

**RELACION DE CREENCIAS SOBRE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES (ECNT) Y COMPORTAMIENTOS SALUDABLES, EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE CUATRO CARRERAS DE LA UNA**

Emilia Gómez de Brítez<sup>1</sup>

**RESUMEN**

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles se han constituido en la epidemia del S XXI, son las principales causas de morbilidad y muerte prematura, en el mundo y en Paraguay. La investigación tuvo como objetivo general: relacionar las creencias y comportamientos saludables acerca de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en estudiantes universitarios de cuatro carreras de la Universidad Nacional de Asunción, en el año académico 2014. Los factores comunes determinantes y modificables de dichas enfermedades se reducen en cuatro comportamientos relacionados a la salud / enfermedad: como el consumo excesivo de bebidas alcohólicas, hábito tabáquico, falta de ejercicios y dieta insalubre. Se realizó un estudio descriptivo correlacional, de enfoque cuantitativo y de tipo transversal, se utilizó el cuestionario INCRESE (ECnT), basado en el Modelo de Creencias en Salud de Rosenstock y Becker (1974) y el Modelo de Locus de Control de Rotter (1966), con preguntas cerradas y respuestas de evaluación tipo Escala Likert. Los resultados se presentan en tablas de una muestra de 816 estudiantes universitarios. Se observaron diferencias significativas ( $p=0,00$ ) en la dimensión de percepción de vulnerabilidad a las ECNT, entre los de carrera de salud ( $\bar{x}=36,1$ ) y entre los de carrera no salud ( $\bar{x}=33,0$ ) y en el centro de control externo ( $p=0,00$ ) entre los de salud ( $\bar{x}=10,4$ ) y entre los de no salud ( $\bar{x}=13,1$ ). Se obtuvo diferencia significativa ( $p=0,01$ ) en la percepción de beneficios, aunque la diferencia fue mínima entre los dos grupos, los orientados a salud ( $\bar{x}=48,7$ ) y los no orientados a salud ( $\bar{x}=47,2$ ). No se observaron diferencias significativas en las percepciones de severidad y barreras.

**Palabras clave:** Enfermedades crónicas no transmisibles, Creencias, Comportamientos saludables, Juventud.

---

<sup>1</sup> Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Filosofía. Paraguay. Correo electrónico: emiliagomez42@gmail.com

## RELATIONSHIP OF BELIEFS ABOUT CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES (CNCD) AND HEALTHY BEHAVIORS, IN UNIVERSITY STUDENTS OF FOUR CAREERS OF THE UNA

### ABSTRACT

Chronic Non communicable Diseases have become epidemic S XXI, are the leading cause of morbidity and premature death (before 60 years) in the world and in Paraguay. The research had as general objective relate beliefs and health behaviors about chronic non communicable diseases (NCDs) in college students four career of the National University of Asuncion, in the academic year 2014. The determinants and modifiable factors such common diseases are reduced by four behaviors related to health and disease: such as excessive drinking, smoking, lack of exercise and unhealthy diet. A correlational descriptive study, quantitative and transversal approach, which was used as technical survey and questionnaire as a tool INCRESE (ECNT) was performed, was developed for based on the Health Belief Model Rosenstock and Becker (1974) and the Model Rotter Locus of Control, with closed questions and answers Likert Scale Evaluation type effect. The results are presented in tables in a sample of 816 college students. Significant differences ( $p=0,00$ ) in the dimension of perceived vulnerability to NCDs were observed between among health career ( $\bar{x}=36.1$ ) and no career health ( $\bar{x}=33.0$ ), and the external control center ( $p = 0.00$ ) between the health ( $\bar{x}=10.4$ ) and wellness not ( $\bar{x}=13.1$ ). Significant difference ( $p = 0.01$ ) was obtained in the perception of benefits, although the difference was minimal between groups, oriented health career ( $\bar{x}=48.7$ ) no health ( $\bar{x}=47.2$ ). No significant differences in perceptions of severity and barriers were observed.

**Keywords:** Chronic non communicable diseases, Beliefs, Healthy behavior, Youth.

## **INTRODUCCIÓN**

La Organización Mundial de la Salud define: “La salud es un estado de completo bienestar psicológico, físico, y social y no sólo la ausencia de enfermedades o afecciones” (OMS, 1958, párr.3), es un derecho esencial y necesario consagrado en la Constitución Paraguaya de 1992<sup>2</sup> en su Artículo 68. Donde queda plasmada la importancia de la salud individual y de la comunidad toda.

El presente estudio se realizó con el propósito de describir la relación de creencias sobre Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) y comportamientos saludables en estudiantes universitarios de cuatro carreras de la Universidad Nacional de Asunción (UNA). Las carreras fueron seleccionadas para conformar dos grupos: las orientadas a salud (Enfermería y Medicina) y las no orientadas a salud (Politécnica e Ingeniería civil). El diseño consistió en un estudio cuantitativo, descriptivo correlacional de corte transversal.

Para describir los patrones de creencias, se abordó el Modelo de Creencias en Salud (MCS) de Rosenstock y Becker de 1974, por la razón de que es uno de los primeros modelos, profusamente utilizado para explicar conductas de salud y con frecuencia enriquecido con intervenciones de otros estudiosos, también fue cuestionado por la incongruencia de los resultados obtenidos en algunos estudios. Se creó para investigar el problema surgido por la inasistencia de la población a los Programas de Salud Pública en los Estados Unidos de Norte América, hacia los años 50. Posteriormente se amplió su utilización, abarcando las respuestas de las personas a los síntomas y diagnósticos de enfermedades, al comportamiento como respuesta ante el tratamiento, dando énfasis acerca de la adherencia al mismo.

## **ANTECEDENTES DEL ESTUDIO A NIVEL NACIONAL E INTERNACIONAL.**

Las conclusiones que se observaron en las revisiones entre otras son:

El sedentarismo está relacionado al tiempo que disponen en la institución, falta de espacios apropiados para las actividades físicas y además manifiestan que algunas enfermedades y la criminalidad están relacionadas con el mismo. Villasanti Aguilar en 2014, y conductas de riesgos para la salud Imaz Cáceres en 2012.

---

<sup>2</sup> Constitución Nacional del Paraguay: Art. 68- Del derecho a la salud.

El consumo de bebidas alcohólicas, aunque los estudiantes refieren poseer conocimientos (97%) acerca de los riesgos relacionados a la ingesta de alcohol, se observa consumo de bebidas alcohólicas (57%, 74%, 83%, 87%), Arias Báez y Mareco Medina 2012; Ayala Ortiz en 2011.

Los estudiantes manifiestan que la alimentación no es la adecuada al compararla con las recomendaciones de las Guías de Alimentación en Paraguay para una población sana. Inciden problemas de índole económica, falta de oferta de alimentos en las instituciones educativas y que, por falta de tiempo, no se alimentan en calidad ni tiempo en forma correcta. Se observa sobrepeso en el sexo femenino en 21% y en el masculino 16% y estilo de vida. Almirón Prieto y Vera Niz en 2008 (Sostoa Alegre, 2010; Roa Rolón y Sosa Denis en 2010)

El consumo de tabaco se da en la población estudiantil en distintos porcentajes desde 18% al 45%, en algunos estudios se observó que el hábito del tabaquismo aumentó con la permanencia en la universidad y que se da con mayor frecuencia en el sexo masculino y en cursos superiores. (Morel de Festner (2007)

Recomendaciones de los encuestados en los diferentes estudios llevados a cabo por los investigadores en las Facultades de la UNA:

La importancia de contar con el espacio y tiempo para realizar las actividades físicas.

Llevar estilos de vida saludables, y utilizar provechosamente el ocio.

Promocionar alimentos saludables en las cantinas de las facultades, acordes a las necesidades nutricionales de los estudiantes.

Organizar extensiones universitarias, multidisciplinarias, ejerciendo acciones de promoción y prevención de la salud en el 1er. Nivel de atención con participación intersectorial.

