

Comparación de Hábitos Saludables en los Estudiantes de Enfermería Adventistas y no
Adventistas de la Unac 2013

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA



Lesly Mayery Hernández Corredor

Jounior Hernando Vargas Quintero

Luz Adriana Palacio Parra

Medellín, Colombia

2014

COMPARACIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES

Nota de aceptación



CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CENTRO DE INVESTIGACIONES

NOTA DE ACEPTACIÓN

Los suscritos miembros de la comisión Asesora del Proyecto de Grado: "Comparación de Hábitos Saludables en Estudiantes de Enfermería Adventistas y No Adventista de la Corporación Universitaria Adventista, 2013", elaborado por los estudiantes: LESLY MAYERY HERNÁNDEZ CORREDOR, LUZ ADRIANA PALACIO PARRA Y JOUNIOR HERNANDO VARGAS QUINTERO, del programa de Enfermería, nos permitimos conceptuar que éste cumple con los criterios teóricos, metodológicos y de redacción exigidos por la Facultad de Ciencias de la Salud y por lo tanto se declara como:

Aprobado: Aceptable

Medellín, Junio 9 de 2014

Mg (c). Milton Andrés Jara
Presidente

Mg. Lina María Ortiz
Secretaría

Méd. Miguel Moreno
Vocal

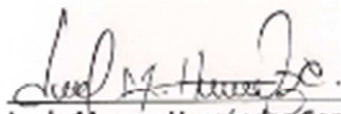
Parcería Jurídica según Resolución del Ministerio de Educación No. 8529 del 6 de junio de 2008 / MIT 890.402.751-2

Cra. 84 No. 33AA-1 PBX. 250 83 28 Fax. 250 79 48 Medellín <http://www.unac.edu.co>

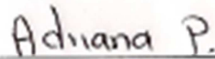
COMPARACIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES



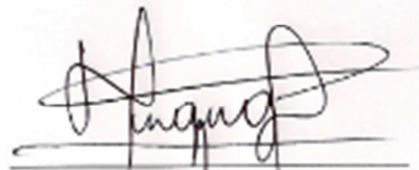
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA



Lesly Mayery Hernández Corredor
Estudiante



Luz Adriana Palacio Parra
Estudiante



Jounior Hernando Vargas Quintero
Estudiante

Procesada según Resolución del Ministerio de Educación No. 8529 del 8 de junio de 2003 / NIT 900.402.751-2

Cra. 84 No. 33AA-1 PBX. 250 83 28 Fax. 250 79 48 Medellín <http://www.unac.edu.co>

COMPARACIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES

Dedicatoria

Inicialmente queremos dedicar este proyecto a Dios quien ha sido el artífice de todos nuestros logros. A nuestras familias, por su apoyo incondicional y acompañamiento continuo.

Y a nuestros asesores por su ayuda y consejo oportuno. Esp. Lina Ortiz, Esp. Daniel Pinzón, Doc. Emilio Díaz y Doc. Miguel Moreno, por toda la ayuda que nos brindaron. A todas las personas que hicieron posible este proyecto. Docentes, estudiantes de Enfermería, asesores, compañeros y amigos.

Para todos aquellos que ya no están, pero que siempre nos acompañaron y apoyaron sin importar el lugar en el cual nos encontramos.

COMPARACIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES

Tabla de contenido

Nota de aceptación.....	ii
Dedicatoria.....	ivv
Resumen	ix
Capitulo uno - Planteamiento del problema	1
Descripción del problema.....	1
Justificación.....	7
Objetivos.....	8
Objetivo general.....	8
Objetivos específicos.	9
Hipótesis	9
Limitantes	10
Capitulo dos-Marco teórico	11
Antecedentes.....	11
Marco conceptual.	14
Consumo suficiente de agua.	18
Descanso.	20
Ejercicio.	23
Aire puro.	25
Nutrición.	27

COMPARACIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES

Abstinencia de consumo de tabaco.....	29
Abstinencia de consumo de alcohol.....	30
Abstinencia de sustancias psicoactivas y o adictivas.....	31
Marco Institucional.....	32
Valores	33
Misión	34
Visión.....	34
Marco Legal.....	37
Capítulo tres – Metodología	40
Tipo de estudio	40
Alcances del estudio	40
Población	41
Criterios de inclusión	42
Criterios de exclusión	42
Aspectos éticos.....	42
Método.....	43
Validación de la encuesta.....	44
Descripción de variables	45
Actividad física.....	46
Descanso.....	46

COMPARACIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES

Nutrición.....	46
Consumo de Agua	46
Consumo de sustancias.....	47
Tiempo libre	47
Situación laboral.....	47
Capítulo cuatro-Análisis de datos.....	48
Ejercicio Físico.....	48
Descanso.....	51
Nutrición.....	54
Consumo de Agua	57
Consumo de sustancias adictivas.....	60
Esparcimiento	62
Capítulo cinco - Conclusiones y recomendaciones	63
Conclusiones.....	63
Recomendaciones	66
Referencias	68
Anexos	81

COMPARACIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES

Lista de tablas

Tabla 1: Alfa de Cronbach, tomada de PSPP, 2014	44
---	----

COMPARACIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES

Lista de figuras

Gráfico 1: Prevalencia de ECNT, tomado de la OMS 2006.....	2
Gráfico 2: Porcentaje de práctica de ejercicio	47
Gráfico 3: Porcentaje de práctica 3 horas de ejercicio semanal	48
Gráfica 4: Porcentaje de exigencia física del ejercicio	49
Gráfica 5: Porcentaje mínimo de horas de sueño durante la noche.	50
Gráfica 6: Referencia de dificultades para conciliar el sueño	51
Gráfica 7 Referencia del uso de medicamentos para conciliar el sueño	52
Gráfica: 8 Alimentación con tendencia vegetariana.....	53
Gráfica 9: Consumo de mínimo 3 comidas al día	54
Gráfica 10: Porcentaje de consumo de comidas rápidas	55
Gráfica 11: Preferencia de bebidas gaseosas en vez de agua pura	56
Gráfica 12: Consumo de al menos 2 litros de agua al día	57
Gráfica 13: Llevar una botella de agua al salir de casa	58
Gráfica 14: Consumo de alcohol	59
Gráfica 15: Hábito de consumir tabaco	60
Gráfico 16: Realización de actividades de esparcimiento	61

COMPARACIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES

Resumen

La realización de esta investigación tuvo como base la preocupación por los altos índices de prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), que se presentan a nivel internacional y local además de la responsabilidad que tiene el enfermero como educador en la promoción para la promoción de la salud.

Objetivo: Realizar una comparación de la práctica de hábitos saludables, entre los estudiantes de Enfermería adventistas y no adventistas de la CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA de Colombia en el segundo semestre del año 2013.

Metodología: Se estudió una población total de 197 estudiantes, para lo cual se elaboró una encuesta con previa operacionalización de variables y validada posteriormente mediante la medición del alfa de Cronbach. Seguidamente se aplicó la encuesta a la población, luego se escogieron 33 encuestas en forma aleatoria de cada grupo, adventistas y no adventistas, posteriormente se analizaron los datos mediante un análisis estadístico descriptivo realizado por el software libre PSPP.

Resultados: Se observó que existe mayor compromiso de los estudiantes adventistas en los hábitos de práctica de ejercicio físico, descanso, nutrición saludable, consumo de agua natural y esparcimiento.

Conclusiones y recomendaciones: Dado lo anterior se concluyó que según el estudio de Belloc y Breslow en 1972, los estudiantes de enfermería adventistas entre los 20 y 40 años tienen en promedio 4,76 años menos de edad fisiológica con relación a su edad biológica, en cambio los no adventistas tienen 8.6 años más, que según la teoría del Oren, Mariner (2001), que los estudiantes de enfermería adventistas pueden tener mayor grado de influencia en la

COMPARACIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES

educación para la práctica de hábitos saludables en los pacientes que los estudiantes no adventistas. Por otro lado se recomienda la comparación de mediciones biométricas en una segunda fase, además de un cambio en el desarrollo de la metodología de entrega de conocimientos sobre hábitos saludables en los estudiantes no adventistas, por último realizar un refuerzo de los mismos en los estudiantes no adventistas.

Capítulo uno - Planteamiento del problema

Descripción del problema

Para dar sustento a la formulación del problema y nutrir de manera específica el tema a desarrollar, es necesario abordar el concepto de promoción de la salud, un tema que cobra vigencia en la actualidad y el cual entendido de manera acertada e incluyente dentro de la sustentación del presente estudio, da continuidad a la estructura conceptual del mismo, ya que desde dicho concepto se infiere que es una estrategia básica que encaminada de manera oportuna por parte de las entidades sanitarias, logra el empoderamiento de los individuos, familias y comunidades de su propio estado de salud, pues supone la adquisición y desarrollo de aptitudes o habilidades personales que conlleva a cambios de comportamiento relacionados con la práctica de hábitos de vida saludables.

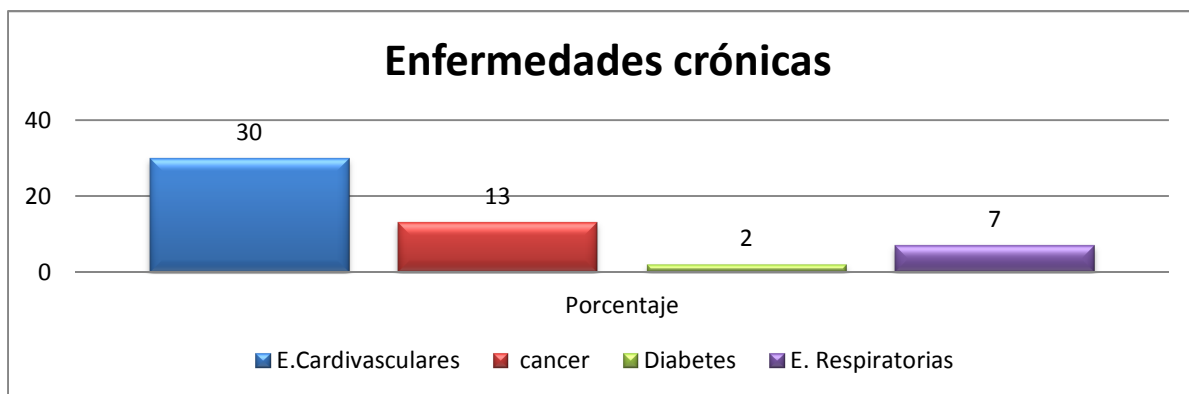
Por eso, la primera conferencia internacional sobre la promoción de la salud reunida en Ottawa el 21 de Noviembre de 1986, emite la carta de Ottawa dirigida a la consecución del objetivo: “Salud para todos en el año 2000”, allí se define la promoción de la salud como “la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individuales y colectivas” (OMS,1986). Desde esta perspectiva, cada individuo es responsable en cierta medida de su estado de salud y las posibles afecciones que puedan generarse a partir de su estilo de vida, pero también se abre la puerta a las acciones de los sistemas de salud dirigidas a la educación y empoderamiento de las personas para la adopción de hábitos saludables.

Reconociendo que la promoción de la salud es importante para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó una

resolución que alienta a todos los Estados Miembros a fortalecer las políticas y programas vigentes relacionados con la promoción de la salud y los modos de vida sanos. La resolución pide a los países que asignen alta prioridad a la promoción de hábitos de vida saludable entre los niños y jóvenes, prestando particularmente atención a los grupos pobres y marginados, y que se ocupen de la prevención de los daños relacionados con el alcohol. (OMS, 2004).

De acuerdo con este informe, se pone de manifiesto la intención de la OMS en la promoción de hábitos saludables como método para prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), entre las que destacan las cardiovasculares, diabetes y cáncer, generadas por déficit de autocuidado y la práctica de malos hábitos de vida. (OMS, Nueva EPS, 2011).

Grafico 1: Prevalencia de ECNT, tomado de la OMS 2006.



Porcentaje de prevalencia de ECNT según la OMS 2006.

Según OMS, citada por Camargo (2010), cerca del 80% de estas enfermedades ocurrieron debido a factores de riesgo que se deben combatir, principalmente el tabaquismo, alimentación poco saludable, el sedentarismo y consumo de bebidas alcohólicas. Si el nivel de exposición a

dichos factores continua, las ECNT alcanzarán 41 millones de muertes en el mundo para el año 2015; en la actualidad es de 29 millones. La mitad de estas serán en personas menores de 70 años. (p.1)

De acuerdo a lo anterior y según últimos estudios realizados por la OMS los cuales han sido referenciados por el Gobierno Nacional en el informe de enfermedad renal 2010, se afirmó que el 63% de las muertes en el mundo se deben a causa de las provocadas por las enfermedades no transmisibles, previendo que para el año 2030 las cifras de muerte atribuidas a estas patologías aumentarán en un 40% y cuyas causas serán atribuidas a múltiples factores biológicos y de comportamiento como el consumo de cigarrillo, el excesivo consumo de alcohol, la obesidad y la falta de actividad física entre otros. Además el Gobierno Nacional afirma que la morbimortalidad de estas enfermedades supera incluso, las causadas por la violencia y accidentes en el País. (MPS, 2010)

Así mismo lo expresó el informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2009, donde se afirmó que cerca del 63% de las muertes en la población se atribuyeron a enfermedades no transmisibles (ENT). (Nogueira, 2011).

Este dato fue dado por la representante en Colombia de la OPS/OMS, Doctora Ana Cristina Nogueira, en el marco de la celebración de la semana de hábitos de vida saludable en Colombia, realizada del 18 al 24 de septiembre de 2011, en cuyo acto declaró:

Felicito a Colombia por esta iniciativa de la Semana de Hábitos de Vida Saludable que se enmarca en dos eventos muy importantes en el mundo: la Semana del Bienestar y la Cumbre de Alto Nivel sobre las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ENT); hagamos un alto y un llamado a luchar contra estas enfermedades que están creciendo cada día más en el mundo entero” (Nogueira, 2011).

En el evento de la semana de bienestar de la cumbre de alto nivel la OPS y la OMS se presentó un informe llamado enfermedades no transmisibles en las Américas, construyamos un futuro más saludable”, esta publicación representa la culminación de una década de esfuerzos realizados por la OPS y socios nacionales para comprender y responder de manera efectiva a la creciente epidemia de enfermedades no transmisibles en las Américas” (OPS, 2011, p.1). Este informe hace referencia a los hábitos de vida inadecuados como el principal factor causante de las de las ECNT, refiriéndose a la industrialización y la urbanización como fuente de adopción de hábitos perjudiciales para la salud tales como vida sedentaria, acceso a alimentos industrializados baratos, presiones sociales para fumar y consumir excesivas cantidades de cigarrillo y alcohol (OPS, 2011).

En Colombia, el Ministerio de Protección Social (MPS), promueve los hábitos de vida saludable y gestión de la atención integral de las ECNT, en su página web, a través del “plan A” que consta de cuatro pasos: (1) actividad física (2) agua saludable (3) alimentación saludable y (4) lactancia materna; esta es una estrategia para el mantenimiento de una buena salud en la familia (MPS, 2012).

Sumado a esto, el Plan Decenal de Salud Pública del país 2012- 2021 integra en su estrategia la promoción de hábitos de vida saludable como método efectivo en la prevención de ECNT bajo una de las denominadas dimensiones prioritarias contempladas en dicho plan titulada “dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles” cuyo objetivo principal está encaminado a la búsqueda de bienestar y disfrute de una vida sana en las diferentes etapas del transcurso de la vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludable en la cotidianidad de las personas, familias y comunidades. (Ministerio de Salud y Protección social, 2012. p.149)

En Colombia las enfermedades crónicas no transmisibles se han incrementado en la última década en porcentajes muy considerables. De acuerdo a esto y al último informe presentado en el

año 2011 por la encuesta nacional de situación nutricional en Colombia (ENSIN, 2010), se puede observar que cada día hay más obesos en el país porque que no existe la cultura de consumir frutas y verduras ni consciencia de realizar actividad física regular, lo cual generó una movilización gubernamental para la realización de la semana de hábitos saludables y así promover éstos entre la población colombiana con el propósito de reducir en el futuro los altos índices de enfermedades crónicas.

Desde toda la perspectiva expuesta anteriormente, el enfermero como educador juega un papel importante en la sensibilización y educación de las personas puesto que su misma formación es la que lo capacita para transmitir el conocimiento obtenido, a fin de influenciar en forma positiva sobre los cambios de hábitos de vida de sus pacientes con el objetivo de fomentar en ellos una mejor calidad de vida.

Es por eso que el componente de Formación integral incluido dentro del currículo del Programa de Enfermería de la CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA de Colombia (UNAC), apoyado por el fundamento axiológico de la filosofía de la misma dice: “el proceso educativo busca restaurar en la humanidad la imagen y la perfección divina con la cual fue creado, promoviendo el desarrollo armonioso de sus facultades físicas y preparando a los estudiantes en sus vocaciones para una vida plena como ciudadanos respetables, guiándoles a la dedicación personal de sus capacidades y vigor para el servicio de Dios y la humanidad.” Y en sus objetivos generales, ético- social y de salud, continua diciendo:

Los egresados deben servir a la comunidad y luchar por su bienestar físico, moral y espiritual y crear en los educandos los principios fundamentales de la salud y la adopción de hábitos y prácticas que estimulan el vigor físico y la salud mental” (UNAC, 1990 p.3).

Por lo tanto se promueve la formación de individuos idóneos para la tarea del servicio a la comunidad en la educación y promoción de hábitos de vida saludable, idea fundamentada por la escritora adventista Elena G. de White quien afirmó:

Enseñad a la gente que es mejor como mantenerse bien que cómo curarse de la enfermedad. Nuestros médicos deben ser educadores sensatos, que amonesten a todos contra la complacencia propia, mostrando que la abstinencia de las cosas que Dios ha prohibido es el único camino para prevenir la ruina del cuerpo y de la mente. (White 1997, p.291)

Y en el contexto de hábitos de vida saludable, la misma autora menciona: “el aire puro, el sol, la abstinencia, el descanso, el ejercicio, un régimen alimenticio conveniente, el agua y la confianza en el poder divino son los verdaderos remedios” (1957, p.89). Y afirmó, “Nunca fue tan necesario como hoy dar educación en los principios que rigen la salud” (1959, p.87).

A pesar del conocimiento de la época, la escritora se atrevió a lanzar un desafío para los actores de la salud que aun retumba en nuestros días. “El ejemplo del médico no menos que su enseñanza, debe ser una fuerza positiva para el bien (1997, p. 291).

En resumidas cuentas, la Universidad es el ente que desde su filosofía genera las bases para educar en principios de salud, haciendo énfasis en el ejemplo como forma práctica y vívida para enseñar a otros.

Basado en todo lo anterior, se propone comparar la práctica de hábitos saludables entre los estudiantes adventistas y no adventistas del programa de enfermería de la UNAC durante el año 2013 para dar solución a la siguiente pregunta:

¿Cuál es la diferencia existente en los hábitos de vida saludable, practicados por los estudiantes adventistas y no adventistas del programa de enfermería de la UNAC?

