

ESTILOS DE VIDA DE LOS ESTUDIANTES Y DOCENTES DEL PROGRAMA DE
ENFERMERÍA DE LA CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA DE
COLOMBIA, PRIMER SEMESTRE, 2015

WILSON GRANDA SUAREZ

SANDRA MILENA MALDONADO



CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

ENFERMERIA

MEDELLÍN

2015



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: "Estilos de Vida de los Estudiantes Y Docentes del Programa de Enfermería de La Corporación Universitaria Adventista de Colombia, 2015", elaborado por las estudiantes: WILSON GRANDA SUAREZ Y SANDRA MALDONADO, del programa de Enfermería, nos permitimos conceptuar que éste cumple con los criterios teóricos, metodológicos y de redacción exigidos por la Dirección de Investigación y por lo tanto se declara como:

Aprobado - Aceptable

Medellín, Mayo 19 de 2015

Mg (c). Milton Andrés Jara
Presidente

Mg (c) Olga Liliana Mejía
Secretaria

Esp. Olga Elejía García
Vocal

Wilson Arley Granda Suarez
Estudiante

Sandra Milena Maldonado Bastidas
Estudiante

Personería Jurídica según Resolución del Ministerio de Educación No. 8529 del 6 de Junio de 1983 / NIT 860.403.731-3

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

RESUMEN DE PROYECTO DE GRADO

Corporación Universitaria Adventista

Ciencias de la Salud

Enfermería Profesional

ESTILOS DE VIDA DE LOS ESTUDIANTES Y DOCENTES DEL PROGRAMA DE ENFERMERÍA DE LA CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA DE COLOMBIA, PRIMER SEMESTRE, 2015

Wilson Arley Granda

Sandra Milena Maldonado Bastidas

Sigla del título académico y nombre de los asesores: Mg.

Fecha de terminación del proyecto: 19 de Mayo de 2015

Problema o necesidad

El deterioro de la salud humana y social existente se ve reflejado desde los orígenes del ser humano y como desde su evolución ha transformado el mundo que en un principio lo abrigó, convirtiendo todo lo creado en un arma que se encargará de su propia, lenta y dolorosa destrucción sino se hace algo puntualizado al respecto. Los estilos de vida, han variado de acuerdo a cada sociedad, y se presenta, en la actualidad, como la mayor amenaza y riesgo para la salud humana, en tanto disminuyen la calidad de vida, el bienestar y la salud.

“Los cambios en nuestros estilos de vida aumentan el riesgo de enfermedades crónicas no trasmisibles. Tanto los aspectos medioambientales como los socioeconómicos, el avance y la masificación del consumo, la apertura internacional, el desarrollo tecnológico, han creado condiciones para nuevos hábitos de vida no saludables, entre ellos el sedentarismo, la obesidad y el tabaquismo” (10)

El ingreso a la universidad, pese a que se considera muy importante para la población estudiantil, puede ocasionar, si no hay un eficaz acompañamiento, algunos trastornos de tipo social, alimenticio, de sustancias psicoactivas, entre otros. Al pasar de un sistema escolar con límites establecidos, e ingresar a la Educación Superior donde prevalece la autonomía, toma de decisiones, independencia, exigencias académicas y por supuesto, la adaptación a su cultura y ritmos organizacionales, los estudiantes universitarios, al enfrentarse a esta realidad, por lo general conciben altos índices de estrés y desorientación al sentirse menos protegidos y tienden a iniciar o incrementar el consumo de sustancias psicoactivas, modificación de estilos de vida saludables que incluyen todas las dimensiones.

Para el caso del siguiente trabajo, en los estudiantes y docentes del Programa de enfermería de la Corporación Universitaria, la investigación servirá para construir conocimiento y promover un análisis frente a temas como la salud y la calidad de vida, con el fin de promover una reflexión frente los comportamientos, actitudes y prácticas poco favorables que se tiene dentro de la comunidad educativa. Esto, podrá aportar finalmente, a la consolidación de estilos de vida coherentes con los profesionales en salud (estudiantes y docentes), desde la promoción de la salud y previniendo la proliferación acelerada de enfermedades.

Método

En el trabajo realizado, se pretendió describir y medir, los estilos de vida de los estudiantes y docentes del programa de enfermería de la Universidad Adventista en el año 2015, como lo afirma Hernández, Fernández, y Baptista, (24), “los estudios descriptivos miden de manera más bien independiente los conceptos o variables con los que tienen que ver” (p.71). En este contexto, se tuvo en cuenta todas las variables presentes en los estilos de vida a través de un instrumento, con el cual se recolecto la información, para después ser analizada.

Se tuvo en cuenta la población activa en los procesos de enseñanza y aprendizaje del programa de enfermería, Facultad ciencias de la salud, de la Corporación Universitaria Adventista, primer semestre del año 2015.

El muestreo es no probabilístico, porque este tipo de muestreo no sigue el proceso aleatorio; además el investigador según sus objetivos selecciona los sujetos los cuales integrarían su muestra; por eso dentro del tipo de muestreo no probabilístico existe el denominado por conveniencia; porque el investigador, según la característica de sus objetivos, selecciona los sujetos que tienen la posibilidad de integrar su muestra.

El total de la población participante fue de 188, conformada por 30 docentes, cuyo rango de edades se encuentra entre 26 y 65 años de edad, con un promedio de 36 a 40 años; de los cuáles 23 son del género femenino y 7 del género masculino; entre los 40 y 95 kilogramos de peso, con un promedio entre 60 y 67 kilogramos; talla entre 1.48 cm y 1.63 cm, promedio de estatura entre 1.60 cm y 1.63 cm; índice de masa corporal entre < (menor) de 16 (delgadez severa) y 34.99 (Obeso tipo I), promedio entre 18.50 y 24.99 (Normal).

Los cuáles se identifican con la filosofía educativa, misión, visión y objetivos institucionales propuestos y establecidos por la Universidad Adventista, con un alto grado de responsabilidad y compromiso con la formación de educandos en concordancia con la ideología de la presente institución, a través de su ejemplo y contribuciones, desde los diferentes escenarios en que y con los que interactúan; también, poseen como características principales: Componente cristiano, 18 de los docentes, pertenecen a la religión católica, 9 corresponden a la adventista y 3 son cristianos (Los maestros reflejan el carácter de Cristo a través de un compromiso personal con la vivencia de principios y valores cristianos y el desarrollo de un estilo de vida a fin), Componente profesional, al exponer y demostrar actualidad y destreza en la adquisición y manejo de conocimientos simples y complejos, al integrarlos, investigarlos e interactuar con la práctica y con otras comunidades científicas y

un componente pedagógico, en el que ellos demuestran y manifiestan sus habilidades para enseñar, practicar la fe a través de estrategias de enseñanza.

Esta muestra, también, está conformada por 158 estudiantes, con edades entre 16 y 45 años, con un promedio de 21 a 25 años; de los cuáles 130 son del género femenino y 28 del masculino; entre los 40 y 107 kilogramos de peso, con un promedio entre 56 a 63 kilogramos; talla entre 1.48 cm y 1.87 cm, promedio de estatura entre 1.60 cm y 1.63 cm; índice de masa corporal entre < (menor) de 16 (delgadez severa) y 39.99 (Obeso tipo II), promedio entre 18.5 y 24.99 (normal); 91 de ellos hacen parte de la religión católica, 53 a la adventista y 14 a la cristiana; 17 de los estudiantes pertenecen al primer semestre, 27 al segundo, 20 al tercero, 13 al cuarto, 15 al 5, 28 al sexto, 5 al séptimo, 16 al octavo, 7 al noveno, 10 al décimo; se caracterizan por ser aprendices íntegros, la mayoría con o trata de llevar estilos de vida saludables, auto-disciplinados, con aptitudes y actitudes para lograr el nivel de competencia profesional definido y establecido por la universidad (programa), con una serie de principios éticos (integridad, responsabilidad, confidencialidad, colaboración, etc.) y morales (honestidad, bondad, solidaridad, lealtad, templanza, fortaleza, justicia e igualdad) compatible con la profesión en la que cada uno se esté formando y con un excelente y adecuado nivel de preparación académica en su formación.

Resultados

Se analizó la frecuencia de las edades presentes en la población objeto de estudio. De acuerdo a la tabla 1, el 62% de ésta presenta un rango de edades entre los 16 y 25 años. La mayoría de la muestra es de sexo femenino (81,4 %), correspondiendo a un total de 188 individuos encuestados (Tabla 2). Así mismo, el rol más frecuente en la población fue el de estudiante con una frecuencia del 84 % (Tabla 3). Ésta se caracterizó por ser en su mayoría de religión católica (58 %), como se observa en la tabla 4. El estrato socioeconómico fue variado, siendo los menos frecuentes los estratos 1 y 6 (Tabla 5). Finalmente, no se encontraron frecuencias mayores al 20 % en el nivel académico en la población (Tabla 6).

Al analizar las variables correspondientes al peso, talla e índice de masa muscular, se encontró que la principal talla de los estudiantes, se encuentran en un rango entre 1,48 y 1,71 mts (Tabla 7). La mayoría de la población estudiada presenta un índice de masa corporal (IMC) normal, el cual corresponde al 61 % de los encuestados (Tabla 8), los pesos obtenidos, se encuentran entre 51 y 71 Kg de peso (Tabla 9). Al hacer análisis bi variado, entre el sexo e índice de masa corporal, se encontró que las mujeres presentaban un índice de masa corporal normal más frecuente que los hombres, esta asociación fue negativa según el coeficiente de Pearson ($R = -0.2$, $p = 0.05$) y estadísticamente significativa (Tabla 10).

Según el coeficiente de Pearson, la población docente se subdivide en 4 grupos, representados por círculos de colores, cada uno reúne una serie de códigos que simboliza las conductas anunciadas por la teórica Nola Pender en su instrumento (el significado de cada código, se encuentra en las tablas 13, 14, 15 y 16), de los cuáles se puede inferir:

El círculo verde es un subgrupo de docentes, con patrones conductuales tendientes a las dimensiones responsabilidad en salud y nutrición de Nola Pender, los cuales son influenciados de forma positiva por la edad y ambos géneros (estos patrones conductuales se pueden presentar en un rango de edades entre los 26 a los 65 años, tanto en el género femenino como en el masculino) “Patrón A”.

El círculo azul contiene patrones conductuales tendientes a las dimensiones responsabilidad en salud, actividad física, relaciones interpersonales y relaciones espirituales de Nola Pender, los cuales son influenciados positivamente, pero no significativamente por la edad y no tienen ninguna relación con el género; esto quiere decir que estos patrones de comportamiento se pueden presentar en cualquier rango de edad, especialmente pero no muy significativamente entre los 26 a los 65 años, sin importar el género “Patrón D”. Lo mismo sucede con el círculo rojo, lo que cambia son sus patrones conductuales tendientes a las dimensiones responsabilidad en salud, relaciones interpersonales y espirituales “Patrón B”.

El círculo amarillo contiene patrones conductuales tendientes a las dimensiones manejo del estrés y relaciones espirituales de Nola Pender, los cuales son influenciados positiva y

significativamente por la edad, pero negativamente por el género, indicando que en el rango de edades entre los 26 a los 65 años se pueden presentar y desarrollar este tipo de conductas comportamentales, sin tener en cuenta el género.

Análisis de componentes principales con la población de estudiantes. Los círculos denotan tres patrones de variables asociadas entre sí en la población de docentes analizadas en el estudio. El eje X muestra el primer componente (edad). El eje Y muestra el segundo componente (Género).

Según el coeficiente de Pearson, la población estudiantil se subdivide en 3 grupos, representados por círculos de colores, cada uno reúne una serie de códigos que simboliza las conductas anunciadas por la teórica Nola Pender en su instrumento (el significado de cada código, se encuentra en las tablas 17, 18 y 19), de los cuáles se puede inferir:

El círculo rojo es un subgrupo de estudiantes, con patrones conductuales tendientes a las dimensiones relaciones interpersonales y mayormente a las relaciones espirituales de Nola Pender, los cuales son influenciados significativamente por la edad y el género, indicando que estos comportamientos se pueden presentar en edades entre los 16 y 40 años, tanto en el género femenino como en el masculino, de la muestra de estudiantes tomada para realizar dicho análisis “Patrón A”.

El círculo negro, posee patrones comportamentales tendientes a las dimensiones responsabilidad en salud y manejo del estrés de Nola Pender, los cuales son influenciados significativa y positivamente por la edad y no tienen ninguna relación con el género; esto quiere decir que estos hábitos comportamentales se presentan en un rango de edades entre los 16 a los 40 años, sin importar el género “Patrón B”.

El círculo amarillo contiene patrones conductuales tendientes a la dimensión actividad física de Nola Pender, los cuales son influenciados positiva y significativamente por la edad, pero negativamente por el género, indicando que en el rango de edades entre los 16 a los 40 años, se presentan y se desarrollan este tipo de conductas comportamentales.

Conclusiones

Con relación a los objetivos de la investigación, que pretendían caracterizar los estilos de vida de estudiantes y docentes del programa de enfermería, identificando los comportamientos y determinando la relación existente entre los estilos de vida de los estudiantes y docentes; para, finalmente analizar la formación académica con el estilo de vida presente, se puede concluir que según lo propuesto por Nola Pender, los 30 docentes encuestados, del programa de enfermería, facultad ciencias de la salud, de la Corporación Universitaria Adventista de Medellín, primer semestre del 2015, poseen estilos de vida saludables, con patrones de comportamiento, tendientes de forma homogénea a las dimensiones: Responsabilidad en salud, Nutrición, Actividad física, Relaciones interpersonales, Manejo del estrés y Relaciones espirituales, establecidos por la teórica de enfermería. Los 158 estudiantes encuestados, del programa de enfermería, facultad ciencias de la salud, de la Corporación Universitaria Adventista de Medellín, primer semestre del 2015, presentan patrones de comportamiento tendientes a estilos de vida saludables, de forma heterogénea, ya que poseen conductas propensas a las dimensiones: Responsabilidad en salud, Actividad física, Relaciones interpersonales y espirituales, propuestos por Nola Pender y en menor medida o poco significativo (representativo) a las dimensiones Nutrición y Manejo del estrés. Los patrones de comportamiento tendientes a las dimensiones: Responsabilidad en salud, Nutrición, Actividad física, Relaciones interpersonales, Manejo del estrés y Relaciones espirituales, de los 188 participantes de la presente investigación (30 son docentes y 158 estudiantes), poseen una relación estadísticamente poco significativa o se ven influenciadas de forma débil (directamente proporcionales), según el coeficiente de Pearson, por la variable edad, en un rango entre los 16 – 65 años, exceptuando, las conductas comportamentales tendientes a la dimensión Relaciones espirituales de un subgrupo de estudiantes, que se encuentran encerradas dentro de un círculo rojo, denotado con la letra E de la gráfica N.9 Análisis de componentes principales para la población de estudiantes, que no solo poseen una correlación débil con la variable sociodemográfica edad, sino que también posee una relación intermedia con el género femenino y masculino de dicha muestra. Teniendo en cuenta que en algunos semestres, la cantidad de estudiantes que participaron en

la presente investigación, no fue muy significativa (por ejemplo: Séptimo, Noveno y Décimo semestre), no se puede concluir que los estilos de vida están o no influenciados por el nivel académico de los educandos, pero en los semestres: Primero, Segundo, Tercero, Cuarto, Quinto, Sexto y Octavo, en los que la participación de cada uno fue significativa, se observa que estos patrones de comportamiento tendientes a un estilo de vida saludable, se ven influenciados por los grados de formación en los que se encuentra la mencionada población.

Se advierte que los patrones conductuales de la muestra de estudiantes, no son tendientes a las dimensiones: Nutrición y Relaciones interpersonales, establecidos por Nola Pender.

Al comparar los patrones comportamentales entre profesores y estudiantes, encontramos que el de los primeros es mucho más homogéneo que el de los segundos, ya que estos tienden de forma equilibrada a las 6 dimensiones propuestas por la ya mencionada teórica, en cambio los segundos, tienden de forma desigual a solo 4 de las 6 dimensiones ya indicadas.

El desarrollo de la presente investigación, favoreció la descripción de los estilos de vida de los docentes y estudiantes del programa de enfermería de la Corporación Universitaria adventista de Colombia en los años 2014-2015. Los insumos recolectados en ella, pueden servir de base para los departamentos de bienestar en la universidad, ya que de allí, se pueden implementar estrategias o planes de trabajo para el mejoramiento de ellos y el impacto de nuevas formas de relación con el entorno y los demás que nos rodean. El trabajo mancomunado desde todos los ámbitos de la universidad, aportarán a la construcción de un estudiante con estilos de vida saludables y de docentes que impulsen a la calidad de vida desde sus propias prácticas.

Tabla de contenido

RESUMEN.....	
INTRODUCCIÓN	1
1. CAPÍTULO 1: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1. Justificación.....	3
1.2. Planteamiento del problema	5
1.3. Pregunta de investigación.....	9
1.4. Objetivos	9
1.4.1. Objetivo General.....	10
1.4.2. Objetivos específicos	10
1.5. Viabilidad de la investigación	10
1.6. Recursos de la investigación	11
1.6.1. Recursos Humanos	11
1.6.2. Recursos materiales	11
1.6.3. Recursos institucionales.....	11
1.6.4. Recursos adicionales.....	12
1.7. Alcance de la investigación	12
1.8. Delimitaciones de la investigación.....	12
1.9. Limitaciones de la investigación	13
2. CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO.....	15
2.1. Marco referencial.....	15
2.2. Marco institucional.....	24
2.2.1. Corporación Universitaria Adventista.....	24
2.2.1.1 Misión.....	25
2.2.1.2. Visión	25
2.2.1.3. Filosofía de la educación adventista.....	26
2.2.1.4. Premisas filosóficas del sistema educacional adventista.....	28
2.2.6 Principios básicos de la educación adventista.....	29

2.2.6.1. Principio del amor	29
2.2.6.2. Principio del desarrollo armonioso.....	30
2.2.6.3. Principio de la individualidad.....	30
2.2.6.4. Principio de la salud	30
2.2.6.5. Principio de la cooperación	30
2.3 Marco disciplinar.....	31
2.3.1. Nola Pender y sus actuaciones en la enfermería	31
2.3.2. Bases epistemológicas de la teoría de Pender	33
2.4. Marco teórico	42
2.4.1. Persona	42
2.4.2. Estilos de vida	43
2.4.3. Estilos de vida saludables.....	44
2.4.4. Enfoques teóricos en la adquisición de estilos de vida saludables.....	45
2.4.4.1. Enfoque biomédico.....	45
2.4.4.2. Enfoque bio-psicosocial	46
2.4.5.1. Salud en lo seres humanos.....	48
2.4.5.2. Nola pender y el modelo de promoción de la salud	51
2.4.7. Enfermedad	55
2.5. Marco legal.....	55
2.5.1. Políticas a nivel nacional acerca de la promoción de estilos de vida saludable	55
2.6. Marco normativo	58
3. CAPÍTULO TRES – METODOLOGÍA.....	60
3.1. Tipo de estudio: Descriptivo y analítico.....	60
3.2. Enfoque de la investigación	63
3.3. Diseño del estudio: Transversal.....	66
3.4. Alcances del estudio	68
3.5. Población y muestra	68
3.5.1. Criterios de inclusión.....	70
3.5.2. Criterios de exclusión.....	71
3.6. Consideraciones éticas.....	71

3.6.1. Consentimiento informado	72
3.6.2. Tipo de riesgo de la investigación	74
3.7. Instrumentos para la recolección de la información.....	75
3.7.1 Encuesta HPLP II de Nola Pender.....	75
3.7.1.1. Responsabilidad en salud.	76
3.7.1.2. Actividad física.....	76
3.7.1.3. Nutrición.....	76
3.7.1.4. Crecimiento espiritual.	76
3.7.1.5. Relaciones interpersonales	76
3.7.1.6. Manejo del estrés.....	77
3.7.2. Confiabilidad de los equipos utilizados para talla y peso de los participantes.....	77
3.8. Análisis y confiabilidad del instrumento.....	78
3.9. Estrategia de análisis de datos	83
3.10. Variables.....	86
4. CAPÍTULO 4. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	90
4.1. Características sociodemográficas de la población	90
4.2. Análisis de componentes principales para la población de docentes	121
4.3. Análisis de componentes principales para la población de estudiantes	126
4.4. Relación entre la formación académica y el estilo de vida de estudiantes del programa de enfermería.....	132
5. CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	139
5.1. Conclusiones	139
5.2. Recomendaciones	144
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	147
ANEXOS	154

Lista de tablas

Tabla 1. Indicadores de errores y corrección.....	81
Tabla 2. Alfa de Cronbach.....	82
Tabla 3. Variables de la investigación	87
Tabla 4. Cronograma de la investigación.....	89
Tabla 5. Frecuencia de edades en la población de estudio	91
Tabla 6. Edad de los encuestados	92
Tabla 7. Frecuencia de sexo presente en la población	95
Tabla 8. Genero de los encuestados	96
Tabla 9. Ocupación de la población encuestada	98
Tabla 10. Orientación religiosa de los encuestados	99
Tabla 11. Orientación religiosa de los encuestados	100
Tabla 12. Estrato socioeconómico de los encuestados.....	103
Tabla 13. Estrato socioeconómico de los encuestados.....	104
Tabla 14. Nivel académico de los encuestados.....	106
Tabla 15. Peso de los encuestados	107
Tabla 16. Talla de los encuestados.....	111
Tabla 17. Talla de los encuestados.....	112
Tabla 18. Índice de masa corporal de los encuestados.....	115
Tabla 19. Índice de masa corporal	116
Tabla 20. Peso de los encuestados	119
Tabla 21. Índice de masa corporal de los encuestados.....	119
Tabla 22. Patrón “A” de hábitos de vida saludable en la población de docentes.....	123
Tabla 23. Patrón “B” de hábitos de vida saludable en la población de docentes.....	124
Tabla 24. Patrón “C” de hábitos de vida saludable en la población de docentes.....	125
Tabla 25. Patrón “D” de hábitos de vida saludable de docentes.....	125
Tabla 26. Patrón “A” de hábitos de vida saludable en la población de estudiantes.....	128
Tabla 27. Patrón “B” de hábitos de vida saludable en la población de estudiantes	129
Tabla 28. Patrón “C” de hábitos de vida saludable en la población de estudiantes	130
Tabla 29. Patrón “D” hábitos de vida saludables en la población de estudiantes	131
Tabla 30. Nivel académico de los encuestados.....	133
Tabla 31. Nivel académico de los encuestados.....	134
Tabla 32. Nivel académico de los encuestados.....	135
Tabla 33. Equivalencia de los componentes.....	135
Tabla 34. Correlación dimensiones, edad y género	138
Tabla 35. Descriptivo de las dimensiones de la escala Health Promotion Lifestyle Profile II de Pender.....	138

Lista de gráficas

Gráfica 1. Modelo de promoción de la Salud de Pender	36
Gráfica 2. Proceso de la investigación	64
Gráfica 3. Diseño de la investigación	67
Gráfica 4. Balanza con monitos de composición corporal HBF-500.....	77
Gráfica 5. Editor de Datos	84
Gráfica 6. Minitab	85
Gráfica 7. Frecuencia de edades (años) en la población de estudio	92
Gráfica 8. Edades docentes.....	93
Gráfica 9. Edad de los estudiantes	94
Gráfica 10. Frecuencia de los géneros sexuales en la población	95
Gráfica 11. Genero Docentes.....	97
Gráfica 12. Genero estudiantes.....	98
Gráfica 13. Orientación religiosa de la población.....	100
Gráfica 14. Orientación religiosa de los encuestados docentes	101
Gráfica 15. Orientación religiosa de los encuestados estudiantes.....	102
Gráfica 16. Estrato socioeconómico	103
Gráfica 17. Estrato socioeconómico de los docentes	104
Gráfica 18. Estrato socioeconómico de los estudiantes.....	105
Gráfica 19. Nivel académico de los encuestados	107
Gráfica 20. Peso de los docentes.....	108
Gráfica 21. Peso estudiantes	109
Gráfica 22. Talla de los encuestados.....	112
Gráfica 23. Talla de docentes	113
Gráfica 24. Talla de los estudiantes	114
Gráfica 25. Índice de masa corporal de los encuestados	116
Gráfica 26. IMC de los docentes.....	117
Gráfica 27. IMC de los estudiantes	118
Gráfica 28. Análisis de componentes principales con la población de docentes	123
Gráfica 29. Análisis de componentes principales con la población de estudiantes	128

Lista de anexos

Anexo A. Consentimiento informado	154
Anexo B. Encuesta de Caracterización	155
Anexo C. Permiso para utilizar el instrumento	159

ABREVIATURAS Y SIGLAS

Minitab: programa diseñado para ejecutar funciones estadísticas básicas y avanzadas.

HPLP II: Health-Promoting Lifestyle Profile

ADN: ácido desoxirribonucleico

OMS: organización mundial de la salud.

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana

UNAC: Corporación universitaria adventista de Medellín

UCLA: Universidad centroccidental “Lisandro Alvarado” de Barquisimeto

MPS: modelo original de promoción de la salud

IMC: Índice de Masa Corporal

SIDA: Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida

RESUMEN

El presente estudio “Estilos de vida de los estudiantes y docentes del programa de enfermería de la Corporación Universitaria Adventista de Colombia, primer semestre del 2015, tuvo como objetivo general, caracterizar los estilos de vida de estudiantes y docentes del programa de enfermería, de la Corporación Universitaria Adventista de Colombia. Para esto, se identificaron los comportamientos de los estilos de vida presentes. Se determinó la relación existente entre los estilos de vida y las variables sociodemográficas para finalizar analizando la formación académica y su relación con el estilo de vida de los estudiantes del programa de enfermería. El enfoque cuantitativo guio los pasos de la investigación, a través de un estudio descriptivo con un diseño transversal, que permitió la exploración de variables en un momento determinado y con una población determinada. El instrumento utilizado para la recolección de los datos, fue el HPLP II realizado por NOLA Pender. El instrumento, midió 52 ítems, distribuidos en seis dimensiones: Responsabilidad en salud, actividad física, nutrición, crecimiento espiritual, relaciones interpersonales y manejo del estrés. El análisis de los datos se realiza con los programas estadísticos SPSS versión 20 y el software MINITAB (ambos paquetes estadísticos). Al analizar los resultados, se encontró que en la muestra de 188 estudiantes y docentes la mayoría posee una talla entre 1,48 y 1,71 mts (Tabla 7), con un índice de masa corporal normal, correspondiente al 61% de los encuestados (más frecuente en las mujeres que en los hombres). La población docente (30 maestros), presenta cuatro patrones de comportamiento, tendientes a las dimensiones: Responsabilidad en salud, Nutrición, Actividad física, Relaciones interpersonales y espirituales y Manejo del estrés, los cuáles generalmente, se encuentran influenciados o poseen una relación positiva con los rangos de edades entre los 26 a 65 años de edad; en cambio, la población estudiantil (158 educandos), solo presentó tres patrones de comportamiento tendientes a las dimensiones: Relaciones interpersonales, Responsabilidad en salud, Manejo del estrés y mayormente a las Relaciones espirituales, los cuáles se encuentran influenciados positivamente por el rango de edad entre los 16 y 40 años.

Palabras Clave: Estilos de vida, docentes, estudiantes, edad, masa corporal, talla, patrones de comportamiento, relaciones interpersonales y espirituales.

ABSTRAC

This study "Lifestyles of students and teachers from the nursing program of Colombia Adventist University Corporation, first semester of 2015, had as its overall objective to characterize the lifestyles of students and teachers from the nursing program, the Adventist University Corporation from Colombia. For this, the behavior of present lifestyles identified. The relationship between lifestyle and sociodemographic to finish analyzing the academic education and its relation to the lifestyle of students in the nursing program variables was determined. The quantitative approach guided the steps of the investigation, through a descriptive study and a cross-sectional design, which allowed the exploration of variables at a given time and a given population. The instrument used for data collection was the HPLP II by NOLA Pender. The instrument measured 52 items, divided into six dimensions: health responsibility, physical activity, nutrition, spiritual growth, relationships and stress management. The data analysis was performed with SPSS statistical software version 20 and Minitab (both statistical packages) software. In analyzing the results, it was found that in the sample of 188 students and teachers most have a size between 1.48 and 1.71 meters (Table 7), with a normal body mass index, corresponding to 61% of respondents (more common in women than in men). The teacher population (30 teachers), has four patterns of behavior, tending to the dimensions: Responsibility for health, nutrition, physical activity, interpersonal and spiritual relationships and stress management, which generally are influenced or peseen a positive relationship with age ranges between 26-65 years old; however, the student population (158 students) only presented three patterns of behavior aimed at dimensions: interpersonal relations, health responsibility, stress management and mostly to spiritual Relations, which are positively influenced by the age range between 16 and 40 years.

Keywords: Lifestyle, teachers, students, age, body mass, height, behavior patterns, relationships and spiritual.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación, busco caracterizar los estilos de vida de estudiantes y docentes del programa de enfermería, de la Corporación Universitaria Adventista de Colombia. Para esto, contó con un total de 188 participantes, entre docentes y estudiantes. Los docentes fueron 30 y los estudiantes 158.

La pregunta problematizadora que fundamento el trabajo fue: ¿Qué estilos de vida poseen los estudiantes y docentes del programa de enfermería de la Corporación Universitaria Adventista de Colombia? Para contestar esta pregunta, se identificaron los comportamientos de los estilos de vida presentes, en los dos grupos de trabajo. Se determinó la relación existente entre los estilos de vida y las variables sociodemográficas para finalizar analizando la formación académica y su relación con el estilo de vida de los estudiantes del programa de enfermería.

A nivel metodológico, la investigación se inserta en el enfoque de tipo cuantitativo. Este, guía los pasos de en el proceso de análisis, recolección e interpretación de los datos y aporta a la respuesta de los interrogantes planteados. Desde este tipo de investigación, se realiza un estudio un estudio descriptivo con un diseño transversal, que permitió la exploración de variables en un momento determinado y con una población determinada.

Para la recolección de información, se tiene en cuenta una encuesta realizada con base en el instrumento planteado por Nola Pender: HPLP II. El instrumento, midió 52 ítems, distribuidos en seis dimensiones: Responsabilidad en salud, actividad física, nutrición, crecimiento espiritual, relaciones interpersonales y manejo del estrés. El análisis de los

datos se realiza con los programas estadísticos SPSS versión 20 y el software MINITAB (ambos paquetes estadísticos).

El siguiente documento, muestra el paso a paso de la investigación, desde la elaboración la pregunta y el problema, pasando por el método, las conclusiones y resultados obtenidos en la recolección de la información. El documento está dividido en 5 capítulos que expresan cada uno de los momentos llevados a cabo.

En el primer capítulo se esboza todo el planteamiento del problema. En él se dan los motivos por los cuales la investigación es viable, los objetivos, los recursos y las limitaciones de la investigación.

En el segundo capítulo se presenta el marco teórico. Aquí se encuentran los conceptos base utilizados en la investigación y que sirven como referente consultivo durante toda la investigación realizada.

En el tercer capítulo se presenta la metodología de trabajo, incluyendo el método, el enfoque y el diseño. En este apartado también se encuentra el cronograma de la investigación y los alcances del estudio. Aspectos como la población, el consentimiento informado y el tipo de análisis de la información, también pueden encontrarse aquí.

En el capítulo cuatro se presenta el análisis de la información en cuatro aspectos principales: desde las características sociodemográficas, desde los componentes de docentes y estudiantes y con relación a la formación académica y el estilo de vida del estudiante del programa de enfermería.

El capítulo cinco y final de la investigación, presenta las conclusiones y recomendaciones a las cuales se llega con este estudio.

1. CAPÍTULO 1: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Justificación

Repensar las prácticas cotidianas de los seres humanos, parece ser una de las actividades más complejas en la actualidad. Los seres humanos pasan inadvertidos por el mundo y difícilmente problematizan sus actitudes, acciones y prácticas, tanto consigo mismo, como con los otros que los rodean. Para repensarse, hace falta una posición más crítica que evalúe los procesos individuales, colectivos y construidos socialmente. Esto, para reevaluar, eliminar o potenciar, algunos comportamientos que socialmente se adquieren y que, con el paso de los días, se establecen en la vida de los seres humanos convirtiéndose en prácticas cotidianas. Todas estas prácticas, formas de relacionarse y de expresarse tanto en lo individual como en lo colectivo, se llaman: estilos de vida.

La realización del presente trabajo de investigación, facilita al grupo investigador, desarrollar un análisis sobre los estilos de vida de estudiantes y docentes del programa de Enfermería, en concordancia con las seis dimensiones conceptualizadas en la teoría de Nola Pender y el instrumento HLPII utilizado en la presente investigación. “Nola Pender, expresó que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuestas a la forma como las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud” (2)

Otros conceptos centrales del modelo se relacionan con los conocimientos y afectos (sentimientos, emociones, creencias) específicos de la conducta, comprende seis conceptos: el primero, corresponde a los beneficios percibidos por la acción, que son los resultados positivos anticipados que se producirán como expresión de la conducta de salud. El segundo, se refiere a las barreras percibidas para la acción, alude a las apreciaciones negativas o

desventajas de la propia persona que pueden obstaculizar un compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta real. El tercer concepto es la autoeficacia percibida, constituye uno de los conceptos más importantes en este modelo, porque representa la percepción de competencia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta, conforme es mayor, aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta. La eficacia percibida de uno mismo tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica. El cuarto componente es el afecto relacionado con el comportamiento, son las emociones o reacciones directamente afines con los pensamientos positivos o negativos, favorables o desfavorables hacia una conducta. El quinto concepto habla de las influencias interpersonales, se considera más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de salud cuando los individuos importantes para ellos esperan que se den estos cambios e incluso ofrecen ayuda o apoyo para permitirlos. Finalmente, el último concepto indica las influencias situacionales en el entorno, las cuales pueden aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud. (3)

La educación adventista, propende una educación equilibrada, en lo físico, lo moral, social y vocacional, en armonía con las normas denominacionales y los ideales que tienen a Dios por fuente de todo valor moral y toda verdad. Es por esto que la presente investigación, pretender explorar los estilos de vida que estudiantes y docentes del programa de enfermería, tiene sobre su vida y como integrantes de una comunidad adventista.

Identificar los estilos de vida existentes en una muestra de la universidad adventista, facilitará el registro de comportamientos, hábitos y conductas que repercuten positivamente en el cuerpo, todos ellos coherente con los preceptos cristianos. El reconocimiento de los anteriores aspectos, servirá como insumo al interior de la universidad para futuros inventarios de prácticas, tanto en el programa de enfermería, como en otros programas de la Corporación universitaria. Con esta propuesta, se beneficia no solo a la población participante de la investigación, sino en general, a toda la comunidad educativa universitaria, desde la realización de recomendaciones sobre los estilos de vida evaluados en el análisis e interpretación de los hallazgos de la investigación.

Lo antepuesto, permite mostrar, otro interés en esta investigación y es la experiencia investigativa como un motor de avance e innovación en la formación universitaria. Los procesos investigativos, constituyen una oportunidad para formarse, explorar y ampliar los

conocimientos para profundizar en el área específica de estudio que compete al investigador. Para este caso, la salud y lo concerniente a los estilos de vida en el ser humano.

1.2. Planteamiento del problema

El deterioro de la salud humana y social existente se ve reflejado desde los orígenes del ser humano y como desde su evolución ha transformado el mundo que en un principio lo abrigó, convirtiendo todo lo creado en un arma que se encargará de su propia, lenta y dolorosa destrucción sino se hace algo puntualizado al respecto. Los estilos de vida, han variado de acuerdo a cada sociedad, y se presenta, en la actualidad, como la mayor amenaza y riesgo para la salud humana, en tanto disminuyen la calidad de vida, el bienestar y la salud.

El estilo de vida saludable es un conjunto de patrones de conductas relacionados con la salud, determinado por las elecciones que hacen las personas de las opciones disponibles acordes con las oportunidades que les ofrece su propia vida. De esta forma, el estilo de vida puede entenderse como una conducta relacionada con la salud de carácter consistente (como la práctica habitual de actividad física) que está posibilitada o limitada por la situación social de una persona y sus condiciones de vida. La transición epidemiológica de enfermedad aguda a enfermedad crónica, como principal causa de mortalidad en nuestra sociedad, ha hecho importante el estudio del estilo de vida relacionado con la salud en la actualidad (4).

