



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERIA

TESIS

**COMPORTAMIENTOS DE RIESGO Y CALIDAD DE VIDA EN ESTUDIANTES DE
PRIMER INGRESO A LA FACULTAD DE ENFERMERIA DE LA U.M.S.N.H.**

PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERIA

PRESENTA

TERESA ESPINOZA AMBRIZ

ASESORAS

DRA. MA ELIZABETH MEDINA CASTRO

MEM JOSEFINA VALENZUELA GANDARILLA



OCTUBRE DE 2012.

JURADO

PRESIDENTE

Ma. Elizabeth Medina Castro

Vocal 1 Mc. Azucena Lizalde Hernández

Vocal 2. Dr. Benigno Calderón Juárez

Splente ME. Ruth Esperanza Pérez Guerrero

AGRADECIMIENTOS:

A DIOS

Porque gracias a él todo es posible y día a día estas conmigo

A MI FAMILIA

A mis padres y hermanos por brindarme un hogar cálido y enseñarme que la perseverancia y el esfuerzo son el camino para lograr objetivos.

Por qué me han alentado a nunca desistir, por los consejos que de ustedes recibí cuando estuve confundida, por su paciencia, cuando yo más me desespero.

Por todo esto me siento muy orgullosa de ustedes y eternamente agradecida.

Mil gracias a todos por darme el apoyo y la fuerza de salir adelante y terminar una carrera profesional.

A MI PADRE

A el que tanto me enseñó a seguir el camino del bien y orientarme para llegar al éxito.

Gracias por haber sido mi padre y mi mayor tesoro.

Mil gracias por haberme dado la oportunidad de vivir y crecer...

DEDICATORIA:

A la facultad de Enfermería de la U.M.S.N.H y al alumnado que ahora ocupa un lugar en su aula.

A MIS ASESORES:

Les agradezco infinitamente a cada uno el haberme dedicado su tiempo, por haber sido atentos conmigo, por ayudarme a ver y corregir mis errores así como por reconocer mis aciertos, por atender siempre mis dudas y por haberme compartido sus conocimientos.

Muchas gracias...

INDICE

AGRADECIMIENTOS
DEDICATORIA
CONTENIDO
CAPITULO I	
1 INTRODUCCION.....	8
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
1.2 OBJETIVOS	11
1.3 GENERAL	11
1.4 PARTICULARES	11
1.5 JUSTIFICACIÓN	12
CAPITULO II	
2 MARCO TEORICO	14
2.1 ANTECEDENTES:.....	14
2.2 Líneas de investigación sobre Calidad de Vida en distintos ámbitos.....	15
2.3 Calidad de vida y riesgos	17
2.4 Datos demográficos de la población de estudio en México	20
2.5 Mortalidad.	20
2.6 Riesgos en la población de estudio	21
CAPITULO III	
3 MARCO CONCEPTUAL.....	29
3.1 Adolescencia según OMS.....	30
3.2 Características anatomico-fisiologicas en la adolescencia.....	30
3.3 Maduración Sexual.....	31
3.4 Mujeres.....	31
3.5 Varones.....	32
3.6 Crecimiento y desarrollo.....	33
3.7 Otros cambios físicos.....	34
3.8 Peso.....	35

3.9 Concepto de calidad de vida.....	35
3.10 Concepto de de Riesgo.....	36
3.11 Comportamiento de Riesgo.....	36
3.12 Brehmer.....	36

CAPITULO IV

4 METODOLOGIA	37
4.1 Diseño del estudio.....	39
4.2 Estudio cuantitativo.....	39
4.3 Estudio transversal.....	39
4.4 Estudio descriptivo.....	39
4.5 Población de estudio.....	39
4.6 Muestra.....	40
4.7 Criterios de inclusión.....	40
4.8 Criterios de eliminación.....	40
4.9 Criterios de exclusión.....	40
4.10 Métodos de recolección de la información	40
4.11 Instrumentos	41

CAPITULO V

5 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	44
6 RESULTADOS Y ANALISIS DE LOS DATOS.....	46
CONCLUSIONES.....	75
BLIOGRAFIA.....	78
9 ANEXOS.....	83

Introducción

CAPITULO I

1.- INTRODUCCION

El presente trabajo sobre riesgos a la salud y calidad de vida, realizado en estudiantes de primer ingreso a la facultad de Enfermería de la UMSNH, en el 2010, se presenta como una investigación para identificar esos factores de riesgo y como es su calidad de vida, cursando con dichos riesgos, por lo que en un primer capítulo se presentan la introducción, seguido del planteamiento del problema, objetivos, marco teórico, metodología, resultados y análisis de los datos, así como conclusiones.

La edad de los jóvenes universitarios está comprendida de los 16 a los 24 años aproximadamente. Se ha considerado como una etapa relativamente exenta de problemas de salud, sin embargo, cada vez existe más evidencia de que lo que sucede en estos años de vida aunado al desarrollo físico que impacta afectando la calidad de vida de las personas con el paso del tiempo. ⁽¹⁾

La dificultad de los investigadores en concordar en una misma concepción de calidad de vida (CV), se encuentra en el hecho de que estos están incluidos en varias disciplinas y líneas de investigación, teniendo por tanto diferentes perspectivas e intereses cuando enfocan calidad de vida, ejemplos: filósofos están interesados en la naturaleza de la existencia humana y la definen como “tener una buena vida”; los médicos focalizan sobre las variables de salud; los enfermeros dentro del cuidado con abordaje holístico, toman una visión amplia de la definición de CV. ⁽²⁾

Conceptualizando la CV, se señala que esta depende de actitudes personales que conduzcan al sujeto para el auto-conocimiento, para la auto-valorización, para el respeto de los sentimientos propios. La calidad de vida significa aprender a vivir con los límites o intentar superarlos sin stress, aprender a disfrutar de lo que se consigue y valorar actitudes facilitadoras por la búsqueda de la salud en las dimensiones: biológica, psicológica, social y espiritual. La calidad de vida se hizo un constructo importante para varios investigadores a partir de la segunda guerra mundial,

significando mejoría en el patrón de vida de las personas, al encuentro de nuevas formas de ver sus condiciones de vivir con salud y/enfermedad. ⁽³⁾

Es frecuente así mismo, en las zonas urbanas, el uso del automóvil y el escaso trabajo corporal; especialmente en los estratos más altos de la población, que se caracterizan por tener una ingesta energética más elevada. Estos elementos en su conjunto se constituyen en factores de riesgo de enfermedades que de ella se derivan y/o una calidad de vida baja. La exposición a la oportunidad está mediada por una serie de variables; entre los adolescentes, no estar en la escuela es un factor de riesgo importante. Los factores tales como trabajar, tener un miembro de la familia o un amigo que consuma alcohol ó drogas, el intento suicida y el que la familia tenga mayores ingresos aumentan la probabilidad de la exposición a las drogas. ⁽⁴⁾

En la presente investigación se abordan desde la introducción, planteamiento del problema donde los jóvenes se ven afectados en su calidad de vida por factores de riesgo en estas edades.

Siguiendo el abordaje los objetivos, un marco teórico que fundamenta teóricamente la investigación, posterior se da la metodología con la que se trabajara en la población de estudio, se presentan las consideraciones éticas, donde se da un consentimiento informado de quien desee participar, por último se presentan los resultados, análisis y conclusiones.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

ORIGEN DEL PROBLEMA. Los estudiantes de la Facultad manifiestan un comportamiento que conlleva riesgos para su salud, por diversas circunstancias ambientales, familiares e individuales, frecuentemente desarrollan conductas que constituyen factores de riesgo y ocasionan daños a la salud entre los que se encuentran: tabaquismo, alcoholismo, prácticas de sexo inseguro, exposición a ambientes peligrosos y violentos, conductas que asociadas potencializan la probabilidad de que los adolescentes se enfrenten a accidentes o al suicidio, entre otros.

1.2 OBJETIVOS

1.3 General

Analizar los comportamientos de riesgo y calidad de vida en estudiantes de primer ingreso a la Facultad de Enfermería

1.4 Particulares

- 1.** Identificar los comportamientos de riesgo en estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.
- 2.** Identificar la calidad de vida en estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

1.5 JUSTIFICACIÓN

En Michoacán, hace falta realizar investigaciones bien sustentadas en lo que se refiere a factores de riesgo y calidad de vida en los adolescentes jóvenes, para ver cómo el vivir con drogadicción, bulimia, anorexia, adicción al cigarrillo, al alcohol, lo percibe el estudiante y afecta o no su calidad de vida, sobre todo en la edad adolescente. En la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, se ha abordado en los últimos años estudios de la población, encontrando problemas de adicción al tabaco, alcoholismo, vida sexual a temprana edad, como parte de la materia de Seminario de tesis en el 8avo semestre de la carrera. Algunos Resultados encontrados en el 2009 fue con referencia a la prevalencia del consumo de tabaco, donde refieren que la prevalencia y uso actual es del 50.5%, 31.4% fumó por primera vez entre los 13 y 18 años, 11.4% lo consumen en eventos sociales. ⁽⁵⁾

En otro estudio realizado en la facultad de Enfermería en Julio del 2010 ya se tienen resultados preliminares en lo que se refiere a calidad de vida y factores de riesgo en la población estudiantil de la Facultad. El presente estudio tiene como antecedente este estudio preliminar. ⁽⁶⁾

Desde el año 2006 el Centro Universitario del Sur de la Universidad de Guadalajara lleva a cabo un proyecto para monitorear las conductas de riesgo y la calidad de vida de todos los estudiantes que ingresan a ese Centro Universitario. Este proyecto ha permitido que desde el año 2006 se conozcan los comportamientos de riesgo y la calidad de vida de cada generación que ingresa a las trece carreras del Centro Universitario, generando un potencial enorme para la prevención y atención a partir de los datos obtenidos. Op. Cit.,

La experiencia obtenida podrá ser aplicada ahora en el actual proyecto colaborativo en la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Marco Teórico

Comportamientos de Riesgo y Calidad de Vida en Estudiantes de Primer Ingreso a la Facultad de
Enfermería de la U.M.S.N.H.

CAPITULO II

2 MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES

El Centro Universitario del Sur (CUSur) de la Universidad de Guadalajara con sede en Cd. Guzmán Jalisco, ha llevado desde el año 2006 el Proyecto Calidad de vida y Comportamientos de riesgo en Estudiantes Universitarios. El proyecto, ha identificado desde ese año a cada generación que ingresa al Centro Universitario en el momento de su ingreso. La primera generación también ha tenido un seguimiento año con año para conocer mediante un estudio longitudinal los cambios que ocurren en la calidad de vida y los comportamientos de riesgo durante su estancia en la Universidad. El proyecto tuvo antecedentes en un proyecto previo que dio pie a diversas publicaciones. En la actualidad el proyecto sigue trabajando contando hasta el momento con 8 generaciones que han sido encuestadas con un promedio de 700 personas por generación. ⁽⁷⁾

El interés por la calidad de vida ha existido desde tiempos inmemorables. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. La idea comienza a popularizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general. En un primer momento, la expresión calidad de vida aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana. Durante la década de los 50 y a comienzos de los 60, el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos, y desde las Ciencias Sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales, estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población. Estos indicadores tuvieron su propia evolución siendo en un primer

Comportamientos de Riesgo y Calidad de Vida en Estudiantes de Primer Ingreso a la Facultad de

Enfermería de la U.M.S.N.H.

momento referencia de las condiciones objetivas, de tipo económico y social, para en un segundo momento contemplar elementos subjetivos. ⁽⁸⁾

El desarrollo y perfeccionamiento de los indicadores sociales, a mediados de los 70 y comienzos de los 80, provocará el proceso de diferenciación entre éstos y la calidad de vida. La expresión comienza a definirse como concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida (carácter multidimensional) y hace referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos. La inclusión del término en la primera revista monográfica de EE UU, "Social Indicators Research", en 1974 y en "Sociological Abstracts" en 1979, contribuirá a su difusión teórica y metodológica, convirtiéndose la década de los 80 en la del despegue definitivo de la investigación en torno al término. Transcurridos 20 años, aún existe una falta de consenso sobre la definición del constructo y su evaluación. La investigación sobre calidad de vida es importante porque el concepto está emergiendo como un principio organizador que puede ser aplicable para la mejora de una sociedad como la nuestra, sometida a transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y económicas. No obstante, la verdadera utilidad del concepto se percibe sobre todo en los servicios humanos, inmersos en una que propugna la planificación centrada en la persona y la adopción de un modelo de apoyos y de técnicas de mejora de la calidad. Op. Cit.,

2.2 Líneas de investigación sobre Calidad de Vida en distintos ámbitos.

En los últimos 10 años las investigaciones sobre calidad de vida han ido aumentando progresivamente en diferentes ámbitos del quehacer profesional y científico. Entre las ciencias de la salud, los avances de la medicina han posibilitado prolongar notablemente la vida, generando un incremento importante de las enfermedades crónicas. Ello ha llevado a poner especial acento en un término nuevo: Calidad de vida relacionada con la salud. Numerosos trabajos de investigación científica emplean hoy el concepto, como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social. Las tradicionales medidas mortalidad/morbilidad están dando paso a esta nueva manera de valorar los resultados de las intervenciones,

Comportamientos de Riesgo y Calidad de Vida en Estudiantes de Primer Ingreso a la Facultad de
Enfermería de la U.M.S.N.H.

comparando unas con otras, y en esta línea, la meta de la atención en salud se está orientando no sólo a la eliminación de la enfermedad, sino fundamentalmente a la mejora de la calidad de vida del paciente. Actualmente hay importantes trabajos realizados sobre calidad de vida.