Fomentar estilos de vida saludables, a través de charlas de concienciación.

Fortalecer la legislación vigente relacionada a las bebidas alcohólicas.

M.SP. y B. S., Educación y Cultura y Hacienda.

Incluir en el programa de estudio la asignatura de educación física y deportes.

Contar con profesional especializado en área de alimentación y educación física en las instituciones educativas.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Identificar los patrones de creencias y de comportamientos saludables relacionados a enfermedades crónicas no transmisibles de estudiantes universitarios, según el Inventario de Creencias Relacionadas con la Salud y la Enfermedad en Enfermedades Crónicas no Transmisible. INCRESE [ECnT].

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Identificar las características socio-demográficas de los estudiantes universitarios de las carreras de medicina (FCM) y enfermería (IAB) de la UNA, como grupos orientados a salud. Identificar las características socio-demográficas de los estudiantes universitarios de las carreras de ingeniería civil (FI), ingeniería en informática (FP) de la UNA, como grupos no orientados a salud.

Describir los patrones de las creencias acerca de las ECNT de los estudiantes universitarios de las carreras de medicina y enfermería, en las dimensiones de severidad, vulnerabilidad, centro de control, beneficios y barreras.

Describir los patrones de las creencias acerca de las ECNT de los estudiantes universitarios de las carreras de ingeniería civil, ingeniería en informática, en las dimensiones de severidad, vulnerabilidad, centro de control, beneficios y barreras.

Describir los patrones de comportamientos en salud de los estudiantes universitarios de las carreras de medicina y enfermería.

Describir los patrones de comportamientos en salud de los estudiantes universitarios de las carreras de ingeniería civil, ingeniería en informática.

Comparar los patrones de creencias acerca de las ECNT de los grupos orientados a salud con los grupos no orientados a salud, según el INCRESE [ECnT].

Comparar los patrones de comportamientos saludables de los grupos orientados a salud con los grupos no orientados a salud, según el INCRESE [ECnT].

Comparar patrones de creencias en ECNT en función de las características sociodemográficas de los estudiantes universitarios de las carreras de enfermería, medicina, ingeniería civil e ingeniería en informática de la UNA.

Comparar los patrones de comportamientos saludables en función de las características sociodemográficas de los estudiantes universitarios que cursan carreras orientadas a salud y no orientadas a salud.

Correlacionar entre creencias y comportamientos saludables en las carreras de enfermería,

medicina, ingeniería en informática e ingeniería civil.

## **JUSTIFICACIÓN**

Las consideraciones que justifican el presente estudio entre otras son: La población de las Américas está constituida en un 30% de jóvenes, la OPS/OMS, 1998; OPS, 2007; observó la necesidad de invertir en la promoción de la salud de los jóvenes, mencionado en Quintanilla, 1998 citado en Reig Ferrer, Cabrero García, Ferrer Cascales y Richart Martínez 2001; Molina, 2011, así como Maddaleno, Morello e Infante-Espínola, 2003.

Paraguay es el país que tiene la población más joven, el 75% incluye de 0 a 39 años y la prevalencia de ECNT representó el 56% de las muertes en el país. (Portal Paraguayo de Noticias, 2010; Paraguay. MSP y BS, 2009; Paraguay. MSP y BS: Primera encuesta, 2012; Zavattiero, 2013).

La conducta de los jóvenes está motivada por los medios de comunicación masiva, por ejemplo, la aceptación de los pares, Boixareu, 2008, OPS, 2007; y otras adicciones (Taylor, 2007; Meda Lara et al., 2004; y con frecuencia no padecen enfermedades crónicas ni impedimentos, (Papalia, 2005).

Se necesita la alianza interinstitucional entre Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio de Hacienda y Universidad Nacional de Asunción para fortalecer programas orientadas en el área de la salud, (Ippolitto-Shepherd, 2009, pp. 7-9, Delors, 1996, pp. 16-18).

Se pretende generar conocimiento útil para el ámbito educativo superior universitario considerado éste como agente cultural y social, constituyéndose en contexto propicio por excelencia para generar calidad de vida en los distintos estamentos y especialmente en el de estudiantes, facilitando así los fines de la Universidad.

## **METODOLOGÍA**

El estudio se llevó a cabo a través de la aplicación de un cuestionario auto administrable a los estudiantes universitarios: Inventario de Creencias Relacionadas con la Salud y la Enfermedad, en Enfermedades Crónicas no Transmisibles INCREASE [ECnT], elaborado

para el efecto, basado en el Modelo de Creencias en Salud de Becker y Rosenstock<sup>3</sup> (Moreno San Pedro y Roales-Nieto, 2003; Álvarez Bermúdez, 2006), que incluye las percepciones acerca de la severidad de las enfermedades crónicas, percepción de vulnerabilidad a las mismas, beneficio-costos para llevar a cabo conductas para prevenir dichas enfermedades, complementado con ítems referentes a locus de control en salud<sup>4</sup>. Participaron estudiantes de enfermería, medicina, ingeniería civil, electrónica, electricidad, tecnicatura en electricidad e ingeniería en informática, matriculados en el año académico de 2014, conformando, de esta manera, dos grupos: uno correspondiente a los estudiantes que cursan estudios orientados a salud y otro no orientados a salud, respectivamente. La población diana constituida por 23.809 estudiantes y la accesible fue de 3.358 estudiantes.

En el plan de muestreo fue aplicado el método “intencional o deliberado”, es de carácter probabilístico.

### Tamaño de la Muestra

Para el cálculo del tamaño muestra, fue considerado como referencia la fórmula aplicada para el muestreo aleatorio simple (con un nivel de confianza del 95%, una p estimada del 50% y un error máximo del 5%) para cada grupo (Rodríguez Ozuna, 1991).

**Tabla 1. Distribución muestral**

Orientación	Unidad Académica	Muestra obtenida	Porcentaje
Orientado a Salud	Medicina	203	24,9%
	Instituto Andrés Barbero	210	25,7%
No Orientado a Salud	Ingeniería	201	24,6%
	Politécnica	202	24,8%
<b>Total</b>		<b>816</b>	<b>100%</b>

<sup>3</sup> Rosenstock I. M. Why people Use Health Services. The Milbank Quarterly, Vol. 83, No.4, 2005 (pp.1-32)

<sup>4</sup> Nota: El locus de control se refiere a la creencia de las personas sobre qué o quién es responsable de lo que les ocurre, (Ortiz Viveros y Ortega Herrera, 2011).

Procedimiento, Procedimentalmente el estudio estuvo compuesto de dos fases críticas, las que podrían organizarse, a su vez en sub-fases: Construcción y Validación del Instrumento. Consideraciones Éticas, los estudiantes se informaron del propósito de la investigación. Se obtuvo el consentimiento por escrito de los estudiantes quienes decidieron participar del estudio.

## RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

A continuación, se presentan los resultados organizados en coordinación con los objetivos de investigación, en primer lugar, se realiza una descripción de las características sociodemográficas de los participantes, específicamente en cuanto a sexo y edad, organizados por orientación y facultad. Posteriormente se analizan los patrones de creencias y comportamientos relacionados con las ECNT y se culmina con las comparaciones y correlaciones, siempre en correspondencia con los objetivos de investigación.

### DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PARTICIPANTES

Participaron del estudio 814 estudiantes, 43,9% de sexo femenino y 56,1% de sexo masculino, que se encontraban matriculados en el Instituto Dr. Andrés Barbero el 25,8%, y en las Facultades de Medicina el 24,9%, Ingeniería el 24,7%, Politécnica 24,6% y los que corresponden a las áreas “Orientadas a la Salud” (50,7%) y “No orientadas a la Salud” (49,3%), respectivamente.

En la Tabla 2 se puede observar la distribución de los participantes por Orientación, Facultad y sexo tal como se puede apreciar en la misma, en cuanto a la distribución por sexo en el IAB es mayor la proporción de mujeres, en la Facultad de Medicina es prácticamente equitativa, mientras que en las Facultades de Ingeniería y Politécnica, la proporción de hombres supera ampliamente a la de mujeres.

