rojas: [mamaldon@utalca.cl](mailto:mamaldon@utalca.cl)

Co-investigador Javiera Islas Bueno: [jislas12@alumnos.utalca.cl](mailto:jislas12@alumnos.utalca.cl)

Comité de Bioética de la Universidad, Claudia Donoso: [comitefacultad@utalca.cl](mailto:comitefacultad@utalca.cl)

*Desde ya muchas gracias, saluda cordialmente a usted.*

*Monica Maldonado Rojas y Javiera Islas Bueno*

*Estimado/a participante recuerde que la decisión de participar es absolutamente suya. Puede aceptar o rechazar la investigación, e incluso arrepentirse de su primera decisión en el momento que usted estime conveniente*

UNIVERSIDAD DE TALCA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
COMITE DE ETICA CIENTIFICA



#### DECLARACIÓN

- He recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la investigación que es conocer los hábitos a conductas saludables que poseen los estudiantes de Tecnología Médica según año de ingreso, así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera éstos produzcan que resultan ser contar con antecedentes, que podrían orientar el diseño e implementación de estrategias de intervención, como por ejemplo educar y promover en los estudiantes estilos de vida saludable.
- He sido informado/a sobre las eventuales molestias, incomodidades y riesgos de mi participación en la investigación.
- He sido también informado/a que los procedimientos que se realicen, no implican un costo que yo deba asumir es decir, mi participación en el procedimiento no involucra un costo económico alguno que yo deba solventar (hacerme cargo).
- Estoy en pleno conocimiento que la información obtenida con la actividad en la cual participaré, será absolutamente confidencial, esto significa que sólo el equipo investigador tendrá acceso a mis datos y nadie más. En caso de que la información obtenida del estudio sea publicada ésta se mantendrá anónima, esto significa que no aparecerá ningún dato con el que puedan identificarme en libros, revistas y otros medios de publicidad derivadas de la investigación ya descrita.

Adicionalmente, el investigador responsable Profesora guía Mónica Maldonado Rojas, email [mamaldon@utalca.cl](mailto:mamaldon@utalca.cl), número de teléfono: 71- 2201627, horario lunes a viernes de 9:00 a 13:00 horas, ha manifestado su voluntad de aclarar cualquier duda que me surja, antes, durante y después de mi participación en la actividad.

Además, si usted desea realizar sus consultas personalmente el domicilio para estos efectos es Campus Lircay s/n, Escuela de Tecnología Médica con el investigador Javiera Islas Bueno en el horario comprendido entre las 8:30 y las 13:00 horas.  
También puede contactarse con el Comité Ético Científico de la Facultad de Ciencias de la Salud (Claudia Donoso, correo electrónico: [comitefacultad@utalca.cl](mailto:comitefacultad@utalca.cl))

UNIVERSIDAD DE TALCA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
COMITE DE ETICA CIENTIFICA



### ACEPTACIÓN

He leído el documento, entiendo las declaraciones contenidas en él y la necesidad de hacer constar mi consentimiento, para lo cual lo firmo libre y voluntariamente, recibiendo en el acto copia de este documento ya firmado.

Yo, \_\_\_\_\_  
(nombre completo), Cédula de identidad o pasaporte N° \_\_\_\_\_, de nacionalidad \_\_\_\_\_, mayor de edad (o autorizado por mi representante legal \_\_\_\_\_ (nombre), cédula de identidad \_\_\_\_\_), con domicilio en \_\_\_\_\_, ACEPTO en

participar en la investigación denominada: "Conocimientos y Actitudes sobre prácticas de vida saludable de estudiantes de Tecnología Médica de la Universidad de Talca" y autorizo a la Sra. Mónica Maldonado Rojas, investigador responsable del proyecto y/o a quienes éste designe como sus colaboradores directos y cuya identidad consta al pie del presente documento, para realizar el (los) procedimiento(s) requerido(s) por el proyecto de investigación descrito.

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de (la) participante

Investigador Responsable:

\_\_\_\_\_  
Mónica Maldonado Rojas.  
Escuela de Tecnología Médica, Universidad de Talca.  
(mamaldon@utalca.cl)

Investigador CO-Responsable:

\_\_\_\_\_  
Javiera Islas Bueno  
Escuela de Tecnología Médica, Universidad de Talca.  
(jislal2@alumnos.utalca.cl)

UNIVERSIDAD DE TALCA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
COMITE DE ETICA CIENTIFICA



### RECHAZO

He leído el documento, entiendo las declaraciones contenidas en él. Sin embargo, rechazo otorga mi consentimiento, para lo cual firmo libre y voluntariamente el siguiente documento, recibiendo en el acto copia de este ya formado.

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre completo), Cédula de identidad o pasaporte N° \_\_\_\_\_, de nacionalidad \_\_\_\_\_, mayor de edad (o autorizado por mi representante legal \_\_\_\_\_ (nombre), cédula de identidad \_\_\_\_\_), con domicilio en \_\_\_\_\_, **RECHAZO** en participar en la investigación denominada: “*Conocimientos y Actitudes sobre prácticas de vida saludable de estudiantes de Tecnología Médica de la Universidad de Talca*” y **NO AUTORIZO** a la Sra. Mónica Maldonado Rojas, investigador responsable del proyecto y/o a quienes éste designe como sus colaboradores directos y cuya identidad consta al pie del presente documento, para realizar el (los) procedimiento(s) requerido(s) por el proyecto de investigación descrito.

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de (la) participante

Investigador Responsable:

\_\_\_\_\_  
Mónica Maldonado Rojas  
Escuela de Tecnología Médica, Universidad de Talca.  
(mamaldon@utalca.cl)

Investigador CO-Responsable:

\_\_\_\_\_  
Javiera Islas Bueno  
Escuela de Tecnología Médica, Universidad de Talca.  
(jislas12@alumnos.utalca.cl)

UNIVERSIDAD DE TALCA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
COMITE DE ETICA CIENTIFICA