En el terreno de la Educación las investigaciones son aún escasas y existen muy pocos instrumentos para evaluar la percepción de jóvenes sobre los efectos de la educación en su calidad de vida. No obstante, los cambios transcendentales acaecidos en la forma de entender la educación en todo el mundo, particularmente en lo que atañe a los alumnos con necesidades educativas especiales, han ido en una línea paralela a la seguida por aquellos que promueven la calidad de vida. En este sentido, comienzan a desarrollarse estudios sobre los factores asociados a la efectividad de la escuela poniendo especial atención en aquellos que ejercen un efecto sobre el alumno, comienzan a tener cabida en el currículum nuevas áreas con un carácter menos académico que las tradicionales y más vinculado con la formación integral de la persona y la mejora de su calidad de vida, la tecnología de la rehabilitación pasa a formar parte del continuo de apoyos y servicios de que el sistema educativo dispone para hacer realidad la inclusión en el medio escolar de alumnos con discapacidad y, desde el servicio educativo se adopta un enfoque de mejora de la calidad en el que la satisfacción del usuario, en este caso, el alumno, pasa a convertirse en un criterio de máxima relevancia. Por ello ha sido y es un concepto guía. La mejora de la calidad de vida es actualmente una meta compartida por muchos programas de institucionalización y acceso al empleo por parte de las personas con discapacidad. Estos programas ponen el acento en la planificación centrada en el individuo, la autodeterminación, el modelo de apoyos, y las técnicas de mejora de la calidad. Se ha constituido, por lo tanto, en un lenguaje común de quienes pretenden evaluar resultados. Op. Cit.,

Las necesidades, aspiraciones e ideales relacionados con una vida de Calidad varían en función de la etapa evolutiva, es decir que la percepción de satisfacción se ve influida por variables ligadas al factor edad. Ello ha dado lugar al análisis de los diferentes momentos del ciclo evolutivo: la infancia, la adolescencia y la vejez. En la adolescencia los estudios consideran, en función de la edad, cómo repercuten situaciones especiales (la enfermedad crónica particularmente: asma, diabetes, por ejemplo) en la satisfacción percibida con la vida. En tercera

Comportamientos de Riesgo y Calidad de Vida en Estudiantes de Primer Ingreso a la Facultad de
Enfermería de la U.M.S.N.H.

edad los estudios han prestado especial atención a la influencia que tiene sobre la calidad de vida, las actividades de ocio y tiempo libre, el estado de salud física, y los servicios que reciben las personas. Estudios internacionales y nacionales han evidenciado que las conductas de riesgo se encuentran en niveles preocupantes para la salud pública. Op. Cit.,

2.3 Calidad de vida y riesgos

La Calidad de Vida (CV) ha sido estudiada por diversos autores y distintas definiciones han surgido en el tiempo.

La CV ha sido entendida como a) medición de condiciones socioeconómicas objetivas del individuo b) como medición del resultado de programas de intervención c) como valoración del estado de salud-enfermedad y d) como medida del ajuste o adaptación del sujeto al entorno. ⁽⁹⁾

En razón de la inmensa cantidad de definiciones y estudios sobre calidad de vida así como a veces el poco entendimiento entre estos, la OMS creó un grupo desde 1991 para llegar a acuerdos sobre calidad de vida. Este grupo definió la calidad de vida como: “la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual él vive y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”. Considera que el constructo de calidad de vida tiene tres áreas de consenso:

1.-Es subjetiva y comprende tres niveles:

Información sobre el funcionamiento

Evaluaciones globales de funcionamiento

Evaluaciones de funcionamiento altamente personales

2.-La naturaleza multidimensional de la CV que como mínimo incluye las dimensiones física, psicológica y social y en su instrumento el WHOQoL Group (World Health Organization Quality of Life Group, 1995) incluye también una dimensión espiritual.

3.-La CV incluye dimensiones positivas (por ejemplo funcionamiento de rol y movilidad) y dimensiones negativas (como sentimientos negativos, fatiga, dolor)

Para abordar estos factores asociados se usa el concepto de factor de riesgo, adaptado de OPS: aquel factor que por estar en la cadena causal aumenta la probabilidad de ocurrencia de una

Comportamientos de Riesgo y Calidad de Vida en Estudiantes de Primer Ingreso a la Facultad de

Enfermería de la U.M.S.N.H.

enfermedad o daño específico. La información de él derivada puede utilizarse para definir prácticas de educación para la salud y mejorar la atención a la salud. ⁽¹⁰⁾

La calidad de vida por otra parte es un constructo que desde los años 70 ha cobrado gran interés para valorar los aspectos positivos de las personas. El interés a nivel internacional ha sido inmenso en los últimos años pero más reducido al estudiar poblaciones sanas. A nivel nacional los estudios han sido reducidos, ambos aspectos integrados, la calidad de vida y los comportamientos de riesgo permiten comprender los aspectos positivos y negativos que influyen en el desarrollo de los adolescentes jóvenes.

La mayoría de los estudios que se han realizado sobre comportamientos de riesgo en adolescentes jóvenes han sido de corte transversal. Por ejemplo el estudio realizado en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud sobre comportamientos de riesgo en estudiantes Universitarios donde se encontró que los cinco principales comportamientos de riesgo en ésta población fueron: en el deporte (49%), percibirse obeso (40.4%), no uso de anticonceptivos (28.8%), viajar con chofer alcoholizado (27.1%), beber alcohol (21.7%), no uso de condón en Relaciones Sexuales (20.5%). Los cinco principales daños o lesiones fueron: en el deporte (28%), fumar con síntomas de dependencia (22%), beber alcohol con síntomas de dependencia (11%), estar obeso (5%), consumo de drogas (4.3%). Y también los estudios de calidad de vida han sido de corte transversal con más frecuencia. ⁽¹¹⁾

Según Bestard, analizando la contribución de Douglas en la temática del riesgo, señala: "Las nociones de riesgo no están basadas en razones prácticas o en juicios empíricos. Son nociones construidas culturalmente que enfatizan algunos aspectos del peligro e ignoran otras. Se crea así una cultura del riesgo que varía según la posición social de los actores." Una de las paradojas que señala Mary Douglas consiste en que el público no ve los riesgos de la misma manera que los expertos lo analizan de su punto de vista técnico. El problema tampoco se reduce a una cuestión de educación pública que acerque los conocimientos expertos a los conocimientos populares. La aceptación de sus riesgos no es simplemente una cuestión de elección probabilística de determinados peligros para conseguir determinados beneficios por parte de individuos libres de todo prejuicio cultural. Los análisis de los peligros que invaden al individuo contemporáneo no

pueden hacerse sin prescindir de un análisis cultural de la distribución de la culpa en diferentes niveles sociales. Los grupos sociales utilizan el riesgo para controlar sus incertidumbres y afirmar sus normas en la sociedad. ⁽¹²⁾

Beck en su libro sobre la sociedad del riesgo, ha caracterizado la sociedad contemporánea a través de la noción de riesgo, como una de las categorías centrales de la inseguridad de la experiencia contemporánea. Sin embargo dado el proceso de individualización social de la modernidad, se conciben los riesgos bajo las cosas que los individuos hacen. ⁽¹³⁾

De acuerdo a Luhmann en relación al concepto de riesgo" a las teorías estadísticas se han agregado aplicaciones de la teoría de la decisión y la teoría de los juegos que se ocupan por ejemplo del grado de subjetivación razonable de las expectativas y preferencias. El ser humano comete errores, dirían algunos, mientras que otros afirman que actúa de manera conveniente en el contexto de lo cotidiano. ⁽¹⁴⁾

Por lo tanto son numerosas las observaciones de comportamientos de riesgo de los adolescentes que no logran ser modificados, pese a la información que se les proporciona por expertos. Un factor contribuyente a esta situación se puede encontrar en los enfoques de interpretación de los significados que los adolescentes le asignan a lo que está alrededor de los riesgos y las protecciones y a los comportamientos mismos, en lo que constituye su experiencia subjetiva en esos aspectos y que configura su sentido común. Op. Cit.,

Aún más el significado que un grupo de esa edad pueda asignar a lo que los adultos entendemos por riesgo o protección puede ser totalmente inverso. Se encuentra en un estudio realizado en grupos focales de padres y de adolescentes que los conceptos de riesgo y comportamientos de riesgo no permite una comunicación adecuada. Mientras los padres y jóvenes conocen las consecuencias de las conductas de riesgo, ellos las ven como "pasarlos bien". Ellos hablan de cosas buenas y cosas malas, ambos las ven como inevitables y normales en los jóvenes pero los padres no las aceptan, pues sienten que ellos no tienen un margen de seguridad aceptable. ⁽¹⁵⁾

2.4 Datos demográficos de la población de estudio en México

Los resultados del Censo de Población y Vivienda 2010 indican que en el país residen 29.7 millones de jóvenes que representan la cuarta parte de la población total. De la población de 15 a 29 años, 37.1% tienen de 15 a 19 años, 33.3% de 20 a 24 y 29.6% de 25 a 29 años de edad. Entre las adolescentes de 15 a 19 años que han tenido relaciones sexuales, tres de cada cinco no usaron método anticonceptivo en su primera relación sexual, del total de defunciones registradas en 2009, 6.4% fueron de jóvenes, de cada 100 jóvenes de 12 a 17 años, 14 consumen alcohol, de los jóvenes que iniciaron el consumo de drogas ilegales antes de los 17 años, 63.3% lo hicieron con inhalables. Cuatro de cada diez jóvenes viven con ambos padres en la misma casa. En 1999 la Asamblea General de las Naciones Unidas declara el 12 de agosto como el Día Internacional de la Juventud, celebrándose por primera vez en el 2000. Este festejo brinda la oportunidad de concentrar la atención en los problemas que se relacionan con los jóvenes mediante foros, discusiones públicas y campañas de información. ⁽¹⁶⁾

2.5 Mortalidad

En 2009 se registraron poco más de 36 mil defunciones de jóvenes a nivel nacional, lo que en términos porcentuales representa 6.4% de los fallecimientos totales captados en el año. Por cada 100 defunciones de mujeres de 15 a 29 años ocurrió la muerte de 290 hombres; esta sobre mortalidad masculina se asocia principalmente al patrón de causas, que para este grupo se caracteriza por el alto peso relativo de las muertes violentas. Las tres principales causas de muerte en los varones de 15 a 29 años son las agresiones (25.1%), accidentes de transporte (19%) y lesiones autoinfligidas intencionalmente (6%), y que en suma representan 50.1% de las defunciones de hombres jóvenes. Entre los de 25 a 29, la tercera causa de muerte son las enfermedades ocasionadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), con el 6 por ciento. En conjunto la cuarta parte de las defunciones de mujeres de 15 a 29 años también tiene su causa en los accidentes de transporte, agresiones y lesiones autoinfligidas intencionalmente (cada una con 11.1, 7.1 y 5.1%, respectivamente). Entre las jóvenes de 20 a 24 años la tercera

causa de muerte se asocia con padecimientos obstétricos directos, en tanto que en las mujeres de 25 a 29 la tercera causa es la neumonía. En 2009 más de la mitad (56.1%) de las defunciones maternas acontecieron en la población femenina joven. ⁽¹⁷⁾

El suicidio es otra forma de las muertes violentas, una decisión individual en la cual influye una multiplicidad de condiciones de orden biológico, psicológico, social, cognitivo, de género, de desarrollo, entre otras. En México la tasa de suicidios entre los jóvenes de 15 a 29 años reporta un aumento en los últimos años, de 5.8 por cada 100 mil jóvenes en 2000 a 7.1 en 2009. Del total de suicidios registrados en 2009, dos de cada cinco ocurrieron entre la población joven y de éstos, 76.5% se dio entre los hombres. Entre las características socio demográficas de la población joven que se suicidó destaca que 63.7% era soltera, y el 29.7% no tenía trabajo. El 79.2% empleó el ahorcamiento como medio para quitarse la vida y 74.1% se suicidó en una vivienda particular. Op, cit.,

2.6 Riesgos en la población de estudio

En México el consumo de drogas, tanto legales como ilegales, constituye un problema de salud pública. Las consecuencias negativas asociadas a las adicciones afectan aspectos de la vida de una persona. El documento preliminar de la Encuesta Nacional de Adicciones 2008 (ENA), refiere que en sólo seis años creció 50% el número de personas adictas a las drogas ilegales y 30% la cifra de quienes alguna vez las han consumido, así como la disponibilidad de las drogas para los adolescentes. Hasta 43% de los jóvenes de entre 12 y 25 años de edad están expuestos a ellas. El número de consumidores de cocaína se duplicó en los últimos seis años al pasar de 1.23% a 2.5%. Asimismo, de 2002 a la fecha, el consumo de drogas legales como el alcohol y el tabaco se elevó de 5.03% a 6%. El resto de las drogas ilegales se usan con menor frecuencia. ⁽¹⁸⁾

Los adolescentes, al tratar de evadir los problemas, buscan salidas fáciles, la exposición a las drogas se considera como el factor de riesgo más importante para desarrollar una adicción y mientras más temprana es ésta, mayores posibilidades existen de iniciar el consumo. En un estudio de prevalencia en escolares de 11 a 24 años en Morelos se encontró una prevalencia de consumo de 6.1% en mujeres y 13.1% en varones. Op, cit.,

Comportamientos de Riesgo y Calidad de Vida en Estudiantes de Primer Ingreso a la Facultad de
Enfermería de la U.M.S.N.H.