El deterioro de la salud humana, y la práctica de estilos de vida saludables, carentes de conciencia, se pueden evidenciar con el siguiente ejemplo: Pese a sus avances y descubrimientos científicos revolucionarios a nivel de medicina, ciencia y tecnología es el Proyecto biomédico de la historia el Genoma Humano. “La estrategia general consistió en construir mapas genéticos y físicos e integrarlos, para aumentar cada vez más en resolución desde el cromosoma hasta la secuencia de ADN, debido a que los médicos diagnostican enfermedades genéticas que no tienen cura y la industria farmacéutica a sabiendas de esa información venden medicamentos para x o y enfermedades, con la idea de lucrarse desde

la desgracia del otro” (5) Otro ejemplo valido de nombrar a nivel mundial, son los resultados que publica la OMS (2008) frente el estudio sobre la carga mundial de morbilidad, muestra el estado de la salud a escala mundial y regional, a través de un cuadro comparativo de morbilidad, mortalidad y lesiones generadas para el dos mil cuatro, sobresaliendo que “Las cinco causas principales de mortalidad en los países de ingresos bajos son la neumonía, seguida de las cardiopatías, diarrea, VIH/SIDA y accidentes cerebrovasculares. En los países de ingresos altos encabezan la lista las cardiopatías, seguidas de los accidentes cerebrovasculares, cáncer de pulmón, neumonía y asma/bronquitis” (6). Siguiendo en esa línea, otra pauta de deterioro que nombra la OMS (2012), con motivo del Día Mundial de la Salud Mental, hace un llamado a tener presente la depresión y otros trastornos mentales que son frecuentes en todo el mundo y como tal, brindar tratamientos a quien lo necesite debido a que traen consecuencias nefastas tanto para hombres como para mujeres, generando inhabilidad en muchas de sus tareas del día a día: “Las estimaciones de la OMS indican que la depresión es frecuente en todas las regiones del mundo. Un estudio reciente respaldado por la OMS reveló que alrededor del 5% de las personas residentes en la comunidad han padecido depresión durante el último año” (7)

Lo antepuesto asiente a conceptualizar como fundamental, el tema de la salud y la incidencia de los estilos de vida saludables en la población mundial en general. La Organización Mundial de la Salud (1946), la define como “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” Es por esto que la salud no se comprende únicamente como la ausencia de las enfermedades, sino que “Es una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales” (8)

Lo cierto es que al articularse paralelamente la salud con las funciones sociales, sanitarias y el proceso educativo dentro de las instituciones universitarias, hace mucho más relevante su papel y se convierte en elemento vital en la formación de sus profesionales y el fortalecimiento de condiciones benéficas para la comunidad en general, por lo tanto es de gran importancia resaltar las cuatro variables que determinan el nivel de la salud en comunidad, según Lalonde (1974) son: a) La biología humana (genética, envejecimiento, etc.). b) El medio ambiente (contaminación física, química, biológica, psico-social y psico-cultural) c) El estilo de vida y d) el sistema de asistencia sanitaria. (9)

Por consiguiente son variables que si bien es cierto son esenciales y necesarias para establecer el nivel de la salud en una comunidad, en esta investigación prevalece solo una la variable: “El estilo de vida”, comportamientos y hábitos, que repercuten en una comunidad establecida como son los estudiantes y docentes de Enfermería, adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Corporación Universitaria Adventista de Medellín UNAC.

Ahora bien, el predominio de estilos de vida poco saludables en varias partes de la población, tanto universitaria como trabajadores y desempleados, muestra como la salud va en detrimento más acelerado. La poca conciencia y el avance tecnológico, aporta a nuevos hábitos no saludables para la población. A nivel de Latinoamérica, es importante destacar el caso de Chile, ya que cuentan con una Guía para Universidades Saludables y otras instituciones de Educación Superior del País. Con esta guía, se pretenden establecer mecanismos, estrategias y técnicas para enfrentar los diferentes desafíos epidemiológicos y así, atender en mayor proporción enfermedades crónicas no transmisibles. Según la Guía UPS OPS, INTA (2006). “Los cambios en nuestros estilos de vida aumentan el riesgo de enfermedades crónicas no trasmisibles. Tanto los aspectos medioambientales como los socioeconómicos, el avance y la masificación del consumo, la apertura internacional, el desarrollo tecnológico, han creado condiciones para nuevos hábitos de vida no saludables, entre ellos el sedentarismo, la obesidad y el tabaquismo” (10)

En concordancia con los estudios ya nombrados sobre los estilos de vida, se concentra la mirada frente investigaciones alusivas a los estilos de vida de los estudiantes universitarios, quienes demuestran un predominio de estilos de vida poco saludables en “etapa universitaria” porque entre otras cosas, abandonan algunos hábitos saludables, al tiempo que se implementan conductas de riesgo como el tabaquismo, dietas poco saludables, conductas sedentarias, inclusive alto consumo de alcohol.

En España Según el estudio de los estilos de vida de los estudiantes universitarios de la Universidad de les Illes Balears (2012). Hace una descripción y clasificación de los estudiantes universitarios en relación a los estilos de vida y en función de variables demográficas y socioeconómicas, sin embargo pese a que los datos develan un estado de salud en general bueno, con buena calidad de vida, a su vez poseen un balance de actividades físicas y dinámicas como leer libros, hacer uso de videojuegos, practicar ejercicios o hacer un deporte. Muestra también datos de hábitos que desfavorecen la salud de los estudiantes universitarios. En cuanto al consumo tabáquico como factor de riesgo en términos de morbimortalidad revela que: En la actualidad, el 80,5% no fuma tabaco (de éstos, el 12,4% son exfumadores y el 68,1% no han consumido más de 100 cigarrillos a lo largo de su vida), el 2,3% fuma de forma ocasional y el resto, es decir un 17,2% lo hace de forma regular. Aunque no alcanza el nivel de significación estadística, tal y como puede observarse en la figura 73 la prevalencia de tabaquismo en mujeres (21,3%) es superior a los hombres (15,5%).

Si bien es cierto, que el ingreso a la universidad, pese a que se considera muy importante para la población estudiantil, puede ocasionar, si no hay un eficaz acompañamiento, algunos trastornos de tipo social, alimenticio, de sustancias psicoactivas, entre otros. Al pasar de un sistema escolar con límites establecidos, e ingresar a la Educación Superior donde prevalece la autonomía, toma de decisiones, independencia, exigencias académicas y por supuesto, la adaptación a su cultura y ritmos organizacionales, los estudiantes universitarios, al enfrentarse a esta realidad, por lo general conciben altos índices de estrés

y desorientación al sentirse menos protegidos y tienden a iniciar o incrementar el consumo de sustancias psicoactivas, modificación de estilos de vida saludables que incluyen todas las dimensiones.

El contexto anterior, muestra que la situación actual de la salud a nivel mundial, regional y universitario, incita de manera importante a adentrarse en este campo desde la investigación y el acercamiento para el reconocimiento de factores, características y comportamientos saludables presentes en las poblaciones. Para el caso del siguiente trabajo, en los estudiantes y docentes del Programa de enfermería de la Corporación Universitaria, la investigación servirá para construir conocimiento y promover un análisis frente a temas como la salud y la calidad de vida, con el fin de promover una reflexión frente los comportamientos, actitudes y prácticas poco favorables que se tiene dentro de la comunidad educativa. Esto, podrá aportar finalmente, a la consolidación de estilos de vida coherentes con los profesionales en salud (estudiantes y docentes), desde la promoción de la salud y previniendo la proliferación acelerada de enfermedades.

1.3. Pregunta de investigación

¿Qué estilos de vida poseen los estudiantes y docentes del programa de enfermería de la Corporación Universitaria Adventista de Colombia, primer semestre del año 2015?

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Caracterizar los estilos de vida de estudiantes y docentes del programa de enfermería, de la Corporación Universitaria Adventista de Colombia, primer semestre del año 2015.

1.4.2. Objetivos específicos

Identificar los comportamientos de los estilos de vida de estudiantes y docentes del programa de enfermería.

Determinar la relación existente entre los estilos de vida y las variables sociodemográficas de estudiantes y docentes del programa de enfermería.

Analizar la formación académica y su relación con el estilo de vida de estudiantes del programa de enfermería.

1.5. Viabilidad de la investigación

Para la presente investigación: “Estilos de vida de los estudiantes y docentes de la Facultad de Enfermería de la Corporación Universitaria Adventista de Colombia, sede Medellín 2015” se tendrán en cuenta diversos recursos que ayudaran a la consecución de los objetivos y las metas planeadas inicialmente. A continuación se destacan los que tendrán incidencia en la realización de la investigación:

1.6. Recursos de la investigación

1.6.1. Recursos Humanos

- Asesor para las diferentes etapas del proyecto
- Acompañamiento por parte de la Universidad en lo concerniente al trabajo de investigación.
- Apoyo de docentes para la construcción del informe final.
- Aporte de los participantes de la investigación, estudiantes y docentes de la Facultad de Enfermería de la Corporación Universitaria Adventista.

1.6.2. Recursos materiales

- Instrumento de aplicación a participantes
- Computador
- Papelería general
- Documentación legal vigente
- Agendas
- Lapiceros

1.6.3. Recursos institucionales

- Bibliotecas
- Sala de Internet
- Sala de asesorías
- Aulas de clase

1.6.4. Recursos adicionales

- Línea de Internet
- Línea celular
- Elementos de oficina (computador, impresoras, papel tinta, cuadernos, lapiceros)
- Bibliografía básica para documentar el fenómeno a estudiar.

1.7. Alcance de la investigación

El alcance de la presente investigación es reconocer, por medio del instrumento HLPII de Nola Prender, los estilos de vida predominantes en los estudiantes y docentes del programa de Enfermería de la Corporación Universitaria Adventista de Colombia. Con los resultados arrojados por este instrumento, se pretende realizar un comparativo que posibilite la reflexión sobre los estilos de vida y los comportamientos predominantes desde las seis dimensiones que propone Nola Pender. Todo esto, de cara a la filosofía adventista y a la construcción constante de un ser humano sano desde lo físico, lo social, lo emocional.

1.8. Delimitaciones de la investigación

- La presente investigación, se realizará en la Corporación Universitaria Adventista de Colombia en el año 2015.
- Pretende ser un estudio descriptivo de los estilos de vida de los estudiantes y docentes inscritos en la facultad de Enfermería de dicha Universidad.

- Se pretende desarrollar mediante el instrumento HPLPII propuesto por Nola Pender (ver Anexo A), que contiene seis dimensiones para analizar los estilos de vida, como lo son: responsabilidad en salud, nutrición, actividad física, manejo del estrés, relaciones interpersonales y espirituales en estudiantes y docentes de la facultad de Enfermería.
- Los estudiantes y docentes, firmarán el consentimiento informado para participar en la investigación, garantizando la protección de la identidad y la utilización de la información recolectada por medio de la investigación, únicamente con fines académicos y con la previa autorización de sus participantes.

1.9. Limitaciones de la investigación

A continuación se destacan algunas manifestaciones para realizar el trabajo de investigación:

- La falta de cooperación de los participantes, tanto docentes como estudiantes, para desarrollar y recolectar toda la información necesaria en el logro de los objetivos de la investigación
- La extensión del instrumento, puede ser para los participantes, algo tedioso y angustiante.
- De lo anterior se desprende que se disminuya la muestra de la investigación y por lo tanto, se tenga menos información para analizar, que la proyectada desde el inicio de la investigación.

- La imposibilidad de controlar la falta de asistencia de un participante a los momentos solicitados por los investigadores para la recolección de la información.

2. CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

2.1. Marco referencial

En el siguiente marco referencial, se pretende realizar una síntesis del rastreo bibliográfico a nivel nacional e internacional sobre trabajos que pudieran aportar a la consolidación de la presente investigación “Estilos de vida de los estudiantes y docentes de la facultad de enfermería de la Corporación Universitaria Adventista de Colombia, sede Medellín 2015. Estos, están enmarcados en tesis de pregrado y doctorado, y se destacan por tener una relación importante con la presente investigación. Igualmente, se esbozan algunos puntos de encuentro con los conceptos claves manejados, el método de la investigación y el procedimiento de recolección de los datos, entre otros aspectos.

Para los estudios presentados a continuación, se tuvo en cuenta el siguiente esquema: título de la propuesta, autores, año, objetivo, metodología, resultados o conclusiones y enfoque teórico, seguido de algunos puntos de encuentro con la presente propuesta de investigación. A continuación se muestra el objetivo de cada una de las propuestas de investigación, metodología, enfoque teórico y resultados o conclusiones.

A nivel Nacional se destacan dos estudios importantes a tener en cuenta: El primero en la Universidad Cooperativa de Colombia, Sede Bucaramanga. El objetivo de este estudio, llevado a cabo en el año 2011 por Jaimes, E & Gómez, M (35), pretendió determinar los estilos de vida saludables en estudiantes de Enfermería de la Universidad Cooperativa de Colombia - Sede Bucaramanga, mediante el instrumento HLPPII de Nola Pender que cuenta con seis dimensiones: responsabilidad en salud, nutrición, actividad física, manejo del

estrés, relaciones interpersonales y espirituales en estudiantes de Enfermería. Entre los materiales y métodos de la investigación, se destaca que fue un estudio descriptivo transversal aplicando el cuestionario II (HPLP II) de Nola Pender a 154 estudiantes, con 52 ítems distribuidos en las seis dimensiones para valorar la frecuencia de realización del comportamiento. Para esto, los investigadores aplicaron un consentimiento informado a los participantes de la investigación. Entre los resultados más importantes de la investigación, se destacan que el género predominante fue el femenino con un 85,7% (132), la edad promedio de 21+/-7 años, edad mínima de 16 y máxima de 38 años. Los comportamientos que alcanzan a la frecuencia rutinariamente considerada como saludable, se dan en la dimensión espiritual y en la dimensión de relaciones. Finalmente, las conclusiones a las cuales se llegan con el estudio, es que en la etapa universitaria diferentes factores interfieren para mantener una vida saludable. En los estudiantes de Enfermería del estudio, los hábitos saludables no son realizados de forma rutinaria, considerándose estos como no saludable según lo propuesto por Nola Pender. Los datos encontrados potencian las conductas de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles, que pueden interferir para la disminución de discapacidad y mortalidad como consecuencia de estas patologías (35).

Con relación al trabajo de investigación, este estudio aportó elementos importantes para analizar los datos, en tanto también fue un análisis bi-varial y de tomo la edad como una variable primordial en la interpretación de los datos. Dicha investigación, constituyó también un referente importante para la teorización de las dimensiones halladas en el instrumento de Nola Pender, HPLP II. Ya que el desarrollo teórico presente en dicha investigación, desarrolla los contenidos de cada una de ellas y permite la comprensión de los ítems que tienen para la encuesta de los participantes.

Un segundo trabajo a nivel nacional, se ubica en la Universidad Pontificia Javeriana de Cali. Este trabajo lleva por título “Creencias relacionadas con el estilo de vida de jóvenes latinoamericanos” (36). Fue realizada por el Grupo de Investigación “Psicología, Salud y

Calidad de Vida de la misma Universidad en el año 2005. Sus autores, Arrivillaga, M y Salazar, I. La investigación presenta las creencias relacionadas con el estilo de vida de jóvenes latinoamericanos, específicamente estudiantes universitarios de Colombia, a partir de un estudio de tipo no experimental, descriptivo y transversal. Se describen las creencias en salud de 754 jóvenes en seis dimensiones del estilo de vida: condición, actividad física y deporte; tiempo de ocio; autocuidado y cuidado médico; hábitos alimenticios; consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, y sueño. Para esto se diseñó, validó y aplicó el Cuestionario de prácticas y creencias relacionadas con estilos de vida y la Encuesta sobre factores del contexto relacionados con el estilo de vida. Se encontró alta o muy alta presencia de creencias favorables a la salud en todas las dimensiones evaluadas, excepto en sueño. Estos resultados fueron discutidos a partir del Modelo de creencias en salud (Hochbaum, 1958; Rosenstock, 1990), la Teoría de la acción razonada (Fishbein y Ajzen, 1980) y el Modelo de adopción de precauciones (Weinstein, 1998). Como conclusión principal de la investigación, se planteó la necesidad de diseñar programas orientados a la promoción de estilos de vida saludables en población joven, que contemplen distintos procesos psicosociales como el aprendizaje, la cognición, la motivación y la emoción (36).

Con relación a esta investigación, el presente estudio tomó elementos importantes argumentados en el tipo de estudio, y sirvió como referente para desarrollar la metodología y justificarla desde las diferentes modalidades de investigación. El estudio realizado en las dos investigaciones, es de tipo no experimental, descriptivo y transversal.

A nivel internacional, se destaca un trabajo que sirve de referente para la actual investigación, ubicado en el país de Guatemala en el año 2014, en la Universidad San Carlos y su Facultad de Ciencias Médicas. El título del trabajo: “Caracterización de los estilos de vida saludables en estudiantes de grado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guadalajara” (37) El objetivo del trabajo fue caracterizar los Estilos de Vida Saludables en estudiantes de grado de la carrera de Médico y Cirujano de la

Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Entre los materiales y los métodos utilizados, se destaca que la investigación se llevó a cabo por medio de un estudio descriptivo transversal efectuado en los meses de abril a julio del año 2014, muestra 349 alumnos utilizando el instrumento Cuestionario de Estilos de Vida en Jóvenes Universitarios en su segunda revisión (CEVJU-R2), el cual mide las prácticas, motivaciones y recursos en 7 dimensiones: actividad física, tiempo de ocio, alimentación, consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilícitas, sueño, afrontamiento y sexualidad.

Los principales resultados de la investigación fueron que la edad promedio de 26.76 años; el 56.44% de los estudiantes son mujeres; un 12% de los estudiantes tiene algún trabajo; el 49% del total de estudiantes encuestados son católicos. Actividad física es la única de las siete dimensiones que no es saludable, con un promedio de 7.57 situándose así por encima del punto medio donde el 100% de la población femenina no presenta una práctica saludable. En las dimensiones ocio, alimentación; alcohol, cigarrillos y otras drogas; sueño, afrontamiento del estrés y sexualidad, los estudiantes presentan un promedio por debajo del punto medio por lo cual se categorizan como dimensiones saludables. Finalmente, las conclusiones se destacan desde: La pereza es el principal motivo para que el estudiante no realice actividad física y el motivo fundamental para realizar dicha actividad es mejorar la salud. Tanto en el área central como en las áreas de práctica, un gran porcentaje de los estudiantes, presentan buenos hábitos alimenticios donde un bajo porcentaje de éstos omite más de algún tiempo de comida al día, y/o consume comida chatarra. Los estudiantes presentan prácticas saludables en torno al consumo de alcohol, cigarrillos y drogas ilegales, donde el estrés es el factor influyente para el consumo de dichas sustancias. Los estudiantes presentan un bajo porcentaje al realizar malas prácticas sexuales, ya que la mayoría utiliza métodos anticonceptivos eficaces para disminuir el índice de embarazos no deseados así como en la adquisición de enfermedades de transmisión sexual (37).

Del trabajo anteriormente mencionado, se construyeron algunos conceptos básicos del marco teórico, como los estilos de vida saludables a nivel general y en los estudiantes universitarios, dado que esta fue una parte de la población participante en el estudio. Igualmente, los procesos para recolección de los datos de la investigación, fue similar a la de la presente investigación y el consentimiento informado que constituyo un referente fundamental para la aplicación del instrumento de Nola Pender.

A nivel internacional, puede referenciarse otra investigación que sirve de base para la presenta y la cual se titula “Hábitos de vida de los estudiantes de enfermería” y cuyos autores son Irazusta et al (2005) (38).

En el estudio participó un grupo de 30 alumnos/as de primer curso de la Escuela Universitaria de Enfermería de La de la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea. De los que 27 son chicas y 3 chicos. Tienen una media de edad de 18.3 años en un rango de 17 y 20 años. Para la realización de este estudio se utilizó el siguiente material de investigación: Cicloergómetro (Monark Model 824E), 10 Pulsómetros (Polar Advantage) con interface system, Plicómetro (Holtain LTD), Cinta métrica (Rollfix), Tensiómetro (Riester), Báscula (Añó Sayol SL), Tallímetro (Añó Sayol SL), Ergojump (Bosco System) con interface system, Desfibrilador automático (Heartstart FR Laerdal), Paquímetro (Holtain LTD), Programa de antropometría (Ciberkin) y PC Pentium III (38).

Los datos analizados en la investigación fueron (38):

- Valoración del ejercicio y actividad física realizada mediante una encuesta en la que se cuantificaba la frecuencia y la intensidad de la misma
- Estado físico, mediante medición de la capacidad aeróbica máxima (VO₂max) y de la potencia anaeróbica (test de salto), con el fin de corroborar la fiabilidad de los datos aportados en la encuesta, ya que en muchas ocasiones existe una discrepancia entre los mismos.
- Valoración de la dieta analizando los alimentos ingeridos durante 3 días mediante el software “Alimentación y Salud”. Se estimó tanto las Kcal ingeridas, así como la proporción de los diferentes macronutrientes (proteínas, lípidos e hidratos de carbono) y micronutrientes (vitaminas y sales minerales) ingeridos.
- Antropometría siguiendo el protocolo del GREC (Grupo Español de Cineantropometría). Se determinó la composición corporal tras la medida de perímetros (muslo medial, pierna, brazo relajado y brazo contraído y flexionado), diámetros (biepicondiliano del húmero,

biestiloideo, biepicondiliano del fémur y maleolar) y pliegues de grasa (subescapular, tricipital, suprailíaco, abdominal, muslo y pierna) (38).

Esta investigación, posibilitó otra mirada sobre los estilos de vida, ya que se amplía un poco el marco de comprensión de la evaluación en el paciente. Para la presente investigación se utilizan únicamente dos instrumentos para el peso y la talla. En la investigación mencionada se utilizan diversidad de instrumentos para desentrañar los datos necesarios para los objetivos de la investigación.

Otra investigación referenciada, se ubica en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en Perú. Esta investigación de corte internacional, se titula: “Estilo de vida de los estudiantes de enfermería, según año de estudio de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2010” (39) y su autor Ponte (2010).

El estudio tuvo como objetivo principal, determinar el estilo de vida de los estudiantes de Enfermería, según año de estudio en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Es de tipo cuantitativo, método descriptivo, de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 129 estudiantes de Enfermería de la UNMSM. Se empleó el cuestionario estandarizado sobre estilo de vida como instrumento, con 46 enunciados. Los resultados obtenidos muestran que el 60% (77) de los estudiantes tiene un estilo de vida saludable; al analizarlo por dimensiones; se tiene que, en la dimensión salud con responsabilidad con 76.7% (99) y actividad física con 82.9 % (107) predomina un estilo de vida no saludable; en la dimensión gestión de tensiones predomina en segundo con 59% (17), tercero con 57% (13) y quinto año con 52% (12) un estilo de vida no saludable, mientras que los estudiantes de primero con 67% (18) y cuarto 52% (14) tienen un estilo de vida saludable; en la dimensión nutrición saludable los estudiantes de primero, segundo, cuarto y quinto año tienen un estilo de vida saludable, y los estudiantes de tercer año con 65.2% (15) tienen un estilo de vida no saludable; en la dimensión crecimiento espiritual con 86.8% (112) y relaciones interpersonales 75.2% (97) predomina el estilo de vida saludable en los cinco años de estudio. Por lo que se concluye que los estudiantes de Enfermería tienen un estilo de vida saludable; según dimensiones: predomina en lo saludable; nutrición saludable, crecimiento espiritual y relaciones interpersonales. Y en lo no saludables; actividad física y salud con responsabilidad en los cinco años de estudio; a diferencia de la dimensión gestión de tensiones donde practican lo no saludable sólo los estudiantes

de segundo, tercero y quinto año. Son áreas críticas del cuestionario: practicar técnicas de relajación por 20 minutos diariamente; no seguir un programa de ejercicios planificado en el cuarto y quinto año de estudio respectivamente (39)

Esta investigación, constituyó un referente fundamental para el establecimiento de la metodología, en tanto fue un estudio similar. La población fueron solo estudiantes, sin embargo las dimensiones indagadas en la encuesta, fueron las mismas que se proponían en el instrumento de Nola Pender. La investigación igualmente se pregunta por el estilo de vida de los estudiantes, aspecto central del estudio compartido. Se destaca también la salud y todos los factores que la determinan en una persona, desde las diversas circunstancias que pueden limitar o desarrollar las conductas, hábitos o estilos en el ser humano. De esta investigación, se retoman algunos conceptos teóricos que aportan a la fundamentación conceptual del estudio.

Otra investigación a nivel internacional “Estilo de vida saludable en estudiantes de posgrado de Ciencias de la Salud” (40) se desarrolla en la Escuela de Psicología de la Universidad de San Martín de Porres en Perú.

El objetivo de la investigación fue identificar el estilo de vida saludable en estudiantes de posgrado de Ciencias de la Salud, según variables demográficas, en una muestra conformada por 198 participantes, la mayoría mujeres. Para esto, se construyó el Cuestionario de Estilo de Vida Saludable, que cuenta con validez y confiabilidad necesarias para su realización. Los principales resultados de la investigación, apuntan a que en relación con la práctica deportiva, consumo de alimentos y sueño y reposo se observó que el mayor porcentaje se ubicó en un nivel de estilo de vida saludable. Asimismo, se halló que el efecto de interacción solamente tuvo influencia en la escala de sueño y reposo, específicamente en la interacción entre sexo y edad. De acuerdo a los resultados concernientes al estilo de vida saludable, en el único factor en donde se encontraron diferencias significativas en cuanto a las variables demográficas estudiadas fue en el sueño y reposo según sexo y edad. Se observa aquí que hasta los 40 años no hay diferencias significativas entre los varones y mujeres, y es a partir de esa edad cuando las diferencias se hacen más grandes, favoreciendo a los varones en comparación con las mujeres. Los resultados anteriores indican que los varones mayores de 40 años pueden dormir y reposar mejor que las mujeres, probablemente

porque están logrando satisfacer de una mejor manera sus necesidades personales y familiares. De igual forma, en torno a esta edad es probable que laboral y profesionalmente estén logrando ubicarse en puestos que involucran cierto reconocimiento y, por lo tanto, ya no se preocupan como los más jóvenes, lo que implica que ya no estén realizando las guardias que caracterizan el trabajo de los más jóvenes (40).

De esta investigación, se pudieron tomar algunos referentes básicos en antecedentes, pues en el desarrollo conceptual, se destacan autores, trabajos realizados sobre estilos de vida y las formas de proceder en cada uno de ellos. Esto sirvió como base para la fundamentación del mismo. Igualmente, en el instrumento utilizado para recolectar la información, se observa cómo utilizar otra herramienta para medir la confiabilidad del instrumento. Esto, marca las líneas para próximas investigaciones, en tanto los instrumentos que se apliquen, deben tener un reconocimiento aprobado y una confiabilidad asegurada para la investigación. El presente trabajo, tuvo para medir la confiabilidad del instrumento, el Alfa de Cronbach.

Finalmente, es preciso referenciar la investigación “Estilos de vida de los estudiantes del Programa de enfermería de la UCLA en el periodo de Junio-Noviembre de 2005” (41) de la Universidad Centroccidental “Lisandro Alvarado” de Barquisimeto, Venezuela realizada por López et al (2005). En dicha investigación, se realizó un estudio descriptivo transversal para determinar los estilos de vida de los estudiantes del programa de Enfermería, mediante un muestreo de tipo aleatorio simple probabilística.

Se estudiaron 90 estudiantes del programa de enfermería, los datos se recolectaron por medio de una encuesta y los resultados más relevantes fueron: en cuando a las horas de descanso y sueño, 72.22% de los estudiantes, mantienen de 5-7 horas de sueño, el 83.33% no hacen ninguna actividad deportiva, un 61.11% no pertenece a ningún grupo organizando en la universidad, un 36.66% permanece más de 10 horas en la universidad, un 63.33% no asiste a reuniones sociales y un 80% acude a un chequeo médico solo en caso de ameritarlo por enfermedad. El análisis de los resultados, revela que los estudiantes no realizan una distribución adecuada del tiempo para lograr equilibrar actividades académicas y de esparcimiento y así lograr

un estilo de vida saludable. Se concluye que la población en estudio, posee un estilo de vida sedentario. En el trabajo de investigación, la relevancia social dentro de los estilos de vida conformada por aspectos tales como vivienda, alimentación, cultura y vestido se ve comprometida por la alta exigencia del pensum de la Carrera de formación profesional de enfermería tales como el factor tiempo y el rendimiento académico. Además el plano social de los estilos de vida que comprenden la familia, el grupo de amistades entretenimiento, distracción, viéndose afectados en su totalidad por el factor tiempo y la necesidad de establecer prioridades entre las actividades académicas y las actividades de esparcimiento (41).

En relación con el presente trabajo de investigación, y tras la lectura de esta investigación en Venezuela, quedan algunas preguntas abiertas que no fueron tenidas en cuenta en la elaboración ni estructura de la presente. Y es si, desde estas variables de análisis, los resultados de la investigación pueden ser diversos y si, los estilos de vida de estudiantes y maestros, se ven comprometidos desde el rendimiento académico y el tiempo que tienen para ello. Como pregunta abierta, se sugiere que esta inquietud, favorezca una próxima investigación que se realice.

Igualmente, con relación a la presente investigación, se destaca que los profesores poseen estilos de vida saludables, los estudiantes tienen algunas conductas tendientes a estilos de vida saludables, pero faltan patrones comportamentales tendientes a las dimensiones de Nutrición y Manejo del estrés, para que sean estilos de vida saludables según lo propuesto por Nola Pender.

2.2. Marco institucional

2.2.1. Corporación Universitaria Adventista

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.

2.2.1.1 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.

2.2.1.2. Visión

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.

2.2.1.3. Filosofía de la educación adventista¹

Como lo afirma el Instituto Vicente Suarez, la filosofía de la educación, se basa en el concepto que los creadores de un sistema educacional tengan acerca de la naturaleza del hombre, su origen y el propósito de su existencia. Sólo cuando se han aclarado estas vitales cuestiones de la antropología filosófica es posible idear un sistema educativo capaz de ayudarnos a satisfacer nuestras necesidades y alcanzar el propósito de la vida.

La educación adventista posee, tal filosofía antropológica, la que se fundamenta en una cosmovisión derivada de la fe cristiana. Esta visión se inicia con la aceptación de un Dios personal, amante y eterno que siempre ha existido, que es Todopoderoso y fuente de toda vida, verdad, belleza y valores.

Según las Sagradas Escrituras, fuente de todas las creencias adventistas, el origen del hombre se describe como un acto creador de Dios (Génesis 1:27). Tal origen demuestra que el hombre debería vivir en perfecta relación con su Creador, pues de otro modo no podrá expresarse con la plenitud de su ser.

La idea de que el hombre es un ser creado a imagen y semejanza de Dios incluye todos los aspectos de su ser. Su naturaleza estaba en armonía con la voluntad de Dios. Su mente era capaz de comprender las cosas divinas. Sus afectos eran puros, sus apetitos y pasiones estaban bajo el dominio de la razón. Sin embargo, en esta vida de perfecta relación y armonía del hombre con su Creador se introdujo el pecado, una separación de Dios que destruye al hombre en su todo, incluso su capacidad de relacionarse con Él. Al desobedecer a Dios, los hombres se iniciaron en un camino de autodestrucción e

¹ Este apartado fue construido con la información del Instituto Vicente Suarez.

infelicidad. La tarea del proceso educativo es, precisamente, restaurar al hombre a su condición original perdida. La obra de la redención debía restaurar en el hombre la imagen de su Hacedor, hacerlo volver a la perfección con que había sido creado, promover el desarrollo del cuerpo, la mente y el alma, a fin de que se llevase a cabo el propósito divino de su creación. Este es el objeto de la educación, el gran objeto de la vida" (33).

La educación y la redención se unen en su esfuerzo por restaurar al hombre a la plenitud de su ser original y a la armoniosa relación con Dios. Esta educación trabaja para que el niño y el joven se desarrollen físicamente, para que comprendan sus responsabilidades morales, para que se desarrollen como un ser personal, para que alcancen la madurez de su individualidad en pleno ejercicio de sus facultades de pensar y actuar, para que se expresen con abnegación y amor, y para que su trabajo corresponda al de un abnegado siervo de su prójimo y de su Creador. El verdadero conocimiento de Dios, la comunión y compañerismo con El en el desarrollo de un carácter semejante al divino constituyen la fuente, los medios y el objetivo supremo de la educación adventista. Es por ello que esta educación se basa en las Sagradas Escrituras, haciendo de la Biblia el primer libro de texto del niño. Como consecuencia de su interés en la restauración del ser humano a la imagen de su Hacedor, interés que se traduce en el lema "Educar es redimir". La IASD mantiene un sistema educacional que incluye parvularios, escuelas básicas, liceos, colegios superiores y universidades. El propósito de la existencia de estas instituciones es, por una parte, transmitir a sus niños y jóvenes sus ideales, creencias, actitudes, valores, hábitos y costumbres y, por otra, asegurarse de que puedan recibir una educación equilibrada, que comprenda los aspectos físico, mental, espiritual, social y vocacional en armonía con los ideales de la iglesia y con la existencia de Dios como fuente de toda verdad y de todos los valores morales. Las instituciones educativas adventistas no solo se interesan en preparar ciudadanos amantes de su Patria y de la ley, sino que, en adición a ello, procuran formar cristianos leales y concienzudos. (33)

2.2.1.4. Premisas filosóficas del sistema educacional adventista

La filosofía que sustenta el sistema educacional adventista se basa en las siguientes premisas (33):

1. Las leyes que Dios estableció gobiernan el universo, incluyendo al hombre en todos los planos de la existencia.
2. La verdadera educación significa más que una preparación para la vida actual. Prepara para el gozo de servir en este mundo y para un gozo superior proporcionado por un servicio más amplio en el mundo venidero.
3. Todo verdadero conocimiento y desarrollo provienen de Dios. Doquiera nos dirijamos, el dominio físico, mental o espiritual, cualquier ramo de investigación que emprendamos con el sincero deseo de llegar a la verdad, nos pon en contacto con la inteligencia poderosa e invisible que obra en todas las cosas y por medio de ellas la mente del hombre se pone en comunión con la mente de Dios.
4. La obra de la educación y la redención son una misma
5. El hombre nace con inclinación al mal, por lo que no se lo puede perfeccionar mediante una educación centrada en él ni en las materias de estudio, sino en Dios y su acción transformadora.
6. Cada ser humano está dotado de una facultad semejante a la del Hacedor, la individualidad. La obra de la verdadera educación consiste en desarrollar la facultad de pensar y hacer, en educar a los jóvenes para que sean pensadores y no meros reflectores de los pensamientos de otros hombres.

7. Los estudiantes deben ser dirigidos a las fuentes de verdad, a los vastos campos abiertos a la investigación en la Revelación y en la Naturaleza, evitando restringir su estudio a los que los hombres han dicho o escrito.

8. La educación adventista es un proceso de realización de valores más que transmisión de información. Los valores son los instrumentos con los que miramos, interpretamos y experimentamos el mundo.

9. El objetivo final de la educación adventista es la redención del ser humano. Todos los esfuerzos conducirán a este gran objetivo. Por esta razón, la educación adventista se basa en las Sagradas Escrituras.

2.2.6 Principios básicos de la educación adventista

Según el documento de la Academia Adventista (33), donde se presentan las principales creencias, ideas y preceptos fundamentales de esta comunidad, y derivado de su principal fuente de verdad: la Biblia; el proceso educativo adventista se desarrolla en conformidad con los siguientes principios orientadores básicos:

2.2.6.1. Principio del amor

Principio fundamental de una educación concebida como redentora. Implica el establecimiento de relaciones interpersonales profesor/alumno que sean gratificantes y placenteras, y la creación de un clima organizacional y un ambiente escolar marcados por el aprecio, la aceptación y la confianza. El elemento personal es esencial en la creación de un clima de aprendizaje saludable para el estudiante.

2.2.6.2. Principio del desarrollo armonioso

Concebimos la verdadera educación como un proceso de desarrollo armonioso y equilibrado del ser humano en sus aspectos físico, intelectual, social y espiritual. Esto significa que en el proceso educativo no corresponde privilegiar ninguno de estos aspectos en desmedro de otro(s), sino que todos ellos deben ser atendidos por igual

2.2.6.3. Principio de la individualidad

En nuestro proceso formador se considera al individuo como dotado de libre albedrío, capaz de tomar sus propias decisiones y de responsabilizarse por las consecuencias que le acarrearán. Por ello, se fortalece el concepto de trabajo individual, aunque se desincentiva el espíritu de competencia, privilegiándose, en cambio, el sentido de interdependencia y cooperación.

2.2.6.4. Principio de la salud

La educación adventista favorece el desarrollo de un cuerpo sano por medio del trabajo, fomenta el trabajo físico, el conocimiento del cuerpo humano, de las leyes de la salud y la prevención de las enfermedades mediante hábitos correctos de alimentación, horarios de trabajo y descanso apropiados, etc.

2.2.6.5. Principio de la cooperación

Maestros y estudiantes deben cooperar mutuamente y con Dios. La cooperación es el esquema básico de trabajo, superando los criterios de competición. Cada estudiante debe

recibir una educación que lo capacite para el servicio mediante el ejercicio activo de todas sus facultades. Se debe combinar el servicio con el entrenamiento.