**Tabla 2. Distribución de participantes por Orientación y Facultad según sexo.**

Orientación	Facultad	SEXO				Total	
		Femenino		Masculino		Facultad	
		f	%	f	%	f	%



Orientado a Salud	Medicina	95	46,8%	108	53,2%	203	24,9%
	IAB	171	81,4%	39	18,6%	210	25,8%
No orientado a salud	Ingeniería	56	27,9%	145	72,1%	201	24,7%
	Politécnica	35	17,5%	165	82,5%	200	24,6%
<b>Total</b>		<b>357</b>	<b>43,9%</b>	<b>457</b>	<b>56,1%</b>	<b>814</b>	<b>100%</b>

Al plantear estudio acerca de las creencias en salud en estudiantes universitarios es imprescindible indagar factores como la edad, sexo y el ambiente habitual de los mismos, pues estos contribuyen a diferenciar las características de los sistemas de creencias que las personas se forjan en el transcurso de la vida sumado a los distintos contextos que le tocó participar, como la familia, la escuela, el colegio, la universidad y; es decir, la comunidad toda, se encontró que las creencias favorables a la salud se incrementan con la edad (Arrivillaga et al., 2005).

Con respecto al sexo, estudiando la salud, Marks et al., en 2000, menciona que: Las mujeres tienen índices de morbilidad más alto; pero índices de mortalidad menores, las mismas padecen más enfermedades crónicas no mortíferas, y más enfermedades agudas. También visitan más a sus doctores de cabecera y pasan más tiempo en el hospital. Las mujeres sufren más de hipertensión, enfermedades renales y enfermedades inmunes como la artritis reumatoide y el Lupus (Litt, 1993). También su índice de depresión es dos veces mayor. Los hombres, por otro lado, tienen una expectativa de vida breve, sufren más heridas, suicidios, homicidios y cardiopatías. Enfermedades crónicas como el cáncer, la depresión y la ansiedad también muestran diferencias relacionadas con el género. Es probable que las diferencias psicosociales y el estilo de vida desempeñen un papel importante para mediar las diferencias en salud asociada con el género.

Pero no sólo el género es un factor determinante y distinto en las actitudes y comportamientos de la salud; también cobran importancia aspecto como la edad, estilo de vida, nivel socioeconómico, las experiencias pasadas, sean propias o ajenas, la susceptibilidad y la severidad y beneficios percibidos por cada persona (Sanabria-Ferrand et al., 2007; Universidad Nacional de Educación a Distancia, 2014).

“Según OMS (2003) la edad, el sexo y la vulnerabilidad genética son elementos no modificables, los riesgos asociados a los mismos pueden ser aminorados con adopción de estilos de vida saludable.

La población universitaria mayoritaria abarca la franja etaria de la juventud, que se caracteriza por una provisión de salud favorable del estado juvenil. Sin embargo, esta etapa de la vida tiene su propia característica en cuanto a morbilidad y mortalidad que con frecuencia no son reconocidas por las políticas públicas que se manifiestan en la falta de una estrategia de salud integral, tanto preventiva como de primer nivel y hospitalaria. El perfil de morbimortalidad juvenil se caracteriza por mayor incidencia de accidentes, agresiones físicas, abuso en el consumo de drogas, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, malnutrición, obesidad y enfermedades mentales como la esquizofrenia, depresión y neurosis que están en la base de la agresividad y la incidencia de suicidios (Organización Iberoamericana de Juventud, 2007).

**Tabla 3. Distribución de participantes por Orientación de carreras y Facultad según edad.**

Orientación	Carrera	Rango de Edad									
		17 a 20		21 a 25		26 a 30		Mayor a 30		Total general	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Orientado a Salud	IAB	138	65,7	68	32,4	2	1,0	2	1,0	210	25,7
	Medicina	64	31,5	89	43,8	45	22,2	5	2,5	203	24,9
	<b>Total</b>	<b>202</b>	<b>48,9</b>	<b>157</b>	<b>38,0</b>	<b>47</b>	<b>11,4</b>	<b>7</b>	<b>1,7</b>	<b>413</b>	<b>50,6</b>
No Orientado a Salud	Ingeniería	12	6,0	162	80,6	25	12,4	2	1,0	201	24,6
	Politécnica	60	29,7	108	53,5	27	13,4	7	3,5	202	24,8
	<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>17,9</b>	<b>270</b>	<b>67,0</b>	<b>52</b>	<b>12,9</b>	<b>9</b>	<b>2,2</b>	<b>403</b>	<b>49,4</b>
<b>Total, general</b>		<b>274</b>	<b>33,6</b>	<b>427</b>	<b>52,3</b>	<b>99</b>	<b>12,1</b>	<b>16</b>	<b>2,0</b>	<b>816</b>	<b>100</b>

En cuanto a las edades, en el presente estudio, los participantes tenían entre 17 y 38 años, una media general de 22,3 (DE = 3,23), en la tabla 3 se presenta la distribución de participantes por Orientación, Facultad y edad. Como se puede apreciar en la misma, la distribución por grupo etario se muestra con patrones diferentes según la Facultad, mientras que en el IAB la tendencia observada es una mayor concentración de estudiantes en el grupo entre 17 y 25 años, en la carrera de Ingeniería, la mayoría se encuentra en el grupo

comprendido entre los 21 y 30 años, en la Facultad de Medicina y Politécnica la distribución es más bien homogénea, presentándose, en todos los casos, la distribución menor de participantes en el grupo de mayores a 30 años.

### **Patrones de Creencias en las ECNT**

Como se indicó anteriormente, los patrones de creencias relacionados a las ECNT se agruparon en base a tres dimensiones: la percepción de severidad, de vulnerabilidad y de centro de control, en primer lugar, se analizan los estadísticos descriptivos para cada dimensión, presentándose los valores mínimos, máximos, medias, desviaciones y coeficiente de variación en la Tabla 4.

**Tabla 4. Patrones de creencias en ECNT de la muestra total.**

<b>Creencias</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>DE</b>	<b>CV</b>
Severidad	8	32	15,1	4,53	30%
Vulnerabilidad	9	36	21,4	5,33	25%
Centro de Control	5	18	7,3	2,52	34%

Los resultados reportados en la Tabla 4 indican las tendencias medias en cada patrón de creencia, sin embargo, estas puntuaciones no pueden ser directamente interpretadas debido a que representan un promedio establecido por el sistema de medición sin un punto de corte o referencia específico. Con el fin de obtener una puntuación directamente interpretable se procedió a modificar las puntuaciones a un sistema estandarizado denominado “Índice de Adherencia” (Silva, 2000) el cual representa las puntuaciones en una escala unificada con intervalo 0 – 100, análogo al sistema de porcentajes. De esta manera, puntuaciones cercanas a 50 indican una presencia moderada y por encima y debajo, aproximándose a los extremos, se puede hablar de tendencias máximas o mínimas.

En la Tabla 5 se presentan los estadísticos descriptivos de cada dimensión por índice de adherencia. Como se puede observar en la misma, algunas personas manifiestan creencias mínimas (puntuaciones de 0) y creencias elevadas (puntuación de 75 y 65) en cada dimensión, sin embargo, las puntuaciones medias indican una baja percepción de severidad, vulnerabilidad y, menor aún (11,7) centro de control externo. Sin embargo, se debe considerar que los coeficientes de variación indican una alta dispersión en las respuestas.