Justificación

En los últimos años los estudios realizados sobre estilos de vida y su relación con los hábitos saludables han tomado mayor fuerza, debido a que, como se ha mencionado a lo largo de este capítulo, son los que definen en gran parte el nivel de salud o protección frente a las diversas enfermedades que prevalecen en la actualidad. Esta realidad fue planteada hace ciento cincuenta años por una de las fundadoras de la iglesia Adventista. Sin embargo en esa época las mayorías no consideraban importante la práctica de hábitos saludables como método eficaz en la prevención de algunas enfermedades, pues según (White, 1901) “Gran parte de la enfermedades y los sufrimientos que abundan entre nosotros son el resultado de la transgresión de la leyes físicas, producto de los malos hábitos de la gente” (p.58).

Basados en estos antecedentes, se propone desarrollar esta investigación con el objetivo de evaluar la prácticas de hábitos saludables promocionados dentro de la filosofía Adventista de la educación y en el currículo Institucional de formación integral II, contenida en el programa de enfermería de la UNAC, con la intención de determinar si lo estudiantes interiorizan los conocimientos obtenidos en la Universidad y en qué medida éstos son llevados a la vida práctica.

La visión Cristiana de la salud incluye a Dios como Creador y Redentor y al ser humano como templo de Espíritu Santo (Corintios 3:19). Por tal motivo, las instituciones adscritas a la Iglesia Adventista del Séptimo Día, dentro de sus misiones integran el desarrollo físico, mental, espiritual y social como eje de impacto en la vida de sus integrantes. Se entiende entonces que la introducción de hábitos saludables en la vida cotidiana puede producir un mejoramiento en la salud de los individuos como consecuencia de la adopción de las recomendaciones dadas por Dios para nuestro bienestar. Por tal motivo, es importante hacer énfasis en la práctica de hábitos saludables en los estudiantes de enfermería de la UNAC, esto avalado por White, (1901) “Las enfermeras y sus ayudantes deben cuidar su propia salud, especialmente cuando atienden casos

críticos de fiebres y enfermedades contagiosas, cada enfermero o asistente médico debe mantenerse sano y hacer ejercicio al aire libre lo más que pueda” (p. 96).

Así pues, se estableció conveniente realizar este estudio que comparó los hábitos de vida saludable que practican los estudiantes adventista y no adventistas, cuyos resultados sirven como herramienta para que el área administrativa de la UNAC, pueda tomar medidas que puedan ser adoptadas para mejorar y fortalecer la práctica de los mismos y establecer estrategias que fomentan hábitos de vida saludable por medio de la enseñanza teórica y práctica a los estudiantes.

Debido a que el enfermero en su ámbito profesional es educador y formador del paciente y en gran medida el instructor de los hábitos de vida saludable; es necesario que sea un ejemplo en la práctica de los mismos. Todo esto fortalece el proyecto institucional de la UNAC, en el objetivo de formar personas competentes en la educación en salud con la mayor credibilidad y entregar así a la sociedad profesionales íntegros y comprometidos en sus vidas mismas con la promoción de la salud.

Objetivos

Objetivo general.

Comparar la práctica de hábitos saludables, entre los estudiantes de enfermería adventistas y no adventistas de la UNAC en el año 2013.

Objetivos específicos.

1. Identificar los hábitos saludables practicados por los estudiantes adventistas y no adventistas de la UNAC.
2. Evaluar si existe alguna diferencia en práctica de hábitos saludables practicados de los estudiantes adventistas dado el contexto de su filosofía.
3. Mostrar la condición actual de los hábitos saludables practicados por los estudiantes de enfermería adventistas y no adventistas de la UNAC.

Hipótesis

Según Goode Hatt, 1979, citado por (Canales, 2006) “la hipótesis es el eslabón necesario entre la teoría y la investigación que lleva al conocimiento de nuevas aportaciones al saber” (P. 106), de acuerdo al planteamiento de Goode podemos inferir que la hipótesis es el factor a comprobar dentro de la investigación. Por esta razón se formularon las siguientes hipótesis, las cuales obtuvieron respuesta al final del estudio:

1. H: Los estudiantes de enfermería adventistas practican más hábitos de vida saludable que los estudiantes no adventistas en la UNAC.
2. H₀: Los estudiantes de enfermería adventistas no practican más hábitos de vida saludable que los estudiantes no adventistas en la UNAC.
3. H_T: Los estudiantes de enfermería adventistas y no adventistas de la UNAC, practican la misma cantidad de hábitos saludables.

Limitantes

1. Dificultad en el acceso a la bibliografía libre, en español que sustente de manera científica algunos tópicos del tema.
2. No existencia de estudios comparativos de adventistas y no adventistas que hayan servido como referente y apoyo a los investigadores.
3. Inexperiencia de los encuestadores en la elaboración de los resultados a partir del análisis estadístico.

Capítulo dos-Marco teórico

Antecedentes

En la revisión bibliográfica consultada para la presente investigación, se encontró algunos estudios que hacen referencia a la práctica de hábitos de vida saludable entre poblaciones similares a la de objeto de la presente sustentación. Aunque no se encontró publicaciones cuyo objetivo fuera la comparación entre dos poblaciones, sí se hace mención a aspectos relevantes de investigaciones anteriores que sirvieron de apoyo para la construcción referencial del presente estudio.

En primera instancia se mencionará el estudio realizado por Belloc y Breslow en 1972, quienes investigaron una población Adventista en un estudio longitudinal llevado a cabo en Alameda California, en el cual se seleccionó de manera aleatoria 6.000 habitantes a los cuales se les hizo un seguimiento durante 5 años, encontrando como resultado que la población Adventista puede vivir en promedio de 8 a 10 años más que la población en general si practica de manera regular los siguientes hábitos: desayunar todos los días, comer con moderación sin “picar” entre comidas, mantener un peso corporal saludable, no fumar, no beber alcohol o hacerlo solo moderadamente, hacer ejercicio con regularidad y dormir de 7 a 8 horas diarias. (Breslow, 1972).

Por otro lado al revisar otras investigaciones en el tema de estilo de vida de los enfermeros se encuentran múltiples referencias que hacen un abordaje del tema hasta aproximarse a deliberar en cuanto a los diferentes hábitos saludables practicados en estos profesionales de la salud.

Por ejemplo, en el estudio titulado Risk factors for Mortality in the Nurses’ Helath Study: A Competing Risks Analysis, realizado por Heather J. Baer (Baer, 2010) se examinó los factores de riesgo de mortalidad asociado con causas específicas de muerte. A través del análisis de dichos

factores se evaluó la asociación del estilo de vida con elementos como la dieta, el ejercicio, consumo de tabaco y alcohol entre otros, y que a su vez se relacionaron con causas de muerte específica. El estudio se llevo a cabo con 50.102 enfermeras entre 1986 y 2006, periodo en el que se presentaron un total de 4.893 muertes. 1.026 muertes por enfermedad cardiovascular, 931 por cáncer relacionado con el consumo del tabaco, 1430 por cánceres no relacionados con el hábito de fumar y 1.506 por otras causas tales como sobre peso, aumento en el consumo de tabaco, aumento del consumo de colesterol y disminución de la actividad física.

Por los resultados expuestos se puede inferir que definitivamente los factores de riesgo para padecer de una enfermedad crónica no transmisible son perfectamente evitables si se practican hábitos de vida saludable y se evitan aquellos que perjudican seriamente la salud como lo es el consumo de tabaco especialmente.

Entre los estudios realizados sobre este tópico se encontró un estudio hecho por Aristizabal y San Martin (1998), titulado: hábitos de salud de los estudiantes de Enfermería. El objetivo principal fue determinar si los hábitos de salud en dicha población son saludables, es decir, si son los adecuados para comunicar salud.

De los resultados obtenidos se pudo concluir que existe conciencia sobre el impacto negativo que genera la práctica de algunos hábitos insanos en la salud y por ello tienden a evitarse. Sin embargo algunos de dichos hábitos se encuentran aún muy asidos entre los profesionales de Enfermería. Pero lo más relevante del estudio es que solo el 67% de la población estudiada se considera encargada o principal responsable de efectuar cambios en la conducta de salud de las personas que lo rodean, lo que indica que no todos los enfermeros se encuentran comprometidos con la responsabilidad de su propia salud y la de la población con la que están relacionados en su quehacer diario.

Una investigación similar se llevó a cabo en la Universidad de Antioquia de Colombia por Rodríguez, Pineda y Vélez (2010) cuya población fueron los estudiantes de Enfermería. El estudio se tituló: Características del consumo del tabaco en estudiantes de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Fue un estudio descriptivo con 345 estudiantes, se utilizó un formulario autoaplicado para reporte de información de las variables de estudio.

En los resultados se encontró que la prevalencia de hábito de consumo de tabaco es del 39.5%, que el 15.4% de los fumadores tienen alto riesgo de adicción a la nicotina y que uno de cada cuatro fumadores inició el hábito en la Universidad. Durante los últimos doce meses, cuatro de cada cinco fumadores han intentado dejar el consumo, tres de cada cinco tiene la firme intención de dejar de fumar y paradójicamente el 98.2% de los estudiantes no está de acuerdo en que el enfermero fume.

Se concluye entonces, que el consumo de tabaco en estudiantes de Enfermería, aunque no reviste gran magnitud, sí se convierte en un problema que merece atención de los organismos que se encargan del bienestar universitario.

Por otro lado, un estudio realizado por Díaz, Ulloa y Taurbet (2011) titulado: El uso de drogas en el personal de Enfermería, presentó un análisis respecto al consumo de drogas en esta población y la relación entre uso y abuso de estas sustancias, con el objetivo de formular observaciones sobre la enfermera como una persona que podría hacer uso de dichas sustancias ilícitas ante los problemas laborales que enfrenta. Los autores exponen el trabajo de la enfermera como factor de riesgo para consumo de alcohol y otras drogas puesto que los estudiantes asistentes a las dos últimas etapas de los estudios de pregrado en Enfermería manifestaron quejas como estrés, irritabilidad y ansiedad, acompañadas de cansancio general, dolores de cabeza, tensión, cambios en los patrones de sueño y aumento o disminución de peso corporal. El trabajo en el periodo de internado fue señalado como un factor de riesgo para el consumo de alcohol y

drogas lícitas como el tabaco y ansiolíticos, e ilícitas como la marihuana. Este consumo fue referido como una manera de reducir los síntomas del desgaste mental y físico resultante de diversas actividades académicas, incluyendo las prácticas clínicas. También fue una forma de minimizar la ansiedad, los temores y preocupaciones que enfrentan en la vida cotidiana para relajarse y buscar placer.

Dicho estudio está estrechamente relacionado con otra investigación realizada por Romero, Mesa y Galindo (2008) que puede mostrar una relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y las condiciones laborales actuales. El estudio se titula: “Calidad de vida de los profesionales de Enfermería y sus consecuencias en el cuidado”, sus autoras, todas enfermeras, se centraron en describir e interpretar las condiciones personales, familiares y laborales que configuran la calidad de vida de las y los profesionales de Enfermería, y que inciden en el ejercicio del cuidado.

Marco conceptual.

Según (Hernández, 2008) el marco conceptual es “sustentar teóricamente un estudio” (p, 64) por tal motivo se contextualiza teóricamente el desarrollo de la investigación, dando cumplimiento al proceso del método científico para la generación de conocimiento.

Basados en la teoría del déficit de autocuidado de Dorotea Orem, una de las grandes expositoras teóricamente en la disciplina de Enfermería y citada por Marriner (2001), se confirma que el enfermero es una persona capacitada para conducir a otros con el fin de realizar por sí mismos acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, así como restablecerse de la enfermedad. Una de las construcciones realizadas por Orem (2001) en su teoría, menciona el autocuidado como una actividad aprendida por el individuo, con el objetivo de regularse a sí

mismo y al entorno con el fin de controlar los factores que le afectan. Desde esta perspectiva se puede afirmar que al tener el control de los factores manipulables que afectan la salud, la persona tiene en sus manos la elección de vivir una vida saludable o una vida enferma, siempre y cuando tenga conocimiento, voluntad y cuente con el ambiente y el entorno favorable fortalecido por los sistemas de salud.

Este planteamiento permite comprender que la enfermería como profesión de servicio se encuentra orientada a brindar educación a individuos, familias y comunidades en cuanto al cuidado de la propia salud por medio de diferentes acciones encaminadas a mantener un equilibrio biológico y mejorar la calidad de vida.

La autora en su teoría también plantea la proposición del déficit de autocuidado, el cual hace referencia a las conductas que desintegran la salud, conductas que se deben a limitaciones bien sean físicas o cognitivas y por cuya razón en el modelo de Orem, el enfermero es quien debe suplir el déficit de forma parcial o total para compensar al individuo, en caso de limitación física; pero en caso de que la limitación sea en el área de conocimientos, el enfermero debe utilizar el sistema de educación para modificar las conductas de riesgo, en otras palabras, desaprender para aprender la forma correcta de cuidar la salud, idea expresada por la misma teórica en la siguiente expresión:

Así pues, como requisito para realizar el autocuidado y alcanzar y los resultados que se desean obtener del compromiso voluntario con éste, el enfermero actúa como guía, modelo y compensador de autocuidado y el paciente actúa como conductor, replicador y reparador del sistema en su misma persona mientras le sea posible. (Marriner, p.269)

Según Orem, (2001) “El autocuidado se relaciona con el hombre, medio ambiente, cultura y valores” (p. 269). Este planteamiento lleva a pensar que al hablar de autocuidado en Enfermería, se deben tener en cuenta los contextos en los cuales el personal profesional o en formación de

dicha disciplina realiza acciones de autocuidado como lo es la práctica de hábitos saludables. Éste último concepto hace referencia al compromiso del enfermero con su propia salud con el ánimo de preservarla y mejorarla, o por el contrario, se arguye un déficit de autocuidado, lo cual puede ser expresado como poca, mínima o nula práctica de hábitos saludables, esto debido a factores intrínsecos y extrínsecos que determinan su comportamiento, a pesar de ser proveedores de los sistemas de compensación de autocuidado.

Por ello, la presente investigación hace referencia a la práctica de hábitos de vida saludables, lo que quiere decir la disposición voluntaria de los estudiantes para conservar la salud mediante acciones que generan y/o mejoran la condición física, mental y espiritual del ser humano, y de esta manera hacer frente al deterioro en el proceso continuo salud – enfermedad.

Por este motivo, se adoptó la definición de “práctica” según Beltrán (2011) como: “La tendencia empírica se mueve dentro de la preocupación por los haceres, entendidos como aplicación de ejercicio, habilidad, destreza, costumbre, estilo, método, que no metodología” (p,1). Esto indica que la práctica en sí misma es el resultado de la realización continua de una acción, generando como resultado una habituación.

Unido a lo anterior se encuentra el hábito como resultado de la práctica continua de una acción, según Peiffer, (2006) “el hábito es una rutina que se asocia a una situación determinada y una respuesta automática” (p. 12). Dando a entender que el hábito es inconsciente, este tiene la capacidad de controlar la conducta, por otro lado el hábito puede ser desaprendido y remplazado mediante la realización continúa y voluntaria de una acción que le remplace, sin embargo las acciones que sustituyen pueden ser mejores, peores o iguales.

Por otra parte Pierre Bourdieu, sociólogo francés, en su definición de hábito saludable dice: “Los hábitos son sistemas de disposiciones duraderas, estructuras estructuradas predispuestas a funcionar con estructuras estructurantes, es decir, en tanto que principios de generación y de

estructuración de prácticas y de representaciones” por lo tanto se puede considerar que la práctica de un hábito saludable está afirmada en la capacidad de auto protección del ser humano. Basado en estos conceptos se puede inferir que en el contexto de esta investigación, la práctica sistemática de una acción, da como resultado un hábito y los hábitos determinan en gran medida el estilo de vida de una persona.

En última instancia se encuentra el concepto de salud definido por la OMS (1986) como: “Salud es el completo estado de bienestar físico, mental, espiritual y social” (p. 1). Por todo lo mencionado anteriormente se puede mencionar que existe una estrecha relación entre la práctica continua de hábitos saludables y la buena salud.

Teniendo en cuenta que el presente estudio se fundamenta en los hábitos saludables, los cuales están influenciados por las costumbres, la cultura, la economía, el ambiente y el conocimiento de cada individuo; estos mismos conforman el estilo de vida saludable, definida por la OMS como aquel “compuesto por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que ha desarrollado durante sus procesos de socialización”. Estas pautas se aprenden en la relación con los padres, compañeros, amigos y hermanos, o por la influencia de la escuela, medios de comunicación, etc.

Dichas pautas de comportamiento son interpretadas y puestas a prueba continuamente en las diversas situaciones sociales y, por tanto, no son fijas, si no que están sujetas a modificaciones. (OMS, 1998).

Por lo tanto el estilo de vida hace parte de los determinantes sociales de la salud intervenidos desde la promoción de la salud, cuya definición es expresada por Restrepo (2003) como:

El proceso mediante el cual los individuos y las comunidades, están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y, de ese modo, mejorar su estado de salud. Se ha convertido en un concepto unificador, para todos aquellos que admiten que, para

poder fomentar la salud, es necesario cambiar tanto las condiciones de vida como la forma de vivir (p. 213).

De esta manera la promoción de la salud tiene una fuerte relación que conlleva al cambio en la forma de vivir como uno de las metas para la sociedad del siglo XXI, promoviendo el ejercicio de un mayor control sobre sí mismo y los factores que influyen sobre el comportamiento de las personas, pues de acuerdo con Damián hablando en el contexto de los pacientes con Síndrome de Down, la salud está determinada por:

El sistema biológico del individuo, especialmente el funcionamiento de la actividad nerviosa superior que en alguna medida determina el comportamiento de las personas y, por otra parte, se encuentra el ambiente que rodea la persona, el ambiente familiar y el ambiente extra familiar.(Damián, 2007, p.2).

En última instancia se menciona las acciones que promueve la UNAC, para tener una vida saludable, las cuales fueron evaluadas por el presente estudio, por lo tanto se describen a continuación las recomendaciones dadas por Dios a través de Elena G. de White (1844). Los conceptos emitidos comprenden las variables que se midieron en la presente investigación.

Consumo suficiente de agua.

Este vital líquido creado por Dios constituye el 75% del peso corporal, lo que lo hace indispensable para la vida, Dios dejó el agua como fuente de vida y empleada correctamente se pueden aprovechará todos sus beneficios.

(White, 1897) Estando sanos o enfermos, el agua pura es para nosotros una de las más exquisitas bendiciones del cielo. Su empleo conveniente favorece la salud. Ingerida en cantidades suficientes, el agua suple las necesidades del organismo, y ayuda a la naturaleza a

resistir a la enfermedad. Aplicada externamente, es uno de los medios más sencillos y eficaces para regularizar la circulación de la sangre (p. 18)

Además, la declaración del consenso científico en relación con la importancia de la hidratación y la ingesta total de agua para la salud y las enfermedades, llevado a cabo el 29 de Noviembre de 2006 en Washington D. C dice que “la ingesta adecuada del líquido favorece la supervivencia, la mejora de la salud, el rendimiento físico continuado, el mantenimiento del rendimiento mental y la seguridad y productividad a nivel laboral” (Lawrence Armstrong, 2006) (p. 1).

