

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

Escuela de Posgrado

Unidad de Posgrado de Salud Pública



**Efectividad del plan estratégico “Universidad Saludable” para
la modificación de la percepción y actitud sobre la conducta
de riesgo en el programa de enfermería de la
Universidad Metropolitana Barranquilla,
Colombia, 2017**

Por

María Claudia Vargas Vásquez

Asesor:

Guido Angelo Huapaya Flores

Lima, noviembre de 2017

Efectividad del plan estratégico "Universidad Saludable", para la modificación de la percepción y actitud sobre la conducta de riesgo en el programa de enfermería de la Universidad Metropolitana Barranquilla, Colombia, 2017

TESIS

Presentada para optar el Grado Académico de Maestra en Salud Pública con mención en Salud Colectiva y Promoción de la Salud

JURADO CALIFICADOR

Dr. Edwin Octavio Cisneros Gonzalez
Presidente

Dr. Miguel Guillermo Bernui Contreras
Secretario

Mg. Guido Angelo Huapaya Flores
Asesor

Mg. Ricardo Elias Jarama Soto
Vocal

Mg. Edda Evnel Newball Noriega
Vocal

Villa Unión, Ñaña, 29 de noviembre de 2017

ANEXO 07 DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DE LA TESIS

Yo **GUIDO ANGELO HUAPAYA FLORES**, identificado con DNI N° 10761406, docente en la Unidad de Posgrado de Salud Pública de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión;

DECLARO:

Que la tesis titulada: ***"EFECTIVIDAD DEL PLAN ESTRATÉGICO "UNIVERSIDAD SALUDABLE", PARA LA MODIFICACIÓN DE LA PERCEPCIÓN Y ACTITUD SOBRE LA CONDUCTA DE RIESGO EN EL PROGRAMA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA BARRANQUILLA, COLOMBIA, 2017"***, constituye la memoria que presenta la Bachiller **MARIA CLAUDIA VARGAS VÁSQUEZ** para obtener el grado académico de Maestro en Salud Pública con mención en Salud Colectiva y Promoción de la Salud, cuya tesis ha sido desarrollada en la Universidad Peruana Unión con mi asesoría.

Asimismo dejo constancia de que las opiniones y declaraciones registradas en la tesis son de entera responsabilidad del autor. No comprometen a la Universidad Peruana Unión.

Para los fines pertinentes, firmo esta declaración jurada, en la ciudad de Ñaña (Lima), a los veintinueve días del mes de noviembre de 2017.



Mg. Guido Angelo Huapaya Flores

Asesor

DEDICATORIA

A mi esposo e hijos, padres, hermanos y familia, quienes son mi motivo para
Realizar este trabajo de investigación en mi proyecto de vida.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darme sabiduría, por tenerte en mi corazón, con inquietud hacia la actitud de servicio a los demás, con vocación desde mi disciplina de las ciencias de la salud y Educación. A Javier mi esposo, por su amor y entrega incondicional.

A mis hijos Javier Andrés, María Dayana y Andrea Carolina por su paciencia y apoyo permanente.

A mis padres, Justo, Gertrudis y mis hermanos con sus familias por su ejemplo de vida.

A los Dres. David Tejada. por ayudar a movilizar pensamientos con Responsabilidad Social desde la UPEU y hacerme introyectar conductas saludables desde los diferentes ámbitos del contexto que me corresponde como parte del sistema de salud de mi Colombia y del mundo en pro de la Salud Pública, a Jorge Bilbao candidato a Doctor por su compromiso real con la academia y la investigación como estrategias para la solución de los problemas desde la salud y educación , a Mg Yeis Borre por su asesoría desde el cuidado de la salud y de la vida.

Al Mg, Ángelo Huapaya por su dedicación y acompañamiento en el logro de esta verdad, a la Universidad Metropolitana como institución de educación superior de las ciencias de la salud quien desempeño, un papel primordial en la realización de este proyecto de desarrollo social.

A mis amigas y colegas Adíela, Herminia, Belinda, Enfermeras Docentes de nuestro querido programa de Enfermería por ser las que sí ,creyeron en. un sueño de poder ser parte activa de una Universidad Saludable

Tabla de contenido

LISTA DE ABREVIATURAS	10
Resumen.....	11
Abstract	12
CAPITULO I.....	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
Descripción de la situación problemática	13
Formulación del problema	28
Problema general.....	28
Problemas específicos	29
Objetivos de la investigación	30
Objetivo general	30
Justificación.....	32
Viabilidad.....	33
Delimitaciones.....	34
Limitaciones	34
CAPITULO II	36
MARCO TEORICO.....	36
Fundamento teórico de las variables	42
CAPITULO III.....	101
METODOLOGIA	101
Tipo y diseño de estudio.....	101
Diseño de investigación	101
Población y muestra	102
Criterios de inclusión y exclusión	105
Criterios de inclusión	105
Criterios de exclusión.....	105

Consideraciones éticas	106
Consideraciones Éticas.....	108
Procedimiento para la recolección de datos	131
Plan de tabulación y análisis de los datos	132
<i>Descripción de los resultados descriptivos</i>	133
Contrastación de hipótesis	144
Prueba de normalidad	144
Hipótesis general	145
Hipótesis específica 1	147
Hipótesis específica 2	151
Discusión de resultados.....	155
CAPÍTULO IV	162
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	162
Conclusiones	162
Recomendaciones.....	167
PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO Universidad saludable para la conducta de riesgo	280
I - INFORMACIÓN ACADÉMICA	300
VALIDACION DEL INSTRUMENTO	318
DIPOSITIVAS	324
TRIPTICOS	332

Indice de Tablas

Tabla 1. <i>Muestra de estudiantes que participaron en el estudio.</i>	105
Tabla 2. <i>Operacionalización de las variables: Actitud y percepciones en conductas de riesgo</i>	113
Tabla 3. <i>Validez del cuestionario percepciones de conductas de riesgo.</i>	127
Tabla 4. <i>Validez del cuestionario actitudes de conductas de riesgo.</i>	128
Tabla 5. <i>Confiabilidad del cuestionario actitudes de conductas de riesgo.</i> .	128
Tabla 6. <i>Cantidad de participantes por categorías: semestre de estudio, docente y administrativos.</i>	133
Tabla 7. <i>Edad de los participantes del programa.</i>	134
Tabla 8. <i>Género de los participantes del programa.</i>	134
Tabla 9. <i>Orientación sexual de los participantes del programa.</i>	134
Tabla 10. <i>Estado civil de los participantes del programa.</i>	135
Tabla 11. <i>Religión de los participantes del programa.</i>	135
Tabla 12. <i>¿Tienen hijos?</i>	135
Tabla 13. <i>Cantidad de hijos</i>	136
Tabla 14. <i>Tipo de alimentación</i>	136
Tabla 15. <i>Nivel de actitud ante las conductas de riesgo pre test y pos test.</i> ..	137
Tabla 16. <i>Nivel de percepción ante las conductas de riesgo pre test y pos test.</i>	137
Tabla 17. <i>Nivel de actitud en el fortalecimiento de capacidades ante las conductas de riesgo pre test y pos test.</i>	138
Tabla 18. <i>Nivel de actitud en planes y lineamientos normativos sobre las conductas de riesgo pre test y pos test.</i>	138

Tabla 19. <i>Nivel de actitud sobre los espacios y servicios para las conductas de riesgo pre test y pos test.</i>	139
Tabla 20. <i>Nivel de actitud en la decisión personal ante las conductas de riesgo pre test y pos test.</i>	140
Tabla 21. <i>Nivel de actitud en la promoción sobre las conductas de riesgo pre test y pos test.</i>	140
Tabla 22. <i>Nivel de percepción en el fortalecimiento de capacidades ante las conductas de riesgo pre test y pos test</i>	141
Tabla 23. <i>Nivel percepción sobre planes y lineamientos normativos ante las conductas de riesgo pre test y pos test</i>	142
Tabla 24. <i>Nivel percepción sobre los espacios y servicios para las conductas de riesgo pre test y pos test</i>	143
Tabla 25. <i>Nivel de percepción sobre la decisión personal ante las conductas de riesgo pre test y pos test</i>	143
Tabla 26. <i>Nivel de percepción sobre la promoción en conductas de riesgo pre test y pos test</i>	144
Tabla 27. Prueba de normalidad para los factores actitud y percepción en el pre test y pos test.....	145
Tabla 28. Diferencias en la actitud y percepción en el pre test y pos test sobre las conductas de riesgo de los alumnos y personal del programa de enfermería de la Universidad Metropolitana de Barranquilla.....	147
Tabla 29. <i>Diferencias en la actitud en el pre test y pos test de alumnos y personal frente al fortalecimiento de capacidades, planes y lineamientos normativos, espacios y servicios, decisión personal y promoción sobre las conductas de riesgo en</i>	

el programa de Enfermería de la Universidad Metropolitana, Barranquilla, Colombia, 2017..... 149

Tabla 30. *Diferencias en la percepción en el pre test y pos test de alumnos y personal frente al fortalecimiento de capacidades, planes y lineamientos normativos, espacios y servicios, decisión personal y promoción sobre las conductas de riesgo en el programa de Enfermería de la Universidad Metropolitana Barranquilla, Colombia, 2017.....* 152

LISTA DE ABREVIATURAS

CONPES: Consejo Nacional de Política Económica y Social

MINSA: Ministerio de Salud.

ENT: Enfermedades No Transmisibles

ECNT: Enfermedad Crónica no Transmisible

OMS: Organización Mundial de la Salud

ARDE: Metodología que consiste en Animación, Reflexión, Desarrollo y Evaluación

OPS: Organización Panamericana de la Salud

ASIS: análisis de situación integral de salud

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

ETS: Enfermedades de transmisión sexual.

SSAAJ: servicios de salud amigables y para adolescentes y jóvenes.

PNSDSDR: Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.

Resumen

El objetivo de este estudio es Determinar la efectividad del plan estratégico “Universidad Saludable”, para la modificación de la percepción y actitud sobre conducta de riesgo en los estudiantes y personal del programa de enfermería de la Universidad Metropolitana Barranquilla, Colombia, 2017. La metodología fue de tipo experimental de diseño pre experimental en una muestra de 235 participantes. Los resultados indican que al inicio de la intervención ninguno de los intervenidos presentaba una actitud adecuada sobre la conducta de riesgo en la universidad a diferencia del 56,6% de estudiantes después de aplicarse los talleres. Asimismo, los que tenían actitud positiva 0,9% antes del plan, ahora aumentaron a 92,3% con una actitud positiva ante las conductas de riesgo. Por otro lado en el nivel de percepciones el 46,8% de estudiantes referencia en el pretest tener una percepción deficiente en el posttest se observa una diferencia del 0% . En contraste con los que tenían percepción positiva 2,1% antes del plan ahora aumentaron a 94,5% de estudiantes con una percepción positiva ante las conductas de riesgo.

En conclusión se muestra la efectividad del programa: en cuanto a las diferencias en la actitud y percepción en el pretest y posttest sobre las conductas de riesgo de los alumnos y personal. Se observa que existe diferencias significativas en la actitud y percepción del pretest y posttest de los alumnos, docentes y administrativo con el valor $p = .000$ para ambas variables.

Palabras clave: sustancias psicoactivas, sexualidad, factor de riesgo, conducta de riesgo, Universidad Saludable

Abstract

The objective of this study is to determine the effectiveness of the strategic plan "Healthy University", for the modification of the perception and attitude about risk behavior in students and staff of the nursing program of the Universidad Metropolitana Barranquilla, Colombia, 2017. The methodology It was experimental type of pre experimental design in a sample of 235 participants. The results indicate that at the beginning of the intervention, none of the participants had an adequate attitude about risk behavior in the university, unlike 56.6% of students after applying the workshops. Likewise, those who had a positive attitude of 0.9% before the plan, now increased to 92.3% with a positive attitude towards risk behaviors. On the other hand, in the level of perceptions, 46.8% of students referred in the pretest had a poor perception in the posttest, a difference of 0% was observed. In contrast to those who had positive perception 2.1% before the plan now increased to 94.5% of students with a positive perception of risk behaviors.

In conclusion, the effectiveness of the program is shown: regarding the differences in attitude and perception in the pretest and posttest on the risk behaviors of students and staff. It is observed that there are significant differences in the attitude and perception of the pretest and posttest of the students, teachers and administrative staff with the $p = .000$ value for both variables.

Keywords: psychoactive substances, sexuality, risk factor, risk behavior, Healthy University

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Descripción de la situación problemática

A nivel mundial, en los últimos tres años se ha observado una tendencia general a la estabilización del consumo de cannabis. Sin embargo, en algunas subregiones, especialmente en Latinoamérica, ese consumo ha aumentado. Tras un período de estabilidad, desde 2010 también ha ido aumentando el consumo de cocaína, debido principalmente al aumento del consumo de esa sustancia en América del Sur. (United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC, 2016).

Por otra parte, se cree que de cada 1.000 muertes evitables 1 se debe a drogas ilícitas y 150 al cigarro. De todos los fumadores que existen en el mundo, la mitad aproximadamente fallecerá de forma precoz a causa del tabaco. (. United States of America. Department of Health and Human Services. Women and Smoking 2002).

El Informe Mundial sobre las Drogas 2012 se elaboró bajo la supervisión de Sandeep Chawla, Director Ejecutivo Adjunto, UNODC y División de Análisis de Políticas y Asuntos Públicos. Argumentan que la magnitud del consumo mundial de drogas ilícitas se conservó estable durante cinco años hasta finales de 2010 entre el 3,4% y el 6,6% de la población adolescente, joven y adulta (personas de 15 a 64 años) (UNODC,2016).

Por consiguiente, entre un 10% y un 13% de los compradores de drogas siguen siendo consumidores problemáticos con drogodependencia y/o trastornos asociados con el empleo de drogas; la prevalencia del VIH (estimada en aproximadamente un 20%), la hepatitis C (46,7%) y la hepatitis B (14,6%) entre las personas, que se administran la droga continúa agregándose a la carga mundial de morbilidad; y por último, pero no por ello menos importante, aproximadamente una de cada 100 muertes de adultos se debe al consumo de drogas ilícitas.

United Nations Office on Drugs and Crime (2016) expresa que los opioides siguen siendo el tipo de droga sobresaliente en la demanda de tratamiento en Asia y Europa y también favorecen notablemente a la demanda de tratamiento en África, América del Norte y Oceanía. El tratamiento relacionado con el consumo de cocaína está en demanda especialmente en América, mientras que el cannabis es la droga que da lugar a la mayor demanda de tratamiento en África.

A nivel mundial, las dos drogas ilícitas de mayor consumo siguen siendo el cannabis (prevalencia anual mundial entre el 2,6% y el 5,0%) y los estimulantes de tipo anfetamínico, excluido el "éxtasis" (0,3% a 1,2%), aunque los datos relativos a su producción son escasos. (UNODC, 2016). La prevalencia anual mundial correspondiente a la cocaína y a los opiáceos (opio y heroína) se ha mantenido estable, respectivamente entre el 0,3% y el 0,4% y entre el 0,3% y el 0,5% de la población adolescente, joven y adulta de 15 a 64 años de edad.

El empleo de drogas entre los adolescentes de América es "muy alto" y la percepción de riesgo frente al uso ocasional de esas sustancias es "muy baja", según el "Informe sobre el Uso de Drogas de las Américas de 2015" presentado por la Organización de Estados Americanos (OEA).

Comisión de Políticas Económica y Social Ecos (2015) argumenta que el 16,5% de los habitantes del continente americano dijo haber consumido marihuana en el último año. Su consumo entre los adolescentes creció en todos los países del continente con excepción de Perú, mientras que Chile es el país con mayor empleo de esta droga en la zona. En Uruguay, en el periodo 2003-2014, el consumo de marihuana se duplicó del 8,4 al 17%.

Estados Unidos refleja una tendencia muy creciente del empleo de marihuana durante el último año en edad escolar a lo largo del ciclo 1991-1997, pasando del 15 al 30% de los habitantes. Ecos (2015) , argumenta confirma que en términos de población general, en Canadá y Estados Unidos el consumo de marihuana alguna vez en la vida supera el 40%, muy por arriba de los países suramericanos como Chile o Uruguay donde la prevalencia de uso alguna vez en la vida es de alrededor del 20%.

Asimismo, Chile es el país con mayor empleo de marihuana en el continente entre la población escolar y su tendencia va al alza desde 2001 hasta 2013. Según advirtió el estudio, el incremento más importante en el país suramericano se produjo entre los dos últimos estudios (2011, 2013), donde aumenta más de 10 puntos porcentuales.

En el otro lado de la balanza se encuentran países como México, Bolivia, Ecuador, Paraguay, Perú, Venezuela y República Dominicana, donde el 6 % o menos de la población consumieron marihuana alguna vez en la vida. Según el informe, los países que se sitúan en medio, con alrededor del 10 %, son Belice, El Salvador, Argentina, Brasil, Colombia y Surinam. (Ecos 2015)

El tabaquismo es el escenario de las diez importantes causas de mortalidad en Colombia y los convierte en una dificultad prioritario de salud pública. Estudios probabilísticos fundados en las pautas de empleo actuales, señalan que para el año

2025 el tabaco será la causa de más de diez millones de muertes en el mundo. (Ecos, 2015)

El último estudio nacional de consumo de drogas en Colombia 2013 muestra que cerca de 2,6 millones de personas, un 11,1% de la población total (12-65 años), presentan un consumo problemático de alcohol, de estas, 276.367 personas presentan comportamientos indicativos de dependencia; el mayor compromiso se encuentra en el rango de edad entre los 18 y 24 años, el consumo afecta especialmente jóvenes y adultos en edad productiva.

Ministerio de Protección Social MPS, (2015), argumenta que el Consumo de sustancias legales como el tabaco y el alcohol se extiende a todo el territorio nacional. Aunque el empleo de alcohol se mantiene estable, cerca de la mitad de la población utiliza con alguna frecuencia, esta sustancia y no menos de la quinta parte se encuentra en situación de riesgo o con problemas asociados a su abuso.

Es evidente, el consumo de alcohol a tempranas edades pese a la prohibición de la venta a menores de edad según el Centro de Investigaciones y Análisis del Delito del Atlántico (CIAD), el crecimiento del empleo de drogas ilegales y medicamentos psicoactivos entre los adolescentes de los colegios del Atlántico está incidiendo en el incremento de los actos delictivos. Galapa es el municipio donde hay mayor incidencia de empleo de drogas ilegales entre los jóvenes, especialmente de psicoactivos sin prescripción médica por análisis de situación integral de salud (ASIS, 2014).

Por otro lado, en cuanto a la sexualidad como conducta de riesgo Simón, (2011), manifiesta que la sexualidad hace parte de la vida de todo individuo, a ella están asociadas funciones significativas como la reproductiva, la placentera y la función comunicativa, esta última permite a los seres humanos manifestar

sentimientos, deseos y pensamientos que conllevan a una relación sexual independiente de presión, violencia o coerción.

La sexualidad se interrelaciona de la tal manera con la personalidad, que se realiza y se expresa en todo lo que somos, sentimos y pensamos. Su pleno progreso depende de la satisfacción de las necesidades esenciales del ser humano, como así mismo el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y el amor. Por lo tanto, no sólo se relaciona la sexualidad a la capacidad reproductiva sino a un conjunto de dimensiones donde el placer forma parte significativa. (Simón, 2011).

La Procuraduría General de la Nación (2014), indica que las investigaciones han destacado que en las últimas décadas dejó de ser una experiencia oculta o prohibida y se convirtió, casi sin escalas, en un mero espectáculo, donde la exposición del cuerpo se volvió protagonista y el placer con el otro quedó relegado a otro plano.

Luego a finales del siglo XIX, a principios del siglo XX con la aparición de la liberación femenina se deja a un lado los tabúes sobre la sexualidad, se hace más claro los padecimientos de transmisión sexual, la cual está asociada a la práctica sexual libre y al deseo no solo de concebir sino de alcanzar el deseo pleno, siendo así el siglo XX, marcado por el comienzo de la liberación femenina.

Millán (2006), describe que por consiguiente, el establecimiento de las relaciones sexuales a anticipada edad es un dificultad de gran magnitud para la sociedad, ya que está ocurriendo en estadios de la vida cada vez más tempranos; dicho establecimiento desata consecuencias a nivel físico, social y emocional que alteran el desarrollo de la vida de los adolescentes; a nivel físico, se considera las enfermedades de transmisión sexual y embarazos precoces; a nivel social, causa la deserción escolar, problemas familiares, límites para el acceso a oportunidades económicas,

reconfiguración o desviación del proyecto de vida; por último a nivel emocional, provoca tensión familiar, problema para la oportunidad de desarrollo personal.

Fondo de las Naciones Unidas UNICEF (2011), afirma que hoy día la mayoría de los adolescentes principian a tener relaciones sexuales antes de cumplir la mayoría de edad, lo cual se convierte en un elemento de riesgo que hace de ellos una población sensible ante embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual. En términos mundiales (excluida China), un 11% de las jóvenes se inician sexualmente antes de los 15 años.

Una de las consecuencias de esta actividad sexual precoz son los 16 millones de partos de madres adolescentes que suceden cada año. En algunos países de alta prevalencia, entre un 30% y un 50% de las mujeres dan a luz a su primer hijo antes de cumplir 19 años ((UNICEF, 2011). La OMS (2013), argumenta que a nivel mundial las relaciones sexuales precoces son una dificultad preocupante, debido a que cada vez acrecienta el índice de muertes por causas del VIH.

Igualmente, la Organización Mundial de la Salud OMS, las tasas de mortalidad entre los jóvenes con VIH no están disminuyendo en la misma medida que en otros grupos de población. Aunque el número total de fallecimientos relacionados con el VIH se redujo en un 30% entre 2005 y 2012, las muertes causadas por el virus entre los adolescentes aumentaron en un 50% durante el mismo periodo, por tanto es entendida la necesidad de información y orientación sobre la sexualidad con la intención de lograr en los jóvenes la reflexión y análisis anticipatorio de ejercer relaciones sexuales de manera precoz o sin responsabilidad.

Anualmente, ocurren en el mundo 10,5% de embarazos en mujeres entre las edades de 15 a 19 años (Fondo de Población de Naciones Unidas, 2002).

Por otro lado, la OMS manifiesta una gran preocupación por el marcado aumento en el número de ITS entre adolescentes. Se calcula que cada año el 15% del total de adolescentes a nivel mundial contrae una ITS. Asimismo, se estima que 560.000 jóvenes, entre los 15 y 24 años, viven con VIH/SIDA.

La OMS (2005). Actualmente, más de la mitad de las nuevas infecciones por VIH ocurren en esta población. Sin embargo, los jóvenes podrían tener más probabilidad que los adultos de adoptar y mantener conductas sexuales saludables, debido a las características propias de su edad que llevan a desarrollar en el joven capacidades adaptativas para su desarrollo, lo cual los convierte en un elemento clave de las actividades de prevención y atención, además de un recurso poderoso en la lucha contra el VIH.

En la actualidad, el número de estudiantes menores de 18 años que ingresan en las universidades aumenta progresivamente, y son pocos los estudiantes que cuentan con las habilidades necesarias para asumir los compromisos y riesgos del entorno universitario. De igual forma, algunos estudiantes presentan crisis de identidad que puede ocasionar problemas en la sexualidad, consumo de sustancias psicoactivas, desórdenes alimenticios, depresión o suicidio, aunque la interacción cultural y el ambiente académico intenten fomentar un desarrollo saludable (Ospina & Manrique-, 2007).

Así mismo, la Organización de las Naciones Unidas (2013), indicó que en Colombia cerca del 20% de las mujeres embarazadas están entre los 15 y los 19 años, estando dentro de los 3 países en Latinoamérica, junto con Venezuela y Ecuador que muestran las tablas más elevados, estas cifras ratifican que el comienzo de las relaciones sexuales precoces son un problema presente en los adolescentes, considerados una población que está experimentando cambios en su crecimiento y

desarrollo humano. Según la OMS, la sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.

Entendida la sexualidad a temprana edad como una dificultad mundial que implica a la familia, los padres, la sociedad y los entornos educativos donde se desenvuelven los adolescentes; para los padres de familia es alarmante la idea que sus hijos estén comenzando su sexualidad cada vez más temprano y de forma irresponsable, sabiendo que esto establece una alteración del proyecto de vida; al igual la sociedad se siente preocupada ante este fenómeno, pues aumenta el índice de embarazos precoces e infecciones de transmisión sexual.

Sin embargo, el sistema de salud ve la necesidad de apoyo político que certifique actividades y recursos dirigidos al fomento de la salud sexual y reproductiva en adolescentes; para el caso de los entornos educativos, las implicaciones que tiene la deserción académica, bajo rendimiento académico y la promiscuidad con que los estudiantes están viviendo las relaciones sexuales.

Rubino (2013) manifiesta que hay otras formas de expresión sexual placenteras que pueden ayudar a los adolescentes a librar esa tensión acumulada, fundada por el placer, excitación, exploración y la curiosidad. No podemos hablar de una edad, 15, 18 o 21 años, tendríamos que hablar de la edad de la preparación para asumir todos los resultados innatos al ejercicio de la actividad coital.

Según la Secretaría de Salud del Distrito de Barranquilla, las edades oscilan entre los 10 y los 19 años Según estudio de Planeación Nacional, 12% de hombres y 6% de mujeres adolescentes inician relaciones sexuales antes de los 14 años. (Heraldo 2015). Según lo proyectado en el Documento Consejo Nacional de Política Económica y Social (COMPES 147, 2014, se estiman diferencias regionales, las

mayores proporciones de embarazadas están en el Amazonas (35,4%), Guainía (33,8%), Putumayo (32%) y Chocó (29,4%) y los menores en Santander (16,1%), Norte de Santander (17,1%), Atlántico (17,2%) y Bogotá (17,5%); sin embargo, cuando se estudia por número de jóvenes embarazadas, los mayores valores están en Valle (606), Antioquia (595), Bogotá (578) y Santander (358).

El Desarrollo Nacional de Planeación (2012) menciona que es impresionante como las cifras de embarazos en adolescentes aumenta y está presente en muchas regiones con diversidad económica, social, religiosa y cultural que las determina; siendo así, en Colombia y a nivel mundial una problemática de salud que tiene gran impacto en el progreso del país, debido a la deserción académica, difícil independencia económica, vinculación temprana al mercado laboral y pocas posibilidades de desarrollo profesional. Según un estudio del Departamento Nacional de Planeación (DNP) ,2014 los embarazos en adolescentes se evidencian, en una mayor pobreza, deserción escolar en edades tempranas y violencia sexual, entre otros.

Según la evaluación adelantada por el DNP en 2014, en municipios que hicieron parte del piloto de la estrategia de prevención de ese fenómeno, manifestando que el 5% de los hombres y el 14% de las mujeres entre 14 y 19 años han tenido un embarazo o están esperando su primer hijo. “Un 12% de hombres y un 6% de mujeres adolescentes tienen su primera relación sexual antes de los 14 años, y el fenómeno se presenta en todas las regiones del país”, aseguró el director del DNP, (Simón Gaviria 2014).

Existen diferencias significativas entre las zona urbana y rural en Colombia. Mientras en la primera, la frecuencia del embarazo adolescente es del 14 por ciento, en la segunda está alrededor del 20 por ciento. El Ministerio de Salud y Protección Social (Min Salud), que, a partir del año 2007, viene realizando a nivel nacional el

acogimiento del Modelo de Servicios de Salud amigables y para adolescentes y jóvenes (SSAAJ), con el fin de proveer el acceso y la atención integral de la población adolescente, en el marco de los derechos de la salud, sexual y reproductiva.

Dicha problemática es significativa, reconocer los cambios negativos creados por los elementos anteriores y la manera como afectan la salud en sus estudiantes, docentes y personal administrativo pertenecientes al programa de Enfermería en la Universidad Metropolitana.

Antecedentes de la investigación

Páez (2012), realizó un trabajo de investigación: Universidades Saludables: los jóvenes y la Salud en la ciudad de Manizales Colombia, cuyo objetivo fue verificar una investigación de la literatura acerca de los modos de vida de jóvenes universitarios y los primordiales elementos de riesgo para la salud, lo cual permite concluir que los adultos jóvenes normalmente tienden a adoptar prácticas de riesgo como sedentarismo, consumo abusivo de sustancias tóxicas (alcohol, cigarrillo y drogas ilegales) y comidas nutricionales incorrectas, entre otras. Algunos autores imputan estos elementos de riesgo y condiciones de vida poco sanas a las uniones frágiles entre esta población de adolescentes y adultos jóvenes, con las redes de soporte como son la familia y los centros educativos. Esta situación destaca la importancia de fomentar a los centros educativos como espacios y contextos saludables, dado que se forman en un sistema intermedio que vincula el sistema familiar, el académico y el grupo de padres y amigos.

García, et al. (2014) realizaron un trabajo sobre empleo de alcohol y factores asociados en estudiantes de instrumentación quirúrgica, en una universidad de Bogotá, (Colombia), cuyo Objetivo fue establecer la frecuencia y los factores asociados al empleo de alcohol en estudiantes de Instrumentación Quirúrgica de una

institución universitaria privada de Bogotá, Estudio transversal en una muestra no probabilística por conveniencia de 176 estudiantes del Programa de Instrumentación Quirúrgica, obteniendo información sobre características sociodemográficas; sobre la costumbre del empleo de alcohol alguna vez en la vida, en el último año, en el último mes, en la última semana y sobre la bebida alcohólica más consumida; y también sobre factores de riesgo tales como el nivel de escolaridad de los padres, ingreso familiar mensual, trabajo, consumo de alcohol de los familiares y motivación personal para el consumo.

Los resultados indican: El 96% de los estudiantes habían consumido alcohol alguna vez en la vida, el 41,5% lo habían hecho en la última semana y el 33,5% en el último mes. El 81,8% de los encuestados eligieron la cerveza como la bebida que más consumen, el 40,6% dijeron haber ingerido más de cuatro tragos la última vez que consumieron y el lugar más frecuente de consumo fueron los bares y/o discotecas (82,3%). Los factores asociados al consumo del alcohol fueron el consumo por parte de familiares (OR=3,9) y que los amigos los inciten a tomar (OR=2,6), así como el nivel de escolaridad de bachillerato de los padres (OR=0,5). Conclusión: A pesar de ser una muestra constituida principalmente por mujeres, los resultados coinciden con la tendencia que han mostrado otros estudios respecto a la alta frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios.

Cogollo (2014) Bogotá, Colombia, realizó un trabajo de investigación sobre Efectividad de un programa para la prevención del comienzo del empleo de cigarrillo en jóvenes de secundaria de colegios oficiales de Cartagena, Colombia, cuyo objetivo fue Efectuar y evaluar la efectividad del programa Fundando Salud, para la prevención del comienzo del empleo de cigarrillo en jóvenes de colegios oficiales de secundaria de Cartagena, Colombia. Método: ensayo de campo aleatorio y

controlado, en el que intervinieron alumnos con edades entre los 10 y 15 años, de sexto y séptimo grado de colegios. El grupo a intervenir (GI) estuvo conformado por 498 alumnos, con una media de edad de 12,3 años (DE=1,1); y el grupo control (GC), por 453 alumnos con una media de edad de 12,2 (DE=1,1). El GI asistió a nueve sesiones educativas del programa. El GC no participó en intervención alguna. El efecto del programa fue estimado a cinco meses.

Resultados: De los 951 alumnos con los cuales se comenzó el estudio, 50 (5,3%), no concluyeron el seguimiento. Sin embargo, en el análisis se consideraron fumadores. Un grupo de 49 estudiantes (9,8%) del grupo intervenido experimentó con cigarrillo, comparado con 44 estudiantes (9,7%) en el grupo control. La diferencia no fue estadísticamente significativa (1,01; IC95% 0,66-1,56; $p=0,948$). Concluyendo: el programa Construyendo Salud carece de impacto positivo para la prevención del comienzo del uso de cigarrillo. Se necesita probar la efectividad de otros programas preventivos del inicio del consumo de cigarrillo en estudiantes adolescentes.

García et al (2015) realizaron una investigación de revisión sobre Conductas de riesgo en los adolescentes, en la Universidad de Ciencias Médicas de las Fuerzas Armadas Revolucionarias. Habana, Cuba. Cuyo objetivo fue describir diferentes criterios de las conductas de riesgo en adolescentes tanto en Cuba como en el mundo, así como realizar un acercamiento en las comunidades cerradas. Para la exploración bibliográfica se revisaron libros de texto y revistas biomédicas nacionales e internacionales, así como protocolos, guías y programas existentes en Cuba y en otros países sobre el cuidado integral a los adolescentes. En la actualidad existe diversidad de criterios al abordar las conductas de riesgo de los adolescentes. El desconocimiento sobre estos temas establece una de las causas primordiales que conllevan a conductas de riesgos en los jóvenes, por lo que debe ser estudiado e

implementarse políticas y programas de prevención para disminuir estos comportamientos y sus consecuencias.

Páez, et al, (2012), realizaron una investigación sobre la Prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios de la salud y ciencias sociales Bucaramanga Colombia, cuyo objetivo fue determinar la Prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas. Materiales y Métodos: se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, el tamaño de la muestra fue calculado por programa académico con una frecuencia esperada del 2%, error estándar del 0.5% y una confianza del 95%. Se empleó el cuestionario “factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes”

Los resultados: Se evaluaron 995 estudiantes de la Facultad de Salud y de Ciencias Sociales, 76.71% eran mujeres, la mediana de edad fue de 21 años, el 93.90% de los estudiantes eran solteros. Las sustancias psicoactivas de mayor consumo dado la prevalencia de vida fueron en orden: el alcohol 83.73%, tabaco 34.08%, marihuana 11.87%, alucinógenos 4.59% y cocaína 2.33%; además, con una prevalencia actual del 61.69%, 16.40%, 3.05%, 1.60% y 0.42% para cada sustancia, respectivamente. Los hombres presentan mayor prevalencia de consumo en la vida y actual de cigarrillo, marihuana, cocaína y alucinógenos que las mujeres, (valor de $p < 0.01$). Dentro de los problemas provocados por el empleo de sustancias psicoactivas se destacan los interpersonales, conflictos personales, económicos, académicos y/o laborales. Discusión y Conclusiones: Es necesario desarrollar e implementar programas o estrategias de promoción de la salud mental y prevención del empleo de sustancias psicoactivas en los alumnos universitarios, vinculando a bienestar universitario, con el objetivo de evitar que la prevalencia del consumo aumente, afecte el proyecto de vida de los estudiantes y problemas biopsicosociales.

Castrillo et al, (2012) realizaron un trabajo de investigación sobre Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de enfermería de una universidad del departamento del Atlántico (Colombia), cuyo objetivo fue Establecer los conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de enfermería de una universidad del departamento del Atlántico.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo transversal; población diana: alumnos de primero a octavo semestre de enfermería, Fuente de información primaria, instrumento utilizado: encuesta de 37 preguntas validada. Resultados: El 71,5% tiene conocimiento sobre la composición de las sustancias psicoactivas. El 45% está totalmente en desacuerdo con el consumo de sustancias psicoactivas para relacionarse fácilmente con la gente. El 37,2°% está totalmente en desacuerdo con consumir sustancias psicoactivas para divertirse. El 90,7% está de acuerdo con la inversión de recursos económicos en programas de rehabilitación, seguimiento de la población afectada por el consumo de drogas. El 55,5 % consumé alcohol, el 22,2% consume éxtasis y el 22,2 restante consume marihuana y bazuco. Conclusiones: Se encontró un balance negativo en cuanto al consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes de enfermería, debido a que la gran mayoría ha consumido sustancias psicoactivas. Además de encontrarse deficiencia relacionada al conocimiento de las mismas, y en cuanto a las actitudes, se concluyó que la mayoría de los sujetos estudiados tiene actitudes favorables relacionadas con la legalización de las sustancias psicoactivas.

Reynaga & Fernández (2015), realizaron un trabajo de investigación sobre Percepción de comportamientos de riesgo en estudiantes universitarios del área de la salud en la Universidad de Guanajuato México, cuyo objetivo fue describir comportamientos de riesgo percibidos en universitarios del área de la salud. Se usó

una encuesta de 14 ítems sobre la práctica de actividad física, alimentación, consumo de drogas, nivel de estrés y hábitos de sueño a jóvenes del área de la salud. Se encuestaron 995 alumnos. La mayoría mujeres (69%), edad de 20.1 + 1.8 años, 29% reporta no hacer ejercicio y 51% consume cinco frutas y verduras cuatro veces/semana o más. Sólo el 30% consume dos litros de agua/día, 82% no fuma, 55% no consume bebidas alcohólicas y 90% no consume drogas. El 12% reporta estar estresado siempre y 72% duerme más de siete horas diarias sólo tres veces/semana o menos. Se concluye que los universitarios del área de la salud encuestados no cumplen con un estilo de vida saludable

Bastías & Stiepovich (2015) realizaron un trabajo de investigación sobre una revisión de los estilos de vida de estudiantes universitarios iberoamericanos, en la universidad de concepción chile, cuyo objetivo fue Indagar respecto al concepto de estilo de vida y los estilos de vida de estudiantes universitarios iberoamericanos según la evidencia disponible. Material y método: Se realizó una revisión bibliográfica, manual y electrónica de artículos vinculados a estilos de vida en población universitaria iberoamericana a partir del año 2002. Adicionalmente, se recabó información referida al concepto de estilos de vida y se recopilieron antecedentes estadísticos disponibles del Ministerio de Salud de Chile y de otras entidades que investigan estilos de vida en los jóvenes. Resultados: La mayor parte de los trabajos desarrollados han estudiado de manera descriptiva los estilos de vida. La alimentación y ejercicio, la conducta sexual, el consumo de tabaco, alcohol y drogas, son las prácticas más estudiadas. Conclusión: Los jóvenes universitarios son una población vulnerable que debe ser investigada de manera particular, para crear y evaluar programas de intervención acorde a sus necesidades.

(Saeteros et al, 2015), realizaron un trabajo de investigación sobre Conducta de riesgo y problemas sexuales y reproductivos de estudiantes universitarios ecuatorianos, cuyo objetivo fue Describir las conductas de riesgo y prevalencia de problemas sexuales y reproductivos de estudiantes universitarios.

Método: Investigación descriptiva, el universo estuvo constituido por alumnos de dos grupos de segundo semestre; el grupo de estudio conformado por la totalidad de alumnos de la Facultad de Salud Pública (n=225); y el control seleccionado mediante una muestra aleatoria de estudiantes del resto de las facultades (n=320).

Resultados: Existe homogeneidad en la mayoría de conductas de riesgo y problemas sexuales en los grupos, en consecuencia, estas variables no están influenciadas por la pertenencia a la Facultad de Salud Pública. Se evidencian conductas de riesgo como: inicio temprano de relaciones sexuales, múltiples parejas, infidelidad, relaciones sexuales ligadas al consumo de sustancias, dificultades con el uso de métodos anticonceptivos o de protección; se encontró prevalencia de problemas como: experiencia de embarazos, la mayoría no planeados, abortos inducidos y presencia de infecciones de transmisión sexual.

Conclusiones: Existe vulnerabilidad en la salud sexual y reproductiva de los jóvenes universitarios independientemente de la formación que reciben, por tanto, emerge la necesidad de buscar alternativas integrales de promoción, prevención y educación sexual integral.

Formulación del problema

Problema general

¿Cuál es la efectividad del plan estratégico “Universidad Saludable”, para la modificación de la percepción y actitud sobre conducta de riesgo en los estudiantes y

personal del programa de enfermería de la Universidad Metropolitana Barranquilla, Colombia, 2017?

Problemas específicos

¿Cuál es el nivel en la actitud sobre conducta de riesgo antes y después del plan estratégico “Universidad Saludable” en los estudiantes y personal del Programa de Enfermería de la Universidad Metropolitana Barranquilla, ¿Colombia 2017?

¿Cuál es el nivel en la percepción sobre conducta de riesgo antes y después del plan estratégico “Universidad Saludable” en los estudiantes y personal del Programa de Enfermería de la Universidad Metropolitana Barranquilla, ¿Colombia 2017?

¿Cuál es el nivel en la actitud sobre Fortalecimiento de capacidades, planes y lineamientos normativos, espacios y servicios, decisión personal, promoción en conducta de riesgo antes y después del plan estratégico “Universidad Saludable” en los estudiantes y personal del Programa de Enfermería de la Universidad Metropolitana Barranquilla, ¿Colombia 2017?

¿Cuál es el nivel en la percepción sobre Fortalecimiento de capacidades, planes y lineamientos normativos, espacios y servicios, decisión personal, promoción en conducta de riesgo antes y después del plan estratégico “Universidad Saludable” en los estudiantes y personal del Programa de Enfermería de la Universidad Metropolitana Barranquilla, ¿Colombia 2017?

¿Cuál es la efectividad del plan estratégico “Universidad Saludable” en la actitud frente al fortalecimiento de capacidades, planes y lineamientos normativos, espacios y servicios, decisión personal y promoción sobre conducta de riesgo en los estudiantes y personal del programa de Enfermería de la Universidad Metropolitana Barranquilla, ¿Colombia 2017?

¿Cuál es la efectividad del plan estratégico “Universidad Saludable” en la percepción frente al fortalecimiento de capacidades, planes y lineamientos normativos, espacios y servicios, decisión personal y promoción sobre conducta de riesgo en los estudiantes y personal del programa de Enfermería de la Universidad Metropolitana Barranquilla, ¿Colombia 2017?

Objetivos de la investigación

Objetivo general

Determinar la efectividad del plan estratégico “Universidad Saludable”, para la modificación de la percepción y actitud sobre conducta de riesgo en los estudiantes y personal del programa de enfermería de la Universidad Metropolitana Barranquilla, Colombia, 2017.

Objetivos específicos

Identificar el nivel de cambio en la actitud sobre conducta de riesgo antes y después del plan estratégico “Universidad Saludable” en los estudiantes y personal del Programa de Enfermería de la Universidad Metropolitana Barranquilla, Colombia 2017.

Identificar el nivel de cambio en la percepción sobre conducta de riesgo antes y después del plan estratégico “Universidad Saludable” en los estudiantes y personal del Programa de Enfermería de la Universidad Metropolitana Barranquilla, Colombia 2017.

Identificar el nivel de cambio en la actitud sobre Fortalecimiento de capacidades, planes y lineamientos normativos, espacios y servicios, decisión personal, promoción en conducta de riesgo antes y después del plan estratégico “Universidad Saludable” en los estudiantes y personal del Programa de Enfermería de la Universidad Metropolitana Barranquilla, Colombia 2017.

Identificar el nivel de cambio en la percepción sobre Fortalecimiento de capacidades, planes y lineamientos normativos, espacios y servicios, decisión personal, promoción en conducta de riesgo antes y después del plan estratégico “Universidad Saludable” en los estudiantes y personal del Programa de Enfermería de la Universidad Metropolitana Barranquilla, Colombia 2017.

Determinar las diferencias en la efectividad del plan estratégico “Universidad Saludable” en la actitud frente al fortalecimiento de capacidades, planes y lineamientos normativos, espacios y servicios, decisión personal y promoción sobre conducta de riesgo en los estudiantes y personal del programa de Enfermería de la Universidad Metropolitana Barranquilla, Colombia 2017.

Determinar las diferencias en la efectividad del plan estratégico “Universidad Saludable” en la percepción frente al fortalecimiento de capacidades, planes y lineamientos normativos, espacios y servicios, decisión personal y promoción sobre conducta de riesgo en los estudiantes y personal del programa de Enfermería de la Universidad Metropolitana Barranquilla, Colombia 2017.

Hipótesis de la investigación

Hipótesis General

El plan estratégico “Universidad Saludable”, es efectivo para la modificación de la percepción y actitud sobre conducta de riesgo en los estudiantes y personal del programa de enfermería de la Universidad Metropolitana Barranquilla, Colombia, 2017.

Hipótesis específicas

El plan estratégico “Universidad Saludable” es efectivo en la modificación de la percepción frente al fortalecimiento de capacidades, planes y lineamientos

normativos, espacios y servicios, decisión personal y promoción sobre conducta de riesgo en los estudiantes y personal del programa de Enfermería de la Universidad Metropolitana Barranquilla, Colombia 2017.

El plan estratégico “Universidad Saludable” es efectivo en la modificación de la actitud frente al fortalecimiento de capacidades, planes y lineamientos normativos, espacios y servicios, decisión personal y promoción sobre conducta de riesgo en los estudiantes y personal del programa de Enfermería de la Universidad Metropolitana Barranquilla, Colombia 2017,

Justificación

El presente trabajo se justifica por las siguientes razones: es relevante Teóricamente porque pretende corroborar una teoría emergente sobre la óptica en la percepción y actitud sobre de las conductas de riesgo de los jóvenes y adultos (tabaco alcohol, drogas y sexualidad) o caso contrario verificar cuál es la óptica y actitudes de los estudiantes frente a dichos temas considerando que el mundo actual es muy dinámico y el comportamiento de dichas variables pueden haber cambiado.

Metodologicamente: Al realizar un programa de planeamiento es relevante porque servirá como modelo para replicar en otras facultades y programas académicos y universidades en el marco de las políticas de implementación de “universidad saludable”; este programa dejará sensibilizado con nuevas perspectivas y actitudes para que se implemente con mayor fluidez y contundencia el programa de cambio conductual de “universidad saludable “ a implementarse posteriormente; además de la contribución al mundo académico científico un nuevo instrumento que medirá las actitudes, y percepción sobre conductas desde una óptica de la planificación

A nivel institucional la presente investigación será una plataforma para que los administrativos del programa, de la decanatura y la universidad pueda generar

nuevas políticas y normatividad para trabajar la prevención de conductas de riesgo; además que este planeamiento de “universidad saludable” deja delimitado para la implementación de la estrategia universidad saludable en conductas de riesgo. Además que los tomadores de decisión de esta institución puedan iniciar la implementación de la propuesta en el plan como generar espacios y servicios preventivos, además de reajustar la curricula y ejercer una promoción preventiva en las conductas de riesgo.

En lo que concierne a lo social, los alumnos son sensibilizados para mejorar sus conductas riesgosas; redundando en familias más saludables y una juventud con mayor emprendimiento académico y de vida; además que el ministerio de educación podrá recocer que la estrategia de universidad salubre debería implementarse de manera más ágil y efectiva.

Viabilidad

Viabilidad administrativa, será posible en el sentido que existe condición para indagar por parte del personal administrativo, docente y estudiantes de la Universidad Metropolitana en el programa de enfermería, que se cuenta con los recursos humanos y materiales para llevar a cabo dicho proyecto en el año 2017

Viabilidad económica, La ejecución de esta indagación se podrá llevar a cabo debido a que se cuenta con los recursos económicos, físicos y humanos indispensables para realizarlo, un personal competente para hacer el estudio estadístico y por la excelente cooperación y contribución del rector, de la directora del Programa de Enfermería, los docentes, alumnos de enfermería y administrativos de la Universidad Metropolitana Barranquilla-Colombia.

Viabilidad política, Es significativo anotar que esta investigación se concertara a las exigencias presentados en la resolución 8430 de 1993 donde se

fundan las normas científicas, técnicas y administrativas para la preparación de investigaciones asociadas con la salud. En consecución al artículo 11 de la resolución en mención, esta investigación no representará ningún peligro para los participantes ya que no se realizará ninguna intervención o reforma intencionada de las variables biológicas, psicológicas o sociales de las personas que participaron en el estudio.

Viabilidad social, es factible porque se tiene facilidad al grupo para ejecutar las sesiones de talleres, preparaciones y evaluación que se realizaran al iniciar el diagnóstico y plan estratégico del programa asimismo los participantes de la Universidad Metropolitana están muy interesados en mejorar su salud y condición de vida.

Delimitaciones

La investigación se realizará con el personal administrativo, docentes y estudiantes de enfermería en la Universidad Metropolitana que aprenden y trabajan dentro del área geográfica en la localidad Norte Centro Histórico distrito de Barranquilla, Se emplearan instrumentos de medida para el eje estratégico, con los cuales conoceremos el plan estratégico de salud de la comunidad universitaria metropolitana de Barranquilla en el marco del programa “universidad saludable., se estima significativo el número de partícipes por el presupuesto y la ejecución de talleres que será utilizado por el investigador en la Efectividad del plan estratégico “universidad saludable” en la modificación sobre la percepción y actitud de la conducta de riesgo en la Universidad Metropolitana.

Limitaciones

El hecho de no cubrir en su total a la comunidad universitaria, por ser muy grande su población; asimismo los horarios rígidos tanto los profesionales como los educativos. Debido a limitaciones el proyecto cumple con las fases de plan

estratégico del perfil de modo de vida y la conveniente propuesta de Universidad Saludable para la Universidad Metropolitana, sin embargo, se predice en la etapa más avanzada la ejecución de un estudio que valore la efectividad en su fase de realización.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

Marco Bíblico-filosófico

Así pues, no seáis necios, sino entended cuál es la voluntad del Señor. Y no os embriaguéis con vino, en lo cual hay disolución, sino sed llenos del Espíritu, hablando entre vosotros con salmos, himnos y cantos espirituales, cantando y alabando con vuestro corazón al Señor; (efesios 5: 18 y 19). Y les dijo: "Si oyes atentamente la voz del Eterno tu Dios, y obras lo recto ante sus ojos; si prestas oído a sus Mandamientos, y guardas todas sus normas, ninguna enfermedad de las que envié a los egipcios te enviaré a ti; porque Yo Soy el Eterno, tu Sanador". (Éxodo 15:26).

Que el Espíritu Santo pueda posesionarse de la vida de nosotros y nos guíe a experimentar primero, una reforma en el corazón, y como consecuencia una reforma en los hábitos de vida, y lograr tener una experiencia por la gracia de Cristo de vivir con calidad de vida. Según, White (PP, 1945) "Una vez que fue creado la vida vegetal, y animal el ser humano fue la corona de su creación a él se le dio dominio, en contraste con los conceptos actuales filosóficos, afirma que la existencia del ser humano fue ideada por un ser supremo. (pg. 24); "Debe obtenerse conocimiento con respecto a cómo comer, beber, para preservar la salud, la enfermedad es causada por la violación de las leyes de la salud; es el resultado de infringir las leyes de la naturaleza." (pg. 23)

La Palabra de Dios condena la borrachera y beber en exceso, pero no el consumo moderado de alcohol (1 Corintios 6:9, 10). De hecho, desde tiempos inmemoriales, los siervos de Dios han consumido vino, una bebida que se menciona más de doscientas veces en la Biblia (Génesis 27:25). “Come tu alimento con regocijo y bebe tu vino con buen corazón”, dice Eclesiastés 9:7. Como esta bebida fomenta un espíritu de alegría, se servía en ocasiones festivas, como las bodas. Fue precisamente en una boda donde Jesucristo realizó su primer milagro: convertir agua en “vino excelente” (Juan 2:1-11). También se usaba con propósitos medicinales (Lucas 10:34; 1 Timoteo 5:23).

La moderación al beber y comer es esencial para tener la aprobación de Dios (Proverbios 23:20; 1 Timoteo 3:2, 3, 8). A él le desagrade la falta de autodominio. La Biblia señala: “El vino es burlador, el licor embriagante es alborotador, y todo el que se descarría por él no es sabio” (Proverbios 20:1).

A menudo, la gente se mete en problemas por beber cuando no debe. La Biblia indica: “Para todo hay un tiempo señalado”, incluso para abstenerse de alcohol (Eclesiastés 3:1). Por ejemplo, hay quienes se están recuperando de un problema de alcoholismo o legalmente son demasiado jóvenes para beber. Y otros quizás estén tomando un medicamento que no se debe mezclar con alcohol.

En el caso de muchos otros, el “tiempo señalado” para no beber es antes y durante el trabajo, sobre todo si usan maquinaria peligrosa. En definitiva, las personas prudentes ven su vida y su salud como hermosos regalos de Dios (Salmo 36:9). Y una manera de valorarlos es dejándose guiar por lo que dice la Biblia sobre el alcohol

Cada vez más personas están viviendo vidas lejos del plan de Dios. Nosotros podemos mostrarles a las personas el plan de Dios para la sexualidad, el matrimonio y la familia. Sin embargo, no debemos perder la actitud compasiva de Jesús. Él nos

mostró cómo vivir por medio de su ejemplo. Él mostró amor y gracia a la mujer culpable de adulterio al decir: ‘Yo no te condeno’.

Él desafió las actitudes de crítica de las personas. Criticar y discriminar a los demás también es un pecado. Luego Jesús utiliza su autoridad para decirle a la mujer: ‘Vete y no peques más’. Al igual que la iglesia nosotros debemos mostrar gracia, pero no debemos quedarnos callados cuando se trata de la justicia. No se trata de condenar. Justicia significa desafiar prácticas y actitudes tradicionales dañinas, para asegurar que toda persona sea valorada a la imagen de Dios (Juan 8:1-12)

Conocer la doctrina de la salud de las Sagradas Escrituras, y aprender que la adopción de un estilo de vida saludable es parte de la obra de restauración del Evangelio con el propósito de disfrutar ‘vida en abundancia’; es decir: una mejor calidad y mayor cantidad de vida, para servir a Dios y a nuestro prójimo.

White, 1945) Afirma que “Debe obtenerse conocimiento con respecto a cómo comer, beber, para preservar la salud, la enfermedad es causada por la violación de las leyes de la salud; es el resultado de infringir las leyes de la naturaleza.”

La existencia es un milagro, y la vida es un preciosos regalo ello incluye valorarla y cuidarla y hacer lo mejor para desarrollar y mantener las dimensiones físicas, mental y espiritual del ser humano hecho a la imagen de Dios, el ser humano es el mayordomo de la vida esto es un privilegio y también una responsabilidad por cuidarla y vivir una vida de abundante salud.

La sexualidad humana según la Revelación Bíblica y la ciencia va más allá de las diferencias anatómicas que separan a hombres y mujeres y que les capacita para el acto sexual y la procreación. La sexualidad es una dimensión de nuestro ser que nos conecta con la raíz de nuestra existencia. Cuidada y bien orientada, la sexualidad nos impulsa al amor, al placer, al cuidado mutuo, a la procreación, a la fidelidad, al

compromiso, a la solidaridad. Distorsionada, nos puede llevar a la brutalidad, a la explotación, a la violencia y a la muerte. (Maldonado 2012)

Una reflexión cristiana sobre la sexualidad humana parte de la convicción de que Dios es el Creador de la humanidad. La creación de los seres humanos incluye su sexualidad, los géneros masculino y femenino, el compañerismo de hombre y mujer en una relación matrimonial íntima, y el don de la procreación.

En el relato de la Creación, la decisión de la Comunidad Divina: “Hagamos al hombre a nuestra imagen, conforme a nuestra semejanza” culmina con: “Y creó Dios al hombre a su imagen, conforme a su semejanza; varón y hembra los creó” (Génesis 1:26-27). Nuestra sexualidad da testimonio de la Comunidad Divina. Lleva el sello del Creador. Tiene el potencial de sacarnos de nuestra soledad, de ponernos en “la comunidad de a dos” y en la comunidad humana, y de transformarnos en colaboradores de Dios en la continuación de Su obra creadora y redentora. Por propia declaración de Dios para toda la creación, la sexualidad es buena: “Y vio Dios todo lo que había hecho y he aquí que era bueno en gran manera” (Génesis 1:31).

Marco Histórico

A lo prolongado de la historia, el uso de drogas legales e ilegales ha permeado a la sociedad Colombiana, es significativo considerar que ambas están contribuyendo al incremento de problemáticas que reflejan el deterioro de lo social, la salud, lo productivo, las condiciones y condición de vida de los consumidores y la población en general, este fenómeno es apenas una de las múltiples creaciones humanas que por causas de la violencia, imaginarios culturales y comercio/publicidad, ofrecen al individuo una alternativa para satisfacer algunas de sus necesidades en momentos de crisis, y aparente superación física, personal e intelectual.

En el siglo XVII aumenta el consumo de la chicha y adquiere un valor comercial luego de la creación de “pulperías” o “chicherías” donde se reúne gente a beber fomentando así comportamientos violentos y promiscuos incentivando al presidente de la época, Dionisio Pérez Manrique de Lara para determinar una disposición gubernamental prohibiendo la venta y el consumo de la chicha.

A mediados del siglo XX, con el conflicto político y partidista de la época, la sociedad Colombiana queda categorizada en cuatro niveles sociales, “el primero, el grupo dirigente, el segundo, gente de ciudad y campesinos con poder, el tercero, el estrato popular, obreros y pequeños empresarios y por último, los grupos marginales y de pobreza absoluta”. Estas categorías socio económicas son las que más adelante permiten el auge del consumo de sustancias psicoactivas.

Todos estos estratos sociales se reúnen en el centro de Bogotá indiscriminadamente para departir significativos momentos con la sustancia que el General y jefe, en el siglo pasado había prohibido en Sogamoso. En este momento las chicherías son trasladadas a barrios populares de la ciudad fomentando así el consumo de vino y de cerveza.

