

UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO /FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DE LOS ALIMENTOS/ ESCUELA
DE ENFERMERÍA



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

**DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN ESTUDIANTES DE LA
UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO, SEDE CHILLÁN, 2016**

AUTORES:

AGUAYO ROSALES, CLAUDIA BELÉN

ANDRADE GUTIERRÉZ, KATHERINE ANDREA

FUENTES CARTES, FRANCISCO JAVIER

LEÓN PINO, JOSÉ MANUEL

PROFESOR GUÍA TESIS:

EU MG. EN SALUD PÚBLICA

MENCIÓN EPIDEMIOLOGÍA

SRA. PINCHEIRA RODRÍGUEZ, ANA RAQUEL

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

2016

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos en primer lugar a nuestras familias y seres queridos, quienes en todo momento nos han apoyado, y han hecho de cada uno de nosotros personas responsables, serias y comprometidas en nuestro que hacer como estudiante, brindándonos fortaleza y amor para sobrepasar cada adversidad.

A nuestra profesora guía Sra. Ana Pincheira Rodríguez por apoyarnos y orientarnos con esfuerzo y dedicación en el proceso de nuestra tesis, quien compartía con nosotros cada conocimiento, habilidad y siempre mostrando una actitud de confianza, motivación y paciencia que fueron fundamental para así lograr el cumplimiento de una de las metas que nos encaminan para formarnos como grandes profesionales.

A la Dra. Carmen Luz Muñoz por guiarnos de forma correcta, siempre reflejando el gran conocimiento y motivación, brindándonos un tiempo en todo momento para poder llevar a cabo de mejor forma nuestro proyecto final. Además de guiarnos en todo el proceso previo durante el ante proyecto de tesis en conjunto con el Dr. José Leiva Caro quienes lograron en nosotros una mejor formación en la investigación en enfermería.

Al profesor Sr. Miguel Ángel López Espinoza, por su colaboración durante todo el proceso de investigación.

A la escuela de Enfermería en especial a la Sra. Pamela Montoya y las secretarias de escuelas por su amabilidad, paciencia y compromiso para realizar todas las gestiones formales que se solicitaban para dar comienzo a nuestra investigación

A cada uno de los Funcionarios de la Universidad quienes de una u otra forma mostraban su preocupación y nos ayudaban con espacios e implemento para el desarrollo de nuestra tesis.

Y finalmente a cada uno de los estudiantes de nuestra Universidad quienes participaron en esta investigación, por su voluntad, disposición, amabilidad y colaboración al momento de responder el instrumento y así poder llevar a cabo nuestro estudio.

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar los Determinantes Sociales de la Salud en los estudiantes de la Universidad del Bío-Bío

Métodos: Estudio de tipo descriptivo de corte transversal. Se calculó una muestra de 223 estudiantes, de los cuales 222 aceptaron participar, quienes fueron seleccionados por un muestreo probabilístico. Se elaboró una Hoja de Registro autoadministrada para la recolección de los antecedentes de los estudiantes, además se incorporaron las dimensiones actividad física, alimentación, consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales del “Cuestionario de Estilos de Vida en Jóvenes Universitarios” (CEVJU-R), para evaluar el estilo de vida.

Resultados: Se obtuvo que en cuanto a los Determinantes Sociales de la Salud, el 61,3% se encontró en un rango de edad entre 18-20 años, el 64,4% correspondió a mujeres y el 22,5% refirió presentar una enfermedad diagnosticada. Respecto a los estilos de vida, el 67,7% presentó prácticas no saludables en el ámbito de actividad física, el 65,3% consumía alcohol, el 26,1% fumaba tabaco y el 33,8% presentó consumo de drogas ilegales. Respecto al sistema de salud, el 76,7% se atendía habitualmente en el sistema público de salud.

Conclusión: Si bien el área de salud no puede modificar ni mejorar las condiciones genéticas y socioeconómicas de la población, sí puede intervenir sobre la adopción de estilos de vida saludables mediante acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Palabras claves: Determinantes Sociales de la Salud, Estilos de Vida, estudiantes universitarios.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 ANTECEDENTES INTRODUCTORIOS DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.2 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA	4
1.3 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	7
1.4 PROBLEMATIZACIÓN	7
1.5 MARCO TEÓRICO	8
1.6 MARCO EMPÍRICO.	25
1.7 PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN	33
1.8 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	33
II. MÉTODOS	34
2.1 TIPO DE DISEÑO.	34
2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO.	34
2.3 MUESTRA.	34
2.4 UNIDAD DE ANÁLISIS.	35
2.5 CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD.	35
2.6 LISTADO DE VARIABLES. (ANEXO 2)	35
2.7 DESCRIPCIÓN INSTRUMENTO RECOLECTOR (ANEXO 3)	36
2.8 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS.	37
2.9 ASPECTOS ÉTICOS.	38
2.10 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS.	38
III. RESULTADOS.....	39
IV DISCUSIÓN.....	54
4.1 DISCUSIÓN DEL ESTUDIO	54
4.2 LIMITACIONES	70
4.3 SUGERENCIAS.	71
4.4 CONCLUSIONES	72
V. BIBLIOGRAFÍA	75
VI. ANEXOS	99
ANEXO 1. CANTIDAD DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS POR CARRERA.	99
ANEXO 2. MATRIZ DE VARIABLES.	100
ANEXO 3. INSTRUMENTO	110

ANEXO 4. PUNTUACIÓN DE LAS DIMENSIONES DE LA ESCALA DE ESTILOS DE VIDA.....	121
ANEXO 5.	122
CARTA A DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA	122
CARTA DE DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA	124
ANEXO 6. CONSENTIMIENTO INFORMADO.	126
ANEXO 7. DIAGRAMA GANNT 2015.....	129
ANEXO 8. DIAGRAMA GANNT 2016.....	130

I. INTRODUCCIÓN

1.1 ANTECEDENTES INTRODUCTORIOS DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Con el tiempo se le ha ido dando importancia a las condiciones sociales y económicas de la población, ya que son las que ejercen una mayor influencia sobre la salud de la población en general, determinando que las personas enfermen y/o necesiten atención médica ⁽¹⁾. Esto se debe a que las desigualdades injustas y evitables que se presentan en el ámbito social, afectan directamente la salud y el acceso que tiene la población a ésta ⁽²⁾. Esta desigualdad social en salud hace referencia a las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas, en función de su nivel de educación, clase social, sexo, territorio o etnia, lo cual se plasma en una peor salud en aquellos colectivos socialmente menos favorecidos. Esto se ve reflejado, a nivel internacional, donde se observa que entre los años 2007 al 2009 en la región de las Américas las personas que pertenecían al menor cuartil de desarrollo humano presentaban una mayor tasa de mortalidad (7,5 por cada 1000 habitantes) en comparación a las de mayor cuartil (6,4 por cada 1000 habitantes) ^(3,4). Por otro lado, a nivel nacional entre 1998 y 2006, la esperanza de vida a los 20 años aumentó en 1,5 años, pero este incremento no fue homogéneo según nivel educacional, ya que la esperanza de vida a los 20 años de los hombres sin escolaridad aumentó en 0,8 años, mientras que para el grupo con 13 y más años de educación el aumento fue de 2,8 años. Asimismo, una persona con menos de 3 años de educación tiene una probabilidad de 5,7% de morir por neumonía, mientras que para una persona de más de 13 años de educación es sólo un 2%. La mortalidad infantil en niños cuya madre tiene menos de 3 años de educación es 3,4 veces superior a madres con más de 13 años de educación ⁽⁵⁾.

La importancia de la posición social también se observa en diversos factores de riesgo para la salud, por ejemplo, el consumo de alcohol que presenta riesgo para la salud de las personas es de un 10,3% en la población de menor nivel socioeconómico (NSE), mientras que en personas de un NSE alto es de sólo 8,6%. Por otro lado, el sedentarismo también

presenta una gradiente social, siendo la población de menor educación las que presentan un mayor sedentarismo (96,6%), en comparación a las personas que presenta más años de estudios (82,2%)⁽⁵⁾.

La mala distribución de los recursos y las deficientes políticas del estado, van a influir sobre las condiciones de educación, trabajo, tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades. Por tanto, la implementación de políticas económicas y sociales va a determinar la salud de la población y la posibilidad de tener una vida próspera⁽⁶⁾. Por ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) con el fin de recabar datos científicos sobre posibles medidas e intervenciones en favor de la equidad sanitaria y promover un movimiento internacional para alcanzar ese objetivo, puso en marcha en 2005 la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), definido este último como "las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo el sistema de salud; siendo estas circunstancias el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas"^(7,8).

Una de las herramientas más efectiva para enfrentar esta brecha socioeconómica ha sido la educación, donde se destaca la implementación de diversos beneficios para permitir la continuidad de los estudios superiores⁽⁹⁾. Esto se refleja con la matrícula total de estudiantes universitarios en Chile, la cual ha crecido a 1.152.125 estudiantes para el año 2015 y donde más de 400.000 universitarios estudian con algún beneficio del estado, siendo los deciles del 2 al 6, los que tienen mayor cantidad de becas con un 76% del total de estas. Por otro lado, la región del Bío-Bío, es una de las tres regiones que concentran más de la mitad de los estudiantes existentes en el país⁽¹⁰⁻¹²⁾. Es así como en la capital provincial de Ñuble, Chillán, ha aumentado en los últimos 10 años más del 100% de estudiantes universitarios, teniendo al año 2015 una cantidad 24.190 de universitarios⁽¹³⁾. A esto se le suma, que la población universitaria es la que generalmente desarrolla estilos de vida con conductas riesgosas para su salud, tales como el consumo abusivo de alcohol y

drogas, consumo de tabaco, entre otras conductas de riesgo ^(14, 15). Debido a que el comienzo de los estudios universitarios es considerado un período de gran responsabilidad en los distintos ámbitos de la vida, ya que las prácticas de los estilos de vida adquiridos durante la infancia suelen modificarse por diversas razones como la migración a otra ciudad con el consiguiente desarraigo familiar, menor disponibilidad de dinero y tiempo, entre otras ⁽¹⁶⁾.

Chile no ha estado ajeno a esta situación, por ello ha vivido varios períodos de reforma en su sistema de salud con el fin de lograr una mejor salud para todos los chilenos, garantizando igualdad de derechos e implementando políticas basadas en la equidad, solidaridad, efectividad técnica, eficiencia en el uso de los recursos y participación social en la formulación, puesta en marcha y evaluación de políticas y programas sectoriales ^(17, 18). Una de las estrategias son el establecimiento de las Metas Sanitarias de la Década (2011-2020), donde uno de sus objetivos estratégicos planteados es reducir las inequidades en salud de la población a través de la mitigación de los efectos que producen los determinantes sociales y económicos de la salud ⁽⁵⁾. Asimismo, en los establecimientos sanitarios se implementa el Examen de Medicina Preventiva (EMP), que permite detectar oportunamente enfermedades de alta concurrencia en nuestro país, y actuar inmediatamente sobre las conductas de riesgo de la población de 15 a 64 años ⁽¹⁹⁾.

Finalmente investigar y ampliar el conocimiento sobre los DSS en estudiantes universitarios, genera beneficios a nivel individual, familiar, comunitario y país, tales como mejorar el estado de salud de la población, y disminuir de forma significativa la prevalencia de enfermedades y las inequidades sanitarias ⁽²⁰⁾. Por lo tanto, el objetivo de este estudio es caracterizar los Determinantes Sociales de la Salud en estudiantes de la Universidad del Bío-Bío.

1.2 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

Promover y mantener la salud, como forma de evitar que las personas enfermen, se convierte en un objetivo mundial, basado en el principio de reconocer a la salud como un derecho humano fundamental básico e indispensable para el desarrollo social y económico ⁽²¹⁾. Sin embargo, todas las sociedades presentan el hecho de que a medida que se desciende por la escala social, se va acortando la esperanza de vida, se vuelven más comunes la mayoría de las enfermedades y aumentan las inequidades sanitarias ⁽¹⁾. Esto se refleja en los indicadores de la Región de las Américas en el año 2008, donde describen que las mujeres que poseían 13 años de escolaridad promedio presentaban una tasa de mortalidad materna menor (25 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos), en comparación de las que poseían 3 años de escolaridad promedio (250 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos) ^(22,23). Por otro lado, en Colombia y México, las personas con poca educación presentan un riesgo tres veces mayor de morir que aquellas con un nivel de educación alto, independientemente de la edad o el sexo ⁽²⁴⁾. A nivel nacional también se presentan estas inequidades, observándose el año 2009, un aumento de las defunciones perinatales, según años de estudio de la madre. Dando como resultado una tasa de defunción perinatal de 12,9 hijos (por cada 1000 nacidos vivos) en madres que presentan de 0-8 años de escolaridad y 8,7 hijos (por cada 1000 nacidos vivos) en aquellas que presentaban un nivel de escolaridad de 13 o más años, por tanto, a mayor escolaridad disminuyen las defunciones perinatales ⁽²⁵⁾. La exclusión social y las inequidades persistentes en la distribución de la riqueza y en el acceso y la utilización de los servicios se ven claramente reflejadas en los resultados e indicadores de salud ⁽²⁴⁾. Por ello, hace años surge el interés por investigar, trabajar e intervenir sobre DSS, que según la OMS son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas ⁽⁷⁾.

Dentro de los DSS los que inciden poderosamente en la salud, son los estilos de vida (EV) adoptados por la población, ya que si estos no son saludables favorecen la aparición de problemas de salud, llevando a requerir una mayor atención sanitaria. Por ello, la OMS recomienda que se adopte un estilo de vida saludable a lo largo de todo el ciclo vital, con el fin de preservar la vida, para mantenerse sano, paliar la discapacidad y el dolor en la vejez ^(26,27). Las investigaciones con respecto al estudio de los EV, enfocado a la alimentación en estudiantes universitarios, reflejan que estos tienden a elegir alimentos ricos en carbohidratos y lípidos. Además de existir una alta frecuencia de consumo de pasteles, galletas, dulces, bebidas gaseosas, frituras y baja frecuencia de consumo diario de frutas, verduras y lácteos ⁽²⁸⁻³¹⁾. Esto se debe, a que el comienzo de los estudios universitarios es una etapa importante en que se transita desde la adolescencia a la adultez joven, representando un período de mayor responsabilidad en distintos aspectos de la vida. Muchos de sus comportamientos en esta etapa, cómo las prácticas de estilos de vida saludables adquiridos en la infancia suelen modificarse, donde los estudiantes pasan de una rutina regular de actividad física en la etapa escolar a una inactividad física. A esto se le suma, que algunos estudiantes que provienen de lugares lejanos a los centros universitarios de estudios empeoran su estilo de alimentación, producto de la falta de tiempo y disponibilidad de dinero, además de no tener experiencia en comprar sus alimentos, planificar y preparar sus comidas ^(15, 28, 29). En Chile, la Encuesta Nacional de Salud (ENS) del año 2010, que incluyó jóvenes de 15 a 24 años, muestra un 10,9% de obesidad, 46% de fumadores, 79,3% de sedentarismo y sólo un 13% cumplía con las recomendaciones de consumo de verduras y frutas del Ministerio de Salud ⁽³²⁾. A esto se le suma, que la Encuesta Nacional de Salud 2010 muestra un panorama preocupante, debido a que las enfermedades crónicas no transmisibles representan el grueso de la carga de salud para el país, y estas enfermedades se asocian directamente con los hábitos que se adquieren en etapas tempranas en la infancia o en la adolescencia. Por lo tanto, se hace necesario que las políticas de gobierno y el servicio de salud trabajen en conjunto para desarrollar y establecer estrategias que aseguren una mejor salud en la población ⁽⁵⁾. Por

tanto, los equipos sanitarios tienen un gran desafío que es actuar sobre los DSS, que influyen de forma significativa en las inequidades sanitarias y en la salud de la población. Sin embargo, el área de salud no puede modificar ni mejorar las condiciones genéticas y socioeconómicas de la población, pero sí puede intervenir sobre la adopción de estilos de vida saludables mediante acciones promocionales de la salud. Es en esta área donde los profesionales de enfermería tienen una gran importancia y misión, ya que son ellos los encargados de entregar cuidados en salud desde el ámbito de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades en todos los contextos. A su vez, son uno de los profesionales más cercano a los estudiantes universitarios mediante la aplicación del EMP, debido a que este grupo se encuentra en una etapa del ciclo vital clave para la modificar o fortalecer sus hábitos saludables, para posteriormente replicar estos estilos de vida en el ámbito familiar, social y laboral ^(19,33). Incorporar los DSS en el desarrollo de futuros programas y políticas de salud, permitirá favorecer un envejecimiento activo, aumentar las expectativas y calidad de vida, y a su vez disminuir los gastos en salud. Por ello, a nivel nacional se ha tomado conciencia sobre la necesidad de modificar los enfoques en salud, donde el Ministerio de Salud de Chile ha desarrollado una política pública en salud para la década 2011-2020, centrada en la generación de objetivos estratégicos que consideran específicamente los determinantes sociales como referentes relevantes para reducir las inequidades en salud, y lograr una mejor atención sanitaria, a partir reducción de aparición y prevalencia de enfermedades en etapas avanzadas, y la detección temprana ⁽⁵⁾. Otra de las políticas destacadas, es a nivel universitario, con la incorporación del concepto de promoción de salud en las universidades del país, con la finalidad de fomentar una cultura de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, para así modificar sus estilos de vida, los de sus familiares y otras personas del entorno. Finalmente esto permitirá mejorar la situación de salud de la población en general.

1.3 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los Determinantes Sociales de la Salud de los estudiantes de la Universidad del Bío-Bío?

1.4 PROBLEMATIZACIÓN

1. ¿Cuáles son los antecedentes sociodemográficos, tales como: procedencia geográfica, hijos, estado civil y relación de pareja de los estudiantes universitarios?
2. ¿Cuáles son los antecedentes familiares, tales como: tipo de familia y miembros por hogar?
3. ¿Cuáles son los antecedentes académicos, tales como: año de ingreso y promedio de notas?
4. ¿Cuáles son los DSS referente a factores conductuales y biológicos: edad, sexo, enfermedades y los estilos de vida en los ámbitos de la actividad física, alimentación, consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales de los estudiantes universitarios?
5. ¿Cuáles son los DSS referente al nivel socioeconómico familiar: nivel de escolaridad de los padres, ocupación de los padres, vivienda, disponibilidad de agua, luz eléctrica y medio de eliminación de excretas, ingreso mensual familiar de los estudiantes universitarios?
6. ¿Cuáles son los DSS referente al nivel socioeconómico del estudiante: trabajo, previsión social, tipo de trabajo, horas de trabajo semanal, motivación para trabajar, ingreso mensual, transporte a la universidad, beneficios estudiantiles y vivienda en periodo académico de los estudiantes universitarios?
7. ¿Cuáles son los DSS referente al sistema de salud: previsión de salud y atención en salud de los estudiantes universitarios?

1.5 MARCO TEÓRICO

Desde la antigüedad, varios modelos han intentado identificar las condiciones o circunstancias que determinan la salud, y con ello explicar la producción o pérdida de ésta. Entre los modelos que intentan explicar cuáles son los factores asociados y predictores de la salud, se destaca el desarrollado en el año 1974 por Marc Lalonde, ministro de sanidad canadiense, en el documento: Nuevas perspectivas de la salud de los canadienses, donde reconoce la biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida y la organización de los servicios de salud, como determinantes que influyen de forma directa en la salud de una persona o comunidad ⁽³⁴⁾. Dentro de la biología humana incluye la herencia genética de la persona, los procesos de maduración y envejecimiento, y los diferentes aparatos internos del organismo, como el esquelético, el nervioso, el muscular, el cardiovascular, el endocrino y el digestivo. El medio ambiente incluye todos aquellos factores relacionados con la salud que son externos al cuerpo humano y sobre los cuales la persona tiene poco o ningún control, como por ejemplo las personas por sí solas no pueden garantizar la inocuidad ni la pureza del aire y del agua, ni asegurar la ausencia de contaminación. En relación a los estilos de vida, hace referencia al conjunto de decisiones que toma una persona con respecto a su salud y sobre las cuales tiene cierto grado de control, por ejemplo los hábitos alimenticios ⁽³⁵⁾. Finalmente, la cuarta categoría consiste en la cantidad, calidad, orden, índole y relaciones entre las personas y los recursos en la prestación de la atención de salud, incluye los servicios de medicina, enfermería, hospitales, hogares de ancianos, ambulancias, centros comunitarios, entre otros ⁽³⁶⁾.

Posterior al modelo de Lalonde, aparece Acheson, adaptando el modelo de Dahlgren y Whitehead, en el cual explica los determinantes de la salud como capas de influencia.



Este modelo intenta representar las interacciones entre los factores que determinan la salud. En el centro se encuentra la persona y sus características que no son modificables, como sexo, edad, y factores constitucionales. A su alrededor se encuentran todas las condiciones que son modificables, donde empezamos y encontramos los estilos de vida individuales. Pero a su vez, las personas, su grupo familiar y sus conductas, estarían influenciadas por las redes sociales y comunitarias en las que se encuentran adherido, que pueden actuar beneficiando o dificultando la adopción de conductas saludables. En las capas más externas, encontramos a los determinantes considerados de amplia influencia, y que se relacionan con las condiciones de vida, trabajo, alimento y acceso a los servicios básicos. Finalmente se observan las condiciones políticas, socioeconómicas, culturales y ambientales, que poseen una gran influencia sobre las capas inferiores de este modelo. Los problemas de salud son causados por uno o la combinación de varios de estos componentes ^(2, 37, 38).

Sin embargo, los esfuerzos por mejorar la salud de las personas deben enfocarse en los denominados DSS: condiciones socioeconómicas, políticas, culturales y ambientales; debido a que la salud y la enfermedad no están determinadas solamente por factores biológicos, la atención médica o los estilos de vida de las personas, sino que además otros factores como son las condiciones en que viven y trabajan, ya que la población que vive en los peldaños más bajos de la escala social suele estar sometida, como mínimo, a un riesgo

doble de padecer enfermedades graves y muertes prematuras en relación a las personas que viven más cerca de los peldaños superiores ^(1,2,39). A esto se le suma, que la esperanza de vida difiere enormemente en función al lugar donde se haya nacido. Por ejemplo: en Japón o en Suecia en promedio se espera vivir más de 80 años, en Brasil 72 años, en la India 63 años y en algún país africano menos de 50 años. Todo esto, se debe a que las circunstancias de pobreza social y económica repercuten sobre la salud durante toda la vida ^(6,40,41).

Si bien, el fenómeno de las desigualdades socioeconómicas en salud no es nuevo, su redescubrimiento ha permitido atraer la atención y aumentar el interés por comprender la susceptibilidad que tiene la salud ante los DSS ⁽²⁾. El concepto de los DSS surgió con fuerza desde hace dos décadas, ante el reconocimiento de las limitaciones de intervenciones dirigidas a los riesgos individuales de enfermar, que no tomaban en cuenta el rol de la sociedad ⁽⁴²⁾.

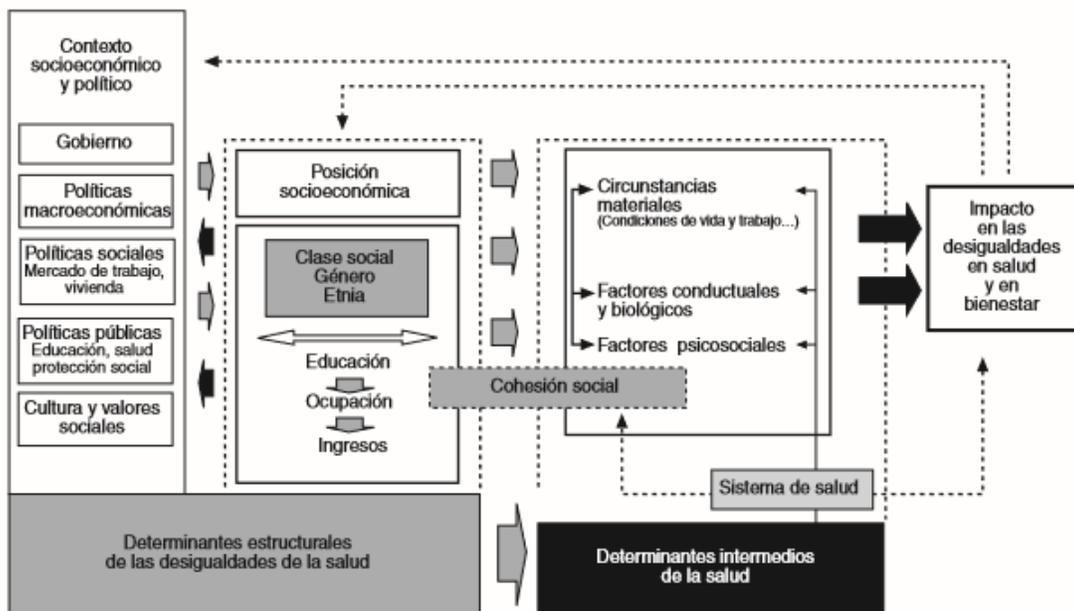
Durante el siglo XX, estudios fundadores de nuevos paradigmas de la intervención en Salud, tales como el informe Lalonde, producido en Canadá, en 1974, y el Black Report, realizado en Inglaterra en 1980, mostraron el importante papel de los contextos sociales y políticos sobre el estado de salud de la población. Esos antecedentes y algunas otras iniciativas abrieron el camino para la identificación de herramientas que permitieran trabajar con una concepción ampliada de salud y de los DSS ^(43,44).

En 1996, los DSS fueron definidos por Tarlov, como las “Características sociales dentro de las cuales tiene lugar la vida” ⁽⁴⁵⁾. Posteriormente Akerman *et al.* ⁽⁴⁶⁾, avanzaron y señalaron que “esas características eran producidas por la intervención humana y están íntimamente relacionadas a los modos de organización de una sociedad dada”. A esto se le suma el aporte realizado por la OMS, que definió los DSS como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.” Y a la

misma vez, intenta explicar la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países con respecto a la situación sanitaria ⁽⁷⁾.

En respuesta a las desigualdades sociales, la OMS creó en 2005 La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), que fue creada por el Dr. Lee, quien fue Director General de la OMS ⁽⁸⁾. Esta Comisión tiene una visión global sobre los DSS, donde considera que la salud deficiente de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países, están provocadas por una distribución desigual a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible: acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades; y a la posibilidad de tener una vida próspera ^(6, 47). Por lo tanto, los objetivos de la comisión, son recopilar evidencia mundial sobre la cuestión, impulsar un debate a nivel de gobiernos y sociedad civil, definir una agenda de intervención a medio y largo plazo, además de fomentar la creación de un movimiento mundial en favor de los DSS y la equidad sanitaria⁽⁴⁸⁾.

En el último informe de la Comisión, publicado en agosto de 2008, se propusieron tres recomendaciones generales: 1. Mejorar las condiciones de vida cotidianas, 2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, 3. Medición y análisis del problema⁽⁷⁾.



El modelo utilizado para explicar los determinantes de las desigualdades en salud por la CDSS de la OMS, contiene tres elementos principales: el contexto socioeconómico y político, la posición socioeconómica y los factores intermedios ⁽⁴⁹⁾.

1. Contexto socioeconómico y político: Se refiere a factores estructurales del sistema social que afectan de forma significativa a la estructura social. Se incluyeron los siguientes aspectos: a) gobierno en su aspecto amplio b) políticas macroeconómicas c) políticas sociales que afectan al mercado de trabajo, vivienda d) otras políticas públicas (educación, atención sanitaria, etc.) e) Cultura y valores sociales.