2.3 Marco disciplinar²

2.3.1. Nola Pender y sus actuaciones en la enfermería

Pender nació en 1941 en Lansing, Michigan, EE.UU y fue hija única de unos padres defensores acérrimos de la educación de la mujer. Su primer contacto con la enfermería profesional fue a los 7 años, cuando observaba el cuidado enfermero que le ofrecían a su tía hospitalizada. Su familia la animo en su objetivo de llegar a ser enfermera diplomada, merced a lo cual se matriculo en la escuela de enfermería del West Suburban Hospital del Oak Park en Illinois. (27).

Contribuyó al conocimiento enfermero de la promoción de la salud, mediante investigaciones, enseñanzas, presentaciones y escritos. Asistió a la escuela de enfermería del West Suburban Hospital de Oak Park (Illinois). Obtuvo su diploma en enfermería en 1962. Trabajó en la unidad médico- quirúrgica, posteriormente, en unidad pediátrica en un hospital de Michigan. En 1964, se graduó en enfermería en la Michigan State University. Completó un máster en el crecimiento y el desarrollo humano (1965), influyendo en su interés hacia la salud durante toda la vida. Ello contribuyó a la formación de un programa de investigación para niños y adolescentes.

La doctora James Hall (asesora del programa del doctorado), introdujo a Nola en “sobre cómo la gente piensa y en cómo los pensamientos de una persona motivan la conducta”.

² El marco Disciplinar se construye con la lectura del documento “Modelo de atención de Enfermería de Promoción de la Salud de Nola Pender”. Con fecha del año 2009 y En Línea en el Blog de la gente. <http://blogsdelagente.com/enfermeros-en-accion-por-la-salud-real/category/proceso-atencion-enfermeria/>

Años más tarde completó su trabajo en un master en enfermería de salud comunitaria. Al obtener el título de doctorado.

El modelo original de promoción de la salud (MPS) se presentó en su primera edición del texto *Health Promotion in Nursing Practice* (1982, 1987, 1996) En el 2002, se publicó una cuarta edición de *Health Promotion in Nursing Practice*, quinta edición 2006. Pender, Susan Walker, Karen Sechrist y Marilyn Frank, llevaron a cabo un estudio en la Northern Illinois University de Dekalb, demostrando la validez del MPS.

El equipo de investigación desarrolló un instrumento, el perfil del estilo de vida promotor de salud, para estudiar la conducta de promoción de la salud de los adultos que trabajan, mayores, pacientes en rehabilitación cardiaca y con cáncer tratados en el ambulatorio. Más de 40 estudios han demostrado la capacidad predictiva del modelo para la promoción de la salud en el estilo de vida, ejercicio físico, prácticas de nutrición, uso de protección auditiva y supresión a la exposición al humo del tabaco en el entorno.

Promovió la actividad de aprendizaje de enfermería mediante su implicación con la Sigma Theta Tau International. En 1998 fue asignada a un programa de 4 años de duración en la U.S. Preventative Services Task Force, un órgano independiente; se le encomendó la tarea de evaluar los datos científicos y establecer recomendaciones específicas relacionadas con la edad y el riesgo para los servicios clínicos de prevención.

Pender ha desempeñado el papel de experta distinguida en gran número de universidades. Recibió un doctorado honorífico por la Universidad Widener en 1992. 1988: Recibió el Distinguished Research Society Award por su contribución a la investigación y al liderazgo. En 1997 recibió el American Psychological Association Award por sus contribuciones destacadas a la enfermería y a la psicología de la salud. En 1998, la University of Michigan School Of Nursing honró a Pender con el Mae Edna Doyle Award por su excelencia en la enseñanza.

Su texto más utilizado “Health Promotion in Nursisng Practice”, fue el Book of the year de la American Nurses Association por su contribución a la enfermería de la salud comunitaria.

Fomenta la investigación interdisciplinaria, ofrece su apoyo a la investigación de traducción en la base de la práctica científica y relaciona la investigación en enfermería con la formulación de la política sanitaria.

Ha publicado numerosos artículos sobre el ejercicio físico, cambios en la conducta y prácticas de relajación como aspectos de la promoción de la salud. Ha trabajado como editora de revistas y libros.

2.3.2. Bases epistemológicas de la teoría de Pender

El modelo de promoción de la Salud de Nola J Pender, se basa en la educación de las personas, sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable. Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos perceptuales que son modificados por las características situacionales, personales interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de la salud, cuando existe una pauta para la acción.

Sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud e integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables. Las bases que Pender poseía en enfermería, en desarrollo humano, en psicología experimental y en educación la llevaron a utilizar una perspectiva holística y psicosocial de la enfermería, y al aprendizaje de la teoría como bases para el MPS. “hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro” (27).

El MPS, integra diversas teorías:

1. La teoría del aprendizaje social de Albert Bandura (1977), que postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta.
2. Teoría del aprendizaje social, denominada actualmente teoría cognitiva social, incluye las siguientes autocreencias:
 - La autoatribución
 - La autoevaluación
 - La autoeficacia (construcción central para el MPS).
3. Modelo de valoración de expectativas de la motivación humana, descrito por Feather (1982), que afirma que la conducta es racional y económica, importante para el desarrollo del modelo.

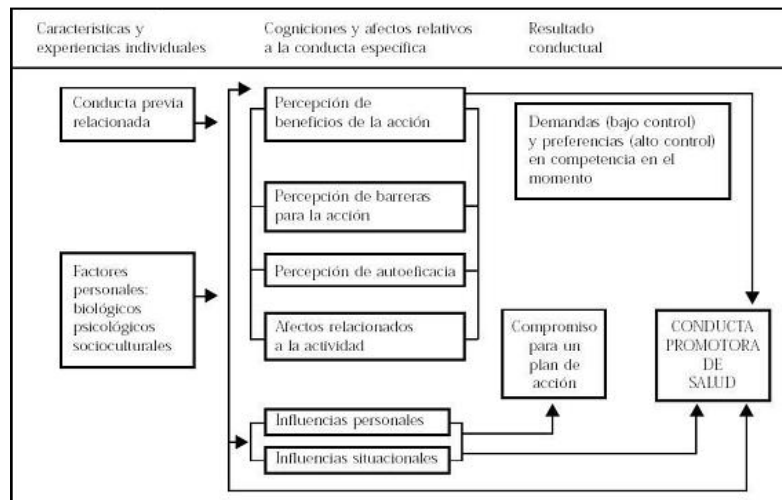
El MPS es similar a la construcción del modelo de creencia en la salud (Becker, 1974), pero no se limita a explicar la conducta de prevención de la enfermedad. Éste se diferencia del modelo de creencia en la salud porque en el MPS no tienen cabida el miedo o la amenaza como fuente de motivación para la conducta sanitaria. El MPS abarca las conductas que fomentan la salud, se aplica de forma potencial a lo largo de toda la vida.

Los siguientes factores son factores cognitivo-perceptuales y se definen como “mecanismos motivacionales primarios” de las actividades relacionadas con la promoción de la salud:

- Importancia de la salud. Los individuos que conceden gran importancia a su salud es más probable que traten de conservarla.
- Control de la salud percibido. La percepción que el individuo tiene de su propia capacidad para modificar su salud, puede motivar su deseo de salud.
- Autoeficacia percibida. La convicción por parte del individuo de que una conducta es posible pueda influir la realización de dicha conducta.

- Definición de la salud. La definición del individuo sobre lo que significa la salud, que puede ir desde la ausencia de enfermedad hasta un alto nivel de bienestar, puede influir las modificaciones conductuales que este intente realizar.
- Estado de salud percibido. El encontrarse bien o encontrarse enfermo en un determinado momento puede determinar la probabilidad de que se inicien conductas promotoras de la salud.
- Beneficios percibidos de las conductas. Los individuos pueden sentirse más inclinados a iniciar o mantener conductas promotoras de la salud cuando consideran que los beneficios de dichas conductas son altos.
- Barreras percibidas para las conductas promotoras de la salud. La creencia del individuo de que una actividad o una conducta son difíciles o inviable puede influir su intención de llevarla a cabo.

Otros factores modificantes, como son la edad, el sexo, la educación, la ingesta, el peso corporal, los patrones familiares sobre las conductas en cuanto a cuidados sanitarios y las expectativas de los allegados desempeñan también un papel importante en la determinación de las conductas respecto a los cuidados sanitarios. Estos factores modificantes se consideran como una influencia indirecta sobre la conducta, mientras que los factores cognitivo-perceptuales actúan directamente sobre ella.



Gráfica 1. Modelo de promoción de la Salud de Pender

Fuente: Pender, 1996

En 1975, la Dra. Pender publicó “un modelo conceptual de conducta para la salud preventiva”, que constituyó una base para estudiar el modo en que los individuos toman las decisiones sobre el cuidado de su propia salud dentro del contexto de la enfermería. En este artículo identificaba factores que habían influido en la toma de decisiones y las acciones de los individuos para prevenir las enfermedades. El Instituto Nacional de Salud financió un estudio de seis años, que fue llevado a cabo en la Universidad del Norte de Illinois. En este estudio se comprobó la validez del modelo de promoción de la salud. Los resultados publicados de estos estudios apoyan el modelo de promoción de la salud, al que Pender se refiere como un modelo “en evolución“. El modelo de promoción de la salud se basa en la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura, que postula sobre la importancia del proceso cognitivo en la modificación de la conducta. El modelo de la promoción de la salud tiene una construcción similar a la del modelo de creencia en la salud, pero no se limita a explicar la conducta preventiva de la enfermedad, sino que se amplía para abarcar las conductas que favorecen la salud.

Nola J. Pender, Licenciada en Enfermería de la Universidad de Michigan (Estados Unidos de América) es reconocida en la profesión por su aporte con el Modelo de Promoción de la Salud. Planteó que promover un estado óptimo de salud era un objetivo que debía anteponerse a las acciones preventivas. Esto se constituyó como una novedad, pues identificó los factores que habían influido en la toma de decisiones y las acciones tomadas para prevenir la enfermedad. Además, identificó que los factores cognitivos perceptuales de los individuos, son modificados por las condiciones situacionales, personales e interpersonales, lo que da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud cuando existe una pauta para la acción.

El perfil del estilo de vida de la promoción de salud se usa como instrumento para valorar las conductas de promoción de la salud. El modelo de promoción de la salud identifica en el individuo factores cognitivo-perceptuales, que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de la salud cuando existe una pauta para la acción.

El modelo de promoción de la salud propuesto por Pender, es uno de los modelos más predominantes en la promoción de la salud en enfermería; según este modelo los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos-perceptuales, entendidos como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud. La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud.

La concepción de la salud en la perspectiva de Pender, parte de un componente altamente positivo, comprensivo y humanístico, toma a la persona como ser integral, analiza los estilos de vida, las fortalezas, la resiliencia, las potencialidades y las capacidades de la gente en la toma de decisiones con respecto a su salud y su vida .

Este modelo le da importancia a la cultura, entendida ésta como el conjunto de conocimientos y experiencias que se adquieren a lo largo del tiempo, la cual es aprendida y transmitida de una generación a otra. El modelo de promoción de la salud de Pender se basa en tres teorías de cambio de la conducta, influenciadas por la cultura, así:

La primera teoría, es la de la Acción Razonada: originalmente basada en Ajzen y Fishben, explica que el mayor determinante de la conducta, es la intención o el propósito que tiene la conducta de un individuo. Se plantea que es más probable que el individuo ejecute una conducta si desea tener un resultado.

La segunda es la Acción Planteada: adicional a la primera teoría, la conducta de una persona se realizará con mayor probabilidad, si ella tiene seguridad y control sobre sus propias conductas.

La tercera es la Teoría Social-Cognitiva, de Albert Bandura en la cual se plantea que la auto-eficacia es uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano, definida como “los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento”. Adicional a lo anterior, la auto-eficacia es definida como la confianza que un individuo tiene en su habilidad para tener éxito en determinada actividad.

Según Pender, el Modelo de Promoción de la Salud retoma las características y experiencias individuales, además de la valoración de las creencias en salud, en razón a que estas últimas son determinantes a la hora de decidir asumir un comportamiento saludable o de riesgo para la salud, debido a su alto nivel de interiorización y la manera de ver la realidad que lo rodea.

La valoración de las creencias en salud relacionadas con los conocimientos y experiencias previas, determinan las conductas adoptadas por la persona; según el Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Pender, estas creencias están dadas por:

- Los beneficios de la acción percibidos o los resultados esperados, proporcionan motivación para adquirir una conducta de promoción de la salud, en la cual se da prioridad a los beneficios conductuales, destacando esta conducta entre otras personas, para que ellas puedan imitarla.
- La presencia de barreras para la acción, las cuales pueden ser personales, interpersonal salud desempeña un papel fundamental al determinar el estado de salud de cada persona, lo cual permitirá identificar las dificultades que se presentan y diseñar los mecanismos que permitan cambiar o disminuir una conducta de riesgo con el fin de mejorar la calidad de vida, para establecer un estado óptimo de salud a nivel físico, mental y social.
- La auto-eficacia; Bandura ha encontrado en numerosos estudios, que las personas que se perciben así mismas competentes en un dominio particular realizarán repetidas veces la conducta en las que ellos sobresalen; la auto-eficacia es un sistema que provee mecanismos de referencia que permiten percibir, regular y evaluar la conducta, dotando a los individuos de una capacidad autorreguladora sobre sus propios pensamientos, sentimientos y acciones

- Las emociones, motivaciones, deseos o propósitos contemplados en cada persona promueven hacia una determinada acción. Los sentimientos positivos o negativos acompañados de un componente emocional son clave para identificar la conducta que necesita modificarse. Por lo tanto, en cada programa de salud deben implementarse actividades dinámicas y atractivas que generen beneficios para toda la población.
- Las influencias interpersonales y situacionales, son fuentes importantes de motivación para las conductas de salud, el impacto de las redes familiares y sociales o del entorno dentro del cual se desenvuelve la persona, pueden actuar positivamente generando un sentimiento de apoyo y aceptación, lo que brinda confianza a sus habilidades, esta sería una fuente valiosa para la creación de una conducta que promueva la salud; sin embargo, en el caso contrario, cuando el entorno familiar o social es adverso y nocivo, crea dificultades para adoptar dicha conducta, de ahí que sea a veces más conveniente cambiar algunas condiciones del medio social y económico, que apuntar al cambio de conducta en una persona.
- Edad: particularmente tiene que ver en gran medida por la etapa específica del ciclo vital en la cual se encuentre la persona; a partir de la etapa en la que la persona se encuentre se verá afectado el estilo de vida.
- Género: éste es un determinante del comportamiento de la persona, ya que el ser hombre o ser mujer hará que el individuo adopte determinada postura respecto a cómo actuar, además de lo que implica la prevalencia de algunas enfermedades que se verán reflejadas en mayor proporción en un género en específico.

- Cultura: es una de las más importantes condiciones que llevan a las personas a adoptar un estilo de vida ya sea saludable o no; en ésta se incluyen los hábitos de alimentación, el tiempo de ocio y descanso, el deporte, entre otros.
- Clase o nivel socioeconómico: es un factor fundamental al momento de llevar un estilo de vida saludable, ya que si se pertenece a una clase media o alta se tendrán muchas más alternativas al momento de poder elegir una alimentación adecuada, y no sólo la alimentación sino también el acceso a la salud; mientras que para una persona de un nivel socioeconómico bajo, sus opciones se verán limitadas por la escasez de sus recursos económicos.
- Estados emocionales.
- Autoestima.
- Grado de urbanización.

La aplicación del Modelo de Promoción de la Salud de Pender, es un marco integrador que identifica la valoración de conductas en las personas, de su estilo de vida, del examen físico y de la historia clínica, estas actividades deben ayudar a que las intervenciones en promoción de la salud sean pertinentes y efectivas y que la información obtenida refleje las costumbres, los hábitos culturales de las personas en el cuidado de su salud.

Este modelo continúa siendo perfeccionado y ampliado en cuanto a su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influyen en las modificaciones de la conducta sanitaria.

Modelo de Promoción de Salud de Pender. 1996.

Pender considera el estilo de vida como un patrón multidimensional de acciones que la persona realiza a lo largo de la vida y que se proyecta directamente en la salud; para comprenderlo se requiere el estudio de tres categorías principales:

1. Las características y experiencias individuales.
2. La cognición y motivaciones específicas de la conducta.
3. El resultado conductual.

2.4. Marco teórico

Para el siguiente marco teórico, se introducen los conceptos desde algunos autores básicos de comprensión, para finalmente aportar una definición concreta sobre el concepto que se manejó en la investigación. Para la definición de algunos de los conceptos, se tiene en cuenta el metaparadigma de la enfermería (42), en tanto aporta algunos términos globales en la perspectiva del cuidado de los enfermeros.

2.4.1. Persona

Ser humano con funciones biológicas, sociales y simbólicas; con potencial para aprender y desarrollarse. Sujeto a las fuerzas de la naturaleza es capaz de autoconocerse, interpretar experiencias y llevar a cabo acciones beneficiosas. Inserta en un todo capaz de consecución de metas y con adaptación que puede expresar verbal y no verbalmente. (42)

Para la presente investigación, la persona se entenderá como como un ser con poder de sazonar y el cual tiene funciones bilógicas, sociales y simbólicas para desarrollarse.

2.4.2. Estilos de vida

Espinoza (2004) define el concepto de estilo de vida como un modo de vida individual, es la forma de vivir de las personas. Se relaciona estrechamente con la esfera conductual y motivacional del ser humano, y por lo tanto, alude a la forma personal en que el hombre se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares. En la actualidad, se considera que la familia, como grupo particular con condiciones de vida similares, posee un estilo de vida propio, que determina la salud del grupo familiar y sus miembros, por lo que se concibe, además, la categoría de estilo de vida familiar (12).

El concepto de estilo de vida nace en las ciencias sociales (Álvarez, 2012; Vargas, 2010; Cockerham, 2012; Fuentes, 2012), siendo Karl Marx y Max Weber (Albert et al, 2002; OMS, 2010; De la Antonia, 2009), quienes ofrecieran los primeros aportes sobre esta acepción. Estos autores brindan una visión sociológica del estilo de vida, enfatizando los determinantes sociales de su adopción y mantenimiento. No obstante es Marx Weber el mayor contribuyente en la construcción de estilo de vida y estilo de vida saludable. Desde su teoría de la racionalidad formal y las ideas acerca del estilo de vida, posibilitan el inicio para que otros autores apliquen las ideas propuestas por él en el desarrollo del concepto sobre estilo de vida en salud (Vargas, 2010; Guerrero et al, 2010). Weber relacionó que el estilo de vida (Lebensstil) de las personas está dado por la conducta de vida (Lebensführung) y estas a su vez están condicionadas por las oportunidades de vida (Lebenchancen), considerando que las oportunidades de vida finalmente están determinadas por las circunstancias sociales, específicamente las socioeconómicas (Vargas, 2010; Cockerham, 2012). De esta manera este autor desarrolló un concepto holístico de estilo de vida fundamentado en aspectos como ocupación, el ingreso, la educación y el estatus, logrando formular posteriormente el nivel socioeconómico (Cockerham, 2012)". (Pinzon Gómez (2013) (13)

La OMS los señala como “Una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones socioeconómicas y ambientales.
(41)

Para la presente investigación, el estilo de vida se entenderá como todo aquella expresión que muestra una forma, estilo o manera de entender la vida, de las cuales se desembocan sus hábitos o prácticas desde las dimensiones del ser humano: social, afectivo, cultural, deportivo, individual.

2.4.3. Estilos de vida saludables

Ducan (41), define los estilos de vida saludables como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida. Los estilos de vida son determinados por la presencia de factores de riesgo o factores protectores para el bienestar, por el cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamiento individuales, sino también de acciones de naturaleza social.

Para la presente investigación, se entenderá por estilos de vida saludables, todas esas prácticas y hábitos que las personas desarrollan teniendo en cuenta las dimensiones de desarrollo humano, construyendo un ser integral para su evolución. Algunos de los estilos de vida favorables pueden ser: practicar ejercicio, tener una alimentación adecuada, adoptar comportamientos de seguridad para evitar lesiones derivadas de accidentes, evitar el consumo del alcohol y las drogas, mantener una posición activa de vida, estructurado desde el manejo del estrés y la realización de diversas actividades para prevenirlo.

Por su parte, los estilos de vida no saludables, son todos aquellos comportamientos, hábitos o conductas que adoptan las personas en contra de su salud y en contra del mejoramiento de

su calidad de vida o estilo de vida. Entre ellas se pueden destacar los malos hábitos alimenticios, el sedentarismo la exposición al estrés, el consumo excesivo de cigarrillo y alcohol, tener más relaciones interpersonales, entre otros. (39).

Los estilos de vida, para la presente investigación, se entenderán como todos los hábitos y comportamientos que introducen los seres humanos en su vida, tendientes a satisfacer las necesidades y al desarrollo integral como persona.

2.4.4. Enfoques teóricos en la adquisición de estilos de vida saludables

2.4.4.1. Enfoque biomédico

De acuerdo con Oblitas (2006), este modelo fue establecido en el siglo XIX por Bright. Este modelo se basa en un enfoque patologista que se basa en la escisión mente-cuerpo, contemplando como únicas causas de la enfermedad las biológicas y a partir de ahí se realiza el diagnóstico y la intervención. Adicionalmente promueve la división anatómico-patológica de la medicina donde la persona enferma queda fragmentada según cada especialidad. De este modo el tratamiento es el resultado de una objetivación bajo un supuesto curativo y, en pos de la objetivación, se vuelve externo e independiente de la persona afectada y del médico que interviene. Desde este modelo, la salud es fundamentalmente ausencia de enfermedad y esta última se explica con base en las alteraciones fisiológicas de cada persona, es decir que la salud es la ausencia de signos objetivos y síntomas subjetivos de funciones corporales inadecuadas. Así las características principales del enfoque biomédico son el dualismo mente cuerpo, además se considera un enfoque mecanicista ya que entiende el cuerpo como una máquina, asimismo se puede decir que es reduccionista en la medida que deja a un lado los aspectos psicológicos, los procesos

sociales, ambientales y espirituales. Se enfoca más en la enfermedad que en la persona por tanto es negativista.

El enfoque planteado, al igual que todos los modelos también presenta ventajas, pues permite el desarrollo de la tecnología farmacológica y posibilita la educación popular acerca de medidas higiénicas, además permite el desarrollo de métodos diagnósticos más precisos y el desarrollo de técnicas quirúrgicas. Sin embargo, presenta como desventajas la preponderancia de una visión curativa sobre una visión preventiva de la enfermedad, lo cual, lleva a un rol pasivo por parte de la persona enferma frente a la enfermedad, generando falta de responsabilidad frente a la salud, además genera una excesiva preocupación en la duración de la vida menospreciando la calidad de vida.

2.4.4.2. Enfoque bio-psicosocial

Engel en 1977 (Oblitas, 2006) propone un modelo basado en la idea de que en todas las fases del proceso salud-enfermedad coexisten los factores biológicos, psicológicos y sociales participantes. Este modelo tiende a integrar al ser humano en la medida que lo entiende como un todo, como la integración de sistemas y subsistemas interrelacionados en un constante proceso dinámico y transaccional, es decir, que observa al ser humano desde una perspectiva holística. Así que, desde este modelo, ya no es el cuerpo el que enferma, sino el ser humano en su totalidad, en una unidad biopsicosocial. Por tanto la enfermedad está determinada por un conjunto de factores tanto biológicos como psicológicos y culturales que interactúan de modo complejo y particular en cada persona e interpreta la salud como un proceso que involucra el funcionamiento óptimo de los niveles, biológicos, psicológicos y sociales.

Partiendo de lo anterior, se puede decir que las características predominantes en este modelo radican en que, es un modelo multifactorial debido a que expone la complejidad e

interacción de factores de riesgo, de tal modo que es una concepción que integra lo psíquico con lo biológico y se encuentra enfocada tanto a la salud como hacia la enfermedad.

Las ventajas de este modelo se encuentran básicamente en que se tiene una mayor comprensión del desorden patológico y tiene una mayor capacidad explicativa, además, presenta un desarrollo más amplio en prevención primaria de la enfermedad y en cuanto a intervención presenta una posibilidad de rehabilitación integral de la persona, enfocándose en mejorar su calidad de vida.

Pese a las ventajas, este modelo también presenta algunas falencias, las cuales se relacionan con la exigencia de un mayor intercambio interdisciplinario, además, implica la conformación de equipos de salud multidisciplinarios para la intervención de la enfermedad, aunado a las dificultades teóricas y empíricas en cuanto a los factores de riesgo ya que existen diferentes posturas teóricas desde cada disciplina, lo cual pone en peligro el criterio profesional debido a que se puede llegar al relativismo en el análisis de los factores que determinan la salud y la enfermedad, de ahí que los procesos de diagnóstico e intervención requieran más tiempo.

2.4.5. Salud

Sentimiento de bienestar, comodidad física y mental donde se un equilibrio, un nivel máximo de adaptación al entorno diferenciándola de las alteraciones y enfermedades importantes. Entendida como un estado integral⁷ caracterizado por la firmeza o totalidad de la estructura y el funcionamiento corporal, que implica un movimiento dirigido de personalidad y otros procesos propios del hombre hacia una vida creativa, constructiva y productiva tanto personal como en comunidad. Proceso de actualización y percepción que no se puede cuantificar ni cualificar, surge de la interacción entorno–persona. Consta de

aspectos: físicos, psicológicos, interpersonales, sociales y culturales. Fuerza, voluntad y conocimiento han de dirigirse hacia la promoción del mantenimiento de la salud a través del autocuidado, del tratamiento y de la prevención de las enfermedades, donde la enfermería desarrolla su potencial para el óptimo funcionamiento del cuerpo humano.(42)

De acuerdo con Alarcón (1988), la palabra salud, proviene del latín *salus* y *salvatio*, las cuales eran similares en cuanto a sonido y escritura, pues la U y la V, cuyos sonidos y grafía ahora distinguimos, eran una sola letra para los clásicos, significan “estar en condiciones de poder superar un obstáculo. Salud es el hábito o estado corporal que permite continuar con vida, pues posibilita superar los obstáculos que el hecho de vivir trae consigo. Entonces, se entiende que solo un organismo sano puede superar las dificultades ya que el organismo enfermo, se le hace difícil superar los obstáculos que encuentra en el ambiente, generando de este modo, problemas para conservar la propia vida individual, así. (15)

Para la presente investigación, la salud se entenderá como un sentimiento de bienestar, tanto físico como emocional de las personas, donde se establece un equilibrio para la prevención de las enfermedades y la sana convivencia en el entorno que habite.

2.4.5.1. Salud en lo seres humanos

En el caso de los seres humanos, la vida no se reduce exclusivamente al aspecto biológico, pues implica aspectos psicológicos vinculados a su inteligencia y a decisiones con voluntad como la espiritualidad, esto hace del existir humano un fenómeno complejo, de tal modo que la salud no reduce al estar biológicamente vivo y poderse reproducir o a un cierto bienestar psicológico, es importante para su vida, realizar actos que los animales no pueden como por ejemplo emplear la inteligencia y la voluntad para trabajar y estudiar entre otras.

De ahí que la salud se entienda entonces en el ser humano como la capacidad para realizar sus actividades humanas normales, por ejemplo, las anteriormente mencionadas, las cuales exigen ciertas condiciones físicas y psicológicas, siendo un bien instrumental para la actividad espiritual (Alarcón, 1988). (15)

Con base en lo anterior, se puede decir que aunque se presenten pequeños malestares o irregularidades, no se detiene el funcionamiento de las actividades usuales, es decir, aunque una persona no pueda reproducirse, o evidencie alguna alteración física y/o psicológica leves, el sujeto tiene la capacidad para desarrollarse y desempeñarse adecuadamente en su vida, dependiendo de la actividad que lleve a cabo. Partiendo de esta apreciación y debido a que ha sido constatada, algunos teóricos, han concluido que la salud es un fenómeno subjetivo, el cual depende la percepción particular del sujeto. Conforme con esto, Castellanos (1991) en Espinoza González (2004), considera que, la actividad laboral, conjuntamente con la familiar, la escolar, la del grupo social, así como la actividad biológica y psíquica del hombre, forman parte de la actividad humana en la cual tiene lugar el proceso salud-enfermedad. De modo que la estructura genética no es una estructura cerrada y puede modificarse a través de la influencia del organismo con su medio exterior. Pese a esto, la ciencia médica, expone una visión científica del cuerpo enfermo, basado en el método científico deductivo, desarrollado en la época moderna, originando que la medicina buscara la lesión específica de cada enfermedad. Es decir, los médicos del siglo XIX, se enfocaron en encontrar alteraciones orgánicas latentes a las diferentes enfermedades, cobijados por la idea de que cada enfermedad responde a una alteración física, la cual se puede observar y según los avances de la ciencia, intervenir. Con esto, se entiende la salud como un estado de integridad orgánica, donde, si existe una enfermedad, es por causa de una alteración física. Dicha concepción, deja de lado el aspecto psicológico y espiritual de la salud. (12)

Sin embargo, Para Dejours (1986), citado en Bagrichevsky y otros (2007):

(...) la salud es la libertad de darle al cuerpo de comer cuando tiene hambre, de hacerlo dormir cuando tiene sueño, de darle azúcar cuando baja la glicemia. No es anormal estar cansado o con sueño, no es anormal tener una gripe...puede que sea normal tener algunas enfermedades. Lo que no es normal es no poder cuidar de esa enfermedad, no poder ir a la cama y dejarse llevar por la enfermedad, no poder dejar que las cosas sean hechas por otros por algún tiempo, no poder dejar de trabajar durante la gripe y después volver. (16)

A pesar de que la salud se puede entender como un hecho cuantificable, medible y observable, pues se sabe que se pueden medir múltiples fenómenos y que se pueden determinar partiendo de estadísticas y la correlación de datos, según Alcántara Moreno (2008.p.95) (17), la idea de salud depende de la interacción de diversos factores, tales como los políticos, sociales, económicos y ambientales. Acorde con esto, Briceño-León (2000.p.15) expone que “la salud es una síntesis; es la síntesis de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía internacional...”(18), todos estos procesos se encuentran enlazados, son interdependientes, de ahí que la salud dependa del control que actúe en la dinámica existente entre el medio físico, el biológico, el económico, social y el espiritual. Por tanto la salud es una estructura compleja en la medida que influye el actuar humano y las diferentes variables que interactúan allí. Con base en esto, se puede decir que la noción de salud, compromete un desarrollo histórico, pues cada sociedad ha tenido una determinada idea de salud en determinada etapa histórica, fundamentada en su particular manera de ejercer el poder, técnicas, valores, costumbres, creencias y normas. Así que la noción de salud responde a un constructo social o como expresa Ritzer (2002) “la salud es un hecho social que puede ser tratado como cosa y es externo y coercitivo al individuo”. (20)

Partiendo de lo anterior, la definición de salud que ofrece la OMS (1948) expresa que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y, no solamente la ausencia de afección o enfermedades...”. Pese a que esta definición fue expuesta hace más de 60 años aún sigue vigente y es notable por su institucionalidad ya que sirve como base para el cumplimiento de las competencias de la OMS.

Entonces, como plantea Lage (20). “Abordar la esfera de la salud, independientemente de la esfera social, sería asumir un modelo abstracto y unilateral que nos daría una visión distorsionada de la realidad puesto que el hombre al que se quiere brindar salud es un ser vivo que piensa, siente, actúa y se desarrolla en sociedad”. Aunado a esto, citando a Caponi (21) quien cita a Canguilhem (1990), citando a Kant, expone: “Podemos sentirnos bien, esto quiere decir, juzgar según nuestra impresión de bienestar vital, pero nunca podemos saber si estamos bien. La ausencia de la impresión (de estar enfermo) no le permite al hombre expresar que él está bien, sino aparentemente decir que él aparentemente está bien”. Esto da claros indicios de que el estado de salud, es un asunto que se relaciona más con un aspecto subjetivo que con el aspecto puramente objetivo. Asimismo, de acuerdo con Álvarez Pérez (1987) citado en Espinoza González (2004), la búsqueda y el restablecimiento de la salud implica diversas condiciones como las económicas, políticas, sistemas de salud públicas y la interacción del individuo con el profesional de la salud. De ahí que la autora, plantee que la calidad de vida depende del medio y su calidad, de este modo, la estimación de la salud, depende tanto de las necesidades y los conocimientos del individuo, como también de las condiciones de vida y de trabajo (12).

2.4.5.2. Nola pender y el modelo de promoción de la salud

Nola Pender, enfermera, autora del Modelo de Promoción de la Salud (MPS), expresó que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Se

interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud. El MPS pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr. Nola Pender nace en Lansing, Michigan el 16 de Agosto de 1941, su primer acercamiento con la enfermería fue a los 7 años, al observar el cuidado enfermero que le ofrecían a su tía hospitalizada. En 1962 recibe su diploma de la escuela de enfermería de West Suburban Hospital de Oak Park, Illinois. En 1964 completa su título en la Universidad del Estado de Michigan, Evanston, Illinois. Su trabajo de doctorado fue encaminado a los cambios evolutivos advertidos en los procesos de codificación de la memoria inmediata de los niños, de ahí surgió un fuerte interés por ampliar su aprendizaje en el campo de la optimización de la salud humana, que daría origen posteriormente al Modelo de Promoción de la Salud (mps) (22)

El MPS expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud. Está inspirado en dos sustentos teóricos: la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather. El primero, postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual, reconoce que los factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas. Señala cuatro requisitos para que éstas aprendan y modelen su comportamiento: atención (estar expectante ante lo que sucede), retención (recordar lo que uno ha observado), reproducción (habilidad de reproducir la conducta). (22)

El segundo sustento teórico, afirma que la conducta es racional, considera que el componente motivacional clave para conseguir un logro es la intencionalidad. De acuerdo con esto, cuando hay una intención clara, concreta y definida por conseguir una meta, aumenta la probabilidad de lograr el objetivo. La intencionalidad, entendida como el compromiso personal con la acción, constituye un componente motivacional decisivo, que se representa en el análisis de los comportamientos voluntarios dirigidos al logro de metas planeadas. El MPS expone cómo las características y experiencias individuales así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud, toda esta perspectiva Pender la integra en el siguiente diagrama del Modelo de Promoción de la Salud: (Véase gráfico inferior). En este esquema se pueden ubicar los componentes por columnas de izquierda a derecha; la primera trata sobre las características y experiencias individuales de las personas y abarca dos conceptos: conducta previa relacionada y los factores personales. (22)

El primer concepto se refiere a experiencias anteriores que pudieran tener efectos directos e indirectos en la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud. El segundo concepto describe los factores personales, categorizados como biológicos, psicológicos y socioculturales, los cuales de acuerdo con este enfoque son predictivos de una cierta conducta, y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de las conductas. Los componentes de la segunda columna son los centrales del modelo y se relacionan con los conocimientos y afectos (sentimientos, emociones, creencias) específicos de la conducta, comprende 6 conceptos; el primero corresponde a los beneficios percibidos por la acción, que son los resultados positivos anticipados que se producirán como expresión de la conducta de salud; el segundo se refiere a las barreras percibidas para la acción, alude a las apreciaciones negativas o desventajas de la propia persona que pueden obstaculizar un compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta real; el tercer concepto es la auto eficacia percibida, éste constituye uno de los conceptos más importantes en este modelo porque representa la percepción de competencia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta, conforme es mayor aumenta

la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta. La eficacia percibida de uno mismo tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica. (22)

El cuarto componente es el afecto relacionado con el comportamiento, son las emociones o reacciones directamente afines con los pensamientos positivos o negativos, favorables o desfavorables hacia una conducta; el quinto concepto habla de las influencias interpersonales, se considera más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de salud cuando los individuos importantes para ellos esperan que se den estos cambios e incluso ofrecen ayuda o apoyo para permitirlos; finalmente, el último concepto de esta columna, indica las influencias situacionales en el entorno, las cuales pueden aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud. Los diversos componentes enunciados se relacionan e influyen en la adopción de un compromiso para un plan de acción, concepto ubicado en la tercera columna y que constituye el precedente para el resultado final deseado, es decir para la conducta promotora de la salud; en este compromiso pueden influir además, las demandas y preferencias contrapuestas inmediatas. En las primeras se consideran aquellas conductas alternativas sobre las que los individuos tienen un bajo control porque existen contingentes del entorno, como el trabajo o las responsabilidades del cuidado de la familia, en cambio las preferencias personales posibilitan un control relativamente alto sobre las acciones dirigidas a elegir algo. En síntesis, el MPS plantea las dimensiones y relaciones que participan para generar o modificar la conducta promotora de la salud, ésta es el punto en la mira o la expresión de la acción dirigida a los resultados de la salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva. (22)

2.4.7. Enfermedad

La enfermedad es una alteración o pérdida de esa armonía de funcionamiento del conjunto. Especifico del cuerpo. Se puede evidenciar a través de:

- Síntomas: señales subjetivas, sólo descriptibles por el paciente.
- Signos: señales objetivas, que se pueden ver.