Posteriormente aparece la marihuana, sustancia que como las anteriores modifica el estado de ánimo de los seres humanos, esta nueva droga en un principio era consumida única y exclusivamente por los intelectuales de la década de los 60'. La cultura de los jóvenes colombianos de la época juega un papel fundamental ya que a través de nuestra frágil estructura cultural se le abren las puertas a lo que a partir de este momento histórico será el flagelo que a muchos de estos jóvenes los azotarán.

A nuestro territorio llegan junto con el auge del hipismo, estilo de vida foráneo, sustancias como la marihuana y el LSD para fines de meditación.

Estos jóvenes justifican el consumo de marihuana como una alternativa de paz interior, de rebeldía ante el sistema, como un nuevo estilo de meditación y concentración, modo de vida que irrumpió en absolutamente todas las clases sociales. En el período de decadencia del Imperio Romano fueron clausuradas algunas Termas (baños públicos) para evitar que se siguieran propagando dentro de la población las enfermedades. (Aranda, 2010)

Hasta hace relativamente pocos años la mayor parte de la venereología estaba formada por cuatro enfermedades: Sífilis, la Gonocócica, el Chancro Blando y Linfogranulomatosis de Nicolás Fabre. Junto a ellas existían las que llamamos enfermedades venéreas menores o pequeña venereología, pero estas enfermedades supuestamente menores, mejor conocidas en la actualidad, han demostrado no ser tan menores por su alta frecuencia, su difícil tratamiento y sus potenciales complicaciones. (Aranda, 2010)

Las enfermedades infecciosas son el resultado final del proceso infeccioso, el cual se inicia con la infección, ésta se define como la entrada, el desarrollo y la multiplicación de un agente biológico en el organismo de un ser humano o animal, en ella interviene un grupo de factores que influyen y determinan las formas de manifestarse este evento en las personas, aunque no siempre con la infección aparece una enfermedad infecciosa. . (Aranda, 2010).

En los siglos XVIII y XIX la ciencia y la medicina, reflejan la actitud negativa hacia la sexualidad, es el caso de Vonkrafft (1840,1902), que enfoca la sexualidad humana como una colección de nauseabundas enfermedades, reflejando desagrado hacia la sexualidad, por lo que ha sido refutado; no obstante, con frecuencia se considera como fundador de la Sexología Moderna.

Freud (1856, 1939), manifestó el importante papel en el estudio de la sexualidad y su mérito está dado en que demostró la trascendencia de la sexualidad en los individuos; su teoría de la personalidad, tiene como pivote el desarrollo sexual en las diferentes etapas de la vida, en un momento de tabúes y de enjuiciamiento de las conductas sexuales. Fue sin duda, uno de los investigadores más originales que en la esfera científica desafió en su época.

Fundamento teórico de las variables

La salud se ha conceptualizado de diversas formas a lo largo de la humanidad, hasta la concepción actual de salud como producto o construcción social, definición que considera que La salud en el ser humano no es un fenómeno biológico, sino un proceso socio biológico integrado y dinámico. El hombre y la mujer son seres sociales por excelencia y sus procesos biológicos están en permanente interacción con los procesos sociales, dándose una transformación mutua.

La anterior opinión de salud implica el replanteamiento de la atención sanitaria, para lo que es indispensable el trabajo en la prevención del padecimiento y en el fomento de la salud. La Carta de Ottawa para el fomento de la Salud, establece cinco elementos principales, pero sólo se toman: el progreso de las aptitudes personales y la creación de ambientes favorables: los dos incorporan los modos de vida saludables y la construcción de un medio laboral que promueve el bienestar del individuo.

Hoy el enfoque de universidad saludable conlleva a trazar programas, planes y tareas que aborden al sujeto en su extensión integral (biológica, psicológica, social y espiritual), con mayor conciencia de autocuidado, en el cuadro de un modo de vida saludable, perpetua y sustentable.

Desde lo anterior, los esfuerzos están enfocados hacia el logro de la salud total, fruto de las relaciones armónicas que cada persona conserva consigo mismo, con los demás y con el ambiente y de la incorporación del fomento de la salud al proyecto educativo; desde la condición de universidad investigadora, educadora e innovadora. Además de lo anterior se articula el eje: Prevención de Conductas de Riesgo, de este modo optimizar los modos de Vida Saludable y condición de vida de la Comunidad Académica Metropolitana del Programa de Enfermería.

Según la Organización Mundial de la Salud el modo de vida intuye los aspectos asociados con la conducta individual, fundamentalmente aquellos modelos de conducta mantenidos durante un plazo comparativamente largo y una serie de acciones, prácticas cotidianas o costumbres tales como, tipos nutricionales, descanso, el hábito de fumar, el uso de alcohol y otros estimulantes, el ejercicio físico y otros aspectos del contexto en donde se desarrollan los individuos (Organización Mundial de la salud, 1988).

Según los lineamientos de las Organizaciones Mundial y Panamericana de la Salud, una Universidad Saludable es aquella que reúne las siguientes condiciones:

Provee un ambiente saludable que favorece el aprendizaje a través de sus áreas y edificaciones, zonas de recreación, bienestar universitario y medidas de seguridad; Promueve la responsabilidad individual, familiar y comunitaria, apoya el desarrollo de estilos de vida saludables, ayuda a los jóvenes a alcanzar su potencial físico, psicológico y social y promueve la autoestima. define objetivos claros para la promoción de la salud y la seguridad de toda la comunidad

Explora la disponibilidad de los recursos universitarios para apoyar acciones de promoción de la salud

Implementa un diseño curricular, sin importar de que carrera se trate, sobre promoción de la salud y facilita la participación activa de todos los estudiantes.

Fortalece en los alumnos el conocimiento y las habilidades necesarias para tomar decisiones “saludables” acerca de su salud con el fin de conservarla y mejorarla (Machado, 2001).

Los alumnos, docentes y administrativos se favorecerán con una información renovada, muy útil en sus sapiencias y prácticas, ya que el autor se plantean trabajar reuniones educativas y talleres prácticos con un método dinámica e interactiva, empleando la metodología especializada en educación para jóvenes y adultos, ARDE (Animación, Reflexión, Demostración y Evaluación), haciendo énfasis en el aprender haciendo.

Conductas de Riesgo

Definición

OMS (1998) define conductas de riesgos como un incremento de las probabilidades de tener efectos negativos en el individuo, ya sea que deriven en una enfermedad o tengan consecuencias en la salud física o mental.

Las conductas de riesgo son determinantes en la salud, siendo las principales responsables de la morbilidad, entre las cuales se mencionan el consumo de Tabaco, alcohol. Drogas psicoactivas, y sexualidad en riesgo.

Factores de riesgo

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, peculiaridad o exhibición de un individuo que aumente su posibilidad de sufrir un padecimiento o lesión. Entre los elementos de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene. (OMS, 1998)

Rodríguez, et al (1995, citado por Rojas, 2001), sostienen que “el factor de riesgo vendría a ser la característica o cualidad de un sujeto o comunidad, que se sabe va unida a una mayor probabilidad de daño a la salud” . Igualmente, el elemento de riesgo se entiende como la posibilidad de ocurrencia de un hecho indeseado y la relación con el daño al individuo se causa de manera indistinta e indeterminada. (Castro, 2005).

Factores de riesgo individuales

“Se refieren a las características internas del individuo, a su forma de ser, sentirse y comportarse. La edad, la personalidad, los recursos sociales de que dispone, las actitudes, los valores, la autoestima, etc. Conforman un sujeto único”. (Vallejos, 2004)

La adolescencia

“El periodo de desarrollo de la adolescencia está enmarcado por la exploración y los comportamientos justamente generadores de riesgo, los mismos que pueden comprometer la salud, la supervivencia y el proyecto de vida del individuo”. (Rojas, 2001.). En la fase de la adolescencia se causan muchos cambios que hacen que el adolescente busque una definición personal y eso tiene como secuela hacerlo vulnerable.

Prejuicios

Castro (2005) sostiene que “la falta de conocimiento o la información errónea sobre la naturaleza de las drogas, extensión del consumo adolescente, repercusiones negativas a corto y largo plazo, etcétera, alientan la curiosidad o impiden valorar acertadamente los riesgos de las drogas”. Los prejuicios juegan un rol importante en la decisión del adolescente de consumir o no un tipo de droga, ya que estos distorsionan la realidad del razonamiento.

Déficit y problemas del adolescente

Castro (2005) sostiene que “el déficit y problemas personales constituyen factores de riesgo porque el adolescente puede intentar compensarlos o aliviarlos recurriendo al alcohol u otras drogas. El consumo se relaciona estrechamente con déficit de autoeficacia, auto concepto, autoestima y locus de control externo, y con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo”.

Factores de riesgo relacionales

Vallejos (2004), manifiesta que son aquellos aspectos relativos al entorno más próximo de la persona. La interacción específica de cada sujeto con la familia, los amigos y el contexto escolar determina una situación peculiar.

La familia

Ugarte, (2001)., manifiesta que “Si hablamos que la familia es el primer elemento socializador, en cuyo seno se educa y forma al individuo, para que sus miembros sean capaces de desarrollarse y ser personas autónomas, que puedan enfrentarse e integrarse a la vida, entonces debemos enfocar nuestra atención en ella como primer ámbito de prevención e intervención”.

Escuela

Kremer (1992), sostiene que “por sus funciones específicas y su capacidad operativa, la escuela no podrá actuar con igual eficacia sobre los componentes drogas y medio ambiente, pero centrará su mayor atención en el componente persona, básicamente el (la) alumno(a), pero también los (as) docentes y padres de familia”.

La academia es un elemento de riesgo por ser un medio de socialización del adolescente, en el cual se fundan relaciones interpersonales en las que se confrontan ideas, pensamientos, creencias, etc.

Grupo de amigos

“El grupo de referencia es el marco que ayuda a afianzar la identidad adolescente frente al mundo adulto y satisface el sentimiento de afiliación o pertenencia a un grupo de iguales”. (Castro, 2005). La coacción de grupo es importante en este factor, ya que el adolescente condiciona sus decisiones a los beneficios del grupo.

Factores de riesgo sociales

“Se relacionan con el entorno social más amplio. La estructura económica, normativa, la accesibilidad al consumo, la aceptación social del mismo y las costumbres y tradiciones imprimen unas características que diferencian a unas culturas de otras y por lo tanto afectan a la conducta del individuo”. (Vallejos, 2004).

Disponibilidad y accesibilidad de las drogas.

Castro (2005), afirma: que la condición de droga legal transforma a las bebidas alcohólicas en un producto de fácil acceso, por los múltiples entornos donde se pueden adquirir, los extensos horarios de venta, su costo y el casi nulo control de la venta a menores.

En el caso de las drogas legales su alta propagación y fácil acceso en la sociedad hace posible que los adolescentes consumidores se conviertan en adictos. Esto trae como resultado que las drogas ilegales se conviertan en una opción de consumo por la condición del adolescente de adicto.

El ocio

Castro (2005) argumenta que existe una asociación entre el empleo juvenil de drogas y el uso del tiempo libre; por ejemplo, el empleo del fin de semana para concurrir ciertos lugares de oferta como bares, discotecas, fiestas electrónicas, y la búsqueda de la novedad y de nuevas emociones.

Kremer (1992), expresa que en un entorno social, una característica principal es: “difusión de centros de recreación en la que los riesgos de empleo de sustancias son frecuentes, por ausencia de adecuados mecanismos de control.

Factores protectores en la adolescencia

La Teoría del Desarrollo Social propuesta por Hawkins & cols. (1992), afirma que el enfoque teórico se describe cómo procesos protectores que parecen incidir en la reducción de problemas de comportamiento.

Estos autores proponen tres elementos de protección que controlan el desarrollo de las conductas antisociales: los lazos sociales (adhesión y compromiso con la familia, las escuelas y los compañeros), las coacciones externas (normas claras y consistentes contra el consumo de drogas mantenidas por personas ligadas al individuo) y las habilidades sociales (poseer estrategias de solución de problemas para afrontar asertivamente las situaciones y resistir las presiones a la transgresión de normas).

Adrados (1999) afirma que los adolescentes que no consumen drogas son aquellos que constituyen una buena relación afectiva y de apego con sus padres. Bry (1996), argumenta que una buena relación entre los miembros de la familia, cercana, duradera y sin problemas, junto con unos métodos de disciplina adecuados a la edad actúan como factor de prevención del consumo.

En general, parece que un buen funcionamiento familiar en términos de buena comunicación, implicación y dedicación, afecto, cercanía de los padres, etc., correlacionan positivamente con una menor implicación en conductas problema por parte del adolescente, confirmándose la capacidad de la familia como agente preventivo frente a las conductas desviadas.

Paramo (2011) expresa que en el ámbito de la salud, hablar de elementos protectores, es hablar de características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que favorecen el desarrollo humano, el mantenimiento o la recuperación de la salud; y que pueden contrarrestar los posibles efectos de los elementos de riesgo, de los comportamientos de riesgo y, por lo tanto, reducir la vulnerabilidad, ya sea general o específica.

Burak (2001) plantea que existen dos tipos de factores protectores: de amplio espectro, o sea, indicativos de mayor probabilidad de conductas protectoras que favorecen el no acontecer de daños o riesgos; y factores protectores específicos a ciertas conductas de riesgo. Dentro de los factores de amplio espectro, nombra: familia contenedora, con buena comunicación interpersonal; alta autoestima; proyecto de vida elaborado, fuertemente internalizado y el sentido de la vida elaborado; permite permanecer en el sistema educativo formal y un alto nivel de resiliencia. Como factores protectores específicos, encontramos: el uso de cinturón de seguridad (que reduce o evita accidentes automovilísticos); no tener relaciones sexuales, o tenerlas con uso de preservativo (que reduce o evita el embarazo, ETS, Sida); y no fumar (reduce o evita el cáncer de pulmón y enfisema).

Burak (2001) considera que el abordaje preventivo debe hacerse desde el marco de acciones que cumplan con ciertos requisitos fundamentales: el objetivo debe ser el desarrollo humano en los adolescentes; las acciones deben ser intersectoriales; la salud debe ser vista desde el concepto de la integralidad; la atención debe ser multidisciplinaria; debe existir un amplio ámbito para la intervención social y en salud de los adolescentes y debe existir una extensa intervención de padres y profesores.

Tabaquismo

Definición

Según la definición de la OMS (organización mundial de la salud) un fumador es una persona que ha fumado diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno. La definición en la que se han basado muchos de los estudios norteamericanos sobre intervención de profesionales sanitarios de atención primaria cataloga como fumador a toda persona que ha consumido tabaco, aunque sea una calada, en la última semana.

El consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo de varias enfermedades crónicas, como el cáncer y las enfermedades pulmonares y cardiovasculares. A pesar de ello, su consumo está muy extendido en todo el mundo. Varios países disponen de leyes que restringen la publicidad del tabaco, regulan quién puede comprar y consumir productos del tabaco, y dónde se puede fumar. (OMS 2016).

El tabaco es una de las mayores amenazas para la salud pública que ha tenido que afrontar el mundo. Mata a más de 7 millones de personas al año, de las cuales más de 6 millones son consumidores directos y alrededor de 890 000 son no fumadores expuestos al humo ajeno.

Casi el 80% de los más de mil millones de fumadores que hay en el mundo viven en países de ingresos bajos o medios, donde es mayor la carga de morbilidad y mortalidad asociada al tabaco. (OMS 2016).

Solo el 5% de la población mundial está preservada con medidas efectivas para el control del consumo de tabaco, entre la cual se encuentra la población colombiana. En la Ley 1109 de 2006 y en el año 2010 se promulgó la Ley 1335 de 2010, una ley integral para el control del consumo de tabaco que incluye medidas que

buscan advertir nuevas generaciones de fumadores, proteger a la población no fumadora del humo ambiental de tabaco e incrementar las tasas de cesación del empleo por parte de los fumadores, lo que permitirá abordar de manera integral el problema del tabaquismo. Es imprescindible el compromiso de todos para lograr controlar esta epidemia.

El empleo del tabaco a nivel mundial se considera como uno de los problemas más importantes en salud pública, que debe ser retomado por los gobiernos, ya que según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cerca 5 millones de personas fallecen anualmente debido a las enfermedades ocasionadas por el consumo del tabaco. Cada cigarrillo simboliza para el fumador de 5 a 20 minutos de vida menos, se estima que, en el año 2030, mueran alrededor de 10 millones de personas, de las cuales el 70% serían de países pobres.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF, 2016) Argumenta que la nicotina daña sus tejidos y aumenta el riesgo de un accidente coronario. Además, es mezclada con la sangre oxigenada que llega al corazón y es bombeada a todo el organismo, por eso genera deterioro generalizado y los estados de salud del fumador son más afectados que de los no consumidores de tabaco. Los efectos del cigarrillo se reflejan en una serie de enfermedades entre las cuales se destacan las siguientes:

Cáncer de pulmón: El riesgo de desarrollar cáncer de pulmón es 5 a 20 veces mayor en los fumadores que entre quienes no fuman. De 80% a 85% de las muertes por cáncer de pulmón tienen como causa fumar cigarrillo, cifras que son muy significativas si se tiene en cuenta que el cáncer de pulmón es responsable de 25% de las muertes por cáncer en general, y de 5% de las muertes por todo tipo de causas.

Cáncer de laringe: Existe una fuerte asociación entre el cáncer de laringe y el consumo de cigarrillo; hasta 84% de los casos en hombres se pueden atribuir al hábito

de fumar. **Cáncer de esófago:** Entre 75% y 78% de los casos de cáncer de esófago se deben a fumar. Hay una clara relación entre la dosis de cigarrillo y la mortalidad relacionada con este tipo de cáncer.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se manifiesta en dos formas principales: La bronquitis crónica que produce tos y expectoración en forma persistente, y el enfisema pulmonar, que genera destrucción del pulmón y dificultad respiratoria en forma progresiva. Se podría aseverar que en la práctica la EPOC es patrimonio de los fumadores, tanto en la forma de bronquitis crónica como en la de enfisema pulmonar. En el gran fumador la posibilidad de EPOC es 30 veces mayor que en el no fumador. Entre 80% y 90% de las muertes por EPOC se presentan por causa de fumar. Adicionalmente, fumar acelera el deterioro de la función de los pulmones, con aumento en la frecuencia de síntomas como tos, expectoración, dificultad respiratoria y sibilancias. Además, se incrementa el número de personas que presentan enfermedades respiratorias agudas, (OMS, 2015)

Espacios libres de humo de tabaco

La OMS (2017) argumenta que el deber de proteger a las personas contra el humo de tabaco se corresponde con la obligación de los gobiernos de promulgar leyes que las protejan frente a las amenazas a sus derechos y libertades fundamentales. Esa obligación se hace extensiva a todas las personas, y no se limita a determinadas poblaciones.

Habida cuenta de los peligros que entraña el inhalar humo de tabaco ajeno, el deber de proteger contra la exposición de humo de tabaco está implícito, entre otros, en el derecho a la vida y el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, reconocidos en numerosos instrumentos jurídicos internacionales (entre ellos la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, la Convención sobre los

Derechos del Niño, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), incorporados oficialmente en el Preámbulo del Convenio Marco de la OMS y reconocidos en las constituciones de muchos países.

En Colombia, el 21 de julio de 2009 entró en vigor la Ley 1335 de 2009 (Ley Antitabaco), esta normativa que ubica a nuestro país a la altura de las legislaciones más modernas para el control del consumo de tabaco en el mundo, adopta los principios del Convenio Marco para el control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud, tratado que Colombia aprobó mediante la Ley 1109 de 2006 y al que adhirió el 10 de abril del 2008.

Ley 1335 del 21 de julio de 2009.

Disposiciones por medio de las cuales se previenen daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y se estipulan políticas públicas para la prevención del consumo del tabaco y el abandono de la dependencia del tabaco del fumador y sus derivados en la población colombiana.

El objetivo de la ley es garantizar el derecho a la salud de la población, en especial de los niños, niñas y adolescentes, protegiéndolos de los efectos del consumo de tabaco y sus derivados, así como de la exposición al humo de cigarrillo. La ley pretende: Proteger la salud de la población de los efectos nocivos del tabaco, proteger los derechos de los no fumadores a vivir y convivir en espacios 100% libres de humo de tabaco, establecer las bases para la protección contra el humo de tabaco, establecer las bases para el empaquetado y el etiquetado de los productos del tabaco. regular la promoción, la publicidad, el patrocinio, la distribución, la venta, el consumo y el uso de los productos del tabaco, contribuir con la disminución del consumo de tabaco en Colombia, mediante la creación de programas de salud y educación, fomentar la

promoción, la educación para la salud, así como la difusión del conocimiento de los riesgos atribuibles al consumo y a la exposición al humo de tabaco, contribuir con el abandono de la dependencia del tabaco

Recomendaciones para dejar de fumar

Coma preferiblemente, frutas, verduras, jugos, quesos y sopas suaves. Evite comer todo tipo de carnes, fritos, enlatados, salsas picantes, alimentos muy salados o muy condimentados; Beba entre comidas, abundantes zumos, jugos de frutas ricas en vitamina C (cítricos) o agua: 8 vasos al día como mínimo; Evite consumir licor y café; Tenga siempre a mano algo para picar o masticar (ojo con el peso), como: fruta, zanahoria, chicle sin azúcar, etc. Cambie de rutina. Empiece a hacer ejercicio físico regularmente, practique algún deporte preferiblemente acuático. Utilice el sauna, el turco y reciba masajes de agua.

Asimismo, mantenga sus manos permanentemente ocupadas (artes manuales, expresión artística, jardinería, etc.); En su tiempo libre, procure hacer actividades satisfactorias, relajantes. Aprenda a relajarse y superar el momento crítico (inspiraciones profundas). Repase continuamente la lista de razones para no fumar y los beneficios que ha obtenido desde que dejó de fumar. Recuerde que los síntomas desagradables, al dejar de fumar, duran aproximadamente 15 días, únicamente (MPS 2017).

Recomendaciones fundamentadas en Alayo & Bambaren (2013)

Para mantener un ambiente libre de humo de tabaco se deben considerar los siguientes aspectos: No se debe permitir fumar cigarrillos y otros derivados del tabaco dentro del local de la institución educativa, en los lugares de ingreso o de salida, ni en sus alrededores, a ninguna hora del día; no se permitirá fumar en los vehículos de propiedad de la institución, y particulares, dentro del área de la

institución; Colocar señales y carteles en los que se especifique la prohibición de fumar y que se indique que la entidad es un espacio libre de humo de tabaco. Promover iniciativas o programas dirigidos tanto a los fumadores, procurando la cesación del hábito del fumador, como a sus respectivos familiares. Las autoridades de la institución se deben comprometer a hacer cumplir esta normativa. La institución debe informar a la población universitaria y a los visitantes acerca de la política de la institución sobre “Ambiente Libre de Humo de Tabaco”

Alcohol

El Ministerio de Protección Social (2013), manifiesta que el alcohol es un líquido volátil e incoloro que está presente en varias bebidas fermentadas. Alcanza concentraciones desde un 5% hasta un 20%. Es el caso de la cerveza y los vinos, pueden llegar hasta un 40% o más. Dependiendo de la índole de la bebida que lo contenga, el etanol se asocia de distintos elementos químicos que lo dotan de color, sabor, olor y otras particularidades.

Ley 124 de 1994 Prohíbe expendio de bebidas embriagantes a menores de edad

Esta Ley establece la prohibición de expendio de bebidas embriagantes a menores de edad estableciendo que toda publicidad, identificación o promoción sobre bebidas embriagantes debe hacer referencia expresa a la prohibición establecida en esta ley.

Además, deroga el artículo 14 de la Ley 30 de 1986.

El menor que sea hallado consumiendo, deberá asistir con sus padres o acudientes a un curso de prevención de alcoholismo al ICBF o a la entidad que haga sus veces.

- El menor no puede ser detenido, sino que se le citará para que comparezca ante el defensor de familia en las siguientes 48 horas.

- La persona mayor que facilite las bebidas embriagantes o su adquisición, será sancionada de conformidad con las normas establecidas para los expendedores en el Código Nacional de Policía. (Decreto-Ley 1355 de 1970).

- Se prohíbe el expendio de bebidas embriagantes a menores de edad.

Los establecimientos de comercio deberán colocar el texto de esta ley en un sitio visible y la publicidad o promoción de bebidas embriagantes deberá hacer referencia expresa a esta prohibición.

La OMS (2009) lo define como “un estado de cambio de conducta de un individuo, que incluye, además de una variación que se manifiesta por el consumo franco de bebidas alcohólicas una continuidad de esta, en su ambiente sociocultural, a pesar de los dolorosos resultados, directos que puede padecer como enfermedades físicas, rechazo por parte de la familia, daños económicos, y sanciones penales.

La OMS (2016), argumenta que el consumo nocivo de alcohol entre los adolescentes preocupa cada vez más a muchos países, ya que reduce el autocontrol y aumenta los comportamientos de riesgo, como las relaciones sexuales no protegidas o comportamientos peligrosos en la carretera. Es una de las primordiales causas de lesiones (incluidas las provocadas por accidentes de tránsito), violencia (especialmente por parte de la pareja) y muertes prematuras. Además, puede provocar problemas de salud en una etapa posterior de la vida e influir en la esperanza de vida. Fijar una edad mínima para comprar y consumir alcohol y regular la forma en que se promocionan las bebidas alcohólicas para el mercado de los jóvenes son algunas de las estrategias que pueden ayudar a reducir el consumo nocivo de alcohol. El consumo de drogas entre los jóvenes de 15 a 19 años también es preocupante.

Además de esto la OMS es clara en definirlo “como la ingestión diaria de alcohol superior a 50 gramos en la mujer y 70 gramos en el hombre (una copa de licor o un

combinado tiene aproximadamente 40 gramos de alcohol, un cuarto de litro de vino 30 gramos y un cuarto de litro de cerveza 15 gramos. El alcoholismo parece ser producido por la combinación de diversos factores fisiológicos, psicológicos y genéticos. Se caracteriza por una dependencia emocional y a veces orgánica del alcohol, y produce un daño cerebral progresivo y finalmente la muerte”.

Algunos de los trastornos causados por el, consumo crónico de alcohol:

Cardiopatía. Aunque el consumo moderado del alcohol parece disminuir el riesgo de los ataques cardíacos al corregir los niveles de colesterol, dosis más grandes de alcohol pueden producir latidos del corazón irregulares y acrecentar la presión arterial hasta en personas sin una historia de cardiopatía. Un estudio importante encontró que personas que consumían más de tres bebidas alcohólicas al día tenían una presión arterial alta. El abuso crónico del alcohol también puede dañar el músculo del corazón que traslada a la insuficiencia cardíaca; las mujeres son particularmente vulnerables a este trastorno.

Trastornos mentales y neurológicos. El uso usual del alcohol deprime el sistema nervioso central, causando depresión clínica, confusión y, en los casos graves, Psicosis y trastornos mentales. El alcohol también puede producir problemas neurológicos más leves, incluyendo insomnio y cefalea (dolores de cabeza) (especialmente después de beber vino rojo).

Problemas gastrointestinales. El hígado en particular es puesto en riesgo por el alcohol. Aquí, el alcohol se convierte en un elemento aún más tóxico, que puede producir daño sustancial, incluyendo cirrosis en 10% de personas con alcoholismo. Dentro del tracto gastrointestinal, el alcohol puede ayudar a la causa de úlceras y de pancreatitis, una grave infección del páncreas. En una escala menor, puede causar diarrea y hemorroides.

Trastornos de la piel, musculares y óseos. El alcoholismo severo se asocia con la osteoporosis, la emaciación de los músculos con hinchazones y dolor, las heridas de la Piel y comezón. Además, parece que las mujeres dependientes del alcohol confrontan un mayor riesgo para el daño a los músculos, incluyendo músculos del corazón, por los efectos tóxicos del alcohol.

Factores que influyen en el consumo de alcohol y los daños relacionados con el alcohol

La OMS (2015), manifiesta que tanto en el plano individual como en el social, se han reconocido diversos elementos que influyen en los niveles y hábitos de consumo de alcohol, así como en la magnitud de los problemas relacionados con el alcohol en las comunidades.

Los efectos del consumo de alcohol sobre los resultados sanitarios crónicos y graves de las poblaciones están determinados, en gran medida, por dos dimensiones del consumo de alcohol separadas, aunque relacionadas, a saber:

1. El volumen total de alcohol consumido.
2. Las características de la forma de beber.

El contexto de consumo desempeña un papel importante en la aparición de daños asociados con el alcohol, en particular los asociados con los efectos sanitarios de la intoxicación alcohólica y también, en muy raras ocasiones, la calidad del alcohol consumido.

El consumo de alcohol puede tener consecuencias no sólo sobre el incidente de enfermedades, traumatismos y otros trastornos de salud, sino también en el progreso de los trastornos que padecen las personas y en sus resultados.

En lo que respecta a la mortalidad y la morbilidad, así como a los niveles y prácticas de consumo de alcohol, existen diferencias entre los sexos. El porcentaje de

defunciones atribuibles al consumo de alcohol entre los hombres asciende al 7,6% de todas las defunciones, comparado con el 4% entre las mujeres.

Formas de reducir la carga del consumo nocivo de alcohol

La OMS (2015), argumenta los problemas sanitarios, de seguridad y socioeconómicos atribuibles al consumo de alcohol se pueden disminuir eficazmente mediante medidas aplicadas al grado, las características y las circunstancias en que se produce la ingestión, así como a los determinantes sociales de la salud.

Los formuladores de políticas tienen a su disposición un acervo considerable de conocimientos científicos en torno a la eficacia y la costoeficacia de las siguientes estrategias: Regular la comercialización de las bebidas alcohólicas (en particular, la venta a los menores de edad); Regular y restringir la disponibilidad de bebidas alcohólicas; Promulgar normas apropiadas sobre la conducción de vehículos en estado de ebriedad. Reducir la demanda mediante mecanismos tributarios y de fijación de precios; Aumentar la sensibilización y el apoyo con respecto a las políticas. proporcionar tratamiento accesible y asequible a las personas que padecen trastornos por abuso del alcohol. poner en práctica programas de tamizaje e intervenciones breves para disminuir el consumo peligroso y nocivo de bebidas alcohólicas.

La OMS persigue el propósito de disminuir la carga de morbilidad producida por el consumo nocivo de alcohol y, en consecuencia, salvar vidas, prevenir traumatismos y enfermedades y mejorar el bienestar de las personas, las comunidades y la sociedad en su conjunto.

La estrategia mundial para disminuir el uso nocivo del alcohol representa una responsabilidad colectiva de los Estados Miembros de la OMS para usar constantemente medidas enderezadas a disminuir la carga mundial de morbilidad

causada por el consumo nocivo. La estrategia incluye políticas e intervenciones de base científica que pueden proteger la salud y salvar vidas si se aplican correctamente. Las opciones de política y las intervenciones que pueden aplicarse a escala nacional se pueden agrupar en 10 esferas, que se complementan y apoyan recíprocamente, a saber:

Liderazgo, concienciación y compromiso, respuesta de los servicios de salud, acción comunitaria, políticas y medidas contra la conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol, disponibilidad de alcohol, comercialización y promoción de las bebidas alcohólicas, políticas de fijación de precios, mitigación de las consecuencias negativas del consumo de alcohol y la embriaguez, reducción del impacto en la salud pública del alcohol ilícito y el alcohol de producción informal, seguimiento y vigilancia.

Sustancias psicoactivas

Según la OMS, la droga se define como: “toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, es capaz de modificar una o más funciones de este”. Según García (2001) “Aquella sustancia que provocan una alteración del estado de ánimo y son capaces de producir adicción. Este término incluye no solamente las sustancias que popularmente son consideradas como drogas por su condición de ilegales, sino también los diversos psicofármacos y sustancias de consumo legal como el tabaco, el alcohol o las bebidas que contienen xantinas como el café: además de sustancia de uso doméstico o laboral como las colas, los pegamentos y disolventes volátiles”.

De lo citado primeramente podemos opinar que la droga es una sustancia que provoca adicción y puede ser no solo ilegales, también las hay legales como el alcohol y el tabaco o las bebidas con xantinas, con esto podemos incluir a las gaseosas y a el café, también menciona sustancias como el pegamento.

El Ministerio de Protección Social 2017, menciona que el consumo de sustancias psicoactivas en un asunto de salud pública que debe tener un abordaje estructural e integral a partir de mediaciones basadas en la evidencia, con lógicas humanas y fundamentadas en aspectos sociales y de derechos.

Con la implementación del Plan Nacional de Promoción de la Salud, Prevención y Atención al Consumo de Sustancias Psicoactivas 2014-2021, el cual fue aprobado en el marco de la Comisión Nacional de Estupefacentes, se busca reducir la magnitud del uso de drogas y sus consecuencias adversas, mediante un esfuerzo coherente, sistemático y sostenido, dirigido a la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, a la prevención del consumo y a la atención de las personas y las comunidades afectadas por el consumo de drogas, esto acompañado del fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia en salud pública.

Clasificación de las drogas

1. Estimulantes: Precipitan la actividad mental, pueden ser de tipo anfetamínico o cocaínico, y aquí se encuadran también el crack.

2. Depresores: Retrasan la actividad menta, pueden ser de tipo:

- Barbitúrico: barbital, fenobarbital.
- No barbitúrico: hidrato de cloral.
- Tranquilizantes o benzodiazepinas.
- Opiáceos: codeína, metadona, morfina.

3. Cannábicos: Todos los procedidos del cannabis indica sativa, también son depresoras, pero por su categoría se han agrupado en un apartado independiente: grifa o marihuana, kifi, hachís y aceite de hachís.

4. Grupo alcohol: Depresoras del sistema nervioso, y se clasifican en bebidas fermentadas y destiladas.

5. Alucinógenos: Producen alucinaciones y existen un número elevado de ácidos entre los que sobresalen el LSD

6. Inhalables: el elemento que contiene: Xileno, tolueno, acetona, éter, óxido nitroso, nitrito de amilo”.

Esta clasificación sencilla nos permite entender con facilidad los tipos de drogas según lo que ocasionan al organismo de la persona que la consume.

También se pueden clasificar en legales e ilegales.

“Las drogas legales o institucionalizadas son aquellas que están apoyadas por una tradición y que están integradas en una determinada cultura y a las cuales, no solo se les considera peligrosas, sino que, además, se fomenta su consumo por medio de la publicidad puesto que su uso no está penado” (Berjano & Musitu, 1987).

Esta clasificación nos permite distinguir las dos clases de drogas según la legalidad y según el efecto.

Drogas legales: Cualquier elemento que perjudica el sistema nervioso central y se encuentra legitimada en nuestro país. Entre estos elementos se encuentran: el tabaco, el alcohol, los medicamentos, la cafeína, la teobromina, la teína, etc.

Las drogas ilegales o no institucionalizadas, son aquellas prohibidas por la Ley, En Colombia a través de la ley 30 DECRETO 3788 DE 1986

Drogas ilegales: Cualquier elemento que se encuentra en nuestro país de una forma ilegal, que su consumo, su compra, su venta y su cultivo o fabricación no está legitimada.

Al ser ingerida es capaz de cambiar, una o más funciones del organismo.

Definición de drogadicción

La O.M.S. (Organización Mundial de la Salud, 1969) define a la drogadicción con el término de “fármaco dependencia”, es un estado de dependencia psíquica o física, o

ambas a la vez frente a una sustancia que se establece en un sujeto después de la administración periódica de la misma.

Tipos de drogadicción

Arango, (2010)

“La dependencia producida por las drogas puede ser de dos tipos:

1. Dependencia física: El organismo se vuelve necesitado de las drogas, tal es así que cuando se interrumpe el consumo sobrevienen fuertes trastornos fisiológicos, lo que se conoce como síndrome de abstinencia.
2. Dependencia psíquica: Es el estado de euforia que se siente cuando se consume droga, y que lleva a buscar nuevamente el consumo para evitar el malestar u obtener placer. El individuo siente una imperiosa necesidad de consumir droga, y experimenta un desplome emocional cuando no la consigue.
3. Dependencia Social: Necesidad de consumir como manifestación de pertenencia a un grupo social que proporciona signos de identidad claros.

Algunas drogas producen tolerancia, que lleva al drogadicto a consumir mayor cantidad de droga cada vez, puesto que el organismo se adapta al consumo y necesita una mayor cantidad de sustancia para conseguir el mismo efecto.”

Esta clasificación permite distinguir los tipos de drogadicción según la dependencia.

EFFECTOS EN EL CONSUMIDOR

Mariguana

Efectos a corto plazo

Relajación, somnolencia, sensación de lentitud en el paso del tiempo.

Desinhibición, alegría desmedida, enrojecimiento ocular.

Aumento del ritmo cardiaco y la tensión arterial.

Sequedad de boca.

Percepción distorsionada.

Empeoramiento del tiempo de reacción y de la atención.

Dificultades para pensar y solucionar problemas.

Dificultad de coordinación.

Efectos a largo plazo

Problemas de memoria y aprendizaje.

- Peores resultados académicos.
- Abandono prematuro de los estudios.
- Dependencia (7-10 % de los que lo prueban).
- Trastornos emocionales (ansiedad, depresión) y de la personalidad.
- Enfermedades bronco-pulmonares y determinados tipos de cáncer.
- Trastornos del ritmo cardiaco (arritmias).
- Psicosis y esquizofrenia (especialmente en individuos predispuestos).

Cocaína

Efectos a corto plazo

- Euforia y sensación de aumento de energía.
- Disminución del apetito.
- Estado de alerta y falsa sensación de agudeza mental.
- Aumento de la presión arterial y el ritmo cardiaco.
- Contracción de los vasos sanguíneos.
- Aumento de la temperatura corporal.
- Dilatación de las pupilas.

RECOMENDACIONES (Alayo & Bambaren 2013)

- La creación de entornos saludables libres de alcohol y otras drogas, legales e ilegales, implica tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Contar con información basal sobre la situación de consumo de la población universitaria.
- Establecer políticas universitarias que aseguren una universidad libre de consumo de alcohol y drogas.
- Desarrollar actividades de sensibilización frente al consumo de alcohol y drogas, dirigidas a toda la comunidad universitaria.
- Desarrollar un programa de prevención de consumo de alcohol y drogas dirigido a toda la comunidad universitaria, con participación activa de los estudiantes.
- Establecer un programa de orientación y apoyo para las personas en riesgo o con problemas de consumo de alcohol y drogas.
- Desarrollar actividades científicas y culturales que aborden la problemática del consumo de alcohol y drogas, su prevención y tratamiento.
- Disponer de información actualizada sobre el tema, y que esté a disposición de toda la comunidad universitaria

SEXO:

Girondella 2012 manifiesta, en su definición estricta es una variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente: mujer u hombre. La diferencia entre ambos es fácilmente reconocible y se encuentra en los genitales, el aparato reproductor y otras diferencias corporales.

Bajo esta perspectiva, sexo es una variable meramente física, producida biológicamente, que tiene un resultado predeterminado en una de dos categorías, el hombre o la mujer. Es una dicotomía con rarísimas excepciones biológicas.

Estas diferencias físicas tienen consecuencias más allá de lo únicamente biológico — y se manifiesta en roles sociales, especialización de trabajo, actitudes, ideas y, en lo general, un complemento entre los dos sexos que va más allá de lo físico

generalmente en un todo que se conoce como familia, donde la reproducción se realiza en el medio ambiente ideal.

Género, se define de otra manera, una que da entrada a más de las dos únicas alternativas que produce el sexo. Género es definido como la manera en la que la persona ejerce su sexualidad y que se presupone puede ser diversa.

El género es como una variable de opción múltiple que contrasta con el sexo que sólo tiene dos opciones. Esas opciones múltiples de género, se dice, son roles o papeles sociales que la persona desarrolla desde su infancia y que definen a lo masculino y a lo femenino dentro de una sociedad. (Girondella 2012)

No tiene el género una definición fácil, tendiendo a ser comprendido como un estado personal dentro de la sociedad y que identifica a la persona ante las leyes y ante los demás, como hombre o mujer —pero que dentro de la persona no necesariamente coincide con sus propias ideas.

Entra en este momento, una expresión frecuente, la de “orientación sexual”, que aclara la idea de género. Cada persona, se dice, posee un género, pero también, una identidad de género. El género identifica a la persona ante la sociedad como hombre o como mujer, partiendo de rasgos biológicos obvios

Cuando nacemos somos clasificados en dos grandes grupos: niños y niñas. Cuando crecemos, al mismo tiempo que desarrollamos la conciencia de ser un individuo distinto de los demás, el denominado self existencial, adquirimos el self sexual, la auto categorización como hombre o como mujer, y junto con éste el self de género. La división biológica que traemos conlleva diferencias reproductivas, pero no diferencias actitudinales, normativas, conductuales o de roles. Todo ello es producto de la asignación social.

La identidad de género es la auto clasificación como hombre o mujer sobre la base de lo que culturalmente se entiende por hombre o mujer (López, 1988). Es el conjunto de sentimientos y pensamientos que tiene una persona en cuanto miembro de una categoría de género (Carver, Yunger y Perry, 2003). El proceso de construcción del self de género acontece a nivel interindividual, pero se desarrolla en interacción con el aprendizaje de roles, estereotipos y conductas (Barberá, 1998). Esto no implica la asunción de los roles y actitudes de género, puesto que cada persona desarrolla su propio sentido de masculinidad y feminidad (Spence, 1993; Koestner y Aube, 1995).

Sobre cómo se produce dicha construcción e interacción hay múltiples explicaciones. Tradicionalmente se han adoptado dos líneas argumentales: 1) aquella que se centra en los procesos internos al sujeto y 2) la que estudia la interacción entre los procesos psicológicos básicos y los factores sociales y situacionales. Dentro del primer grupo se encuentran las teorías cognitivas. Los modelos de interacción socio cognitiva y los denominados modelos sociales, siguiendo a Barberá (1998), se expondrán dentro del segundo grupo.

Concepto de sexualidad:

La OMS define la sexualidad humana como “un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. (OMS 2015)

La actualización de la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (PNSDSDR) se estructura a partir de los postulados que el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012 - 2021 propone, al definir la sexualidad como una dimensión prioritaria para las acciones en salud pública, dado su reconocimiento como una condición esencialmente humana que compromete al individuo a lo largo de todos los momentos del ciclo vital, lo que permite sustraerla de la mirada exclusivamente biológica o médica, para también abordarla desde lo social, con todos sus determinantes dentro de un marco de derechos.

SALUD SEXUAL.

La OMS (2000) manifiesta que la salud sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen.

SEXUALIDAD RESPONSABLE:

Soriano (2012) argumenta que la educación sexual radica en la instrucción referente desarrollar la comprensión de los aspectos físico, mental, emocional, social, económico y psicológico de las relaciones humanas entre hombre y mujer.

En la actualidad, la poca educación sexual que reciben en general los niños se basa sólo en el tema anatómica (diferencias entre el varón y la mujer) y se habla de las relaciones sexuales sólo desde el punto de vista de la eventualidad de enfermar, entregándose a extensos temas sobre protección y anticoncepción.

La sexualidad es un componente clave para formar muchos aspectos de la vida social. No sólo se trata del número de hijos «adecuado», también resulta importante el modo en el que se permiten las relaciones sexuales, la reglamentación de la natalidad, la permisividad o rechazo del aborto o el trato y el rango que se otorgan a la sexualidad de los seres que no tienen capacidad reproductiva (básicamente viejos y niños).

La sexualidad implica aspectos biológicos, emocionales, sociales, culturales, valóricos, éticos y filosóficos. Si bien las personas nacen con una establecida carga genética que define su sexo biológico, el proceso a través del cual se llega a asumir la propia sexualidad como una extensión personal y relacional, se ve fuertemente ligado a condiciones del medio ambiente y a las relaciones interpersonales, en especial, las relaciones afectivas que se establecen a través del tiempo.

¿Qué hacer para que sus hijos tengan una sexualidad adecuada?

1. Hable abiertamente del tema desde edades tempranas, siempre pensando en la capacidad del niño de entender lo que se está diciendo.
2. Hable en términos sencillos, claros y manejables para la edad en que se encuentra el niño.
3. Recuerde que somos seres sexuales, “tenemos el chip” que nos permite entender este tema, incluso desde lo instintivo, por lo tanto, mejor aún desde la razón.
4. No permita que otros niños informen a su hijo sobre sexualidad, tan pronto detecte que esto está pasando ofrézcale una explicación coherente y correcta.

5. Permítase sentir cuál es la expectativa de la edad y, porque no, pregúntele a ellos sobre sus inquietudes al respecto.
6. Hable sobre cada una de las funciones de la sexualidad
7. No haga diferencias entre niños y niñas, todos tenemos los mismos derechos y deberes frente a la sexualidad.
8. Recuerde su propio proceso aislando las razones sociales y culturales que lo rodeaban a usted, los tiempos cambian, pero la sexualidad en el desarrollo humano no.
9. No niegue que su hijo está creciendo y que un día será un adulto, esto por más doloroso que parezca es la mejor actitud frente al crecimiento de ellos, con ello los valoramos en su proceso y les damos un lugar en donde desarrollarse en confianza. De esta manera se alcanzarán que los niños tengan información amorosa, respetuosa, adecuada al ambiente que lo rodea y a la edad en que se encuentra. Y podrán enfrentarse a la sexualidad genital de manera responsable y adecuada.

Cambios físicos en la adolescencia.

En las mujeres, la pubertad se caracteriza por un aumento de la secreción hormonal, lo que provoca un crecimiento rápido, aumento del pecho y las caderas, desarrollo de los genitales, aparición de vello púbico y axilar y la aparición de la menarquia o primera menstruación. En promedio, la menarquia ocurre entre los 9 y 11 años de edad, y el tiempo promedio para que la pubertad se complete es de 4 años. En los varones, la pubertad se caracteriza por el estirón del crecimiento, aumento del tamaño testicular, aparición del vello púbico y facial, engrosamiento de la voz y espermarquia o primera emisión de esperma. Esta primera emisión de esperma ocurre entre los 11 y 15 años de edad, y la pubertad en los jóvenes varones puede durar hasta los 20 o 21 años. Puede haber una gran variación entre el inicio y la duración del desarrollo de la pubertad tanto entre los hombres como entre las mujeres. (Magdaleno, 2003, s. p)

Cambios cognitivos en la adolescencia.

Los cambios cognitivos que se dan durante la pubertad hacen que los jóvenes puedan pasar del pensamiento concreto a pensamientos y conductas más abstractas. Durante esta etapa de pensamiento concreto, los adolescentes se preocupan de sí mismos y manifiestan una conducta egocéntrica. Los adolescentes tienden a creer que son siempre el centro de atención, y tienen una —audiencia imaginaria. Los jóvenes tienden a soñar despiertos o a fantasear, y establecen metas no realistas sobre su futuro. El interés en sí mismos y la conducta introspectiva son comunes, y los adolescentes tienden a pasar más tiempos solos. Con frecuencia los jóvenes creen que sus problemas son únicos y que no tienen solución y por lo tanto nadie puede comprenderlos. Durante este periodo, las personas jóvenes experimentan con roles y fantasías con el fin de desarrollar su identidad, la cual incluye su propio concepto sobre sexualidad, identidad de género y orientación sexual. (Maddaleno, 2003,)

Identidad. Según Papalia (2005) La identidad se forma en la medida en que los jóvenes resuelven tres problemas principales: la elección de una ocupación, la elección de valores en qué creer y por qué vivir y el desarrollo de una identidad sexual satisfactoria. Para formar una identidad los adolescentes deben establecer y organizar sus habilidades, necesidades, intereses y deseos de forma que puedan ser expresados en un contexto social.

Según Godoy (2012) que cita a Papalia (2010), —dos preocupaciones importantes acerca de la actividad sexual entre los adolescentes son el embarazo y los riesgos de contraer enfermedades de transmisión sexual, las cuales se transmiten por contacto sexual y pueden ser adquiridas tanto por heterosexuales como por homosexuales. El mayor peligro lo corren los jóvenes que inician pronto la actividad sexual, que tienen parejas múltiples, que no usan anticonceptivos o que tienen información inadecuada,

o desinformación, acerca del sexo. Quienes provienen de comunidades con desventajas socioeconómicas tienen mayor probabilidad de correr riesgos sexuales. En la adolescencia el individuo deja de lado aquellos aspectos que lo identificaron en la infancia, para pasar a adaptarse a comportamientos propios de la nueva etapa, por ejemplo, elección de nuevos roles, la independencia, libertad, responsabilidad, curiosidad y transición como lo afirma Menancho (2005). Al mismo tiempo Osorio (2014) refiere, la adolescencia, como etapa del desarrollo del ser humano abarca, por lo general, el periodo comprendido de los 11 a 20 años, en el cual, él sujeto alcanza la madurez biológica y sexual.

Aunque en la sociedad la sexualidad todavía es un tema con tabúes y en algunos casos oculta, es importante recordar lo que representa esta en la adolescencia, pues es la etapa donde el adolescente empieza a reconocerse como un ser sexuado, a adquirir la identidad sexual, a sentirse atraído romántico, afectivo o sexualmente por sus pares. Ahora bien Papalia (2005) indica que la sexualidad es verse a sí mismo como un ser sexuado, la propia orientación sexual, aceptar los cambios sexuales y establecer apegos románticos o sexuales son aspectos que acompañan a la adquisición de identidad sexual. La conciencia de la sexualidad es un aspecto importante de la formación de la identidad, que afecta de manera profunda las relaciones y la imagen que uno tiene de sí mismo. Si bien este es un proceso impulsado por factores biológicos, su expresión está definida en parte por la cultural. (Godoy, 2012).

Cruz et al. (2007) afirman, En la actualidad, los problemas medico sociales más importantes que afectan a la juventud son el embarazo no deseado y las enfermedades de transmisión sexual, y el uso de métodos anticonceptivos puede servir como solución para ambos. Si bien muchos de estos métodos son conocidos por los adolescentes, la mayoría no los utiliza debido a la falta de información adecuada, a la

vergüenza de adquirirlos, y a la carencia de servicios de salud y consejería que les garanticen una privacidad y confidencialidad merecidas. Lo que indica que la falta de información y conocimiento lleva a los adolescentes a asumir conductas de riesgo en lo que al sexo se refiere, pues la educación sexual debe ser un proceso integral que prepare y le permita al individuo actuar con responsabilidad.

Derechos sexuales

Todas las personas por el solo hecho de ser seres humanos tenemos derechos que nadie nos puede negar. Estos derechos se denominan derechos humanos e incluyen el derecho a la vida, la identidad, la salud, la educación, la libertad, la alimentación, el techo, la seguridad, etc. Todos estos derechos son necesarios para que podamos disfrutar de una vida digna y desarrollarnos plenamente.

Estos derechos nos corresponden a todos los seres humanos sin ningún tipo de distinción o discriminación por sexo, raza, religión, edad, estado civil, orientación sexual, nacionalidad, etc.

Los gobiernos tienen el deber y la obligación de respetar, proteger y cumplir los derechos humanos, lo que implica que no pueden restringirlos y deben generar las normas y condiciones para que todos podamos ejercerlos.

Existen acuerdos internacionales firmados por la mayoría de los países del mundo que definen qué son los derechos humanos, como la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención Americana de Derechos Humanos, y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer. En nuestro país todos estos tratados tienen rango constitucional, es decir que son de suma importancia y están por encima de todas las leyes nacionales y provinciales.

“Como la salud es un derecho humano esencial, la salud sexual y reproductiva es también una parte integral de los derechos humanos.”

Los derechos sexuales y reproductivos se basan en la autonomía de las personas para tomar decisiones acerca de su vida, su sexualidad, su cuerpo, su reproducción, su salud y su bienestar. Incluyen el derecho a tener relaciones sexuales cuando queremos y con quien queremos, sin violencia ni bajo presión; a tener hijos cuando lo deseamos, y a expresar nuestra sexualidad de la manera en que la sentimos. Los derechos reproductivos son esenciales para que podamos ejercer nuestro derecho a la salud e incluyen el derecho a utilizar servicios de salud reproductiva integrales y de buena calidad que garanticen la privacidad, el consentimiento libre e informado, la confidencialidad y el respeto. . (Min salud 2012).

Mitos en las relaciones sexuales

- Creen que en la primera relación sexual no sucede nada: es la inocencia que tienen algunos adolescentes de que la primera vez no podría ocurrir un embarazo, por ser precisamente la primera.
- Juegos preliminares: primeros intentos de penetración. El himen no es una cubierta completamente cerrada; el hombre al penetrar un poco, con un espermatozoide que esté afuera puede originar un embarazo.
- Coito interrumpido: método tradicional en el que el hombre cuando siente que va a expulsar semen, retira el pene de la vagina. Aunque se crea que no sucede nada, existe el líquido pre eyaculatorio del que no se tiene control y el que puede contener un porcentaje significativo de espermatozoides, por lo que este es un método riesgoso que tiene sólo un 60% de efectividad.
- El ritmo: método tradicional en el que se calcula los días de baja y alta fertilidad de las mujeres; según estos, se planean las relaciones sexuales. Es un método

arriesgado, porque los ciclos de las mujeres son diferentes y los cálculos, en muchos casos, no se ajustan a lo que está sucediendo en el cuerpo. Además, cuando se habla de baja fertilidad, no significa que no haya y es posible el embarazo.

- Cuando se cree estar embarazada hay mitos como tomar agua con limón, agua helada, con hierbas, introducirse pastillas en la vagina y tomarlas vía oral al tiempo, tomar pastillas con cerveza, entre otros. Estos son los conocidos métodos folclóricos que no tienen base científica y que buscan un aborto o que no haya fecundación; algunos pueden terminar en hemorragias que ponen en peligro la vida de las jóvenes. (centeno 2012)

Problemas conductuales:

En la adolescencia no son del todo aconsejables los planes alimenticios, ya que el adolescente tiene prisa por el cambio y además es impetuoso por el proceso hormonal en que se encuentran, lo cual grava la realidad. Es mucho más útil para ellos introducirlo en lo que será un estilo de vida.

Los abusos sexuales, físicos y emocionales pueden tener lugar en la adolescencia y pueden dar lugar a muchos de las dificultades mencionados con anterioridad. (Ortega, 2014)

Cambios psicológicos.

Los adolescentes son también capaces de los mayores sacrificios o de fundar una relación de amistad o de amor. Pueden igualmente pasar de un comportamiento ascético a una actitud de entrega a cualquier tipo de sensación que les produzca placer.

En correlación con el impulso sexual, se produce en la adolescencia con un conjunto de cambios que conviene en reseñar. Al comienzo de este periodo, se registra a un aumento cuantitativo de los impulsos, se reactivan los institutos que

componían la sexualidad infantil, reafirmandose una serie de conductas agresiva sexuales propias de los primeros años de vida del niño. (Ortega, 2014)

Aspecto psicosexual de la adolescencia.

a. Fantasías Sexuales.

Los sueños y las fantasías sexuales se toman más frecuentes y explícitos en la adolescencia muchas veces como elementos auxiliares de la masturbación. Parece ser que la fantasía de la adolescencia, cumple varios cometidos: Realza por la general el placer de la actividad sexual; Original excitación o provoca orgasmo, en fin, supone un medio de experimentación sexual sin riesgo controlable y nada conmocionarte

b. independencia.

A medida que el adolescente pugna por fortalecer un sentido de identidad de liberación personal con respetar a sus padres y a otras, adquiere gran importancia con los compañeros y compañera de la misma edad.

c. Reacciones paternas.

Muchos adultos dan la impresión de sentirse provocado por las pautas del adolescente en esta metería demuestra el hecho de que se pretenda suprimir en la escuela sobre el método anticonceptivos. Por fortuna notado los padres adoptar una visión negativa de sexualidad juvenil en algunos casos asumen por postura más liberales.

d. Pauta de conducta sexual

- La masturbación.

Cumple en los adolescentes funciones de calidad, como son el alivio de la tensión sexual, instituir una forma inusual, la mejora la auto confianza, el dominio de los impulsos sexual, la mitigación de la soledad y escape de la tensión y el entre generales.

e. Las caricias (Petting).

El Petting debe contemplarse a la luz de actitud que hoy se contempla en la conducta sexual del adolescente. Mucho de los adolescentes de nuestros días han prescindido de la costumbres de ``salir ``darse cita con compañero o compañera y se entienden pauta de interacción social menos estructurados. (Ortega, 2014)

f. **El coito.**

La primera experiencia coital puede constituir un episodio de dicha, gocé, intimidad y satisfacción o, por el contrario original inquietud, desengaña y culpa también debe tenerse en cuenta que no poco adolescente no son vírgenes realizan el acto sexual con escasos frecuencias. `` La persona adecuada. `` Los adolescentes que mantienen una relación amorosa que permanecen desde hace tiempo, suele realizar el coito con bastante regularidad. (Gutiérrez 2014)

“hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro” (Ortega, 2014)

Enfermedades de Transmisión Sexual

Jiménez (2012), argumenta que las enfermedades de transmisión sexual (ETS), anteriormente llamadas enfermedades venéreas, son unas de las enfermedades infecciosas más comunes hoy en día.

