

**ESTILOS DE VIDA Y ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES EN
ESTUDIANTES DE UNA UNIVERSIDAD EN CARTAGENA, 2019-I**

LAURIETH MORALES PADILLA

MARÍA JOSÉ MORELOS GUZMÁN

OLGA SANDRIT OSORIO YANCES

PAULA EMILIA RODRÍGUEZ MARTELO

SILVIA PATRICIA RONCALLO OSORIO

UNIVERSIDAD DEL SINÚ ELÍAS BECHARA ZAINUM

SECCIONAL CARTAGENA

ESCUELA DE ENFERMERÍA

CARTAGENA - COLOMBIA

2019

**ESTILOS DE VIDA Y ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES EN
ESTUDIANTES DE UNA UNIVERSIDAD EN CARTAGENA, 2019-I**

LAURIETH MORALES PADILLA

MARÍA JOSÉ MORELOS GUZMÁN

OLGA SANDRIT OSORIO YANCES

PAULA EMILIA RODRÍGUEZ MARTELO

SILVIA PATRICIA RONCALLO OSORIO

Asesor:

PATRICIA GAVIRIA

KEYDIS RUIDIAZ

UNIVERSIDAD DEL SINÚ ELÍAS BECHARA ZAINUM

SECCIONAL CARTAGENA

ESCUELA DE ENFERMERÍA

CARTAGENA - COLOMBIA

2019

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios por culminar nuestro proyecto de grado, a nuestra asesora disciplinar Patricia Gaviria Revollo por habernos compartido su conocimiento científico y apoyarnos en cada paso de este proceso, de igual manera a nuestra asesora metodológica Keydis Ruidiaz, por su motivación constante para continuar esforzándonos y lograr nuestro objetivo.

A nuestro cuerpo docente, porque gracias a ellos pudimos adquirir conocimientos, destrezas, habilidades y amor por nuestra profesión.

También agradecemos a los estudiantes que participaron en este estudio puesto que sin su invaluable apoyo no hubiese sido posible concretar el mismo.

Finalmente agradecemos a todos los que contribuyeron al logro de esta meta.

DEDICATORIA

Dedico principalmente a DIOS por su amor, bondad y por permitirme cumplir este sueño, a mi familia; en especial a mi madre que lucho incansablemente para que este proceso se llevara a cabo, a mi hijo por ser ese motivo para despertarme y seguir cada día, a mi padre que de una u otra manera aportó en este proceso formativo, a mis hermanos William y Ever por estar en esos momentos donde más los necesite, a mi pareja Carlos Hincapié por ser esa mano amiga que me sostenía, a mis compañeras Paula, Silvia, María M, Laurieth, a mis primas Maira G, Johana, Erika, a mis amigas Belia, Carmelina, Rosa, Andrea, Keis, Natalie, al cuerpo docente, a la universidad del Sinú, demás familiares y amigos que aportaron su granito de arena para que este sueño se hiciera realidad, muchas gracias.

OLGA OSORIO YANCES

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios por su infinito amor y por haberme permitido llegar hasta este punto; por haberme dado fortaleza, salud, vida y sabiduría para poder lograr mis objetivos, por permitirme continuar el camino hacia mis metas sin desfallecer y por haberme otorgado una familia maravillosa que ha sido mi sostén y apoyo incondicional en todo este proceso; todo este esfuerzo lo quiero dedicar y darle todo el reconocimiento a una persona en especial, mi abuela Escolástica Martelo Bolívar porque lo has sido todo en mi vida, has sido mi motor y mi guía, porque aunque no me diste la vida, has sido para mí una madre, me has dado la fuerza y el apoyo para seguir adelante, gracias por tu amor, paciencia, sacrificio y esfuerzo, hoy todo eso se ve materializado en lo que un día juntas soñamos; gracias por tus consejos, oraciones y palabras que han hecho de mí una mejor persona; también quiero agradecer a mi madre Aida Batista por haberme dado la vida, por creer en mí cada instante, a la memoria de mi padre Pablo Emilio Rodríguez porque aunque tu presencia física no está conmigo, siempre estás presente en mis pensamientos y oraciones, y sé que hoy estarías orgulloso de ver lo que soy y a donde he llegado, a mi tía Yadira Martelo por haberme ayudado en este proceso, a mi tío Dagoberto Valdelamar por haber confiado en mí y en mi capacidades, a mis amigas por todo el apoyo y respaldo, a mis compañeras, al cuerpo docente y a todas esas personas que directa e indirectamente aportaron sustancialmente a mi formación profesional.

PAULA EMILIA RODRÍGUEZ MARTELO

DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedico inicialmente a Dios por encaminar mis pasos, acompañarme y darme la sabiduría necesaria durante mis estudios académicos a lo largo de mi vida.

A mis padres, Nelly Padilla correa y Ewilse Morales por el apoyo incondicional, por estar conmigo en cada paso que doy instaurando valores y brindándome una excelente educación para alcanzar mis grandes objetivos y metas durante mis estudios académicos.

A mí hermana Camila por acompañarme y darme ánimos durante mis estudios académicos.

Finalmente a mis compañeras de trabajo gracias por brindarme su apoyo incondicional y por cada uno de los esfuerzos que realizaron para que esta meta fuese hoy una realidad.

LAURIETH Y. MORALES

DEDICATORIA

A Dios, por regalarme la vida y permitiéndome llegar hasta este momento.

A mis padres Juan Carlos y Nancy por ser el pilar más importante, quienes con su amor, perseverancia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir este gran sueño y no detenerme ante las adversidades, haciéndome sentir que Dios siempre me acompaña.

A mi hermana Tatiana por su particular cariño y apoyo, ayudándome durante este proceso, haciendo posible llegar hasta este punto.

A toda mi familia por sus buenos deseos y palabras desde que inicie este recorrido, porque de una forma muy particular estuvieron presentes.

A mis compañeras Paula, Majo, Olga y Laurieth porque sin el equipo que formamos, no hubiéramos logrado alcanzar esta meta tan anhelada.

Finalmente a todas las personas que desde antes y durante este camino me acompañaron, de una manera muy especial y sin fugaz haciendo posible culminar este proceso, tal vez sin percatarse de ello.

SILVIA RONCALLO OSORIO

DEDICATORIA

Primero que nada gracias al Dios todo poderoso por permitir llegar hasta uno de los mejor momentos que tendré en mi vida, a mi madre Luz Marina Guzmán Espitia por su fuerza, amor , apoyo y perseverancia, por ser el motor para poder seguir adelante con esta meta y por las que vienen en adelante.

Gracias al mejor equipo de trabajo Laurieth, Paula, Olga y Silvia porque sin ellas esta labor no hubiera sido la mejor, gracias a nuestras asesoras Patricia Gaviria y keydis Ruidiaz por su apoyo y sus conocimientos para poder avanzar con este gran proyecto y a todos el equipo docente en toda esta gran travesía profesional.

Gracias a toda mi familia por su apoyo, compañía y sus palabras de motivación.

MARÍA JOSÉ MORELOS GUZMÁN

TABLA DE CONTENIDO

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
1.1 Descripción del problema	20
1.2 Formulación del problema	29
2. JUSTIFICACIÓN	30
3. OBJETIVOS	31
3.1 Objetivo general.....	31
3.2 Objetivos específicos.....	31
4. MARCO TEÓRICO	32
4.1 Estilo de vida.....	32
4.1.1 Conceptualización	32
4.1.2 Socialización del estilo de vida.....	33
4.1.3 Estudiantes universitarios y estilos de vida.....	35
4.1.4 Dimensiones de los estilos de vida del universitario	36
4.2 Sistema gastrointestinal	40
4.2.1 Generalidades	40
4.2.2 La función digestiva.....	41
4.2.3 Estructura	42
4.2.4 Síntomas, trastornos y enfermedades gastrointestinales	44
5. MARCO LEGAL	51
5.1 Ley 1122 de 2007	51
5.2 Rutas integrales de atención en salud	52

5.3 Ley 1355 de 2009	53
5.4 Ley 181 de 1995	53
5.5 Ley 1438 de 2011	54
6. MARCO CONCEPTUAL	55
7. METODOLOGÍA.....	56
7.1 Paradigma de investigación	56
7.2 Clasificación del estudio.....	56
7.3 Población y muestra.....	57
7.3.1 Población.....	57
7.3.2 Muestra	57
7.3.3 Método de muestreo	58
7.3.4 Criterios de inclusión	58
7.3.5 Criterios de exclusión	59
7.4 Instrumento para la recolección de la información	59
7.4.1 Estilo de vida	59
7.4.2 Trastornos gastrointestinales	60
7.5 Técnicas de recolección, procesamiento y análisis de la información	61
7.5.1 Técnicas recolección de la información.....	61
7.5.2 Procesamiento de la información	61
7.5.3 Análisis de la información.....	62
7.6 Variables.....	63
7.7 Consideraciones éticas.....	65
8. RESULTADOS	69

8.1 Aspectos sociodemográficos de los estudiantes.....	69
8.2 Estilos de vida de los estudiantes	72
8.2.1 Resultado general de las dimensiones de los estilos de vida en estudiantes.....	72
8.2.2 Actividad física	74
8.2.3 Tiempo de ocio.....	77
8.2.4 Alimentación.....	81
8.2.5 Consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales.....	84
8.2.6 Sueño	90
8.2.7 Afrontamiento	93
8.3 Prevalencia de enfermedades gastrointestinales.....	96
8.4 Correlación entre estilos de vida y prevalencia de enfermedades gastrointestinales	99
9. DISCUSIÓN	106
10. CONCLUSIONES	113
11. RECOMENDACIONES.....	116
12. BIBLIOGRAFÍA.....	118
13. ANEXOS.....	132
13.1 Consentimiento informado	132
13.2 Instrumentos	133
13.3 Presupuesto.....	153
13.4 Cronograma de actividades.....	154

LISTA DE GRAFICAS

Gráfica 1. Resultado general de las dimensiones del estilo de vida en estudiantes	73
Gráfica 2. Frecuencia de realización de diversas actividades físicas	74
Gráfica 3. Opiniones sobre aspectos relativos a la actividad física.....	75
Gráfica 4. Disposición de recursos para realizar actividad física	76
Gráfica 5. Frecuencia con la cual dentro de una semana se realizan actividades de ocio	77
Gráfica 6. Frecuencia con la cual dentro de un mes se realizan actividades de ocio, diversión o entretenimiento, cultural o artística (ir a centros comerciales, ir a cine, manualidades, tocar un instrumento, etc.)	78
Gráfica 7. Opiniones sobre aspectos relativos al tiempo de ocio.....	79
Gráfica 8. Disposición de recursos para realizar actividades de ocio (culturales, sociales, artísticas, de descanso o de diversión)	80
Gráfica 9. Frecuencia con la cual dentro de una semana se realizan actividades relativas a la alimentación.....	81

Gráfica 10. Opiniones sobre aspectos relativos a la alimentación	82
Gráfica 11. Disposición de recursos para llevar a cabo una alimentación adecuada	83
Gráfica 12. Frecuencia de consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales	84
Gráfica 13. Situaciones ocasionadas por el consumo de alcohol, cigarrillo o drogas ilegales	85
Gráfica 14. Principal motivo para consumir alcohol, cigarrillo o drogas ilegales	86
Gráfica 15. Principal motivo para evitar consumir alcohol, cigarrillo o drogas ilegales	87
Gráfica 16. Opinión respecto a las prácticas de consumo de alcohol, cigarrillo o drogas	88
Gráfica 17. Disposición de recursos para consumir de alcohol, cigarrillo o drogas	88
Gráfica 18. Frecuencia con la cual dentro de una semana se realizan actividades relacionadas con el sueño	90
Gráfica 19. Opiniones sobre aspectos relativos al sueño	91
Gráfica 20. Disposición de recursos para efectuar actividades relacionadas con el sueño	92

Gráfica 21. Frecuencia con la cual dentro de los últimos dos meses ha realizado actividades para afrontar una situación difícil o problemática	93
Gráfica 22. Opiniones sobre aspectos relativos al afrontamiento	94
Gráfica 23. Disposición de recursos para afrontar situaciones difíciles o problemáticas.....	95
Gráfica 24. Prevalencia de enfermedades gastrointestinales	96
Gráfica 25. Frecuencia de los episodios con que se manifiestan las enfermedades gastrointestinales	97
Gráfica 26. Intensidad de los episodios con que se manifiestan las enfermedades gastrointestinales	98

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Aspectos sociodemográficos de los estudiantes.....	70
Tabla 2. Correlación entre estilo de vida y enfermedades gastrointestinales más prevalentes. <i>p</i> valores de Chi cuadrado.....	100
Tabla 3. Coeficientes de correlación policórica (CCP) entre para relaciones estadísticamente significativas estilo de vida y enfermedades gastrointestinales más prevalentes	102

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Socialización del estilo de vida	34
--	----

RESUMEN

Introducción: El estilo de vida de los jóvenes universitarios se encuentra influido por aspectos académicos, institucionales, emocionales, etc., con repercusiones en el desarrollo de comportamientos relacionados con la salud, que a su vez redundan en el desarrollo de patologías, síntomas y trastornos a nivel gastrointestinal.

Objetivo: Determinar el vínculo entre los estilos de vida y las enfermedades gastrointestinales que presentan los estudiantes de una universidad localizada en

Cartagena durante 2019-I. **Materiales y métodos:** El estudio fue cuantitativo, analítico, descriptivo y transversal. La muestra fue de 219 estudiantes de Medicina de una universidad en Cartagena. Se aplicó un cuestionario sobre aspectos sociodemográficos, estilos de vida (en 6 dimensiones) y trastornos gastrointestinales. Se estimaron frecuencias absolutas, relativas, estadísticos chi cuadrado (p valor al 0,05) y coeficientes de correlación policórica (CCP).

Resultados: Los estudiantes fueron mujeres (57,5%), de 21-22 años (50,7%), católicos (63%), con \$10.000 - \$19.999 de ingreso diario para alimentación (24,2%), solteros (92,2%) y no trabajan (89%). El estilo de vida fue regular en cuanto a actividad física y alimentación, y mejor respecto al tiempo de ocio, el sueño y el afrontamiento. Las enfermedades gastrointestinales más prevalentes fueron acidez estomacal (53%), gastritis (52,5%) y reflujo gastroesofágico (47,9%). Las enfermedades gastrointestinales se correlacionaron (p valor $< 0,05$) con diversos aspectos del estilo de vida, principalmente actividad física, alimentación y

afrontamiento. **Conclusión:** La prevalencia, la frecuencia y la intensidad de las enfermedades gastrointestinales se vinculan con el estilo de vida de los estudiantes.

Palabras Claves: estilo de vida, enfermedades gastrointestinales, estudiantes, alimentación, correlación. (DeCS)

ABSTRACT

Introduction: The lifestyle of young university students is influenced by academic, institutional, emotional aspects, etc., with repercussions in the development of behaviors related to health, which in turn result in the development of pathologies, symptoms and disorders at the gastrointestinal level. **Objective:** To determine the link between lifestyles and gastrointestinal diseases presented by students of a university located in Cartagena during 2019-I. **Materials and methods:** The study was quantitative, analytical, descriptive and transversal. The sample was of 219 students of Medicine of the University of Sinú Sectional Cartagena. A structured survey was applied on sociodemographic aspects, lifestyles (in 6 dimensions) and gastro-intestinal disorders. Absolute, relative frequencies, chi-squared statistics (p value at 0.05) and polychoric correlation coefficients (CCP) were estimated. **Results:** The students were women (57.5%), 21-22 years (50.7%), Catholics (63%), with \$ 10,000- \$ 19,999 of daily income for food (24.2%), singles (92 , 2%) and do not work (89%). The lifestyle was regular in terms of physical activity and diet, and better with regard to leisure time, sleep and coping. The most prevalent gastrointestinal diseases were heartburn (53%), gastritis (52.5%) and gastroesophageal reflux (47.9%). Gastrointestinal diseases correlated (p value <0.05) with various aspects of lifestyle, mainly physical activity, eating and coping. **Conclusion:** The prevalence, frequency and intensity of gastrointestinal diseases are linked to the lifestyle of the students. **Key words:** lifestyles, gastrointestinal diseases, students, feeding, correlation.(DeCS)

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

En la actualidad, la salud de las poblaciones humanas, tanto en países desarrollados como en vía de desarrollo, se encuentra condicionada ya no tanto por las enfermedades transmisibles, sino con el tiempo han cobrado mayor relevancia las consecuencias negativas que devienen de situaciones y padecimientos en cuyas etiologías están implicados los factores sociales, culturales y conductuales [1].

Estos son comportamientos que afectan la salud de manera negativa, no obstante, el ser humano se suele exponer a ellos de manera voluntaria; son los denominados estilos de vida, los cuales corresponden a toda aquella “gama de decisiones que el individuo toma y que le afecta, sobre las que tiene mayor o menor control; si éstas son malas decisiones desde el punto de vista de salud, el individuo crearía un riesgo autoimpuesto, que le puede predisponer a enfermar o incluso llevar a la muerte, reconociéndose la multivariabilidad en la toma de decisiones” [2]. Dentro de tales comportamientos o condicionantes de la salud, los más importantes son: 1) el consumo de drogas: institucionalizadas (tabaco, alcohol), ilegales (cocaína, marihuana, heroína) y fármacos psicoactivos; 2) el sedentarismo y la falta de ejercicio; 3) la mala alimentación, con consumo excesivo de azúcares y grasas de origen animal; 4) las situaciones psíquicas generadoras de morbilidad, situaciones de estrés, violencia, conducta sexual insana, conducción peligrosa; 5) la mala utilización de los servicios de asistencia sanitaria [3].

Los comportamientos anteriores cobran especial relevancia entre la población joven [4], sobre todo en aquellos que vivencian los últimos años de la adolescencia y hacen el tránsito a la adultez. En esta etapa se han presentado “cambios físicos, psicológicos y cognitivos, en el que los jóvenes han buscado experimentar nuevas sensaciones que pueden provocar amenazas a la salud o riesgos al bienestar social, por lo que se va a convertir en una etapa primordial” para definir un estilo de vida [5]. Lo anterior obedece a la tendencia de estos jóvenes a autoperibirse como “autores de sus propias vidas”, en donde la libertad que reclaman para sí la asumen como un reto, en el que se entre mezclan ideales, valores, realidad cotidiana y experimentación [6].

Ahora bien, se afirman que una parte importante del estilo de vida que la persona pondrá en práctica a lo largo de su existencia –y que tendrá repercusiones en su salud y bienestar–, es acogido durante los primeros años de la juventud. Esta situación se torna de importantes implicaciones para la salud pública cuando se tiene en consideración que, en la actualidad en el planeta “hay más jóvenes de entre 10 y 24 años que nunca antes en la historia de la humanidad. En algunas regiones del mundo, no solo aumenta el número total de jóvenes, sino también su proporción sobre el total de la población” pues en algunos países, más del 33% de los habitantes es joven [7]. En Colombia, en 1997 había 3.758.009 personas con 15-19 años, en 2007 la cifra aumentó a 4.285.932, y en 2017 pasó a 4.299.236, lo que significa que en el último año el 8,72% de los habitantes del país pertenece al grupo etario mencionado [8].

Un escenario donde lo anterior se pone en escena corresponde a la universidad, pues es común que los jóvenes que transitan de la adolescencia a la adultez se encuentren en procesos formativos en alguna carrera profesional. En este medio el sujeto experimenta cambios en su vida, tales como “el establecimiento de nuevas relaciones sociales y la adopción de nuevos comportamientos. Estos cambios pueden hacer que estos jóvenes universitarios se conviertan en un grupo de individuos vulnerables que ponen en riesgo su salud. En este momento de transición de la enseñanza media a la enseñanza superior es común ocurrir cuestionamientos de valores, creencias y actitudes empleados por la familia en el proceso de educación, reflejando en un nuevo comportamiento que, por consiguiente, determinará un estilo de vida más o más menos sano, y puede influir en el funcionamiento ocupacional del estudiante” [9].

Dentro del ámbito universitario el estilo de vida de los jóvenes se encuentra influido por los diversos desafíos a los que deben hacer frente. Estos involucran lo académico y lo institucional (evaluaciones de los profesores, notas finales, sobrecarga de trabajos, tiempo limitado para hacerlos, etc.) [10,11], así como asuntos afines a la “toma de decisiones vocacionales, el aprovechamiento de los recursos que ofrece la institución y las nuevas formas de relacionarse con la familia, los profesores y los pares” [12]. Reflejo de lo anterior se presenta en la estabilidad física y emocional de los estudiantes; por ejemplo, es posible que las limitaciones de tiempo, los bajos estados de ánimo, y las exigencias académicas redunden en un menor hábito de realización de actividad física y mayor sedentarismo,

acompañado de patrones de nutrición inadecuada (mayor consumo de alimentos grasos, harinas refinadas, ultraprocesados), lo que predispone a ciertas patologías cardiovasculares y gastrointestinales, así como cáncer. Junto con estas situaciones, en el plano de la actividad sexual se presentan las primeras relaciones sin la protección adecuada, sumado al consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas [13]. Así, poco a poco se van reproduciendo las relaciones sociales que ocurren en la universidad, configurando los estilos de vida de los jóvenes, todo ello a través de actos y actores concretos, cada uno con esquemas o principios de percepción, de acción y de formas de sentir [14].

En virtud de lo expuesto hasta este punto los estilos de vida se han abordado en el sentido de “pautas y hábitos pueden ser saludables o no, en términos que incluyen la instauración, el aumento o disminución de comportamientos relacionados con la condición de salud” [15]. Así, es factible pensar que una de las implicaciones de estos comportamientos serían las referidas al ámbito de las patologías, síntomas y trastornos a nivel gastrointestinal. Dado que el tubo digestivo constituye uno de los sistemas corporales de mayor tamaño, presenta una estrecha interacción con los sistemas nervioso y endocrino. Es por ello que la ingesta de nutrientes y líquidos, la actividad física, y el estrés psicosocial impactan significativamente en la función intestinal, afectando el flujo sanguíneo, el equilibrio neuro-hormonal, el tono muscular y la motilidad de muchos órganos gastrointestinales. Al respecto la evidencia empírica aportada por diversas investigaciones demuestra la relevancia de la comunicación entre cerebro e intestino, en la salud y en la enfermedad, lo que

respalda las observaciones que implican factores psicológicos en las quejas intestinales. En esencia, se puede decir que existen variados aspectos del estilo de vida con el potencial de impactar positiva o negativamente en la función gastrointestinal [16,17].

Para el caso específico de los estudiantes universitarios se encontraron algunas investigaciones al respecto, no obstante, fueron relativamente escasas. En el caso de Chile, una investigación empleó el Cuestionario de Estilos de Vida en Jóvenes Universitarios (CEVJU-R) para identificar la situación de dicha variable entre esa población; se halló que, frente a la actividad física, el 33% - 37% de los encuestados mencionan que “siempre” optan por caminar o andar en bicicleta, en lugar de utilizar otro medio de transporte si deben desplazarse a un lugar cercano; con relación al tiempo libre la mayor parte de los jóvenes reconocen que sólo “algunos días de una semana habitual” disponen de tiempo para realizar actividades que les permita descansar, relajarse (ver televisión, dormir, escuchar música, etc.); con respecto a la alimentación, al menos un 25% de los jóvenes admite consumir comidas rápidas, fritos, golosinas, dulces, bebidas artificiales y comer en exceso aunque no tenga hambre, “la mayoría de los días” [18]. Al relacionar estas situaciones con la salud digestiva, otra investigación para el mismo país reportó que el 60% de los universitarios han presentado malestar gastrointestinal recientemente, siendo la hinchazón (63,7%) y los borborismos (55,8%) los síntomas más comunes; así mismo, el 72,38% de estudiantes que afirman estar estresados presentaron síntomas gastrointestinales. Se observó que los síntomas se exacerbaron

principalmente con bebidas que contenían cafeína, alimentos grasosos y lácteos, en particular, el 37,56% de los encuestados eran fumadores activos, el 82,16% ingería bebidas alcohólicas y el 16,27% consumía ambos [19].

Con relación a los universitarios ecuatorianos se ha encontrado que el 39,4% manifiesta haber padecido una o varias enfermedades, de las cuales aproximadamente la mitad representan a las enfermedades gastrointestinales. Como parte del análisis de la dimensión alimentaria dentro del estilo de vida, se halló que el 42,5% mencionó tener un horario fijo de comidas. El 79,2% reconoció comer entre horas. El 10,2% manifestó que come fuera de su hogar, además, el 50,4% manifestó no comer algunos alimentos, entre los que destacaron: verduras (27,7%), pescados o mariscos (23,8%), vísceras (20,6%) y, en menor medida frutas, hidratos de carbono y/o dulces, carnes y leche [20].

En Guatemala una investigación desveló que la prevalencia del síndrome del intestino irritable en universitarios ascendió al 7%. Además, la prevalencia de malos hábitos (fumar, alcohol, no deporte, tiempo de comida, tiempo de dormir) en estudiantes con el síndrome fue del 13%, con lo que se estimó mayor probabilidad de presentar el subtipo diarreico que los estudiantes sin malos hábitos (1,8 veces más). En los estudiantes que duermen únicamente menos de seis horas la prevalencia encontrada fue del 14%, y 2,2 veces más probabilidad de presentar el síndrome del subtipo diarreico respecto al resto de malos hábitos. Los episodios del síndrome suelen ocurrir en horas de vigilia, por lo tanto mientras más horas esté

despierto el estudiante está más propenso a presentar los síntomas, coexistiendo con el insomnio y sensación de no haber descansado por la mañana [21].

Para el caso de los estudiantes de enfermería peruanos la evidencia muestra que prevalecen los estilos de vida saludables (81,9%), y la presencia de trastornos gastrointestinales (66,1%). Al relacionar las variables se hallaron vínculos estadísticamente significativos: con los estilos de vida ($p < 0,002$), y con sus dimensiones, tales como hábitos alimenticios ($p < 0,006$), hábitos de sueño ($p < 0,005$), aspectos psicosociales ($p < 0,000$), hábitos nocivos para la salud ($p < 0,002$), y hábitos de cuidado de la salud ($p < 0,031$) [22].

En última instancia, una investigación llevada a cabo en cuatro facultades de medicina de Latinoamérica (Toluca-México, Pereira-Colombia, San Salvador-El Salvador, y Arequipa-Perú) abordó la temática de los factores asociados a dispepsia no investigada en estudiantes de medicina. Los resultados dieron a conocer que la frecuencia de padecer dispepsia se vinculó de manera estadísticamente significativa con tres variables que se pueden entender como propias del estilo de vida del estudiantado; en particular, esta frecuencia se incrementa con tener depresión (1,38), tener problemas relacionados con el sueño (1,32) y consumir café regularmente (1,18) [23].

A nivel de Colombia algunas investigaciones abordan la relación entre estilos de vida en universitarios y presencia de trastornos gastrointestinales, sin embargo, no son frecuentes tales abordajes. En los estudiantes del área de la salud de la

Universidad Nacional de Colombia se encontró una prevalencia del 12% de enfermedades gastrointestinales. A pesar de que no se efectúa un ejercicio de correlación estadística, se reporta información sobre los estilos de vida. Frente a esto se indica que, en cuanto al bienestar físico, un 20% de estudiantes universitarios no practican actividad física; más del 70% aceptaron que no tienen una alimentación balanceada y adecuada, la mayoría coincidió en que esto se debe a la falta de tiempo para la preparación o consumo de los alimentos, y también a la falta de dinero para comprarlos; el nivel de estrés percibido por el 40% de los estudiantes es alto, debido, principalmente, a la carga académica; y además, el número de horas de sueño de más del 80% es bajo comparado con la cantidad de horas recomendables (8 horas diarias) [24].