Por otra parte, el Gobierno Mexicano en un intento por reducir el consumo de bebidas azucaradas, tales como gaseosas, jugos artificiales, café con azúcar, te, aguas saborizadas, leche entera, bebidas endulzadas, bebidas alcohólicas y demás, creó un comité de expertos en bebidas saludables con el fin de reducir los altos índices de morbilidad, que como lo expresa (Rivera, 2008) “ es consecuencia del gran aumento de los patrones de peso no saludable y de diabetes mellitus tipo 2 en los últimos 20 años, junto con el incremento del consumo de energía proveniente de las bebidas durante el mismo período” (p. 2)

Paralelo a ello la población colombiana ha empezado a experimentar las consecuencias de esa misma práctica poco sana, pues según los últimos informes de la Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN) 2010, uno de los factores que han contribuido al aumento de peso en los colombianos es el alto consumo de este tipo de productos, que además ha traído importantes consecuencias para la salud de la población, por ello se deben realizar acciones para tener mayor control sobre este factor de riesgo y generar más consciencia sobre el uso racional de estos alimentos, pues en la investigación realizada por (García, 2008) se encontró que “dependiendo del grupo de edad, entre 19 y 22% de la energía de la dieta proviene de las bebidas”(p. 3) en

conclusión el estudio recomienda reducir el consumo de estos productos y aumentar el consumo de agua natural.

Descanso.

El cuerpo humano requiere descanso diario puesto que la insuficiencia del sueño muestra efectos negativos. Estos incluyen un mayor riesgo de diabetes, obesidad, falta de concentración, cansancio recurrente, disminución en la capacidad de respuesta entre otros. Así pues, el descubrimiento científico del ritmo circadiano, según el cual el cuerpo trabaja en un ciclo de 24 horas con liberación de hormonas específicas a ciertas horas del día, apoya la declaración hecha por (White, 1905) "el sueño vale mucho más antes de la medianoche que después de ella. Dos horas de buen sueño antes de las doce de la noche valen más que cuatro horas después de la medianoche"(p. 163)

Y en otra declaración del mismo escrito afirma:

Algunos enferman por el exceso de trabajo. Para los tales, el descanso, la tranquilidad, y una dieta sobria son esenciales para la restauración de la salud. Hay modos de recreación que son altamente beneficiosos para la mente y el cuerpo. Una mente que tenga discernimiento y juicio encontrará medios abundantes para recrearse y distraerse en fuentes que son no solo inocentes sino instructivas. La recreación al aire libre, la contemplación de la obra de Dios en la naturaleza, será del mayor beneficio. (p. 164).

Por otro lado las investigaciones científicas demuestran la importancia del sueño sobre la salud y los beneficios que le aporta, no solo genera mejor vitalidad si no mayor capacidad intelectual, esto lo demuestra un estudio realizado en Londres entre 1997 y 2003, donde Jane Ferrie declara:

Dormir muy poco o demasiado puede provocar disminución de la función cerebral. En concreto dormir menos de 6 y más de 8 horas puede envejecer el cerebro hasta un total de 7 años; la cantidad óptima de sueño se fija en 7 horas por noche (Ferie 2003, p. 33).

De acuerdo con (Sierra, 2002) “Los trastornos del sueño constituyen uno de los problemas de salud más relevantes en las sociedades occidentales” (p. 2), es por esta razón, que el estrés está relacionado con la pérdida de sueño o dificultad para conciliarlo, hecho que cobra importancia ya que según la misma autora “una buena calidad de sueño no solamente es fundamental como factor determinante de la salud, sino como elemento propiciador de una buena calidad de vida”(p. 2). En esta sociedad los problemas del sueño se constituyen en una de las principales causas de pérdida de bienestar del ser humano, situación que se ve reflejada en la gran cantidad de medicamentos para conciliar el sueño que se promocionan en los medios de comunicación.

Por ende la importancia del descanso adecuado va más allá del deterioro de la salud física, pues también tiene consecuencias psicosociales y laborales tal como lo menciona (Sarrais, 2007) en su investigación relacionada con el insomnio en cuyos resultados encontró lo siguiente: “El problema del insomnio se ha asociado a una disminución del rendimiento laboral, un incremento de la tasa de accidentes de automóvil, y una mayor propensión a padecer enfermedades médicas” (p. 4), y continua diciendo:

Existe una relación estrecha y bidireccional entre una persona sana y un sueño normal, debido a que el sueño cumple diversas funciones fisiológicas necesarias para la salud del individuo. Entre estas funciones está la de restaurar la homeostasis del Sistema Nervioso Central (SNC) y del resto de los tejidos, restablecer los almacenes de energía celular (ATP) y el almacenamiento y conservación de los datos en la memoria, (Sarrais 2007, p. 4).

Aún más importante que la relación que existe entre el sueño y la posibilidad de sufrir trastornos de la salud como lo afirma (Lozano, 2005) “existe una estrecha interrelación entre los procesos de sueño y el estado general de salud física y psicológica de una persona” (p. 12)

También se encontró referencia de los beneficios del sueño sobre la longevidad, pues según lo expuesto por (Miró, 2002), en su estudio llamado “patrones del sueño y salud”(p. 340), las personas que habitualmente duermen entre 7 y 8 horas al día, tienen una menor probabilidad de mortalidad, más años y mejor calidad de vida; este riesgo aumenta en un porcentaje significativo, cuando se compara con la población que duerme 4 horas o menos o por otro lado con los que lo hacen en cifras mayores a 10 horas. Este hallazgo demuestra la importancia de permitir un adecuado descanso, y horas de sueño que le permitan a la población mundial tener una mejor salud en medio de las diferentes ocupaciones y dificultades que genera la vida en una sociedad capitalista.

El dormir bien y durante las horas recomendadas (6-8) aporta beneficios a todo el organismo, entre ellos están:

1. En los ojos: la vista descansa de forma profunda regenerando el pigmento que es sensible a la luz, además ayuda a eliminar las ojeras y las bolsas.
2. La respiración se vuelve más profunda, lo que facilita la oxigenación de las células.
3. Adelgaza, ya que el cuerpo cuando no descansa tiende a acumular grasas y es más difícil quemarlas.
4. Fortalece el sistema inmune, disminuyendo el riesgo de infecciones.
5. Controla la hipertensión: cuando no se duerme lo suficiente incrementa la producción de cortisol, hormona causante del estrés y aumenta el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares.

6. Controla la diabetes tipo 2 ya que aumentan los niveles de glucosa en sangre por el mismo cortisol.
7. Mejora la actividad intelectual, pues el cerebro necesita el descanso para procesar toda la información acumulada durante el día.

Ejercicio.

Puesto que el rol de Enfermería integra funciones asistenciales que requieren de un excelente estado físico, se hace necesario la descripción de dicha variable para determinar este hábito en los estudiantes de Enfermería de la UNAC.

(White, 1905), refirió que la inacción es causa fecunda de enfermedades. El ejercicio aviva y regula la circulación de la sangre; pero en la ociosidad la sangre no circula con libertad, ni se efectúa su renovación, tan necesaria para la vida y la salud. La piel también se vuelve inactiva. Las impurezas no son eliminadas como podrían serlo si un ejercicio activo estimulara la circulación, mantuviera la piel en condición de salud, y llenara los pulmones con aire puro y fresco (p. 182).

Complementando lo dicho por White hace más de 150 años, un estudio reciente demostró que la actividad física frecuente reduce el riesgo de sufrir enfermedades crónicas e infecciosas, puesto que de acuerdo con (Martín G. Farinola, 2011) “a mayor tiempo sentado, mayor riesgo de muerte” (p. 1).

En la actualidad, se realizan grandes campañas de concienciación, encabezadas por los gobiernos, quienes se apoyan en las organizaciones no gubernamentales (ONG) y en los medios de comunicación, con el fin de crear cultura del deporte y la actividad física, pues este tipo de costumbres favorecen a la población desde dos formas: una reduce la contaminación ambiental,

disminuyendo los niveles de polución generados por el uso de hidrocarburos para la movilización, y en segunda instancia mejorará la salud en un alto grado pues según (Naranjo 2001) “el ejercicio físico es uno de los factores fundamentales de la promoción de la salud; puesto que se le han atribuido beneficios no sólo de orden físico si no también psicológico y social, en niños, adolescentes, adultos y ancianos”(p. 4), en otra instancia podríamos decir que este tipo de actividades ampliamente difundidas no han logrado permear aún a la sociedad en general, debido a que hasta ahora se siguen presentando altos niveles de obesidad, diabetes, enfermedades cardiocerebrales y además los índices van en aumento, condiciones que se podrían prevenir con una práctica tan sencilla y costo efectiva como lo es el ejercicio, argumento apoyado por la investigación realizada por (Pérez, 2008) en la que sustenta: “el ejercicio mejora el perfil lipídico y el control de la glucemia, reduce o previene la hipertensión arterial, la obesidad y el estrés, mejora la forma física y aumenta la longevidad” (p. 201), por otro lado y en relación a los beneficios psicosociales que aporta este hábito, las investigaciones realizadas por psicólogos han demostrado que no solo es beneficioso en el ámbito de la salud física si no que mejora también la salud mental, como lo menciona (Jiménez, 2008), en su investigación “Bienestar Psicológico y hábitos saludables” quien realiza un aporte significativo, para el manejo de pacientes con problemas de estrés y otro tipo de desórdenes del ánimo, concluyendo lo siguiente:“ Las personas que realizan regularmente ejercicio físico se perciben más saludables, con menor estrés y presentan mejor estado de ánimo que aquellas otras que no realizan ningún tipo de ejercicio físico” (p. 1).

Para efectos de la conceptualización del presente estudio, cabe mencionar la definición que la OMS hace con respecto a la definición de exigencia del ejercicio físico: “la velocidad a la que se realiza la actividad o la magnitud del esfuerzo requerido para realizar un ejercicio. (OMS, Organización Mundial de la Salud, 2014).

Así pues, una rutina de ejercicio de acuerdo a las posibilidades y estado físico es útil para:

1. Disminuir el colesterol, el riesgo de infarto y baja la presión alta.
2. Psicoterapia para el tratamiento de depresión
3. Estimula la liberación de endorfinas, hormonas internas que producen sensación de placer y bienestar.
4. Distracción, evadiendo las preocupaciones.
5. Mejorar la condición física y la apariencia personal.
6. Brindar más energía y capacidad en las labores diarias.
7. Contribuye a la independencia de las personas mayores.
8. Previene la aparición de la osteoporosis.
9. Mejora la respuesta inmunológica.

Aire puro.

A nivel internacional, se habla de grandes y costosas campañas gubernamentales que tienen como fin la reconstrucción de ambientes saludables que puedan conservar el aire puro, pero no solamente se está hablando de la construcción de parques y la conservación de reservas forestales, sino también del ambiente al interior de las ciudades, como ejemplo de esto se tienen las políticas colombianas relacionadas con los ambientes saludables y libres de humo de tabaco, según lo menciona (Díaz A. , 2001):

El humo del tabaco lleva un alto contenido de sustancias tóxicas para la salud. Los alquitranes causan cáncer en múltiples órganos vitales. El monóxido de carbono daña las arterias del cuerpo humano. Muchas sustancias oxidantes producen bronquitis crónica e irritación de ojos, nariz y garganta (p. 3).

En un esfuerzo por conservar ambientes naturales y saludables para los niños del presente y las futuras generaciones, el gobierno de Paraguay, adaptó el manual de educación ambiental, de la Agencia de recursos verdes del Japón, que tiene como uno de sus objetivos la conservación del aire como fuente de salud; según esta publicación, existen fuentes aun al interior del hogar que deterioran la salud (Japon, 2007) “al utilizar sustancia volátiles como perfumes y aerosoles; productos cosméticos y disolventes. También contaminan el aire los procesamientos de calentamiento y tostado que se realizan a los alimentos” (p. 17). En relación a este asunto, la fundadora de la enfermería moderna Florence Nightingale, en sus escritos menciona la importancia de “el uso apropiado del aire” como uno de los determinantes de la salud del paciente, y no solamente la administración de medicamentos, confirmación de ello es la aplicación teórica de este modelo realizada por (Bernardes, 2012) que generó como resultado la siguiente afirmación: “con la aplicación de las teorías de Florence se logró recuperar la salud de la paciente anciana con asma bronquial al incorporarla nuevamente a la sociedad” (p. 10).

La importancia del aire puro toma aún más fuerza cuando a nivel internacional pues en América latina la OMS, en las estadísticas de morbilidad y mortalidad por aire insano, citadas por la OPS en su División de Salud y Ambiente, en el marco de acción ambiental de la OPS 2003-2007, se mencionan las siguientes situaciones (OPS, 2003).

Los estimados recientes de la OMS indican que más de 100 millones de personas en América Latina y el Caribe están expuestos a contaminantes del aire en exteriores que exceden los valores guía recomendados. La OMS también ha calculado que aproximadamente 400 mil personas en la región mueren prematuramente por exposición a partículas, 300 mil de esas muertes ocurren por exposición a la quema de biomasa y otros combustibles no elaborados en interiores (p. 39).

Más adelante en este informe se pone de manifiesto las estrategias para la concesión de un mejor aire, allí se establecen las estrategias ya utilizadas en las grandes ciudades como Sao Pablo, Ciudad de México y Bogotá, tomadas como un referente para el mejoramiento en América latina, pues de lo contrario se tendrá que afrontar las consecuencias que sufre los habitantes de algunos países Europeos, ya que las estadísticas encontradas en la investigación de (Marcos, 2005) concluyen:

Se estima que en los países industrializados un 20 % de la incidencia total de enfermedades puede atribuirse a factores medioambientales. En Europa una gran proporción de muertes y años de vida ajustados por discapacidad (DALYs) en el grupo en edad infantil es atribuible a la contaminación del aire interior y exterior (p. 2).

Nutrición.

Los conceptos filosóficos adventistas relacionados con la alimentación están dirigidos al consumo de una nutrición con tendencia vegetariana, debido a que está constituye el mejor alimento, puesto que el consumo de carnes contrae mayores riesgos para la salud, según (White, 1905)

Los cereales, las frutas carnosas, los frutos oleaginosos, las legumbres y las hortalizas constituyen el alimento escogido para nosotros por el Creador. Preparados del modo más sencillo y natural posible, son los comestibles más sanos y nutritivos. Comunican una fuerza, una resistencia y un vigor intelectual que no pueden obtenerse de un régimen alimenticio más complejo y estimulante (p. 95)

En la actualidad existe gran variedad de alimentos industrializados que pueden causar daños significativos sobre la salud, sin embargo existen también muchos que aún se pueden consumir en forma natural y que al hacer uso de estos pueden mejorar y optimizar el nivel de bienestar; de

no ser así se puede causar un efecto contrario ya que según Grande, citado por Bueno (2007), afirma:

Las principales causas de muerte y patología dominante en los países en vía de desarrollo están directamente relacionadas con el consumo de dietas de insuficiente valor calórico y bajo contenido de nutrientes esenciales. En los países más desarrollados las principales causas de enfermedad y muerte están constituidas por las llamadas enfermedades degenerativas (p. 1)

En la actualidad se considera la nutrición como un hábito determinante de los estilos de vida saludable por ende se convierte a su vez en un problema de salud pública pues al igual que los problemas relacionados con la desnutrición, los efectos de la mala nutrición tiene importante repercusiones en la salud de los individuos pues según (Izquierdo, 2004) “existen enfermedades que pueden prevenirse o mejorarse con una dieta adecuada. Las células del cuerpo requieren una nutrición adecuada para su funcionamiento normal, todos los sistemas pueden afectarse cuando hay problemas nutricionales” (p. 20).

Por eso, tener una adecuada nutrición trae consigo los siguientes beneficios:

1. Proporciona más vitalidad al organismo que una dieta cargada de estimulantes.
2. Favorece el proceso de digestión pues evita el metabolismo de sustancias que requieren más energía para ser digeridas.
3. Proporciona la energía necesaria para realizar las funciones vitales como la respiración, la contracción del corazón, la regulación del movimiento de los músculos, el mantenimiento de la masa de los huesos y la función adecuada de nuestro sistema nervioso.
4. Mantiene un peso adecuado, ya que se evitan los excesos.
5. Las frutas fortalecen de manera única el sistema inmune, creando nuevas defensas. Además reducen el riesgo de contraer cánceres de boca, faringe, laringe, pulmones,

- páncreas, vesícula biliar, mama y útero, gracias a la presencia de foto químicos que protegen las células de los agentes oxidantes.
6. Las verduras aportan fibra que ayudan a disminuir el colesterol en sangre, regular la glucosa y evitar el estreñimiento.
 7. Los cereales, gracias a su presencia de almidón, aportan energía al organismo durante un periodo largo de tiempo, además ayudan a la salud cardiovascular por su contenido de ácidos grasos poli e insaturados. Y al ser fuente de vitaminas, minerales y fibra ayudan al desarrollo del sistema nervioso, estructura osteomuscular y buen funcionamiento del sistema digestivo respectivamente.
 8. Las oleaginosas como maní, almendras, ajonjolí, nueces, semillas de girasol y canola son alimentos altamente nutritivos porque contienen hidratos de carbono, proteínas y grasa mono y polinsaturada que promueven la salud del corazón.
 9. La longevidad es más extensa en personas que llevan un régimen alimenticio como el que indicó el Señor a nuestros primeros padres.

Abstinencia de consumo de tabaco.

Según Peto citado por (Rodríguez, 2010) “El consumo de tabaco está bien documentado como la principal causa de muerte evitable de morbilidad y mortalidad en el mundo” siendo de hecho, una de las más grandes epidemias que requiere tomar acciones urgentes para control.

Desafortunadamente los profesionales de la salud aportan cifras significativas que empeoran el cuadro, ya que en algunos países como dice Grossman, citado por (Rodríguez 2010) “el hábito tabáquico en personal de salud es mayor al de la población en general, y por profesiones, los enfermeros tienen prevalencias de consumo de tabaco mayores al de los médicos.” Esto suena un poco desalentador, ya que dichos hábitos se convierten en una antítesis de lo que se supone debe

ser un estilo de vida saludable. Puesto que es el enfermero el que ha sido identificado como principal agente de cambio al ser el que mayor contacto tiene con los pacientes y es quien inspira mayor confianza a los usuarios de los servicios de salud.

Por otra parte el aumento de las ECNT en el mundo y en especial en los países en vía de desarrollo se debe al aumento del consumo de tabaco desde muy temprana edad, convirtiéndose así en una problemática social que afecta no solamente a los consumidores sino también a los que cohabitan con ellos, pues según la OMS

El tabaco es una de las mayores amenazas para la salud pública que ha tenido que afrontar el mundo. Mata a casi 6 millones de personas al año, de las cuales más de 5 millones lo consumen o lo han consumido, y más de 600 000 son personas no fumadoras expuestas al humo ambiental. Cada seis segundos aproximadamente muere una persona a causa del tabaco, lo que representa una de cada 10 defunciones de adultos (Organización Mundial de la Salud, 2013).

Abstinencia de consumo de alcohol.

Si bien es cierto que para muchos el consumo de alcohol aporta momentos placenteros, también aumenta el riesgo de un amplio abanico de daños sociales, generalmente dependiendo de la dosis; es decir, a mayor consumo, mayor riesgo. Estos riesgos pueden ser las molestias ciudadanas, tales como alterar el descanso nocturno, hasta consecuencias más graves como la violencia doméstica, el maltrato infantil, el delito, la violencia o el homicidio.