Infección por el VIH y SIDA

Existen millones de personas contagiadas por el VIH en todo el mundo. Las personas que tienen SIDA son muy susceptibles a muchas enfermedades infecciosas latentemente graves, llamadas infecciones oportunistas, así como a determinados tipos

de cáncer. La transmisión del virus se produce primordialmente durante la actividad sexual y por compartir agujas para inyectarse drogas intravenosas.

Clamidias (infección por Chlamydia)

Esta infección es actualmente la ETS más común de todas las causadas por bacterias. Tanto en hombres como en mujeres, la clamidia puede causar una secreción genital anormal y una sensación de quemazón al orinar. En las mujeres la clamidiasis no controlada puede producir una enfermedad inflamatoria pélvica, que es una de las principales causas de embarazo ectópico e esterilidad en las mujeres. Sin embargo, muchas personas con infección por Chlamydia prácticamente no tienen síntomas de infección.

Herpes genital

Afecta a muchas personas cada año. El herpes genital está producido por la infección por el virus del herpes simple (VHS). Los primordiales síntomas de la infección por el herpes son las ampollas dolorosas o las úlceras abiertas en el área genital. Pueden venir precedidas por una sensación de pinchazos o quemazón en las piernas, nalgas o región genital. Las úlceras del herpes habitualmente desaparecen en dos o tres semanas, pero el virus persiste en el cuerpo para toda la vida y las lesiones pueden volver a aparecer de tanto en tanto.

Verrugas genitales

Las verrugas genitales, también llamadas verrugas venéreas o condilomas acuminados, están producidas por el virus del papiloma humano (VPH), un virus relacionado con el virus que causa las verrugas vulgares de la piel. Habitualmente las verrugas genitales aparecen inicialmente como bultos pequeños, duros e indoloros en el área vaginal o en el pene o alrededor del ano. Si no se tratan, pueden crecer y desarrollar una apariencia carnosa, parecida a una coliflor.

Gonorrea

Siguen siendo muchos los casos de gonorrea prescritos cada año en nuestro país. Los síntomas más frecuentes de la gonorrea son la serosidad vaginal o por el pene y la micción difícil o dolorosa. Las dificultades más frecuentes y graves aparecen en las mujeres, igual que con la clamidiasis, y entre ellas se encuentran la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), el embarazo ectópico y la infertilidad.

Sífilis

La ocurrencia de la sífilis ha aumentado y disminuido drásticamente en los últimos años. Los primeros indicios de la sífilis pueden no ser detectados puesto que son muy leves y desaparecen naturalmente. El síntoma inicial es un chancro: una úlcera abierta no dolorosa que habitualmente aparece en el pene o alrededor o en el interior de la vagina. También puede aparecer cerca de la boca, el ano o en las manos.

Prevención de las ETS

La mejor condición de prevenir las ETS es evitar los contactos sexuales. Si decides ser sexualmente activo, hay varias cosas que puedes hacer para disminuir tu riesgo de desarrollar una ETS.

Mantén una relación sexual mutuamente monógama con un/a compañero/a sexual no infectado/a

Emplea el condón de forma correcta y continuada

Utiliza agujas nuevas si se inyecta drogas intravenosas

Vigila otras ETS para disminuir la susceptibilidad a la infección por el VIH y para reducir su infecciosidad si estás infectado por el VIH

Retarda el inicio de tus relaciones sexuales lo máximo posible. La gente joven son los más susceptibles en sus primeras relaciones sexuales para desarrollar una ETS.

El riesgo de una ETS también aumenta con el número de compañeros sexuales a lo largo de la vida

Embarazo no deseado

Definición

Anselem (2009) sostiene que “Se puede definir como un embarazo que no ha sido buscado. En una situación que no ha sido en la adolescencia, ya que no afectara a diferentes esferas, como la situación familiar, económica, personal y de pareja, proyecto de futuro.

Causas

El embarazo no deseado es un problema que desde unos años viene siendo trascendental ya que el número de casos cada vez aumenta más, entre las principales causas tenemos:

Falta de información

En la actualidad, la educación en colegios, sobretodo, estatales ha disminuido estrepitosamente. La mayoría de casos de embarazo se dan en secciones de pobreza y como no cuentan con información de calidad ni la adecuada acerca de este tema se produce el embarazo.

Falla de los métodos anticonceptivos

Carby (2009) afirma que “en la sociedad el debut de los adolescentes se da en una precoz edad y la falta de anticonceptivos es el elemento más influyente, ya que la mayor parte de embarazos adolescente en el mundo no son planificado”. Además, los adolescentes le dan un mal uso a los métodos anticonceptivos debido a que no están bien informados.

Presión social

Los jóvenes le tienen miedo al rechazo y a la soledad, por esta razón hacen lo que sea para no ser rechazados. Los seres humanos, actúan involuntariamente ante situaciones que generen alteraciones significativas en el sistema nervioso y que los afecte emocionalmente, frente al rechazo, se buscan argumentar acciones que muchas veces no son las correctas. Las personas piensan más en lo que puedan pensar los otros de sí mismos, que en sus propias opiniones.

Patrones culturales

Una sociedad donde hay gente de toda clase social, creencia religiosa, hábito, etc. Pero con relación al tema, la evidencia del cambio de hábitos derivado de una nueva libertad sexual, hace que las personas actúen de diferentes formas según sus hábitos. Algunos piensan que es bueno iniciarse en la vida sexual a una temprana edad, otros que se debe llegar virgen hasta el matrimonio, pero todo esto interviene a que los adolescentes tomen sus decisiones respecto a la sexualidad.

Violación

La violación deja una herida que no cicatriza jamás. Pero si además induce un embarazo, el infierno es aún más profundo. Y exhibe a la víctima a opciones absolutamente dramáticas. En muchos casos el quedar embarazada debido a esta causa es algo que marca de por vida a la madre gestante, por lo que se considera un tema bien considerado y la mayoría tiende en abortar el producto.

Consecuencias

Ámbito social.

La adolescente tiene que enfrentar muchos inconvenientes, aparte de que sea juzgada por una sociedad que muestra rechazo hacia su situación por diversos temas

como la moral, la filosofía, la sociología, la biología, la religión, etc., tiene que tomar decisiones que marcarán su vida desde ese momento en adelante.

Muchas jóvenes dejan de educarse por motivos de fuerza mayor (entre ellos es la inestable economía) y eso es lo que a largo plazo le traerá desventajas en el ámbito laboral y económico, ya que no será competitiva frente a las demás personas. Las separaciones de pareja también son muy frecuentes.

Ámbito familiar.

En el ámbito familiar más madres adolescentes sienten el rechazo completo de la familia, ya que lo consideren un gasto económico. Y generalmente obligan a la gestante a abortar.

Por otro lado, existen familias que consideran a un embarazo prematuro como una ayuda más, es decir como a una adicional más que puede ayudar en diversas actividades, este caso se presenta más en las comunidades andinas. Asimismo, depende de la condición económica de las familias si es que reciben a un nuevo integrante o no. (Cifuentes, 1994.).

Ámbito personal.

Izzedin (2011) nos dice “Si para atravesar tal situación ellas no cuentan con contención psicológica, podrían desencadenarse alteraciones emocionales que las lleven a un duelo de características patológicas”

Sobre este tema Rivera (2008) expone que: “Los psicólogos que tratan estos casos han reportado, un tremendo complejo de culpa, disturbios emocionales en las relaciones sexuales y enfermedades psicosomáticas (producidas por la mente), posterior al aborto, como afirman ellas mismas, “la terrible sensación de ser una asesina”, que no desaparece con el tiempo, sino que se oculta produciendo gran cantidad de efectos psicológicos.”

Además, Marquina (2007) afirma que: “El factor psicológico conlleva la carga afectiva que es más intensa que cualquier otra pérdida. La adolescente, por la etapa en que se encuentra, muchas veces ve en la maternidad un factor de realización como mujer, al verla frustrada por las múltiples razones, genera en ella un daño psicológico difícil de revertir por cuanto está negando con esto su maternidad que le es propia, y vive el llamado síndrome postaborto.”

Aborto

Una de las causas del aborto según la enciclopedia LEXUS en el nivel socioeconómico de la mujer ya que al no tener dinero para la mantención del recién nacido opta por el aborto clandestino.

Otras de las causas según Martínez 2009 son:

“Utilización de la mujer como objeto sexual, opresión de la mujer en numerosos grupos sociales, valoración social negativa solo hacia la mujer, abandono de la familia a las mujeres con embarazos no deseados, falta de información a tiempo, sobre opciones e instituciones de atención a las mujeres embarazadas, acceso fácil desde tempranas edades a información y uso de preservativos, crisis de la vida familiar con la disminución significativa de la atención de los padres a los hijos

AFECTIVIDAD Y SEXUALIDAD.

Cuando se distribuye educación sexual, sin darse cuenta se puede caer en los estereotipos sobre la sexualidad y el amor. Puede ser poco pedagógico y a veces peligroso dar como ciertas ideas preconcebidas que ya actúan socialmente, es decir, que ya las sentimos incorporadas de manera inconsciente. Se ha trabajado mucho desde el feminismo, desde la conciencia de una sociedad muy machista y patriarcal y la consideración de muchos aspectos negativos y de poco valor de la femineidad y, por

lo tanto, es lógico comenzar la mejora de la consideración social, personal y sexual de las chicas.

Propiciar la Comunicación.

Durante mucho tiempo se impartían créditos de educación afectivo sexual y uno se daba cuenta de que los chicos y chicas, cuando se trabajaban esos temas con ellos y se les conducía hacia la cuestión de la educación afectivo sexual, acababan hablando muy poco de sexualidad y mucho de «cómo somos», cómo nos relacionamos, cómo nos sentimos y estamos en diferentes momentos. Quizás sea lo más interesante: llegar a hablar de cómo me relaciono conmigo mismo, con los demás, los miedos, las carencias y el significado de la afectividad. Si se logra esa comunicación, observas que permite avanzar mucho en todo el trabajo con los alumnos, no solo en el tema afectivo sexual, sino en el aumento de la autoestima y del bienestar individual, así como del grupo. (Grifols 2010).

Adolescencia y riesgo.

Los versados reconocen que existen conductas de riesgo o con riesgo implícito en las características de la personalidad adolescente. Con frecuencia, superar el riesgo es un reto, es transgredir, ponerse a prueba para medir los propios límites e ir ganando autonomía. Pasar este punto de riesgo, entre comillas, también forma parte de la adolescencia. Es decir, este es el peligro, pero es también el placer, de conseguir moverse, hacer o pensar diferente a como lo hacen los adultos.

Teoría del Riesgo.

Corona (2011) afirma, son conductas de riesgo aquellas tareas voluntarias o involuntarias, realizadas por un individuo o comunidad, que puede llevar a consecuencias nocivas. Son múltiples, y pueden ser biopsicosociales.

El estudio de ellas ha mostrado que son particularmente intensas en la adolescencia. A ello favorecen diferentes características propias de la edad, entre las que destaca la “sensación de invulnerabilidad” o mortalidad negada, la necesidad y alto grado de experimentación emergente, la susceptibilidad a influencia y presión de los pares con necesidad de conformidad intergrupala, la identificación con ideas opuestas a los padres y necesidad de trasgresión en el proceso de autonomía y reafirmación de la identidad.

Teorías de Protección y Resiliencia

La acción basada solo en riesgos, además de mostrar debilidades, contribuyó al predominio de una visión e identificación más bien negativa de los adolescentes. Considerar los factores y conductas protectoras, la mayoría de ellos espejos de las de riesgo, agrega un componente importantísimo para aumentar la eficacia del trabajo preventivo. Esta teoría nace de la observación de niños y adolescentes que, a pesar de estar expuestos a condiciones de vida adversas, llegan a ser adultos saludables y positivos. En general la resiliencia es entendida como aquella característica humana que permite recuperarse y superar la adversidad. Es un concepto que nos centra en los factores protectores, que pueden ser propios como la inteligencia, locus de control interno, sentido del humor y habilidades empáticas; o externos o circunstanciales como la cohesión familiar, al menos un padre amoroso, sentido de pertenencia escolar, etc.

Por otra parte, no se debe olvidar que dosis graduales y controladas de problemas pueden constituir factores positivos si se consideran sus funciones, como el aprender a responder en forma adecuada, saludable y constructiva, las posibilidades de fortalecer la autoestima y autoeficacia a través de logros, de desarrollar destrezas sociales y tomar decisiones. (Corona, 2011)

Los adultos más cercanos, como son los padres, constituirán una fuente fundamental de modelaje, pero también pueden ser factores externos positivos, al ser fuentes de apoyo y crecimiento, los pares, el colegio, la comunidad y la sociedad.

Teoría del Desarrollo Juvenil Positivo.

Se refiere al desarrollo normal y saludable en toda circunstancia, y no sólo en la adversidad. La contribución hacia el desarrollo positivo juvenil entre los médicos, los propios adolescentes, sus padres, y la comunidad, proveerá que los adolescentes pasen de ser meros receptores a ser individuos activos, informados que deliberadamente hacen opciones sanas para ellos mismos.

Este enfoque intenta potenciar al adolescente completo más que aspectos puntuales de su desarrollo, ambiente o personalidad, que tengan productos específicos a las etapas y tareas del desarrollo, e interacciones positivas con la familia, barrio y contextos social y cultural.

PREVENCION DE CONDUCTAS DE RIESGO.

Corona 2011 argumenta, que el ABORDAJE CLÍNICO Las intervenciones clínicas pretenden del desarrollo de habilidades de comunicación ya que los adolescentes pueden resistirse a discutir temas sensibles como son el uso de sustancias y/o sexualidad.

Deben realizarse desde la adolescencia inicial, ajustarse a las destrezas cognitivas emergentes, acomodarse a sus necesidades de desarrollo, ser personalizadas al género e incluir evaluación de la salud mental, fortalezas individuales y factores protectores.

Promoción de Fortalezas Ausentes. Aunque esta cercanía anima al adolescente a tomar responsabilidad creciente de su salud, es importante mantener una relación colaborativa con los padres y realizar consejería, fundamentalmente a los

padres de adolescentes más jóvenes con conductas de riesgo, ya que la mejoría en la comunicación, supervisión y otras habilidades de crianza pueden disminuirlas.

La psi coeducación es un trabajo intelectual que constituye una técnica sencilla para conversar acerca de riesgos y factores protectores, después de la evaluación de los mismos. Esta técnica agrega a la clásica información entregada por los profesionales de la salud, su contextualización respecto el adolescente individual y su cotidianeidad, lo que permite que pueda ser integrada desde lo más concreto y vivencial.

La consejería es una técnica que requiere mayor ejercicio y forma una importantísima herramienta de trabajo tanto con los adolescentes como con sus padres. En ella, el profesional no da consejos, si no que orienta y ayuda al adolescente a aclarar y/o a buscar soluciones propias, después de reflexionar, frente a un determinado problema.

La entrevista motivacional es una estrategia terapéutica para el cambio, en la que se interviene fundamentalmente que el cambio surge siempre desde la persona y no se le puede exigir, pero sí potenciar. Tratar de hacer cambiar a alguien que no está preparado no sólo no es efectivo, sino que puede tener efectos iatrogénicos. Es un grupo de habilidades de entrevista estructurada que ayuda a los pacientes a avanzar en las etapas del cambio desde pre contemplación, a la contemplación, a la preparación y a la acción. Las fases del cambio según el modelo de Prochaska y Di Clemente incluyen 5 etapas, a saber:

- 1) Pre-contemplativa, en que el individuo no considera aún la posibilidad del cambio;
- 2) contemplativa, en que está considerando la posibilidad de cambiar.
- 3) preparación, en que está planificando y comprometiéndose con el cambio.
- 4) acción, en que está realizando la conducta de cambio.

5) mantenimiento, que es sostener a largo plazo el cambio.

Prevención y responsabilidad sexual

La responsabilidad

El ejercicio los derechos sexuales se debe hacer con responsabilidad, protegiéndose, reconociendo y aceptando las consecuencias.

El comportamiento sexual responsable se expresa en los planos personal, interpersonal y comunitario. Se caracteriza por autonomía, madurez, honestidad, respeto, consentimiento, protección, búsqueda de placer y bienestar. (OPS, OMS, 2000)

Lo que no se observa en los jóvenes universitarios donde la moral sexual tradicional se impone en una cuarta parte de los jóvenes, cuando afirman que les da vergüenza

Comprar un condón en una farmacia, así como colocar el condón a su novio o dejar que lo coloque la novia. (Santamaría & Hernández, 2008) 48.5% de las jóvenes sexualmente activas entre 15 y 29 años nunca se han realizado una prueba de Papanicolaou. (García & Hernández, 2008) Los jóvenes universitarios experimentan violencia física o psicológica.

Una comunidad fomenta los comportamientos sexuales responsables al proporcionar la información, recursos y derechos que las personas necesitan para participar en dichas prácticas. (OPS, OMS, 2000)

A nivel internacional, la Organización Panamericana de la Salud establece hacer obligatoria la educación integral de la sexualidad basada en derechos, sensible al género y culturalmente apropiada en los programas de estudios a todos los niveles, (OPS, 2009) en el contexto nacional la Ley General de Educación establece que las instituciones educativas tendrán que desarrollar actitudes solidarias en los individuos y crear conciencia sobre la preservación de la salud, el ejercicio

responsable de la sexualidad, la planeación familiar y la paternidad responsable, sin menoscabo de la libertad y del respeto absoluto a la dignidad humana... fomentando el conocimiento de sus causas, riesgos y consecuencias.

La responsabilidad es un valor que deben mostrar los jóvenes, mediante el autocuidado y afrontando las consecuencias de sus actos.

Los tres órdenes de gobierno deben promover una cultura de respeto a los derechos sexuales y el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la información, la guía para la comprensión de los derechos y orientación para el ejercicio de la sexualidad con responsabilidad.

Es necesario que en los programas educativos de nivel universitario, se implementen formalmente los programas de educación en salud, incluyendo los derechos sexuales y el ejercicio responsable de la sexualidad.

El cambio conductual

Es un proceso dinámico en el que implica crecer, desarrollarse y adaptarse. Es frecuente que el cambio tarde en ser aceptado, sobre todo si las actitudes de las personas no encajan en los programas de cambio conductual (Kozier, 1999).

El cambio conductual consiste en modificar una conducta acostumbrada por otra con mayores beneficios. Es un proceso que se da con el tiempo y para iniciar este proceso, son necesarios las siguientes condiciones: intencionalidad positiva hacia la nueva conducta, un mínimo de barreras en el cumplimiento de la conducta, suficiente habilidad para llevar a cabo la conducta recomendada, creer que las acciones tendrán resultados positivos y encontrar mensajes que sirvan como recordatorios (Lloyd, 2003)

Los programas de intervención constituyen una clave poderosa para lograr una conducta de salud positiva (Salazar & Correa, 2003).

Conocimientos

Polanyi (1891-1976), afirma que el conocimiento está basado en tres tesis claves:

1. Descubrimiento auténtico no es explicable por un conjunto de reglas articuladas o de algorismos.
2. El conocimiento es público, pero también en gran medida es personal, eso significa que el conocimiento al ser construido por seres humanos tiene un aspecto emocional.
3. En el conocimiento explícito se encuentra el más fundamental, el tácito. Todo conocimiento es tácito o está enraizado en el tácito.

Planteó que en cada actividad hay dos dimensiones del conocimiento:

1. Conocimiento sobre el objeto o fenómeno que observamos conocimiento focal
2. Conocimiento utilizado como instrumento o herramienta para manejar o mejorar la interpretación de lo observado-conocimiento tácito

Polanyi expresa que el lenguaje por sí sólo no basta para expresar el conocimiento. El tiene una frase célebre que indica eso: “sabemos más de lo que somos capaces de expresar”. La teoría que plantea es la forma en que el ser humano adquiere y usa el conocimiento. Para el conocimiento es diferente a conocer. El prefería hablar de adquisición del conocimiento más que de tener conocimientos.

El identificaba tres elementos sociales tácitos para la transferencia del proceso de conocer por la práctica:

1. la imitación
2. la identificación
3. el aprendizaje

Actitudes

Establecida por Allport, que la consideraba ‘un estado de disposición mental y nerviosa, organizado mediante la experiencia, que ejerce un influjo directivo dinámico en la respuesta del individuo a toda clase de objetos y situaciones’ (Allport, 1935, Baró, 1988).

Esta definición plantea ya algunas características centrales de la actitud (Valle y Rand, 1994):

- a) Es un constructo o variable no observable directamente.
- b) Implica una organización, es decir, una relación entre aspectos cognitivos, afectivos y conativos
- c) Tiene un papel motivacional de impulsión y orientación a la acción aunque no se debe confundir con ella y también influencia la percepción y el pensamiento.
- d) Es aprendida.
- e) Es perdurable.
- f) Tiene un componente de evaluación o afectividad simple de agrado-desagrado.

Estructura de las Actitudes: Los Modelos sobre la Actitud

Modelos Tridimensional, Bidimensional y Unidimensional

Según el modelo tridimensional toda actitud incluye tres componentes:

- a) El cognitivo.
- b) El afectivo.
- c) el cognitivo-conductual (McGuire, 1968, 1985; Breckler, 1984; Judd y Johnson, 1984; Chaiken y Stangor, 1987).

El componente cognitivo se refiere a la forma como es percibido el objeto actitudinal (McGuire, 1968), es decir, al conjunto de creencias y opiniones que el

sujeto posee sobre el objeto de actitud y a la información que se tiene sobre el mismo (Hollander, 1978).

El componente afectivo podría definirse como los ‘sentimientos de agrado o desagrado hacia el objeto’ (McGuire, 1968).

El componente conativo hace referencia a las tendencias, disposiciones o intenciones conductuales ante el objeto de actitud (Rosenberg, 1960; Breckler, 1984).

Prácticas

La práctica, o la forma como ésta se entienden, está determinada por la concepción de mundo y el ideal de sujeto que se tenga en un momento histórico determinado. Así, la visión idealista de los griegos representados en Platón y Aristóteles, concebían la práctica como el arte del argumento moral y político, es decir, el pensamiento como lo esencial de la práctica, como el razonamiento que realizan las personas cuando se ven enfrentadas a situaciones complejas. De igual manera Kant, retoma esta concepción y propone la razón práctica; como una forma de conocimiento, fundada en la existencia de una moral absoluta. (1996, La práctica una interacción, Diccionario Didáctico Educativo)

RELACIONES TOXICAS

Los 10 tipos de relaciones tóxicas, según Riso (2014), Son relaciones en las que quedamos atrapados por una especie de red negativa, no solo se refiere a relaciones amorosas sino que pueden ser relaciones de amistad o familiares.

Las relaciones tóxicas son aquellas que nos hacen sentir mal, cambiar de formas que no nos gustan, nos alteran de maneras que no podemos controlar o destruyen quienes somos. Son relaciones que nos hacen infelices. Y además de las que es muy difícil salir.

Típicamente son relaciones en las que una persona es dominante, o sumisa, o hay problemas de comunicación, manipulación, mentiras o chantajes. Son relaciones en las que una o ambas partes sufren pero a las que no sabemos poner fin.

Relaciones Tóxicas Sociales (Violencia, Pandillaje)

Tarde o temprano los adolescentes acaban sumergidos en el mundo de las citas y los noviazgos, un asunto que no es fácil de aceptar ni de manejar para muchos papás, y sobre el que generalmente los jóvenes se abstienen de discutir con sus familias. (García, 2016)

Por ello resulta complicado para los adultos determinar si sus hijos se están enfrentando a relaciones que no son tan sanas y que pueden acabar afectándolos. Se dice que algo anda mal o que una relación es tóxica cuando uno de los miembros de la pareja siente que con el otro hace cosas que en otras circunstancias no haría, que siente que este es más importante que sí mismo o que solo se entiende con él en el ámbito sexual.

La psicóloga e investigadora García (2016), amplía esta definición y señala que una relación es dañina cuando la interacción entre los miembros de la pareja produce consecuencias negativas en su bienestar.

“Se pueden presentar conductas de humillación, vigilancia y control de una persona a la otra, e incluso se pueden dar amenazas, maltratos físicos y psicológicos, presión o intimidaciones sexuales”, dice Botero.

La especialista señala que en una relación insana usualmente existen “dinámicas de dominancia-sumisión” de parte de una de las personas, mientras que la otra desarrolla “un apego ansioso hacia su pareja”.

Una relación a temprana edad no es necesariamente inocente y también puede traer episodios fuertes que a largo plazo pueden afectar la vida emocional de la persona.

Esa, precisamente, es una de las razones por las que los padres de familia deben agudizar sus sentidos para detectar en sus hijos señales de alarma como las siguientes.

Intervenir, pero sin imposiciones

Si su hijo adolescente presenta alguna, o algunas, de las señales expuestas en el artículo principal, es necesario que intervenga. La cautela en estos casos es fundamental. Alterarse y empezar la conversación con un “te lo dije” no causará más que el rechazo del joven y una negativa para sincerarse con usted.

Torres, 2016, Psicoanalista y maestra en psicología comunitaria, dice que es importante entender que la adolescencia es un periodo de aprendizaje, de prueba y error, en el que los papás deben ser acompañantes sensatos, reflexivos y amorosos. “No se trata de llegarles con un discurso aprendido en el que se les dice qué está bien y qué no. Hay que ayudarlos a pensar y a reflexionar, pero no desde la insistencia o los señalamientos, sino desde las experiencias del joven y con un absoluto respeto por la diferencia”, recomienda la especialista.

Si está pensando en prohibirle que deje de verse con esa persona que usted identifica como dañina, mejor absténgase de hacerlo, pues puede ser contraproducente. De acuerdo con Díaz , 2016, afirma que lo más conveniente es dialogar sobre los hechos, llenar de confianza al joven y demostrarle que usted está con él para apoyarlo y ayudarlo a tomar decisiones y no para juzgarlo.

“Es mejor enseñar que prohibir. Ellos mismos tienen que darse cuenta de que hay personas que definitivamente no les convienen.

La línea entre aconsejar a un adolescente e imponerle algo es muy delgada, por lo que se debe buscar el punto medio”.

Los expertos aconsejan que, si bien debe existir un respeto por la vida personal de sus hijos, también hay una obligación de actuar cuando sea necesario.

Claro, esto no significa que no les permita a ellos afrontar las consecuencias de sus malas decisiones.

Y si la situación se salió de control y usted no sabe qué hacer, busque la ayuda de un profesional. “El educador primario de mi hijo soy yo, como papá o mamá, pero consultar expertos no significa ser malos padres, a veces tienen que darnos una mano”, concluye Díaz.

Marcas y moretones

Los adolescentes empiezan a presentar marcas en la piel o lesiones sin explicación alguna. En situaciones como esta pueden estar ocurriendo dos cosas: que sean producto de maltrato o de enfrentamientos físicos con sus parejas o que, presas de un estado depresivo o en medio de episodios de desazón emocional, causados por los altibajos de sus relaciones, acaben haciéndose daño, es decir, infligiéndose cortes, mordiscos y tirones de pelo, entre otras acciones. Cuando el caso es extremo, los jóvenes tienden a enunciar pensamientos pesimistas sobre la vida y el futuro, e incluso a tener ideas suicidas.

Vicios

El joven afectado empieza a fumar o a consumir sustancias alcohólicas o alucinógenas. Si ya lo hacía, se incrementa el consumo. Baja o sube su peso. Algunos jóvenes pierden el apetito repentinamente o, por el contrario, empiezan a comer de manera desenfrenada, según el estado de ánimo derivado del momento por el que atraviesa su relación. Si busca aceptación, puede que empiece a adoptar dietas drásticas para bajar de peso.

Ansiedad por el celular

Una conducta ansiosa y permanente con el celular se incrementa; el joven lo revisa constantemente y si recibe alguna llamada, evita hablar delante de los demás;

se encierra para hacerlo. Vale aclarar que esta actitud, en una era de altísima dependencia de los dispositivos tecnológicos, no representa peligro en sí misma, pero si un adolescente empieza a mostrar comportamientos poco comunes, esto constituye una llamada de atención.

Deja de ser el mismo

En cuestión de días o semanas, el adolescente cambia hábitos y actitudes que siempre lo caracterizaron. Eso incluye su forma de hablar, de expresarse, de relacionarse y comunicarse con los demás, e incluso su apariencia deja de ser la misma. El joven adopta otra forma de peinarse, de vestirse o maquillarse –en el caso de las jóvenes–, muchas veces para agradar a su pareja. Aunque parece una señal insignificante y típica en estas edades, es importante no pasarla por alto, pues esto demuestra qué tan fuerte o moldeable es su carácter.

A la defensiva

Cuando los padres formulan preguntas a sus hijos sobre sus parejas y estos se muestran prevenidos, se niegan a hablar de él o ella o simplemente cambian de tema.

Montaña rusa de emociones

El joven comparte menos tiempo con su familia y amigos o deja de lado las actividades que solía disfrutar. Si es deportista, empieza a faltar a sus entrenamientos o los abandona.

El rendimiento académico fluctúa dependiendo del estado de la relación, así como sus emociones. Pierde con facilidad el control y puede pasar en un solo momento de la felicidad al enojo, de la tranquilidad a la irritabilidad. Además, a causa de esos altibajos, el menor presenta algunos dolores físicos.

Sexualidad en Riesgo: Promiscuidad Los riesgos de la sexualidad en la adolescencia

La clave es el diálogo libre de prejuicios, acompáñalo en su búsqueda



Los adolescentes por su impetuosidad e inexperiencia, constituyen un **grupo de riesgo**. Los tiempos han cambiado, y el que les toca vivir no es nada fácil. Nuevas enfermedades de transmisión sexual como el SIDA, embarazos no deseados, adicciones, son tan solo algunas de las cuestiones que preocupan a los padres.

Pueden adoptarse diferentes posiciones a fin de afrontarlos, ya sea según la moral de la familia o su adaptación a los cambios que se viven. Para algunos la mejor solución es la abstinencia, pero para otros pueden aceptar con más espontaneidad que los adolescentes deben vivir sus propias experiencias.

Lo cierto es que debemos tener presente que **toda prohibición produce aumento del deseo**, siempre es así, y si se niega la realidad sexual de los hijos, o se calla, por censura o pudor, los jóvenes llevarán a cabo sus experiencias de alguna u otra forma, totalmente abandonados de protección.

La verdadera protección no es prohibir, sino **informar**. Ellos deben aprender a tomar las previsiones adecuadas en cada situación, ésta será la mejor manera de cuidarlos.

La práctica sexual y las relaciones de riesgo que se repiten sin protección, son síntomas de problemas emocionales, es el reflejo de un estilo de vida llevada al límite.

Los adolescentes que asumen estos riesgos tienden a repetirlos en otras facetas de su vida y necesitan ayuda; en primer lugar, de **su familia**.

Si como padre sientes que te resulta difícil manejar la situación, puedes consultar con un profesional que los ayude, a ti y a tu familia, a situar los fallos y a encontrar soluciones adecuadas para el caso.

Asumir la elección sexual es una de las definiciones más complicadas de este momento de la vida. Es frecuente que un adolescente dude de su identidad sexual, como también lo son los acercamientos exploratorios entre adolescentes del mismo sexo, particularmente entre los más jóvenes.

Estas dudas forman parte de su **búsqueda**, de las incertidumbres que siempre produce lo nuevo o lo desconocido. Es esencial **estar a su lado** en esta búsqueda, pero, sobre todo, que sea el hogar el sitio privilegiado en el que se **dialogue con total libertad**.

La ignorancia, los prejuicios y los miedos, no ayudan en absoluto a la angustia con la que un adolescente afronta sus propias preguntas.

Marco conceptual

Salud

Según la (OMS 1946) "Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de Enfermedad o dolencia, al que tiene derecho toda persona sin distinción de raza, credo.

Universidad saludable

Según la (OPS, OMS 1986), Se basa en los principios de ciudades sanas escuelas promotoras de la salud, que prevalecen iniciativas de fomento de la salud,

dirigidas a la Universidad como entorno, más que como estrategias de cambio de hábitos de cada persona en particular. (OPS, OMS 1986)

Estilos de vida saludable

"conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona
: "El estilo de vida puede definirse como el conjunto de patrones de conducta que caracterizan la manera general de vivir de un individuo o grupo" (Sánchez, & Casimiro 1996, 1999).

Conducta de Riesgo

Según la OMS 1986 las conductas de riesgo es la "forma específica de conducta de la cual se conoce su relación con una susceptibilidad incrementada para una enfermedad específica o para un estado de salud deficiente"

Alcohol

Aquel líquido incoloro e inflamable, de olor extremadamente fuerte y que se obtiene por la destilación del vino o de otros licores (Gardey, 2009)

Tabaco

Según la (OMS 1986) Se denominan productos del tabaco los que están hechos total o parcialmente con tabaco, sean para fumar, chupar, masticar o esnifar. Todos contienen nicotina, un ingrediente psicoactivo muy adictivo.

Drogas

OMS 1986: "Droga" es toda sustancia que, introducida en el cuerpo por cualquier vía de administración, produce una variación de algún modo, del natural movimiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.

Adolescencia

Según la (OMS 2015), es definida como una etapa de transición entre la infancia y la adultez, que esa comprendida entre los 10 y 19 años; también define como grupo de jóvenes a los que están comprendidos entre 10 y 24 años.

Sexo

Variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente: mujer u hombre. La diferencia entre ambos es fácilmente reconocible y se encuentra en los genitales, el aparato reproductor y otras diferencias corporales. (Girondella et al, 2012).

Sexualidad

Es una dimensión fundamental del ser humano que está vigente a lo largo de su existencia. Su desarrollo armónico es fundamental para la formación integral de la persona. Su finalidad es la relación humana en tanto contempla dimensiones comunicativas, afectivas, de placer y reproductivas. Su desarrollo comprende aspectos biológicos, psicológicos y sociales, resaltando dentro de estos últimos la dimensión ética (Men, 1993).

CAPITULO III

METODOLOGIA

Tipo y diseño de estudio

El enfoque del estudio es de corte cuantitativo debido a que pretende la explicación de lo concerniente al manejo de la conducta de riesgo social en dos momentos antes y después de la sensibilización, socialización y los de inducción; trabajando fundamentalmente con el resultado, “el número”, con resultados cuantificable antes y después de la aplicación de una escala de medición de percepción y actitud sobre conducta de riesgo. Es experimental porque se manipuló intencionalmente la variable independiente (el programa de talleres: sensibilización y diagnóstico-planificación) sobre las variables dependientes: la percepción y la actitud (sobre conducta de riesgo).

Diseño de investigación

El presente estudio es de diseño exploratorio, descriptivo, explicativo. Exploratorio porque por primera vez se va explorar la percepción y actitud que tienen los estudiantes, docentes y administrativos sobre la conducta de riesgo; descriptivo porque en base a datos obtenidos de la percepción y actitud el cual se realizó, mediante una gestión estadística donde se observará el comportamiento de dichas variables (percepción y actitud sobre espiritualidad); y pre experimental en vista que se medirá la efectividad del programa de planificación “universidad saludable” en el eje de desarrollo espiritual sobre su percepción y actitud de los encuestados; en dos momentos

antes de aplicados los talleres y después de desarrollarse el programa de inducción; con el cual se determinara si hubo diferencias de medias entre el antes y el después.

Estructura del diseño de la Investigación:



Donde:

X: Programa de Planificación “Universidad Saludable”

Y: Percepción

Z: Actitud

Población y muestra

La población de estudio estuvo conformada por 487 estudiantes de diferentes género y diversas edades estudiantiles y un grupo de 40 que representaban a los docentes y administrativos del programa de enfermería de la decanatura de ciencias de la salud de la universidad metropolitana de Barranquilla Colombia.

Para decidir el tipo de muestreo a realizar se consideró lo expresado por Hernández (2014) quien refiere que: “En realidad, pocas veces es posible medir a toda la población, por lo que obtenemos o seleccionamos una muestra y, desde luego, se pretende que este subconjunto sea un reflejo fiel del conjunto de la población. Todas las muestras (en el enfoque cuantitativo) deben ser representativas; por tanto, el uso de los términos al azar y aleatorio sólo denota un tipo de procedimiento mecánico relacionado con la probabilidad y con la **selección** de elementos o unidades, pero no **aclara el tipo de muestra ni el procedimiento de muestreo**”; “ la elección entre la muestra probabilística y la no probabilística se hace según el planteamiento del problema, las hipótesis, el diseño de investigación y el alcance de sus contribución” (pp175-177).

Tomando en cuenta lo expresado por este autor en relación al tipo de investigación planteado en este estudio (un programa pre experimental); además por las circunstancias propias del quehacer académico no se pudo realizar un método de muestreo probabilístico; como refiere Hernández para que se denomine este tipo debiera cumplir dos condiciones: “Para hacer una muestra probabilística son necesarios dos procedimientos: 1. Calcular un tamaño de muestra que sea representativo de la población. 2. Seleccionar los elementos muestrales (casos) de manera que al inicio todos tengan la misma posibilidad de ser elegidos”. Es decir el tamaño (cuántos) realizado mediante una formula y la selección (quiénes) que se procede a través de diferentes métodos.

Considerando, estas premisas; en la presente investigación el muestreo se realizó de forma no probabilística en donde “la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador” (Johnson, 2014, Hernández-Sampieri et al., 2013 y Battaglia, 2008b citado en Hernández 2014, pp. 175-177). Sin embargo, se hizo uso de la formula probabilística para dar representatividad a la cantidad de muestra más la selección se realizó de forma no aleatoria.

Se calculó mediante la siguiente fórmula.

$$n = \frac{Z^2 pqN}{Z^2 pq + e^2 (N - 1)}$$

Dónde:

n = Tamaño de muestra que se desea encontrar =?

N =Tamaño de la población =486

Z = Percentil normal en relación al Nivel de confianza 95% establecido por el investigador (Z = 1.96)

p = Probabilidad de éxito (50% o 0,5).

q = Probabilidad de fracaso (50% o 0,5).

e = Margen de error permisible establecido por el investigador = 0.05

Remplazando valores tenemos:

$$n = \frac{Z^2 pqN}{Z^2 pq + e^2 (N - 1)}$$

$$n = \frac{(3.8416)(0.5)(0.5)(487)}{(3.8416)(0.5)(0.5) + (0.0025)(487)} = \frac{466.7544}{2.1729} = 214.807124$$

Según la formula “utilizada” muestra una representatividad de 215 participantes estudiantes. Sumados los 18 docentes y 02 administrativos que decidieron participar voluntariamente.

En complemento, se consideró lo afirmado por Hernández (2011) quien dice: “Las muestras probabilísticas son esenciales en los diseños de investigación transeccionales, tanto descriptivos como correlacionales-causales (las encuestas de opinión o sondeos), donde se pretende hacer estimaciones de variables en la población. Estas variables se miden y se analizan con pruebas estadísticas en una muestra, de la que se presupone que ésta es probabilística y que todos los elementos de la población tienen una misma probabilidad de ser elegidos” (pp175-177).

En la presente investigación por ser un programa de diseño pre experimental no se podría haber indicado (o seleccionado “aleatoriamente”) quienes participarían (sería como “obligarlos”) más bien tendrían que ser voluntarios (previa motivación para afirmar el compromiso) considerando que en un programa siempre hay desertores; en el caso de este estudio la motivación y sensibilización se dio en la etapa de la feria de la salud; entonces para la cantidad de participantes “tamaño de la muestra”, “cuantos”, se promocionó la participación de voluntarios y se inscribieron 280 estudiantes de los diferentes semestres de los cuales se seleccionó de forma intencionada por medio del tamizaje de los criterios de inclusión y exclusión se

cumplió con la representatividad de la muestra 217 estudiantes y 16 docentes y 02 administrativos haciendo un total de 235; quedando estructura en la siguiente tabla:

Tabla 1. *Muestra de estudiantes que participaron en el estudio.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Estudiantes del 1er semestre	30	12,8	12,8	12,8
Estudiantes del 2do semestre	28	11,9	11,9	24,7
Estudiantes del 3er semestre	37	15,7	15,7	40,4
Estudiantes del 4to semestre	22	9,4	9,4	49,8
Estudiantes del 5to semestre	31	13,2	13,2	63,0
Estudiantes del 6to semestre	17	7,2	7,2	70,2
Estudiantes del 7mo semestre	28	11,9	11,9	82,1
Estudiantes del 8vo semestre	24	10,2	10,2	92,3
Docentes	16	6,8	6,8	99,1
Administrativos	2	,9	,9	100,0
Total	235	100,0	100,0	

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

1. Estudiantes de cualquier religión, estado civil, procedencia, etc.
2. Población adolescente, joven y/o adulta que esté matriculado.
3. Docentes y personal administrativo habilitado.
4. Universitarios dispuestos a participar voluntariamente previa firma del consentimiento informado.
5. Estudiantes que desearían participar al menos al 100% de los talleres (05 talleres), 16 sesiones educativas.

Criterios de exclusión

1. Estudiantes no matriculados en el 2017-I
2. Población estudiantil menores de 16 años.
3. Universitarios mayores de 65 años.

4. Población que no está dispuesta a participar voluntariamente.

Consideraciones éticas

La presente investigación tendrá como referente y consideraciones a los lineamientos éticos internacionales como: Código de Núremberg 1947, Declaración de Derechos Humanos, Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, Informe Belmont (1978) de la Comisión Nacional para la Protección de sujetos Humanos en la Investigación Biomédica y del Comportamiento, Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos UNESCO2005. Declaración de Córdoba. Red de Bioética de la UNESCO 2008. Standards and Operational Guidance for Ethics Review of Health – Related Research with Human Participants OMS 2011.

Como lineamientos éticas nacionales se han tomado en cuenta lo plasmado en las leyes colombianas como lo bien estipula la Constitución Política de Colombia; y el Código Civil, Ley de Protección de Datos Personales, Ley N° 27657. Ley del Ministerio de Salud, Códigos Deontológicos de la Organización Colegial de Enfermería vigentes.

Tomando en cuenta dichos considerandos se acondiciono los ítems del instrumento respetando las normas internacionales y nacionales vigentes además se articuló un párrafo de declaración de consentimiento informado por parte del encuestado quien tenía plena libertad para responder o no la encuesta. Asimismo, la encuesta contiene compromisos del investigador a usar los datos exclusivamente para el objetivo del estudio y de no revelar la identidad de los encuestados (aun sea por indicios demográficos, ya que no se consideró que pongan nombres).

A cada persona que participe en el estudio, se le informará del propósito del estudio y su participación voluntaria, salvaguardando así el derecho a la confidencialidad y a la libertad de opinión y su consentimiento informado.

Descripción del área geográfica de estudio

La investigación se llevó a cabo en la Universidad Metropolitana, ubicada en la Cl. 76 #42-78, Barranquilla, Atlántico.



Población y muestra

Estará constituida por 594 personas de ambos sexos en grupos etarios que van de la adolescencia media a adulto mayor del programa de las ciencias de la salud (Enfermería, de la Universidad Metropolitana).

Muestra: para la deducción del tamaño de la muestra se tuvieron en cuenta los siguientes parámetros: un intervalo de confianza del 95%, un error alfa de 5%, una población total de 594 personas y una prevalencia esperada de 39%. El tamaño muestral de este estudio es de 235 participantes, los cuales serán elegidos empleando un muestreo aleatorio estratificado por afijación proporcional.

Criterios de Inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

Ser alumno matriculado en el programa de enfermería de educación superior de la universidad metropolitana.

Ser instructor o administrativo en la universidad metropolitana.

Criterios de Exclusión

Alumnos que, estando matriculados, abandonen el programa incluidos en el estudio durante el proceso de intervención.

Docentes y/o administrativos al que se le haya suspendido o finalizado la contratación con la universidad metropolitana durante el tiempo de la investigación.

Partícipes que decidan retirarse espontáneamente de la investigación o, en su defecto, decidan no firmar el consentimiento informado.

Consideraciones Éticas

Se tendrá en cuenta la indagación y autorización de las respectivas administraciones para realizar la investigación en la Universidad Metropolitana con la participación de los colaboradores de carácter voluntario.

De esta manera, el estudio se ejecutará teniendo en cuenta el principio de autonomía mediante el consentimiento informado, el cual reside en la explicación verbal acerca de los objetivos generales, así como la confiabilidad de los datos que se obtendrán de los sujetos de estudio. De esta forma, se investigará que la aceptación no sea pasiva por parte de las personas, sino que sea una participación sin restricción de ningún tipo, con posibilidad de retiro voluntario.

De igual forma, se tendrán en cuenta los criterios constituidos en la Declaración de Helsinki y la Resolución 008430 de 1993, bajo la cual esta investigación se clasifica como una investigación de peligro mínimo, ya que es un estudio que emplea técnicas en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencional de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que colaboran en el estudio, entre los que se consideran entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Para su progreso, el protocolo de investigación fue examinado y aceptado por el comité de ética institucional, con el plan de contribuir a la prevención y control de los problemas de salud presentes en la comunidad universitaria.

Adicional a lo anterior, se tendrá en cuenta el principio de RELEVANCIA: ya que este proyecto se eligió basado en la examen de los problemas de salud o condiciones no transmisibles, tales como: obesidad, estrés, hipertensión, diabetes, lo que causa aumento en la morbilidad y mortalidad. Es de vital importancia que la comunidad universitaria participe, ya que pueden favorecer y mejorar sus modos de vida. VALIDEZ ya que el programa Universidad Saludable procura optimizar las prácticas saludables y controlando el estrés, de APLICABILIDAD siendo útil y utilizable con productos auto sostenibles en el tiempo, es INNOVADOR porque lleva a constituir cambios de conducta. En su SOSTENIBILIDAD desde el ámbito individual, familiar y colectivo, optimizando el rendimiento laboral y académico de la población en estudio con efectos a largo plazo.

Programa educativo “Universidad Saludable”

Está basado en las teorías de aprendizaje social y teoría de transformación de la conducta y organizado en 5 sesiones educativas teorías y prácticas sobre conductas de riesgo, conducta sexual, relaciones toxicas planeamiento estratégico del adolescente, además de principios y técnicas de motivación conductual como es el reforzamiento de la autoeficacia, a través de sesiones sobre autoestima, asertividad, toma de decisiones, emancipación y afrontamiento a los conflictos de prácticas. Usando la metodología ARDE.

Objetivos

4. Reforzar en el 70% de los participantes los conocimientos respecto a la prevención de conductas de riesgo, factor de riesgo.
5. Fomentar el cambio de actitud en un 50% de los trabajadores frente a la sexualidad en riesgo y responsable.
6. Fortalecer en el 70% de participante de la Comunidad Académica Metropolitanas prácticas y conductas saludables.
7. Promover acciones Estratégicas de Prevención de Conducta de Riesgo

Estrategias

Se implementó una estrategia pedagógica consistente en 5 sesiones educativas y talleres prácticos de conductas de prevención, sexualidad en riesgo, relaciones toxicas y plan estratégico. Para ello se usó la metodología ARDE. El adulto, adolescente, participa activamente en cada una de los cursos, destaca la reflexión y el trabajo colaborativo, destaca el uso de mensajes fuerza para fijar los conocimientos en el participante.

Esta metodología consiste en cuatro partes: Animación, reflexión, demostración y evaluación.

Animación: Se promueve a los colaboradores a romper el hielo, creando un entorno de confianza; esto ayuda a estimular los sentidos y admite a los participantes y capacitadores despejarse de lo cotidiano. En este instante también se motiva y mueve el interés de las personas por el tema. Se hace un breve preámbulo y se presenta el tema a tratar.

Reflexión: Este paso admite conocer que tanto sabe del tema el público, admitiendo recoger las sapiencias previas de los participantes, examinarlos y a contrastar los saberes nuevos o nuevos conocimientos. Aquí el facilitador brinda la nueva información en base a los conocimientos previos de los participantes.

Demostración: es el corazón de la técnicas ARDE, porque admite a los participantes aplicar lo asimilado en forma grupal o personal y plasmarlo en acciones específicas. Es en este instante cuando se generan los mensajes fuerza y se refuerzan conocimientos y el desarrollo de pericias y destrezas. Favorece el cambio de experiencias y/o conocimientos adquiridos por los participantes.

Evaluación: admite confirmar, ratificar y retroalimentar lo aprendido. Posteriormente, como parte de la evaluación los participantes asumen responsabilidades de mejorar las prácticas respecto a los temas tratados Las dos primeras partes y la evaluación serán desarrolladas por la investigadora y el desarrollo del tema lo ejecutaron profesionales de la Universidad Metropolitana También se dará asesoría y consejería del equipo de psicología. (Invitado internacional).

Esquema de sesiones educativas

Para trabajar conocimientos, actitudes y prácticas de conductas de riesgo. Todas las sesiones fueron teórico – prácticos.

MODULO DE PREVENCION DE CONDUCTAS DE RIESGO.

PREVENCIÓN CONDUCTAS DE RIESGO (SESION 1)

- 1.1 Sensibilización:
- 1.2 Cuales son las conductas de riesgo (más frecuentes)
- 1.3 Factores de riesgo y protectores
- 1.4 Actitudes frente a las conductas de riesgo (alcohol, consumo de sustancias psicoactivas, tabaco) y consecuencias.
- 1.5 Espacios libres de humo (recomendaciones)

PREVENCIÓN CONDUCTAS DE RIESGO (SESION 2)

- 1.1 Consumo de sustancias psicoactivas y consecuencias
- 1.2 Estrategias para reducir el consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas.
- 1.3 Prevención en la conducta de riesgo
- 1.4 Que es sexualidad, cambios físicos del adolescente
- 1.5 Mitos sexuales, aspectos psicosexuales en la adolescencia

PREVENCIÓN CONDUCTAS DE RIESGO (SESION 3)

- 1.1 Afectividad y sexualidad, sexualidad responsable
- 1.2 Sexualidad en riesgo (ETS, embarazo, aborto)
- 1.3 Prevención y responsabilidad.
- 1.4 Promoción de la salud
- 1.5 Teoría del riesgo
- 1.6 Cambio conductual

RELACIONES TOXICAS SESION (4)

- 1.1 Marcas y moretones
- 1.2 Vicios
- 1.3 Ansiedad
- 1.4 Defensiva

DIAGNÓSTICO Y PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO (SESION 5)

- 1.1 Identificación de la Comunidad Académica Metropolitana con la Universidad Metropolitana
- 1.2 Misión, visión y propósito del plan estratégico
- 1.3 Percepción de la situación sobre Universidad Saludable por parte de la Comunidad Académica Metropolitana, y contrastancias a través del análisis DOFA
- 1.4 Desarrollo de las Áreas Estratégicas de conductas de riesgo, indicadores, y metas.