**Tabla 5. Patrones de creencias acerca de las ECNT, índice de adherencia.**

<b>Creencias</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>DE</b>	<b>CV</b>
Severidad	0	75	22,3	14,16	64%
Vulnerabilidad	0	75	34,6	14,81	43%
Centro de Control	0	65	11,7	12,62	108%

Los resultados de la presente encuesta revelan baja percepción de vulnerabilidad o susceptibilidad, ésta se refiere a la percepción subjetiva de tener el riesgo de enfermarse, es el primer paso para iniciar cualquier acción preventiva, de detección precoz o curativa Tal como mencionan Arrivillaga et al., 2003 y Meda Lara et al., 2004”La percepción de amenaza sobre la salud se encuentra determinada por los valores generales sobre la salud, las creencias específicas sobre la propia vulnerabilidad ante la enfermedad...” .Además se deben considerar la percepción sobre la calidad de vida subjetiva que tiene el estudiante universitario y su experiencia familiar en relación a este aspecto (Banda Castro y Morales Zamorano, 2010). También hace referencia que los jóvenes registran poco o no registran las características de las ECNT, tal como las detallan Vinaccia y Orozco, 2005; Flórez-Alarcón y Andrés Carranza, 2007.

Las creencias están compuestas por el conjunto de conocimientos que una persona posee acerca de los acontecimientos vividos o por experiencias de otros, como por ejemplo la experiencia de enfermedad. Los comportamientos están determinados por el tipo de creencias que uno posee. Según Soria Trujano, Vega Valero y Nava Quiroz, en 2009.

El bajo resultado que se observa en el apartado de locus de control externo, revela que en los estudiantes predomina el locus de control interno el cual puede considerarse beneficioso y saludable como componente de su creencia en relación a las ECNT, tomando como referencia lo mencionado por Jennings 1990; Pilisuk, Montgomery, Parks y Acredolo 1993, quienes afirman que en “Estudios sobre el locus de control y la salud, han indicado que el locus de control interno amortigua el efecto de síntomas físicos y emocionales de la enfermedad”, Oros, 2005, que además complementa con: “El locus de control es un importante recurso de afrontamiento que tiene gran relevancia como factor predictivo de otras variables actitudinales, afectivas y comportamentales”.

## **PATRONES DE CREENCIAS EN ECNT SEGÚN ORIENTACIÓN DE LA CARRERA**

Con el fin de obtener patrones de creencias en ECNT según el tipo de orientación de las

carreras que cursan los estudiantes, orientadas a salud o no orientadas a salud, se realizó una comparación de medias mediante la prueba t de diferencia de medias no relacionadas. En la Tabla 6 se puede observar que las comparaciones en las dimensiones de Vulnerabilidad y Centro de Control las diferencias resultaron significativas ( $p < 0,05$ ). Los de carreras orientadas a salud presentan una mayor percepción de Vulnerabilidad y, al mismo tiempo, una menor percepción de control externo.

**Tabla 6. Comparación de medias de creencias en ECNT según tipo de orientación de la carrera.**

Creencias	Orientación	Estadísticas de grupo		Prueba t para la igualdad de medias		
		Media	DE	t	gl	P
Severidad	A Salud	21,8	14,85	-0,98	792,84	0,33
	No a Salud	22,7	13,43			
Vulnerabilidad	A Salud	36,1	16,44	2,93	758,36	0,00
	No a Salud	33,0	12,76			
Centro de Control	A Salud	10,4	11,11	-2,98	755,02	0,00
	No a Salud	13,1	13,88			

## **PATRONES DE CREENCIAS EN LA PRÁCTICA DE COMPORTAMIENTO SALUDABLE RELACIONADO CON LAS ECNT**

En el apartado de metodología se indicó que los patrones de creencia en la práctica de comportamiento saludable relacionados con las ECNT se agrupan en las dimensiones de beneficio y barreras, que ambas apuntan a direcciones opuestas. Como en el caso de las creencias, se presentan en primer lugar los estadísticos descriptivos de las puntuaciones directas obtenidas en el cuestionario, por cada una de las dimensiones, presentando los valores mínimos, máximos, medias, desviaciones y coeficiente de variación en la Tabla 7.

**Tabla 7. Patrones de creencias en la práctica de Comportamientos Saludables relacionados con las ECNT en la muestra total.**

Comportamiento	Mínimo	Máximo	Media	DE	CV
----------------	--------	--------	-------	----	----

Beneficios	13	31	23,3	2,93	13%
Barreras	14	50	31,0	6,54	21%

Al igual que en el caso anterior, las puntuaciones presentadas en la Tabla 7 responden a las puntuaciones directas obtenidas en el cuestionario, por lo que no son directamente interpretables. Se procedió a convertir en Índices de Adherencia, presentados en la Tabla 8. Se observa existencia de puntuaciones extremas en ambos casos, en cuanto a la media, en la dimensión de Beneficios la puntuación es moderada (47,9), tendencia general a percibir moderadamente los beneficios de las prácticas de comportamientos saludables, en cuanto a las barreras, la percepción es moderadamente baja (30,4), lo que indica que no se perciben mayormente barreras para la práctica de comportamientos saludables.

**Tabla 8. Patrones de creencia en la práctica de Comportamiento Saludable, índice de adherencia.**

Comportamiento	Mínimo	Máximo	Media	DE	CV
Beneficios	16	72	47,9	9,16	19%
Barreras	0	64	30,4	11,68	38%

Coincidentemente con otros estudios se observa que los jóvenes perciben los beneficios de las prácticas de comportamientos saludables, aunque no siempre las lleven a cabo. Se observó incongruencia entre creencias y comportamientos en la mayoría de las dimensiones de estilo de vida indagados en grupo de estudiantes universitarios, a pesar de haberse encontrado creencias favorables con la salud, la conclusión en dicho estudio apuntó que “el factor cognitivo no siempre actúa como mediador determinante en la ejecución de conductas prosalud” (Arrivillaga et al., 2003). Deben explorarse, entre otros aspectos, el nivel de actividad cultural-educativa y el tipo de carácter que realizan. Es bien sabido que los nichos sociales, las presiones laborales y económicas, entre otros aspectos, han determinado en gran medida la adopción de estilos de vida que no son saludables (Bandura, 1987 citado en Arrivillaga et al.2003).

### **PATRONES DE CREENCIA ACERCA DE LA PRÁCTICA DE COMPORTAMIENTOS SALUDABLES SEGÚN ORIENTACIÓN DE LA CARRERA.**

Los patrones de creencia acerca de la práctica de comportamiento saludable fueron comparados según la orientación de la carrera mediante la prueba t de diferencia de medias

no relacionadas, en la Tabla 9 se observar que el grupo de estudiantes que cursa carreras orientadas a la salud presenta una puntuación media superior ( $p < 0,05$ ) en cuanto a la consideración de los beneficios de las prácticas de comportamiento saludable, la diferencia es mínima y, en cuanto a la percepción de Barreras para la práctica de comportamientos saludables las diferencias no son significativas.

**Tabla 9. Comparación de medias de creencia acerca de la práctica de Comportamiento Saludable según orientación de la carrera.**

Comportamientos	Orientación	Estadísticas de grupo		Prueba t para la igualdad de medias		
		Media	DE	t	gl	p
Beneficios	A Salud	48,7	8,82	2,45	798	0,01
	No a Salud	47,2	9,43			
Barreras	A Salud	30,5	11,85	0,11	798	0,92
	No a Salud	30,4	11,52			

La percepción de beneficio hace referencia a las creencias que la persona tiene acerca de la efectividad relativa que pueda tener un comportamiento saludable para prevenir una enfermedad, afrontarla en forma favorable o disminuir su posible complicación, esas prácticas están influidas por las normas, presiones sociales del grupo, el contexto y el tiempo de permanencia en el mismo. En la revisión de estudios realizados a nivel nacional e internacional se observó que los estudiantes universitarios revelan comportamientos que constituyen factores de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles (Arias Báez y Mareco Medina, 2010; Varela et al., 2011; Imáz Cáceres, 2012).

### **PATRONES DE CREENCIAS EN ECNT SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.**

Los patrones de creencias en ECNT fueron comparados según las variables sociodemográficas sexo y edad. En la tabla 10 se presentan los resultados de la comparación de las medias según el sexo, ninguna diferencia resultó estadísticamente significativa, significa que las percepciones con relación a las creencias son similares o independientes según el sexo.