El inicio temprano de las relaciones sexuales sin la debida protección, expone a las parejas a un mayor riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual o a embarazos no planeados que pueden poner en peligro la vida de la madre y su producto, del total de adolescentes de 15 a 19 años que han tenido relaciones sexuales, 61.8% declaró no haber usado un método anticonceptivo durante su primer encuentro; entre las jóvenes de 20 a 24 y 25 a 29 años este porcentaje aumenta a 66.5 y 75%, respectivamente, el conocimiento de los métodos anticonceptivos entre las jóvenes es casi universal, 97.6% conoce o ha oído hablar de un método de control natal y 62% de las jóvenes lo usan; entre las razones por las cuales las jóvenes no usan actualmente algún método anticonceptivo, destaca que 43% no lo necesita o está embarazada y 19.3% no lo usa porque quiere embarazarse.⁽¹⁹⁾

En relación a los comportamientos de riesgo alimentario. La obesidad es un problema importante en los adolescentes. En la actualidad, los patrones de belleza, el culto por la imagen, al igual que el importante papel de la ingesta de alimentos en la interacción social, siguen ejerciendo notable influencia sobre el ser humano. Hoy, la delgadez extrema es símbolo de perfección corporal y belleza, lo que conduce a muchas personas a emplear patrones de alimentación funcionalmente inadecuados, que en ocasiones le permiten adaptarse a las exigencias de la sociedad, pero que podrían propiciar condiciones de riesgo para la aparición de desórdenes alimentario. De igual modo la desnutrición por pérdida exagerada voluntaria de peso, complicaciones psicológicas son la anorexia nervosa y la bulimia. Leis señala como factores de riesgo nutricional en el adolescente joven: el incremento de requerimientos, la influencia de los padres, saltarse las comidas, consumo de comidas rápidas y comer entre comidas, las dietas, consumo de drogas (incluyendo café y tabaco) e imagen corporal.⁽²⁰⁾

Dwyer identifica la falta de condición física como un factor de riesgo importante de desbalance en el peso. Op. Cit.,

En datos encontrados en la encuesta nacional de adicciones, 2008 se encontró según referencia en cuanto a la Edad de consumo de tabaco por primera vez. En el ámbito nacional entre la población general de 12 a 65 años, la edad promedio de consumo de tabaco por primera vez fue

de 17.1 años. En la población adolescente, fue de 13.7 años y en la adulta, de 17.4 años. Las edades promedio de consumo de tabaco por primera vez en la población de adolescentes y adultos en el ámbito rural fueron muy similares a las de la población nacional. Las dos razones más importantes para el inicio del consumo de tabaco fueron la curiosidad y la convivencia con fumadores. El 60% de los fumadores hombres y mujeres inició el consumo de tabaco por curiosidad; 29.8% de los hombres y 26.9% de las mujeres iniciaron el consumo por convivencia con familiares, amigos o compañeros fumadores. El 68.6% de los adolescentes inició el consumo por curiosidad y 24.1%, por influencia de familiares, amigos o compañeros fumadores. ⁽²¹⁾

En cuanto a la Drogas el problema al que nos enfrentamos según tendencias 2002-2008, señala que los jóvenes que inician el consumo antes de los 17 años, utilizan como primer sustancia inhalables (63.3%), la marihuana (55.7%) y los sedantes (50.9%); mientras que entre la población que inicia entre los 18 y los 25 años usan otras drogas (54.1%), alucinógenos (53.1 %) y cocaína (48.5 por ciento). Por grupos de población, se observa que, si bien el consumo de drogas ilegales es mayor en los hombres (en una proporción de 4.6 hombres por cada mujer), el índice de crecimiento es mayor en las mujeres entre las cuales el consumo de drogas ilegales se duplicó, aumentando de 1% en 2002 a 1.9% en 2008, mientras que el consumo en hombres solamente se incrementó de 8 a 8.8, desde entonces, ha mostrado fluctuaciones importantes: el crecimiento acelerado que mostró en los años noventa se nivela y disminuye ligeramente hacia el final del siglo pasado para volver a repuntar en esta década. Op. Cit.,

Los datos estatales muestran que dos estados, Quintana Roo en el sur y Tamaulipas en la frontera norte, tienen el mayor nivel de consumo, con una incidencia acumulada de 11.2 y 11.1% respectivamente. Se trata de dos de los 14 estados que tuvieron estimaciones de incidencia acumulada de cualquier clase de droga, en población rural y urbana entre 12 y 65 años de edad, por encima de los intervalos de confianza de la prevalencia nacional, encontramos a Tabasco con una prevalencia acumulada de 6.4%. Seis estados se ubican alrededor de la media nacional, Michoacán (5.6%), Sonora (5.5%), Jalisco (5.3%) Aguascalientes (5.3%), Campeche (5.3%) y Guerrero (5.2%). Cuando sólo consideramos a las drogas ilegales, (heroína, cocaína, metanfetaminas, inhalables, marihuana, y otras drogas ilegales que se agrupan por el lugar en donde se consumen y se conocen como “drogas de club” y que incluyen a la Ketamina, ghb y al

éxtasis líquido, entre otras sustancias) encontramos una distribución similar que para cualquier consumo. Con excepción de Michoacán que se agrega a los estados promedio, y Jalisco que se pasa a los estados con menor consumo, los demás estados se ubican en el mismo grupo. Cuando se analiza el uso fuera de prescripción de drogas psicoactivas con utilidad médica en el manejo del dolor y de los estados de ansiedad, problemas de sueño o de otros padecimientos que requieren de sustancias estimulantes o depresoras, encontramos a nueve estados en el grupo que se ubica por encima de los intervalos de confianza de la prevalencia nacional para el uso de este tipo de sustancias. Por orden de prevalencia encontramos a Michoacán (2.5%) a Chihuahua (2.4%), al Distrito Federal (1.9%), a Tamaulipas (1.9%), y a Yucatán (1.3%) quien también pasa del nivel de prevalencias bajas, cuando se consideran todas las drogas, al grupo de prevalencias significativamente más altas que la media nacional. Op. Cit.,

Los datos confirman lo que se había observado en encuestas previas. La población mexicana no bebe diario o casi diario: 8 de cada 1 000 personas informaron consumir todos los días, en una proporción de 7.5 hombres por cada mujer. Este tipo de consumo aumenta con la edad; por ejemplo, es 3.4 veces más frecuente en hombres mayores de 50 años que en aquellos que tienen entre 18 y 29. La cerveza es la bebida de preferencia de la población mexicana. Le siguen los destilados y, en una proporción significativamente menor, el vino de mesa y las bebidas preparadas. El pulque es consumido por una proporción menor de la población, pero su consumo prevalece. El consumo de alcohol de 96° y de aguardiente es bajo. El orden de preferencia por tipo de bebida es similar entre hombres y mujeres. La mayor diferencia entre sexos se observa en el consumo de aguardiente y de alcohol de 96°: 8.5 hombres los consumen por cada mujer que lo hace. En los adolescentes, el orden de preferencia cambia, ya que prefieren bebidas preparadas más que el vino. Las diferencias entre hombres y mujeres son menores que en la población mayor de 17 años, con excepción de las bebidas preparadas, el pulque y el aguardiente/alcohol de 96°; en relación con éstas, se observa una mayor diferencia entre hombre y mujeres adolescentes. Las cifras de consumo por tipo de bebida varían según los grupos de edad. El consumo de aguardiente y alcohol de 96° aumenta con la edad. El mayor consumo de cerveza, de destilados, de vino y de bebidas preparadas ocurre entre los 18 y los 29 años. El gusto por las bebidas preparadas

disminuye en forma importante después de los 29 años. El mayor consumo de pulque ocurre entre los 30 y los 39 años. Op. Cit.,

En las variaciones estatales los mayores índices de consumo alto de alcohol se ubican en el centro-occidente del país (Aguascalientes, Zacatecas, Nayarit, Michoacán, Jalisco, Distrito Federal, Hidalgo, Tlaxcala, Morelos, Puebla y Querétaro). A éstos se suman Campeche y Quintana Roo, de la zona sur, y Sonora, Baja California Sur, Nuevo León y Tamaulipas, en el norte. En el caso de los hombres, se incluyen Chihuahua, San Luis Potosí y Guerrero. Cuando sólo se considera el consumo consuetudinario, sobresalen los estados del centro norte y vuelven a aparecer Baja California Sur, Tamaulipas, Nuevo León, Zacatecas, Nayarit, Jalisco, Querétaro, Morelos e Hidalgo y, en el sur, Quintana Roo y Campeche. Para este parámetro se suman Colima, San Luis Potosí, Sinaloa, Durango y Chihuahua. Para las mujeres, no aparece Campeche como estado con niveles de consumo consuetudinario superiores a la media nacional. Cuando sólo se considera la población con abuso o dependencia del alcohol, la distribución se mueve más hacia el centro y sur del país. De la región norte, permanecen Tamaulipas y Baja California Sur; del centro del país, Aguascalientes, Durango, Nayarit, Michoacán, San Luis Potosí, Zacatecas, Morelos, Puebla, Querétaro, Hidalgo, y se suma Guerrero. De la zona sur, permanecen Quintana Roo y Campeche. Para los hombres, se suma Oaxaca. Para las mujeres adolescentes se suman Veracruz y Distrito Federal, y para las mujeres adultas, Tabasco y nuevamente Distrito Federal. Op. Cit.,

A nivel nacional, la incidencia acumulada de consumo de marihuana entre la población de 12 a 25 años es 3.8, de cocaína 2.2 y de drogas estimulantes tipo anfetamínico 0.6 por cada 100 personas de este grupo de edad. Al respecto, Hidalgo (10.3), Tamaulipas (7.5) y Baja California Sur (7.3) son los estados con la incidencia acumulada más alta en el uso de la marihuana, mientras que la menor se presenta en Colima (1.4), San Luis Potosí (1.3) y Chiapas (0.4 por ciento). Respecto al consumo de cocaína, las incidencias acumuladas más altas se observan en Hidalgo (6.5), Quintana Roo (5.6) y Baja California Sur (5.2); en contraparte, las menores

incidencias están en los estados de Tlaxcala (0.7), Veracruz (0.6) y San Luis Potosí (0.3). Op. Cit.,

La Encuesta Nacional de Adicciones muestra que de los aproximadamente 14 de cada cien jóvenes de 12 a 17 años que ingieren alcohol, nueve son “bebedores altos” y tres tienen “abuso/dependencia”. A nivel estatal, en quince de las 32 entidades la prevalencia de jóvenes con consumo de “bebedores altos” está por arriba de la nacional (9), el Distrito Federal (16.4), Hidalgo (15.6) y Aguascalientes (14.7) son las entidades con las prevalencias más altas, mientras que en Nuevo León (4.5), Oaxaca (3.6) y Chiapas (2.5) se presentan las más bajas. Por su parte, en San Luis Potosí (6.9) y el Distrito Federal (6.5) se presentan prevalencias altas de jóvenes con tipo de consumo de “abuso/dependencia”. Asimismo, en 14 estados la prevalencia de bebedores consuetudinarios es superior a la nacional (1.5), siendo San Luis Potosí, Distrito Federal e Hidalgo (4.5, 3.4 y 3.1, respectivamente) las entidades con las más altas, en contraste con Yucatán (0.3) y Chiapas (0.2) que tienen las más bajas. Op. Cit.,

Otra investigación realizada en estudiantes universitarios de la (Universidad de la Américas Puebla). UDLAP, con la finalidad de explorar el comportamiento de dichas variables. El estilo de vida lo define el Grupo de Investigación en Psicología, Salud y Calidad de Vida como el conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona. ⁽²²⁾

De acuerdo a los resultados obtenidos, se encontró que el estilo de vida de los estudiantes de primer año de universidad es menor que el de los de último año. Lo anterior puede atribuirse a que el ingreso a la universidad representa en sí una etapa difícil que define el resto de la vida de los jóvenes, y depende tanto de las condiciones sociales, económicas, psicológicas y culturales, que hayan vivido tanto antes de su ingreso como de las situaciones que vivan dentro de ésta. Una característica importante es que el estilo de vida es personal, y que también cambia continuamente en respuesta a las señales que el alumno recibe del entorno para que sean consistentes con sus propios valores y personalidad. Op. Cit.,

En contraste, existen estudios de en los que se concluyó que conforme pasan los años en la universidad, los estudiantes se desorientan y disminuye su motivación, o bien abandonan la

universidad debido en gran parte a la preocupación que existe por encontrar un buen trabajo y por el hecho de querer adquirir independencia de la familia, lo que provoca que se descuiden aspectos personales, sociales y psicológicos, que repercuten en la adquisición de un estilo de vida saludable. En referencia a lo anterior, es importante el hecho de que los jóvenes desarrollen conductas promotoras de estilo de vida, ya que la base de las conductas para el desarrollo de un estilo de vida se establece por primera vez en la juventud. Los estudiantes de últimos años de la universidad tienen una gran necesidad de cubrir sus necesidades de consumo sin depender de la familia, es decir, tratan de solventar sus propios estudios y de independizarse, por lo que el estilo de vida se ve afectado, ya que esto mismo puede conducir a hábitos alimentarios y modelos dietéticos y de actividad física que se comporten como factores de riesgo en las enfermedades crónicas. En lo concerniente al nivel de estrés reportado por los estudiantes universitarios tanto de primer como de último año, no se encontraron diferencias significativas, en el que se menciona que no todos los estudiantes universitarios padecen estrés ya que la respuesta a éste depende de la disposición personal para hacer frente a las demandas de la situación, así como de la propia estimación que se realice de ésta. Cómo un individuo responde a acontecimientos estresantes depende tanto de la disposición personal de dicho individuo como de la situación en la cual dichos acontecimientos suceden. Op. Cit.,

Así mismo, en los estudios realizados tampoco se encontraron diferencias estadísticas significativas entre sexos, años de estudio, migración, ni edad en estudiantes universitarios. Contrario a esto, Hernández, Polo y Pozo, encontraron diferencias significativas en niveles de estrés en estudiantes de primer año de la universidad y del tercer año; siendo el mayor nivel de estrés informado por los estudiantes de primer año, debido a la falta de control en lo que tiene de revelador acerca de la no posesión de soluciones a los nuevos requerimientos que tienen que abordar por su entrada en la universidad. En los resultados respecto al estilo de vida y el nivel de estrés de los estudiantes de primer y último año, no se encontró una relación significativa. Esto puede ser debido a que aunque los problemas de estilo de vida son producto de las conductas personales, así como del estrés presente en nuestra vida cotidiana, los individuos no practican uno adecuado, aunque lo consideran como una meta. ⁽²³⁾