Tabla 2. Operacionalización de las variables: Actitud y percepciones en conductas de riesgo

MATRIZ INSTRUMENTAL					
VARIABLE	DIMENSIONES	ITEMS	ESCALA	VALORACIÓN	INSTRUMENTO
ACTITUD FRENTE A LA CONDUCTA DE RIESGO	Fortalecimiento de capacidades	1. ¿Percibe usted que la administración de la universidad educa en prevención y mitigación de conductas de riesgo a sus alumnos, docentes y trabajadores?	nada = 1 Algo = 2 Regular =3 suficiente=4 mucho =5	Percepción Negativa sobre conducta de riesgo = 1...24 Percepción Deficiente sobre conducta de riesgo= 25...42 Percepción Un poco positiva sobre conducta de riesgo43...60 Percepción Positiva sobre conducta de riesgo 61...78 Percepción Optima sobre conducta de riesgo 79...96	Instrumento de "Actitudes y Percepciones para una Conducta de riesgo" confeccionado por el Magister en Salud Pública Guido Angelo Huapaya Flores, Lima, 2016
		7. ¿Considera usted necesario que la universidad deba promover la participación en talleres de conducta de riesgo o esto quitaría tiempo a lo académico?	nada = 1 Algo = 2 Regular =3 suficiente=4 mucho =5	Percepción Negativa sobre conducta de riesgo = 1...24 Percepción Deficiente sobre conducta de riesgo= 25...42 Percepción Un poco positiva sobre conducta de riesgo43...60 Percepción Positiva sobre conducta de riesgo 61...78 Percepción Optima sobre conducta de riesgo 79...96	
		8. ¿Considera usted necesario que se debería considerar en el currículo de cada facultad algún tópico sobre hábitos saludables, cuidados de la salud y manejo en la conducta de riesgo o esta sería una distracción a lo académico?	nada = 1 Algo = 2 Regular =3 suficiente=4 mucho =5	Percepción Negativa sobre conducta de riesgo = 1...24 Percepción Deficiente sobre conducta de	

				riesgo= 25....42 Percepción Un poco positiva sobre conducta de riesgo43....60 Percepción Positiva sobre conducta de riesgo 61....78 Percepción Optima sobre conducta de riesgo 79....96
		9. ¿Considera usted necesario que durante su permanencia los alumnos, docentes o trabajadores en la Universidad deberían recibir educación sobre conducta de riesgo, o esto los distraería de sus labores?	nada = 1 Algo = 2 Regular =3 suficiente=4 mucho =5	Percepción Negativa sobre conducta de riesgo = 1...24 Percepción Deficiente sobre conducta de riesgo= 25....42 Percepción Un poco positiva sobre conducta de riesgo43....60 Percepción Positiva sobre conducta de riesgo 61....78 Percepción Optima sobre conducta de riesgo 79....96
	planes y lineamientos normativos	2. ¿Considera usted necesario que debería existir de políticas, lineamientos y resoluciones sobre prevención y mitigación de conductas de riesgo en la universidad o eso es una responsabilidad de cada familia?	nada = 1 Algo = 2 Regular =3 suficiente=4 mucho =5	Percepción Negativa sobre conducta de riesgo = 1...24 Percepción Deficiente sobre conducta de riesgo= 25....42 Percepción Un poco positiva sobre conducta de riesgo43....60 Percepción Positiva sobre conducta de riesgo 61....78 Percepción Optima sobre conducta de riesgo 79....96
		3. ¿Considera usted necesario que debería existir normas, directivas y señalizaciones para la prevención y mitigación de la	nada = 1 Algo = 2 Regular =3	Percepción Negativa sobre conducta de riesgo = 1...24

		<p>ingesta de alcohol, tabaco, drogas sexualidad riesgosa en la universidad o esto es un asunto del ministerio de salud encargado?</p>	<p>suficiente=4 mucho =5</p>	<p>Percepción Deficiente sobre conducta de riesgo= 25....42 Percepción Un poco positiva sobre conducta de riesgo43....60 Percepción Positiva sobre conducta de riesgo 61....78 Percepción Optima sobre conducta de riesgo 79....96</p>	
		<p>4. ¿ Considera usted necesario que debería articularse planes operativos ys estratégicos con prevención y mitigación de conductas de riesgo en la universidad o que ya es bastante con nuestros planes académicos?</p>	<p>nada = 1 Algo = 2 Regular =3 suficiente=4 mucho =5</p>	<p>Percepción Negativa sobre conducta de riesgo = 1...24 Percepción Deficiente sobre conducta de riesgo= 25....42 Percepción Un poco positiva sobre conducta de riesgo43....60 Percepción Positiva sobre conducta de riesgo 61....78 Percepción Optima sobre conducta de riesgo 79....96</p>	
		<p>5. ¿ Considera usted necesario que la universidad debería tener un presupuesto para realizar actividades o inversiones en prevención y mitigación de conductas de riesgo o esto no es parte de su responsabilidad?</p>	<p>nada = 1 Algo = 2 Regular =3 suficiente=4 mucho =5</p>	<p>Percepción Negativa sobre conducta de riesgo = 1...24 Percepción Deficiente sobre conducta de riesgo= 25....42 Percepción Un poco positiva sobre conducta de riesgo43....60 Percepción Positiva sobre conducta de riesgo 61....78 Percepción Optima sobre conducta de riesgo 79....96</p>	

Espacios y servicios	<p>6. ¿ Considera usted que la universidad debería contar con espacios para actividades que ayuden en la prevención y mitigación de conductas de riesgo o esto quitaría espacio a lo académico:</p>	<p>nada = 1 Algo = 2 Regular =3 suficiente=4 mucho =5</p>	<p>Percepción Negativa sobre conducta de riesgo = 1...24 Percepción Deficiente sobre conducta de riesgo= 25...42 Percepción Un poco ´positiva sobre conducta de riesgo43....60 Percepción Positiva sobre conducta de riesgo 61....78 Percepción Optima sobre conducta de riesgo 79....96</p>
	<p>17. ¿Considera usted necesario que la universidad cuente con un consultorio de cambio conductual para la atención, prevención y mitigación de conductas de riesgo de los alumnos, docentes y personal o para eso está el centro de salud?</p>	<p>nada = 1 Algo = 2 Regular =3 suficiente=4 mucho =5</p>	<p>Percepción Negativa sobre conducta de riesgo = 1...24 Percepción Deficiente sobre conducta de riesgo= 25...42 Percepción Un poco ´positiva sobre conducta de riesgo43....60 Percepción Positiva sobre conducta de riesgo 61....78 Percepción Optima sobre conducta de riesgo 79....96</p>
	<p>18. ¿Considera usted necesario contar con especialistas en Salud Pública expertos en cambio conductual en la universidad que nos ayuden a la prevención y mitigación de la conductas de riesgo o para eso están las docentes, psicólogos y personal de salud que ya tenemos?</p>	<p>nada = 1 Algo = 2 Regular =3 suficiente=4 mucho =5</p>	<p>Percepción Negativa sobre conducta de riesgo = 1...24 Percepción Deficiente sobre conducta de riesgo= 25...42 Percepción Un poco ´positiva sobre conducta de riesgo43....60 Percepción Positiva sobre conducta de riesgo 61....78 Percepción Optima sobre</p>

				conducta de riesgo 79....96
		20. ¿Considera usted necesario que se articule un taller continuo de cambio conductual con los docentes, trabajadores y alumnos para prevenir y mitigar las conductas de riesgo o es un extremo y sería no respetar la libertad de cada persona?	nada = 1 Algo = 2 Regular =3 suficiente=4 mucho =5	Percepción Negativa sobre conducta de riesgo = 1...24 Percepción Deficiente sobre conducta de riesgo= 25...42 Percepción Un poco ´positiva sobre conducta de riesgo43....60 Percepción Positiva sobre conducta de riesgo 61....78 Percepción Optima sobre conducta de riesgo 79....96
	Decisión personal	13. ¿Considera usted necesario que los trabajadores en la Universidad deberían ser evaluados su conductas si son de riesgo y tener un diagnóstico o es libertad de elegir por ellos mismos si su conducta es riesgo?	nada = 1 Algo = 2 Regular =3 suficiente=4 mucho=5	Percepción Negativa sobre conducta de riesgo = 1...24 Percepción Deficiente sobre conducta de riesgo= 25...42 Percepción Un poco ´positiva sobre conducta de riesgo43....60 Percepción Positiva sobre conducta de riesgo 61....78 Percepción Optima sobre conducta de riesgo 79....96
		14. ¿Considera usted necesario que los docentes en la Universidad deberían ser evaluados su conductas si son de riesgo y tener un diagnóstico o es libertad de elegir por ellos mismos si su conducta es riesgo?	nada = 1 Algo = 2 Regular =3 suficiente=4 mucho=5	Percepción Negativa sobre conducta de riesgo = 1...24 Percepción Deficiente sobre conducta de riesgo= 25...42 Percepción Un poco ´positiva sobre conducta de riesgo43....60 Percepción Positiva sobre conducta de

				riesgo 61....78 Percepción Optima sobre conducta de riesgo 79....96
		15. ¿Considera usted necesario que los alumnos en la Universidad deberían ser evaluados su conductas si son de riesgo y tener un diagnóstico o es libertad de elegir por ellos mismos si su conducta es riesgo?	nada = 1 Algo = 2 Regular =3 suficiente=4 mucho=5	Percepción Negativa sobre conducta de riesgo = 1...24 Percepción Deficiente sobre conducta de riesgo= 25....42 Percepción Un poco ´positiva sobre conducta de riesgo43....60 Percepción Positiva sobre conducta de riesgo 61....78 Percepción Optima sobre conducta de riesgo 79....96
		19. ¿Considera usted necesario realizar cambios en su conducta o considera que su conducta esta adecuada a la cultura... ?	nada = 1 Algo = 2 Regular =3 suficiente=4 mucho=5	Percepción Negativa sobre conducta de riesgo = 1...24 Percepción Deficiente sobre conducta de riesgo= 25....42 Percepción Un poco ´positiva sobre conducta de riesgo43....60 Percepción Positiva sobre conducta de riesgo 61....78 Percepción Optima sobre conducta de riesgo 79....96
	Promociòn	7. ¿Considera usted necesario que la universidad deba promover la participación en talleres de prevención y mitigación de conductas de riesgo o esto quitaría tiempo a lo académico?	nada = 1 Algo = 2 Regular =3 suficiente=4 mucho=5	Percepción Negativa sobre conducta de riesgo = 1...24 Percepción Deficiente sobre conducta de riesgo= 25....42 Percepción Un poco ´positiva sobre conducta de riesgo43....60

				Percepción Positiva sobre conducta de riesgo 61....78 Percepción Optima sobre conducta de riesgo 79....96	
		10. ¿Considera usted necesario que la universidad debería promover la prevención y mitigación de conductas de riesgo al menos en su campo o eso es un asunto muy extremista?	nada = 1 Algo = 2 Regular =3 suficiente=4 mucho=5	Percepción Negativa sobre conducta de riesgo = 1...24 Percepción Deficiente sobre conducta de riesgo= 25....42 Percepción Un poco ´positiva sobre conducta de riesgo43....60 Percepción Positiva sobre conducta de riesgo 61....78 Percepción Optima sobre conducta de riesgo 79....96	
		12. ¿Considera usted necesario que en la universidad promueva seminarios, eventos, portal web que promueva la prevención y mitigación de conductas de riesgo o es un tema irrelevantemente a la función universitaria.	nada = 1 Algo = 2 Regular =3 suficiente=4 mucho=5	Percepción Negativa sobre conducta de riesgo = 1...24 Percepción Deficiente sobre conducta de riesgo= 25....42 Percepción Un poco ´positiva sobre conducta de riesgo43....60 Percepción Positiva sobre conducta de riesgo 61....78 Percepción Optima sobre conducta de riesgo 79....96	
		16. ¿Considera usted necesario que se promocione sobre prevención y mitigación de conductas de riesgo por paneles y medios de comunicación, alguna clase o actividad grupal en la universidad o esto distraería de labores más importantes?	nada = 1 Algo = 2 Regular =3 suficiente=4 mucho=5 nada = 1 Algo = 2 Regular	Percepción Negativa sobre conducta de riesgo = 1...24 Percepción Deficiente sobre conducta de riesgo= 25....42 Percepción Un	

			=3 suficiente=4 mucho=5	poco ´positiva sobre conducta de riesgo43....60 Percepción Positiva sobre conducta de riesgo 61....78 Percepción Optima sobre conducta de riesgo 79....96	
VARIABLE	DIMENSIONES	ITEMS	ESCALA	VALORACIÓN	INSTRUMENTO
PERCEPCIÓN FRENTE A LA CONDUCTA DE RIESGO	Fortalecimiento de capacidades	1. ¿Percibe usted que la administración de la universidad educa en prevención y mitigación de conductas de riesgo a sus alumnos, docentes y trabajadores?	nada = 1 Algo = 2 Regular =3 suficiente=4 mucho=5	Percepción Negativa sobre conducta de riesgo = 1...24 Percepción Deficiente sobre conducta de riesgo= 25....42 Percepción Un poco ´positiva sobre conducta de riesgo43....60 Percepción Positiva sobre conducta de riesgo 61....78 Percepción Optima sobre conducta de riesgo 79....96	Instrumento de "Actitudes y Percepciones frente a la CONDUCTA DE RIESGO" elaborado por el Magister en Salud Pública Guido Angelo Huapaya Flores, Lima, 2016
		8. ¿ Percibe usted que se considera en el currículo de cada facultad algún tópico sobre sobre hábitos saludables, cuidados de la salud y prevención y mitigación de conductas de riesgo?	nada = 1 Algo = 2 Regular =3 suficiente=4 mucho=5	Percepción Negativa sobre conducta de riesgo = 1...24 Percepción Deficiente sobre conducta de riesgo= 25....42 Percepción Un poco ´positiva sobre conducta de riesgo43....60 Percepción Positiva sobre conducta de riesgo 61....78 Percepción	

				Optima sobre conducta de riesgo 79....96
		9. ¿ Percibe usted que durante su permanencia los alumnos, docentes o trabajadores en la Universidad reciben educación sobre prevención y mitigación de conductas de riesgo?	nada = 1 Algo = 2 Regular =3 suficiente=4 mucho=5	Percepción Negativa sobre conducta de riesgo = 1...24 Percepción Deficiente sobre conducta de riesgo= 25....42 Percepción Un poco ´positiva sobre conducta de riesgo43....60 Percepción Positiva sobre conducta de riesgo 61....78 Percepción Optima sobre conducta de riesgo 79....96
	planes y lineamientos normativos	2. ¿ Percibe usted que existe políticas, lineamientos y resoluciones sobre prevención y mitigación de conductas de riesgo en la universidad ?	nada = 1 Algo = 2 Regular =3 suficiente=4 mucho=5	Percepción Negativa sobre conducta de riesgo = 1...24 Percepción Deficiente sobre conducta de riesgo= 25....42 Percepción Un poco ´positiva sobre conducta de riesgo43....60 Percepción Positiva sobre conducta de riesgo 61....78 Percepción Optima sobre conducta de riesgo 79....96
		3. ¿ Percibe usted que existe normas, directivas y señalizaciones para la prevención y mitigación de la ingesta de alcohol, tabaco, drogas sexualidad riesgosa en la universidad?	nada = 1 Algo = 2 Regular =3 suficiente=4 mucho=5	Percepción Negativa sobre conducta de riesgo = 1...24 Percepción Deficiente sobre conducta de riesgo= 25....42 Percepción Un poco ´positiva sobre conducta de riesgo43....60 Percepción Positiva sobre

				conducta de riesgo 61....78 Percepción Optima sobre conducta de riesgo 79....96
		4. ¿ Percibe usted que se han articulado planes operativos u estratégicos con prevención y mitigación de conductas de riesgo en la universidad?	nada = 1 Algo = 2 Regular =3 suficiente=4 mucho=5	Percepción Negativa sobre conducta de riesgo = 1...24 Percepción Deficiente sobre conducta de riesgo= 25....42 Percepción Un poco ´positiva sobre conducta de riesgo43....60 Percepción Positiva sobre conducta de riesgo 61....78 Percepción Optima sobre conducta de riesgo 79....96
		5. ¿ Percibe usted que la universidad tiene un presupuesto para realizar actividades o inversiones en prevención y mitigación de conductas de riesgo?	nada = 1 Algo = 2 Regular =3 suficiente=4 mucho=5	Percepción Negativa sobre conducta de riesgo = 1...24 Percepción Deficiente sobre conducta de riesgo= 25....42 Percepción Un poco ´positiva sobre conducta de riesgo43....60 Percepción Positiva sobre conducta de riesgo 61....78 Percepción Optima sobre conducta de riesgo 79....96
	Espacios y servicios	6. ¿ Percibe usted que la universidad cuenta con espacios para actividades que ayuden en la prevención y mitigación de conductas de riesgo?	nada = 1 Algo = 2 Regular =3 suficiente=4 mucho=5	Percepción Negativa sobre conducta de riesgo = 1...24 Percepción Deficiente sobre conducta de riesgo= 25....42 Percepción Un poco ´positiva sobre conducta

				de riesgo43....60 Percepción Positiva sobre conducta de riesgo 61....78 Percepción Optima sobre conducta de riesgo 79....96
		17. Percibe usted que la universidad cuenta con un consultorio de cambio conductual para la atención, prevención y mitigación de conductas de riesgo para los alumnos, docentes y personal?	nada = 1 Algo = 2 Regular =3 suficiente=4 mucho=5	Percepción Negativa sobre conducta de riesgo = 1...24 Percepción Deficiente sobre conducta de riesgo= 25....42 Percepción Un poco ´positiva sobre conducta de riesgo43....60 Percepción Positiva sobre conducta de riesgo 61....78 Percepción Optima sobre conducta de riesgo 79....96
		18. Percibe usted que la universidad cuenta con especialistas en Salud Pública expertos en cambio conductual que ayuden a la prevención y mitigación de la conductas de riesgo?	nada = 1 Algo = 2 Regular =3 suficiente=4 mucho=5	Percepción Negativa sobre conducta de riesgo = 1...24 Percepción Deficiente sobre conducta de riesgo= 25....42 Percepción Un poco ´positiva sobre conducta de riesgo43....60 Percepción Positiva sobre conducta de riesgo 61....78 Percepción Optima sobre conducta de riesgo 79....96
		20. Percibe usted que se ha articulado algún taller continuo de cambio conductual con los docentes, trabajadores y alumnos para prevenir y mitigar las conductas de riesgo?	nada = 1 Algo = 2 Regular =3 suficiente=4 mucho=5	Percepción Negativa sobre conducta de riesgo = 1...24 Percepción Deficiente sobre conducta de riesgo= 25....42

				Percepción Un poco positiva sobre conducta de riesgo 43....60 Percepción Positiva sobre conducta de riesgo 61....78 Percepción Optima sobre conducta de riesgo 79....96
		13. ¿Percibe usted que los trabajadores en la Universidad son evaluados sus conductas si son de riesgo y se tiene un diagnóstico?	nada = 1 Algo = 2 Regular =3 suficiente=4 mucho=5	Percepción Negativa sobre conducta de riesgo = 1...24 Percepción Deficiente sobre conducta de riesgo= 25....42 Percepción Un poco positiva sobre conducta de riesgo 43....60 Percepción Positiva sobre conducta de riesgo 61....78 Percepción Optima sobre conducta de riesgo 79....96
	Decisión personal	14. ¿Percibe usted que los docentes en la Universidad son evaluados sus conductas si son de riesgo y se tiene un diagnóstico?	nada = 1 Algo = 2 Regular =3 suficiente=4 mucho=5	Percepción Negativa sobre conducta de riesgo = 1...24 Percepción Deficiente sobre conducta de riesgo= 25....42 Percepción Un poco positiva sobre conducta de riesgo 43....60 Percepción Positiva sobre conducta de riesgo 61....78 Percepción Optima sobre conducta de riesgo 79....96
		15. Percibe usted que los alumnos en la Universidad son evaluados en sus conductas si son de riesgo y se tiene un diagnóstico?	nada = 1 Algo = 2 Regular =3 suficiente=4 mucho=5	Percepción Negativa sobre conducta de riesgo = 1...24 Percepción

				<p>Deficiente sobre conducta de riesgo= 25...42</p> <p>Percepción Un poco ´positiva sobre conducta de riesgo43....60</p> <p>Percepción Positiva sobre conducta de riesgo 61....78</p> <p>Percepción Optima sobre conducta de riesgo 79....96</p>
		<p>19. Percibe usted que los trabajadores, alumnos y docentes se preocupan por realizar cambios en su conducta?</p>	<p>nada = 1</p> <p>Algo = 2</p> <p>Regular =3</p> <p>suficiente=4</p> <p>mucho=5</p>	<p>Percepción Negativa sobre conducta de riesgo = 1...24</p> <p>Percepción Deficiente sobre conducta de riesgo= 25...42</p> <p>Percepción Un poco ´positiva sobre conducta de riesgo43....60</p> <p>Percepción Positiva sobre conducta de riesgo 61....78</p> <p>Percepción Optima sobre conducta de riesgo 79....96</p>
		<p>7. ¿ Percibe usted que la universidad promueve la participación en talleres de prevención y mitigación de conductas de riesgo?</p>	<p>nada = 1</p> <p>Algo = 2</p> <p>Regular =3</p> <p>suficiente=4</p> <p>mucho=5</p>	<p>Percepción Negativa sobre conducta de riesgo = 1...24</p> <p>Percepción Deficiente sobre conducta de riesgo= 25...42</p> <p>Percepción Un poco ´positiva sobre conducta de riesgo43....60</p> <p>Percepción Positiva sobre conducta de riesgo 61....78</p> <p>Percepción Optima sobre conducta de riesgo 79....96</p>
	Promociòn	<p>10. ¿ Percibe usted que la universidad promueve la prevención y mitigación de conductas de riesgo al menos en su campo ?</p>	<p>nada = 1</p> <p>Algo = 2</p> <p>Regular =3</p> <p>suficiente=4</p> <p>mucho=5</p>	<p>Percepción Negativa sobre conducta de riesgo = 1...24</p> <p>Percepción</p>

				Deficiente sobre conducta de riesgo= 25...42 Percepción Un poco ´positiva sobre conducta de riesgo43...60 Percepción Positiva sobre conducta de riesgo 61...78 Percepción Optima sobre conducta de riesgo 79...96	
		12. ¿Percibe usted que en la universidad promueve seminarios, eventos, portal web que promueva la prevención y mitigación de conductas de riesgo?.	nada = 1 Algo = 2 Regular =3 suficiente=4 mucho=5	Percepción Negativa sobre conducta de riesgo = 1...24 Percepción Deficiente sobre conducta de riesgo= 25...42 Percepción Un poco ´positiva sobre conducta de riesgo43...60 Percepción Positiva sobre conducta de riesgo 61...78 Percepción Optima sobre conducta de riesgo 79...96	

Instrumentos de recolección de datos

Elaboración del instrumento

La escala de “Percepciones y Actitudes sobre conductas de riesgo” fue elaborado por el Mg. Guido Angelo Huapaya Flores y la investigadora Maria Claudia Vargas Vasquez ; el cuestionario está compuesta de 40 ítems. 20 item para la variable actitudes (de la p1 hasta la p20) sobre conducta de riesgo con 05 dimensiones: Fortalecimiento de capacidades (p1, p7, p8,p9,p11); Planes y lineamientos normativos (p2,p3,p4,p5); Espacios y Servicios (p6, p17,p18, p20); Decision Personal(p13,p14,p15,p19) Promocion (p7, p10,p12, p16).

Para la variable percepciones 20 items (de la p21 a la p40) sobre conducta de riesgo en sus siguientes dimensiones: Fortalecimiento de Capacidades (p21, p28,p29, p31);Planes y lineamientos normativos (p22,p23,p24,p25); Espacios y Servicios (p26, p37,p38,p40); Decision personal (p33,p34, p35,p39); Promocion (p27,p30,p32,p36).

La validación del cuestionario de percepciones y actitudes sobre Conducta de Riesgo

El proceso de validación se dio a través de juicio de experto (03) El Dr. Jorge Bilbao médico de profesión, salubrista y director de investigación de la universidad de Metropolitana ; Margarita Gamboa, epidemióloga ; El Mg. Guido Angelo Huapaya Flores, Mg en Salud Pública, especialista en estadística e investigación y profesor de investigación del nivel de posgrado y pregrado de medicina de la Universidad Peruana Unión; Ricardo Santrich estadístico de profesión. Asimismo se procedió a realizarle el análisis preliminar de constructo (preliminar considerando que no se está haciendo una tesis sobre la validación del instrumento confeccionado) mediante la prueba de KMO arrojado se evidencia una validez significativa Sig. 0,000 y un KMO de 0,785 para la variable de percepciones (siendo mayor a 0.60) lo que evidencia el instrumento es consistente en su constructo y valido para realizar su prueba de análisis factoriales respectivo para su validez de constructo total (que será motivo de otra investigación)

Tabla 3. *Validez del cuestionario percepciones de conductas de riesgo.*

Prueba de KMO y Bartlett		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		,785
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	1163,236
	Gl	190
	Sig.	,000

Asimismo, mediante la prueba de KMO arrojado se evidencia una validez significativa Sig. 0,000 y un KMO de 0,929 para la variable de actitudes (siendo mayor a 0.60) lo que evidencia el instrumento es consistente en su constructo y valido para realizar su prueba de análisis factoriales respectivo para su validez de constructo total (que será motivo de otra investigación) .

Tabla 4. *Validez del cuestionario actitudes de conductas de riesgo.*

Prueba de KMO y Bartlett		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		,929
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	3015,460
	Gl	190
	Sig.	,000

Confiabilidad del instrumento de percepciones y actitudes sobre

La fiabilidad del instrumento se realizó mediante el alfa de crombach por tener una valoración ordinal arrojando de 0,831 (fiabilidad total de todas las dimensiones del instrumento de percepción).

Tabla 5. *Confiabilidad del cuestionario actitudes de conductas de riesgo.*

Resumen de procesamiento de casos			
		N	%
Casos	Válido	235	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	235	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,831	20

Estadísticas de total de elemento				
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
p1	72,69	107,565	,366	,827
p2	72,22	110,865	,400	,824
p3	72,33	110,163	,343	,827
p4	72,20	110,334	,402	,824
p5	72,26	108,123	,429	,822
p6	72,17	108,569	,452	,821
p7	72,35	108,298	,444	,822
p8	72,18	109,013	,448	,822
p9	72,25	106,300	,530	,817
p10	72,25	110,317	,372	,825
p11	72,30	108,408	,442	,822
p12	72,26	110,768	,365	,825
p13	72,31	109,668	,429	,822
p14	72,34	111,252	,349	,826
p15	72,30	111,484	,348	,826
p16	72,35	110,066	,423	,823
p17	72,29	109,148	,448	,822
p18	72,35	108,452	,446	,821
p19	72,28	111,611	,338	,827
p20	72,64	110,273	,329	,828

Resumen de procesamiento de casos			
		N	%
Casos	Válido	234	99,6
	Excluido ^a	1	,4
	Total	235	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,944	20

Estadísticas de total de elemento				
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
p21	71,49	205,590	,563	,943
p22	71,35	205,603	,607	,942
p23	71,29	203,093	,652	,941
p24	71,42	204,322	,633	,942
p25	71,53	202,362	,567	,943
p26	71,15	203,427	,624	,942
p27	71,35	203,978	,606	,942
p28	71,40	200,044	,692	,941
p29	71,34	201,780	,705	,941
p30	71,38	199,695	,721	,940
p31	71,46	201,966	,712	,940
p32	71,42	200,682	,695	,941
p33	71,27	202,163	,710	,941
p34	71,34	202,087	,714	,940
p35	71,32	200,452	,778	,939
p36	71,40	201,340	,678	,941
p37	71,35	203,998	,653	,941
p38	71,50	201,564	,612	,942
p39	71,54	204,799	,599	,942
p40	71,53	201,006	,657	,941

Procedimiento para la recolección de datos

En la recolección de los datos se siguió el siguiente procedimiento: por ser un programa de intervención mediante talleres de sensibilización y diagnóstica para terminar en un plan de “Universidad saludable” se contaba con varios procesos ; el 1er proceso fue la fase de sensibilización o comunicacional y parte de ella se hizo la feria de salud en donde se concientizo a la participación. Luego la 2da etapa fueron los talleres que fueron 05 en las cuales había una parte de sensibilización y otra de diagnóstico y planificación; consideran el primer taller para recoger la data del pretest luego de realizar los talleres una tercera etapa es pasado los dos meses para que los alumnos verificarán el resultado de la propuesta del plan estratégico “universidad saludable” trabajado con ellos en los talleres: en ese tiempo se mantuvo el nivel comunicacional preventivo promocional y se articulo lo siguiente resultados: 1) se emitió una resolución en que se autorizaba con apoyo institucional para la ejecución, implementación y puesta en marcha de los resultados obtenidos en el trabajo de investigación, por ser parte del proceso de Responsabilidad Social Universitaria RSU de la institución Universidad Metropolitana de Barranquilla con el aval y firma del Dr: Juan Jose Acosta Ossio , Rector y Representante Legal ; Se decidió un presupuesto mediante resolución o acto administrativo con fecha a diciembre de 2016

Después de los dos meses se tuvo una clausura del proyecto en donde se presente oficialmente el plan estratégico de “Universidad Saludable” eje Conducta de Riesgo y las nuevas políticas del programa de enfermería sobre Conducta de Riesgo y las propuestas de espacios y servicios para trabajar este eje sustentado oficialmente mediante votos y resoluciones ; antes de finalizar el programa se procedió a pasar el instrumento posttest en el cual se evidencia en los resultados

Plan de tabulación y análisis de los datos

Los datos obtenidos se procesaron mediante el paquete estadístico computacional Statistical Package of the Social Sciences (SPSS), versión 22. Las técnicas estadísticas utilizadas para el análisis de los datos y consolidar los objetivos del estudio se hicieron mediante análisis descriptivos e inferenciales: Tablas de frecuencias para el aspecto descriptivo; tablas de análisis para diferencias de media para datos no paramétricos (previo análisis de normalidad) haciendo uso del estadístico para pruebas no paramétricos de 2 grupos relacionados: Wilcoxon. Los resultados se interpretaron de acuerdo con los objetivos del estudio y las hipótesis, los mismos que son expuestos mediante tablas y figuras.

CAPITULO IV
RESULTADOS Y DISCUSION

Descripción de los resultados descriptivos

En la tabla 6, se observa que la mayoría de participantes del programa son estudiantes con un 92,3% seguidos de docentes 6,8 y una mínima proporción de administrativos 0,9%. Por otro lado, se observa en la tabla que de los estudiantes mayor participación han tenido los del 3er semestre en un 15,7%, seguidos por el 5to con un 13,2; igualmente los del 1er semestre con 12,8, y los del 2do y 7mo semestre ambos con 11,9%.

Tabla 6. *Cantidad de participantes por categorías: semestre de estudio, docente y administrativos.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Estudiantes del 1er semestre	30	12,8	12,8	12,8
Estudiantes del 2do semestre	28	11,9	11,9	24,7
Estudiantes del 3er semestre	37	15,7	15,7	40,4
Estudiantes del 4to semestre	22	9,4	9,4	49,8
Estudiantes del 5to semestre	31	13,2	13,2	63,0
Estudiantes del 6to semestre	17	7,2	7,2	70,2
Estudiantes del 7mo semestre	28	11,9	11,9	82,1
Estudiantes del 8vo semestre	24	10,2	10,2	92,3
Docentes	16	6,8	6,8	99,1
Administrativos	2	,9	,9	100,0
Total	235	100,0	100,0	

En la tabla 7, se observa que la mayoría de participantes del programa fluctúan en una categoría de edad: juventud plena (20 a 25 años) en un 48,9%; seguidos por adolescentes entre 15 a 19 años en un 32,3% y adultos jóvenes de 26-35 años en un 11,1% y una mínima proporción de adultos (36-65 años) con un 7,7%

Tabla 7. *Edad de los participantes del programa.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Adolescencia (15-19)	76	32,3	32,3	32,3
Juventud plena (20-25)	115	48,9	48,9	81,3
Adulto Joven (26-35)	26	11,1	11,1	92,3
Adulto (36-65)	18	7,7	7,7	100,0
Total	235	100,0	100,0	

En la tabla 8, se observa que la mayoría de participantes del programa son del género femenino 93,6% y el resto son del género masculino con sólo 6,4%

Tabla 8. *Género de los participantes del programa.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Masculino	15	6,4	6,4	6,4
Femenino	220	93,6	93,6	100,0
Total	235	100,0	100,0	

En la tabla 9, se observa que la mayoría de participantes del programa el 97,9% son heterosexuales y un 1,3% homosexuales además de un 0,9% manifiesta ser bisexual.

Tabla 9. *Orientación sexual de los participantes del programa.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Heterosexual	230	97,9	97,9	97,9
Homosexual	3	1,3	1,3	99,1
Bisexual	2	,9	,9	100,0
Total	235	100,0	100,0	

En la tabla 10, se observa que la mayoría de participantes del programa son el 82,6% soltero; unos 7,7% casados y un 0,9 separados y un 8,9% manifiestan estar en unión libre.

Tabla 10. *Estado civil de los participantes del programa.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Soltero (a)	194	82,6	82,6	82,6
Casado (a)	18	7,7	7,7	90,2
Separado (a)	2	,9	,9	91,1
Unión libre	21	8,9	8,9	100,0
Total	235	100,0	100,0	

En la tabla 11, se observa que la mayoría de participantes del programa son de la religión católica el 65,5%; evangélicos 21,3; unos 3,8% adventistas; y pentecostales 4,7% así como de otras religiones en un 4,7%.

Tabla 11. *Religión de los participantes del programa.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Católicos	154	65,5	65,5	65,5
Adventistas	9	3,8	3,8	69,4
Evangélicos	50	21,3	21,3	90,6
Pentecostales	11	4,7	4,7	95,3
Otras religiones	11	4,7	4,7	100,0
Total	235	100,0	100,0	

En la tabla 12, se observa que el 68,9% no tienen hijos y un 26% si tienen hijos; además de un 5,1% no contestaron.

Tabla 12. *¿Tienen hijos?.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No contestaron	12	5,1	5,1	5,1
Si	61	26,0	26,0	31,1
No	162	68,9	68,9	100,0
Total	235	100,0	100,0	

En la tabla 13, se observa que el 76,6% refiere no tener hijos, mientras el 13,2% indica tener un hijo y un 9,8% dos hijos; tan sólo 0,4% 3 hijos.

Tabla 13. *Cantidad de hijos*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	180	76,6	76,6	76,6
1	31	13,2	13,2	89,8
2	23	9,8	9,8	99,6
3	1	,4	,4	100,0
Total	235	100,0	100,0	

En la tabla 14, se observa que el 96,2% refiere ser Omnívoro (come de todo); seguidos de 2,6 que resalta consumir vegetales, pescado y aves; y un 0,9% resalta ser ovo vegetariano y sólo un 0,4% vegetariano.

Tabla 14. *Tipo de alimentación .*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Omnívoro	226	96,2	96,2	96,2
Veg-Pes-Aves	6	2,6	2,6	98,7
Ovo vegetariano	2	,9	,9	99,6
Vegetariano	1	,4	,4	100,0
Total	235	100,0	100,0	

En la tabla 15, se observa que el 56,6% de estudiantes referencia en el pre test tener una actitud indiferente y un 35,3% negativa ante las conductas de riesgo y después de desarrollar el plan estratégico “Universidad Saludable”, en el pos test se observa una diferencia del 0% en ambas que ya no se presentan ni indiferente y negativa. En contraste con los que tenían actitud positiva 0,9 antes del plan, ahora aumentaron a 92,3% de estudiantes con una actitud positiva ante las conductas de riesgo.

Tabla 15. *Nivel de actitud ante las conductas de riesgo pre test y pos test.*

	Pre test		Pos test	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Optima	0	0	10	4,3
Positiva	2	,9	217	92,3
Un poco positiva	17	7,2	8	3,4
Indiferente	133	56,6	0	0
Negativa	83	35,3	0	0
Total	235	100,0	235	100,0

En la tabla 16, se observa que el 46,8% de estudiantes referencia en el pre test tener una percepción deficiente y un 38,7% negativa ante las conductas de riesgo y después de desarrollar el plan estratégico “Universidad Saludable”, en el pos test se observa una diferencia del 0% en ambas que ya no presentan percepción deficiente y negativa. En contraste con los que tenían percepción positiva 2,1% antes del plan ahora aumentaron a 94,5% de estudiantes con una percepción positiva ante las conductas de riesgo.

Tabla 16. *Nivel de percepción ante las conductas de riesgo pre test y pos test.*

	Pre test		Pos test	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Óptima	0	0	12	5,1
Positiva	5	2,1	222	94,5
Un poco positiva	29	12,3	1	,4
Deficiente	110	46,8	0	0
Negativa	91	38,7	0	0
Total	235	100,0	235	100,0

En la tabla 17, se observa que el 43% de estudiantes referencia en el pre test tener una actitud indiferente y un 35,7% negativa ante el fortalecimiento de

capacidades sobre conductas de riesgo y después de desarrollar el plan estratégico “Universidad Saludable”, en el pos test se observa una diferencia del 0% en ambas que ya no se presentan ni indiferente y negativa. En contraste con los que tenían actitud positiva 5,1% antes del plan, aumentaron a 60,4%; igualmente, los que tenían 0% de actitud óptima aumentaron a 34,9% de estudiantes con una actitud óptima ante el fortalecimiento de capacidades sobre conductas de riesgo.

Tabla 17. Nivel de actitud en el fortalecimiento de capacidades ante las conductas de riesgo pre test y pos test.

	Pre test		Pos test	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Óptima	0	0	82	34,9
Positiva	12	5,1	142	60,4
Un poco positiva	38	16,2	11	4,7
Indiferente	101	43,0	0	0
Negativa	84	35,7	0	0
Total	235	100,0	235	100,0

En la tabla 18, se observa que el 53,8% de estudiantes referencia en el pre test tener una actitud indiferente y un 32,8% negativa en planes y lineamientos normativos sobre conductas de riesgo y después de desarrollar el plan estratégico “Universidad Saludable”, en el pos test se observa una diferencia del 0% en ambas que ya no se presentan ni indiferente y negativa. En contraste con los que tenían actitud positiva 3% antes del plan, aumentaron después del plan a 63%; igualmente, los que tenían 0% de actitud óptima aumentaron a 33,6% de estudiantes con una actitud óptima en planes y lineamientos normativos sobre conductas de riesgo.

Tabla 18. Nivel de actitud en planes y lineamientos normativos sobre las conductas de riesgo pre test y pos test.

	Pre test		Pos test	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Óptima	0	0	79	33,6
Positiva	7	3,0	148	63,0
Un poco positiva	25	10,6	8	3,4
Indiferente	126	53,6	0	0
Negativa	77	32,8	0	0
Total	235	100,0	235	100,0

En la tabla 19, se observa que el 46,8% de estudiantes referencia en el pre test tener una actitud indiferente y un 33,6% negativa sobre los espacios y servicios para las conductas de riesgo y después de desarrollar el plan estratégico “Universidad Saludable”, en el pos test se observa una diferencia del 0 al 0,4% en ambas que ya no se presentan ni indiferente y negativa. En contraste con los que tenían actitud positiva 3% antes del plan, aumentaron después del plan a 78,7%; igualmente, los que tenían 0,4% de actitud óptima aumentaron a 17,4% de estudiantes con una actitud óptima sobre los espacios y servicios para las conductas de riesgo.

Tabla 19. Nivel de actitud sobre los espacios y servicios para las conductas de riesgo pre test y pos test.

	Pre test		Pos test	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Óptima	1	,4	41	17,4
Positiva	7	3,0	185	78,7
Un poco positiva	38	16,2	8	3,4
Indiferente	110	46,8	1	,4
Negativa	79	33,6	0	0
Total	235	100,0	235	100,0

En la tabla 20, se observa que el 50,6% de estudiantes referencia en el pre test tener una actitud indiferente y un 33,2% negativa en la decisión personal ante las conductas de riesgo y después de desarrollar el plan estratégico “Universidad

Saludable”, en el pos test se observa una diferencia del 0 % en ambas que ya no se presentan ni indiferente y negativa. En contraste con los que tenían actitud positiva 0,9% antes del plan, aumentaron después del plan a 76,2%; igualmente, los que tenían 0% de actitud óptima aumentaron a 17% de estudiantes con una actitud óptima en la decisión personal ante las conductas de riesgo.

Tabla 20. *Nivel de actitud en la decisión personal ante las conductas de riesgo pre test y pos test.*

	Pre test		Pos test	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Óptima	1	,4	40	17,0
Positiva	2	,9	179	76,2
Un poco positiva	35	14,9	16	6,8
Indiferente	119	50,6	0	0
Negativa	78	33,2	0	0
Total	235	100,0	235	100,0

En la tabla 21, se observa que el 52,3% de estudiantes referencia en el pre test tener una actitud indiferente y un 34% negativa en la promoción sobre las conductas de riesgo y después de desarrollar el plan estratégico “Universidad Saludable”, en el pos test se observa una diferencia del 0 a 0,9 % en ambas que ya no se presentan ni indiferente y negativa. En constraste con los que tenían actitud positiva 2,1% antes del plan, aumentaron después del plan a 79,1%; igualmente, los que tenían 0% de actitud óptima aumentaron a 16,2% de estudiantes con una actitud óptima en la promoción sobre las conductas de riesgo.

Tabla 21. *Nivel de actitud en la promoción sobre las conductas de riesgo pre test y pos test.*

	Pre test		Pos test	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Optima	0	0	38	16,2
Positiva	5	2,1	186	79,1
Un poco positiva	27	11,5	9	3,8
Indiferente	123	52,3	2	,9
Negativa	80	34,0	0	0
Total	235	100,0	235	100,0

En la tabla 22, se observa que el 43,8% de estudiantes referencia en el pre test tener una percepción negativa y un 34,9% muy negativa en el fortalecimiento de capacidades ante las conductas de riesgo y después de desarrollar el plan estratégico “Universidad Saludable”, en el pos test se observa una diferencia del 0 % en ambas que ya no se presentan ni negativa ni muy negativa. En contraste con los que tenían percepción 4,7% antes del plan, aumentaron después del plan a 60%; igualmente, los que tenían 0% de percepción muy positiva aumentaron a 38,7% de estudiantes con una percepción en el fortalecimiento de capacidades ante las conductas de riesgo.

Tabla 22. Nivel de percepción en el fortalecimiento de capacidades ante las conductas de riesgo pre test y pos test

	Pre test		Pos test	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Muy positiva	0	0	91	38,7
Positiva	11	4,7	141	60,0
Un poco positiva	39	16,6	3	1,3
Negativa	103	43,8	0	0
Muy Negativa	82	34,9	0	0
Total	235	100,0	235	100,0

En la tabla 23, se observa que el 37% de estudiantes referencia en el pre test tener una percepción negativa y un 35,3% muy negativa sobre planes y lineamientos

normativos ante las conductas de riesgo y después de desarrollar el plan estratégico “Universidad Saludable”, en el pos test se observa una diferencia del 0 % en ambas que ya no se presentan ni negativa, ni muy negativa. En contraste con los que tenían una percepción positiva 3% antes del plan, aumentaron después del plan a 67,7%; igualmente, los que tenían 0% de percepción muy positiva aumentaron a 31,1% de estudiantes con una percepción sobre planes y lineamientos normativos ante las conductas de riesgo.

Tabla 23. Nivel percepción sobre planes y lineamientos normativos ante las conductas de riesgo pre test y pos test

	Pre test		Pos test	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Muy positiva	0	0	73	31,1
Positiva	7	3,0	159	67,7
Un poco positiva	58	24,7	3	1,3
Negativa	87	37,0	0	0
Muy Negativa	83	35,3	0	0
Total	235	100,0	235	100,0

En la tabla 24, se observa que el 44,7% de estudiantes referencia en el pre test tener una percepción negativa y un 36,2% muy negativa sobre los espacios y servicios para las conductas de riesgo y después de desarrollar el plan estratégico “Universidad Saludable”, en el pos Test se observa una diferencia del 0 % en ambas que ya no se presentan ni negativa, ni muy negativa. En constraste con los que tenían una percepción positiva 6% antes del plan, aumentaron después del plan a 74,9%; igualmente, los que tenían 0% de percepción muy positiva aumentaron a 23% de estudiantes con una percepción sobre sobre los espacios y servicios para las conductas de riesgo.

Tabla 24. Nivel percepción sobre los espacios y servicios para las conductas de riesgo pre test y pos test

	Pre test		Pos test	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Muy positiva	0	0	54	23,0
Positiva	14	6,0	176	74,9
Un poco positiva	31	13,2	5	2,1
Negativa	105	44,7	0	0
Muy Negativa	85	36,2	0	0
Total	235	100,0	235	100,0

En la tabla 25, se observa que el 36,6% de estudiantes referencia en el pre test tener una percepción negativa sobre la decisión personal ante las conductas de riesgo y después de desarrollar el plan estratégico “Universidad Saludable”, en el pos test se observa una diferencia del 0 % en la negativa. En contraste con los que tenían una percepción positiva 17,9% antes del plan, aumentaron después del plan a 77%; igualmente, los que tenían 6,8% de percepción muy positiva aumentaron a 21,7% de estudiantes con una percepción sobre la decisión personal ante las conductas de riesgo.

Tabla 25. Nivel de percepción sobre la decisión personal ante las conductas de riesgo pre test y pos test

	Pre test		Pos test	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Muy positiva	16	6,8	51	21,7
Positiva	42	17,9	181	77,0
Un poco positiva	91	38,7	3	1,3
Negativa	86	36,6	0	0
Total	235	100,0	235	100,0

En la tabla 26, se observa que el 34,9% de estudiantes referencia en el pre test tener una percepción negativa sobre la promoción en conductas de riesgo y después de desarrollar el plan estratégico “Universidad Saludable”, en el pos test se observa una diferencia del 0 % en la negativa. En contraste con los que tenían una percepción positiva 11,9% antes del plan, aumentaron después del plan a 74,9%; igualmente, los que tenían 6,8% de percepción muy positiva aumentaron a 23,4% de estudiantes con una percepción sobre la promoción en conductas de riesgo.

Tabla 26. Nivel de percepción sobre la promoción en conductas de riesgo pre test y pos test

	Pre test		Pos test	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Muy positiva	16	6,8	55	23,4
Positiva	28	11,9	176	74,9
Un poco positiva	109	46,4	4	1,7
Negativa	82	34,9	0	0
Total	235	100,0	235	100,0

Contrastación de hipótesis

Prueba de normalidad

H₀: Los datos no difieren de una distribución normal.

H_a: Los datos difieren de una distribución normal.

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (*H₀*)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (*H₀*). Y, se acepta *H_a*

En la tabla 27 se observa que los datos para la actitud en el pre test tienen un valor $p = .001$ y se cumple que $p < \alpha$ ($p < 0.05$) y en la actitud pos test el valor $p = .000$

y se cumple que $p < \alpha$ ($p < 0.05$); igualmente para los datos de percepción pre test el valor $p = .012$ y se cumple que $p < \alpha$ ($p < 0.05$), tan similar para la distribución de percepción pos test el valor $p = .000$ y se cumple que $p < \alpha$ ($p < 0.05$). La evidencia nos conlleva rechazar la Hipótesis Nula (H_0). Y, se acepta la H_a . Es decir, las variables actitud y percepción tanto en el pre test y pos test sus datos difieren de una distribución normal.

Tabla 27. Prueba de normalidad para los factores actitud y percepción en el pre test y pos test

		Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra			
		Actitud ante las conductas de riesgo Pre test	Percepción ante las conductas de riesgo Pre test	Actitud ante las conductas de riesgo Pos test	Percepción ante las conductas de riesgo Pos test
N		235	235	235	235
Parámetros normales ^{a,b}	Media	76,12	75,23	28,65	26,88
	Desviación estándar	10,968	14,970	5,201	3,610
Máximas diferencias extremas	Absoluta	,081	,067	,155	,120
	Positivo	,035	,062	,155	,120
	Negativo	-,081	-,067	-,097	-,093
Estadístico de prueba		,081	,067	,155	,120
Sig. asintótica (bilateral)		,001 ^c	,012 ^c	,000 ^c	,000 ^c

a. La distribución de prueba es normal.

b. Se calcula a partir de datos.

c. Corrección de significación de Lilliefors.

Hipótesis general

H_0 : No Existe diferencias significativas en la efectividad del plan estratégico

“universidad saludable” en la percepción y actitud sobre las conductas de riesgo en alumnos y el personal del programa de Enfermería de la Universidad Metropolitana Barranquilla, Colombia 2017.

Hi: Existe diferencias significativas en la efectividad del plan estratégico “universidad saludable” en la percepción y actitud sobre las conductas de riesgo en alumnos y el personal del programa de Enfermería de la Universidad Metropolitana Barranquilla, Colombia 2017.

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (H_0)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (H_0). Y, se acepta H_a

Haciendo uso del estadístico de prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra en datos no paramétricos (según datos tabla 27). En la tabla 28 se observa que existe diferencias significativas en la actitud del pre test y pos test de los alumnos y el personal docentes y administrativo el valor $p = .000$ y se cumple que $p < \alpha$ ($p < 0.05$). Así mismo, existe diferencias significativas en la percepción del pre test y pos test de los alumnos y el personal docentes y administrativo el valor $p = .000$ y se cumple que $p < \alpha$ ($p < 0.05$).

Esto quiero decir que habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula se la acepta la hipótesis de investigación concluyendo: que existe diferencias significativas en la efectividad del plan estratégico “universidad saludable” en la percepción y actitud sobre las conductas de riesgo en alumnos y el personal del programa de Enfermería de la Universidad Metropolitana Barranquilla, Colombia 2017. Dicho de otro modo, tanto en alumnos, docentes y administrativos: existe un cambio en la actitud y percepción antes y después de aplicarles el plan estratégico “universidad saludable”.

Tabla 28. Diferencias en la actitud y percepción en el pre test y pos test sobre las conductas de riesgo de los alumnos y personal del programa de enfermería de la Universidad Metropolitana de Barranquilla.

		N	Rango promedio	Suma de rangos
Actitud ante las conductas de riesgo Pos test - Actitud ante las conductas de riesgo Pre test	Rangos negativos	232 ^a	116,50	27028,00
	Rangos positivos	0 ^b	,00	,00
	Empates	3 ^c		
Total		235		
Percepción ante las conductas de riesgo Pos test - Percepción ante las conductas de riesgo Pre test	Rangos negativos	230 ^d	115,50	26565,00
	Rangos positivos	0 ^e	,00	,00
	Empates	5 ^f		
Total		235		

a. Actitud ante las conductas de riesgo Pos test < Actitud ante las conductas de riesgo Pre test

b. Actitud ante las conductas de riesgo Pos test > Actitud ante las conductas de riesgo Pre test

c. Actitud ante las conductas de riesgo Pos test = Actitud ante las conductas de riesgo Pre test

d. Percepción ante las conductas de riesgo Pos test < Percepción ante las conductas de riesgo Pre test

e. Percepción ante las conductas de riesgo Pos test > Percepción ante las conductas de riesgo Pre test

f. Percepción ante las conductas de riesgo Pos test = Percepción ante las conductas de riesgo Pre test

Estadísticos de prueba

	Actitud ante las conductas de riesgo Pos test - Actitud ante las conductas de riesgo Pre test	Percepción ante las conductas de riesgo Pos test - Percepción ante las conductas de riesgo Pre test
Z	-13,547 ^b	-13,426 ^b
Sig. asintótica (bilateral)	,000	,000

a. Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo

b. Se basa en rangos positivos.

Hipótesis específica 1

Ho: No Existe diferencias significativas en la efectividad del plan estratégico “Universidad Saludable” en la **actitud de** alumnos y personal frente al fortalecimiento de capacidades, planes y lineamientos normativos, espacios y servicios, decisión

personal y promoción sobre conductas de riesgo en el programa de Enfermería de la Universidad Metropolitana Barranquilla, Colombia 2017.

Hi: Existe diferencias significativas en la efectividad del plan estratégico “Universidad Saludable” en la **actitud de** alumnos y personal frente al fortalecimiento de capacidades, planes y lineamientos normativos, espacios y servicios, decisión personal y promoción sobre conductas de riesgo en el programa de Enfermería de la Universidad Metropolitana Barranquilla, Colombia 2017.

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (H_0)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (H_0). Y, se acepta H_a

Haciendo uso del estadístico de prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra en datos no paramétricos (según datos tabla 27). En la tabla 29 se observa que existe diferencias significativas en la Actitud sobre el fortalecimiento de capacidades en conductas de riesgo en el pre test y pos test de los alumnos, personal docente y administrativo el valor $p = .000$ y se cumple que $p < \alpha$ ($p < 0.05$). Asimismo, existe diferencias significativas en la Actitud sobre Planes y lineamientos normativos en conductas de riesgo en el pre test y pos test de los alumnos y el personal docentes y administrativo el valor $p = .000$ y se cumple que $p < \alpha$ ($p < 0.05$). Igualmente, existe diferencias significativas en la Actitud sobre espacios y servicios para las conductas de riesgo en el Pre test y pos test de los alumnos y el personal docentes y administrativo el valor $p = .000$ y se cumple que $p < \alpha$ ($p < 0.05$). De la misma manera, existe diferencias significativas en la Actitud de la decisión personal ante las conductas de riesgo en el pre test y pos test de los alumnos y el personal docentes y administrativo el valor $p = .000$ y se cumple que $p < \alpha$ ($p < 0.05$). Finalmente, existe diferencias significativas en la Actitud sobre la promoción en las conductas de riesgo en el pre test

y pos test de los alumnos y el personal docentes y administrativo el valor $p = .000$ y se cumple que $p < \alpha$ ($p < 0.05$).

Esto quiero decir que habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula se acepta la hipótesis de investigación concluyendo: que existe diferencias significativas en la efectividad del plan estratégico “Universidad Saludable” en la **actitud de** alumnos y personal frente al fortalecimiento de capacidades, planes y lineamientos normativos, espacios y servicios, decisión personal y promoción sobre las conductas de riesgo en el programa de Enfermería de la Universidad Metropolitana Barranquilla, Colombia 2017.

Dicho de otro modo, tanto en alumnos, docentes y administrativos existe un cambio en la actitud en el fortalecimiento de capacidades, planes y lineamientos normativos, espacios y servicios, decisión personal y promoción sobre conductas de riesgo antes y después de aplicarles el plan estratégico “universidad saludable”.

Tabla 29. *Diferencias en la actitud en el pre test y pos test de alumnos y personal frente al fortalecimiento de capacidades, planes y lineamientos normativos, espacios y servicios, decisión personal y promoción sobre las conductas de riesgo en el programa de Enfermería de la Universidad Metropolitana, Barranquilla, Colombia, 2017.*

		N	Rango promedio	Suma de rangos	
Actitud sobre Fortalecimiento de capacidades Pos test - Actitud sobre Fortalecimiento de capacidades Pre test	Rangos negativos	223 ^a	112,93	25184,00	
	Rangos positivos	1 ^b	16,00	16,00	
	Empates	11 ^c			
<hr/>		235			
Actitud sobre Planes y lineamientos normativos Pos test - Actitud sobre Planes y lineamientos normativos Pre test	Rangos negativos	226 ^d	113,50	25651,00	
	Rangos positivos	0 ^e	,00	,00	
	Empates	9 ^f			
<hr/>		235			
		Rangos negativos	225 ^g	113,92	25631,50

Actitud sobre Espacios y servicios	Rangos positivos	1 ^h	19,50	19,50
Pos test - Actitud sobre Espacios y servicios Pre test	Empates	9 ⁱ		
	Total	235		
Actitud sobre Promoción Pos test - Actitud sobre Promoción Pre test	Rangos negativos	228 ^j	114,50	26106,00
	Rangos positivos	0 ^k	,00	,00
	Empates	7 ^l		
	Total	235		
Actitud sobre Decisión personal Pos test - Actitud sobre Decisión personal Pre test	Rangos negativos	231 ^m	116,92	27007,50
	Rangos positivos	1 ⁿ	20,50	20,50
	Empates	3 ^o		
	Total	235		

- a. Actitud sobre Fortalecimiento de capacidades Pos test < Actitud sobre Fortalecimiento de capacidades Pre test
- b. Actitud sobre Fortalecimiento de capacidades Pos test > Actitud sobre Fortalecimiento de capacidades Pre test
- c. Actitud sobre Fortalecimiento de capacidades Pos test = Actitud sobre Fortalecimiento de capacidades Pre test
- d. Actitud sobre Planes y lineamientos normativos Pos test < Actitud sobre Planes y lineamientos normativos Pre test
- e. Actitud sobre Planes y lineamientos normativos Pos test > Actitud sobre Planes y lineamientos normativos Pre test
- f. Actitud sobre Planes y lineamientos normativos Pos test = Actitud sobre Planes y lineamientos normativos Pre test
- g. Actitud sobre Espacios y servicios Pos test < Actitud sobre Espacios y servicios Pre test
- h. Actitud sobre Espacios y servicios Pos test > Actitud sobre Espacios y servicios Pre test
- i. Actitud sobre Espacios y servicios Pos test = Actitud sobre Espacios y servicios Pre test
- j. Actitud sobre Promoción Pos test < Actitud sobre Promoción Pre test
- k. Actitud sobre Promoción Pos test > Actitud sobre Promoción Pre test
- l. Actitud sobre Promoción Pos test = Actitud sobre Promoción Pre test
- m. Actitud sobre Decisión personal Pos test < Actitud sobre Decisión personal Pre test
- n. Actitud sobre Decisión personal Pos test > Actitud sobre Decisión personal Pre test
- o. Actitud sobre Decisión personal Pos test = Actitud sobre Decisión personal Pre test

Estadísticos de prueba

	Actitud sobre Fortalecimiento de capacidades Pos test - Actitud sobre Fortalecimiento de capacidades Pre test	Actitud sobre Planes y lineamientos normativos Pos test - Actitud sobre Planes y lineamientos normativos Pre test	Actitud sobre Espacios y servicios Pos test - Actitud sobre Espacios y servicios Pre test	Actitud sobre Promoción Pos test - Actitud sobre Promoción Pre test	Actitud sobre Decisión personal Pos test - Actitud sobre Decisión personal Pre test
Z	-13,108 ^b	-13,225 ^b	-13,201 ^b	-13,367 ^b	-13,390 ^b
Sig. asintótica (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000

a. Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo

b. Se basa en rangos positivos.

Hipótesis específica 2

Ho: No Existe diferencias significativas en la efectividad del plan estratégico “Universidad Saludable” en la **percepción de** alumnos y personal frente al fortalecimiento de capacidades, planes y lineamientos normativos, espacios y servicios, decisión personal y promoción sobre conductas de riesgo en el programa de Enfermería de la Universidad Metropolitana Barranquilla, Colombia 2017.

Hi: Existe diferencias significativas en la efectividad del plan estratégico “Universidad Saludable” en la **percepción de** alumnos y personal frente al fortalecimiento de capacidades, planes y lineamientos normativos, espacios y servicios, decisión personal y promoción sobre conductas de riesgo en el programa de Enfermería de la Universidad Metropolitana Barranquilla, Colombia 2017.

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (H_0)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (H_0). Y, se acepta H_a

Haciendo uso del estadístico de prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra en datos no paramétricos (según datos tabla 27). En la tabla 30 se observa que existe diferencias significativas en la percepción sobre el fortalecimiento de capacidades sobre las conductas de riesgo en el pre test y pos test de los alumnos, personal docentes y administrativo el valor $p = .000$ y se cumple que $p < \alpha$ ($p < 0.05$). Asimismo existe diferencias significativas en la percepción sobre Planes y lineamientos normativos sobre las conductas de riesgo en el pre test y pos test de los alumnos y el personal docentes y administrativo el valor $p = .000$ y se cumple que $p < \alpha$ ($p < 0.05$). Igualmente, existe diferencias significativas en la percepción sobre espacios y servicios para las conductas de riesgo en el Pre test y pos test de los alumnos y el personal docentes y

administrativo el valor $p = .000$ y se cumple que $p < \alpha$ ($p < 0.05$). De la misma manera, existe diferencias significativas en la percepción de la decisión personal sobre las conductas de riesgo en el pre test y pos test de los alumnos y el personal docentes y administrativo el valor $p = .000$ y se cumple que $p < \alpha$ ($p < 0.05$). Finalmente, existe diferencias significativas en la percepción sobre la promoción sobre las conductas de riesgo en el pre test y pos test de los alumnos y el personal docentes y administrativo el valor $p = .000$ y se cumple que $p < \alpha$ ($p < 0.05$).

Esto quiero decir que habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula se acepta la hipótesis de investigación concluyendo: que existe diferencias significativas en la efectividad del plan estratégico “Universidad Saludable” en la percepción de alumnos y personal frente al fortalecimiento de capacidades, planes y lineamientos normativos, espacios y servicios, decisión personal y promoción sobre las conductas de riesgo en el programa de Enfermería de la Universidad Metropolitana Barranquilla, Colombia 2017.

Dicho de otro modo, tanto en alumnos, docentes y administrativos existe un cambio en la percepción del fortalecimiento de capacidades, planes y lineamientos normativos, espacios y servicios, decisión personal y promoción sobre las conductas de riesgo antes y después de aplicarles el plan estratégico “universidad saludable”.

Tabla 30. *Diferencias en la percepción en el pre test y pos test de alumnos y personal frente al fortalecimiento de capacidades, planes y lineamientos normativos, espacios y servicios, decisión personal y promoción sobre las conductas de riesgo en el programa de Enfermería de la Universidad Metropolitana Barranquilla, Colombia, 2017*

		N	Rango promedio	Suma de rangos
Percepción sobre Fortalecimiento de capacidades Pos test - Percepción sobre Fortalecimiento de capacidades Pre test	Rangos negativos	232 ^a	116,50	27028,00
	Rangos positivos	0 ^b	,00	,00
	Empates	3 ^c		
	Total	235		
Percepción sobre Planes y lineamientos normativos Pos test - Percepción sobre Planes y lineamientos normativos Pre test	Rangos negativos	229 ^d	115,00	26335,00
	Rangos positivos	0 ^e	,00	,00
	Empates	6 ^f		
	Total	235		
Percepción sobre Espacios y servicios Pos test - Percepción sobre Espacios y servicios Pre test	Rangos negativos	222 ^g	111,50	24753,00
	Rangos positivos	0 ^h	,00	,00
	Empates	13 ⁱ		
	Total	235		
Percepción sobre Promoción Pos test - Percepción sobre Promoción Pre test	Rangos negativos	222 ^j	111,50	24753,00
	Rangos positivos	0 ^k	,00	,00
	Empates	13 ^l		
	Total	235		
Percepción sobre Decisión personal Pos test - Percepción sobre Decisión personal Pre test	Rangos negativos	222 ^m	111,50	24753,00
	Rangos positivos	0 ⁿ	,00	,00
	Empates	13 ^o		
	Total	235		

- a. Percepción sobre Fortalecimiento de capacidades Pos test < Percepción sobre Fortalecimiento de capacidades Pre test
- b. Percepción sobre Fortalecimiento de capacidades Pos test > Percepción sobre Fortalecimiento de capacidades Pre test
- c. Percepción sobre Fortalecimiento de capacidades Pos test = Percepción sobre Fortalecimiento de capacidades Pre test
- d. Percepción sobre Planes y lineamientos normativos Pos test < Percepción sobre Planes y lineamientos normativos Pre test
- e. Percepción sobre Planes y lineamientos normativos Pos test > Percepción sobre Planes y lineamientos normativos Pre test
- f. Percepción sobre Planes y lineamientos normativos Pos test = Percepción sobre Planes y lineamientos normativos Pre test
- g. Percepción sobre Espacios y servicios Pos test < Percepción sobre Espacios y servicios Pre test
- h. Percepción sobre Espacios y servicios Pos test > Percepción sobre Espacios y servicios Pre test
- i. Percepción sobre Espacios y servicios Pos test = Percepción sobre Espacios y servicios Pre test
- j. Percepción sobre Promoción Pos test < Percepción sobre Promoción Pre test
- k. Percepción sobre Promoción Pos test > Percepción sobre Promoción Pre test
- l. Percepción sobre Promoción Pos test = Percepción sobre Promoción Pre test
- m. Percepción sobre Decisión personal Pos test < Percepción sobre Decisión personal Pre test
- n. Percepción sobre Decisión personal Pos test > Percepción sobre Decisión personal Pre test
- o. Percepción sobre Decisión personal Pos test = Percepción sobre Decisión personal Pre test

Estadísticos de prueba

	Percepción sobre Fortalecimiento de capacidades Pos test - Percepción sobre Fortalecimiento de capacidades Pre test	Percepción sobre Planes y lineamientos normativos Pos test - Percepción sobre Planes y lineamientos normativos Pre test	Percepción sobre Espacios y servicios Pos test - Percepción sobre Espacios y servicios Pre test	Percepción sobre Promoción Pos test - Percepción sobre Promoción Pre test	Percepción sobre Decisión personal Pos test - Percepción sobre Decisión personal Pre test
Z	-13,386 ^b	-13,291 ^b	-13,130 ^b	-13,134 ^b	-13,100 ^b
Sig. asintótica (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000

a. Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo

b. Se basa en rangos positivos.