**Tabla 10. Comparación de medias de creencias en ECNT según sexo.**

Dimensiones	Sexo	Estadísticas de grupo		prueba t para la igualdad de medias		
		Media	DE	t	gl	P
Severidad	Femenino	21,9	14,34	-0,70	797	0,49
	Masculino	22,6	14,04			
Vulnerabilidad	Femenino	34,7	15,30	0,18	797	0,86
	Masculino	34,5	14,44			
Centro de control	Femenino	11,1	11,25	-1,22	795	0,22
	Masculino	12,2	13,60			

**Tabla 11. Comparación de medias de creencias en ECNT según edad.**

Dimensiones	Grupo etario	Descriptivos		ANOVA	
		Media	DE	F	Sig.
Severidad	17 a 20	25,0	14,38	6,78	0,00
	21 a 25	21,0	13,94		
	26 a 30	19,4	12,45		
	Mayor a 30	27,7	18,52		
Vulnerabilidad	17 a 20	35,8	15,58	3,32	0,02
	21 a 25	34,8	14,23		
	26 a 30	30,4	14,37		
	Mayor a 30	33,0	15,35		
Centro de Control	17 a 20	12,7	12,02	1,24	0,30
	21 a 25	11,4	13,03		
	26 a 30	10,3	12,48		
	Mayor a 30	13,7	11,57		

En cuanto a la edad, se observan patrones diferentes en cuanto a la percepción en cada dimensión de las creencias referentes a ECNT. Las diferencias en Severidad, resultaron



estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) y entre los grupos de edades extremas (17 a 20 y mayores de 30) las medias mayores. En cuanto a Vulnerabilidad la media mayor se observa en el grupo de 17 a 20 años y la menor en el grupo de 26 a 30 años de edad. En cuanto al centro de control no se observaron diferencias significativas.

### **PATRONES DE CREENCIAS EN LA PRÁCTICA DE COMPORTAMIENTO SALUDABLE SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS**

Los patrones de comportamiento saludable fueron analizados siguiendo un esquema similar al anterior, comparando, en primer lugar, las tendencias grupales según el sexo y luego la edad. En cuanto a las diferencias debidas al sexo, como se puede observar en la Tabla 12, las diferencias resultaron estadísticamente no significativas.

**Tabla 12. Comparación de medias en creencias acerca de la práctica de Comportamiento Saludable según sexo.**

Dimensiones	Sexo	Estadísticas de grupo		prueba t para la igualdad de medias		
		Media	DE	t	gl	P
Beneficios	Femenino	47,6	8,91	-0,92	797,00	0,356
	Masculino	48,2	9,33			
Barreras	Femenino	30,6	11,94	0,35	797,00	0,726
	Masculino	30,3	11,50			

**Tabla 13. Comparación de medias en creencias acerca de la práctica de Comportamiento Saludable según edad.**

Dimensiones	Grupo etario	Descriptivos		ANOVA	
		Media	DE	F	Sig.
Beneficios	17 a 20	48,9	8,88	2,99	0,03
	21 a 25	47,8	9,50		
	26 a 30	46,7	8,37		

	Mayor a 30	42,9	6,93		
Barreras	17 a 20	35,8	15,58	8,11	0,00
	21 a 25	34,8	14,23		
	26 a 30	30,4	14,37		
	Mayor a 30	33,0	15,35		

Por otra parte, se considera las edades, como se puede observar en la Tabla 13, existen diferencias en cuanto a la predisposición para la práctica de conductas saludables según los grupos etarios, en cuanto a los beneficios se observa que las puntuaciones disminuyen en tanto aumenta la edad, es decir, la media mayor en Beneficios se observa en el grupo de 17 a 20 años de edad y la media menor en el grupo mayor a 30 años. Los beneficios se refieren a la percepción de que las conductas saludables son positivas para la salud, lo cual, en este grupo, los jóvenes más maduros, en promedio, perciben menores beneficios.

En cuanto a las barreras, en donde también se observan diferencias estadísticamente significativas, la media menor se observa en el grupo de 26 a 30 años de edad y la media mayor en el grupo de 17 a 20 años. Aquí en cambio, se refiere a la percepción de barreras y el grupo en el cual se perciben mayores barreras para la práctica de conducta saludable es el de los más jóvenes.

## DEMOSTRACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Como hipótesis del presente estudio se había enunciado la relación entre las creencias en enfermedades crónicas no transmisibles y las creencias acerca de la práctica de comportamientos saludables, al respecto se comprobó que efectivamente se encuentran relacionados ambos aspectos, sin embargo, la relación entre las dimensiones de creencias en ECNT y el factor Beneficios es más débil, específicamente, el factor Vulnerabilidad es el que presenta mayor relación a un nivel bajo, y el Centro de Control Externo presenta una correlación nula con la dimensión de Beneficios. Por otra parte, se encontró que la percepción de Barreras presenta una correlación moderada con todas las dimensiones de las creencias en ECNT. Estas relaciones fueron analizadas, además, en función a la orientación de las carreras, se encontraron patrones muy similares con excepción de la relación entre la dimensión Severidad y Beneficios, para el grupo de estudiantes que cursan carreras orientadas a salud, existe una relación, aunque sea baja, pero significativa entre

ambos factores, mientras que en el grupo de estudiantes que cursan carrera no orientadas a salud, la relación entre estos factores es nula.

Finalmente, se procede a la correlación entre las dimensiones de las Creencias en Salud con las que se corresponden con la predisposición a la práctica de Comportamiento Saludable, para lo cual se aplicó un coeficiente de correlación de Pearson. Las correlaciones fueron analizadas por separado, según la orientación de la carrera que cursaban los estudiantes. Los patrones de relaciones son similares en algunos aspectos y en otros difieren considerablemente.

### **CORRELACIÓN DE LAS CREENCIAS EN ECNT Y ACERCA DE LA PRÁCTICA DE COMPORTAMIENTO SALUDABLE SEGÚN ORIENTACIÓN DE LA CARRERA.**

**Tabla 14. Comparación de medias de creencias en ECNT y comportamientos saludables según carrera.**

<b>Orientación</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Beneficios</b>	<b>Barreras</b>
Orientado a Salud	Severidad	0,22**	0,50**
	Vulnerabilidad	0,20**	0,36**
	Centro de control	-0,04	0,37**
No orientado a Salud	Severidad	0,07	0,47**
	Vulnerabilidad	0,16**	0,46**
	Centro de control	0,02	0,29**

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

En primer lugar, la relación percibida de las dimensiones Severidad, Vulnerabilidad y Centro de Control es moderadamente elevada y positiva con la dimensión de Barreras (como se puede observar en la Tabla 14, los coeficientes de correlación varían entre 0,3 y 0,5), el grado de la relación es bastante similar en los grupos de estudiantes Orientados a Salud y los No Orientados a Salud, esto quiere decir que cuanto mayor es la percepción de Severidad, la percepción de Vulnerabilidad y de Control Externo, también se perciben mayores barreras para la práctica de conductas saludables.

En segundo lugar, la relación percibida de las dimensiones Severidad, Vulnerabilidad y Centro de Control con relación a los Beneficios varía entre moderadamente baja y nula. Los estudiantes de las carreras orientadas a Salud perciben una mayor relación en Severidad y Vulnerabilidad con relación a los Beneficios (coeficientes de correlación de 0,2), es decir, en

un nivel moderado, a mayor percepción de Severidad y mayor percepción de Vulnerabilidad se perciben mayores Beneficios en las prácticas saludables, mientras que el coeficiente de Correlación entre el Centro de Control y los Beneficios es prácticamente nulo.

En el grupo de estudiantes de carreras No Orientadas a la Salud, solo la Vulnerabilidad presenta una leve correlación con la percepción de Beneficios (coeficiente de correlación de 0,2), es decir, en cuanto mayor es la percepción de Vulnerabilidad igualmente se percibe una leve mayor percepción de Beneficios, sin embargo, en cuanto a Severidad y Centro de Control se observan correlaciones prácticamente nulas, es decir, no se perciben como que las mismas tengan relación alguna.