En cambio, otros estudios únicamente exploran los estilos de vida en universitarios. En estudiantes de una universidad bogotana se detectó que en un 55% no practican actividad física. El 42% no tiene espacios de ocio, es decir, falta de actividades y conductas que promuevan el desarrollo integral de las personas tales como los espacios de contacto cultural y social. Y la gran mayoría, representada por 85%-100%, no se alimenta de modo adecuado [13]. En los estudiantes del área de la salud de una universidad localizada en Bucaramanga se halló que el estilo de vida resulta poco saludable en términos de ejercicio y actividad física (21,6%), consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales (16,6%) y sexualidad (12,2%). En contraste, los mejores hallazgos tuvieron lugar en el autocuidado y cuidado médico (16,4%), relaciones interpersonales (13,5%), y el estado emocional percibido (17,1%) [25].

En una universidad caleña los estudiantes de odontología suelen tener estilos de vida saludable con respecto al consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales (97,4% no consume, contrario a lo esperado), seguido por afrontamiento (83,1%) y tiempo de ocio (78,3%), a diferencia de las dimensiones alimentación (28,8%), actividad física (36,4%) y sueño (47,9%), en donde se tuvieron los resultados menos saludables [26].

En el contexto local no se encontraron muchas investigaciones que abordaran el tema de modo explícito, sin embargo, en la universidad de Cartagena se realizó un estudio con los estudiantes de odontología en donde se encontró que el 35,4% aseguraron presentar alguna enfermedad, de los cuales el 23, 2% afirmaron haberla desarrollado en el transcurso desde que ingresó a la universidad, manifestándose las enfermedades gastrointestinales como las más frecuentes con un 61,8%. [27].

Con base en la información presentada en estas páginas, y sobre todo, en razón de la escasez de información local, se hace evidente la necesidad de llevar a cabo un análisis detallado que permita comprender si el estilo de vida se relaciona con la presencia de trastornos gastrointestinales en estudiantes de una universidad local, y en caso de que sea así, aportar luces respecto al modo en que dicha relación se presenta. Así, se consideró formula la siguiente pregunta de investigación.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es el vínculo de los estilos de vida en las enfermedades gastrointestinales que presentan los estudiantes de una universidad localizada en Cartagena durante 2019-I?

2. JUSTIFICACIÓN

El interés por llevar a cabo la presente investigación radica esencialmente en aportar información actualizada, relevante y útil sobre el estilo de vida que presentan los estudiantes universitarios de una institución de educación superior local, con ello se tendrá una aproximación detallada de sus hábitos, condiciones de vida y estado de salud, sobre todo en materia de enfermedades gastrointestinales [15].

Con lo anterior se contribuye a ampliar el estado del conocimiento –sobre todo en el plano local y nacional– sobre la salud de los jóvenes, además, las explicaciones y las relaciones que se detecten podrán dar cuenta de los significados de vivir experiencias de riesgo, las implicaciones de estas en materia de salud gastrointestinal [28].

A partir de los resultados que se obtengan se dispondrá de un insumo basado en evidencia, generado desde la enfermería, para aportar elementos necesarios a considerar en la formulación de políticas y programas, principalmente en el plano universitario, buscando el mayor impacto posible en cada una de las dimensiones que integran el estilo de vida de estos jóvenes, en pro de la generación de conductas saludables que redunden en la minimización de la prevalencia de trastornos de índole gastrointestinal [29], y que sean sostenibles, pues está demostrado que los comportamientos poco saludables en los jóvenes están estrechamente ligados con hábitos poco saludables en la edad adulta, persistiendo a lo largo del tiempo [30].

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Determinar el vínculo entre los estilos de vida y las enfermedades gastrointestinales que presentan los estudiantes de una universidad localizada en Cartagena durante 2019-I.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar los atributos y aspectos sociodemográficos de los estudiantes universitarios considerando variables tales como: sexo, edad, religión, estado civil, ingreso diario de alimentación, semestre, pareja y trabajo.
- Describir los estilos de vida de los estudiantes universitarios teniendo en cuenta las seis dimensiones: Actividad física, Tiempo de ocio, Alimentación, Consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales, Sueño, y Afrontamiento.
- Establecer la prevalencia de enfermedades gastrointestinales entre los estudiantes de una universidad localizada en Cartagena.
- Correlacionar los estilos de vida de los estudiantes con la prevalencia de enfermedades gastrointestinales.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Estilo de vida

4.1.1 Conceptualización

Este término ha estado presente como elemento conceptual dentro de diferentes campos disciplinarios, sin embargo, no existe consenso a la hora de formular un acercamiento teórico-conceptual. Esto obedece, precisamente, a la diversidad y heterogeneidad en los modos de concebirlo [31]. En la literatura es posible distinguir tres aproximaciones teóricas: genérica, socializada y pragmática, las cuales se presentan a continuación.

Aproximación genérica. Desde este punto de vista el estilo de vida se entiende como moral saludable que recae bajo la responsabilidad del individuo, aunque también puede concebirse una responsabilidad compartida entre individuo y administración pública. De manera puntual, puede concebirse como una forma de vivir o la manera en la que la gente se conduce con sus actividades día a día; aunque también como la agrupación de aquellas conductas sobre las que un individuo tiene control y que incluyen todas las acciones que afectan a los riesgos para la salud [32].

Aproximación socializada. Esta línea conceptual concibe al estilo de vida como algo que trasciende la esfera personal, incluyendo aspectos como el acceso a la información, a la cultura y a la educación. Con ello el estilo de vida tiene lugar a partir de la interacción entre la responsabilidad o voluntad individual, y la responsabilidad política ante situaciones contextuales, como por ejemplo, pobreza

y desempleo. En línea con estas consideraciones, se entendería el estilo de vida como los “patrones de conducta relacionados con la salud, y valores y actitudes adoptados por los individuos y los grupos en respuesta a su ambiente social y económico” [32].

Aproximación pragmática. Bajo este último enfoque se recalca la naturaleza multi-dimensional del comportamiento saludable y de riesgo, mediante el reconocimiento empírico de los componentes del estilo de vida. Conceptualmente, este último se asume como un ‘inmunógeno conductual’ al englobar las “actividades o hábitos de vida que reducen el riesgo de morbilidad y muerte prematura, lo cual representa, por tanto, un escudo de defensas conductuales contra la enfermedad” [32].

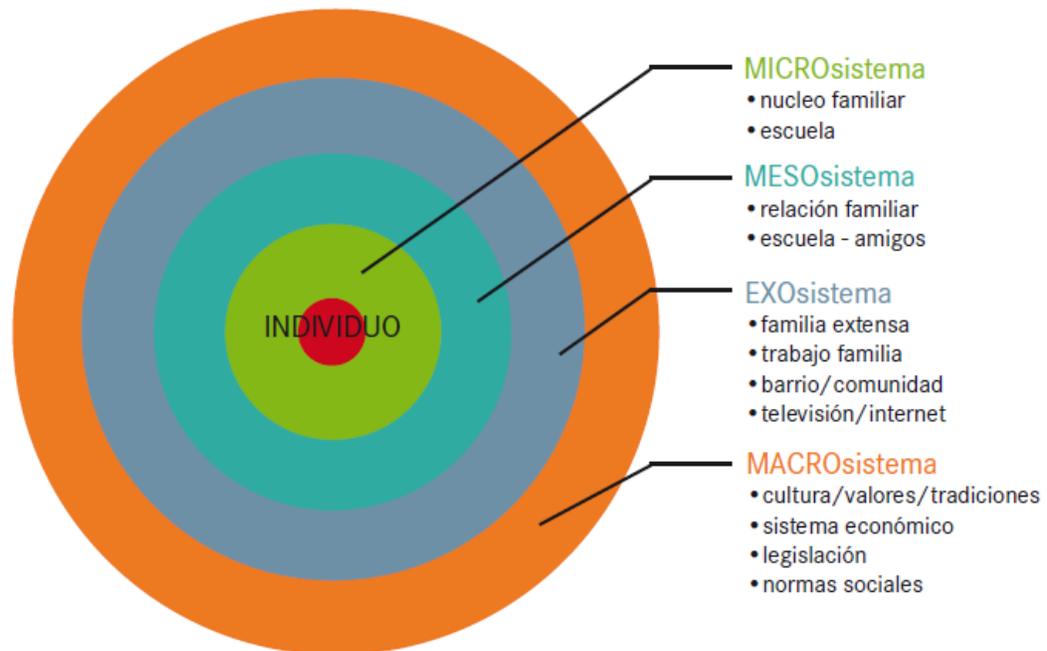
A partir de lo anterior, para el presente estudio se adopta la visión que emana desde los campos de la promoción de salud, de la atención primaria, y de psicología de la salud. Desde ésta puede comprenderse el estilo de vida como aquellos comportamientos que una persona en particular lleva a cabo mantenida y consistentemente en su vida cotidiana, los cuales además, brindan la posibilidad de mantener la salud, o bien, de colocar a la persona en una situación de riesgo favorecedora de la enfermedad [33].

4.1.2 Socialización del estilo de vida

El proceso a través del cual las personas adquieren los diversos patrones conductuales, los hábitos, las actitudes, los valores y las normas propias de su estilo de vida se

denomina socialización. Su desarrollo implica un proceso de aprendizaje de roles y conductas de salud específicos de un contexto social puntual [34].

Figura 1. Socialización del estilo de vida



Fuente: Bennassar [34]

Teóricamente uno de los abordajes para comprender este proceso socializador corresponde a la Teoría Ecológica del Desarrollo, de acuerdo a la cual cada persona es afectada de modo significativo por las interacciones de una serie de sistemas que se superponen (Figura 1); estos corresponden a: “1) el *microsistema* es el entorno inmediato en el que se sitúa la persona en desarrollo, para el caso de la socialización del estilo de vida, algunos de los agentes socializadores de este nivel son la familia, los padres, la escuela, los vecinos, el trabajo y los medios de comunicación; 2) ambiente ecológico se encuentra el *mesosistema*, que incluye las interrelaciones entre la familia y la escuela o la familia y el trabajo; 3) el *exosistema*,

constituye el entorno más amplio, en donde se sitúan las instituciones sociales: sistema escolar, sistema sanitario, contexto laboral, etc.; y 4) el *macrosistema*, que corresponde con la cultura en la cual el individuo nace y se desarrolla” [34].

4.1.3 Estudiantes universitarios y estilos de vida

Se considera que los estudiantes que cursan en el nivel universitario conforman un grupo poblacional que tiende a presentar un estilo de vida influido por situaciones tales como largas jornadas de clases, escasez de tiempo, dinero, las tradiciones, creencias y los valores, medios de comunicación y publicidad, el ideal de delgadez, alimentos, estados de ánimo y estrés [35]. Sumado a esto, los comportamientos cotidianos del estudiantado varían en función de las diferentes personalidades, el estatus socio-económico, preferencias y organización del uso del tiempo libre, además de la influencia de los medios de comunicación, de las amistades y de los familiares [45].

Entre la mayoría de estudiantes universitarios ocurre la transición entre la adolescencia y la adultez, etapa que es relevante para la salud pues aquí “se desarrollan y se consolidan los estilos de vida (saludables o perjudiciales), crece la toma de decisiones y la independencia. Además, en la universidad se forman los futuros profesionales que configurarán los servicios de la comunidad”. En este orden de ideas, “la promoción de la salud en la universidad permitirá formarlos con la finalidad de que actúen como promotores de conductas saludables en sus familias, en sus futuros entornos laborales y en la sociedad en general” [36].

4.1.4 Dimensiones de los estilos de vida del universitario

En este estudio se considerará el estilo de vida a través de seis dimensiones, las cuales se abordan a continuación.

4.1.4.1 Actividad física

La actividad o ejercicio físico hace referencia a la diversidad de movimientos corporales y actividades que requieren un consumo energético mayor al que se produce en estado de reposo o al realizar alguna actividad cognitiva y que favorecen la salud. Tales actividades al estar incorporadas al estilo de vida, en este caso de los jóvenes universitarios, contribuyen a disminuir el riesgo de enfermedad coronaria y a prevenir la aparición de enfermedades crónicas. Así mismo, las implicaciones psicológicas son positivas, en la medida en que aportan a la regulación emocional, además de reducir la ansiedad, la tensión y la depresión, y a aumentar la sensación de bienestar [37].

4.1.4.2 Tiempo de ocio o tiempo libre

Se afirma que éste es un ámbito temporal, en el que la ausencia de obligaciones permite llevar a cabo acciones de cualquier tipo. Se asume, además, como un factor importante “para el desarrollo y bienestar de la sociedad, considerando que en este se incrementan las probabilidades de inclusión social, participación comunitaria, practicar deportes, recrearse y participar de programas y actividades culturales. Estas actividades, disminuyen las probabilidades de la ocurrencia de hechos delictivos y el consumo de drogas”, por ejemplo [38].

De acuerdo a un punto de vista complementario, el ocio se considera parte del tiempo libre, solamente en la medida en que tiene lugar “la libre elección y el desarrollo de actividades que satisfagan necesidades individuales de acuerdo con las preferencias, y además, un tiempo cuya finalidad pueda ser, entre otras, el descanso, la huida de la civilización y el disfrute de la naturaleza, la huida de la rutina y la responsabilidad, el ejercicio físico, la interacción con la familia, el altruismo, la diversión, o el desarrollo del sujeto o re-creación” [39].

4.1.4.3 Alimentación

La alimentación, y dentro de esta los hábitos alimenticios, representan uno de los aspectos determinantes del estilo de vida de los jóvenes en la actualidad. Desde la niñez se adquieren ciertos hábitos al interior del hogar, que luego son influidos y moldeados por la cultura, las costumbres, los medios de comunicación y, en general, el ambiente en el que se circunscribe cada sujeto. Así, “cuando el individuo ingresa a otros ciclos vitales más vulnerables como lo son la adolescencia y la juventud, empiezan a aparecer cambios en los hábitos ya establecidos, lo que da espacio a la modificación de su estilo de vida” [40].

4.1.4.4 Consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales

Entre los jóvenes el consumo de alcohol está ligado a la vinculación social, especialmente con los amigos, los pares más cercanos, parejas y grupos pequeños. Estos representan una “influencia dominante que determina el consumo de sustancias. El consumo alcohol hace parte de la selección y socialización entre

amigos, puesto que debe existir aprobación por parte de los otros, evitando la exclusión social por parte de quienes consumen alcohol” [41]. No obstante, las consecuencias de su exceso devienen en efectos mortales, tales como accidentes de tránsito, agresión a pares y abuso sexual [42].

En lo que respecta al consumo de cigarrillo, entre los jóvenes suele ser un comportamiento relativamente común, no obstante, se ha “relacionado con el desarrollo de enfermedades respiratorias y cardiovasculares, pues los componentes del cigarro causan lesiones en el endotelio vascular lo que se considera un antecedente primario para aterosclerosis; además entre los efectos adversos del cigarro se encuentran factores vaso-oclusivos y de agregación plaquetaria, el monóxido de carbono producido por el tabaco incrementa la viscosidad plasmática y los niveles de fibrinógeno. Numerosos estudios han reportado que el tabaquismo está asociado con concentraciones elevadas de colesterol plasmático total, osteoporosis, aumento de riesgo perinatal y neoplasias malignas en diversos órganos” [43].

El consumo de drogas ilegales suele modificar el comportamiento y el modo de concebir el mundo entre las personas, además, se conciben como un fenómeno multifactorial, variante y cambiante en sus formas, así como en la diversidad de sus factores etiológicos vinculados. Este tipo de sustancias crean adicción; su consumo se produce a edades tempranas, sobre todo en la adolescencia, sin distinción de sexo, raza o condición social. En este orden de ideas, a pesar de que este consumo es un riesgo para la salud, también lo son las conductas que bajo los efectos de

las drogas se ejecutan; aquí se cuentan: “problemas de salud, dificultades académicas, tendencias a asumir comportamientos violentos, los accidentes de tráfico, y los problemas económicos, entre otros y todos ellos están relacionados con estilos de vida inadecuados” [44].

4.1.4.5 Sueño

El sueño corresponde a una situación de reposo durante el cual en el organismo tienen lugar reducidos niveles de actividad fisiológica, además de que no existe una respuesta activa a estímulos provenientes del entorno [45]. La importancia del sueño, en el caso de los universitarios, radica en que es una actividad esencial para consolidar la memoria, el aprendizaje, los procesos restaurativos y la codificación. Sin embargo, frecuentemente se halla limitado por las diversas “exigencias académicas que les obligan a pasar menos tiempo en cama, con lo cual se altera la relación del ciclo de sueño/vigilia. Sumado a esto, diversos factores y hábitos reconocidos como generadores de problemas de sueño y mala calidad del dormir pueden estar presentes, especialmente fumar, consumo de alcohol, sedentarismo, excesivo uso de internet y falta de apoyo social” [46].

4.1.4.6 Afrontamiento

La dimensión del afrontamiento incluye las pautas que el sujeto dispone para enfrentar una situación estresante o amenazante. Este acto de encarar las

situaciones reflejan un “intento cognitivo y afectivo de las personas por conciliar las demandas del entorno y sus capacidades personales para enfrentarlas. Una mala conciliación entre ambos polos sería fuente de insatisfacción y sentimientos de estrés” [47]. Tales modos de respuesta son fundamentales a la hora de llevar a cabo la regulación de las “respuestas emocionales del problema que acontece; se van a ir desarrollando durante las primeras etapas de la vida como es la niñez y se van modificando de acuerdo a los resultados obtenidos en situaciones de estrés, el mismo que se va a producir cuando la persona tenga la valoración de un suceso como algo que esté por encima de sus recursos con los que cuenta, poniendo así en riesgo su bienestar personal” [48].

4.2 Sistema gastrointestinal

4.2.1 Generalidades

Este sistema puede pensarse como una máquina en la que sus diversos componentes efectúan los procesos necesarios para la asimilación de los alimentos, sin captación de cantidades importantes de sustancias o microorganismos perjudiciales. El tracto gastrointestinal corresponde a un tubo muscular largo que se extiende desde la boca hasta el ano, y dentro de cuyo revestimiento existen estructuras glandulares con extremo ciego se invaginan hacia la pared del intestino y vacían sus secreciones hacia la luz (cavidad dentro del intestino). En diversos puntos a lo largo del tracto gastrointestinal, órganos glandulares más complejos (páncreas, glándulas salivales) que también están fijos al intestino, y se hallan conectados a la luz intestinal por medio de conductos, lo que permite que las

secreciones drenen hacia el intestino, donde pueden mezclarse con el contenido de este último. Las glándulas en general pueden considerarse estructuras que convierten materias primas provenientes del torrente sanguíneo en secreciones útiles desde el punto de vista fisiológico (soluciones de ácido y enzimas) [49].

La movilización de los alimentos a lo largo del intestino representa un proceso regulado, y comprende retención selectiva en sitios específicos con la finalidad de promover la digestión y la absorción óptimas, todo ello se posibilita a través de estructuras musculares lisas especializadas conocidas como esfínteres, cuya función también está coordinada con la del sistema en conjunto [49].

4.2.2 La función digestiva

El sistema gastrointestinal tiene como función llevar a cabo la digestión de los alimentos que el ser humano ingiere. Dicho proceso consiste en la “transformación de los nutrientes, previamente ingeridos, en sustancias más sencillas y fáciles de absorber”. En la función digestiva diferentes tipos de enzimas participan, con las que se transforma el alimento ingerido y se procesa con el fin de ser procesado para la obtención de energía, así como para generar y reparar tejidos. En el sistema gastrointestinal, el procesamiento de los alimentos en el tubo digestivo comprende una serie de etapas, cada una de las cuales ocurre la transformación energética de un nivel a otro hay una pérdida de materia y energía utilizable, asociada al mantenimiento de los tejidos y también a la degradación del alimento en

compuestos más simples, que después se reconstituirán en moléculas más complejas que necesita el organismo para reparar sus estructuras [50].

4.2.3 Estructura

Estructuralmente son variados los tejidos que cooperan para mostrar respuesta apropiada a la ingestión del alimento. De manera conjugada, estos tejidos pueden detectar la ingestión de comida, emitir señales respecto a la misma, y responder a ella con función alterada, más aún, los tejidos y sus funciones son interactivos y muy eficientes [49].

Dentro de las estructuras superiores del sistema se destaca la *cavidad oral*, que está relacionada con la ingestión inicial de alimento, y con la conformación y lubricación del bolo de materiales ingeridos de modo que puedan deglutirse. Los *dientes* reducen porciones grandes de alimentos hacia tamaños idóneos para paso por el esófago, en tanto, las *glándulas salivales*, que drenan hacia la cavidad oral, proporcionan un ambiente acuoso y moco que cubre la superficie del bolo y, así, ayuda a la deglución [49].

A continuación el *esófago* se encarga de efectuar la transferencia del bolo, desde la boca hacia el estómago; su tercio superior está rodeado por músculo estriado cubierto por una red submucosa gruesa, elástica y colagenosa. Más adelante el músculo muestra una transición hacia músculo liso que funciona conjuntamente con el reflejo de la deglución con el fin de impulsar el bolo hacia el estómago. En la sección inferior del esófago, el músculo liso se engruesa de manera gradual e

interactúa con factores neurogénicos y hormonales, así como con el diafragma, para servir funcionalmente como un esfínter esofágico inferior, siendo precisamente la presión más alta en este segmento la que evita el flujo retrógrado, o reflujo, excesivo del contenido gástrico hacia la luz del esófago. Cabe mencionar en este punto que el fracaso de este proceso lleva a enfermedad por reflujo gastroesofágico, donde el contenido del estómago que muestra reflujo puede causar daño del epitelio esofágico, con ello esta patología se constituye en uno de los trastornos gastrointestinales más comunes [49].

En conexión con lo anterior se encuentra el *estómago*, a manera de bolsa muscular que funciona principalmente como un reservorio, y que controla la tasa de suministro del alimento hacia segmentos más distales del tracto gastrointestinal. Anatómicamente está compuesto de tres regiones: el cardias (que se superpone con el esfínter esofágico inferior), el fondo y el antro [49].

El primer segmento del *intestino delgado* inmediatamente distante al píloro en el estómago se denomina *duodeno*, y junto con el páncreas y el sistema biliar, constituye la unidad de agrupación duodenal. Este segmento del sistema gastrointestinal actúa como un regulador crucial de la digestión y la absorción. El resto del intestino delgado consta del yeyuno y el íleon; el *yeyuno* sirve como el sitio de casi toda la absorción de nutrientes en el individuo sano, y tiene un área de superficie notoriamente amplificada debido a la presencia de pliegues de superficie y vellosidades largas y delgadas. En posición más distal, el *íleon* tiene menos pliegues, y vellosidades más cortas y más escasas, y participa de manera menos

activa en la absorción de nutrientes, salvo por solutos específicos como ácidos biliares conjugados, que son salvados exclusivamente por transportadores que se expresan en el íleon terminal, aun así, si la absorción intestinal está alterada, el íleon representa una reserva anatómica a la que puede recurrirse para absorción, como resultado, el intestino delgado tiene exceso de capacidad tanto para digestión como para absorción y, así, la malabsorción es un evento relativamente raro [49].

De resto se encuentra el *colon*, o *intestino grueso*, el cual ejerce la función de reservorio para el almacenamiento de desechos y materiales no digeribles antes de su eliminación mediante defecación. En general, las células epiteliales del colon (colonocitos) no absorben nutrientes convencionales como monosacáridos, péptidos, aminoácidos y vitaminas, pero pueden participar de manera activa en la captación de otros constituyentes de la luz. Como su nombre lo indica, el intestino grueso es de diámetro considerablemente mayor que el intestino delgado, con una pared más gruesa y pliegues conocidos como haustras [49].

4.2.4 Síntomas, trastornos y enfermedades gastrointestinales

En esta sección se presentan los principales síntomas, trastornos y patologías gastrointestinales indicados por la literatura.

4.2.4.1 *Dolor abdominal*

De modo general, el dolor es el síntoma central o eje de todo padecimiento. El análisis de sus caracteres es esencial para poder precisar su naturaleza. Sin

embargo, al ser un elemento subjetivo, su análisis en primer lugar va a depender de la persona que lo siente y de su capacidad de interpretación, así como de su umbral para dicho dolor. En gastroenterología el dolor generalmente es un síntoma clave, cuyo análisis cuidadoso permite establecer la causa o el diagnóstico en la mayor parte de los casos. Su origen puede tener lugar en las vísceras huecas, la pared abdominal, la cápsula de los órganos sólidos, la región retroperitoneal, el diafragma, así como en órganos extra-abdominales como el corazón, los pulmones y la columna vertebral [51].

La producción del dolor abdominal puede obedecer a lo siguiente: 1) dolor visceral: se inicia por la estimulación de las terminaciones nerviosas sensoriales de las vísceras, generalmente debidas a contracción, espasmo, distensión o restiramiento, pues las vísceras no son sensibles a la punción, a la sección o a los cambios térmicos; 2) dolor somático: se origina en los receptores sensoriales que se encuentran en el peritoneo parietal, en las raíces del mesenterio, en la parte periférica del diafragma. Suele ser transitorio por las fibras somáticas, cuyas terminaciones nerviosas son sensibles a la irritación producida por agentes químicos, enzimas, infiltración y edema, a la presión, la tracción y la torsión; y en última instancia, 3) dolor reflejo surge por la irritación de las terminaciones nerviosas cerebroespinales en el peritoneo o en el tejido subperitoneal y se proyectan a un segmento de la piel. Este tipo de dolor se considera como la consecuencia de la irritación del peritoneo parietal o del mesenterio como sucede en los casos de peritonitis; se acompaña de espasmo constante o defensa muscular [51].

4.2.4.2 Disfagia

El término disfagia se refiere a la dificultad para la deglución. Es un síndrome frecuente, cuya prevalencia aumenta con la edad, y que repercute de forma muy negativa sobre la calidad de vida. En los casos más graves puede causar deshidratación, pérdida de peso y desnutrición, así como complicaciones pulmonares por aspiración, e incluso la muerte. La presencia de disfagia se conforma cuando el paciente describe dificultad para el inicio de la deglución o, lo que es más común, como sensación de parada del bolo o sensación de dificultad para el paso del mismo en algún lugar del cuello o de la región esternal [52].

4.2.4.3 Odinofagia

Se refiere a la presencia de dolor durante la deglución. Éste oscila desde dolor leve retroesternal durante la deglución hasta dolor de intensidad extrema, referido como una puñalada que irradia hacia la espalda impidiendo la deglución de la propia saliva. Generalmente sugiere la presencia de una lesión esofágica ya sea por infiltración neoplásica, inflamación o ulceración [52].

4.2.4.4 Náuseas y vómitos

Las *náuseas* corresponden a la sensación desagradable e inminente de vomitar. Se localiza vagamente en el epigastrio o la garganta y puede o no culminar en un vómito. El *vómito* se refiere a la eyección enérgica del contenido gastrointestinal a través de la boca, mediante contracciones involuntarias de la musculatura de la pared torácica y abdominal. Las *arcadas* consisten en movimientos espasmódicos

de la musculatura toraxicoabdominal en la que coexisten una inspiración forzada contra un cierre de la boca y de la glotis, sin llegar a exteriorizar el contenido gástrico. En este sentido también deben tenerse en cuenta fenómenos como la *regurgitación*, que consiste en el retorno del contenido gastrointestinal hacia la boca, sin el esfuerzo y la participación de la musculatura del abdomen y diafragma que caracterizan al vómito. Y además, la *rumiación*, que es una condición en la que el alimento, después de haber sido regurgitado, es masticado y deglutido de nuevo, generalmente en el curso de una comida o después de ella [53].

En definitiva, las náuseas y vómitos constituyen un síntoma frecuente en la práctica clínica. El espectro de posibilidades etiológicas es amplio e incluye no solamente afecciones gastrointestinales, sino trastornos cerebrovasculares causantes de hipertensión endocraneal, trastornos vestibulares y una amplia miscelánea de alteraciones sistémicas, hormonales y endocrinológicas [53].

4.2.4.5 Dispepsia

La *dispepsia* se refiere a cualquier dolor o molestia localizados en la parte central del abdomen superior. Con respecto a “malestar” o “discomfort”, se hace referencia a una percepción negativa no dolorosa que engloba síntomas como la saciedad precoz, la pesadez postprandial y la sensación urente epigástrica, y otros menos específicos como la hinchazón abdominal, la necesidad frecuente de eructar y las náuseas. Los síntomas pueden ser continuos o intermitentes, y suelen estar relacionados con la ingesta aunque no es ésta una condición obligada. Es

importante recordar que el dolor o la molestia deben localizarse próximo a la línea media abdominal y en su mitad superior, de tal forma que el dolor en los hipocondrios derecho o izquierdo, el dolor en hemiabdomen inferior y el dolor abdominal difuso no se consideran característicos de la dispepsia [54].