Por otra parte, se han realizado estudios en los que el estilo de vida está generando cambios en la conducta de la población, provocando que se vuelvan no saludables debido a un estilo de vida inadecuado, razón por la cual es necesario estudiar su relación con el estrés, que también influye en la conducta de las personas. Dado que no se encontró una relación significativa entre el estilo de vida y el nivel de estrés en los estudiantes de primer y último año, se puede observar que tampoco existe una relación de esta variable con las subescalas que conforman al estilo de vida: ejercicio, manejo de estrés y soporte interpersonal. Esto puede ser ya que por un lado, los estudiantes han encontrado recursos que les permiten un manejo satisfactorio del estrés diario. Al mismo tiempo, el cuerpo va desarrollando habilidades para adaptarse a los estímulos a que es sometido por su entorno, principalmente al estrés. ⁽²⁴⁾

Por otra parte, los estudios de Aarô, Laberg , ponen de manifiesto que hay una relación entre las experiencias que los jóvenes vivencian en las universidades y el desarrollo de sus relaciones sociales, conductas de salud y su estilo de vida. Y aunque mundialmente se reconoce que los jóvenes forman el grupo poblacional más saludable, existen estudios en los que se hace evidente que la mayoría de los jóvenes no participan en programas de ejercicio físico, provocando que el estilo de vida se vea afectado ⁽²⁵⁾

Para esto, Flórez, propone que ya que el estilo de vida es un conjunto de comportamiento, se vea un enfoque preventivo para cambiar actitudes y comportamientos en base a la psicología, ya que es la disciplina más idónea para orientar procesos de cambio en la conducta. Los jóvenes con un alto grado de integración social a un nuevo ambiente de intercambio cultural, existe una alta presencia de tensión de incongruencia socioeconómica y de estilo de vida, con una reducción de la función inmune mediada por células, lo que indica una mayor carga de tensión psicosocial. ⁽²⁶⁾

Marco conceptual

Comportamientos de Riesgo y Calidad de Vida en Estudiantes de Primer Ingreso a la Facultad de
Enfermería de la U.M.S.N.H.

CAPITULO III

3 MARCO CONCEPTUAL

3.1 La adolescencia, según la OMS

Es un período comprendido entre los 10 y 19 años. La pubertad o adolescencia inicial es la primera fase, comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14-15 años. La adolescencia media y tardía se extiende desde los 15 a los 19 años. Para la Organización Mundial de la Salud la denominación de jóvenes comprende desde los 10 a los 24 años, incluyendo por tanto la adolescencia (de 10 a 19 años) y la juventud plena (de los 19 a los 24 años).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que una de cada cinco personas en el mundo es adolescente, 85 por ciento de ellos viven en países pobres o de ingresos medios, y alrededor de 1.7 millones de ellos mueren al año. ⁽²⁷⁾

3.2 Características anatómico-fisiológicas en la adolescencia

La adolescencia se caracteriza por el crecimiento físico y desarrollo psicológico, y es la fase del desarrollo humano situada entre la infancia y la edad adulta. Esta transición es tanto física como psicológica por lo que debe considerarse un fenómeno biológico, cultural y social. Muchas culturas difieren respecto a cuál es la edad en la que las personas llegan a ser adultas. En diversas regiones, el paso de la adolescencia a la edad adulta va unido a ceremonias y/o fiestas, como por ejemplo en el judaísmo el Benei Mitzvá, que se celebra a los doce años. Aunque no existe un consenso sobre la edad en la que termina la adolescencia, psicólogos como Erik Erikson) consideran que la adolescencia abarca entre los doce o trece años hasta los veinte o veintiún años. Según Erik Erickson, este período de los 13 a los 21 años es la búsqueda de la identidad y define al individuo para toda su vida adulta, y queda plenamente consolidada la personalidad a partir de

los 21 años. Sin embargo, no puede generalizarse: ya que el final de la adolescencia depende del desarrollo psicológico, la edad exacta en que termina no es homogénea y dependerá de cada individuo. ⁽²⁸⁾

3.3 Maduración sexual

En la adolescencia temprana y para ambos sexos, no hay gran desarrollo manifiesto de los caracteres sexuales secundarios, pero suceden cambios hormonales a nivel de la hipófisis, como el aumento en la concentración de gonadotropinas (hormona folículo estimulante) y de esteroides sexuales. Seguidamente aparecen cambios físicos, sobre todo cambios observados en la glándula mamaria de las niñas, los cambios genitales de los varones y el vello pubiano en ambos sexos. Op. Cit.,

3.4 Mujeres

El primer cambio identificable en la mayoría de las niñas es la aparición del botón mamario. La adolescencia en las mujeres comienza a los 10 o 12 años. Se caracteriza por un agrandamiento en el tejido glandular por debajo de la areola, consecuencia de la acción de los estrógenos producidos por el ovario. La edad de aparición es después de los 8 años; puede ser unilateral y permanecer así por un tiempo, y casi siempre es doloroso al simple roce. Al avanzar la adolescencia, el desarrollo mamario, además de ser cuantitativo, es cualitativo: la areola se hace más oscura y más grande, y sobresale del tejido circundante, aumenta el tejido glandular, se adquiere la forma definitiva, generalmente cónica, y se desarrollan los canalículos. Puede haber crecimiento asimétrico de las mamas. Op. Cit.,

El vello púbico, bajo la acción de los andrógenos adrenales y ováricos, es fino, escaso y aparece inicialmente a lo largo de los labios mayores, y luego se va expandiendo. El vello púbico en algunos casos coincide con el desarrollo mamario y en otros puede ser el primer indicio puberal.

Suele comenzar a notarse a los 9 o 10 años de edad. Al pasar los años, el vello pubiano se hace más grueso y menos lacio, denso, rizado y cubre la superficie externa de los labios, y se extiende hasta el monte de Venus, y alcanza la forma triangular característica adulta después de 3 a 5 años (aproximadamente entre los 15 y 16 años de edad). El vello axilar y el vello corporal aparecen más tarde. ⁽²⁹⁾

Los genitales y las gónadas cambian de aspecto y configuración. Los labios mayores aumentan de vascularización y aumenta la cantidad de folículos pilosos, hay estrogenización inicial de la mucosa vaginal, los ovarios y el cuerpo del útero aumentan en tamaño. Las trompas de Falopio aumentan después de tamaño, y aumenta el número de pliegues en su mucosa. Los labios menores se desarrollan, los labios mayores se vuelven luego delgados y se pigmentan y crecen, para cubrir el introito. La vagina alcanza una profundidad de 8 cm y, luego, de 10–11 cm. Por efectos estrogénicos, la mucosa se torna más gruesa, las células aumentan su contenido de glucógeno y el pH vaginal pasa de neutro a ácido un año antes de la primera menstruación (conocida con el nombre de menarquia o menarca). Op. Cit.,

Se desarrollan las glándulas de Bartolino, aumentan las secreciones vaginales, la flora microbiana cambia (aparece el bacilo de Doderlein), la vulva sufre modificaciones en su espesor y coloración. Por último, en las mujeres que nacen con himen, éste se engrosa y su diámetro alcanza 1 cm.

La menarquia o menarca, que es la primera menstruación, aparece precedida por un flujo claro, inodoro, transparente y bacteriológicamente puro que, visto al microscopio, tiene aspecto de hojas de helecho. La menarquia tiende a presentarse a los 11 o 12 años, aunque puede aparecer en la pubertad avanzada (8-10 años). Op. Cit.,

3.5 Varones

Los testículos prepuberianos tienen un diámetro aproximado de 2,5 a 3 cm, el cual aumenta por la proliferación de los túbulos seminíferos. El agrandamiento del epidídimo, las vesículas seminales y la próstata coinciden con el crecimiento testicular, pero no es apreciable externamente. En el

escroto se observa un aumento en la vascularización, adelgazamiento de la piel y desarrollo de los folículos pilosos.

La espermatogénesis (es decir, la producción de espermatozoides) se detecta histológicamente entre los 11 y 15 años de edad, y la edad para la primera eyaculación o espermarquia es entre los 12 y los 16 años. El pene comienza a crecer en longitud y también a ensancharse aproximadamente un año después de que los testículos aumentan de tamaño. Las erecciones son más frecuentes y aparecen las emisiones nocturnas.

El vello sexual aparece y se propaga hasta el pubis, donde se aprecia más grueso y rizado. Puede comenzar a aparecer el vello axilar y, en ocasiones, en el labio superior (bigote). El vello en los brazos y en las piernas se torna más grueso y abundante alrededor de los 14 años. Aumenta la actividad apocrina (es decir, de la secreción de las glándulas suprarrenales), con la aparición de humedad y olor axilar, igual que el acné, típico de esta etapa de la vida. Op. Cit.,

3.6 Crecimiento y desarrollo

Desde el punto de vista práctico, los cambios habituales del crecimiento tienen tres grandes características:

Se realizan en forma secuencial, es decir, unas características aparecen antes de que aparezcan otras, como es el caso del crecimiento de los senos antes de la aparición de la menstruación (o regla o periodo), el vello púbico antes que el axilar, los miembros inferiores crecen primero que el tronco, los testículos se incrementan antes que el pene, etc. El tiempo de comienzo, la magnitud y la velocidad de cada evento es considerablemente variable entre las edades y los sexos.

Cada evento del crecimiento sigue la ley de la variabilidad individual del desarrollo. Cada individuo tiene una propia manera de ser y la conserva a través de los años de la adolescencia y en el que influyen diversos factores, como su origen étnico, su constitución genética o familiar, nutrición, funcionamiento endocrino y ambiente sociocultural. Basado en ello, la evaluación de la maduración sexual suele ser más valiosa desde el punto de vista clínico que la edad cronológica, que es la correlación que por lo general preocupa a los padres y al mismo adolescente.

Altura: el estirón de la adolescencia.

Crecer es una característica destacada de la pubertad, el brote o estirón de la pubertad es una de las características fundamentales de la adolescencia. Tiene una duración de 3 a 4 años, con un promedio de 24 a 36 meses. Está caracterizado por un rápido crecimiento del esqueleto, llamado punto de velocidad máxima (PVM), que se manifiesta por un aumento rápido de la talla o crecimiento lineal, de aproximadamente 8 cm en la mujer y de unos 10 cm en el varón. Es seguida por una desaceleración o enlentecimiento progresivo del crecimiento lineal, hasta que se detiene por la fusión de las epífisis de los huesos largos, como consecuencia de los cambios hormonales. Op. Cit.,

Actualmente se considera que el incremento en la velocidad de crecimiento es el primer signo de inicio de la pubertad en las niñas, aunque es más fácil de visualizar dicho cambio en el botón mamario. El crecimiento corporal no es homogéneo, por lo general se aprecia una gradiente distal: proximal, es decir, los pies y las manos crecen antes que las piernas y los antebrazos, y éstos lo hacen antes que los muslos y los brazos. La cadera crece antes que los hombros y el tronco, el cual se acompaña de una epífisis vertebral transitoria. Todos los órganos participan en el estirón del crecimiento, a excepción de la cabeza, el timo, el tejido linfático y la grasa subcutánea. El inicio del estirón es variable en edad, por lo que los padres o el adolescente puede manifestar preocupación por una supuesta precocidad o retardo en el crecimiento. Las necesidades nutricionales se hacen más intensas, hay disimetría fisiológica que causa cierta "torpeza" motora, aumenta el metabolismo del calcio en el período de crecimiento rápido. Op. Cit.,

3.7 Otros cambios físicos

Los cambios biológicos y orgánicos durante la adolescencia marcan de modo casi definitivo el dimorfismo sexual. Estos cambios dependen en gran medida del tipo constitucional, factores genéticos y otros más circunstanciales como la nutrición o la presencia o no de determinados desbalances hormonales que no necesariamente tienen que ser patológicos. En ocasiones los adolescentes se preguntan el por qué de la diferencia en el desarrollo y la aparición de los

caracteres sexuales entre unos y otros, y la respuesta puede encontrarse en cualquiera de los elementos señalados anteriormente. No obstante hay características que deben aparecer en una edad determinada, independientemente de las variables, por lo que se recomienda que ante cualquier inquietud se consulten a los especialistas en la temática. Op. Cit.,

3.8 Peso

En las mujeres, durante la pubertad temprana, la ganancia de peso continúa siendo de 2 kg por año, pero luego experimenta una aceleración que llega a un máximo después de alcanzar el punto de velocidad máxima de crecimiento. En los varones, el peso coincide con la talla, es decir, de 100 a 200 gramos por año. El aumento del peso puberal viene a representar el 50 por ciento del peso ideal del individuo adulto. Op. Cit.,

3.9 Concepto de calidad de vida

En esta definición, La OMS incluye 6 dominios principales: salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relación social, características ambientales y patrón espiritual. De esta definición es necesario considerar que el concepto de CV es diferente entre los individuos, entre localidades y tiempos diferentes. Explican mejor, el porqué de la variabilidad de conceptos: “el término abarca muchos significados que reflejan conocimientos, experiencias y valores de individuos y colectividades que a él se reportan en varias épocas, espacios e historias diferentes, siendo por tanto, una construcción social con marca de relatividad cultural”. Apuntan 3 formas de referencia que determinan la relatividad de la noción de calidad de vida: la primera es histórica, o sea en determinado tiempo de su desarrollo económico, social y tecnológico, una sociedad específica tiene un parámetro de calidad de vida diferente de la misma sociedad en otra etapa histórica; la segunda es cultural, valores y necesidades son construidos y jerarquizados diferentemente por los pueblos, revelando sus tradiciones; y la tercera estratificación o clase social, cada clase social tiene sus concepciones de bienestar. ⁽³¹⁾

3.10 Concepto de Riesgo

El riesgo es la amenaza concreta de daño que yace sobre nosotros en cada momento y segundos de nuestras vidas, pero que puede materializarse en alguna amenaza concreta de daño que yace sobre nosotros en cada momento o no, por ejemplo cuando salimos a la calle estamos expuestos a una innumerable cantidad de circunstancias, como ser una maseta o un balcón que se desplome sobre nuestra humanidad, un asalto. Op. Cit.,

3.11 Comportamientos de riesgo

Por ser un período de intensos cambios, tanto físicos como mentales, el adolescente muchas veces puede involucrarse en situaciones de riesgo, como el uso de bebidas alcohólicas, tabaquismo, drogas, sexo sin protección, entre otras.