2. Posición socioeconómica. En este se incluyeron determinantes estructurales de las desigualdades en salud, como los distintos ejes de desigualdad de la estructura social, en concreto la clase social, la posición socioeconómica, el género y la etnia o la raza. Estos ejes determinan las oportunidades de tener una buena salud y ponen de manifiesto la existencia de desigualdades en salud debidas a las jerarquías de poder o de acceso a los recursos. La desigualdad que se produce se define relacionalmente, en el sentido de que el mayor poder y el mejor acceso a los recursos por parte de las personas más privilegiadas están en relación con el menor poder y el peor acceso de las más desfavorecidas.

3. Los determinantes intermedios o factores intermediarios. La estructura social determina desigualdades en los factores intermediarios, los cuales, a su vez, determinan las desigualdades en salud. Estos factores son: a) las circunstancias materiales, como la vivienda, el nivel de ingresos, las condiciones de trabajo o el barrio de residencia b) las circunstancias psicosociales, como la falta de apoyo social, las situaciones de estrés c) los factores conductuales y biológicos, como los estilos de vida que dañan la salud, y d) el sistema de salud, pues aunque los servicios sanitarios contribuyen muy poco a las desigualdades en salud, el menor acceso a ellos y su menor calidad para las personas de clases sociales menos favorecidas es una vulneración de los derechos humanos. Además, el pago de los servicios de salud puede llevar a la pobreza a la población de estas clases sociales.

Por lo tanto, los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los DSS, siendo este el principal motivo de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país, debido a que existen factores biológicos que se manifiestan de forma distinta en la salud y en los riesgos de enfermedad, y desigual, porque hay factores sociales que influyen, en parte explicados por los roles de género, que establecen diferencias injustas en la salud de hombres y mujeres. Concretamente, los hombres tienen índices más altos de mortalidad en las sociedades industrializadas, mientras que las mujeres enferman con más frecuencia y tienen índices más altos de morbilidad, discapacidad y uso de la atención médica, es decir las mujeres presentan un peor estado de salud y, en cambio, una esperanza de vida más larga ⁽⁵⁰⁾. Por otro lado, la pobreza es una situación que involucra una serie de privaciones en las familias que la padecen, y que generalmente, está asociada a la existencia de otros fenómenos negativos ⁽⁵¹⁾, debido a que la pobreza es una condición en la cual las personas no tienen los recursos suficientes para satisfacer de manera adecuada sus necesidades básicas como, alimentación, vestuario, vivienda, educación y salud, entre otras. Por lo tanto, la pobreza y la mala salud están interrelacionadas, porque los países pobres tienden a presentar peores resultados sanitarios que los más pudientes y, dentro de cada país, las personas

pobres tienen más problemas de salud que las acomodadas ⁽⁵²⁾. Es así como, niveles bajos en algunos marcadores socioeconómicos como el nivel adquisitivo, la clase social ocupacional o el nivel de estudios de las personas están relacionados con una peor salud, expresada tanto en cifras de mortalidad como en la salud percibida o en los indicadores objetivos de salud ⁽⁵⁰⁾. Por ejemplo, los individuos con niveles socioeconómicos más altos tienden no solo a tener más esperanza de vida, sino también a tener menos enfermedades crónicas, más años vividos libres de discapacidad y mejor salud autopercibida, en comparación con los individuos con niveles socioeconómicos más bajos. Una de las herramientas para paliar este problema, es la educación de las personas, ya que, es considerada como el medio más seguro para alcanzar un desarrollo económico y social perdurable en el tiempo ⁽⁵³⁾.

La calidad de vida de la población y de las familias, también depende críticamente de la posibilidad de residir o habitar en una vivienda que cumpla con los estándares mínimos necesarios para el desarrollo de las personas ⁽⁵⁴⁾, debido a que el acceso a una vivienda de calidad, agua salubre y a servicios de saneamiento, es un derecho de todo ser humano y una condición indispensable que ha demostrado ser uno de los mecanismos más eficientes a la hora de mejorar la salud humana ⁽⁶⁾. Por otro lado, la carga que supone el pago de los servicios sanitarios es una causa creciente de pobreza, sobre todo para los grupos socialmente vulnerables ⁽⁵⁵⁾, porque esta desigualdad social genera que las personas de menores recursos, sean los que tengan mayor dificultad para acceder a la salud, ya que, no presentarían la opción de elegir otro servicio de salud que no sea el público ⁽⁵⁶⁾.

Por ello, una buena salud implica reducir los niveles de fracaso en la educación, reducir la inseguridad, el desempleo y mejorar el nivel de calidad de la vivienda ⁽⁵⁷⁾. Tal como lo resalta en el año 2010 Margaret Chan, Directora de la OMS, quién señala que es necesario “Modelar los factores sociales y políticos que se han convertido en los determinantes últimos de la salud”. Por lo tanto, trabajar por la salud pública requiere

imprescindiblemente indagar la situación de los DSS, como lo ha hecho rigurosamente la Comisión Mundial creada a tal efecto por la OMS ^(6,39).

Es por esto, que se han construido políticas para combatir las desigualdades sociales en salud, basadas en el modelo de Whitehead y Dahlgren quienes en un documento publicado por la OMS, proponen los siguientes 10 principios para disminuir las desigualdades en salud ⁽⁴⁹⁾.

- 1.- Las políticas deben mejorar los niveles de salud de la población
- 2.- Se deben utilizar distintas aproximaciones para disminuir las desigualdades en salud.
- 3.- Las intervenciones poblacionales para mejorar la salud también deben centrarse en la disminución de las desigualdades entre los distintos grupos sociales.
- 4.- Las acciones deben considerar los determinantes sociales de las desigualdades en salud y no sólo los determinantes de la salud, ya que puede ser que no sean los mismos.
- 5.- Deben registrarse los efectos adversos de las intervenciones implementadas.
- 6.- Es necesario tener los instrumentos para evaluar la extensión de las desigualdades en salud y las intervenciones puestas en marcha.
- 7.- Se debe promover y facilitar la participación de la población más vulnerable.
- 8.- Las desigualdades en salud se deben describir de forma separada para hombres y mujeres, ya que sus determinantes pueden modificarse según el sexo.
- 9.- Se deben mencionar las diferencias en salud según la etnia o el área geográfica teniendo en cuenta la situación socioeconómica.
- 10.- Los sistemas de salud se deben basar en principios de equidad, proporcionando atención a la población, independientemente de su capacidad económica.

Chile no ha estado ajeno a esta situación, pues ha vivido varios períodos de reforma en su sistema de salud con el fin de lograr una mejor salud para todos los chilenos, garantizando

igualdad de derechos e implementando políticas basadas en la equidad, solidaridad, efectividad técnica, eficiencia en el uso de los recursos y participación social en la formulación, puesta en marcha y evaluación de políticas y programas sectoriales ^(17,18). Es así, como a comienzos de los años setenta, el sistema de salud chileno se organizaba fundamentalmente a través de la interacción de cuatro agentes: el Ministerio de Salud (MS), el Servicio Nacional de Salud (SNS), el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) y el sector privado. En 1979, por el Decreto Ley 2.763, se produjo la fusión de los recursos del SNS y del SERMENA, se redefinieron las funciones del Ministerio de Salud y se creó el Fondo Nacional de Salud (FONASA), el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), el Instituto de Salud Pública (ISP) y la Central de Abastecimientos del SNSS (CENABAST). FONASA es el continuador de las labores de administración y financiamiento que realiza el SNS y SERMENA. FONASA pasa a ser la principal institución financiera del sector público de salud, responsable de recaudar, administrar y distribuir los recursos financieros del área ⁽⁵⁸⁾.

Ya en 1981 se producen dos reformas importantes. En primer lugar, se comienza con el proceso de municipalización de los Centros de Atención Primaria, y en segundo lugar se establece la formación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). De esta manera, se permite la libertad de elección para el trabajador dependiente para optar a comprar su seguro obligatorio de salud, ya sea del sistema público (FONASA) o del recién creado sistema privado (ISAPRE) ⁽⁵⁹⁾.

El proceso de reforma a la salud chilena se intensifica a partir del año 2000, cuando se establece la Comisión de Estudios de la Reforma y el Presidente de la República presenta un conjunto de cinco proyectos legislativos cuyos contenidos fueron los siguientes ⁽⁵⁸⁾:

- 1) Derechos y deberes del paciente: Regula sobre los derechos y deberes que las personas tienen en acciones vinculadas con la salud.
2. Financiamiento: Considera el incremento del Impuesto al Valor Agregado (IVA) y de impuestos específicos destinados a financiar principalmente el Plan de Salud con

Garantías Explícitas (GES), para todos los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud (FONASA).

3. Autoridad Sanitaria y Gestión: Fortalece la regulación y fiscalización. Crea nuevos instrumentos para una mejor gestión de la Red Asistencial y otorga mayores atribuciones para los directivos de los establecimientos e incentivos financieros para el personal.

4. Ley de ISAPRES: El proyecto de Modificaciones a la Ley de ISAPRES se separó en dos proyectos, y se tramitó con suma urgencia las disposiciones relativas a la creación de un régimen especial de supervigilancia y control, conocido como la Ley “Corta” de ISAPRES.

5. Régimen de Garantías en Salud: Establece un plan de salud de carácter obligatorio para FONASA y las ISAPRES y considera el financiamiento público para los ciudadanos carentes de ingresos o indigentes.

Sin embargo, para mejorar la salud de la población, se requiere fortalecer las políticas de gobierno, pero trabajando en conjunto con los servicios de atención de salud, para así asegurar la adopción de estilos de vida saludable en la población, ya que las malas decisiones y los hábitos personales perjudiciales conllevan a un aumento del riesgo de enfermar, requerir atención médica y mortalidad ^(60,61).

El concepto de estilo de vida surge a finales del siglo XIX, siendo planteado y desarrollado por diversas disciplinas. En el siglo XX, este concepto se analizó y estudió desde una perspectiva sociológica, dando énfasis a aquellos factores sociales que determinaban la adopción de un estilo de vida u otro. Después, el término de estilo de vida se aplicó al área de la psicología, en primera instancia por Wilken y luego por Adler, con su teoría de la Psicología Individual. Sin embargo, en la década de los años 80, se incrementó “vertiginosamente la preocupación por estudiar las posibles relaciones entre estilos de vida y salud, debido al acelerado incremento de pacientes con enfermedades crónicas, derivados en gran medida por estilos de vida poco saludables” ⁽⁶²⁾. De esta manera, el interés por el estudio de los estilos de vida se transformó en un tema prioritario e

interdisciplinar, por ello, surgieron distintas acotaciones al concepto de estilo de vida, siendo en el año 1980 Henderson *et al.* ⁽⁶²⁾ quien definió este constructo como “el conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona” y en el año 1990 Mendoza ⁽⁶²⁾ matizó dicha definición al considerar estilo de vida como “el conjunto de patrones de conducta que caracterizan la manera general de vivir de un individuo o grupo”.

Tras diversos esfuerzos e intentos por definir el constructo estilo de vida, aún no se ha logrado llegar a una definición consensuada. Por eso, en la trigésimo primera sesión del comité regional de la OMS para Europa, se presentó una definición del estilo de vida como “una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales” ^(62,15). Para la OMS (1998), no existe un estilo de vida “óptimo” al que puedan adscribirse todas las personas, ya que la cultura, los ingresos, la estructura familiar, la edad, la capacidad física, el entorno doméstico y laboral, hacen más factibles y adecuadas determinadas formas y condiciones de vida ⁽⁶³⁾. Posteriormente en el año 1999, el Glosario de promoción de la salud de la OMS introdujo una nueva definición, la cual incluye los principales factores que influyen en los estilos de vida, definida como "compuesto por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que ha desarrollado durante sus procesos de socialización. Estas pautas se aprenden en la relación con los padres, compañeros, amigos y hermanos, o por la influencia de la escuela, medios de comunicación, etc. Dichas pautas de comportamiento son interpretadas y puestas a prueba continuamente en las diversas situaciones sociales y, por tanto, no son fijas, sino que están sujetas a modificaciones"⁽⁶⁴⁾.

Los EV son un proceso de aprendizaje, que se va conformando a lo largo de la historia de vida de una persona, ya sea por asimilación, o por imitación de modelos de patrones familiares, o de grupos formales o informales, ya que, por naturaleza las personas tienden a imitar los modelos sociales promovidos en los medios de difusión o comunicación social ⁽⁶⁵⁾. Estos comportamientos y acciones que realiza una persona, definen y reflejan su estilo

de vida, pero que a su misma vez influyen y determinan su salud. Dentro de los comportamientos que se destacan e integran el constructo estilo de vida, encontramos el tipo de alimentación, actividad física, consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, responsabilidad para la salud, actividades recreativas, relaciones interpersonales, prácticas sexuales y actividades laborales ⁽⁶⁶⁾.

Los principales problemas alimentarios se vinculan con bajos consumos de frutas, verduras, leguminosas, pescados, lácteos y alto consumo de alimentos industrializados, que generalmente contribuyen a un aporte excesivo de calorías, grasas, azúcar y sal ⁽³¹⁾. Por lo tanto, constituyen un factor determinante del estado de salud, tanto a nivel individual como poblacional, ya que un exceso o un equilibrio inadecuado de alimentos, puede contribuir a la aparición y prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles como hipertensión, diabetes, algunos tipos de cáncer, enfermedades osteoarticulares, entre otras ⁽⁶⁷⁾.

A pesar del desarrollo de diversas estrategias para mejorar las conductas alimentarias y estilos de vida de la población chilena, los resultados obtenidos hasta la fecha han sido limitados y la prevalencia de obesidad al igual que las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) han continuado en aumento y se espera que esta tendencia siga incrementando en los próximos años, a menos que se tomen las políticas públicas al respecto ^(31,68). Por lo tanto, realizar acciones de educación nutricional a la población, guiándolos a conocer los beneficios de una alimentación adecuada y que modifiquen su patrón alimentario hacia dietas más equilibradas, saludables y protectoras, permite reducir de forma considerable enfermedades futuras. Pero para lograr cambios positivos en salud, no solo debemos modificar los hábitos alimenticios, sino que también se debe considerar la eliminación del consumo de tabaco, reducir el consumo de alcohol, disminuir el sedentarismo, mejorar las relaciones interpersonales y estado emocional ⁽⁶⁷⁾.

Según la OMS, cada año, como mínimo 4,9 millones de personas mueren por causa del tabaco. La mortalidad ligada al tabaco es muy elevada, además de ser un importante

factor de riesgo que determina la aparición de numerosos trastornos en salud y además aumentar los índices de muerte prematura. Los datos de la ENS 2009-2010, indican que actualmente 40,6% de los chilenos fuma y los fumadores se concentran en edades que van entre los 25 y 44 años (49,4% de quienes fuman). El tabaco es el responsable de una de cada tres muertes por cáncer, del 90% de los tumores pulmonares y de una cuarta parte de las enfermedades cardiovasculares. Por ello, dejar de fumar en cualquier etapa de la vida, trae enormes beneficios para la salud, además de disminuir inmediatamente los riesgos de enfermar ^(68,69).

El tabaquismo combinado con el consumo de alcohol realza los riesgos para padecer cáncer. Cerca de 75% de cánceres del esófago y 50% de cánceres de la boca, la garganta y la laringe se atribuyen al alcoholismo ^(68,70). El alcohol es sin duda, después del tabaco, la sustancia psicoactiva que provoca más morbimortalidad prematura ⁽⁶⁷⁾. Claramente eso se ve reflejado a nivel nacional, donde según la ENS 2009-2010, la prevalencia de consumo de alcohol para personas de 15 y más años durante los últimos 12 meses fue de 74,5%, reduciendo la esperanza de vida de 10 a 12 años ^(68,69).

El abuso de estas bebidas alcohólicas se ha convertido en un problema de gran magnitud para los individuos, por su efecto sobre el orden físico y psíquico, así como para las sociedades, por las repercusiones laborales y familiares, por su enorme costo social y económico ⁽⁶⁷⁾.

Finalmente se encuentra el sedentarismo, que en los últimos 40 años ha ido en aumento, acompañado por una disminución progresiva de la cantidad de ejercicio que realizan las personas. Esto se ve favorecido, por los avances tecnológicos y el uso de trasportes pasivos que hacen la vida mucho más cómoda y sedentaria, como por ejemplo el uso excesivo de la televisión, teléfonos, los ascensores y escaleras mecánicas ⁽⁶⁷⁾.

Según datos de la ENS 2009-2010, el 88,6% de los chilenos se define como sedentario, sin importar el estrato social al cual pertenezcan. A esto, se le suma que las personas con poca actividad física corren un riesgo entre un 20% y un 30% mayor de morir ⁽³²⁾.

Según la OMS, la mayoría de los jóvenes están sanos. Sin embargo, es esta población, de 15 a 24 años, la que generalmente desarrolla estilos de vida con conductas riesgosas para su salud, tales como el consumo abusivo de alcohol y drogas, consumo de tabaco, entre otras conductas de riesgo ^(15, 63). Esto se debe a que el inicio de la vida universitaria marca un hito importante en el desarrollo de los jóvenes, ya que aumenta la dificultad en la toma de decisiones por las exigencias sociales, sus expectativas y el cambio del contexto habitual, obligándolos a adquirir nuevas responsabilidades, normas, reglas y nuevas relaciones interpersonales ⁽⁷¹⁾. A esto, se le suma que son un grupo etario donde existe una experimentación de distintos estilos de vida, que puede impactar positiva o negativamente en la conformación de sus identidades y futuros proyectos de vida ⁽⁶³⁾. Por ello, intervenir sobre los factores o condiciones que determinan los estilos de vida, se convierte en unas de las acciones más eficaces para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud ⁽⁶⁵⁾.

En 1998, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) menciona la salud de los jóvenes (15 a 24 años) como un elemento clave para el progreso social, económico y político de todos los países de América Latina ⁽⁷²⁾. Por lo tanto, las universidades tienen un papel protagónico en la promoción de la salud, ya que son espacios en donde confluyen jóvenes y adultos, los cuales pasan una parte importante de sus vidas estudiando o trabajando ⁽⁷³⁾. Por lo tanto, fomentar una cultura de prevención y modificar sus estilos de vida, los de sus familiares y otras personas del entorno, permitirá mejorar la situación de salud de la población en general. Por ello, durante los últimos años, Chile ha desarrollado diversas experiencias dirigidas a incorporar el concepto de promoción de la salud en las universidades. El primer acercamiento al tema, se inicia hacia el año 1999, cuando el Ministerio del ramo firmó un convenio de colaboración por tres meses, para la transferencia tecnológica en promoción, con el centro de promoción de la Salud de la Universidad de Toronto, Canadá. Este convenio permitió, entre otros, crear cuatro centros académicos regionales y un centro nacional ubicado en la región Metropolitana ⁽⁷⁴⁾.

A nivel regional, la Universidad del Bío-Bío también se hizo consciente de su rol como agente promotor de la salud y bienestar. Por esto, ha decidido acoger el llamado a acreditarse como una Institución de Educación Superior saludable. Donde el año 2010 la Vicerrectoría académica de la Universidad del Bío-Bío incorpora el proyecto que tiene como finalidad incorporar la promoción de la salud dentro de la política universitaria e involucrar a todos los actores sociales de ésta, es decir, académicos, estudiantes y administrativos. Es como actualmente se encuentra transitando a una Universidad Saludable ⁽⁷⁵⁾.

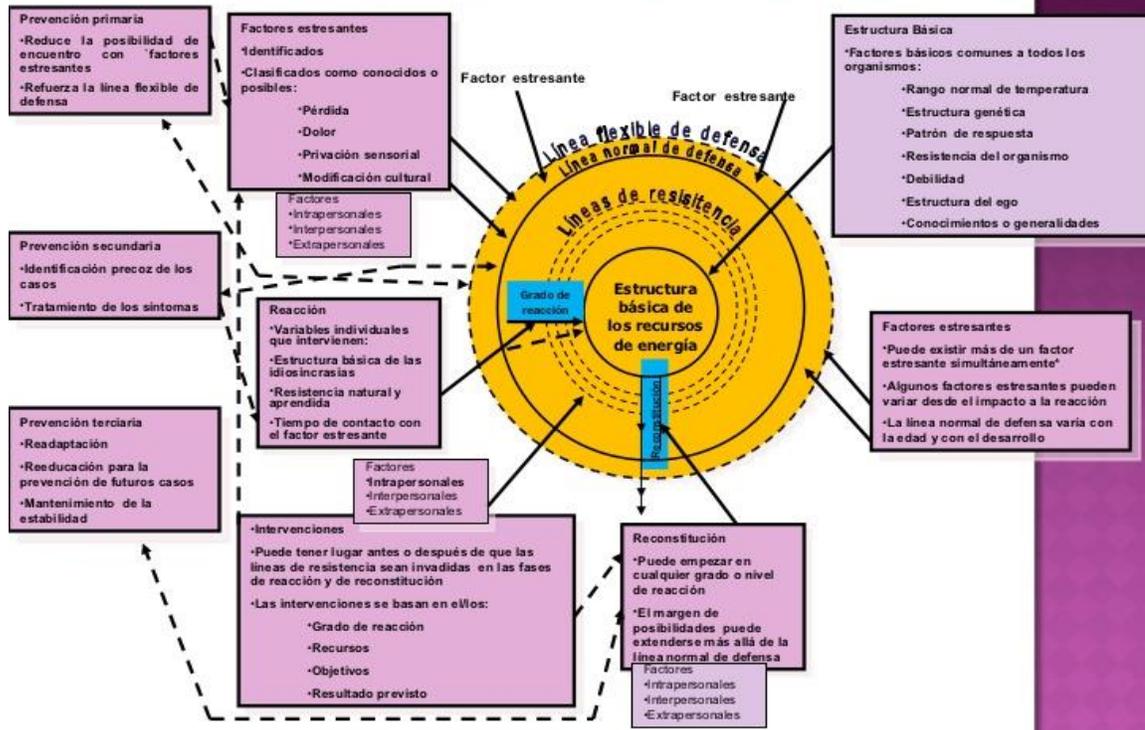
Dado que existe relación entre las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y la salud, se hace necesario tener una visión integral de todos los sistemas y estructuras que generan un impacto en el bienestar individual y colectivo ⁽⁷⁶⁾. Por ello no se puede dejar de mencionar a las grandes teoristas quienes estudiaron al individuo holístico, con la intención de definir su problema y entender mejor al cliente cuando interacciona con los elementos del entorno.

El modelo de sistemas de Neuman está basado en la teoría general de sistemas y refleja la naturaleza de los organismos como sistemas abiertos en interacción entre ellos y con el entorno. Este modelo de sistemas también tiene cierta similitud con la teoría de Gestalt, que describe que el proceso homeostático es cuando un organismo mantiene su equilibrio y por consiguiente, su salud en un entorno de condiciones cambiantes. Con esta idea, Neuman sostiene que existen muchas necesidades y que cada una de ellas puede provocar la pérdida del equilibrio del paciente, siendo este proceso de adaptación dinámico y continuo. El planteamiento de Gestalt además considera al individuo como una función del binomio organismo-entorno, y que la conducta como un reflejo de la relación con este entorno. El modelo de los sistemas deriva también del pensamiento filosófico de Chardin y Marx. La filosofía marxista sugiere que las propiedades de las partes dependen, en cierta medida, de los conjuntos más grandes en los sistemas dinámicamente organizados. Desde esta perspectiva, Neuman confirma que los patrones del conjunto

influyen en el conocimiento de la parte, lo que se corresponde con la filosofía de la totalidad de la vida de Chardin. También utilizó la definición de estrés de Selye, que consiste en la respuesta no específica del cuerpo a cualquier demanda que se le haga. En el cual, los elementos estresantes, positivos o negativos, son los estímulos que producen tensión y pueden provocar un desequilibrio.

Neuman adapta a la enfermería el concepto de niveles de prevención del modelo conceptual de Caplan y relaciona estos niveles de prevención con la enfermería del siguiente modo: Prevención primaria trata de contrarrestar los factores estresantes del entorno que pueden ser perjudiciales antes de que aparezca la enfermedad. La prevención secundaria intenta reducir el efecto de real o posible de los factores estresantes a través del diagnóstico precoz y el tratamiento eficaz de los síntomas de la enfermedad. Por su parte, la prevención terciaria intenta reducir los efectos residuales del elemento estresante y devolver al cliente el bienestar después del tratamiento. Finalmente Betty Neuman afirma en el modelo de sistema el interés de la enfermería en las personas sanas y enfermas en las influencias ambientales sobre la salud. Se identifica las percepciones de los clientes y de las enfermeras respecto a los elementos estresantes y a los recursos, ambos actúan conjuntamente para establecer objetivos e implementar intervenciones de prevención relevantes. El individuo, la familia u otro grupo, la comunidad o un problema social son sistemas cliente considerados compuestos de variables fisiológicas, psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales que interactúan ⁽⁷⁷⁾.

MODELOS DE LOS SISTEMAS DE NEUMAN LINEAS DE DEFENSA



Los conceptos principales que se idéntica en el modelo son: visión integral, sistema abierto (incluyendo función, entrada y salida, retroalimentación, negentropía, entropía y estabilidad), entorno, entorno creado, bienestar y enfermedad, sistema cliente (incluyendo las cinco variables, estructura básica, líneas de resistencia, línea normal de defensa y línea flexible de defensa), elementos estresantes, grado de reacción prevención como intervención y reconstitución (77).

Esta investigación se encontró basada en el marco conceptual de los DSS, adoptado por la Comisión de los Determinantes Sociales de la OMS, los cuales quedaron clasificados en cuatro contextos: genético, posición socioeconómica, estilos de vida y sistema de salud.

1.6 MARCO EMPÍRICO.

Los DSS son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas ⁽⁷⁾.

Estos determinantes explican las mayores desigualdades en salud, es por esto que se indagaron estudios tanto nacionales como internacionales para mantener una línea de investigación con bases científicas en el estudio propuesto.

Bennassar ⁽⁶⁷⁾: Titulada como: “Estilo de vida y salud en estudiantes universitarios: La universidad como entorno promotor de la salud”, España 2012. Estudio observacional, transversal, descriptivo. El propósito fue conocer los estilos de vida y los Determinantes Sociales de la Salud de los estudiantes universitarios de la Universitat de les Illes Balears para poder identificar problemas de salud auto declarados y por consiguiente planificar en un futuro actuaciones en la Universidad en el marco de los entornos promotores de salud. La muestra quedó constituida por 507 estudiantes (cuestionarios). Para ello, el autor elaboró y validó un cuestionario sobre estilo de vida y salud en estudiantes universitarios (ESVISAUN). Con respecto a los resultados se obtuvo que, al preguntar a los alumnos sobre la principal vía de financiación de sus estudios se observa que para la mitad de los mismos (50,7%) son sus padres, el 18,7% los financia a través de becas, un 11,7% con ingresos procedentes de su trabajo durante el verano y el 15,1% con ingresos procedentes de su trabajo estable. Los datos indicaron que el 28,8% de los estudiantes financian sus estudios principalmente con su trabajo, coincidiendo prácticamente el porcentaje con el de los sujetos que indicaron trabajar. Se observó que en el grupo de jóvenes es mayor el porcentaje de sujetos que financian sus estudios a través de sus padres y becas. Se observó que el porcentaje de sujetos con un consumo de tabaco superior a 14 cigarrillos diarios es del 15,1% repartido en 4 categorías de respuesta, mientras que gran parte de los fumadores (84,9%) están representados en las categorías de menor consumo. Con

respecto al consumo de tabaco el 80,5% no fuma tabaco (de éstos, el 12,4% son exfumadores y el 68,1% no han consumido más de 100 cigarrillos a lo largo de su vida), el 2,3% fuma de forma ocasional y el resto, es decir un 17,2% lo hace de forma regular. Aunque no alcanza el nivel de significación estadística, la prevalencia de tabaquismo en mujeres (21,3%) es superior a los hombres (15,5%). La mediana de cigarrillos fumados al día es de 7,0 (4,8 en el caso de las mujeres y 7,0 en el caso de los hombres) y la media, de 7,1 cigarrillos (8,4 en el caso de los hombres y 6,6 en el caso de las mujeres). Al observar el rango intercuartílico, se pudo ver que es mucho más amplio en hombres que en mujeres. Y, aunque no existió diferencias significativas se observó que los hombres fuman más cigarrillos al día que las mujeres. El 58,0% de los estudiantes universitarios son consumidores habituales de bebidas alcohólicas. El consumo más frecuente suele ser entre una vez a la semana y dos veces al mes, no existiendo diferencias significativas por sexo. La droga de mayor consumo admitido es el cannabis, ya que el 26,5% la ha consumido en alguna ocasión.