Discusión de resultados

El deficiente estilo de vida de los jóvenes y adultos que desarrollan sus actividades y labores académicas, administrativas en la comunidad académica en las universidades; ya sea por motivos de la presión académica: tareas, exámenes, proyectos, cumplimiento de pagos, falta de tiempo tienen un efecto en sus emociones el cual conlleva a no percibir y no diferenciar conductas generadoras de riesgo. Por lo cual el objetivo del presente estudio es determinar la efectividad del plan estratégico “Universidad Saludable”, para la modificación de la percepción y actitud sobre conducta de riesgo en los estudiantes y personal del programa de enfermería de la Universidad Metropolitana Barranquilla, Colombia, 2017. Hallándose que el plan estratégico “universidad saludable” fue efectivo en la percepción y actitud sobre las conductas de riesgo en alumnos y el personal del programa de Enfermería. Dicho de otro modo, tanto en alumnos, docentes y administrativos: existe un cambio en la actitud y percepción antes y después de aplicarles el plan estratégico “universidad saludable” en la Universidad Metropolitana Barranquilla, Colombia 2017.

Resultados similares fueron hallados por investigadores de la Habana (Citado en García et al, 2015) realizaron una investigación de revisión sobre Conductas de riesgo en los adolescentes, en la Universidad de Ciencias Médicas de las Fuerzas Armadas Revolucionarias. Habana, Cuba. Quienes describieron diferentes criterios de las conductas de riesgo en adolescentes tanto en Cuba como en el mundo, además de haber tenido un acercamiento en las comunidades cerradas quienes resaltan que hay factores que influyen en los jóvenes y adultos en la obtención de conductas de riesgo.

En complemento, los resultados descriptivos también se dan favorables producto de la intervención como: el 56,6% de estudiantes referencia en el pretest tener una actitud indiferente y un 35,3% negativa ante las conductas de riesgo y después de desarrollar el plan estratégico “Universidad Saludable”, en el postest se observa una diferencia del 0% en ambas que ya no se presentan ni indiferente y negativa. En contraste con los que tenían actitud positiva 0,9% antes del plan, ahora aumentaron a 92,3% de estudiantes con una actitud positiva ante las conductas de riesgo. Estos resultados explican que los talleres han favorecido el cambio de actitud de la conducta riesgos de estudiantes y personal del programa en estudio. Corona, (2011) complementa a los resultados hallados en el presente estudio refiriendo: que las conductas de riesgo aquellas tareas voluntarias o involuntarias, realizadas por un individuo o comunidad, que puede llevar a consecuencias nocivas. Son múltiples, y pueden ser biopsicosociales. De la misma manera, resalta que estas son particularmente intensas en la adolescencia. A ello favorecen diferentes características propias de la edad, entre las que destaca la “sensación de invulnerabilidad” o mortalidad negada, la necesidad y alto grado de experimentación emergente, la susceptibilidad a influencia y presión de los pares con necesidad de conformidad intergrupala, la identificación con ideas opuestas a los padres y necesidad de trasgresión en el proceso de autonomía y reafirmación de la identidad.

De la misma forma en cuanto a la percepción sobre las conductas de riesgo por parte de los estudiantes se evidencia: que el 46,8% de estudiantes referencia en el pretest tener una percepción deficiente y un 38,7% negativa ante las conductas de riesgo y después de desarrollar el plan estratégico “Universidad Saludable”, en el postest se observa una diferencia del 0% en ambas que ya no presentan percepción deficiente y negativa. En contraste con los que tenían percepción positiva en un

2,1% antes del plan ahora aumentaron a 94,5% de estudiantes con una percepción positiva ante las conductas de riesgo.

Por otro lado, al analizar las dimensiones de la variable actitud se describe en la dimensión fortalecimiento de capacidades que el 43% de estudiantes referencia en el pretest tener una actitud indiferente y un 35,7% negativa ante el fortalecimiento de capacidades sobre conductas de riesgo y después de desarrollar el plan estratégico “Universidad Saludable”, en el postest se observa una diferencia del 0% en ambas que ya no se presentan ni indiferente y negativa. En contraste con los que tenían actitud positiva 5,1% antes del plan, aumentaron a 60,4%; igualmente, los que tenían 0% de actitud óptima aumentaron a 34,9% de estudiantes con una , se observa que el 43% de estudiantes referencia en el pretest tener una actitud indiferente y un 35,7% negativa ante el fortalecimiento de capacidades sobre conductas de riesgo y después de desarrollar el plan estratégico “Universidad Saludable”, en el postest se observa una diferencia del 0% en ambas que ya no se presentan ni indiferente y negativa.

En cuanto a la dimensión planes y lineamientos normativos se observa: los que tenían actitud positiva 3% antes del plan, aumentaron después del plan a 63%; igualmente, los que tenían 0% de actitud óptima aumentaron a 33,6% de estudiantes con una actitud óptima en planes y lineamientos normativos sobre conductas de riesgo sobre planes y lineamientos normativo. Resultados que reafirma que los adolescentes y jóvenes del programa de enfermería de la Universidad Metropolitana en sus actitudes antes del plan de intervención tenían un posición diferente a después de ser intervenidos. Los resultados contrastan con lo referido por Bastías & Stieповich (2015) los cuales sobre una revisión de los estilos + vida de estudiantes universitarios iberoamericanos, en la Universidad de Concepción Chile, que los estudiantes mantiene conductas en riesgo com parte de su estilo de vida.

En cuanto a la dimensión actitud sobre los espacios y servicios para la prevención de conductas de riesgo : los que tenían actitud positiva 3% antes del plan, aumentaron después del plan a 78,7%; igualmente, los que tenían 0,4% de actitud óptima aumentaron a 17,4% de estudiantes con una actitud óptima sobre los espacios y servicios para la prevención de conductas de riesgo.

De la misma forma, en referencia a la dimensión actitud sobre decisión personal para la prevención de conductas de riesgo con los que tenían actitud positiva 0,9% antes del plan, aumentaron después del plan a 76,2%; igualmente, los que tenían 0,4% de actitud óptima aumentaron a 17% de estudiantes con una actitud óptima en la decisión personal ante las conductas de riesgo; se observa que el 50,6% de estudiantes referencia en el pretest tener una actitud indiferente en el postest se observa una diferencia del 0 % resultados que demuestran el efecto del programa en la actitud de los jóvenes.

También, en la dimensión de actitud sobre la promoción se refleja: los que tenían actitud positiva 2,1% antes del plan estratégico, aumentaron después del plan a 79,1%; igualmente, los que tenían 0% de actitud óptima aumentaron a 16,2% de estudiantes con una actitud óptima en la promoción sobre las conductas de riesgo.

Por otro lado en cuanto a las dimensiones de percepciones se observa los siguientes resultados: en percepciones sobre fortalecimiento de capacidades, el 43,8% de estudiantes referencia en el pretest tener una percepción negativa y un 34,9% muy negativa en el fortalecimiento de capacidades ante las conductas de riesgo y después de desarrollar el plan estratégico “Universidad Saludable”, en el postest se observa una diferencia del 0 % en ambas que ya no se presentan ni negativa ni muy negativa. En contraste con los que tenían percepción 4,7% antes del plan, aumentaron después del plan a 60%; igualmente, los que tenían 0% de percepción muy positiva

aumentaron a 38,7% de estudiantes con una percepción en el fortalecimiento de capacidades ante las conductas de riesgo.

Igualmente, sobre la percepción de los planes y lineamientos normativos se observa que el 37% de estudiantes referencia en el pretest tener una percepción negativa y un 35,3% muy negativa sobre planes y lineamientos normativos ante las conductas de riesgo y después de desarrollar el plan estratégico “Universidad Saludable”, en el postest se observa una diferencia del 0 % en ambas que ya no se presentan ni negativa, ni muy negativa. En contraste con los que tenían una percepción positiva 3% antes del plan, aumentaron después del plan a 67,7%; igualmente, los que tenían 0% de percepción muy positiva aumentaron a 31,1% de estudiantes con una percepción sobre planes y lineamientos normativos ante las conductas de riesgo.

De la misma forma, en cuanto a los resultados en la dimensión de percepción sobre espacios y servicios se observa que el 44,7% de estudiantes referencia en el pretest tener una percepción negativa y un 36,2% muy negativa sobre los espacios y servicios para las conductas de riesgo y después de desarrollar el plan estratégico “Universidad Saludable”, en el postest se observa una diferencia del 0 % en ambas que ya no se presentan ni negativa, ni muy negativa. En contraste con los que tenían una percepción positiva 6% antes del plan, aumentaron después del plan a 74,9% ; igualmente, los que tenían 0% de percepción muy positiva aumentaron a 23% de estudiantes con una percepción sobre sobre los espacios y servicios para las conductas de riesgo ,

Asimismo, en la dimensión sobre decisión personal se presente: que el 36,6% de estudiantes referencia en el pretest tener una percepción negativa sobre la decisión personal ante las conductas de riesgo y después de desarrollar el plan estratégico

“Universidad Saludable”, en el postest se observa una diferencia del 0 % en la negativa. En contraste con los que tenían una percepción positiva 17,9% antes del plan, aumentaron después del plan a 77%; igualmente, los que tenían 6,8% de percepción muy positiva aumentaron a 21,7% de estudiantes con una percepción sobre la decisión personal ante las conductas de riesgo.

Finalmente, en la dimensión de Promoción para la prevención de conductas de riesgo: el 34,9% de estudiantes referencia en el pretest tener una percepción negativa sobre la promoción en conductas de riesgo y después de desarrollar el plan estratégico “Universidad Saludable”, en el postest se observa una diferencia del 0 % en la negativa. En contraste con los que tenían una percepción positiva 11,9% antes del plan, aumentaron después del plan a 74,9%; igualmente, los que tenían 6,8% de percepción muy positiva aumentaron a 23,4% de estudiantes con una percepción sobre la promoción en conductas de riesgo.

Estos resultados descriptivos reflejan que el programa ha tenido su efecto sobre la conductas de los estudiantes en cuanto a su actitud y percepciones sobre la importancia de fortalecer capacidades, generar planes y lineamientos, abrir espacios y servicios además de tomar su decisión personal y promover la prevención de las conductas de riesgo que causan mucho daño a la juventud metropolitana. Los datos inferenciales demuestran la efectividad del programa: en la actitud y la percepción fue significativo al valor $p = .000$ De la misma manera, en todas sus dimensiones tanto para percepciones en conductas de riesgo : fortalecimiento de capacidades, planes y lineamientos normativos , espacios y servicios, decisión personal y promoción los valores también fueron significativos con un valor $p = .000$

El desconocimiento sobre estos temas establece una de las causas primordiales que conllevan a conductas de riesgos en los jóvenes, por lo que debe ser estudiado e

implementarse políticas y programas de prevención para disminuir estos comportamientos y sus consecuencias. Dicho de otro modo, tanto en alumnos, docentes y administrativos existe un cambio en la actitud desde las dimensiones: en el fortalecimiento de capacidades, planes y lineamientos normativos, espacios y servicios, decisión personal y promoción sobre conductas de riesgo antes y después de aplicarles el plan estratégico “universidad saludable”.

Además tomando en cuenta que el programa de enfermería de la Universidad Metropolitana tienen entre sus planes trabajar el eje de conducta de riesgo como parte de sus políticas de “universidad saludable” fue necesario realizar el presente programa. Finalmente, los resultados del presente estudio han motivado a la población estudiantil, personal docente y administrativo a tener una óptica distinta y mejorada de las conductas, de riesgo fundamental como soporte para a la salud mental, física, emocional del ser humano dentro del entorno educativo .

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Primera conclusión, al inicio de la intervención ninguno de los intervenidos presentaba una actitud adecuada sobre la conducta de riesgo en la universidad y después de los talleres, el 56,6% de estudiantes referencia en el pretest tener una actitud indiferente y un 35,3% negativa ante las conductas de riesgo y después de desarrollar el plan estratégico “Universidad Saludable”, en el postest se observa una diferencia del 0% en ambas que ya no se presentan ni indiferente y negativa. En contraste con los que tenían actitud positiva 0,9 antes del plan, ahora aumentaron a 92,3% de estudiantes con una actitud positiva ante las conductas de riesgo.

Segunda conclusión, Luego se observa que el 46,8% de estudiantes referencia en el pretest tener una percepción deficiente y un 38,7% negativa ante las conductas de riesgo y después de desarrollar el plan estratégico “Universidad Saludable”, en el postest se observa una diferencia del 0% en ambas que ya no presentan percepción deficiente y negativa. En contraste con los que tenían percepción positiva 2,1% antes del plan ahora aumentaron a 94,5% de estudiantes con una percepción positiva ante las conductas de riesgo.

Tercera conclusión, Al inicio de los talleres se observa que el 43% de estudiantes referencia en el pretest, tener una actitud indiferente y un 35,7% negativa ante el fortalecimiento de capacidades sobre conductas de riesgo y después de desarrollar el plan estratégico “Universidad Saludable”, en el postest se observa una diferencia del 0% en ambas que ya no se presentan ni indiferente y negativa.

En cuanto planes y lineamientos normativos se observa que el 53,8% de estudiantes referencia en el pretest tener una actitud indiferente y un 32,8% negativa en planes y lineamientos normativos sobre conductas de riesgo y después de desarrollar el plan estratégico “Universidad Saludable”, en el postest se observa una diferencia del 0% en ambas que ya no se presentan ni indiferente y negativa.

Asimismo, en actitud sobre espacios y servicios se visualiza que el 46,8% de estudiantes referencia en el pretest tener una actitud indiferente y un 33,6% negativa sobre los espacios y servicios para las conductas de riesgo y después de desarrollar el plan estratégico “Universidad Saludable”, en el postest se observa una diferencia del 0 al 0,4% en ambas que ya no se presentan ni indiferente y negativa.

También en actitud sobre la decisión personal; se expresa que el 50,6% de estudiantes referencia en el pretest tener una actitud indiferente y un 33,2% negativa en la decisión personal ante las conductas de riesgo y después de desarrollar el plan estratégico “Universidad Saludable”, en el postest se observa una diferencia del 0 % en ambas que ya no se presentan ni indiferente y negativa.

Finalmente, en cuanto a la promoción en la prevención ante las conductas de riesgos se observa que el 52,3% de estudiantes referencia en el pretest tener una actitud indiferente y un 34% negativa en la promoción sobre las conductas de riesgo y después de desarrollar el plan estratégico “Universidad Saludable”, en el postest

se observa una diferencia del 0 a 0,9 % en ambas que ya no se presentan ni indiferente y negativa.

Cuarta Conclusión, Dentro de los resultados de las dimensiones sobre las percepciones podemos verificar que en cuanto al *fortalecimiento de capacidades* el 43,8% de estudiantes referencia en el pretest tener una percepción negativa y un 34,9% muy negativa en el fortalecimiento de capacidades ante las conductas de riesgo y después de desarrollar el plan estratégico “Universidad Saludable”, en el postest se observa una diferencia del 0 % en ambas que ya no se presentan ni negativa ni muy negativa.

Igualmente, para *planes y lineamientos normativos ante las conductas de riesgo* se observa que el 37% de estudiantes referencia en el pretest tener una percepción negativa y un 35,3% muy negativa sobre planes y lineamientos normativos ante las conductas de riesgo y después de desarrollar el plan estratégico “Universidad Saludable”, en el postest se observa una diferencia del 0 % en ambas que ya no se presentan ni negativa, ni muy negativa.

También, en cuanto a la *percepción sobre los espacios y servicios para las conductas de riesgo* se observa que el 44,7% de estudiantes referencia en el pretest tener una percepción negativa y un 36,2% muy negativa sobre los espacios y servicios para las conductas de riesgo y después de desarrollar el plan estratégico “Universidad Saludable”, en el postest se observa una diferencia del 0 % en ambas que ya no se presentan ni negativa, ni muy negativa.

De la misma manera, al observar los niveles de *percepción sobre la decisión personal* se detalla que el 36,6% de estudiantes referencia en el pretest tener una percepción negativa sobre la decisión personal ante las conductas de riesgo y después

de desarrollar el plan estratégico “Universidad Saludable”, en el postest se observa una diferencia del 0 % en la negativa

Finalmente, en cuanto a la promoción sobre la prevención de las conductas de riesgo se expresa que el 34,9% de estudiantes referencia en el pretest tener una percepción negativa sobre la promoción en conductas de riesgo y después de desarrollar el plan estratégico “Universidad Saludable”, en el postest se observa una diferencia del 0 % en la negativa.

Quinta Conclusión, En cuanto a las diferencias en la actitud y percepción en el pretest y postest sobre las conductas de riesgo de los alumnos y personal del programa de enfermería de la Universidad Metropolitana de Barranquilla se observa que existe diferencias significativas en la actitud y percepción del pretest y postest de los alumnos y el personal docentes y administrativo con el valor $p = .000$ para ambas variables.

Sexta conclusión, Se observa que en las diferencias en la actitud en el pretest y postest de alumnos y personal frente al fortalecimiento de capacidades, planes y lineamientos normativos, espacios y servicios, decisión personal y promoción sobre las conductas de riesgo en el programa de Enfermería de la Universidad Metropolitana Barranquilla, se observa que existe diferencias significativas en la Actitud sobre sobre el fortalecimiento de capacidades, planes y lineamientos normativos, espacios y servicios, decisión personal y promoción sobre conductas de riesgo en el pretest y postest de los alumnos, personal docentes y administrativo el valor $p = .000$

Séptima conclusión, Asimismo, en cuanto a las diferencias en las percepciones en el pretest y postest de alumnos y personal frente al fortalecimiento de capacidades, planes y lineamientos normativos, espacios y servicios, decisión

personal y promoción sobre las conductas de riesgo en el programa de Enfermería de la Universidad Metropolitana Barranquilla, se observa que existe diferencias significativas en la percepción sobre el fortalecimiento de capacidades, planes y lineamientos normativos, espacios y servicios, decisión personal y promoción sobre conductas de riesgo en el pretest y postest de los alumnos, personal docentes y administrativo con el valor $p = .000$

Recomendaciones

Primera recomendación: a los administradores del programa de enfermería, a la decanatura y de la Universidad Metropolitana a considerar en el plan estratégico “Universidad Saludable” un eje de prevención en conductas de riesgo como una propuesta importante para la implementación del programa de cambio conductual “universidad saludable” a implementarse como parte de las políticas de estado.

Segunda recomendación: a la universidad Metropolitana el reconocimiento formal y legal a través de una resolución rectoral el informe del plan estratégico “universidad saludable “en su eje prevención en conductas de riesgo.

Tercera recomendación: como parte de la sostenibilidad del presente programa realizado implementar inmediatamente medidas en cuanto a los planes y lineamientos normativos en la institución, para prevenir conductas de riesgo en los jóvenes en todos sus ejes que componen las conductas riesgosas; además de la construcción de espacios e implementación de servicios para el desarrollo de actividades de desarrollo personal que sirva como mitigación de conductas riesgosas y de formentar la vida saludable; además incluir un cronograma de fortalecimiento de capacidades hasta la reestructuración de la currículo con cursos de soporte preventivo en conductas de riesgo como asignaturas de formación personal.

Cuarta recomendación: se sugiere la creación de la oficina de Universidad Saludable a fin de implementar todos los acuerdos y lineamientos productos de la presente investigación que consolide la prevención de conductas riesgo de los jóvenes estudiantes.

Quinta recomendación: a la administración, destinar un presupuesto para implementar todos los acuerdos y medidas productos de la presente investigación.

Sexta recomendación: mantener el laso comunicaciones a través de panfletos, murales etc. que la universidad saludable en UNIMETRO es un hecho (mientras se ajustan todas las políticas normativas y presupuestos).

Séptima recomendación: socializar los resultados con una comisión educativa del ministerio de educación y el municipio regional a fin de escuchar sus ecomendaciones y sugerencias y fortificar lo planteado; en complemento dela motivación y modelo que puede resultar este informe para otras instituciones universitarias.

REFERENCIAS

Allport (1935), Desarrollo de metodologías y estrategias educativas y de formación, 2010.

Análisis de la situación de salud en Colombia (2002-2007), Ministerio de la Protección Social Universidad de Antioquia Facultad Nacional de Salud Pública

Bandura, A. (1982), Teoría del aprendizaje social, ISSN 0213-4748, ISSN-e 1579-3680, Vol. 26, N° 1, 2011, págs. 7-20

Burns (2003- 2004).Orientación para jóvenes en licenciatura.blogspot.com

Bermúdez, J. & Contreras, A. (2008). Predictores psicosociales del consumo de tabaco en adolescentes: extensiones de la teoría de la conducta planificada. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. 13(3), 175-186.

Consejo Nacional de Política Económica y Social (Compes 147), Desarrollo Nacional de Planeación (2012)

Cogollo-Milanés, Gómez-Bustamante EM (2014); Variables asociadas al inicio del consumo de cigarrillo en adolescentes estudiantes de básica secundarias de los colegios oficiales de la ciudad de Cartagena, Colombia. Aquichan. 2014; 14(2): 226-236.

Fondo de las Naciones Unidas UNICEF (2011).

Gómez & Vélez (2008), Consumo de Alcohol y Cigarrillo en Estudiantes de Medicina de la Universidad Ces, Medellín, Colombia.

Hernández. (2015), http://www.odc.gov.co/Portals/1/dialogo_nacional/docs/consumo-sustancias-psicoactivas-colombia.

Informe sobre el Uso de Drogas de las Américas (2015) presentado por la Organización de Estados Americanos (OEA).

Ley 1109 de 2006 (2010), promulgó la Ley 1335.

Laguado, Gómez MP (2014); Estilos de vida saludable en estudiantes de Enfermería en la Universidad Cooperativa de Colombia. *Hacia promoc. Salud.* 19(1):68-83.

Lucia N. (2015), sexóloga Colombia-Bogotá.

Nola-Pender teorías de Enfermería (2012) uns.blogspot.com/2012/06/.html.

Manual de Universidades Saludables (2012). Estrategia Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Crónicas no Transmisibles.

Ministerio de Protección Social (2013), Ley 124 de 1994

Ministerio de Protección Social MPS, (2015) Análisis de situación integral de salud (ASIS, 2014).

Ministerio de Protección Social (2017).

Organización Mundial de la Salud (2003). Un tratado Internacional para el Control del Tabaco, <http://www.who.int/features/2003/08/>

Organización de las Naciones Unidas (2013).

Prochaska & Di clemente (1982), un modelo de cambio

Padilla (1996). Diccionario Didáctico Educativo editores ilimitada Santa fe de Bogotá P. 904.

Pender, N. Murdaugh, C. & Parsons, M. (2006). Health promotion in nursing practice.

Páez (2012) Universidades saludables: los jóvenes y la salud, Archivos de Medicina (Col), vol. 12, núm. 2, julio-diciembre, pp. 205-220 Universidad de Manizales Caldas, Colombia.

II Plan Universidad Saludable (2011-2015) univertsitate osasungarriaren aldeko

Quintero Rondón, A. & Rojas Betancur, H. (2015). El embarazo a temprana edad, un análisis desde la perspectiva de madres adolescentes. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 44, 222-237.

Revista Virtual Universidad Católica del Norte (2009), No.27 acceso: <http://revistavirtual.ucn.edu.co/>], ISSN 0124-5821 - Indexada categoría C Publindex e incluida en Latindex, , (Colombia),

Rodríguez-Jiménez-Quintana (2014), *Construyendo Universidades Saludables: Conciencia Corporal y Bienestar Personal*, *Revista iberoamericana de educación*. n. ° 66, pp. 207-224 (issn: 1022-6508) - oei/caeu

Teoría del Desarrollo Social (1992), propuesta por Hawkins & cols.

Velandia-Galvis ML, Arenas-Parra JC, Ortega-Ortega N. (2015); *Estilos de vida en los estudiantes de enfermería*. *Rev. Ciencia. Y Cuidado*. 12(1): 27-39.

ESQUEMA DEL PROGRAMA EDUCATIVO

Variable independiente	Objetivos	Metodología ¿Qué procedimientos voy a seguir?	Actividades* ¿Qué acciones voy a llevar a cabo?	Recursos (Equipos y materiales)	Evaluación (Proceso sistemático, continuo e integral, de retroalimentación)	Tiempo (En horas)
Efectividad del plan estratégico “universidad saludable” para la modificación de la percepción y actitud sobre conducta de riesgo en el programa de enfermería de la universidad metropolitana barranquilla, Colombia, 2017	1. Reforzar en el 70% de los participantes los conocimientos respecto a la prevención de conductas de riesgo, factor de riesgo.	Talleres Videos	1.Sesión educativa sobre la importancia de factores de riesgo y protectores 2.identificar Actitudes riesgosas en la sexualidad 3. determinar promoción de la salud 4.desarrollar las Teorías del riesgo	-Modulo Elaboración de trípticos	Cuestionarios midiendo los conocimientos	14 horas
	2. Fomentar el cambio de actitud en un 50% de los trabajadores frente a la prevención de conducta de riesgo, cambio conductual.	Talleres	1.Fomentar La conducta promotora de salud 2.identificar Comportamiento de riesgo en la adolescencia 3.reforzamiento en la Prevención en la conducta de riesgo 4.retroalimentacion del Cambio conductual 5.realizar Talleres de diagnóstico y planeamiento	Videos Conferencista(psicólogo)	Talleres de cambio conductual	14 horas

			para la gestión preventiva de conductas de riesgo			
	3. fortalecer en el 70% de participantes los Conocimiento de la Comunidad Académica Metropolitana con el concepto de Universidad Saludable.	Talleres	1. Identificación de la Comunidad Académica Metropolitana con la Universidad Metropolitana 2. reforzamiento del Conocimiento de la Comunidad Académica Metropolitana con el concepto de Universidad Saludable	Videos Conferencista (psicólogo)	Cambio positivo	14 horas
	4. Fomentar acciones Estratégicas de Prevención de Conducta de Riesgo		1. realizar talleres de Percepción del diagnóstico de la Universidad Saludable por la Comunidad Académica Metropolitana, mediante el análisis FODA	Talleres	Talleres análisis DOFA	14 horas

MATRIZ INSTRUMENTAL					
VARIABLE	DIMENSIONES	ITEMS	ESCALA	VALORACIÓN	INSTRUMENTO
ACTITUD FRENTE A LA CONDUCTA DE RIESGO	Fortalecimiento de capacidades	1. ¿Percibe usted que la administración de la universidad educa en prevención y mitigación de conductas de riesgo a sus alumnos, docentes y trabajadores?			Instrumento de "Actitudes y Percepciones obre conductas de riesgo" confeccionado por el Magister en Salud Pública Guido Angelo Huapaya Flores, Lima, 2016
		7. ¿Considera usted necesario que la universidad deba promover la participación en talleres de alimentación saludable o esto quitaría tiempo a lo académico?			
		8. ¿Considera usted necesario que se debería considerar en el currículo de cada facultad algún tópico sobre hábitos saludables, cuidados de la salud y alimentación o esta sería una distracción a lo académico?			
		9. ¿Considera usted necesario que durante su permanencia los alumnos, docentes o trabajadores en la Universidad deberían recibir educación sobre alimentación saludable o esto los distraería de sus labores?			
	planes y lineamientos normativos	2. ¿Considera usted necesario que debería existir de políticas, lineamientos y resoluciones sobre prevención y mitigación de conductas de riesgo en la universidad o eso es una responsabilidad de cada familia?			
		3. ¿Considera usted necesario que debería existir normas, directivas y señalizaciones para la prevención y mitigación de la ingesta de alcohol, tabaco, drogas sexualidad riesgosa en la universidad o esto es un asunto del ministerio de salud encargado?			
		4. ¿Considera usted necesario que debería articularse planes operativos u estratégicos con prevención y mitigación de conductas de riesgo en la universidad o que ya es bastante con nuestros planes académicos?			
		5. ¿Considera usted necesario que la universidad debería tener un presupuesto para realizar actividades o inversiones en prevención y mitigación de conductas de riesgo o esto no es parte de su responsabilidad?			
		6. ¿Considera usted que la universidad debería contar con espacios para actividades que ayuden en la prevención y mitigación de conductas de riesgo o esto quitaría espacio a lo académico:			
	Espacios y servicios				

		17. ¿Considera usted necesario que la universidad cuente con un consultorio de cambio conductual para la atención, prevención y mitigación de conductas de riesgo de los alumnos, docentes y personal o para eso está el centro de salud?			
		18. ¿Considera usted necesario contar con especialistas en Salud Pública expertos en cambio conductual en la universidad que nos ayuden a la prevención y mitigación de la conductas de riesgo o para eso están las docentes, psicólogos y personal de salud que ya tenemos?			
		20. ¿Considera usted necesario que se articule un taller continuo de cambio conductual con los docentes, trabajadores y alumnos para prevenir y mitigar las conductas de riesgo o es un extremo y sería no respetar la libertad de cada persona?			
	Decisión personal	13. ¿Considera usted necesario que los trabajadores en la Universidad deberían ser evaluados su conductas si son de riesgo y tener un diagnóstico o es libertad de elegir por ellos mismos si su conducta es riesgo?			
		14. ¿Considera usted necesario que los docentes en la Universidad deberían ser evaluados su conductas si son de riesgo y tener un diagnóstico o es libertad de elegir por ellos mismos si su conducta es riesgo?			
		15. ¿Considera usted necesario que los alumnos en la Universidad deberían ser evaluados su conductas si son de riesgo y tener un diagnóstico o es libertad de elegir por ellos mismos si su conducta es riesgo?			
		19. ¿Considera usted necesario realizar cambios en su conducta o considera que su conducta esta adecuada a la cultura... ?			
	Promoción	7. ¿Considera usted necesario que la universidad deba promover la participación en talleres de prevención y mitigación de conductas de riesgo o esto quitaría tiempo a lo académico?			
		10. ¿Considera usted necesario que la universidad debería promover la prevención y mitigación de conductas de riesgo al menos en su campo o eso es un asunto muy extremista?			
		12. ¿Considera usted necesario que en la universidad promueva seminarios, eventos, portal web que promueva la prevención y mitigación de conductas de o es un tema irrelevantemente a la función universitaria.			

		16. ¿Considera usted necesario que se promocióne sobre prevención y mitigación de conductas de riesgo por paneles y medios de comunicación, alguna clase o actividad grupal en la universidad o esto distraería de labores más importantes?			
VARIABLE	DIMENSIONES	ITEMS	ESCALA	VALORACIÓN	INSTRUMENTO
PERCEPCIÓN FRENTE A LA CONDUCTA DE RIESGO	Fortalecimiento de capacidades	1. ¿Percibe usted que la administración de la universidad educa en prevención y mitigación de conductas de riesgo a sus alumnos, docentes y trabajadores?			Instrumento de "Actitudes y Percepciones frente a la CONDUCTA DE RIESGO" elaborado por el Magister en Salud Pública Guido Angelo Huapaya Flores, Lima, 2016
		8. ¿Percibe usted que se considera en el currículo de cada facultad algún tópico sobre hábitos saludables, cuidados de la salud y prevención y mitigación de conductas de riesgo?			
		9. ¿Percibe usted que durante su permanencia los alumnos, docentes o trabajadores en la Universidad reciben educación sobre prevención y mitigación de conductas de riesgo?			
	planes y lineamientos normativos	2. ¿Percibe usted que existe políticas, lineamientos y resoluciones sobre prevención y mitigación de conductas de riesgo en la universidad ?			
		3. ¿Percibe usted que existe normas, directivas y señalizaciones para la prevención y mitigación de la ingesta de alcohol, tabaco, drogas sexualidad riesgosa en la universidad?			
		4. ¿Percibe usted que se han articulado planes operativos u estratégicos con prevención y mitigación de conductas de riesgo en la universidad?			
		5. ¿Percibe usted que la universidad tiene un presupuesto para realizar actividades o inversiones en prevención y mitigación de conductas de riesgo?			
	Espacios y servicios	6. ¿Percibe usted que la universidad cuenta con espacios para actividades que ayuden en la prevención y mitigación de conductas de riesgo?			
		17. Percibe usted que la universidad cuenta con un consultorio de cambio conductual para la atención, prevención y mitigación de conductas de riesgo para los alumnos, docentes y personal?			
		18. Percibe usted que la universidad cuenta con especialistas en Salud Pública expertos en cambio conductual que ayuden a la prevención y mitigación de la conductas de riesgo?			
		20. Percibe usted que se ha articulado algún taller continuo de cambio conductual con los docentes, trabajadores y alumnos para prevenir y mitigar las conductas de riesgo?			

		13. ¿Percibe usted que los trabajadores en la Universidad son evaluados sus conductas si son de riesgo y se tiene un diagnóstico?			
Decisión personal		14. ¿Percibe usted que los docentes en la Universidad son evaluados sus conductas si son de riesgo y se tiene un diagnóstico?			
		15. Percibe usted que los alumnos en la Universidad son evaluados en sus conductas si son de riesgo y se tiene un diagnóstico?			
		19. Percibe usted que los trabajadores, alumnos y docentes se preocupan por realizar cambios en su conducta?			
		7. ¿ Percibe usted que la universidad promueve la participación en talleres de prevención y mitigación de conductas de riesgo?			
Promoción		10. ¿ Percibe usted que la universidad promueve la prevención y mitigación de conductas de riesgo al menos en su campo ?			
		12. ¿Percibe usted que en la universidad promueve seminarios, eventos, portal web que promueva la prevención y mitigación de conductas de riesgo?.			

APÉNDICE B:

CUESTIONARIO

PRÁCTICAS Y PREVENCIÓN DE CONDUCTAS DE RIESGO

INTRODUCCIÓN

El presente cuestionario tiene el objetivo de recolectar información sobre los conocimientos, actitudes, prácticas de prevención de conductas de riesgo. Este cuestionario es de completa confidencia, agradecemos mucho su participación y colaboración de mucho beneficio para usted y su familia.

INSTRUCCIONES. Este cuestionario está dividido en dos partes: datos generales y datos específicos. Se presentan preguntas abiertas y cerradas. En la primera pregunta deberá marcar con un check o aspa en el casillero que crea conveniente.

edad	Sexo		Estado Civil				Orientación sexual						
	Hombre	Mujer	Soltero/a	Casado/a	Viudo/a	divorciado/a	Heterosexual	bisexual	homosexual	transsexual	intersexual	otros	
	GRADO DE INSTRUCCIÓN					RELIGION					Tiene hijos		
	Sin estudio	primaria	secundaria	universitaria	posgrado	católica	adventista	evangélica	pentecostal	otra	si	no	cuantos

II. INFORMACION ESPECÍFICA

ACTITUD	Para nada necesario	Algo necesario	Regularmente necesario	Es necesario	Es muy necesario
CONDUCTAS DE RIESGO (alcohol, tabaco, drogas y sexualidad)					
1. ¿Considera usted necesario que la administración de la universidad debería educar en prevención y mitigación de conductas de riesgo a sus alumnos, docentes y trabajadores o esto es un asunto personal?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera usted necesario que debería existir de políticas, lineamientos y resoluciones sobre prevención y mitigación de conductas de riesgo en la universidad o eso es una responsabilidad de cada familia?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera usted necesario que debería existir normas, directivas y señalizaciones para la prevención y mitigación de la ingesta de	1	2	3	4	5

alcohol, tabaco, drogas sexualidad riesgosa en la universidad o esto es un asunto del ministerio de salud encargado?					
4. ¿Considera usted necesario que debería articularse planes operativos u estratégicos con prevención y mitigación de conductas de riesgo en la universidad o que ya es bastante con nuestros planes académicos?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera usted necesario que la universidad debería tener un presupuesto para realizar actividades o inversiones en prevención y mitigación de conductas de riesgo o esto no es parte de su responsabilidad?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera usted que la universidad debería contar con espacios para actividades que ayuden en la prevención y mitigación de conductas de riesgo o esto quitaría espacio a lo académico:	1	2	3	4	5
7. ¿Considera usted necesario que la universidad deba promover la participación en talleres de prevención y mitigación de conductas de riesgo o esto quitaría tiempo a lo académico?	1	2	3	4	5
8. ¿Considera usted necesario que se debería considerar en el currículo de cada facultad algún tópico sobre hábitos saludables, cuidados de la salud y prevención y mitigación de conductas de riesgo o esta sería una distracción a lo académico?	1	2	3	4	5
9. ¿Considera usted necesario que durante su permanencia los alumnos, docentes o trabajadores en la Universidad deberían recibir educación sobre prevención y mitigación de conductas de riesgo o esto los distraería de sus labores?	1	2	3	4	5
10. ¿Considera usted necesario que la universidad debería promover la prevención y mitigación de conductas de riesgo al menos en su campo o eso es un asunto muy extremista?	1	2	3	4	5
11. ¿Considera usted necesario que los tutores, psicólogos, maestros, asistentes sociales y personal de salud de la universidad deberían abordar el tema de prevención y mitigación de conductas de riesgo de manera contundente o la decisión de su cambio les concierne sólo a cada persona?	1	2	3	4	5
12. ¿Considera usted necesario que en la universidad promueva seminarios, eventos, portal web que promueva la prevención y mitigación de conductas de o es un tema irrelevantemente a la función universitaria.	1	2	3	4	5
13. ¿Considera usted necesario que los trabajadores en la Universidad deberían ser evaluados su conductas si son de riesgo y tener un diagnóstico o es libertad de elegir por ellos mismos si su conducta es riesgo?	1	2	3	4	5
14. ¿Considera usted necesario que los docentes en la Universidad deberían ser evaluados su conductas si son de riesgo y tener un diagnóstico o es libertad de elegir por ellos mismos si su conducta es riesgo?	1	2	3	4	5
15. ¿Considera usted necesario que los alumnos en la Universidad deberían ser evaluados su conductas si son de riesgo y tener un diagnóstico o es libertad de elegir por ellos mismos si su conducta es riesgo?	1	2	3	4	5

16. ¿Considera usted necesario que se promocióne sobre prevención y mitigación de conductas de riesgo por paneles y medios de comunicación, alguna clase o actividad grupal en la universidad o esto distraería de labores más importantes?	1	2	3	4	5
17. ¿Considera usted necesario que la universidad cuente con un consultorio de cambio conductual para la atención, prevención y mitigación de conductas de riesgo de los alumnos, docentes y personal o para eso está el centro de salud?	1	2	3	4	5
18. ¿Considera usted necesario contar con especialistas en Salud Pública expertos en cambio conductual en la universidad que nos ayuden a la prevención y mitigación de la conductas de riesgo o para eso están las docentes, psicólogos y personal de salud que ya tenemos?	1	2	3	4	5
19. ¿Considera usted necesario realizar cambios en su conducta o considera que su conducta esta adecuada a la cultura... ?	1	2	3	4	5
20. ¿Considera usted necesario que se articule un taller continuo de cambio conductual con los docentes, trabajadores y alumnos para prevenir y mitigar las conductas de riesgo o es un extremo y sería no respetar la libertad de cada persona?	1	2	3	4	5

PERCEPCION DE CONDUCTAS DE RIESGO

	nada	Algo	regular	suficiente	Más que suficiente
21. ¿Percibe usted que la administración de la universidad educa en prevención y mitigación de conductas de riesgo a sus alumnos, docentes y trabajadores?	1	2	3	4	5
22. ¿Percibe usted que existe políticas, lineamientos y resoluciones sobre prevención y mitigación de conductas de riesgo en la universidad?	1	2	3	4	5
23. ¿Percibe usted que existe normas, directivas y señalizaciones para la prevención y mitigación de la ingesta de alcohol, tabaco, drogas sexualidad riesgosa en la universidad?	1	2	3	4	5
24. ¿Percibe usted que se han articulado planes operativos u estratégicos con prevención y mitigación de conductas de riesgo en la universidad?	1	2	3	4	5
25. ¿Percibe usted que la universidad tiene un presupuesto para realizar actividades o inversiones en prevención y mitigación de conductas de riesgo?	1	2	3	4	5
26. ¿Percibe usted que la universidad cuenta con espacios para actividades que ayuden en la prevención y mitigación de conductas de riesgo?	1	2	3	4	5
27. ¿Percibe usted que la universidad promueve la participación en talleres de prevención y mitigación de conductas de riesgo?	1	2	3	4	5
28. ¿Percibe usted que se considera en el currículo de cada facultad algún tópico sobre hábitos saludables, cuidados de la salud y prevención y mitigación de conductas de riesgo?	1	2	3	4	5
29. ¿Percibe usted que durante su permanencia los alumnos, docentes o trabajadores en la Universidad reciben educación sobre prevención y mitigación de conductas de riesgo?	1	2	3	4	5
30. ¿Percibe usted que la universidad promueve la prevención y mitigación de conductas de riesgo al menos en su campo?	1	2	3	4	5

31. ¿Percibe usted que los tutores, psicólogos, maestros, asistentes sociales y personal de salud de la universidad abordan el tema de prevención y mitigación de conductas de riesgo de manera contundente?	1	2	3	4	5
32. ¿Percibe usted que en la universidad promueve seminarios, eventos, portal web que promueva la prevención y mitigación de conductas de riesgo?.	1	2	3	4	5
33. ¿Percibe usted que los trabajadores en la Universidad son evaluados su conductas si son de riesgo y se tiene un diagnóstico?	1	2	3	4	5
34. ¿Percibe usted que los docentes en la Universidad son evaluados su conductas si son de riesgo y se tiene un diagnóstico?	1	2	3	4	5
35. Percibe usted que los alumnos en la Universidad son evaluados su conductas si son de riesgo y se tiene un diagnóstico?	1	2	3	4	5
36. Percibe usted que se promociona la prevención y mitigación de conductas de riesgo por paneles y medios de comunicación, o alguna clase?	1	2	3	4	5
37. Percibe usted que la universidad cuenta con un consultorio de cambio conductual para la atención, prevención y mitigación de conductas de riesgo para los alumnos, docentes y personal?	1	2	3	4	5
38. Percibe usted que la universidad cuenta con especialistas en Salud Pública expertos en cambio conductual que ayuden a la prevención y mitigación de la conductas de riesgo?	1	2	3	4	5
39. Percibe usted que los trabajadores, alumnos y docentes se preocupan por realizar cambios en su conducta?	1	2	3	4	5
40. Percibe usted que se ha articulada algún taller continuo de cambio conductual con los docentes, trabajadores y alumnos para prevenir y mitigar las conductas de riesgo?	1	2	3	4	5

APÉNDICE C:

APÉNDICE D:
MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO	PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	BASES TEORICAS
Efectividad del plan estratégico “universidad saludable” para la modificación de la percepción y actitud sobre conducta de riesgo en el programa de enfermería de la universidad metropolitana barranquilla, Colombia, 2017	<p>Problema general ¿Cuál es la efectividad del plan estratégico “Universidad Saludable”, para la modificación de la percepción y actitud sobre conducta de riesgo en los estudiantes y personal del programa de enfermería de la Universidad Metropolitana Barranquilla, Colombia, 2017?</p> <p>Problemas específicos ¿Cuál es la modificación en la actitud sobre conducta de riesgo antes y después del plan estratégico “Universidad Saludable” en los estudiantes y personal del Programa de Enfermería de la Universidad Metropolitana Barranquilla, Colombia 2017?</p>	<p>Objetivo general Determinar la efectividad del plan estratégico “Universidad Saludable”, para la modificación de la percepción y actitud sobre conducta de riesgo en los estudiantes y personal del programa de enfermería de la Universidad Metropolitana Barranquilla, Colombia, 2017.</p> <p>Objetivos específicos Identificar la modificación en la actitud sobre conducta de riesgo antes y después del plan estratégico “Universidad Saludable” en los estudiantes y personal del Programa de Enfermería de la Universidad Metropolitana Barranquilla, Colombia 2017. 2. Identificar la modificación en la percepción sobre conducta</p>	<p>Hipótesis General El plan estratégico “Universidad Saludable”, es efectivo para la modificación de la percepción y actitud sobre conducta de riesgo en los estudiantes y personal del programa de enfermería de la Universidad Metropolitana Barranquilla, Colombia, 2017.</p> <p>Hipótesis específica El plan estratégico “Universidad Saludable” es efectivo en la modificación de la actitud frente al fortalecimiento de capacidades, planes y lineamientos normativos, espacios y servicios, decisión</p>	<p>Tipo de investigación: Experimental</p> <p>Método: Descriptivo</p> <p>Diseño: Explicativo y descriptivo y pre-experimental</p> <p>Población: 487: Estudiantes, :217 docentes:16 administrativos:2</p> <p>Muestra: 235 235entre docentes, administrativos y estudiantes del. Programa de Enfermeira</p> <p>Técnicas e instrumentos: - Cuestionario:</p> <p>Tratamiento estadístico:</p>	<p>Tabaco: El consumo de tabaco favorece la aparición de numerosas enfermedades, como cáncer de pulmón, cardiopatía isquémica, bronquitis crónica y enfisema, entre otras. El tabaco es una de las mayores amenazas para la salud pública que ha tenido que afrontar el mundo. Mata a casi 6 millones de personas al año, de las cuales más de 5 millones son consumidores directos y más de 600 000 son no fumadores expuestos al humo ajeno. Casi el 80% de los más de mil millones de fumadores que hay en el mundo viven en países de ingresos bajos o medios, donde es mayor la carga de morbilidad y mortalidad asociada al tabaco.</p>

	<p>2. ¿Cuál es la modificación en la percepción sobre conducta de riesgo antes y después del plan estratégico “Universidad Saludable” en los estudiantes y personal del Programa de Enfermería de la Universidad Metropolitana Barranquilla, ¿Colombia 2017?</p> <p>3. ¿Cuál es el efectividad en la modificación en la actitud sobre Fortalecimiento de capacidades, planes y lineamientos normativos, espacios y servicios, decisión personal, promoción en conducta de riesgo antes y después del plan estratégico “Universidad Saludable” en los estudiantes y personal del Programa de Enfermería de la Universidad Metropolitana Barranquilla, ¿Colombia 2017?</p> <p>4. ¿Cuál es la modificación en la percepción sobre Fortalecimiento de capacidades, planes y lineamientos normativos, espacios y servicios, decisión personal, promoción en conducta de riesgo antes y después del</p>	<p>de riesgo antes y después del plan estratégico “Universidad Saludable” en los estudiantes y personal del Programa de Enfermería de la Universidad Metropolitana Barranquilla, Colombia 2017.</p> <p>3. Identificar la efectividad en la actitud sobre Fortalecimiento de capacidades, planes y lineamientos normativos, espacios y servicios, decisión personal, promoción en conducta de riesgo antes y después del plan estratégico “Universidad Saludable” en los estudiantes y personal del Programa de Enfermería de la Universidad Metropolitana Barranquilla, Colombia 2017.</p> <p>4. Identificar el nivel de cambio en la percepción sobre Fortalecimiento de capacidades, planes y lineamientos normativos, espacios y servicios, decisión personal, promoción en conducta de riesgo antes y después del plan estratégico “Universidad Saludable” en los estudiantes y personal del Programa de Enfermería de la Universidad Metropolitana Barranquilla, Colombia 2017.</p>	<p>personal y promoción sobre conducta de riesgo en los estudiantes y personal del programa de Enfermería de la Universidad Metropolitana Barranquilla, Colombia 2017.</p> <p>El plan estratégico “Universidad Saludable” es efectivo en la percepción frente al fortalecimiento de capacidades, planes y lineamientos normativos, espacios y servicios, decisión personal y promoción sobre conducta de riesgo en los estudiantes y personal del programa de Enfermería de la Universidad Metropolitana Barranquilla, Colombia 2017.</p> <p>Identificar la modificación en la percepción sobre el fortalecimiento de capacidades, planes, planes y lineamientos</p>	<p>Estadística: Descriptivo e inferencial</p>	<p>Los consumidores de tabaco que mueren prematuramente privan a sus familias de ingresos, aumentan el costo de la atención sanitaria y dificultan el desarrollo económico.</p> <p>ALCOHOL El alcohol, sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia, se ha utilizado ampliamente en muchas culturas durante siglos. El consumo nocivo de alcohol conlleva una pesada carga social y económica para las sociedades. El alcohol afecta a las personas y las sociedades de diferentes maneras, y sus efectos están determinados por el volumen de alcohol consumido, los hábitos de consumo y, en raras ocasiones, la calidad del alcohol. En 2012, unos 3,3 millones de defunciones, o sea el 5,9% del total mundial, fueron atribuibles al consumo de alcohol. El consumo nocivo de alcohol también puede perjudicar a otras personas, por ejemplo, familiares, amigos, compañeros de trabajo y desconocidos. Asimismo, el consumo nocivo de alcohol genera una carga sanitaria, social y</p>
--	---	--	--	---	---

	<p>plan estratégico “Universidad Saludable” en los estudiantes y personal del Programa de Enfermería de la Universidad Metropolitana Barranquilla, ¿Colombia 2017?</p> <p>5. ¿Cuáles son las diferencias en la efectividad del plan estratégico “Universidad Saludable” en la actitud frente al fortalecimiento de capacidades, planes y lineamientos normativos, espacios y servicios, decisión personal y promoción sobre conducta de riesgo en los estudiantes y personal del programa de Enfermería de la Universidad Metropolitana Barranquilla, Colombia 2017?</p> <p>6. ¿Cuáles son las diferencias en la efectividad del plan estratégico “Universidad Saludable” en la percepción frente al fortalecimiento de capacidades, planes y lineamientos normativos, espacios y servicios, decisión personal y promoción sobre conducta de riesgo en los estudiantes y personal del programa de Enfermería de la Universidad Metropolitana</p>	<p>5. Determinar las diferencias en la efectividad del plan estratégico “Universidad Saludable” en la actitud frente al fortalecimiento de capacidades, planes y lineamientos normativos, espacios y servicios, decisión personal y promoción sobre conducta de riesgo en los estudiantes y personal del programa de Enfermería de la Universidad Metropolitana Barranquilla, Colombia 2017.</p> <p>6. Determinar las diferencias en la efectividad del plan estratégico “Universidad Saludable” en la percepción frente al fortalecimiento de capacidades, planes y lineamientos normativos, espacios y servicios, decisión personal y promoción sobre conducta de riesgo en los estudiantes y personal del programa de Enfermería de la Universidad Metropolitana Barranquilla, Colombia 2017.</p>	<p>normativos, espacios y servicios, decisión personal, promoción en conducta de riesgo antes y después del plan estratégico “Universidad Saludable” en los estudiantes y personal del Programa de Enfermería de la Universidad Metropolitana Barranquilla, Colombia 2017.</p> <p>5. Determinar las diferencias en la efectividad del plan estratégico “Universidad Saludable” en la actitud frente al fortalecimiento de capacidades, planes y lineamientos normativos, espacios y servicios, decisión personal y promoción sobre conducta de riesgo en los estudiantes y personal del programa de enfermería de la Universidad Metropolitana, Barranquilla, Colombia 2017</p> <p>Determinar las diferencias en la efectividad del plan</p>		<p>económica considerable para el conjunto de la sociedad. El consumo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos. Está asociado con el riesgo de desarrollar problemas de salud tales como trastornos mentales y comportamentales, incluido el alcoholismo, importantes enfermedades no transmisibles tales como la cirrosis hepática, algunos tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares, así como traumatismos derivados de la violencia y los accidentes de tránsito.</p> <p>DROGAS</p> <p>Las sustancias psicoactivas son aquellas cuyo consumo puede alterar los estados de conciencia, de ánimo y de pensamiento. Son sustancias psicoactivas, por ejemplo, el tabaco, el alcohol, el cannabis, las anfetaminas, el éxtasis, la cocaína y la heroína.</p> <p>El consumo de sustancias psicoactivas, ya sea por placer o para aliviar el dolor, puede dañar la salud y acarrear problemas sociales a corto y largo plazo. Los efectos sobre la salud pueden consistir en enfermedades del hígado o del pulmón,</p>
--	--	--	--	--	---

	Barranquilla, Colombia 2017?		estrategico Universidad Saludable” en la percepcion frente al fortalecimiento de capacidades, planes y lineamientos normativos, espacios y servicios,decisión personal y promoción sobre conducta de riesgo en los estudiantes y personal del programa de enfermería de la Universidad Metropolitana, Barranquilla, Colombia 2017		cáncer, lesiones o muertes provocadas por accidentes, sobredosis, suicidio y agresiones. Algunos ejemplos de los efectos en el plano social son las detenciones, la pérdida de las relaciones y el descuido de las obligaciones laborales y familiares.
--	---------------------------------	--	---	--	--

APÉNDICE E:

Programa educativo

“Universidad Saludable”



PRESENTACION

Se desarrolla el consiguiente programa educativo, porque existe una gran necesidad de prevenir enfermedades no transmisibles, éstas se desarrollan en cualquier grupo etario, este programa está abordando un tema de dificultad social actual que está atravesando: las enfermedades de diabetes, hipertensión arterial, cánceres de todo tipo.

Además es un inconveniente que afronta la Comunidad Académica Metropolitana, ellos han participado en números seminarios y talleres destacando los modos de vida saludable, y, los cuales predominan en la condición de vida de los docentes, alumnos y

administrativos, especialmente en la Comunidad Académica Metropolitana, y con el artículo escrito de Corona & peralta para prevenir conductas de riesgo se debe saber evaluar y prevenir riesgos, y promover conductas saludables. Sin embargo, al aplicar un pre test y pos test. llaman la atención, de hacer una investigación y la necesidad de efectuar un programa al personal que aprende y trabaja en la Universidad Metropolitana en ellas existe gran compromiso en cuanto al manejo de su conducta de riesgo y de su familia de esta forma mejorar esta. La finalidad del programa es motivar el hábito de conductas sanas con respecto a este eje estratégico para conservar estilos de vida saludables

Dicho programa consta de 5 sesiones, 4 prevención de conductas de riesgo, 1 taller de planeamiento estratégico, talleres demostrativos para mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre conductas de riesgo que poseen los docentes, alumnos y administrativos de la Universidad Metropolitana Barranquilla, desde abril mayo, junio de 2017, realización de talleres de conductas de riesgo, realización de planeamiento estratégico.

Las sesiones teóricas se realizaron en las instalaciones del salón de actos, sala multimedia y salones de clases de la Universidad Metropolitana, Se contó con él y conferencista internacional de la Universidad Peruana Unión (Ángelo Huapaya). Al finalizar el programa educativo después de un mes de intervención, se aplicó nuevamente el cuestionario, y posteriormente se tuvo un programa de clausura.

Los talleres de conductas de riesgo durante los días lunes y viernes por espacio de 20 a 40 minutos, determino motivar el cambio conductual en sus participantes. Finalmente se aplicó el pos test y se recogió testimonios acerca del programa.

INTRODUCCIÓN

El programa educativo está basado en las teorías de aprendizaje social y teoría de modificación de la conducta y organizado en 5 sesiones educativas teorías y prácticas sobre el y planeamiento estratégico, conductas de riesgo y sexualidad en riesgo, además de principios y métodos de motivación conductual como es el reforzamiento de la autoeficacia, a través de sesiones sobre autoestima, asertividad, toma de decisiones, autonomía y afrontamiento a los conflictos de hábitos.

Así mismo, mejorando las conductas de riesgo, ya sea en tiempo laboral o libre, va asociado a una baja de la frecuencia de enfermedades y mortalidad, mejorando los modos de vida, tendremos menor episodio de eventos cardiovasculares.