2.5. Marco legal

2.5.1. Políticas a nivel nacional acerca de la promoción de estilos de vida saludable

A continuación se resaltan algunos apartes de los decretos y resoluciones que justifican el marco legal de la presente investigación. Algunos de ellos son el Decreto 3039 y la resolución 425 de 2008.

El decreto 3039 de agosto 10 de 2007, por el cual se adopta el plan nacional de salud pública 2007 – 2010, y cuyo alcance define las responsabilidades en salud pública a cargo de la nación, de las entidades territoriales, y de los actores del sistema general de seguridad social en salud. Los propósitos son los siguientes: (a) mejorar el estado de salud de la población colombiana, (b) evitar la progresión y desenlaces adversos de la enfermedad, (c) enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica, y (d) disminuir las inequidades en salud de la población colombiana.

Con relación a este decreto, es importante afirmar que para la presente investigación, sirve de referente para reconocer la viabilidad del estudio. Ya que por medio de la caracterización de los estilos de vida, tanto de docentes como de estudiantes, la Corporación universitaria adventista, puede realizar intervenciones enfocadas en mejorar los estilos de vida encontrados, conforme a este decreto del ministerio de Salud de Colombia. Igualmente, la salud, como un factor fundamental en la supervivencia de las sociedades, se convierte en una fuente inagotable de planes de acción que se implementan con el fin de encontrar soluciones a las problemáticas.

La resolución 425 de febrero 11 de 2008, por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales. En detalle lo dispuesto en el Título III, acciones de obligatorio cumplimiento en los ejes programáticos del plan de salud territorial, artículo 15, inciso 4, eje programático de promoción social. También, lo establecido en el Título IV, plan de salud pública de intervenciones colectivas, artículo 17, numeral 1, promoción de la salud y calidad de vida.

En el capítulo III, las líneas para el desarrollo de la política del plan nacional de salud pública son las siguientes: (i) la promoción de la salud y la calidad de vida, (ii) la prevención de los riesgos, (iii) la recuperación y la superación de los daños en la salud, (iv) la vigilancia en salud y gestión del conocimiento, y (v) la gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del plan nacional de salud pública.

Acerca de las líneas de política, tiene particular interés la línea de promoción de la salud y la calidad de vida, puesto que se trata de un proceso orientado a modificar los

condicionantes o determinantes de la salud, con el fin de mitigar su impacto en la salud individual y colectiva. Con relación a esta línea de trabajo, y por medio de la presente investigación, el estudio pretende servir de insumo para la universidad en la promoción de la salud. Igualmente, como enfermeros en formación, es necesario problematizar los estilos de vida y las metas que se trazan con relación al bienestar y a la modificación de todos los determinantes de la salud, para mitigar la aparición de enfermedades y por tanto para generar y mantener una vida saludable.

Esta línea define sus estrategias, las competencias y las responsabilidades, estacando que la promoción de entornos saludables en la población a su cargo y en el ámbito de los servicios de salud, así como la promoción del desarrollo individual integral por ciclo vital y de la adopción de estilos de vida saludable está a cargo de las entidades promotoras de salud – EPS, administradores de riesgos profesionales –ARP, e instituciones prestadoras de servicios de salud –IPS...” (43)

Con relación a esta resolución y para la presente investigación, es importante tenerla en cuenta, en tanto se adoptan las políticas, prioridades, objetivos, metas y estrategias del plan nacional. En este sentido, la universidad como institución del estado, está llamada a velar por la prevención de las enfermedades, incluidos todos los estilos de vida presentes en las dimensiones propuestas por Nola Pender. Cada uno de esos ítems evaluados a través de la presente investigación, aportan líneas para comprender la salud de los estudiantes y docentes del programa de enfermería, pero también, para reconocer las prioridades a nivel local y actuar de forma coherente con lo que dice la presente resolución.

2.6. Marco normativo

A continuación se resaltan algunos apartes importantes de la resolución N° 008430 de 1993, por el cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Se resaltan por tanto, los artículos que están en relación con los seres humanos que son el objeto principal de la siguiente investigación.

De la investigación en seres humanos capítulo 1 de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos:

ARTICULO 5. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar. ARTICULO 6. La investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a los siguientes criterios: a) Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen. b) Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos. c) Se realizará solo cuando el conocimiento que se pretende producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo. d) Deberá prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos (mínimos), los cuales no deben, en ningún momento, contradecir el artículo 11 de esta resolución. e) Contará con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución. f) Deberá ser realizada por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de una entidad de salud, supervisada por las autoridades de salud, siempre y cuando cuenten con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación. g) Se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización: del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación; el Consentimiento

Informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución.

ARTICULO 8. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTICULO 9. Se considera como riesgo de la investigación la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

ARTICULO 10. El grupo de investigadores o el investigador principal deberán identificar el tipo o tipos de riesgo a que estarán expuestos los sujetos de investigación.

3. CAPÍTULO TRES – METODOLOGÍA

En el siguiente capítulo, se pretende mostrar la ruta seguida a nivel metodológico en el presente estudio, a continuación se presenta el enfoque y tipo de estudio que se escogió y las técnicas para la recolección de la información, la descripción de la población entre otros aspectos importantes para la fundamentación de los procedimientos en la investigación.

3.1. Tipo de estudio: Descriptivo y analítico

La presente investigación, es de tipo descriptivo y analítico, ya que, desde sus características, se comporta como el más indicado desde los objetivos propuestos.

Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, -comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (Dankhe, 1986). Miden y evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar. Desde el punto de vista científico, describir es medir (24).

En el trabajo realizado, se pretendió describir y medir, los estilos de vida de los estudiantes y docentes del programa de enfermería de la Universidad Adventista en el año 2015, como lo afirma Hernández, Fernández, y Baptista, (24), “los estudios descriptivos miden de manera más bien independiente los conceptos o variables con los que tienen que ver” (p.71). En este contexto, se tuvo en cuenta todas las variables presentes en los estilos de

vida a través de un instrumento, con el cual se recolecto la información, para después ser analizada.

La presente investigación se comporta como un estudio descriptivo, ya que toda la información es recolectada sin cambiar el entorno propio de los participantes en ella. En este sentido, no hay manipulación ni intervención con la población de trabajo que modifique las estructuras encontradas. El estudio descriptivo, desde la observación y recolección cuidadosa de la información, ofrece conocimientos adquiridos con los instrumentos de recolección diseñados. Para el caso del presente trabajo, se ofrece información acerca de los estilos de vida de los docentes y estudiante del programa de enfermería de la Corporación Adventista, en el año 2014-2015, teniendo en cuenta algunos comportamientos, actitudes y características de cada grupo de trabajo en particular. En los estudios descriptivos, también se realizan asociaciones y relaciones con otras circunstancias del entorno, lo cual se comprende en las diferentes dimensiones indagadas desde el instrumento de Nola Pender.

El estudio descriptivo realizado en esta investigación, necesito de la interacción con los participantes de la misma, ya que hubo acercamientos en la aplicación del instrumento para la recolección de la información. Con todos los datos recolectados con el instrumento, se describe la situación tal cual como es, sin subjetividades que puedan afectar los datos.

La función principal de un estudio descriptivo, consiste en medir y describir como se presenta una situación en un contexto real y caracterizarla desde las variables tenidas en cuenta para su desarrollo. Para la presente investigación, se tuvieron en cuenta las siguientes variables en la medición de los estilos de vida de los docentes y estudiantes:

- Edad
- Género
- Orientación religiosa

- Rol: docente
- Estudiante
- Estrato socioeconómico
- Peso
- Talla
- IMC

Con las anteriores variables, se pasó a describir los estilos de vida, influenciados por los diferentes comportamientos que Nola Pender describe en el instrumento aplicado para ello. Todos los comportamientos y la recolección de la información, se desarrolla en la Corporación Adventista, en los lugares que frecuentan estudiantes y docentes.

Finalmente, los estudios descriptivos no requieren la elaboración o redacción de hipótesis causales iniciales a la exploración de la información, en tanto se pretende recolectar, de forma más cercana a los participantes, para describir la situación. De la información recolectada, se pueden establecer hipótesis que puedan ser debatidas en próximos trabajos, pero no como comprobaciones anteriores a la descripción de la información.

Hay diferentes maneras de organizar dichos estudios siendo la más simple de ellas la simple descripción de algún problema registrando las características de las personas afectadas y del ambiente. Se efectúan mediciones, se establecen frecuencias y, cuando es posible, se usan algunas herramientas estadísticas para retratar mejor la situación (28)

Teniendo en cuenta lo anterior, en la presente investigación se realiza una descripción de los estilos de vida de docentes y estudiantes, registrando mediciones y frecuencias de forma estadística relacionando las variables edad, género e índice de masa corporal con los dos grupos de trabajo participantes. El estudio es de tipo descriptivo y analítico. Es descriptivo,

porque mide cada uno de los factores asociados a los estilos de vida de docentes y estudiantes de enfermería de la UNAC. Es analítico, porque se analizan y comparan diversos factores asociados a los estilos de vida de la población objeto (Ver resultados).

3.2. Enfoque de la investigación

La investigación es el proceso mediante el cual generamos conocimiento de la realidad con el propósito de explicarla, comprenderla y transformarla de acuerdo con las necesidades materiales y socioculturales del hombre que cambian constantemente. Hernández, Baptista y Fernández, (24) La definen como “Un conjunto de procesos sistemáticos, críticos y empíricos que se aplican al estudio de un fenómeno” Todo este proceso se rige por unas reglas de validez y aceptabilidad compartidas por la comunidad científica y busca resolver problemas observados y sentidos, produciendo nuevos conocimiento (29).

Para la presente investigación, el enfoque cuantitativo, define las formas de proceder con la información y en el manejo de las variables y su análisis.

Para el presente estudio, se utilizó como enfoque de investigación, el cuantitativo, ya que los estudios cuantitativos, generalmente reflejan una filosofía determinista y basada en el positivismo, en tanto se examinan variables con las diferentes causas que pueden interactuar con ellas. A continuación se muestra el proceso llevado a cabo en la presente investigación, teniendo en cuenta el enfoque cuantitativo

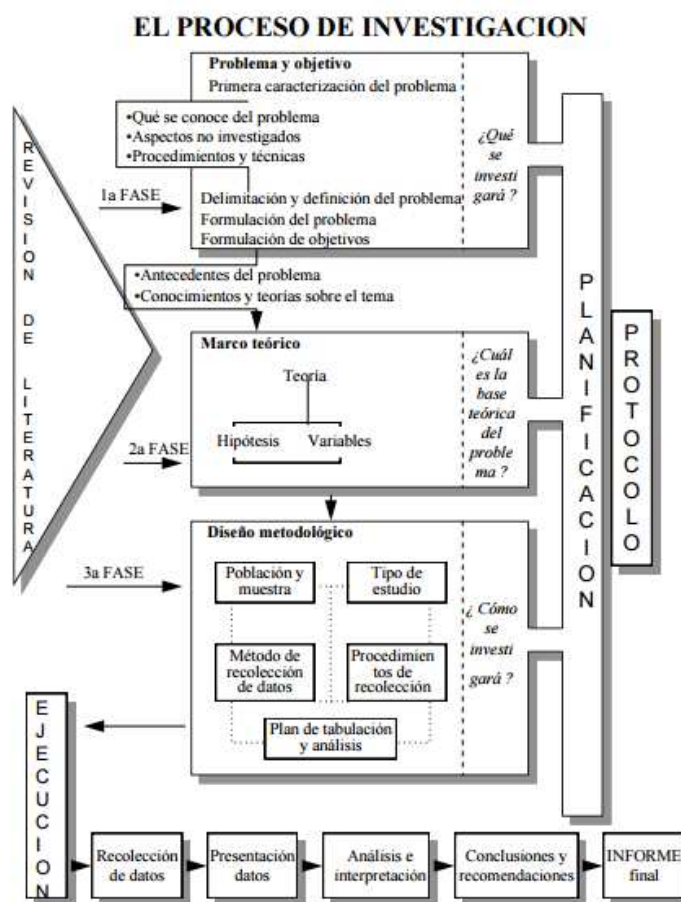


Figura 4. El proceso de investigación (Canales, Alvarado y Pineda, 1986: 60).

Gráfica 2. Proceso de la investigación

Fuente: Monje, C. (2011).

La metodología Cuantitativa, se basa en el uso de técnicas estadísticas para conocer ciertos aspectos de interés sobre la población que se está observando. Se utiliza en diferentes ámbitos, desde los estudios de opinión hasta el diagnóstico para establecer políticas de desarrollo. Descansa en el principio de que las partes representan al todo; estudiando a cierto número de sujetos de la población (una muestra). Se pretende conocer la distribución de ciertas variables de interés en una población. Dichas variables pueden ser tanto cosas objetivas, como subjetivas. Para observar o recolectar la información, se pueden utilizar distintas técnicas como las encuestas o la medición (30).

El paradigma pos-positivista adopta la filosofía en la cual la realidad puede ser descubierta imperfectamente y de forma probabilística. El enfoque es típicamente deductivo - donde la mayor parte de las ideas o conceptos se reducen a variables, y las relaciones entre ellas son sometidas a test. El conocimiento resultante es basado en la observación, medición e interpretación cuidadosa de la realidad objetiva (25)

Como lo afirma Sousa, V, Driessnack, M y Costa, I. (25), la investigación cuantitativa adopta una estrategia sistemática, objetiva y rigurosa para generar y refinar el conocimiento. En este diseño, se utiliza inicialmente el raciocinio deductivo y la generalización. El raciocinio deductivo es el proceso en el cual el investigador comienza con una teoría o estructura establecida, en donde conceptos ya fueron reducidos a variables, recolectando evidencia para evaluar o probar si la teoría se confirma. Generalización es la extensión en la cual conclusiones desarrolladas a partir de las evidencias recolectadas en una muestra, pueden ser extendidas a una población mayor.

Algunas de las características de la investigación cuantitativa, las define (30) afirmando que en primer lugar, es necesario tener una variable de trabajo. Para el caso de la presente investigación, las variables ya fueron definidas: Edad, género, orientación religiosa, rol: docente, estudiante, estrato socioeconómico, peso, talla e IMC. En segundo lugar, la selección de muestra. Para el presente estudio, se seleccionaron de forma intencional, tanto

docentes como estudiantes para recolectar la información necesaria para describir los estilos de vida presente en estos grupos. (Ver población y muestra). Un tercer aspecto clave en la investigación cuantitativa, es la recolección de la información a través de un instrumento de trabajo. Para la investigación se utilizó una Encuesta de caracterización basada en las seis dimensiones que propone Nola Pender para evaluar los estilos de vida en las poblaciones: Responsabilidad social, nutrición, actividad física, manejo del estrés, relaciones interpersonales y relaciones espirituales. En cuarto lugar, está el análisis de los datos mediante la estadística descriptiva. Para este caso, se utilizaron los programas estadísticos llamado SPSS versión 20 y el software MINITAB (ambos paquetes estadísticos) (Ver estrategia de análisis de datos). Finalmente, la generación de los resultados de la investigación, desde la población de trabajo. En la investigación se presentan los datos tanto de docentes como de estudiantes pertenecientes a la encuesta aplicada y la relación de las variables de trabajo.

3.3. Diseño del estudio: Transversal

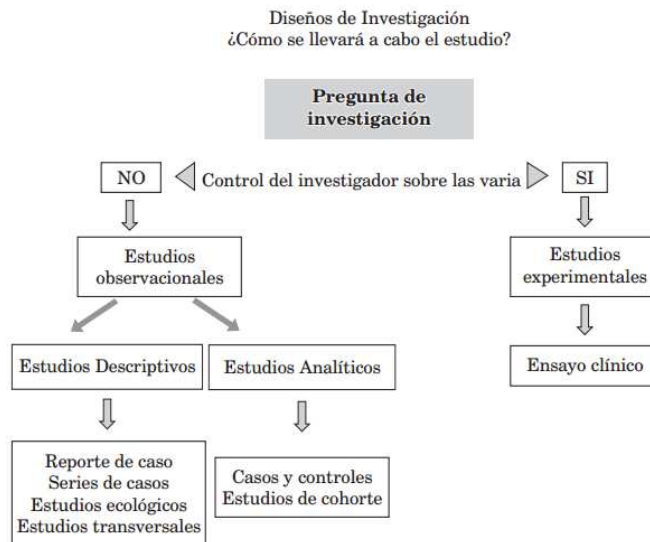
La presente investigación, se encuentra inmersa en los estudios observacionales y estos contienen a los descriptivos y transversales. El diseño de la investigación es transversal. Los diseños de investigación transversal recolectan datos en un tiempo único, es como tomar una fotografía de algo que sucede (31). Para el caso de la presente investigación, se toman unos datos en tiempos determinados de unos grupos determinados: se describen los estilos de vida de docentes y estudiantes en los años 2014-2015.

En los estudios con diseño transversal, las variables identificadas como básicas para el estudio, se dan en un tiempo y con unas relaciones específicas entre ellas mismas (Esto es lo que se analiza en el capítulo de resultados). Este tipo de estudios, toma de forma instantánea una población y en un momento determinado. De ahí, se extraen las

conclusiones, acerca de los fenómenos registrados, observados y comprobados a través de los diferentes instrumentos utilizados.

Una de las ventajas de estos estudios, es que permite utilizar varias variables al tiempo, para el caso de la presente investigación, las variables de edad, género e índice de masa corporal relacionados con los dos grupos de trabajo: docentes y estudiantes. Así mismo, no se necesita del seguimiento continuo de los individuos, en tanto se registra una sola muestra para determinar los objetivos propuestos de la investigación.

A continuación se presenta una gráfica de resumen final sobre la forma de proceder en el presente estudio. Se observa la pregunta o problema de investigación como la base para escoger el diseño a implementar, luego el tipo de estudio y el diseño que se implementa. El estudio realizado está inmerso en los estudios observacionales, como estudio descriptivo y transversal:



Gráfica 3. Diseño de la investigación

Fuente: Sánchez y Méndez, 2008

3.4. Alcances del estudio

- El presente estudio, de tipo descriptivo, permitió la caracterización de los estilos de vida presentes en estudiantes y docentes de la UNAC, inscritos en el programa de enfermería, todo esto, basado en las dimensiones establecidas en el cuestionario HPLP de Nola Pender sobre diversos aspectos de la vida cotidiana.
- Así mismo, el estudio aporta a la consolidación de un insumo para la Universidad, en tanto los resultados aquí obtenidos, pueden servir en el fortalecimiento de los estilos de vida presentes en toda la comunidad universitaria. En este sentido, el insumo sobresaliente en la investigación, puede servir de ejemplo para otras facultades y programas, en la caracterización y reconocimiento permanente de sus estudiantes y docentes.
- Los resultados del estudio, presentan los estilos de vida de estudiantes y docentes desde las dimensiones conceptualizadas: responsabilidad en salud, actividad física, nutrición, crecimiento espiritual, relaciones interpersonales y manejo del estrés.

3.5. Población y muestra

Para el presente estudio, se tuvo en cuenta la población activa en los procesos de enseñanza y aprendizaje del programa de enfermería, Facultad ciencias de la salud, de la Corporación Universitaria Adventista, primer semestre del año 2015.

El muestreo es no probabilístico, porque este tipo de muestreo no sigue el proceso aleatorio; además el investigador según sus objetivos selecciona los sujetos los cuales

integrarían su muestra; por eso dentro del tipo de muestreo no probabilístico existe el denominado por conveniencia; porque el investigador, según la característica de sus objetivos, selecciona los sujetos que tienen la posibilidad de integrar su muestra.

El total de la población participante fue de 188, conformada por 30 docentes, cuyo rango de edades se encuentra entre 26 y 65 años de edad, con un promedio de 36 a 40 años; de los cuáles 23 son del género femenino y 7 del género masculino; entre los 40 y 95 kilogramos de peso, con un promedio entre 60 y 67 kilogramos; talla entre 1.48 cm y 1.63 cm, promedio de estatura entre 1.60 cm y 1.63 cm; índice de masa corporal entre < (menor) de 16 (delgadez severa) y 34.99 (Obeso tipo I), promedio entre 18.50 y 24.99 (Normal).

Los cuáles se identifican con la filosofía educativa, misión, visión y objetivos institucionales propuestos y establecidos por la Universidad Adventista, con un alto grado de responsabilidad y compromiso con la formación de educandos en concordancia con la ideología de la presente institución, a través de su ejemplo y contribuciones, desde los diferentes escenarios en que y con los que interactúan; también, poseen como características principales: Componente cristiano, 18 de los docentes, pertenecen a la religión católica, 9 corresponden a la adventista y 3 son cristianos (Los maestros reflejan el carácter de Cristo a través de un compromiso personal con la vivencia de principios y valores cristianos y el desarrollo de un estilo de vida a fin), Componente profesional, al exponer y demostrar actualidad y destreza en la adquisición y manejo de conocimientos simples y complejos, al integrarlos, investigarlos e interactuar con la práctica y con otras comunidades científicas y un componente pedagógico, en el que ellos demuestran y manifiestan sus habilidades para enseñar, practicar la fe a través de estrategias de enseñanza.

Esta muestra, también, está conformada por 158 estudiantes, con edades entre 16 y 45 años, con un promedio de 21 a 25 años; de los cuáles 130 son del género femenino y 28 del masculino; entre los 40 y 107 kilogramos de peso, con un promedio entre 56 a 63 kilogramos; talla entre 1.48 cm y 1.87 cm, promedio de estatura entre 1.60 cm y 1.63 cm; índice de masa corporal entre < (menor) de 16 (delgadez severa) y 39.99 (Obeso tipo II), promedio entre 18.5 y 24.99 (normal); 91 de ellos hacen parte de la religión católica, 53 a la adventista y 14 a la cristiana; 17 de los estudiantes pertenecen al primer semestre, 27 al segundo, 20 al tercero, 13 al cuarto, 15 al 5, 28 al sexto, 5 al séptimo, 16 al octavo, 7 al noveno, 10 al décimo; se caracterizan por ser aprendices íntegros, la mayoría con o trata de llevar estilos de vida saludables, auto-disciplinados, con aptitudes y actitudes para lograr el nivel de competencia profesional definido y establecido por la universidad (programa), con una serie de principios éticos (integridad, responsabilidad, confidencialidad, colaboración, etc.) y morales (honradez, bondad, solidaridad, lealtad, templanza, fortaleza, justicia e igualdad) compatible con la profesión en la que cada uno se esté formando y con un excelente y adecuado nivel de preparación académica en su formación.

3.5.1. Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión tenidos en cuenta en la presente investigación para los participantes, fueron: que perteneciera al programa de enfermería de la UNAC, no hubo preferencias en los sexos y fue importante que estuvieran, los estudiantes matriculados, y los docentes en ejercicio actualmente. Además de esto que cumplieran con los siguientes criterios:

- Que aceptaran participar voluntariamente en la realización de la encuesta.
- Que contaran con el tiempo para participar de la investigación.
- Que firmaran el consentimiento informado, aspecto que posibilitaba la utilización de la información para fines únicamente académicos.

- Que se encuentren matriculados en el semestre actual 2014-2.

3.5.2. Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión tenidos en cuenta para la presente investigación fueron:

- Estudiantes de otros programas de la UNAC
- Estudiantes que no deseen firmar el consentimiento informado
- Docentes de otros programa de la UNAC.

3.6. Consideraciones éticas

De acuerdo con la Resolución N008430 del 4 de Octubre de 1993, el Ministerio de Salud de la Republica de Colombia establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. A continuación se citan algunos artículos a tener en cuenta en el presente estudio, en el marco de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos.

ARTICULO 5. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

ARTICULO 6. La investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a los siguientes criterios:

- a) Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.

b) Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.

c) Se realizará solo cuando el conocimiento que se pretende producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.

e) Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución.

g) Se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización: del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación; el Consentimiento Informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución.

ARTICULO 8. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

3.6.1. Consentimiento informado

Para la presente investigación, se proponen realizar consentimientos informados, así como lo sugiere la universidad. En el Anexo A se encuentra el formato entregado a los participantes de la investigación. De acuerdo con la Resolución N° 008430 DE 1993 (4 de octubre de 1993) por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, se afirma en relación con el consentimiento informado lo siguiente:

ARTICULO 14. Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los

procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

ARTICULO 15. El consentimiento informado deberá presentar la siguiente, información, la cual será explicada, en forma completa y clara al sujeto de investigación o, en su defecto, a su representante legal, en tal forma que puedan comprenderla. a) La justificación y los objetivos de la investigación. b) Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito incluyendo la identificación de aquellos que son experimentales. c) Las molestias o los riesgos esperados. d) Los beneficios que puedan obtenerse. e) Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto. f) La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto. g) La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se creen perjuicios para continuar su cuidado y tratamiento. h) La seguridad que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad. i) El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque esta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando.

PARAGRAFO TERCERO. Cuando sea necesario determinar la capacidad mental de un individuo para otorgar su consentimiento, el investigador principal deberá acudir a un neurólogo, siquiátra o sicólogo para que evalúe la capacidad de entendimiento, razonamiento y lógica del sujeto, de acuerdo con los parámetros aprobados por el Comité de Ética en Investigación de la institución investigadora. PARAGRAFO CUARTO.

Cuando se presuma que la capacidad mental de un sujeto hubiere variado en el tiempo, el Consentimiento Informado de éste o, en su defecto, de su representante legal, deberá ser avalado por un profesional (neurólogo, siquiátra, sicólogo) de reconocida capacidad científica y moral en el campo específico, así como de un observador que no tenga relación con la investigación, para asegurar la idoneidad del mecanismo de obtención del

consentimiento, así como su validez durante el curso de la investigación. PARAGRAFO QUINTO. Cuando el sujeto de investigación sea un enfermo psiquiátrico internado en una institución, además de cumplir con lo señalado en los artículos anteriores, será necesario obtener la aprobación previa de la autoridad que conozca del caso.

3.6.2. Tipo de riesgo de la investigación

La presente investigación tiene como referentes éticos los pilares de la declaración de Helsinki, el código de ética de enfermería y la resolución 8430 del 93, “por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”.

De acuerdo con la resolución 8430 (1993), se adoptan los siguientes postulados:

El Capítulo I del Artículo 11 clasifica la presente investigación sin riesgos, por limitarse solamente a la aplicación de cuestionario sin la manipulación de variables intrínsecas al ser humano. Es decir, no se realizó ninguna intervención o modificación con las variables fisiológicas, psicológicas o sociales que poseen las personas que participaron del estudio, y en ese sentido, tampoco se invadió la intimidad de la persona, reconociendo el derecho del sujeto de participar libremente en dicha investigación.

El Capítulo I, Artículo 6, regula que en la investigación en la cual el ser humano es sujeto de estudio, prevalece el criterio de respeto a su dignidad y la protección de los derechos y su bienestar, además el sujeto de estudio ha dado el consentimiento informado: la explicación sobre la naturaleza y el propósito del estudio, así como las ventajas de su participación, cuyo consentimiento ha sido escrito y firmado por el sujeto de investigación o su representante legal.

Por otro lado, en el Artículo 8, se resalta la importancia de proteger la privacidad del individuo, sujeto de investigación.

Pues a cada persona que ha participado en el estudio, se le ha informado el objetivo del estudio y su participación ha sido voluntaria y consentida, salvaguardando así el derecho a la confidencialidad y a la libertad de opinión.

3.7. Instrumentos para la recolección de la información

3.7.1 Encuesta HPLP II de Nola Pender

El instrumento utilizado para la recolección de la información fue el HPLP II realizado por Nora Pender. Nora Pender elabora un instrumento junto con Walker y Sechrist en 1987, teniendo como base una escala psicométrica formulada por las mismas autoras: promoción de la salud - estilo de vida - comportamiento de salud - estrategia de comunicación, quienes validaron su versión castellana en 1990 (10). El HPLP (Health Promoting Life Profile) es un instrumento publicado en español cuya varianza fue de 45,9% y fiabilidad entre 0,7 y 0,9. La Escala validada en el contexto latinoamericano con un alfa de Cronbach de 0,93 (11).

El instrumento HPLP II de la teorista Nola Pender, está conformado por 52 ítems distribuidos en seis dimensiones: responsabilidad en salud, actividad física, nutrición, crecimiento espiritual, relaciones interpersonales, manejo del estrés. Los ítems se valoran mediante una escala de Likert que va de 1 a 4 donde 1 (N = nunca), 2 (A = algunas veces), 3 (M = frecuentemente), 4 (R = rutinariamente). La sumatoria de los ítems de las respuestas para obtener una valoración de cada dimensión, al consolidarla se obtiene el resultado de los estilos de vida saludable (11). Esto hace parte del marco metodológico.

Las dimensiones son conceptualizadas desde el estudio en el que se realiza la validez del instrumento y se definen a continuación:

3.7.1.1. Responsabilidad en salud. Implica un sentido activo de responsabilidad por el propio bienestar. Esto incluye prestar atención a su propia salud, la educación de uno mismo acerca de la salud y el ejercicio de informarse y buscar ayuda profesional (11).

3.7.1.2. Actividad física. Implica la participación regular en actividades ligeras, moderadas y/o vigorosas. Esto puede ocurrir dentro de un programa planificado y controlado por el bien de la aptitud y la salud o incidentalmente como parte de la vida diaria o las actividades de ocio (11).

3.7.1.3. Nutrición. Esta dimensión implica la selección, conocimiento y consumo de alimentos esenciales para el sustento, la salud y el bienestar. Se incluye la elección de una dieta diaria saludable consistente con directrices de la Guía Pirámide de Alimentos (11).

3.7.1.4. Crecimiento espiritual. Centrado en el desarrollo de los recursos internos, que se logra a través de trascender, conexión y desarrollo. Trascendiendo nos pone en contacto nuestro seres equilibrados, nos da la paz interior y nos abre a la posibilidad de crear nuevas opciones para llegar a ser algo más allá de quién y qué somos. Conexión es la sensación de armonía, plenitud, y la conexión con el universo. El desarrollo implica maximizar el potencial humano para el bienestar a través de la búsqueda de sentido, la búsqueda de un sentido de propósito, y trabajar hacia las metas de la vida (11).

3.7.1.5. Relaciones interpersonales. De acuerdo al concepto propuesto para el proceso de validez del instrumento, implica la utilización de la comunicación para lograr una sensación de intimidad y cercanía significativa, en lugar de más casuales con los demás. La

comunicación consiste en el intercambio de ideas y sentimientos a través de mensajes verbales y no verbales (11)

3.7.1.6. Manejo del estrés. Implica la identificación y movilización de los recursos psicológicos y físicos para controlar eficazmente o reducir la tensión (11).

Con relación en lo anterior, la investigación de “Caracterizar los estilos de vida de estudiantes y docentes del programa de enfermería, de la Corporación Universitaria Adventista de Colombia”, se encuentra fundamentada en la teorista Nola Pender y su MPS, mediante el instrumento de indagación de estilos de vida saludable con seis dimensiones que se consideran relevantes para orientar las estrategias adecuadas a los estudiantes y contribuir a una mejor calidad de vida.

3.7.2. Confiabilidad de los equipos utilizados para talla y peso de los participantes

Para la toma del peso de los participantes de la investigación, se utiliza La Balanza con monitor de composición corporal HBF-500, la cual muestra el valor calculado del porcentaje de grasa corporal, porcentaje de musculo esquelético, metabolismo en reposo, índice de grasa corporal (IMC) y nivel de grasa visceral utilizando el Método de Impedancia Bioelectrica (IB) La Balanza se observa a continuación:



Gráfica 4. Balanza con monitos de composición corporal HBF-500

Los datos Generales (44) de la Balanza se presentan a continuación:

Parámetros medidos: Peso: 0 a 135 kg con incrementos de 0,1kg (0 a 300 libras con incrementos de 0,2 libras)

Porcentaje de grasa corporal: 5,0 a 60,0% con incrementos de 0,1%

Porcentaje de músculo esquelético: 5,0 a 50,0% con incrementos de 0,1%

IMC: 7,0 a 90,0 con incrementos de 0,1

Metabolismo en reposo: 385 a 5000 kcal con incrementos de 1 kcal

Nivel de grasa visceral: 30 niveles con incrementos de 1 nivel.

El rango de edad para la clasificación del porcentaje de músculo esquelético, metabolismo en reposo y nivel de grasa visceral es de 18 a 80 años de edad. *El rango de edad para la clasificación del porcentaje de grasa corporal es de 20 a 79 años de edad.

Clasificación del IMC: - (Peso insuficiente) / 0 (Normal) / + (Sobrepeso) ++ (Obeso) con 12 niveles de visualización de barras

Clasificación del porcentaje de grasa corporal: - (Bajo) / 0 (Normal) / + (Alto) ++ (Muy alto) con 12 niveles de visualización de barras

Clasificación de la grasa visceral: 0 (Normal) / + (Alto)

Rangos para la fijación de valores: Límites establecidos Altura: 100,0 a 199,5 cm (3' 4" a 6' 6 3/4")

Edad: 10 a 80 años

Sexo: Masculino / Femenino

Memoria: 1 día / 7 días / 30 días / 90 días

Dimensiones: Unidad de pantalla: Aproximadamente 300 (ancho) x 35 (alto) x 155 mm (profundidad)

Unidad principal: Aproximadamente 300 (ancho) x 57 (alto) x 325 mm

Peso: Aproximadamente 2,2kg (incluyendo las pilas)

Condiciones de Operación: Humedad relativa: 30 a 85 %. Temperatura: 10 a 40 °C

Condiciones de almacenamiento: Humedad relativa: 10 a 95 %. Temperatura: -20 a 60 °C

Alimentación eléctrica: 4 pilas AA Duración de las pilas: Aproximadamente 1 año (si se usa 4 veces al día)

Configuración estándar: Unidad principal, 4 pilas AA, Manual de instrucciones, Hoja de gráficos

Fabricante: Omrom

Garantía: 1 año

Teniendo en cuenta, que el envejecimiento de los componentes, los cambios de temperatura y el estrés mecánico que soportan los equipos deteriora poco a poco sus funciones. Cuando esto sucede, los ensayos y las medidas comienzan a perder confianza y se resienten tanto el diseño como la calidad del producto. Esta realidad no puede ser eludida, pero sí detectada y limitada, por medio del proceso de calibración (45).

El cual es definido por la norma técnica Colombiana NTC – ISO 10012, como:

Operación que bajo condiciones especificadas establece, en una primera etapa, una relación entre los valores y sus incertidumbres de medida asociadas obtenidas a partir de los patrones de medida, y las correspondientes indicaciones con sus incertidumbres asociadas y, en una segunda etapa, utiliza esta información para establecer una relación que permita obtener un resultado de medida a partir de una indicación (46)

Todo esto para (47), mantener y verificar el buen funcionamiento de los equipos, responder a los requisitos establecidos en las normas de calidad, garantizar la fiabilidad y trazabilidad de las medidas. Por lo que, como lo afirma OMRON (47) con este tipo de balanza se tienen los siguientes cuidados y mantenimiento:

- No desarme o modifique la unidad.
- Los cambios o modificaciones no aprobados por Omron Healthcare anularán la garantía al usuario.
- No someta la balanza a golpes fuertes, como dejar caer la unidad al suelo.
- No sumerja el dispositivo o cualquiera de sus componentes en el agua (La balanza no está hecha a prueba de agua).
- Limpie la balanza con un paño seco y suave.
- No use limpiadores abrasivos o volátiles.