La *pirosis* tampoco suele considerarse parte del concepto de dispepsia debido a su considerable especificidad para la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Sin embargo, es frecuente la coexistencia de ambas entidades por lo que algunas guías de práctica clínica proponen su manejo conjunto, bajo una estrategia unificada [54].

4.2.4.6 Diarrea

Corresponde a toda variación significativa de las características de las deposiciones, respecto al hábito reposiciona previo del paciente, tanto en lo que se refiere a un aumento del volumen o de la frecuencia de las heces, como a una disminución de su consistencia. Hay que distinguir la diarrea de la pseudodiarrea en la que existe un aumento de la frecuencia pero con heces sólidas. En la literatura médica norteamericana se define diarrea por el peso de las heces (mayor de 200 g/día). Sin embargo, esta definición no tiene en cuenta que personas con una elevada ingesta de fibra insoluble pueden presentar un peso de la deposición elevado de forma habitual (tan alto como 300 g/día), pero con una consistencia normal. Por el contrario, algunos sujetos que consultan por diarrea presentan un peso normal de las heces, pero con consistencia líquida. De forma arbitraria, suele

considerarse que la diarrea es crónica cuando su duración es superior a las 4 semanas [55].

4.2.4.7 Estreñimiento

Una persona padece estreñimiento cuando en más del 25% de las deposiciones, presenta dos o más de los siguientes síntomas: precisa de un esfuerzo excesivo, presenta heces duras o caprinas, no logra una sensación confortable de desocupación rectal, tiene sensación de obstrucción en el área anorrectal, utiliza maniobras manuales para facilitar la expulsión (extracción digital o compresión del suelo pélvico), o evacúa menos de tres veces por semana. El tipo más frecuente de estreñimiento es el denominado estreñimiento crónico simple o “constipación idiopática”. Existen, sin embargo, otras causas de estreñimiento condicionadas por la presencia de alteraciones orgánicas o por un trastorno “secundario” de la función motora, cuyo origen puede relacionarse con el consumo de determinados fármacos o con la presencia de enfermedades sistémicas de naturaleza endocrinometabólica, neurógena o neuromuscular [56].

4.2.4.8 Rectorragia

Constituye un signo clínico que se define como la emisión de sangre roja por el ano de forma aislada o junto con las heces. La sangre emitida de forma aislada puede aparecer tanto en el papel higiénico, como directamente en el inodoro. La sangre junto con las heces puede aparecer recubriendo su superficie o mezclada con ellas. La *hematoquecia* se define como la emisión de sangre rojo-vinosa de forma aislada

o junto con las heces. La *melena* es la emisión de sangre por vía anal en forma de heces pastosas de color negro, pegajosas, de aspecto brillante y maloliente debido a la presencia de sangre digerida. Requiere una pérdida mayor de 60 ml de sangre y una permanencia en el intestino de unas 8 horas. Dentro del término hemorragia digestiva baja se engloban aquellas pérdidas hemáticas que tienen su origen por debajo del ángulo de Treitz. Se puede manifestar en forma de rectorragia, hematoquecia o melenas dependiendo de su punto de origen y de la velocidad del tránsito intestinal [57].

5. MARCO LEGAL

5.1 Ley 1122 de 2007

Esta ley pretende realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud [¡Error! Marcador no definido.].

En este marco normativo se reconoce la salud pública está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad [¡Error! Marcador no definido.].

5.2 Rutas integrales de atención en salud

Las rutas integrales de atención en salud se comprende como el conjunto de acciones coordinadas, complementarias y efectivas para garantizar el derecho a la salud, expresadas en políticas, planes, programas, proyectos, estrategias y servicios, que se materializan en atenciones dirigidas a las personas, familias y comunidades para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

Estas rutas contribuyen a que las personas familias y comunidades alcancen resultados en salud teniendo en cuenta las particularidades del territorio donde viven, se relacionan y se desarrollan. Permite orientar y ordenar la gestión de la atención integral en salud a cargo de los actores del SGSSS de manera continua y consecuente con la situación y características de cada territorio así como la gestión intersectorial para la afectación de los determinantes sociales de la salud.

La ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud en el curso de vida busca principalmente realizar acciones para el cuidado de la salud, la detección temprana, la protección específica y educación para la salud. Con el fin de potenciar las capacidades físicas, cognitivas y psicosociales para alcanzar los resultados en su desarrollo, afectar entornos para que sean protectores y potenciadores para la salud y el desarrollo y gestionar temprana, oportuna e integralmente los riesgos en salud, que incluyen reducir la susceptibilidad al daño,

teniendo en cuenta tanto los riesgos acumulados como los que emergen en el momento vital. [58].

5.3 Ley 1355 de 2009

Por medio de esta ley se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención. Dentro de sus componentes aparecen unas estrategias para promover la actividad física, así como una alimentación balanceada y saludable, en donde se plantea que los diferentes sectores de la sociedad impulsarán una alimentación balanceada y saludable en la población colombiana, a través de las siguientes acciones: 1) Los establecimientos educativos públicos y privados del país en donde se ofrezcan alimentos para el consumo de los estudiantes deberán garantizar la disponibilidad de frutas y verduras; 2) Los centros educativos públicos y privados del país deberán adoptar un Programa de Educación Alimentaria siguiendo los lineamientos y guías que desarrollen el Ministerio de la Protección Social y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, para promover una alimentación balanceada y saludable, de acuerdo con las características culturales de las diferentes regiones de Colombia [59].

5.4 Ley 181 de 1995

Los objetivos generales de la presente Ley son el patrocinio, el fomento, la masificación, la divulgación, la planificación, la coordinación, la ejecución y el

asesoramiento de la práctica del deporte, la recreación y el aprovechamiento del tiempo libre y la promoción de la educación extraescolar de la niñez y la juventud en todos los niveles y estamentos sociales del país, en desarrollo del derecho de todas personas a ejercitar el libre acceso a una formación física y espiritual adecuadas. Así mismo, la implantación y fomento de la educación física para contribuir a la formación integral de la persona en todas sus edades y facilitarle el cumplimiento eficaz de sus obligaciones como miembro de la sociedad [60].

Establece que el aprovechamiento del tiempo libre se refiere al uso constructivo que el ser humano hace de él, en beneficio de su enriquecimiento personal y del disfrute de la vida en forma individual o colectiva. Tiene como funciones básicas el descanso, la diversión, el complemento de la formación, la socialización, la creatividad, el desarrollo personal, la liberación en el trabajo y la recuperación sicobiológica [60].

5.5 Ley 1438 de 2011

Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. [61]

6. MARCO CONCEPTUAL

Estilo de vida: Comportamientos que una persona en particular lleva a cabo mantenida y consistentemente en su vida cotidiana, los cuales además, brindan la posibilidad de mantener la salud, o bien, de colocar a la persona en una situación de riesgo favorecedora de la enfermedad [33].

Enfermedad: Corresponde al proceso y a la fase que atraviesan los seres vivos cuando afrontan alguna afección que atenta contra su bienestar al modificar su condición ontológica de salud [62].

Estudiante: Persona que cursa estudios en un establecimiento de enseñanza [63].

Patología: Grupo de síntomas asociados a una determinada dolencia o padecimiento, así como aquella rama de la medicina que se enfoca en las enfermedades del ser humano. En este estudio se adaptará la primera conceptualización [64].

Prevalencia: proporción de individuos de una población que presentan el evento en un momento, o periodo de tiempo, determinado. Se calcula como la relación entre cantidad de eventos y cantidad de individuos totales [65].

Universidad: Institución de enseñanza superior que comprende diversas facultades, y que confiere los grados académicos correspondientes [66].

7. METODOLOGÍA

7.1 Paradigma de investigación

Desde el punto de vista epistemológico y metodológico, el presente trabajo de grado se encuentra delimitado dentro del paradigma cuantitativo, cuyo fundamento radica en la recolección de datos sobre las variables de interés, en forma de mediciones expresables de manera numéricas, además, estos datos son procesados mediante procedimientos estadísticos, de modo tal que sea posible detectar patrones y regularidades empíricas, para más adelante formular conclusiones respecto a los hechos. En general, bajo este paradigma, la mencionada recolección de datos se fundamenta en la medición, que se desarrollará de acuerdo a procedimientos estandarizados y aceptados por la comunidad científica [67].

7.2 Clasificación del estudio

Analítico: Dado que con este estudio se tiene interés en identificar y dar a conocer el grado o la medida del vínculo o relación existente entre las variables objeto de estudio; en este caso se busca saber si los estilos de vida de los estudiantes se relacionan con la prevalencia de enfermedades gastrointestinales [68].

Descriptivo: Porque se dan a conocer los aspectos y elementos más relevantes y característicos de la población de interés. Este abordaje se efectúa teniendo en cuenta la situación tal como ocurre en la realidad, sin llevar a cabo intervención

alguna. En otras palabras, se describen las características del grupo de elementos estudiados, sin realizar comparaciones con otros grupos [69].

Transversal: Porque se tiene como finalidad llevar a cabo la recolección de la información en un momento puntual y específico desde el punto de vista temporal y espacial. En este caso es el primer semestre del año 2019 en una universidad local [70].

7.3 Población y muestra

7.3.1 Población

La población estuvo constituida por todos los estudiantes matriculados desde quinto hasta noveno semestre del ciclo académico 2019 – I de una facultad de medicina de una universidad en Cartagena, que según datos obtenidos del registro de matrícula de esta institución fueron en total 508 estudiantes.

7.3.2 Muestra

La muestra quedó conformada por 219 estudiantes de Medicina, distribuidos por semestre (50 estudiantes de quinto semestre, 48 de sexto semestre, 44 de séptimo semestre, 39 de octavo semestre y 38 de noveno semestre) y la selección de la muestra fue obtenida a través del muestreo por conglomerados, considerando los criterios de inclusión y exclusión planteados. Se utilizó la siguiente fórmula para el cálculo de la muestra:

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

DATOS DE LA POBLACION MEDICINA			DATOS DE LA MUESTRA				
GRADO	SEMESTR E	NUMERO DE ESTUDIAN TE	PORCENTA JE POR CURSO	% DE LA POBLACIO N	MUESTR A	ESTUDIANT ES POR SEMESTRE	
INSTITUCIO N 1	V	118	23%	100,00%	219	V	50
	VI	108	22%			VI	48
	VII	97	20%			VII	44
	VIII	95	18%			VIII	39
	IX	90	17%			IX	38
TOTAL		508	100%	100,00%			219

Fuente: Diseño y cálculos propios

7.3.3 Método de muestreo

Para capturar la muestra se hizo uso de un muestreo *por conglomerados*, el cual consiste en seleccionar aleatoriamente un cierto número de conglomerados (el necesario para alcanzar el tamaño muestral establecido) y en investigar después todos los elementos pertenecientes a los conglomerados elegidos [71].

7.3.4 Criterios de inclusión

Para que un sujeto pueda hacer parte del estudio debe cumplir de modo simultáneo con las siguientes condiciones: Ser estudiante activos del programa de medicina de quinto-noveno semestre.

7.3.5 Criterios de exclusión

Los sujetos no incluidos fueron aquellos que: 1) se encuentren en semestres diferentes a los escogidos 2) estudiantes que se encuentren realizando el internado.

7.4 Instrumento para la recolección de la información

El instrumento que se aplicó estuvo conformado por dos secciones.

7.4.1 Estilo de vida

Esta sección se basó en el instrumento diseñado y validado por Salazar y colaboradores [72] denominado *Cuestionario de estilos de vida de jóvenes universitarios* (CEVJU-R2). Versión que se encuentra validada con alfa de Cronbach >0.6 , lo que indica una adecuada consistencia interna del instrumento.

Este cuestionario consta de 10 ítems sobre datos sociodemográficos y 54 preguntas agrupadas en seis dimensiones sobre estilos de vida:

1. Actividad física: Ítems 1 a 7
2. Tiempo de ocio: Ítems 8 a 14
3. Alimentación: Ítems 15 a 25
4. Consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales: Ítems 26 a 37
5. Sueño: Ítems 38 a 45
6. Afrontamiento: Ítems 46 a 54

En cada dimensión se relaciona las prácticas, las motivaciones para llevar a cabo o no dicha práctica y los recursos tanto personales como externos que permiten u obstaculizan la práctica. Las opciones de respuesta son de tipo Likert para las preguntas sobre prácticas, múltiple opción de respuesta para aquellas preguntas de recursos y de única opción de respuesta para las preguntas de motivaciones. El CEVJU-R2 tiene la posibilidad de ser aplicado de manera individual o grupal con una duración promedio de 20 minutos.

En la calificación del cuestionario se reportan frecuencias relativas y absolutas de la realización de las prácticas en seis dimensiones y no hay un total (es decir, “estilo de vida” en general). Los autores reconocen que es un instrumento de autoinforme breve, de bajo coste y fácil aplicación, que podría ser útil para detectar necesidades en el ámbito de la salud y desarrollar estrategias para su intervención desde las instituciones educativas. Cabe mencionar que a los autores del instrumento se les solicito autorización para su utilizado en este trabajo de grado [72].

7.4.2 Trastornos gastrointestinales

La segunda parte del instrumento consideró los síntomas gastrointestinales más frecuentes en universitarios, descritos por Rojas, Ñancupil y Sotomayor [19]:

- Gastritis
- Acidez
- Reflujo gastroesofágico
- Alternancia entre constipación y diarrea.

- Eliminación de mucus por el recto.
- Hinchazón.
- Sensación de evacuación incompleta.
- Flatulencia
- Reflejo gastrocólico
- Náuseas
- Pirosis

También se interrogó a los estudiantes por la frecuencia y la intensidad en que experimenta dichos síntomas.

7.5 Técnicas de recolección, procesamiento y análisis de la información

7.5.1 Técnicas recolección de la información

Se aplicó un cuestionario a la población objetivo, referida a características sociodemográficas, estilo de vida y trastornos gastrointestinales. Los estudiantes fueron abordados en las instalaciones de la institución de educación superior, se les explicó la finalidad del estudio, se les presentó el consentimiento informado, y en caso de que lo firmen, se procedió a aplicar el cuestionario.

7.5.2 Procesamiento de la información

Los datos reportados por los estudiantes en los cuestionario se digitaron en el programa IBM SPSS Statistic v24, en una hoja de cálculo, en donde las columnas representaron las variables, y las filas cada una de las observaciones (en este caso,

los estudiantes). Con posterioridad a la digitación se efectuó la elaboración de tablas y gráficas en el mismo software, estos elementos se colocaron en el documento del trabajo, para proceder a su descripción y análisis.

7.5.3 Análisis de la información

La información fue analizada partiendo del uso de cálculos y técnicas estadísticas. Para los objetivos del #1 y #2 se aplicó estadística descriptiva, sobre todo frecuencias absolutas y relativas, representadas en las gráficas y las tablas previamente construidas. Para el objetivo #3 se utilizó la fórmula para hallar la prevalencia (número de eventos sobre número de individuos totales por 100). El objetivo #4 fue desarrollado a través de medidas correlacionales, en particular se usará el estadístico chi cuadrado con nivel de significancia del 0,05, junto con la estimación de matrices de correlación policórica con el fin de conocer la intensidad de la correlación.

Para el procedimiento de correlación inicialmente se calculó el estadístico Chi cuadrado con el fin de conocer la existencia (o no) de independencia estadística, sin embargo, como las cifras de tal estadístico no se interpreta, se dan a conocer los p valores que tiene asociado. Con éste último posible concluir sobre la presencia (o ausencia) de significancia estadística, lo cual se determina siguiendo la siguiente regla:

- Si p valor es menor que ($<$) 0,05 = entonces Chi cuadrado es significativo, por tanto hay correlación.

- Si *p valor* es mayor que (>) 0,05 = entonces Chi cuadrado no es significativo, por tanto se descarta la existencia de correlación.

De modo complementario a lo anterior se hizo empleó una técnica estadística de desarrollo relativamente reciente, denominada correlación policórica, la cual sirve para relacionar variables categóricas (ordinales o nominales), pero aprovechando las técnicas estadísticas clásicas sin incurrir en algún sesgo importante [73,74].

Para las estimaciones se usó el software Stata SE v11 y su interpretación es similar al coeficiente de correlación de Pearson, es decir, cuando el coeficiente de correlación policórica (CCP) presenta signo positivo la correlación es creciente, mientras que cuando es negativo, la correlación es decreciente, además, y según el grado valor numérico, cuando el CCP es...:

- Menor a 0,10: Existe muy poca relación.
- Entre 0,10 y 0,30: Existe una relación pequeña.
- Entre 0,30 y 0,50: Existe una relación moderada.
- Mayor a 0,50: Existe alta relación.

7.6 Variables

Macro-variables	Variables	Tipo de variable	Indicador de medición
Datos sociodemográficos	Sexo	Cualitativa nominal	1: Hombre 2: Mujer
	Semestre	Cualitativa ordinal	Número del semestre
	Zona de procedencia	Cualitativa nominal	1: Urbana 2: Rural
	Edad	Cuantitativa intervalo	Cantidad de años cumplidos en números enteros
	Estado civil	Cualitativa nominal	1: Soltero 2: Casado o unión libre 3: Separado 4: Viudo
	Sujetos con los que vive	Cualitativa nominal	1: Familia nuclear 2: Familia propia 3: Otros familiares 4: Solo

	Nivel educativo de la madre	Cualitativa ordinal	1: Sin escolaridad 2: Primaria 3: Secundaria 4: Universidad
	Nivel educativo del padre	Cualitativa ordinal	1: Sin escolaridad 2: Primaria 3: Secundaria 4: Universidad
	Tiene pareja estable	Cualitativa nominal	1: Sí 2: No
	Trabaja actualmente	Cualitativa nominal	1: Sí 2: No
Estilo de vida	Actividad física	Varios tipos	Ítems 1 a 7
	Tiempo de ocio	Varios tipos	Ítems 8 a 14
	Alimentación	Varios tipos	Ítems 15 a 25
	Consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales	Varios tipos	Ítems 26 a 37
	Sueño	Varios tipos	Ítems 38 a 45
	Afrontamiento	Varios tipos	Ítems 46 a 54
	Gastritis	Cualitativa nominal	1: Sí 2: No
	Acidez	Cualitativa nominal	1: Sí 2: No
Trastornos	Reflujo gastroesofágico	Cualitativa nominal	1: Sí 2: No
	Constipación	Cualitativa nominal	1: Sí 2: No
	Diarrea	Cualitativa nominal	1: Sí 2: No
	Alternancia entre constipación y diarrea	Cualitativa nominal	1: Sí 2: No
	Estreñimiento	Cualitativa nominal	1: Sí 2: No
	Eliminación de mucus por el recto	Cualitativa nominal	1: Sí 2: No
	Hinchazón	Cualitativa nominal	1: Sí 2: No
	Dolor abdominal	Cualitativa nominal	1: Sí 2: No
	Sensación de evacuación incompleta	Cualitativa nominal	1: Sí 2: No
	Flatulencia	Cualitativa nominal	1: Sí 2: No
	Reflejo gastrocólico	Cualitativa nominal	1: Sí 2: No
	Náuseas	Cualitativa nominal	1: Sí 2: No
	Pirosis	Cualitativa nominal	1: Sí 2: No
	Frecuencia de constipación	Cualitativa ordinal	1: Casi nunca 2: Algunas veces 3: Muy frecuentemente
	Frecuencia de diarrea	Cualitativa ordinal	1: Casi nunca 2: Algunas veces 3: Muy frecuentemente
	Frecuencia de alternancia entre constipación y diarrea	Cualitativa ordinal	1: Casi nunca 2: Algunas veces 3: Muy frecuentemente
	Frecuencia de estreñimiento	Cualitativa ordinal	1: Casi nunca 2: Algunas veces 3: Muy frecuentemente
	Frecuencia de eliminación de mucus por el recto	Cualitativa ordinal	1: Casi nunca 2: Algunas veces 3: Muy frecuentemente
	Frecuencia de hinchazón	Cualitativa ordinal	1: Casi nunca 2: Algunas veces 3: Muy frecuentemente
	Frecuencia de dolor abdominal	Cualitativa ordinal	1: Casi nunca 2: Algunas veces 3: Muy frecuentemente
	Frecuencia de sensación de evacuación incompleta	Cualitativa ordinal	1: Casi nunca 2: Algunas veces 3: Muy frecuentemente
	Frecuencia de flatulencia	Cualitativa ordinal	1: Casi nunca 2: Algunas veces 3: Muy frecuentemente
	Frecuencia de reflejo gastrocólico	Cualitativa ordinal	1: Casi nunca 2: Algunas veces 3: Muy frecuentemente
	Frecuencia de borborismos	Cualitativa ordinal	1: Casi nunca 2: Algunas veces 3: Muy frecuentemente
	Frecuencia de náuseas	Cualitativa ordinal	1: Casi nunca 2: Algunas veces 3: Muy frecuentemente
	Frecuencia de pirosis	Cualitativa ordinal	1: Casi nunca 2: Algunas veces 3: Muy frecuentemente
	Intensidad de constipación	Cualitativa ordinal	1: Leve 2: Moderada 3: Muy intensa

Intensidad de diarrea	Cualitativa ordinal	1: Leve 2: Moderada 3: Muy intensa
Intensidad de alternancia entre constipación y diarrea	Cualitativa ordinal	1: Leve 2: Moderada 3: Muy intensa
Intensidad de estreñimiento	Cualitativa ordinal	1: Leve 2: Moderada 3: Muy intensa
Intensidad de eliminación de mucus por el recto	Cualitativa ordinal	1: Leve 2: Moderada 3: Muy intensa
Intensidad de hinchazón	Cualitativa ordinal	1: Leve 2: Moderada 3: Muy intensa
Intensidad de dolor abdominal	Cualitativa ordinal	1: Leve 2: Moderada 3: Muy intensa
Intensidad de sensación de evacuación incompleta	Cualitativa ordinal	1: Leve 2: Moderada 3: Muy intensa
Intensidad de flatulencia	Cualitativa ordinal	1: Leve 2: Moderada 3: Muy intensa
Intensidad de reflejo gastrocólico	Cualitativa ordinal	1: Leve 2: Moderada 3: Muy intensa
Intensidad de borborigmos	Cualitativa ordinal	1: Leve 2: Moderada 3: Muy intensa
Intensidad de náuseas	Cualitativa ordinal	1: Leve 2: Moderada 3: Muy intensa
Intensidad de pirosis	Cualitativa ordinal	1: Leve 2: Moderada 3: Muy intensa

7.7 Consideraciones éticas

Desde el punto de vista ético se adoptaron los planteamientos establecidos en la Resolución 8430 del 04 de Octubre de 1993 [75] en la que se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Menciona que 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. Es por ello que se este tipo de estudios se deben desarrollar conforme a los siguientes criterios generales:

- Ajustarse a los principios científicos y éticos que la justifiquen.
- Fundamentarse en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.

- Realizarse cuando el conocimiento que se pretende producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.
- Hacer prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos (mínimos).
- Contar con Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución.
- Realizarse 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.
- Llevarse 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.

De acuerdo a la resolución mencionada este trabajo de grado se clasifica como una “investigación sin riesgo”, dado que se emplearán técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos, y no se realizará ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran:

revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

En conjunción con lo anterior, este estudio se enmarca también en los planteamientos que recoge la Declaración de Helsinki, en donde se exponen las disposiciones que permiten guiar al personal de salud que lleven a cabo estudios biomédicos que involucren la participación de seres humanos. Esta Declaración aduce que debe primar siempre el bienestar de los seres humanos, incluso por encima de la ciencia y de la sociedad, aclarándose que el propósito de éstas es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, como también el comprender la etiología (origen) y patogenia (origen y desarrollo) de las enfermedades [76].

Algunos de los principios más relevantes de esta Declaración, que aplican para el presente estudio consisten en los siguientes: 1) en la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación, 2) la investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes; 3) el proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente en un protocolo de investigación. Este debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso; 4) el protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario,

consejo y aprobación, a un comité de ética de investigación antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida; 5) la investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la formación y calificaciones científicas apropiadas; y 6) deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social [77].

8. RESULTADOS

8.1 Aspectos sociodemográficos de los estudiantes

La información recolectada mediante los cuestionarios aplicados entre la población objetivo permitió conocer un conjunto de atributos sociodemográficos relevantes para conocer el perfil individual de los estudiantes (Tabla 1). En primera instancia se puede decir que la participación de estudiantes de cada uno de los semestres considerados fue relativamente similar, aunque se puede decir que el porcentaje más bajo observado fue para aquellos de noveno semestre (17.3%) y el más alto para los de quinto (22.8%).

Por otro lado se halló que en su mayor parte se trató de mujeres (57,5%). También se apreció que el grupo etario más recurrente resultó ser el comprendido entre 21 – 22 años (50,7%), seguido de 19 – 20 años (22,8%) y 23 – 24 años (19,2%), lo que sugiere un predominio de personas bastante jóvenes, que se hallan en la etapa de transición entre la adolescencia y la adultez.

Al abordar la fe religiosa, se detectó que aquellos que se reconocieron como católicos representaron la mayoría (63%) seguidos, en una distancia considerable, por los cristianos (12,8%) y por los que indicaron alguna religión distinta de las puestas a consideración del estudiantado (6,4%). Frente al ingreso destinado a la alimentación diaria, se observó que los estudiantes en mayor medida disponen de \$10.000 – \$19.999 (24,2%) y de \$20.000 – \$29.999 (15,5%).

Tabla 1. Aspectos sociodemográficos de los estudiantes

Variable	Categorías	n	%
Semestre cursado	5	50	22,8%
	6	48	21,9%
	7	44	20,0%
	8	39	18,0%
	9	38	17,3%
Sexo	Hombre	93	42,5%
	Mujer	126	57,5%
Edad	<18	2	0,9%
	19 - 20	50	22,8%
	21 - 22	111	50,7%
	23 - 24	42	19,2%
	>24	10	4,6%
	No responde	4	1,8%
Religión	Católica	138	63,0%
	Cristiana	28	12,8%
	Evangélica	2	0,9%
	Testigo de Jehová	0	0,0%
	Otra	14	6,4%
	Ninguna	5	2,3%
	No responde	32	14,6%
Ingreso diario para destinar a alimentación (\$)	<10.000	27	12,3%
	10.000 - 19.999	53	24,2%
	20.000 - 29.999	34	15,5%
	≥ 30.000	26	11,9%
	No responde	79	36,1%
Estado civil	Soltero	202	92,2%
	Casado o unión libre	8	3,7%
	Separado o viudo	1	0,5%
	No responde	8	3,7%
Tiene pareja actualmente	Sí	73	33,3%
	No	136	62,1%
	No responde	10	4,6%
Trabaja actualmente	Sí	13	5,9%
	No	195	89,0%
	No responde	11	5,0%
Total		219	100,0%

Fuente: Diseño y cálculos propios

A su vez, se halló que el estado civil con más participación fue el soltero (92,2%), siendo pocos los estudiantes que respondieron estar unidos, ya sea casados o en unión libre (3,7%). No obstante lo anterior, se apreció que el hecho de tener pareja (por ejemplo, en una relación de noviazgo) alcanzó una participación notoria (33,3%), aunque superada por los que respondieron negativamente (62,1%).

En última instancia se buscó conocer si el encuestado ejercía alguna actividad laboral a parte de estudiar. La información obtenida permitió confirmar que, en su mayor parte, no laboran (89%) en contraste con la minoría que declaró lo contrario (5,9%).