Yáñez ⁽⁶³⁾: Titulado: “Estilo de vida y jóvenes universitarios. Su relación con factores personales, familiares y sociales”, Chile 2012. Estudio con enfoque cuantitativo, de diseño descriptivo, correlacional, no experimental y transeccional. El propósito de este estudio fue conocer y describir los estilos de vida adoptados por jóvenes Universitarios de la Universidad de la región del Maule y su relación con Factores Personales (demográficos y autoestima), académicos, familiares y Sociales. El instrumento utilizado fue el cuestionario de estilos de vida en jóvenes Universitarios (CEVJU-R) de Salazar *et al.* La muestra fue conformada por 350 jóvenes universitarios. Los resultados obtenidos fueron que, el 33% que ingresó el año 2009 y el 37% del año 2011, 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. Sin embargo, la mayoría de los jóvenes de ambos grupos (el 59% del 2009 y el 66% del 2011), señalan que “pocas veces” y/o “nunca” realizan algún ejercicio o práctica corporal durante al menos 30 minutos tres veces a la semana, ni tampoco algún deporte con fines competitivo, dado que más del 50% señala “nunca”

realizar esta actividad. En cuanto a las prácticas de alimentación de los jóvenes encuestados se obtiene que un porcentaje no menor, al menos un 25% de los jóvenes estudiados admite consumir comidas rápidas, fritos, golosinas, dulces, bebidas artificiales y comer en exceso aunque no tenga hambre, “la mayoría de los días”. Así también el 59% (2009) y 61% (2011) señala que “algunos días o la mayoría de estos” omite alguna de las comidas principales, consideradas estas como desayuno y almuerzo. Por otra parte, sólo el 26% de los del 2009 y el 19% de los del 2011, desayuna, almuerza y come en horarios habituales “todos los días”. Respecto al Consumo de sustancias como Alcohol, Tabaco y Drogas Ilegales (marihuana, cocaína, éxtasis, heroína, LSD, hongos, otros), la mayoría de los jóvenes que ingresaron a la Universidad en el año 2009, declara que consume alcohol “de vez en cuando (55%), no fuma (65%) y no consume drogas ilegales (86%). En similares circunstancias, de los 175 jóvenes de ingreso 2011, la mayoría (53%) contestó tomar bebidas alcohólicas “de vez en cuando”, no fumar (69%) y no consumir drogas ilegales (83%). Ambos grupos de estudio (85%), manifiestan que “nunca” han dejado de hacer actividades sociales, académicas o laborales por tomar bebidas alcohólicas o consumir drogas ilegales, y por ende, tampoco se han presentado a la Universidad ebrio ni drogado. Sin embargo, un 13% de los encuestados, afirma que sí ha realizado estas actividades durante los últimos seis meses.

Rocha et al ⁽⁷⁸⁾: Titulado: “Agencia de autocuidado en alumno de nuevo ingreso en la unidad académica multidisciplinaria zona media”, México 2015. Estudio descriptivo, correlacional, de corte transversal. El propósito fue Determinar la agencia de autocuidado en los estudiantes de nuevo ingreso en la Unidad Académica Multidisciplinaria Zona Media. Muestra de 281 alumnos de nuevo ingreso de la Unidad Académica Multidisciplinaria Zona Media de México, de las diferentes carreras. Instrumento utilizado fueron La encuesta SF-36 considera datos básicos como: actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal y el funcionamiento familiar fue evaluado con el APGAR Familiar. Resultados se observa que el estado civil predominante corresponde a la condición de soltero, 96%, y la minoría de los estudiantes en condición de separado, 1%. Se destaca además la existencia

de estudiantes casados con un 2% y con el estado civil de unión libre de 1%. La procedencia de los estudiantes es por minoría: un 4% proviene de otra ciudad distinta a la urbana, 30% de procedencia rural y por mayoría, 66% estudiantes provenientes de zonas urbanas, lo que estaría evidenciando una mayor oportunidad de acceso a la Universidad para este grupo de jóvenes.

Muñoz et al ⁽⁷⁹⁾: Titulado: “Caracterización de los Estudiantes de Primer año de Medicina y Tecnología Médica, Universidad San Sebastián, Sede Concepción, en Base a Variables Asociadas al Entorno Familiar”, Chile 2014. Estudio de tipo descriptivo. El propósito fue describir algunas variables relacionadas con el entorno familiar en los estudiantes de Medicina y Tecnología Médica de la Universidad San Sebastián, sede Concepción. Se realizó considerando una muestra de 169 estudiantes de la Universidad San Sebastián, Se aplicó a cada uno de ellos una encuesta de auto-reporte, previamente validada por expertos y, durante el año 2010. Los resultados arrojan en relación al número de personas integrantes del núcleo familiar de los alumnos encuestados, estos oscilan entre 2 y 10 personas no encontrándose familias conformadas por 8 personas. Aproximadamente el 65% de los hogares de los alumnos encuestados están constituidos por 4 y 5 personas. En la variable, tipo de hogar, se aprecia una marcada prevalencia hacia el hogar biparental, alcanzando un 79,3%. En los hogares monoparentales, la presencia exclusiva de la madre representa un porcentaje muy superior (16,6%) en relación con aquellos en que el padre es el único progenitor presente en el hogar, 1,8%. A su vez, la actividad de la madre predominante es dueña de casa (37,3%), seguido de un 26%, que desempeñan actividades profesionales de índole universitaria en diferentes ámbitos (educación, salud u otros). Trabajos técnicos son realizados en un 14,8% y actividades asociadas al comercio, un 16,5%.

Armendáriz et al ⁽⁸⁰⁾: Titulado: “La familia y el consumo de alcohol en estudiantes universitarios”, México 2014. El estudio fue descriptivo, correlacional y predictivo. El propósito fue Identificar la relación e influencia de la historia familiar de consumo de

alcohol sobre el consumo de alcohol en los estudiantes universitarios. La población fueron estudiantes universitarios un muestreo aleatorio estratificado por conglomerados unietápico. La muestra fueron 680 estudiantes universitarios, poder estadístico del 90%. Los instrumentos empleados fueron el Inventario de Historia Familiar de Consumo de Alcohol y Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Respecto a los datos sociodemográficos de los participantes se observó que la mayoría de los estudiantes se encontraron entre los 17 y 20 años de edad (59.7 %). Los estudiantes en mayor proporción fueron hombres (57.4%) y el 42.6% son mujeres, así mismo el 97.6% no viven en pareja. Los participantes presentan un promedio de 20.2 (DE = 2.56) años de edad. En la prevalencia de consumo de alcohol se observó que el 92.2% de los participantes ha consumido alcohol alguna vez en su vida, de los cuales el 85.1 % ha consumido en el último año, en el último mes el 60.4% de ellos ha consumido alcohol y en la última semana el 40.1% de los estudiantes ha consumido alcohol. No obstante el 7.8% de los participantes nunca ha consumido alcohol.

Mehri et al ⁽⁸¹⁾: Titulado: *“Health Promoting Lifestile and is Determinants Among University Students in Sabzevar”*, Irán 2016. Estudio de tipo transversal. El propósito de este estudio fue evaluar el estado de salud que promueven el estilo de vida y sus determinantes entre los estudiantes. Una muestra aleatoria estratificada de 500 estudiantes en una universidad en la ciudad de Sabzevar, Irán. El Estilo de vida que promueven la salud se midió utilizando el perfil II estilo de vida que promueve la salud de Walker. En los resultados se observa que habían 230 hombres (46%) y 270 mujeres (54%). La media de edad de los encuestados fue de 21,80 años (SD = 3,75). La mayoría de los estudiantes eran una licenciatura (77,3%). Alrededor del 19% de los padres de los estudiantes (24,8% de los padres y el 13,1% de las madres) tuvo una educación universitaria y superior. Por otra parte, el 67,8% de los padres (66,1% de los padres y el 69,5% de las madres) recibieron educación secundaria o inferior y aproximadamente 7,4% eran analfabetos.

Rodríguez et al ⁽⁸²⁾: Titulado: “Hábitos alimentarios, actividad física y nivel socioeconómico en estudiantes universitarios de Chile”, 2013. Este estudio es de tipo cuantitativo, correlacional y transversal sobre el estado nutricional y nivel de actividad física en estudiantes de las Universidades Tradicionales de la V región, Chile. El propósito fue Determinar los factores que intervienen en la elección de los alimentos y la frecuencia de actividad física en estudiantes universitarios. Se realizó en una muestra de 799 estudiantes universitarios (sexo femenino n = 411; sexo masculino n = 388) pertenecientes a las cuatro universidades tradicionales de la quinta región de Chile. Se aplicó un instrumento para determinar el nivel de actividad física y de hábitos alimentarios, el test kidmed para determinar la adherencia a la dieta mediterránea y un instrumento Adimark para determinar el nivel socioeconómico de los sujetos. Finalmente se realizó una evaluación antropométrica para determinar IMC, masa grasa y masa muscular. En los resultados se puede observar que al preguntar sobre las razones del porqué no realizan actividad física, los estudiantes responden que la principal razón es por la falta tiempo. Los estudiantes masculinos señalan, “no tengo tiempo” con un 49,5% y “por pereza” con un 19,7%. Las respuestas siguientes fueron “llego cansado de la universidad” con 16,6% y “no tengo la costumbre”, con 14,5%. Las estudiantes femeninas responden “no tengo tiempo” con un 36,9% y “por pereza”, 20,2%. Las respuestas siguientes al igual que los estudiantes masculinos fueron “llego cansado de la universidad” con 22,7% y “no tengo la costumbre” con 20,3%.

Morales et al ⁽⁸³⁾: Titulado: “Prevalencia de consumo de drogas en estudiantes universitarios que cursan primer y cuarto año”, Chile 2011. Estudio de corte transversal, analítico y comparativo. El propósito fue “Describir y comparar el consumo de drogas en estudiantes de una universidad chilena que asistió primer y cuarto año de estudios, en función del sexo y de la facultad”. Se seleccionó una muestra aleatoria, representativa, estratificada y proporcional según facultad, carrera, curso y género, correspondiendo a 305 estudiantes. El instrumento utilizado correspondió a la Encuesta CONACE 2008. La información solicitada incluyó consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas (marihuana,

cocaína y pasta base). Además de información sobre la edad, género, facultad y curso al que pertenecía cada estudiante. En los resultados se observó que existe un mayor porcentaje de mujeres que consume alcohol en cuarto año (61,5%), en comparación con las que cursan primero (46,7%). Además se observó que las mujeres de cuarto año presentaron mayores porcentajes de consumo (51%), en comparación con los hombres del mismo curso (39,6). Sin embargo, al comparar las mujeres fumadoras de primero vs cuarto año, sólo se observaron diferencias significativas en la facultad del área de educación y ciencias sociales (50% y 70%, respectivamente). Es importante mencionar que al preguntarle a los estudiantes fumadores si la restricción al interior de la universidad, había disminuido su consumo, sólo 39% señaló que "sí" y, al preguntarles a los estudiantes bebedores de alcohol, sólo 38% señaló que la restricción en la universidad había hecho disminuir su consumo.

Celis et al ⁽⁸⁴⁾: Titulado: “Factores de riesgo de deserción presentes en alumnos repitentes de las carreras de Enfermería y Kinesiología en una Universidad Chilena”, 2013. Estudio cuantitativo descriptivo. El propósito fue “Describir cómo se presentan los factores de riesgo de deserción en alumnos repitentes de primer año de las carreras de Enfermería y Kinesiología de una universidad chilena”. La muestra fue de 83 alumnos que se encontraban matriculados en las carreras señaladas, teniendo como criterio de inclusión que haya reprobado al menos una asignatura. En este estudio se utilizó un cuestionario estructurado autoadministrado. Dentro de los resultados destacaron que un alto porcentaje (31%) tenía una mala técnica de estudio, sólo lee la materia. Un 40% financiaba sus estudios a través de crédito y le sigue con un 37% financiamiento a través de los padres. El 46% de los estudiantes pertenecían a los dos grupos de ingresos familiares más bajos, \$350.000 o menos. En cuanto a la situación laboral de los padres, el 21% de los padres de los encuestados no tenían un trabajo estable o se encontraban cesante; y el 55% de las madres no tenían un trabajo remunerado o lo realizaban en forma esporádica. Además destaca, en relación al nivel educacional de los padres, que el padre ha alcanzado sólo en un 36% educación secundaria completa y sólo un 10% logró un nivel universitario

completo. En cuanto al nivel educacional alcanzado por la madre del estudiante el 41% de ellas ha completado la educación secundaria y un 9% logró completar la formación universitaria.

Castañó *et al* ⁽⁸⁵⁾: Titulado: “Problemas asociados al consumo de alcohol en estudiantes universitarios”, Colombia 2013. Estudio descriptivo correlacional. El propósito fue analizar el consumo de alcohol en estudiantes universitarios y los problemas psicosociales asociados. Que incluyó 396 estudiantes universitarios. Fueron utilizados como instrumentos el Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) y un cuestionario ad hoc, para evaluar los problemas asociados. En relación con el consumo de alcohol, el 88,6% (351) de los encuestados manifestaron haber consumido bebidas alcohólicas en algún momento de la vida. La edad media de inicio en el consumo de alcohol son los 14,4 años, presentándose un 11,3% que lo hizo antes de los 10 años y un 58,7% que lo probó entre los 11 y los 15 años. En los resultados se observó la presencia de problemáticas relacionadas con la esfera académica y el Alcohol, se encontraron asociaciones estadísticamente significativas, en las que se observó que entre mayor sea el problema, consumo perjudicial o dependencia, mayor es la significancia ($p=0,000$). Entre los problemas presentados cuando hay abuso o dependencia a esta sustancia psicoactiva se destacó el ausentismo y las llegadas tarde a estudiar (37,3% cuando hay consumo perjudicial y 67,4% si hay dependencia) y el bajo rendimiento académico (16,4% en caso de abuso y 52,2% si hay dependencia).

1.7 PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN

Describir los Determinantes Sociales de la Salud de los estudiantes de la Universidad del Bío-Bío, sede Chillán en el año 2016.

1.8 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general: Caracterizar los Determinantes Sociales de la Salud en los estudiantes de la Universidad del Bío-Bío.

Objetivos específicos:

1. Conocer los antecedentes sociodemográficos, tales como: procedencia geográfica, hijos, estado civil y relación de pareja de los estudiantes universitarios.
2. Conocer los antecedentes familiares, tales como: tipo de familia e miembros por hogar.
3. Conocer los antecedentes académicos, tales como: año de ingreso y promedio de notas.
4. Conocer los DSS referente a factores conductuales y biológicos: edad, sexo, enfermedades y los estilos de vida en los ámbitos de la actividad física, alimentación, consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales de los estudiantes universitarios.
5. Conocer los DSS referente al nivel socioeconómico familiar: nivel de escolaridad de los padres, ocupación de los padres, vivienda, disponibilidad de agua, luz eléctrica y medio de eliminación de excretas, ingreso mensual familiar de los estudiantes universitarios.
6. Conocer los DSS referente al nivel socioeconómico del estudiante: trabajo, previsión social, tipo de trabajo, horas de trabajo semanal, motivación para trabajar, ingreso mensual, transporte a la universidad, beneficios estudiantiles y vivienda en período académico de los estudiantes universitarios.
7. Conocer los DSS referente al sistema de salud: previsión de salud y atención en salud de los estudiantes universitarios.

II. MÉTODOS

2.1 TIPO DE DISEÑO.

Estudio descriptivo de corte transversal año 2016.

2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO.

La población de este estudio estuvo conformada por 4.073 estudiantes de pregrado de la Universidad del Bío-Bío sede Chillán (campus Fernando May y la Castilla), según base de datos de la universidad, que se encontraban como alumnos regulares de dicho establecimiento en marzo de 2016.

2.3 MUESTRA.

A partir del cálculo de tamaño muestral, se obtuvo una muestra de 223 estudiantes universitarios, en el cual se consideró un 95% de confianza, con una proporción del nivel de escolaridad de los padres de un 11% con básica incompleta ⁽⁶³⁾ y un error del 4%.

La expresión que se utilizó para el cálculo es $n \geq \frac{z^2 \cdot N \cdot p(1-p)}{d^2 \cdot (N-1) + z^2 \cdot p(1-p)}$.

Reemplazando, se tiene que $n \geq \frac{1,96^2 \times 4073 \times 0,11(1 - 0,11)}{0,04^2 \times (4073 - 1) + 1,96^2 \times 0,11(1 - 0,11)} \gg 223$

Los estudiantes universitarios fueron seleccionados con un muestreo probabilístico estratificado con fijación proporcional al tamaño poblacional de las carreras que contienen los sujetos determinados en la unidad de análisis. Posteriormente por medio del azar simple se obtuvo un curso de cada carrera, dentro del cual se seleccionó la cantidad necesaria de estudiantes universitarios de acuerdo a la fijación proporcional del muestreo estratificado, obteniéndose que la cantidad de estudiantes seleccionados por curso correspondiera a la misma cantidad de los seleccionados por carrera (ANEXO 1).

2.4 UNIDAD DE ANÁLISIS.

Estudiante regular de carreras de pregrado año 2016, pertenecientes a la Universidad del Bío-Bío, sede Chillán.

2.5 CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD.

Criterios de Inclusión

- a. Edad entre 17 a 32 años.
- b. Estudiantes regulares de pregrado (2016), campus Chillán de la Universidad del Bío-Bío.
- c. Estudiantes que acepten participar voluntariamente en el estudio, a través de la firma del consentimiento informado.

Criterios de Exclusión

- a. Estudiantes del Programa de Bachillerato en Ciencias.
- b. Estudiantes en pasantías.
- c. Estudiantes extranjeros.
- d. Estudiantes de Pedagogía en Educación Básica con especialidad.

2.6 LISTADO DE VARIABLES. (ANEXO 2)

1. Procedencia geográfica.
2. Hijos.
3. Estado civil.
4. Relación de pareja
4. Tipo de familia.
5. Miembros del hogar.
6. Año de ingreso.

8. Promedio de notas.

9. Determinantes Sociales de la Salud:

a. Factores conductuales y biológicos: edad, sexo, enfermedades y los estilos de vida en los ámbitos de la actividad física, alimentación, consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales.

b. Nivel socioeconómico familiar: nivel de escolaridad de los padres, ocupación de los padres, vivienda, disponibilidad de agua, luz eléctrica y medio de eliminación de excretas e ingreso mensual familiar

c. Nivel socioeconómico del estudiante: trabajo, previsión social, tipo de trabajo, horas de trabajo semanal, motivación para trabajar, ingreso mensual, transporte a la universidad, beneficios estudiantiles y vivienda en período académico.

d. Sistema de salud: previsión de salud y atención de salud.

2.7 DESCRIPCIÓN INSTRUMENTO RECOLECTOR (ANEXO 3)

Para la recolección de datos se confeccionó una Hoja de Registro por los autores del estudio, en formato autoadministrado, con preguntas cerradas, de alternativas, de respuestas delimitadas, tipo dicotómicas y selección múltiple. Esta Hoja de Registro incorporó antecedentes sociodemográficos, antecedentes familiares y antecedentes académicos. A su vez se incluyeron preguntas basadas en el estudio de Yañez ⁽⁶³⁾, para abordar los DSS referente a factores conductuales y biológicos, DSS referente al nivel socioeconómico familiar, DSS referente al nivel socioeconómico del estudiante y DSS referente al sistema de salud. Por otro lado, la hoja de registro también incorporó la evaluación de los estilos de vida, siendo evaluados a partir de tres dimensiones del “Cuestionario de Estilos de Vida en Jóvenes Universitarios” (CEVJU-R) de Salazar *et al.* ⁽⁸⁶⁾, validado el año 2009, con una fiabilidad de las dimensiones de aceptable a moderado (entre 0,6 y 0,7). Las dimensiones incorporadas fueron: Actividad física, Alimentación,

Consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales. Estas poseen puntuaciones independientes, donde cada punto medio determina la calificación de la dimensión. Por lo tanto, si la puntuación obtenida es superior al punto medio, indica prácticas no saludables, mientras que a una puntuación inferior a éste, indica prácticas saludables (ANEXO 4).

2.8 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se contactó con Registro Académico y Dirección de cada carrera de la Universidad del Bío-Bío, sede Chillán, a través de una carta de solicitud por parte de la Dirección de Escuela de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío (ANEXO 5). Una vez obtenida la información de contacto de los estudiantes y la autorización para iniciar el trabajo de campo, se seleccionó a los participantes al azar simple. Posteriormente se contactó con los estudiantes universitarios seleccionados, donde se informó el propósito de la investigación, participación voluntaria, el lugar de realización y coordinación del horario.

Se reclutaron los estudiantes por carrera en aulas de clases de la Universidad del Bío-Bío, se procedió a la aplicación del consentimiento informado y el instrumento autoadministrado de los investigadores.

PRUEBA PILOTO

Con el objetivo de calibrar los aspectos relacionados con la aplicación del instrumento del estudio, se aplicó la hoja de registro elaborada por los autores, en una muestra piloto de 22 estudiantes de la Universidad del Bío-Bío seleccionados al azar con características similares a los participantes del estudio y cuyo resultados no fueron incluidos en el estudio definitivo. Al final de la aplicación, los sujetos reclutados indicaron problemas de comprensión del enunciado de algunas preguntas y opciones de respuesta, por ello se realizaron las correcciones de redacción correspondientes para desarrollar el estudio final.

2.9 ASPECTOS ÉTICOS.

Para garantizar la adecuación de los aspectos metodológicos y éticos de esta investigación, se solicitó autorización a cada Dirección de Escuela de cada carrera.

Los estudiantes seleccionados fueron informados del objetivo del estudio (evitando introducir sesgos de expectativa), de los inconvenientes (disponibilidad de tiempo) y el derecho a ser informado de los resultados del estudio, si así lo solicitan. Se especificó que su participación era voluntaria, con la opción de abandonar en cualquier momento que lo deseen y con un compromiso de los investigadores en velar por la confidencialidad de los datos.

Todos los detalles del Consentimiento Informado (ANEXO 6) se encontraron en un documento que fue leído y firmado por ambas partes, tal y como se reflejó en los postulados contenidos en la Declaración de Helsinki.

Cabe destacar que los estudiantes que presentaran una edad inferior a 18 años, se les solicitaría el consentimiento informados por su representante legal más su asentimiento. Dado que ningún participante del estudio fue menor de 18 años, no se llevó a cabo dicho proceso.

2.10 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS.

Las variables de este estudio se describieron con frecuencias observadas y porcentajes, los cuales fueron gestionados en el sistema operativo IOS OS X, con el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 21 (en español).

III. RESULTADOS

Se estudió una muestra de 223 estudiantes de pregrado de la Universidad del Bío-Bío sede Chillán, de estos 222 aceptaron participar.

En cuanto a los antecedentes sociodemográficos de los estudiantes universitarios (Tabla 1), el 72,5% señaló provenir del sector urbano, el 9% refirió tener hijos y el 97,2% fueron solteros, de los cuales el 41,4% se encontraban “pololeando” (en una relación sin compromiso) y el 44,1% indicó no tener ningún tipo de relación de pareja.

Tabla 1. Distribución de los estudiantes de la muestra según sus antecedentes sociodemográficos

Antecedentes sociodemográficos	n=222	%
Procedencia geográfica		
Urbano	161	72,5
Rural	61	27,5
Hijos		
No	202	91,0
Si	20	9,0
Estado civil		
Soltero	216	97,2
Casado	5	2,3
Separado de hecho	1	0,5
Relación de pareja		
Pololeando	92	41,4
No presenta relación de pareja	98	44,1
Relación inestable	18	8,1
Comprometido	9	4,1
No aplica	5	2,3

Fuentes: Determinantes Sociales de la Salud en Estudiantes de la Universidad del Bío-Bío

En relación a los antecedentes familiares de la muestra (Tabla 2), se encontró que el 55,9% se clasificó dentro de las familias denominadas como nuclear biparental y del total de los estudiantes, un 37,8% señaló que pertenece a un hogar conformado por cuatro miembros.

Tabla 2. Distribución de los estudiantes de la muestra según sus antecedentes familiares.

Antecedentes familiares	n=222	%
Tipo de familia		
Familia unipersonal	2	0,9
Familia nuclear monoparental	44	19,8
Familia nuclear biparental	124	55,9
Familia extendida monoparental	17	7,6
Familia extendida biparental	26	11,7
Familia compuesta	4	1,8
Familia reconstituida	5	2,3
Miembros del hogar		
1	2	0,9
2	21	9,4
3	56	25,2
4	84	37,8
5	37	16,7
6	19	8,6
7 o más	3	1,4

Fuentes: Ídem

Referente a los antecedentes académicos de los estudiantes ingresados desde el año 2010 hasta el 2016 (Tabla 3), el 44% de los ingresados entre el año 2010 al 2015 indicó que su promedio de notas acumulado durante todo su período académico oscila entre 5,01 a 5,5.

Tabla 3. Distribución de los estudiantes de la muestra según sus antecedentes académicos.

Antecedentes académicos	n=222	%
Año de ingreso		
2010	1	0,5
2011	1	0,5
2012	10	4,5
2013	39	17,5
2014	62	27,9
2015	62	27,9
2016	47	21,2
Promedio de notas (ingresados el año 2010 al 2015)		
	n=175	%
4,0- 4,5	8	4,6
4,51-5,0	46	26,3
5,01-5,5	77	44
5,51-6,0	38	21,7
6,01-6,5	6	3,4

Fuentes: ídem

Según los factores conductuales y biológicos que presentaron los participantes de este estudio (Tabla 4a), el 61,3% presentó una edad entre 18-20 años y el 64,4% del total de los participantes correspondió a mujeres.

Tabla 4a. Distribución de la muestra, según sus determinantes sociales de la salud referente a factores conductuales y biológicos de los estudiantes universitarios.

Factores conductuales y biológicos		Sexo del participante		Total n=222
		Mujer	Hombre	
		143 (64,4%)	79 (35,6%)	
Edad	18-20	88 (61,5%)	48 (60,8%)	136 (61,3%)
	21-25	50 (34,9%)	28 (35,4%)	78 (35,1%)
	26-30	5 (3,5%)	3 (3,8%)	8 (3,6%)
	Total	143 (100%)	79 (100%)	222 (100%)

Fuentes: Ídem

El 22,5% refirió presentar de una a dos enfermedades al momento del levantamiento de los datos, del total de las mujeres el 31,5% y del total de los hombres el 6,3% presentó enfermedades. A su vez, se observó que las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas fueron las más frecuentes con un 28% (Tabla 4b).