- Guarde la balanza en un lugar seco y seguro.
- No exponga la balanza a la luz directa del sol, temperaturas extremas, altas o bajas, o a la humedad.
- Seque completamente cualquier rastro de humedad antes de guardar la balanza.
- Saque la pilas si no piensa utilizar la balanza durante tres meses o un período más prolongado.
- Guarde la Unidad de la Pantalla en la Unidad Principal. Cuando se guarde la parte baja de la Unidad de la Pantalla, esta emitirá un clic que indica que ha sido incorporada correctamente en el Soporte de la Unidad de la Pantalla.
- No enrollar el cable cuando se almacene en el Soporte de la Unidad de la Pantalla

Por esto para la correcta toma de peso, se tuvieron en cuenta lo siguientes indicadores de erros de la balanza:

INDICADOR DE ERROR	CAUSA	CORRECCIÓN
{err1}	Las palmas de sus manos o plantas de sus pies no están en contacto con los electrodos de manera correcta.	Asegúrese de estar descalzo. Asegúrese que las palmas de sus manos o plantas de sus pies estén limpios y secos. Asegúrese que las palmas de sus manos o plantas de sus pies estén en la posición correcta. Consulte POSTURA CORRECTA PARA LA MEDICIÓN en la página 22 y Cómo Sostener los Electrodo de Agarre la página 23.
{err2}	La posición durante la medición no fue estable. Las palmas de sus manos o plantas de sus pies no estaban en la posición correcta.	Permanezca quieto y no se mueva hasta que la medición finalice. Consulte POSTURA CORRECTA PARA LA MEDICIÓN en la página 22 y Cómo Sostener los Electrodo de Agarre en la página 23.
{err3}	Las palmas de sus manos o plantas de sus pies están demasiado secas.	Humedezca ligeramente las palmas de sus manos o plantas de sus pies con una toalla húmeda y vuelva a realizar la medición.
{err4}	Los valores de la condición física se encuentran fuera de los parámetros de medición.	<ul style="list-style-type: none"> • Verifique la configuración de sus datos personales. Cambie la configuración si es necesario. Vuelva a realizar la medición. • La unidad principal no puede medir la condición física fuera de su rango de medición, aunque la edad, el género y la altura estén configurados correctamente. Consulte Pantalla y Rangos Establecidos en la página 33.
{err5}	La balanza no está configurada correctamente.	Retire las pilas. Espere un minuto. Vuelva a colocar las pilas. Consulte COLOCACIÓN DE LAS PILAS en la página 16. Presione el interruptor de encendido de la balanza a On. Vuelva a realizar la medición.
{err}	Se subió a la plataforma de medición antes de que apareciera 0,0 kg en la pantalla.	Espere hasta que 0,0 kg aparezca en la pantalla antes de subirse a la plataforma de medición.
	La balanza se movió antes de que apareciera 0,0 kg en la pantalla.	No mueva la balanza hasta que 0,0 kg aparezca en la pantalla.
	Movimiento durante la medición.	No se mueva hasta que la medición finalice.
	La balanza detectó un peso de más de 150,0 kg.	Esta balanza solamente puede ser utilizada por personas que pesen menos de 150,0 kg.

Tabla 1. Indicadores de errores y corrección

Fuente: OMRON (47)

3.8. Análisis y confiabilidad del instrumento

Nola Pender elabora un instrumento junto con Walker y Sechrist en 1987, teniendo como base una escala psicométrica formulada por las mismas autoras: promoción de la salud - estilo de vida - comportamiento de salud - estrategia de comunicación, quienes validaron su versión castellana en 1990 (10). El HPLP (Health Promoting Life Profile) es un instrumento publicado en español cuya varianza fue de 45,9% y fiabilidad entre 0,7 y 0,9. La Escala validada en el contexto latinoamericano con un alfa de Cronbach de 0,93 y su validez reportada por análisis factorial de componentes principales, ha sido utilizada en mujeres caleñas en el estudio de Triviño et al. En 2007 (11).

El instrumento HPLP II de la teorista Nola Pender, está conformado por 52 ítems distribuidos en seis dimensiones: responsabilidad en salud, actividad física, nutrición, crecimiento espiritual, relaciones interpersonales, manejo del estrés. Los ítems se valoran mediante una escala de Likert que va de 1 a 4 donde 1 (N = nunca), 2 (A = algunas veces), 3 (M = frecuentemente), 4 (R = rutinariamente). La sumatoria de los ítems de las respuestas para obtener una valoración de cada dimensión, al consolidarla se obtiene el resultado de los estilos de vida saludable.

Tabla 2. Alfa de Cronbach

Dimensión	Alfa de Cronbach	N de elementos
Responsabilidad en salud	,798	8
Nutrición.	,513	9
Actividad física.	,873	8
Manejo del estrés.	,755	7
Relaciones interpersonales.	,871	9
Relaciones espirituales.	,914	10

Fuente: tomada de PSPP, 2015

En la tabla anterior, se muestra el nivel de fiabilidad de cada dimensión medido por el Alfa de Cronbach.

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

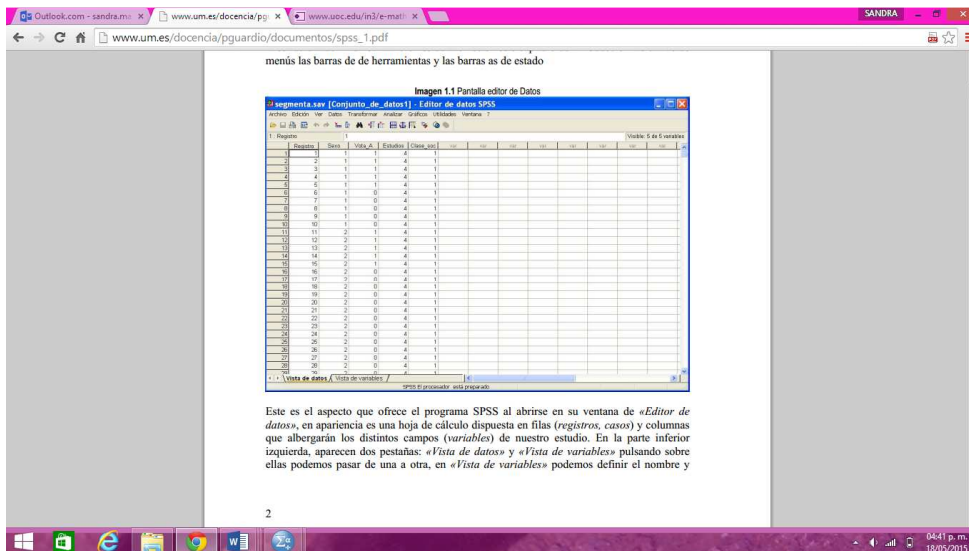
Las dimensiones que están por debajo de 0.7 se alejan de ese grado de confiabilidad que propone este instrumento y las que se acercan a 1 poseen un grado de confiabilidad y validez indicado y aceptado para la aprobación del instrumento.

3.9. Estrategia de análisis de datos

El análisis de los datos para la presente investigación, se establece desde un paquete de programas estadísticos, llamados SPSS versión 20 y el software MINITAB.

El programa SPSS “Statistical Product and Service Solutions”, es un conjunto de herramientas de tratamiento de datos para el análisis estadístico y funciona mediante menús desplegables, con cuadros de diálogo que permiten hacer la mayor parte del trabajo, simplemente utilizando el puntero del ratón.

Al iniciar una sesión con éste programa, aparece una ventana de aspecto similar al de una hoja de cálculo, llamada “Editor de datos”, la cual es la principal ventana del programa, contiene el archivo de datos sobre el que se basa la mayor parte de las acciones que es posible llevar a cabo, puede mostrar dos contenidos diferentes: los datos propiamente dichos y las variables del archivo, acompañadas del conjunto de características que las definen.

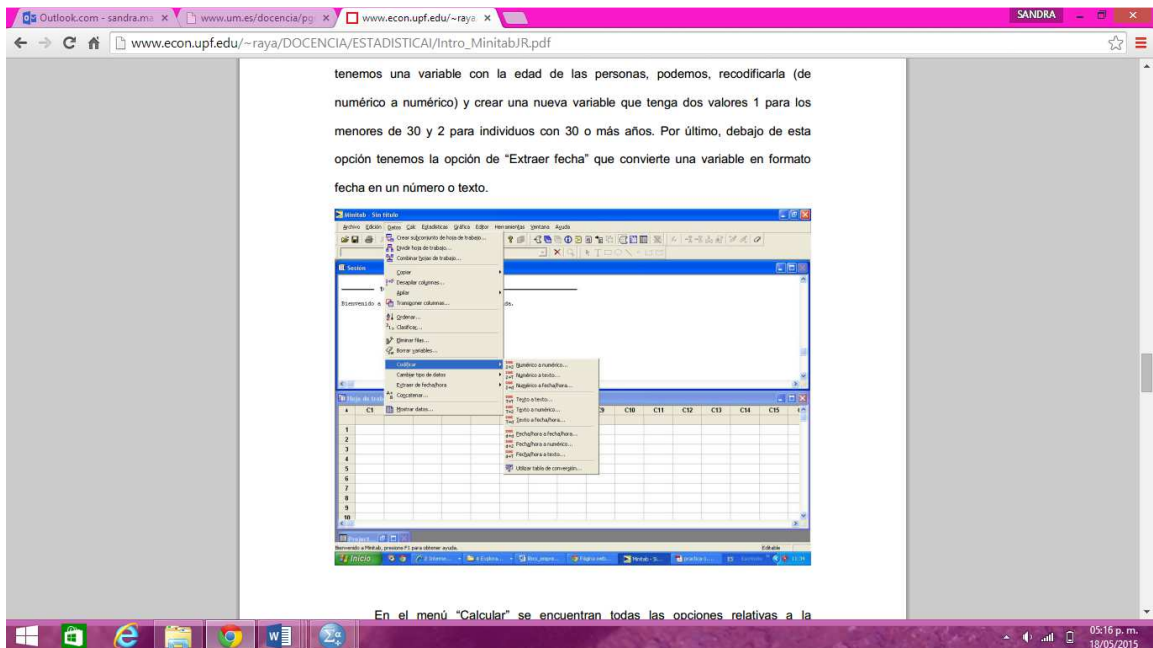


Gráfica 5. Editor de Datos

Fuente: programa SPSS, 2015.

En apariencia es una hoja de cálculo dispuesta en filas (registros, casos) y columnas que albergarán los distintos campos (variables). En la parte inferior izquierda, aparecen dos pestañas “vista de datos” (en esta se puede definir el nombre y características de cada uno de nuestros campos de estudio) y “vista de variables” (en ella vemos, introducimos o modificamos el valor para cada una de las variables y registro del estudio). (32)

Minitab es un paquete estadístico que abarca todos los aspectos necesarios para el aprendizaje y la aplicación de la Estadística en general. El programa incorpora opciones vinculadas a las principales técnicas de análisis estadístico (análisis descriptivo, contrastes de hipótesis, regresión lineal y no lineal, series temporales, análisis de tiempos de fallo, control de calidad, análisis factorial, ANOVA, análisis cluster, etc.), además de proporcionar un potente entorno gráfico y de ofrecer total compatibilidad con los editores de texto, hojas de cálculo y bases de datos más usuales. (32)



Gráfica 6. Minitab

Fuente: UOC, 2015

Este análisis se realiza a través del coeficiente de correlación de Pearson, pensado para variables cuantitativas (escala mínima de intervalo), es un índice que mide el grado de covariación entre distintas variables relacionadas linealmente. Adviértase que decimos "variables relacionadas linealmente". Esto significa que puede haber variables fuertemente relacionadas, pero no de forma lineal, en cuyo caso no proceder a aplicarse la correlación de Pearson. Por ejemplo, la relación entre la ansiedad y el rendimiento tiene forma de U invertida; igualmente, si relacionamos población y tiempo la relación será de forma exponencial. En estos casos (y en otros muchos) no es conveniente utilizar la correlación de Pearson. Insistimos en este punto, que parece olvidarse con cierta frecuencia. (26); permite realizar un análisis bivariado, entre dos variables. En este caso puntual, la edad eje x y el género el eje y, observando cuál es su asociación, relación, como estas se ven afectadas por la edad y el género o influencia con las otras variables expuestas en el instrumento de Nola Pender.

Las gráficas del análisis de componentes principales, se construyen a partir de las correlaciones distintas que existen entre las variables. En este estadístico se seleccionan dos componentes principales que son edad y género, ya que explican más del 60% de la varianza total de la población, las otras variables o componentes se grafican en función de ellas.

3.10. Variables

Las variables utilizadas para el presente estudio, son las propuestas en la encuesta de estilos de vida propuesta por Nola Pender y de la cual se establecen seis dimensiones básicas. Estas variables fueron utilizadas para la realización de análisis estadístico que pretendía mostrar los datos recolectados para la descripción de los estilos de vida de docentes y estudiantes. Una variable es una propiedad que puede variar (adquirir valores) y cuya variación es susceptible de medirse.

Una variable cualitativa se refiere a características o cualidades que no pueden ser medidas con números. Podemos distinguir dos tipos:

Variable cualitativa nominal: Una variable cualitativa nominal presenta modalidades no numéricas que no admiten un criterio de orden. Por ejemplo: El estado civil, con las siguientes modalidades: soltero, casado, separado, divorciado y viudo.

Variable cualitativa ordinal: Una variable cualitativa ordinal presenta modalidades no numéricas, en las que existe un orden. Por ejemplo: La nota en un examen: suspenso, aprobado, notable, sobresaliente. Puesto conseguido en una prueba deportiva: 1º, 2º, 3º.

Una variable cuantitativa es la que se expresa mediante un número, por tanto se pueden realizar operaciones aritméticas con ella.

De acuerdo a lo anterior, las variables utilizadas y su naturaleza se describen a continuación:

Tabla 3. Variables de la investigación

Variable	Definición	Cuantitativa	Cualitativa	Nominal	Ordinal
Edad	Permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	x			
Genero	Significa la diferencia entre hombres y mujeres. La palabra género, en este caso, puede ser utilizada como sinónimo de sexo. Esta variable se dividió en femenino y masculino, según las características de cada participante desarrollada en la encuesta.		x	x	
Docente	Aquel individuo que se dedica a enseñar o que realiza acciones referentes a la enseñanza. Para la investigación se tomaron de forma intencional algunos docentes del programa de enfermería de la Corporación Universitaria Adventista.		x		
Estudiante	Es la denominación al individuo que se dedica a aprender o que realiza acciones que aporta referentes al aprendizaje en centros formales de educación. Para la		x		

	investigación, se tomaron estudiantes de enfermería que estuvieran activos en la realización de su carrera en la Corporación Universitaria Adventista.				
Estrato Socioeconómico	Es la clasificación establecida en un país sobre los inmuebles que tiene un individuo en la sociedad. Para ella se toman en cuenta los ingresos de las personas y los inmuebles residenciales.	x			x
Peso	Es la fuerza que ejerce un determinado cuerpo sobre el punto en que se encuentra apoyado. El peso fue tomado como variable importante con relación a los estilos de vida y la talla de cada participante.	x			x
Talla	Es la medida de la estatura del cuerpo humano desde los pies hasta el techo de la bóveda del cráneo.	x			x
IMC	Es un sencillo índice sobre la relación entre el peso y la altura, generalmente utilizado para clasificar el peso insuficiente, el peso excesivo y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso en kilogramos por el cuadrado	x			x

	de la altura en metros (kg/m2).				
--	---------------------------------	--	--	--	--

Fuente: Propia del autor

3.11. Cronograma de la investigación

Tabla 4. Cronograma de la investigación

ACTIVIDADES	2013-2	2014-1	2014-2	2015-1
Formulación de la pregunta y objetivos	x			
Capítulo 1: introducción, planteamiento del problema, justificación, y objetivos		x		
Capítulo 2 con marco conceptual, marco referencial, marco teórico, marco legal o normativo, marco disciplinar, marco institucional.			x	
Metodología, creación del instrumento y aplicación del instrumento			x	x
Análisis del instrumento y conclusión				x

Fuente: propia del autor

4. CAPÍTULO 4. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

4.1. Características sociodemográficas de la población

Se analizó la frecuencia de las edades presentes en la población objeto de estudio. De acuerdo a la tabla 1, el 62% de ésta presenta un rango de edades entre los 16 y 25 años. La mayoría de la muestra es de sexo femenino (81,4 %), correspondiendo a un total de 188 individuos encuestados (Tabla 2). Así mismo, el rol más frecuente en la población fue el de estudiante con una frecuencia del 84 % (Tabla 3). Ésta se caracterizó por ser en su mayoría de religión católica (58 %), como se observa en la tabla 4. El estrato socioeconómico fue variado, siendo los menos frecuentes los estratos 1 y 6 (Tabla 5). Finalmente, no se encontraron frecuencias mayores al 20 % en el nivel académico en la población (Tabla 6).

Al analizar las variables correspondientes al peso, talla e índice de masa muscular, se encontró que la principal talla de los estudiantes, se encuentran en un rango entre 1,48 y 1,71 mts (Tabla 7). La mayoría de la población estudiada presenta un índice de masa corporal (IMC) normal, el cual corresponde al 61 % de los encuestados (Tabla 8), los pesos obtenidos, se encuentran entre 51 y 71 Kg de peso (Tabla 9). Al hacer análisis bi variado, entre el sexo e índice de masa corporal, se encontró que las mujeres presentaban un índice de masa corporal normal más frecuente que los hombres, esta asociación fue negativa según el coeficiente de Pearson ($R = -0.2$, $p = 0.05$) y estadísticamente significativa (Tabla 10).

Tabla 5. Frecuencia de edades en la población de estudio

Rango	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Frecuencia
16-20	27,1	27,1	51
21-25	35,1	62,2	66
26-30	14,9	77,1	28
31-35	8,5	85,6	16
36-40	6,9	92,6	13
41-45	3,2	95,7	6
46-50	1,1	96,8	2
56-60	1,1	97,9	2
61-65	,5	98,4	1
13,00	1,6	100,0	3
Total	100,0		188

Fuente: Marlon Múnica (2015)

La población estudiada se encuentra en un rango de edades entre los 16 – 35 años, con una frecuencia de 85,6%, distribuida de mayor a menor:

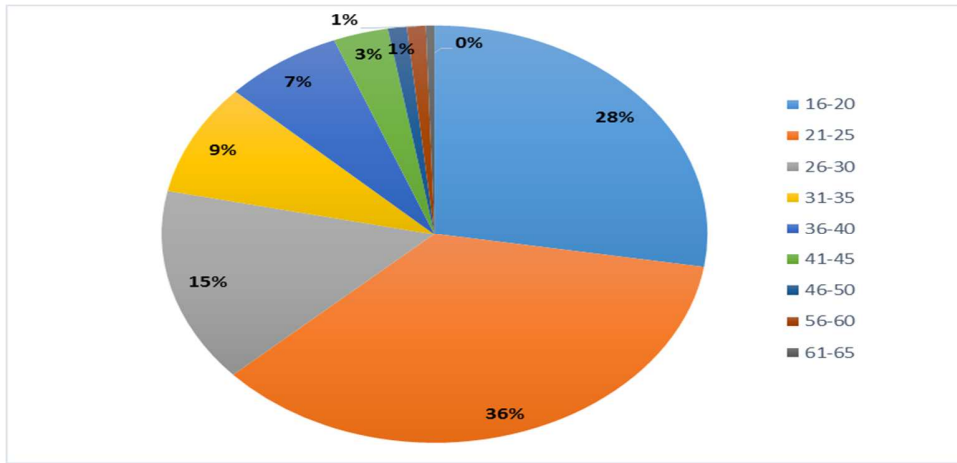
Rango de edades entre: 21 - 25 años, con un 35,1%.

16 - 20 años, con un 27,1%.

26 - 30 años, con un 14,9%.

31 - 35 años, con un 8,5%.

Representación mínima del 2,7%, se encuentra el rango de edades entre los 46 – 65



N= 188

Gráfica 7. Frecuencia de edades (años) en la población de estudio

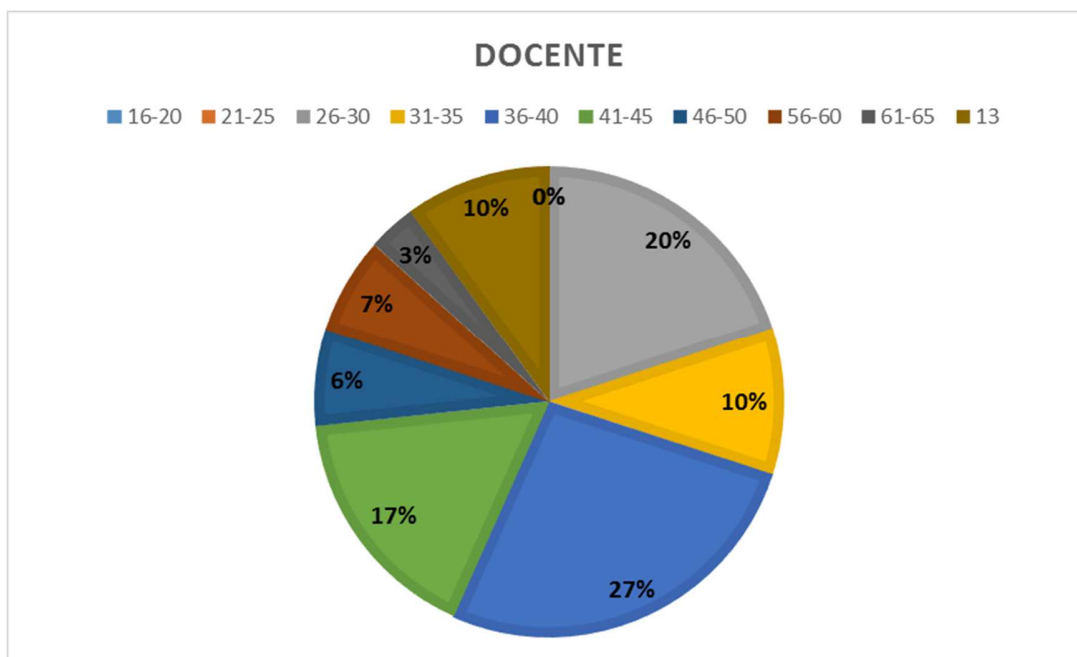
Fuente: Marlon Múnica (2015)

En la Gráfica 7 se muestra la frecuencia de los grupos de edades (años) en la población de estudio. Se observa que un 36% se encuentra en el rango de edad entre los 21-25 años.

		Edad de los encuestados										Total
		16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	56-60	61-65	13,00	
Ocupación de los encuestados	Docente	0	0	6	3	8	5	2	2	1	3	30
	Estudiante	51	66	22	13	5	1	0	0	0	0	158
Total		51	66	28	16	13	6	2	2	1	3	188

Tabla 6. Edad de los encuestados

Fuente: Marlon Múnica (2015)



Gráfica 8. Edades docentes

Fuente: Marlon Múnica (2015)

De la tabla 6 y gráfico 7, se infiere que el rango de edades de los 30 docentes, se encuentra entre los 26 – 65 años, distribuidos de mayor a menor:

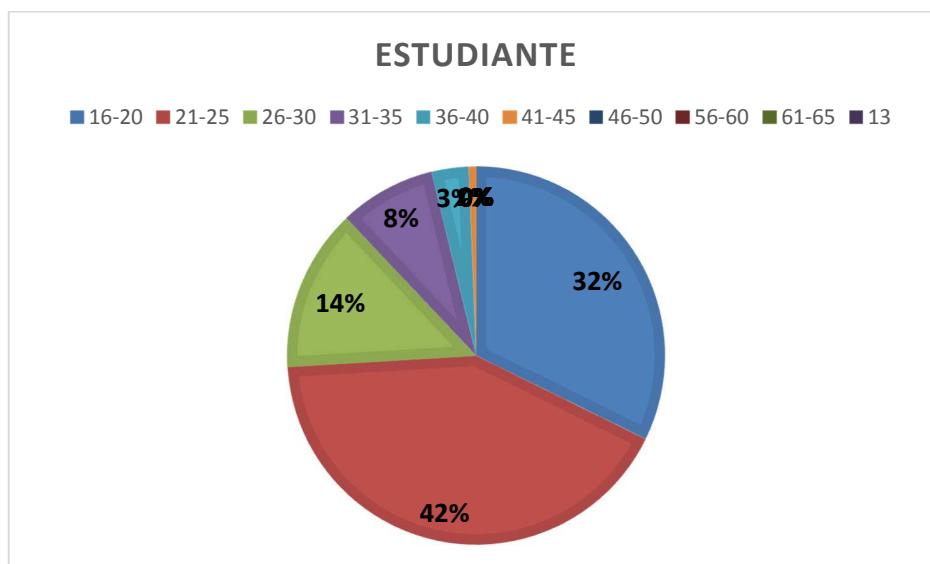
8 docentes, se encuentran en un rango de edades entre los 36 – 40 años (27%),

6 docentes, se encuentran en un rango de edades entre los 26 – 30 años (20%),

5 docentes, se encuentran en un rango de edades entre los 41 – 45 años (17%),

5 docentes, se encuentran en un rango de edades entre los 46 – 65 años (16%), solo un docente pertenece al rango de edades entre los 61 – 65 años y

3 docentes, se encuentran en un rango de edades entre los 31 – 35 años (10%).



Gráfica 9. Edad de los estudiantes

Fuente: Marlon Múnera (2015)

De la tabla 6 y gráfica 8, se infiere que el rango de edades de los 158 estudiantes, se encuentra entre los 16 - 45 años, distribuidos de mayor a menor:

66 estudiantes, se encuentran en un rango de edades entre los 21 - 25 años (42%),

51 estudiantes, se encuentran en un rango de edades entre los 16 – 20 años (32%),

22 estudiantes, se encuentran en un rango de edades entre los 26- 30 años (14%),

13 estudiantes, se encuentran en un rango de edades entre los 31 - 35 años (8%),

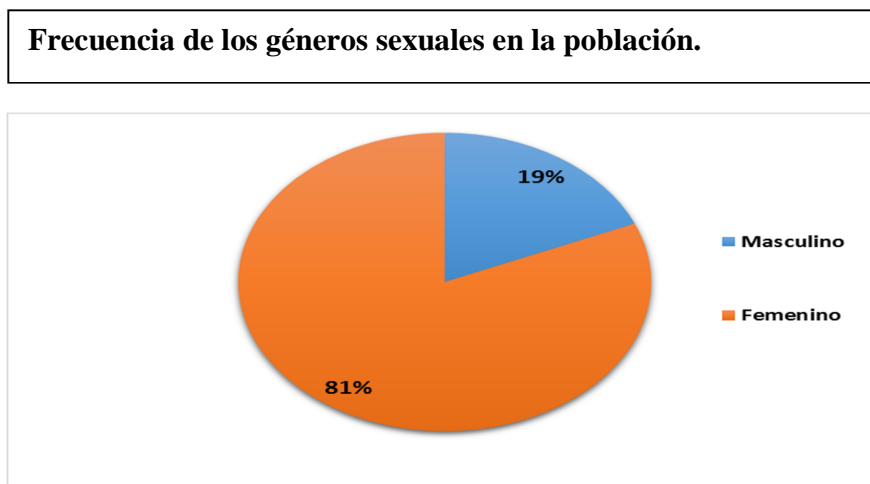
6 estudiantes, se encuentran en un rango de edades entre los 36 - 45 años (10%) y solo un estudiante pertenece al rango de edades entre los 41 – 45 años.

Tabla 7. Frecuencia de sexo presente en la población

Género	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Masculino	35	18,6	18,6
Femenino	153	81,4	100,0
Total	188	100,0	

Fuente: Marlon Múnera (2015)

La muestra analizada, está conformada en un 81,4% por el género femenino, en comparación al 18,6%, representado por el género masculino.



Gráfica 10. Frecuencia de los géneros sexuales en la población

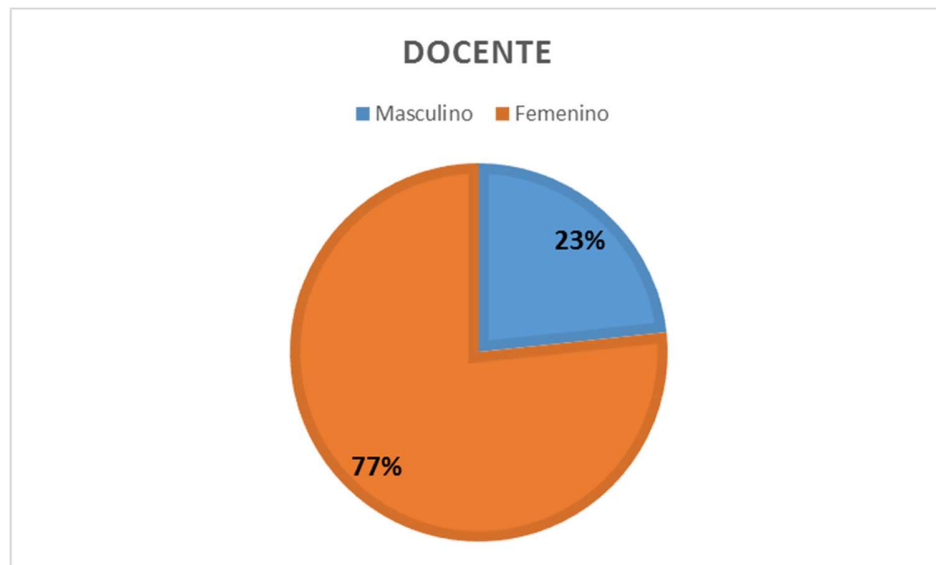
Fuente: Marlon Múnera (2015)

La mayoría de la población es de sexo femenino (81,4 %), lo que corresponde a un total de 153 individuos encuestados.

Tabla 8. Genero de los encuestados

		Género de los encuestados		Total
		Masculino	Femenino	
Ocupación de los encuestados	Docente	7	23	30
	Estudiante	28	130	158
Total		35	153	188

Fuente: Marlon Múnera (2015)



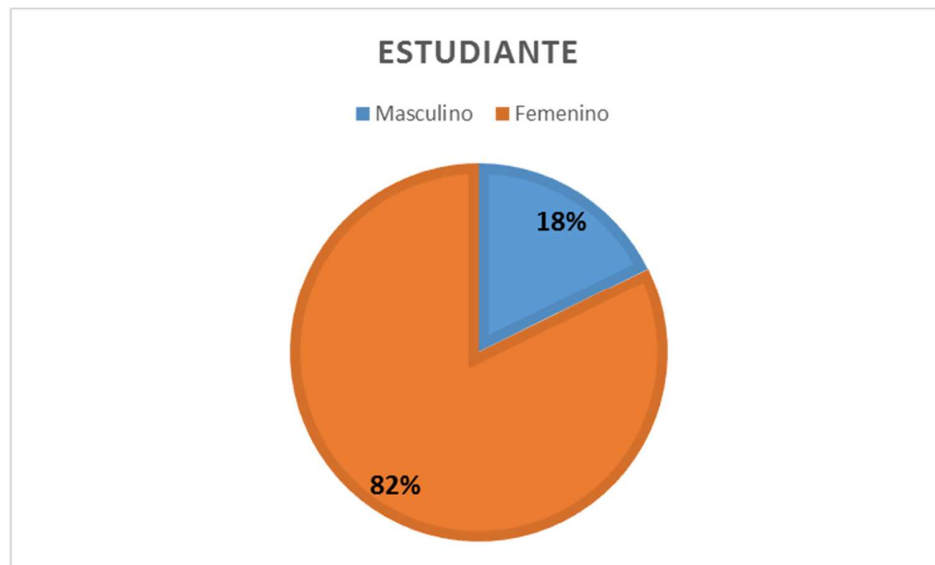
Gráfica 11. Genero Docentes

Fuente: Marlon Múnica (2015)

De la tabla 5 y gráfico 9, se infiere que de los 30 docentes:

23 educadores son del género femenino (77%) y

7 educadores son del género masculino (23%)



Gráfica 12. Género estudiantes

Fuente: Marlon Múnera (2015)

De la tabla 5 y gráfico 10, se infiere que de los 158 estudiantes:

130 educandos son del género femenino (82%) y

28 educandos son del género masculino (18%).

Tabla 9. Ocupación de la población encuestada

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Docente	30	16,0	16,0
Estudiante	158	84,0	100,0
Total	188	100,0	

Fuente: Marlon Múnera (2015)

La población encuestada en su mayoría está representada por 158 estudiantes, que equivale al 84%.

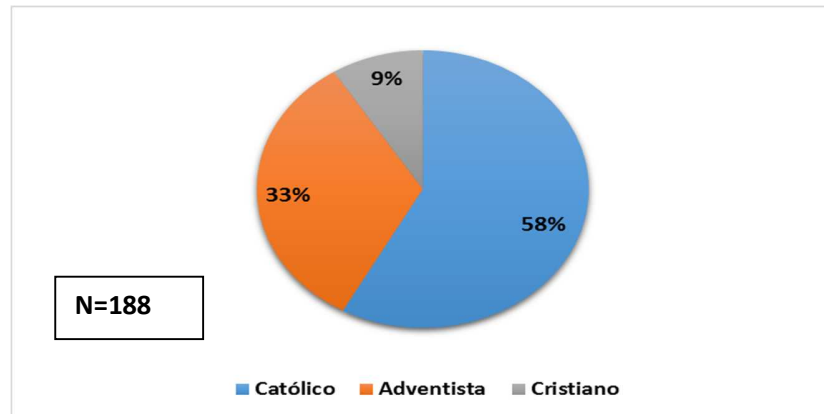
Tabla 10. Orientación religiosa de los encuestados

Orientación religiosa	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulada
Católico	109	58,0	58,0
Adventista	62	33,0	91,0
Cristiano	17	9,0	100,0
Total	188	100,0	

Fuente: Marlon Múnera (2015)

La población se caracterizó por ser en su mayoría de religión católica con un 58%, seguido de la religión adventista con 33% y finalmente un 9% al que pertenece la denominación cristiana, de un total de 188 encuestados.

Orientación religiosa de la población de estudio.



Gráfica 13. Orientación religiosa de la población

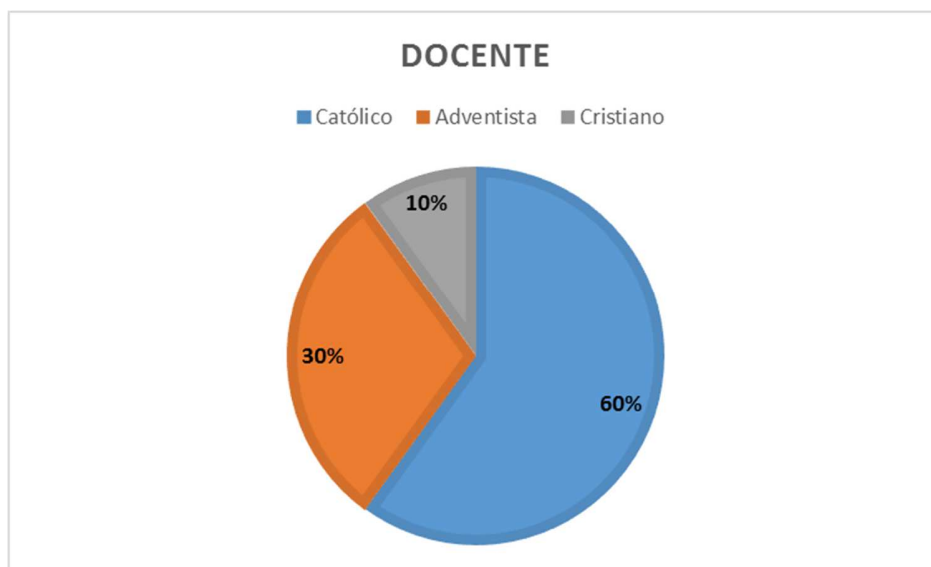
Fuente: Marlon Múnera (2015)

La población se caracterizó por ser en su mayoría de religión católica (58 %), como se observa en la tabla.

Tabla 11. Orientación religiosa de los encuestados

		Orientación religiosa de los encuestados			Total
		Católico	Adventista	Cristiano	
Ocupación de los encuestados	Docente	18	9	3	30
	Estudiante	91	53	14	158
Total		109	62	17	188

Fuente: Marlon Múnica (2015)



Gráfica 14. Orientación religiosa de los encuestados docentes

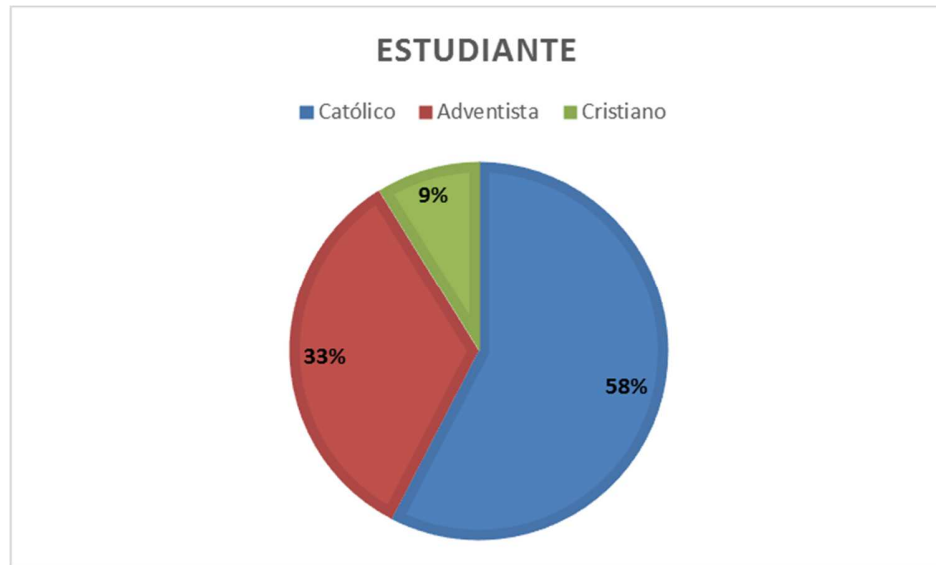
Fuente: Marlon Múnica (2015)

Se observa en la población de 30 docentes encuestados, que:

18 maestros practican la religión católica (60%),

9 maestros practican la religión adventista (30%) y

3 maestros practican la religión cristiana (10%).