Además de ser una droga adictiva, el alcohol es la causa de unas 60 enfermedades y dolencias diferentes, inclusive lesiones, trastornos mentales y del comportamiento, afecciones gastrointestinales, cánceres, enfermedades cardiovasculares, pulmonares y músculo-esqueléticas, trastornos reproductivos, así como daño prenatal, mayor riesgo de parto prematuro y bajo peso al

nacer En la mayor parte de casos, el alcohol aumenta el riesgo de enfermedad de forma paralela a la dosis. En pequeñas dosis, el consumo de alcohol reduce el riesgo de enfermedad cardíaca coronaria porque reduce el riesgo de la resistencia vascular, la litiasis biliar y la diabetes, aunque todavía se discute la dimensión exacta de la reducción del riesgo y el nivel de consumo alcohólico en el que aparece la máxima reducción.

Desde el punto de vista de la salud, el alcohol es responsable de unas 195.000 muertes al año en la Unión Europea (UE), aunque también se ha estimado que retrasa 160.000 muertes en las personas de más edad, principalmente a través de su efecto cardioprotector en mujeres que fallecen después de los 70 años. Pese a todo esto el alcohol se ha convertido en el tercero entre 26 factores de riesgo de la mala salud en la UE, superando al sobrepeso/ obesidad y sólo por detrás del tabaco y la hipertensión arterial.

Abstinencia de sustancias psicoactivas y o adictivas

Según la (OMS 2009), la farmacodependencia es el estado psíquico y, a veces, físico causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y un fármaco (droga), que se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones, que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar el fármaco (droga) en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar producido por la privación.

Por ello, el abuso de drogas implica una autoadministración de sustancias psicoactivas y por ende este consumo implica alteraciones tanto orgánicas como mentales a la persona, situaciones que se ven reflejadas en las relaciones con la sociedad, la familia, el estudio y el trabajo.

(Díaz, 2011) dice: El equipo de Enfermería posee una formación heterogénea, pues se encuentra conformado por trabajadores técnicos y profesionales que realiza en común el trabajo de enfermería. Los clientes que reciben el cuidado tienen derecho a una atención

de calidad favorecida por trabajadores que desarrollan su quehacer en conformidad con buenas relaciones interpersonales, conocimientos éticos y legales así como habilidades técnico- científicas (p. 38).

Por tal motivo es importante que el enfermero se mantenga sano física y mentalmente, para que pueda prestar este tipo de asistencia, ya que éste tiene contacto directo con los pacientes al atender sus necesidades y demandas. Sin embargo la calidad en la atención se ve desmejorada si el que administra el cuidado tiene falencias en el cuidado de sí mismo puesto que es evidente la ausencia de un estado de equilibrio en su salud mental y física.

Marco Institucional

La CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA tiene sus orígenes en el Colegio Industrial Colombo Venezolano, fundado en el año 1937 en Antioquia. Este ente educativo nació con el objetivo de ofrecer un proceso educativo integral a la juventud de la Iglesia Adventista del Séptimo Día ubicada en el territorio de Colombia, Venezuela, Centroamérica y las Antillas Holandesas principalmente.

En 1941 se instala en su propia sede ubicada en lo que actualmente se conoce como el sector de La Castellana en la ciudad de Medellín. En 1950 adopta el nombre de Instituto Colombo Venezolano y se continúa trabajando para preparar profesionalmente a pastores, administradores, maestros y músicos. En ese momento se trabajaba en los niveles de educación primaria, secundaria y superior.

En 1981 adquiere su categoría de Institución Universitaria mediante la personería jurídica según la resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 8529 del 6 junio de 1983, a partir

de esta fecha adopta el nombre de CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA – UNAC.

En la actualidad la CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA es una Institución educativa sin ánimo de lucro comprometida en el proceso de brindar *Formación Integral* a cada uno de los jóvenes que conforman la comunidad Unacense. Este objetivo se cumple mediante el trabajo intencionado (estructurado en cada uno de los programas de estudio) en los aspectos mentales, sociales, físicos y espirituales del educando.

El pertenecer a la Comunidad de la Iglesia Adventista, le ha permitido a esta Institución ser garante de moral y principios cristianos que se transmiten en cada uno de los espacios físicos y temporales que se vivencia en la UNAC, promoviendo así un nuevo estilo de vida en el futuro profesional en el que prima el valor y el respeto hacia Dios y el servicio a sus semejantes.

Valores

La Corporación fomenta en su comunidad académica, la vivencia de valores derivados de las Sagradas Escrituras. Se destacan entre otros:

1. La excelencia
2. La integridad
3. La honradez
4. La responsabilidad
5. El servicio
6. La individualidad en el pensar y en la acción.

Misión

La CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA - UNAC declara como su misión: Propiciar y fomentar una relación transformadora con Dios en el educando por medio de la formación integral en las diferentes disciplinas del conocimiento, preparando profesionales competentes, éticamente responsables, con un espíritu de servicio altruista a Dios y a sus semejantes, dentro del marco de la cosmovisión bíblico cristiana que sustenta la Iglesia Adventista del Séptimo Día.

Visión

La CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA con la dirección de Dios, ser una comunidad universitaria adventista con proyección internacional, reconocida por su alta calidad, su énfasis en la formación integral, la cultura investigativa y la excelencia en el servicio, que forma profesionales con valores cristianos, comprometidos como agentes de cambio con las necesidades de la sociedad y su preparación para la eternidad.

Actualmente en la institución se cuentan con 1518 estudiantes matriculados, 150 profesores, 5 facultades, 8 pregrados, 3 tecnologías y 3 especializaciones.

Con el fin de tener información de primera mano respecto a la creación del Programa de Enfermería se realizó una entrevista a la Enfermera Olga Liliana Mejía Coordinadora del Programa de Enfermería de la UNAC en la cual ella refiere:

La historia del programa de Enfermería inicio aproximadamente en el año 2006 de parte de vicerrectoría académica en cabeza del Doctor Alberto Valderrama, el rector

Doctor Gamaliel Flórez, y el decano de la Facultad de Ciencias de la Salud el Doctor Jairo William Castañeda, quienes se reunieron para crear en su programa de desarrollo el pregrado de Enfermería ya que en ese momento solo se contaba con el programa de Atención Pre Hospitalaria, el cual estaba recibiendo muy buena aceptación de la comunidad. Se realizó un análisis de que tan factible era iniciar esta carrera en la Corporación, por mutuo acuerdo se toma la decisión de llamar a la Enfermera Olga Liliana Mejía para que participara en la creación del registro calificado que se iba a enviar al Ministerio de Educación y poder cumplir con los requisitos que estos exigían para la creación del programa. Trabajaron en la realización de este proyecto alrededor de 6 meses porque debían entregarlo al ministerio de Educación en agosto de 2006, se presentó en la página al Ministerio de Educación, luego se solicitó el aval de personas experimentadas para que evaluaran el registro calificado y realizaran las correcciones necesarias al que había enviado, así la Universidad contrato 2 enfermeras que habían remitido Decanas de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, Clara Giraldo y María Elena Ceballos. Ellas en compañía de la Enfermera Olga Liliana Mejía revisaron el texto, buscaron estadísticas, miraron la pertinencia del Programa, y ya con todas estas apreciaciones y registros dados por Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (ACOFAEN), se llevó a cabo un proyecto mucho más grande y nuevamente en el año 2008 se volvió a enviar al ministerio de Educación. Allí paso por diferentes salas las cuales se encargaron de evaluarlo hasta que le dieron el aval y la aprobación obteniendo la Universidad el registro calificado. El 12 de febrero del 2009, se recibió un documento en el cual se le informa al rector que mediante la resolución 415 del 5 de febrero de 2009 se resuelve dar el registro calificado para el Programa de Enfermería a la CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA, con sede en

Medellín, Antioquia, con metodología presencial diurno, con un total de 180 créditos durante toda la carrera, un programada de 10 semestres con un título a otorgar de Enfermero o Enfermera ya que cumplen con los requisitos exigidos para otorgar el registro calificado para operar por 5 años. Una vez recibido esta información se comunican nuevamente con la Enfermera Olga Liliana Mejía para que coordine el Programa, se tiene una reunión con los altos mandos de la corporación y se decide iniciar el Programa para Junio de 2009. Se inscriben aproximadamente 110 estudiantes en esta primera convocatoria de los cuales clasifican 25. Como valor agregado y con el fin de darle un lanzamiento por lo alto al Programa se realizó el primer Simposio Internacional de Enfermería en el cual se contó con la presencia de dos enfermeras de la Universidad de Loma linda California y las Enfermeras que participaron en la creación del registro calificado Clara Giraldo y María Eugenia Ceballos y los estudiantes que se encontraban cursando el primer semestre de Enfermería.

Marco Legal

Con base en la Constitución política de Colombia de 1991, que tiene como objetivo garantizar el bienestar integral de todos los habitantes del territorio nacional, es deber del estado dirigir la prestación de los servicios de salud cómo dice el artículo 49: “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud” además en relación a los deberes de la sociedad con respecto a este derecho brindado por el estado se menciona “Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad”

Por este motivo en el decreto de ley 1122 de 2007 expedido por el Ministerio de la Protección Social el 21 de enero de 2010, en el capítulo VI, menciona:

Artículo 33. *Plan Nacional de Salud Pública.* El Gobierno Nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar.

Por esta razón se adoptó el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, cuyo objetivo principal es mejorar el estado de salud de la población colombiana y una de las herramientas es la articulación de la promoción de la salud y la calidad de vida como lo afirma el capítulo III en la línea de política número 1:

Se asume la promoción de la salud y la calidad de vida como una dimensión del trabajo de salud que ubica su centro en la noción de salud, en su sentido positivo como bienestar y calidad de vida, que se articula y se combina con la acción preventiva. La promoción de la salud y la calidad de vida integran las acciones individuales y colectivas encaminadas a hacer que los individuos y las colectividades estén en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud.

El objetivo es fomentar las capacidades y generar en los individuos y las comunidades, oportunidades para que sean capaces de identificar y satisfacer sus necesidades en salud, cambiar o adaptarse al medio ambiente, asumir hábitos de vida que reduzcan su vulnerabilidad, y participar en el control social para la mejoría de las condiciones del entorno, con el fin de facilitar el desarrollo de una cultura de la salud con calidad de vida y el desarrollo de la autonomía individual y colectiva.

Así pues, el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Protección Social elaboró la ley 1438 de 2011 que reforma el Sistema General de Seguridad Social de Salud en Colombia (ley 100 de 1993), enmarcado en la atención primaria en salud, dándole así más fuerza a la promoción de la salud como método para lograr el empoderamiento de la salud en individuos, familias y comunidades por medio de la participación social, para así lograr los objetivos expuestos en el capítulo III, referente a la promoción de la salud.

Adicionado a ello se encuentra la ley 1335 de 2009, la cual se establece la prevención de daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y se estipulan las políticas públicas para la prevención de consumo de tabaco y el abandono de la dependencia del tabaco del fumador y sus derivados en la población Colombiana.

Desde la parte legal, la promoción de hábitos de vida saludables por parte del enfermero juega un papel determinante en la consecución de los objetivos planteados por el Gobierno y las entidades gubernamentales pues sobre este profesional recae en su mayoría la responsabilidad de generar educación para la salud como proceso orientado a la utilización de estrategias efectivas para ayudar a los individuos a adoptar o modificar conductas que mejoren la salud y prevengan la enfermedad. Para tal fin es necesario que el enfermero mantenga en óptimas condiciones su propio estado de salud con el fin de no solo actuar como replicador de bienestar, sino como ejemplo a seguir.

Capítulo tres – Metodología

En este capítulo se especifica el enfoque y tipo de estudio que se escogió para esta investigación, el método de elaboración y validación del instrumento, forma de recolección y análisis de la información, descripción de la población, muestra y variables.

Tipo de estudio

En los estudios no experimentales de tipo correlacional, según (Sampieri, 2011) “tienen como finalidad conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables, en un contexto en particular” (Pg. 107). Con base en esta afirmación se propone realizar una investigación cuantitativa no experimental, transversal, de tipo correlacional causal, cuyo fin es efectuar una comparación de los hábitos de vida saludable los estudiantes de Enfermería adventistas y no adventistas de la UNAC. Se determinó de esta forma porque según (Toro, 2010) “la utilidad y el propósito principal de los estudios correlacionales, consiste en saber cómo se puede comportar un concepto o variable conociendo el comportamiento de otra u otras variables relacionadas” (p. 247)

Alcances del estudio

1. Elaboración de un estudio que permitió la comparación entre los estudiantes adventistas y no adventistas del Programa de Enfermería de la UNAC sobre los hábitos saludables que éstos practican.

2. Proporcionar al cuerpo directivo de la UNAC una visión parcial de la práctica de hábitos saludables por parte de los estudiantes de Enfermería, con el objetivo de crear conciencia en cuanto a la adherencia de los mismos al contenido estipulado dentro del componente de formación integral incluido en el plan de estudios de la carrera.

Población

En el presente estudio se tuvo en cuenta toda la población estudiantil matriculada en el programa de enfermería de la UNAC en el segundo semestre del año 2013, compuesta por 197 estudiantes, entre los cuales 14 eran hombres y 183 mujeres. Entre el total de estudiantes 46 de ellos pertenecían a la iglesia Adventista y 151 a otra denominación religiosa.

Para efectos de este estudio se consideró como Adventista a todo estudiante que voluntariamente declaró en la encuesta aplicada, su filiación a las creencias, filosofía y costumbres de dicha denominación, las cuales se basan en la concepción de considerar al cuerpo como templo del Espíritu Santo, por lo tanto en la vida personal y en las instituciones educativas se promueve la práctica de hábitos de vida saludable de acuerdo con los principios fundamentados en la biblia y expresados por los consejos de la escritora Adventista Elena G. White mencionados en el capítulo anterior.

En ese orden de ideas se tomó como no adventista a los estudiantes que afirmaron no tener adherencia por las creencias, costumbre y filosofía de la iglesia Adventista del Séptimo día.

Por otro lado se evaluó el tamaño total de muestra a través de la fórmula de poblaciones finitas en la hoja de cálculo STEPS de la OMS, en el software Excel 2010, la cual dio como resultado un total de 60 estudiantes de los 197 para tener un margen de error del 0.5 y un nivel de confiabilidad del 95%. De acuerdo con esto se decidió tomar aleatoriamente 30 estudiantes de

cada grupo, para igualar las dos muestras, con el fin de concretar una muestra extrapolada en la cual se pudiera inferir acertadamente.

Criterios de inclusión

Todos los estudiantes de enfermería de la UNAC, Adventistas y no Adventistas de ambos sexos, que estén matriculados en la institución durante el segundo periodo de 2013 y que cumplan con los siguientes criterios:

- No tengan alguna condición física y/o orgánica que limite la actividad de ejercicio físico.
- Que vivan, así sea de manera temporal, dentro del área metropolitana de Medellín.
- Que acepten participar voluntariamente de la realización de la encuesta.

Criterios de exclusión

- Estudiantes que no estén matriculados durante el segundo periodo académico de 2013 en el programa de enfermería
- Que tengan una condición física y/o orgánica que limite la actividad de ejercicio físico
- Estudiantes que vivan fuera del área metropolitana de Medellín
- Encuestas que no estén diligenciadas en su totalidad.

Aspectos éticos.

Para efectos éticos la encuesta menciono en el encabezado que la realización de la misma era libre y de carácter anónimo, que la información solo sería utilizada para fines académicos de este

estudio, de acuerdo con los parámetros establecidos en la resolución 8430 de 1993 Capítulo 1, artículo 11 en la cual se clasifica el presente estudio como investigación sin riesgo por lo cual se cumple con sus requerimientos.

Método

El método utilizado en esta investigación se ha dividido en dos fases, la primera fue hecha por medio de una encuesta estructurada, realizada por los mismos investigadores en un anteproyecto; la herramienta fue realizada con una previa operacionalización de las variables (Anexo 1), pretendiendo recolectar la información pertinente para el objeto de estudio. La aplicación de la encuesta fue realizada a todos los estudiantes de enfermería de la UNAC en el segundo semestre del año 2013. Posteriormente se escogieron aleatoriamente 33 estudiantes adventistas y 33 no adventistas, para un total de 66 personas de acuerdo con el tamaño de la muestra requerida por el programa estadístico.

La información de la primera fase fue recolectada en las instalaciones de la UNAC, mediante la convocatoria de toda la población de estudiantes de enfermería en el segundo periodo del año 2013.

La encuesta fue avalada por 4 expertos en el tema de Salud Pública (Anexo 3), el primero especialista en Salud Pública, el cual realizó varias recomendaciones con respecto a reformular algunas preguntas, el segundo magister en Salud Pública quien a su vez realizó adiciones de preguntas y corrección de la estructura de otras; y el tercero Doctor en educación e investigación quien realizó las correcciones de redacción, de interlineado, márgenes y signos de puntuación y según la recomendación de un licenciado asesor, las opciones de respuesta debían construirse utilizando la escala de Likert, la cual se considera como un método de evaluación cuantitativo

que usa una escala ordinal de frases que se relacionan con el grado de afinidad jerárquica que considera cada individuo en relación a la variable medida, para ejemplo ver (Anexo 2).

Al estructurar la encuesta se tuvieron en cuenta dichas recomendaciones, por lo tanto ésta consta de 49 preguntas tipo escala de Likert y se divide en dos partes, la primera parte está enfocada a recolectar información para determinar las características principales de la población de estudio y la segunda parte recoge información acerca de los hábitos de vida que se valoraron en el estudio. La misma consta de 5 posibles respuestas las cuales son: 5 = siempre, 4= con frecuencia, 3 = indiferente, 2 = casi nunca, 1 = nunca. Cada una de las variables contiene 5 preguntas excepto la variable sexualidad que constó de 4 preguntas.

La prueba piloto se realizó al 10% de la población total de estudiantes del programa de Enfermería de la UNAC. Los cuales manifestaron claridad y pertinencia en cada pregunta relacionada con su respectiva variable. La encuesta fue diligenciada en un promedio de 8 minutos, estos estudiantes fueron excluidos de la muestra de 66 individuos requeridos para el estudio.

Validación de la encuesta.

La validación del instrumento se da dentro de la fase previa a la evaluación final, teniendo en cuenta que según Torres L. “en la investigación cuantitativa, los instrumentos se aplican para medir las variables contenidas en la hipótesis” (2010, p.5), por esta razón la encuesta debió ser evaluada para hallar el nivel de confiabilidad y validez, con el objetivo de asegurar que al aplicarse a un sujeto diferente la información recolectada tuviera correlación entre las variables y que el instrumento realmente midiera las variables que se analizaron (Torres L. 2010, p. 7).

Por lo tanto se realizó la medición de confiabilidad de la encuesta por medio del programa PSPP, mediante el cálculo del alfa de Cronbach, el cual arrojó como resultado una puntuación de 0,77. Lo que significa que el instrumento es adecuado para ser aplicado a toda la muestra; por consiguiente se decidió la realizar la investigación con la población determinada.

En la segunda fase, los datos obtenidos de la encuesta fueron correlacionados por los investigadores mediante la generación de datos estadísticos descriptivos realizados por el programa estadístico International Business Machines (IBM) software libre, PSPP los cuales fueron interpretados y correlacionados por los autores del estudio.

Tabla 1: Alfa de Cronbach, tomada de PSPP, 2014.

Estadísticas de fiabilidad

<i>Alfa de Cronbach</i>	<i>N de elementos</i>
,77	42

Tabla que evidencia el indicador de fiabilidad de los datos, considerándose como valor aceptables los indicadores superiores a 0,5.