Tabla 4b. Distribución de la muestra según sus determinantes sociales de la salud referente a factores conductuales y biológicos de los estudiantes universitarios.

Factores conductuales y biológicos		Sexo del participante		Total n=222
		Mujer	Hombre	
Enfermedad	Sí	45 (31,5%)	5 (6,3%)	50 (22,5%)
	No	98 (68,5%)	74 (93,7%)	172 (77,5)
	Total	143 (100%)	79 (100%)	222 (100%)

Continuación tabla 4b. Distribución de la muestra según sus determinantes sociales de la salud referente a factores conductuales y biológicos de los estudiantes universitarios.

Factores conductuales y biológicos		Sexo del participante		Total n=50
		Mujer	Hombre	
Tipo de enfermedad	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	13 (28,8)	1 (20%)	14 (28%)
	Enfermedades del sistema respiratorio	9 (20%)	1 (20%)	10 (20%)
	Enfermedades del ojo y sus anexo	8 (17,7%)	1 (20%)	9 (18%)
	Enfermedades del tejido osteomuscular y tejido conjuntivo	4 (8,8%)	0 (0%)	4 (8%)
	Enfermedades del sistema digestivo	3 (6,6)	2 (40%)	5 (10%)
	Enfermedades del sistema genitourinario	2 (4,4%)	0 (0%)	2 (4%)
	Enfermedades del sistema circulatorio	2 (4,4%)	0 (0%)	2 (4%)
	Trastornos mentales y del comportamiento	1 (2,2%)	1 (20%)	2 (4%)
	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	1 (2,2%)	0 (0%)	1 (2%)
	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	1 (2,2%)	0 (0%)	1 (2%)
	Enfermedades del sistema nervioso	0 (0%)	1 (20%)	1 (2%)
	Otro	6 (13,3%)	0 (0%)	6 (12%)

Fuentes: Ídem

Con respecto a los estilos de vida en el ámbito actividad física (Tabla 4c), el 67,6% presentó prácticas no saludables, del total de mujeres el 78,3% y del total de hombres el 48,1% se clasificaron con prácticas no saludables. Para ambos sexos el principal motivo para no hacer actividad física fue la pereza con un 72%, seguido por la falta de tiempo en un 15,3%.

Tabla 4c. Distribución de la muestra según sus determinantes sociales de la salud referente a factores conductuales y biológicos de los estudiantes universitarios.

Factores conductuales y biológicos		Sexo del participante		Total n=222
		Mujer	Hombre	
Estilos de vida: actividad física	Prácticas saludables	31 (21,7%)	41 (51,9%)	72 (32,4%)
	Prácticas no saludables	112 (78,3%)	38 (48,1%)	150 (67,6%)
	Total	143 (100%)	79 (100%)	222 (100%)
Principal motivo para no hacer (o dejar de hacer) actividad física	Pereza	77 (68,7%)	31 (81,6%)	108 (72%)
	Falta de tiempo	20 (17,9%)	3 (7,9%)	23 (15,3%)
	Implica mucho esfuerzo y se cansa fácil	12 (10,7%)	3 (7,9%)	15 (10%)
	Temor a hacer el ridículo	3 (2,7%)	1 (2,6%)	4 (2,7%)
	Total	112 (100%)	38 (100%)	150 (100%)

Fuentes: Ídem

En el ámbito alimentación (Tabla 4d), el 96,8% presentó prácticas saludables de alimentación, del total de mujeres el 98,6% y del total de hombres el 93,7% se clasificó con prácticas saludables de alimentación. Para ambos sexos se observó que el principal motivo para alimentarse adecuadamente era para mantener su salud con un 63,7%.

Tabla 4d. Distribución de los estudiantes de la muestra según sus determinantes sociales de la salud referente a factores conductuales y biológicos de los estudiantes universitarios.

Factores conductuales y biológicos		Sexo del participante		Total n=222
		Mujer	Hombre	
Estilos de vida: alimentación	Prácticas saludables	141 (98,6%)	74 (93,7%)	215 (96,8%)
	Prácticas no saludables	2 (1,4%)	5 (6,3%)	7 (3,2%)
	Total	143 (100%)	79 (100%)	222 (100%)
Principal motivo para alimentarse adecuadamente	Mantener la salud	96 (68,1%)	41 (55,4%)	137 (63,7%)
	Mejorar su rendimiento físico y mental	18 (12,8%)	18 (24,3%)	36 (16,7%)
	Mantener su figura	11 (7,8%)	4 (5,4%)	15 (7%)
	Bajar de peso	10 (7,1%)	3 (4,1%)	13 (6,1%)
	Hace parte del estilo de vida de sus padres o hermanos	3 (2,1%)	2 (2,7%)	5 (2,3%)
	Verse mejor	1 (0,7%)	3 (4,1%)	4 (1,9%)
	Otro	2 (1,4%)	3 (4,1%)	5 (2,3%)
	Total	141 (100%)	74 (100%)	215 (100%)

Fuentes: Ídem

En relación al estilo de vida en el ámbito de consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales (Tabla 4e), el 96,3% presentó prácticas saludables. De los estudiantes, el 65,3% indicó consumir alcohol de forma ocasional, del total de mujeres el 59,4% y del total de hombres el 75,9% refirió este consumo. A su vez, en ambos sexos se indicó que el principal motivo de consumo era para ser más sociable con un 44,1%.

Tabla 4e. Distribución de la muestra según sus determinantes sociales de la salud referente a factores conductuales y biológicos de los estudiantes universitarios.

Factores conductuales y biológicos		Sexo del participante		Total n=222
		Mujer	Hombre	
Estilos de vida: Consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales	Prácticas saludables	141 (98,6%)	73 (92,4%)	214 (96,3%)
	Prácticas no saludables	1 (0,7%)	4 (5,1%)	5 (2,3%)
	Neutro	1 (0,7%)	2 (2,5%)	3 (1,4%)
	Total	143 (100%)	79 (100%)	222 (100%)
Consumo de alcohol	Sí	85 (59,4%)	60 (75,9%)	145 (65,3%)
	No	58 (40,6%)	19 (24,1%)	77 (34,7%)
	Total	143 (100%)	79 (100%)	222 (100%)
Motivo para consumir alcohol	Ser más sociable	40 (47,1%)	24 (40%)	64 (44,1%)
	Disminuir la tensión, ansiedad o estrés	16 (18,8%)	8 (13,3%)	24 (16,6%)
	Olvidarse de los problemas	5 (5,9%)	3 (5%)	8 (5,5%)
	Sentirse mejor	5 (5,9%)	5 (8,3%)	10 (6,9%)
	Experimentar nuevas sensaciones	4 (4,7%)	2 (3,3%)	6 (4,1%)
	Es común en los lugares que frecuente	4 (4,7%)	2 (3,3%)	6 (4,1%)
	Expresar sentimientos	2 (2,3%)	2 (3,3%)	4 (2,8%)
	Insistencia de amigos, pareja o familia	2 (2,3%)	3 (5%)	5 (3,5%)
	Hace parte del estilo de vida de su pareja o amigos	1 (1,2%)	6 (10%)	7 (4,8%)
	Otro	6 (7,1%)	5 (8,3%)	11 (7,6%)
	Total	85 (100%)	60 (100%)	145 (100%)

Fuentes: Ídem

Respecto al consumo de tabaco (Tabla 4f), el 26,1% indicó consumirlo, del total de mujeres el 22,4% y del total de hombres el 32,9% refirió este consumo. A su vez, en ambos sexos se indicó que el principal motivo de consumo era para disminuir la tensión, ansiedad y estrés.

Tabla 4f. Distribución de la muestra según sus determinantes sociales de la salud referente a factores conductuales y biológicos de los estudiantes universitarios.

Factores conductuales y biológicos		Sexo del participante		Total n=222
		Mujer	Hombre	
Consumo de tabaco	Sí	32 (22,4%)	26 (32,9%)	58 (26,1%)
	No	111 (77,6%)	53 (67,1%)	164 (73,9%)
	Total	143 (100%)	79 (100%)	222 (100%)
Motivo para consumir tabaco	Disminuir la tensión, ansiedad o estrés	19 (59,3%)	11 (42,3%)	30 (51,7%)
	Sentirse mejor	4 (12,5%)	1 (3,9%)	5 (8,6%)
	Expresar sentimientos	2 (6,3%)	0 (0%)	2 (3,4%)
	Olvidarse de los problemas	2 (6,3%)	2 (7,6%)	4 (6,9%)
	Hace parte del estilo de vida de su pareja o amigos	2 (6,3%)	1 (3,9%)	3 (5,2%)
	Ser más sociable	1 (3,1%)	4 (15,4%)	5 (8,6%)
	Hace parte del estilo de vida de sus padres o hermanos	1 (3,1%)	1 (3,9%)	2 (3,4%)
	Insistencia de amigos, pareja o familia	0 (0%)	3 (11,5%)	3 (5,2%)
	Es común en los lugares que frecuenta	0 (0%)	1 (3,9%)	1 (1,7%)
	Otro	1 (3,1%)	2 (7,6%)	3 (5,2%)
	Total	32 (100%)	26 (100%)	58 (100%)

Fuentes: Ídem

De acuerdo al consumo de drogas ilegales (Tabla 4g), el 33,8% refirió consumir, del total de mujeres el 26,6% y del total de hombres el 46,8% refirió este consumo. Además el 100% de los que consumían refirió que la marihuana era la droga ilegal de consumo. En ambos sexos se indicó que el principal motivo de consumo era para disminuir la tensión, ansiedad o estrés con un 41,3%.

Tabla 4g. Distribución de la muestra según sus determinantes sociales de la salud referente a factores conductuales y biológicos de los estudiantes universitarios.

Factores conductuales y biológicos		Sexo del participante		Total n=222
		Mujer	Hombre	
Consumo de drogas ilegales: marihuana	Sí	38 (26,6%)	37 (46,8%)	75 (33,8%)
	No	105 (73,4%)	42 (53,2%)	147 (66,2%)
	Total	143 (100%)	79 (100%)	222 (100%)
Motivo para consumir drogas ilegales	Disminuir la tensión, ansiedad o estrés	16 (42,1%)	15 (40,5%)	31 (41,3%)
	Experimentar nuevas sensaciones	11 (29%)	13 (35,1%)	24 (32%)
	Sentirse mejor	5 (13,2%)	6 (16,2%)	11 (14,7%)
	Ser más sociable	3 (7,9%)	0 (0%)	3 (4%)
	Olvidarse de los problemas	1 (2,6%)	1 (2,7%)	2 (2,7%)
	Insistencia de amigos, pareja o familia	1 (2,6%)	2 (5,4%)	3 (4%)
	Otro	1 (2,6%)	0 (0%)	1 (1,3%)
	Total	38 (100%)	37 (100%)	75 (100%)

Fuentes: Ídem

De acuerdo al nivel socioeconómico familiar de los estudiantes (Tabla 5a), el 13,5% de los padres o tutores y 12,6% de las madres o tutoras presentaron una educación básica incompleta; el 59,4% de los padres o tutores se encontraba trabajando y el 52,7% de sus madres o tutoras eran dueñas de casa al momento del levantamiento de los datos.

Tabla 5a. Distribución de la muestra según sus determinantes sociales de la salud referente al nivel socioeconómico familiar.

Nivel socioeconómico familiar	n=222	%
Nivel de escolaridad del padre		
Básica incompleta	30	13,5
Básica completa	28	12,6
Media incompleta	17	7,7
Media completa	78	35,1
Técnico Superior	14	6,3
Universitaria	24	10,8
No sabe	31	14
Nivel de escolaridad de la madre		
Sin estudio	2	0,9
Básica incompleta	28	12,6
Básica completa	18	8,1
Media incompleta	28	12,6
Media completa	99	44,5
Técnico Superior	27	12,2
Universitaria	15	6,8
No sabe	5	2,3
Ocupación del padre o tutor		
Trabajando	132	59,4
Pensionado y/o jubilado	32	14,4
Cesante	11	5
Dueño de casa	1	0,5
No sabe	45	20,2
Otro	1	0,5
Ocupación de la madre o tutor		
Dueño de casa	117	52,7
Trabajando	76	34,2
Pensionado y /o jubilado	17	7,6
No sabe	6	2,7
Cesante	4	1,8
Fallecimiento	1	0,5
Estudiante	1	0,5

Fuentes: Ídem

El 74,8 % indicó tener vivienda propia pagada, a su vez el 91,4% de las viviendas disponía de agua potable, el 100% de luz eléctrica y el 98,2% alcantarillado o fosa séptica. Por otro lado, el 57,6% presentó un ingreso familiar mensual igual o menor a 350.000 pesos (Tabla 5b).

Tabla 5b. Distribución de los estudiantes de la muestra según sus determinantes sociales de la salud referente al nivel socioeconómico familiar.

Nivel socioeconómico familiar	n=222	%
Vivienda		
Propia pagada	166	74,8
Arrendada	16	7,2
Usufructo	16	7,2
Propia pagando a plazo	12	5,4
Allegados	12	5,4
Disponibilidad de agua		
Agua potable	203	91,4
Agua de pozo	16	7,2
Agua de vertiente	3	1,4
Disponibilidad de luz eléctrica		
Sí	222	100
Disponibilidad de medio de eliminación de excretas		
Alcantarillado	190	85,6
Fosa séptica	28	12,6
Pozo negro	4	1,8
Ingreso mensual familiar		
(Hasta 200.000)	51	23
(201.000 – 350.000)	77	34,6
(351.000 – 500.000)	35	15,8
(500.001– 999.999)	41	18,5
(1.000.000 o más)	18	8,1

Fuentes: Ídem

Según los antecedentes socioeconómicos de los estudiantes (Tabla 6a), el 20,7% refirió trabajar, de estos el 54,3% no destina dineros a previsión social. El 41,3% indicó trabajar en tareas de educación (ayudantías, asesorías, clases particulares) y el 69,6% señaló trabajar entre 1 a 10 horas a la semana. A su vez, el principal motivo para trabajar era para suplir necesidades básicas (alimentos, vestuario etc.) con un 34,8%.

Tabla 6a. Distribución de los estudiantes de la muestra según sus determinantes sociales de la salud referente al nivel socioeconómico.

Antecedentes socioeconómicos de los estudiantes	n=222	%
Trabaja		
Sí	46	20,7
No	176	79,3
Previsión social		
Sí	21	45,7
No	25	54,3
Tipo de trabajo		
De educación (ayudantía, asesoría, clases particulares)	19	41,3
Ventas	10	21,7
Empaque	5	10,9
Restaurante y/o pub	4	8,7
Oficina o administración	2	4,3
Repartidor de comida	1	2,2
Otro	5	10,9
Horas de trabajo semanal		
1-10	32	69,6
11-20	12	26,1
21-30	2	4,3
Motivación para trabajar		
Suplir necesidades básicas	16	34,8
Incrementar disponibilidad de dinero	12	26,1
Financiar estudios	4	8,7
Tener ahorros	4	8,7
Desarrollo personal	4	8,7
Otro	6	13

Fuentes: Ídem

En relación a los antecedentes socioeconómicos de los estudiantes (Tabla 6b), el 62,1% mencionó tener un ingreso que oscila entre \$5.000 a \$50.000 al mes. El 67,1% señaló utilizar microbús para transportarse a la universidad. El 67,6% financió sus estudios con el beneficio de Gratuidad y/o sistema de beca/s que entrega el Estado y un 77% indicó que durante el año académico vive en casa familiar (de padre y/o madre y/o tutor).

Tabla 6b. Distribución de los estudiantes de la muestra según sus determinantes sociales de la salud referente al nivel socioeconómico.

Antecedentes socioeconómicos de los estudiantes	n=222	%
Ingreso mensual		
5.000-25.000	58	26,1
25.001-50.000	80	36
50.001-75.000	31	13,9
75.001-100.000	33	14,9
100.001-125.000	9	4,1
125.001-150.000	5	2,3
150.001 o más	6	2,7
Transporte a la Universidad		
Microbús	149	67,1
Caminando	38	17,1
Bicicleta	11	4,9
Auto: manejo	10	4,5
Auto: me llevan	10	4,5
Colectivo	3	1,4
Moto	1	0,5
Beneficios estudiantiles		
Gratuidad	33	14,9
Gratuidad + beca/as del estado	117	52,7
Beca/as del estado	39	17,5
Beca/as del estado + crédito	17	7,7
Crédito	10	4,5
Ninguna	6	2,7

Continuación tabla 6b. Distribución de los estudiantes de la muestra según sus determinantes sociales de la salud referente al nivel socioeconómico.

Antecedentes socioeconómicos de los estudiantes	n=222	%
Vivienda académica		
Casa familiar	171	77
Arriendo de pieza	15	6,7
En casa de parientes	11	4,9
Pensión	9	4,1
Arriendo de casa con amigos	5	2,3
Casa o departamento propio	5	2,3
Otro	6	2,7

Fuentes: Ídem

En relación al sistema de salud de los estudiantes (Tabla 7), el 87,4% indicó tener como previsión de salud FONASA y el 76,6% señaló atenderse habitualmente en el sistema público.

Tabla 7. Distribución de los estudiantes de la muestra según sus determinantes sociales de la salud referente al sistema de salud

Sistema de salud	n=222	%
Previsión de salud		
FONASA*	194	87,4
ISAPRE†	19	8,6
Otra	9	4
Atención en salud		
Público	170	76,6
Privado	49	22
Otro	3	1,4

Fuentes: Ídem

* Fondo nacional de salud

† Instituciones de salud previsional

IV DISCUSIÓN.

4.1 DISCUSIÓN DEL ESTUDIO

El propósito de la investigación fue describir los Determinantes Sociales de la Salud de los estudiantes de la Universidad del Bío-Bío, sede Chillán.

Se realizó una exhaustiva búsqueda, la cual se concentró en identificar las variables abordadas en la investigación por separadas, tanto en estudios nacionales como internacionales. A su vez se utilizaron las estadísticas nacionales referentes al grupo de estudio (Censo, encuestas, proyecciones y planillas). Cabe mencionar que no se encontraron estudios que contemplaran en específico los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) en estudiantes universitarios en los últimos 10 años.

Según los antecedentes sociodemográficos se observó que el 72,5% de los estudiantes vivía o provenía del sector urbano, este resultado se asemeja con lo obtenido en el estudio “Estilos de vida y jóvenes universitarios. Su relación con factores personales, familiares y sociales” (Chile), realizado por Yáñez ⁽⁶³⁾, donde se obtiene que el 76% vivía o provenía de zona urbana. Asimismo, estos resultados concuerdan con lo sucedido a nivel nacional, en donde para el año 2015 el 87% de la población chilena, residía en el sector urbano ⁽⁸⁷⁾. Este ofrece mejores oportunidades, tanto en ámbito económico, laboral, educativos y mayor acceso a los sistemas básicos. Por lo tanto, al grupo de estudiantes que se debieran enfocar los apoyos correspondientes para favorecer su accesibilidad a la universidad, es el proveniente del sector rural, el cual en este estudio correspondió a un 27,5%. Estos pueden verse limitados por factores geográficos, socioculturales y económicos, llevándolos a requerir más de un medio de movilización y/o a un endeudamiento al que deben incurrir para financiar los gastos universitarios (vivienda académica y manutención). Finalmente debiera ser el estado y la institución correspondiente quienes intervengan sobre estos factores que influyen directamente sobre los estudiantes para permanecer en la universidad ⁽⁸⁸⁾.

Por otro lado el 9% refirió tener hijos, lo cual supera a lo obtenido por Yáñez (63), donde se observa que el 3,7% tenía hijos. A pesar de que existe la paternidad en la educación superior, se puede apreciar que según lo expuesto por el “Departamento de estadísticas e Información de Salud” (DEIS), para el grupo de edad entre 20 a 34 años existió una disminución de un 7,9% de madres entre 1990 a 2011. Los cambios sociales, políticos, económicos y culturales, influyen en que los jóvenes construyan trayectorias que aumentan su permanencia en los estudios superiores, y con ello posterguen el nacimiento del primer hijo/a, en comparación a las trayectorias de las generaciones anteriores ⁽⁸⁹⁾. En la Universidad del Bío-Bío existe la beca apoyo a estudiantes madres/padres, la cual consiste en otorgar un aporte de dinero en dos modalidades (parcial 30.000 pesos y total 55.000 pesos), según las condiciones socioeconómicas del estudiante, para que puedan cubrir de forma parcial los gastos que genere el cuidado de su hijo/a (necesidades básicas, sala cuna o jardín infantil) durante el período en el que se encuentre realizando sus actividades académicas, y hasta que su hijo/a cumpla 3 años, 11 meses, 29 días ⁽⁹⁰⁾. Sin embargo, actualmente la universidad no cuenta con la infraestructura de una sala cuna, por lo tanto no se consideran otros factores que pudieran afectar al estudiante, como la distancia y tiempo que se requiere para ir a dejar, amamantar y/o a buscar a sus hijos, lo cual puede conllevar a que los estudiantes falten a clases y/o aumentar la deserción académica por la demanda de gastos económicos, de tiempo y el estrés desencadenado por esta situación.

La mayor parte de los estudiantes se encontraba legalmente soltero (97,2%), resultado que coincide con diversos estudios de estudiantes universitarios realizados tanto a nivel nacional como internacional ^(78,91-94). De estos el 41,4% mantenía una relación sin compromiso y un 44,1% indicó no tener ningún tipo de relación. Esto es similar a lo obtenido en la “Encuesta Nacional de Juventud 2012” realizada por el Ministerio de Educación, donde se observa que de los solteros el 53% presentaba algún tipo de relación de pareja y el 46% se encontraba sin ningún tipo de relación de pareja. Cabe destacar que las Encuestas Nacionales de la Juventud desde 1994 al 2012 han mostrado que las

personas jóvenes solteras han aumentado desde un 70% a 92% ⁽⁹⁴⁾. A este incremento sostenido de solteros coincide con la postergación en la conformación de la familia, vinculada al aumento de los años de escolaridad y al tardío ingreso al mercado del trabajo ⁽⁹⁵⁾. Sin embargo, que la mayoría de la población joven se declare soltera no significa necesariamente que se encuentran solas o sin ningún tipo de relación de pareja, sino más bien se asiste a un proceso en el cual buscan definir los vínculos y tipos de relaciones que decidan formar ⁽⁹⁴⁾.

Con respecto a los antecedentes familiares se obtuvo que el tipo de familia predominante fue la nuclear biparental en un 55,9%, a su vez, de todos los hogares el mayor porcentaje se encontraban conformado por 4 personas (37,8%), estos resultados concuerdan con lo obtenido por estudios nacionales e internacionales ^(63,79,96). A pesar de que existió un predominio de la familia nuclear biparental, se ha observado a nivel nacional una disminución de un 1,8% entre los años 1992 a 2002, asimismo el número de miembros por hogar se redujo de 6 a 4 personas promedio, entre los años 1960 a 2002 ⁽⁹⁷⁾. Lo cual se ha atribuido a los procesos demográficos y sociales que han llevado a una disminución de la tasa bruta de natalidad, desde 23,5 a 14,4 hijos por cada mil personas, entre los años 1990 al 2011, y a su vez, se ha potenciado debido al aumento de la frecuencia de divorcios, entre los años 2006 al 2015, de 10.119 a 40.206 parejas respectivamente ^(98,99).

En base a los antecedentes académicos de los estudiantes, el ingreso a la universidad fue desde el año 2010 al 2016 y el 44% de los ingresados entre el año 2010 al 2015 (n=175), presentó un promedio de notas acumulado entre 5,01 a 5,5. Este se relaciona a lo obtenido por Yáñez ⁽⁶³⁾, donde un 49% presentó un promedio de notas acumulado entre 5,0 a 5,6. A pesar de que la Universidad del Bío-Bío se rige bajo el “Modelo Educativo de la UBB”, que tiene como propósito la formación integral de los estudiantes ⁽¹⁰⁰⁾, los promedios acumulados que predominaron en la investigación, si se toman como referencia para la postulación de estudios de postgrados, estos disminuyen los puntajes de ponderación, tanto para el ingreso al programa de estudio, como para la obtención de

beneficios para financiarlos; ya que se requiere un promedio mínimo de pregrado igual o superior a 5,0 o estar dentro del 30% superior del ranking de pregrado (a mayor promedio de notas, mayor ponderación de puntaje), al momento de postular ⁽¹⁰¹⁾. Por lo tanto, esto debería llevar a la universidad a replantearse las metodologías de enseñanza- aprendizaje, ya que el nivel de educación que adquieran los estudiantes será el medio más seguro para alcanzar un desarrollo económico y social perdurable en el tiempo ⁽⁵³⁾.

Según los DSS respecto a los factores conductuales y biológicos, se obtuvo que el 61,3% de los estudiantes presentó una edad entre los 18 y 20 años, resultados similares se obtienen en diversos estudios realizados en estudiantes universitarios con rangos de edades similares ^(80, 93, 102). Por otro lado, la mayor cantidad de estudiantes correspondieron al sexo mujer (64,4%), esto es similar a lo expuesto en la “Estadística de la Educación 2014” realizada por el Ministerio de Educación, en donde 53% de los universitarios del 2014 correspondía a mujeres ⁽¹⁰³⁾ y por otros estudios realizados a nivel nacional como internacional ^(63, 81, 91, 96). El cambio de paradigma que ha tenido la sociedad sobre la participación laboral femenina ⁽¹⁰⁴⁾, ha llevado a que exista un mayor número de mujeres estudiando en la universidad. Esto se refleja en los datos del “Consejo Nacional de Educación (CNED)”, donde se observa que desde hace diez años las mujeres superan de manera continuada en matrícula universitaria a los hombres, presentando en el año 2015 una diferencia de 4,2% entre ambos sexos ⁽¹⁰⁵⁾.

De los estudiantes el 22,5% refirió presentar una o dos enfermedades, a su vez, las mujeres fueron las que presentaron mayor frecuencia de enfermedades en un 31,5% en comparación a los hombres (6,3%). Este valor supera al estudio realizado por Yáñez ⁽⁶³⁾, donde refiere que el 16,3% de los estudiantes presentaba alguna enfermedad. Por otro lado, las enfermedades más frecuentes fueron endocrinas, nutricionales y metabólicas en un 28%, lo cual difiere a lo obtenido en el estudio de Yáñez ⁽⁶³⁾ y la estadística realizada por el Centro de estudios de la Federación de estudiantes de la Universidad de Chile, que exponen que las enfermedades respiratorias son las más frecuentes en los estudiantes

universitarios ⁽¹⁰⁶⁾. Los estudiantes que presentaron alguna enfermedad (22,5%) no son de ignorar, ya que cuando esta se manifiesta, el cuerpo sufre muchas consecuencias, teniendo un efecto directo sobre la calidad de vida de las personas afectadas y sus familias, además de un impacto económico en los niveles individual, comunitario y nacional. Por tanto, es importante considerar el estrés que se desprende de las exigencias universitarias, el cual es uno de los condicionantes para desarrollar enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas. Asimismo, la presencia de estas enfermedades genera efectos psicológicos y sociales en el estudiante, alterando su apariencia, motivaciones, hábitos alimenticios y rendimiento ⁽¹⁰⁷⁾.