Un artículo publicado en el Current Directions in Psychological Science, en abril de este año, y producido por especialistas del área de Psicología de la Universidad de Temple, Filadelfia, busca responder a esta cuestión, que intriga psicólogos hace años. De acuerdo con los autores, la inestabilidad del período de la adolescencia sería la responsable por la vulnerabilidad del individuo. Lo que es sugerido para este hecho, es que el cerebro del adolescente necesita infringir reglas, para aprender a tomar decisiones maduras, en diferentes momentos. Enfrentar riesgos sea un hecho biológico. Sin embargo, esto no significa, de acuerdo a los psicólogos, que los adolescentes no deban ser educados sobre los peligros expuestos anteriormente. Al contrario, la educación sobre este problema es fundamental en la formación de estos jóvenes. Otra observación, hecha por los investigadores, es que los adolescentes controlan más sus impulsos y comportamientos de riesgo cuando están solos, comparativamente a los adultos. Cuando están bajo vigilancia, normalmente es el contrario que se impone. Esto constituye una importante cuestión para la salud pública, que deberá realizar medidas estratégicas para la orientación de estos individuos. ⁽³²⁾

3.12 Brehmer

Comportamientos de Riesgo y Calidad de Vida en Estudiantes de Primer Ingreso a la Facultad de
Enfermería de la U.M.S.N.H.

Ha identificado dos tipos de riesgos de salud. La primera categoría, llamada riesgos objetivos, incluye eventos que se pueden medir y pueden ser evaluados. La segunda categoría es conocida como riesgos psicológicos e incluye las emociones y la motivación, al igual que las decisiones tomadas por las personas. Desde el punto de vista de Brehmer, los riesgos objetivos y psicológicos no siempre coinciden, ya que las personas constantemente evalúan sus acciones y el medioambiente y toman decisiones con base en la información, y además de lo que señala este autor, agregamos también que se basan en las oportunidades. Este proceso ha sido llamado percepción de riesgo. Los estudios demuestran que la percepción de riesgo está estrechamente relacionada con factores culturales, tales como la familia y el significado e importancia asociado a la salud impuesto por la sociedad. ⁽³³⁾

Metodología

Comportamientos de Riesgo y Calidad de Vida en Estudiantes de Primer Ingreso a la Facultad de
Enfermería de la U.M.S.N.H.

CAPITULO IV

4 METODOLOGIA

4.1 Diseño del estudio

4.2 Estudio cuantitativo:

Es un campo establecido de lo cuantitativo trata de inquirir (indagar, examinar con determinar la fuerza de detalle), en las ciencias sociales asociación o correlación y humanas entre variables. Consiste en la recolección generalización y sistemática y el análisis de los objetivación de los materiales narrativos de resultados a través de una carácter más subjetivo muestra para hacer utilizando para ellos inferencia a una población procedimientos en los que el de la cual toda muestra control por parte del procede investigador tiende a reducirse al mínimo.

4.3 Estudio transversal:

El proyecto de investigación será un estudio transversal que pretende identificar los comportamientos de riesgo de enfermar y la calidad de vida en estudiantes de primer ingreso a la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

4.4 Estudio descriptivo:

Los estudios descriptivos, cuantitativo buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar.

4.5 Población de estudio

Comportamientos de Riesgo y Calidad de Vida en Estudiantes de Primer Ingreso a la Facultad de
Enfermería de la U.M.S.N.H.

750 Estudiantes de nuevo ingreso a la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana San Nicolás de Hidalgo.

4.6 Muestra

Estuvo constituida por 316 estudiantes que ingresaron en el ciclo 2010-2010 a la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

4.7 Criterios de inclusión

Estudiantes de nuevo ingreso a la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo del ciclo escolar 2010-2010.

4.8 Criterios de eliminación

Se eliminarán las encuestas que no estén completas.

Los estudiantes que se rehúsen a participar en el estudio.

4.9 Criterios de exclusión

Los estudiantes que iniciando la encuesta no acepten continuar.

Los estudiantes que no contesten completamente la encuesta.

4.10 Métodos de la recolección de la información

Se aplicaron los cuestionarios “Comportamientos de riesgo y calidad de vida de Estudiantes Universitarios”. El instrumento fue auto administrado y aplicado a cada estudiante en el laboratorio de cómputo ya que se presentó para su contestación en línea.

Los datos recolectados fueron enviados y procesados por la Institución sede del proyecto el CUSUR de la UDG. La presentación en cuadros y gráficos también fueron elaborados en la CUSUR. La base de datos es propiedad de esta Institución, con quien se colabora en el desarrollo del proyecto, por tratarse de una investigación colectiva y en colaboración de Cuerpos académicos, para posteriormente realizar el análisis y discusión de los resultados, en nuestra facultad.

4.11 Instrumentos

El cuestionario consta de preguntas, que indagan sobre comportamientos de riesgo de accidentes, adicciones al tabaco, alcohol y drogas, hábitos nutricionales pobres, actividad sexual insegura, violencia, abuso sexual, suicidio y actividad física.

Los instrumentos son validados y constan en total de 107 preguntas y está dividido en:

1. Explicación general: por qué se hace, a quiénes está dirigido, qué características tiene, cómo se debe contestar, el uso confidencial de la información, el diagnóstico y orientación que recibirá por escrito y la voluntariedad.
2. Datos de identificación.
3. Factores sociodemográficos.
4. Calidad de vida (cuestionario YQOL-R de la universidad de Washington) Patrick, Edwards, Huebner, Connell, Mount, 2001; Patrick, & Erickson, 1993.) en su versión en español de 62 reactivos (15 contextuales, 42 perceptuales y 5 sobre la salud y discapacidades). Con permiso del Seattle Quality of Life Group, permiso que requirió una renovación para esta aplicación en particular.

5. Comportamientos de riesgo adaptación del YRBSS 2007 (Centers for Disease Control and Prevention, 2006b) El otro que aplicamos es para conocer los comportamientos de riesgo se utilizó un cuestionario de comportamiento de riesgo conformado por una selección de preguntas del cuestionario 2007 YRBS: Youth Risk Behavior Surveillance del National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion ⁽³⁴⁾

Consideraciones Éticas

Comportamientos de Riesgo y Calidad de Vida en Estudiantes de Primer Ingreso a la Facultad de
Enfermería de la U.M.S.N.H.

CAPITULO V

5 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La participación fue voluntaria, se respondió en forma privada y la información será confidencial por la presente investigación, se basa según los artículos correspondientes en la Ley General de Salud en cuestión de Investigación en Salud, Título Segundo, capítulo I, artículo 16, donde se menciona el cuidado de la privacidad de la información y artículo 17, sobre el riesgo mínimo. En el caso del presente estudio se aplica un cuestionario con preguntas que no coloca en riesgo la vida de las personas y que, aunque maneje aspectos psicológicos, no manipula la conducta de los sujetos. El mismo título y capítulo señalan, en su artículo 20, aspectos relacionados al Término de Consentimiento Libre e informado lo cual se pregunta para su aprobación a los sujetos de la investigación. Fueron llevadas en consideración las reglamentaciones del propio título segundo, capítulo I, artículo 21 en lo cual se considera la necesidad de proporcionar una explicación clara del objeto de la investigación, a los sujetos. También se consideró el Capítulo III referente las investigaciones con menores de edad en sus artículos 34, 35, 36, 37 y 38. (anexo), se anexa oficio de autorización.

Resultados

Comportamientos de Riesgo y Calidad de Vida en Estudiantes de Primer Ingreso a la Facultad de
Enfermería de la U.M.S.N.H.

6 RESULTADOS Y ANALISIS DE LOS DATOS.

Cuadro 1: Datos sociodemográficos de los participantes de la Facultad de Enfermería de la UMSNH. Marzo del 2010

Datos sociodemográficos		Numero	%
Semestre	Octavo	1	.3%
	Primero	1	.3%
	<u>Segundo</u>	<u>314</u>	<u>99.4%</u>
Genero	<u>Femenino</u>	<u>247</u>	<u>78.2%</u>
	Masculino	69	21.8%
Edad	16	1	.3%
	<u>18</u>	<u>91</u>	<u>28.8%</u>
	<u>19</u>	<u>110</u>	<u>34.8%</u>
	<u>20</u>	<u>53</u>	<u>16.8%</u>
	21	23	7.3%
	22	13	4.1%
	23	11	3.5%
	24	4	1.3%
	25	2	.6%
	26	1	.3%
	27	3	.9%
	29	1	.3%
	30 y más	3	.9%
Edo civil	Casado (a)	7	2.2%
	<u>Soltero (a)</u>	<u>304</u>	<u>96.2%</u>
	Unión libre	5	1.6%
Trabajas	<u>No trabajo</u>	<u>251</u>	<u>79.4%</u>
	Sí, con contrato	7	2.2%
	sin contrato		18.4%

Comportamientos de Riesgo y Calidad de Vida en Estudiantes de Primer Ingreso a la Facultad de Enfermería de la U.M.S.N.H.

Para poder llevar a cabo el estudio se tomaron en cuenta las siguientes variables:

- ✚ Edad: En relación a esta variable el 80.4% de los estudiantes encuestados tenía entre 18 a 20 años, lo anterior coincide con la edad en la cual ingresan a una licenciatura los jóvenes.
- ✚ Género: Sobresalió en el estudio que el 78.2% fueron del sexo femenino y el 21.8 fueron hombres. Es común que en su mayoría sean mujeres, tratándose de la Facultad de Enfermería, donde se cursa una carrera eminentemente femenina.
- ✚ Estado civil: El 96.2% de los estudiantes encuestados eran solteros, .
- ✚ Ciclo escolar: los estudiantes encuestados eran del segundo semestre en un 99.4%, considerando que este estudio se hizo en estudiantes de nuevo ingreso.

Cuadro 2: Hacen uso de cinturón los participantes de la Facultad de Enfermería de la UMSNH.
Marzo del 2010

	Hacen uso de cinturón	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Siempre	<u>47</u>	<u>14.9</u>	<u>14.9</u>	<u>14.9</u>
	Raramente	<u>65</u>	<u>20.6</u>	<u>20.6</u>	<u>35.4</u>
	Nunca	<u>55</u>	<u>17.4</u>	<u>17.4</u>	<u>52.8</u>
	a mayor parte del tiempo	55	17.4	17.4	70.3
	Algunas veces	94	29.7	29.7	100.0
	Total	316	100.0	100.0	

Comportamientos de Riesgo y Calidad de Vida en Estudiantes de Primer Ingreso a la Facultad de
Enfermería de la U.M.S.N.H.

✚ En este cuadro el comportamiento de riesgo es alto ya que como se observa el uso de cinturón en cuanto a la frecuencia es conciente , ya solo lo usan alguna veces por lo tanto la frecuencia con que se usa el cinturón es 29.7% ya que es un porcentaje bajo en cuanto al uso de cinturón por lo cual el riesgo de resultar lesionado en un accidente es preocupante.

Cuadro 3: Último mes en carro con conductor había bebido alcohol los participantes de la Facultad de Enfermería de la UMSNH. Marzo del 2010

Último mes en carro con conductor había bebido alcohol	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 6 ó más veces	1	.3	.3	.3
2 ó 3 veces	5	1.6	1.6	1.9
1 vez	10	3.2	3.2	5.1
0 veces	300	94.9	94.9	100.0
Total	3	100.0	100.0	
	16			

✚ Como se muestra en el cuadro, el 5.2% de los encuestados refirió que en el último mes se ha subido en un carro con conductor que había bebido alcohol de 1 a 6 veces por lo tanto existe el riesgo de sufrir algún accidente automovilístico que ponga en riesgo su vida.

Cuadro 4: Último mes condujo y haya bebido alcohol los participantes de la Facultad de Enfermería de la UMSNH. Marzo del 2010

Último mes condujo habiendo bebido alcohol	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 6 ó más veces	4	1.3	1.3	1.3
4 ó 5 veces	9	2.8	2.8	4.1
2 ó 3 veces	24	7.6	7.6	11.7
1 vez	53	16.8	16.8	28.5
<u>0 veces</u>	<u>226</u>	<u>71.5</u>	<u>71.5</u>	<u>100.0</u>
Total	316	100.0	100.0	

✚ Respecto a si en el último mes ha conducido habiendo bebido alcohol el 71.5% no lo ha hecho. El 16.8% refirió que una vez, y de 2 a 6 veces o más el 11.7%, de tal manera que el riesgo de provocar accidentes o lesiones a ellos mismos ó terceras personas es alto.