Descripción de variables

Las variables utilizadas para el presente estudio son las que eventualmente fueron utilizadas en la realización del análisis estadístico, que pretendía tener los datos necesarios para la comparación hecha con base en las definiciones expuestas en el marco teórico, a través de las cuales se analizaron los resultados obtenidos. De acuerdo con esto las variables utilizadas fueron las siguientes:

Actividad física.

Esta variable constó de cinco ítems de evaluación: la práctica de ejercicio, el acceso a escenarios deportivo, exigencia física de la ocupación, tiempo de realización de ejercicio en la semana y exigencia física del mismo.

Descanso.

Comprendió los siguientes ítems: dificultad de conciliar el sueño, dormir 6 horas al día, dormir en la noche, consumo de medicamentos para dormir y tener una hora habitual para dormir.

Nutrición.

Se evaluó la alimentación con cinco ítems teniendo en cuenta los factores que influyen en la misma: alimentación con tendencia vegetariana, consumo de 3 comidas diarias, horario regular de comidas, consumo de comidas rápidas, comer entre comidas.

Consumo de agua.

El objetivo de esta fue determinar si existía el factor de riesgo a la salud por consumo de bebidas azucaradas, se valoró a través de las siguientes sub variables: consumo de 2 litros de agua al día, preferencia de bebidas gaseosas en vez de agua, acceso a servicio de agua potable en casa, llevar una botella de agua al salir de casa, consumo de agua después de realizar actividad física.

Consumo de sustancias.

La importancia de esta variable radica en la abstinencia del consumo de las mismas como un factor determinante de la salud por ello se evaluó a través de los siguientes ítems: consumo de alcohol, fumar cigarrillo, consumo de sustancias psicoactivas, necesidad de algún tipo de sustancia para realizar las actividades diarias, la exposición a un ambiente que lo induzca a consumir este tipo de sustancias.

Tiempo libre.

Fue evaluada con el objetivo de determinar si los estudiantes realizaban actividades de esparcimiento que favorecieran la salud por ello se escogieron los siguientes ítems: tiempo libre en la semana, realización de actividades de esparcimiento en la semana, acceso a bienes y servicios culturales, tiempo dedicado en la semana para el ocio y la recreación, compartir tiempo libre con la familia.

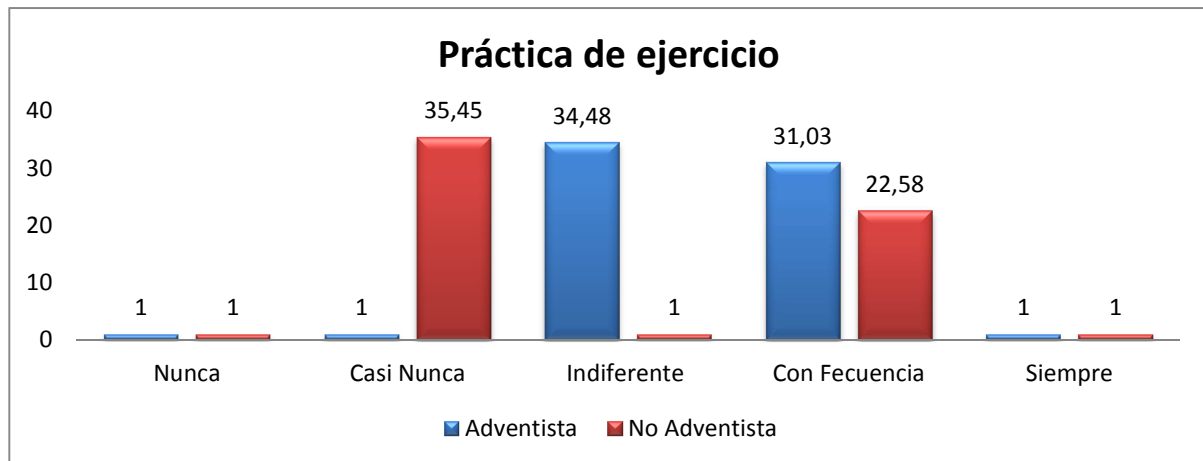
Situación laboral.

Se evaluó con el objetivo de conocer si existía algún impedimento para la adquisición de bienes y servicios, por ello se evaluó lo siguiente: contar con una fuente de ingresos, ingresos mensuales equivalentes a un SMMLV (566,700) o más e ingresos suficientes para cubrir sus gastos mensuales, la residencia cuenta con acceso a todos los servicios públicos y exposición al riesgo público por cuenta de actores armados.

Capítulo cuatro-Análisis de datos

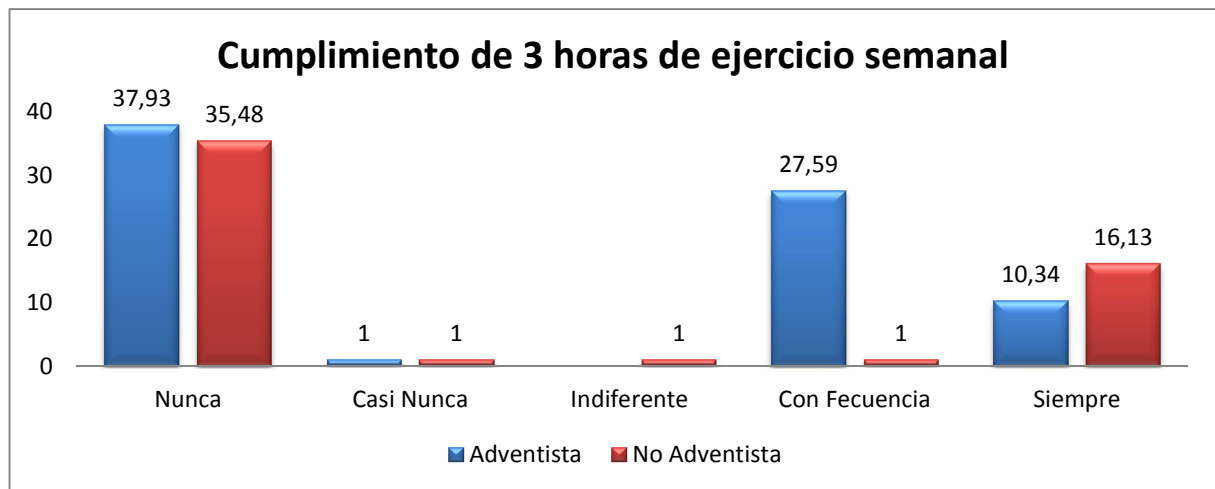
Ejercicio Físico

Gráfico 2: Porcentaje de práctica de ejercicio.



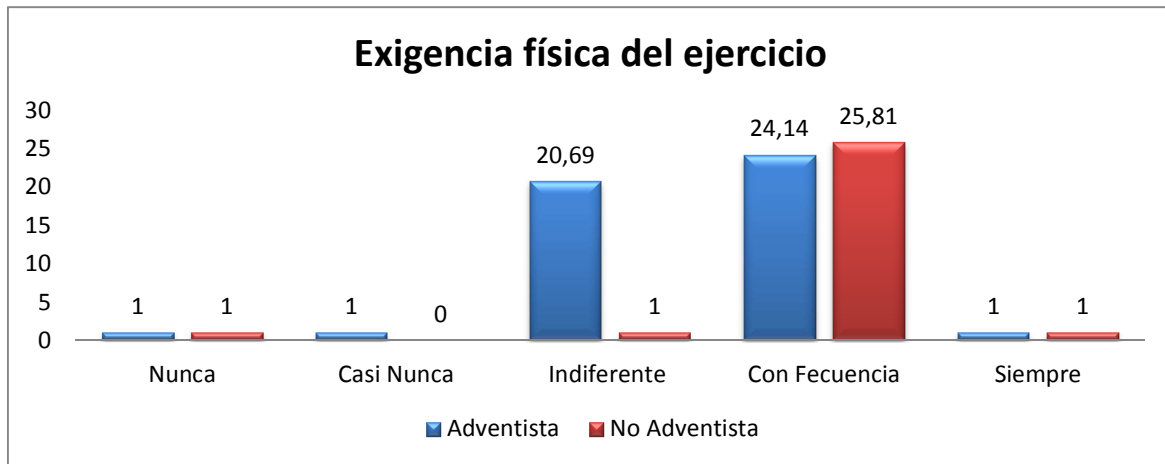
Relación de la práctica de ejercicio entre los estudiantes adventistas de enfermería y no adventistas de la UNAC en el año 2013.

Al analizar el gráfico 2 sobre la práctica de ejercicio, se puede evidenciar que en general la población de estudiantes adventistas tiene mayor adherencia a la práctica de ejercicio que la población de estudiantes no adventista. Con respecto a este hábito se encuentra que los estudiantes adventistas en general, practican más ejercicio que los estudiantes no adventistas; pues los resultados muestran que un 35.45% de los no adventistas casi nunca lo practica y tan solo el 22.58 % lo hace con frecuencia. En comparación, los Adventistas lo practican con frecuencia en un 31.03 % y el 34.48% son indiferentes.

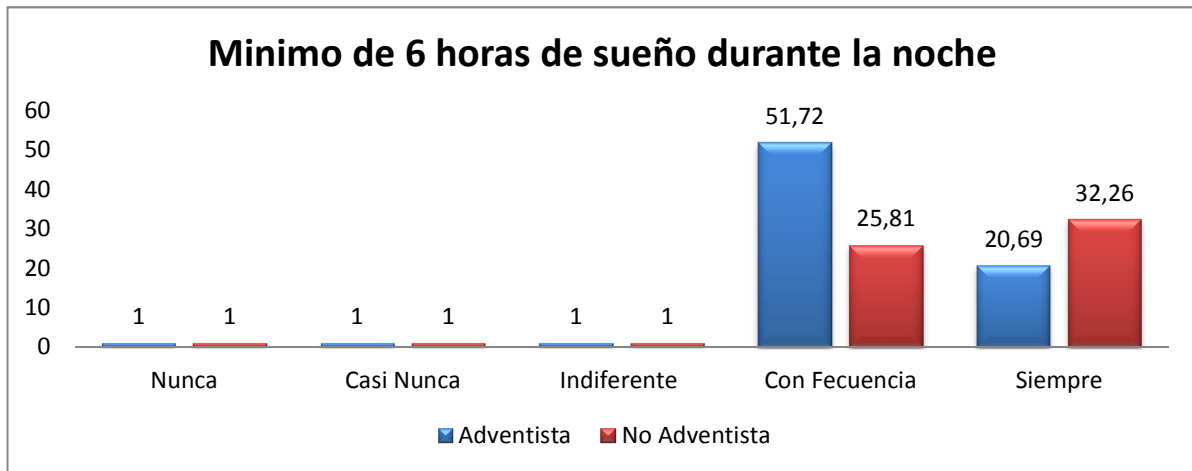
Gráfica 3: Porcentaje de práctica de 3 horas de ejercicio semanal.

Relación de la práctica de mínimo 3 horas de ejercicio semanal entre los estudiantes adventistas de enfermería y no adventistas de la UNAC en el año 2013.

Con relación al tiempo mínimo de tres horas semanales para desarrollar actividades físicas, se puede observar en la gráfica que existe un mayor porcentaje de estudiantes adventistas que cumplen con un mínimo de tres horas semanales de ejercicio pues el 27.59 % cumple el horario con frecuencia y el 10.34 % siempre lo hace, mientras que el 16.13% de sus compañeros no adventistas refieren que siempre cumplen con la meta.

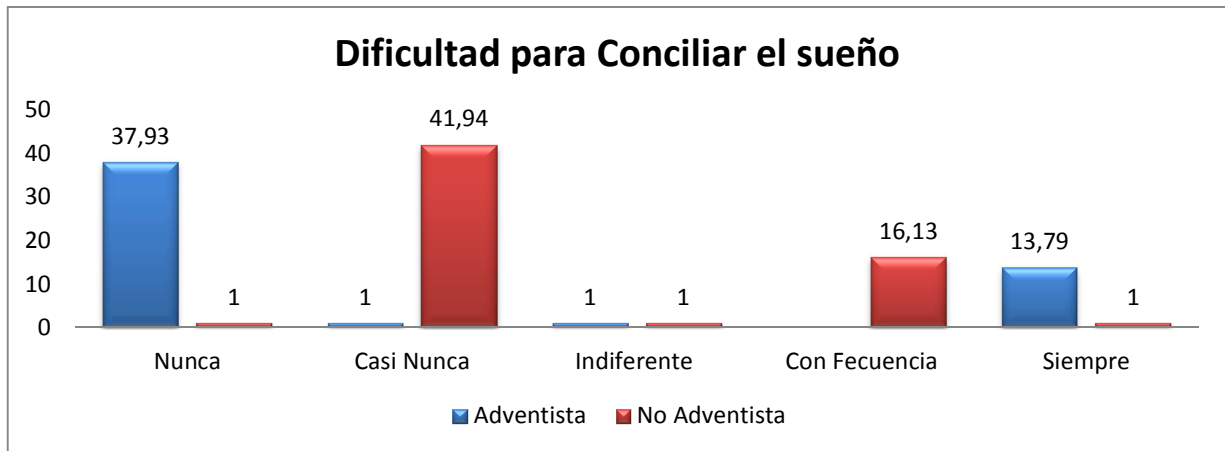
Gráfica 4: Porcentaje de exigencia física del ejercicio.**Relación de la exigencia física del ejercicio realizado entre los estudiantes adventistas de enfermería y no adventistas de la UNAC en el año 2013.**

Por otra parte se observa que en general, el 25.81% la población de estudiantes no adventistas cuando realiza ejercicio físico, con frecuencia tiene una exigencia física intensa a comparación del 24.14% de los estudiantes adventistas.

Descanso**Grafica 5: Porcentaje mínimo de horas de sueño durante la noche.**

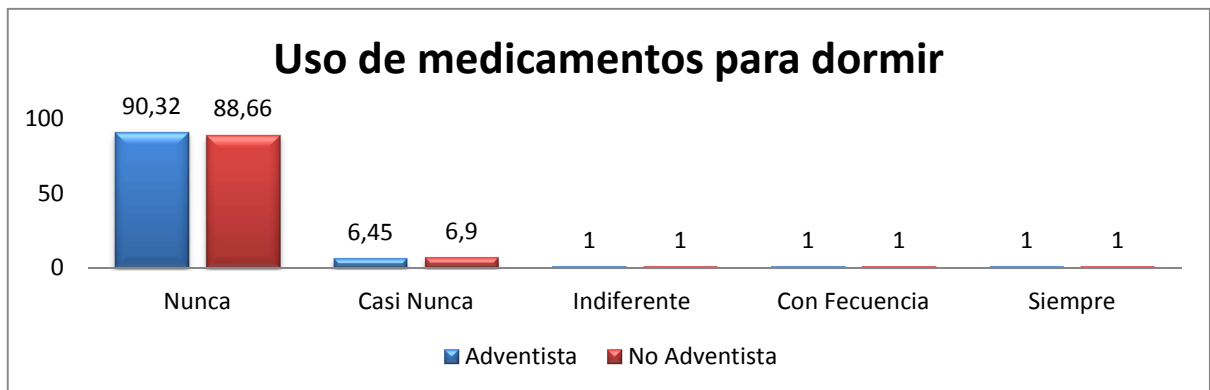
Relación de la práctica de dormir mínimo 6 horas de sueño durante la noche entre los estudiantes de enfermería adventistas y no adventistas de la UNAC en el año 2013.

La gráfica muestra que en el hábito de dormir por lo menos 6 horas cada noche el 51.72% de los estudiantes adventistas con frecuencia lo hacen, y el 20.69% siempre duerme este periodo de tiempo. Entre tanto el 32.26% de los estudiantes no adventistas, siempre duermen como mínimo 6 horas y el 25.81% con frecuencia lo hacen.

Grafica 6: Referencia de dificultades para conciliar el sueño

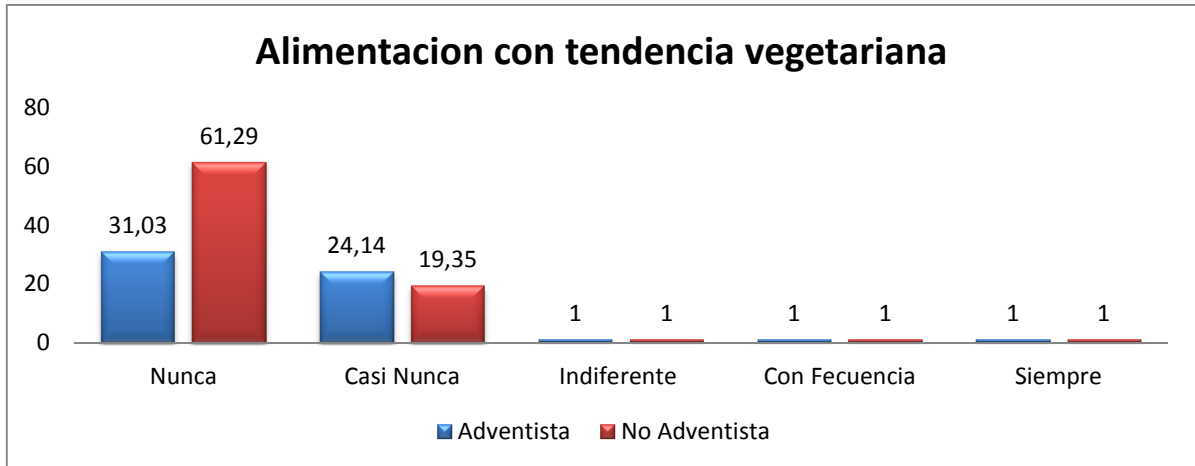
Relación de la mención de dificultad para conciliar el sueño entre los estudiantes adventistas de enfermería y no adventistas de la UNAC en el año 2013.

Con referencia a si se tiene dificultades para conciliar el sueño se pudo observar según la gráfica que el 37.93% de los estudiantes adventistas nunca refieren tener problema con este hábito, pero en contraste el 13.79% del mismo grupo refieren que siempre tienen dificultad para conciliar el sueño. En el grupo de los estudiantes no adventistas el 41.94% refirieron no tener dificultad casi nunca y el 16.13% tenerla con frecuencia.

Gráfica 7: Referencia del uso de medicamentos para conciliar el sueño

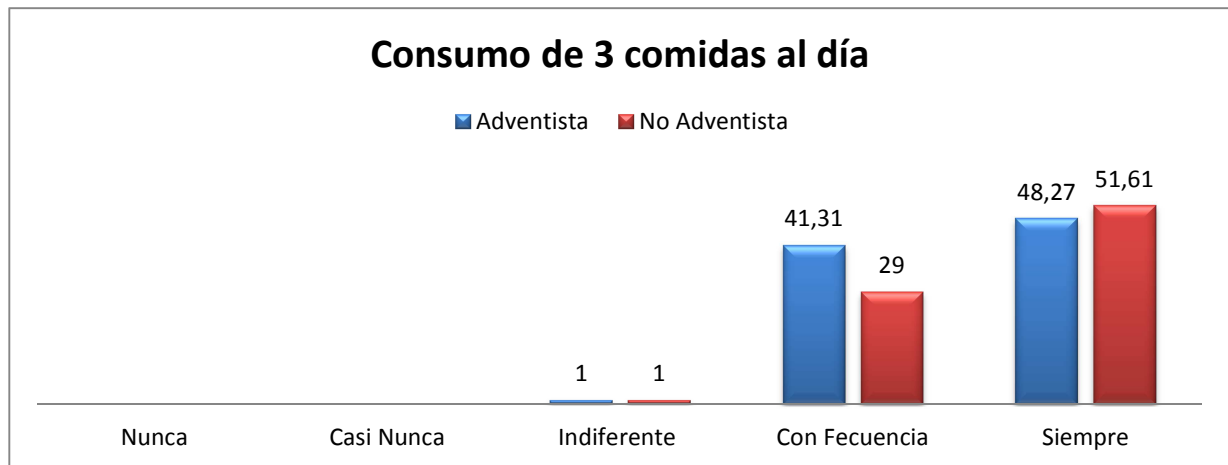
Relación mención de uso de medicamentos para dormir entre los estudiantes adventistas de enfermería y no adventistas de la UNAC en el año 2013.