En cuanto a los estilos de vida en el ámbito de la actividad física el 67,6 % de los estudiantes se clasificó con prácticas no saludables, siendo las mujeres (78,3%) quienes presentaron mayor frecuencia de prácticas no saludables en comparación a los hombres (48,1%). Estos resultados concuerdan con el estudio de Yáñez ⁽⁶³⁾ y el de Rodríguez *et al.* ⁽⁸²⁾, en los cuales las mujeres presentaban prácticas menos saludables en la realización de actividad física, exponiendo que son más inactivas que los hombres. A su vez, para ambos sexos el principal motivo para no realizar o dejar de hacer actividad física es la pereza en un 72%, seguido de la falta de tiempo en un 15,3%, siendo similar a lo obtenido por Yáñez (51,7% y 26% respectivamente) ⁽⁶³⁾, pero contrario a lo planteado por Rodríguez *et al.* ⁽⁸²⁾ donde la falta de tiempo se posiciona como el principal motivo (49,5%) seguido por la pereza (19,7%). El período universitario genera cambios en los hábitos de vida, donde generalmente la actividad física queda excluida, principalmente por la falta de interés frente a las actividades deportivas y/o falta de tiempo ⁽¹⁰⁸⁾. A pesar que la Universidad del Bío-Bío cuenta con la infraestructura necesaria (gimnasio, cancha, insumos deportivos) y una gran variedad de talleres deportivos en los cuales pueden participar los estudiantes, los resultados arrojados por la investigación fueron preocupantes, ya que el mayor porcentaje se clasificó con prácticas no saludables (67,6%) en el ámbito actividad física; ya que se sabe que la inactividad física se encuentra entre los 10 principales factores de riesgo de mortalidad a nivel mundial y es uno de los principales factores de riesgo de

padecer enfermedades no transmisibles ⁽¹⁰⁹⁾. Por ello, se debieran buscar medidas para paliar la pereza de los estudiantes y aumentar el interés de participar en actividades deportivas. Un estudio canadiense denominado *“Meta-analysis of internet-delivered interventions to increase physical activity levels”*, realizado en el año 2012 por Davies *et al.* ⁽¹¹⁰⁾, señala que es posible lograr pequeños cambios significativos en el aumento de la actividad física a través de la entrega de información por internet a los estudiantes, como una estrategia de intervención virtual. Lo cual podría ser una excelente medida para implementar en la universidad, si consideramos que actualmente las opciones más frecuentes de recreación de los estudiantes son las que involucran a la tecnología, tales como: escuchar música, ver televisión y uso de redes sociales ⁽¹¹¹⁾. Por tanto, difundir información a través de medios virtuales permitiría aumentar el conocimiento de las actividades y espacios recreativos que ofrece el establecimiento educacional, fomentando así la realización de actividad física.

Respecto al estilo de vida en el ámbito de alimentación, se obtuvo que el 96,8% se clasificó con prácticas saludables, siendo las mujeres las que obtuvieron una mayor frecuencia de prácticas saludables (98,6%) en comparación a los hombres (93,7%). Esta cifra supera a la obtenida por Yáñez ⁽⁶³⁾, donde el 91% de los estudiantes presentó prácticas saludables en esta dimensión. Además el principal motivo para alimentarse adecuadamente, para ambos sexos, fue mantener su salud (63.7%). Frente a esto, es importante considerar el entorno sociocultural como factor que influye en la elección de los alimentos, por lo tanto, las universidades deben ser capaces de crear un entorno donde se pueda acceder a una alimentación saludable, ya que los estudiantes pasan la mayor parte del día en dichos establecimientos ⁽¹¹²⁾. En base a esto, la Universidad del Bío-Bío cuenta con un casino en ambos campus con la opción de comprar almuerzos variados, equilibrados y saludables, cada uno con su respectivo detalle calórico. Además dentro de sus apoyos internos, cuenta con la beca de alimentación que entrega al estudiante almuerzos según los requerimientos calóricos necesarios para un adulto joven, durante todo el período académico. No obstante estos beneficios debieran ser complementados

con programas que entreguen una mayor disponibilidad de información útil acerca de los alimentos, las dietas y la salud, proporcionar un entorno adecuado y tiempo suficiente para alimentarse, promover quioscos con alimentos saludables (actualmente no existen dentro de la universidad) e incentivar a que las reuniones de funcionarios y estudiantes sean saludables (sin galletas, pasteles, bebidas, entre otros); todo esto con la finalidad de prevenir problemas de salud en la población universitaria.

Respecto al estilo de vida en el ámbito de consumo de alcohol (OH), tabaco y drogas ilegales, el 96,3% se clasificó con prácticas saludables, este resultado se aproxima a lo obtenido por Yáñez ⁽⁶³⁾, donde el 98% de los estudiantes presentó prácticas saludables en esta dimensión. A pesar de que los participantes del estudio se clasificaron mayoritariamente con prácticas saludables, se observó que el 65,3% de los estudiantes presentaba un consumo de bebidas alcohólicas de forma ocasional, porcentaje que concuerda con lo obtenido en la “7^{ma} encuesta nacional de juventud 2012” (62% de los jóvenes consumía alcohol) ⁽⁹⁴⁾ y en el estudio de Yáñez (67,1%) ⁽⁶³⁾. A su vez, los hombres presentaron un mayor porcentaje de consumo (75,9%) en comparación con las mujeres (59,4%). Similar situación se aprecia en un estudio denominado: “Prevalencia de consumo de drogas en estudiantes universitarios” realizado por Morales *et al.* ⁽⁸³⁾, donde se obtiene que el 63% de los estudiantes consumía OH y los hombres eran los que consumían en mayor porcentaje (73,6%) en comparación con las mujeres (52,9%). Las facilidades de acceso y el incremento de situaciones de consumo que se presentan en el ambiente universitario, llevan a los estudiantes a un estado de vulnerabilidad de adquirir estos hábitos de consumo de OH. Por otra parte, es preocupante el alto porcentaje de estudiantes que consumen OH (65,3%), debido a que el consumo de OH desencadena problemas que afectan su permanencia en la universidad y la calidad de su formación para la vida profesional, reportando un mayor ausentismo, abandono de estudios y una mayor cantidad de repeticiones de cursos ⁽⁸⁵⁾. En cuanto a las repercusiones en salud, este consumo puede ser causal de más de 200 enfermedades y trastornos ⁽¹¹³⁾, y a su vez participa de manera directa e indirecta en la aparición de daños físicos, mentales y

sociales, produciendo violencia y accidentes de tránsito. Este último precisamente por conducir bajo los efectos del OH, lo cual se ve reflejado en el estudio de consumo de OH del INJUV (2012), que señala que el 11% de los jóvenes declara haber conducido bajo los efectos del OH y el 42% de los que han consumido OH declaran haber compartido un vehículo con un conductor que haya consumido OH ⁽¹¹⁴⁾.

Por otro lado, para ambos sexos el principal motivo para el consumo de OH fue para ser más sociable en un 44,1%, lo cual se contrapone al estudio realizado por Yáñez ⁽⁶³⁾, donde se arrojó que el principal motivo de consumo de alcohol era para disminuir la tensión, ansiedad o el estrés. El factor social es predominante en el consumo de alcohol, ya que los amigos, los pares más cercanos, parejas y grupos pequeños se convierten en una influencia dominante ⁽¹¹⁵⁾.

Con respecto al consumo de tabaco se obtiene que el 26,1% fumaba, porcentaje inferior a lo reportado por la “7^{ma} encuesta nacional de juventud 2012” (49%) ⁽⁹⁴⁾ y el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol en el año 2012 (57,9%) ⁽¹¹⁶⁾, como también en el estudio de Yáñez (33,4%) ⁽⁶³⁾ y el de Morales *et al.* (32,8%) ⁽⁸³⁾. Por otro lado, se obtuvo que el porcentaje de hombres (32,9%) superó al de las mujeres (22,4%) con respecto al consumo de tabaco. Esta situación coincide con los resultados obtenidos por los estudios antes mencionados ^(63,83,94,116). La universidad puede ser visualizada como un factor estresante producto de la sobrecarga académica que deben enfrentar los estudiantes, llevándolos a desarrollar o consolidar este hábito de consumo. Esto se ve reflejado en los resultados obtenidos, donde el 51,7% de los estudiantes refirió que el principal motivo de consumo de tabaco fue para disminuir la tensión, ansiedad o estrés, siendo concordante con lo obtenido por Yáñez ⁽⁶³⁾. Sin embargo la nicotina, que es principal componente del tabaco, no ofrece ningún alivio al estrés y tampoco mejora el estado de ánimo ⁽¹⁾. En consecuencia, el tabaquismo es considerado un importante problema de salud pública, siendo uno de los principales factores de riesgo de varias enfermedades crónicas, matando cada año a casi 6 millones de personas en el mundo y a

46 personas cada día en Chile (2013) ^(117,118). Por ello la preocupación por el consumo de tabaco en la población chilena llevó a las autoridades a implementar cambios legislativos, en año 2013 Ley N° 20.660, aumentando las restricciones del consumo de tabaco, siendo una de las medidas más controversiales la prohibición de fumar en lugares cerrados de uso público o colectivo ⁽¹¹⁸⁾. No obstante se requiere potenciar la promoción de la salud por parte de las instituciones sanitarias e implementar políticas en las universidades que inhiban el consumo de esta sustancia, además de incorporar talleres y programas de manejo del estrés, desarrollo de habilidades personales y sociales, como autonomía y autocontrol, para que los estudiantes no se vean en la necesidad de recurrir al tabaco para manejar su estrés, ansiedad y/o tensión.

De los estudiantes universitarios el 33,8% refirió consumir drogas ilegales y de estos el 100% respondió que la droga de consumo habitual era la marihuana (*Cannabis Sativa*). Esto concuerda con lo reportado por el SENDA en jóvenes de 19 a 25 años, donde el 34,8% consumía esta droga ⁽¹¹⁶⁾. Por otro lado, esta cifra de consumo supera a lo reportado por la “7^{ma} encuesta nacional de juventud 2012” (17%) ⁽⁹⁴⁾, a las cifras obtenidas por los estudios de Yáñez (14%) ⁽⁶³⁾ y Morales *et al.* (7,2%) ⁽⁸³⁾. Los factores, como la vida universitaria, problemas familiares, socioeconómicos, cognitivos (utilización para estudiar) y/o emocional sobre los universitarios, genera vulnerabilidad frente al consumo de drogas ilegales. Esto se ve favorecido por el fácil acceso y bajo costo, en comparación a otras drogas ilegales, además gran parte de los estudiantes no dimensiona el daño que puede provocar a su salud ⁽¹¹⁹⁻¹²¹⁾.

En base a lo obtenido, los hombres (46,8%) superaron a las mujeres (26,6%) en cuanto al consumo de marihuana. Esto coincide con algunos estudios mencionados anteriormente ^(83,94,116). Por otro lado, para ambos sexos el principal motivo de consumo fue para disminuir la tensión, ansiedad o estrés en un 41,3%. La marihuana ofrece a sus consumidores el espejismo de una puerta de salida a las situaciones de adversidad y estrés que se encuentre viviendo, ya sea por presiones académicas y/o expectativas

laborales ^(1,119). Sin embargo, esta situación sólo consigue empeorar los problemas, ya que según el equipo de Lisdahl *et al.* ⁽¹²²⁾ exponen que el uso de marihuana tiene un impacto negativo en la cognición, la estructura y funcionamiento del cerebro en adultos jóvenes sanos. Los cuales pueden verse reflejados en la pérdida de concentración, disminución de los reflejos, dificultad para ejecutar procesos mentales complejos (rendir un examen), alteraciones de la percepción temporal y sensorial, disminuyendo la memoria a corto plazo ⁽¹²³⁾. A su vez, las consecuencias generadas a nivel salud son el aumento de riesgos de padecer lesiones relacionadas con la intoxicación (accidentes y violencia), enfermedades infecciosas y/o crónicas; además de desarrollar un uso nocivo, abusivo y/o de dependencia ⁽¹²⁴⁾.

En Chile, para abordar este problema, se creó el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), siendo la entidad responsable de elaborar las políticas de prevención del consumo de drogas y alcohol, así como de tratamiento, rehabilitación e integración social de las personas afectadas por estas sustancias. A pesar de que existe esta institución, no se registran programas que aborden directamente a los estudiantes universitarios ⁽¹²⁵⁾.

En base a los resultados obtenidos respecto a los estilos de vida de los estudiantes universitarios, mencionados anteriormente, es importante reconocer que la universidad influye en este grupo etario, modificando o fortaleciendo sus hábitos, tanto en el ámbito de actividad física, alimentación y consumo de alcohol (OH), tabaco y drogas ilegales. Asimismo, los estilos de vida se deben visualizar y enfrentar de forma holística, como un condicionante que impacta sobre el usuario, la familia y sociedad, con repercusiones en los ámbitos económicos, políticos y socioculturales. Con ello, los efectos y consecuencias son una pesada carga para los sistemas de salud. Por tanto, es necesario implementar políticas públicas efectivas, sobre los universitarios, que permitan enfrentar estos desafíos. Desde el año 2006 se ha comenzado a potenciar la promoción de la salud en las universidades de Chile, conceptualizada con el término “Universidad Saludable y/o

Promotora de la Salud”, junto a un instrumento orientado a impulsar políticas de educación y fomento de vida saludable al interior de los planteles “Guía para universidades saludables y otras instituciones de educación superior” ⁽⁷⁴⁾. Sin embargo, a casi 10 años de este programa, la Universidad del Bío-Bío aún está en transición a su implementación. Este programa puede verse potenciado si la Facultad de Ciencias de la Salud y de los Alimentos (FACSA), junto con la carrera de Pedagogía en Educación física, implementaran iniciativas de trabajo en conjunto sobre temas de salud, a través de stands, charlas motivacionales, afiches, consejerías y congresos de estilos de vida saludables y calidad de vida, ya que esto generaría una fuerza que actué positivamente en la vida y la salud de los estudiantes, desarrollando las herramientas necesarias para ser participantes activos en la promoción de la salud y prevención de estilos de vida no saludables.

Según los DSS respecto al nivel socioeconómico familiar de los estudiantes universitarios, se observa que el 13,5% de los padres o tutores y el 12,6% de las madres o tutores presentaban nivel de escolaridad básica incompleta. Estos resultados son superiores a las reportadas por los estudios de Yáñez ⁽⁶³⁾ (12% y 8,3% respectivamente), Celis *et al.* ⁽⁸⁴⁾ (7% y 6% respectivamente) y el de Santa *et al.* ⁽⁹¹⁾ (9,4% y 9,1%). Llama la atención que esta cifra supera los estudios mencionados, la cual no es de ignorar, ya que el nivel de educación impacta directamente en los ingresos económicos del hogar, llevando a las familias a posicionarse en los peldaños más bajos de la escala social y acceder a trabajos poco remunerados, los cuales probablemente no entregan los niveles de seguridad adecuados ⁽¹⁾. Por otro lado, a nivel sanitario puede generar serios inconvenientes de comprensión de información y conocimientos importantes para el autocuidado, desencadenando problemas de salud a nivel personal y familiar.

En cuanto a la actividad laboral el 59,4% de los padres o tutores se encontraba trabajando, cifra inferior a la obtenida por Celis *et al.* ⁽⁸⁴⁾ (88%), por otro lado el 52,7% de las madres o tutores eran dueñas de casa, porcentaje superior al obtenido en el estudio de Muñoz *et*

al. ⁽⁷⁹⁾ (37,3%). A pesar de que hoy en día la tasa de ocupación femenina ha mostrado un aumento sostenido en el tiempo, de 28,4% (1990) a 37,8% (2010), producto de una mayor inserción de las mujeres al mercado del trabajo ⁽¹²⁶⁾. La diferencia de ocupación entre ambos sexos, se encuentra influenciada por la trayectoria laboral de las mujeres, que aún se encuentra condicionada por el rol que desempeñan en el hogar y la llegada de los hijos ⁽¹²⁷⁾.

En cuanto a la vivienda familiar, un gran porcentaje poseía vivienda propia pagada (74,8%), el 91,4% tenía disponibilidad de agua potable, el 100% luz eléctrica y un 98,2% contaba con alcantarillado o fosa séptica como medio de eliminación de excretas. Si estos valores se comparan con lo obtenido por el Censo del 2002 ⁽¹²⁸⁾ y la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional 2013 (CASEN) ⁽¹²⁹⁾, realizada por el Ministerio de Desarrollo Social, se aprecia que ha existido un aumento en la disponibilidad vivienda propia, agua potable, luz eléctrica y medios de eliminación de excretas óptimos (alcantarillado y/o fosa séptica), debido al avance de la economía y políticas sociales que se han implantado a nivel país ⁽¹³⁰⁾. No obstante, se observa que aún existen hogares que no presenta disponibilidad de agua potable y/o alcantarillado o fosa séptica. Esta situación es preocupante, ya que unas 842.000 personas de países de ingresos bajos y medianos mueren cada año como consecuencia de la insalubridad del agua y de un saneamiento e higiene deficiente. A su vez, este déficit se asocia a la transmisión de enfermedades como la diarrea, la disentería, la hepatitis A, la fiebre tifoidea y la poliomielitis ⁽¹³¹⁾.

El ingreso familiar mensual predominante en un 57,6% era igual o menor a 350.000 pesos, encontrándose estos estudiantes en los dos grupos más bajos. Esto se relaciona con el estudio realizado por Celis *et al.* ⁽⁸⁴⁾, donde se obtiene que el 46% pertenecía a los dos grupos más bajo del ingreso familiar mensual (igual o menor a 350.000 pesos). Este antecedente es relevante ya que influye directamente en la disponibilidad de recursos con los que pueden contar los estudiantes durante su desarrollo universitario y determina las formas y condiciones de vida tanto a nivel familiar como individual.

En cuanto a los DSS respecto a los antecedentes socioeconómicos de los estudiantes, se aprecia que el 20,7% realizaba alguna actividad remunerada, resultado similar se obtiene en la “7^{ma} Encuesta Nacional de Juventud 2012”, donde se observa que de todos los jóvenes que estudiaban solo un 20,5% trabajaba (jóvenes de 15 a 29 años), a su vez el 51% de los jóvenes entre 20 y 24 años no buscan o no trabajan, porque no podían compatibilizar trabajo y estudio ⁽⁹⁴⁾. Por otro lado, un estudio denominado “Actividad Laboral de los jóvenes Universitarios”, realizado por el Centro de Estudios de Opinión Ciudadana, de la Facultad de Ciencias Empresariales de la Universidad de Talca, arrojó que el 48,7% de los estudiantes trabajaba ⁽¹³²⁾, lo cual corresponde a una cifra superior a las mencionadas anteriormente. Finalmente, la institución académica y las políticas de gobierno debieran brindar los apoyos necesarios a los estudiantes universitarios que trabajan, ya que el trabajar y estudiar reduce las horas de estudio y sueño, la capacidad de concentración y aprendizaje, debido al desgaste físico y estrés, lo cual pudiera elevar el riesgo de padecer alguna enfermedad ⁽¹⁾.

De los estudiantes que trabajaban el 54,3% no destinaba dinero a previsión social y del total que trabajaba el 41,3% realizaba labores de educación (ayudantías, asesorías, clases particulares), lo cual es diferente a lo obtenido por el Centro de Estudios de Opinión Ciudadana donde el mayor porcentaje realizaba trabajos de oficina y/o administración (39,9%) ⁽¹³²⁾. En base a lo expuesto anteriormente, aquellos que no destinaban dinero a previsión social, se debe a que la mayoría de los trabajos de educación (41,3%), son remunerados por honorarios y no superan un monto de \$281.250, por lo tanto, los estudiantes tienen la opción de decidir cotizar o no ⁽¹³³⁾. Además, es importante destacar que los trabajos de educación (ayudantías, asesorías, clases particulares) son de fácil acceso y se acomodan a los horarios académicos de los estudiantes universitarios.

A su vez, se obtuvo que el 69,6% invierte de 1 a 10 horas a la semana para trabajar, esto difiere de lo obtenido del estudio denominado “Perfil del estudiante universitario”,

realizado por Dirección Pro Universitarios, Uruguay (2014), en donde se expuso que el 37% de los estudiantes universitarios trabajaba más de 40 horas a la semana ⁽¹³⁴⁾.

El motivo principal para trabajar, en un 34,8% fue para suplir necesidades básicas, (alimentos, vestuario, artículos de higiene, etc.). Esto difiere de lo obtenido por el Centro de Estudios de Opinión Ciudadana, donde el principal motivo para trabajar de los estudiantes, en un 58,3%, era para financiar las vacaciones ⁽¹³²⁾; y a su vez, difiere de lo arrojado por la “7^{ma} Encuesta Nacional de Juventud 2012”, que indicó que la principal motivación para trabajar de los estudiantes de 20 a 24 años, era para la mantención económica de su familia ⁽⁹⁴⁾.

Respecto a la cantidad de dinero que maneja el estudiante al mes, el 62,1% indicó que oscila entre 5.000 a 50.000 pesos. Cifra que es inferior a la obtenida por Yáñez ⁽⁶³⁾, donde se expuso que el 58% posee un rango de dinero entre 15.001 y 75.000 pesos mensuales. Estas cifras no reflejan claramente si el dinero que manejan los estudiantes durante el mes (sin considerar gastos básicos) son suficientes o no, ya que va a depender de la forma en que administren su presupuesto. No obstante, si los estudiantes recibieran el apoyo y cobertura suficiente para estudiar en la educación superior (financiamiento de la carrera, alojamiento, transporte y alimentación), tendrían mayor disponibilidad para gastos propios, sin recurrir al uso de tarjetas de crédito o endeudamiento.

Para movilizarse a la universidad el 67,1% señaló utilizar microbús. Este medio de transporte es el más accesible para los estudiantes, por su frecuencia en los recorridos, por su mayor capacidad y principalmente por su bajo costo. Este último se debe a que en Chile desde el año 2006 se implementa la Tarjeta Nacional Estudiantil (TNE), la cual permite a los estudiantes tener una rebaja en el pago de la tarifa en los servicio de transporte público (microbús) durante todo el año, de lunes a domingo, las 24 horas del día ⁽¹³⁵⁾.

Respecto a los Beneficios estudiantiles, para financiar los estudios el 67,6% posee el beneficio de Gratuidad y/o sistema de beca/s que entrega el Estado. Este resultado difiere

de lo obtenido por Yáñez ⁽⁶³⁾, donde la mayor parte de los estudiantes (62%) financiaba sus estudios con uso del Fondo Solidario de Crédito Universitario (FSCU). Si esto lo comparamos con lo que ha ocurrido a nivel país, los resultados obtenidos reflejan que los estudiantes de la Universidad del Bío-Bío sobrepasan la estadística nacional reportada en el año 2012 y 2016 respecto a la obtención de beneficios, donde del total de estudiantes matriculados en el 2012 en la educación superior, el 36,1% financiaba sus estudios con créditos y solo un 19,5% presentaba becas de financiamiento de arancel, mientras que en el año 2016, un 39,4% presentaron gratuidad o becas de beneficio de arancel, superando a los que poseían créditos ⁽¹³⁶⁻¹⁴⁰⁾. Claramente el aumento de los beneficios estudiantiles privilegia el acceso a la educación superior y aumenta las posibilidades de ingreso a aquellos jóvenes que no poseen los recursos económicos para poder financiar una carrera universitaria. A su vez, la Dra. Chan, Directora General de la OMS, plantea que la educación y la salud están íntimamente unidas, debido a que la primera es un arma poderosa para romper el ciclo de la pobreza, la enfermedad, la miseria y la persistencia intergeneracional del bajo nivel socioeconómico de las personas ⁽¹⁴¹⁾. Por lo tanto, si se logra mejorar las condiciones en las que estudian los universitarios (financiamiento de la carrera, alojamiento, transporte y alimentación), se estaría fortaleciendo directamente su salud.

En cuanto a la vivienda académica, el 77% indicó que durante el año de estudio vive en casa familiar (de padre y/o madre y/o tutor). Esta cifra supera a la obtenida por Yáñez ⁽⁶³⁾, la cual expone que solo el 43% vivía en casa familiar. Los estudiantes que conviven con sus familiares (madre y/o padre y/o tutor) cuentan con mayor apoyo, contención afectiva y tienen menos responsabilidades (económicas y relativas al funcionamiento del hogar). Esto les permite avocarse sin preocupaciones a sus estudios y aprovechar al máximo su potencial de aprendizaje ⁽¹⁴²⁾.

En relación a los DSS respecto al sistema de salud, el 87,4% de los estudiantes se encontraban afiliados a FONASA como previsión de salud, esto se relaciona con lo

expuesto en la “6^{ta} Encuesta Nacional de Juventud” ⁽⁹⁵⁾ y la “Encuesta Casen 2013” ⁽¹²⁹⁾, donde un 73,3% de los jóvenes y un 78,3% de la población general de Chile contaban con esta previsión. Sin embargo, la “Encuesta Casen 2013”, expone que desde el año 2011 al 2013 disminuyeron en un 2,74% las personas que poseían FONASA y hubo un aumento de un 1,36% de los usuarios con previsión de salud ISAPRE ⁽¹²⁹⁾. Estos cambios presentados se encuentra influidos por las satisfacción de necesidades que le brinda el sistema de salud, lo cual se ve reflejado en el “Estudio de Opinión a Usuarios del Sistema de Salud, Reforma y Posicionamiento de la Superintendencia de Salud”, donde se calificó la satisfacción referente al sistema de salud (nota de 1 a 7), en el cual se observó que en el año 2014, los usuarios de FONASA evaluaron con una nota promedio más baja (4,4) que los usuarios de ISAPRE (4,9) ⁽¹⁴³⁾.

Al analizar el tipo de establecimiento de salud utilizado habitualmente, se observó que el 76,6% de los estudiantes se atendían en el sistema público de salud, lo cual se relaciona con lo obtenido por el Boletín Estadístico FONASA 2012-2013, en donde el sistema de salud público en el año 2013 atendió al 76,3% de la población de Chile ⁽¹⁴⁴⁾.

Del total de los usuarios (FONASA e ISAPRE) que participaron en el “Estudio de Opinión a Usuarios del Sistema de Salud, Reforma y Posicionamiento de la Superintendencia de Salud”, calificaron con una nota baja (4,5) la satisfacción que le entrega el sistema de salud. Cuando se les consultó qué evaluaban en dicha calificación, la mayoría señaló el trato del personal en los centros de salud ⁽¹⁴³⁾. Esta situación no es de ignorar, ya que es el equipo de enfermería quien otorga la mayor atención directa con los usuarios en los distintos establecimientos de salud, por tanto, gran parte de la percepción en la satisfacción puede recaer en ellos. Por otra parte, el grupo de edad entre los 18 a 29 años, son los que se encontraba con mayor insatisfacción frente al sistema de salud, y estos coinciden con el rango de edad de la población universitaria, lo cual podría verse como una barrera al momento de interactuar o intervenir sobre este grupo en particular ⁽¹⁴³⁾.

4.2 LIMITACIONES

El propósito de esta investigación, fue describir los Determinantes Sociales de la Salud de los estudiantes de la Universidad del Bío-Bío. Sin embargo al analizar los datos se presentaron algunas barreras metodológicas, los cuales se mencionan a continuación:

- No se encontraron estudios que contemplaran en específico los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) en estudiantes universitarios en los últimos 10 años.
- El estudio es de naturaleza descriptiva, por lo tanto no se puede determinar causalidad, asociación y/o inferencia estadística.
- El tipo de diseño fue de corte transversal, por tanto no permite observar las variaciones que ocurren a través del tiempo.

4.3 SUGERENCIAS.

- Las instituciones de educación superior deben potenciar la promoción de estilos de vida saludables mediante la utilización de medios virtuales (redes sociales, cursos e-learning, etc.), stands de promoción dentro de la universidad y actividades recreativas durante las tardes (zumba, deportes, etc.).
- Que la promoción de estilos de vida saludables sea parte de la cultura universitaria incorporando el concepto dentro de la misión de la universidad.
- El estado de Chile y las instituciones de educación superior debieran entregarle mayor énfasis a los Determinantes Sociales de la Salud de los estudiantes, al momento de establecer políticas de gobierno y administraciones propias de cada institución.
- Mayor énfasis en los Determinantes Sociales de Salud, incorporarlos en los primeros niveles de la carrera de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío.
- Considerar los resultados de este estudio como sustento para futuras investigaciones del tema.