8.2 Estilos de vida de los estudiantes

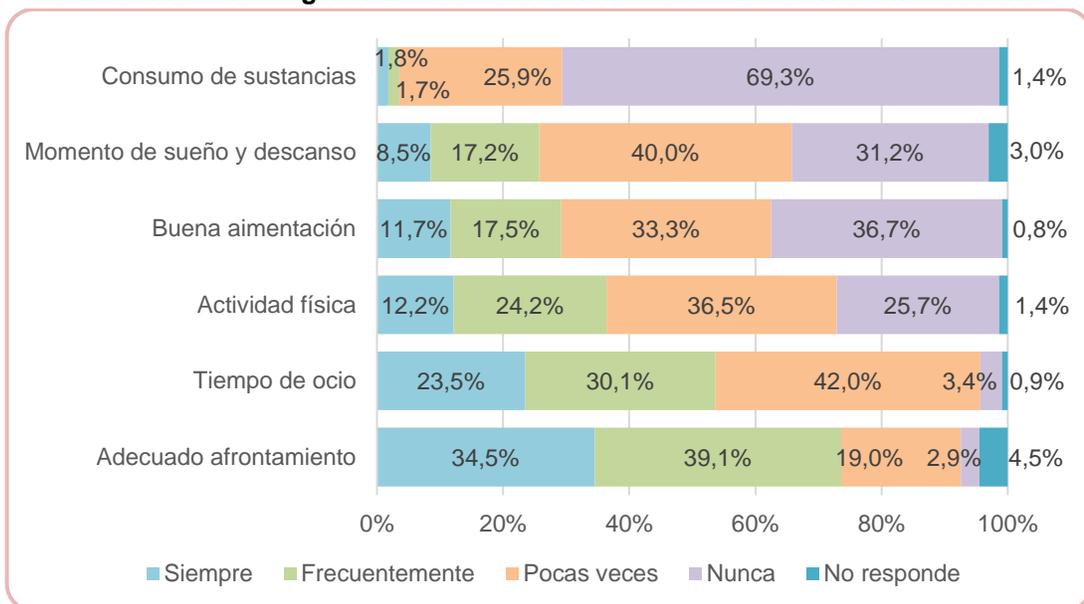
El análisis del estilo de vida que ponen en práctica los estudiantes se efectúa a partir de las seis dimensiones consideradas de interés dentro de la presente investigación; para cada una se abordan aspectos relativos a frecuencias, opiniones y disposición de recursos.

8.2.1 Resultado general de las dimensiones de los estilos de vida en estudiantes.

La información recolectada por medio de los cuestionarios permitió evidenciar que el estilo de vida de los estudiantes resultó en cierta medida heterogéneo, dado que no hubo un patrón sistemático y simultáneo para todas las dimensiones consideradas. En este orden de ideas, el resultado más favorable se presentó con respecto al adecuado afrontamiento, dado que suele presentarse “siempre” y frecuentemente (34,5% y 39,1%, respectivamente); aunque también cabe destacar el resultado con respecto al tiempo de ocio, pues “frecuentemente” (30,1%) los estudiantes lo disponen; sumado a lo anterior el consumo de sustancias fue notablemente favorable, en el sentido de que generalmente “nunca” se presenta (69,3%).

Por el contrario, llamó la atención que los momentos de sueño y descanso no hayan sido los más favorables, dado que “pocas veces” (40%) se presentan, así mismo, la buena alimentación no resultó de lo mejor, pues hubo predominio de “pocas veces” y “nunca” (36,7% y 33,3%, respectivamente) (Gráfica 1).

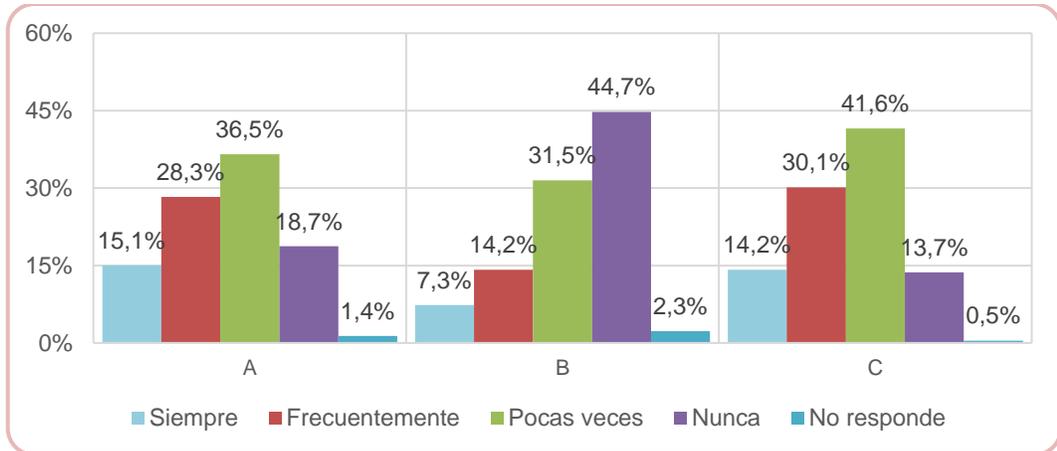
Gráfica 1. Resultado general de las dimensiones del estilo de vida en estudiantes



Fuente: Diseño y cálculos propios

8.2.2 Actividad física

Gráfica 2. Frecuencia de realización de diversas actividades físicas



A: Caminar o montar en bicicleta en lugar de utilizar otro medio de transporte si debe desplazarse a un sitio cercano

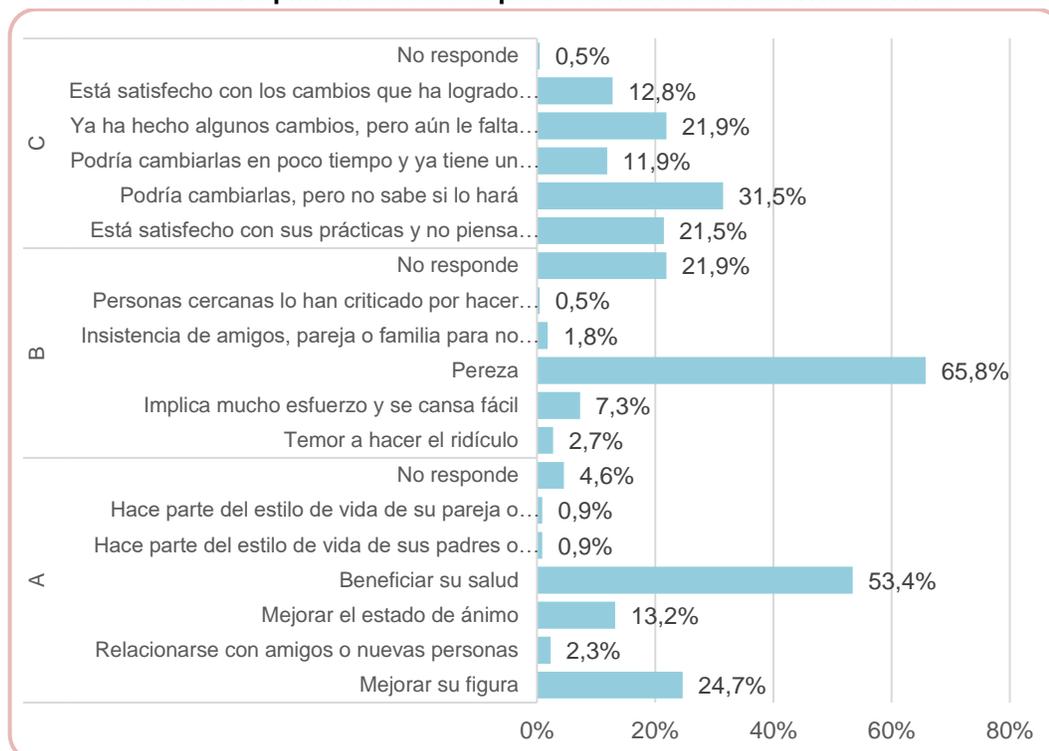
B: Practicar algún deporte con fines competitivos

C: Hacer algún ejercicio o una práctica corporal durante al menos 30 minutos tres veces a la semana

Fuente: Diseño y cálculos propios

Sobre la realización de actividad física, al observar las respuestas más recurrentes entre los estudiantes, está poco presente en su cotidianidad. La indagación sobre (A) caminar o montar en bicicleta en lugar de utilizar otro medio de transporte si debe desplazarse a un sitio cercano, dejó entrever que “pocas veces” se lleva a cabo (36,5%); con relación a (B) practicar algún deporte con fines competitivos, la respuesta más común fue “nunca” (44,7%); a la vez que (C) hacer algún ejercicio o una práctica corporal durante al menos 30 minutos tres veces a la semana, suele tener lugar “pocas veces” (41,6%) (Gráfica 2).

Gráfica 3. Opiniones sobre aspectos relativos a la actividad física



A: Principal motivo para hacer algún ejercicio o actividad física

B: Principal motivo para no hacer o para dejar de hacer ejercicio y actividad física

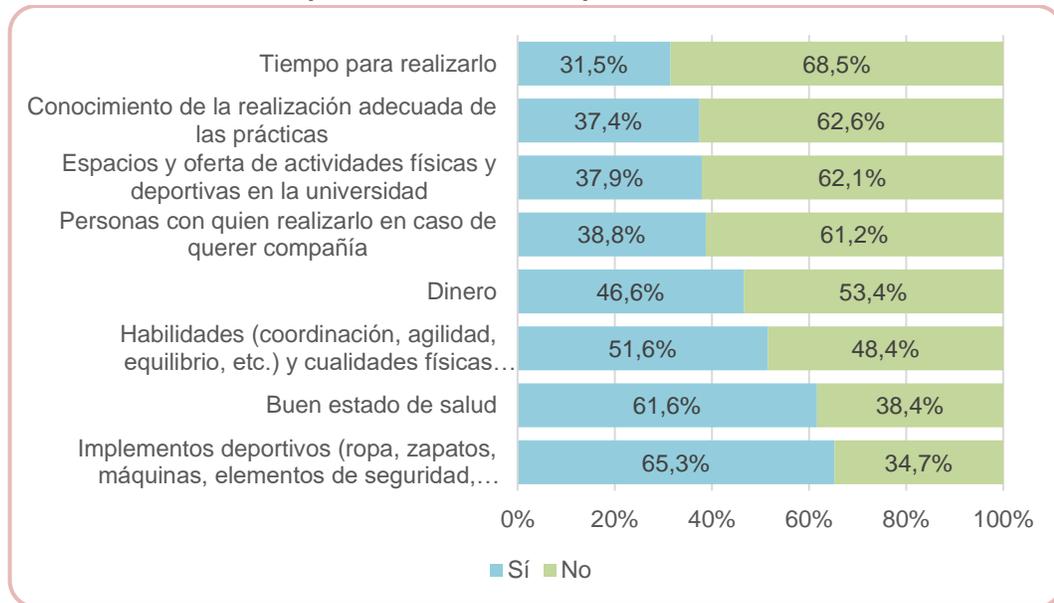
C: Consideración respecto a las prácticas de ejercicio y actividad física

Fuente: Diseño y cálculos propios

Se buscó conocer la opinión de los estudiantes en relación con algunos aspectos de la actividad física. Frente a cuál es (A) el principal motivo para hacer algún ejercicio o actividad física se detectó que la respuesta más frecuente fue “beneficiar su salud” (53,4%) junto con finalidad estética, tal como es “mejorar su figura” (24,7%). En el caso opuesto, es decir, (B) el principal motivo para no hacer o para dejar de hacer ejercicio y actividad física, claramente lo más sobresaliente fue la “pereza” (65,8%). Y por último, dentro de (C) las consideraciones respecto a las prácticas de ejercicio y actividad física que fueron más mencionadas estuvieron, “poder cambiar dichas prácticas, pero no saber si lo hará” (31,5%), junto con el

hecho de “ya haber efectuado algunos cambios, pero aún le falta lograr lo que pretende” (21,9%) y “estar satisfecho con sus prácticas y no piensa que sean problemáticas” (21,5%) (Gráfica 3).

Gráfica 4. Disposición de recursos para realizar actividad física

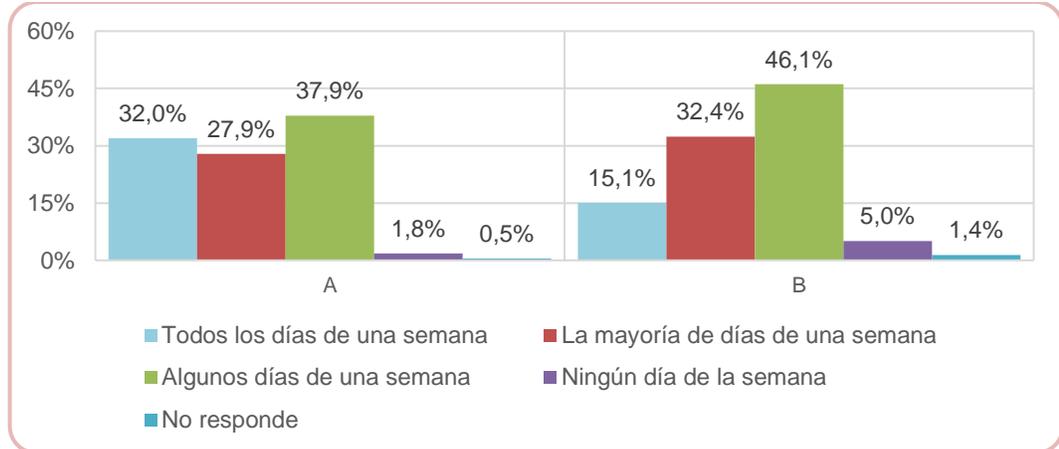


Fuente: Diseño y cálculos propios

En el caso de la disposición de recursos para poder llevar a cabo actividad física, se conoció que el estudiantado dispone, con mayor recurrencia, de “implementos deportivos (ropa, zapatos, máquinas, elementos de seguridad, balones, etc.) necesarios” (65,3%), “buen estado de salud” (61,6%) y “habilidades (coordinación, agilidad, equilibrio, etc.) y cualidades físicas (fuerza, resistencia y flexibilidad)” (51,6%) (Gráfica 4).

8.2.3 Tiempo de ocio

Gráfica 5. Frecuencia con la cual dentro de una semana se realizan actividades de ocio



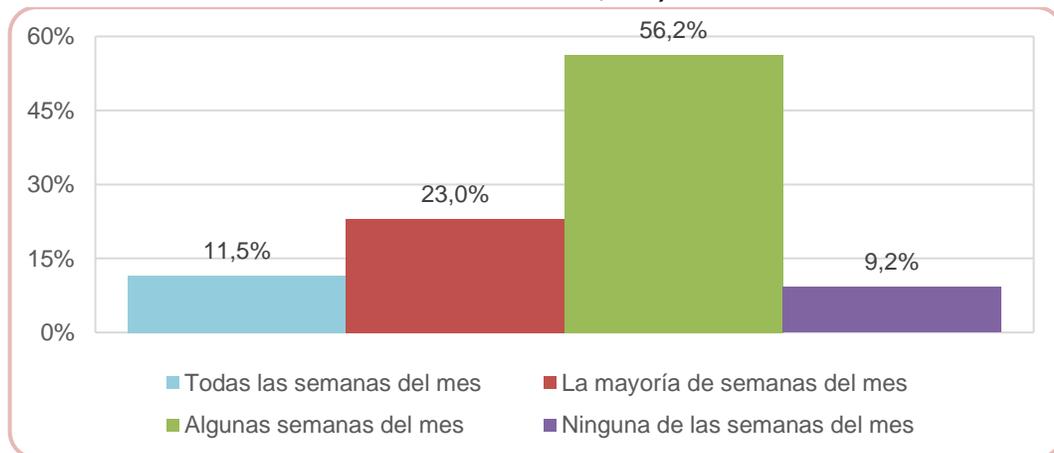
A: Realiza alguna actividad para descansar y relajarse (ver televisión, dormir, escuchar música, meditar, etc.)

B: Comparte tiempo o actividades con la familia, amigos o pareja

Fuente: Diseño y cálculos propios

Entre los aspectos tomados en consideración dentro de la dimensión tiempo de ocio estuvo (A) realizar alguna actividad para descansar y relajarse (ver televisión, dormir, escuchar música, meditar, etc.), sobre esto las respuestas indicaron una relativa alta frecuencia, dado que los estudiantes lo hacen “algunos días de la semana” (37,9%), así como “la mayoría de días dentro de la semana” (27,9%) e, incluso, “todos los días” (32%). Por otro lado, muchos encuestados declararon que (B) comparte tiempo o actividades con la familia, amigos o pareja con una frecuencia correspondiente a “algunos días de la semana” (46,1%) (Gráfica 5).

Gráfica 6. Frecuencia con la cual dentro de un mes se realizan actividades de ocio, diversión o entretenimiento, cultural o artística (ir a centros comerciales, ir a cine, manualidades, tocar un instrumento, etc.)



Fuente: Diseño y cálculos propios

Fue recurrente que los estudiantes, dentro de un mes realizaran actividades de ocio, diversión o entretenimiento, cultural o artística (ir a centros comerciales, ir a cine, manualidades, tocar un instrumento, etc.) principalmente con una frecuencia de “algunas semanas del mes” (56,2%) (Gráfica 6).

Las opiniones sobre aspectos propios de la dimensión en cuestión se mencionan a continuación (Gráfica 7). Inicialmente se logró entrever que (A) el principal motivo para realizar actividades de ocio (culturales, sociales, artísticas, de descanso o de diversión) radica en que es posible “cambiar la rutina académica y laboral” (47%) y, en menor medida, hace que el estudiante se pueda “sentir mejor” (26,9%). Con relación al caso opuesto, es decir, (B) el principal motivo para no realizar o dejar de realizar actividades de ocio (culturales, sociales, artísticas, de descanso o de diversión), las respuestas alcanzaron porcentajes similares en tres aspectos, siendo estos el hecho de “preferir seguir estudiando o trabajando” (28,3%), “no saber cómo ocupar el tiempo libre” (27,4%) y “no le parecen interesantes las actividades

programadas” (23,3%). En último lugar, (C) la consideración respecto al tiempo que dedica a las actividades culturales, sociales, artísticas, de descanso o de diversión, sugiere, por un lado que los estudiantes “están satisfechos con él y no piensan que sea algo problemático” (38,4%) y, por otro lado, “podrían mejorar pero no saben si lo harán” (27,4%).

Gráfica 7. Opiniones sobre aspectos relativos al tiempo de ocio



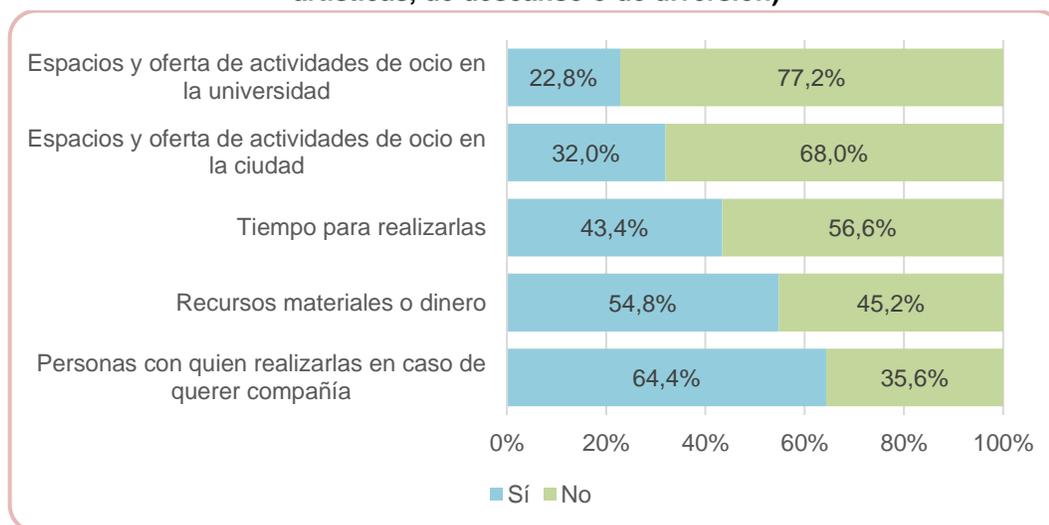
A: Principal motivo para realizar actividades de ocio (culturales, sociales, artísticas, de descanso o de diversión)

B: Principal motivo para no realizar o dejar de realizar actividades de ocio (culturales, sociales, artísticas, de descanso o de diversión)

C: Consideración respecto al tiempo que dedica a las actividades culturales, sociales, artísticas, de descanso o de diversión

Fuente: Diseño y cálculos propios

Gráfica 8. Disposición de recursos para realizar actividades de ocio (culturales, sociales, artísticas, de descanso o de diversión)

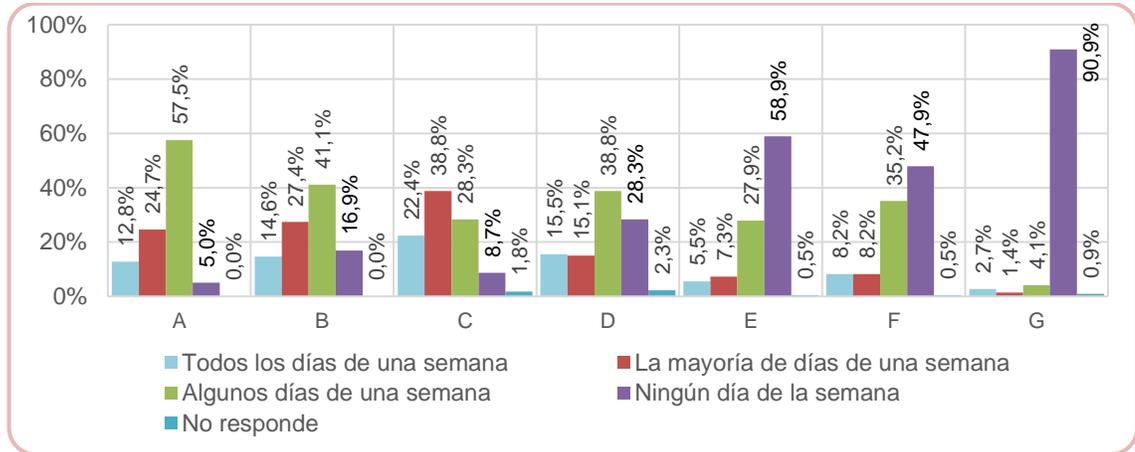


Fuente: Diseño y cálculos propios

Sobre la disposición de recursos para realizar actividades de ocio (culturales, sociales, artísticas, de descanso o de diversión), la evidencia permitió conocer que los más recurrentes fueron disponer de “personas con quien realizarlas en caso de querer compañía” (64,4%), además de contar con “recursos materiales o dinero” (54,8%) (Gráfica 8).

8.2.4 Alimentación

Gráfica 9. Frecuencia con la cual dentro de una semana se realizan actividades relativas a la alimentación



A: Consume comidas rápidas, fritos, mecato o dulces

B: Consume gaseosas o bebidas artificiales

C: Desayuna, almuerza y come en horarios habituales

D: Omite alguna de las comidas principales (desayuno, almuerzo y comida)

E: Deja de comer aunque tenga hambre

F: Come en exceso aunque no tenga hambre

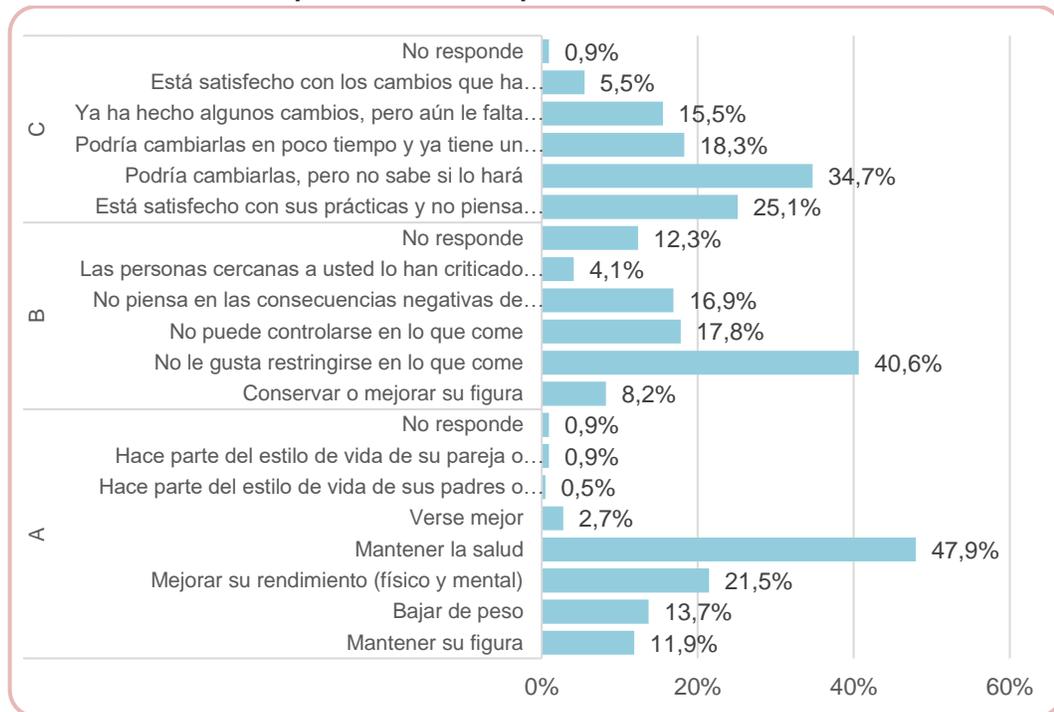
G: Vomita o toma laxantes después de comer en exceso

Fuente: Diseño y cálculos propios

Fueron variadas las actividades relativas a la alimentación sobre las que se buscó conocer en qué medida los estudiantes de Medicina las llevan a cabo. Aquello en lo que se destacó la respuesta de “la mayoría de los días de una semana” fue (C) desayuna, almuerza y come en horarios habituales (38,8%). En cambio, hubo una frecuencia de consumo algo menor con respecto a (A) comidas rápidas, fritos, mecato o dulces, (B) gaseosas o bebidas artificiales y (D) omitir alguna de las comidas principales (desayuno, almuerzo y comida), dado que todo ello lo hacen “algunos días de la semana” (57,5%, 41,1% y 38,8%, respectivamente). Los aspectos en los que se destacó “ningún día de la semana” fueron (G) vomitar o tomar laxantes después de comer en exceso (90,9%), (E) dejar de comer aunque

tenga hambre (58,9%) y (F) comer en exceso aunque no tenga hambre (47,9%) (Gráfica 9).

Gráfica 10. Opiniones sobre aspectos relativos a la alimentación



A: Principal motivo para alimentarse adecuadamente

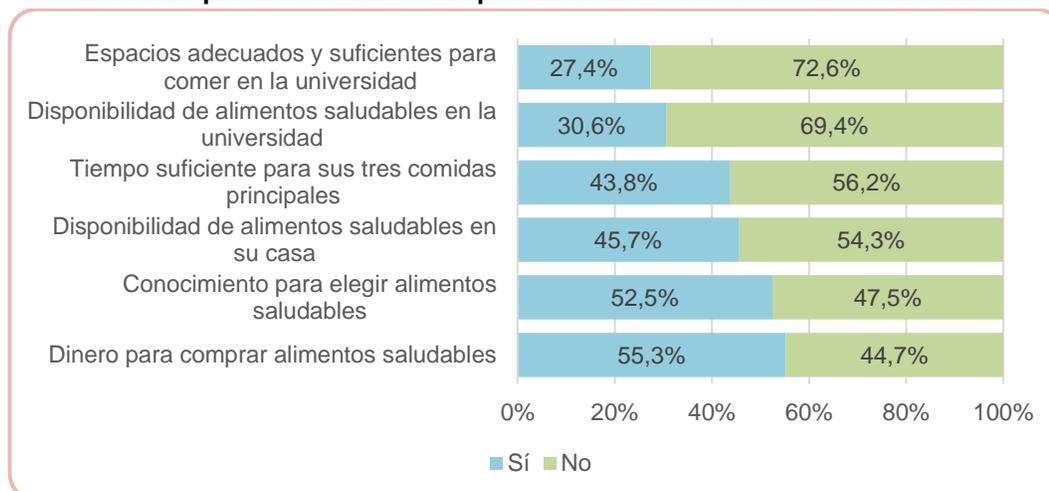
B: Principal motivo para no alimentarse adecuadamente o para dejar de hacerlo

C: Consideración respecto a sus prácticas de alimentación

Fuente: Diseño y cálculos propios

De las opiniones afines a la práctica alimenticia, se tiene en primera instancia, que (A) el principal motivo para alimentarse adecuadamente es “mantener la salud” (47,9%), seguido buscar “mejorar el rendimiento físico y mental (21,5%)”. Entre tanto, (B) el principal motivo para no alimentarse adecuadamente o para dejar de hacerlo resultó ser el hecho de que a los estudiantes “no les gusta restringirse en lo que comen” (40,6%). Además, (C) la consideración respecto a las prácticas de alimentación más frecuente fue reconocer que estas “pueden cambiarlas, pero no saben si lo harán” (34,7%) (Gráfica 10).