Con respecto al uso de medicamentos para conciliar el sueño no se observa diferencia significativa entre los dos grupos, además de esto en ninguna de las dos poblaciones se presenta el uso de medicamentos como medio para lograr dormir.

Nutrición.**Grafica 8: Alimentación con tendencia vegetariana**

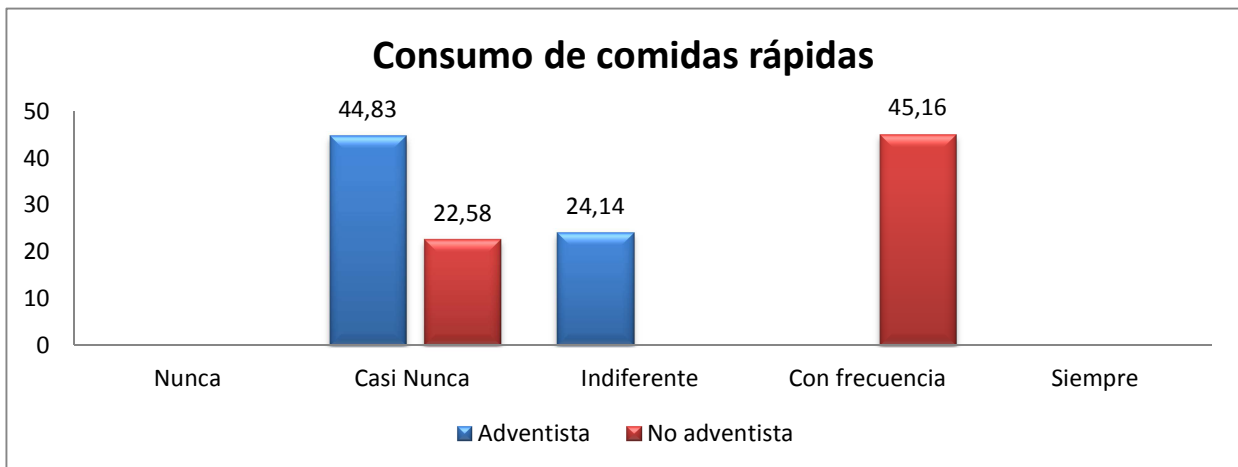
Relación de la nutrición con tendencia vegetariana entre los estudiantes de enfermería adventistas y no adventistas de la UNAC en el año 2013.

Con respecto a la variable de consumo de dieta con tendencia vegetariana, el 61.29% de los estudiantes no adventistas respondieron que nunca la tiene y el 19.35% son indiferentes a ello. Por otra parte el 31,3% de los estudiantes adventistas dicen que nunca la tienen y el 24.14% casi nunca tienen un consumo de su dieta con tendencia vegetariana, por lo tanto se evidencia mayor afinidad por este hábito en el este grupo que en los estudiantes no adventistas.

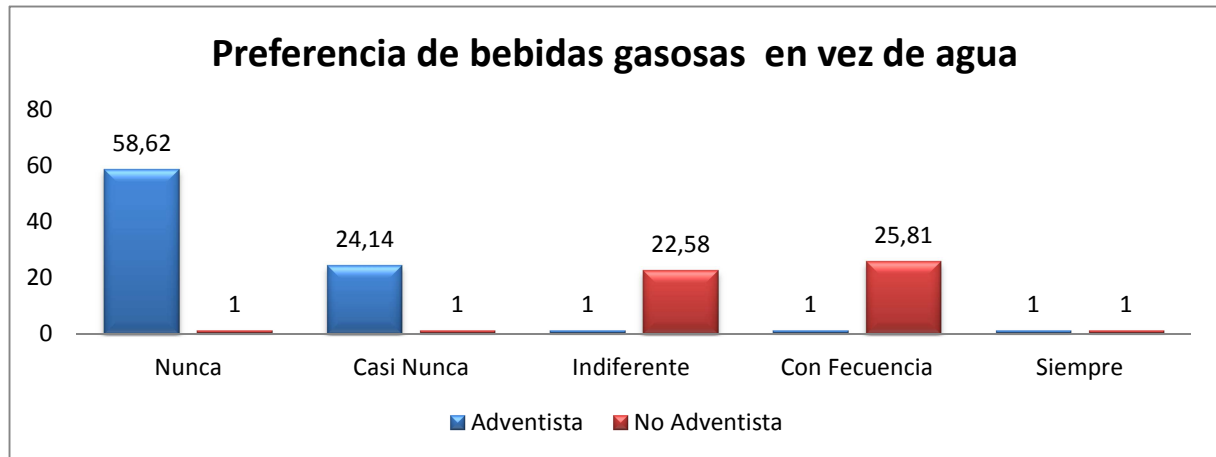
Grafica 9: Consumo de mínimo 3 comidas al día

Relación del consumo de mínimo 3 comidas diarias entre los estudiantes adventistas de enfermería y no adventistas de la UNAC en el año 2013.

Con relación al consumo de mínimo de tres comidas al día el 48.27% de los estudiantes adventistas refirieron que siempre lo hacen y en un 41.31% que con frecuencia las consumen. En contraste el 51.61% de los estudiantes no adventistas siempre lo hacen y tan solo el 29.03% con frecuencia las consumen. Por lo tanto no se observa una diferencia significativa en los resultados de las dos poblaciones.

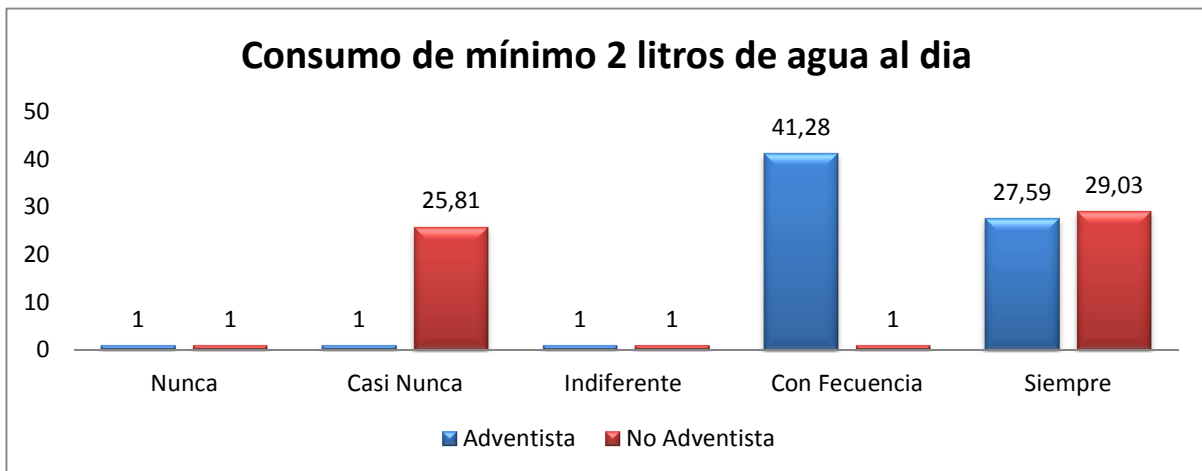
Gráfica 10: Porcentaje de consumo de comidas rápidas**Relación de consumo de comidas rápidas entre los estudiantes adventistas de enfermería y no adventistas de la UNAC en el año 2013.**

Con respecto al consumo de comidas rápidas, el 44.83% de los estudiantes adventistas casi nunca las consume en contraste con el 22.58% de los estudiantes no adventistas. Entre tanto el 45.16% de los estudiantes no adventistas responden que con frecuencia adhieren a su dieta este tipo de comidas. En conclusión se percibe que la población de estudiantes adventistas no incorporan estos alimentos a su dieta.

Consumo de Agua**Gráfica 11: Preferencia de bebidas gaseosas en vez de agua pura**

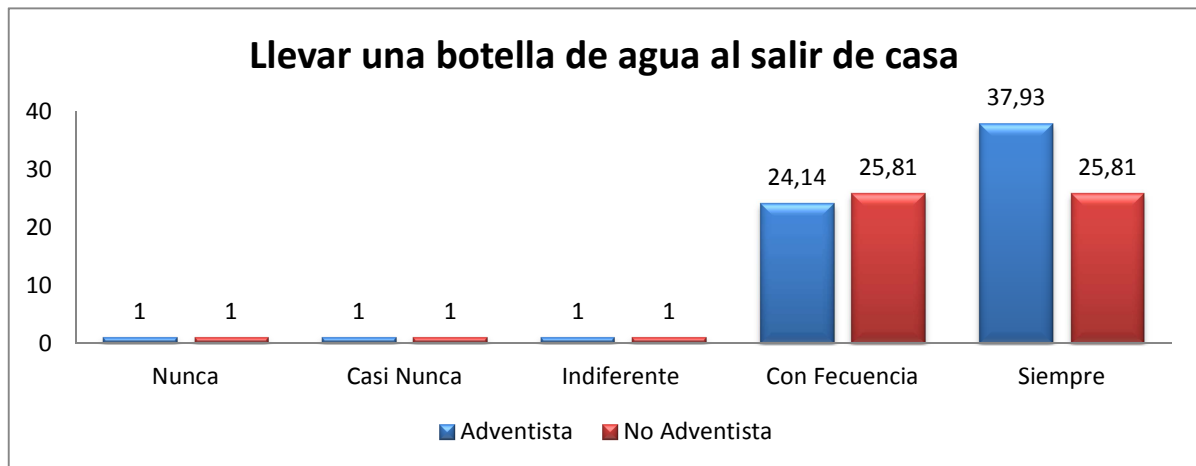
Relación de preferencia de bebidas gaseosas en vez de agua pura entre los estudiantes de enfermería adventistas y no adventistas de la UNAC en el año 2013.

Con respecto a la preferencia de consumo de bebidas gaseosas en vez de agua natural, el 58.62% de los estudiantes adventistas respondieron que nunca la prefieren y el 24.14% casi nunca. En contraste con el 25.81% de los estudiantes no adventista que con frecuencia prefieren las bebidas gaseosas. Por lo tanto se observa la tendencia marcada de los estudiantes adventistas por la preferencia de consumo de agua natural.

Grafica 12: Consumo de al menos 2 litros de agua al día

Relación consumo de al menos 2 litros de agua diarios entre los estudiantes adventistas de enfermería y no adventistas de la UNAC en el año 2013.

De acuerdo con lo observado se puede analizar que con relación al consumo de mínimo 2 litros de agua al día, Existe mayor adherencia de parte de los estudiantes adventistas para consumir mínimo 2 litros de agua al día, pues el 27,59% de estos los consume y el 41,28% con frecuencia lo hace. Por otro lado el 29,3% de los estudiantes no adventistas siempre lo hacen y el 25,81% casi nunca, por ello se concluye que hay mayor tendencia por la práctica de este hábito en los estudiantes adventistas que en los estudiantes no adventistas.

Grafico 13: Llevar una botella de agua al salir de casa

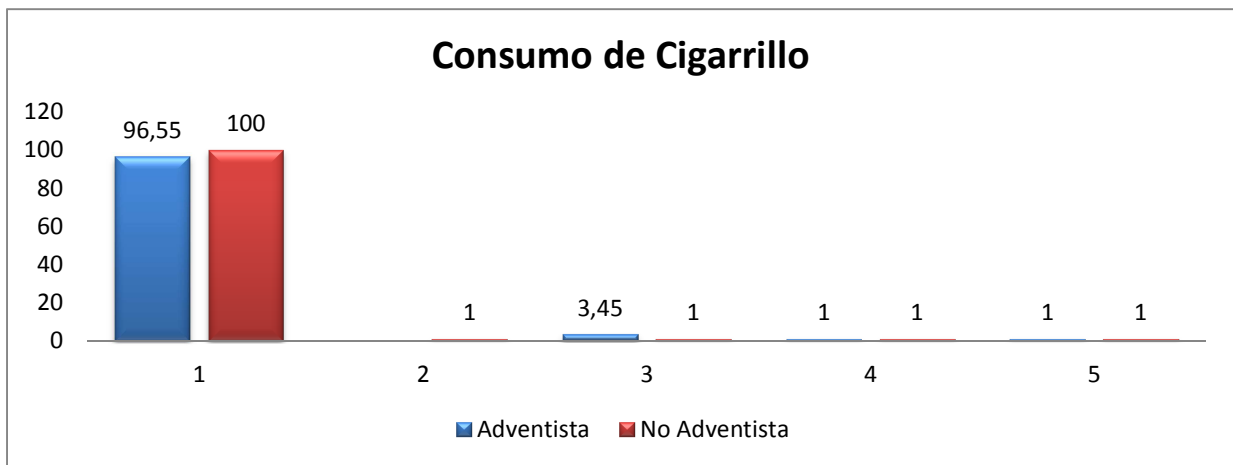
Relación de llevar una botella de agua al salir de casa entre los estudiantes adventistas de enfermería y no adventistas de la UNAC en el año 2013.

En otra instancia, se puede ver que existe un mayor porcentaje de sujetos en el grupo de estudiantes adventista que llevan una botella de agua al salir de casa, pues el 37.94% siempre lo hacen y el 24.14% lo hace con frecuencia. En contraste con el 25.81% de los estudiantes no adventista que refirieron siempre llevar la botella de agua al salir de casa el 25.81% lo hace con frecuencia. En esta variable no hay una diferencia significativa que indique una adherencia marcada por alguno de los dos grupos.

Consumo de sustancias adictivas**Grafica 14: Consumo de alcohol**

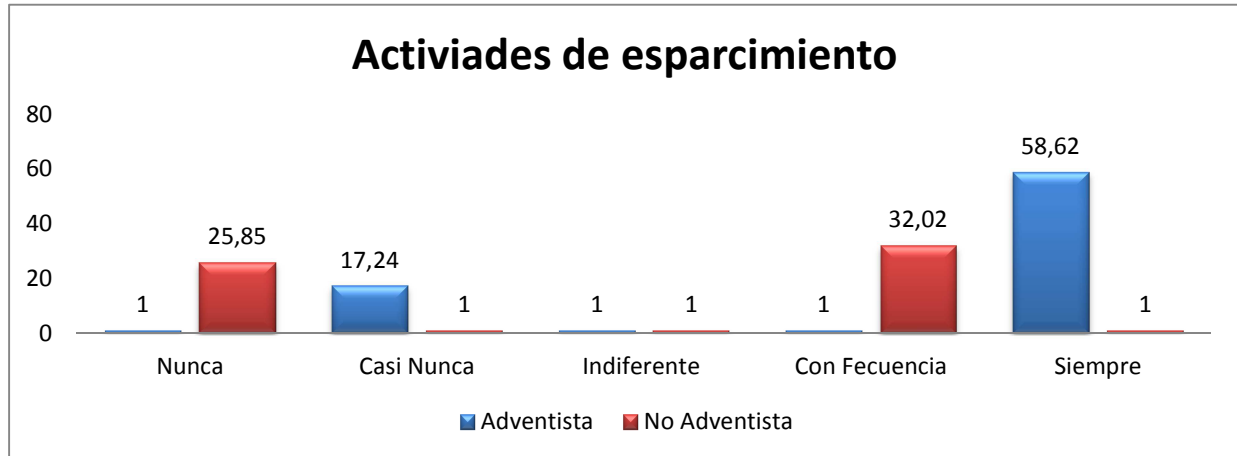
Relación Afirmación del consumo de alcohol los estudiantes de enfermería adventistas y no adventistas de la UNAC en el año 2013.

Con relación al consumo de alcohol se puede observar que existe mayor tendencia de consumo de esta sustancia por parte de los estudiantes no adventistas, pues el 35,48% refiere casi nunca consumirlo y el 31,78% nunca lo hace, en contraste con ello puede observar que 85,25% de los estudiantes adventistas nunca lo consumen y solo el 10,34% casi nunca lo hace, por ende se puede inferir que hay mayor consumo de alcohol entre los estudiantes no adventistas, resaltando que a pesar de ello la proporción de consumo es bajo.

Gráfica 15: Hábito de consumir tabaco

Relación de la práctica del hábito de consumir tabaco entre los estudiantes adventistas de enfermería y no adventistas de la UNAC en el año 2013.

En general no existe una diferencia significativa entre los dos grupos con respecto al consumo de cigarrillo, sin embargo se resalta la presencia de una mínima proporción de estudiantes adventistas que lo consume.

Esparcimiento**Grafica 16: Realización de actividades de esparcimiento**

Relación de actividades de esparcimiento durante el tiempo libre entre los estudiantes de enfermería adventistas y no adventistas de la UNAC en el año 2013.

La anterior gráfica muestra que con respecto a la realización de actividades de esparcimiento el 58.62% de los estudiantes adventistas siempre pueden hacerlas en comparación con el 32.02% de los estudiantes no adventistas que con frecuencia las realizan. Los datos en la escala de nunca y casi nunca no tienen una diferencia significativa en las dos poblaciones.

Adicionando a lo anterior, los estudiantes no adventistas dicen tener mayor tiempo para realizar actividades recreativas que los no adventistas.

Capítulo Cinco - Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones

Diversos estudios basados en la evidencia, han demostrado que los hábitos de vida saludable influyen sobre la salud de las poblaciones debido a que se constituyen en un factor determinante de nivel salud de la misma. Por esta razón los gobiernos actuales consideran necesario incluir como parte de sus planes de intervención social, estrategias de concienciación y proyectos de construcción de espacios, escenarios y programas públicos, que fortalezcan la salud en las poblaciones, potencializando de esta manera los factores protectores, además de reducir las condiciones de riesgo que deterioran la salud.

Por otro lado algunos estudios realizados a poblaciones específicas han demostrado que la práctica de hábitos saludables; bien sea por influencia de la filosofía laica o por considerar importante el control de los factores de riesgo, reduce significativamente la probabilidad de padecer ECNT. La base de este tipo de comportamientos radica en la creencia de que el estado de salud afecta directamente el nivel de relación con Dios, el prójimo y la naturaleza; un ejemplo de ello es la población adventista de Loma Linda California, la cual cuenta con un estudio realizado en 1972 por Belloc y Breslow, quienes encontraron que las personas practicantes de los hábitos de dormir un promedio de 7 a 8 horas diarias, no consumir alimentos entre comidas, desayunar regularmente, mantener un peso apropiado, práctica regular de ejercicio, abstinencia o uso moderado del alcohol y no fumar; tienen un promedio de 10, 4 años menos de edad fisiológica con relación a su edad biológica. Por lo tanto, en relación con los resultados encontrados en dicho estudio y en comparación con los datos obtenidos en la presente investigación, se pudo observar que los estudiantes adventistas cumplen al menos con seis de los hábitos descritos por Belloc y

Breslow, entre los que se encuentran práctica regular de ejercicio, dormir en promedio entre 6 y 8 horas diarias, desayunar regularmente, no comer entre comidas, no consumir alcohol y no fumar, a diferencia de los estudiantes no adventistas que sólo practican tres de los hábitos ya citados, entre los que se observan dormir un promedio de 6 a 8 horas diarias, desayunar regularmente y no fumar. Por ello se podría suponer que si realmente se cumple con los hábitos referidos por los adventistas podrían gozar de una menor incidencia de ECNT y por consiguiente añadir algún número años a su esperanza de vida.