Objetivos del programa

Objetivo general

Mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre conductas de riesgo que poseen los docentes, estudiantes y administrativos de la Universidad Metropolitana barranquilla, abril a mayo, 2017.

Objetivos específicos

1. Sensibilizar la percepción y actitud del 20% de participantes en la necesidad de educar y capacitarse en conductas de riesgo.
2. Fomentar un cambio en la percepción y actitud del 20% de participantes frente a los planes y lineamientos políticos normativos en conductas de riesgo.
3. Motivar un cambio en la percepción y actitud del 20% de participantes referentes a la necesidad de contar con espacios y servicios de conducta de riesgo.

4. Promover un cambio en la percepción y actitud del 20% de participantes en la decisión personal frente a una conducta de riesgo.

5. Inducir un cambio en la percepción y actitud del 20% frente a la promoción de una conducta de riesgo

Indicadores:

20% de participantes mejora sus actitudes y percepción sobre fortalecimiento de capacidades en conductas de riesgo

20% de participantes mejora su actitud y percepción frente a los planes y lineamientos políticos normativos en conducta de riesgo.

20% de participantes mejora su actitud y percepción frente a la necesidad de contar con espacios y servicios de conducta de riesgo.

20% de participantes mejoran su actitud y percepción sobre la decisión personal frente a una conducta de riesgo

20% de participantes mejoran su actitud y percepción frente a la promoción de una conducta de riesgo.

Estrategias

Para alcanzar los objetivos se utilizarán las siguientes estrategias

a. **Educativas.** Sesiones educativas y talleres prácticos sobre conductas de riesgo y planeamiento estratégico utilizando una técnica participativa de educación para adultos y jóvenes. Para tal caso se empleará la metodología ARDE (Animación, Reflexión, Demostración y Evaluación), la cual ha sido diseñada y validada por ADRA Perú en sus Programas educativos para adultos durante muchos años.

b. **Promocionales.** Se realizará talleres de conductas de riesgo lunes y viernes, bajo la dirección de instructor de psicología.

c. **Motivacional.** Se realizarán sesiones motivacionales de 30 minutos para trabajar en la principal de la actitud de los participantes, las cuales serán regidas por profesionales expertos en el tema. Por otro lado, se otorgarán suvenir a los participantes que se adhieran al programa y que logren algún cambio durante el mismo.

d. **Comunicacional.** Colocación de afiches, pendón, folletos, recetarios sobre el programa y las prácticas saludables entre los colaboradores y sus contactos.

Actividades

1. Actividades Previas

- Exposición del programa a los docentes, estudiantes y administrativos de la Universidad Metropolitana
- Coordinación con la universidad para realizar los talleres de conductas de riesgo
- Convocar al lanzamiento del programa Universidad Saludable.
- Elaboración de documentos de coordinación.

2. Elaboración de materiales

- Implementación de módulos, para sesiones educativas.
- Elaboración de módulos educativos.
- Elaboración de lista participantes.
- Elaboración de manillas
- Elaboración de propagandas, pendón para el lanzamiento.
- Elaboración de folletos con sesiones educativas.
- Conseguir vuelos aéreos para conferencista internacional

3. Convocatoria semana de participantes

4. Lanzamiento del Programa

5. Reuniones Educativas

Se realizará 3 sesiones sobre conductas de riesgo, sus factores de riesgos y factores protectores que disminuyan la morbimortalidad. Se realizará una sesión del planeamiento estratégico para dar a conocer la necesidad y beneficioso que es implementar una Universidad Saludable en nuestra Comunidad Académica Metropolitana.

Durante las reuniones educativas, se realizarán sesiones motivacionales de 30 minutos para trabajar las actitudes de las participantes.

6. Sesiones de Conductas de Riesgo

Se motivará la realización de talleres de cambio conductual los días lunes y viernes en la Universidad Metropolitana con instructor de psicología a nivel nacional e internacional.

7. Seguimiento y Evaluación

La responsable del Programa realizará el seguimiento semanal a las actividades proyectadas en cuanto a su cumplimiento y calidad de las mismas. Esto se hará mediante la observación de la actividad y pregunta a los participantes.

Para evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre conductas de riesgo de los participantes, se aplicará una encuesta al inicio al término del programa educativo.

También, al finalizar el programa educativo, se hará una encuesta donde el participante evaluará el desarrollo del programa.

8. Clausura del Programa

Después de los dos meses se tuvo una clausura del proyecto en donde se presente oficialmente el plan estratégico de “Universidad Saludable” eje alimentación saludable y las nuevas políticas del programa de enfermería sobre hábitos saludables y las propuestas de ampliar espacios y servicios para trabajar este eje sustentado oficialmente

mediante votos y resoluciones ; antes de finalizar el programa se procedió a pasar el instrumento posttest en el cual se evidencia en los resultados Procesamiento de datos

Cronograma de Sesiones Educativas

		MAYO							
		08	10	15	16	17	18	22	26
1	Lanzamiento de #Universidad Saludable y firma de consentimiento	Mary	Mary	Huapaya	Huapaya	Huapaya	Huapaya	Mari	Mary
2	ENT	Mary	Mary	Huapaya	Huapaya	Huapaya	Huapaya	Mary	Mary
11	Qué son las conductas de riesgo (más frecuentes), factores de riesgo y protectores Pre test	Mary	Mary	Huapaya	Huapaya	Huapaya	Huapaya	Mary	Mary
12	Actitudes frente a las conductas de riesgo (alcohol, consumo de sustancias psicoactivas, Espacios libres de humo y tabaco (recomendaciones)	Mary	Mary	Huapaya	Huapaya	Huapaya	Huapaya	Mary	Mary
13	Consumo de sustancias psicoactivas y consecuencias Estrategias para reducir el consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas	Mary	Mary	Huapaya	Huapaya	Huapaya	Huapaya	Mary	Mary
114	Prevención en la conducta de riesgo. Identidad (GÉNERO Y DIVERSIDAD)	Mary	Mary	Huapaya	Huapaya	Huapaya	Huapaya	Mary	Mary
15	1 Que es sexualidad, cambios físicos del adolescente Mitos sexuales, aspectos psicosexuales en la adolescencia	Mary	Mary	Ángelo	Huapaya	Huapaya	Huapaya	Mary	Mary
116	Talleres: adolescencia y la sexualidad como enseñar a prevenir y ser responsables	Mary	Mary	Huapaya	Ángelo	Ángelo	Huapaya	Mary	Mary
117	Afectividad y sexualidad, sexualidad responsable Sexualidad en riesgo (ETS, embarazo, aborto)	Mary	Mary	Ángelo	Huapaya	Huapaya	Huapaya	Mary	Mary
818	Desarrollo físico durante la adolescencia.	Mary	Mary	Ángelo	Huapaya	Huapaya	Huapaya	Mary	Mary
919	Sexualidad en riesgo (sexualidad, sexo, autoestima, y personalidad)	Mary	Mary	Huapaya	Ángelo	Huapaya	Huapaya	Mary	Mary
020	. La conducta promotora de salud Prevención y responsabilidad	Mary	Mary	Huapaya	Huapaya	Ángelo	Huapaya	Mary	Mary

121	Teoría del riesgo Cambio conductual	Mary	Mary	Ángelo	Ángelo	Ángelo	Ángelo	Mary	Mary
222	Prevención y responsabilidad. Pos test	Mary	Mary	Ángelo	Ángelo	Ángelo	Ángelo	Mary	Mary
323	Identificación de la Comunidad Académica Metropolitana con la Universidad Metropolitana Pre test	Mary	Mary	Ángelo	Ángelo	Ángelo	Ángelo	Mary	Mary
424	Conocimiento de la Comunidad Académica Metropolitana con el concepto de Universidad Saludable	Mary	Mary	Ángelo	Ángelo	Ángelo	Ángelo	Mary	Mary
525	Percepción de la Universidad Saludable por la Comunidad Académica Metropolitana, mediante el análisis FODA	Mary	Mary	Ángelo	Ángelo	Ángelo	Ángelo	Mary	Mary
626	Desarrollo de las Áreas Estratégicas de Prevención de Conducta de Riesgo. Pos test	Mary	Mary	Ángelo	Ángelo	Ángelo	Ángelo	Mary	Mary

Cronograma de actividades:

Presupuesto para la fase de intervención en el Programa Enfermería

No	ACTIVIDAD	UNITARIO	TOTAL
01	Remuneraciones conferencistas nacional		\$2.000.000
02	Servicios (obsequios para los participantes)		\$4180.000
03	Insumos y Suministros (papelería, impresiones, pendones, marquillas, afiches, folletos etc.)		\$800.000
04	Refrigerios para Talleres prácticos		2400.000
05	Dotación para la sensibilización y socialización		\$1000.000
06	Movilidad y transporte		\$400.000
07	Invitación de Conferencista internacional		\$6.000.000
	TOTAL		\$16.780.000

Financiamiento

Todos los gastos de logística fueron asumidos por el DIDI Universidad Metropolitana; sin embargo, se contó con el soporte del programa de enfermería, logística y el departamento de protocolo para realizar las sesiones educativas y sus pertinentes talleres.

SESIÓN DE APRENDIZAJE N° 1:

Prevención de conducta de riesgo (parte 1)

Ítem	Descripción
Competencias:	<ol style="list-style-type: none">1. Cuáles son las conductas de riesgo (más frecuentes)2. Factores de riesgo y protectores3. Actitudes frente a las conductas de riesgo (alcohol, consumo de sustancias psicoactivas, tabaco)4. Espacios libres de humo y tabaco (recomendaciones)
Duración:	120 minutos
Participantes: 46 Estudiantes, docentes y administrativos del programa de Enfermería	
Recursos Humanos:	Un colaborador (encargado de talleres) y un facilitador (expositor)
Materiales:	cuestionario de conocimientos, actitudes y prácticas de prevención de conductas de riesgo <ol style="list-style-type: none">1 Hojas bond2 Lapiceros, plumones3 Folletos, cartulinas4 Video Vean5 Computador

1. DESARROLLO DE LA SESIÓN

1 ANIMACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN	DURACIÓN: 20 min
<p>Actividad : Bienvenida</p> <p>Actividad : Dinámica de Presentación “ el náufrago (“romper el hielo”)</p> <p>Actividad : Oración inicial</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Previamente, se dispone personas parte del equipo que saludan en la entrada de la universidad, dando la bienvenida al evento.❖ La Bienvenida lo hace el equipo organizador del programa con la decoración alusiva al tema.❖ Se reparta el programa y material del día.❖ El facilitador indica a todos los participantes las indicaciones del juego.❖ El facilitador comunica quien es el capitán, que dirigirá el juego. Todos los demás serán tripulantes. El barco va a naufragar y todos deben seguir las órdenes del capitán. Según el número de participantes se nombrará a dos ayudantes que tirarán al mar a los que se equivoquen, de esa manera salen del juego. El barco se hunde y el capitán dice: “hagan grupos de ocho, de 7, de 6, etc. Todos los que queden fuera de un grupo salen del juego. Es necesario hacer reflexiones que sirvan de aplicaciones a diversas actitudes ante la vida.❖ Finalmente, el facilitador, agradece a todos y presenta el tema a tratar.	

2 REFLEXION

DURACION: 50 minutos

Actividad: Recogiendo saberes previos (10 min.)

•El facilitador solicita a los participantes que respondan las siguientes preguntas:

1. Cuáles son las conductas de riesgo (más frecuentes)
2. Factores de riesgo y protectores
3. Actitudes frente a las conductas de riesgo (alcohol, consumo de sustancias psicoactivas, tabaco)
4. Espacios libres de humo (recomendaciones)

•Para realizar este trabajo se entrega a cada participante taller folletos y cartulina e indique que tienen 7 minutos para responder a la pregunta.

•Finalizado el tiempo, el facilitador hace un consolidado de las respuestas dadas por el participante y los felicita.

Actividad: actitudes frente a las conductas de riesgo (40 min.)

El facilitador presenta una descripción de las conductas de riesgo más, factores de riesgos y protectores, actitudes frente a las conductas de riesgo, y espacios libres de humo (presentaciones en PowerPoint u otro medio. Para ello, considerar la información presentada en el taller, en este espacio, el facilitador también refuerza y reorienta las ideas de los participantes dadas en el recojo de saberes.

3 DEMOSTRACIÓN**DURACIÓN: 15min****Actividad: como es su actitud en las prácticas de conductas de riesgo?**

- El facilitador indica a los participantes que formen parejas y les asigna las siguientes tareas:
 1. Compartir que experiencias de actitudes de conductas de riesgo
 2. Que ventajas ofrecería los espacios libres de humo
 3. Porque es importante los factores de riesgos y protectores
- Para este trabajo el facilitador entregará folletos, cartulinas y plumones
- El facilitador dará a conocer las conductas de riesgo, contribuyendo a mejorar los estilos de vida saludable Para ello, dará a conocer la importancia de los factores de riesgos y protectores
- Asignar un tiempo 15 minutos para este trabajo.
- El facilitador apoya a las parejas en la realización de la tarea.
- Finalizado el tiempo, pida a parejas voluntaria a compartir sus resultados y se las aplaude por participación.
- El facilitador felicita a los participantes y los anima a tener una mejor calidad de vida con la participación de este taller de conductas de riesgo.

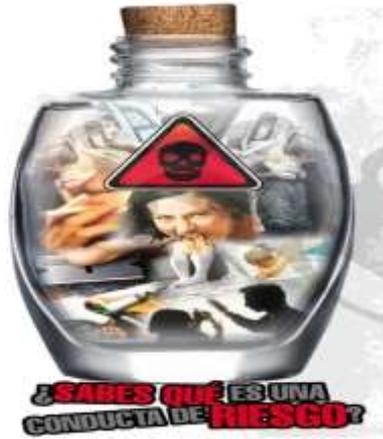
Actividad: Y tú has decidido cambiar tus hábitos de conductas de riesgo?

- El facilitador indica a los participantes que sigan con las mismas parejas y les asigna las siguientes tareas:
 4. Compartir que han decidido hacer (que decisión han tomado)
 5. Como lo van a realizar esa nueva experiencia (fecha, lugar, etc)
 6. experiencias del actitudes de conductas de riesgo
 7. ser líderes para la promoción de salud
- Para este trabajo el facilitador entregará talleres, folletos, cartulinas y plumones
- Previamente, el facilitador mostrará videos de experiencias de cambio conductual
- Invitar un psicólogo para que cuente la experiencia del éxito de tener una mejor calidad de vida
- Explicar cómo mejorar nuestra actitud en la conducta de riesgo
- A los participantes de los talleres de prevención de riesgo Asignar un tiempo 15 minutos para este trabajo.
- El facilitador felicita a los participantes y llama a la reflexión a la necesidad de mejorar su actitud frente a las actitudes de las conductas de riesgo

	EVALUACION
<p>Actividad: Responde y Gana</p> <ol style="list-style-type: none">1 El facilitador tiene 6 cajas de fosforo, el cual mostrara a los participantes.2 El facilitador indicara que al ritmo de la música tingo tango ira rotando el fosforo y a la persona que tenga el fosforo responderá la siguiente pregunta y se llevara el fosforo como un premio (en el cual dentro tiene el nombre del regalo que gano)	

HOJA DE INFORMACIÓN N° 1

CONDUCTAS DE RIESGO MÁS FRECUENTES



CONDUCTAS DE RIESGO Según la OMS las conductas de riesgo es la “forma específica de conducta de la cual se conoce su relación con una susceptibilidad incrementada para una enfermedad específica o para un estado de salud deficiente

“Dentro de las conductas arriesgadas destacamos:

1. Conducción temeraria
2. Practicar sexo inseguro
3. Consumo de drogas
4. Embarazo no deseado
5. Trastornos alimenticios
6. Automedicación
7. Conducta suicida
8. Practicar deportes de riesgo

CONDUCCIÓN TEMERARIA Los accidentes de tráfico son la primera causa de la muerte de jóvenes entre 15 y 34 años Los accidentes son una de las causas de la discapacidad de una de cada cuatro accidentes•90% de accidentes producidos en España son debidos al factor humano Los accidentes de tráfico suponen un coste económico y social muy elevado.

PRACTICAR SEXO Inseguros la conducta temeraria que provoca tanto los embarazos no deseados como las enfermedades de transmisión sexual (ETS) Al 5,4% de la población española confirma haber contraído alguna enfermedad infecciosa Entre las mujeres las enfermedades más frecuentes clamidias y herpes genital En los hombres las enfermedades más frecuentes son pediculosis y la infección gonocócica

CONSUMO DE DROGAS Las reacciones asociadas a la adicción de las drogas son: relaciones personales, trabajo, economía, salud psíquica, salud física. Las consecuencias del consumo de drogas: Disminución de atención Dificultades con memoria Disminución de capacidad de diferenciar lo bueno de lo malo El lenguaje se vuelve más pobre ve afectado el sistema respiratorio, digestivo e inmunológico

EMBARAZO NO Deseados aquel que se produce sin el deseo y/o planificación previa y ante la ausencia o fallo de métodos anticonceptivos pre coitales adecuados y la ineffectividad o no administración de métodos anticonceptivos de emergencia posteriores al coito que prevengan un posible embarazo Las consecuencias de embarazo no deseado son: Aborto inducido Mortalidad materna, Mortalidad infantil

TRASTORNOS ALIMENTICIOS Son provocados por distorsión e insatisfacción de la imagen corporal. Los trastornos alimenticios pueden ser:

Anorexia: es una enfermedad mental, que da lugar a una imagen desajustada de sí mismo pues provoca el rechazo dela ingesta de alimentos

Bulimia: ingestión desmesurada de alimentos. El enfermo siente la necesidad de eliminar el alimento ingerido para ello vomita o hace uso de laxantes

AUTOMEDICACIÓN Selección y uso de los medicamentos, que no requieren prescripción, por parte de las personas, con el propósito de tratar enfermedades o síntomas que ellos mismos pueden identificar consecuencias:

Agravación de la patología, Reacciones alérgicas, Dependencia o adicción química a los fármacos, Intoxicación, Casos mortales.

FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES



Los factores de riesgo pueden aumentar las posibilidades de que una persona abuse de las drogas mientras que los factores de protección pueden disminuir este riesgo. Es importante notar, sin embargo, que la mayoría de las personas que tienen un riesgo para el abuso de las drogas no comienzan a usarlas ni se hacen adictos. Además, lo que constituye un factor de riesgo para una persona, puede no serlo para otra.

Los factores de riesgo y de protección pueden afectar a los niños durante diferentes etapas de sus vidas. En cada etapa, ocurren riesgos que se pueden cambiar a través de una intervención preventiva. Se pueden cambiar o prevenir los riesgos de los años preescolares, tales como una conducta agresiva, con intervenciones familiares, escolares, y comunitarias dirigidas a ayudar a que los niños desarrollen conductas positivas apropiadas. Si no son tratados, los comportamientos negativos pueden llevar a riesgos adicionales, tales como el fracaso académico y dificultades sociales, que aumentan el riesgo de los niños para el abuso de drogas en el futuro.

El cuadro a continuación describe cómo los factores de riesgo y de protección afectan a las personas en cinco dominios, o ambientes, donde se pueden realizar las intervenciones.

Factores de Riesgo	Dominio	Factores de Protección
Conducta agresiva precoz	Individual	Auto-control
Falta de supervisión de los padres	Familia	Monitoreo de los padres
Abuso de sustancias	Compañeros	Aptitud académica
Disponibilidad de drogas	Escuela	Políticas anti-drogas
Pobreza	Comunidad	Fuerte apego al barrio

Los factores protectores facilitan el logro o el mantenimiento de la salud y pueden encontrarse en las personas mismas, en las características interaccionales del microambiente (familiar, escolar, etc.) y/o en las instituciones de la comunidad (educación, trabajo, iglesia, asociaciones, etc.).

Se observa creciente interés en los últimos años por el estudio de la capacidad de reacción que pueden desarrollar algunos niños y adolescentes, cuando están expuestos a situaciones difíciles o agresiones. Estos, muchas veces, logran sobrepasar niveles de resistencia y terminan con más energía protectora que antes de la exposición a las situaciones adversas.

Esta capacidad de recuperación se ha denominado "resiliencia", es una palabra inglesa, proveniente del campo de la Física que alude a la propiedad de los cuerpos elásticos de recobrar su forma original, liberando energía cuando son sometidos a una fuerza externa. Sería algo así como "capacidad de rebote".

Es un concepto opuesto al de riesgo, o complementario de él. En lugar de poner énfasis en los factores negativos que permiten predecir quien va a sufrir un daño, se trata de ver aquellos factores positivos que, a veces sorprendentemente y contra lo esperado, protegen a un niño o un adolescente.

Este interés en descubrir los factores resilientes va unido a la jerarquización de las acciones de promoción de la salud y a la búsqueda de intervenciones o actividades que, en lugar de prevenir daños específicos, tiendan a mejorar las condiciones de vida

ACTITUDES FRENTE AL CONSUMO DE TABACO



El tabaco es una planta. Sus hojas se fuman, se mastican o se aspiran para experimentar una variedad de efectos.

El tabaco contiene el químico nicotina, que es una sustancia adictiva.

El humo del tabaco contiene más de 7000 químicos de los cuales se sabe que 69 causan cáncer.

El tabaco que no se quema se llama tabaco que no se fuma. Incluida la nicotina, existen 29 químicos en el tabaco que no se fuma que se sabe causan cáncer.

RIESGOS PARA LA SALUD DEL TABACO PARA FUMAR Y DEL TABACO QUE NO SE FUMA

Conocer los riesgos serios para la salud por el uso del tabaco puede ayudar a motivarlo a dejar el hábito. Usar el tabaco durante un período tiempo puede incrementar el riesgo de muchos problemas de salud.

Problemas cardiovasculares:

Coágulos sanguíneos y debilitamiento de las paredes de los vasos sanguíneos en el cerebro, lo que puede llevar a tener un accidente cerebrovascular

Coágulos sanguíneos en las piernas, que pueden viajar a los pulmones

Arteriopatía coronaria, que incluye angina y ataques cardíacos

Hipertensión arterial temporal después de fumar

Riego sanguíneo deficiente a las piernas

Problemas con las erecciones debido a la disminución del flujo sanguíneo al pene

Otros problemas o riesgos para la salud:

Cáncer (más probable en el pulmón, la boca, la laringe, la nariz y los senos paranasales, la garganta, el esófago, el estómago, la vejiga, el riñón, el páncreas, el cuello uterino, el colon y el recto)

Cicatrización deficiente de una herida después de una cirugía

Problemas pulmonares como EPOC o asma difícil de controlar

Problemas durante el embarazo, como bebés nacidos con bajo peso, parto prematuro, aborto espontáneo y labio leporino

Disminución de la capacidad para saborear y oler

Daño a los espermatozoides, lo cual causa esterilidad

Pérdida de la vista debida a un aumento del riesgo de degeneración macular

Enfermedades de los dientes y las encías

Arrugas de la piel

Los fumadores que se cambian al tabaco que no se fuma en lugar de abandonarlo aún tienen riesgos de salud:

Aumento del riesgo de cáncer nasal o bucal

Problemas de las encías, desgaste de los dientes y caries

Empeoramiento de la hipertensión arterial y la angina

RIESGOS PARA LA SALUD DEL TABAQUISMO PASIVO

Aquellos que a menudo están cerca del humo de otros (tabaquismo pasivo) tienen un riesgo más alto de:

Ataques cardíacos y enfermedades cardíacas.

Cáncer de pulmón.

Reacciones súbita y grave, incluso en los ojos, la nariz, la garganta y las vías respiratorias bajas.

Los bebés y los niños que a menudo están expuestos al humo indirecto del cigarrillo están en riesgo de:

Ataques de asma (los niños con asma que viven con un fumador son mucho más propensos a visitar el servicio de urgencias)

Infecciones de la boca, garganta, senos paranasales, oídos y pulmones

Daño pulmonar (funcionamiento pulmonar deficiente)

Síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL)

Como cualquier adicción, dejar el tabaco es difícil, sobre todo si usted lo está haciendo solo.

Busque apoyo de los miembros de la familia, amigos o compañeros de trabajo.

Hable con su proveedor de atención médica acerca de la terapia de reemplazo de nicotina y los medicamentos para dejar de fumar.

Únase a un programa para dejar de fumar y tendrá muchas más probabilidades de éxito.

Dichos programas se ofrecen en hospitales, secretarías de salud, centros comunitarios y sitios de trabajo.

ACTITUDES FRENTE AL CONSUMO DEL ALCOHOL.



El consumo de alcohol no es solamente un problema de adultos. La mayoría de los estudiantes de los últimos grados de bachillerato en los Estados Unidos han consumido una bebida alcohólica en el último mes. Esto a pesar de que en los Estados Unidos la edad legal permitida para el consumo es de 21 años.

Aproximadamente 1 de cada 5 [adolescentes se consideran "bebedores problema"](#). Esto significa que:

- Se embriagan.
- Tienen accidentes relacionados con el consumo de alcohol.
- Tienen problemas con la ley, los familiares, los amigos, el colegio o con citas debido al alcohol.

LOS EFECTOS DEL ALCOHOL

Las bebidas alcohólicas contienen diferentes cantidades de alcohol.

- La cerveza tiene aproximadamente 5% de alcohol, aunque algunas cervezas pueden tener más.
- El vino generalmente tiene de 12% a 15% de alcohol.
- El licor fuerte tiene aproximadamente 45% de alcohol.

El alcohol ingresa al torrente sanguíneo rápidamente.

La cantidad y tipo de alimento en su estómago pueden cambiar la rapidez con la que esto ocurre. Por ejemplo, los alimentos ricos en carbohidratos y en grasas pueden hacer que su cuerpo absorba el alcohol más lentamente.

Ciertos tipos de bebidas alcohólicas ingresan al torrente sanguíneo más rápidamente. Las bebidas más fuertes tienden a absorberse más rápidamente.

El alcohol disminuye la frecuencia respiratoria, la frecuencia cardíaca y el buen funcionamiento del cerebro. Estos efectos pueden aparecer al cabo de 10 minutos y pueden alcanzar su punto máximo en alrededor de 40 a 60 minutos. El alcohol permanece en el torrente sanguíneo hasta que el hígado lo descompone. La cantidad de alcohol en su sangre se denomina nivel de alcoholemia. Si usted bebe alcohol más rápido de lo que el hígado puede descomponerlo, este nivel se elevará.

RIESGOS PARA LA SALUD

El alcohol incrementa los riesgos de:

- Alcoholismo
- Caídas, ahogamientos y otros accidentes
- Cánceres de cabeza, cuello, estómago, colon, mamas entre otros
- Accidentes automovilísticos
- Comportamientos sexuales arriesgados, embarazo no deseado o no planeado e infecciones de transmisión sexual (ITS)
- Suicidio y homicidio

BEBER CON RESPONSABILIDAD

Si usted bebe alcohol, es mejor hacerlo con moderación. Moderación significa que beber no es intoxicarse (o embriagarse) y que usted no consuma más de 1 trago al día si es una mujer y no más de 2 si es un hombre. Un trago se define como 12 onzas (350 ml) de cerveza, 5 onzas (150 ml) de vino o 1.5 onzas (45 ml) de licor fuerte.

A continuación, se presentan algunas maneras de beber responsablemente, siempre y cuando usted no tenga problemas con la bebida, tenga la edad legal para tomar alcohol y no esté embarazada:

Nunca beba alcohol y conduzca un automóvil.

Si va a beber, designe a otro conductor o planee una forma alternativa de llegar a casa, como un taxi o autobús.

NO beba con el estómago vacío. Tome refrigerios antes y mientras esté bebiendo alcohol.

Si está tomando medicinas, por ejemplo, fármacos de venta libre, consulte con su proveedor de atención médica antes de beber alcohol. El alcohol puede intensificar los efectos de muchas medicinas y puede interactuar con otras, haciendo que sean ineficaces o peligrosas, o que lo enfermen.

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS



El consumo de sustancias psicoactivas viene de tiempos inmemoriales en todas las culturas y épocas, han sido utilizados como fármacos, para desinhibir comportamientos, en algunos cultos religiosos, con fines medicinales no comprobados y otros; el problema es que hoy por hoy se ha convertido en un problema social y sanitario que afecta a nuestra juventud.

En Colombia hay gran ambigüedad sobre el tema en lo referente a conocer la magnitud del asunto y una de las deficiencias manifiesta Rumbos es la poca confiabilidad y validez de los estudios epidemiológicos nacionales aplicados a través de encuestas en hogares.

El problema de las drogas en jóvenes es doloroso, como costoso para sus familiares; lo ideal es prevenir, por ello se requiere que los adultos sus padres tengan un seguimiento directo con sus hijos para no encontrarse más tarde en el problema de estar atrapados en este tipo de situaciones. La adicción se da de forma gradual desde la primera prueba, va pasando por distintas etapas o estadios y el primero es la experimentación, la cual está muy relacionada con su proceso inicial de socialización con amigos y compañeros, se inicia con cantidades ínfimas donde consiguen buenas dosis de euforia, se sienten muy bien y vuelve a sus relaciones habituales sin mayores dificultades. Pero como adicción al fin, queda la sensación agradable de seguir repitiendo dosis que cambian el estado de ánimo, desarrollan mayor tolerancia al consumo, con lo cual lo combina con otras drogas como el alcohol, dado que cada vez se busca mayor euforia, para alcanzar un mayor efecto deseado, con lo cual se aumenta el grado de intoxicación, sin ser muy conscientes, se vuelve de uso diario, cada vez requiere aumentar un poco más la dosificación, con lo cual van quedando atrapados y su vida se hace inmanejable.

Los efectos son bien diversos de acuerdo a la sustancia y aunque no hay señales específicas que indiquen que el joven consume drogas, si hay signos indirectos que pueden ayudar a los padres.

- Pérdida de apetito
- Adelgazamiento exagerado
- Ojos enrojecidos
- Irritación nasal

- Poca higiene personal
- Despreocupación por su apariencia
- Somnolencia
- Bajo rendimiento escolar, faltas al colegio
- Nuevas amistades
- Cambios en su manera de vestir y hablar
- Intolerancia con su familia
- Rebeldía, agresividad, irritabilidad, violencia

Es supremamente difícil la intervención terapéutica para la eliminación radical de la adicción. Este es un proceso largo, dispendioso que genera sufrimientos físicos, sociales y psicológicos, dado que debe romper los hábitos que dieron paso a la adicción, donde de cierta forma recibía un refuerzo que aunque dañino, era placentero, le proporcionaba dosis altas de euforia ficticia. Paralelo al tratamiento diseñará un nuevo proyecto de vida positivo, que inicia su ejecución cuando sea dado de alta. La forma entonces de recuperarse es rompiendo definitivamente con los contextos que favorecieron el maltrato a su vida, despedirse de amistades que poco contribuirán en su mejoría.

CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS:



Cada droga o sustancia que ingerimos tiene

sus consecuencias en nuestro cuerpo, ahora es la oportunidad de presentar los efectos más comunes de las drogas alucinógenas:

Trastornos cerebrales que producen desorientación, fantasías, alucinaciones, depresión, paranoia, agresividad, irritabilidad, ansiedad, pánico, psicosis, múltiples cambios de

personalidad, pérdida de la memoria, entre otros. A largo plazo producen daño cerebral irreversible.

Deterioran órganos fundamentales como el sistema nervioso central, los pulmones, corazón, hígado, riñón, mucosas gástricas y respiratorias, glóbulos blancos, músculos y articulaciones.

Disminuyen las defensas y alteran el metabolismo del organismo.

Produce inflamación en las encías y los dientes se ablandan hasta producirse la pérdida de éstos.

Deterioro del aspecto físico producido por el insomnio, agotamiento y vejez prematura.

La cocaína genera deseo sexual intenso, por lo que aumenta el riesgo de relaciones sexuales sin protección y sus consecuencias como embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual. Otras drogas alucinógenas generan otros tipos de trastornos sexuales como la impotencia.

Pérdida del apetito, náuseas, vómitos, sensación de ahogo, entre otras.

Disminución de las capacidades relacionadas con los sentidos como el olfato.

Pérdida de autocontrol y dominio de sí mismo.

Cuando las drogas son inyectadas, producen infecciones bacterianas de los vasos sanguíneos, abscesos en los tejidos blandos, venas marcadas u obstruidas y enfermedades infecciosas como hepatitis o VIH/SIDA.

CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE ALCOHOL



evitar el alcohol

Alteraciones en el desarrollo y crecimiento de los huesos

Mayor predisposición a enfermedades respiratorias

Mayor susceptibilidad a contraer infecciones

Trastornos del sistema endocrino: disminución de la producción de la hormona del crecimiento (GH) encargada no sólo del crecimiento y el desarrollo sino también de los procesos de diferenciación sexual y maduración en la pubertad

Retardo en la maduración de los caracteres sexuales secundarios (características fisiológicas que permiten distinguir al hombre y a la mujer, diferentes del aparato reproductor, como por ejemplo, la barba y la voz)

Trastornos cardiovasculares: alteraciones del ritmo cardiaco, hipertensión arterial y miocardiopatía dilatada por consumo crónico (afección a partir de la cual el corazón se debilita y se dilata y no puede bombear suficiente sangre al resto del cuerpo)

Trastornos gástricos: irritaciones en la pared intestinal que aumentan la probabilidad de desarrollar gastritis, vómito y alteraciones del tránsito intestinal

Cáncer: la Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer afirma que hay suficiente evidencia en humanos para concluir que el consumo de alcohol causa cáncer de cavidad oral, faringe, laringe, esófago, colon, recto, hígado y mama en la mujer.

Cabe recordar que el consumo masivo de alcohol en adultos también está asociado con esta enfermedad; sin embargo, mientras a más temprana edad empiece una persona a tomar alcohol, mayor riesgo tendrá

También se encuentran otros tipos de riesgos o daños asociados al consumo de alcohol durante la infancia y la adolescencia:

Mayor probabilidad de desarrollar problemas del estado del ánimo, como depresión o ansiedad

Aumento en la probabilidad de realizar conductas sexuales de riesgo que pueden llevarlos a contraer enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados

Mayor probabilidad de ser víctima de delitos como violación, robo y agresión

Se ha visto que el inicio del consumo a temprana edad aumenta las probabilidades de ser víctimas o estar vinculados con crímenes violentos

Dificultades académicas (ausentismo, deserción escolar, dificultades en el aprendizaje, entre otros)

CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE TABACO:



El hábito de fumar perjudica a casi todos los órganos del cuerpo. Ha sido definitivamente vinculado a las cataratas y la neumonía (pulmonía) y ocasiona la tercera parte de las muertes relacionadas con cualquier tipo de cáncer. En general, el índice de muerte por cáncer se duplica en los fumadores y llega a ser hasta cuatro veces más en los fumadores empedernidos. El cáncer de pulmón encabeza la lista de los tipos de cáncer causados por el tabaco. El uso de cigarrillos está asociado con el 90 por ciento de todos los casos de cáncer pulmonar, el cáncer que más muertes causa tanto entre hombres como mujeres. El hábito de fumar también está asociado con el cáncer de la boca, faringe, laringe, esófago, estómago, páncreas, cérvix, riñones, uretra, vejiga y leucemia mieloide aguda.

Además del cáncer, el uso de cigarrillos causa enfermedades pulmonares como la bronquitis crónica y el enfisema y también se sabe que empeora los síntomas del asma en adultos y niños. Más del 90 por ciento de todas las muertes por enfermedades de

obstrucción pulmonar crónica son atribuibles al hábito de fumar. Ha sido bien documentado que fumar aumenta sustancialmente el riesgo de enfermedades del corazón, incluyendo ataques al cerebro y al corazón. El hábito de fumar cigarrillos también causa enfermedad coronaria, la principal causa de muerte en los Estados Unidos; los fumadores de cigarrillos tienen de dos a cuatro veces más probabilidad de desarrollar enfermedad coronaria en comparación con las personas que no fuman.

ESPACIOS LIBRES DE HUMO:



El humo de tabaco contiene más de 4.000 compuestos químicos, entre los que se encuentran: monóxido de carbono, nicotina, cianuro, alquitrán, arsénico, sustancias irritantes y otras numerosas sustancias tóxicas. Además, se le considera uno de los agentes más peligrosos en la producción de cáncer en las personas. La exposición al humo de tabaco ajeno en los no fumadores configura el tabaquismo pasivo. Desde hace veinte años, aproximadamente, existe evidencia médica contundente del daño al que están expuestas estas personas, lo que constituye un grave problema de salud pública que hay que afrontar.

Así, los adultos expuestos al humo de tabaco ajeno tienen alrededor de un 30% más de riesgo de presentar cáncer de pulmón y entre un 30% a 40% más, aproximadamente, de padecer alguna enfermedad coronaria.

Recomendaciones

- Para mantener un ambiente libre de humo de tabaco se deben considerar los siguientes aspectos:

- No se debe permitir fumar cigarrillos y otros derivados del tabaco dentro del local de la institución educativa, en los lugares de ingreso o de salida ni en sus alrededores, a ninguna hora del día.
- No se permitirá fumar en los vehículos de propiedad de la institución, y particulares, dentro del área de la institución.
- Colocar señales y carteles en los que se especifique la prohibición de fumar y que se indique que la entidad es un espacio libre de humo de tabaco.
- Promover iniciativas o programas dirigidos tanto a los fumadores, procurando la cesación del hábito del fumador, como a sus respectivos familiares.
- Las autoridades de la institución se deben comprometer a hacer cumplir esta normativa

SESIÓN DE APRENDIZAJE N° 2:

Prevención de conducta de riesgo (parte 2)

Ítem	Descripción
Competencias:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consumo de sustancias psicoactivas y consecuencias 2. Estrategias para reducir el consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas 3. Prevención en la conducta de riesgo

	<p>4. Que es sexualidad, cambios físicos del adolescente</p> <p>5. Mitos sexuales, aspectos psicosexuales en la adolescencia</p>
Duración:	120 minutos
Participantes: 46	Estudiantes, docentes y administrativos del programa de Enfermería
Recursos Humanos:	Un colaborador (encargado de talleres) y un facilitador (expositor)
Materiales:	<p>cuestionario de conocimientos, actitudes y prácticas de prevención de conductas de riesgo</p> <p>6 Hojas bond</p> <p>7 Lapiceros, plumones</p> <p>8 Folletos, cartulinas</p> <p>9 Video Vean</p> <p>10 Computador</p>

2. DESARROLLO DE LA SESIÓN

5 ANIMACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN	DURACIÓN: 20 min
<p>Actividad : Bienvenida</p> <p>Actividad : Dinámica de Presentación “ el naufrago (“romper el hielo”)</p> <p>Actividad : Oración inicial</p>	

- ❖ Previamente, se dispone personas parte del equipo que saludan en la entrada de la universidad, dando la bienvenida al evento.
- ❖ La Bienvenida lo hace el equipo organizador del programa con la decoración alusiva al tema.
- ❖ Se reparta el programa y material del día.
- ❖ El facilitador indica a todos los participantes las indicaciones del juego.
- ❖ El facilitador comunica quien es el capitán, que dirigirá el juego. Todos los demás serán tripulantes. El barco va a naufragar y todos deben seguir las órdenes del capitán. Según el número de participantes se nombrará a dos ayudantes que tirarán al mar a los que se equivoquen, de esa manera salen del juego. El barco se hunde y el capitán dice: “hagan grupos de ocho, de 7, de 6, etc. Todos los que queden fuera de un grupo salen del juego. Es necesario hacer reflexiones que sirvan de aplicaciones a diversas actitudes ante la vida.
- ❖ Finalmente el facilitador, agradece a todos y presenta el tema a tratar.

REFLEXION

DURACION: 50 minutos

Actividad: Recogiendo saberes previos (10 min.)

•El facilitador solicita a los participantes que respondan las siguientes preguntas:

1. Consumo de sustancias psicoactivas y consecuencias
2. Estrategias para reducir el consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas
3. Prevención en la conducta de riesgo
4. Que es sexualidad, cambios físicos del adolescente
5. Mitos sexuales, aspectos psicosexuales en la adolescencia

•Para realizar este trabajo se entrega a cada participante taller folletos y cartulina e indique que tienen 7 minutos para responder a la pregunta.

•Finalizado el tiempo, el facilitador hace un consolidado de las respuestas dadas por el participante y los felicita.

Actividad: estrategias para reducir las conductas de riesgo (40 min.)

El facilitador presenta una descripción de consumo de sustancias psicoactivas y consecuencias, estrategias, prevención de la conducta de riesgo, identidad de género, sexualidad, cambios físicos del adolescente, mitos sexuales, aspectos psicosexuales de la adolescencia (presentaciones en PowerPoint u otro medio. Para ello, considerar la información presentada en el taller, en este espacio, el facilitador también refuerza y reorienta las ideas de los participantes dadas en el recojo de saberes.

VALORACIÓN

DURACIÓN: 15min

Actividad: Y tú has decidido cambiar tus hábitos de conductas de riesgo?

- El facilitador indica a los participantes que sigan con las mismas parejas y les asigna las siguientes tareas:
 8. Compartir que han decidido hacer (que decisión han tomado)
 9. Como lo van a realizar esa nueva experiencia (fecha, lugar, etc)
 10. experiencias de cambios durante la adolescencia
 11. ser líderes para la promoción de salud
- Para este trabajo el facilitador entregará talleres, folletos, cartulinas y plumones
- Previamente, el facilitador mostrará videos de experiencias de la sexualidad
- Invitar un psicólogo para que cuente la experiencia del éxito de tener una mejor calidad de vida
- Explicar cómo mejorar nuestras conductas saludables
- A los participantes de los talleres de prevención de riesgo Asignar un tiempo 15 minutos para este trabajo.
- El facilitador felicita a los participantes y llama a la reflexión a la necesidad de mejorar su actitud frente a las actitudes de las conductas de riesgo

Actividad: como es su actitud en las prácticas de conductas de riesgo?

- El facilitador indica a los participantes que formen parejas y les asigna las siguientes tareas:
 12. Compartir que experiencias de consumo de sustancias psicoactivas
 13. Que ventajas trae las estrategias del consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas
 14. Porque es importante los mitos sexuales
- Para este trabajo el facilitador entregará folletos, cartulinas y plumones
- El facilitador dará a conocer las consecuencias de las conductas de riesgo, contribuyendo a mejorar los estilos de vida saludable Para ello, dará a conocer la importancia de las estrategias del consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas
- Asignar un tiempo 15 minutos para este trabajo.
- El facilitador apoya a las parejas en la realización de la tarea.
- Finalizado el tiempo, pida a parejas voluntaria a compartir sus resultados y se las aplaude por participación.
- El facilitador felicita a los participantes y los anima a tener una mejor calidad de vida con la participación de este taller de estrategias para mejorar el consumo de sustancias psicoactivas.

• RETROALIMENTACIÓN Y CONCLUSIÓN**Palabras de despedida: “soy estratégico”.**

- se solicita a un participante a realizar la oración final
- El facilitador agradece la participación realiza las indicaciones finales enfatizando la importancia del diagnóstico y planeamiento estratégico en nuestras vidas, después de saludar se queden y pasen al otro espacio que se ha dispuesto para un “aperitivo”
- El equipo de facilitadores y colaboradores se disponen en la puerta para despedir a todos.

--

	EVALUACION
<p>Actividad: Responde y Gana</p> <ol style="list-style-type: none">3 El facilitador tiene 6 cajas de fosforo, el cual mostrara a los participantes.4 El facilitador indicara que al ritmo de la música tingo tango ira rotando el fosforo y a la persona que tenga el fosforo responderá la siguiente pregunta y se llevara el fosforo como un premio (en el cual dentro tiene el nombre del regalo que gano)	

HOJA DE INFORMACIÓN N° 2

Estrategias para reducir el consumo de tabaco:



Reemplaza el paquete de cigarrillos con un talismán (por ejemplo, una foto de un ser querido) o un objeto que te recuerde lo que quieres lograr.

No lleses fósforos o encendedor.

Evita situaciones que asocias con el consumo de tabaco

Mantente ocupado para superar el impulso de fumar

Siéntate en las zonas donde está prohibido fumar en los lugares públicos

Recuerda los riesgos para la salud causados por fumar

Concéntrate en lo que esperas ganar al dejar de fumar.

Respira profundamente para luchar contra el deseo de fumar

Bebe mucha agua para permanecer hidratado.

Aléjate de lugares donde la gente fuma para evitar la tentación.

Dile a otros sobre tu esfuerzo para dejar de fumar

Pide a tus amigos y a tu familia que te ayuden a dejar de fumar. También hay salas de chat de Internet que pueden proporcionarte apoyo para liberarte de la adicción.

Algunas personas prefieren dejar de fumar usando parches de nicotina transdérmica u oral que reducen el deseo del tabaco. Los parches actúan lentamente durante muchas horas, mientras que la goma de mascar y pastillas actúan inmediatamente y permiten

controlar la dosis, como sea necesario. Estos productos tienen la ventaja de eliminar las consecuencias nocivas del humo de tabaco, pero no eliminan la adicción a la nicotina a menos que la dosis se reduzca gradualmente.

Estrategias para reducir el consumo de alcohol:



Esté más atento a sus patrones de consumo de alcohol y planee con antelación. Esto puede ayudarle a reducir su consumo de alcohol. Registre la cantidad que bebe y establezca algunas metas.

Lleve la cuenta de cuántos tragos toma durante la semana en una pequeña tarjeta en su cartera o en su calendario o en su teléfono.

Sepa cuánto alcohol hay en un trago estándar: una lata o botella de cerveza de 12 onzas (355 ml), una copa de vino de 5 onzas (148 ml), una mezcla de vino con refresco, o 1 cóctel o trago de licor fuerte.

Cuando esté bebiendo:

Fije el ritmo usted mismo. No tome más de un trago de bebida alcohólica cada hora.

Tome agua, gaseosas o jugo entre los tragos con alcohol.

Coma algo antes de beber y entre tragos.

Para controlar la cantidad que bebe:

Evite las personas o lugares que lo hagan beber cuando usted no desea hacerlo, o que lo tienten a beber más de lo que debería.

Planee otras actividades que no impliquen beber para los días en que tenga ganas de tomar.

Mantenga el alcohol fuera de su hogar.

Elabore un plan para manejar sus ganas de beber. Recuérdese por qué no desea beber, o hable con alguien de confianza.

Cree una manera amable pero firme de rechazar un trago cuando le ofrezcan uno.

Conseguir ayuda de otras personas

Solicite una cita con su proveedor de salud para hablar sobre su consumo de alcohol.

Usted y su proveedor pueden elaborar un plan para suspender o reducir su consumo. El proveedor:

Le explicará cuánto alcohol es seguro tomar.

Le preguntará si usted a menudo ha estado sintiéndose triste o nervioso.

Le ayudará a averiguar qué más acerca de su vida puede estar llevándolo a beber demasiado.

Le dirá dónde puede obtener más apoyo para disminuir el consumo o dejar de tomar alcohol.

Solicite apoyo de personas que pueden estar dispuestas a escuchar y ayudar, como su cónyuge u otra persona importante, o amigos abstemios.

Su lugar de trabajo puede tener un programa donde usted puede buscar ayuda sin necesidad de contarle a nadie en el trabajo sobre su consumo de alcohol.

Estrategias para reducir el consumo de sustancias psicoactivas:



Ten cosas que puedes hacer para distraerte cuando sientas el deseo de consumir drogas. Algunas ideas son pasar tiempo con tus amigos que no consumen drogas, salir a caminar o a correr, escuchar música.

Si es posible, busca el apoyo de tus familiares y amigos. Puede que ellos te den aún más apoyo si saben que estás tratando de reducir tu consumo de drogas.

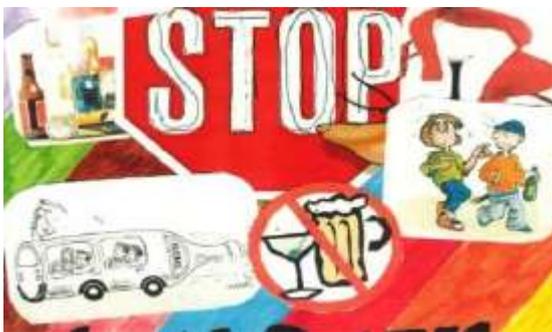
Habla con alguien. Hablar con alguien de confianza puede ser útil para ayudarte a reducir el consumo de drogas. Puede ser un amigo, un familiar o una persona que trabaja con jóvenes.

Consejeros – Hablar con un consejero profesional puede ser de ayuda para ti. Algunos consejeros se especializan en el tratamiento de drogas y alcohol. Un buen consejero puede ayudarte a buscar la mejor manera de controlar tu consumo de drogas. La consejería puede hacerse en grupo o individualmente. Tu médico, hospital, centro de salud comunitario o una persona que trabaja con jóvenes también puede ayudarte a encontrar información sobre cómo obtener ayuda.

Autoayuda – Esta es otra forma de tratamiento para las personas que dependen de las drogas. Los grupos de autoayuda están formados por personas que se ven afectadas por un problema de drogas en particular. En vez de ser dirigidos por un profesional, estos grupos están dirigidos por los miembros del grupo. Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos son ejemplos de grupos de autoayuda. Para obtener más información, puede ser útil hablar con tu médico o con un consejero profesional.

Tratamiento médico – Puedes reducir tu consumo de drogas con la ayuda de medicamentos. La función de estos medicamentos depende de lo que están reemplazando. La metadona, naltrexona y buprenorfina son medicamentos utilizados para ayudar a reducir el consumo de heroína. El tratamiento médico suele realizarse junto con un consejero. Para obtener más información acerca de los tratamientos médicos puedes hablar con tu médico o con un consejero profesional.

Prevención en la conducta de riesgo:



Promoción de Fortalezas Ausentes.

Aunque esta aproximación anima al adolescente a tomar responsabilidad creciente de su salud, es importante mantener una relación colaborativa con los padres y realizar consejería, especialmente a los padres de adolescentes más jóvenes con conductas de riesgo, ya que la mejoría en la comunicación, supervisión y otras habilidades de crianza pueden disminuirlas. Con frecuencia los padres están tan preocupados de los riesgos de la adolescencia y de las conductas de sus hijos, que tienden a centrarse en los aspectos negativos de esta etapa, en vez de verla como una experiencia de crecimiento para los adolescentes y para ellos mismos. Explicarles lo que son las fortalezas, los ayuda a ver los hitos del desarrollo que se esperan, y ayudar a fomentarlo en las áreas necesarias. El Círculo de Coraje de Brendtro, por ejemplo, es una buena ayuda para profesionales y padres en esta tarea. (Corona 2011).

La psi coeducación es un trabajo intelectual que constituye una técnica sencilla para conversar acerca de riesgos y factores protectores, después de la evaluación de los

mismos. Esta técnica agrega a la clásica información entregada por los profesionales de la salud, su contextualización respecto el adolescente individual y su cotidianeidad, lo que permite que pueda ser integrada desde lo más concreto y vivencial.

La consejería es una técnica que requiere mayor entrenamiento y constituye una importantísima herramienta de trabajo tanto con los adolescentes como con sus padres. En ella, el profesional no da consejos, si no que orienta y ayuda al adolescente a aclarar y/o a buscar soluciones propias, después de reflexionar, frente a un determinado problema. La “toma compartida de decisiones” incluye identificar el problema, explorar las opciones, considerar las consecuencias, hacer un plan, y realizar un seguimiento

La entrevista motivacional es una estrategia terapéutica para el cambio, en la que se interviene considerando que el cambio surge siempre desde la persona y no se le puede forzar, pero sí potenciar. Tratar de hacer cambiar a alguien que no está preparado no sólo no es efectivo, sino que puede tener efectos iatrogénicos. Es un grupo de habilidades de entrevista estructurada que ayuda a los pacientes a avanzar en las etapas del cambio desde pre contemplación, a la contemplación, a la preparación y a la acción. Las fases del cambio según el modelo de Prochaska y Di Clemente incluyen 5 etapas, a saber:

- 1) Pre-contemplativa, en que el individuo no considera aún la posibilidad del cambio.
- 2) contemplativa, en que está considerando la posibilidad de cambiar.
- 3) preparación, en que está planificando y comprometiéndose con el cambio.
- 4) acción, en que está realizando la conducta de cambio.
- 5) mantenimiento, que es sostener a largo plazo el cambio.

El ciclo incluye la posibilidad de recaída, la que siempre debe ser anticipada para diseñar, con el adolescente, cómo se enfrentará las estrategias de la entrevista motivacional son cinco: expresar empatía, desarrollar discrepancia, evitar discusiones,

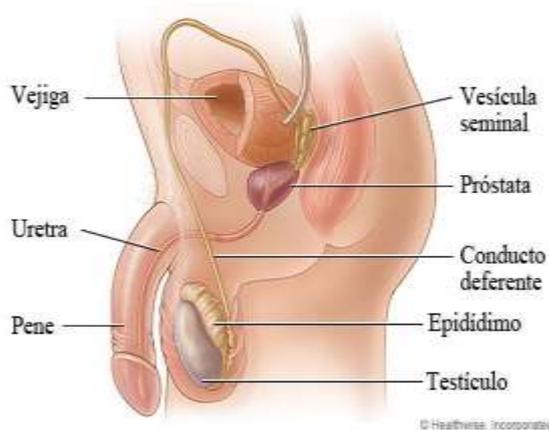
rodar con la resistencia y apoyar y fomentar la autoeficacia. Las técnicas fundamentales también son cinco: preguntas abiertas, escucha reflexiva, afirmaciones, resúmenes, y provocar afirmaciones auto afirmativas.

SEXUALIDAD

Conjunto de condiciones que caracterizan el sexo de cada persona. También, desde el punto de vista histórico cultural, es el conjunto de fenómenos emocionales, de conducta y de prácticas asociadas a la búsqueda del placer sexual, que marcan de manera decisiva al ser humano en todas y cada una de las fases determinantes de su desarrollo.

CAMBIOS FÍSICOS DEL ADOLESCENTE

Cambios físicos en los hombres:



Crecimiento rápido, sobre todo de estatura.

Ensanchamiento de hombros. Aumento de peso.

Crecimiento de los órganos genitales externos e inicio de producción de espermatozoides.

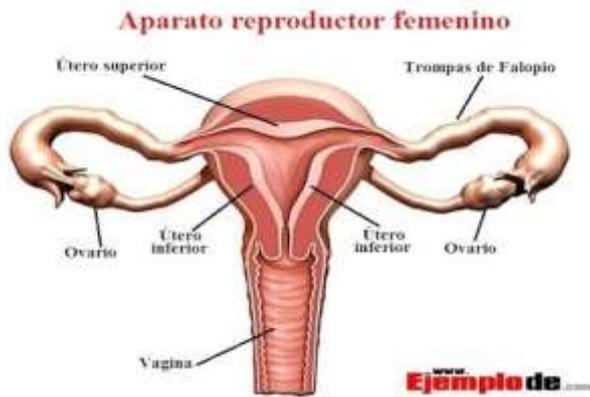
Aparición de eyaculaciones nocturnas espontáneas (poluciones).

Aparición y crecimiento del vello púbico, axilar, bigote, barba.

Cambio de voz.

Aumento de la sudoración, aparición de acné.

Cambios físicos en las mujeres:



Crecimiento rápido, sobre todo de estatura.

Aumento de peso.

Crecimiento de las mamas y ensanchamiento de la cadera.

Desarrollo del aparato reproductor (se inician los procesos de ovulación y menstruación).

Aparición y crecimiento del vello púbico, axilar.

Aumento de la sudoración, aparición de acné.

Cambio de voz en menor intensidad que en el hombre.

Mitos sexuales



Mito 1 La mujer no puede quedar embarazada en su primera relación sexual

Sí, sí puede. Y no solo eso, también es frecuente que se piense que una sola vez de sexo no protegido no tiene mayor trascendencia pero es justo esa "única vez" la que conlleva los embarazos no planificados de dos de cada 10 mujeres.

Mito 2 Es imposible quedar embarazada si lo hacemos "de pie"

Tal vez te dé un poco de risa este mito pero, aunque no lo creas, muchas parejas creen que es cierto. Tener sexo de pie es simplemente una variante más de la sexualidad, depende del gusto de la pareja, pero tiene la misma posibilidad de fecundar que estando acostado.

Mito 3 Lavarse los genitales después de la relación sexual impide el embarazo

Esto no sirve más que como un elemento higiénico, la verdad es que es totalmente falso si se pretende utilizar como método anticonceptivo. De hecho, algunos médicos recomiendan no asearse de esta forma la vagina. Para más información lee 10 cosas que no sabías de la vagina.

Mito 4 El sexo en el mar o alberca impide el embarazo

Error. El agua es más amiga que enemiga de óvulos y espermatozoides. Se trata de un lubricante natural que en lugar de ser barrera, hace más sencilla la fecundación.

Mito 5 Sacar el pene antes de eyacular impide la fecundación

Definitivamente es posible. Basta una pequeña gota de semen con millones de espermatozoides para lograr el embarazo. Recuerden que el líquido pre eyaculatorio también contiene espermatozoides, así que aquello de "nada más la puntita" es también peligroso.