Gráfica 15. Orientación religiosa de los encuestados estudiantes

Fuente: Marlon Múnera (2015)

Se observa en la población de 158 estudiantes encuestados, que:

91 educandos practican la religión católica (58%),

53 educandos practican la religión adventista (33%) y

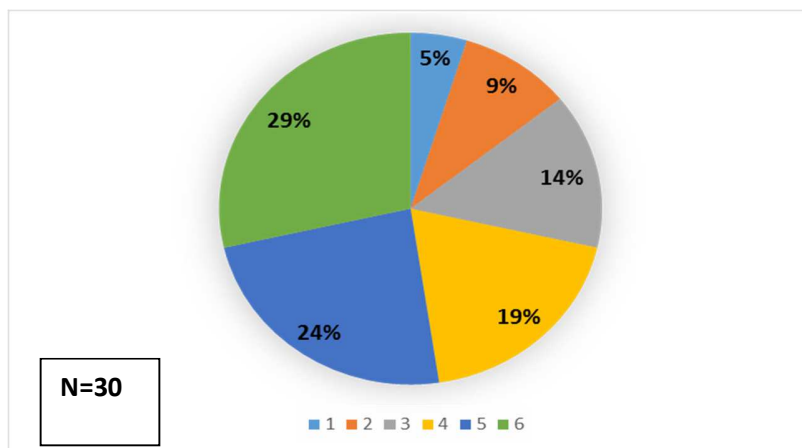
14 educandos practican la religión cristiana (9%).

Tabla 12. Estrato socioeconómico de los encuestados

Estrato	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1	6	3,2	3,2
2	43	22,9	26,1
3	83	44,1	70,2
4	32	17,0	87,2
5	21	11,2	98,4
6	3	1,6	100,0
Total	188	100,0	

Fuente: Marlon Múnica (2015)

El estrato socioeconómico de la población encuestada está representado por un 24% que pertenece al estrato uno, seguido del 19% del nivel 2, un 14% son del estrato 3, el 9% conforman el cuatro; el estrato cinco está representado por un 5% y el estrato 6 con una frecuencia del 29%.



Gráfica 16. Estrato socioeconómico

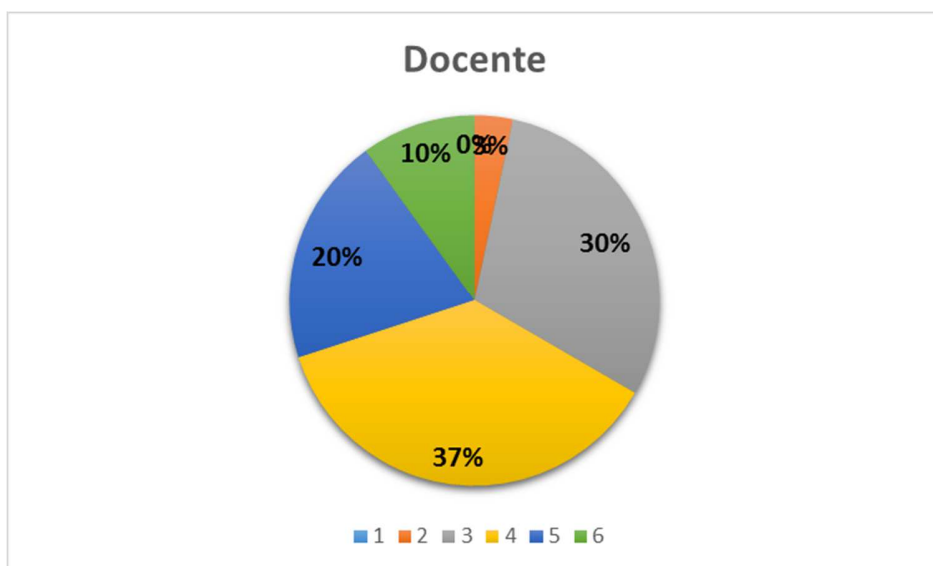
Fuente: Marlon Múnica (2015)

El estrato socioeconómico en la población fue variado, siendo los menos frecuentes los estratos 1 y 6.

Tabla 13. Estrato socioeconómico de los encuestados

		Estrato socioeconómico de los encuestados						Total
		1	2	3	4	5	6	
Ocupación de los encuestados	Docente	0	1	9	11	6	3	30
	Estudiante	6	42	74	21	15	0	158
Total		6	43	83	32	21	3	188

Fuente: Marlon Múnera (2015)



Gráfica 17. Estrato socioeconómico de los docentes

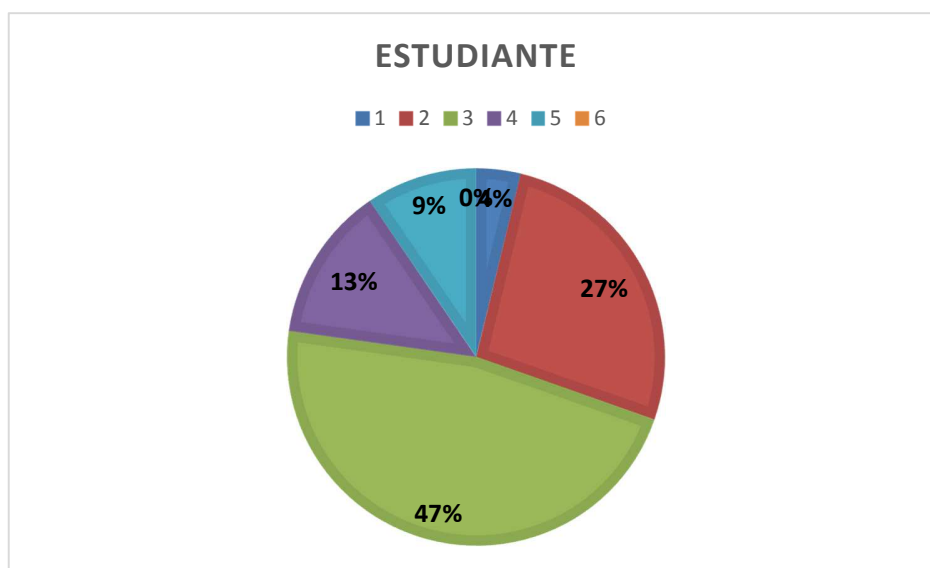
Fuente: Marlon Múnera (2015)

Teniendo en cuenta la tabla N.10 y gráfica N.13, se puede deducir que de los 30 docentes:

11 educadores, pertenecen o viven en el estrato socioeconómico 4 (37%),

9 educadores, pertenecen o viven en el estrato socioeconómico 3 (30%),

6 educadores, pertenecen o viven en el estrato socioeconómico 5 (20%),
3 educadores, pertenecen o viven en el estrato socioeconómico 6 (10%) y
Un educador, pertenece o vive en el estrato socioeconómico 1 (3.3%).



Gráfica 18. Estrato socioeconómico de los estudiantes

Fuente: Marlon Múnera (2015)

Teniendo en cuenta la tabla N.10 y gráfica N.14, se puede deducir que de los 158 estudiantes:

74 educandos, pertenecen o viven en el estrato socioeconómico 3 (47%),
42 educandos, pertenecen o viven en el estrato socioeconómico 2 (27%),
21 educandos, pertenecen o viven en el estrato socioeconómico 4 (13%),
15 educandos, pertenecen o viven en el estrato socioeconómico 5 (9%) y

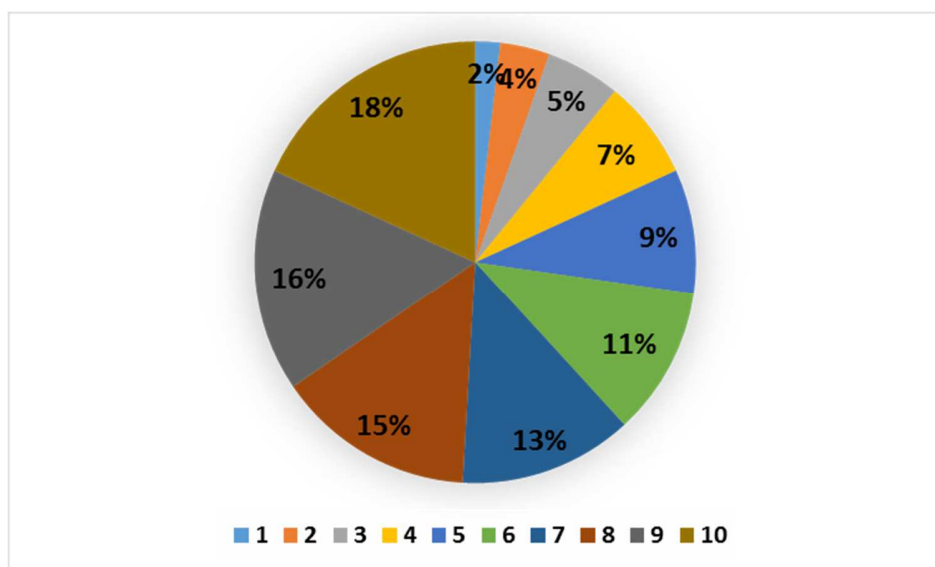
6 educandos, pertenecen o viven en el estrato socioeconómico 1 (4%).

Tabla 14. Nivel académico de los encuestados

Nivel académico	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1	17	9,0	10,8
2	27	14,4	27,8
3	20	10,6	40,5
4	13	6,9	48,7
5	15	8,0	58,2
6	28	14,9	75,9
7	5	2,7	79,1
8	16	8,5	89,2
9	7	3,7	93,7
10	10	5,3	100,0
Total	158	84,0	
Missing System	30	16,0	
Total	188	100,0	

Fuente: Marlon Múnera (2015)

El semestre que mayor representación presentó en la muestra estudiada, fue el sexto, conformado por 28 estudiantes, equivalente al 14,9%, seguida por el segundo semestre con 27 estudiantes (14,4%), tercer semestre con 20 integrantes (10,6%) y con menor frecuencia 5 estudiantes del séptimo semestre (3,7%).



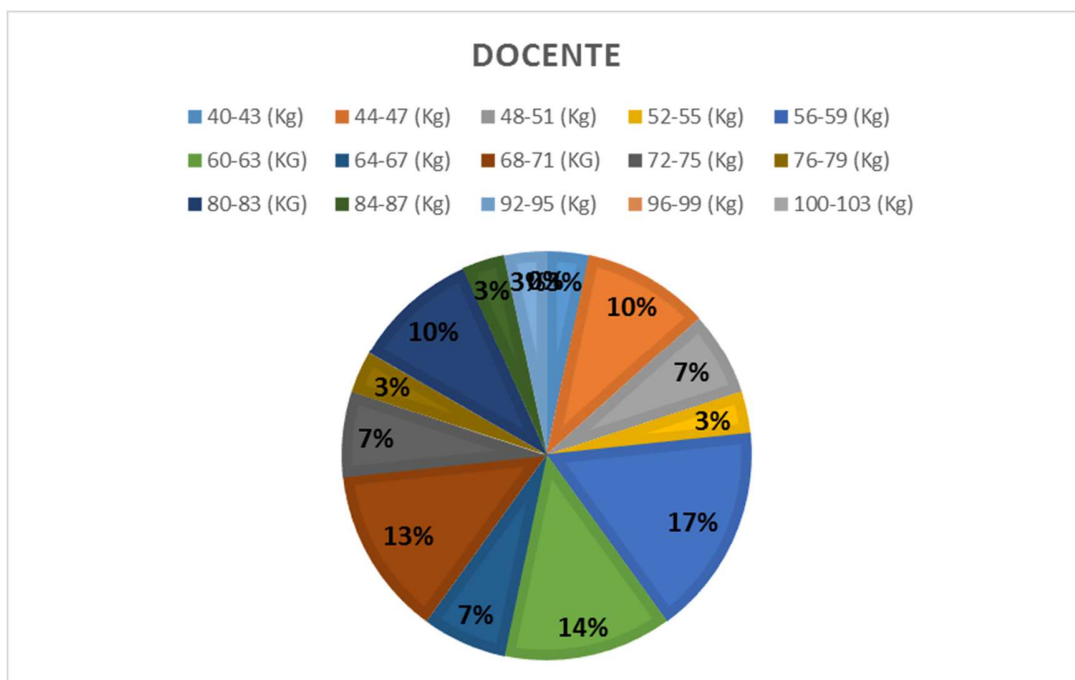
Gráfica 19. Nivel académico de los encuestados

Fuente: Marlon Múnera (2015)

Tabla 15. Peso de los encuestados

		Peso de los encuestados															Total	
		40-43 (Kg)	44-47 (Kg)	48-51 (Kg)	52-55 (Kg)	56-59 (Kg)	60-63 (KG)	64-67 (Kg)	68-71 (KG)	72-75 (Kg)	76-79 (Kg)	80-83 (KG)	84-87 (Kg)	92-95 (Kg)	96-99 (Kg)	100-103 (Kg)		104-107 (KG)
os	Docente	1	3	2	1	5	4	2	4	2	1	3	1	1	0	0	0	30
	Estudiante	2	6	19	33	27	23	11	11	6	6	5	4	1	2	1	1	158
		3	9	21	34	32	27	13	15	8	7	8	5	2	2	1	1	188

Fuente: Marlon Múnera (2015)



Gráfica 20. Peso de los docentes

Fuente: Marlon Múnera (2015)

Al analizar la tabla 12, gráfica 15, de los 30 profesores encuestados, se observa que:

8 de ellos: 4 pesan entre 60 – 63 kilogramos (13%)

4 pesan entre 68 – 71 kilogramos (13%)

6 de ellos: 3 pesan entre 44 – 47 kilogramos (10%)

3 pesan entre 80 – 83 kilogramos (10%)

6 de ellos: 2 pesan entre 48 – 51 kilogramos (7%)

2 pesan entre 64 – 67 kilogramos (7%)

2 pesan entre 72 – 75 kilogramos (7%)

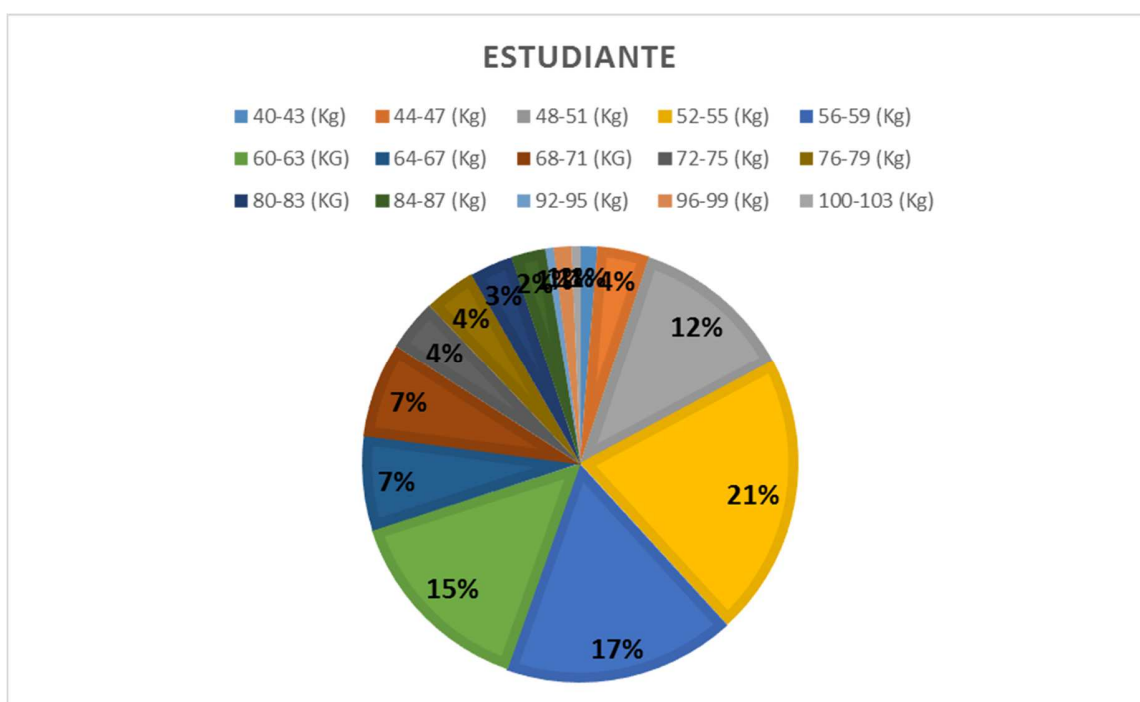
5 de ellos, pesan entre 56 – 59 kilogramos (17%) y

5 de ellos: 1 pesa entre 40 – 43 kilogramos (3%)

1 pesa entre 52 – 55 kilogramos (3%)

1 pesa entre 76 – 79 kilogramos (3%)

2 pesan entre 84 – 95 kilogramos (7%)



Gráfica 21. Peso estudiantes

Fuente: Marlon Múnera (2015)

Al analizar la tabla 12, gráfica 16, de los 158 estudiantes encuestados, se observa que:

33 de ellos pesan entre 52 - 55 kilogramos (21%)

27 de ellos pesan entre 56 - 59 kilogramos (17%)

23 de ellos pesan entre 60 - 63 kilogramos (15%)

22 de ellos pesan entre 64 - 71 kilogramos (14%)

19 de ellos pesan entre 48- 51 kilogramos (12%)

12 de ellos pesan entre 72 - 79 kilogramos (8%)

7 de ellos: 2 pesan entre 40- 43 kilogramos (1%)

2 pesan entre 96- 99 Kilogramos (1%)

1 pesa entre 92 – 95 kilogramos (1%)

1 pesa entre 100 – 103 kilogramos (1%)

1 pesa entre 104 – 107 kilogramos (1%)

6 de ellos pesan entre 44 – 47 kilogramos (3%)

5 de ellos pesan entre 80 – 83 kilogramos (3%)

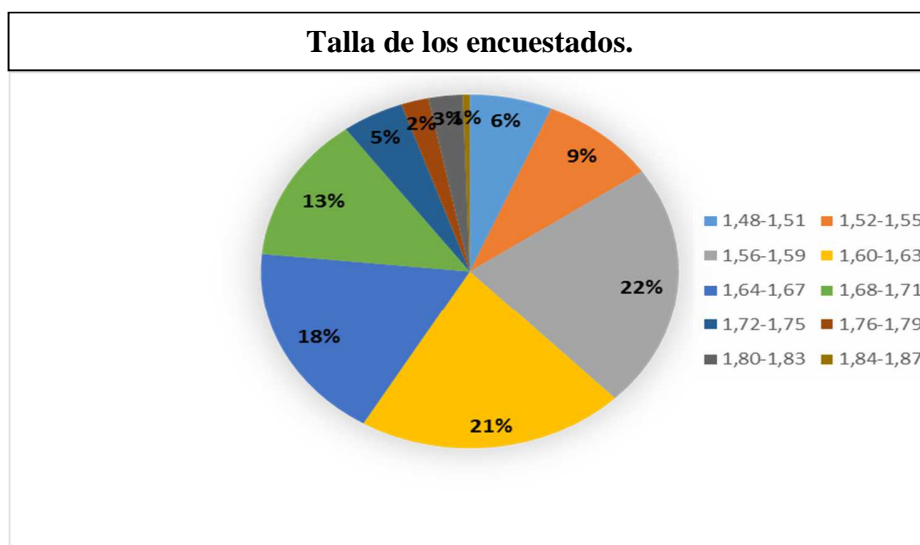
4 de ellos pesan entre 84 – 87 kilogramos (2%)

Tabla 16. Talla de los encuestados

Rango talla (mts)	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1,48-1,51	12	6,4	6,4
1,52-1,55	17	9,0	15,4
1,56-1,59	42	22,3	37,8
1,60-1,63	39	20,7	58,5
1,64-1,67	34	18,1	76,6
1,68-1,71	25	13,3	89,9
1,72-1,75	9	4,8	94,7
1,76-1,79	4	2,1	96,8
1,80-1,83	5	2,7	99,5
1,84-1,87	1	,5	100,0
Total	188	100,0	

Fuente: Marlon Múnera (2015)

La mayoría de la población analizada, se encuentra en un rango de estatura amplio entre 1,48 mts – 1,71 mts, que equivale a un 83% de la muestra encuestada.



Gráfica 22. Talla de los encuestados

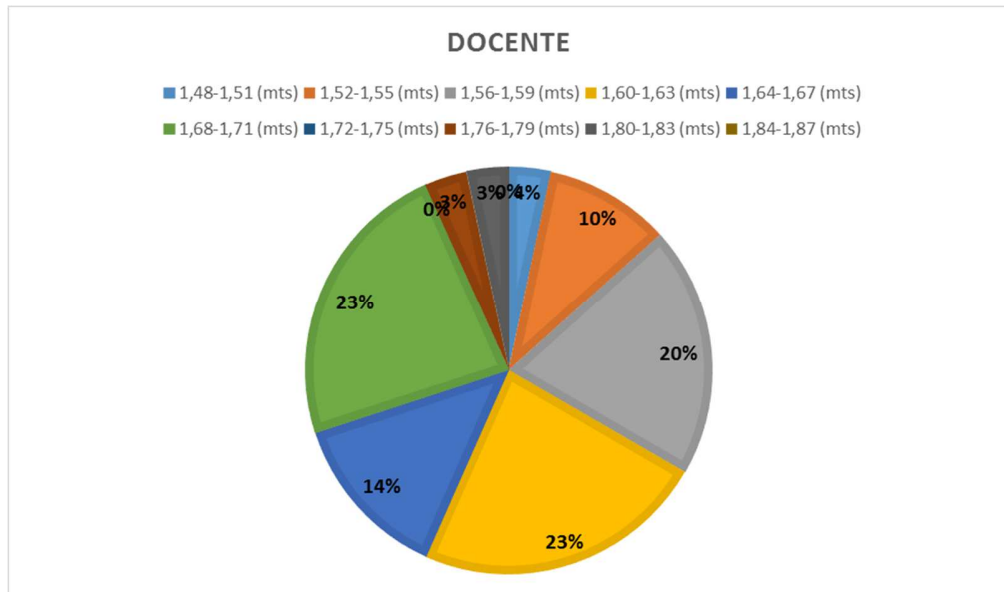
Fuente: Marlon Múnera (2015)

Se encontró que una talla dominante en la población de estudio, la mayoría se mantuvo en un rango amplio de 1,48 y 1,71 mts.

Tabla 17. Talla de los encuestados

		Talla de los encuestados										Total
		1,48-1,51 (mts)	1,52-1,55 (mts)	1,56-1,59 (mts)	1,60-1,63 (mts)	1,64-1,67 (mts)	1,68-1,71 (mts)	1,72-1,75 (mts)	1,76-1,79 (mts)	1,80-1,83 (mts)	1,84-1,87 (mts)	
Distribución de los encuestados	Docente	1	3	6	7	4	7	0	1	1	0	30
	Estudiante	11	14	36	32	30	18	9	3	4	1	158
		12	17	42	39	34	25	9	4	5	1	188

Fuente: Marlon Múnera (2015)



Gráfica 23. Talla de docentes

Fuente: Marlon Múnera (2015)

La estatura de los 30 docentes, se encuentra distribuida de la siguiente forma:

14 de ellos: 7 miden entre 1.60 – 1.63 mts (23%).

7 miden entre 1.68 – 1.71 mts (23%).

6 de ellos miden entre 1.56 – 1.59 mts (20%).

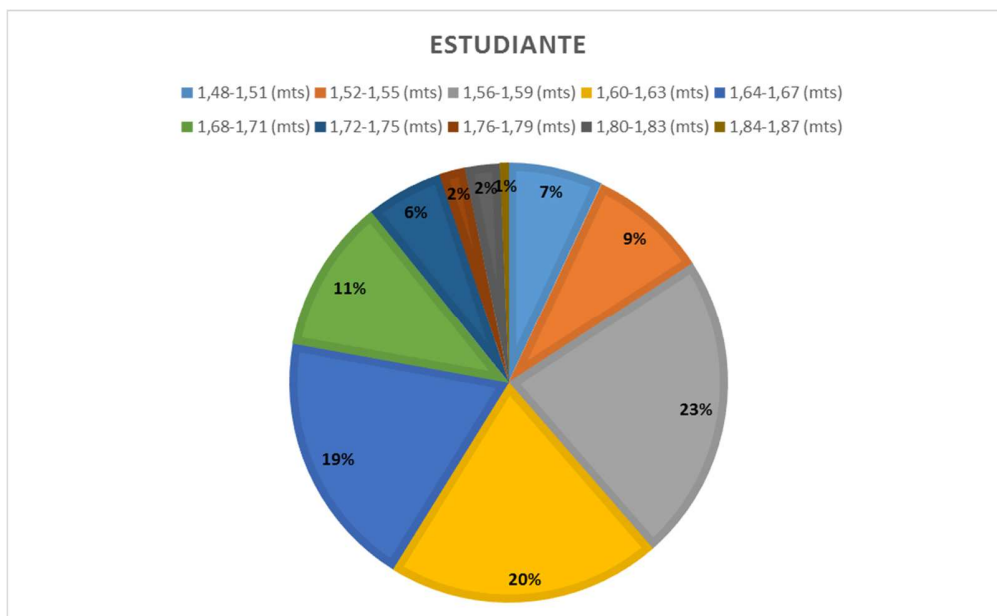
4 de ellos miden entre 1.64 – 1.67 mts (14%).

3 de ellos miden entre 1.52 – 1.55 mts (10%).

3 de ellos: 1 mide entre 1.48 – 1.51 mts (3%).

1 mide entre 1.76 – 1.79 mts (3%).

1 mide entre 1.80 – 1.83 mts (3%).



Gráfica 24. Talla de los estudiantes

Fuente: Marlon Múnera (2015)

La estatura de los 158 estudiantes, se encuentra distribuida de la siguiente forma:

36 de ellos miden entre 1.56 – 1.59 mts (23%).

32 de ellos miden entre 1.60 – 1.63 mts (20%).

30 de ellos miden entre 1.64 – 1.67 mts (19%).

18 de ellos miden entre 1.68 – 1.71 mts (11%).

14 de ellos miden entre 1.52 – 1.55 mts (9%).

11 de ellos miden entre 1.48 – 1.51 mts (7%).

9 de ellos miden entre 1.72 – 1.75 mts (6%).

4 de ellos miden entre 1.80 – 1.83 mts (3%).

3 de ellos miden entre 1.76 – 1.79 mts (2%).

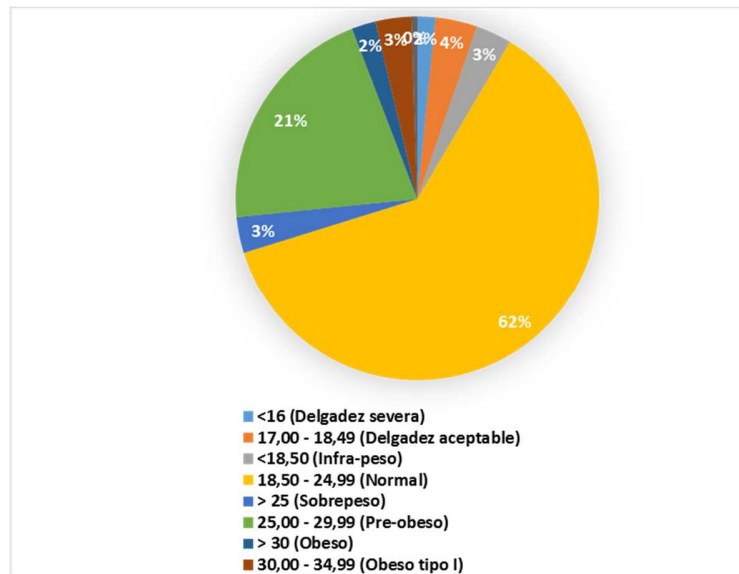
1 de ellos miden entre 1.84 – 1.87 mts (1%).

Tabla 18. Índice de masa corporal de los encuestados

Índice de masa corporal	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<16 (Delgadez severa)	3	1,6	1,6
17,00 - 18,49 (Delgadez aceptable)	7	3,7	5,3
<18,50 (Infra-peso)	6	3,2	8,5
18,50 - 24,99 (Normal)	116	61,7	70,2
> 25 (Sobrepeso)	6	3,2	73,4
25,00 - 29,99 (Pre-obeso)	39	20,7	94,1
> 30 (Obeso)	4	2,1	96,3
30,00 - 34,99 (Obeso tipo I)	6	3,2	99,5
35,00 - 39,99 (Obeso tipo II)	1	,5	100,0
Total	188	100,0	

Fuente: Marlon Múnera (2015)

El 61,7% de la población estudiada, posee un índice de masa corporal (IMC) normal entre 18,50 – 24,99, el 20,7% se encuentra con IMC pre – obeso, entre 25 – 24,99 y un 3,2% con un IMC obesidad tipo I entre 30 – 34,99.



Gráfica 25. Índice de masa corporal de los encuestados

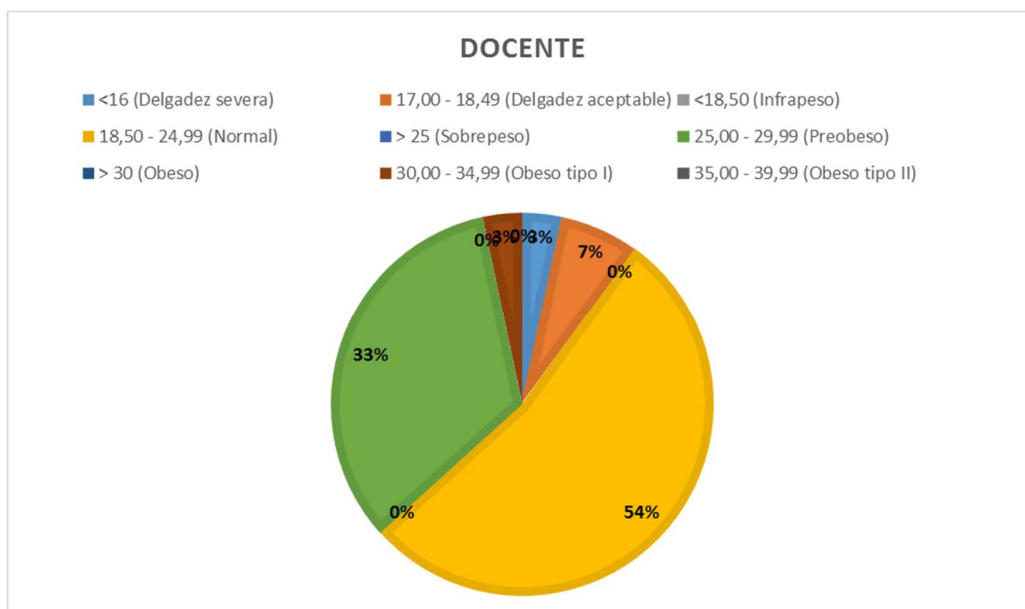
Fuente: Marlon Múnera (2015)

De acuerdo a los resultados obtenidos, la mayoría de la población estudiada presenta un índice de masa corporal normal, el cual corresponde al 62 % de los encuestados

Tabla 19. Índice de masa corporal

		Índice de masa corporal de los encuestados								Total	
		<16 (Delgadez severa)	17,00 - 18,49 (Delgadez aceptable)	<18,50 (Infrapeso)	18,50 - 24,99 (Normal)	> 25 (Sobrepeso)	25,00 - 29,99 (Preobeso)	> 30 (Obeso)	30,00 - 34,99 (Obeso tipo I)		35,00 - 39,99 (Obeso tipo II)
Ocupación de los encuestados	Docente	1	2	0	16	0	10	0	1	0	30
	Estudiante	2	5	6	100	6	29	4	5	1	158
Total		3	7	6	116	6	39	4	6	1	188

Fuente: Marlon Múnera (2015)

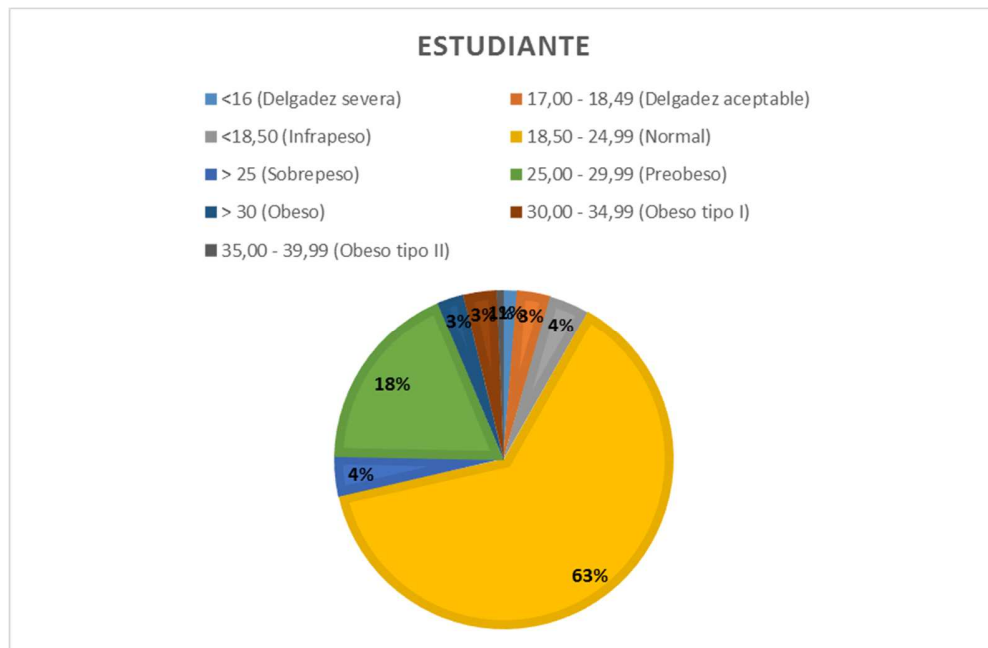


Gráfica 26. IMC de los docentes

Fuente: Marlon Múnera (2015)

El IMC de los 30 docentes, es el siguiente:

- 16 de los maestros poseen un IMC entre 18.5 – 24.9 (Rango normal), equivale a 54%.
- 10 de los maestros poseen un IMC entre 25 – 29.99 (Preobeso), equivale a 33%.
- 2 de los maestros poseen un IMC entre 17 – 18.49 (Delgadez aceptable), equivale a 7%.
- 1 de los maestros poseen: 1 un IMC < 16 (Delgadez severa), equivale a 3%.
- 1 un IMC 30 – 34.99 (Obeso tipo I), equivale a 3%.



Gráfica 27. IMC de los estudiantes

Fuente: Marlon Múnera (2015)

El IMC de los 158 estudiantes, es el siguiente:

100 de los estudiantes poseen un IMC entre 18.5 – 24.9 (Rango normal), equivale a 63%.

29 de los estudiantes poseen un IMC entre 25 – 29.99 (Preobeso), equivale a 18%.

12 de los estudiantes poseen: 6 un IMC <18.5 (infrapeso), equivale a 4%.

6 un IMC >25 (Sobrepeso), equivale a 4%.

10 de los estudiantes poseen: 6 un IMC entre 17 – 18.49 (Delgadez aceptable), equivale a 3%.

6 un IMC entre 30 – 34.99 (Obeso tipo I), equivale a 3%.

4 de los estudiantes poseen un IMC > 30 (Obeso), equivale a 2%.

2 de los estudiantes poseen un IMC < 16 (Delgadez severa), equivale a 1%.

1 de los estudiantes posee un IMC entre 35 – 39.99 (Obeso tipo II), equivale a 1%.

Tabla 20. Peso de los encuestados

Peso (Kg)	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
40-43	3	1,6	1,6
44-47	9	4,8	6,4
48-51	21	11,2	17,6
52-55	34	18,1	35,6
56-59	32	17,0	52,7
60-63	27	14,4	67,0
64-67	13	6,9	73,9
68-71	15	8,0	81,9
72-75	8	4,3	86,2
76-79	7	3,7	89,9
80-83	8	4,3	94,1
84-87	5	2,7	96,8
92-95	2	1,1	97,9
96-99	2	1,1	98,9
100-103	1	,5	99,5
104-107	1	,5	100,0
Total	188	100,0	

Fuente: Marlon Múnera (2015)

El 81,9% de los encuestados posee un peso entre 44 y 71 kilogramos, el 15% con un peso entre 72 y 87 kilogramos y un 3,2% con un peso entre 92 y 107 kilogramos.