Teniendo en cuenta lo anterior, se puede decir en concordancia con la teoría de enfermería del déficit de auto cuidado creada por Oren, Marriner (2001), en el meta paradigma enfermería según se explica en el segundo capítulo de este escrito, el enfermero es quien capacita a otras personas en acciones de auto cuidado, teniendo como fin preservar la salud y la vida. En este contexto los adventistas de esta investigación podrían tener mayor grado de influencia sobre las personas que intervienen, por lo que si se compara la información que brinda con la que realmente aplica en su vida personal, hay un mayor nivel coherencia. Esto supone para los no adventistas un problema de tipo moral, ya que según (Sánchez A, 1997; P. 297) la moral se constituye en la “Conducta regulada por las costumbres o por las normas internas del sujeto”, en consecuencia de ello la disparidad entre la conducta demostrada por el cuidador y la conducta impartida, podrían generar algún grado de frustración e indiferencia en la persona receptora del cuidado, al no tener un referente personal, que le permita verse motivado a ejecutar actividades continuas de autocuidado, mencionado por el referente disciplinar como hábitos de autocuidado, los cuales son resultado de la aplicación acciones individuales, en forma consciente, voluntaria y continua, que posteriormente se convertirán en acciones expresadas en un modo inconsciente y repetitivo, para convertirse finalmente en hábitos.

Al analizar los datos obtenidos por los investigadores, se pudo determinar que existe un fuerte factor protector nutricional en los estudiantes adventistas debido a que su dieta tiende a ser mayoritariamente vegetariana, adicionado al bajo consumo de comidas rápidas, lo que les permite tener mayor aporte de nutrientes y menor aporte de grasa en la dieta habitual, esto supone menor probabilidad de padecer enfermedades de tipo cardiovascular, del mismo modo se observó una situación similar en el ítem que evaluó el consumo de agua en los estudiantes, pues los resultados muestran que en promedio existe mayor consumo de agua pura y en cantidad de mínimo dos litros al día, en los estudiantes adventistas que en los no adventistas, quienes por su parte prefieren mayormente consumir bebidas gaseosas, lo que lleva a aumentar el peso y el riesgo de padecer de enfermedades como el sobre peso y diabetes, confirmando así los hallazgos encontrados por la ENSIN (2010).

Por otra lado los adventistas estudiantes realizan más actividades de esparcimiento durante la semana, por consiguiente se puede afirmar que la probabilidad de sufrir estrés es menor en el grupo adventista con relación a los no adventistas, a pesar de que estos refieren tener mayores ingresos y acceso a servicios de servicios culturales para su esparcimiento.

En acto seguido cabe también mencionar que la filosofía impartida por la UNAC, favorece el desarrollo hábitos y estilos de vida en los estudiantes, este mismo hecho fortalece el paradigma de los estudiantes adventistas con respecto a la salud y el autocuidado, el cual también se afianza en las actividades, programas y proyectos que contiene la universidad para el cumplimiento de los mismos, por el contrario este suceso no se observa en los estudiantes que no profesan religión adventista, pues el hecho de no tener afinidad religiosa por todas estas costumbres, las cuales tienen una naturaleza denominacional por cuanto se encuentran conectadas con la fe y las creencias de la Iglesia Adventista del Séptimo Día (IASD), causa en

estas personas algún tipo de indiferencia por ellas, por lo tanto el grado de aplicación de la teoría impartida es menor en este último grupo.

Recomendaciones

Las recomendaciones generadas en este proyecto, se dirigen a elaborar bases para futuras investigaciones, pues a partir del análisis de la investigación primera se pudieron observar algún tipo de problemas y variables que no se pudieron ser evaluadas, debido que el objetivo general apunta a la elaboración de un análisis comparativo primario, por esta razón surgieron algunos nuevos problemas nacidos a partir de esta observación, que se podrían evaluar en otro proyecto investigativo.

Como primera instancia se observa la necesidad de elaborar una segunda parte de este proyecto que contenga nuevos componentes metodológicos que permitan profundizar lo encontrado en esta primera fase, por lo tanto en la segunda instancia de ésta se tendrán en cuenta la elaboración de análisis comparativo de mediciones biométricas como índice masa corporal (IMC), grasa corporal total, perímetro abdominal, test de resistencia, entre otros que se consideren necesarios para confirmar los hallazgos de la presente investigación.

Como segunda instancia se encuentra la necesidad de elaborar nuevas metodologías para la entrega de los conocimientos y filosofía adventista referente al cuidado de la salud y la práctica de un estilo de vida saludable, en los estudiantes no adventistas de la UNAC, debido que en los resultados encontrados se pudo visualizar una diferencia considerable entre estos y los estudiantes adventistas, por lo que vale la pena elaborar un análisis de efectividad de la metodología actual que permita observar con asertividad el grado de influencia de la filosofía

adventista en los estudiantes no adventistas, todo esto con el fin de dar cumplimiento a la misión institucional de preparar personas integrales.

Por último se considera pertinente, realizar un refuerzo de los conocimientos impartidos sobre los hábitos y estilos de vida en los estudiantes adventistas, teniendo como objetivo el logro del mayor nivel de cumplimiento de los mismos, en relación con los hábitos encontrados en el estudio de Belloc y Breslow.

Referencias

- Agudelo, F. d. (29 de febrero de 2012). *Portafolio*. Recuperado el 27 de mayo de 2012, de Portafolio: <http://www.portafolio.co/opinion/blogs/mercado-bursatil-colombiano/comportamiento-accionario-almacenes-exito-sa-2011>
- AHA. (2011). *Soporte vital cardiovascular avanzado*. Estados Unidos: American Heart Association.
- Alcantara, A. (2011). *Enfermería*. Recuperado el 02 de 04 de 2013, de Enfermería : <http://idalia-infotep.blogspot.com/2011/04/secado-de-las-manos-quirurgico.html>
- Alvarez, C. d. (2001). *metodologia diseño y desarroollo del proceso de investigacion con enfesis en ciencias empresariales*. Mexico: limusa.
- Ambrogio, C. M. (2008). *Farmacología*. Santiago de Chile: Mediterraneo.
- ANDACOL. (2008). *asociacion nacional de anunciantes*. Recuperado el 27 de mayo de 2012, de asaciacion nacional de anunciantes: http://www.andacol.com/php/index.php?option=com_content&view=article&id=192:el-exito-de-almacenes-exito&catid=42:revista-anda-40
- Anderson, P. (2006). *El alcohol en europa una expectativa de salud*. Londres: Institute of Alcohol Studies, Reino Unido.
- antibioticos. (26 de mayo de 2011). *Mecanismos de resistencia antibiótica*. Recuperado el 2011 de mayo de 2011, de Mecanismos de resistencia antibiótica: <http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma03/parte07/antibioticos/mecres02.htm>
- Añorbe, A. (2003). *Preparacion de mezclas intravenosas*. Mexico: revista Mexicana de Enfermería Cardiologica .

- Baer, H. J. (2010). Risk factors for mortality in the nurses' health study: A competing risks analysis. *American Journal of Epidemiology* , 319-329.
- Barbosa, R. (2011). *Interacciones medicamentosas de antimicrobianos utilizados en trasplantes de células madre hematopoyéticas*. Sao Pablo: Universidad de Sao Pablo .
- Barrera, K. (2004). *Fundamentos de enfermería, conceptos, fundamento y práctica*. Madrid: McGraw Hill.
- Barrera, S. R. (2004). *Fundamentos de enfermería 3ª edición* . Bogotá DC: El Manual Moderno.
- Bayer, G. L. (2004). La globalización como reto para la formación de profesionales de enfermería en América Latina. *Avances en enfermería vol. II* , 42.
- Beeson, I. (2009). estudio de salud adventista. *ojo adventista* .
- Bernabéu, A. (2007). La necesaria fotoprotección. *Esevier* , 1.
- Bernal, C. (2006). *metodología de la investigación*. México: Pearson Education.
- Bernardes, K. (2012). *Aplicación de la teoría de Florence Nightingale a un anciano con asma bronquial*. Pinar del Río: Ciencias Médicas.
- Borrero, C. M. (20 de julio de 2010). *EBSCO*. Recuperado el 24 de septiembre de 2011, de EPSCO: <http://www.adventista.edu.co/mod/resource/view.php?id=6925>
- Bosquet, L. G. (2006). Exposición solar . *Offarm* , 1.
- Brau, A. G. (2010). *Manual práctico de instrumentación quirúrgica en enfermería*. Madrid : Elsevier .
- Bravo, A. (2 de noviembre de 2010). *Slidshare.net*. Recuperado el 26 de septiembre de 2012, de Slidshare.net: http://www.slideshare.net/maur_jmp/cuidados-de-enfermeria-en-el-paciente-con-dolor

- Bravo, L. (14 de junio de 2008). *educacion*. Recuperado el 12 de octubre de 2011, de educacion: www.web.educastur.priencast.es/proyectos/coeduca/?p=409
- Bravo, L. (12 de octubre de 2011). *educar Chile*. Recuperado el 12 de octubre de 2011, de Educar Chile: www.educarchile.cl/Portal.Base/Web/VerContenido.aspx?ID=132691
- Breslow, B. y. (1972). Relationship of Physical Health Status and health practices . *Preventive Medicine* , 409-421.
- Bustamantes, L. (2007). *Normas y procesos técnicos en el quirófano. Manual para personal de enfermería*. Medellín: Norma.
- Cádiz, U. d. (2013). *Interacciones medicamentosas* . Cádiz: Facultad Nutrición Universidad de Cádiz.
- canales, f. (2006). *metodología de la investigación manual para el desarrollo del personal de salud*. México: imusa.
- CAPO, S. R. (2001). *DOLENTIUM HOMINUM N° 49*. Vaticano: REVISTA DEL PONTIFICIO CONSEJO .
- Castillo, C. d. (2009). *EL PROCESO DE GESTIÓN Y EL DESEMPEÑO ORGANIZACIONAL*. San Antonio: Universidad ESAN Perú.
- CIE. (2006). *Código deontológico de enfermería*. Ginebra: Fonara.
- collin, r. (18 de 03 de 2011). *cienfuegos*. Recuperado el 22 de 05 de 2012, de <http://www.cienfuegos.cl/crecimiento.html>
- colombia, C. d. (2008). *Código sustantivo del trabajo*. Bogotá : Union.
- Colombia, C. d. (2004). *Ley 911* . Bogotá D.C: Congrsos de la República de Colombia.
- Colombia, C. d. (1991). *REGULACIÓN DE LA PATRIA POTESTAD (AUTORIDAD PARENTAL)*, . Bogotá D.C: Congreso la República de Colombia .
- Colombia, M. R. (2010). *Enfermedades renales*. Bogotá: Ministerio de protección social.

- Colgio Mexicano de licenciados en enfermeria . (2000). *Codigo de conducta para la enfermera*. Aguas Frias: Colgio Mexicano de licenciados en enfermeria.
- Comission, I. J. (2007). *Preambulo a las soluciones para la seguridad del paciente-2007*. Ginebra: OMS.
- COPERACCIO. (2011). *Derechos Sexuales y Reproductivos*. Barcelona: Diputacio Barcelona.
- Correa, M. C. (4 de Abril de 2013). La Comunicacio . Medellin , Antiquia, Colombia.
- Correa, R. V. (2000). La enfermra como cuidadora de la salud de los trabajadores. *Encolombia* , 1.
- Diaz, A. P. (2005). *el niño sano* . Bogota: Panamericana.
- Diaz, A. (2001). *Preparación del fumador que decide dejar de fumar* . Salamanca: Centro de Salud San Juan.
- El espectador. (07 de 09 de 2011). *el espectador.com.co*. Recuperado el 22 de 09 de 2011, de el espectador.com.co: <http://www.lespectador.com/noticias/salud/articulo-297707-colombia-se-realizan-al-ano-400000-abortos-inducidos>
- Ensin. (2010). *encuesta nacional de situacion nutricional en colombia*. bogota: ministerio de proteccion social republica de colombia.
- Esmeltzer, S. C. (2006). *enfermeria medico quirurgica*. Mexico DF: Mc Graw Hill.
- Española, R. A. (2012). *Diccionaria De la Real Academia Española*. Madrid : RAE.
- Europea, U. (1986). *Carta Europea de los niños hospitalizados*. Madrid: Parlamento Europeo.
- Ferie, J. (2003). withehall II. *Sleep* , 33-43.
- Ferrer, F. (1998). *como educar la sexualidad en la escuela*. Baecelona: ediciones CEAC.
- Ferrer, F. (1998). *Como educar la sexualidad en la escuela*. Barcelona: CEAC,S.A.

- G.White, E. (2001). *Consejos sobre salud*. Miami: IADPA.
- Garabeli, A. (2006). AGENTE COMUNITARIO DE SALUD: UNA REVISIÓN DE LITERATURA. *revista latina de enfermagem* , 3.
- Garcia, E. (2008). La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión. *SCIELO* , 3.
- Garduño, A. (2001). *Consentimiento informado en pediatría. La autonomía del niño en discusión*. Mexico D.F: Revista Mexicana de Pediatría.
- Gillezau. (1999). *La cultura organizacional en el desarroolo de empresas inteligentes: fundamentos, valores, comunicacion y liederazgo* . Zulia : Thelos.
- Giménez, D. D. (s.f.). *la historia clinica: aspectos eticos y legales*. Recuperado el 15 de 05 de 2013, de <http://geosalud.com/malpraxis/historiaclinica.htm>
- Gnzales, J. C. (2009). *Guia ractica Clinica*. Bogota: Hospital Universitario San Ignacio.
- Goeffrey, R. (1985). Individuos enfermos y poblaciones enfermas . *Internacional Journal of Epidemiology* , 6.
- Grimaldo, M. P. (2012). Estilo de vida saludable en estudiantes. *Revista de psicología y salud* , 75-87.
- grupo de estudio PAE, d. U. (2012). *experiencias del cuidado apliclado al proceso de atencion de enfermeria*. Medellin: UNAC.
- Guzmán, J. M. (2002). *Redes de apoyo social a personas mayores: Marco conceptual*. Santiago de Chile: ECLAC.
- Guzmn, J. (2002). *REDES DE APOYO SOCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES: MARCO CONCEPTUAL*. Santiago deChile: CEPAL.
- Iglesias, A. E. (2007). Estilo de vida saludable: Puntos de vista para una opción actual y necesaria. *Revista psicología cintífica.com* , 2.

- Ignacio, H. U. (09 de agosto de 2009). Guía práctica clínica . Bogotá , Colombia.
- International, J. C. (2012). *International Patient Safety Goals* . Ginebra : OMS.
- International, J. C. (2012). *International Patient Safety Goals*. Ginebra: OMS.
- Ivan F Palomo, G. I. (2006). Alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular clásicos en una población de estudiantes universitarios de la región centro-sur de Chile. *Revista española de Cardiología* , 6-8.
- Izquierdo, A. (2004). Alimentación saludable. *Revista Cubana de enfermería* , 20-28.
- Japon, A. d. (2007). *Manual de educación ambiental*. Paraguay: proyecto J-Green.
- Jiménez, M. G. (2008). Bienestar psicológico y hábitos saludables: ¿están. *International Journal of Clinical and Health Psychology* , 185.
- Juan A, B. (23 de marzo de 2005). *atención psicológica*. Recuperado el 7 de marzo de 2011, de atención psicológica: www.atencion-psicologica.com
- Kozier, B. (2005). *fundamentos de enfermería*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Kozier, B. (2005). *Fundamentos de enfermería, conceptos, procesos y práctica*. 7 edición. Madrid: Mc Graw Hill.
- Lawrence Armstrong, S. C. (2006). Declaración del consenso científico en relación con la importancia de hidratación y la ingesta total total de agua para la salud y las enfermedades. *Declaración del consenso científico en relación con la importancia de hidratación y la ingesta total total de agua para la salud y las enfermedades* (pág. 1). Washington DC: American college nutrition.
- Leon, C. (2006). Enfermería, ciencia y arte de cuidar. *Revista Cubana de enfermería* , 4.
- Limitada, Z. E. (2010). *manual de enfermería*. Bogotá: Zamora.
- Linares, A. (2002). *Interacciones Medicamentosas* . ABANA: Instituto de Ingeniería Genética UBA, Hospital Universitario Celestino Hernández, .

- Lola Fernández Herrera, A. I. (14 de julio de 2007). *coeducacion*. Recuperado el 2 de octubre de 2011, de coeducacion: web.educastur.princeast.es/proyectos/coeduca/?p=409
- López, A. (2010). Vitamina D profiláctica. *Scielo* , 1.
- Lozano, M. d. (2005). Sueño y Calidad de Vida. *Revista Colombiana de Psicología* , 11.
- M vademecun. (26 de mayo de 2011). *vademecum.es*. Recuperado el 26 de mayo de 2011, de cefuroxima: <http://www.vademecum.es/principios-activos-cefuroxima-j01dc02>
- Macias, A. (2006). *El consentimiento informado en Pediatría*. Habana : Revista cubana de Pediatría.
- Maldonado, O. (2007). *Consentimiento informado*. BOgota D.C: Pontificia Universidad Javeriana.
- Marcos, F. V. (2005). LA CONTAMINACIÓN AMBIENTAL COMO FACTOR DETERMINANTE DE LA SALUD. *Revista Española de Salud Pública* , 27.
- Mariner, A. (2007). *modelos y teorías en enfermería*. Barcelona : elsevier.
- Marrero, A. G. (2010). Funciones específicas del personal de enfermería ocupacional en cuba. *Revista Cubana de salud y trabajo* , 1.
- Martín G. Farinola, N. E. (2011). Conducta sedentaria y actividad física en estudiantes universitarios. *Revista argentina de cardiología* , 1.
- Martin, A. y. (1998). Hábitos de salud de los profesionales de enfermería. *Revista de Enfermería* , 15-18.
- Mead, N. (2008). Beneficios de la Luz Solar un punto brillante para la salud humana. *Environmental Health* , 162.
- medicina familiar* . (s.f.). Recuperado el 3 de mayo de 2011, de medicina familiar : <http://www.medicinadefamiliares.cl/Protocolos/DUELO%201.pdf>

mi tecnologico.com. (28 de septiembre de 2011). Recuperado el 12 de octubre de 2011, de

mi tecnologico.com:

www.mitecnologico.com/main/PlanteamientoProblemaDefinicionArbolDelProblema

Ministerio de Protección Social. (2006). *GATISO DLI*. BOGOTÁ: Ministerio De Protección Social.

Ministerio de la Protección Social. (2008). *servicios amigables para adolescentes y jóvenes*.