Mito 6 La mujer puede quedar embarazada a través del sexo oral, tragando el semen de la pareja

Falso y no te rías porque, en serio, muchos piensan que esto es cierto. No existe ninguna, ninguna conexión entre el útero y el estómago, así que despreocúpate. Solo se puede acceder al útero, y por consiguiente a los óvulos, a través de la vagina. Sin embargo, ojo, practicar sexo oral inseguro conlleva otro riesgo como la transmisión de enfermedades sexuales, e incluso el sida.

Mito 7 Con el condón no se siente igual

Falso. Esta percepción es más psicológica y cultural que real. Después de la abstinencia, es el método anticonceptivo y de prevención de enfermedades sexuales más seguro. Lamentablemente sólo entre el 30 y 45 por ciento de los mexicanos usan condón a pesar de que reduce 10 mil veces la transferencia de fluidos. Se trata de un prejuicio, pero piénsalo, más vale estar tranquilo antes, durante y después de la relación, que tener una angustiante cruda sexual.

Mito 8 El preservativo se rompe con facilidad

Falso. La industria farmacéutica actual elabora condones bajo controles estrictos de calidad, lo que hace que sea muy difícil su rotura. Es importante conservarlos en temperatura y humedad adecuadas, así como evitar su uso con lubricantes con base en aceite. Un condón que se rompe es porque fue mal puesto.

Mito 9 Los anticonceptivos hormonales dañan la salud, engordan y no es bueno utilizarlos si la mujer es joven

Falso. Los anticonceptivos hormonales ofrecen beneficios como regulación del ciclo menstrual, reducción de cólicos y sangrados. La mayoría evita la retención de líquidos y su efecto antiandrogénico mejora problemas de acné. Pueden usarse sin problema desde la adolescencia, en el inicio de la vida sexual.

Mito 10 El coito anal produce embarazo

Falso. La única forma que tienen los espermatozoides para llegar a la matriz, llegar a las trompas de Falopio y fecundar el óvulo es a través del canal vaginal. Pero como

todo sexo sin protección tiene otro tipo de riesgos como infecciones de transmisión sexual.

Aspectos psicosexuales en la adolescencia



Fantasías sexuales

Los sueños y las fantasías sexuales se tornan más frecuentes y explícitos en la adolescencia, muchas veces como elemento auxiliar de la masturbación. Parece ser que la fantasía, en el marco de la adolescencia, cumple varios cometidos: realza por lo general el placer de la actividad sexual; puede sustituir a una experiencia real (pero inasequible); origina excitación o provoca el orgasmo; constituye una especie de plataforma de ensayo mental de cara a ulteriores situaciones sexuales (aumentando la tranquilidad y anticipándose a posibles problemas, igual que ocurre con el ensayo de cualquier otra actividad) y, en fin, supone un medio de experimentación sexual sin riesgos, controlable y nada conmocionante. La experiencia del adolescente, en cuanto a la exploración del alcance y aplicabilidad de las fantasías, repercute decididamente en su actividad sexual y en la propia seguridad a la hora de desempeñarse sexualmente en fases posteriores.

Independencia

A medida que el adolescente pugna por consolidar un sentido de identidad e independencia personal con respecto a sus padres y a otras figuras autoritarias, adquieren gran importancia las relaciones recíprocas con los compañeros y compañeras de la misma o parecida edad. Así, por ejemplo, la necesidad de libertad que experimenta

el adolescente se acompaña normalmente del imperativo de ser como sus amigos, por más que en ocasiones ambas exigencias sean contrapuestas o antagónicas.

Las presiones del grupo de edad a que pertenece el adolescente varían según las colectividades sociales.

En su ansia por liberarse de la supervisión de los padres y de los adultos, algunos adolescentes ven en el sexo un medio de demostrar su aptitud para tomar decisiones propias y de presentar cara a la escala de valores de la otra generación. Pero la conquista de esa libertad no es tarea fácil, ya que los adolescentes adquieren de un modo y otro un considerable legado sexual de sus mayores y de la generación correspondiente en el que se incluyen pautas discriminatorias hacia el sexo femenino y un intenso sentimiento de culpabilidad sexual. Han cambiado antes las actitudes que la conducta, puesto que hoy está muy extendida la idea de igualdad entre ambos sexos. No obstante, perdura en ciertos aspectos el criterio de la superioridad del varón. Aún se espera que sea éste el que tome la iniciativa sexual, y si es la mujer la que lo hace, lo más probable es que se la tache de "atrevida" o "calentorra". Los adolescentes no se han desembarazado de todo vestigio de problemas sexuales, mala información y desconcierto en materia de sexualidad; más bien parece que hayan sustituido determinados problemas por otro contingente de dificultades.

Reacciones paternas

Muchos adultos dan la impresión de sentirse amenazados por las pautas del adolescente en esta materia y tratan de regularlas de manera ilógica, como lo demuestra el hecho de que se pretenda a veces suprimir la educación sexual en las escuelas ("les llenaría la cabeza de malas ideas"), restringir la información sobre métodos anticonceptivos ("que sigan teniendo miedo a quedar embarazadas"), censurar libros y películas o, sencillamente, fingir que la sexualidad del adolescente no existe en absoluto. Por

fortuna, no todos los padres adoptan una visión tan negativa de la sexualidad juvenil y en algunos casos asumen posturas más liberales. También es importante constatar que la conducta sexual del adolescente puede crear inquietud en los progenitores. A muchos padres les preocupa que sus hijos adolescentes se vean atrapados en un embarazo involuntario, conscientes de que, aun cuando él o ella dispongan de medios anticonceptivos, quizá no los sepan utilizar eficazmente en el momento preciso. Los padres también se inquietan, y no sin motivo, de que sus hijos adolescentes puedan contraer una enfermedad venérea.

Pautas de conducta sexual

La masturbación

Kinsey et al, (1953) detectaron una marcada diferencia en cuanto a la incidencia de la masturbación en los varones y en las mujeres. No obstante, la tendencia actual indica un aumento de la masturbación en las muchachas adolescentes.

La masturbación cumple en los adolescentes varias funciones de importancia, como son el alivio de la tensión sexual, el constituir una forma inocua de experimentación sexual, la mejora de la autoconfianza en el desempeño sexual, el dominio de los impulsos sexuales, la mitigación de la soledad y una válvula de escape de la tensión y el estrés generales.

Las caricias (petting)

Kinsey et al, lo definen como el contacto físico entre varones y mujeres con miras a lograr la excitación erótica sin realizar el coito. Recientemente, un estudio basado en entrevistas con estudiantes de ambos sexos de primer año de universidad, a los que se preguntó sobre sus experiencias sexuales en el instituto de secundaria, puso de manifiesto que el 82 % tuvo estimulación genital con su pareja, y que el 40% de las

muchachas y el 50% de los chicos habían tenido orgasmos durante el petting (Kolodny, 1980).

El petting debe contemplarse a la luz de los cambios de actitud que hoy se observan en la conducta sexual del adolescente. Además de practicar buen número de actividades sexuales a edad más temprana que otras generaciones, muchos de los adolescentes de nuestros días han prescindido de la costumbre de "salir" o darse cita con compañeros o compañeras y de "entablar un noviazgo" formal, y se atienen a pautas de interacción social menos estructuradas.

El coito

La primera experiencia coital puede constituir un episodio de dicha, goce, intimidad y satisfacción o, por el contrario, originar inquietud, desengaño y culpa. Es un error deducir que los chicos y chicas que tienen su primera relación coital a edad más temprana son por ello mismo promiscuos, ya que muchos adolescentes jóvenes se limitan a realizar la experiencia con una misma compañera en cada ocasión. También debe tenerse en cuenta que no pocos adolescentes que ya no son vírgenes realizan el acto sexual con escasa frecuencia. En el caso de algunos muchachos, sobre todo los que "probaron" efectuar la cópula por el afán de experimentar, desvelado el misterio hallan menos intrigante y apetecible la relación sexual y pasan largos periodos sin hacer el amor o copulando de tarde en tarde, impulsados a veces por el deseo de encontrar "la persona adecuada". Los adolescentes que mantienen una relación amorosa que permanece desde hace tiempo, suelen realizar el coito con bastante regularidad.

En los últimos años se ha puesto de manifiesto que entre los adolescentes con experiencia sexual está emergiendo un contingente que se muestra desengañado, insatisfecho o turbado en lo que atañe a su vida sexual. En ocasiones se trata de muchachos o muchachas que esperaban tanto de esa primera experiencia que luego se

sienten poco menos que frustrados o estafados si la situación no resulta conmovedora.

Otros padecen trastornos sexuales que les han impedido gozar del contacto íntimo. Un tercer contingente está constituido por adolescentes que en un principio gozan con la experiencia sexual, pero que pierden interés por ella cuando se dan cuenta de que la relación con el compañero o compañera tiene tan sólo una motivación sexual, o cuando se rompe el vínculo y una parte se siente utilizada o manipulada. Buena parte de esos optan por la continencia para salir del paso, en la confianza de que cuando sean mayores- o cuando den con la pareja adecuada- las cosas serán de otro modo. Por último, están los que, siendo sexualmente activos, hallan escaso o nulo el placer en las relaciones íntimas.

SESIÓN DE APRENDIZAJE N° 3:

Prevención de conducta de riesgo (parte 3)

Ítem	Descripción
Competencias:	<ol style="list-style-type: none">1. Afectividad y sexualidad, sexualidad responsable2. Sexualidad en riesgo (ETS, embarazo, aborto)3. Prevención y responsabilidad.4. Promoción de la salud5. Teoría del riesgo6. Cambio conductual
Duración:	120 minutos
Participantes: 46 Estudiantes, docentes y administrativos del programa de Enfermería	
Recursos Humanos:	Un colaborador (encargado de talleres) y un facilitador (expositor)
Materiales:	cuestionario de conocimientos, actitudes y prácticas de prevención de conductas de riesgo <ol style="list-style-type: none">11 Hojas bond12 Lapiceros, plumones13 Folletos, cartulinas14 Video Veam15 computador

3. DESARROLLO DE LA SESIÓN

ANIMACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN	DURACIÓN: 20 min
<p>Actividad : Bienvenida</p> <p>Actividad : Dinámica de Presentación “ el náufrago (“romper el hielo”)</p> <p>Actividad : Oración inicial</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Previamente, se dispone personas parte del equipo que saludan en la entrada de la universidad, dando la bienvenida al evento.❖ La Bienvenida lo hace el equipo organizador del programa con la decoración alusiva al tema.❖ Se reparta el programa y material del día.❖ El facilitador indica a todos los participantes las indicaciones del juego.❖ El facilitador comunica quien es el capitán, que dirigirá el juego. Todos los demás serán tripulantes. El barco va a naufragar y todos deben seguir las órdenes del capitán. Según el número de participantes se nombrará a dos ayudantes que tirarán al mar a los que se equivoquen, de esa manera salen del juego. El barco se hunde y el capitán dice: “hagan grupos de ocho, de 7, de 6, etc. Todos los que queden fuera de un grupo salen del juego. Es necesario hacer reflexiones que sirvan de aplicaciones a diversas actitudes ante la vida.❖ Finalmente el facilitador, agradece a todos y presenta el tema a tratar.	

Actividad: Recogiendo saberes previos (10 min.)

•El facilitador solicita a los participantes que respondan las siguientes preguntas:

1. Afectividad y sexualidad, sexualidad responsable
2. Sexualidad en riesgo (ETS, embarazo, aborto)
3. Prevención y responsabilidad.
- 4.Promoción de la salud
- 5.Teoría del riesgo
- 6.Cambio conductual

•Para realizar este trabajo se entrega a cada participante taller folletos y cartulina e indique que tienen 7 minutos para responder a la pregunta.

•Finalizado el tiempo, el facilitador hace un consolidado de las respuestas dadas por el participante y los felicita.

Actividad: estrategias para reducir las conductas de riesgo (40 min.)

El facilitador presenta una descripción de afectividad y sexualidad, sexualidad en riesgo, prevención y responsabilidad, promoción de la salud, teoría des riesgo, cambio conductual (presentaciones en PowerPoint u otro medio. Para ello, considerar la información presentada en el taller, en este espacio, el facilitador también refuerza y reorienta las ideas de los participantes dadas en el recojo de saberes.

DEMOSTRACIÓN**DURACIÓN: 15min****Actividad: como es su actitud en las prácticas de conductas de riesgo?**

- El facilitador indica a los participantes que formen parejas y les asigna las siguientes tareas:
 15. Compartir que experiencias de sexualidad y afectividad
 16. Que ventajas trae la promoción de la salud
 17. Porque es importante el cambio conductual
- Para este trabajo el facilitador entregará folletos, cartulinas y plumones
- El facilitador dará a conocer las consecuencias de la sexualidad en riesgo, contribuyendo a mejorar los estilos de vida saludable Para ello, dará a conocer la importancia de la promoción de la salud
- Asignar un tiempo 15 minutos para este trabajo.
- El facilitador apoya a las parejas en la realización de la tarea.
- Finalizado el tiempo, pida a parejas voluntaria a compartir sus resultados y se las aplaude por participación.
- El facilitador felicita a los participantes y los anima a tener una mejor calidad de vida con la participación de este taller de teorías del riesgo y cambio conductual.

Actividad: Y tú has decidido cambiar tus hábitos de conductas de riesgo?

- El facilitador indica a los participantes que sigan con las mismas parejas y les asigna las siguientes tareas:
 18. Compartir que han decidido hacer (que decisión han tomado)
 19. Como lo van a realizar esa nueva experiencia (fecha, lugar, etc)
 20. experiencias de sexualidad y afectividad
 21. ser líderes para la promoción de salud
- Para este trabajo el facilitador entregará talleres, folletos, cartulinas y plumones
- Previamente, el facilitador mostrará videos de experiencias de cambio conductual
- Invitar un psicólogo para que cuente la experiencia del éxito de tener una mejor conducta saludables
- Explicar cómo ser responsables en nuestra sexualidad
- A los participantes de los talleres de prevención de riesgo Asignar un tiempo 15 minutos para este trabajo.
- El facilitador felicita a los participantes y llama a la reflexión a la necesidad de mejorar su actitud frente a la sexualidad responsable.

	EVALUACION
<p>Actividad: Responde y Gana</p> <p>5 El facilitador tiene 6 cajas de fosforo, el cual mostrara a los participantes.</p> <p>6 El facilitador indicara que al ritmo de la música tingo tango ira rotando el fosforo y a la persona que tenga el fosforo responderá la siguiente pregunta y se llevara el fosforo como un premio (en el cual dentro tiene el nombre del regalo que gano)</p>	

<ul style="list-style-type: none"> RETROALIMENTACIÓN Y CONCLUSIÓN 	DURACIÓN: 10 min
<p>Palabras de despedida: “soy estratégico”.</p> <ul style="list-style-type: none"> • se solicita a un participante a realizar la oración final • El facilitador agradece la participación realiza las indicaciones finales enfatizando la importancia del diagnóstico y planeamiento estratégico en nuestras vidas, después de saludar se queden y pasen al otro espacio que se ha dispuesto para un “aperitivo” • El equipo de facilitadores y colaboradores se disponen en la puerta para despedir a todos. 	

HOJA DE INFORMACION N: 3

Afectividad y sexualidad



Para la mayoría de las personas no es fácil decir el momento exacto en que notaron por primera vez sensaciones sexuales. Suele pasar de forma gradual, poco a poco. A veces, el origen de esas sensaciones ni siquiera está motivado por una persona concreta. Hay chicos y chicas que sienten, simplemente, que les pasa algo nuevo, que no saben muy bien cómo calificar: una sensación física, una emoción, o una combinación de ambos.

A veces puede costar relacionar estos sentimientos y sensaciones, bastante vagos, con la definición de sexo que hemos aprendido y con la que nos bombardean los medios de comunicación.

Cuando una chica o un chico empiezan a sentir sensaciones sexuales antes de que su cuerpo se haya desarrollado (o viceversa) puede ser difícil reconciliar esa "diferencia" de cuerpo y sensaciones.

Afectividad

Tener una relación física con alguien puede hacerte sentir muy vulnerable, ya que supone compartir con otro una parte muy personal. Hay muchas cosas que preocupan: qué pensará tu pareja de tu experiencia o inexperience, qué opinará de tu cuerpo... El nerviosismo de las primeras relaciones sexuales (incluso de las siguientes) es natural.

A medida que conozcas mejor a tu pareja y que vayas adquiriendo seguridad en ti y en tu relación, irás superando esos nervios iniciales.

COMUNICA TUS NECESIDADES

El sexo no tiene fórmulas secretas, ni reglas fijas que se puedan aprender para saber "cómo hacerlo" y convertirse en el o la amante ideal. A cada persona le gustan cosas diferentes; por eso, una buena comunicación es fundamental para un buen sexo.

Hacerlo o no hacerlo, esa es la cuestión

Todos tenemos diferentes creencias y niveles de experiencia, y nadie debería sentirse presionado a practicar el sexo o a obtener más experiencia sexual.

El coito sólo es una parte de la intimidad sexual, aunque se trata de una parte importante y muy valorada. De lo que se trata es que te sientas bien con tu decisión cada vez que participes en una actividad sexual, sea besarte con alguien, sexo oral, coito o cualquier otra cosa. Cada ocasión, cada práctica supone una nueva elección, y tus acciones siempre merecen ser tomadas en serio y meditadas.

En cualquier circunstancia, la comunicación entre las personas involucradas es extremadamente importante. Pero antes de que pueda haber una buena comunicación es preciso que sepas lo que quieres, que tengas seguridad en ti y que tengas claro lo que es apropiado para ti en cada momento de tu vida. ¡Haz lo que te haga sentir bien y toma precauciones!

Sexualidad responsable



Una buena definición de ella es decir, que la educación sexual consiste en la enseñanza tendiente a desarrollar la comprensión de los aspectos físicos, mentales, emocionales, sociales, económicos y psicológicos de las relaciones humanas en la medida en que afecten a las relaciones entre hombre y mujer.

Responsabilidad sexual

Cuando un adolescente comienza a descubrir su sexualidad y las dudas invaden su cabeza, puede recurrir a otras personas, a libros o al internet para buscar sus respuestas. Sin embargo, no en todos lados se encuentra la información acertada y pueden guiar al adolescente por caminos incorrectos en la toma de decisiones de su sexualidad.

Ser responsable sexualmente no significa no tener relaciones sexuales o abstenerse hasta el matrimonio. Ser responsable significa ir de acuerdo a tus principios y tomar decisiones que no afecten tu futuro.

Las relaciones sexuales

Una de las decisiones más importantes de la sexualidad en la adolescencia es sobre con quién, cuándo, cómo y dónde tener relaciones sexuales.

¿Con quién?

La persona que elijas debe ser alguien que sepas que no te va a lastimar y te respeta. Alguien que puede respetar tus preferencias sexuales.

¿Cuándo?

No hay un momento preciso, sólo debes de saber que es mejor hacerlo cuando estés seguro y preparado. Haz que tu primera vez sea un momento agradable y satisfactorio y con alguien que quieras. No dejes que nadie te presione para hacer algo que no quieres.

¿Cómo?

La respuesta a cómo tener relaciones sexuales es: con protección. Es importante utilizar por lo menos un método anticonceptivo para protegerte contra las enfermedades de transmisión sexual y prevenir un embarazo no deseado. No olvides que el sexo oral y anal también puede causar enfermedades de transmisión sexual.

¿Dónde?

Para tener relaciones sexuales es mejor hacer en un lugar donde estés cómodo, que esté limpio y que tú y tu pareja se sientan tranquilos para poder disfrutar del momento.

Disfrutar de la sexualidad en tu adolescencia depende de las decisiones que tomes. Haz cosas de las cuales no te vayas a arrepentir en el futuro.

RECOMENDACIONES PARA UNA SEXUALIDAD RESPONSABLE



- ✓ La sexualidad es una dimensión natural y sana de la vida.
- ✓ Los niños deberían obtener su educación sexual primaria en la familia.
- ✓ Las relaciones sexuales nunca deben ser coercivas o explotadoras.
- ✓ Todas las decisiones sexuales tienen consecuencias.
- ✓ Los jóvenes necesitan desarrollar sus propios valores sobre la sexualidad para volverse adultos.
- ✓ Involucrarse de manera prematura en conductas sexuales implica riesgos.
- ✓ Los jóvenes que tienen relaciones sexuales deben tener acceso a información sobre servicios de salud y prevención del embarazo y las ITS/VIH.

Sexualidad en riesgo (ETS, embarazo, aborto).



Cualquier persona que practique el sexo corre el riesgo de contraer una Infección de Transmisión Sexual (ITS). ... Existen determinados factores que aumentan las posibilidades de que una persona contraiga una infección de transmisión sexual: La actividad sexual a temprana edad.

Enfermedades de transmisión sexual:



Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son infecciones que transmiten de una persona a otra a través del contacto sexual. Las causas de las ETS son las bacterias, parásitos, hongos y virus. Existen más de 20 tipos de ETS, que incluyen: Clamidia, Sífilis

Gonorrea, Herpes, Chancro, VIH, Hepatitis B y VPH

El VIH y la Hepatitis B no tienen cura, pero se puede reducir su efecto si son detectadas y tratadas oportunamente.

Formas de infección

A pesar de que se llaman de transmisión sexual, existen otras formas de adquirir ITS, a saber:

Sexo vaginal, oral o anal sin uso de condón.

Contacto de los genitales con piel infectada

Contacto con sangre, semen o fluidos vaginales infectados

Compartir agujas o jeringas

Recibir transfusiones de sangre contaminada

Se ha hecho piercings o tatuajes con elementos contaminados

Procedimientos odontológicos o médicos, cortes de cabello, manicure o pedicure con instrumentos no esterilizados.

Síntomas

Ardor al orinar

Supuración en los genitales masculinos

Flujo vaginal con olor y color distinto al usual

Dolor abdominal bajo o en los testículos

Úlceras genitales

Aparición de granos, verrugas, ampollas, inflamaciones o cambios no comunes en los genitales.

De presentar alguno de estos síntomas, es necesario consultar con un profesional de la salud.

Prevención

La forma más común de evitar una infección de transmisión sexual es mediante la utilización correcta del condón.

Aunque muchas personas dejan la utilización del condón sólo para la eyaculación, se recomienda utilizar preservativos para todo tipo de contacto genital de tipo penetrativo (sexo vaginal y anal) e igualmente para la práctica del sexo oral.

Uso adecuado del condón masculino:

Rasga el empaque por un lado con la yema de los dedos (por donde tiene las ranuras).

No uses los dientes, las uñas, tijeras o navajas, pues el condón se puede romper.

El tratamiento de las infecciones de transmisión sexual

Actualmente se dispone de tratamiento eficaz contra algunas ITS.

Tres ITS bacterianas (clamidias, gonorrea y sífilis) y una parasitaria (tricomoniasis) son generalmente curables con los eficaces regímenes de antibióticos de dosis única existente.

Para el herpes y el VIH, los medicamentos más eficaces disponibles son los antivíricos, que pueden atenuar la evolución de la enfermedad, pero no curarla.

Para la hepatitis B, los moduladores del sistema inmunitario (interferón) y los medicamentos antivíricos pueden ayudar a luchar contra el virus y frenar los daños al hígado.

La resistencia de las ITS, en particular la gonorrea, a los antibióticos, ha aumentado rápidamente en los últimos años y ha limitado las opciones de tratamiento. El desarrollo de una menor sensibilidad de la gonorrea a la opción terapéutica de “última línea” (cefalosporinas orales e inyectables), junto con la resistencia a los antimicrobianos revelada anteriormente con respecto a las penicilinas, sulfamidas, tetraciclinas, quinolinas y macrólidos convierten a la gonorrea en un organismo polifarmacorresistente. En cuanto a otras ITS, la resistencia a los antimicrobianos es menos común pero también existe, y por lo tanto la prevención y el tratamiento tempranos son cruciales.

Embarazos no deseados



El embarazo no deseado (también denominado embarazo no previsto, no querido, no planeado, no planificado, inesperado, imprevisto o inoportuno) es aquel que se produce sin el deseo y/o planificación previa y ante la ausencia o fallo de métodos anticonceptivos pre coitales adecuados y la ineffectividad o no administración.

Ante un embarazo no deseado y atendiendo a los principios de salud reproductiva de la OMS, la mujer puede continuar con la gestación y llevar a término el embarazo o, si la legislación vigente del país o territorio lo contempla, practicar una interrupción voluntaria del embarazo o aborto inducido, ya sea mediante un aborto con medicamentos o un aborto quirúrgico, dependiendo del periodo de gestación y siempre con la asistencia sanitaria adecuada.

En todo el mundo, el 38 % de los embarazos son no deseados, el 21 % de ellos se da en adolescentes (de los cuales entre el 30 y el 60 % terminan en un aborto); unos 80 millones de embarazos no deseados cada año de un total de 210 millones de embarazos en todo el mundo.

CONSECUENCIAS DE UN EMBARAZO NO DESEADO

un embarazo no planeado durante la adolescencia tiene muchas consecuencias físicas, emocionales, sociales en la madre, en el padre, para el hijo y como pareja la adolescencia es una etapa de la vida, que transcurre entre los 10 y los 19 años, periodo en que empiezan a desarrollarse todas las funciones sexuales favorecidas por la producción de hormonas que permiten la maduración de los órganos sexuales tanto

femenino como masculino incluyendo las células sexuales femenina u óvulo y masculina o espermatozoide. Durante esta etapa por lógica, el organismo humano tiene requerimientos especiales que van desde los que le permitan un adecuado crecimiento como: alimentación, descanso y ejercicio físico; requerimientos materiales, como el vestido o los zapatos, que por el crecimiento deben cambiarse frecuentemente; emocionales que surgen ante la atracción sexual y las nuevas sensaciones y los sociales que permiten consolidar sentimientos, relaciones y amistades.

Físicamente, porque como la madre adolescente todavía está el proceso de crecimiento y desarrollo, un embarazo, que es un suceso que normalmente cambia todas las funciones del cuerpo de una mujer, requiere de mejor alimentación, tranquilidad, y puede ocasionar problemas como:

- detención del crecimiento, ya que las proteínas destinadas solamente para la madre, ahora se tienen que compartir con el hijo.
- Anemia, desnutrición y toxemia del embarazo.
- Aumento de la mortalidad materna.
- Mayor riesgo de abortos espontáneos y nacimientos prematuros o complicaciones durante el parto, por falta de madurez sexual.
- Aumenta la probabilidad de tener más hijos, ya que al empezar jóvenes a tener relaciones sexuales, es más fácil que los hijos se sucedan rápidamente.
- Aumenta la posibilidad de tener más relaciones sexuales, seguidas, con frecuencia con varias parejas, lo que además aumenta el riesgo de enfermedades de transmisión sexual. Emocionalmente ya que se está en un proceso de identidad, que lleva a brincarse un paso muy importante, la auto aceptación como mujer, con los cambios del cuerpo y funciones nuevas, por una figura prematura de mujer embarazada.

Aborto.



El embarazo no deseado en adolescentes se asocia con deficiente o nula educación sexual, sobrevaloración de la maternidad y el ejercicio de la sexualidad con poca claridad sobre el riesgo reproductivo.

Aborto es toda expulsión del feto, natural o provocada, en el período no viable de su vida intrauterino, es decir, cuando no tiene ninguna posibilidad de sobrevivir. Si esa expulsión del feto se realiza en período viable pero antes del término del embarazo, se denomina parto prematuro, tanto si el feto sobrevive como si muere.

CAUSAS

Bajas condiciones socioeconómicas.

Presión de la familia y de la pareja.

Miedo a la expectativa social (marginación, truncamiento de sus expectativas en ese momento).

Problemas de salud.

Violación o incesto.

Falta de educación sexual afectiva.

Mal uso de métodos anticonceptivos (uso de prácticas tradicionales).

Cuando la relación con su pareja no es estable.

EFFECTOS:

CÁNCER DE MAMA:

El riesgo de cáncer de mama aumenta después de un aborto e incluso se incrementa aún más con dos o más abortos.

CÁNCER DE OVARIOS, HÍGADO Y CERVICAL (cuello uterino):

Las mujeres con un aborto se enfrentan a un riesgo relativo de 2.3 de cáncer cervical, en comparación con las mujeres que no han abortado, y las mujeres con dos o más abortos encaran un riesgo relativo de 4.92.

PERFORACIÓN DE ÚTERO:

Entre un 2 y un 3 % de las pacientes de aborto pueden sufrir perforación del útero; es más, la mayoría de estas lesiones quedarán sin ser diagnosticadas ni tratadas a no ser que realice una visualización mediante laparoscopia.

DESGARROS CERVICALES (cuello del útero):

En al menos un uno por ciento de abortos realizados en el primer trimestre se producen importantes desgarros cervicales que requieren sutura. Las laceraciones de menor envergadura o las micro fracturas, que normalmente no son tratadas, pueden también a la larga perjudicar la función reproductiva.

AFECCIÓN INFLAMATORIA PÉLVICA

Se trata de una enfermedad que puede poner en peligro la vida y conllevar un riesgo añadido de embarazo ectópico y reducción de fertilidad. Es por tanto razonable suponer que cuantos practican abortos previenen y tratan tales infecciones antes del aborto.

ENDOMETRITIS:

La endometritis representa un riesgo post-aborto para todas las mujeres, pero en especial para las adolescentes, las cuales tienen una probabilidad 2.5 veces mayor de contraer endometritis después de un aborto que las mujeres con edades entre 20 y 29 años.

Prevención y responsabilidad sexual



El ejercicio los derechos sexuales se debe hacer con responsabilidad, protegiéndose, reconociendo y aceptando las consecuencias.

El comportamiento sexual responsable se expresa en los planos personal, interpersonal y comunitario. Se caracteriza por autonomía, madurez, honestidad, respeto, consentimiento, protección, búsqueda de placer y bienestar. (OPS, OMS, 2000)

Lo que no se observa en los jóvenes universitarios donde la moral sexual tradicional se impone en una cuarta parte de los jóvenes, cuando afirman que les da vergüenza comprar un condón en una farmacia, así como colocar el condón a su novio o dejar que lo coloque la novia. 48.5% de las jóvenes sexualmente activas entre 15 y 29 años nunca se han realizado una prueba de Papanicolaou. Los jóvenes universitarios experimentan violencia física o psicológica.

Una comunidad fomenta los comportamientos sexuales responsables al proporcionar la información, recursos y derechos que las personas necesitan para participar en dichas prácticas. (OPS, OMS, 2000)

A nivel internacional, la Organización Panamericana de la Salud establece hacer obligatoria la educación integral de la sexualidad basada en derechos, sensible al género y culturalmente apropiada en los programas de estudios a todos los niveles, (OPS, 2009) en el contexto nacional la Ley General de Educación establece que las instituciones educativas tendrán que desarrollar actitudes solidarias en los individuos y crear

conciencia sobre la preservación de la salud, el ejercicio responsable de la sexualidad, la planeación familiar y la paternidad responsable, sin menoscabo de la libertad y del respeto absoluto a la dignidad humana, fomentando el conocimiento de sus causas, riesgos y consecuencias.

La responsabilidad es un valor que deben mostrar los jóvenes, mediante el autocuidado y afrontando las consecuencias de sus actos.

Los tres órdenes de gobierno deben promover una cultura de respeto a los derechos sexuales y el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la información, la guía para la comprensión de los derechos y orientación para el ejercicio de la sexualidad con responsabilidad.

Es necesario que en los programas educativos de nivel universitario, se implementen formalmente los programas de educación en salud, incluyendo los derechos sexuales y el ejercicio responsable de la sexualidad.

En definitiva, no a la política de casas de cuna, sí a la política de prevención de embarazos no deseados e irresponsables. Más educación, más formación, más responsabilidad, más vida.

Promoción de la salud:



Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención

y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación.

Educación saludable:

Las personas han de adquirir conocimientos, aptitudes e información que les permitan elegir opciones saludables, por ejemplo con respecto a su alimentación y a los servicios de salud que necesitan. Tienen que tener la oportunidad de elegir estas opciones y gozar de un entorno en el que puedan demandar nuevas medidas normativas que sigan mejorando su salud.

Una dieta saludable contribuye de forma importante a una mejor salud y a la prevención de enfermedades graves como las patologías cardiovasculares (infartos de miocardio y accidentes vasculares cerebrales). Además, comer bien ayuda a combatir el estrés y nos protege de trastornos menores como los resfriados o la gripe. En el trabajo, una alimentación equilibrada y en la cantidad y frecuencia adecuadas mantiene el nivel de energía y mejora el rendimiento.

Promover hábitos alimentarios saludables en la comunidad Académica Metropolitana es pues algo bueno tanto para el trabajador como el estudiante (mejor salud, más rendimiento) (mayor productividad, menor absentismo).

Por consiguiente, es posible y rentable intervenir a nivel laboral en desayunos, en menús del restaurante, en el contenido de las máquinas expendedoras, en las pausas y descansos, en información y educación alimentaria de trabajadores y estudiantes, en acciones preventivas individuales o grupales según el tipo de trabajo y esfuerzo, etc.

Todas las acciones para mejorar la alimentación de los trabajadores y estudiantes, mejoran la salud individual, la calidad de vida, las relaciones sociales y familiares, el clima laboral, clima académico el trabajo en equipo y la imagen de la comunidad

académica metropolitana respecto a los trabajadores y estudiantes. Una buena alimentación es sinónimo de salud, vitalidad, productividad y ánimo.

El modelo de promoción de la salud de Pender se basa en tres teorías de cambio de la conducta, influenciadas por la cultura, así:

La primera teoría, es la de la **Acción Razonada**: originalmente basada en Ajzen & Fishben, (1975), explica que el mayor determinante de la conducta, es la intención o el propósito que tiene la conducta de un individuo. Se plantea que es más probable que el individuo ejecute una conducta si desea tener un resultado.

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

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

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

La valoración de las creencias en salud relacionadas con los conocimientos y experiencias previas, determinan las conductas adoptadas por la persona; según el

Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Pender, estas creencias están dadas por:

- Los beneficios de la acción percibidos o los resultados esperados, proporcionan motivación para adquirir una conducta de promoción de la salud, en la cual se da prioridad a los beneficios conductuales, destacando esta conducta entre otras personas, para que ellas puedan imitarla.
- La presencia de barreras para la acción, las cuales pueden ser personales, interpersonal salud desempeña un papel fundamental al determinar el estado de salud de cada persona, lo cual permitirá identificar las dificultades que se presentan y diseñar los mecanismos que permitan cambiar o disminuir una conducta de riesgo con el fin de mejorar la calidad de vida, para establecer un estado óptimo de salud a nivel físico, mental y social.
- La auto-eficacia; Bandura ha encontrado en numerosos estudios, que las personas que se perciben así mismas competentes en un dominio particular realizarán repetidas veces la conducta en las que ellos sobresalen; la auto-eficacia es un sistema que provee mecanismos de referencia que permiten percibir, regular y evaluar la conducta, dotando a los individuos de una capacidad autor reguladora sobre sus propios pensamientos, sentimientos y acciones
- Las emociones, motivaciones, deseos o propósitos contemplados en cada persona promueven hacia una determinada acción. Los sentimientos positivos o negativos acompañados de un componente emocional son clave para identificar la conducta que necesita modificarse. Por lo tanto, en cada programa de salud deben implementarse actividades dinámicas y atractivas que generen beneficios para toda la población.
- Las influencias interpersonales y situacionales, son fuentes importantes de motivación para las conductas de salud, el impacto de las redes familiares y sociales o del entorno

dentro del cual se desenvuelve la persona, pueden actuar positivamente generando un sentimiento de apoyo y aceptación, lo que brinda confianza a sus habilidades, esta sería una fuente valiosa para la creación de una conducta que promueva la salud; sin embargo, en el caso contrario, cuando el entorno familiar o social es adverso y nocivo, crea dificultades para adoptar dicha conducta, de ahí que sea a veces más conveniente cambiar algunas condiciones del medio social y económico, que apuntar al cambio de conducta en una persona.

- Edad: particularmente tiene que ver en gran medida por la etapa específica del ciclo vital en la cual se encuentre la persona; a partir de la etapa en la que la persona se encuentre se verá afectado el estilo de vida.
- Género: éste es un determinante del comportamiento de la persona, ya que el ser hombre o ser mujer hará que el individuo adopte determinada postura respecto a cómo actuar, además de lo que implica la prevalencia de algunas enfermedades que se verán reflejadas en mayor proporción en un género en específico.
- Cultura: es una de las más importantes condiciones que llevan a las personas a adoptar un estilo de vida ya sea saludable o no; en ésta se incluyen los hábitos de alimentación, el tiempo de ocio y descanso, el deporte, entre otros.
- Clase o nivel socioeconómico: es un factor fundamental al momento de llevar un estilo de vida saludable, ya que si se pertenece a una clase media o alta se tendrán muchas más alternativas al momento de poder elegir una alimentación adecuada, y no sólo la alimentación sino también el acceso a la salud; mientras que para una persona de un nivel socioeconómico bajo, sus opciones se verán limitadas por la escasez de sus recursos económicos. (Osorio, Macías y toro 2010).
- Estados emocionales.
- Autoestima.

- Grado de urbanización

Macías Osorio, & toro (2010) manifiesta que los problemas de salud globalmente más predominantes, son el resultado de las conductas personales desfavorables y el medio ambiente que comprometen la salud dentro de estos problemas se encuentran las enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, el cáncer y la diabetes, las cuales se pueden evitar mediante la adopción de acciones o conductas protectoras contra las enfermedades, tales como bajo consumo de sal, carbohidratos y aumento de la actividad física. Las enfermedades crónicas pueden volverse cada vez más prevalentes en muchas naciones, lo cual conlleva a crear una carga económica para el Estado al ser más costoso el tratamiento de la patología presente, ya que no sólo se debe intervenir sobre ésta, sino sobre los efectos que produce, además se deben desarrollar acciones para la recuperación y rehabilitación del paciente; es por esto que se argumenta que la promoción de la salud es una inversión a largo plazo que evita mayores costos tanto económicos como sociales y de salud en términos de mejor calidad de vida.

Cabe anotar que el Modelo de Promoción de la Salud de Pender tiene aplicabilidad en la salud pública, ya que permite explicar y predecir aquellos estilos de vida favorecedores a la salud, definidos según la cultura, la edad, el nivel socioeconómico, etc. Pender considera el estilo de vida como un patrón multidimensional de acciones que la persona realiza a lo largo de la vida y que se proyecta directamente en la salud; para comprenderlo se requiere el estudio de tres categorías principales:

1. las características y experiencias individuales.
2. la cognición y motivaciones específicas de la conducta.
3. El resultado conductual. El término estilo de vida se refiere a la manera de vivir y a las pautas personales de conducta, que pueden influir positiva o negativamente sobre la salud.

Teoría del riesgo



Son conductas de riesgo aquellas acciones voluntarias o involuntarias, realizadas por un individuo o comunidad, que puede llevar a consecuencias nocivas. Son múltiples, y pueden ser biopsicosociales. El estudio de ellas ha mostrado que son particularmente intensas en la adolescencia. A ello contribuyen diferentes características propias de la edad, entre las que destaca la “sensación de invulnerabilidad” o mortalidad negada, la necesidad y alto grado de experimentación emergente, la susceptibilidad a influencia y presión de los pares con necesidad de conformidad intergrupala, la identificación con ideas opuestas a los padres y necesidad de trasgresión en el proceso de autonomía y reafirmación de la identidad.

La idea central en esta teoría, es trabajar con factores y conductas de riesgo y actuar sobre ellos previniendo las posibles consecuencias dañinas para la salud.

Teorías de Protección y Resiliencia

La acción basada solo en riesgos, además de mostrar debilidades, contribuyó al predominio de una visión e identificación más bien negativa de los adolescentes. Considerar los factores y conductas protectoras, la mayoría de ellos espejos de las de riesgo, agrega un componente importantísimo para aumentar la eficacia del trabajo preventivo. Esta teoría nace de la observación de niños y adolescentes que, a pesar de estar expuestos a condiciones de vida adversas, llegan a ser adultos saludables y positivos. En general la resiliencia es entendida como aquella característica humana que

permite recuperarse y superar la adversidad. Es un concepto que nos centra en los factores protectores, que pueden ser propios como la inteligencia, locus de control interno, sentido del humor y habilidades empáticas; o externos o circunstanciales como la cohesión familiar, al menos un padre amoroso, sentido de pertenencia escolar, etc.

Por otra parte, no se debe olvidar que dosis graduales y controladas de problemas pueden constituir factores positivos si se consideran sus funciones, como el aprender a responder en forma adecuada, saludable y constructiva, las posibilidades de fortalecer la autoestima y autoeficacia a través de logros, de desarrollar destrezas sociales y tomar decisiones. (Corona, 2011)

Los adultos más cercanos, como son los padres, constituirán una fuente fundamental de modelaje, pero también pueden ser factores externos positivos, al ser fuentes de apoyo y crecimiento, los pares, el colegio, la comunidad y la sociedad.

Teoría del Desarrollo Juvenil Positivo.

Se refiere al desarrollo normal y saludable en toda circunstancia, y no sólo en la adversidad. La colaboración hacia el desarrollo positivo juvenil entre los médicos, los propios adolescentes, sus padres, y la comunidad, facilitará que los adolescentes pasen de ser meros receptores a ser individuos activos, informados que deliberadamente hacen opciones sanas para ellos mismos. Este enfoque pretende potenciar al adolescente completo más que aspectos puntuales de su desarrollo, ambiente o personalidad, que tengan logros específicos a las etapas y tareas del desarrollo, e interacciones positivas con la familia, barrio y contextos social y cultural.

Las intervenciones clínicas requieren del desarrollo de habilidades de comunicación ya que los adolescentes pueden resistirse a discutir temas sensibles como son el uso de sustancias y/o sexualidad. Deben realizarse desde la adolescencia inicial, ajustarse a las habilidades cognitivas emergentes, acomodarse a sus necesidades de desarrollo, ser

personalizadas al género e incluir evaluación de la salud mental, fortalezas individuales y factores protectores

CAMBIO CONDUCTUAL



Modificación de Conducta

Es un proceso dinámico en el que implica crecer, desarrollarse y adaptarse. Es frecuente que el cambio tarde en ser aceptado, sobre todo si las actitudes de las personas no encajan en los programas de cambio conductual.

El cambio conductual consiste en modificar una conducta acostumbrada por otra con mayores beneficios. Es un proceso que se da con el tiempo y para iniciar este proceso, son necesarios las siguientes condiciones: intensión positiva hacia la nueva conducta, un mínimo de barreras en el cumplimiento de la conducta, suficiente habilidad para llevar a cabo la conducta recomendada, creer que las acciones tendrán resultados positivos y encontrar mensajes que sirvan como recordatorios.

Los programas de intervención constituyen una clave poderosa para lograr una conducta de salud positiva

Etapas

- Pre-contemplación No lo haré
- Contemplación Podría hacerlo
- Preparación Lo haré
- Acción Lo estoy haciendo
- Mantenimiento Lo hago

Autoeficacia

- Capacidad o confianza definida por el individuo de involucrarse en un comportamiento
- Determinante clave de los esfuerzos por cambiar
- La confianza aumenta según alcanza el individuo una nueva etapa

Equilibrio decisional

- Análisis en dos fases de los pros y los contras del cambio
- En un principio, los contras superan a los pros
- Los pros aumentan gradualmente
- Suelen cruzarse durante la preparación

Procesos de cambio

- Derivan de modelos o teorías que se han integrado en este marco
- Las acciones o intervenciones que ayudan a la persona a realizar el cambio

Procesos

- Aumento de la consciencia
- Alivio espectacular
- Relaciones de apoyo
- Reevaluación personal
- Reevaluación del entorno
- Auto liberación
- Liberación social
- Control de estímulos
- Contra condicionamiento
- Control del refuerzo



Pre-contemplación

- No hay cambios durante al menos seis meses
- Falta de conocimientos o de decisión consciente
- Baja autoconfianza
- Contras > pros Intervenciones

Aumento de la consciencia

Alivio espectacular

Relación de apoyo



Contemplación

- Pensándose
- Aumento de la autoconfianza
- Contras > pros

Intervenciones

– reevaluación personal

– reevaluación del entorno

– lista de pros/contras



Preparación

- Preparándose para realizar el cambio
- Aumento de la autoconfianza
- Contras = pros

Intervenciones

- auto liberación (contrato)
- liberación social
- relaciones de apoyo



Acción

- Implicación activa en la realización del cambio
- La confianza es alta
- Contras < pros

Intervenciones

- control de estímulos
- contra condicionamiento
- relaciones de apoyo

Mantenimiento

- Continuación del cambio

- Riesgo de recaída

Intervención

- control del refuerzo

SESIÓN DE APRENDIZAJE N° 4:

Prevención de conducta de riesgo (parte 3)

Ítem	Descripción
Competencias:	<ol style="list-style-type: none">1. Relaciones toxicas2. Marcas y moretones3. Vicios4. Ansiedad por el uso del celular5. Emociones6. Infidelidad
Duración:	120 minutos
Participantes: 46 Estudiantes, docentes y administrativos del programa de Enfermería	
Recursos Humanos:	Un colaborador (encargado de talleres) y un facilitador (expositor)
Materiales:	cuestionario de conocimientos, actitudes y prácticas de prevención de conductas de riesgo <ol style="list-style-type: none">16 Hojas bond17 Lapiceros, plumones18 Folletos, cartulinas19 Video Veam20 computador

4. DESARROLLO DE LA SESIÓN

ANIMACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN	DURACIÓN: 20 min
<p>Actividad : Bienvenida</p> <p>Actividad : Dinámica de Presentación “ el náufrago (“romper el hielo”)</p> <p>Actividad : Oración inicial</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Previamente, se dispone personas parte del equipo que saludan en la entrada de la universidad, dando la bienvenida al evento.❖ La Bienvenida lo hace el equipo organizador del programa con la decoración alusiva al tema.❖ Se reparta el programa y material del día.❖ El facilitador indica a todos los participantes las indicaciones del juego.❖ El facilitador comunica quien es el capitán, que dirigirá el juego. Todos los demás serán tripulantes. El barco va a naufragar y todos deben seguir las órdenes del capitán. Según el número de participantes se nombrará a dos ayudantes que tirarán al mar a los que se equivoquen, de esa manera salen del juego. El barco se hunde y el capitán dice: “hagan grupos de ocho, de 7, de 6, etc. Todos los que queden fuera de un grupo salen del juego. Es necesario hacer reflexiones que sirvan de aplicaciones a diversas actitudes ante la vida.❖ Finalmente el facilitador, agradece a todos y presenta el tema a tratar.	

Actividad: Recogiendo saberes previos (10 min.)

•El facilitador solicita a los participantes que respondan las siguientes preguntas:

1. Que son las relaciones toxicas
2. como influyen las relaciones toxicas en los estudiantes
3. consecuencias de relaciones toxicas
4. que es la infidelidad
5. cuáles son las causas de infidelidad

•Para realizar este trabajo se entrega a cada participante taller folletos y cartulina e indique que tienen 7 minutos para responder a la pregunta.

•Finalizado el tiempo, el facilitador hace un consolidado de las respuestas dadas por el participante y los felicita.

Actividad: estrategias para reducir las conductas de riesgo (40 min.)

El facilitador presenta una descripción de relaciones toxicas, causas consecuencias infidelidad (presentaciones en PowerPoint u otro medio. Para ello, considerar la información presentada en el taller, en este espacio, el facilitador también refuerza y reorienta las ideas de los participantes dadas en el recojo de saberes.

Actividad: como es su actitud en las prácticas de conductas de riesgo?

- El facilitador indica a los participantes que formen parejas y les asigna las siguientes tareas:
 22. Compartir que experiencias de relaciones toxicas
 23. Que consecuencias trae las relaciones toxicas
 24. Porque es importante la comunicación de parejas
- Para este trabajo el facilitador entregará folletos, cartulinas y plumones
- El facilitador dará a conocer las consecuencias de las relaciones toxicas, contribuyendo a mejorar los estilos de vida saludable Para ello, dará a conocer la importancia de la promoción de la salud
- Asignar un tiempo 15 minutos para este trabajo.
- El facilitador apoya a las parejas en la realización de la tarea.
- Finalizado el tiempo, pida a parejas voluntaria a compartir sus resultados y se las aplaude por participación.
- El facilitador felicita a los participantes y los anima a tener una mejor calidad de vida con la participación de este taller relaciones toxicas e infidelidad.

Actividad: Y tú has decidido cambiar tus hábitos de conductas de riesgo?

- El facilitador indica a los participantes que sigan con las mismas parejas y les asigna las siguientes tareas:
 25. Compartir que han decidido hacer (que decisión han tomado)
 26. Como lo van a realizar esa nueva experiencia (fecha, lugar, etc)
 27. experiencias de relaciones toxicas
 28. ser líderes para la promoción de salud
- Para este trabajo el facilitador entregará talleres, folletos, cartulinas y plumones
- Previamente, el facilitador mostrará videos de relaciones toxicas e infidelidad
- Invitar un psicólogo para que cuente la experiencia del éxito de tener una mejor conducta saludables
- Explicar cómo manejar asertivamente nuestras relaciones personales
- A los participantes de los talleres de prevención de riesgo Asignar un tiempo 15 minutos para este trabajo.
- El facilitador felicita a los participantes y llama a la reflexión a la necesidad de mejorar su actitud frente a las relaciones toxicas e infidelidad.

	EVALUACION
<p>Actividad: Responde y Gana</p> <p>7 El facilitador tiene 6 cajas de fosforo, el cual mostrara a los participantes.</p> <p>8 El facilitador indicara que al ritmo de la música tingo tango ira rotando el fosforo y a la persona que tenga el fosforo responderá la siguiente pregunta y se llevara el fosforo como un premio (en el cual dentro tiene el nombre del regalo que gano)</p>	

<ul style="list-style-type: none"> RETROALIMENTACIÓN Y CONCLUSIÓN 	DURACIÓN: 10 min
<p>Palabras de despedida: “soy estratégico”.</p> <ul style="list-style-type: none"> • se solicita a un participante a realizar la oración final • El facilitador agradece la participación realiza las indicaciones finales enfatizando las consecuencias de relaciones toxicas en nuestras vidas, después de saludar se queden y pasen al otro espacio que se ha dispuesto para un “aperitivo” • El equipo de facilitadores y colaboradores se disponen en la puerta para despedir a todos. 	

RELACIONES TOXICAS



Cuando hablamos de relaciones tóxicas lo primero que solemos pensar es en una mala gestión emocional de pareja, pero en realidad este tipo de relaciones se dan en cualquier ámbito social, como puede ser el de una amistad o el familiar. Se trata de relaciones que enganchan, sentimos como que quedamos atrapados en una red negativa de la que nos es muy difícil salir.

¿Qué se considera una relación tóxica?

Si a ratos preferirías no estar con esa persona porque te hace sentir mal, porque tu vibración cambia, porque te alteras hasta puntos que nunca creíste llegar, si te sientes manipulado cuando utiliza los sentimientos de culpa, sarcasmo o ironía para contradecirte, si sientes que no mereces ese trato pero no acabas de poner fin a esta relación, entonces estás atrapado en una relación tóxica.

En definitiva se trata de una relación donde una o ambas partes sufren, más que gozan, por el hecho de estar juntos. Los miembros se ven sometidos a un gran desgaste emocional con el objetivo de convencerse a ellos mismos que pueden salvar esta unión.

Al tratar de acomodarnos a la otra persona lo que hacemos es desvirtuar la realidad ¿En qué sentido? Nos convencemos a nosotros mismos que si no mostramos malestar sobre ciertos aspectos que nos incomodan, evitaremos una nueva confrontación. ¿Pero qué pasa cuando llegamos al autoengaño? Que nos enfermamos física y emocionalmente. No olvidemos que la represión emocional provoca ansiedad y estrés.

Por otro lado empiezan los problemas de comunicación, si no nos mostramos como somos ¿cómo nos van a entender los demás?, por lo que todo este conjunto de malestares acaban pasándonos factura.

Las razones por las que podemos mantener una relación tóxica pueden ser muy diversas, pero casi todas tienen una serie de puntos en común, los cuales pasaré a detallar a continuación:

Baja Autoestima

¿Qué es la autoestima? Es un conjunto de percepciones, valoraciones y sentimientos que hacemos con respecto a nosotros mismos. Se considerará baja cuando nuestras creencias estén basadas en no ser merecedores de algo mejor, por lo que en el caso de este tipo de relaciones se tiene la idea de que no podemos estar sin esa persona porque ella es la que siempre ha estado ahí para ayudarnos en todo. Empiezan las preguntas recurrentes como ¿quién me va a cuidar? ¿Quién me va a amar? ¿Quién me va a animar a seguir adelante?

UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE BARRANQUILLA

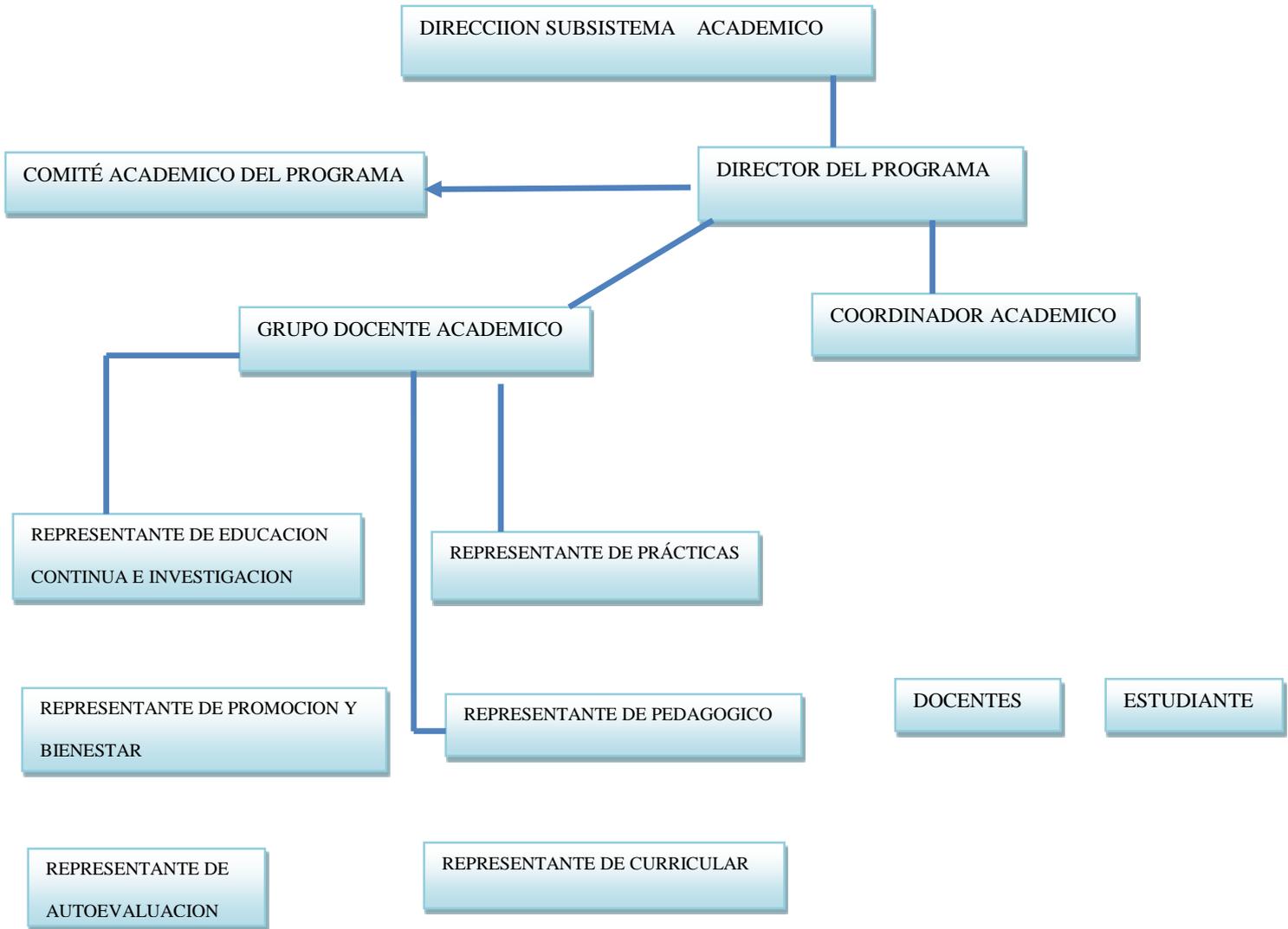


PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO Universidad saludable para la conducta de riesgo

Programa de Enfermería

Barranquilla, 2017

ORGANIGRAMA PROGRAMA DE ENFERMERIA



INTRODUCCION

Nuestra institución no es una universidad saludable, en donde se observan hábitos no saludables relacionadas con ejes de acción como alimentación saludable entre otros, por lo tanto es el momento de reflexionar sobre la situación de la institución y desde la maestría de salud pública se hace una propuesta sobre el diseño e implementación de un programa de universidad saludable que pudiese materializarse en pro de la IES

Academia Saludable es aquella que incorpora el concepto de salud y bienestar en sus políticas institucionales, en sus estructuras, en su entorno, en sus procesos y en el currículo. Que promueve una cultura saludable a través espacios que permitan que la comunidad universitaria pueda alimentarse saludablemente y que realice actividad física regular, que desincentiva el consumo de tabaco, alcohol y drogas, y otorga gran valor a aspectos psicosociales como el respeto, la solidaridad y la no violencia y a temas sobre la sostenibilidad ambiental.