4.4 CONCLUSIONES

A partir de la investigación sobre los Determinantes Sociales de la Salud de los estudiantes de la Universidad del Bío-Bío, sede Chillán 2016, se concluye que respecto a los antecedentes sociodemográficos que la mayor parte de los estudiantes vivía o provenía del sector urbano (72,5%), un porcentaje mínimo refirió tener hijos (9%). Legalmente preponderó el ser soltero (97,2%), y gran parte de estos indicó tener ningún tipo de relación de pareja (44,1%). En cuanto a los antecedentes familiares el tipo de familia predominante fue la nuclear biparental (55,9%), a su vez de todos los hogares el mayor porcentaje se encontró conformado por 4 miembros (37,8%). En base a los antecedentes académicos de los estudiantes, el ingreso a la universidad fue desde el año 2010 al 2016, donde el 44% de los ingresados entre el año 2010 al 2015 presentó un promedio de notas acumulado entre 5,01 a 5,5. Según los DSS respecto a los factores conductuales y biológicos la mayor frecuencia de estudiantes se encontró en el rango de edad de 18 a 20 años (61,3%), y del total de los estudiantes predominó el sexo mujer (64,4%). Más de la quinta parte refirió presentar una enfermedad diagnosticada (22,5%), siendo las mujeres las que presentaron un mayor porcentaje de enfermedades (31,5%), y del total de las enfermedades las más frecuentes fueron las endocrinas, nutricionales y metabólicas (28%). Referente a los estilos de vida en el ámbito de la actividad física, la mayor parte de los estudiantes presentó, prácticas no saludables (67,6%), siendo esta práctica más frecuente en las mujeres (78,3%), y para ambos sexos el principal motivo para no realizar o dejar de hacer actividad física fue la pereza (72%). Respecto al estilo de vida en el ámbito de alimentación, se destacó que la mayoría presentó prácticas saludables (96,8%), y de estos el principal motivo para alimentarse adecuadamente fue para mantener su salud (63,7%). En cuanto a los estilos de vida en el ámbito de consumo de alcohol (OH), tabaco y drogas ilegales sobresalió las prácticas saludables (96,3%), sin embargo, llamó la atención que un gran porcentaje consumiera bebidas alcohólicas de forma ocasional (65,3%), siendo los hombres quienes presentaron un mayor porcentaje de consumo

(75,9%), asimismo, para ambos sexo el principal motivo para consumir OH fue para ser más sociable (44,1%). Referente al consumo de tabaco se observó que más de la cuarta parte de los estudiantes fumaba (26,6%), siendo los hombres quienes presentan un mayor porcentaje de consumo (32,9%), a su vez para ambos sexos el principal motivo de consumo fue para disminuir la tensión, ansiedad o estrés (51,7%). Con respecto al consumo de drogas ilegales el 33,8% refirió consumirlas, la droga de consumo habitual era la marihuana (*Cannabis Sativa*), a su vez se observó que fueron los hombres quienes presentaron una mayor porcentaje de consumo (46,8%), y para ambos sexo el principal motivo de consumo fue para disminuir la tensión, ansiedad o estrés (41,3%).

Según los DSS respecto al nivel socioeconómico familiar de los estudiantes universitarios, se observó que el 13,5% de los padres o tutores y el 12,6% de las madres o tutores presentaban un nivel de escolaridad de básica incompleta. En cuanto a la actividad laboral más de la mitad de los padres o tutores se encontraba trabajando (59,4%), mientras que gran parte de las madres o tutores eran dueñas de casa (52,7%). Respecto a la vivienda familiar predominó la vivienda propia pagada (74,8%), con alta prevalencia de disponibilidad de agua potable (91,4%), todos con luz eléctrica (100%) y gran parte presentó alcantarillado o fosa séptica como medio de eliminación de excretas (98,2%). El ingreso familiar mensual preponderante fue igual o menor a 350.000 pesos (57,6%). En cuanto a los DSS respecto a los antecedentes socioeconómicos de los estudiantes se apreció que más de la quinta parte del total de estudiantes realizaba alguna actividad remunerada (20,7%), de estos más de la mitad no destinaba dineros a previsión social (54,3%), a su vez, la mayoría trabajaba en tareas de educación (ayudantías, asesorías, clases particulares) con un 41,3% y más de la mitad invierte de 1 a 10 horas a la semana para realizar esta actividad (69,6%); y el principal motivo para trabajar fue para suplir necesidades básicas (34,8%). Respecto a la cantidad de dinero que manejaba el estudiante, más de la mitad indicó poseer entre \$5.000 a \$50.000 al mes (62,1%). Para transportarse a la universidad preponderó el uso de microbús (67,1%) y con respecto al financiamiento de los estudios, más de la mitad indicó tener beneficio de Gratuidad y/o

sistema de beca/s del estado (67,6%). En cuanto a la vivienda académica, la mayoría refirió vivir en la vivienda familiar (con padre y/o madre y/o tutor) con un 77%. En relación a los DSS respecto al sistema de salud, gran parte de los estudiantes se encontró afiliados a FONASA (87,4%) como previsión de salud y la mayoría utilizada habitualmente el sistema público de salud (76,6%).

Finalmente los DSS influyen en las inequidades sanitarias y en la salud de la población, siendo un gran desafío actuar sobre ellos. Sin embargo, el área de salud no puede modificar ni mejorar las condiciones genéticas y socioeconómicas de la población, pero sí puede intervenir sobre la adopción de estilos de vida saludables mediante acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Por lo tanto, es aquí donde los profesionales de enfermería tienen una gran importancia y misión, ya que son ellos los encargados de entregar cuidados en salud a las personas a lo largo de todo el ciclo vital. Por ello, es importante comenzar a enfocar los esfuerzos en los estudiantes universitarios, planificando intervenciones basadas en las mejores evidencias científicas, para así favorecer un envejecimiento activo, aumentar las expectativas y calidad de vida, y a su vez disminuir los gastos en salud. Hoy en día, el modelo de salud familiar y comunitario, realza los DSS como una forma de entregar equidad a la población, lo cual se logra a través de la promoción de la salud unido a la educación pública y políticas en relación a los DSS. Todo esto se fundamenta con la teorista Betty Neuman con su teoría de sistemas, donde se expone que el interés de la enfermería está en las personas sanas y enfermas como sistemas holísticos y en las influencias ambientales sobre la salud. Además identifica las percepciones de los clientes y de las enfermeras respecto a los elementos estresantes y a los recursos, ya que ambos actúan conjuntamente para establecer objetivos e implementar intervenciones de prevención relevantes (prevención primaria, secundaria y/o terciaria).

V. BIBLIOGRAFÍA

- 1) Ministerios de sanidad y consumo español. Los hechos probados. 2^{da} ed. España: secretaría general técnica; 2003. [Consultado el 14 de septiembre del 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/hechosProbados.pdf>
- 2) Palomino Moral P, Grande Gascón M, Linares Abad M. La salud y sus determinantes sociales: Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. Rev. Inter. de Soc. [Revista en internet]. 2015. [Consultado el 30 de septiembre del 2015]; 72(1): [71-91]. Disponible en: <http://apsredes.org/site2013/wp-content/uploads/2014/08/laSaludYSusDeterminantes.pdf>
- 3) Overcoming barriers: Human mobility and development. Human Development Report 2009. New York; 2009. [Consultado el 10 de mayo del 2016]. Disponible en: http://hdr.undp.org/sites/default/files/reports/269/hdr_2009_en_complete.pdf
- 4) Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud en Las Américas: indicadores básicos; 2014. [Consultado el 10 de mayo del 2016]. Disponible en: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=756%3Asituacion-salud-americas-indicadores-basicos&Itemid=260
- 5) Gobierno de Chile. Metas Elige vivir sano: ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Santiago 2011. [Consultado el 14 de septiembre del 2015]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>
- 6) Organización mundial de la salud. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales [sede web]; 2008. [Consultado el 2 de octubre del 2015]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008_execsumm_es.pdf

- 7) Organización mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud [sede Web]. [Consultado el 18 de septiembre del 2015]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/
- 8) Organización mundial de la Salud. Comisión sobre los Determinantes sociales de la salud ¿Qué es, por qué y cómo? [sede Web]. [Consultado el 4 de octubre del 2015]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/about_csdh/es/
- 9) Consejo Nacional para la Superación de la Pobreza. La Pobreza en Chile: Un Desafío de Equidad e Integración Social [sede web]. Chile: Consejo Nacional; 1996. [Consultado el 27 de octubre del 2015]. Disponible en: http://www.superacionpobreza.cl/wp-content/uploads/2014/01/la_pobreza_en_chile_1996.pdf
- 10) Consejo Nacional de Educación. Matrícula del Sistema de Educación Superior, 2005-2015 [sede Web]. Chile: Consejo Nacional de Educación, Departamento de Investigación e Información Pública; 2015. [Consultado el 27 de octubre del 2015]. Disponible en: http://www.cned.cl/public/Secciones/SeccionIndicesPostulantes/CNED_IndicesTab leau_MatriculaSistema.html?IdRegistro=000
- 11) Ministerio de Educación. Beneficios Estudiantiles de Educación Superior [sede Web]. Chile: Ministerio de Educación, Gobiernos de Chile; 2015. [Consultado el 27 de octubre del 2015]. Disponible en: http://portal.becasycreditos.cl/index2.php?id_contenido=30740&id_portal=74&id_seccion=4376
- 12) Ministerio de Educación. Estadísticas Renovación y actualización Primer Año 2015 - 14 de mayo [sede Web]. Chile: Ministerio de Educación, Gobiernos de Chile; 2015. [Consultado el 27 de octubre del 2015]. Disponible en:

http://portal.becasycreditos.cl/index2.php?id_contenido=31613&id_portal=74&id_seccion=4376#DECILES

- 13) Consejo Nacional de Educación. Matricula Total por Región, ao 2005-2015 [sede Web]. Chile: Consejo Nacional de Educación, Departamento de Investigación e Información Pública; 2015. [Consultado el 27 de octubre del 2015]. Disponible en: http://www.cned.cl/public/Secciones/SeccionIndicesPostulantes/CNED_IndicesTablau_MatriculaSistema.html?IdRegistro=002
- 14) McDowell J, Hostetler B. Manual para Consejeros de jóvenes: Una guía completa para equipar a líderes de la juventud, pastores, maestros y padres. Texas: Mundo Hispano; 2000. [Consultado el 27 de octubre del 2015]. Disponible en: <https://books.google.cl/books?id=wrKhaJK4iuYC&pg=PA413&dq=estudiantes+universitarios+drogas&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiNoaP-wsHJAhWDfpAKHV4qB0QQ6AEIOzAE#v=onepage&q&f=false>
- 15) Bastías E.M, Stiepovich J. “Una revisión de los estilos de vida de estudiantes universitarios iberoamericanos. Cienc. enferm [Revista en internet]. Concepción Agosto 2014. [Consultado el 15 de octubre del 2015]; 20(2): 93-101. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532014000200010&script=sci_arttext
- 16) Universidad nacional de Río Cuarto. Aprendiendo a ser Estudiante Universitario. Río Cuarto: Programa de Articulación Curricular. [Consultado el 17 de noviembre del 2015]. Disponible en: <https://www.unrc.edu.ar/unrc/academica/pdf/folleto-aprendiendo-ser-est.pdf>
- 17) Bastías G, Valdivia G. Reforma de la salud en Chile; el plan AUGE o Régimen de Garantías Explícitas en salud (GES). Su origen y evolución. Boletín Escuela de Medicina UC. 2007. [Consultado el 15 de septiembre del 2015]; 32 (2). Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/20072/ReformaSalud.pdf>
- 18) Benavides P, Castro R, Jones I. Sistema Público de Salud Situación actual y proyecciones fiscales 2013-2050. Chile; Dirección de Presupuestos del Ministerio

- de Hacienda; 2013. [Consultado el del 2015]. Disponible en:
http://www.dipres.gob.cl/572/articles-114714_doc_pdf.pdf
- 19) Gobierno de Chile. Examen de Medicina Preventiva. Chile: Superintendencia de salud [sede web]. Gobiernos de Chile; 2015. [Consultado el 27 de octubre del 2015]. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/572/w3-article-974.html>
- 20) Aquel S, Cicerchia L. Perspectiva en Investigación Contable: El enfoque crítico interpretativo. En: Decimoséptimas Jornadas "Investigaciones en la Facultad" de Ciencias Económicas y Estadística. Rosario; 2012. [Consultado el 27 de octubre del 2015]. Disponible en: http://www.fcecon.unr.edu.ar/web-nueva/sites/default/files/u16/Decimocuartas/vazquez_c_factores_de_impacto_en_el_rendimiento_academico.pdf
- 21) Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI; 21-25 Julio 1997. Yakarta: República de Indonesia; 1997. [Consultado el 26 de octubre del 2015]. Disponible en:
http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/5_Declaracion_de_Yakarta.pdf
- 22) Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos de Salud; 2015. [Consultado el 23 de mayo del 2016]. Disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2470%3A2010-data-statistics&catid=1900%3Adata-statistics-home&Itemid=2003&lang=es
- 23) Barro R. Educational Attainment Data. 2013. [Consultado el 9 de junio del 2016]. Disponible en: <http://www.barrolee.com/>
- 24) Organización Panamericana de la Salud. Determinante e inequidad en salud [sede web]. 2014. [Consultado el 5 de mayo del 2016]. Disponible en:

http://www.paho.org/Saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=58&Itemid=55&lang=es

- 25) Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). Estadísticas de Natalidad y Mortalidad Chile, Año 2009. [Consultado el 6 de junio del 2016]. Chile, Gobierno de Chile; 2009. Disponible en: http://deis.minsal.cl/vitales/anuarios/2009/Anuario_2009_vitales.pdf
- 26) Estilos de vida y Promoción de la Salud: material didáctico. Tema 2: Estilos de Vida saludables. [sede Web]. [Consultado el 14 de septiembre el 2015]. Disponible en: <http://grupo.us.es/estudiohbsc/images/pdf/formacion/tema2.pdf>
- 27) Organización Mundial de la salud. Campaña del día mundial de la salud 2012 [sede Web]. 2012. [Consultado el 16 de septiembre del 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/world-health-day/2012/toolkit/campaign/es/>
- 28) Espinoza L, Rodríguez F, Gálvez J, MacMillan N. Hábitos de alimentación y actividad física en estudiantes universitarios. Rev Chil Nutr [Revista en internet]. 2011 Diciembre. [Consultado el 22 de septiembre del 2015]; 38(4): 458-465. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182011000400009
- 29) Papadaki A , Hondros G, A a Scott J, Kapsokefalou M. Los hábitos alimenticios de los estudiantes universitarios que viven fuera de casa en Grecia. Appetite [Revista en internet]. 2007 Julio. [Consultado el 18 de septiembre del 2015]; 49(1): 169-76. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17368642>
- 30) Cancela Carral J.M, Ayán Pérez C. Prevalencia y relación entre el nivel de actividad física y las actitudes alimenticias anómalas en estudiantes universitarias españolas de ciencias de la salud y la educación. Rev Esp Salud pública [Revista en internet]. 2011 octubre. [Consultado el 18 de septiembre del 2015]; 85(5): 499-505. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272011000500009&script=sci_arttext

- 31) Ratner R, Hernández P, Martel J, Atalah E. Calidad de la alimentación y estado nutricional en estudiantes universitarios de 11 regiones de Chile. Rev Med Chile [Revista en internet]. 2012 diciembre. [Consultado el 22 de septiembre del 2015]; 140(12): 1571-1579. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872012001200008&script=sci_arttext
- 32) Ministerios de Salud. Encuesta Nacional de Salud ENS 2009-2010. Santiago 2013. [Consultado el 14 de septiembre del 2015]. Disponible en: <http://www.dinta.cl/wp-dintacl/wp-content/uploads/Presentacion-ENSalud-2010.pdf>
- 33) Alarcón M, Delgado P, Caamaño F, Osorio A, Rosas M, Cea F. Estado nutricional, niveles de actividad física y factores de riesgo cardiovascular en estudiantes de la Universidad Santo Tomás. Rev Chil Nutr [Revista en internet]. 2015. [Consultado el 18 de septiembre del 2015]; 42(1). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182015000100009&script=sci_arttext
- 34) Estilos de vida y Promoción de la Salud: material didáctico. Tema 4 Determinantes de salud, modelos y teorías del cambio en conductas de salud [sede web]. [Consultado el 17 de septiembre del 2015]. Disponible en <http://grupo.us.es/estudiohbsc/images/pdf/formacion/tema4.pdf>
- 35) Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud: una antología. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1996.
- 36) García J, Royo M, editores. Salud Pública y Epidemiología. Díaz de Santos; 2006. 396 p. [Consultado el 24 de septiembre del 2015]. Disponible en https://books.google.cl/books?id=YObh_ZDyesgC&pg=PA6&dq=modelos+de+salud+lalonde&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjV-rDLr8HJAhVGEJAKHX1xAc8Q6AEIIDAB#v=onepage&q=modelos%20de%20salud%20lalonde&f=false

- 37) Acheson D. Independent Inquiry into Inequalities in Health. London: Stationery Office. Books; 1998. 164 p.
- 38) Moiso A. Fundamentos de la salud pública. Determinantes Sociales de la salud. [Consultado el 18 de septiembre del 2015]. Disponible en: http://www.inus.org.ar/documentacion/Documentos%20Tecnicos/Fundamentos_de_la_salud_publica/cap_6.pdf
- 39) Kliksberg B. Estrategias y metodologías para promover la participación social en la definición e implementación de políticas públicas de combate a las inequidades en salud. Conferencia mundial sobre determinantes sociales de la salud Río de Janeiro: Brasil; 2012. Disponible en: http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Participaci%C3%B3n-Social_Bernardo-Kliksberg.pdf
- 40) Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2014: Datos positivos sobre la esperanza de vida. Comunicado de prensa [sede Web]. 2014. [Consultado el 18 de septiembre del 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/world-health-statistics-2014/es/>
- 41) Carrasco Dávila A. Pobreza [sede Web]. 2014. [Consultado el 22 de septiembre del 2015]. Disponible en: <http://www.eumed.net/eve/resum/o6-03/afcd.htm>
- 42) Frenz P. Desafíos en Salud Pública de la Reforma: Equidad y Determinantes Sociales de la salud. Rev. Salud Publica. [Revista en internet]. 2005. [Consultado el 22 de septiembre del 2015]; 9(2): 103-110. Disponible en: http://www.munitel.cl/eventos/seminarios/html/documentos/2011/SEMINARIO_PLAN_COMUNAL_DE_SALUD_SAN_FELIPE/PPT15.pdf
- 43) Perea Quesada R. Educación para la salud: reto de nuestro tiempo. Madrid: Díaz de santos; 2004. [Consultado el 28 de septiembre del 2015]. Disponible en <https://books.google.cl/books?id=AbeEJxIkVV4C&pg=PA57&dq=informe+Lalonde,+producido+en+C%C3%A1nada,+en+1974&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEWjB7PSg957JAhWFMZAKHQGjAzsQ6AEIHjAB#v=onepage&>

q=informe%20Lalonde%2C%20producido%20en%20C%C3%A1nada%2C%20en%201974&f=false

- 44) Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. Sistemas de Salud en Suramérica: Desafíos para universalidad, la integralidad y la equidad. Río de Janeiro: Consejo editorial del ISAGS; 2012. [Consultado el 1 de octubre del 2015]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/unasur/archivos/Sistemas_de_Salud_en_suramerica_2012.pdf
- 45) Piédrola Gil G. Medicina preventiva y Salud Pública. 10a ed. Barcelona: Masson; 2001. [Consultado el 1 de octubre del 2015]. Disponible en: <https://books.google.cl/books?id=4iRoE-hRsB0C&pg=PR24&dq=determinantes+sociales+de+salud++Tarlov&hl=es-419&sa=X&ved=0CCcQ6AEwA2oVChMIvZabj6iTtyQIVBn6QCh3ebQgs#v=onepage&q=determinantes%20sociales%20de%20salud%20%20Tarlov&f=false>
- 46) Borde E, Akerman M, Pellegrini A. Determinantes sociales de la salud e inequidad en la producción científica y el sistema nacional de investigación brasileño. [Consultado 4 de octubre del 2015]. Disponible en: http://www.educa.saludpublica.uchile.cl/saludglobal_2013/es/Resumenes_Trabajos_Libres/Investigacion/inequidades%20en%20salud/Determinantes_sociales_de_la_salud.pdf
- 47) Ministerios de sanidad y política social de España. Hacia la equidad en salud: Monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud. España; 2010. [Consultado el 4 de octubre del 2015]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/eu/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/PresidenciaUE_2010/conferenciaExpertos/docs/haciaLaEquidadEnSalud.pdf
- 48) Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: Aprender de las experiencias anteriores,

- Secretaría de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud; 2005. [Consultado el 28 de octubre del 2015]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/action_sp.pdf
- 49) Borrell C, Artazcoza L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. Rev Salud Publica. [Revista en internet]. 2008. [Consultado el 4 de octubre del 2015]; 88: 465-473. Disponible en: http://www3.uah.es/catedra_aps/articulos/Desigualdades%20Salud_Politicas%20para%20disminuir%20Junio%202008.pdf
- 50) Estilos de vida y Promoción de la Salud: material didáctico. Tema 3: Desigualdades Sociales en Salud [sede web]. [Consultado el 25 de junio del 2015]. Disponible en <http://grupo.us.es/estudiohbsc/images/pdf/formacion/tema3.pdf>
- 51) Ministerio del Desarrollo Social. Pobreza, Desigualdad y oportunidades [sede web]. Informe Política Social. Chile, Gobierno de Chile; 2011. [Consultado el 25 de junio del 2016]. Disponible en: <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/ijos/pobreza-desigualdad-oportunidades.html>
- 52) Wagstaff A. Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. Rev Panam Salud Publica [Revista en internet]. Junio 2002. [Consultado el 1 de junio del 2016]; 11(5-6). Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000500007
- 53) Ministerio del Desarrollo Social. Educación [sede web]. Informe Política Social. Chile, Gobierno de Chile; 2011. [Consultado el 25 de junio del 2016]. Disponible en: <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/ijos/educacion-cultura.html>
- 54) Ministerio del Desarrollo Social. Vivienda y Barrio [sede web]. Informe Política Social. Chile, Gobierno de Chile; 2011. [Consultado el 25 de junio del 2016]. Disponible en: <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/ijos/vivienda-barrio.html>

- 55) Whitehead M, Dahlgren G. Conceptos y principios de la lucha contra las desigualdades sociales en salud: Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población- Parte 1. España, Centro Colaborador de la OMS para la Investigación Política de los Determinantes Sociales de la Salud, Universidad de Liverpool; 2006. [Consultado el 25 de junio del 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/concepDesigual.pdf>
- 56) Pobrezamundial.com. La pobreza y el acceso a la salud [sede web]. Julio 2009. [Consultado el 15 de junio del 2016]. Disponible en: <http://www.pobrezamundial.com/la-pobreza-y-el-acceso-a-la-salud/>
- 57) Commission on social determinants of health. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. El Cairo; 2007. [Consultado el 4 de octubre del 2015]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf
- 58) Aedo C. Las Reformas en la Salud en Chile. En: Larraín F, Vergara R, editores. La Transformación Económica de Chile. 2 da ed. Santiago de Chile: Andros. p. 605-640. [Consultado el 10 de octubre del 2015]. Disponible en: http://www.cepchile.cl/dms/archivo_3267_1620/14_aedo.pdf
- 59) Ibarra Fuentes C. Análisis sistemático de la ley N° 20.584 que regulan los derechos y deberes que tienen las personas en relación con las acciones vinculadas a su atención de salud [tesis de pregrado]. Santiago: Facultad de Derecho, Universidad de Chile; 2014. [Consultado el 23 de septiembre del 2015]. Disponible en: [http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/116170/de-ibarra_c\(1\).pdf?sequence=4](http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/116170/de-ibarra_c(1).pdf?sequence=4)
- 60) Meda R, De Santos F, Palomera A, Del Toro. Educar para la salud en educación superior: Tendencias y retos. Rev Educ Cienc Salud [Revista en internet]. 2012;

- 9(2): 86-94. [Consultado 2 de noviembre del 2015]. Disponible en:
<http://www2.udec.cl/ofem/recs/anteriores/vol922012/esq92b.htm>
- 61) Senado Dumoy J. Los factores de riesgo en el proceso salud-enfermedad. Rev. Cub. Med. Gen. Integr. [Revista en internet] 1999; 15(4): 453-60. [Consultado el 2 de noviembre del 2015]. Disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_4_99/mgi19499.htm
- 62) Márquez Rosa S, Garatachea Vallejo N. Actividad Física y salud. Madrid: Díaz de Santos S.A; 2009. [Consultado el 26 de Septiembre del 2015]. Disponible en:
https://books.google.cl/books?id=isxZr7nS2n8C&pg=PA37&lpg=PA37&dq=cuando+surge+concepto+de+estilo+de+vida&source=bl&ots=AaYUnLbYQP&sig=I37YELF1AioADS1ORXGdvM-0s_4&hl=es-419&sa=X&ved=0CEsQ6AEwCGoVChMlvYnf_srmyAIVjl2QCh0dtwXM#v=onepage&q=cuando%20surge%20concepto%20de%20estilo%20de%20vida&f=false
- 63) Yáñez Corvalan A.M. Estilo de vida y jóvenes universitarios. Su relación con factores personales, familiares y sociales [tesis magister]. Concepción Chile, Universidad de Concepción; 2012. [Consultado el 1 de octubre del 2015]. Disponible en:
http://dspace2.conicyt.cl/bitstream/handle/10533/92467/YA%C3%91EZ_ANA%20MARIA_2498M.pdf?sequence=1
- 64) Mendoza. Estilo de Vida [sede web]. [Consultado el 1 de octubre del 2015]; 1994. Disponible en:
http://ocw.um.es/gat/contenidos/palopez/contenidos/estilo_de_vida.html
- 65) Sanabria P, González L, Urrego D. ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN PROFESIONALES DE LA SALUD COLOMBIANOS. ESTUDIO EXPLORATORIO. Rev Fac Med [Revista en internet]. 2007 diciembre. [Consultado el 15 de octubre del 2015]; 15(2). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562007000200008

- 66) Ariza-Andraca C, López L, Rodríguez J, Munguía C. Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Salud pública Méx [Revista en internet]. 2003 Agosto. [Consultado el 15 de octubre del 2015]; 45(4). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342003000400004&script=sci_arttext
- 67) Bennassar M. Estilo de vida y salud en estudiantes universitarios: La universidad como entorno promotor de la salud [tesis doctoral]. España, Universitat de les Illes Balears; 2012. [Consultado el 11 de octubre del 2015]. Disponible en: <https://oatd.org/oatd/record?record=handle%5C%3A10803%5C%2F84136>
- 68) Caro D. Impacto Económico de las Enfermedades Crónicas [tesis magister]. Santiago Chile, Universidad de Chile; 2014. [Consultado el 1 de Octubre del 2015]. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/115335/Impacto%20Econ%C3%B3mico%20de%20las%20Enfermedades%20Cr%C3%B3nicas.pdf?sequence=1>
- 69) Hernández F. Epidemiología de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Epidemiología de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles “Análisis de Salud e Información Organización Panamericana de la Salud OPS Honduras”. Tegucigalpa; 2010.
- 70) Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades No Transmisibles y Discapacidades [sede web]. [Consultado el 1 de Octubre del 2015]. 2015. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=771&Itemid=40030&lang=es
- 71) Díaz Barrera E, Moreno N, Melo Maldonado A, Risco Velasco A. Características de los estilos de vida en estudiantes de la universidad San Buenaventura sede Bogotá [tesis pregrado]. Bogotá, Universidad de San Buenaventura; 2014. Disponible en: <http://biblioteca.usbbog.edu.co:8080/Biblioteca/BDigital/83524.pdf>