Finalmente, respecto a la hipótesis, se puede afirmar que los factores de creencias en ECNT y las relacionadas con la práctica de comportamiento saludable se encuentran positiva y significativamente relacionadas, conformando patrones interrelacionados tal como lo postula el Modelo de Creencias en Salud, con la consideración de que la percepción de control externo no se relaciona con la percepción de beneficios, aspecto que se podría entender como un factor que es independiente, considerando a que hace referencia a la sensación o percepción de ausencia de control como operación de fuerzas externas que determinan las condiciones de salud o enfermedad, independientemente a los comportamientos que se practiquen.

## **CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES**

### **CONCLUSIONES**

Las conclusiones que se desarrollan a continuación hacen referencia a los resultados de la aplicación del cuestionario que permitió obtener hallazgos relevantes y pertinentes para este estudio el cual tiene como objetivo: Identificar los patrones de creencias y los comportamientos en salud relacionados a las enfermedades crónicas no transmisibles en estudiantes universitarios, según el INCRESE (ECnT).

Las cuatro carreras estudiadas fueron consideradas según su orientación o no a salud. Considerando el objetivo referente a: Identificar las características sociodemográficas de los estudiantes universitarios encuestados, se observa en relación a la edad y, considerando las carreras orientadas a salud, la distribución de participantes se encuentra en mayor proporción franja etaria de 17 a 20 años entre los estudiantes de enfermería, mientras que los estudiantes de medicina, en su mayoría, se encuentran en la franja etaria de 21 a 25

años. Entre los estudiantes no orientados a salud, los que cursan ingeniería en su mayoría se encuentran en la franja de 21 a 25 años y, una composición similar se observa entre los estudiantes de Politécnica. En cuanto al sexo la mayor proporción de mujeres se encuentra en las carreras orientadas a salud.

La inclusión de la edad y el sexo como variables independientes, es fundamental en cualquier estudio epidemiológico, los datos obtenidos permiten identificar los factores de riesgo relacionados a hombres y mujeres según su rango de edad y de acuerdo a los mismos se establecerán las estrategias que permitirán los logros pretendidos en todo programa de promoción de la salud.

Respondiendo al objetivo referente a: Describir los patrones acerca de la ECNT, estos incluyen la percepción de Severidad, la percepción de Vulnerabilidad y Centro de Control externo, según el modelo MCS utilizado en el estudio. Los resultados se presentan, en forma global como una baja percepción de Severidad, del cual se puede inferir que los estudiantes consideran que las Enfermedades Crónicas no transmisibles no son tan severas, es decir, no necesariamente conducen a la muerte o invalidez, si consideramos la orientación de la carrera, se puede observar que los grupos presentan una diferencia mínima que no resulta estadísticamente significativa, por lo tanto, la orientación de la carrera no incide sobre dicha percepción.

Si se considera la vulnerabilidad se puede observar una media mayor en forma global, es decir, los participantes sienten una moderada susceptibilidad de poder desarrollar alguna enfermedad crónica no transmisible. Al comparar los grupos por orientación de la carrera, se puede observar que los estudiantes que cursan carreras orientadas a la salud se perciben levemente más vulnerables que aquellos que cursan carreras no orientadas a la salud. Esto puede explicarse por el factor información, considerando que el primer grupo posee criterios informados para definir su grado de probabilidad de desarrollar alguna enfermedad crónica no transmisible.

Las características de las percepciones de severidad de las ECNT, así como la susceptibilidad de adquirirlas detectadas en los estudiantes podría representar impactos negativos traducidos en barreras para el establecimiento de programas pertinentes al área de salud como por ejemplos: “Universidad libre de humo”, “Cantina saludable”. “Práctica de ejercicios físicos y deportes regularmente”

Finalmente, con relación al centro de control externo, que como se explicó, responde a la suposición de que los factores de riesgos se encuentran por fuera de cada persona, el nivel de percepción es mínimo, en general, y al comparar los dos grupos por orientación de la carrera, se observa que las personas que estudian carreras orientadas a la salud presentan una leve menor percepción de control externo sobre las ECNT, por tanto se puede considerar que los estudiantes de carreras orientadas a la salud perciben que los factores de riesgo se encuentran en mayor dependencia de sus acciones y comportamientos. Se debe considerar que, a pesar de haberse observado una diferencia estadísticamente significativa, esta diferencia es mínima.

El resultado en la percepción de centro de control externo que se observó en la encuesta se refiere a un recurso de afrontamiento que tiene gran relevancia como factor predictivo para el logro de objetivos de programas orientados a promocionar estilos de vida saludables, pues la voluntad de cambiar y dominar lo que le acontece es propio de sí mismo.

Al considerar el objetivo que menciona: Describir los patrones de comportamientos en salud de los estudiantes universitarios son dos aspectos evaluados en esta área, la percepción de beneficios acerca de las prácticas y las barreras para la realización de las mismas. Se pudo ver que los beneficios son percibidos en un nivel moderado, es decir, las personas encuestadas ven que las conductas preventivas son beneficiosas hasta un nivel "medio". Esto podría significar que la percepción se orienta a que los factores de riesgo se relacionan con los comportamientos saludables hasta cierto punto y al mismo tiempo dependen de otros factores para su desarrollo; al comparar estas creencias se observa que existe diferencia y el grupo de estudiantes que cursan carreras orientadas a salud los que presentan una leve mayor percepción de beneficios.

En cuanto a las barreras, entendidas éstas como las dificultades físicas, psicológicas y económicas para llevar a la práctica conductas saludables, existen creencias acerca de las mismas en un nivel moderadamente bajo y la orientación de las carreras no incidió diferencialmente en el nivel de percepción. En este sentido, esto constituye un elemento favorable, ya que los estudiantes universitarios manifiestan creencias que sugieren ausencia de dificultades para la prevención.

Las percepciones de beneficios en un nivel medio y la ausencia de barreras para las prácticas de comportamientos saludables, hace referencia a las características propias de los jóvenes, expresada en la satisfacción inmediata con conductas poco saludables y la falta

de relación de las mismas con posibles desarrollos de ECNT a través del tiempo (Varela et al., 2011; Sanabria- Ferrand et al., 2007).

Por otra parte, al analizar las creencias en las dos dimensiones (Dimensión I: Severidad- Vulnerabilidad- Centro de control; Dimensión II: Beneficios- Barreras) en función al sexo, se puede notar que no existen diferencias relevantes, es decir que prácticamente no influye sobre los patrones de creencias. Tanto varones como mujeres presentan medias similares en todos los factores analizados.

Los patrones de creencias con relación a la edad se manifiestan diferencialmente en grupos y factores. Con relación a la percepción de severidad de las enfermedades crónicas no transmisibles, tanto el grupo de 17 a 20 años como el de 26 a 30, declaran mayor percepción de severidad que el grupo de 21 a 30 años, aunque dentro de un rango de similitud a un nivel de moderadamente baja percepción. En cuanto a la percepción de vulnerabilidad, los grupos etarios expresaron creencias con niveles muy similares, con excepción del grupo de 26 a 30 años, que manifestó una percepción de vulnerabilidad más baja. En cuanto al Centro de Control, sin embargo, no se observaron diferencias relacionadas con la edad.

Por otra parte, en cuanto a las creencias acerca de las prácticas de comportamiento saludable relacionadas con las enfermedades crónicas no transmisibles, según la edad, en la percepción de beneficios, las personas mayores a 30 años fueron las que expresaron menor nivel de percepción, es decir, presentan una media menor que las personas de menor edad, en relación a los beneficios de las prácticas de comportamiento saludable para prevenir o disminuir el impacto de las enfermedades crónicas no transmisibles, el grupo con la puntuación media mayor fue el de 17 a 20 años.