Tabla 21. Índice de masa corporal de los encuestados

		Índice de masa corporal de los encuestados								
		<16 (Delgadez severa)	17,00 - 18,49 (Delgadez aceptable)	<18,50 (Infrapeso)	18,50 - 24,99 (Normal)	> 25 (Sobrepeso)	25,00 - 29,99 (Preobeso)	> 30 (Obeso)	30,00 - 34,99 (Obeso tipo I)	35,00 - 39,99 (Obeso tipo II)
Género de los encuestados	Masculino	0	0	0	18	1	12	3	1	0
	Femenino	3	7	6	98	5	27	1	5	1
Total		3	7	6	116	6	39	4	6	1

Fuente: Marlon Múnera (2015)

Análisis bi variado del género y el índice de masa Fuente: Marlon Múnera (2015)

Al comparar el género (masculino, femenino), con el IMC de los 188 encuestados, se extrae lo siguiente:

El género masculino:

18 de ellos con IMC entre 18.5 – 24.99 (Rango normal), equivale a 9%.

12 de ellos con IMC entre 25 – 29.99 (Preobeso), equivale a 6%.

3 de ellos con IMC \geq 30 (Obeso), equivale a 2%.

2 de ellos: 1 con IMC > 25 (Sobrepeso), equivale a 1%.

1 con IMC entre 30 – 34.99 (Obeso tipo I), equivale a 1%.

El género femenino:

98 de ellas con IMC entre 18.5 – 24.99 (Rango normal), equivale a 52%.

27 de ellas con IMC entre 25 – 29.99 (Preobeso), equivale a 13%.

10 de ellas: 5 con IMC > 25 (Sobrepeso), equivale a 3%.

5 con IMC entre 30 – 34.99 (Obeso tipo I), equivale a 3%.

7 de ellas con IMC entre 17 – 18.49 (Delgadez aceptable), equivale a 4%.

6 de ellas con IMC < 18.5 (Infrapeso), equivale a 3%.

3 de ellas con IMC < 16 (Delgadez severa), equivale a 2%.

2 de ellas: 1 con IMC > 30 (Obeso), equivale a 1%.

1 con IMC entre 35 – 39.99 (Obeso tipo II), equivale a 1%.

4.2. Análisis de componentes principales para la población de docentes

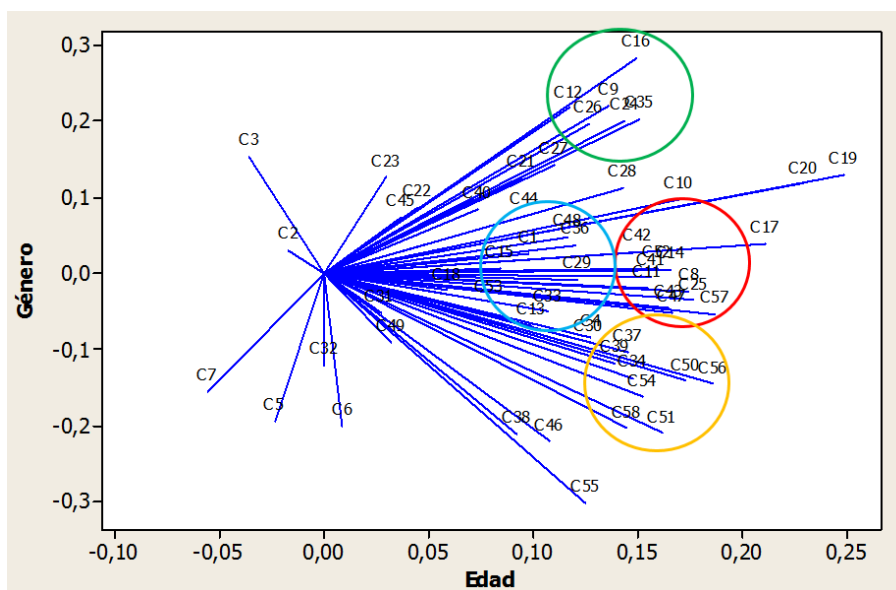
Análisis de componentes principales con la población de docentes. Los círculos denotan cuatro patrones de variables asociadas entre sí en la población de docentes analizadas en el estudio. El eje X muestra el primer componente (edad). El eje Y muestra el segundo componente (Género).

Según el coeficiente de Pearson, la población docente se subdivide en 4 grupos, representados por círculos de colores, cada uno reúne una serie de códigos que simboliza las conductas anunciadas por la teórica Nola Pender en su instrumento (el significado de cada código, se encuentra en las tablas 13, 14, 15 y 16), de los cuáles se puede inferir: El círculo verde es un subgrupo de docentes, con patrones conductuales tendientes a las dimensiones responsabilidad en salud y nutrición de Nola Pender, los cuales son influenciados de forma positiva por la edad y ambos géneros (estos patrones conductuales se pueden presentar en un rango de edades entre los 26 a los 65 años, tanto en el género femenino como en el masculino) “Patrón A”.

El círculo azul contiene patrones conductuales tendientes a las dimensiones responsabilidad en salud, actividad física, relaciones interpersonales y relaciones espirituales de Nola Pender, los cuales son influenciados positivamente, pero no significativamente por la edad y no tienen ninguna relación con el género; esto quiere decir que estos patrones de comportamiento se pueden presentar en cualquier rango de edad, especialmente pero no muy significativamente entre los 26 a los 65 años, sin importar el género “Patrón D”. Lo mismo sucede con el círculo rojo, lo que cambia son sus patrones conductuales tendientes a las dimensiones responsabilidad en salud, relaciones interpersonales y espirituales “Patrón B”.

El círculo amarillo contiene patrones conductuales tendientes a las dimensiones manejo del estrés y relaciones espirituales de Nola Pender, los cuales son influenciados positiva y significativamente por la edad, pero negativamente por el género, indicando que en el rango de edades entre los 26 a los 65 años se pueden presentar y desarrollar este tipo de conductas comportamentales, sin tener en cuenta el género.

Se realizan 2 gráficas, en el que se analiza, por medio del coeficiente de Pearson (estudio del comportamiento entre dos variables) la relación entre las variables sociodemográficas: Edad y género con los patrones de comportamientos agrupados en seis dimensiones: Responsabilidad en salud, Nutrición, Actividad física, Relaciones interpersonales, Manejo del estrés y Relaciones espirituales, propuestos por la teórica de enfermería Nola Pender, a través de su instrumento HPLP II (Health promoting Lifestyle Profile), “el cual describe al estilo de vida y se ha aplicado básicamente a la modificación de comportamientos en la adolescencia y que integra conceptos propios del ámbito de la psicología de la salud. Este modelo considera que el comportamiento saludable es determinado por tres grandes grupos de influencias: Factores personales (personalidad, edad, sexo y la experiencia previa con relación al comportamiento); la variables sociocognitivas (Percepción de beneficios y de barreras de acción, la autoeficacia percibida y los elementos emocionales y afectivos); los factores interpersonales y contextuales (Influencias percibidas durante el proceso de socialización, la norma social, la relación con los contextos en los que el individuo se encuentra).



Gráfica 28. Análisis de componentes principales con la población de docentes

Fuente: Marlon Múnera (2015)

En el eje x, se encuentra la variable sociodemográfica edad (valor entre -0,10 hasta 0,25) y en el eje y la variable sociodemográfica Género (valor entre - 0,3 hasta 0,3) de los 30 docentes encuestados.

En el espacio que se presenta al cruzar estos dos ejes, se ubican una serie de códigos, que representaran o simbolizan el resto de las variables sociodemográficas y los patrones de comportamientos, agrupados por Nola Pender en sus 6 dimensiones, cuyos significados se encuentran en la siguiente tabla:

Tabla 22. Patrón “A” de hábitos de vida saludable en la población de docentes

Componente	Variable o hábitos de vida saludable
	Dimensión: Responsabilidad en salud
C9	Leo o veo programas de televisión acerca del mejoramiento de la salud
C12	Discuto mis cuestiones de salud con profesionales de la salud
	Dimensión: Nutrición
C16	Escojo una dieta baja en grasas, grasas saturadas y en colesterol
C24	Como desayuno
	Dimensión: Actividad física
C26	Hago ejercicios vigorosos por 20 o más minutos, por lo menos tres veces a la semana (Tales y como caminar rápidamente, andar en bicicleta, baile aeróbico, usar la maquina escaladora)
	Dimensión: Manejo del estrés
C35	Acepto aquellas cosas en mi vida que yo no puedo cambiar

Fuente: Marlon Múnera (2015)

El patrón B (círculo rojo) (Figura 1) se caracteriza por no estar correlacionado con el género pero si lo está ligeramente con la edad. Este segundo patrón presenta las siguientes características:

Tabla 23. Patrón “B” de hábitos de vida saludable en la población de docentes

Componente	Variable o hábitos de vida saludable
	Dimensión: Responsabilidad en salud
C8	Informo a un doctor(a) o a otros profesionales de la salud cualquier señal inusual o síntoma extraño
C11	Busco una segunda opinión, cuando pongo en duda las recomendaciones de mi proveedor de servicios de salud
C14	Pido información de los profesionales de la salud sobre como tomar buen cuidado de mi misma(o)
	Dimensión: Actividad física
C25	Sigo un programa de ejercicios planificados
	Dimensión: Relaciones interpersonales
C41	Elogio fácilmente a otras personas por sus éxitos
C42	Mantengo relaciones significativas y enriquecedoras
C47	Me pongo de acuerdo con otros por medio del diálogo y compromiso
	Dimensión: Relaciones espirituales
C52	Me siento satisfecho y en paz conmigo mismo (a)
C57	Me siento unido (a) con una fuerza más grande que yo

Fuente: Marlon Múnera (2015)

Este subgrupo de docentes, posee patrones de comportamientos, tendientes en mayor representación a las dimensiones Responsabilidad en salud, Relaciones interpersonales y espirituales, las cuáles se encuentran influenciadas o se presentan en un rango de edades entre los 26 y 65 años de edad, sin tener en cuenta el género de la población educadora.

El círculo amarillo, el cual se denotará con la letra mayúscula D, representa un subgrupo de docentes, con unos patrones de comportamiento, definidos en la siguiente tabla:

El patrón C (círculo amarillo) (Figura 1) se caracteriza por estar correlacionado negativamente con el género y positivamente con la edad. Este tercer patrón presenta las siguientes características:

Tabla 24. Patrón “C” de hábitos de vida saludable en la población de docentes

Componente	Variable o hábitos de vida saludable
	Dimensión: Manejo del estrés
C34	Tomo algún tiempo para relajarme todos los días
C37	Mantengo un balance del tiempo entre el trabajo y pasatiempos
C39	Mantengo un balance para prevenir el cansancio
	Dimensión: Relaciones espirituales
C50	Creo que mi vida tiene propósito
C51	Miro adelante hacia el futuro
C54	Encuentro cada día interesante y retador (Estimulante)
C56	Estoy consciente de lo que es importante para mí en la vida
C58	Expongo mi persona a nuevas experiencias y retos

Fuente: Marlon Múnera (2015)

Este subgrupo de docentes, posee patrones de comportamientos, tendientes en mayor representación a las dimensiones Manejo del estrés y Relaciones espirituales, las cuáles se encuentran influenciadas o se presentan en un rango de edades entre los 26 y 65 años de edad, con una relación inversamente proporcional o indirecta con el género.

Tabla 25. Patrón “D” de hábitos de vida saludable de docentes

Componente	Variable o hábitos de vida saludable
	Dimensión: Responsabilidad en salud
C13	Examino mi cuerpo por lo menos mensualmente, por cambios físicos o señales peligrosas
C15	Asisto a programas educacionales sobre el cuidado de salud personal.
	Dimensión: Actividad física
C29	Hago ejercicios para estirar los músculos por lo menos 3 veces por semana
	Dimensión: Relaciones interpersonales

C48	Busco orientación o consejo cuando es necesario
	Dimensión: Relaciones espirituales
C53	Trabajo hacia metas a largo plazo en mi vida

Fuente: Marlon Múnera (2015)

Este subgrupo de docentes, posee patrones de comportamientos, tendientes en mayor representación a las dimensiones Responsabilidad en salud y con menor frecuencia a las dimensiones Actividad física, Relaciones interpersonales y espirituales, las cuáles se encuentran influenciadas o se presentan en un rango de edades entre los 26 y 65 años de edad, sin tener en cuenta el género de la población educadora.

El círculo rojo, el cual se denotará con la letra mayúscula C, representa un subgrupo de docentes, con unos patrones de comportamiento, definidos en la siguiente tabla:

Se encontró además que variables sociodemográficas como la religión y el estrato socioeconómico no se asociaban a ninguno de los patrones de hábitos saludables.

4.3. Análisis de componentes principales para la población de estudiantes

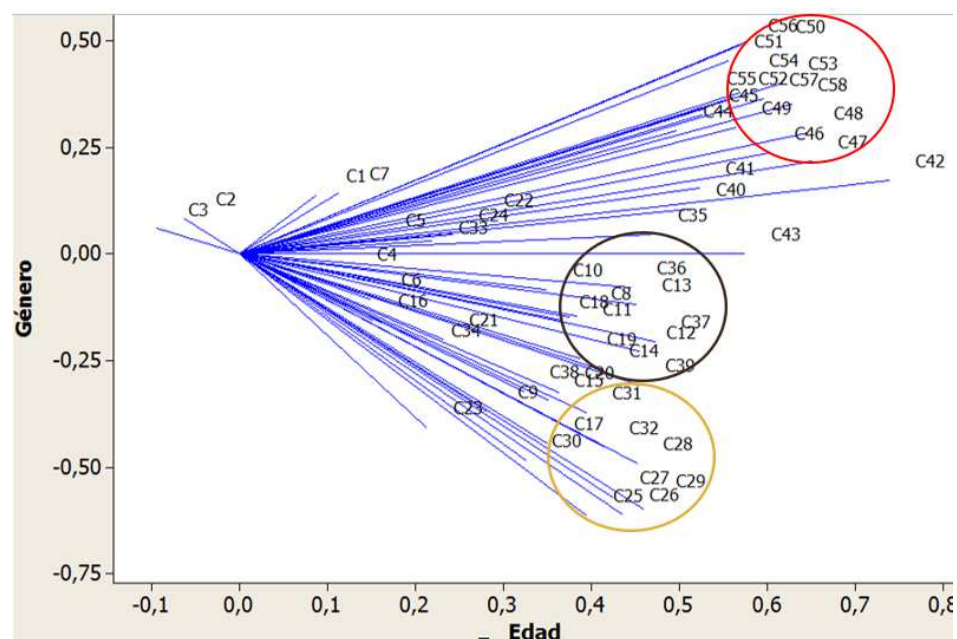
Análisis de componentes principales con la población de estudiantes. Los círculos denotan tres patrones de variables asociadas entre sí en la población de docentes analizadas en el estudio. El eje X muestra el primer componente (edad). El eje Y muestra el segundo componente (Género).

Según el coeficiente de Pearson, la población estudiantil se subdivide en 3 grupos, representados por círculos de colores, cada uno reúne una serie de códigos que simboliza las conductas anunciadas por la teórica Nola Pender en su instrumento (el significado de cada código, se encuentra en las tablas 17, 18 y 19), de los cuáles se puede inferir:

El círculo rojo es un subgrupo de estudiantes, con patrones conductuales tendientes a las dimensiones relaciones interpersonales y mayormente a las relaciones espirituales de Nola Pender, los cuales son influenciados significativamente por la edad y el género, indicando que estos comportamientos se pueden presentar en edades entre los 16 y 40 años, tanto en el género femenino como en el masculino, de la muestra de estudiantes tomada para realizar dicho análisis “Patrón A”.

El círculo negro, posee patrones comportamentales tendientes a las dimensiones responsabilidad en salud y manejo del estrés de Nola Pender, los cuales son influenciados significativa y positivamente por la edad y no tienen ninguna relación con el género; esto quiere decir que estos hábitos comportamentales se presentan en un rango de edades entre los 16 a los 40 años, sin importar el género “Patrón B”.

El círculo amarillo contiene patrones conductuales tendientes a la dimensión actividad física de Nola Pender, los cuales son influenciados positiva y significativamente por la edad, pero negativamente por el género, indicando que en el rango de edades entre los 16 a los 40 años, se presentan y se desarrollan este tipo de conductas comportamentales.



Gráfica 29. Análisis de componentes principales con la población de estudiantes

Fuente: Marlon Múnera (2015)

En el caso de la gráfica de la población de estudiantes, según el coeficiente de Pearson, se agruparon en círculos de varios colores, una serie de códigos o patrones de comportamientos, tendientes a las dimensiones de Nola Pender. Por lo que se infiere:

El círculo rojo, el cual se denotará con la letra mayúscula E, representa un subgrupo de educando, con unos patrones de comportamiento, definidos en la siguiente tabla:

Tabla 26. Patrón “A” de hábitos de vida saludable en la población de estudiantes

Componente	Variable o hábitos de vida saludable
Dimensión: Relaciones interpersonales	
C45	Toco y soy tocado(a) por las personas que me importan
C46	Busco apoyo de un grupo de personas que se preocupan por mí
C47	Me pongo de acuerdo con otros por medio del diálogo y compromiso
Dimensión: Relaciones espirituales	
C49	Siento que estoy creciendo y cambiando en una forma positiva
C50	Creo que mi vida tiene propósito
C51	Miro adelante hacia el futuro
C52	Me siento satisfecho y en paz conmigo mismo (a)
C53	Trabajo hacia metas a largo plazo en mi vida
C54	Encuentro cada día interesante y retador (Estimulante)
C55	Busco maneras de llenar mis necesidades de intimidad
C56	Estoy consciente de lo que es importante para mí en la vida
C57	Me siento unido (a) con una fuerza más grande que yo
C58	Expongo mi persona a nuevas experiencias y retos

Fuente: Marlon Múnera (2015)

Este subgrupo, posee patrones de comportamientos, tendientes en mayor representación y medida a la dimensión Relaciones espirituales, la cual se encuentra influenciada o se presenta tanto en el género femenino, como en el masculino, en un rango de edades entre los 16 y 45 años.

El círculo negro, el cual se denotará con la letra mayúscula F, representa un subgrupo de educando, con unos patrones de comportamiento, definidos en la siguiente tabla:

El patrón B (Círculo Negro) (Figura 9) se conformó de 9 componentes de los 58 analizados (Tabla S1). Para éste patrón se presentó una correlación cercana a cero con el segundo componente (género), pero si mostró una correlación positiva moderada con el segundo componente (edad). Las características que hacen parte de este patrón son:

Tabla 27. Patrón “B” de hábitos de vida saludable en la población de estudiantes

Componente	Variable o hábitos de vida saludable
	Dimensión: Responsabilidad en salud
C8	Informo a un doctor(a) o a otros profesionales de la salud cualquier señal inusual o síntoma extraño
C10	Hago preguntas a los profesionales de la salud para poder entender sus instrucciones
C12	Discuto mis cuestiones de salud con profesionales de la salud
C14	Pido información de los profesionales de la salud sobre como tomar buen cuidado de mi misma(o)
	Dimensión: Nutrición
C18	Como de 6-11 porciones de pan, cereales, arroz, o pasta (fideos) todos los días
C19	Como de 2 a 4 porciones de frutas todos los días
	Dimensión: Manejo del estrés
C36	Me concentro en pensamientos agradables a la hora de acostarme
C37	Mantengo un balance del tiempo entre el trabajo y pasatiempos
C39	Mantengo un balance para prevenir el cansancio

Fuente: Marlon Múnera (2015)

Este subgrupo, posee patrones de comportamientos, tendientes en mayor representación y medida a las dimensiones Responsabilidad en salud y Manejo del estrés, las cuáles se encuentran influenciadas o se presentan en un rango de edades entre los 16 y 45 años de edad, sin tener en cuenta el género de la población estudiantil.

El círculo amarillo, el cual se denotará con la letra mayúscula G, representa un subgrupo de educando, con unos patrones de comportamiento, definidos en la siguiente tabla:

Finalmente, como se menciona antes, se encontró un tercer patrón (Círculo amarillo) (Figura 9). Este patrón, denominado como patrón C, estaba conformado por 9 componentes de los 58 analizados. Las características de este patrón son:

Tabla 28. Patrón “C” de hábitos de vida saludable en la población de estudiantes

Componente	Variable o hábitos de vida saludable
	Dimensión: Nutrición
C17	Limito el uso de azúcares y alimentos que contienen azúcar (Dulces)
	Dimensión: Actividad física
C25	Sigo un programa de ejercicios planificados
C26	Hago ejercicios vigorosos por 20 o más minutos, por lo menos tres veces a la semana (Tales y como caminar rápidamente, andar en bicicleta, baile aeróbico, usar la maquina escaladora)
C27	Tomo parte en actividades físicas livianas a moderadas (tales como caminar continuamente de 30 a 40 minutos, 5 o más veces a la semana)
C28	Tomo parte en actividades físicas de recreación (tales como nadar, bailar, andar en bicicleta)
C30	Hago ejercicios durante actividades físicas usuales diariamente (tales como caminar a la hora del almuerzo, utilizar escaleras en vez de elevadores, estacionar el carro lejos del lugar de destino y, caminar)
C31	Examino mi pulso cuando estoy haciendo ejercicios
C32	Alcanzo mi pulso cardíaco objetivo cuando hago ejercicios

Fuente: Marlon Múnera (2015)

Este subgrupo, posee patrones de comportamientos, tendientes en mayor representación y medida a la dimensión Actividad física, la cual se encuentra influenciada o se presenta en un rango de edades entre los 16 y 45 años de edad, con una relación inversamente proporcional o indirecta con el género.

El resto de los códigos que no se encuentran agrupados, sino dispersos, definidos en la siguiente tabla: Se encontró además que variables sociodemográficas como la religión y el estrato socioeconómico no se asociaban a ninguno de los patrones de hábitos saludables.

Tabla 29. Patrón “D” hábitos de vida saludables en la población de estudiantes

Componente	Variables
	Sociodemográficas
C3	RELIGIÓN
C4	ESTRATO
C5	PESO
C6	TALLA
C7	IMC (índice de masa corporal)
	Dimensión: Responsabilidad en salud
C9	Leo o veo programas de televisión acerca del mejoramiento de la salud
C15	Asisto a programas educativos sobre el cuidado de salud personal.
	Dimensión: Nutrición
C16	Escojo una dieta baja en grasas, grasas saturadas y en colesterol.
C21	Como de 2 a 3 porciones de leche, yogurt, o queso cada día.
C22	Como solamente de 2 a 3 porciones de carne, aves, pescado, frijoles, huevos y nueces todos los días.
C23	Leo las etiquetas nutritivas para identificar el contenido de grasas y sodio en los alimentos empacados.
C24	Como desayuno.
	Dimensión: Manejo del estrés
C33	Duermo lo suficiente.
C35	Acepto aquellas cosas en mi vida que yo no puedo cambiar.
C38	Practico relajación o meditación por 15-20 minutos diariamente.
	Dimensión: Relaciones interpersonales
C40	Discuto mis problemas y preocupaciones con personas allegadas.
C41	Elogio fácilmente a otras personas por sus éxitos.
C42	Mantengo relaciones significativas y enriquecedoras.
C43	Paso tiempo con amigos íntimos.

C44	Se me hace fácil demostrar preocupación, amor y cariño a otros.
-----	---

Fuente: Marlon Múnera (2015)

Significa, que no tienen una influencia o relación significativa con las variables edad y género, quiere decir que no representan un comportamiento importante para analizar.

4.4. Relación entre la formación académica y el estilo de vida de estudiantes del programa de enfermería

Se realizó un análisis entre dos variables (bi variado), para estudiar la relación existente entre la formación académica y patrones de comportamiento, tendientes a estilos de vida de los estudiantes del programa de enfermería, encontrados en las conductas descritas anteriormente.

Al realizar este estudio con el coeficiente de Pearson, se observa que una relación positiva o influencia directamente proporcional (a medida que una variable aumenta o cambia, la otra también aumenta o cambia), entre la formación académica y los estilos de vida saludable. Sin embargo, no se encontró que ésta relación según Pearson, es débil (estadísticamente poco significativa $p > 0.05$). Esto indica que la formación académica en los estudiantes no tiene una influencia importante o directamente en los estilos de vida. Hay que tener en cuenta, también, que en algunos semestres, la cantidad de estudiantes, que participaron en la encuesta, no fue muy representativa, por lo que en estos, no se puede deducir o concluir que el nivel académico influya o no en el estilo de vida de estos estudiantes.

Algunos ejemplos se muestran en las tablas de contingencia 26, 27 y 28.

Tabla 30. Nivel académico de los encuestados

		Estoy consciente de lo que es importante para mí en la vida.				Total
		Nunca (N)	Algunas veces (A)	Frecuentemente (M)	Rutinariamente (R)	
	1	0	1	8	8	17
	2	2	2	11	12	27
	3	0	2	6	12	20
Nivel	4	0	0	4	9	13
académico de	5	0	0	5	10	15
los	6	0	3	8	17	28
encuestados	7	0	0	2	3	5
	8	0	0	7	9	16
	9	0	1	4	2	7
	10	0	0	3	7	10
Total		2	9	58	89	158

Fuente: Marlon Múnica (2015)

El patrón de comportamiento: Estoy consciente de lo que es importante para mí en la vida, de la dimensión: Relaciones espirituales, se observa influenciada significativa y mayormente por los semestres 2^o (11 educandos que respondieron frecuentemente y 12 rutinariamente), 3^o (6 educandos que respondieron frecuentemente y 12 rutinariamente), 5^o (5 educandos respondieron frecuentemente y 10 rutinariamente) y 6^o (8 educandos respondieron frecuentemente y 17 rutinariamente), de los estudiantes encuestados.

* Estoy consciente de lo que es importante para mí en la vida. Chi-cuadrado de Pearson 21,73; Sig. Asintótica (bilateral) (0,750667).

Tabla 31. Nivel académico de los encuestados

	Miro adelante hacia el futuro.			Total
	Algunas veces (A)	Frecuentemente (M)	Rutinariamente (R)	
1	1	5	11	17
2	3	9	15	27
3	0	8	12	20
4	0	3	10	13
Nivel académico de los encuestados	5	3	12	15
	6	6	19	28
	7	1	4	5
	8	4	12	16
	9	2	3	7
	10	1	9	10
Total	9	42	107	158

Fuente: Marlon Múnera (2015)

El patrón de comportamiento: Miro adelante hacia el futuro, de la dimensión: Relaciones espirituales, se observa influenciada significativa y mayormente por los semestres 1^o (5 educandos respondieron frecuentemente y 11 rutinariamente), 2^o (9 educandos respondieron frecuentemente y 15 rutinariamente), 3^o (8 educandos respondieron frecuentemente y 12 rutinariamente) y 6^o (6 educandos respondieron frecuentemente y 19 rutinariamente), de los estudiantes encuestados.

* Miro adelante hacia el futuro. Chi-cuadrado de Pearson: 20,047527; Sig. Asintótica (bilateral) (0,330150).

Tabla 32. Nivel académico de los encuestados

	Me siento satisfecho y en paz conmigo mismo (a).				Total
	Nunca (N)	Algunas veces (A)	Frecuentemente (M)	Rutinariamente (R)	
1	0	1	7	9	17
2	0	4	13	10	27
3	1	2	9	8	20
4	0	1	7	5	13
Nivel académico de los encuestados	5	0	5	10	15
6	0	5	10	13	28
7	0	1	3	1	5
8	0	0	4	12	16
9	0	2	2	3	7
10	0	0	4	6	10
Total	1	16	64	77	158

Fuente: Marlon Múnera (2015)

* Me siento satisfecho y en paz conmigo mismo (a). Chi-cuadrado de Pearson: 25,436; Sig. asintótica (bilateral)(0,550052).

El patrón de comportamiento: Me siento satisfecho y en paz conmigo mismo (a), de la dimensión: Relaciones espirituales, se observa influenciada significativa y mayormente por los semestres 2^o 13 educandos respondieron frecuentemente y 10 rutinariamente), 6^o (10 educandos respondieron frecuentemente y 13 rutinariamente) y 8^o (4 educandos respondieron frecuentemente y 12 rutinariamente), de los estudiantes encuestados.

Tabla 33. Equivalencia de los componentes

Componente	Variables
	Sociodemográficas
C1	EDAD
C2	GÉNERO
C3	RELIGIÓN
C4	ESTRATO
C5	PESO
C6	TALLA
C7	IMC (índice de masa corporal)
	Dimensión: Responsabilidad en salud
C8	Informo a un doctor(a) o a otros profesionales de la salud cualquier señal inusual o síntoma extraño.
C9	Leo o veo programas de televisión acerca del mejoramiento de la salud
C10	Hago preguntas a los profesionales de la salud para poder entender sus instrucciones.
C11	Busco una segunda opinión, cuando pongo en duda las recomendaciones de mi proveedor de servicios de salud.
C12	Discuto mis cuestiones de salud con profesionales de la salud.
C13	Examino mi cuerpo por lo menos mensualmente, por cambios físicos o señales peligrosas.
C14	Pido información de los profesionales de la salud sobre como tomar buen cuidado de mi misma(o).
C15	Asisto a programas educacionales sobre el cuidado de salud personal.
	Dimensión: Nutrición
C16	Escojo una dieta baja en grasas, grasas saturadas y en colesterol.
C17	Limito el uso de azúcares y alimentos que contienen azúcar (Dulces).
C18	Como de 6-11 porciones de pan, cereales, arroz, o pasta (fideos) todos los días.
C19	Como de 2 a 4 porciones de frutas todos los días.
C20	Como de 3 a 5 porciones de vegetales todos los días.
C21	Como de 2 a 3 porciones de leche, yogurt, o queso cada día.
C22	Como solamente de 2 a 3 porciones de carne, aves, pescado, frijoles, huevos y nueces todos los días.
C23	Leo las etiquetas nutritivas para identificar el contenido de grasas y sodio en los alimentos empacados.
C24	Como desayuno.
	Dimensión: Actividad física
C25	Sigo un programa de ejercicios planificados.
C26	Hago ejercicios vigorosos por 20 o más minutos, por lo menos tres veces a la semana (Tales y como caminar rápidamente, andar en bicicleta, baile aeróbico, usar la maquina escaladora).
C27	Tomo parte en actividades físicas livianas a moderadas (tales como caminar continuamente de 30 a 40 minutos, 5 o más veces a la semana.
C28	Tomo parte en actividades físicas de recreación (tales como nadar, bailar, andar en bicicleta).
C29	Hago ejercicios para estirar los músculos por lo menos 3 veces por semana.

C30	Hago ejercicios durante actividades físicas usuales diariamente (tales como caminar a la hora del almuerzo, utilizar escaleras en vez de elevadores, estacionar el carro lejos del lugar de destino y, caminar).
C31	Examino mi pulso cuando estoy haciendo ejercicios.
C32	Alcanzo mi pulso cardíaco objetivo cuando hago ejercicios.
Dimensión: Manejo del estrés	
C33	Duermo lo suficiente.
C34	Tomo algún tiempo para relajarme todos los días.
C35	Acepto aquellas cosas en mi vida que yo no puedo cambiar.
C36	Me concentro en pensamientos agradables a la hora de acostarme.
C37	Mantengo un balance del tiempo entre el trabajo y pasatiempos.
C38	Practico relajación o meditación por 15-20 minutos diariamente.
C39	Mantengo un balance para prevenir el cansancio.
Dimensión: Relaciones interpersonales	
C40	Discuto mis problemas y preocupaciones con personas allegadas.
C41	Elogio fácilmente a otras personas por sus éxitos.
C42	Mantengo relaciones significativas y enriquecedoras.
C43	Paso tiempo con amigos íntimos.
C44	Se me hace fácil demostrar preocupación, amor y cariño a otros.
C45	Toco y soy tocado(a) por las personas que me importan.
C46	Busco apoyo de un grupo de personas que se preocupan por mí.
C47	Me pongo de acuerdo con otros por medio del diálogo y compromiso.
C48	Busco orientación o consejo cuando es necesario.
Dimensión: Relaciones espirituales	
C49	Siento que estoy creciendo y cambiando en una forma positiva.
C50	Creo que mi vida tiene propósito.
C51	Miro adelante hacia el futuro.
C52	Me siento satisfecho y en paz conmigo mismo (a).
C53	Trabajo hacia metas a largo plazo en mi vida.
C54	Encuentro cada día interesante y retador (Estimulante).
C55	Busco maneras de llenar mis necesidades de intimidad.
C56	Estoy consciente de lo que es importante para mí en la vida.
C57	Me siento unido (a) con una fuerza más grande que yo.
C58	Expongo mi persona a nuevas experiencias y retos.

Fuente: Marlon Múnera (2015)

En el caso de la gráfica de la población docente, según el coeficiente de Pearson, se agruparon en círculos de varios colores, una serie de códigos o patrones de comportamientos, tendientes a las dimensiones de Nola. Por lo que se infiere:

Tabla 34. Correlación dimensiones, edad y género

		Resp. Salud	Nutrición	Acti. Física	Manejo estrés	Relaciones Interpersonales	Relaciones espirituales
Edad	Pearson correlation	0,19	0,04	-0,08	-0,05	0,1	0,13
	Sig. (2-tailed)	0,05	0,07	0,28	0,9	0,19	0,09
	N	158	158	158	158	158	158
Género	Pearson correlation	0,13	0,08	0,1	0,13	0,01	0,01
	Sig. (2-tailed)	0,09	0,45	0,07	0,08	0,9	0,89
	N	158	158	158	158	158	158

Fuente: Marlon Múnera (2015)

Tabla 35. Descriptivo de las dimensiones de la escala Health Promotion Lifestyle Profile II de Pender

Dimensiones	N	Valor teórico	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estandar	Porcentaje de estudiantes con predominio de frecuencia (%)
Responsabilidad en salud	158	56	1	4	2.5	0.8	38 (Frecuentemente)
Nutrición	158	50	1	4	2.3	0.9	36 (Algunas veces)
Actividad física	158	77	1	4	2.1	0.89	48 (Algunas veces)
Manejo estrés	158	88	1	4	2.7	0.78	53 (Algunas veces)
Relaciones Interpersonales	158	74	1	4	2.7	0.8	44 (Frecuentemente)
Relaciones espirituales	158	79	1	4	3.5	0.59	50 (Rutinariamente)

Fuente: Marlon Múnera (2015)

5. CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

El ser humano, durante su desarrollo físico y psíquico, pasa por una serie de etapas o ciclos vitales (van desde el período prenatal hasta el período de la vejez o tercera edad), los cuales, son críticos, al ser influenciados de forma positiva o negativa, por factores endógenos y exógenos a él.

Algunos de estos ciclos vitales, abordados por el presente trabajo de investigación, son: el período de la juventud al de la madurez, representando por los estudiantes de enfermería profesional y el periodo de la adultez, al que pertenece el cuerpo de docentes de la misma carrera, del área de la salud, de la Corporación Universitaria Adventista, primer semestre del año 2015.

Se observa que la población abordada por el presente estudio, se encuentra en un rango de edades entre los 16 a 30 años (77,1%), con mayor frecuencia entre los 21 – 25 años (36%), destacándose el género femenino (81,4%), con IMC (Índice de Masa Corporal) normal (el género femenino presenta un IMC normal más frecuente que el género masculino), entre los rangos 18,50 a 24,99 (61,7%), ocupación de estudiantes superior al de los docentes (84 % sobre 16%), cuyo nivel académico es muy variado entre el primer al décimo semestre, usualmente de religión católica (58%), los cuales pertenecen a los estratos 2 (22,9%) y 3 (44,1%). En la investigación realizada por Laguado y Gómez (2014), se encontró que el género predominante fue el femenino con un 85,7% y en edades promedio de 21+/- 7 años, con una edad mínima de 16 y máxima de 38 años de edad. Con respecto al índice de masa

corporal, de acuerdo a la clasificación, categoría de delgado 6 estudiantes, normal 92 estudiantes y 42 estudiantes en sobrepeso y 12 en obesidad mórbida.

Según el coeficiente de Pearson, se observa en la población de docentes, 4 subgrupos con patrones comportamentales homogéneos, tendientes a las 6 dimensiones propuestas por la teórica Nola Pender (Responsabilidad en salud, Nutrición, Actividad física, Relaciones interpersonal, Manejo del estrés y Relaciones espirituales), los cuáles, poseen una correlación significativamente positiva con la variable edad (Estas conductas, se pueden presentar en un rango de edades entre los 26 hasta los 65 años), pero son independientes a la variable género, con una correlación negativa o inversamente proporcional a la misma.

Con respecto a la dimensión de la actividad física, en la investigación realizada en Guatemala, se plantea que el promedio de la actividad física fue de 7.57, situándose por encima del punto medio, por lo cual se establece como una dimensión no saludable; haciendo el desglose por año y por sexo, queda evidenciado que la población femenina de los seis años académicos en la universidad, presentan una actividad física no saludable ya que el debido promedio se sitúa por encima de la puntuación media, con relación a la población masculina presentan déficit solo dos años académicos.