Gráfica 11. Disposición de recursos para llevar a cabo una alimentación adecuada

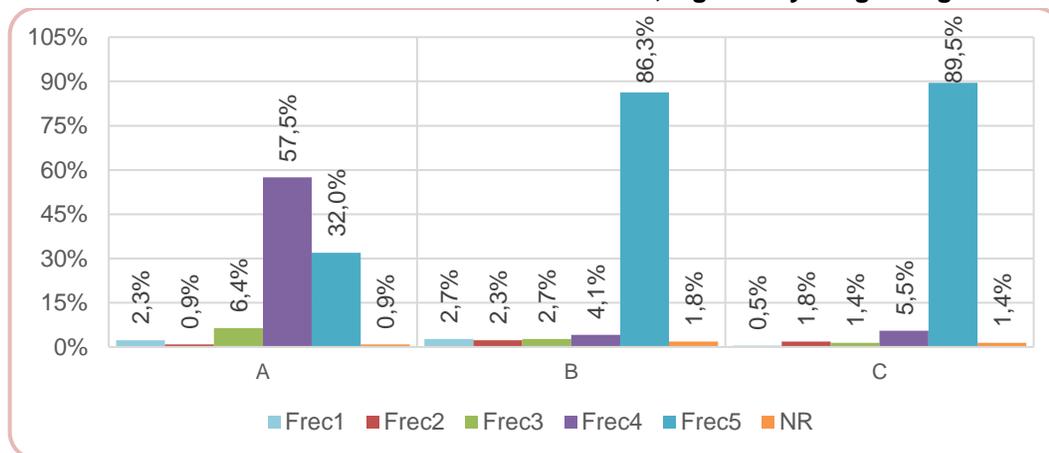


Fuente: Diseño y cálculos propios

De los recursos disponibles para llevar a cabo una alimentación adecuada, los más sobresalientes fueron el “dinero para comprar alimentos saludables” (55,3%) y tener “conocimiento para elegir alimentos saludables” (52,5%) (Gráfica 11).

8.2.5 Consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales

Gráfica 12. Frecuencia de consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales



Sustancias:

A: Alcohol B: Cigarrillo C: Drogas ilegales

Frecuencias:

Frec1: Varias veces al día

Frec2: Una vez al día

Frec3: Por lo menos una vez a la semana

Frec4: De vez en cuando (celebraciones, eventos sociales, ocasiones especiales)

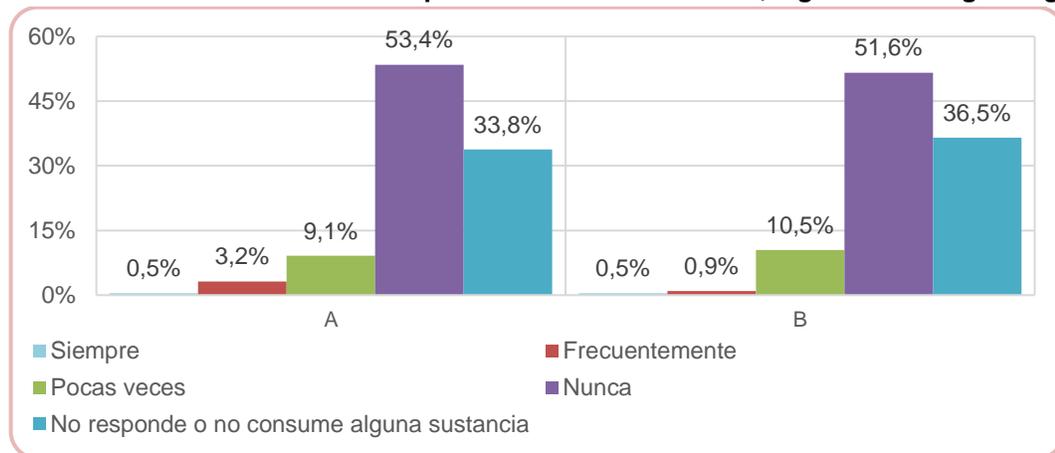
Frec5: No consumo

NR: No responde

Fuente: Diseño y cálculos propios

El consumo de las sustancias psicoactivas mostró un patrón en el cual el mayor consumo se da en cuanto a (A) el alcohol. Esto tiene lugar, sobre todo, de manera ocasional, es decir (Frec4) de vez en cuando en celebraciones, eventos sociales, y momentos especiales (57,5%), también se observó que una proporción menor – aunque no despreciable– declaró no consumir esta sustancia (32%). En lo que respecta al cigarrillo y las drogas ilegales los datos mostraron una destacada participación de estudiantes que reportaron (Frec5) no consumirlos (86,3% y 89,5%, respectivamente) (Gráfica 12).

Gráfica 13. Situaciones ocasionadas por el consumo de alcohol, cigarrillo o drogas ilegales



A: Dejar de hacer actividades sociales, académicas o laborales por tomar bebidas alcohólicas o consumir drogas ilegales

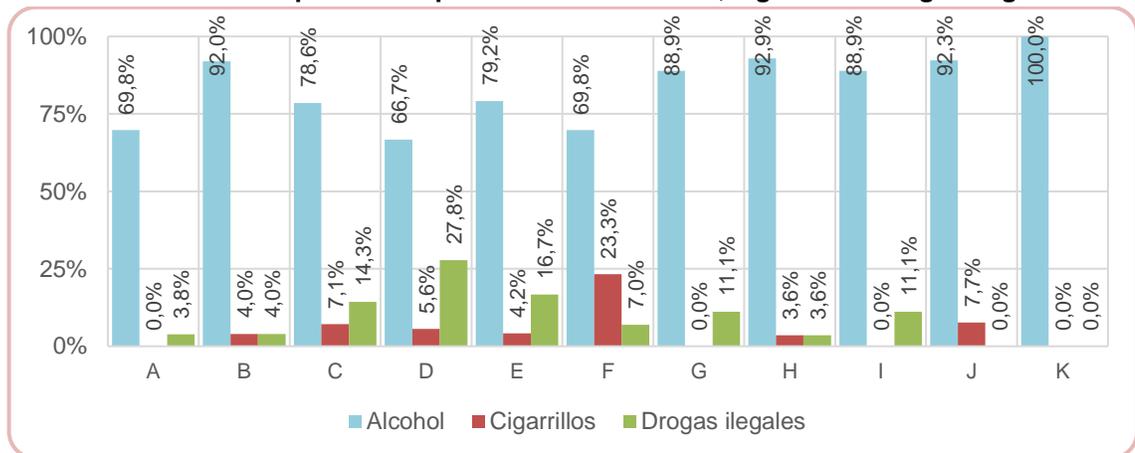
B: Ir a la universidad después de tomar bebidas alcohólicas o consumir drogas ilegales

Nota: Se consideraron únicamente los estudiantes que declararon ser consumidores

Fuente: Diseño y cálculos propios

Entre los sujetos que declararon consumir alguna o algunas de las sustancias consideradas (alcohol, cigarrillo o drogas ilegales) se observó que (A) dejar de hacer actividades sociales, académicas o laborales por tomar bebidas alcohólicas o consumir drogas ilegales, “nunca” se ha presentado (53,4%); en una minoría de encuestados se logró apreciar que “pocas veces” esto ha sucedido (9,1%) y, en otros, “frecuentemente (3,2%)”. Con respecto a (B) ir a la universidad después de tomar bebidas alcohólicas o consumir drogas ilegales, muchos reconocieron que “nunca” lo han hecho (51,6%), aunque otros afirmaron que “pocas veces” (10,5%) (Gráfica 13).

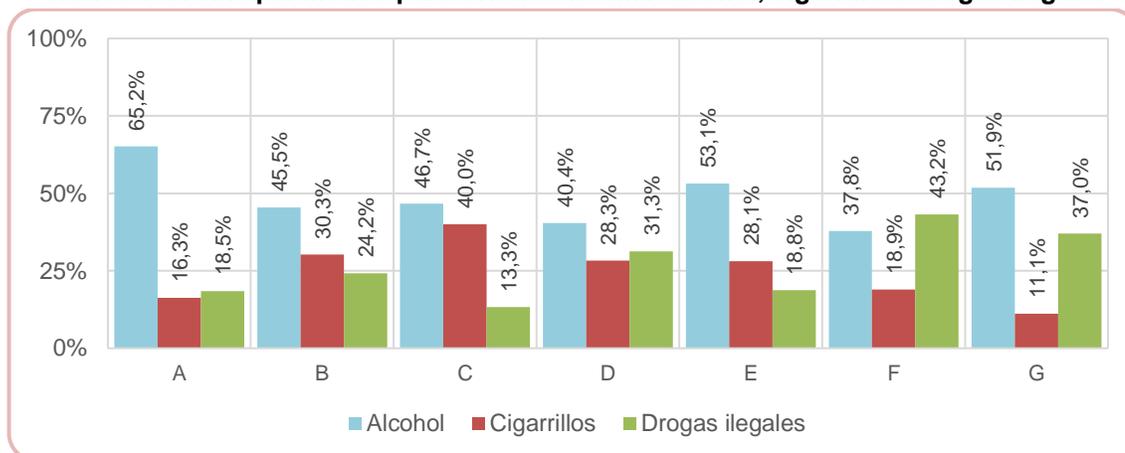
Gráfica 14. Principal motivo para consumir alcohol, cigarrillo o drogas ilegales



A: Sentirse mejor B: Ser más sociable
C: Expresar sentimientos D: Experimentar nuevas sensaciones
E: Olvidarse de los problemas F: Disminuir la tensión, ansiedad o el estrés
G: Insistencia de amigos, pareja, familia H: Es común en los lugares que frecuenta
I: Ser aceptado J: Hace parte del estilo de vida de sus padres o hermanos
K: Hace parte del estilo de vida de su pareja o amigos
Nota: Se consideraron únicamente los estudiantes que declararon ser consumidores
Fuente: Diseño y cálculos propios

Se indagaron los motivos de los estudiantes para consumir los psicoactivos en cuestión. En cada uno el alcohol alcanzó la mayor participación; sobre todo en relación a (K) hace parte del estilo de vida de su pareja o amigos (100,0%), (H) es común en los lugares que frecuenta (92,9%), (J) hace parte del estilo de vida de sus padres o hermanos (92,3%) y (B) permite ser más sociable (92%). Aunque como ya se mencionó las otras dos sustancias tuvieron poca participación en el consumo de los encuestados, vale la pena indicar que los motivos en donde exhibieron las proporciones relativamente más altas fueron en que las drogas ilegales permiten (D) experimentar nuevas sensaciones (27,8%) y el cigarrillo se consume porque (F) lleva a disminuir la tensión, ansiedad o el estrés (23,3%) (Gráfica 14).

Gráfica 15. Principal motivo para evitar consumir alcohol, cigarrillo o drogas ilegales



A: No lo/a necesita para divertirse

B: No lo/a necesita para sentirse mejor

C: Le disgusta su sabor, olor o efecto

D: Trae consecuencias negativas (en la salud, las relaciones con los demás, en el desempeño académico, etc.)

E: Las personas cercanas a usted lo han criticado por consumir

F: Las personas cercanas a usted no consumen

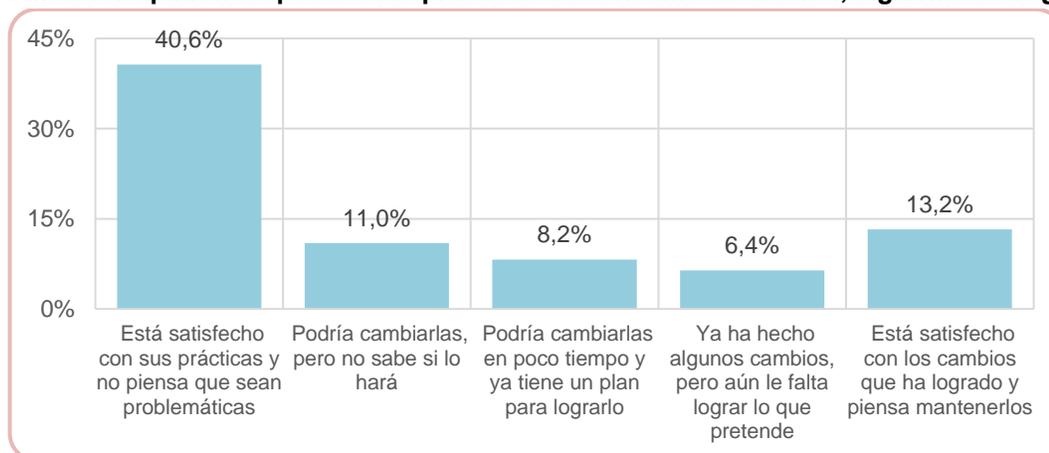
G: Le disgusta el comportamiento de los otros cuando están bajo su efecto

Nota: Se consideraron únicamente los estudiantes que declararon ser no consumidores

Fuente: Diseño y cálculos propios

Entre los estudiantes no consumidores se halló que el alcohol se destacó dentro de los motivos referentes a no necesitarlo para divertirse (65,2%), (E) las personas cercanas lo han criticado por consumir (53,1%) y (G) le disgusta el comportamiento de los otros cuando están bajo su efecto (51,9%). Para el caso del cigarrillo, la frecuencia sobresaliente tuvo lugar en el sentido de que (C) le disgusta su sabor, olor o efecto (40%), y las drogas ilegales igualmente (G) a los estudiantes le disgusta el comportamiento de los otros cuando están bajo su efecto (37%) (Gráfica 15).

Gráfica 16. Opinión respecto a las prácticas de consumo de alcohol, cigarrillo o drogas



Fuente: Diseño y cálculos propios

Se observó que la mayoría de los estudiantes, sean o no consumidores, en mayor medida reconocen “estar satisfechos con sus prácticas y no piensa que sean problemáticas” (40,6%) (Gráfica 16).

Gráfica 17. Disposición de recursos para consumir de alcohol, cigarrillo o drogas



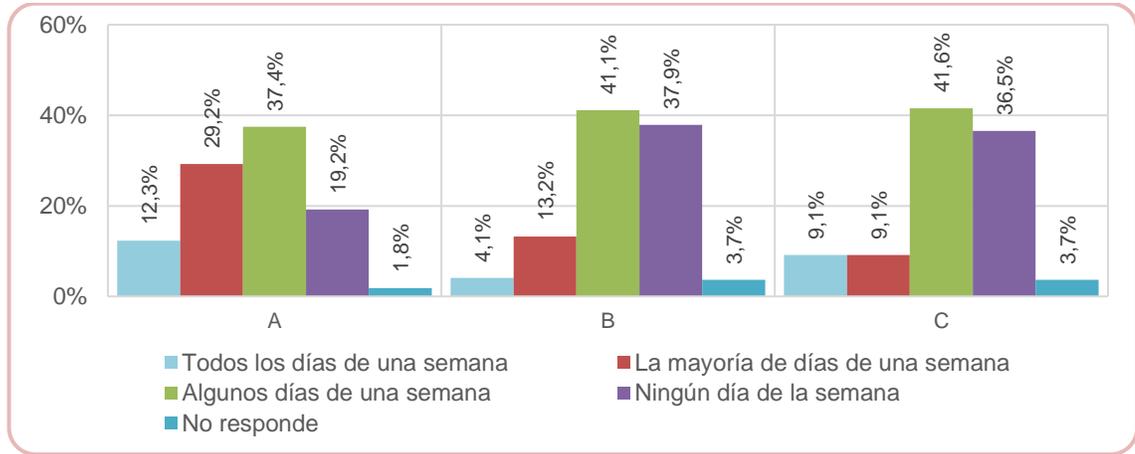
Fuente: Diseño y cálculos propios

En último término, se preguntó por los recursos que los estudiantes tienen a su disposición para consumir alcohol, cigarrillo o drogas ilegales. Llamó la atención la falta de habilidad para negarse a consumir aunque otras personas insistan (53%). De resto, puede decirse que sobresalieron los recursos que limitarían el consumo,

tales como el hecho de que no venden cigarrillos en la universidad (97,7%), tampoco drogas ilegales (97,3%), ni alcohol (95%), sumado al desconocimiento de sitios donde vendan drogas ilegales (89,5%) (Gráfica 17).

8.2.6 Sueño

Gráfica 18. Frecuencia con la cual dentro de una semana se realizan actividades relacionadas con el sueño



A: Se acuesta y se levanta a una hora habitual

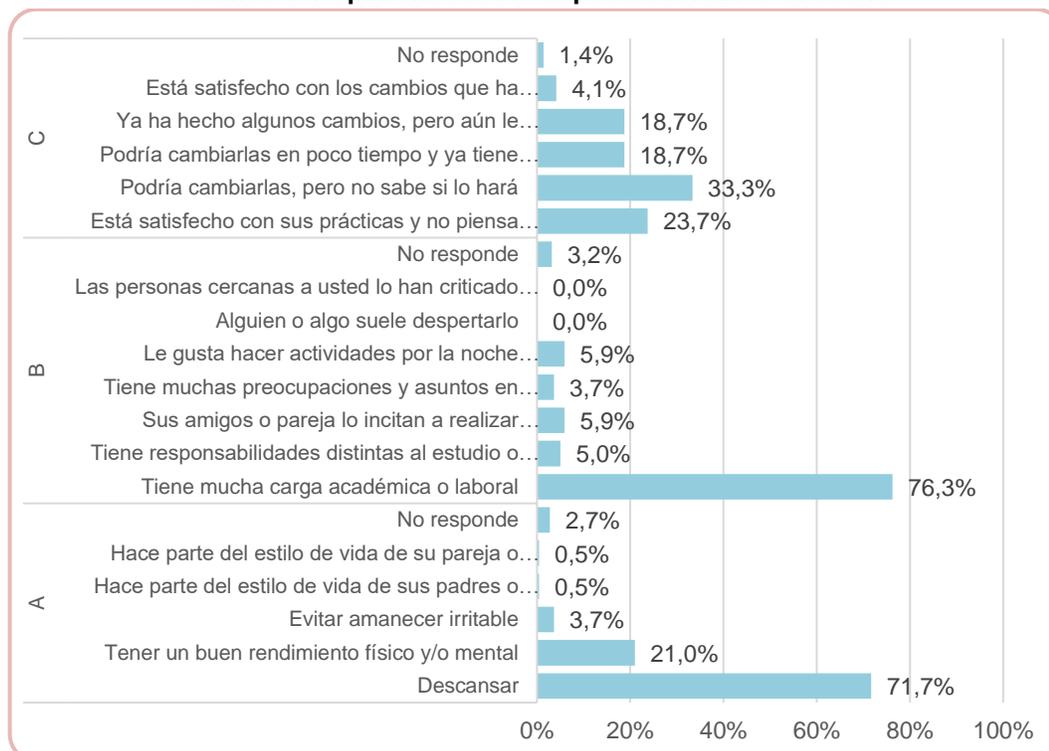
B: Se despierta en la madrugada y tiene dificultad para dormirse nuevamente

C: Se despierta varias veces en la noche

Fuente: Diseño y cálculos propios

En relación con la dimensión referente al sueño, buscó indagarse a los estudiantes sobre aspectos tales como (A) se acuesta y se levanta a una hora habitual, hallándose que predominó la respuesta correspondiente a “algunos días a la semana” (37,4%), seguida de “la mayoría de días de la semana” (29,2%). Otra opción puesta a criterio de los encuestados fue (B) se despierta en la madrugada y tiene dificultad para dormirse nuevamente, ante lo cual hubo notable similitud entre los que indicaron “algunos días a la semana” (41,1%) y “ningún día en la semana” (37,9%). En último término se buscó saber si (C) se despiertan varias veces en la noche, siendo recurrentes de nuevo quienes reportaron “algunos días a la semana” (41,6%) y “ningún día en la semana” (36,5%) (Gráfica 18).

Gráfica 19. Opiniones sobre aspectos relativos al sueño



A: Principal motivo para dormir el tiempo que necesita

B: Principal motivo para no dormir el tiempo que necesita o dejar de hacerlo

C: Consideración respecto a sus prácticas de sueño

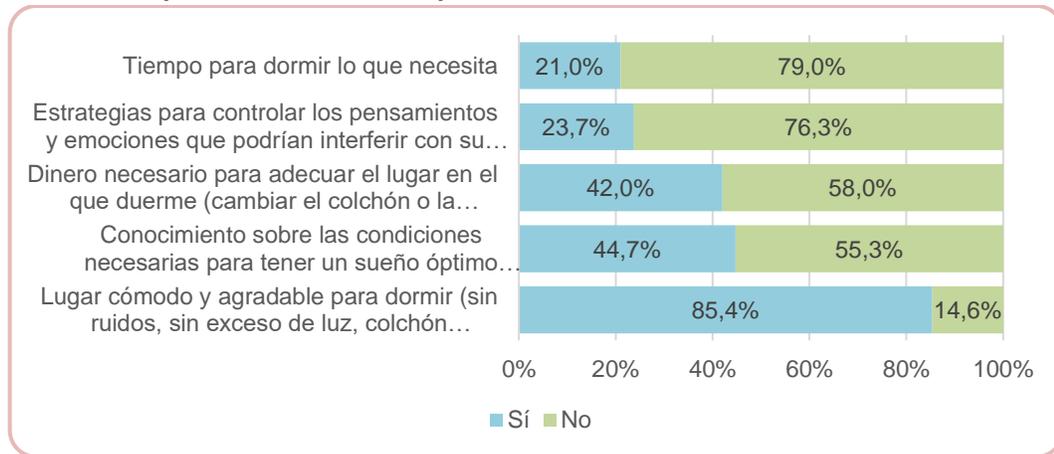
Fuente: Diseño y cálculos propios

Algunas opiniones sobre aspectos relativos al sueño se dieron del siguiente modo.

Con respecto a (A) el principal motivo para dormir el tiempo que necesita, la mayoría de respuestas se concentraron en “descansar” (71,7%), seguido en seguida en segundo lugar por “tener un buen rendimiento físico y mental” (21%). Sobre (B) el principal motivo para no dormir el tiempo que necesita o dejar de hacerlo, se destacó el hecho de “tener mucha carga académica o laboral” (76,3%). Y en relación con (C) las consideraciones respecto a las prácticas de sueño, tuvieron más similitudes las respuestas, dentro de las cuales se halla el “poder cambiarlas, pero no sabe si lo hará” (33,3%), la existencia de “satisfacción con sus prácticas y no piensa que sean

problemáticas” (23,7%), además de “poder cambiarlas en poco tiempo y ya tiene un plan para lograrlo” (18,7%) y, por último, “ya ha hecho algunos cambios, pero aún le falta lograr lo que pretende” (18,7%) (Gráfica 19).

Gráfica 20. Disposición de recursos para efectuar actividades relacionadas con el sueño

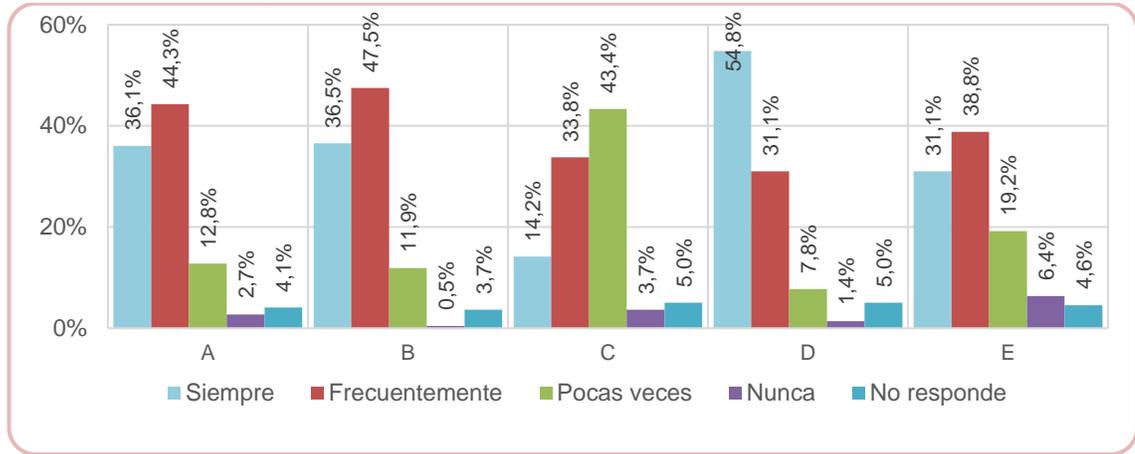


Fuente: Diseño y cálculos propios

Dentro de los recursos a disposición de los estudiantes para llevar a cabo actividades afines a las prácticas de sueño, resultó claro el predominio de un “lugar cómodo y agradable para dormir (sin ruidos, sin exceso de luz, colchón adecuado, temperatura adecuada, etc.) (85,4%) (Gráfica 20).

8.2.7 Afrontamiento

Gráfica 21. Frecuencia con la cual dentro de los últimos dos meses ha realizado actividades para afrontar una situación difícil o problemática



A: Se esfuerza por comprender en qué consiste antes de intentar solucionarla

B: Evalúa si puede hacer algo para cambiarla

C: Busca ayuda o apoyo por parte de otras personas

D: La resuelve si ésta tiene solución

E: Acepta y se ajusta a aquellas situaciones que considera que usted no puede cambiar

Fuente: Diseño y cálculos propios

La última de dimensión del estilo de vida de los estudiantes fue el afrontamiento. En este ámbito sobresalieron respuestas tales como que cuando se debe abordar una situación difícil o problemática (D) la resuelven si ésta tiene solución, lo cual ocurre –en mayor medida– “siempre” (54,8%). Para el caso de (A) se esfuerza por comprender en qué consiste antes de intentar solucionarla y (B) evalúa si puede hacer algo para cambiarla, lo más destacado fue “frecuentemente” (44,3% y 47,5%, respectivamente). En cambio, cuando se preguntó si el estudiante (C) busca ayuda o apoyo por parte de otras personas, lo más recurrente correspondió a “pocas veces” (43,4%) (Gráfica 21).