Bogotá: Ministerio de la Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Plan Decenal de Salud Pública*. Bogotá:

Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social República de Colombia. (2010). *Metodología para*

Elaboración de ASIS. Bogotá D.C: Imprenta Nacional de Colombia .

Miró, E. (2002). Patrones de sueño y salud. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud* , 304.

Montolla, G. J. (2007). *EBSCO*. Recuperado el 24 de septiembre de 2011, de EBSCO:

<http://www.adventista.edu.co/mod/resource/view.php?id=6925>

Montoya, G. J. (2007). *EBSCO*. Recuperado el 28 de septiembre de 2011, de EBSCO:

<http://www.adventista.edu.co/mod/resource/view.php?id=6925>

Mora, L. G. (1995). Propuesta sobre el papel de enfermería en salud ocupacional. *Avances de enfermería* , 76.

Morales, C. (julio de 2010). *EBSCO*. Recuperado el 28 de 09 de 2011, de EBSCO:

<http://www.adventista.edu.co/mod/resource/view.php?id=6925>

Muñoz, O. (2000). *Epidemiología*. Cuenca : U ediciones .

Naranjo, L. H. (s.f.). *Beneficios del Ejercicio Físico*. Recuperado el 17 de julio de 2013, de

Google Académico: <http://sanoyfeliz.galeon.com/deporte.pdf>

Navarra, Clinica universidad de. (16 de junio de 2011). *Oxigenoterapia domiciliaria*.

Recuperado el 23 de octubre de 2012, de Clinica universidad de Navarra:

<http://www.cun.es/area-salud/salud/cuidados-casa/oxigenoterapia-domiciliaria>

Navas, C. (2006). Espiritualidad y salud. *Ciencia de la educación*, 29-45.

Navas, C. (2005). ESPIRITUALIDAD Y SALUD. *REVISTA CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN*, 27.

NIC. (2004). *clasificacion de intervenciones de enfermeria*. san lois: oceano mosby.

OMS. (1946). *Concepto de salud*. toronto: OMS.

OMS. (1998). *Glosario de promoción de la salud*. Ginebra: World Health Organization.

OMS. (s.f.). <http://www.womenslinkworldwide.org>. Recuperado el 22 de 09 de 2011, de

<http://www.womenslinkworldwide.org>:

http://www.womenslinkworldwide.org/pdf_programs/es_prog_rr_col_factsheets_cifras.pdf

OMS. (Julio de 2011). *Nueva EPS*. Recuperado el 05 de Marzo de 2013, de Nueva EPS:

<http://www.nuevaeps.com.co/v2/vercontenido.php?id=534>

OMS. (22 de Octubre de 2013). *Planificacion Familiar*. Recuperado el 22 de Octubre de 2013, de Organizacion Mundial de la Salud:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

ONU. (1959). *Declaracion Universal los Derechos del Niño*. Ginebra: ONU.

OPPLIGER, W. (2011). *Consentimiento informado, Percepción de médicos, enfermeras y padres sobre el proceso comunicativo*. Santiago de Chile: Revista pediatrica de chile.

OPS. (2003). *Marco de accion en salud ambiental*. Washington: OPS.

Orem, D. (2001). *Teoria del autocuidado*. California: ELEVIER.

Orem, D. (2001). *Teoria del autocuidado*. California: ELSEVIER.

Orem, D. (2001). *teoria del deficit del autocuidado*. california: elsevier.

Organizacion Mundial de la Salud. (29 de Julio de 2013). *Organizacion Mundial de la Salud*.

Recuperado el 16 de Febrero de 2014, de Organizacion Mundial de la Salud:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>

Pacheco, J. G. (09 de Agosto de 2009). *Hospital Universitario San Carlos*. Recuperado el 27

de Mayo de 2013, de Hospital Universitario San Carlos:

<http://www.husi.org.co/portafolioservicios/Guias%20de%20Practica%20Clinica/Departamento%20de%20Psiquiatr%C3%ADa%20y%20Salud%20Mental/Gu%C3%ADa%20Trastorno%20Afectivo%20Bipolar.pdf>

Paredes, J. (2003). *Manual Practico Para Enfermeria*. Cordoba: MAD S.L.

Pediatrica, S. C. (2004). *Derechos de los niños hospitalizados*. Bogota D.c: Sociedad

Colombiana de Pediatría .

Pediátrica., S. C. (2004). *Libro de Cirugía Pediátrica*. Manizales : Universidad de Caldas.

peiffer, v. (2006). *como vencer los malos habitos*. barcelona: robinbook.

Pender, N. J. (1982). *health promotion in nursing practice* . northwestern: ELSEVIER.

Pender, N. j. (2002). *Modelo de la promocion de la salud*. northwestern: ELSEVIER.

Pender, N. (1989). *Teoria de la promocion de la salud*. northwenster: ELSEVIER.

peña, f. b. (2011). EL CONCEPTO DE PRÁCTICA EN LA PEDAGOGÍA Y LA

DIDÁCTICA. *red academica* , 1-3.

Pérez, A. B. (2008). Ejercicio, piedra angular de la prevención cardiovascular . *Revista*

Española de Cardiología , 514.

Prado, M. L. (2004). Salud Globalizacion: Retos futuros para el cuidado de enfermeria . *Edu*

Erferm U de A , 107.

- Presidencia de la Republica de Colombia . (1994). *Decreto 1832 de 1994*. Bogota : Diario oficial presidencia de la republica de Colombia.
- Raffensperger, E. B. (2009). *Manual de la enfermería*. España: OCEANO.
- Razonico, C. (2004). *Bioética y derechos de los niños*. Cordoba: Universidad Catolica de Cordoba.
- Restrepo, H. E. (2003). *promocion de la salud, como construir vida saludable*. Bogota: Panamericana.
- Retrepo, I. d. (2010). *fundamentos epistemologicos de la investigacion y la metodologia de la investigacion*. Medellin: fonde editorial universidad EAFIT.
- Rivera, J. a. (2008). Consumo de bebidas para una vida saludable: recomendaciones para la población mexicana. *SCIELO* , 1.
- Rueda, E. P. (2006). *preguntas de madres y padres*. bogota: panamericana.
- Rueda, L. (2006). *Consentimiento informado en niños y adolescentes*. Santiago de Chile: Universidad de Chile.
- Salud, M. d. (1993). *Resolucion 8430* . Bogota D.C: Republica de Colombia.
- Sanchez, A. C. (2010). SITUACIÓN MUNDIAL Y NACIONAL DE LAS ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES: UN DESAFIO PARA ENFERMERIA. *Encolombia.com* , 1.
- Sarrajs, F. (2007). El insomnio. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* , 1.
- Savater, F. (1991). *Etica para amador*. Colombia: Editorial Ariel SA.
- Sibanal, L. (2010). *Tecnicas de Comunicacion y ayuda en ciencias de la salud* . Barcelona: Elsevier.
- Sierra, J. C. (2002). Calidad del sueño en estudiantes universitarios: importancia de la higiene del sueño. *Salud mental* , 35.

- Silva, S. (2008). El sobrepeso es el factor determinante en la presentación de síndrome coronario agudo en adultos jóvenes colombianos. *Revista Colombiana de Cardiología*, 259.
- slidershar. (2012). *Nitroglicerina*. Recuperado el 25 de Noviembre de 2012, de slidershar: <http://www.slideshare.net/MILNERDANTE/aplicacion-nitroglicerina-en-enfermeria>
- smeltzer, s. (2005). *Enfermería médico quirúrgica*. Bogotá : Mc Graw Hill.
- Smith, S. (2009). *Técnicas de enfermería Clínica 7 edición Volumen 1*. Bogotá: Pearson Prentice Hall.
- Spitzer, E. (Julio de 2008). Marcadores Cardiacos. Zaragoza, España, España.
- Suarez, C. (18 de marzo de 2011). *Historia de empresas colombiana por empresarios antioqueños*. Recuperado el mayo de 2012, de Historia de empresas colombiana por empresarios antioqueños.
- Suarez, C. (29 de marzo de 2011). *Historia de las empresas colombianas por empresarios antioqueños*. Recuperado el 27 de mayo de 2012, de Historia de las empresas colombianas por empresarios antioqueños: <http://deloempcolmbianas.blogspot.com/>
- sus medicos. com. (24 de noviembre de 2006). *cefuroxima*. Recuperado el 24 de mayo de 2011, de cefuroxima: http://www.susmedicos.com/art_CEFUROXIMA.htm
- Toney, A. m. (2008). *Guía de gestión y dirección de enfermería 6º edición*. Madrid: Elsevier Mosby.
- Torrez, L. (12 de 04 de 2010). *slideshare.net*. Recuperado el 29 de 10 de 2012, de slidershare.net: <http://www.slideshare.net/liliagtorres/instrumentos-de-medicin-3705238>
- UNICEF. (1990). *Derechos del niño Hospitalizado*. Santiago de Chile: UNICEF.
- Universidad De Navarra. (2002). *Documento de prácticas clínicas*. Pamplona: Universidad De Navarra.

Universidad Nacional de Trujillo. (28 de Noviembre de 2009). *slidershare*. Recuperado el 26 de Septiembre de 2012, de slidershare: <http://www.slideshare.net/cieenf/atencion-de-enfermeria-a-pacientes-con-infarto-agudo-de-miocardio-iam>

white, E. G. (1905). *Ministerio de curacion*. Washinton: IADPA.

White, E. G. (1905). *Ministerio de Curación*. Washinton: IADPA.

XII, I. U. (2009). *Guia De Enfermeria para Administracion de Medicamentos* . Medellin: CALIPSU.

Zamora. (2011). *Manual de enfermeria zamora*. Bogota D.C: Zmora editores LTDA.

Zapata, A. (28 de marzo de 2012). *enfermedades respiratorias mas frecuentes en pediatria*. Medellin, Antioquia, Colombia.

ANEXOS

Anexo 1

Operacionalización de las variables

OBJETIVO ESPECÍFICO	VARIABLE	Sub- Variable	INDICADORES	INSTRUMENTO
<p>Comparar la práctica de hábitos saludables, entre los estudiantes de enfermería adventistas y no adventistas de la UNAC.</p>	<p>Practica de hábitos saludables de estudiantes adventistas</p>	Practica ejercicio	Sí, no, cantidad Tipo de ejercicio.	Encuesta 3-4
		Descansa adecuadamente	Sí, no, cantidad.	5 - 6
		Nutrición adecuada	Tipo de dieta.	7
	<p>Practica de hábitos saludables estudiantes no adventistas</p>	Consume suficiente agua	Sí, no, Cantidad vasos día	8
		Asiste a actividades espirituales	Sí, no frecuencia, tipo de actividad	9

OBJETIVO ESPECÍFICO	VARIABLE	Sub- Variable	INDICADORES	INSTRUMENTO
----------------------------	-----------------	----------------------	--------------------	--------------------

<p>Establecer si los estudiantes practican adecuadamente el auto cuidado</p>	<p>Los estudiantes practican auto cuidado</p>	Consumo de alcohol.	Sí, no, cantidad, tipo de consumidor.	10
		Consumo de cigarrillo.	Sí, no, cuantos al día	11
		Uso de sustancias psicoactivas.	Sí, no, tipo de sustancia.	13
		Bebidas energizantes.	Sí, no, motivo.	12
		Práctica de sexo.	Sí, no.	14
		Uso de protección en el sexo.	Sí, no, cual.	15
		Citología	Sí, no,	16
		Auto examen de mama.	periodicidad.	17
		Auto examen de testículo.	Sí, no, periodicidad	18
		Salud oral.	periodicidad.	19
Control médico	Sí, no, tipo, periodicidad.	20		

			Sí, no, periodicidad, motivo de consulta.	
--	--	--	--	--

OBJETIVO ESPECÍFICO	VARIABLE	Sub- Variable	INDICADORES	INSTRUMENTO
Medir la calidad de vida de los estudiantes de enfermería adventistas y no adventistas de acuerdo con la práctica personal de hábitos de salud.	Calidad de vida de los estudiantes acuerdo con hábitos saludables	Ingresos Disponibles.	Salario mínimo.	21
		Servicios de salud.	Vinculado, subsidiado, contributivo, ninguno	22
		Posición laboral.	Trabaja, fijo,	23

		Tiempo libre.	ocasional.	
		Situación orden público del lugar de residencia.	Sí, no, cuánto.	24
			Si, no.	25

Anexo 2

Encuesta

El objetivo de esta investigación es determinar los estilos de vida saludables de los estudiantes de Enfermería de la UNAC. La encuesta se divide en 2 secciones. La primera está enfocada a determinar las características de la población y la segunda, determinar hábitos saludables. Su sinceridad en cada una de las respuestas será de mucha ayuda. Se agradece el tiempo que dedicará para responder. Es de carácter libre, individual y anónimo. La información se utilizará sólo con fines académicos e investigativos.

1. Género: Masculino_____ Femenino_____ Otro_____
2. Creencia religiosa: Católico_____ Adventista_____ Otro_____
3. Estrato socio económico: 0 _____1 _____2 _____3 _____ 4 _____ 5_____ 6 _____
4. Peso: _____ Kg Talla: _____cm
5. Régimen de seguridad social: Contributivo ___ Subsidiado ___Vinculado ___No tiene__

Indique su nivel de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones:

Nunca	Casi nunca	Indiferente	Con frecuencia	Siempre
1	2	3	4	5

Actividad física					
6. ¿Practica ejercicio?					
7. ¿Tiene acceso a escenarios deportivos?					
8. ¿Su ocupación exige una actividad física intensa?					
9. ¿Su actividad física cumple con el mínimo de 3 horas por semana?					
10. ¿Cuando practica ejercicio, este requiere un alto desgaste físico?					
Descanso					
11. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?					
12. ¿Duerme un mínimo de 6 horas cada día?					

13. ¿Cuándo duerme, lo hace en las horas de la noche?						
14. ¿Utiliza medicamentos para conciliar el sueño?						
15. ¿Tiene una hora habitual para dormir?						
Nutrición						
16. ¿Su alimentación es vegetariana?						
17. ¿Consume mínimo 3 comidas al día?						
18. ¿Mantiene un horario regular de comidas?						
19. ¿Consume comidas rápidas?						
20. ¿Come entre comidas?						
Consumo de agua						
21. ¿Toma por lo menos 2 litros de agua al día?						
22. ¿Prefiere bebidas gaseosas en vez de agua?						
23. ¿Tiene servicio constante de agua potable en su casa?						
24. ¿Lleva a mano una botella de agua cuando sale de casa?						
25. ¿Consume agua durante y después de realizar una actividad física?						
Sexualidad						
26. ¿Tuvo comunicación eficaz con sus padres (o su pareja) acerca de la sexualidad?						
27. ¿Es activo sexualmente?						
28. ¿En el último año ha tenido más de un compañero sexual?						
29. ¿Toma decisiones responsables respecto a su sexualidad?						
Consumo de sustancias						
30. ¿Consume alcohol?						
31. ¿Fuma cigarrillo?						
32. ¿Consume alguna sustancia psicoactiva?						
33. ¿Necesita algún tipo de sustancia para realizar sus actividades diarias?						
34. ¿Se ve expuesto a algún ambiente que lo induzca a consumir sustancias?						
Auto cuidado						
35. ¿Se realiza examen de citología (mujer) o próstata (hombre)?						

36. ¿Se realiza el autoexamen de mama (hombre y mujer) y de testículo (hombre)?					
37. ¿Asiste a control odontológico por lo menos una vez al año?					
38. ¿Asiste a control médico por lo menos una vez al año?					
39. ¿Evita exponerse a situaciones de riesgo que comprometan su salud?					
Tiempo libre					
40. ¿Tiene tiempo en la semana para realizar actividades diferentes de sus obligaciones?					
41. ¿En su tiempo libre realiza actividades de esparcimiento?					
42. ¿Tiene acceso a bienes y servicios culturales?					
43. ¿Durante sus actividades semanales dedica un tiempo especial para el ocio y la recreación?					
44. ¿Comparte con su familia o amigos en su tiempo libre?					
Situación laboral y social					
45. ¿Cuenta con alguna fuente de ingresos monetarios?					
46. ¿Sus ingresos mensuales son equivalentes a un SMMLV \$ (566.700) o más?					
47. ¿Sus ingresos son suficientes para cubrir sus gastos mensuales?					
48. ¿Su residencia cuenta con acceso a todos los servicios públicos?					
49. ¿Está usted expuesto a riesgo público por cuenta de actores armados?					

“Así, pues, si coméis o bebéis, haced todo para la gloria de Dios”. (1 Corintios)

Anexo 3

Aval de la encuesta por expertos

Medellín, 24 de Agosto de 2012

Señor
ENOC IGLESIAS
Mg. En orientación, educación y consejería.
Docente UNAC

Asunto: Revisión de redacción para encuesta.

Por medio de la presente nosotros, Luz Adriana Palacio, Lesly Mayery Hernández y Jounior Hernando Vargas, estudiantes de VII semestre del programa de enfermería de la universidad Adventista de Colombia, solicitamos muy respetuosamente la revisión del instrumento de nuestra investigación que corresponde a una encuesta que será aplicada a todos los estudiantes de enfermería de la UNAC, con el fin de establecer los hábitos de vida saludable de los mismos.

Nos despedimos de usted esperando que acceda positivamente a nuestra petición con prontitud.

Atentamente:

Adriana Palacio
Luz Adriana Palacio

Lesly Mayery Hernández
Lesly Mayery Hernández

Jounior Vargas
Jounior Hernando Vargas

E. Iglesias D.

Medellín, 24 de Agosto de 2012

Pastor
URIEL BARRERO
Mg. En Salud Pública
Director de división de desarrollo humano UNAC

Asunto: Revisión encuesta

Por medio de la presente nosotros, Luz Adriana Palacio, Lesly Mayery Hernández y Jounior Hernando Vargas, estudiantes de VII semestre del programa de enfermería de la universidad Adventista de Colombia, solicitamos muy respetuosamente la revisión del instrumento de nuestra investigación que corresponde a una encuesta que será aplicada a todos los estudiantes de enfermería de la UNAC, con el fin de establecer los hábitos de vida saludable de los mismos.

Nos despedimos de usted esperando que acceda positivamente a nuestra petición con prontitud.

Atentamente:

Adriana Palacio
Luz Adriana Palacio

Lesly Mayery Hernández
Lesly Mayery Hernández

Jounior Hernando Vargas
Jounior Hernando Vargas

Vicibarrero. S.
Vicibarrero. S.



División
Desarrollo Humano

Medellín, 24 de Agosto de 2012

Señor.
DANIEL PINZÓN GÓMEZ
Esp. En salud pública
Docente UNAC

Asunto: Revisión encuesta

Por medio de la presente nosotros, Luz Adriana Palacio, Lesly Mayery Hernández y Jounior Hernando Vargas, estudiantes de VII semestre del programa de enfermería de la universidad Adventista de Colombia, solicitamos muy respetuosamente la revisión del instrumento de nuestra investigación que corresponde a una encuesta que será aplicada a todos los estudiantes de enfermería de la UNAC, con el fin de establecer los hábitos de vida saludable de los mismos.

Nos despedimos de usted esperando que acceda positivamente a nuestra petición con prontitud.

Atentamente:

Adriana Palacio
Luz Adriana Palacio

Lesly Mayery Hernández
Lesly Mayery Hernández

Jounior Vargas
Jounior Hernando Vargas

Daniel Pinzón G.