- 72) Maddaleno M, Morello P. Infante-Espínola F. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. *Salud Publica Mex* [Revista en internet]. 2003. [Consultado el 9 de junio del 2016]; 45(1): 132-139. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v45s1/15454.pdf>
- 73) Ministerio de Salud Argentina. Estrategia Nacional de prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles Componente: Promoción de la salud. [Sede Web]. Enero 2008. [Consultado el 27 de septiembre del 2015]. Disponible en: http://repositoriorecursos-download.educ.ar/repositorio/Download/file?file_id=6fd423b0-cb1d-4c89-b43a-079610de7c11
- 74) Lange I, Vio F. Guía para Universidades Saludable y otras instituciones de educación superior. [monografía en Internet]. Santiago: Grunpeter consultora UC saludable, Romo del departamento de antropología de la Universidad de Chile; 2006. [Consultado el 23 de septiembre del 2015]. Disponible en: <http://www7.uc.cl/ucsaludable/img/guiaUSal.pdf>
- 75) Universidad del Biobío. UBB saludable. [Sede Web]. Noviembre 2015. [Consultado el 2 de octubre del 2015]. Disponible en: <http://www.ubiobio.cl/ubbsaludable/usaludable.html>
- 76) Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud: Glosario. Ginebra: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1998. [Consultado el 17 de mayo del 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
- 77) Raile Alligood M, Marriner Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. 7^{ma} ed. España: Elseiver; 2011.
- 78) Rocha M, González A, Juárez E, Olvera A, Márquez P, Rosales S, *et al*. Agencia de autocuidado en alumno de nuevo ingreso en la unidad académica multidisciplinaria zona media. *Cienc. enferm* [Revista en internet]. Abril 2015. [Consultado el 1 de

- junio del 2016]; 21(1): 103-113. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532015000100010&script=sci_arttext
- 79) Muñoz E, Sandoval M, Gonzáles M. Caracterización de los Estudiantes de Primer año de Medicina y Tecnología Médica, Universidad San Sebastián, Sede Concepción, en Base a Variables Asociadas al Entorno Familiar. TS Cuaderno de Trabajo Social [Revista en internet]. 2014. [Consultado el 1 de junio del 2016]; (11): 1-17. Disponible en: <http://www.tscuadernosdetrabajosocial.cl/revista-11/pdf/ts11-1.pdf>
- 80) Armendáriz N, Alonso M, Alonso B, López M, Rodríguez L, Méndez M. La familia y el consumo de alcohol en estudiantes universitarios. Cienc. enferm [Revista en internet]. 2014. [Consultado el 1 de junio del 2016]; XX(3): 109-118. Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v20n3/art_10.pdf
- 81) Mehri A, Solhi M, Garmaroudi G, Nadrian H, Sigaldehy S. Health Promoting Lifestyle and its Determinants Among University Students in Sabzevar, Iran. Int J Prev Med [Revista en internet]. 2016. [Consultado el 1 de junio del 2016]; 7(65). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27141284>
- 82) Rodríguez F, Palma X, Romo Á, Escobar D, Aragón B, Espinoza L, *et al.* Hábitos alimentarios, actividad física y nivel socioeconómico en estudiantes universitarios de Chile. Nutr Hosp [Revista en internet]. 2013. [Consultado el 1 de junio del 2016]; 28(2): 447-455. Disponible en: <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/6230.pdf>
- 83) Morales G, Del Valle C, Belmar C, Orellana Y, Soto A, Ivanovic D. Prevalencia de consumo de drogas en estudiantes universitarios que cursan primer y cuarto año. Rev. Méd. Chile [Revista en internet]. Diciembre 2011. [Consultado el 1 de junio del 2016]; 139(12): 1573-1580. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011001200006
- 84) Celis R, Flores C, Reyes M, Venegas H. Factores de riesgo de deserción presentes en alumnos repitentes de las carreras de Enfermería y kinesiología en una

- Universidad Chilena. Cienc. enferm [Revista en internet]. 2013. [Consultado el 1 de junio del 2016]; XIX(3): 63-71. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532013000300007&script=sci_arttext
- 85) Castaño-Pérez G, Calderón-Vallejo G. problemas asociados al consumo de alcohol en estudiantes universitarios. Rev. lat-Am. enfermagem [Revista en internet]. Septiembre-Octubre 2013. [Consultado el 1 de junio del 2016]; 22(5): 739-46. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n5/es_0104-1169-rlae-22-05-00739.pdf
- 86) Salazar-Torres I, Varela-Arévalo M, Lema-Soto L, Tamayo-Cardona J, Duarte-Alarcón C. Evaluación de las conductas de salud en jóvenes universitarios. Rev. Salud pública [Revista en internet]. 2010. [Consultado el 2 de noviembre del 2015]; 12 (4): 599-611. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v12n4/v12n4a07.pdf>
- 87) Compendio Estadístico. 1.2 Estadísticas Demográficas; 2010. [Consultado el 1 de junio del 2016]. Disponible en: http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/compendio_estadistico/pdf/2010/1.2estdemograficas.pdf
- 88) Cornejo J. Estudiantes de sectores rurales en las universidades chilenas: problemas y desafíos. Rev. educ. sup [Revista en internet]. Diciembre 2013. [Consultado el 1 de junio del 2016]; 42(168): 133-151. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-27602013000400006
- 89) Departamento de estadísticas e información de salud. Nacidos vivos inscritos y tasa de natalidad. Chile; 1950-2012. [Consultado el 1 de junio del 2016]. Disponible en: <http://www.deis.cl/series-y-graficos-de-natalidad/>

- 90) Universidad del Bío-Bío. Becas Internas [sede web]. Dirección de Desarrollo Estudiantil; 2016. [Consultado el 10 de junio del 2016]. Disponible en: http://destudiantil.ubiobio.cl/dde_concepcion/?page_id=29
- 91) Santa J, Espinoza Ó, Castillo D, Loyola J. Caracterización de los/las estudiantes de la Universidad UCINS: Una perspectiva de género y equidad [Documento de Trabajo CIE N° 7]. Santiago de Chile, Centro de investigación en educación de la Universidad UCINS; marzo 2013. [Consultado el 1 de junio del 2016]. Disponible en: http://www.cie-ucinf.cl/download/documentos_de_trabajo/Doc%20de%20Trabajo%20N%C2%AA7%20Caracterizacion%20Alumnado%20Ucinf%2005%2003%202013.pdf
- 92) Cuevas J, De Ibarrola M. Vidas cruzadas Los estudiantes que trabajan: un análisis de sus aprendizajes. Rev. educ. sup [Revista en internet]. Marzo 2013. [Consultado el 1 de junio del 2016]; XLII(165): [125-148]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/604/60428314007.pdf>
- 93) Oficina de Planeación y Desarrollo Institucional. Perfil socioeconómico del estudiante autónomo [Informe]. Calí de Colombia, Bienestar Universitario; 2007. [Consultado el 1 de junio del 2016]. Disponible en: http://www.uao.edu.co/sites/default/files/PERFIL_SOCIOECO_ESTUDIANTES_0.pdf
- 94) INJUV. 7^{ma} Encuesta Nacional de Juventud del 2012. Santiago de Chile, Ministerio del Desarrollo Social; 2012. [Consultado el 1 de junio del 2016]. Disponible en: http://www.injuv.gob.cl/portal/wp-content/files_mf/septimaencuestanacionaljuventud2.pdf
- 95) Instituto Nacional de Juventud. 6^{ta} Encuesta Nacional de Juventud. Chile, Gobierno de Chile; 2010. [Consultado el 1 de junio del 2016]. Disponible en: http://www.injuv.gob.cl/portal/wp-content/files_mf/sextaencuestanacionaldejuventud.pdf
- 96) Peña O, Cancino S, Maestre M, Milena E, Velasco J, Herrera Y, *et al.* Características del perfil socioeconómico del estudiante de pregrado de la Universidad de Pamplona.

- Colombia, Oficina de Planeación de la Universidad de Pamplona; 2012. [Consultado el 1 de junio del 2016]. Disponible en: http://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portallG/home_39/recursos/01_general/18012013/caractsocioeconomico.pdf
- 97) Instituto Nacional de Estadísticas. Estadísticas del Bicentenario: La Familia Chilena en el Tiempo. Chile; noviembre 2010. [Consultado el 1 de junio del 2016]. Disponible en: http://www.ine.cl/filenews/files/2010/noviembre/pdf/enfoquefamilia_11_11_10.pdf
- 98) Instituto Nacional de Estadísticas. Evolución de la Fecundidad en Chile 1990-2011 [sede Web]. Chile. [Consultado el 1 de junio del 2016]. Disponible en: http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/calendario_de_publicaciones/pdf/info_fecundidad.pdf
- 99) Servicio de registro Civil. Estadísticas con Enfoque de Género [sede Web]. Chile, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos; 2015. [Consultado el 1 de junio del 2016]. Disponible en: http://www.registrocivil.cl/PortalOI/PDF/Banner_de_genero_Final.pdf
- 100) Universidad del Bío-Bío. Modelo Educativo: La Esencia UBB [sede web]. 2008. [Consultado el 1 de junio del 2016]. Disponible en: http://www.ubiobio.cl/w/#Modelo_Educativo
- 101) Ministerio de Educación. Becas CONICYT [sede web]. Chile, Gobierno de Chile; 2016. [Consultado el 1 de junio del 2016]. Disponible en: <http://www.conicyt.cl/becas-conicyt/category/bases-concursales/>
- 102) Dirección General de Planeamiento Universidad de la República de Uruguay. VII Censo de Estudiantes Universitarios de Grado: Principales características de los estudiantes de grado de la Universidad de la República en 2012 [archivo informático]. Montevideo-Uruguay, área Socio Demográfica del banco de Datos,

- Facultad de Ciencias Sociales, UDELAR; 2012. [Consultado el 1 de junio del 2016].
Disponibile en: http://webfcs.seciu.edu.uy/archivos.php?archivo=archivo_140.xml
- 103) Ministerio de la Educación. Estadística de la educación 2014 [sede web]. Chile, Gobierno de Chile, Centro de Estudios; 2014. [Consultado el 1 de junio del 2016].
Disponibile en:
http://centroestudios.mineduc.cl/tp_enlaces/portales/tp5996f8b7cm96/uploadImg/File/Estadisticas/Anuario_2014.pdf
- 104) Sistema de las Naciones Unidas en Chile. Derecho de las Mujeres y Equidad de Género [sede web]. Chile; 2013. [Consultado el 15 de junio del 2016]. Disponibile en: <http://www.onu.cl/onu/derechos-de-las-mujeres-y-equidad-de-genero/>
- 105) Concejo Nacional de Educación. Estadísticas de Género Matrícula Primer Años 2015: ÍNDICES MATRICULAS [sede Web]. Chile; Julio 2015. [Consultado el 1 de junio del 2016]. Disponibile en: http://www.cned.cl/public/Secciones/SeccionIndicesPostulantes/OtrasEstadisticas/Estadisticas_Genero_Matricula_Primer_2015.pdf
- 106) Centro de Estudios de la Federación de Estudiantes de la Universidad de Chile. Encuesta de Caracterización de estudiantes Universidad de Chile. Santiago de Chile, Proyecto de Desarrollo Institucional; 2012. [Consultado el 1 de junio del 2016]. Disponibile en: <http://fech.cl/wp-content/uploads/2012/03/INFORME-FINAL-ENCUESTA-CEFECH.pdf>
- 107) Comín E, De la Fuente I, Gracia A. El Estrés y el Riesgo para la Salud. España, Departamento de Prevención. [Consultado el 1 de junio del 2016]. Disponibile en: <http://www.uma.es/publicadores/prevencion/wwwuma/estres.pdf>
- 108) Kortaxarena M. Jarduera Fisikoak Adineko Pertsona Autonomoen Osasunean Duen Eragina [tesis doctoral]. Vasco: Departamento de Fisiología de la Facultad de Medicina y Odontología, Universidad del País Vasco; 2012. [Consultado el 2 de junio del 2016]. Disponibile en:

<https://addi.ehu.es/bitstream/10810/11286/1/Tesia%20Maider%20Kortaxarena%20Rubio.pdf>

- 109) Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa: Actividad física [sede Web]. Junio 2016. [Consultado el 1 de junio del 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/es/>
- 110) Davies C, Spence J, Vandelanotte C, Caperchione C, Mummery K. Meta-analysis of internet-delivered interventions to increase physical activity levels. *Int J Behav Nutr Phys Act* [Revista en internet]. 2012. [Consultado el 3 de junio del 2016]; 9(52). Disponible en: <https://ijbnpa.biomedcentral.com/articles/10.1186/1479-5868-9-52>
- 111) Plaza de la Hoz J. Cómo afecta el uso de Internet a los estudiantes adolescentes: Informe de investigación. En: *Atas do III Congresso Internacional das TIC na Educação*. Lisboa: Instituto de Educación de la universidad de Lisboa; 2014.p. 22-29. [Consultado el 2 de junio del 2016]. Disponible en: https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/14230/1/Atas_Digitais_ticEDUCA2014-c%C3%B3pia.pdf
- 112) Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. *Nutrición Humana en el Mundo en Desarrollo: Factores sociales y culturales en la nutrición*. [Consultado el 1 de junio del 2016]. Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s08.htm>
- 113) Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa: Alcohol [sede Web]. [Consultado el 1 de junio del 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
- 114) Instituto Nacional de Estadísticas. *Estudio Consumo de Alcohol Jóvenes entre 15 y 29 años* [sede web]. Chile, Ministerio de Desarrollo Social; Diciembre 2012. [Consultado el 1 de junio del 2016]. Disponible en: <http://www.injuv.gob.cl/portal/wp-content/uploads/2012/12/ESTUDIO-CONSUMO-DE-ALCOHOL-INJUV-2012-dic.pdf>

- 115) Cicua D, Méndez M, Muñoz M. Factores en el consumo de alcohol en adolescentes. *Pensamientos Psicológicos* [Revista en internet]. Bogotá; 2008. [Consultado el 1 de junio del 2016]; 4(11): 115-134. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/801/80111671008/>
- 116) Servicio Nacional para la prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. Décimo Primer Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2014 [sede web]. Chile, Gobierno de Chile; 2014. [Consultado el 1 de junio del 2016]. Disponible en: http://www.senda.gob.cl/observatorio/estadisticas/?page_id=706
- 117) Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa: Tabaco [sede Web]. Junio 2015. [Consultado el 7 de junio del 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>
- 118) Ministerio de Salud. Nueva Ley de Tabaco: Ley 20.660 Publicada en Diario Oficial el 8 de febrero de 2013 [sede Web]. Chile; 2013. [Consultado el 7 de junio del 2016]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/d6535f10545dc0c9e040010165012699.pdf>
- 119) Sepúlveda M, Roa J, Muñoz M. Estudio cuantitativo del consumo de drogas y factores sociodemográficos asociados en estudiantes de una universidad tradicional chilena. *Rev. méd. Chile* [Revista en internet]. Julio 2011. [Consultado el 1 de junio del 2016]; 139(7): 856-863. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000700005
- 120) Rodríguez J, Valdés M, Fernández A, Dalbosco D, Hoffman M, Flores M et al. Comparación del Consumo de Drogas en una Población Escolar de Género Masculino Utilizando la Metodología de Pares y el Cuestionario Auto Registrado Estándar. *Ter. Psicol* [Revista en internet]. Diciembre 2011. [Consultado el 1 de junio del 2016]; 29(2): 159-165. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082011000200002

- 121) Monitoreo de prensa. Crece consumo de drogas en las universidades de la ciudad [sede Web]. [Consultado el 10 de junio del 2016]. Disponible en: <http://www.mineducacion.gov.co/observatorio/1722/article-251896.html>
- 122) Rojas M. Abuso de drogas en adolescente y jóvenes y vulnerabilidad familiar. 1^{era} ed. Perú: Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC); 2013. [Consultado el 8 de junio del 2016]. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Publicaciones_2014/LIBRO_ADOLESCENTES_SPAs_UNODC-CEDRO.pdf
- 123) Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. Marihuana [sede web]. Chile, Ministerio del Interior y Salud Pública; 2013. [Consultado el 1 de junio del 2016]. Disponible en: <http://www.senda.gob.cl/prevencion/informacion-sobre-drogas/marihuana/>
- 124) Organización de los Estados Americanos. El Problema de Drogas en Las Américas: Estudios [OEA: Documento oficial]. p.79. [Consultado el 1 de junio del 2016]. Disponible en: http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informeDrogas2013/drugsPublicHealth_ESP.pdf
- 125) Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA). Funciones [sede Web]. Chile, Ministerio del Interior y Seguridad Pública; 2011. [Consultado el 1 de junio del 2016]. Disponible <http://www.senda.gob.cl/quienes-somos/funciones/>
- 126) Instituto nacional de estadísticas. Mujeres En Chile Y Mercado Del Trabajo: Participación laboral femenina y brechas salariales. Chile, Ministerio de Desarrollo Social; 2015. [Consultado el 1 de junio del 2016]. Disponible en: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/estadisticas_sociales_culturales/genero/pdf/participacion_laboral_femenina_2015.pdf

- 127) Iglesias M. Hasta un 43% de las mujeres deja de trabajar por los hijos [sede Web]. Buenos Aires. [Consultado el 12 de junio del 2016]. Disponible en: http://entremujeres.clarin.com/hogar-y-familia/hijos/mujer-madre-trabajo-trabajar-hijos-chicos_0_1334269021.html
- 128) Instituto Nacional de Estadísticas. Censo: Vivienda [sede web]. Chile, Ministerio de Desarrollo Social; 2002. [Consultado el 1 de junio del 2016]. Disponible en: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/censos/censo_poblacion_vivienda.php
- 129) Ministerio de Desarrollo Social. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional 2013: Presentación sectoriales, Trabajo, Educación, Salud y Vivienda [sede web]. Chile, Gobierno de Chile; 2013. [Consultado el 1 de junio del 2016]. Disponible en: <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/resultados-encuesta-casen-2013/>
- 130) Ministerio de Desarrollo Social. Beneficios Sociales [sede web]. Chile, Gobierno de Chile; 2013. [Consultado el 1 de junio del 2016]. Disponible en: <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/beneficios-sociales/>
- 131) Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa: Saneamiento [sede Web]. Junio 2015. [Consultado el 7 de junio del 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs392/es/>
- 132) Facultad de Ciencias Empresariales: Centro de estudios de opinión ciudadana. Actividad Laboral de los jóvenes Universitarios. Talca-Chile, Universidad de Talca; 2010. [Consultado el 1 de junio del 2016]. Disponible en: http://www.ceoc.cl/pdf/Estudios_Opinion/2010/0210-Actividad_Laboral_Universitarios.pdf
- 133) Servicios de Impuestos Internos. Cotizaciones Previsionales Obligatorias Para Trabajadores Independientes [sede Web]. Chile; 2015. [Consultado el 10 de junio del 2016]. Disponible en: http://www.sii.cl/portales/renta/2015/cotizacion_previsional.htm

- 134) Perfil del Estudiante Universitario [ficha técnica]. Uruguay; 2014. [Consultado el 10 de junio del 2016]. Disponible en: http://pro-universitarios.com/Encuesta_Perfil_del_Estudiante_Universitario_2014.pdf
- 135) Junta Nacional de Auxilio Escolar y becas. Obtención de la Tarjeta Nacional Estudiantil [sede Web]. Chile; 2016. [Consultado el 10 de junio del 2016]. Disponible en: <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/ver/2104>
- 136) Ministerio de Educación. Ayuda Estudiantiles 2012: División Educación Superior [sede Web]. Chile; Marzo 2013. [Consultado el 1 de junio del 2016]. Disponible en: http://www.comunidadescolar.cl/documentacion/ayudas_estudiantiles2012/index.html
- 137) Instituto Nacional de Estadísticas. Compendio Estadístico [sede web]. Chile; Octubre 2013. [Consultado el 1 de junio del 2016]. Disponible en: http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/calendario_de_publicaciones/pdf/COMPENDIO_2013.pdf
- 138) Consejo Nacional de Educación. Matrícula del Sistema de Educación Superior, años 2005-2016 [sede web]. Chile; 2016. [Consultado el 1 de junio del 2016]. Disponible en: http://www.cned.cl/public/secciones/SeccionIndicesPostulantes/CNED_IndicesTabteau_MatriculaSistema.html?IdRegistro=000
- 139) Ministerio de Educación. Beneficios Estudiantiles Educación Superior [sede web]. Chile; 2016. [Consultado el 1 de junio del 2016]. Disponible en: http://portal.becasycreditos.cl/index2.php?id_contenido=32991&id_portal=74&id_seccion=4376
- 140) Ministerio de Educación. Gratuidad [sede web]. Chile; 2016. [Consultado el 1 de junio del 2016]. Disponible en: <http://www.gratuidad.cl/2016/04/27/125-392-estudiantes-educacion-superior-accederan-gratuidad-2016/>
- 141) Chan M. La educación y la salud están íntimamente unidas [sede Web]. Organización Mundial de la Salud. Septiembre 2010. [Consultado el 1 de junio del 2016].

- 2016]. Disponible en:
http://www.who.int/dg/speeches/2010/educationandhealth_20100920/es/
- 142) Corral S, Zallas L. Los Estudiantes Universitarios y su Contexto Familiar. [Consultado el 7 de junio del 2016]. Disponible en:
<http://www.revistacoloquio.com/inicio1/upload/LO%20ESTUDIANTES%20UNIVERSITARIOS%20Y%20SU%20CONTEXTO%20FAMILIAR.pdf>
- 143) Valenzuela P, Pezoa M. Estudio de opinión a usuarios del sistema de salud, reforma y posicionamiento de la superintendencia de salud. Gobierno de Chile: Superintendencia de Salud; marzo 2015. [Consultado el 1 de junio del 2016]. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-12432_recurso_1.pdf
- 144) FONASA. Boletín estadístico. Chile; 2012-2013. [Consultado el 1 de junio del 2016]. Disponible en:
https://www.fonasa.cl/portal_fonasa/site/artic/20140607/pags/20140607230746.html

VI. ANEXOS

ANEXO 1. CANTIDAD DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS POR CARRERA.

Carrera	Curso seleccionado	n° por curso
Ingeniería en Alimentos	3° año	5
Enfermería	3° año	20
Nutrición y Dietética	4° año	17
Fonoaudiología	3° año	16
Ingeniería Civil en Informática	2° año	17
Ingeniería Comercial	4° año	16
Contador Público y Auditor	2° año	11
Diseño Gráfico	5° año	8
Trabajo Social	1° año	13
Psicología	2° año	15
Ingeniería en Recursos Naturales	2° año	5
Pedagogía en Educación Física	2° año	15
Pedagogía en Castellano y Comunicación	1° año	10
Pedagogía en Ciencias Naturales	1° año	7
Pedagogía en Inglés	3° año	13
Pedagogía en Historia y Geografía	1° año	11
Pedagogía en Educación Parvularia	3° año	8
Pedagogía en Educación General Básica	2° año	8
Pedagogía en Educación Matemática	1° año	7
Total	19	223

Fuente: Determinantes Sociales de la Salud en estudiantes de la Universidad del Bío-Bío

ANEXO 2. MATRIZ DE VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Procedencia geográfica	Es aquello de donde otra persona/cosa se deriva, viene o se origina.	La procedencia geográfica se clasifica en: 1. Urbano 2. Rural
Hijos	Se llama a aquel individuo o animal respecto de su madre y de su padre; esta situación implica una relación de consanguinidad entre padres e hijos.	Hijos se clasifica en: 1. Si 2. No
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	El estado civil se clasifica en: 1. Soltero 2. Casado 3. Separado de hecho
Relación de pareja	Es un nexo de amor que surge entre dos personas.	Se clasificará en: 1. Pololeando 2. No presenta relación de pareja 3. Relación inestable 4. Comprometido
Tipo de Hogar	Distribución relativa de los hogares por tipo de hogar definido según la presencia o ausencia de determinados miembros del hogar, de acuerdo a la variable relación de parentesco entre los miembros que lo integran y su relación con la persona identificada como jefe de hogar.	El tipo de familia se clasifica en: 1. Familia unipersonal 2. Familia nuclear monoparental 3. Familia nuclear biparental

		<p>4. Familia extendida monoparental</p> <p>5. Familia extendida biparental</p> <p>6. Familia compuesta</p> <p>7. Familia reconstituida</p>
Miembros del Hogar	Se consideran miembros de un hogar a todas aquellas personas que, siendo residentes de una misma vivienda, pueden tener (o no) vínculos de parentesco y habitualmente hacen vida en común, es decir, se alojan y se alimentan juntas.	Los integrantes por hogar se Clasifican en números
Año de ingreso	Se conoce como la entrada de una persona o cosa en una institución, grupo o sitio cerrado.	Se clasificará en año
Promedio de notas	Promedio ponderado de las calificaciones correspondientes a la forma de evaluación formativa y sumativa aplicadas, durante el periodo universitario.	<p>Promedio de notas se clasifica en:</p> <p>-4,0-4,5</p> <p>-4,51-5,0</p> <p>-5,01-5,5</p> <p>-5,51-6,0</p> <p>-5,51-6,0</p> <p>-6,01-6,5</p>
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de realización del estudio ⁽¹⁴⁵⁾ .	Se clasifica en años de vida que tiene al momento de la aplicación de la encuesta.