Gráfica 22. Opiniones sobre aspectos relativos al afrontamiento



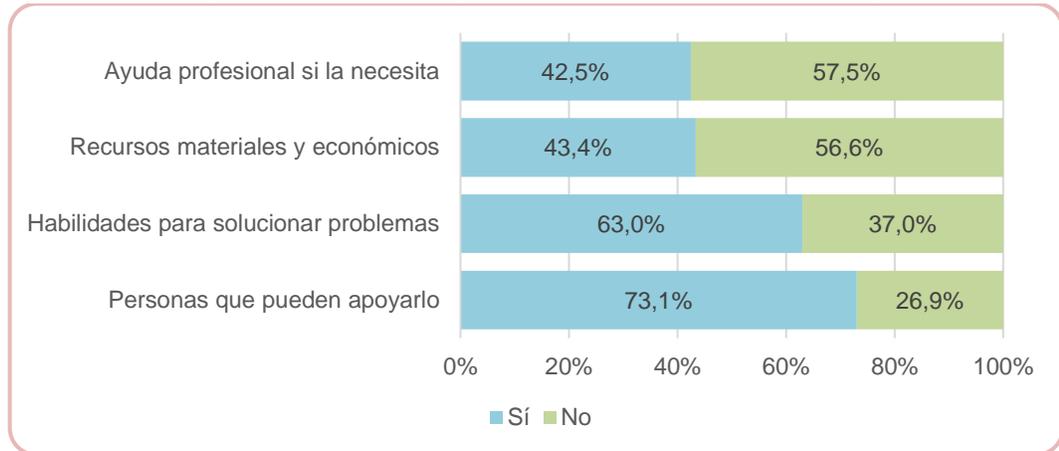
A: Principal motivo para buscar soluciones a una situación difícil o problemática
B: Principal motivo para no buscar soluciones a una situación difícil o problemática
C: Consideración respecto a la forma como generalmente enfrenta las situaciones difíciles o problemáticas

Fuente: Diseño y cálculos propios

Las opiniones referentes a la dimensión en cuestión mostraron, en primer lugar, que (A) el principal motivo para buscar soluciones a una situación difícil o problemática fue “no sentir que los problemas dominan su vida” (32%), “evitar que los problemas interfieran en su rutina” (29,2%) y “disminuir el malestar que ocasionan los problemas” (23,7%). Frente a (B) se tiene que el principal motivo para no buscar soluciones a una situación difícil o problemática fue “considerar que no está en sus manos solucionarlo” (43,8%) junto con “preferir no pensar en los problemas” (27,9%). A su vez, las principales (C) consideraciones sobre a la forma como generalmente enfrenta las situaciones difíciles o problemáticas resultaron ser “estar

satisfecho con su forma de enfrentarlas y no piensa que sea problemática” (41,1%) y “podría cambiar pero no sabe si lo hará” (26,5%) (Gráfica 22).

Gráfica 23. Disposición de recursos para afrontar situaciones difíciles o problemáticas

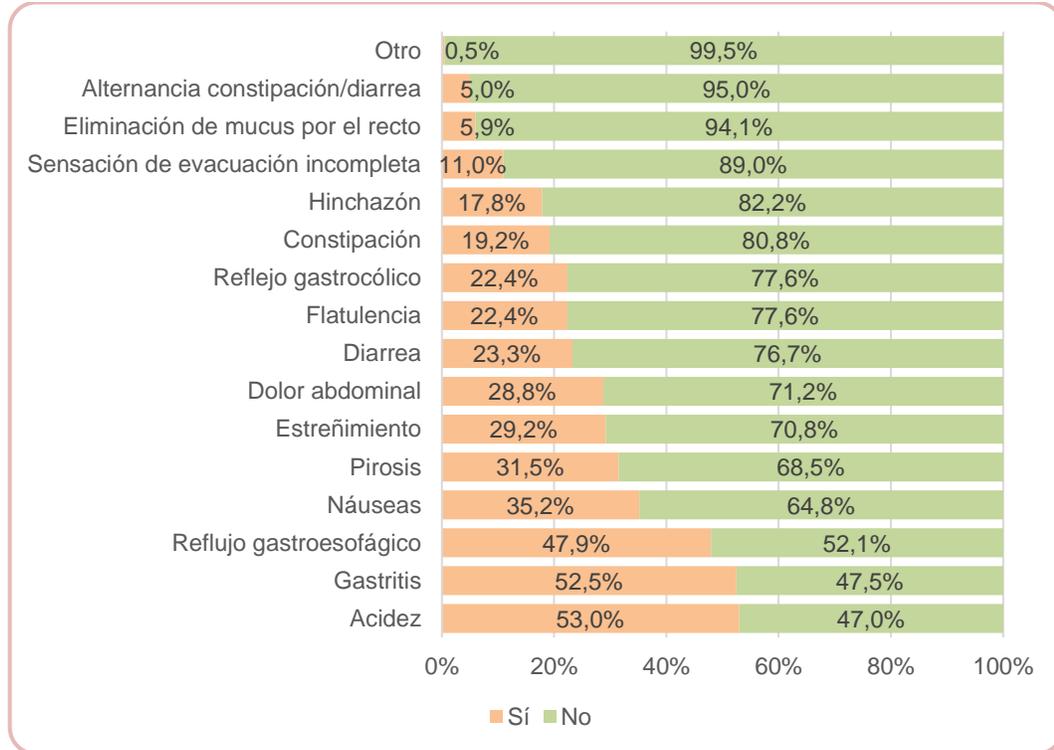


Fuente: Diseño y cálculos propios

Para el caso de la disposición de recursos para afrontar situaciones difíciles o problemáticas fueron notables las participaciones de quienes reportaron que cuentan con “personas que pueden apoyarlo” (73,1%) además de “habilidades para solucionar problemas” (63%) (Gráfica 23).

8.3 Prevalencia de enfermedades gastrointestinales

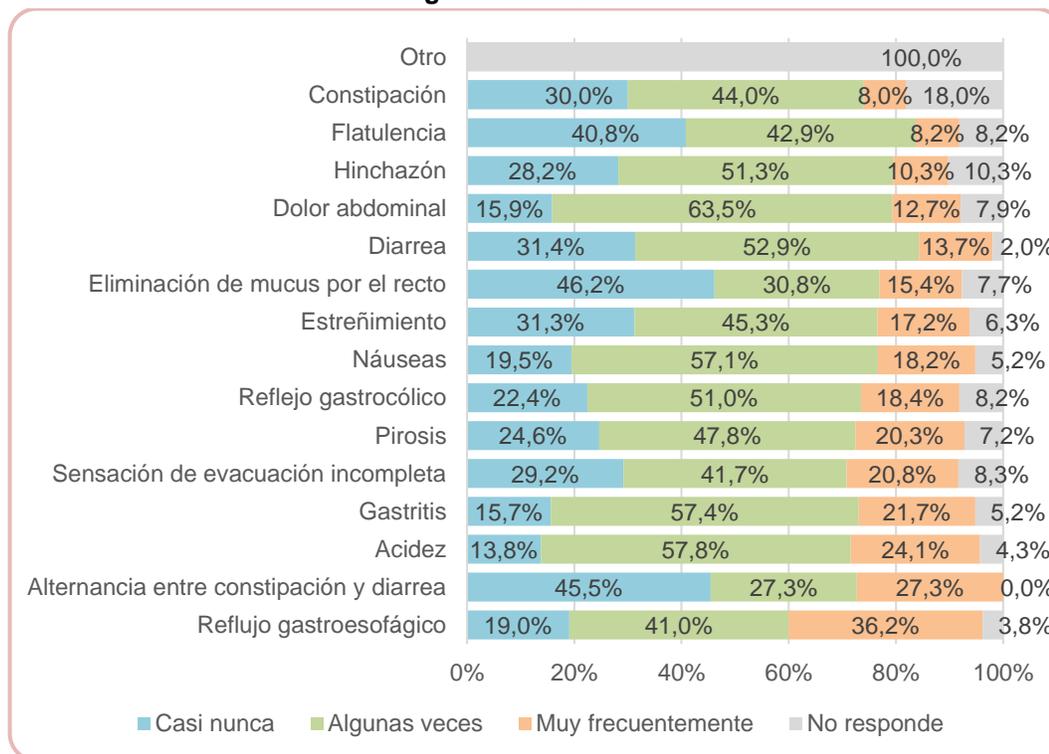
Gráfica 24. Prevalencia de enfermedades gastrointestinales



Fuente: Diseño y cálculos propios

Los resultados permitieron determinar que entre la población estudiada existen diversas enfermedades de índole gastrointestinal. Las prevalencias más altas tuvieron lugar con respecto a la acidez estomacal (53%), la gastritis (52,5%) y el reflujo gastroesofágico (47,9%). En contraste, las prevalencias más reducidas se presentaron con respecto a la alternancia de constipación y diarrea (5%), la eliminación de mucus por el recto (5,9%), la sensación de evacuación incompleta (11%), la hinchazón (17,8%) y la constipación (19,2%) (Gráfica 24).

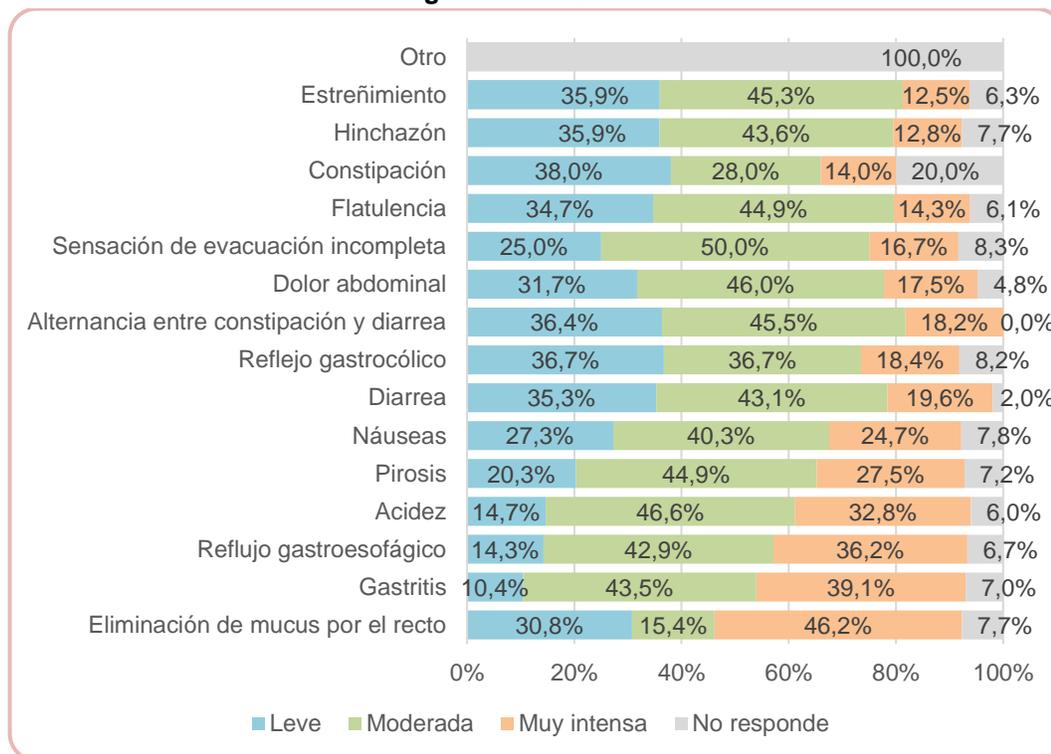
Gráfica 25. Frecuencia de los episodios con que se manifiestan las enfermedades gastrointestinales



Fuente: Diseño y cálculos propios

Junto con las prevalencias estimadas también fue de interés conocer la frecuencia con la cual se presentan los episodios de las respectivas enfermedades. Con respecto a las enfermedades más prevalentes, se halló que la acidez estomacal se presenta, sobre todo, algunas veces (57,8%), igualmente ocurre con la gastritis (57,4%). Por su parte, el reflujo gastroesofágico en algunos estudiantes se presenta algunas veces (41%), pero es la enfermedad que evidenció el más alto porcentaje de episodios muy frecuentes (36,2%) (Gráfica 25).

Gráfica 26. Intensidad de los episodios con que se manifiestan las enfermedades gastrointestinales



Fuente: Diseño y cálculos propios

En términos de la intensidad, las enfermedades más prevalentes se caracterizaron por lo siguiente. La acidez estomacal se presenta con episodios de intensidad moderada (46,6%), la gastritis por un lado ocurre de modo moderado (43,5%) aunque también de manera muy intensa (39,1%), de igual modo sucede con el reflujo gastroesofágico, entre algunos estudiantes la experiencia es moderada (42,9%) y, en otros, es de carácter muy intenso (36,2%). Debe anotarse que la enfermedad que alcanzó la mayor participación en cuanto a mucha intensidad fue la eliminación de mucus por el recto (46,2%) (Gráfica 25).

8.4 Correlación entre estilos de vida y prevalencia de enfermedades gastrointestinales

En esta parte de los resultados se presentan los hallazgos obtenidos con el procedimiento estadístico de correlación que se planteó y desarrolló para conocer el modo en que se vinculan los estilos de vida con la prevalencia de enfermedades gastrointestinales en los estudiantes objeto de estudio.

Al final del capítulo metodológico de este documento se explicó el procedimiento a seguir para la obtención de los resultados presentados en esta sección. En las tablas que se presentan a continuación se tuvieron en cuenta únicamente las enfermedades con la mayor prevalencia en la muestra estudiada; tal como se describió en el capítulo previo estas fueron gastritis (Ga), acidez (Ac) y reflujo gastroesofágico (Ref). Para cada una se tuvieron en cuenta tres aspectos: la presencia (“ausente” y “presente”) entre los estudiantes, la frecuencia con la cual se presenta sus episodios (“algunas veces o muy frecuentemente” y “casi nunca”), y la intensidad de los episodios (“muy intensos o moderados” y “leves”).

En la Tabla 2 se aprecian los resultados, en los cuales se resaltaron de gris los pares de variables para los cuales hubo evidencia de correlación estadísticamente significativa, es decir, con p valor por debajo de 0,05. Por su parte, en la Tabla 3 se observan los coeficientes de correlación policórica, únicamente para las correlaciones previamente clasificadas como significativas.

Tabla 2. Correlación entre estilo de vida y enfermedades gastrointestinales más prevalentes. p valores de Chi cuadrado

Estilo de vida: Dimensiones y variables		Enfermedades gastrointestinales								
		Prevalencia			Frecuencia			Intensidad		
		Ga	Ac	Ref	Ga	Ac	Ref	Ga	Ac	Ref
A	Camina o monta bicicleta	0,365	0,432	0,295	0,900	0,325	0,065	0,351	0,654	0,021
	Practicar algún deporte	0,894	0,548	0,476	0,881	0,695	0,564	0,629	0,314	0,032
	Hace algún ejercicio al menos 30 minutos tres veces a la semana	0,749	0,323	0,310	0,150	0,167	0,968	0,204	0,250	0,555
B	Descansa	0,677	0,281	0,891	0,793	0,562	0,119	0,953	0,805	0,962
	Comparte tiempo con familia, amigos o pareja	0,565	0,656	0,872	0,931	0,535	0,217	0,945	0,531	0,274
	Realiza alguna actividad de diversión o entretenimiento	0,123	0,175	0,260	0,346	0,288	0,783	0,731	0,086	0,541
C	Consume comidas rápidas, fritos, mecato o dulces	0,097	0,034	0,001	0,519	0,910	0,961	0,394	0,672	0,779
	Consume gaseosas o bebidas artificiales	0,643	0,242	0,604	0,638	0,418	0,964	0,922	0,614	0,813
	Desayuna, almuerza y come en horarios habituales	0,081	0,064	0,006	0,054	0,439	0,545	0,371	0,092	0,968
	Omite alguna de las comidas principales	0,366	0,482	0,783	0,912	0,669	0,292	0,108	0,251	0,724
	Deja de comer aunque tenga hambre	0,926	0,441	0,308	0,810	0,814	0,496	0,154	0,341	0,313
	Come en exceso aunque no tenga hambre	0,467	0,955	0,809	0,695	0,663	0,079	0,138	0,636	0,733
	Vomita o toma laxantes después de comer en exceso	0,401	0,216	0,072	0,262	0,344	0,704	0,370	0,450	0,938
	Dinero para comprar alimentos saludables	0,490	0,400	0,997	0,894	0,202	0,049	0,044	0,638	0,144
	Tiempo suficiente para sus tres comidas principales	0,328	0,557	0,279	0,077	0,464	0,801	0,432	0,383	0,328
	Disponibilidad de alimentos saludables en la universidad	0,728	0,881	0,255	0,196	0,077	0,971	0,016	0,863	0,904
	Espacios adecuados y suficientes para comer en la universidad	0,096	0,013	0,028	0,044	0,181	0,804	0,642	0,042	0,951
	Conocimiento para elegir alimentos saludables	0,518	0,981	0,395	0,520	0,845	0,961	0,973	0,888	0,503
	Disponibilidad de alimentos saludables en su casa	0,343	0,410	0,577	0,078	0,462	0,729	0,474	0,981	0,950

(Continúa)

Tabla 2. Correlación entre estilo de vida y enfermedades gastrointestinales más prevalentes. *p* valores de Chi cuadrado (continuación)

Estilo de vida: Dimensiones y variables		Enfermedades gastrointestinales								
		Prevalencia			Frecuencia			Intensidad		
		Ga	Ac	Ref	Ga	Ac	Ref	Ga	Ac	Ref
D	Frecuencia de consumo de alcohol	0,785	0,602	0,206	0,359	0,466	0,251	0,485	0,461	0,095
	Frecuencia de consumo de cigarrillo	0,867	0,450	0,284	0,254	0,967	0,686	0,617	0,951	0,276
	Frecuencia de consumo de drogas	0,712	0,743	0,143	0,443	0,355	0,807	0,157	0,365	0,040
E	Se acuesta y se levanta a una hora habitual	0,816	0,582	0,454	0,674	0,231	0,980	0,891	0,612	0,656
	Se despierta en la madrugada y tiene dificultad para dormirse	0,369	0,928	0,667	1,000	0,648	0,337	0,435	0,023	0,145
	Se despierta varias veces en la noche	0,891	0,944	0,462	0,268	0,524	0,922	0,322	0,484	0,948
	Se esfuerza por comprender las dificultades	0,655	0,943	0,856	0,868	0,318	0,146	0,130	0,305	0,337
F	Evalúa si puede hacer algo para cambiar dificultades	0,130	0,491	0,422	0,072	0,850	0,768	0,116	0,324	0,441
	Busca ayuda por parte de otras personas	0,270	0,993	0,778	0,772	0,780	0,684	0,824	0,587	0,327
	Si una dificultad tiene solución la resuelve	0,117	0,041	0,013	0,136	0,567	0,784	0,634	0,823	0,861
	Acepta y se ajusta a aquellas situaciones que no puede cambiar	0,533	0,756	0,834	0,685	0,035	0,063	0,357	0,857	0,709

Enfermedades gastrointestinales:

Ga: Gastritis Ac: Acidez Ref: Reflujo gastroesofágico

Estilo de vida:

A: Actividad física B: Tiempo de ocio y descanso C: Alimentación

D: Consumo de alcohol, cigarrillo y drogas E: Sueño F: Afrontamiento

Se resaltaron en gris las correlaciones estadísticamente significativas (p valor <0,05)

Fuente: Diseño y cálculos propios

Tabla 3. Coeficientes de correlación policórica (CCP) entre para relaciones estadísticamente significativas estilo de vida y enfermedades gastrointestinales más prevalentes

Estilo de vida: Dimensiones y variables		Enfermedades gastrointestinales								
		Prevalencia			Frecuencia			Intensidad		
		Ga	Ac	Ref	Ga	Ac	Ref	Ga	Ac	Ref
A	Camina o monta bicicleta	.	.	.	.	.	.	.	.	-0,214
	Practicar algún deporte	.	.	.	.	.	.	.	.	-0,214
C	Consume comidas rápidas, fritos, mecato o dulces	.	0,070	0,070	.	.	.	.	.	.
	Desayuna, almuerza y come en horarios habituales	.	.	0,070	.	.	.	.	.	.
	Dinero para comprar alimentos saludables	.	.	.	.	.	-0,411	0,216	.	.
	Disponibilidad de alimentos saludables en la universidad	.	.	.	.	.	.	-	.	.
	Espacios adecuados y suficientes para comer en la universidad	.	0,212	0,227	0,409	.	.	.	-	.
D	Frecuencia de consumo de drogas	.	.	.	.	.	.	.	.	-0,392
E	Se despierta en la madrugada y tiene dificultad para dormirse	.	.	.	.	.	.	.	0,213	.
F	Si una dificultad tiene solución la resuelve	.	-0,292	-0,352	.	.	.	.	.	.
	Acepta y se ajusta a aquellas situaciones que no puede cambiar	.	.	.	.	0,259	.	.	.	.

- : El software no pudo estimar los valores.

. : Relación no significativa entre variables.

Enfermedades gastrointestinales:

Ga: Gastritis **Ac:** Acidez **Ref:** Reflujo gastroesofágico

Estilo de vida:

A: Actividad física **B:** Tiempo de ocio y descanso **C:** Alimentación

D: Consumo de alcohol, cigarrillo y drogas **E:** Sueño **F:** Afrontamiento

Fuente: Diseño y cálculos propios

Los resultados permitieron entrever que, en el caso de la *prevalencia*:

Se apreció que el hecho de que un estudiante padezca de acidez se relaciona con la frecuencia de consumo de comidas rápidas, fritos, mecato o dulces (p valor = 0,034), siendo esta una relación bastante baja (CCP = 0,07). También se vinculó con la existencia de espacios adecuados y suficientes para comer en la universidad

(p valor = 0,013), en este caso la relación fue algo pequeña y con signo positivo (CCP = 0,212). Además, hubo relación con aspectos de afrontamiento, tal como la frecuencia con la cual, resuelve una dificultad que tiene solución (p valor = 0,041), siendo en este caso pequeña la relación y con signo negativo (CCP = -0,292).

Por otro lado, la prevalencia de reflujo gastroesofágico se correlacionó con la frecuencia de consumo de comidas rápidas, fritos, mecato o dulces (p valor = 0,001) con una intensidad bastante baja (CCP = 0,070), también con la frecuencia mediante la cual el estudiante desayuna, almuerza y come en horarios habituales (p valor = 0,006), pero igualmente la correlación fue muy pequeña (CCP = 0,070). Se le suma la correlación significativa entre reflujo y existencia de espacios adecuados y suficientes para comer en la universidad (p valor = 0,028), para lo cual la intensidad de la correlación fue pequeña (CCP = 0,227). Por último, fue evidente la relación entre reflujo y afrontamiento, en particular por la vía de resolver dificultades que tiene solución (p valor = 0,013), evidenciándose una relación moderada e inversa (CCP = -0,352).

Con respecto a la *frecuencia* de los episodios a través de los cuales se manifiestan las enfermedades con mayor prevalencia, se halló que:

La recurrencia de la gastritis se correlacionó con la existencia de espacios adecuados y suficientes para comer en la universidad (p valor = 0,044) siendo moderada y positiva la intensidad de la correlación (CCP = 0,409).

También se observó que la frecuencia de los episodios de acidez se relacionó con aspectos de afrontamiento, como el hecho de aceptar y ajustarse a aquellas situaciones que no puede cambiar (p valor = 0,035); cabe mencionar que la intensidad de esta correlación fue pequeña (CCP =0,259).

Por último, se pudo conocer que el reflujo ocurre con una frecuencia que se relaciona con el hecho de tener dinero para comprar alimentos saludables (p valor = 0,049), en particular, dicha correlación fue de carácter moderado y negativo (CCP = -0,411), es decir, entre menos dinero se disponga para alimentos saludables es más factible que exista un mayor número de episodios de reflujo.

Ahora bien, frente a la *intensidad* de las tres enfermedades más recurrentes en los estudiantes se logró detectar que:

La intensidad de la gastritis se relaciona con el hecho de tener dinero para comprar alimentos saludables (p valor = 0,044), relación que resultó ser algo baja (CCP = 0,216), y además, con la disponibilidad de alimentos saludables en la universidad (p valor = 0,016).

Por su parte, la intensidad de los episodios de acidez mantuvo una relación significativa con la existencia de espacios adecuados y suficientes para comer en la universidad (p valor = 0,042) y con el hecho de despertarse en la madrugada y presentar dificultad para dormirse de nuevo (p valor = 0,023), siendo esta última relación algo reducida (CCP = 0,213).

Finalmente se tiene que la intensidad del reflujo se relacionó con la actividad física o deportiva, en particular, con la frecuencia en que los estudiantes caminan o montan bicicleta (p valor = 0,021) –siendo baja la fuerza de la correlación (CCP = -0,214)– y con la frecuencia con que practican algún deporte (p valor = 0,032) –en este caso igualmente fue reducida la fuerza de la correlación (CCP = -0,214)–. Entre tanto hubo evidencia que apuntó a que la frecuencia de consumo de drogas también se correlacionó con la intensidad del reflujo (p valor = 0,040), de modo moderado e inverso (CCP = -0,392).

9. DISCUSIÓN

La presente investigación permitió determinar el vínculo entre los estilos de vida y las enfermedades gastrointestinales que presentan los estudiantes de una universidad localizada en Cartagena, en este sentido se cumplió con el objeto general formulado al comienzo de la investigación.

La información dada a conocer respecto al estilo de vida de los estudiantes objeto de estudio reveló lo siguiente. En cuanto a la actividad física se afirma que fue escasa, pues los estudiantes nunca practican deporte, además, pocas veces caminan/montan bicicleta o hacen ejercicio. Algunos estudios contrastan con los hallazgos dados a conocer. Tal es el caso del aporte de Benavides y colaboradores [24] quienes indican que el 20% de estudiantes universitarios no practican actividad física, mientras que los restantes sí. Lo cual fue similar a lo expuesto por Arguello y colaboradores [25], según los cuales el 21,6% tiene prácticas deficientes en la realización de ejercicio. A pesar de esto, en la literatura predomina la baja realización de actividad física por parte de este grupo poblacional. Cucalón y colaboradores [79] reportan que el 67,5% de estudiantes de la salud no practican ninguna actividad deportiva de forma regular. Díaz y colaboradores [13] mencionan una cifra algo más baja, siendo el 55% aquellos que no realizan actividad física. De acuerdo a los planteamientos de Yahia y colaboradores [78] esta situación es muy común entre universitarios porque en la actualidad han alcanzado alta popularidad los computadores, las redes sociales y el internet, lo que puede incidir reduciendo el interés de los estudiantes en la actividad física. No obstante, se le debe prestar

mucha atención a esto, pues la inactividad física induce aumentos en el riesgo de sobrepeso y obesidad, sumado a mayor riesgo en las enfermedades cardiovasculares.

El consumo de alcohol fue entre ocasional y nulo, su vez, fue prácticamente nulo el tabaquismo y el consumo de drogas ilegales. Estos resultados fueron similares a los detectados en la literatura. De acuerdo a Arguello y colaboradores [25] el consumo de estas sustancias fue bajo, alcanzando apenas el 16,6%; según González y Palacios [26] el 97,4% del estudiantado no consume alcohol, cigarrillo ni drogas ilegales; a su vez, Cucalón y colaboradores [79] informan que los estudiantes españoles de la salud no fumadores representan el 89,7%. Esta situación –así como aquella analizada en este trabajo de grado– posiblemente se deba a que, al ser estudiantes de algún pregrado en ciencias de la salud es más consiente de los efectos tóxicos de estas sustancias, por ello las evita.

En términos generales la dimensión referente a alimentación como parte del estilo de vida pudo ser catalogada como regular, en el sentido de que existió un consumo entre frecuente/ocasional de comidas rápidas, fritos, mecato o dulces así como de gaseosas o bebidas artificiales. Los resultados de Díaz y colaboradores [13] dan a entender que el 85%-100% de los estudiantes universitarios, no se alimenta de modo adecuado. Benavides y colaboradores [24] dan a entender que más del 70% de sus encuestados aceptaron que no tienen una alimentación balanceada y adecuada, lo cual tendría cierta similitud con lo detectado en este trabajo de grado con relación a que al 40,6% de los estudiantes declaran no gustarle restringirse en

lo que come. El argumento principal que la población estudiada esboza para justificar su mala alimentación es la falta de tiempo para la preparación o el consumo de los alimentos, así como la falta de dinero para comprarlos; en cambio, entre los resultados aportados fue más frecuente que los estudiantes sí tuvieran dinero para dichas compras, aunque dispusieran de menos tiempo para hacer las tres comidas principales.

Por el contrario, lo relativamente más favorable se halló en cuanto a la dimensión tiempo de ocio en el que los estudiantes descansan y se relajan, en tanto que lo hacen entre todos los días y algunos días a la semana. Así, hubo similitud con González y Palacios [26], en tanto que el tiempo de ocio es frecuente y del 78,3%. Pero a diferencia de Díaz y colaboradores [13], el 42% de los estudiantes no tienen espacios de ocio.

Así mismo, el hábito del sueño se efectúa bajo un estilo de vida que lo favorece, pues se halla enmarcado en un horario habitual y pocas veces el estudiante se despierta en las noches. Esto fue opuesto a lo reportado por Benavides y colaboradores [24] en tanto que aspectos como la carga académica reducen el número de horas de sueño de más del 80% de sus encuestados, lo que deviene en situaciones de estrés. Además, según González y Palacios [26] solo el 47,9% de su muestra presenta buenos hábitos de sueño.