Cuadro 5: Último mes cargo pistola ó cuchillo los participantes de la Facultad de Enfermería de la UMSNH. Marzo del 2010

	Ultimo mes cargo pistola ó cuchillo.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	5 ó más días	2	.6	.6	.6
	2 ó 3 días	4	1.3	1.3	1.9
	1 día	5	1.6	1.6	3.5
	<u>0 días</u>	<u>305</u>	<u>96.5</u>	<u>96.5</u>	<u>100.0</u>
	Total	316	100.0	100.0	

✚ De las personas encuestadas, el 3.6% ha llevado consigo una pistola o cuchillo, esto significa que el riesgo de lesionar a alguien es alto, si en el momento en que exista alguna riña se porta el arma.

Cuadro 6: Último mes ó días en que fumo los participantes de la Facultad de Enfermería de la UMSNH. Marzo del 2010

	Ultimo mes ó días en que fumo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Todos los 30 días	4	1.3	1.3	1.3
	6 a 9 días	10	3.2	3.2	4.4
	3 a 5 días	15	4.7	4.7	9.2
	20 a 29 días	5	1.6	1.6	10.8
	10 a 19 días	6	1.9	1.9	12.7
	1 ó 2 días	20	6.3	6.3	19.0
	<u>0 días</u>	<u>256</u>	<u>81.0</u>	<u>81.0</u>	<u>100.0</u>
	Total	316	100.0	100.0	

✚ De los estudiantes encuestados, el 6.3% respondió haber fumado de 1 a 2 días, y de 3 a 5 días el 4.7%. considerando que la adicción al tabaco afecta de manera directa a otras personas, aumentando con ello el riesgo de enfermedades respiratorias y el cáncer.

Cuadro 7: Ultimo mes cuantos cigarros fumados por día los participantes de la Facultad de Enfermería de la UMSNH. Marzo del 2010.

Ultimo mes cuantos cigarros fumados por día	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	<u>255</u>	<u>80.7</u>	<u>80.7</u>	<u>80.7</u>
<u>No fume cigarros durante los pasados 30 días</u>				
Menos de un cigarro por día	10	3.2	3.2	83.9
6 a 10 cigarros por día	3	.9	.9	84.8
2 a 5 cigarros por día	17	5.4	5.4	90.2
11 a 20 cigarros por día	2	.6	.6	90.8
1 cigarro por día	29	9.2	9.2	100.0
Total	316	100.0	100.0	

✚ En relación al número de cigarros fumados al día en el último mes, el 9.2% fumó al menos un cigarro por día, el 5.4% fumó de 2 a 5 cigarros. Como se muestra en el cuadro el 80.7% no fumó ningún cigarro en los pasados 30 días, esto indica que los jóvenes no tienen la adicción a una droga como la nicotina.

Cuadro 8: Ultimo mes cuantos días bebió los participantes de primer ingreso Facultad de Enfermería de la UMSNH. Marzo del 2010.

	Último mes	cuantos días bebió	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	6 a 9 días		10	3.2	3.2	3.2
	3 a 5 días		18	5.7	5.7	8.9
	20 a 29 días		1	.3	.3	9.2
	10 a 19 días		2	.6	.6	9.8
	<u>1 ó 2 días</u>		<u>97</u>	<u>30.7</u>	<u>30.7</u>	<u>40.5</u>
	<u>0 días</u>		<u>188</u>	<u>59.5</u>	<u>59.5</u>	<u>100.0</u>
	Total		316	100.0	100.0	

✚ En relación a cuantos días bebieron los estudiantes, el 30.7% refirió que bebieron de 1 a 2 días, de tal manera que el riesgo es alto y la calidad de vida de los estudiantes es baja.

Cuadro 9: Último mes cuantos días ingirieron 5 o más bebidas alcohólicas los Estudiantes de primer ingreso a la Facultad de Enfermería de la UMSNH. Marzo del 2010.

Último mes cuantos días ingirieron 5 o más bebidas alcohólicas		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	6 a 9 días	7	2.2	2.2	2.2
	3 a 5 días	9	2.8	2.8	5.1
	10 a 19 días	2	.6	.6	5.7
	1 ó 2 días	51	16.1	16.1	21.8
	<u>0 días</u>	<u>247</u>	<u>78.2</u>	<u>78.2</u>	<u>100.0</u>
	Total	316	100.0	100.0	

✚ Respecto a cuántos días consumen bebidas alcohólicas los estudiantes, el 16.1% respondió que las consumen de 1 a 2 días, sin especificar si fue en fin de semana o no. Lo anterior indica que los jóvenes que consumen alcohol, están en riesgo de consumir cualquier otra sustancia a corto plazo y de sufrir accidentes.

Cuadro 10: Último mes cuantas veces fumo mariguana los participantes de la Facultad de Enfermería de la UMSNH. Marzo del 2010.

	Ultimo mes cuantas veces fumo mariguana	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1 ó 2 veces	5	1.6	1.6	1.6
	<u>0 veces</u>	<u>311</u>	<u>98.4</u>	<u>98.4</u>	<u>100.0</u>
	Total	316	100.0	100.0	

✚ El estudio realizado a los participantes nos indica que de las personas encuestadas nos indica que el grado de peligro es de 1.6% ya que la frecuencia con que usan o fuman marihuana es de 5 veces.

Cuadro 11: Último mes cuantas veces hubo consumo de alguna otra droga los participantes de la Facultad de Enfermería de la UMSNH. Marzo del 2010.

Ultimo mes cuantas veces hubo consumo de alguna otra droga	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1 ó 2 veces	5	1.6	1.6
	<u>0 veces</u>	<u>311</u>	<u>98.4</u>	<u>100.0</u>
	Total	316	100.0	100.0

✚ Respecto a si los estudiantes han consumido drogas en el último mes el 98.4% respondió que no ha consumido alguna droga y el 1.6% contestó que si, por lo tanto se puede decir que son jóvenes sanos y no están involucrados con grupos de riesgo o que consuman sustancias que afecten su organismo.

Cuadro 12: Ha tenido relaciones sexuales los participantes de la Facultad de Enfermería de la UMSNH. Marzo del 2010.

	Ha tenido relaciones sexuales	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	<u>Sí</u>	<u>107</u>	<u>33.9</u>	33.9	33.9
	<u>No</u>	<u>209</u>	<u>66.1</u>	66.1	100.0
	Total	316	100.0	100.0	

✚ En relación a si los estudiantes han tenido relaciones sexuales el 66.1% refirió no haber tenido y el 33.9% dijo que si, por lo tanto el riesgo de contraer alguna infección sexual o embarazo no deseado es alto y se tienen que identificar a los jóvenes para orientarles acerca de la importancia del ejercicio de la sexualidad responsable.

Cuadro 13: En los últimos 3 meses con cuantas personas tuvo relaciones sexuales los participantes de la Facultad de Enfermería de la UMSNH. Marzo del 2010.

Últimos 3 meses con cuantas personas tuvo relaciones sexuales		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No tuvo relaciones sexuales	2	.6	.6	.6
	No aplica	238	75.3	75.3	75.9
	Ha tenido relaciones sexuales	12	3.8	3.8	79.7
	6 ó más personas	2	.6	.6	80.4
	4 personas	1	.3	.3	80.7
	3 personas	6	1.9	1.9	82.6
	2 personas	3	.9	.9	83.5
	<u>1 persona</u>	<u>52</u>	<u>16.5</u>	16.5	100.0
	Total	316	100.0	100.0	

✚ El 3.8% de las personas participantes nos indican que han tenido relaciones sexuales pero durante los 3 meses que especifican por lo tanto hay una frecuencia de doce veces en relación a su vida sexual esto indica que debemos apoyar y concientizar a los jóvenes sobre educación sexual.

Cuadro 14: La última vez que tuvo relaciones sexuales hubo uso de anticonceptivos los participantes de la Facultad de Enfermería de la UMSNH. Marzo del 2010.

La última vez que tuvo relaciones sexuales hubo uso de anticonceptivos.		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	<u>Sí</u>	<u>61</u>	<u>19.3</u>	19.3	19.3
	No aplica	238	75.3	75.3	94.6
	<u>No</u>	<u>17</u>	<u>5.4</u>	5.4	100.0
	Total	316	100.0	100.0	

✚ Respecto a si los estudiantes que tuvieron relaciones sexuales y usaron anticonceptivos el 19.3% refirió que si y el 5.4% no los uso. Lo anterior indica que los jóvenes se han protegido para prevenir embarazos no deseados.

Cuadro 15: Última vez que tuvo relaciones sexuales. Uso de condón los participantes de la Facultad de Enfermería de la UMSNH. Marzo del 2010.

Última vez que tuvo relaciones sexuales. Uso de condón		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	<u>Sí usamos</u>	<u>45</u>	<u>14.2</u>	14.2	14.2
		<u>33</u>	<u>10.4</u>	10.4	24.7
	<u>No usamos</u>				
	No aplica	238	75.3	75.3	100.0
	Total	316	100.0	100.0	

✚ De las personas encuestadas y que tienen relaciones sexuales el 14.2% refirió si usar condón y el 10.4% no lo usa. Por lo tanto los jóvenes no son responsables en el ejercicio de su sexualidad y el riesgo de infecciones de transmisión sexual y de embarazos indeseados se encuentra latente.

Cuadro 16: Últimos 12 meses el novio o la novia lo(a) golpeo o cacheteo los participantes de la Facultad de Enfermería de la UMSNH. Marzo del 2010.

Últimos 12 meses el novio o la novia lo(a) golpeo o cacheteo.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	10	3.2	3.2	3.2
SÍ				
No	<u>306</u>	<u>96.8</u>	96.8	100.0
Total	316	100.0	100.0	

✚ De los jóvenes encuestados, el 96.8% respondió no haber sido golpeado por su novia o novio. Esto indica que existe respeto en sus relaciones de pareja.

Cuadro 17: Alguna vez fue forzado a tener relaciones sexuales sin quererlo los participantes de la Facultad de Enfermería de la UMSNH. Marzo del 2010

	Alguna vez fue forzado a tener relaciones sexuales sin quererlo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	9	2.8	2.8	2.8
	<u>No</u>	<u>307</u>	<u>97.2</u>	97.2	100.0
	Total	316	100.0	100.0	

✚ De los encuestados el 97.2% refirió no haber sido forzado a tener relaciones sexuales sin quererlo, esto indica que hay responsabilidad y respeto a su cuerpo. Además de que ellos son quienes deciden el momento para hacerlo.

Cuadro 18: Describe el peso de los participantes de la Facultad de Enfermería de la UMSNH.
Marzo del 2010

Describe el peso de los participantes		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy bajo de peso	12	3.8	3.8	3.8
	<u>Ligeramente con sobrepeso</u>	<u>94</u>	<u>29.7</u>	29.7	33.5
	Ligeramente bajo de peso	30	9.5	9.5	43.0
	on mucho sobre peso	12	3.8	3.8	46.8
	<u>erca del peso correcto</u>	<u>168</u>	<u>53.2</u>	53.2	100.0
	Total	316	100.0	100.0	

✚ En el cuadro se muestra que el 53.2% de la población encuestada se encuentra cerca del peso correcto, y el 29.7% presenta ligeramente sobrepeso. Esto indica que se debe poner atención en los jóvenes que fueron identificados con ligero sobrepeso para evitar que transiten a la obesidad y en el futuro tener problemas de salud importantes.

Cuadro 19: Que ha tratado de hacer para equilibrar su peso los participantes de la Facultad de Enfermería de la UMSNH. Marzo del 2010

Que ha tratado de hacer para equilibrar su peso	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Subir de peso	36	11.4	11.4	11.4
estoy tratando nada acerca de mi peso	35	11.1	11.1	22.5
<u>Mantenerme en el mismo peso</u>	<u>101</u>	<u>32.0</u>	32.0	54.4
<u>Bajar de peso</u>	<u>144</u>	<u>45.6</u>	45.6	100.0
Total	316	100.0	100.0	

✚ Respecto a si los jóvenes han tratado de hacer algo sobre su peso, el 45.6% contestó que bajar de peso, el 32.0% mantenerse en el mismo peso. Lo anterior indica que en un alto porcentaje no están satisfechos con su peso y desea bajar algunos kilos.

Cuadro 20: último mes dejo de comer por 24 horas para bajar de peso los participantes de la Facultad de Enfermería de la UMSNH. Marzo del 2010

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	18	5.7	5.7	5.7
	No	298	94.3	94.3	100.0
	Total	316	100.0	100.0	

Los encuestados dijeron en un 94.3% que en el último mes no ha estado sin comer 24 horas para bajar de peso y el 5.7% refirió haberlo hecho. Esto indica que los jóvenes están conscientes de la importancia de alimentarse adecuadamente para evitar riesgos de salud y así tratar de obtener una mejor calidad de vida.

Cuadro 21: Último mes comió menos para bajar de peso los participantes de la Facultad de Enfermería de la UMSNH. Marzo del 2010

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	137	43.4	43.4	43.4
	No	179	56.6	56.6	100.0
	Total	316	100.0	100.0	

✚ De los jóvenes encuestados el 56.6% refirió no haber comido menos para bajar de peso y el 43.4% contestó que sí comió menos para bajar de peso. Lo anterior es relevante tomando en cuenta que es común en los jóvenes imitar a otras personas y el 43.4% tienen el riesgo de padecer anorexia y/o bulimia.

Cuadro 22: Último mes que realizó ejercicio para perder peso o evitar de subir los participantes de la Facultad de Enfermería de la UMSNH. Marzo del 2010

Último mes que realizó ejercicio para perder peso o evitar subir.		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	151	47.8	47.8	47.8
	No	165	52.2	52.2	100.0
	Total	316	100.0	100.0	

✚ El 52.2% de los adolescentes encuestados refirieron que nunca han hecho ejercicio en el último mes para perder peso o evitar subir, mientras que el 47.8% refirió que sí hizo ejercicio el último mes para perder peso o evitar subir.