<p>Sexo</p>	<p>Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer en los seres humanos.</p>	<p>El sexo se clasificará en:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hombre 2. Mujer
<p>Enfermedades</p>	<p>Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible.</p>	<p>Se clasificará en:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas 2. Enfermedades del sistema respiratorio 3. Enfermedades del ojo y sus anexo 4. Enfermedades del tejido osteomuscular y tejido conjuntivo 5. Enfermedades del sistema digestivo 6. Enfermedades del sistema genitourinario 7. Enfermedades del sistema circulatorio 8. Trastornos mentales y del comportamiento 9. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos

		<p>10. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo</p> <p>11. Enfermedades del sistema nervioso</p> <p>12. Otro</p>
Estilo de vida	<p>El estilo de vida es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales.</p>	<p>Será medido usando el Cuestionario de estilos de vida en jóvenes universitarios (CEVJU- R) de Salazar, I., Varela, M., Lema, L., Tamayo, J. y Duarte, C.; el cual aborda los Estilos de Vida , en ocho dimensiones, sin embargo este estudio solo trabajara con 3:</p> <p>alimentación, actividad física y consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales.</p> <p>Donde se clasificaran en:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prácticas saludables. 2. Practicas no saludables.
Nivel de escolaridad los padres	<p>Tiempo durante el que un alumno asiste a una escuela o cualquier centro de enseñanza .</p>	<p>Se clasificará en:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sin estudios 2. Básica incompleta

		<p>3. Básica completa</p> <p>4. Media incompleta</p> <p>5. Media completa</p> <p>6. Técnico</p> <p>7. Universitarios</p>
Ocupación de los padres	Trabajo, empleo, oficio.	<p>Se clasificará según ocupación ejercida</p> <p>1. Dueña/a de casa</p> <p>2. Trabajando</p> <p>3. Pensionado y /o jubilado</p> <p>4. No sabe</p> <p>5. Cesante</p> <p>6. Fallecimiento</p> <p>7. Estudiante</p>
Vivienda	Lugar cerrado y cubierto que se construye para que sea habitado por personas.	<p>Se clasificará en:</p> <p>1. Propia</p> <p>2. Arrendada</p> <p>3. Usufructo</p> <p>4. Allegados</p> <p>5. Otros</p>
Disponibilidad de agua	El abastecimiento de agua de cada persona para los usos personales y domésticos. Esos usos comprenden normalmente el consumo, el saneamiento, la colada, la preparación de alimentos y la higiene personal y doméstica.	<p>Se clasificará en:</p> <p>1. Agua potable</p> <p>2. Agua de pozo</p> <p>3. Agua de vertiente</p>

<p>Disponibilidad de luz eléctrica</p>	<p>Cualquier dispositivo capaz de producir luz por medio del flujo de una corriente eléctrica, produciendo con ello el alumbrado eléctrico o iluminación eléctrica.</p>	<p>Se clasificará en:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No
<p>Eliminación de excretas</p>	<p>Es el lugar donde se arrojan las deposiciones humanas con el fin de almacenarlas y aislarlas para así evitar que las bacterias patógenas que contienen puedan causar enfermedades.</p>	<p>Se clasificará en:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alcantarillado 2. Fosa séptica 3. Pozo negro
<p>Ingreso mensual familiar</p>	<p>El ingreso familiar es la totalidad de las ganancias o ingresos que tiene una familia en un mes.</p>	<p>Se clasifica en rangos de pesos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hasta 200.000 2. 201.000 – 350.000 3. 351.000 – 500.000 4. 500.001– 999.999 5. 1.000.000 o más
<p>Trabajo estudiantil</p>	<p>Actividad ya sea de origen manual o intelectual que se realiza a cambio de una compensación económica por las labores concretadas durante el periodo académico.</p>	<p>Se clasifica en:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No

<p>Previsión social</p>	<p>Previsión Social como un sistema de seguro que el Estado impone obligatoriamente a todos los trabajadores con la finalidad de protegerlos, también a sus dependientes, contra eventualidades como la pérdida de sus condiciones de trabajo por accidentes, enfermedades, vejez o muerte.</p>	<p>Se clasifica en:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No
<p>Tipo de trabajo</p>	<p>El trabajo es el esfuerzo que hace una persona con el fin de generar alguna riqueza y por la que recibe un salario a cambio.</p>	<p>Se clasificará en:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. De educación 2. Ventas 3. Empaque 4. Restaurante y/o pub 5. Oficina o administración 6. Repartidor de comida 7. Otro
<p>Horas de trabajo semanal</p>	<p>El concepto de horas efectivamente trabajadas se refiere al tiempo trabajado durante un período de referencia determinado.</p>	<p>Se clasificará en:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1-10 2. 11-20 3. 21-30
<p>Motivación para trabajar</p>	<p>Conjunto de factores internos o externos que determinan en parte las acciones de una persona.</p> <p>Motivo, causa</p>	<p>Se clasificará en:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Suplir necesidades básicas 2. Incrementar

		<p>disponibilidad de dinero</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Financiar estudios 4. Tener ahorros 5. Desarrollo personal 6. Financiar vacaciones 7. Incrementar Curriculum
Ingreso mensual estudiantil	<p>Corresponden a la suma de todos los pagos mensual que reciben la persona, provenientes tanto de beneficios, ayuda familiar y /o del trabajo.</p>	<p>Se clasificará en:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 5000-25.000 2. 25.001-50.000 3. 50.001-75.000 4. 75.001-100.000 5. 100.001-125.000 6. 125.001-150.000 7. 150.001 o más
Medios de transportes	<p>Medio de traslado de personas o bienes desde un lugar hasta otro.</p>	<p>Se clasificará en:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Microbús 2. Caminando 3. Bicicleta 4. Auto: manejo 5. Auto: me llevan 6. Colectivo 7. Moto

<p>Beneficios estudiantiles</p>	<p>Una beca es un apoyo económico que entrega el Ministerio de Educación para que puedas financiar la totalidad o parte del costo de tus estudios. Lo cual, dependiendo el beneficio, se debe o no devolver estos recursos al egresar o titularte.</p>	<p>Se clasificará en:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gratuidad 2. Gratuidad + beca/as del estado 3. Beca/as del estado 4. Beca/as del estado + crédito 5. Crédito 6. Nada
<p>Vivienda académica</p>	<p>Edificación que ofrece refugio a los seres humanos y les protege de las condiciones climáticas adversas, además de proporcionarles intimidad y espacio para guardar sus pertenencias y desarrollar sus actividades académicas.</p>	<p>Se clasificará en:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Casa familiar 2. Arriendo de pieza 3. En casa de parientes 4. Pensión 5. Arriendo de casa con amigos 6. Casa o departamento propio 7. Otro
<p>Previsión de salud</p>	<p>El Sistema Previsional de Salud es la forma principal para financiar la mayoría de los gastos en salud. Existen distintas formas de afiliación: FONASA (Sistema Público), ISAPRE (Sistema Privado) y sistemas previsionales asociados a las Fuerzas</p>	<p>Se clasificará en:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fondo nacional de salud 2. Instituciones de salud previsional

	Armadas (F.F.A.A.) y del Orden.	3. Otra
Atención en salud	El sistema de Salud está compuesto por el Sistema de Salud Público y el Sistema de Salud Privado.	Se clasificará en: 1. Pública 2. Privado 3. Otro
Opinión sobre la infraestructura y recursos de apoyo de formación académica	Es el dictamen o juicio que se tiene sobre algo.	Se clasificará en: 1. De acuerdo 2. Indiferente 3. Desacuerdo

ANEXO 3. INSTRUMENTO

**Cuestionario:
Determinantes Sociales de la Salud en estudiantes Universitarios.**

El presente cuestionario, se enmarca en el desarrollo de la Tesis para la obtención al Grado de Licenciado/a en Enfermería. Las preguntas están orientadas a conocer antecedentes personales y Determinantes Sociales de la Salud. Se sugiere leer cada pregunta y seleccionar la alternativa que más represente lo que usted piensa, hace, siente o valora; no hay respuestas correctas o incorrectas. Sus respuestas son de carácter confidencial. Marque con una X su respuesta y **recuerde no dejar ninguna pregunta sin contestar.**

Muchas Gracias por su tiempo y colaboración.

I. ANTECEDENTES DEL ESTUDIANTE

1. **Edad:** _____ años
2. **Rangos de edad:** A. 17-20 _____ B. 21-25 _____ C. 26-30 _____
D. 31-35 _____ E. 36 y más _____
3. **Sexo:** 1. Hombre _____ 2. Mujer _____
4. **Usted se considera:** 1. Heterosexual _____ 2. Homosexual _____
3. Bisexual _____ 4. Otro _____
5. **Carrera:** _____
6. **Año de Ingreso a la carrera:** _____
7. **Promedio de Notas aproximado (de tus años de estudio)** _____
8. **Procedencia geográfica:** 1. Urbana _____ Rural _____
9. **Comuna de residencia familiar:** _____
10. **Comuna de residencia estudiantil:** _____
11. **Estado civil (aspecto legal):** 1. Soltero/a _____ 2. Casado/a _____
3. Separado/a de hecho _____ 4. Divorciado/a _____
5. Viudo/a _____ 6. Unión Civil _____
12. **En caso de presentar pareja no legal, seleccione su estado:**
1. Pololeando _____ 2. Comprometido _____ 3. Relación inestable _____
4. Otro ¿Cuál? _____ 5. Nada _____
13. **¿Tiene usted hijos?** 1. Si _____ 2. No _____
14. **Si la respuesta es Si ¿Cuántos hijos tiene?** _____

15. **¿Tiene usted previsión de salud?**

1. FONASA ____ 2. ISAPRE ____ 3. Otro ¿Cuál? _____

16. **Usted, habitualmente se atiende en sistema de salud:**

1. Público ____ 2. Privado ____ 3. Departamento de bienestar estudiantil ____
4. otro ¿Cuál? _____

17. **¿Tiene usted alguna enfermedad diagnosticada?** 1. Si ____ 2. No ____

18. **¿Cuál o cuáles?** _____

II. ANTECEDENTES SOCIOECONÓMICOS DEL ESTUDIANTE.

1. Durante el año académico vivo en:

1. Casa familiar		5. Casa o departamento propio	
2. Pensión		6. Casa de parientes ¿Quiénes?	
3. Arriendo de pieza		7. Otro	
4. Arriendo casa con compañeros/amigos		¿Cuál?	

2. ¿Cómo te transportas **habitualmente** a la Universidad? (**selecciona una opción**)

1. Auto: Manejo		5. Bicicleta	
2. Auto: Me llevan		6. Caminando	
3. Moto		7. Otro	
4. Micro		¿Cuál?	
5. Colectivo			

3. Marque con una X **todas** las ayudas estudiantiles con las que cuenta

1. Gratuidad		9. Crédito Institucional	
2. Beca Bicentenario		10. Beca Presidente de la Republica	
3. Beca Juan Gómez Milla		11. Beca Indígena	
4. Beca de Excelencia Académica		12. Beca de Almuerzo para la Educación Superior (BAES)	
5. Beca Puntaje PSU		12. Beca de Mantención para la Educación Superior (BMES)	
6. Beca Hijo Profesional de la Educación		13. Beca Institucional (UBB) ¿Cuál?	
7. Fondo Solidario de Crédito Universitario		14. Otro ¿Cuál?	
8. Crédito con Aval del Estado		15. Ninguno	

4. ¿Usted antes de entrar a la universidad trabajaba?
1. Si _____ 2. No _____
5. ¿Actualmente realiza alguna actividad laboral remunerada?
1. Si ____ 2. No ____
6. **¿Tiene usted previsión social? (AFP)**
1. Si ____ 2. No _____

Responder pregunta N°7, N°8 y N°9 Solo si trabajas, si no pasa directamente a la pregunta N° 10.

7. Si su respuesta es sí, señale en qué:

1. Restaurante y/o Pub	
2. Ventas	
3. Oficina o administración	
4. Repartidor de comida	
5. Empaque	
6. Encuestas	
7. De educación (ayudantías, asesorías, clases particulares)	
8. Cocinería	
9. Otro ¿Cuál?	

- 8. Número de horas que trabaja en la semana _____**
- 9. Si trabaja ¿cuál es su principal motivación? (Seleccione una opción)**

1. Para tener ahorros	
2. Para incrementar mi disponibilidad de dinero	
3. Para financiar estudios	
4. Para financiar vacaciones	
5. Para incrementar mi curriculum	
6. Para desarrollo personal	
7. Para suplir necesidades básicas (alimentación, aseo personal, etc)	
8. Otro ¿Cuál?	

- 10. Usted ¿Con cuánto dinero cuenta en el mes? (aproximado)**
\$ _____

11. ¿De dónde proviene el dinero mensualmente? Puede marcar más de una opción y debe coincidir con el monto entregado en la respuesta anterior.

Nº	Fuente de ingreso	Monto aproximado mensual (en pesos)
1.	Padres	
2.	Trabajo	
3.	Familiares	
4.	Becas (no incluye BAES/SODEXO)	
5.	Otro ¿Cuál(es)?	

III. ANTECEDENTES FAMILIARES

1. El Nº de miembros de mi hogar familiar _____ personas (**incluye él o la estudiante**)
2. Señale con una X aquellas personas que conforman su hogar familiar:

1. Padre y Madre	10. Abuelo/a o ambos	
2. Padre y Padre	11. Sobrinos	
3. Madre y Madre	12. Tíos	
4. Solo Madre	13. Primos	
5. Solo Padre	14. Pareja	
6. Padrastro/Madrasta	15. Otro	
7. Hijos	¿Cuál?	
8. Hermanos		
9. Cónyuge		

4. Señale nivel de escolaridad de los padres o tutores **en número de años** y seleccione con una X **su clasificación**:

Padre o Tutor		Madre o Tutor	
Nº de años de estudio: _____		Nº de años de estudio: _____	
1. Sin estudios		1. Sin estudios	
2. Básica incompleta		2. Básica incompleta	
3. Básica completa		3. Básica completa	
4. Ens. Media incompleta		4. Ens. Media incompleta	
5. Ens. Media Completa		5. Ens. Media Completa	
6. Técnico Ens. Media incompleta		6. Técnico Ens. Media incompleta	
7. Técnico Ens. Media completa		7. Técnico Ens. Media completa	
8. Técnico Superior incompleta		8. Técnico Superior incompleta	
9. Técnico Superior completa		9. Técnico Superior completa	
10. Universitaria incompleta		10. Universitaria incompleta	
11. Universitaria completa		11. Universitaria completa	
12. No sabe		12. No sabe	

5. Ocupación de tus padres o tutores:

Padre o Tutor		Madre o Tutor	
1. Dueño de casa		1. Dueña de casa	
2. Pensionado y/o jubilado		2. Pensionado y/o jubilado	
3. Cesante		3. Cesante	
4. Otro ¿Cuál?		4. Otro ¿Cuál?	
5. No sabe		5. No sabe	

6. Indique el monto de **Ingreso Familiar al mes** (aproximado). **No debes incluir tus ingresos que no tengan contrato ni cotizaciones de por medio.**

\$ _____

7. La vivienda en que habita su familia es:

1. Propia pagada		5. Allegados	
2. Propia (pagando dividendo)		6. Otro	
3. Arrendada		¿Cuál?	
4. Usufructo			

8. La vivienda familiar cuenta con:

Disponibilidad de agua		Disponibilidad de luz eléctrica		Eliminación de excretas	
1. Agua potable		1. Tiene luz eléctrica		1. Alcantarillado	
2. Agua de pozo		2. No tiene luz eléctrica		2. Fosa séptica	
3. Agua de vertiente				3. Pozo negro	
4. Otro ¿Cuál?				4. Otro ¿Cuál?	

IV. 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.	Consumir comidas rápidas, fritos, golosinas o dulces				
16.	Consumir gaseosas o bebidas artificiales				
17.	Desayunar, almorzar y comer en horarios habituales				
18.	Omitir alguna de las comidas principales (desayuno, almuerzo y comida)				
19.	Dejar de comer aunque tenga hambre				
20.	Comer en exceso aunque no tenga hambre				
21.	Vomitarse o tomar 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)

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

1. Si

V. 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
2. Tomo bebidas alcohólicas una vez al día
3. Tomo bebidas alcohólicas por lo menos una vez a la semana
4. Tomo bebidas alcohólicas de vez en cuando (en celebraciones, eventos sociales, ocasiones especiales)
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 consumes alguna droga, ¿Cuál es la más habitual?

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

		1. Siempre	2. Frecuentemente	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			

		A. Alcohol	B. Cigarrillo	C. Drogas
9.	Es común en los lugares que frecuenta			
10.	Ser aceptado			
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? _____			
14.	No aplica			

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
6. No aplica

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

- | | |
|--|--------------------------|
| | 1. Si |
| A. Dinero para comprarlos | <input type="checkbox"/> |
| B. Habilidad para negarse a consumir aunque otras personas insistan | <input type="checkbox"/> |
| C. Conocimiento de sitios donde vendan drogas ilegales | <input type="checkbox"/> |
| D. Venta de alcohol en la universidad | <input type="checkbox"/> |
| E. Venta de cigarrillos en la universidad | <input type="checkbox"/> |
| F. Venta de drogas ilegales en la universidad | <input type="checkbox"/> |
| G. Existencia de sitios cercanos a la universidad donde vendan alcohol, cigarrillo o drogas ilegales | <input type="checkbox"/> |
| H. Sitios que frecuente en los cuales vendan alcohol, cigarrillo o drogas ilegales | <input type="checkbox"/> |
| I. Otro. ¿Cuál? _____ | <input type="checkbox"/> |

VI. 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 | <input type="checkbox"/> |
| 2. Relacionarse con amigos o nuevas personas | <input type="checkbox"/> |
| 3. Mejorar el estado de ánimo | <input type="checkbox"/> |
| 4. Beneficiar su salud | <input type="checkbox"/> |
| 5. Hace parte del estilo de vida de sus padres o hermanos | <input type="checkbox"/> |
| 6. Hace parte del estilo de vida de su pareja o amigos cercanos | <input type="checkbox"/> |
| 7. Otro. ¿Cuál? _____ | <input type="checkbox"/> |

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 quisiera realizar algún ejercicio o actividad física ¿con cuáles de los siguientes recursos cuenta? (puede escoger varias opciones):

- A. Implementos deportivos (ropa, zapatos, máquinas, elementos de seguridad, balones, etc.) necesarios
- B. Dinero
- C. Tiempo para realizarlo
- D. Personas con quién 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
- I. Otro. ¿Cuál? _____

1. Si

ANEXO 4. PUNTUACIÓN DE LAS DIMENSIONES DE LA ESCALA DE ESTILOS DE VIDA.

Dimensión	Puntuaciones Posibles	Punto Medio
Actividad física	3 a 12	7,5
Alimentación	7 a 28	17,5
Consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales	5 a 23	14

Fuente: Salazar ^{et al.} Cuestionario de Estilo de Vida jóvenes universitarios (CEVJU-R) ⁽⁸⁶⁾

ANEXO 5.

CARTA A DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

DIRECCIÓN ESCUELA DE ENFERMERÍA

CHILLAN, MARZO 2016

A: SRA. PAMELA MONTOYA CÁCERES

Directora Escuela de Enfermería (S), Universidad del Bío-Bío, Chillán

DE: TESISTAS

Estudiantes de Enfermería, Universidad del Bío-Bío, Chillán

De nuestra consideración:

Junto con saludar, nos dirigimos a usted en calidad de estudiantes de quinto año de la carrera de Enfermería. En este último periodo de la carrera nos encontramos realizando el proyecto de tesis para la obtención del grado de licenciado en enfermería. Nuestro proyecto se basa en la investigación de “DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO” guiado por la docente Sra. Ana Pincheira Rodríguez. En consecuencia se requiere aplicar un cuestionario a estudiantes de todas las carreras que pertenecen a nuestra universidad. Siendo seleccionados los cursos participantes de acuerdo a un muestreo aleatorio. Por ello nos permitimos solicitar autorización y la lista de los siguientes cursos de las carreras a mencionar y así poder ejecutar nuestro proyecto.

CARRERA	Nº ALUMNOS	nº por carrera (por curso)	Curso seleccionado
INGENIERIA EN ALIMENTOS	133	7	3º año
ENFERMERÍA	367	20	3º año
NUTRICION Y DIETETICA	299	16	4º año
FONOAUDIOLOGÍA	303	17	3º año
INGENIERIA CIVIL EN INFORMATICA	303	17	2º año
INGENIERIA COMERCIAL	309	17	4º año
CONTADOR PUBLICO Y AUDITOR	228	12	2º año
DISEÑO GRAFICO	171	9	5º año
TRABAJO SOCIAL	222	12	1º año
PSICOLOGÍA	272	15	2º año
INGENIERIA EN RECURSOS NATURALES	72	4	2º año
PEDAGOGÍA EN EDUCACIÓN FÍSICA	254	14	2º año
PEDAGOGÍA EN CASTELLANO Y COMUNICACIÓN	176	10	1º año
PEDAGOGÍA EN CIENCIAS NATURALES	114	6	1º año
PEDAGOGÍA EN INGLES	252	14	3º año
PEDAGOGÍA EN HISTORIA Y GEOGRAFIA	175	10	1º año
PEDAGOGÍA EN EDUCACIÓN PARVULARIA	137	7	3º año
PEDAGOGÍA EN EDUCACIÓN GENERAL BÁSICA	225	12	2º año
PEDAGOGIAA EN EDUCACION MATEMATICA	157	9	1º año
TOTAL	4169	228	19

Nombre y Rut de los estudiantes tesistas:

- Aguayo Rosales Claudia claaguay@alumno.subiojob.cl / +569-50389620
- Andrade Gutiérrez Katherine kaandrad@alumnos.ubiobio.cl / +569-91725009
- Fuentes Cartes Francisco ffuentca@alumnos.ubiobio.cl / +569-54945368
- León Pino José josleon@alumnos.ubiobio.cl / +56979075727

Académico Guía:

E.U: Sra. Ana Raquel Pincheira Rodríguez, Magíster Salud Pública.

Atentos a su respuesta
 Se despiden cordialmente
 Alumnos Enfermería UBB.

CARTA DE DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

DIRECCIÓN ESCUELA DE ENFERMERÍA

OFICIO N°

MAT.: Solicita Autorización

CHILLAN, abril 2016

A: Directores de Escuelas, Universidad del Bío-Bío, Chillán

DE: SRA. Pamela Montoya Cáceres

Directora Escuela de Enfermería, Universidad del Bío-Bío, Chillán

De mi consideración:

Junto con saludarle, me dirijo a usted, con el propósito de informarle que los estudiantes de

V Año de la Escuela de Enfermería de esta Casa de Estudios Superiores, que a continuación se mencionan, se encuentran desarrollando su Tesis, titulada "DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO, SEDE CHILLÁN, 2016" con el fin de optar al Grado de Licenciado/a en Enfermería.

Nombre y Rut de los estudiantes tesistas:

-Aguayo Rosales Claudia	18.525.446-1
-Andrade Gutiérrez Katherine	18.430.364-7
-Fuentes Cartes Francisco	18.341.004-k
-León Pino José	18.525.014-8

Académico Guía: Sra. Ana Pincheira Rodríguez.

Propósito de la Tesis: Describir los Determinante Sociales de la Salud de los estudiantes universitarios de la Universidad del Bío-Bío.

Objetivos Generales de la Tesis: Identificar los Determinantes Sociales de la Salud en los estudiantes universitarios de la Universidad de la Universidad del Bío-Bío.

En base a lo anteriormente expuesto, me permito solicitar a cada uno de ustedes su autorización para vuestra colaboración y permitir a los estudiantes tesisistas asistir al término de alguna clase (previamente informando al docente a cargo) para realiza una encuesta a los estudiantes de los cursos seleccionado correspondientes a cada carrera que en el siguiente cuadro se mencionan:

CARRERA	Curso seleccionado
INGIENERIA EN ALIMENTOS	3° año
ENFERMERÍA	3° año
NUTRICION Y DIETETICA	4° año
FONOAUDIOLÓGÍA	3° año
INGIENERIA CIVIL EN INFORMATICA	2° año
INGIENERIA COMERCIAL	4° año
CONTADOR PUBLICO Y AUDITOR	2° año
DISEÑO GRAFICO	5° año
TRABAJO SOCIAL	1° año
PSICOLOGÍA	2° año
INGIENERIA EN RECURSOS NATURALES	2° año
PEDAGOGÍA EN EDUCACIÓN FÍSICA	2° año
PEDAGOGÍA EN CASTELLANO Y COMUNICACIÓN	1° año
PEDAGOGÍA EN CIENCIAS NATURALES	1° año
PEDAGOGÍA EN INGLES	3° año
PEDAGOGÍA EN HISTORIA Y GEOGRAFIA	1° año
PEDAGOGÍA EN EDUCACIÓN PARVULARIA	3° año
PEDAGOGÍA EN EDUCACIÓN GENERAL BÁSICA	2° año
PEDAGOGIAA EN EDUCACION MATEMATICA	1° año

Sin otro particular, y en espera que la presente cuente con una favorable acogida, atentamente,



PAMELA MONTOYA
 Directora Escuela de Enfermería

ANEXO 6. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Estimado participante:

Quienes suscriben, Claudia Aguayo Rosales RUN: 18.525.446-1, Katherine Andrade Gutiérrez RUN: 18.430.364-7, Francisco Fuentes Cartes RUN: 18.431.004-K, José León Pino RUN: 18.525.014-8, Estudiantes de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío, están realizando una investigación titulada: “Determinantes Sociales de la Salud en estudiantes de la Universidad del Bío-Bío”.

El objetivo de este estudio es Identificar los Determinantes Sociales de la Salud en estudiantes de la universidad del Bío-Bío.

Usted ha sido seleccionado para participar en esta investigación, la cual consiste en responder, por una vez, un cuestionario sobre características sociodemográficas, socioeconómicas, familiares, académicas y sistema de salud. Esto le tomara aproximadamente 30 minutos.

La participación en este estudio es voluntaria. La información obtenida a través de este estudio será mantenida bajo estricta confidencialidad. Su nombre no será utilizado y la información será sólo almacenada por los investigadores en dependencias institucionales, no existiendo copias de ésta. Esta información sólo será utilizada en esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación, por tanto, serán anónimas. Las publicaciones que se generen de esta investigación serán anónimas no incluirán nombres ni datos personales de los participantes.

Usted tiene el derecho de retirar el consentimiento para su participación en cualquier momento, y esto NO supondrá ninguna consecuencia ni pérdida de derecho de salud.

El estudio no conlleva ningún riesgo para su salud ni recibe ningún beneficio. No recibirá compensación por participar. Los resultados grupales estarán disponibles en la Escuela de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío, si así desea solicitarlos.

Si tiene alguna pregunta sobre esta investigación, se puede comunicar con Ana Raquel Pincheira Rodríguez al fono +56 (42) 246 3228 o al correo electrónico apinchei@ubiobio.cl
Este consentimiento se firmará en dos ejemplares, quedando uno en poder del participante.

Este consentimiento se firmará en dos ejemplares, quedando uno en poder del participante.

Agradeciendo su participación, le saluda atentamente,

CLAUDIA AGUAYO ROSALES

KATHERINE ANDRADE GUTIÉRREZ

FRANCISCO FUENTES CARTES

JOSÉ LEÓN PINO

ACEPTACIÓN

Yo, _____, he leído el procedimiento descrito arriba. El investigador me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio de los tesisistas, Claudia Aguayo Rosales, Katherine Andrade Gutiérrez, Francisco Fuentes Cartes, José León Pino, sobre “Los Determinantes Sociales de la Salud en estudiantes de la Universidad del Bío-Bío”. He recibido copia de este consentimiento.

Firma participante

Claudia Aguayo Rosales, Katherine Andrade
Gutiérrez, Francisco Fuentes Cartes, José León Pino

Chillán, ___/___/2016

ANEXO 7. DIAGRAMA GANNT 2015.

Actividad en meses.	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Búsqueda de material bibliográfico que soporte el tema de Investigación.	X				
Definición del título de la investigación.		X			
Planteamiento del Problema de investigación y su Fundamentación.		X			
Definición del Propósito de la Investigación.			X		
Planteamiento de Objetivos Generales y Específicos de la Investigación.			X		
Identificación y Selección de Variables del estudio.			X		
Presentación Avance de Proyecto a docentes.				X	
Definición del Diseño de Investigación.				X	
Definición de la Muestra, Unidad de análisis y Criterios de Elegibilidad.				X	
Revisión de Instrumento Recolector de datos "Cuestionario Experiencia y Aceptabilidad de los CESFAM según la perspectiva del Usuario" y Cuestionario de Características Socio demográficas.(confiabilidad y Fiabilidad)				X	
Planteamiento de Metodología de Recolección de Datos.				X	
Revisión de los Aspectos Éticos Legales de la Investigación				X	
Entrega de Anteproyecto a Docentes.					X

ANEXO 8. DIAGRAMA GANNT 2016

Actividad en meses año 2016.	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
Organización de equipo de investigadoras	X				
Reunión con Docente guía	X	X	X	X	
Nueva revisión de literatura	X	X	X	X	
Entrenamiento de Investigadoras	X				
Envío de cartas de solicitud del estudio a jefa de carrera	X				
Levantamiento de datos		X	X		
Entrada y análisis de datos				X	
Obtención de resultados				X	
Elaboración de discusión y conclusiones del estudio				X	
Elaboración de Informe final				X	
Presentación final					X