Por otro lado, se abordó el panorama a las enfermedades gastrointestinales que presenta el grupo poblacional correspondiente a estudiantes universitarios a nivel

local en Cartagena. En particular, se reportó que las patologías más prevalentes, entre los sujetos con edades entre 19-24 años, resultaron ser la acidez estomacal, la gastritis y el reflujo gastroesofágico.

Estas prevalencias resultan en cierta medida similares a las observadas en investigaciones llevadas a cabo en otros contextos territoriales, sin embargo, las patologías no siempre son las mismas. Por ejemplo, en estudiantes chilenos con edades promedio de 20,7 años, Rojas, Ñancupil y Sotomayor [19] reportan que las enfermedades digestivas más frecuentes fueron la hinchazón, los borborismos, la pirosis y las náuseas ; en el estudiantado ecuatoriano, Pérez y Mateos [20] informan que alrededor del 20% de estos individuos han presentado alguna enfermedad del tracto digestivo.

Otras manifestaciones observadas de problemas gastrointestinales, que aunque no resultaron tan frecuentes, llaman la atención por ser manifestaciones del denominado síndrome de intestino irritable; éstas correspondieron a la presencia de estreñimiento, diarrea e hinchazón. Según la definición referenciada por Delgado y colaboradores [80], el síndrome se entiende como un “trastorno funcional intestinal en el que el dolor o malestar abdominal se asocia con cambios en el hábito intestinal o alteraciones en la defecación. La manifestación principal es dolor o malestar abdominal crónico, asociado con alteraciones en el hábito intestinal, como: estreñimiento o diarrea y a otros síntomas gastrointestinales como distensión abdominal y sensación de inflamación, evacuación incompleta, urgencia, pujo y tenesmo”.

Existe evidencia de que la prevalencia del síndrome está comprendida entre el 10% – 20% tal como lo menciona Remes [81], o que ésta asciende a 25% en estudiantes de medicina de Latinoamérica según Novoa y colaboradores [82], o bien, que la cifra se ubica en torno al 12,4% de estudiantes, según Vargas y colaboradores [83]; cabe mencionar que estas prevalencias resultan similares a las detectadas para los tres síntomas revelados anteriormente (entre 17,8% – 29,2%). La gravedad dentro del entorno universitario se ve potenciada por la presencia de factores estresores. Dentro de los argumentos de Venanciano [84] para que lo anterior ocurra, se destacan los cambios en el estilo de vida, lo que a su vez se halla influenciado por la mala auto-adaptación a los cambios emocionales durante el transcurso de los estudios. El reflejo de esta situación negativa de salud está en la alta presencia de estrés (72,38% de estudiantes que afirman estar estresados presentaron síntomas gastrointestinales [19]) y ansiedad [85].

Finalmente, se detectó que las enfermedades gastrointestinales (en términos de su prevalencia, frecuencia e intensidad) se correlacionaron de manera estadísticamente significativa (p valor $< 0,05$) con algunas dimensiones del estilo de vida que llevan los estudiantes analizados. Tal fue el caso de la actividad física, sumado a la alimentación, y el afrontamiento. Al respecto, hubo similitud con el aporte de Guibarra [22], dado que halló correlación con los hábitos alimenticios ($p < 0,006$), los aspectos psicosociales (análogos al afrontamiento) ($p < 0,000$) y, en general, con el estilos de vida ($p < 0,002$); en cambio, hubo diferencias con algunas otras dimensiones que le resultaron significativas –y en esta tesis no–, tales fueron

los hábitos de sueño ($p < 0,005$) y los hábitos nocivos para la salud (cigarrillo, alcohol drogas) ($p < 0,002$).

También existieron contrastes con el estudio de León [21], dado que la prevalencia de trastornos gastrointestinales estuvo relacionada con el sueño. Específicamente, en los estudiantes que duermen únicamente < 6 horas la prevalencia encontrada fue del 14%, sumado a ello exhibieron 2,2 veces más probabilidad de presentar el síndrome del subtipo diarreico respecto al resto de malos hábitos. Además, según Talledo y colaboradores [23] algunas enfermedades del tracto digestivo se vincularon con tres variables que se pueden entender como propias del estilo de vida del estudiantado, tales fueron la con tener depresión (riesgo relativo: 1,38), tener problemas relacionados con el sueño (1,32) y consumir café regularmente (1,18).

Dentro de las limitaciones del estudio se cuenta, primero, las restricciones en cuanto a la generalización de los resultados pues solamente se consideró la Escuela de Medicina de una universidad en particular, esto significa que las conclusiones formuladas no son válidas para contextos. En segundo lugar, y por la propia naturaleza metodológica de los estudios de corte transversal, este estudio dejó de lado la dimensión temporal, en el sentido de que solo se conoció la prevalencia de enfermedades gastrointestinales, el estilo de vida y su correlación para un momento particular del tiempo, así, no se endogeniza el efecto de cambios y dinámicas cambiantes de estas variables. En tercera instancia, podría existir un sesgo en las respuestas de los estudiantes, en tanto que pusieron haber sido más propensos a

responder que su estilo de vida es más positivo que aquel que realmente vivencian. Por último, la no inclusión de los estudiantes que se encuentran haciendo el internado debido al difícil acceso a esta población. A pesar de las limitaciones mencionadas, en términos generales el estudio se consideró completamente válido, ilustrativo y se espera que constituya un antecedente relevante que dé pie a nuevas investigaciones sobre la temática, sobre todo a nivel local.

10. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos permitieron cumplir el objetivo previamente fijado, el cual consistió en determinar el vínculo entre los estilos de vida y las enfermedades gastrointestinales que presentan los estudiantes de una universidad localizada en Cartagena. En este orden de ideas, y como primer paso, se buscó caracterizar sociodemográficamente a esta población, ante lo cual se logró concluir que hubo participación de sujetos de todos los semestres de interés, por tanto, la representatividad de cada uno estuvo asegurada, además, se apreciaron tanto mujeres como varones, los cuales fueron notablemente jóvenes, sobre todo los que se halla en la segunda década de sus vidas. Se estableció además, que la religión predominante fue la católica, el ingreso diario para alimentación se ubicó en el rango de \$10.000 a \$19.999, el estado civil más común fue el soltero, y el estudiantado se caracterizó por no desempeñar actividades laborales.

En términos generales, el estilo de vida de los estudiantes fue en cierto modo heterogéneo, por ello más bien, se prefirió abordarlo a través de cada una de las dimensiones analizadas. Con relación a la realización de actividad física, se concluyó que fue relativamente escasa y con poca frecuencia es realizada (sobre todo caminar, montar bicicleta y practicar deporte), siendo la pereza el principal obstáculo, a pesar de que, por un lado, existe conciencia respecto a los beneficios que tiene en la salud, y por otro, se dispone de recursos como implementos deportivos, buen estado de salud, y habilidades. Entre tanto, sobre el tiempo de ocio

se concluyó que el descanso es frecuente, aunque no tanto compartir momentos con los seres queridos.

Frente a la alimentación, las conclusiones apuntaron a que es regular, en el sentido de que tiene lugar un consumo en cierta medida ocasional de comidas rápidas, fritos, mecato o dulces, así como de gaseosas o bebidas artificiales, en inclusive, algunas veces los estudiantes omiten comidas principales (desayuno, almuerzo y comida). Se pudo comprobar que estos comportamientos obedecen a que a dicha población no le gusta sentir restricciones respecto a lo que come.

Del consumo de psicoactivos se estableció que el alcohol fue el más común, pero restringido a ocasiones especiales, es decir, ocasional. Los argumentos principales para hacerlo fueron, primero, que hace parte del estilo de vida de su pareja, amigos, padres o hermanos, segundo, que es común en los lugares que frecuenta, y tercero, permite ser más sociable.

Las conclusiones sobre la práctica del sueño mostraron que éste se programa en horarios regulares, sin embargo, puede haber problemas para conciliarlo. La razón más evidente que hace que sea limitado o afectado, fue la carga académica. En último lugar, el afrontamiento como parte del estilo de vida, se apreció como adecuado, pues los estudiantes se esfuerzan por comprender las situaciones complejas o problemáticas que se les presentan en su diario vivir, además, evalúan si puede hacer algo para cambiarlas, y son propensos a resolverlas en caso de que tengan solución.

Ahora bien, la evidencia aportada en este estudio permitió conocer que las enfermedades gastrointestinales más prevalentes entre los estudiantes de Medicina, en su orden, fueron la acidez estomacal, la gastritis y el reflujo gastroesofágico. La que presentan episodios con mayor frecuencia resultó ser el reflujo gastroesofágico. Mientras que la mayor gravedad o intensidad de tales episodios ocurre en cuanto a gastritis y el reflujo gastroesofágico, pero sobre todo, cuando se presenta eliminación de mucus por el recto, no obstante dicha enfermedad no es muy prevalente.

Gracias al procedimiento estadístico llevado a cabo se concluyó que la prevalencia, la frecuencia y la intensidad de las enfermedades gastrointestinales más comunes se correlacionaron con diversos aspectos del estilo de vida. Por un lado, con la realización de actividad física (caminar, montar bicicleta y practicar algún deporte), con la alimentación (consumir comidas rápidas, fritos, mecato o dulces, así como con desayunar, almuerzo y come en horarios habituales, sumado al hecho de disponer de dinero para comprar alimentos saludables, y tanto con la disponibilidad de alimentos saludables en la universidad y la existencia de espacios adecuados y suficientes para comer en ésta), con el afrontamiento (resolver situaciones que dispongan de solución).

En definitiva, la mayor fortaleza del presente estudio radicó en que aportó luces desde la perspectiva de la enfermería al entendimiento de un fenómeno poco investigado a nivel local, todo ello a través de un procedimiento investigativo basado en evidencia científica, y abordado a través de técnicas estadísticas.

11. RECOMENDACIONES

Con base en los resultados y las conclusiones de este estudio lograron formularse una serie de recomendaciones, las cuales se dan a conocer a continuación:

- Incentivar la participación de estudiantes en programas y eventos en los que se estimule la actividad física, por ejemplo, a través de jornadas de danza, aeróbicos, maratones, tarifas preferentes en inscripción a gimnasios de la ciudad, etc.
- Es necesario que en la universidad exista una oferta de comida realmente saludable, en la que estén presente las verduras, frutas, carbohidratos integrales, carnes magras y grasas saludables, y que además se oferten con precios razonables, que desincentiven el consumo de productos ultraprocesados y dañinos para la salud.
- Deben llevarse a cabo campañas, talleres entre otras actividades en las que se informe sobre el modo de llevar una adecuada alimentación, sobre todo teniendo en cuenta que la población objetivo está conformada por estudiantes universitarios, los cuales enfrentan altas cargas de estrés académico además de tiempo limitado para comer adecuadamente.
- En la universidad deben darse espacios para el descanso y el despeje de la mente de los estudiantes, con lo que sea posible mejorar su salud tanto física como psicológica.

- Se deben efectuar campañas de detección de alteraciones gastrointestinales, que permitan detectar a tiempo las patologías y manifestaciones, para así poder intervenirlas a tiempo y minimizar la posibilidad de complicaciones.
- Desde el punto de vista investigativo se recomienda continuar llevando de manera periódica estudios como este, de modo tal que sea posible conocer cambios y variaciones en el estilo de vida de los estudiantes, así como en la prevalencia de enfermedades gastrointestinales; así se podrían detectar eventuales desmejoras, y poder intervenir a tiempo.
- Las futuras investigaciones que podrían desarrollarse en torno a esta temática podrían considerar perspectivas alternativas que permitan conocer varias facetas del problema. Una de estas es que se use metodologías cualitativas, para dilucidar los pensamientos, ideas, sentimientos, y demás subjetividades que se entrelazan y emergen desde el estilo de vida. También podrían efectuarse estudios cuantitativos de índole longitudinal, en los que se haga seguimiento periódico a una misma muestra a lo largo del tiempo, para observar cambios en las variables de interés; tales estudios podrían comenzar con una cohorte de estudiantes al ingreso del primer semestre, evaluar su estilo de vida y prevalencia de enfermedades gastrointestinales y, a esos mismos sujetos, hacerle seguimiento cada semestre que avancen en su pregrado.

12. BIBLIOGRAFÍA

1. Cruz E, Rodríguez A, García H. Estilo de vida y salud. Revista Cubana de Tecnología de la Salud 2015; 6(1): 47-55.
2. Bastías E, Stiepovich J. Una revisión de los estilos de vida de estudiantes universitarios iberoamericanos. Ciencia y Enfermería. 2014; 20(2): 93-101.
3. Fernández J, Gestal J, Delgado M, Bolúmar F, Herruzo R, Serra L. Medicina preventiva y salud pública. Madrid: Elsevier España; 2015.
4. Martínez C, Merchán A, Medina Y, Guil R. Estilo de vida, estado de salud y ansiedad en estudiantes de la Universidad de Huelva. International Journal of Developmental and Educational Psychology. 2018; (1): 143-154.
5. Fernández J. Salud y estilos de vida en adolescentes. EFDeportes, Revista Digital. 2016; (216): 1-5.
6. Fonseca M, Maldonado A, Pardo L, Soto M. Estilos de vida y promoción de hábitos saludables en el ámbito escolar. Umbral Científico. 2007; (11): 44-57.
7. Fondo de las Naciones Unidas para la Población [internet]. Estado de la población mundial. 1800 millones. Los adolescentes, los jóvenes y la transformación del futuro. [citado el 10 septiembre de 2018]. Disponible en:

<https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SWOP2014%20Report%20Web%20Spanish.pdf>

8. DANE [internet]. Colombia. Estimaciones 1985-2005 y Proyecciones 2005-2020 nacional y departamental desagregadas por sexo, área y grupos quinquenales de edad. [citado el 10 septiembre de 2018]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/seriesp85_20/EstimacionesProyecciones1985__020.xls
9. Corrêa B, Vieira P, Aramaki A, Kososki E, Martins F. Percepción de la salud, estilo de vida y el comportamiento ocupacional de los estudiantes universitarios. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*. 2018; (1): 11-20.
10. Lara N, Saldaña Y, Fernández N, Delgadillo H. Salud, calidad de vida y entorno universitario en estudiantes mexicanos de una universidad pública. *Hacia la Promoción de la Salud*. 2015; 20(2): 102-117.
11. Galdós A. Relación entre el rendimiento, estrés académico y dimensiones de personalidad en universitarios. Tesis de pregrado. Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas; 2014.
12. Chau C, Saravia J. Adaptación universitaria y su relación con la salud percibida en una muestra de jóvenes de Perú. *Revista Colombiana de Psicología*. 2014; 23(2): 269-284.

13. Díaz E, Maca N, Melo A, Rico A. Características de los estilos de vida en estudiantes de la Universidad San Buenaventura sede Bogotá. Tesis de pregrado. Bogotá: Universidad de San Buenaventura; 2014.
14. De Souza M, Zea A, Rodríguez G, Molina A. Estilo de vida y factores socioeconómicos en estudiantes de electivas de actividad física y deporte de la Pontificia Universidad Javeriana. *Análisis*. 49(90): 229-243.
15. Muñoz M, Uribe A. Estilos de vida en estudiantes universitarios. *Psicogente*. 2013; 16(30): 356-367.
16. Hansen R. Lifestyle-Related Aspects of Gastrointestinal Health. En: Egger G, Binns A, Rössner S, Sagner M. *Lifestyle Medicine. Lifestyle, the Environment and Preventive Medicine in Health and Disease*. London: Elsevier; 2017. p 425-433.
17. González M. Factores psicosociales asociados con la calidad de vida en las enfermedades inflamatorias del intestino. *Revista Gen* 2016; 70(1): 28-40.
18. Yañez A. Estilo de vida y jóvenes universitarios. su relación con factores personales, familiares y sociales. Tesis de maestría. Concepción: Universidad de Concepción; 2012.

19. Rojas P, Ñancupil W, Sotomayor C. Síntomas gastrointestinales funcionales y su relación con la vida universitaria, Universidad Austral de Chile. Revista Médico Científica. 2014; 27(1): 31-39.
20. Pérez A, Mateos S. Estado nutricional, medidas antropométricas y estilos de vida en estudiantes universitarios. UNIANDES EPISTEME: Revista de Ciencia, Tecnología e Innovación. Uniandes Episteme: Revista de Ciencia, Tecnología e Innovación. 2017; 4(4): 406-420.
21. León A. Prevalencia del síndrome de intestino irritable en estudiantes universitarios. Estudio realizado de enero a julio 2015 en la Universidad Rafael Landívar, Guatemala. Tesis de pregrado. Guatemala de la Asunción: Universidad Rafael Landívar; 2015.
22. Guibarra M. Estilos de vida y su relación con los trastornos gastrointestinales en los estudiantes de Enfermería de la Universidad de Huánuco. Tesis de pregrado. Huánuco: Universidad de Huánuco; 2017.
23. Talledo L, Buitrago O, Filorio Y, Casanova F, Campos L, Cortés F, Mejía C. Factores asociados a dispepsia no investigada en estudiantes de 4 facultades de medicina de Latinoamérica: estudio multicéntrico. Revista de Gastroenterología de México. 2018; 83(3): 215-222.

24. Benavides M, Rosero N, Suárez J, Flórez J, Alejandro J. Determinantes sociales del proceso salud–enfermedad de los universitarios. Área de salud, Universidad Nacional de Colombia–Bogotá. Acta Odontológica Colombiana. 2014; 4(2): 141-153.
25. Arguello M, Bautista Y, Carvajal J, De Castro K, Díaz D, Escobar M, Gómez L, Morales M, Pinto C, Rincón L, Arguello M, Bautista Y, Carvajal J, De Castro K, Díaz D, Escobar M, Gómez L, Morales M, Pinto C, Rincón L, Rueda P, Serrano J, Suárez P, Toloza, Z, Agudelo D. Estilos de vida en estudiantes del área de la salud de Bucaramanga. Revista de Psicología. 2009; 1(2): 27-41.
26. González A, Palacios J. Estilos de vida y salud percibida en estudiantes de un programa de odontología de una Universidad de Santiago de Cali. Tesis de pregrado. Cali: Pontificia Universidad Javeriana; 2017.
27. Díaz S, Arrieta K, Güette A. Problemas de salud y calidad de vida en estudiantes de odontología. Rev Univ. Salud. 2017; 19(1) :51-59.
28. Campo Y. La formación universitaria y su contribución en la adopción de estilos de vida saludable: una mirada desde los significados de los estudiantes de una escuela de medicina. Tesis de maestría. Bogotá: Universidad Santo Tomás; 2015.

29. Vidal D, Chamblas I, Zavala M, Müller R, Rodríguez M, Chávez A. Determinantes sociales en salud y estilos de vida en población adulta de Concepción, Chile. *Ciencia y enfermería*. 2014; 20(1): 61-74.
30. Velandia M, Arenas J, Ortega N. Estilos de vida en los estudiantes de enfermería. *Rev. cienc. cuidad*. 2015; 12(1): 27-39.
31. Dumont G, Clua R. Acercamiento socio-antropológico al concepto de estilo de vida. *Revista de Ciencias Sociales*. 2015; (66): 83-99.
32. Oblitas L. *Psicología de la salud y calidad de vida*. Ciudad de México: Cengage; 2010.
33. Morales F. *Introducción al estudio de la psicología de la salud*. Hermosillo, Sonora, México: Editorial UniSon; 2007.
34. Bennassar M. *Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios: La universidad como entorno promotor de la salud*. Tesis doctoral. Palma: Universitat de les Illes Balears; 2011.
35. Laguado E, Gómez M. Estilos de vida saludable en estudiantes de enfermería en la universidad cooperativa de Colombia. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*. 2014; 19(1): 68-83.

36. Cecilia M, Atucha N, García J. Estilos de salud y hábitos saludables en estudiantes del Grado en Farmacia. *Educación Médica*. 2017: 1-12.
37. Lema L, Salazar I, Varela M, Tamayo J, Rubio A, Botero A. Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida. *Pensamiento Psicológico*. 2009; 5(12): 71-88.
38. Carmona V. Aprovechamiento del tiempo libre y realización de actividad física regular en comunidad universitaria de Colombia. Prueba piloto. *CES Movimiento y Salud*. 2015; 3(1): 16-22.
39. Sandoval N. Diagnóstico acerca del uso del ocio y el tiempo libre entre los estudiantes de la Universidad Nacional Experimental del Táchira. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*. 2017; 30; 169-188.
40. García D, García G, Tapiero Y, Ramos D. Determinantes de los estilos de vida y su implicación en la salud de jóvenes universitarios. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*. 2012; 17(2): 169-185.
41. Albarracín M, Muñoz O. Factores asociados al consumo de alcohol en estudiantes de los dos primeros años de carrera universitaria. *Liberabit, Revista de Psicología*. 2008; (14): 49-61.

42. Castellanos C. Adaptación del Cuestionario de estilos de vida en jóvenes universitarios CEVJU-RII. Tesis de pregrado. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2017.
43. Gómez Z, Landeros P, Romero E, Troyo R. Estilos de vida y riesgos para la salud en una población universitaria. *Revista de Salud Pública y Nutrición*. 2016; 15(2): 9-14.
44. Gómez A. Estilos de vida adecuados sin consumo de drogas. Tesis de diplomado. Santa Clara, Cuba: Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas; 2017.
45. Campo Y. La formación universitaria y su contribución en la adopción de estilos de vida saludable: una mirada desde los significados de los estudiantes de una escuela de medicina. Tesis de maestría. Bogotá: Universidad Santo Tomás; 2015.
46. Monterrosa A, Ulloque L, Carriazo S. Calidad del dormir, insomnio y rendimiento académico en estudiantes de medicina. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*. 2014; 2(2): 85-97.
47. Blanco A. Sentido de vida y estilos de afrontamiento. Análisis comparativo con población drogodependiente y general. Tesis de pregrado. Madrid: Universidad Francisco de Vitoria; 2016.

48. Urrelo A. Satisfacción con la vida y estilos de afrontamiento en adolescentes de colegios públicos en la ciudad de Arequipa. Tesis de pregrado. Arequipa: Universidad Católica San Pablo; 2017.
49. Raff H, Levitzky M. Fisiología médica. Un enfoque por aparatos y sistemas. Ciudad de México: McGraw-Hill; 2013.
50. Cascales M, Villarejo D. Monografías de la Real Academia Nacional de Farmacia. Madrid: Real Academia Nacional de Farmacia; 2014.
51. Villalobos J, Olivera M, Valdovinos M. Gastroenterología. Ciudad de México: Méndez Editores; 2006.
52. Ponce M, Ponce J. Disfagia y odinofagia. En: Montoro M, García J, editores. Gastroenterología y hepatología. Problemas comunes en la práctica clínica. Madrid, Barcelona: Jarpyo Editores; 2012. p 3-16.
53. Montoro M, Lera I, Ducons J. Náuseas y vómitos. En: Montoro M, García J, editores. Gastroenterología y hepatología. Problemas comunes en la práctica clínica. Madrid, Barcelona: Jarpyo Editores; 2012. p 17-36.
54. Alcedo J, Guevara T, Mearin F. El enfermo con dispepsia. En: Montoro M, García J, editores. Gastroenterología y hepatología. Problemas comunes en la práctica clínica. Madrid, Barcelona: Jarpyo Editores; 2012. p 37-60.

55. Fernández F, Esteve M. Diarrea crónica. En: Montoro M, García J, editores. Gastroenterología y hepatología. Problemas comunes en la práctica clínica. Madrid, Barcelona: Jarpyo Editores; 2012. p 125-146.
56. Mearin F, Balboa A, Montoro M. Estreñimiento. En: Montoro M, García J, editores. Gastroenterología y hepatología. Problemas comunes en la práctica clínica. Madrid, Barcelona: Jarpyo Editores; 2012. p 147-170.
57. Ordás I, Panés J. Rectorragia. En: Montoro M, García J, editores. Gastroenterología y hepatología. Problemas comunes en la práctica clínica. Madrid, Barcelona: Jarpyo Editores; 2012. P 171-182.
58. Ministerio de Salud [Internet]. Rutas Integrales de Atención en Salud. [citado el 01 junio de 2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/05-rias-presentacion.pdf>
59. Congreso de la República de Colombia [internet]. Ley 1355 de 2009 [citado el 10 septiembre de 2018]. Disponible en: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1355_2009.html
60. Congreso de la República de Colombia [internet]. Ley 181 de 1995 [citado el 10 septiembre de 2018]. Disponible en: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0181_1995.html

61. Congreso de la República de Colombia [internet]. Ley 1438 de 2011 [citado el 10 septiembre de 2018]. Disponible en: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html
62. Definición de enfermedad [internet]. [citado el 10 septiembre de 2018]. Disponible en: <https://definicion.de/enfermedad/>
63. Definición de estudiante [internet]. [citado el 10 septiembre de 2018]. Disponible en: <http://dle.rae.es/srv/fetch?id=H1mR3XL>
64. Definición de patología [internet]. [citado el 10 septiembre de 2018]. Disponible en: <https://definicion.de/patologia/>
65. Definición de prevalencia [internet]. [citado el 10 septiembre de 2018]. Disponible en: http://www.hrc.es/bioest/Medidas_frecuencia_2.html
66. Definición de universidad [internet]. [citado el 10 septiembre de 2018]. Disponible en: <http://dle.rae.es/srv/fetch?id=b6TOjV2>
67. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 3 ed. México D. F.: McGraw-Hill; 2013.
68. Universidad de Jaén [Internet]. Estudios correlacionales. [citado el 10 septiembre de 2018] Disponible en URL: <http://www4.ujaen.es/~eramirez/Descargas/tema5>

69. Martínez R, Rodríguez E. Metodología de la Investigación en Ciencias Médicas. México D.F.; 2014.
70. Espallargas D. Monografías de Econometría y Series de Tiempo. México D.F.; 2011.
71. Muestreo [Internet]. [citado el 10 septiembre de 2018]. Disponible en: <http://www.estadistica.mat.uson.mx/Material/elmuestreo.pdf>.
72. Salazar I, Varela M, Lema L, Tamayo J, Duarte C. Manual del Cuestionario de Estilos de vida en jóvenes universitarios (CEVJU-R2). Documento sin publicar. Pontificia Universidad Javeriana: Cali; 2013.
73. Martínez F, Rodríguez M. Comportamiento de las correlaciones producto-momento y tetracórica-policórica en escalas ordinales: un estudio de simulación. RELIEVE. 2017; 23(2): 1-21.
74. Domínguez L. ¿Matrices policóricas/tetracóricas o matrices Pearson? Un estudio metodológico. Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento. 2014; 6(1): 39-48.
75. Ministerio de Salud [Internet]. Resolución 8430 de 1993. [citado el 10 septiembre de 2018]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

76. Cruz E, Cárdenas M, Escobar M, González A [internet]. Regulación ética en investigación con seres humanos en Colombia. [citado el 10 septiembre de 2018]. Disponible en: https://www.uis.edu.co/webUIS/es/investigacionExtension/comiteEtica/normatividad/documentos/normatividadInvestigacionenSeresHumanos/5_Regulacioneticaeninvestigacion.pdf
77. OIE [internet]. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [citado el 10 septiembre de 2018]. Disponible en: <http://www.oei.es/historico/noticias/spip.php?article4215>
78. Yahia N, Wang D, Rapley M, Dey R. Assessment of weight status, dietary habits and beliefs, physical activity, and nutritional knowledge among university students. *Perspectives in Public Health*. 2015; 136(4): 231–244.
79. Cucalón J, Marín A, Cía P, Blay M. Estilos de vida y estudiantes de Medicina: ¿existe una especial sensibilidad? *Med Gen y Fam*. 2014; 3(6): 152-163.
80. Delgado E, Cervantes P, Hernández J, Ramírez J. Síndrome de intestino irritable, un padecimiento con enfoque integral. *Revista Médica*. 2015; 6(4): 301-306.
81. Remes J. Síndrome de intestino irritable y estreñimiento funcional. *Revista de Gastroenterología de México*. 2010; Supl.2(75): 110-111.