Cuadro 23: Último mes vomito o tomo laxantes para bajar peso los participantes de la Facultad de Enfermería de la UMSNH. Marzo del 2010

Ultimo mes vomito o tomo laxantes para bajar peso		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	9	2.8	2.8	2.8
	No	307	97.2	97.2	100.0
	Total	316	100.0	100.0	

✚ El 97.2% de los estudiantes encuestados nos dijo que en el último mes no vomitó ni tomó laxantes para bajar de peso, mientras el 2.8% refiere si haber vomitado y tomado laxantes para bajar de peso.

Cuadro 24: Ultimo año ha considerado seriamente suicidarse los participantes de la Facultad de Enfermería de la UMSNH. Marzo del 2010

Ultimo año ha considerado seriamente suicidarse		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	19	6.0	6.0	6.0
	No	297	94.0	94.0	100.0
	Total	316	100.0	100.0	

✚ El 94.0% de los encuestados refirió no haber considerado suicidarse en el último año, sin embargo el 6.0% dijo que sí. A los estudiantes que refirieron que si han considerado realizar una acción como consideración de suicidio, por lo tanto hay probabilidad de un daño y de poner en riesgo su vida y calidad de vida de tal naturaleza es importante que se les asigne un tutor o buscar ayuda profesional para su tratamiento

Cuadro 25: Ultimo año se ha sentido triste o sin esperanza cada día los participantes de la Facultad de Enfermería de la UMSNH. Marzo del 2010

	Ultimo año se ha sentido triste o sin esperanza cada día	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	77	24.4	24.4	24.4
	<u>No</u>	<u>239</u>	<u>75.6</u>	75.6	100.0
	Total	316	100.0	100.0	

✚ El 75.6% de los estudiantes encuestados refirió no sentirse deprimido. Mientras el 24.4% mencionó haberse sentido triste el último año o sin esperanza cada día. Esto indica que de cada 10 estudiantes 2.5 refirieron sentirse tristes o sin esperanza cada día. Por tal es importante que se les asigne un tutor o buscar ayuda profesional para tratamiento si es que lo requieren ya que su calidad de vida se deteriora

Cuadro 26: Último mes ha pensado o planeado suicidarse los participantes de la Facultad de Enfermería de la UMSNH. Marzo del 2010

Último mes ha pensado o planeado suicidarse		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	21	6.6	6.6	6.6
	No	<u>295</u>	<u>93.4</u>	93.4	100.0
	Total	316	100.0	100.0	

✚ En el cuadro se observa que el 93.4 de los estudiantes refirieron que no ha planeado suicidarse el último mes y un 6.6% afirma que si ha pensado o planeado suicidarse en el último mes. Esto es alarmante porque de 316 encuestados, el 6.6% ha planeado suicidarse, siendo lo anterior un riesgo latente de que ejecuten la acción.

Cuadro 27: Último año intento serio suicidarse los participantes de la Facultad de Enfermería de la UMSNH. Marzo del 2010

Ultimo año intento serio suicidarse		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí, una vez	10	3.2	3.2	3.2
	Sí, dos o más veces	4	1.3	1.3	4.4
	No	<u>302</u>	<u>95.6</u>	95.6	100.0
	Total	316	100.0	100.0	

✚ En el cuadro se observa que el 95.6% de los jóvenes no siente o ha sentido la necesidad de suicidarse, y un 3.2% ha referido haber intentado suicidarse. Esto se debe considerar como importante, toda vez que los suicidios son cada vez más frecuentes en los jóvenes estudiantes.

Cuadro 28: En el último año ha tenido algún plan para suicidarse los participantes de la Facultad de Enfermería de la UMSNH. Marzo del 2010

En el último año ha tenido algún plan para suicidarse		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	16	5.1	5.1	5.1
	No	<u>300</u>	<u>94.9</u>	94.9	100.0
	Total	316	100.0	100.0	

✚ El cuadro muestra que el 94.9% considera que no ha tenido ningún plan para el suicidio, mientras que el 5.1% si ha tenido un plan para suicidarse. Lo anterior es alarmante, debido a que los estudiantes están fuera de su casa y lugar de origen considero que incrementa el riesgo de depresiones y con ello de suicidio.

Cuadro 29: En los últimos 7 días ha estado físicamente activo al menos 60 minutos los participantes de la Facultad de Enfermería de la UMSNH. Marzo del 2010

En los últimos 7 días ha estado físicamente activo al menos 60 minutos.		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	7 días	42	13.3	13.3	13.3
	6 días	14	4.4	4.4	17.7
	5 días	42	13.3	13.3	31.0
	4 días	33	10.4	10.4	41.5
	3 días	56	17.7	17.7	59.2
	2 días	47	14.9	14.9	74.1
	1 día	35	11.1	11.1	85.1
	0 días	47	14.9	14.9	100.0
	Total	316	100.0	100.0	

✚ En el siguiente cuadro el 17.7% de los estudiantes refirieron haber estado activos tres días seguidos durante 60 minutos, mientras el 14.9% hacen ejercicio entre 0 a 2 días, el 13.3% entre 5 y 7 días hacen ejercicio, el 11.1% hacen ejercicio 1 día, el 10.4% de los estudiantes hacen ejercicio 4 días, mientras el 4.4% de los estudiantes encuestados hacen ejercicio 6 días, lo anterior indica que los estudiantes se ejercitan al menos tres veces a la semana, contribuyendo así a un estilo de vida saludable.

Cuadro 30: En una semana cuando estás en la escuela, cuántos días de educación física reciben los participantes de la Facultad de Enfermería de la UMSNH. Marzo del 2010

En una semana cuando estás en escuela cuantos días educación física	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	5 días	11	3.5	3.5
	4 días	6	1.9	5.4
	3 días	12	3.8	9.2
	2 días	21	6.6	15.8
	1 día	10	3.2	19.0
	<u>0 días</u>	<u>256</u>	<u>81.0</u>	81.0
	Total	316	100.0	100.0

✚ El 81.0% de los estudiantes encuestados refirieron que ningún día tienen educación física mientras están en la escuela, mientras que el 6.6% toman educación física 2 días de manera independiente, el 3.8% 3 días, el 3.5% 5 días, el 3.2% 1 día de ejercicio y el 1.9% hacen ejercicio 4 días.

Cuadro 31: Cual es la calidad de vida con la que cuentan los participantes de la Facultad de Enfermería de la UMSNH. Marzo del 2010

CALIDAD DE VIDA	Media	Desviación típica
Índice total de Calidad de Vida	85.02	12.12
Puntuación Dominio General de Calidad de Vida	88.99	15.94
Puntuación Dominio Personal	80.08	13.54
Puntuación Dominio Relacional	85.45	12.30
Puntuación Dominio Ambiental	85.56	12.12

✚ En el cuadro se observa el índice total de calidad de vida en un 85.02% y como dominio general un 88.99%, lo que significa que opinan tener aún con los factores de riesgo una alta calidad de vida.

Conclusiones

Comportamientos de Riesgo y Calidad de Vida en Estudiantes de Primer Ingreso a la Facultad de
Enfermería de la U.M.S.N.H.

7 CONCLUSIONES

Los jóvenes migran de sus regiones en busca de una mejor calidad de vida, se enfrentan a riesgos y a una baja calidad de vida, debido a que llegan a vivir en casas de estudiantes, con algún familiar o amigo, esto afecta su estado nutricional, psicológico, social y cultural, porque sale de su entorno para insertarse temporalmente en un espacio al que no está habituado.

Considero importante que este trabajo de investigación sea publicado o transmitido a cada facultad y alumnos de primer ingreso de la UMSNH. Ya que con esto permitirá conocer más a los estudiantes de diferentes contextos y que las autoridades tengan elementos para intervenir reduciendo los riesgos e incrementando la calidad de vida de los estudiantes.

SUGERENCIA

Con base en esta comprensión del problema, las universidades deben trabajar sus programas de salud para disminuir riesgos, pero indiscutiblemente esto requiere la continua sistematización de los comportamientos de salud de sus estudiantes. Por lo expuesto antes, y para aproximarnos a una visión de los comportamientos de salud de los estudiantes de primer año de ingreso a la universidad, nos proponemos caracterizar a esta población por algunas variables relacionadas con los mismos.

En el campo de acción o intervención frente a la problemática que pudiera producirse en las personas que migran, por ejemplo luego de los primeros años de estudios, generan actividades fortalecedoras de sus habilidades sociales, entregándoles herramientas para que puedan aplicar en la creación de nuevas redes sociales y minimizar el efecto de riesgo producido por los cambios de escenarios geográficos, familiares y socio afectivos.

Los jóvenes perciben su calidad de vida en términos positivos o negativos según se cumplan o no ciertos requisitos que esperan de su entorno, el que significan desde su etapa evolutiva de desarrollo socio-afectivo; lo anterior, no desmerece los aspectos cognitivos, que a la base estarían consolidados con el ingreso a la Universidad (altos puntajes de ingreso y notas de enseñanza media superiores al promedio) los que podría afectar socio-afectivamente.

Aunque los estudiantes refieren tener buena calidad de vida, esto es muy subjetivo y falta realizar investigaciones a través en los siguientes años de su carrera, para comparar si aún siguen en la idea de que su calidad de vida es buena.

Bibliografía

Comportamientos de Riesgo y Calidad de Vida en Estudiantes de Primer Ingreso a la Facultad de
Enfermería de la U.M.S.N.H.

8 BIBLIOGRAFIA

- 1.- Programa Nacional de salud (2007-2012) Secretaría de Salud. México, D.F Primera edición, 2007
2. - NAMIE, 2006, -WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. Soc. Sci. Med., v. 46, n- 12 p. 1569-85, 1998.
- 3.- PEREIRA, M. S. Conceituando qualidade de vida. 2000. Dissertação (Mestrado) - Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.
- 4.- Canales, A., De Los Ríos, D., (2009). Entendiendo la permanencia de estudiantes vulnerables en el sistema universitario. Santiago-Centro de Investigación en Creatividad y Educación Superior (CICES), Universidad de Santiago de Chile. Chacón, R.M. (1999). La dimensión cualitativa en la Definición de Indicadores de Calidad de Vida Urbana. Caracas. Departamento de Planificación Urbana. Universidad Simón Bolívar
<http://www.calidaddevidauflo.com.ar>
- 5.- Morales Cortes Lucia, Morelia Michoacán, 2008. (Seminario de Tesis), Prevalencia del consumo de Tabaco en estudiantes de la Facultad de Enfermería de la UMSNH.
- 6.- Medina CE, Hidalgo RC. (2010) Comportamientos de Riesgo y Calidad de Vida en Estudiantes de primer ingreso a la Facultad de Enfermería de la UMSNH. Memorias de Congreso, Morelia, México.
- 7.- Hidalgo, A., Caballero, R., Celis, A., & Rasmussen, B. (2003). Validación de un cuestionario para el estudio del comportamiento sexual, social y corporal de adolescentes escolares. Salud Pública de México , 45 (1), S58-S71.
- 8.- Gómez – vela, María; Saben, Eliana N. Instituto Universitario de Integración en la comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. Inicio:<http://inicio.usal.es/publicaciones.asp>.
- 9.- Galán, A., Blanco, A. & Pérez, M. (2000). La Calidad de Vida en salud: un análisis conceptual. Clínica y Salud, 11 (3), 309-328.

- 10.- World Health Organization Quality of Life Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science* 41(10), 1403-1409
- 11.- Hidalgo, C., Hidalgo, A., Rasmussen, B., Hernández, R., & Santoyo, F. (2009). Comportamiento de riesgo por consumo de alcohol y calidad de vida en estudiantes universitarios. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 47 (Supl 1), S7-S12.
- 12.- Bestard, Joan, 1996, "Prólogo", en Mary Douglas, La aceptabilidad del Riesgo según las ciencias sociales, Paidós, studio, Barcelona, pp. 9-16.
- 13.- Beck U. (1986) Riskogesellschaft:Auf dem Weg in eine Andere Moderne. Frankfurt on Maine Suhrkamp. En Douglas, M. (1996) La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales. (pp. 9-16). Paidós. Studio, Barcelona.
14. - Luhmann N. Capítulo 3 Concepto de Riesgo 1. Berlín, Gruyter, 1991. Pp. 9-40. (N. del.)
- 15.- Morris S. (1993) Designing health promotion approaches to high-risk adolescents through formative research with youth and Parents. *Public Health Reports*. 108 (1), 68-77.
- 16.- Censo de Población y Vivienda. Muestra censal. Base de datos. México, INEGI. Cuestionario Básico. 2010
- 17.- Estadísticas de Defunciones, 2009. México, INEGI.
<http://www.deis.gov.ar/definiciones.htm#1>. Fecha de visita, 24 de Enero, 2012, 3:15pm
- 18.- SS Encuesta Nacional de Adicciones, 2008, Ed. 1ª. Cuernavaca, México.
Secretaría de salud; Instituto Nacional de Salud Pública; Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente" Encuesta Nacional de Adicciones 2008. Avances 6 Mayo, 2009.
<http://www.agenciamn.com>
- 19.- (2010). "Los jóvenes y sus hogares", en: La situación actual de los jóvenes en México, Principales Indicadores de Salud Reproductiva. Consulta junio de 2011. CONAPO. Consulta 27 de junio de 2011 en: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/juventud/capitulos/05.pdf>
- 20.- Dwyer J. (1993). Nutrition and the adolescent. En Susking R Textbook of Pediatric Nutrition. Raven Press, 57-294.
- 21.- SS Encuesta Nacional de Adicciones, 2008, Ed. 1ª. Cuernavaca, México.
catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/.../capitulo4.pdf -

Comportamientos de Riesgo y Calidad de Vida en Estudiantes de Primer Ingreso a la Facultad de
Enfermería de la U.M.S.N.H.