En la población de estudiantes, se infiere la presencia de tres subgrupos con patrones comportamentales heterogéneos, tendientes principalmente, a las dimensiones Responsabilidad en salud, Actividad física, Manejo del estrés y Relaciones espirituales, propuestos por la teórica Nola Pender, los cuáles, poseen una correlación con la edad y el género, pero significativamente positiva con la variable edad (Estas conductas, se pueden presentar en un rango de edades entre los 16 a 40 años), pero son independientes a la variable género sin o con una correlación negativa o inversamente proporcional a la misma.

Se advierte que los patrones conductuales de la muestra de estudiantes, no son tendientes a las dimensiones: Nutrición y Relaciones interpersonales, establecidos por Nola Pender.

Al comparar los patrones comportamentales entre profesores y estudiantes, encontramos que el de los primeros es mucho más homogéneo que el de los segundos, ya que estos tienden de forma equilibrada a las 6 dimensiones propuestas por la ya mencionada teórica, en cambio los segundos, tienden de forma desigual a solo 4 de las 6 dimensiones ya indicadas.

Al examinar la correlación entre las variables sociodemográficas con los patrones de comportamentales, propuestos por las 6 dimensiones de Nola Pender, de la población estudiada, se infiere que biológica y estadísticamente no existe ningún tipo de influencia o relación entre las mismas, o sea, que estos patrones de comportamiento se dan o se presentan independientemente del género, religión, estrato, peso, talla e IMC, pero con una significancia estadística positiva con la edad.

Existe una relación positiva entre la formación académica y el estilo de vida de los estudiantes del programa de enfermería, pero estadísticamente poco significativa ($p > 0.05$), indicando que la formación académica en los estudiantes no influye directamente en los estilos de vida.

Con relación a los objetivos de la investigación, que pretendían caracterizar los estilos de vida de estudiantes y docentes del programa de enfermería, identificando los comportamientos y determinando la relación existente entre los estilos de vida de los estudiantes y docentes; para, finalmente analizar la formación académica con el estilo de

vida presente, se puede concluir que según lo propuesto por Nola Pender, los 30 docentes encuestados, del programa de enfermería, facultad ciencias de la salud, de la Corporación Universitaria Adventista de Medellín, primer semestre del 2015, poseen estilos de vida saludables, con patrones de comportamiento, tendientes de forma homogénea a las dimensiones: Responsabilidad en salud, Nutrición, Actividad física, Relaciones interpersonales, Manejo del estrés y Relaciones espirituales, establecidos por la teórica de enfermería. Los 158 estudiantes encuestados, del programa de enfermería, facultad ciencias de la salud, de la Corporación Universitaria Adventista de Medellín, primer semestre del 2015, presentan patrones de comportamiento tendientes a estilos de vida saludables, de forma heterogénea, ya que poseen conductas propensas a las dimensiones: Responsabilidad en salud, Actividad física, Relaciones interpersonales y espirituales, propuestos por Nola Pender y en menor medida o poco significativo (representativo) a las dimensiones Nutrición y Manejo del estrés. Los patrones de comportamiento tendientes a las dimensiones: Responsabilidad en salud, Nutrición, Actividad física, Relaciones interpersonales, Manejo del estrés y Relaciones espirituales, de los 188 participantes de la presente investigación (30 son docentes y 158 estudiantes), poseen una relación estadísticamente poco significativa o se ven influenciadas de forma débil (directamente proporcionales), según el coeficiente de Pearson, por la variable edad, en un rango entre los 16 – 65 años, exceptuando, las conductas comportamentales tendientes a la dimensión Relaciones espirituales de un subgrupo de estudiantes, que se encuentran encerradas dentro de un círculo rojo, denotado con la letra E de la gráfica N.9 Análisis de componentes principales para la población de estudiantes, que no solo poseen una correlación débil con la variable sociodemográfica edad, sino que también posee una relación intermedia con el género femenino y masculino de dicha muestra. Teniendo en cuenta que en algunos semestres, la cantidad de estudiantes que participaron en la presente investigación, no fue muy significativa (por ejemplo: Séptimo, Noveno y Décimo semestre), no se puede concluir que los estilos de vida están o no influenciados por el nivel académico de los educandos, pero en los semestres: Primero, Segundo, Tercero, Cuarto, Quinto, Sexto y Octavo, en los que la participación de cada uno fue significativa, se observa que estos

patrones de comportamiento tendientes a un estilo de vida saludable, se ven influenciados por los grados de formación en los que se encuentra la mencionada población.

El desarrollo de la presente investigación, favoreció la descripción de los estilos de vida de los docentes y estudiantes del programa de enfermería de la Corporación Universitaria adventista de Colombia en los años 2014-2015. Los insumos recolectados en ella, pueden servir de base para los departamentos de bienestar en la universidad, ya que de allí, se pueden implementar estrategias o planes de trabajo para el mejoramiento de ellos y el impacto de nuevas formas de relación con el entorno y los demás que nos rodean. El trabajo mancomunado desde todos los ámbitos de la universidad, aportarán a la construcción de un estudiante con estilos de vida saludables y de docentes que impulsen a la calidad de vida desde sus propias prácticas.

Como enfermeros en formación, la realización de este trabajo, nos permitió revisar y poner en práctica todos los conceptos, habilidades y destrezas desarrolladas en la carrera profesional. Cada una de ellas aportó a la construcción de los objetivos de la investigación y en el análisis de los resultados. Los saberes acumulados y la experiencia en las diferentes prácticas desarrolladas en la formación universitaria, aportaron en el discernimiento de la información y la interpretación de los datos encontrados.

Como estudiantes de enfermería, los hallazgos alcanzados en este estudio (caracterización de los estilos de vida de estudiantes y docentes), aportan en la construcción continua del conocimiento sobre el saber específico y fundante de la carrera en lo concerniente a la salud y el bienestar del ser humano. Los resultados obtenidos en este estudio, permiten tener una aproximación a los estilos de vida de los estudiantes y docentes, reconociendo no solo los comportamientos en cada una de las dimensiones evaluadas, sino las diferencias de género,

clase social, creencia religiosa, percepción del nivel de estrés y estado de salud la calidad de vida.

La calidad de vida y la salud de las personas, es un fundamento esencial para la supervivencia. Establecer estilos de vida saludables, aportará a la construcción de ambientes sanos y productivos para los seres humanos, en tanto se mejoran, un compendio de hábitos, actitudes y decisiones que favorecen el desarrollo del ser humano de forma integral. El desarrollo integral en la actualidad, es una de las apuestas más importantes, para comprender la forma como se desarrolla el ser humano en sociedad. Las buenas elecciones, los deseos y hábitos, definirán hacia donde se acercan sus estilos de vida y como es su relación con el entorno que lo rodea y consigo mismo.

Para próximas investigaciones, se sugiere realizar un comparativo con otros docentes de la Corporación Universitaria en general y con los estudiantes de otros programas. Esto para comprobar si los estilos de vida son más apropiados en los individuos pertenecientes al programa de enfermería, que se espera, deben tener una mayor sensibilidad por el estilo de vida y la calidad de vida, que con otros programas de la Corporación universitaria. Esta es una de las preguntas que queda abierta con el proyecto, y es si los estudiantes y docentes de otros programas, obtendrían los mismos resultados.

5.2. Recomendaciones

Según el Alfa de Cronbach, se observa que las dimensiones Relaciones espirituales e Interpersonales, Actividad física y Responsabilidad en salud, tienen un grado de confiabilidad cercana a 1, pero las dimensiones Nutrición y Manejo del estrés, presentan una fiabilidad baja, inferior a 0,70; por lo que se sugiere realizar nuevas investigaciones, en las que se pueda analizar a profundidad el comportamiento de estos dos patrones en la población estudiantil de la Corporación Universitaria Adventista de Medellín.

Se recomienda realizar estudios de estilos de vida saludables con enfoques de género, discriminado entre docentes y estudiantes, para evidenciar mejor las características de aprehensión de estilos de vida enfocados a género femenino o género masculino.

Esto con el objetivo de poder profundizar mejor y evidenciar el fenómeno de adopción de estilos de vida saludables, se debe estudiar tanto docentes como estudiantes por separado con el fin de saber qué relación guarda el hecho de ser docente con la trasmisión de valores y de patrones conductuales en los estudiantes y como ellos se ven afectados al adoptarlos o rechazarlos.

Este tipo de estudio se debe hacer de carácter mixto, en donde la metodología no solamente sea cuantitativa, sino también cualitativa, ayudando a que el fenómeno de la adopción de estilos de vida saludables, se observe en mayor profundidad y se le pueda sacar mayor riqueza.

Estos estudios se deben continuar realizando, porque básicamente los estilos de vida saludable se han catalogado como una herramienta que la sociedad puede utilizar para contrarrestar el efecto de la carga de todo este tipo de enfermedades y aún más en los

profesionales de la salud y se debe comparar estudios en donde se evidencia los profesionales que están en el mercado versus los profesionales que se están formando.

Se recomienda fomentar en los estudiantes el hábito de realizar ejercicios y crear espacios adecuados para llevar a cabo dichas actividades, con el propósito de mantener en los estudiantes un interés permanente por la actividad física como un estilo de vida.

Se recomienda fortalecer los estilos de vida saludables en los docentes, con el fin de que estos tramitan sus conocimientos y hábitos a los estudiantes durante todo el transcurso de la carrera en la Institución Universitaria. Debido a que esto puede tener una repercusión positiva en la mayoría de los estudiantes de la facultad y posiblemente de otras.

Se recomienda crear en la institución estrategias que promuevan las dimensiones. Nutrición y Relaciones interpersonales, establecidas por Nola Pender. A través del ejemplo de las conductas comportamentales del grupo de docentes.

Se recomienda a la comunidad académica del programa de enfermería adoptar todas las dimensiones sobre promoción de la salud propuestas por la teórica de enfermería Nola Pender, con el propósito de que los estudiantes y egresados interioricen la importancia de practicar estilos de vida saludables y puedan transmitir este mensaje a sus pacientes. Como una forma de poner en práctica la coherencia con el eje fundamental de la disciplina el poder brindar cuidado al ser humano en todas las etapas de la vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Grimaldo, M. Estilos de vida saludables en estudiantes de posgrado de Ciencias de la Salud. *Psicología y Salud*, Vol. 22, Núm. 1: 75-87, enero-junio de 2012
- (2) Aristizábal Hoyos G, Blanco Borjas DM, Sánchez Ramos A, Ostiguín Meléndez RM. El modelo de promoción de la salud. *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*. 2011 [citado 20-01-2013]; 8(4):17- 23. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu114c.pdf>
- (3) Laguado, E & Gómez, M. Estilos de vida saludables en estudiantes de enfermería en la Universidad Cooperativa de Colombia. *Hacia la Promoción de la Salud*, Volumen 19, No.1, enero - junio 2014, págs. 68 – 83.
- (4) Pino, J. Estilo de vida relacionado con la salud. Facultad de Ciencias del Deporte – Universidad de Murcia. Disponible en: <http://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/6616/1/estilo%20de%20vida%20y%20salud.pdf>
- (5) Novo, Villaverde. Francisco Javier. Facultad de Ciencias. Departamento de Genética. Edificio de Investigación. Universidad de Navarra. Historia y desarrollo del Proyecto del Genoma Humano. 2012. Recuperado de: <http://www.unav.es/ocw/genetica/tema-1-1.html>
- (6) OMS. Estado de la salud en el mundo nuevo estudio sobre la carga mundial de morbilidad. Centro de Prensa. Octubre de 2008. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2008/np11/es/>
- (7) OMS. La depresión es una enfermedad frecuente y las personas que la padecen necesitan apoyo y tratamiento. Centro de prensa. Octubre de 2012. Recuperado de: http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/es/
- (8) Pino, J. Estilo de vida relacionado con la salud. Facultad de Ciencias del Deporte – Universidad de Murcia. Disponible en:

<http://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/6616/1/estilo%20de%20vida%20y%20salud.pdf>

- (9) Fortuny, M & Gallego, J. Educación para la salud. Revista de Educación. N. 287. 1988. España. Recuperado de: <http://www.mecd.gob.es/dctm/revista-de-educacion/articulosre287/re28713.pdf?documentId=0901e72b813c300e>
- (10) OPS. Guía para Universidades Saludables. Universidad de Chile. 2006. Recuperado de: <http://www7.uc.cl/ucsaludable/img/guiaUSal.pdf>
- (11) AL Walker SN, Hill-Polerecky DM. Psychometric evaluation of the Health-Promoting Lifestyle Profile II. 1996 [citado 10-02-2012]. Disponible en: http://www.unmc.edu/nursing/docs/HPLPII_Abstract_Dimensions.pdf
- (12) VAREZ, Luz. S. Los estilos de vida en salud: del individuo al contexto. En: revista Facultad Nacional de Salud Pública. Vol. 30. N° 1. 2012.
- (13) ESPINOZA GONZALEZ, L. Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad. Rev Cubana Estomatol v.41 n.3 Ciudad de La Habana sep.-dic. 2004
- (14) PINZON G, Daniel. Estilo De Vida Saludable (Evs): Limitaciones del enfoque biomédico. En: Revista Apuntes Universitarios. Año III. N°1. 2013. Recuperado de: <file:///C:/Users/Familia/Downloads/Dialnet-EstiloDeVidaSaludableEVSLimitacionesDelEnfoqueBiom-4331970.pdf>
- (15) EPP, J. Lograr la salud para todos: un marco para la promoción de la salud. En: Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud: una antología. Washington DC: OPS/OMS (Publicación científica: 557) 1996.
- (16) ALARCON, E. *Teoría de la vida orgánica*. Apuntes de psicología. Pamplona: pro manuscrito. 1988
- (17) BAGRICHEVSKY, Marcos., Estevao, Adriana., Palma, Alexandre. 2008. La Educación Física y su Inserción en el Campo de la Salud Colectiva en Brasil: en

Búsqueda de un Diálogo Crítico sobre Interfaces, Pertenencias y Sentidos. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, Vol.18 N°.

- (18) Alcántara moreno, Gustavo. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. En *Sapiens. Revista universitaria de investigación*. Vol. 9. N°1. 2008
- (19) Briceño-León, R. Bienestar, salud pública y cambio social. EN Briceño-León, R., de Souza, M. y Coímbra, C. (Coord.). *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. Revista científica de la salud. Ed. Fiocruz. Rio de Janeiro. 2000.
- (20) Ritzer, G. *Teoría sociológica clásica*. Ed. McGraw Hill. Madrid. Quinta edición. 2002.
- (21) Lage, A. Los desafíos del desarrollo: la actividad científica como eje de la formación del personal de salud. *Educ. Med. Salud*. 1995.
- (22) Caponi, Sandra. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. En: *historia, ciencia, saude*. Vol. 4.N°2. Brasil. 1997.
- (23) Aristizábal, G, Marlene, D, Sánchez, A & Otros. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Revista Enfermería Universitaria ENEO.UNAM* Vol. 8. Año 8. Diciembre de 2011. Recuperado de: <http://www.mediagraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu114c.pdf>
- (24) Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. *Metodología de la investigación* (3ª ed.). México: Editorial Mc Graw-Hill. 2004.
- (25) Sousa, V, Driessnack, M y Costa, I. Revisión de diseños de investigación resaltantes para la enfermería. Parte 1: Diseños de investigación cuantitativa. *Revista Latinoamérica Enfermaren*. Mayo-Junio. 2007. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/es_v15n3a22.pdf

- (26) PERSONAL. Coeficiente de correlación lineal de Pearson. Recuperado de: <http://personal.us.es/vararey/adatos2/correlacion.pdf>
- (27) TEORIASDEENFERMERIA. Nola Pender. Biografía. Recuperado de: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/nola-pender.html>
- (28) Rada, G. Estudios descriptivos: Tipología. 2007. Universidad de Chile. Recuperado de: <http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/epiDesc4.htm>
- (29) Monje, C. Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Guía didáctica. Universidad Sur colombiana, Neiva, Colombia. 2011. Recuperado de: <http://carmonje.wikispaces.com/file/view/Monje+Carlos+Arturo+-+Gu%C3%ADa+did%C3%A1ctica+Metodolog%C3%ADa+de+la+investigaci%C3%B3n.pdf>
- (30) Hueso, A y Cascant, M. Metodología y técnicas cuantitativas de investigación. En: cuadernos Docentes en Procesos de Desarrollo. N. 1. Universidad politécnica de Valencia. 2012. Recuperado de: https://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/17004/Metodolog%25C3%25ADa%2520y%2520t%25C3%25A9cnicas%2520cuantitativas%2520de%2520investigaci%25C3%25B3n_6060.pdf?sequence=3
- (31) Sánchez, K y Méndez, N. Breve revisión de los diseños de investigación observacionales. En: Revista de investigación Médica Sur, México. 2008. En: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medsur/ms-2008/ms083h.pdf>.
- (32) UM. Guía SPSS 15.0 Para Windows. Capitulo1. Estructura del SPSS. Recuperado de: http://www.um.es/docencia/pguardio/documentos/spss_1.pdf
- (33) Academia Adventista. Filosofía de la Educación Adventista del Séptimo día. Declaración General de Filosofía Educacional. 2015. Recuperado de: <http://academiaadventistaponce.blogspot.com/p/filosofia-de-la-educacion-adventista.html>.

- (34) Casal, J. Tipos de muestreo Revista Epidemiológica de Medicina preventiva. 1. 2003. Recuperado de: <http://www.mat.uson.mx/~ftapia/Lecturas%20Adicionales%20%28C%C3%B3mo%20dise%C3%B1ar%20una%20encuesta%29/TiposMuestreo1.pdf>.
- (35) Laguado, E y Gómez, M. Estilos de vida saludables en estudiantes de enfermería en la Universidad Cooperativa de Colombia. Revista hacia la Promoción de la SAud. Vol. 19, N° 1, Enero-Junio. 2014. Recuperado de: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista19%281%29_6.pdf
- (36) Arrivillaga, M y Salazar, I. Creencias relacionadas con el estilo de vida de jóvenes latinoamericanos. Revista Internacional de psicología clínica y de la salud. N. 1. 2005. Recuperada de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1214443>
- (37) Fajardo, I, Aguilar, A, Pivaral, J, Sipaqué, J y Segura, H. Caracterización de los estilos de vida en estudiantes de grado de la facultad de ciencias médicas de la universidad San Carlos de Guatemala. Universidad de San Carlos, Guatemala. Tesis publicada en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_9472.pdf
- (38) Irazusta, A, Ruiz, F, Gil, S y Goikonuria, D. hábitos de vida de los estudiantes de enfermería. Revista Zainak. N. 27. 2005. Recuperado de: <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/zainak/27/27099107.pdf>
- (39) Ponte, M. Estilos de vida de los estudiantes de enfermería, según año de estudio de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2010. Recuperado de: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1307/1/ponte_am.pdf
- (40) Grimaldo, M. Estilo de vida saludable en estudiantes de posgrado de ciencias de la Salud. Revista Psicología y Salud. Vol. 22. N° 1. Enero-Junio. Universidad San Martín de Porres, Perú. 2012. Recuperado de:

<http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-22-1/22-1/Mirian%20Pilar%20Grimaldo%20Muchotrigo.pdf>


- (41) López, J, Marchan, N y Ramírez, H. Estilos de vida de los estudiantes del programa de enfermería de la UCLA en el periodo Junio-Noviembre 2005. Universidad Centrooccidental: Venezuela. Recuperado de: http://bibmed.ucla.edu.ve/Edocs_bmucla/textocompleto/TPEWY18DV4E882005.pdf
- (42) Morales, E, Rubio, A y Ramírez, M. Metaparadigma y teorización actual e innovadora de las teóricas y modelos de enfermería. Revista científica de Enfermería N° 4. 2012. Recuperado de: http://www.recien.scele.org/documentos/num_4_may_2012/proced_metaparadigma_teorizac_teorias_modelos_enfermer.pdf
- (43) MPS. Resolución número 0425 de 2008. República de Colombia. Ministerio de la protección social. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad/RESOLUCI%C3%93N%200425%20DE%202008.pdf>
- (44) SUR MEDICAL. Balanza con monitos de Composición Corporal HBF-500. Sur Medical: Uruguay. Recuperado de: <http://tienda.surmedical.com.uy/equipos/balanza-monitor-composicion-corporal-p-2595.html>
- (45) LABORATORIO METROLOGICO DE ANTIQUIA. Norma ISO y calidad en la Calibración de equipos. Colombia. Recuperado de: http://www.laboratoriometrologico.com/sitio/contenidos_mo.php?it=157
- (46) ICONTEC. Norma Técnica Colombiana. Sistemas de gestión de la medición. Requisitos para los procesos de medición y los equipos de medición. Colombia. Recuperado de: <http://siscomet.com.co/documents/NTC-ISO-10012.pdf>

- (47) OMRON. Manual de Instrucciones. Balanza con Analizados de Fitness.
Recuperado de: http://www.alvearmedicalcenter.com/pdf/manuales/2012/HBF-510-LA_A_M%20MX-SP_030411_r3.pdf

ANEXOS

Anexo A. Consentimiento informado

Yo, _____, identificado como aparece al pie de mi firma,

	<p>UNIVERSIDAD ADVENTISTA FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD PROGRAMA DE ENFERMERÍA</p> <p>CONSENTIMIENTO INFORMADO</p>
---	---

manifiesto libre y voluntariamente que autorizo a los estudiantes de pregrado de Enfermería Profesional de la Corporación Universitaria Adventista, con el Aval del comité de docentes del proyecto de investigación.

El presente proyecto pretende caracterizar los estilos de vida de estudiantes y docentes del programa de enfermería, de la Corporación Universitaria Adventista de Colombia, Sede Medellín, 2015.

Estos, me han explicado la naturaleza y el propósito del estudio. Además me permitieron hacer preguntas y todas me han sido contestadas satisfactoriamente.

Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí, en su integridad. Declaro además que me encuentro en la capacidad de expresar mi autonomía, teniendo la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del estudiante con respecto a los riesgos y al contenido del documento, por lo tanto no he sido objeto de persuasión, coacción, ni manipulación que vicie mi consentimiento. Conozco el derecho que tengo de revocar este consentimiento informado si lo estimo necesario.

Firma del estudiante

C.C

Firma del docente

C.C

Anexo B. Encuesta de Caracterización
ENCUESTA: CARACTERIZACIÓN ESTILOS DE VIDA DE ESTUDIANTES Y
DOCENTES DEL PROGRAMA DE ENFERMERÍA

OBJETIVO GENERAL: Caracterizar los estilos de vida de estudiantes y docentes del programa de enfermería, de la universidad Adventista de Colombia, Medellín, 2015.

Este instrumento no posee respuestas buenas o malas, permítanos conocer su opinión sobre las preguntas contenidas.

Este estudio no traerá beneficios económicos, se limita al ejercicio académico. Será confidencial su respuesta.

❖ **PRIMERA SECCIÓN:** Datos de información general (encontraremos variables sociodemográficas y antropométricas).

EDAD: _____. GÉNERO: _____.
 ORIENTACIÓN RELIGIOSA: _____. ROL: DOCENTE _____
 ESTUDIANTE _____, SEMESTRE:

ESTRATO SOCIOECONÓMICO: _____.
 PESO: _____. TALLA: _____. IMC: _____.

❖ **SEGUNDA SECCIÓN (ESPECÍFICA):**

Este cuestionario contiene oraciones acerca de su estilo de vida. Por favor, responda a cada oración lo más exacto posible y trate de no pasar por alto ninguna. Indique la frecuencia con la que usted se dedica a cada conducta, marcando con una X la el número que indique la frecuencia de su práctica.

N: nunca (1), **A:** algunas veces (2), **M:** frecuentemente (3) o **R:** rutinariamente (4)

1. DIMENSIÓN: Responsabilidad en salud.	1	2	3	4
Informo a un doctor(a) o a otros profesionales de la salud cualquier señal inusual o síntoma extraño.				
Leo o veo programas de televisión acerca del mejoramiento de la salud.				
Hago preguntas a los profesionales de la salud para poder entender sus instrucciones.				
Busco una segunda opinión, cuando pongo en duda las recomendaciones de mi proveedor de servicios de salud.				
Discuto mis cuestiones de salud con profesionales de la salud.				

Examino mi cuerpo por lo menos mensualmente, por cambios físicos o señales peligrosas.				
Pido información de los profesionales de la salud sobre como tomar buen cuidado de mi misma(o).				
Asisto a programas educacionales sobre el cuidado de salud personal.				
2. DIMENSIÓN: Nutrición.	1	2	3	4
Escojo una dieta baja en grasas, grasas saturadas, y en colesterol.				
Limito el uso de azúcares y alimentos que contienen azúcar (dulces).				
Como de 6-11 porciones de pan, cereales, arroz, o pasta (fideos) todos los días.				
Tomo parte en actividades físicas livianas a moderadas (tales como caminar continuamente de 30 a 40 minutos, 5 o más veces a la semana.				
Como de 2 a 4 porciones de frutas todos los días.				
Como de 3 a 5 porciones de vegetales todos los días.				
Como de 2 a 3 porciones de leche, yogurt, o queso cada día.				
Como solamente de 2 a 3 porciones de carne, aves, pescado, frijoles, huevos y nueces todos los días.				
Leo las etiquetas nutritivas para identificar el contenido de grasas y sodio en los alimentos empacados.				
Como desayuno.				
3. DIMENSIÓN: Actividad física.	1	2	3	4
Sigo un programa de ejercicios planificados.				
Hago ejercicios vigorosos por 20 o más minutos, por lo menos tres veces a la semana (Tales y como caminar rápidamente, andar en bicicleta, baile aeróbico, usar la maquina escaladora).				

Tomo parte en actividades físicas livianas a moderadas (tales como caminar continuamente de 30 a 40 minutos, 5 o más veces a la semana.				
Tomo parte en actividades físicas de recreación (tales como nadar, bailar, andar en bicicleta).				
Hago ejercicios para estirar los músculos por lo menos 3 veces por semana.				
Hago ejercicios durante actividades físicas usuales diariamente (tales como caminar a la hora del almuerzo, utilizar escaleras en vez de elevadores, estacionar el carro lejos del lugar de destino y, caminar).				
Examino mi pulso cuando estoy haciendo ejercicios.				
Alcanzo mi pulso cardíaco objetivo cuando hago ejercicios.				
4. DIMENSIÓN: Manejo del estrés.	1	2	3	4
Duermo lo suficiente.				
Tomo algún tiempo para relajarme todos los días.				
Acepto aquellas cosas en mi vida que yo no puedo cambiar.				
Paso tiempo con amigos íntimos.				
Me concentro en pensamientos agradables a la hora de acostarme.				
Mantengo un balance del tiempo entre el trabajo y pasatiempos.				
Practico relajación o meditación por 15-20 minutos diariamente.				
Mantengo un balance para prevenir el cansancio.				
5. DIMENSIÓN: Relaciones interpersonales.	1	2	3	4
Discuto mis problemas y preocupaciones con personas allegadas.				
Elogio fácilmente a otras personas por sus éxitos.				
Mantengo relaciones significativas y enriquecedoras.				
Paso tiempo con amigos íntimos.				

Se me hace fácil demostrar preocupación, amor y cariño a otros.				
Toco y soy tocado(a) por las personas que me importan.				
Busco apoyo de un grupo de personas que se preocupan por mí.				
Me pongo de acuerdo con otros por medio del diálogo y compromiso.				
Busco orientación o consejo cuando es necesario.				
6. DIMENSIÓN: Relaciones espirituales.	1	2	3	4
Siento que estoy creciendo y cambiando en una forma positiva.				
Creo que mi vida tiene propósito.				
Miro adelante hacia el futuro.				
Me siento satisfecho y en paz conmigo mismo(a).				
Trabajo hacia metas de largo plazo en mi vida.				
Encuentro cada día interesante y retador (estimulante).				
Busco maneras de llenar mis necesidades de intimidad.				
Estoy consciente de lo que es importante para mí en la vida.				
Me siento unido(a) con una fuerza más grande que yo.				
Expongo mi persona a nuevas experiencias y retos.				

Anexo C. Permiso para utilizar el instrumento



COLLEGE OF NURSING
Community-Based Health Department

98530 Nebraska Medical Center
Omaha, NE 68198-5330
402/559-6982
Fax: 402/559-8379

Dear Colleague:

Thank you for your interest in the *Health-Promoting Lifestyle Profile II*. The original *Health-Promoting Lifestyle Profile* became available in 1987 and has been used extensively since that time. Based on our own experience and feedback from multiple users, it was revised to more accurately reflect current literature and practice and to achieve balance among the subscales. The *Health-Promoting Lifestyle Profile II* continues to measure health-promoting behavior, conceptualized as a multidimensional pattern of self-initiated actions and perceptions that serve to maintain or enhance the level of wellness, self-actualization and fulfillment of the individual. The 52-item summated behavior rating scale employs a 4-point response format to measure the frequency of self-reported health-promoting behaviors in the domains of health responsibility, physical activity, nutrition, spiritual growth, interpersonal relations and stress management. It is appropriate for use in research within the framework of the Health Promotion Model (Pender, 1987), as well as for a variety of other purposes.

The development and psychometric evaluation of the English and Spanish language versions of the original instrument have been reported in:

- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, *36*(2), 76-81.
- Walker, S. N., Volkan, K., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1988). Health-promoting lifestyles of older adults: Comparisons with young and middle-aged adults, correlates and patterns. *Advances in Nursing Science*, *11*(1), 76-90.
- Walker, S. N., Kerr, M. J., Pender, N. J., & Sechrist, K. R. (1990). A Spanish language version of the Health-Promoting Lifestyle Profile. *Nursing Research*, *39*(5), 268-273.

Copyright of all versions of the instrument is held by Susan Noble Walker, EdD, RN, FAAN, Karen R. Sechrist, PhD, RN, FAAN and Nola J. Pender, PhD, RN, FAAN. The original *Health-Promoting Lifestyle Profile* is no longer available. You have permission to download and use the HPLP II for non-commercial data collection purposes such as research or evaluation projects provided that content is not altered in any way and the copyright/permission statement at the end is retained. The instrument may be reproduced in the appendix of a thesis, dissertation or research grant proposal. Reproduction for any other purpose, including the publication of study results, is prohibited.

A copy of the instrument (English and Spanish versions), scoring instructions, an abstract of the psychometric findings, and a list of publications reporting research using all versions of the instrument are available for download.

Sincerely,

A handwritten signature in cursive script, appearing to read "S. Walker".

Susan Noble Walker, EdD, RN, FAAN
Professor Emeritus

Anexo D. Tabulación de datos; Programa SPSS

TABULACIÓN PROYECTO DE GRADO.sav [Conjunto_de_datos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Edición Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

2: RELIGIÓN 1.00 Visible: 65 de 65 variables

	EDAD	GÉNERO	RELIGIÓN	ROL	SEMESTRE	ESTRATO	PESO	TALLA	IMC	DRS0001	DRS0002	DRS0003	DRS0004	DRS0005	DRS0006	DR
1	3.00	2.00	1.00	2.00	6.00	5.00	5.00	5.00	5.00	3.00	3.00	3.00	2.00	1.00	2.00	
2	1.00	2.00	1.00	2.00	3.00	3.00	3.00	7.00	3.00	2.00	3.00	2.00	2.00	2.00	1.00	
3	5.00	2.00	1.00	2.00	9.00	3.00	9.00	6.00	8.00	2.00	3.00	3.00	3.00	3.00	2.00	
4	2.00	2.00	1.00	2.00	10.00	3.00	6.00	6.00	5.00	3.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	
5	4.00	2.00	2.00	2.00	9.00	3.00	4.00	6.00	5.00	2.00	3.00	3.00	3.00	2.00	2.00	
6	5.00	1.00	2.00	1.00		5.00	5.00	6.00	5.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	2.00	
7	1.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	3.00	7.00	4.00	2.00	3.00	2.00	1.00	2.00	2.00	
8	2.00	2.00	1.00	2.00	2.00	2.00	6.00	5.00	6.00	3.00	4.00	4.00	1.00	3.00	3.00	
9	3.00	2.00	1.00	2.00	2.00	2.00	5.00	7.00	5.00	2.00	2.00	3.00	2.00	2.00	2.00	
10	2.00	2.00	2.00	2.00	5.00	5.00	17.00	8.00	9.00	2.00	4.00	3.00	3.00	2.00	2.00	
11	2.00	2.00	2.00	2.00	8.00	1.00	6.00	6.00	5.00	1.00	4.00	4.00	1.00	2.00	4.00	
12	4.00	1.00	2.00	2.00	1.00	2.00	12.00	9.00	7.00	2.00	2.00	3.00	2.00	2.00	2.00	
13	3.00	1.00	1.00	2.00	1.00	3.00	10.00	8.00	7.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	
14	2.00	2.00	1.00	2.00	9.00	4.00	6.00	6.00	5.00	1.00	1.00	4.00	1.00	1.00	4.00	
15	3.00	2.00	1.00	2.00	9.00	4.00	7.00	9.00	5.00	3.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	
16	5.00	1.00	1.00	2.00	10.00	3.00	12.00	8.00	8.00	2.00	3.00	3.00	3.00	2.00	4.00	
17	1.00	2.00	1.00	2.00	2.00	3.00	3.00	4.00	5.00	2.00	2.00	3.00	2.00	2.00	3.00	
18	1.00	2.00	1.00	2.00	3.00	3.00	3.00	3.00	5.00	3.00	4.00	3.00	3.00	4.00	3.00	
19	1.00	2.00	1.00	2.00	3.00	5.00	2.00	3.00	5.00	1.00	2.00	2.00	4.00	1.00	1.00	
20	2.00	1.00	1.00	2.00	3.00	3.00	9.00	9.00	5.00	4.00	4.00	4.00	4.00	2.00	3.00	
21	4.00	2.00	3.00	2.00	3.00	3.00	6.00	5.00	7.00	3.00	3.00	4.00	2.00	4.00	2.00	
22	1.00	2.00	2.00	2.00	3.00	2.00	6.00	6.00	5.00	3.00	3.00	4.00	4.00	4.00	3.00	
23	2.00	2.00	2.00	2.00	6.00	3.00	2.00	3.00	5.00	2.00	3.00	2.00	2.00	1.00	2.00	

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo

05:43 p. m.
18/05/2015

TABULACIÓN PROYECTO DE GRADO.sav [Conjunto_de_datos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Edición Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	EDAD	Numérico	8	2	Edad de los en...	{1.00, 16-20...	Ninguna	8	Derecha	Ordinal	Entrada
2	GÉNERO	Numérico	8	2	Género de los ...	{1.00, Masc...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
3	RELIGIÓN	Numérico	8	2	Orientación reli...	{1.00, Católi...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
4	ROL	Numérico	8	2	Ocupación de l...	{1.00, Doce...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
5	SEMESTRE	Numérico	8	2	Nivel académic...	{1.00, 1}...	Ninguna	8	Derecha	Ordinal	Entrada
6	ESTRATO	Numérico	8	2	Estrato socioec...	{1.00, 1}...	Ninguna	8	Derecha	Ordinal	Entrada
7	PESO	Numérico	8	2	Peso de los en...	{1.00, 40-43...	Ninguna	8	Derecha	Ordinal	Entrada
8	TALLA	Numérico	8	2	Talla de los enc...	{1.00, 1,40...	Ninguna	8	Derecha	Ordinal	Entrada
9	IMC	Numérico	8	2	Índice de masa...	{1.00, <16 (...}	Ninguna	8	Derecha	Ordinal	Entrada
10	DRS0001	Numérico	8	2	Informo a un do...	{1.00, Nunc...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
11	DRS0002	Numérico	8	2	Leo o veo progr...	{1.00, Nunc...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
12	DRS0003	Numérico	8	2	Hago preguntas...	{1.00, Nunc...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
13	DRS0004	Numérico	8	2	Busco una seg...	{1.00, Nunc...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
14	DRS0005	Numérico	8	2	Discuto mis cu...	{1.00, Nunc...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
15	DRS0006	Numérico	8	2	Examino mi cu...	{1.00, Nunc...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
16	DRS0007	Numérico	8	2	Pido informació...	{1.00, Nunc...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
17	DRS0008	Numérico	8	2	Asisto a progra...	{1.00, Nunc...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
18	DN0009	Numérico	8	2	Escojo una diet...	{1.00, Nunc...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
19	DN00010	Numérico	8	2	Limito el uso d...	{1.00, Nunc...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
20	DN00011	Numérico	8	2	Como de 6-11 ...	{1.00, Nunc...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
21	DN00012	Numérico	8	2	Como de 2 a 4 ...	{1.00, Nunc...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
22	DN00013	Numérico	8	2	Como de 3 a 5 ...	{1.00, Nunc...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
23	DN00014	Numérico	8	2	Como de 2 a 3 ...	{1.00, Nunc...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
24	DN00015	Numérico	8	2	Como solament...	{1.00, Nunc...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo

05:43 p. m.
18/05/2015