82. Novoa P, Pérez K, Achata M, Toro C. Síndrome de intestino irritable en estudiantes de medicina de Latinoamérica: ¿un problema pasado por alto? *Revista de Gastroenterología del Perú*. 2017; 37(2): 190-191.
83. Vargas I, Sueng L, Flores J, Beltrán S, Lema M, Piscoya A. Superposición del síndrome de intestino irritable y dispepsia funcional basados en criterios ROMA III en estudiantes de medicina de una universidad privada de Lima, Perú. *Rev Gastroenterol Peru*. 2015; 35(3): 219-225.
84. Venancio S. Factores de riesgo asociados a síndrome de intestino irritable en estudiantes e internos de medicina de la Universidad Ricardo Palma durante el periodo julio - agosto del 2016. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2017.
85. Sagawa, T, Okamura S, Kakizaki S, Zhang Y, Morita K., Mori M. Functional gastrointestinal disorders in adolescents and quality of school life. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 2013; 28(2): 285-290.

13. ANEXOS

13.1 Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

El propósito de esta ficha de consentimiento informado es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

Yo _____ con cédula de Ciudadanía N° _____ Residente en _____, en representación de _____ para los efectos legales que correspondan declaro que he recibido información clara y suficiente a cerca de la investigación titulada: Estilos de vida y enfermedades gastrointestinales en estudiantes de una universidad en Cartagena, 2019.

Que consiste en un estudio de tipo analítico, descriptivo, transversal a través del cual se identificara y dará a conocer el grado la relación existente entre las variables objeto de estudio, como también conocer los aspectos y elementos característicos de la población de interés.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Toda la información recolectada en la será de carácter anónima. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Desde ya le agradecemos su participación. Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por LAURIETH MORALES, MARIA JOSE MORELOS, OLGA OSORIO, PAULA RODRÍGUEZ y SILVIA RONCALLO.

He sido informado (a) de que el objetivo de este estudio es Determinar el vínculo entre los estilos de vida y las enfermedades gastrointestinales que presentan los estudiantes de una universidad localizada en Cartagena durante 2019.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a _____ al teléfono _____.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a _____ al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante
(en letras de imprenta)

Firma del Participante

13.2 Instrumentos



CUESTIONARIO DE ESTILOS DE VIDA EN JÓVENES UNIVERSITARIOS (CEVJU-R2)

(Salazar, Varela, Lema, Tamayo y Duarte, 2013)

El objetivo de este cuestionario es conocer diferentes aspectos de la vida de los jóvenes universitarios. Lea detenidamente cada pregunta y seleccione la respuesta que más refleje lo que usted hace, piensa o valora. Sus respuestas son confidenciales y no serán evaluadas como buenas o malas. Muchas gracias por su sincera colaboración.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

Sexo: 1. Hombre ___ 2. Mujer ___	Edad: ___ años	Religión: _____
Estado Civil: 1. Soltero ___ 2. Casado o unión libre ___ 3. Separado o viudo ___		
Ingreso Diario Para La Alimentación: _____		Semestre: _____
Tiene pareja actualmente: 1. Si ___ 2. No ___	Trabaja actualmente: 1. Si ___ 2. No ___	

ACTIVIDAD FÍSICA

- Señale la frecuencia con la que ha realizado las siguientes actividades durante los últimos seis (6) meses:

		1. Siempre	2. Frecuente- mente	3. Pocas veces	4. Nunca
1.	Caminar o montar en bicicleta en lugar de utilizar otro medio de transporte si debe desplazarse a un sitio cercano				
2.	Practicar algún deporte con fines competitivos				
3.	Hacer algún ejercicio o una práctica corporal durante al menos 30 minutos tres veces a la semana				

4. El principal motivo para hacer algún ejercicio o actividad física es **(escoja una sola opción):**

1. Mejorar su figura
2. Relacionarse con amigos o nuevas personas
3. Mejorar el estado de ánimo
4. Beneficiar su salud
5. Hace parte del estilo de vida de sus padres o hermanos
6. Hace parte del estilo de vida de su pareja o amigos cercanos
7. Otro. _____

¿Cuál?

5. El principal motivo para NO hacer (o dejar de hacer) ejercicio y actividad física es **(escoja una sola opción):**

1. Temor a hacer el ridículo
2. Implica mucho esfuerzo y se cansa fácil
3. Pereza
4. Insistencia de amigos, pareja o familia para no hacerlo
5. Las personas cercanas a usted lo han criticado por hacer ejercicio o actividad física
6. Otro. ¿Cuál? _____

6. Respecto a sus prácticas de ejercicio y actividad física considera que **(escoja una sola opción)**:

- | | | |
|----|---|--|
| 1. | Está satisfecho con sus prácticas y no piensa que sean problemáticas | |
| 2. | Podría cambiarlas, pero no sabe si lo hará | |
| 3. | Podría cambiarlas en poco tiempo y ya tiene un plan para lograrlo | |
| 4. | Ya ha hecho algunos cambios, pero aún le falta lograr lo que pretende | |
| 5. | Está satisfecho con los cambios que ha logrado y piensa mantenerlos | |

7. Si quiere realizar algún ejercicio o actividad física ¿con cuáles de los siguientes recursos cuenta? ***(puede escoger varias opciones)***:

1. Si

- | | | |
|-----------|--|--|
| A. | Implementos deportivos (ropa, zapatos, máquinas, elementos de seguridad, balones, etc.) necesarios | |
| B. | Dinero | |
| C. | Tiempo para realizarlo | |
| D. | Personas con quien realizarlo en caso de querer compañía | |
| E. | Habilidades (coordinación, agilidad, equilibrio, etc.) y cualidades físicas (fuerza, resistencia y flexibilidad) | |
| F. | Buen estado de salud | |

G. Conocimiento de la realización adecuada de las prácticas

H. Espacios y oferta de actividades físicas y deportivas en la universidad

Otro.

I.

¿Cuál?

TIEMPO DE OCIO (Aquel que se dedica al descanso, a la diversión, a las actividades culturales, sociales o artísticas)

▪ En una semana habitual, con qué frecuencia:

		1. Todos los días	2. La mayoría de los días	3. Algunos días	4. Ningún día
8.	Realiza alguna actividad para descansar y relajarse (ver televisión, dormir, escuchar música, meditar, etc.)				
9.	Comparte tiempo o actividades con la familia, amigos o pareja				

▪ En un mes habitual, con qué frecuencia:

		1. Todas las semanas	2. La mayoría de semanas	3. Algunas semanas	4. Ninguna semana
10.	Realiza alguna actividad de diversión o entretenimiento, cultural o artística (ir a centros				

	comerciales, ir a cine, manualidades, tocar un instrumento, etc.)				
--	---	--	--	--	--

11. El principal motivo para realizar actividades de ocio (culturales, sociales, artísticas, de descanso o de diversión) es (***escoja una sola opción***):

1. Sentirse mejor
2. Relacionarse con otras personas
3. Cambiar la rutina académica y laboral
4. Olvidar los problemas o las preocupaciones
5. Hace parte del estilo de vida de sus padres o hermanos
6. Hace parte del estilo de vida de su pareja o amigos
7. Otro. ¿Cuál? _____

12. El principal motivo para NO realizar (o dejar de realizar) actividades de ocio (culturales, sociales, artísticas, de descanso o de diversión) es (***escoja una sola opción***):

1. No sabe cómo ocupar el tiempo libre
2. No le parecen interesantes las actividades programadas
3. Prefiere seguir estudiando o trabajando
4. No le interesa este tipo de actividades
5. Las personas cercanas a usted lo han criticado por realizar este tipo de actividades
6. Otro. ¿Cuál? _____

13. Respecto al tiempo que dedica a las actividades culturales, sociales, artísticas, de descanso o de diversión, considera que:

- | | |
|--|--|
| 1. Está satisfecho con él y no piensa que sea problemático | |
| 2. Podría mejorar pero no sabe si lo hará | |
| 3. Podría mejorar en poco tiempo y ya tiene un plan para lograrlo | |
| 4. Ya ha hecho algunos cambios, pero aún le falta lograr lo que pretende | |
| 5. Está satisfecho con los cambios que ha logrado y piensa mantenerlos | |

14. Si quiere realizar actividades de ocio (culturales, sociales, artísticas, de descanso o de diversión) ¿con cuáles de los siguientes recursos cuenta? (puede escoger varias opciones)

- | | |
|---|--------------|
| | 1. Si |
| A. Recursos materiales o dinero | |
| B. Tiempo para realizarlas | |
| C. Personas con quien realizarlas en caso de querer compañía | |
| D. Espacios y oferta de actividades de ocio en la universidad | |
| E. Espacios y oferta de actividades de ocio en la ciudad | |
| F. Otro. ¿Cuál? _____ | |

ALIMENTACIÓN

- En una semana habitual, con qué frecuencia:

		1. Todos los días	2. La mayoría de los días	3. Algunos días	4. Ningún día
15.	Consume comidas rápidas, fritos, mecato o dulces				
16.	Consume gaseosas o bebidas artificiales				
17.	Desayuna, almuerza y come en horarios habituales				
18.	Omite alguna de las comidas principales (desayuno, almuerzo y comida)				
19.	Deja de comer aunque tenga hambre				
20.	Come en exceso aunque no tenga hambre				
21.	Vomita o toma laxantes después de comer en exceso				

22. El principal motivo para alimentarse adecuadamente es (escoja una sola opción):

1. Mantener su figura
2. Bajar de peso
3. Mejorar su rendimiento (físico y mental)
4. Mantener la salud
5. Verse mejor

6. Hace parte del estilo de vida de sus padres o hermanos
7. Hace parte del estilo de vida de su pareja o amigos cercanos
8. Otro. ¿Cuál? _____

23. El principal motivo para NO alimentarse adecuadamente (o dejar de hacerlo) es: (escoja una sola opción)

1. Conservar o mejorar su figura
2. No le gusta restringirse en lo que come
3. No puede controlarse en lo que come
4. No piensa en las consecuencias negativas de una mala alimentación
5. Las personas cercanas a usted lo han criticado por sus hábitos de alimentación saludables
6. Otro. ¿Cuál? _____

24. Respecto a sus prácticas de alimentación considera que (escoja una sola opción):

1. Está satisfecho con sus prácticas y no piensa que sean problemáticas
2. Podría cambiarlas, pero no sabe si lo hará
3. Podría cambiarlas en poco tiempo y ya tiene un plan para lograrlo
4. Ya ha hecho algunos cambios, pero aún le falta lograr lo que pretende

5. Está satisfecho con los cambios que ha logrado y piensa mantenerlos

25. Si quiere alimentarse de forma adecuada ¿con cuáles de los siguientes recursos cuenta? (*puede escoger varias opciones*)

1. Si

- | | |
|--|--------------------------|
| A. Dinero para comprar alimentos saludables | <input type="checkbox"/> |
| B. Tiempo suficiente para sus tres comidas principales | <input type="checkbox"/> |
| C. Disponibilidad de alimentos saludables en la universidad | <input type="checkbox"/> |
| D. Espacios adecuados y suficientes para comer en la universidad | <input type="checkbox"/> |
| E. Conocimiento para elegir alimentos saludables | <input type="checkbox"/> |
| F. Disponibilidad de alimentos saludables en su casa | <input type="checkbox"/> |
| G. Otro. ¿Cuál? _____ | <input type="checkbox"/> |

CONSUMO DE ALCOHOL, CIGARRILLO Y DROGAS ILEGALES (marihuana, cocaína, éxtasis, heroína, popper, otros alucinógenos, etc.)

- Señale cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su consumo actual de alcohol, cigarrillo y otras drogas:

26. Alcohol (escoja una sola opción):

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. Tomo bebidas alcohólicas varias veces en el día | <input type="checkbox"/> |
| 2. Tomo bebidas alcohólicas una vez al día | <input type="checkbox"/> |
| 3. Tomo bebidas alcohólicas por lo menos una vez a la semana | <input type="checkbox"/> |
| 4. Tomo bebidas alcohólicas de vez en cuando (en celebraciones, eventos sociales, ocasiones especiales) | <input type="checkbox"/> |

5. No tomo bebidas alcohólicas

27. Cigarrillo (escoja una sola opción):

1. Fumo varias veces en el día

2. Fumo una vez al día

3. Fumo por lo menos una vez a la semana

4. Fumo de vez en cuando (en celebraciones, eventos sociales, ocasiones especiales)

5. No fumo

28. Otras drogas ilegales (marihuana, cocaína, éxtasis, heroína, popper, otros alucinógenos, etc.)

(escoja una sola opción):

1. Consumo drogas ilegales varias veces en el día

2. Consumo drogas ilegales una vez al día

3. Consumo drogas ilegales por lo menos una vez a la semana

4. Consumo drogas ilegales de vez en cuando (en celebraciones, eventos sociales, ocasiones especiales)

5. No consumo drogas ilegales

SI USTED CONTESTÓ EN LAS PREGUNTAS ANTERIORES QUE NO CONSUME NI ALCOHOL, NI CIGARRILLO NI DROGAS ILEGALES, PASE A LA PREGUNTA

32.

- Señale la frecuencia con la que ha realizado las siguientes actividades durante los últimos seis (6) meses:

		1. Siempre	2. Frecuente- mente	3. Pocas veces	4. Nunca
29.	Dejar de hacer actividades sociales, académicas o laborales por tomar bebidas alcohólicas o consumir drogas ilegales				
30.	Ir a la universidad después de tomar bebidas alcohólicas o consumir drogas ilegales				

31. Seleccione el principal motivo para consumir alcohol (en la casilla A), cigarrillo (en la casilla B) y drogas ilegales (casilla C) (*escoja una sola opción por cada sustancia*):

		A. Alcohol	B. Cigarrillo	C. Drogas
1.	Sentirse mejor			
2.	Ser más sociable			
3.	Expresar sentimientos			
4.	Experimentar nuevas sensaciones			
5.	Olvidarse de los problemas			
6.	Disminuir la tensión, ansiedad o el estrés			
8.	Insistencia de amigos, pareja o familia			
9.	Es común en los lugares que frecuenta			
10.	Ser aceptado			

		A. Alcohol	B. Cigarrillo	C. Drogas
11.	Hace parte del estilo de vida de sus padres o hermanos			
12.	Hace parte del estilo de vida de su pareja o amigos			
13.	Otro. ¿Cuál? _____			

32. Seleccione el principal motivo para evitar el consumo de alcohol (casilla A), cigarrillo (casilla B) y drogas ilegales (casilla C) (***escoja una sola opción por cada sustancia***):

		A. Alcohol	B. Cigarrillo	C. Drogas
1.	No lo/a necesita para divertirse			
2.	No lo/a necesita para sentirse mejor			
3.	Le disgusta su sabor, olor o efecto			
4.	Trae consecuencias negativas (en la salud, las relaciones con los demás, en el desempeño académico, etc.)			
5.	Las personas cercanas a usted lo han criticado por consumir			
6.	Las personas cercanas a usted no consumen			
8.	Le disgusta el comportamiento de los otros cuando están bajo su efecto			
9.	Otro. ¿Cuál? _____			

33. Respecto a sus prácticas de consumo de alcohol, cigarrillo o drogas, considera que *escoja una sola opción*:

- | | | |
|----|---|--|
| 1. | Está satisfecho con sus prácticas y no piensa que sean problemáticas | |
| 2. | Podría cambiarlas, pero no sabe si lo hará | |
| 3. | Podría cambiarlas en poco tiempo y ya tiene un plan para lograrlo | |
| 4. | Ya ha hecho algunos cambios, pero aún le falta lograr lo que pretende | |
| 5. | Está satisfecho con los cambios que ha logrado y piensa mantenerlos | |

34. Si quiere consumir alcohol, cigarrillo o drogas ilegales ¿con cuáles de los siguientes recursos cuenta? (*puede escoger varias opciones*)

- | | | |
|-----------|--|--------------|
| A. | Dinero para comprarlos | 1. Si |
| B. | Habilidad para negarse a consumir aunque otras personas insistan | |
| C. | Conocimiento de sitios donde vendan drogas ilegales | |
| D. | Venta de alcohol en la universidad | |
| E. | Venta de cigarrillos en la universidad | |
| F. | Venta de drogas ilegales en la universidad | |

- G. Existencia de sitios cercanos a la universidad donde vendan alcohol, cigarrillo o drogas ilegales
- H. Sitios que frecuente en los cuales vendan alcohol, cigarrillo o drogas ilegales
- I. Otro. ¿Cuál? _____

SUEÑO

▪ Señale la frecuencia con la que realiza las siguientes actividades en una semana habitual:

		1. Todos los días	2. La mayorí a de los días	3. Algun os días	4. Ningú n día
35.	Se acuesta y se levanta a una hora habitual				
36.	Se despierta en la madrugada y tiene dificultad para dormirse nuevamente				
37.	Se despierta varias veces en la noche				

38. El principal motivo para dormir el tiempo que necesita es (escoja una sola opción):

1. Descansar
2. Tener un buen rendimiento físico y/o mental
3. Evitar amanecer irritable
4. Hace parte del estilo de vida de sus padres o hermanos
5. Hace parte del estilo de vida de su pareja o amigos
6. Otro. ¿Cuál? _____

39. El principal motivo para NO dormir el tiempo que necesita (o dejar de hacerlo) es (escoja una sola opción):

- | | |
|---|--|
| 1. Tiene mucha carga académica o laboral | |
| 2. Tiene responsabilidades distintas al estudio o al trabajo que le impiden dormir el tiempo que necesita (hijos, un familiar enfermo, arreglo del hogar, etc.) | |
| 3. Sus amigos o pareja lo incitan a realizar actividades de noche que interrumpen sus horarios de sueño | |
| 4. Tiene muchas preocupaciones y asuntos en qué pensar | |
| 5. Le gusta hacer actividades por la noche (chatear, ver un programa, hacer ejercicio, leer, etc.) | |
| 6. Alguien o algo suele despertarlo | |
| 7. Las personas cercanas a usted lo han criticado por dormir más del tiempo que necesita | |
| 8. Otro. ¿Cuál? _____ | |

40. Respecto a sus prácticas de sueño considera que: (escoja una sola opción):

- | | |
|---|--|
| 1. Está satisfecho con sus prácticas y no piensa que sean problemáticas | |
| 2. Podría cambiarlas, pero no sabe si lo hará | |
| 3. Podría cambiarlas en poco tiempo y ya tiene un plan para lograrlo | |

4. Ya ha hecho algunos cambios, pero aún le falta lograr lo que pretende
5. Está satisfecho con los cambios que ha logrado y piensa mantenerlos

41. Si quiere dormir adecuadamente ¿con cuáles de los siguientes recursos cuenta? (*puede escoger varias opciones*)

- | | |
|---|--------------------------|
| | 1. Si |
| A. Lugar cómodo y agradable para dormir (sin ruidos, sin exceso de luz, colchón adecuado, temperatura adecuada, etc.) | <input type="checkbox"/> |
| B. Dinero necesario para adecuar el lugar en el que duerme (cambiar el colchón o la almohada cuando se daña, cubrir las ventanas con cortinas o persianas, etc.) | <input type="checkbox"/> |
| C. Tiempo para dormir lo que necesita | <input type="checkbox"/> |
| D. Conocimiento sobre las condiciones necesarias para tener un sueño óptimo (temperatura, ruido, iluminación, etc.) | <input type="checkbox"/> |
| E. Estrategias para controlar los pensamientos y emociones que podrían interferir con su sueño | <input type="checkbox"/> |
| F. Otro. ¿Cuál? | |
-

AFRONTAMIENTO

- Señale la frecuencia con la que ha realizado las siguientes actividades durante los últimos dos (2) meses, cuando se enfrenta a una situación difícil o problemática:

		1. Siempre	2. Frecuent e-mente	3. Pocas veces	4. Nunca
42.	Se esfuerza por comprender en qué consiste antes de intentar solucionarla				
43.	Evalúa si puede hacer algo para cambiarla				
44.	Busca ayuda o apoyo por parte de otras personas				
45.	La resuelve si ésta tiene solución				
46.	Acepta y se ajusta a aquellas situaciones que considera que usted no puede cambiar				

47. El principal motivo para buscar soluciones a una situación difícil o problemática es (escoja una sola opción):

- No sentir que los problemas dominan su vida
- Disminuir el malestar que ocasionan los problemas
- Evitar que los problemas interfieran en su rutina
- La búsqueda de soluciones ante los problemas hace parte del estilo de vida de sus padres y/o hermanos

5. La búsqueda de soluciones ante los problemas hace parte del estilo de vida de su pareja o amigos

Otro. ¿Cuál?
6

48. El principal motivo para NO buscar soluciones a una situación difícil o problemática es (escoja una sola opción):

1. Considera que no está en sus manos solucionarlo
2. Prefiere no pensar en los problemas
3. Prefiere no enfrentar las consecuencias de resolver el problema
4. Las personas cercanas a usted lo han criticado por su forma de enfrentar los problemas
5. Otro. ¿Cuál?

49. Respecto a la forma como generalmente enfrenta las situaciones difíciles o problemáticas, considera que (escoja una sola opción):

1. Está satisfecho con su forma de enfrentarlas y no piensa que sea problemática
2. Podría cambiarla, pero no sabe si lo hará
3. Podría cambiarla en poco tiempo y ya tiene un plan para lograrlo

4. Ya ha hecho algunos cambios, pero aún le falta lograr lo que pretende
5. Está satisfecho con los cambios que ha logrado y piensa mantenerlos

50. Si tiene que enfrentar situaciones difíciles o problemáticas, ¿con cuáles de los siguientes recursos cuenta? (*puede escoger varias opciones*)

- 1. Si**
- | |
|--|
| |
| |
| |
| |
- A. Recursos materiales y económicos
- B. Personas que pueden apoyarlo
- C. Ayuda profesional si la necesita
- D. Habilidades para solucionar problemas
- E. Otro. ¿Cuál? _____

¡MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!

Trastornos gastrointestinales

Por favor indique si Ud. presenta alguno(s) de los siguientes trastornos gastrointestinales.

Solamente en caso de que marque "sí" indique la frecuencia y la intensidad con que GENERALMENTE los presenta. Tenga en cuenta las siguientes escalas

Escala para la frecuencia:

1: Casi nunca 2: Algunas veces 3: Muy frecuentemente

Escala para la intensidad:

1: Leve 2: Moderada 3: Muy intensa

Trastornos	¿Presenta el trastorno?		¿Con qué frecuencia?			¿Con qué intensidad?		
	Sí	No	1	2	3	1	2	3
1) Gastritis								
2) Acidez								
3) Reflujo gastroesofágico								
4) Constipación								
5) Diarrea								
6) Alternancia entre constipación y diarrea								
7) Estreñimiento								
8) Eliminación de mucus por el recto								
9) Hinchazón								
10) Dolor abdominal								
11) Sensación de evacuación incompleta								
12) Flatulencia								
13) Reflejo gastrocólico								
14) Náuseas								
15) Pirosis								
¿Algún otro?								
16) ¿Cuál?								
17) ¿Cuál?								

13.3 Presupuesto

ÍTEMS		CANTIDAD	COSTO UNITARIO	TOTAL
Equipos de cómputo e internet				\$ 9.000.000
	Investigadores	5	\$1.200.000	\$ 6.000.000
	Asesor	2	\$ 1.500.000	\$ 3.000.000
Equipos de cómputo e internet				\$ 2.330.000
	Computadores	1	\$ 1.456.000	\$ 1.456.000
	Servicio de internet	10	\$ 70.000	\$ 700.000
	Impresora	1	\$ 174.000	\$ 174.000
Transporte y refrigerios				\$ 2.380.000
	Transporte	40	\$ 5.000	\$ 200.000
	Refrigerios	20	\$ 9.000	\$ 180.000
	Viáticos	5	\$400.000	\$2.000.000
Impresiones y fotocopias				\$ 105.000
	Cartucho de tinta	1	\$ 25.000	\$ 25.000
	Fotocopias	500	\$ 100	\$ 50.000
	Resma de papel	3	\$ 10.000	\$ 30.000
Subtotal				\$13,815,000
Gastos inesperados (10%)				\$ 1.381.500
TOTAL				\$ \$15.196.500

13.4 Cronograma de actividades

Actividad	2018																															
	Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Definición del tema																																
Revisión de la literatura																																
Redacción del proyecto																																
Presentación del proyecto																																

Actividad	2019																											
	Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo											
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4								
Aprobación del proyecto																												
Aplicación del instrumento																												
Digitación de los cuestionarios																												
Procesamiento y depuración de la base de datos																												
Análisis de la información																												
Redacción del documento final																												
Entrega del documento final																												

INSTRUMENTO PARA LA VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO

ESTILOS DE VIDA Y ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES EN ESTUDIANTES DE UNA UNIVERSIDAD EN CARTAGENA, 2019

Dirigido a Expertos en validación de contenido de instrumentos para el área de salud pública

A continuación, se le solicitará que lea atentamente los siguientes criterios a evaluar, por favor responda con una única respuesta, marcando con una x:

CRITERIOS A EVALUAR	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
Presentación del Cuestionario	x			
Claridad en la redacción de las preguntas	X			
Determinación del vínculo entre los estilos de vida y las enfermedades gastrointestinales que presentan los estudiantes de una universidad localizada en Cartagena	x			
Relevancia del contenido	x			
Factibilidad de la aplicación	x			

Observaciones, detallar aquí, acorde a la valoración emitida anteriormente:

Validado por: Luz Marina Padilla Marrugo

Profesión: Medico- Epidemiólogo

Lugar de Trabajo: Universidad del Sinu

Cargo que desempeña: Coordinador de Investigacion Medicina Pregrado

Lugar y fecha de validación: 13/03/2018

Firma: 

INSTRUMENTO PARA LA VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO

ESTILOS DE VIDA Y ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES EN ESTUDIANTES DE UNA UNIVERSIDAD EN CARTAGENA, 2019

Dirigido a Expertos en validación de contenido de instrumentos para el área de salud pública

A continuación, se le solicitará que lea atentamente los siguientes criterios a evaluar, por favor responda con una única respuesta, marcando con una x:

CRITERIOS A EVALUAR	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
Presentación del Cuestionario	X			
Claridad en la redacción de las preguntas	X			
Determinación del vínculo entre los estilos de vida y las enfermedades gastrointestinales que presentan los estudiantes de una universidad localizada en Cartagena	X			
Relevancia del contenido	X			
Factibilidad de la aplicación		X		

Observaciones, detallar aquí, acorde a la valoración emitida anteriormente:

Comentario 1. Se evidencia una segunda hoja de descripción en el que parece que se hace referencia a otro componente del cuestionario, pero por el contenido da la idea de que se refieren a la tabla que muestran al inicio. Si el cuestionario está completo se requiere suprimir esa página, si faltan otros factores en el contenido, es necesario incluirlos.

Comentario 2. No se muestra lugar para proceder a la recolección de información demográfica. Tampoco para identificar sujetos de estudio y a quien aplicará el instrumento. Se sugiere incluir estos aspectos al inicio.

Validado por: Lesbia Rosa Tirado Amador

Profesión: Odontóloga

Lugar de Trabajo: Universidad del Sinú- Universidad de Cartagena

Cargo que desempeña: Coordinador de Investigación- profesor posgrado

Lugar y fecha de validación: 8 marzo de 2019



Firma:

APROBACION DEL INSTRUMENTO POR PARTE DE LOS AUTORES



Isabel Cristina Sala... Jan 24

to me ▾



Estimada Laurieth,

Le enviamos el instrumento. Le solicitamos no difundirlo sin nuestro permiso y citar la fuente del mismo.

Un saludo,

Dra. Isabel Cristina Salazar Torres
Profesora
Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento
Psicológico
Universidad de Granada (España)

De: Laurieth Y Morales

<lauriimorales3112@gmail.com>

Enviado: lunes, 29 de octubre de 2018

23:09:39

Para: salazar_isabel@yahoo.com.ar;

isabelsalazar@ugr.es; Isabel Cristina Salazar;

Maria Teresa Varela Arevalo; Luisa Fernanda

Lema Soto; Carolina Duarte Alarcon; Julian

Diaz