Considerando la percepción de barreras para la práctica de comportamiento saludable, fue el grupo etario de 17 a 20 años el que expresó una mayor puntuación, es decir, son los que perciben mayores barreras para las prácticas, en el grupo de 26 a 30 años se observa la mayor diferencia, siendo este grupo el que expresó una media menor a los demás grupos etarios.

Al diseñar intervenciones referidas a la promoción de estilos de vida saludables en el ambiente universitario deben ser contemplados los factores de riesgo conductuales como asociados entre sí, como el fumar, beber alcohol, consumir alimentos no saludables y el sedentarismo y dirigirse a los cambios de comportamientos en los distintos ambientes de los

estudiantes (familia, comunidad, ambiente universitario). En estudios anteriores se observó mayores porcentajes de conducta poco saludable como el hábito de fumar en los cursos superiores (Durán et al, 2009; Morel de Fesnert, 2007)

### **LIMITACIONES DEL ESTUDIO.**

Es necesario tener en cuenta algunas limitaciones del estudio:

No fueron incluidas las claves para actuar: como las internas que pueden ser, por ejemplo; el síntoma de una enfermedad percibido por el propio estudiante, mientras que una clave externa puede ser una campaña acerca de la promoción en salud o las interacciones sociales con amigos afectados por alguna enfermedad.

Otra limitación de este estudio, es la utilización de cuestionario cerrado y auto informado, dado que éste puede estar sujeto a la intención de manipulación o afectado por sesgos de deseabilidad social. Faltó la investigación cualitativa en la que se incluya la entrevista como instrumento de recogida.

Escasa bibliografía referente específicamente acerca de creencias sobre enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con estudiantes universitarios.

### **RECOMENDACIONES**

Se sugieren algunas recomendaciones para directivos y docentes de la Universidad en base a los resultados y conclusiones de la investigación realizada:

Promover la realización de investigaciones, acerca de las creencias de las ECNT y los comportamientos saludables de los estudiantes universitarios, con las distintas metodologías existentes en el área de investigación en salud, con el objetivo de contar con estudios comparativos y considerando las teorías que aportan a la Promoción de la Salud (PS) y a los procesos en las Universidades Promotoras de Salud (UPS) según refiere Granados Mendoza (2013).

Desarrollar estudios cuantitativos y cualitativos con el objetivo de analizar con mayor objetividad lo relacionado a la percepción de salud y prácticas de comportamiento en salud que refieren los estudiantes. Estimular la realización de estudios longitudinales acerca de las creencias y prácticas de comportamientos saludables, con el fin de evaluar el impacto del entorno universitario en dichas dimensiones con la aplicación de teorías sobre el desarrollo cognitivo centrado en quien aprende, como en la PS, teniendo en cuenta el desarrollo de aptitudes o habilidades necesarias para una vida sana (Ibídem).



Fomentar actividades extracurriculares: Implementar y fomentar programas de estilos de vida saludable, como el realizar ejercicios físicos, deportes, crear ambiente libre de humo, evitar el consumo de bebidas alcohólicas y adherirse a la alimentación saludable.

Es importante ofrecerle al estudiante: tiempo, espacio e instructor para la realización de ejercicios físicos y deportes, oferta de comida sana en la cantina de la institución.

Realizar y fortalecer alianzas interinstitucionales nacionales e internacionales (Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, Ministerio de Industria y Comercio, Ministerio de la Juventud, Municipalidades, Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud y la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud). Esto responde a lo que propone Constanza Granados (2013) en el estudio acerca del marco conceptual de Universidades Promotoras de salud al señalar la necesidad de movilizar capacidades institucionales- locales: aliados permanentes y lograr sostenibilidad para fortalecer a las instituciones educativas para el mejoramiento de condiciones.

Es necesario desarrollar programas de asesoría en salud junto a la académica dirigida a reforzar la formación integral del estudiante como persona y futuro profesional, teniendo como hilo conductor las estrategias de atención primaria de salud (OPS, 2006; OPS, 2013; Páez Cala, 2012.)

Promover planear y ejecutar actividades educativas continuas y permanentes dirigidas fundamentalmente a los nuevos ingresantes. Que las autoridades universitarias, incrementen a través de sus instituciones, la promoción de hábitos saludables.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Almirón Prieto, G. J. y Vera Niz, D. J. (2008). Factores relacionados al estilo de vida de estudiantes de las carreras de Enfermería- Universidad Católica y Evangélica del Paraguay (Tesis). Universidad Católica, Asunción.
- Álvarez Bermúdez, J. (2006). Estudio de las creencias, salud y enfermedad: análisis psicosocial. Sevilla: Trillas-Eudofoma.
- Arias Báez, N. G y Marecos Medina, C. (2012). Percepción de estudiantes universitarios de la UNA, acerca de la influencia del consumo de alcohol en el comportamiento al (Tesina). UNA, San Lorenzo.
- Arrivillaga Quintero, M., e Salazar Torres, I. C. (2005). Creencias relacionadas con el estilo de vida de jóvenes latinoamericanos. *Psicología Conductual*, 13(1), 19-36. Recuperado de [http://javeriana.edu.co/redcups/Investigacion\\_Creencias\\_y\\_%20Estilos\\_de\\_vida.pdf](http://javeriana.edu.co/redcups/Investigacion_Creencias_y_%20Estilos_de_vida.pdf)
- Ayala Ortiz, A. N. (2011). Factores que influyen para el consumo de alcohol en los estudiantes de Enfermería del 2° al 4° curso de la Primera Sección del Instituto Dr. Andrés Barbero. UNA (Tesis). Instituto Dr. Andrés Barbero, UNA, San Lorenzo.
- Banda Castro, A. L., y Morales Zamorano, M. A. (2012). Calidad de vida subjetiva en estudiantes universitarios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 17(1), 29-43. Recuperado de <http://www.cneip.org/documentos/3.pdf>
- Boixareu, R.M. (Coord.). (2008). De la antropología filosófica a la antropología de la salud. Barcelona: Herder.
- Delors, J. La educación encierra un tesoro. Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el Siglo XXI. (s. f.). Recuperado de [http://www.rau.edu.uy/docs/delors\\_s.pdf](http://www.rau.edu.uy/docs/delors_s.pdf)
- Duránd, A., S., Marcela Castillo A., M., Vio del R., F. (2009). Diferencias en la calidad de vida de estudiantes universitarios de diferente año de ingreso del Campus Antumapu. *Revista Chilena de Nutrición*, 36(3), 200-209. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46914639001>
- Florez Alarcón, L. y Carranza W.A. (2007). La entrevista motivacional como alternativa para el fomento de cambios en el estilo de vida de personas con enfermedades crónicas no transmisibles.
- Granados Mendoza, M. C. (2013). Marco conceptual universidades promotoras de salud. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado de <http://promsalud.udenar.edu.co/wp-content/uploads/2013/10/Presentacion->