- 22.- Márquez Rodrigo, García y Mendosa. Universitarios de la (Universidad de la Américas Puebla). UDLAP. Formato de archivo: PDF/Adobe Acrobat. 29 IV. 2004
http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/hernandez_d_md/capitulo4.pdf.
- 23.- Hernández, J.M.; Polo, A. & Pozo, C. (1996). Inventario de Estrés Académico. Madrid: Servicio de Psicología Aplicada U.A.M. Validación del Inventario de Estrés Académico de Polo, Hernández y Pozo en Estudiantes Universitarios de la Comuna de Concepción.
- 24.- Fontana, D., control de estrés. Manual Moderno España. 1999.
- 25.- Aaro, L.E Laberi J.C. y Wol, B, Health loehaviours among adolescents: Towards a hipótesis of two dimensons Health Educ Res, 10(1) ,83.93.
- 26.- Tenor Juan Diego Flórez (2004) es ejemplo para la juventud y expresión del orgullo peruano', 4 June 2007
- 27.- Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud. Anameli Monroy Ed. Pax. Méx. Librería Carlos Césarman, S.A Méx. D.F. 1^{ra}. Ed. 2002. 1^{ra}. reimpresión, 2004.
- 28.- J. Tortora Gerard. Reynolds Grabowski Sandra. Principios de Anatomía y fisiología Oxford, Tortora Grabowski, novena Edición. Pág. 1016 y 1017.
<http://es.wikipedia.org/wiki/Adolescencia>
- 29.- Anatomía humana, Educación Sexual Afectiva, El desarrollo Psicosexual- 10^a parte, fuente: AUPEX
- 30.- Minayo, m. c. s.; hartz, z. m. a.; buss, p. m. Qualidade de vida e saúde um debate necessário. Cienc. Saúde Coletiva, v. 5, n. 1, 2000
- 31.- Ruffat Gutiérrez Mónica. Percepción de la calidad de vida en jóvenes... Calidad de vida – Universidad de Flores –Año I, Número 5, pp. 23-44
ISSN 1850-6216
<http://www.calidaddevidauflo.com.ar> . www.definicionabc.com/general/riesgo.php
- 32.- CEME- Centro de estudios Miguel Enríquez- Archivo chile. Artículo publicado en el Current Directions in Psychological Science,- Salud Pública Méx 2003; Vol. 45(Supl.1):81-91.
- 33.- Brehmer. llamado percepción de riesgo por Fitchen, Heath y Fressebdeb Raden.
http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud_uninorte/24-2/8_Comportamientos%20de%20riesgo.pdf.
Sitio visitado agosto del 2011.

34.- Cuestionario YQOL-R de la universidad de Washington) el Youth Quality of life Instrument research versión, para calidad de vida (Topolski, Patrick, Edwards, Huebner, Connell, Mount, 2001; Patrick, & Erickson, 1993.

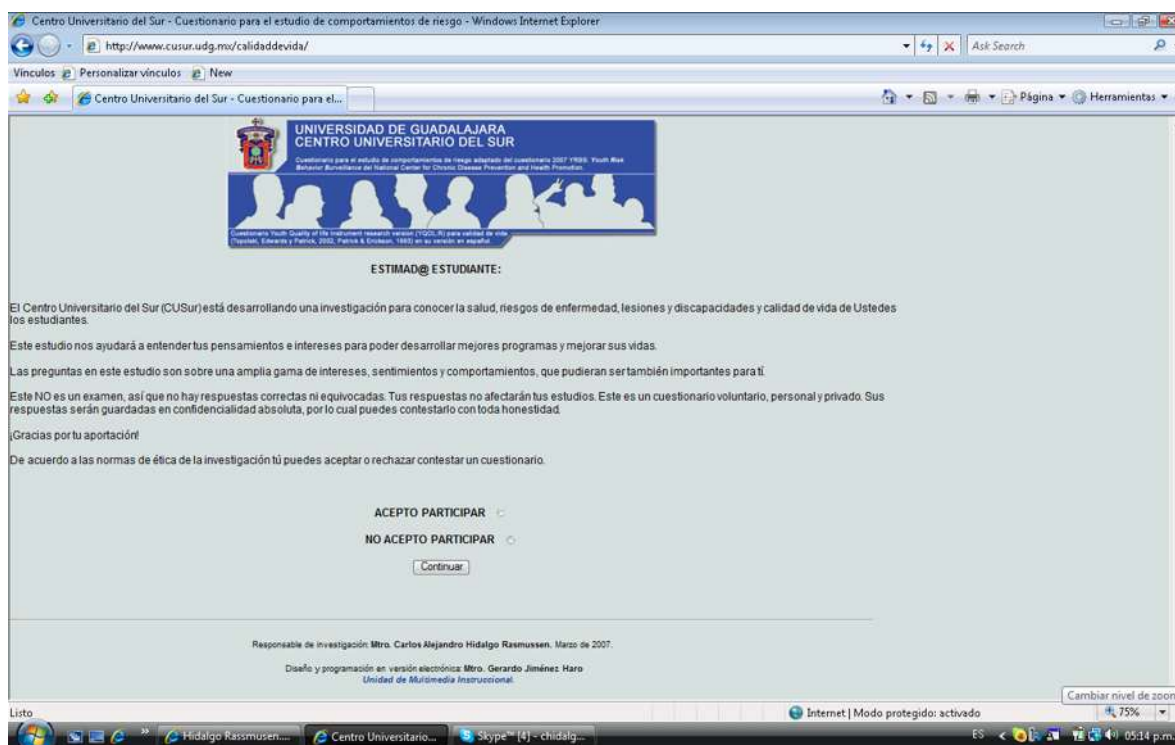
Anexos

Comportamientos de Riesgo y Calidad de Vida en Estudiantes de Primer Ingreso a la Facultad de
Enfermería de la U.M.S.N.H.

9 ANEXOS

MODIFICACIONES PROPUESTAS AL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA Y COMPORTMIENTOS DE RIESGO. FAVOR DE CONFIRMAR QUE LOS CAMBIOS SEAN LOS CORRECTOS Y ENVIAR LAS CORRECCIONES EN EL MISMO DOCUMENTO.

En este momento la primera pantalla con la que se encuentran los estudiantes al ingresar a www.cusur.udg.mx/calidaddevida es la siguiente:



Como se puede apreciar existe una imagen arriba que menciona la universidad y abajo se mencionan los cuestionarios que se aplican primero el de riesgos y después el de calidad de vida:

Comportamientos de Riesgo y Calidad de Vida en Estudiantes de Primer Ingreso a la Facultad de Enfermería de la U.M.S.N.H.



En la aplicación del cuestionario en la Universidad Michoacana, se agregaría a la extrema superior derecha el logo de la universidad Michoacana. Debajo de Centro Universitario del Sur diría Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Facultad de Enfermería

Después sigue el consentimiento informado: Diría La Facultad de Enfermería

ESTIMAD@ ESTUDIANTE:

El Centro Universitario del Sur (CUSur) está desarrollando una investigación para conocer la salud, riesgos de enfermedad, lesiones y discapacidades y calidad de vida de Ustedes los estudiantes.

Este estudio nos ayudará a entender tus pensamientos e intereses para poder desarrollar mejores programas y mejorar sus vidas.

Las preguntas en este estudio son sobre una amplia gama de intereses, sentimientos y comportamientos, que pudieran ser también importantes para tí

Este NO es un examen, así que no hay respuestas correctas ni equivocadas. Tus respuestas no afectarán tus estudios. Este es un cuestionario voluntario, personal y privado. Sus respuestas serán guardadas en confidencialidad absoluta, por lo cual puedes contestarlo con toda honestidad

¡Gracias por tu aportación!

De acuerdo a las normas de ética de la investigación tú puedes aceptar o rechazar contestar un cuestionario.

ACEPTO PARTICIPAR

NO ACEPTO PARTICIPAR

En lugar de este texto aquí diría:

La Universidad de Guadalajara a través del Centro Universitario del Sur y la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo a través de la Facultad de Enfermería están desarrollando un proyecto colaborativo para conocer la salud, riesgos de enfermedad, lesiones y discapacidades y calidad de vida de Ustedes los/las estudiantes.

Comportamientos de Riesgo y Calidad de Vida en Estudiantes de Primer Ingreso a la Facultad de
Enfermería de la U.M.S.N.H.

Este estudio nos ayudará a entender tus pensamientos e intereses para poder desarrollar mejores programas y mejorar sus vidas.

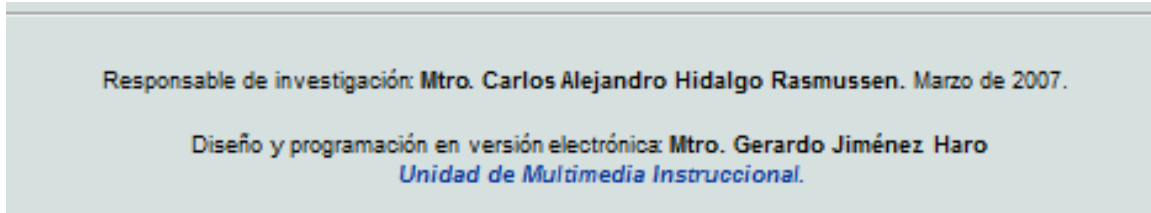
Las preguntas en este estudio son sobre una amplia gama de intereses, sentimientos y comportamientos, que pudieran ser también importantes para ti.

Este NO es un examen, así que no hay respuestas correctas ni equivocadas. Tus respuestas no afectarán tus estudios. Este es un cuestionario voluntario, personal y privado. Sus respuestas serán guardadas en confidencialidad absoluta, por lo cual puedes contestarlo con toda honestidad.

¡Gracias por tu aportación!

De acuerdo a las normas de ética de la investigación tú puedes aceptar o rechazar contestar el cuestionario. Por favor marca enseguida tu decisión.

Después aparece:



Aquí diría:

Responsable de la Investigación: Dr. Carlos Alejandro Hidalgo Rasmussen
Investigadora responsable en la Universidad Michoacana: Dra. Elizabeth Medina Castro
Diseño y programación en versión electrónica: Mtro. Gerardo Jiménez Haro
Unidad de Multimedia Instruccional

En la segunda página después de haber aceptado aparece:

The screenshot shows a web browser window with the URL <http://www.cusur.udg.mx/calidaddevida/index2.asp>. The page title is 'Centro Universitario del Sur - Cuestionario para el estudio de comportamientos de riesgo - Windows Internet Explorer'. The form is titled '- CARACTERISTICAS PERSONALES -' and contains 18 numbered questions. Questions 2 and 3 are text input fields for UdeG codes. Questions 4 through 17 are dropdown menus for birth date, month, year, career, calendar, semester, gender, age, marital status, and parental education/occupation. Question 18 is a dropdown for '¿Dónde los 10 años ¿ con quién de sus padres has vivido?'. The browser's taskbar at the bottom shows the system clock as 06:15 p.m.

El primer espacio pide el código de la universidad así como una verificación de el :

Comportamientos de Riesgo y Calidad de Vida en Estudiantes de Primer Ingreso a la Facultad de
Enfermería de la U.M.S.N.H.

- CARACTERISTICAS PERSONALES -		
2.	Escribe tu código de la UdeG:	<input type="text"/>
3.	Escribe tu código nuevamente:	<input type="text"/>

Aquí debe cambiarse y decir:

Escribe tu matrícula de la Universidad

Y la validación del número debe contemplar 8 caracteres que es el número más grande de matrícula en la Universidad Michoacana

Después de esto aparece más adelante el dato sobre la carrera y aparecen las carreras que hay en la Universidad de Guadalajara:

7.	Carrera:	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> Selecciona ▼ </div>
8.	¿En que calendario ingresaste al Centro Universitario?:	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> Selecciona <ul style="list-style-type: none"> Medicina Enfermería Lic. Derecho Nutrición Negocios Internacionales Psicología Educación Letras Hispánicas Agonegocios Medicina Veterinaria y Zootecnia Telemática Periodismo Enfermería Tec. T.S.U. Seguridad Laboral y Rescates T.S.U. Turismo Alternativo T.S.U. Admon. Redes de Cómputo </div>
9.	¿En que semestre estas?:	
10.	¿Cuál es tu genero?:	
11.	¿Cual es tu edad (años cumplidos)?	
12.	¿Cual es tu estado civil?	
13.	¿Trabajas?	
14.	¿Cuál es la más alta escolaridad de tu padre?	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> Selecciona ▼ </div>

Aunque en un inicio la intención en la Universidad Michoacana es aplicarla solo para la licenciatura y técnico en enfermería, así se propone que las opciones de respuesta sean:

Lic. En enfermería

Técnico en enfermería

Finalmente donde solicita el calendario de ingreso:

8.	¿En que calendario ingresaste al Centro Universitario?:	Selecciona
9.	¿En que semestre estas?:	Selecciona
10.	¿Cuál es tu genero?:	2011-B
11.	¿Cual es tu edad (años cumplidos)?	2011-A
12.	¿Cual es tu estado civil?	2010-B
13.	¿Trabajas?	2010-A
14.	¿Cuál es la más alta escolaridad de tu padre?	2009-B
15.	¿Cuál es la más alta escolaridad de tu madre?	2009-A
16.	¿Cuál es la principal ocupación de tu padre?	2008-B
17.	¿Cuál es la principal ocupación de tu madre?	2008-A

Por favor colocar los calendarios que deben aparecer, probablemente son:

- 2009-2009
- 2009-2010
- 2010-2010
- 2010-2011
- 2011-2011
- 2011-2012
- 2012-2012
- 2012-2013
- 2013-2013
- 2013-2014
- 2014-2014
- 2014-2015
- 2015-2015

Las observaciones o cambios son los señalados como propones y lo que se encuentra en amarillo y ok es aceptado. Adelante Carlos, espero enviarte pronto el calendario de las secciones para captura en computo. Saludos.