- Bogota.pdf.
- Imaz Cáceres, S. I. (2012). Conductas de riesgo para la salud en estudiantes de la carrera de Enfermería del Instituto Dr. Andrés Barbero, UNA (Tesis). Instituto Dr. Andrés Barbero, UNA, San Lorenzo.
- Ippolito-Shepherd, J. (2009, Octubre). IV congreso internacional de universidades promotoras de la salud. Pamplona: Universidad Pública de Navarra Pamplona, Recuperado de [http://javeriana.edu.co/redcups/lppolito\\_Shepherdj\\_Pamplona\\_27\\_Septiembre\\_09.pdf](http://javeriana.edu.co/redcups/lppolito_Shepherdj_Pamplona_27_Septiembre_09.pdf).
- Litt, I.F. (Citado en Capítulo 2. El ambiente macrosocial y la salud. Marks, D. F., Murray, M.E., Brian Willig, C., Woodall C., Sykes, C. M. (2008). *Psicología de la salud. Teoría, investigación y práctica*. México: El Manual Moderno.
- Maddaleno, M., Morello, P., Infante-Espínola, F. (2003). Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El caribe: Desafíos para la próxima década. *Salud pública de México*, 45(supl.1), S132-S139. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v45s1/15454.pdf>.
- Meda Lara, R.M., Moreno Jiménez, B., Morales L., M., Torres Yáñez, P., Lara García, B., Nava Bustos, G. (2004). Creencias de salud enfermedad en estudiantes universitarios. *Revista de Educación y Desarrollo*, 3, 37. Recuperado de [http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu\\_desarrollo/anteriores/3/003\\_Meda.pdf](http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/3/003_Meda.pdf).
- Molina, S. (2011). Cada vez enfermedades crónicas atacan a más jóvenes. (Mensaje en un blog). Recuperado de <http://altermediaparaguay.blogia.com/temas/estadisticas-de-salud-en-paraguay.php>.
- Morel de Festner, J. C. (2007). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el tabaquismo en estudiantes de enfermería y obstetricia del Instituto Dr. Andrés Barbero año 2007. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*, 6(2), 38-47. Recuperado de <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v6n2/v6n2a07.pdf>.
- Moreno San Pedro, E y Roales-Nieto, J. G. (2003). El modelo de creencias de salud: Revisión teórica, consideración crítica y propuestas alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 3(1), 91-109. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56030105>.
- Organización Iberoamericana de Juventud. (2007). Jóvenes de Iberoamérica y los objetivos de desarrollo del milenio: Desafíos a mitad del camino. Recuperado de [http://www.oij.org/file\\_upload/publicationsItems/document/doc1202814531.pdf](http://www.oij.org/file_upload/publicationsItems/document/doc1202814531.pdf)

- Organización Mundial de la Salud. (2013). Enfermedades no transmisibles. Centro de Prensa (marzo). Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (1958). Definición de Salud según OMS. <http://www.slideshare.net/gardelvelez/definicion-de-salud-segn-oms>
- Organización Panamericana de la Salud (1998). Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas 1998-2001. Recuperado de [http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Políticas%20juveniles%20OPS\\_0.pdf](http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Políticas%20juveniles%20OPS_0.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (2006). Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la Atención Primaria en Salud: La contribución de las instituciones de salud en América Latina. Recuperado de [http://www7.uc.cl/prontus\\_enfermeria/html/noticias/precongreso/19447Fortalecimiento%20Autocuidado%20OPS%20mayo%202006.pdf](http://www7.uc.cl/prontus_enfermeria/html/noticias/precongreso/19447Fortalecimiento%20Autocuidado%20OPS%20mayo%202006.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/argentina-saludable/pdf/reg-strat-cncls.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). OPS Paraguay apoya en el diseño del Plan Nacional de Acción para reducir el impacto de las ENT. Recuperado de [http://www.paho.org/par/index.php?option=com\\_content&view=article&id=993:ops-paraguay-apoya-diseno-plan-nacional-accion-reducir-impacto-ent&Itemid=258](http://www.paho.org/par/index.php?option=com_content&view=article&id=993:ops-paraguay-apoya-diseno-plan-nacional-accion-reducir-impacto-ent&Itemid=258)
- Oros, L.B. Locus de Control: Evolución de su concepto y operacionalización. Recuperado de <https://www.google.com.py/webhp?sourceid=chromeinstant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#sourceid=chrome-psyapi2&ie=UTF8&q=locus%20de%20control%20evolucion%20de%20su%20concepto%20y%20operacionalizacion%20oros>
- Ortiz Viveros, G. R., Ortega Herrera, E. (2011). Capacidad predictiva de la adherencia al tratamiento en los modelos socio-cognitivos de creencias en salud. Recuperado de <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-21-1/21-1/Godeleva-Rosa-Ortiz-viveros.pdf>
- Páez Cala, M. L. (2012). Universidades saludables: Los jóvenes y la salud. Archivos de Medicina (Col), 12(2), 205-220. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2738/273825390007.pdf>
- Papalia, D.E., Wendkos Olds, D.E., Feldman, D. (2005). Desarrollo humano (9 ed.). México: M.C. Graw Hill.
- Paraguay. Constitución de la República de Paraguay, 1992. (1992). Recuperado de <http://jme.gov.py/transito/leyes/1992.html> Paraguay. Juventud presa de vicios. 2003. Recuperado <http://www.lasdrogas.info/core/noticias/1662/paraguay-juventud-presa->

de-vicios.html

Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2012). Primera encuesta nacional de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles en población general. Asunción: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Dirección de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles. (2009). Plan de acción 2009-2013: Enfermedades crónicas no transmisibles. [S.l.]: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Portal Paraguayo de Noticias. (2010). Plan de acción para prevenir enfermedades crónicas no transmisibles. Recuperado de <http://www.ppn.com.py/html/noticias/noticia-ver.asp?id=61372>

Reig Ferrer, A., Cabrero García, J., Ferrer Cascales, R., Richart Martínez, M. (2003). La calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios. Recuperado de <http://www.biblioteca.org.ar/libros/88711.pdf>

Rodríguez Osuna, J. (1991). Métodos de Muestreo. Madrid: CIS.

Rosenstock y Becker. (1974). El estudio de las creencias acerca de la salud y la enfermedad con base en el paradigma de la psicología cognoscitiva. Álvarez, J. (2005). *Estudio de las creencias, Salud y Enfermedad*. Edit. Trillas.

Rosenstock, I. M. (2005) Why people use health services. Recuperado de <http://www.milbank.org/uploads/documents/QuarterlyCentennialEdition/Why%20pl.%20Use%20Health%20Srvcs.pdf>

Rotter, J.B. (1966, citado en Oros, L.B. Locus de Control: Evolución de su concepto y operacionalización. Recuperado de <https://www.google.com.py/webhp?sourceid=chromeinstant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#sourceid=chrome-psyapi2&ie=UTF8&q=locus%20de%20control%20evolucion%20de%20su%20concepto%20y%20operacionalizacion%20oros>

Sanabria-Ferrand, P. A., González, L. A., Urrego, D. Z. (2007). Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos: Estudio exploratorio. *Revista Med*, 15(2), 207-217. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-52562007000200008](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562007000200008)

Silva, L. C. (2000). *Diseño Razonado de Muestras y Captación de Datos para la Investigación Sanitaria*. Madrid: Díaz de Santos.

Soria Trujano, R., Vega Valero C.Z y Nova Quiroz, C. (2009) Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. *Altern.psicol.* V. 14 n.20. México

Sostoa Alegre, L. M. (2010). Situación socioeconómica, hábitos alimentarios y estado nutricional de los estudiantes de la Residencia Universitaria de la Facultad de Ciencias Agrarias, UNA (Tesis). Facultad de Ciencias Agrarias, UNA, San Lorenzo.

Taylor S. E. (2007). Psicología de la salud (6ª ed.). México: Mc Graw Hill.

Universidad Nacional de Educación a Distancia. (2014). Guía de alimentación y salud: Alimentación en las enfermedades: Cardiovasculares. Factores de riesgo: No modificables. Recuperado de [http://www.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica-l/guia/enfermedades/cardiovasculares/factor\\_no\\_modificables.htm](http://www.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica-l/guia/enfermedades/cardiovasculares/factor_no_modificables.htm)

Varela, M. T., Duarte, C., Salazar, I. C., Lema, L. F., y Estat, J. A. T. (2011). Actividad física y sedentarismo en jóvenes universitarios de Colombia: prácticas, motivos y recursos para realizarlas. Colombia Médica, 42(3), 269-277. Recuperado de <http://www.bioline.org.br/request?rc11049>

Villasanti Aguilar, K.N. (2013). Nivel de Conocimiento e estudiantes sobre sedentarismo (Tesis). Instituto Dr. Andrés Barbero, UNA, San Lorenzo

Vinaccia, S.y Orozco, L. M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. Diversitas: Perspectivas en Psicología, 1(2), 125-137.

Zavattiero, S. (2013). Paraguay es el país que tiene la población más joven de la región. Recuperado de <http://5dias.com.py/24578-paraguay-es-el-pas-que-tiene-la-poblacion-ms-joven-de-la-regin>