Así mismo, que reformula políticas institucionales que contribuyen a favorecer el bienestar físico, mental, social y espiritual de profesores, administrativos y estudiantes que les permita desempeñarse saludable y productivamente.

Una Universidad Saludable busca incorporar la Promoción de Salud en su plan estratégico, incrementar el rango y la efectividad de los esfuerzos de promoción de salud que habitualmente se realizan en las diferentes unidades académicas, departamentos o dependencias y fortalecer alianzas.

Las Universidades Saludables reconocen que la responsabilidad de mejorar la situación de salud de un país, no sólo recae en el Sector Salud sino, en todos los sectores de la sociedad. Hay que destacar la importancia que tiene la Universidad

en la sociedad actual, ya que es la depositaria, generadora y transformadora de conocimiento y a la vez la formadora de los profesionales, parte fundamental del capital humano que promoverá el desarrollo del país.

Se entiende que las universidades están preocupadas en ayudar a los estudiantes a conocerse y desarrollarse como personas integrales y a apoyarlos para que desarrollen todas sus potencialidades personales y profesionales.

JUSTIFICACION

La Universidad como centro de trabajo, educativo e institución de especial relevancia en tanto que investiga y garantiza el avance de nuestra sociedad no es ajena al valor salud. Pero se requiere un mayor esfuerzo colectivo que, cumpliendo con sus principales misiones, sea capaz de iniciar, en su propio seno, en mayor profundidad, un proceso de creación de salud para la comunidad universitaria y la sociedad en su conjunto.

Los activos que la Universidad Metropolitana tiene, para mejorar la salud y calidad de vida de la comunidad universitaria, con énfasis en la creación de un entorno saludable, inteligente y sostenible, a través del trabajo compartido, colaborativo y coordinado. Y como Visión conseguir que la Universidad Metropolitana se convierta en un enclave idóneo de calidad de vida, bienestar, sostenibilidad, seguridad, y conocimiento.

Prestigiada a nivel nacional e internacional, que ofrezca los mejores servicios de una Universidad Moderna preocupada por su entorno y por las personas que conviven en ella. Facilitando desde las funciones misionales de la docencia, investigación y extensión que sean generadores y promotores de salud, desde una perspectiva integrada e integradora de toda la comunidad universitaria y sus activos.

Percepción de la situación sobre Universidad Saludable por parte de la Comunidad Académica Metropolitana, y contrastancias a través del análisis situacional DOFA

FORTALEZAS

_Apoyo institucional para la realización de los proyectos contemplados en el plan de desarrollo institucional a 2021.

_La Universidad Metropolitana es una institución de educación superior con énfasis en las ciencias de la salud, ciencias sociales y de educación que tiene un acercamiento estratégico con el ente territorial para el desarrollo de sus políticas de salud pública.

_Tenemos talento humano capacitado y formado con título de especialistas, magísteres y doctorados en las diferentes áreas de las ciencias de la salud, sociales, educación e innovación comprometidos con el talento humano que se está formando integralmente.

_Convenios activos vigentes de relación docencia-servicio con la red prestadora de salud y de educación del distrito de Barranquilla que garantice unos escenarios en donde la comunidad se beneficie desde los planes de acciones ejecutados.

DEBILIDADES

_Insuficientes espacios de infraestructura Física para la implementación del programa Universidad Saludable dentro de las instalaciones de la Universidad Metropolitana.

_Desconocimiento por parte de la comunidad académica sobre el Programa Universidad Saludable como una exigencia normada desde la salud pública en un entorno educativo saludable.

OPORTUNIDADES

_Implementación del programa universidad saludable en la comunidad__Falta incentivar los espacios que resulten necesarios para el desarrollo de actividades físicas, lúdicas, de ocio creativo, encuentros espirituales y de convivencia pacífica entre otros.

académica metropolitana, articulada a los ejes estratégicos del plan de desarrollo institucional 2017-2021, para dar respuestas a las necesidades detectadas en el Diagnóstico para la realización del plan estratégico.

Fortalecimiento del programa universidad saludable a la luz de los momentos institucionales con respecto a las condiciones iniciales para la acreditación de alta calidad del Programa de Enfermería y de la Universidad Metropolitana.

Ser órgano consultor para otras instituciones de educación superior acerca de modelos de planeación estratégica, dentro de la modalidad de programas de universidad saludables.

AMENAZAS

Tener a talentos humanos de confianza orgullosos, egoísta, y que piensen en beneficios personales y no en posesionar los ideales de la gestión actual y mucho menos con actitud de servicio.

Falta de conocimiento profesional acerca de quienes tratan directamente con estudiantes, docentes, directivos administrativos.

Preconceptos y prejuicios en contra del programa de enfermería y de sus políticas con respecto a los ejes estratégicos que conforman un programa de Universidad Saludable.

Falta de Kioskos que dispensen alimentos y productos saludables, a precios asequibles para el consumo y beneficio de la comunidad académica.

CONTEXTO SITUACIONAL

Como Universidad Metropolitana de Barranquilla se ha diseñado una propuesta de desarrollo social acerca de Estilos de Vida Saludable en la comunidad universitaria Metropolitana de Barranquilla, con la participación de estudiantes, docentes y administrativos. El proyecto busca motivar, sensibilizar y educar a la población académica Metropolitana sobre los hábitos saludables, con el fin de mejorar su calidad de vida.

ACTORES	QUE? QUIEN?- COMO SON?	PROBLEMA. NECESIDAD AUTO PERCIBIDA	EXPECTATIVAS DE INTERESES	POSIBLE DIFICULTAD PARA TRABAJAR CON ELLOS	DE QUE PODRÍAMOS HACER USO?
Estudiantes	Alumnos de Universidad Metropolitana HOMBRES- MUJERES Jóvenes y Adultos	Bajo rendimiento académico- Baja motivación y malos hábitos saludables- Problemas cardiovasculares	Alto rendimiento académico- Motivación- Mejora de hábitos saludables	Poco tiempo Poca Motivación Influencia cultural Presión del grupo Influencia de los medios de comunicación	Sesiones educativas Talleres de conductas de riesgo Asocio alianza Interdisciplinaria con programas
Docentes	De programas y Departamentos de U.M. HOMBRES- MUJERES Jóvenes- Adultos- Adultos Mayor	Bajo rendimiento laboral, problemas de salud	Alto rendimiento laboral – Mejorar estilo de vida	Cambio conductual en su Estilo de Vida	Sesiones educativas Talleres de conductas de riesgo Asocio alianza Interdisciplinaria con programas
Administrativos	Trabajador de U.M. Jóvenes Adultos Mayores	Bajo rendimiento laboral, problemas de salud	Bienestar sicosocial- Alto rendimiento laboral – Mejorar estilo de vida	Cambio conductual en su Estilo de Vida	Sesiones educativas Talleres de conductas de riesgo Asocio alianza Interdisciplinaria con programas

MARCO LEGAL

La LEY 1566 DE 2012 (julio 31) Diario Oficial No. 48.508 de 31 de julio de 2012 CONGRESO DE LA REPÚBLICA Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional “entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias” psicoactivas. EL CONGRESO DE COLOMBIA DECRETA: ARTÍCULO 1o. RECONOCIMIENTOS. Reconózcase que el consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas, lícitas o ilícitas es un asunto de salud pública y bienestar de la familia, la comunidad y los individuos. Por lo tanto, el abuso y la adicción deberán ser tratados como una enfermedad que requiere atención integral por parte del Estado, conforme a la normatividad vigente y las Políticas Públicas Nacionales en Salud Mental y para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto, adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social. ARTÍCULO 2o. ATENCIÓN INTEGRAL. Toda persona que sufra trastornos mentales o cualquier otra patología derivada del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas lícitas o ilícitas, tendrá derecho a ser atendida en forma integral por las Entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud y las instituciones públicas o privadas especializadas para el tratamiento de dichos trastornos. PARÁGRAFO 1o. La Comisión de Regulación en Salud incorporará, en los planes de beneficios tanto de régimen contributivo como subsidiado, todas aquellas intervenciones, procedimientos clínico-asistenciales y terapéuticos, medicamentos y actividades que garanticen una atención integral e integrada de las personas con trastornos mentales o cualquier otra patología derivada del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas, que permitan la plena rehabilitación psicosocial y recuperación de la salud. La primera actualización del Plan de Beneficios en relación con lo establecido en esta ley, deberá

efectuarse en un término de doce (12) meses a partir de la promulgación de la presente ley. PARÁGRAFO 2o. El Gobierno Nacional y los entes territoriales garantizarán las respectivas provisiones presupuestales para el acceso a los servicios previstos en este artículo de manera progresiva, dando prioridad a los menores de edad y a poblaciones que presenten mayor grado de vulnerabilidad. En el año 2016 se debe garantizar el acceso a toda la población mencionada en el inciso primero de este artículo. PARÁGRAFO 3o. Podrán utilizarse recursos del Fondo para la Rehabilitación, Inversión Social y Lucha contra el Crimen Organizado –Frisco– para el fortalecimiento de los programas de prevención, mitigación, superación y desarrollo institucional, establecidos en el marco de la Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias estupefacientes o psicotrópicas y su impacto. PARÁGRAFO 4o. Para efectos de la actualización de los Planes de Beneficios en Salud, la Comisión de Regulación en Salud –Cres– deberá tener en cuenta las intervenciones, procedimientos clínico-asistenciales y terapéuticos y medicamentos para la atención integral de las personas con trastornos mentales o cualquier otra patología derivada del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas, que permitan la plena rehabilitación y recuperación de la salud.

VISION

Al 2020 la Universidad Académica Metropolitana será reconocida nacional e internacional por su excelencia académica y su responsabilidad social, con programas acreditados en alta calidad, es declarada como modelo de Universidad Saludable con calidad de vida fomentando el cuidado de la salud entre todos sus miembros de la comunidad que promuevan hábitos de vida saludables.

MISION

Dedicada a la formación de profesionales integrales, con el apoyo de la investigación, la innovación y el desarrollo tecnológico, en áreas de la salud, promoviendo estilos de Vida saludable, y fomentar una cultura de autocuidado, a través de la creación de ambientes físicos, psicológicos, y sociales adecuados. En un marco de equidad, honestidad, solidaridad, respeto e innovación.

PROPOSITO

Promover estilos de vida saludable en la Comunidad Universitaria Metropolitana. Barranquilla Colombia.

FINALIDAD

Salud y bienestar: Mejorar la calidad de vida y el bienestar para todos en todas las edades, que priorizan iniciativas de promoción de la salud, dirigidas a la Universidad como entorno, más que como estrategias de cambio de hábitos de cada persona en particular

OBJETIVO ESTRATEGICOS

TEM	PROBLEMA IDENTIFICABLE	ESTRATEGIAS
<p>CONDUCTA DE RIESGO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ NO HAY PROGRAMAS DE CONDUCTAS DE RIESGO EN LA COMUNIDAD METROPOLITANA ➤ CARENIA DE PROGRAMAS DE RIESGOS EN LA SEXUALIDAD ➤ DEFICIENTE PARTICIPACION EN LOS PROGRAMAS EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS ➤ NO HAY PROGRAMAS DE PREVENCION DE EMBARAZOS Y ABORTOS EN ADOLESCENTE ➤ NO HAY SEÑALIZACION PARA ESPACIOS LIBRES DE HUMO ➤ NO EXISTE EN EL MICROCURRICULO CURSO DE ESTILO VIDA SALUDABLE 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ IMPLEMENTAR PROGRAMAS DE CONDUCTAS DE RIESGO ➤ IMPEMENTAR CHARLAS SOBRE SEXUALIDAD ➤ IMPEMENTAR SESIONES EDUCATIVAS SOBRE CONDUCTAS SALUDABLES ➤ IMPLEMENTAR PROGRAMAS DE SEXUALIDAD SEGURA ➤ IMPLEMENTAR SEÑALIZACION PARA ESPACIOS CIEN POR CIENTO LIBRE DE HUMO ➤ INCLUIR EN EL MICROCURRICULO CURSO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

PROPOSITO

Brindar a la comunidad académica de la Universidad Metropolitana un entorno saludable al nivel de los exigidos y normados nacionalmente, con vigencia desde las dimensiones de la salud pública, haciendo uso de los recursos establecidos en el plan de desarrollo institucional, respondiendo a los proyectos avalados desde las directivas de la organización.

FINALIDAD

Tener una comunidad académica de la universidad metropolitana, que goza de mejor calidad de vida dentro de sus estilos de vida, repercutiendo en el crecimiento de los indicadores de impacto social que demuestran el compromiso con la promoción de la salud y el bienestar de los involucrados beneficiado socialmente y humanamente desarrollado con democracia y participación.

OBJETIVO :

Determinar la efectividad del plan estratégico “Universidad Saludable”, para la modificación de la percepción y actitud sobre conducta de riesgo en los estudiantes y personal del programa de enfermería de la Universidad Metropolitana Barranquilla, Colombia, 2017?

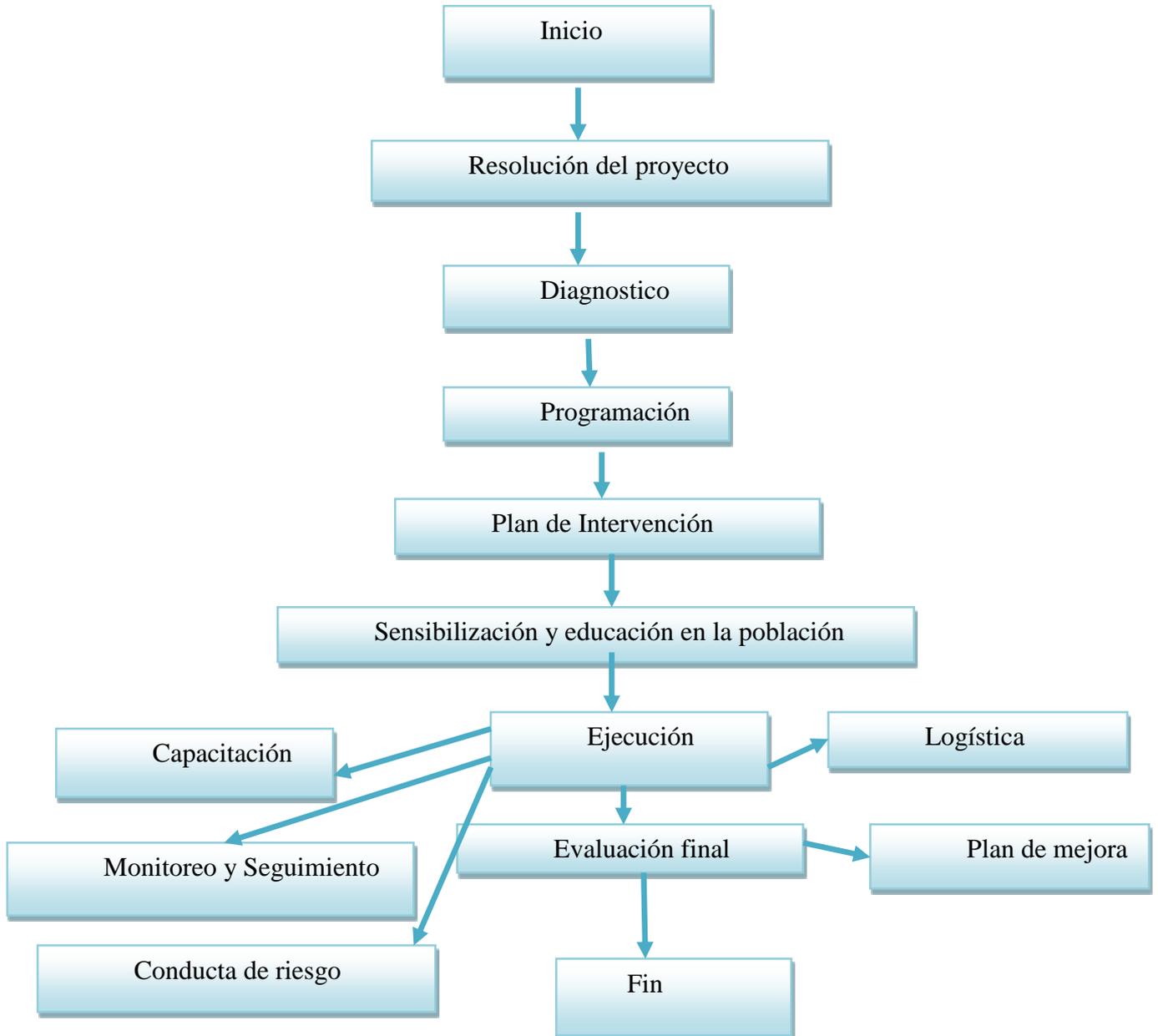
TEMA	PROBLEMA IDENTIFICABLE	ESTRATEGIAS
Educación	<ul style="list-style-type: none">➤ Carece de programas para promover hábitos saludables➤ Falta de capacitación al personal docente, administrativo y estudiantes	<ul style="list-style-type: none">➤ Implementar programas de salud integral en los estudiantes, docentes y administrativos favoreciendo sus estilos de vida saludable.➤ Desarrollar talleres educativos en la academia universitaria sobre las conductas saludables
Cultura	<ul style="list-style-type: none">➤ Desconocimiento del manejo de las conductas de riesgo por parte de la comunidad académica metropolitana	<ul style="list-style-type: none">➤ Fomentar ,sensibilizar y motivar a tener una cultura saludable➤ Aumentar los saberes y concienciación sobre la influencia de las conductas de riesgo.
	<ul style="list-style-type: none">➤	<ul style="list-style-type: none">➤ Promocionar las prácticas de conductas saludables.·➤ Contar con un entorno libre de humo·
Lineamientos y política	<ul style="list-style-type: none">➤ Carencia de espacio libres de humo	<ul style="list-style-type: none">➤ Implementar política, lineamientos educativos acerca de una zona libre de humo requeridos por la población universitaria➤ Procurar la participación dinámica de la corporación universitaria en la ejecución de las políticas de conductas de riesgo.➤ Fortificar las políticas y proyectos de acción mundial,

		<p>regional y nacional para optimizar los espacios libre de humo.</p>
<p>Espacio físico</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La universidad no cuenta con las instalaciones adecuadas para los espacios libre de humo y consultorios de asesoría para las conductas de riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Adaptar un espacio en donde se pueda realizar consejerías a adolescentes sobre conductas de riesgo ➤ Ofrecer a la comunidad universitaria un espacio libre de humo.
<p>Plan de estudio</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No existe en el micro currículo curso de estilo vida saludable 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Incorporar contenidos de alimentación saludable en el micro currículos de las carreras de pre grado en forma transversal.

ESTRATEGIA 1.1	METAS	INDICADORES
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Implementar programas de salud integral en los estudiantes favoreciendo sus estilos de vida saludable. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Al 2018, la comunidad académica metropolitana cuenta con acciones de promoción de los factores protectores para manejar las conductas de riesgo de acuerdo a las necesidades y problemática de sus miembros. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Los estudiantes desarrollaran talleres en donde se fomente conductas saludables con el programa universidad saludable . ➤ Mejora de conocimientos de su autocuidado evitando las conductas de riesgo
ESTRATEGIA 1.2	METAS	INDICADORES
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fomentar ,sensibilizar y motivar a tener una cultura saludable, y Aumentar los saberes y concienciación sobre la influencia en un entorno educativo sano. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Al 2018, el 80% de los docentes, estudiantes y administrativos cuenta con una cultura saludable en el entorno educativo 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Difusión de nuestra cultura saludable, sustentable Y sostenible, en los miembros de la comunidad universitaria que son óptimas y permanentes.
ESTRATEGIA 1.3	METAS	INDICADORES
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Promocionar el manejo de las conductas de riesgo en la comunidad académica metropolitana contando con un entorno educativo saludable 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Al 2018, la comunidad académica contara con un entorno educativo saludable en la comunidad de la Universidad Metropolitana. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Los miembros de la comunidad académica metropolitana se sienten satisfechos con sus prácticas seguras de las las conductas de riesgo. ➤ Difusión de los lineamientos referentes a una universidad saludable en la Comunidad Académica Metropolitana.

ESTRATEGIA 1.4	METAS	INDICADORES
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Implementar política, lineamientos educativos acerca de las asesorías por psicología sobre el manejo de las conductas de riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Al 2018, la universidad metropolitana Incorporara la política “Universidad Saludable” en el modelo pedagógico. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ la comunidad universitaria participa efectivamente en la ejecución de las políticas de conductas de riesgo. ➤ Gestión para la implementación de los lineamientos en conducta de riesgo.

ESTRUCTURA DE LA ESTRATEGIA



PROGRAMACION TÁCTICA DE ACCIONES

CRONOGRAMA DE PLAN DE INTERVENCION PARA LA COMUNIDAD ACADEMICA

METROPOLITANA (DOCENTES, ESTUDIANTES Y ADMINISTRATIVOS)

Semestre	estudiantes	Grupo a	Grupo b	Muestra	
Primero	77	39 (15)	38 (15)	30	
Segundo	71	36 (14)	35 (14)	28	
Tercero	95	48 (19)	47 (18)	37	
Cuarto	56	28 (11)	28 (11)	22	
Quinto	79	39 (15)	40 (16)	31	
Sexto	43	22 (9)	21 (8)	17	
Séptimo	70	35 (14)	35 (14)	28	
Octavo	61	31 (12)	30 (12)	24	
Docentes	40			16	
Administrativa	2			2	
			TOTAL	235	

POBLACION 487

MUESTRA 235

SENSIBILIZACION A LA COMUNIDAD ACADEMICA METROPOLITANA

SEMESTRE	ABRIL 17-20	MAYO 3-5	DOCENTE
1- 5	9-12, publicidad, comunicaciones, feria de la salud.		María Vargas
6-8, docentes y administrativos		9-12, publicidad, comunicaciones, folletos	María Vargas

	EDUCACIÓN CONTINUA Extensión y Proyección Social		CÓDIGO: EEC-F1
	PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN CONTINUA		VERSIÓN: 2 PÁGINA: 299 de 334

Clase o tipo de Programa:				
Conferencia	Congreso		Curso	Otro: ¿Cuál?
Foro	Diplomado		Encuentro Empresarial	
Panel	Seminario	X	Videoconferencia	
Estudio de Caso	Tertulia		Debate	

Nombre del Programa de Educación Continua a Desarrollar: (Requisito Indispensable para realizar el evento).

EFFECTIVIDAD DEL PLAN ESTRATÉGICO “UNIVERSIDAD SALUDABLE” PARA LA MODIFICACIÓN DE LA PERCEPCIÓN Y ACTITUD SOBRE CONDUCTA DE RIESGO SALUDABLE EN EL PROGRAMA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA BARRANQUILLA, COLOMBIA, 2017

MODALIDAD	PRESENCIAL	X	VIRTUAL	SEMIPRESENCIAL
OTRO			CUÁL?	

Cupo Máximo: 235 PERSONAS			
Evento Compartido:	si	no	X

I.1 Justificación:	Explique las razones que motivaron la propuesta del Programa Formativo.
<p><i>Como Universidad Metropolitana de Barranquilla se ha diseñado una propuesta de desarrollo social acerca de Estilos de Vida Saludable, la cual tendrá una duración de 4 años. El área de intervención es la comunidad universitaria de la Universidad Metropolitana de Barranquilla, con la participación de estudiantes, docentes, administrativos y personal operativo de los programas de enfermería, odontología, nutrición y psicología, teniendo en cuenta la implementación de políticas y lineamientos establecidos en el Plan Decenal de Salud Pública (2012 - 2021). El objetivo del proyecto es mejorar conducta saludable relacionada con la dimensión: conducta de riesgo El proyecto busca concientizar y educar a la población académica Metropolitana sobre conductas de riesgo, con el fin de mejorar su calidad de vida.</i></p>	

I - INFORMACIÓN ACADÉMICA

1.2 Dirigido a:	Público al que va dirigido el Programa Formativo.
<i>COMUNIDAD ACEDEMICA METROPOLITANA (DOCENTES, ESTUDIANTES Y ADMINISTRATIVO DEL PROGRAMA DE ENFERMERIA)</i>	

1.3 Objetivos:	Fines o propósitos del Programa Formativo.
<i>Determinar la efectividad del plan estratégico “Universidad Saludable”, para la modificación de la percepción y actitud sobre conductas de riesgo en los estudiantes y personal del programa de enfermería de la Universidad Metropolitana Barranquilla, Colombia, 2017</i>	

1.4 Metodología:	Describe brevemente la manera como se desarrollaría el Programa Formativo. (curso, diplomado, evento)
<i>Se desarrollará un estudio Pre-experimental y transversal con una fase descriptiva-exploratoria que permitirá lograr el objetivo planteado.</i>	
<i>La fase pre-experimental consistirá en el desarrollo de un programa de intervención acoplada a un plan estratégico de salud de la comunidad universitaria Metropolitana de Barranquilla en el marco del programa “Universidad Saludable”, donde e realizaran talleres y capacitaciones, cuyas dimensiones de evaluación serán: la conducta de riesgo, en los estudiantes, administrativos y docentes de la Universidad Metropolitana.</i>	

1.5 Fecha de Realización del Evento (Requisito Indispensable para realizar el evento).			
Fecha de Inicio del Evento:	08/05/2017	Fecha de Finalización del evento:	02/06/2017

1.6 Horario e Intensidad			
Día	Hora Inicial	Hora Final	Intensidad
08/05/2017	8 am	12 am	4 horas
10/05/2017	8 am	12 am	4 horas
10/05/2017	2 pm	6 pm	4 horas
15/05/2017	2 pm	6 pm	4 horas
15/05/2017	8 am	12 am	4 horas
16/05/2017	2 Pm	6 Pm	4 horas
17/05/2017	8 am	12 am	4 horas
18/05/2017	8 am	12 am	4 horas
22/05/2017	8 am	12 pm	4 horas
22/05/2017	2 Pm	6 Pm	4 horas
26/05/2017	8 am	12 am	4 horas
26/05/2017	2 pm	6 pm	4 horas
02/06/2017	8 am	12 am	4 horas
12/06/2017	2 pm	6 pm	4 horas

1.7 Contenido:			
Nombre del Módulo	Contenidos	Conferencistas	Hora
(Incluir las filas que sean necesarias)			
1. Conducta de Riesgo	1. Qué son las conductas de riesgo, factores de riesgo y protectores 2. Actitudes frente a las conductas de riesgo 3. Tipos de conductas de riesgo 4. Teorías del riesgo 5. La conducta promotora de salud 6. Comportamiento de riesgo en la adolescencia 7. Prevención en la conducta de riesgo 8. Cambio conductual 9. relaciones tóxicas, infidelidad, fornicación 10. plan de intervención 11. análisis situacional de conducta de riesgo 12. marco legal, misión, visión, propósito 13. objetivos estratégicos, metas, indicadores. 14. estructura, acciones, presupuesto. 15. institucionalidad del plan.	María Claudia Vargas Colombia, CELULAR 3106389654	36 HORAS
		Ángelo Huapaya, Magister en Salud Pública Lima Perú CELULAR 989059461	20 HORAS

1.8 Certificado a otorgar: Haber participado de las 9 sesiones contempladas en el programa de intervención.

El Programa de Enfermería de la Universidad Metropolitana certifica que: _____ participó en la jornada de PLAN ESTRATÉGICO “UNIVERSIDAD SALUDABLE” PARA LA MODIFICACIÓN DE LA PERCEPCIÓN Y ACTITUD SOBRE CONDUCTA DE RIESGO EN EL PROGRAMA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA BARRANQUILLA, COLOMBIA, 2017

1.9 Conferencistas						
Nombre del Conferencista: C.C.- Teléfono – Dirección Residencia u Oficina – Correo Electrónico	Procedencia: Local, Nacional o Internacional (especifique)	Datos Asociados al Conferencista (Describir información relevante y anexar Hoja(s) de Vida a este formato)	Número de Horas	Valor de la Hora (espacio para planeación según hoja de vida)	Fechas Conferencias dd/mm/aaaa	Realizar Contrato a Nombre de:
Ángelo Huapaya 989059461, Lima Perú, angelo.huapaya@upeu.edu.pe	Internacional	Anexo hoja de vida	20 horas		15–18 mayo 2017	Ángelo Huapaya
María Vargas Celular 310-6389654, mcvv06@yahoo.es	Nacional	Anexo hoja de vida	36 horas		8, 10, 22, 26 de Mayo y 2 junio 2017	María Vargas

2. Persona(s) Responsable(s) del Desarrollo del Proceso: Organizador(es) del evento.
Persona(s) contacto.

Nombre: María Vargas

Cargo: docentes de investigación
Teléfono: 310-6389654
E-mail: mcvv06@yahoo.es

Observaciones :

1. Con respecto al invitado internacional, se contemplan 20 horas en la jornada de la mañana para la intervención con los estudiantes y docentes participantes. No obstante, en las horas de las tardes, el invitado estará en actividades académicas con el resto de docentes, estudiantes y coordinadores del Programa de Enfermería.
2. Teniendo en cuenta la complejidad y magnitud del proyecto, se ha establecido un tiempo de intervención correspondiente a un mes. Por tanto, es difícil disminuir los tiempos debido a que se afecta el impacto esperado con el programa.

PROGRAMA ACADÉMICO O DEPENDENCIA: DIDI

FIRMA:

DOCTOR JORGUE BILBAO

FECHA: ABRIL 10 2017

**CRONOGRAMA DE PLAN DE INTERVENCION PARA LA COMUNIDAD
ACADEMICA METROPOLITANA (DOCENTES, ESTUDIANTES Y**

semestre	estudiantes	Grupo a	Grupo b	Muestra	
Primero	77	39 (15)	38 (15)	30	
Segundo	71	36 (14)	35 (14)	28	
Tercero	95	48 (19)	47 (18)	37	
Cuarto	56	28 (11)	28 (11)	22	
Quinto	79	39 (15)	40 (16)	31	
Sexto	43	22 (9)	21 (8)	17	
Séptimo	70	35 (14)	35 (14)	28	
Octavo	61	31 (12)	30 (12)	24	
Docentes	40			16	
Administrativa	2			2	
			TOTAL	235	

ADMINISTRATIVOS)

POBLACION 487

MUESTRA 235

SENSIBILIZACION A LA COMUNIDAD METROPOLITANA

SEMESTRE	ABRIL 17- 20	MAYO 3-5		
1- 5	9-12, publicidad, comunicaciones, feria de la salud.			abril
6-8, DOCENTES Y ADMINISTRATIVOS		9-12, publicidad, comunicaciones, folletos		mayo

CRONOGRAMA DE CAPACITACIONES

SEMESTRE	Mayo 8 Lunes	Mayo 10 miércoles	Mayo 15 Lunes	Mayo 16 Martes	Mayo 17 Miércoles	Mayo 18 jueves	Mayo 22 Viernes	Mayo 26 Viernes	Junio 2 viernes
PRIMERO Docente: María Vargas	2-6 am Capacitación y TALLERES: S: Conductas de riesgo. Salón 501 Merienda saludable 30 personas								
SEGUNDO Docente: María Vargas		2-6 am Capacitación y TALLERES: Conductas de riesgo. Salón 501 Merienda saludable 28 personas							
PRIMERO SEGUNDO Conferencista internacional Ángelo Huapaya, magíster en salud pública			8-12 Capacitación y TALLERES: S: conducta de riesgo Salón múltiple Desayuno y fruta 9 am 58 personas						
TERCERO Docente: María Vargas							2-6 am Capacitación y TALLERES: S: Conductas de riesgo. Salón 501 Merienda saludable 37 personas		

SEMESTRE	Mayo 8 Lunes	Mayo 10 miércoles	Mayo 15 Lunes	Mayo 16 Martes	Mayo 17 Miércoles	Mayo 18 jueves	Mayo 22 Viernes	Mayo 26 Viernes	Junio 2 viernes
CUARTO Docente María Vargas							2-6 am Capacitación y TALLERES: Conductas de riesgo. Salón 501 Merienda saludable 22 personas		
TERCERO CUARTO Conferencista internacional Ángelo Huapaya, magíster en salud pública			8-12 Capacitación y TALLERES: conducta de riesgo Salón múltiple Desayuno y fruta 9 am 59 personas						
DOCENTES Y ADMINISTRATIVO Docente María Vargas		8-12 Pm . Capacitación y TALLERES: conducta de riesgo Salón múltiple Merienda saludable 18 personas							
DOCENTES Y ADMINISTRATIVO Conferencista internacional Ángelo Huapaya, magíster en salud pública				2-6 Capacitación y TALLERES: conducta de riesgo Salón múltiple Merienda saludable y fruta 9 am 18 personas					
QUINTO Docente María Vargas								2-6 am Capacitación y TALLERES: Conductas de riesgo. Salón 501 Merienda saludable 31 personas	
SEXTO								2-6 am Capacitación y	

SEMESTRE	Mayo 8 Lunes	Mayo 10 miércoles	Mayo 15 Lunes	Mayo 16 Martes	Mayo 17 Miércoles	Mayo 18 jueves	Mayo 22 Viernes	Mayo 26 Viernes	Junio 2 viernes
Docente María Vargas								TALLERES: Conductas de riesgo. Salón 501 Merienda saludable 17 personas	
QUINTO SEXTO Conferencista internacional Ángelo Huapaya, magíster en salud pública					8-12 Capacitación y TALLERES: conductas de riesgo Salón múltiple Desayuno y fruta 9 am 48 personas				
SEPTIMO Docente María Vargas									2-6 am Capacitación y TALLERES: Conductas de riesgo. Salón 501 Merienda saludable 28 personas
OCTAVO Docente María Vargas									2-6 am Capacitación y TALLERES: Conductas de riesgo. Salón 501 Merienda saludable 24 personas
SEPTIMO OCTAVO Conferencista internacional Ángelo Huapaya, magíster en salud pública						8-12 Capacitación TALLERES: conducta de riesgo Salón múltiple Desayuno y fruta 9 am 52 personas			

PRESUPUESTO PARA LA FASE DE INTERVENCIÓN EN EL PROGRAMA ENFERMERIA

No	ACTIVIDAD	UNITARIO	TOTAL
01	Remuneraciones		\$1.000.000
02	Servicios (obsequios para los participantes)		\$600.000
03	Insumos y Suministros (papelería, impresiones, pendones, marquillas etc.)		\$800.000
04	Refrigerios para Talleres prácticos		1.400.000
05	Dotación para la sensibilización y socialización		\$1000.000
06	Movilidad y transporte		\$400.000
07	Invitación de Conferencista internacional		\$6.000.000
	TOTAL		\$16.180.000

LÍNEAS DE ACCIÓN

POLÍTICAS SALUDABLES: debe adoptar normas e institucionalizar los programas y acciones que tienen como objetivo una universidad saludable.

Se debe incluir el tema salud en las políticas universitarias, sea en el área académica como en las áreas de bienestar, extensión e investigación, desarrollo de infraestructura y servicios, etc.

EDUCACIÓN EN SALUD: Revisar y actualizar la curricular para incorporar conocimientos y desarrollar habilidades de promoción para la salud integral en todas las oportunidades educativas, formales e informales.

INVESTIGACIÓN: promover estudios que permitan avanzar en el desarrollo de estrategias educativas y comunitarias y reorientar programas para promover la salud.

SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD: Promover la cobertura de todos sus miembros y el uso adecuado de los servicios de salud, optimizando los recursos disponibles, incluyendo la obra social universitaria y la red de servicios de salud de la localidad.

COORDINACIÓN INTERSECTORIAL: Promover actividades de vinculación intra e interinstitucional sostenibles que contribuyan a ampliar el impacto y alcance de las acciones que consoliden la universidad saludable. Es importante la articulación de las 4 áreas de la universidad: bienestar universitario, extensión universitaria, el área académica e investigación.

Una universidad con esas características y que comienza a trabajar en estas líneas de acción puede adherir al programa de universidades saludables durante el proceso. Una vez finalizado este proceso se puede obtener la “certificación” de Universidad Saludable.

EVALUACIÓN

La evaluación se hace habitualmente a los seis meses y al año pero debe continuarse anualmente de manera periódica. Se debe realizar una evaluación del proceso para ver si las actividades (por ejemplo, el taller de capacitación) se están realizando como fueron planeadas y una evaluación de resultados para medir si se lograron los objetivos planeados.

CONSENTIMIENTO INFORMADO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de proyecto: **DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE SALUD DE LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA METROPOLITANA DE BARRANQUILLA EN EL MARCO DEL PROGRAMA “UNIVERSIDAD SALUDABLE”, 2016-2018**

El propósito de este documento es entregarle toda la información necesaria para que Ud. pueda decidir libremente si desea participar en la investigación que se le ha explicado verbalmente y que a continuación se describe en forma resumida:

Resumen del proyecto:

Los estilos de vida de las personas pueden conducir a comportamientos considerados no saludables y por ende, se convierten en factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Las cuatro principales enfermedades no transmisibles son: la enfermedad cardiovascular, la mayoría de los cánceres, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas- representarán aproximadamente el 81% de las muertes en América Latina y el Caribe en 2030, y el 89% de todas las muertes en países de altos ingresos.

Con este trabajo se busca motivar, sensibilizar y educar a la Comunidad Académica Metropolitana sobre estilos de vida saludable con el propósito de mejorar su calidad de vida

Al respecto, expongo que:

Los padres y estudiantes hemos sido informados/as sobre las herramientas de evaluación que incluyen la aplicación de formularios de encuestas o test de orden social y psicológico a los estudiantes.

Hemos sido también informados en forma previa a la aplicación, que los procedimientos que se realicen, no implican un costo que deban asumir.

Hemos recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito, justificación y objetivos de la investigación, así como de los beneficios comunitarios que se espera que estos produzcan.

Estamos en pleno conocimiento que la información obtenida con la actividad en la cual participaran, será absolutamente confidencial, y que no aparecerán sus nombres ni sus datos personales en libros, revistas y otros medios de publicidad derivadas de la investigación ya descrita.

Que la decisión de participar en esta investigación, es absolutamente voluntaria. Si no desea el estudiante participar en ella o, una vez iniciada la investigación, no desea proseguir colaborando, puede hacerlo sin problemas. En ambos casos, se asegura que su negativa no implicará ninguna consecuencia negativa para mí.

Adicionalmente, los investigadores responsables **Adíela Castiblanco M** email acastiblanco@unimetro.edu.co, celular **3114214850**, nos ha manifestado su voluntad de aclarar cualquier duda que surja sobre su participación en la actividad realizada.

También puedo contactarme con el Programa de Enfermería de la Universidad, a través de su Directora la Dra. María Claudia Vargas teléfono 3697007.

He leído el documento, entiendo las declaraciones contenidas en él y la necesidad de hacer constar mi consentimiento, donde autorizo la participación en la investigación, con pleno conocimiento de los procedimientos a que será sometido mí acudido en mi presencia, para lo cual lo firmo libre y voluntariamente, sin coacción alguna, recibiendo en el acto copia de este documento ya firmado.

Yo _____ cédula de identidad N° _____ de nacionalidad _____, mayor de edad con domicilio en _____ barrio _____, consiento permito a mi acudido _____ identificado con Registro civil N° _____ participar en la investigación denominada:

_____, y autorizo a los profesionales, investigadores responsables del proyecto y/o a quienes éste designe como sus colaboradores, para realizar las actividades requeridas por el proyecto de investigación descrito.

INVESTIGADOR

Investigador

Nombre:

Dirección:

Teléfono fijo:

Celular:

E-mail:

Firma _____

lista de estudiantes y participantes

SEMESTRE	TOTAL ESTUDIANTES	NOMBRES	#	GRUPO A	GRUPO B	MUESTRA
PRIMERO	77	EMELY ARNEDO	1	X	X	30
		LILI JASSIR	2			
		MAYRIN RAMIREZ	3			
		MYLEIDIS TERAN	4			
		LEYDY BOTTO	5			
		LEYDY ZUÑIGA	6			
		NERY NAVARRO	7			
		KAREN JINETE	8			
		MARIA QUINTERO	9			
		MERY LAURA NAVARRO	10			
		DEYSI LOPEZ	11			
		DANGELIS QUINTERO	12			
		EDITH ALTAMAR	13			
		MADELSI SANCHEZ	14			
		ALBA DE ALBA	15			
		JULIBETH NIÑO	16			
		GINA CORREA	17			
		ISABELLA GONZALEZ	18			
		ANDREINA FONTANILLA	19			
		EMELY ARNEDO	20			
		MARYORI CIFUENTES	21			
		ANA CARDENAS	22			
		LUZ DARY FORERO	24			
		LORAIN DE LA HOZ	25			
		LUZ DARY CASABUENAS	26			
		LINA BARROS	27			
		VANESA COLINA	28			
		SAIDI DE LA CRUZ	29			
		ESTEFANI CARREÑO	30			
		YENITZA MORENO	31			
		LUISA PAYARES	32			
		MARIA JIMENEZ	33			
		MAYBELIN JIMENEZ	34			
SEGUNDO	71	NOMBRES	#	A()	B(X)	MUESTRA(28)
		ACUÑA CACERES INES D.	1			
		ALARCON BARRAZA KAILA	2			
		ALBOR RÍOS JEFFREY A.	3			
		ANDUREZA V. MARIA A.	4			
		ARRIETA L. ALEXANDRA	5			
		ATENCIA M. HEIDIS P	6			
		BARRIOS C. MARIA A	7			
		BOLAÑO E. MILAGRO V	8			
		CASTRO C. ALEXA C	9			
		TOSCANO P. NINI P	10			
		SOLANO P. ELIANA I	11			
		VELEZ D. KRITHEL D.	12			
		TAPIA C. LAURY A.	13			
		TAMARA O. NORLIS DEL	14			
		RODRIGUEZ B. GEENDA E.	15			

		ROMERO B. BRAYAN S	16			
		QUINCENO V. YINETH	17			
		POLO F. HEILLIN Y	18			
		HUMANEZ R. MARIA N	19			
		GRAU B. EVELYN P	20			
		GOMEZ H. ANLLYS	21			
		NOVA S. JOHANANA	22			
		MANGA A. CAROLINA A	23			
		CASTRO S ROSANA	24			
		DAWKINS M. TASHANY	25			
		DIAZ C. GEYSHA	26			
		OROZCO C. JULIETH C.	27			
		LEON M. ALVARO R.	28			
TERCERO	95	NOMBRES	#	A(X)	B()	MUESTRA(37)
		ALVAREZ CH MARENA L	1			
		ANGULO B DEIVIS M.	2			
		ARCILA G DANIELA G	3			
		ARGUELLES G OLGA	4			
		ARIZA S LEIDYS V	5			
		CASTILLO P DANIELA P	6			
		CORONADO F ANGELICA M	7			
		DAZA V YANILETH	8			
		DIAZ G EMILENA	9			
		ESCOBAR S NUNY K	10			
		ESCOBAR S ANA L	11			
		HENRIQUEZ H MAIRA A	12			
		HERNANDEZ T ANA L	13			
		MANOTAS L LAURA V	14			
		MARTINEZ CH GISELLE	15			
		MEDINA A ROSA ICELA	16			
		MEJIA V NAYARLI P	17			
		MENDOZA S VERUZKA M	18			
		MOLINARES R MARIA M	19			
		MORALES A MELANYS	20			
		MORENO M LIANY L	21			
		ROYERO R JULIETH E	22			
		MUÑOZ V ANA Y	23			
		ORTEGA M LEIDY J	24			
		PACHECO S WENDY C	25			
		PEÑA N MARIA C	26			
		PINTO P EMILIO	27			
		QUINTERO P VANESSA C	28			
		ROMERO R SARAY A	29			
		SANCHEZ A KEVIN DAVID	30			
		SENIOR R MASIEL S	31			
		TORRENEGRA A YISELA P	32			
		TOSACANO P KEIDIS I	33			
		VALLEJO C LINDA L	34			
		WEFFER R MICHELLE	35			
		VILORIA S ANA O	36			
		VILLALBA L GERMI L.	37			
CUARTO	56	NOMBRES	#	A(X)	B(X)	MUESTRA(22)
		HAMON A DALIS M.	1			
		JARAMILLO DE LA R. KEVIN D	2			
		MAZO A KENIA AROLINA	3			

		MEDINA M ANGELICA M	4			
		MORA A. YISLEIDIS L	5			
		PARODI O STEFANI C.	6			
		POLO T MARIA A.	7			
		ROA C NANCY Y.	8			
		SANTIAGO D KARINA E.	9			
		VARGAS O SIRLEY ESTER	10			
		BOLAÑO M SABRINA DEL CARMEN	11			
		CASTRO MAESTRE JOSELIN	12			
		GUERRA SANCHEZ BRAYAN STEVEN	13			
		JIMENEZ POLANCO ALEX SANDER	14			
		LAGUNA VARGAS AMPARO	15			
		HERNANDEZ M YESSICA P	16			
		CAMPO MARTINEZ ROSA YSELLA	17			
		CHARRIS DURAN ANYI JULIETH	18			
		HERAZO DEAN MIRLAY	19			
		MEZA BLANQUICET MARIA FERNANDA	20			
		OROZCO GARCÍA ANA CAROLINA	21			
		REALPES GRAVINI KEVIN ANDRES	22			
QUINTO	79	NOMBRES	#	A(X)	B()	MUESTRA(31)
		AHUMADA R. SHARON L	1			
		ALTAHONA L VICTOR M	2			
		ARROYO C KEREN Y	3			
		ASIS C LAURA M.	4			
		BADILLO A YURANIS S	5			
		BARROS D KATERINE	6			
		CAMACHO B MILAGRO	7			
		CHAIN S DANIELA R.	8			
		VALENCIA H ERIKA P	9			
		ROSALES G TATIANA V	10			
		RODRIGUEZ S BELKYS A	11			
		REYES L CATHERINE	12			
		REMON I ZAINNE K	13			
		PUGLIESE F MARIA P	14			
		LARA B YECENIA E	11			
		DIAZ M ANGIE P	12			
		ESCORCIA V NORMA P	13			
		PARRAO D CAROLL J	14			
		OLIVARES E LOIDA E	15			
		MANOSALVA L AYLIN K	16			
		NDUKWE O MELANIE	17			
		GUERRERO F YAMILEC P	18			
		JIMENEZ M HILLARYS	19			
		JAIME P LISNEY	20			
		JAIME A WENDY K	21			
		GUTIERREZ F LUZ A	22			
		GONZALES R ADRIANA P	23			
		GIRALDO D LEIDY P	24			
		DIAZ P VALENTINA	25			

		DIAZ C MARIA A	26			
		DE LA ASUNCION MAIRA A	27			
		DE LA CRUZ H LIANIS V	28			
		HERNANDEZ R MARIA A	29			
		PAEZ O LEIDY D	30			
		CHARRIS P DANIELA R	31			
SEXTO	43	NOMBRES	#	A(X)	B()	MUESTRA(17)
		ARANA B EYDER J	1			
		ARCHIBOLD M RASHELL	2			
		ARRIETA N ANA M	3			
		BARROS DE LA P SARA L	4			
		BLANCO V YULIEMY	5			
		CERON V MILDRETH G	6			
		ECHEVERRIA S THALIA	7			
		GAMARRA R LORAIN P	8			
		GRECO C ANGIE M	9			
		MANGA G YENNIFER P	10			
		MARQUEZ V YARLEDYS	11			
		MEJIA M YANERIS P	12			
		MENDIETA P LEIDY P	13			
		MORENO T LUCELLYS J	14			
		PALACIOS C YANIRIS	15			
		PEREZ V TATIANA	16			
		ZAPATA A ANDREA C (B)	17			
SEPTIMO	70	NOMBRES	#	A()	B(x)	MUESTRA(28)
		ARIZA H. YULI M.	1			
		CASTRO M. LINA M	2			
		CEDEÑO JEREZ JOHANA P.	3			
		CERVANTES G. ZORAIDA	4			
		COLL R. ANDREA C	5			
		CONRADOE. GILARIS P.	6			
		DURAN E. LUIS C.	7			
		FONTALVO E. KENDRYS	8			
		GAMARRA R MONICA M.	9			
		GOMEZ G. BRAYAN G	10			
		GUTIERREZ G. ANGELA M.	11			
		MAIGUEL F YEIMIS P.	12			
		MARTINEZ C YURANIS J.	13			
		MENDOZA T LEIDIS M.	14			
		MENGUAL L MAELY S.	15			
		MOSQUERA M YURIANI	16			
		MURILLO D KATHERINE	17			
		NAVARRO L ROSA M.	18			
		OLAVE C STEFANY M.	19			
		OROZCO C JUANY	20			
		SAUMETH DEL T ANA	22			
		TAFUR A. JORISMA K.	21			
		RODRIGUEZ C. YICSY L.	23			
		SALCEDO A. REINA M.	24			
		PINTO Y. LINDA EVA	25			
		PADILLA S ADRIANA L.	26			
		PATIÑO D LISETH P.	27			
		RINCON R. CARMEN J.	28			
OCTAVO	61	NOMBRES	#	A(X)	B(X)	MUESTRA(24)

		ACOSTA BALDOVINO NELSON	1			
		ALDANA VE MARCELA CAROLINA	2			
		ALVAREZ GAMEZ ADRIANA PATRICIA	3			
		ARIZA BARRIOS HELLEN DAYANA	4			
		ARRIETA PATERNINA AUDITH ISABEL	5			
		ARRIETA POTES KATYUSKA MIRELLA	6			
		BARRIOS MIRANDA JISSEL YISETH	7			
		BOLAÑO MONTERO JULIETH ELIANA	8			
		CACERES REYES YURANIS YULIE	9			
		CAMELO SAEZ ROY HIDALDO	10			
		CANTILLO F MILEIDYS PATRICIA	11			
		CARBONELL IBAÑEZ ANELLY MARIA	12			
		DE LA HOZ P YURANIS DEL CARMEN	13			
		FLOREZ LAMBRAÑO LEIDYS LORENA	14			
		HERRERA BUENO ANGELICA MARIA	15			
		HOYOS SANTIAGO DAILYS DAYANA	16			
		JIMENEZ HIGGINS ANDREA CAROLINA	17			
		JIMENEZ MAURY YURISNEY	18			
		LECHUGA M ANDREA CAROLINA	19			
		ROYERO RAVELO ANAIKA DRIJAD	20			
		LOBO ROJAS LIZETH ANETH	21			
		MENCO FRANCO YOLANDA	22			
		MERCADO GONZALEZ ANGIE MILETH	23			
		MONROY ZABALA YESSY YANERIS	24			
DOCENTES	40		#			MUESTRA(16)
		FANNY PALLARES G	1			
		MARIBEL MORENO M.	2			
		LUIS CASTRO C	3			
		EDA BARCELO	4			
		MONICA URUEÑA	5			
		VANESA RUDAS	6			
		FRANCISCO DONADO	7			
		SANDRA PRADA	8			

		BEATRIZ PULIDO	9			
		GENARA LASTRA	10			
		TERESA ANAYA	11			
		MEIRA SEÑAS	12			
		CRISTINA CRUZ	13			
		DORIS CASTRO	14			
		MARTHA GUZMAN	15			
		MAYRA LAMBY	16			
ADMINISTRATIVO	2	NOMBRE	#			MUESTRA(2)
		RUBYS PAVON	1			
		GUADALUPE ARNEDO	2			

VALIDACION DEL INSTRUMENTO



INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

I. DATOS GENERALES:

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO
 INSTITUCION DONDE LABORA
 INSTRUMENTO MOTIVO DE EVALUACIÓN

Doctor: Álvaro Santrich
 Universidad Metropolitana
 Cuestionario: sobre estilos de vida y salud en
 estudiantes universitarios, docentes y
 administrativos

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE				BAJA				REGULAR				BUENA				MUY BUENA			
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado.																X				
2. OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables.																X				
3. ACTUALIZACIÓN	Esta adecuado al avance educativo actual.																X				
4. ORGANIZACIÓN	Esta organizado en forma lógica.																X				
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos																X				
6. INTENCIONALIDAD	Es adecuado para valorar el instrumento.																X				
7. CONSISTENCIA	Esté basado en aspectos teóricos científicos.																X				
8. COHERENCIA	Entre las variables, dimensiones, indicadores e ítems.																X				
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.																X				
10. PERTINENCIA	Esta adecuado para aportar nuevos conocimientos																X				

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

FECHA: 21-11-2016
 Cédula: 3465136

[Empty box for average value]

FIRMA DEL EXPERTO:
 Teléfono: 3152398150

OBSERVACIONES (PRECISAR SI HAY SUFICIENCIA):.....

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: Aplicable No aplicable ()

APELLIDOS Y NOMBRES DEL JUEZ: *Miguel Santirich Morillas* CEDULA *14191316*

ESPECIALIDAD DEL EVALUADOR: *CIENCIAS CASNOL-H.S.P.*

21-XI-2016 de 2016.



Doctor Alvaro Santirich Morillas 2

(1) Pertinencia: el ítem, al concepto técnico formulado
(2) Relevancia: el ítem es apropiado para presentar al componente o dimensión específica del constructo.
(3) Claridad: se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.
Nota: suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

OBSERVACIONES (PRECISAR SI HAY SUFICIENCIA):.....

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: Aplicable () No aplicable ()

APELLIDOS Y NOMBRES DEL JUEZ: Gamba Belarcent CEDULA 51771063

ESPECIALIDAD DEL EVALUADOR: Bacteriología - Expectorantes en Epidemiología

..... Diciembre de 20 de 2016.


.....
Doctora Margarita Gamboa

(1) Pertinencia: el ítem, al concepto teórico formulado
(2) Relevancia: el ítem es apropiado para presentar al componente o dimensión específica del constructo.
(3) Claridad: se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.
Nota: suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

I. DATOS GENERALES:

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO
INSTITUCIÓN DONDE LABORA
INSTRUMENTO MOTIVO DE EVALUACIÓN

Doctor: Alexander Parody
 Universidad Metropolitana
 Cuestionario: sobre estilos de vida y salud en
 estudiantes universitarios, docentes y
 administrativos

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE				BAJA				REGULAR				BUENA				MUY BUENA				
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado.																		X			
2. OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables.																					X
3. ACTUALIZACIÓN	Está adecuado al avance educativo actual.																				X	
4. ORGANIZACIÓN	Esta organizado en forma lógica.																					X
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos																		X			
6. INTENCIONALIDAD	Es adecuado para valorar el instrumento.																				X	
7. CONSISTENCIA	Está basado en aspectos técnicos científicos.																			X		
8. COHERENCIA	Entre las variables, dimensiones, indicadores e ítems																					X
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.																				X	
10. PERTINENCIA	Esta adecuado para aportar nuevos conocimientos																				X	

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: *propuestas* aplicable después de las correcciones

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

93

FECHA: 21/12/2016
 Cedula: 72247724

FIRMA DEL EXPERTO: *Alexander Parody*
 Teléfono: 3012613514

OBSERVACIONES (PRECISAR SI HAY SUFICIENCIA): *esta suficiencia*

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: Aplicable () No aplicable ()

APELLIDOS Y NOMBRES DEL JUEZ: *Alexander Blas Parody Nuñez* CEDULA *72'277.727*

ESPECIALIDAD DEL EVALUADOR: *Reserva en Cirujía Aplicada*

..... 21 de *Septiembre* de 2016.

Alexander P.N.

Doctor Alexander Parody

(1) Referencia: al ítem, al concepto médico formulado.
(2) Referencia: el ítem es apropiado para presentar al componente o dimensión específica del constructo.
(3) Claridad: se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.
Nota: suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

DIAPPOSITIVAS



CONDUCTAS DE RIESGO EN LOS ADOLESCENTES

IMPRESIONES UNIVERSIDAD METROPOLITANA A INVESTIGACIÓN Y VISUALIZACIÓN POR PARTE DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL



www.unimetro.edu.co



¿Qué es un factor de Riesgo?

IMPRESIONES UNIVERSIDAD METROPOLITANA A INVESTIGACIÓN Y VISUALIZACIÓN POR PARTE DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

Condiciones físicas, psicológicas y sociales que incrementan significativamente la posibilidad de que un joven incurra en una conducta de riesgo



www.unimetro.edu.co



FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO

Insatisfacción de las necesidades psicológicas básicas

- Sobrepotección
- Autoritarismo
- Agresión
- Permisividad
- Autoridad dividida



FACTORES DE RIESGO SOCIALES

FACTORES DE RIESGO SOCIALES

- Pertenencia a grupos antisociales
- Promiscuidad
- Abandono escolar
- Bajo nivel escolar, cultural y económico

RECURSOS PERSONALES

FACTORES DE RIESGO

- Bajos niveles de autoestima
- Falta de autonomía en la acción y en tomar decisiones
- Dificultad para asumir responsabilidades
- Ausencia de normas y límites
- Ausencia de adultos que apoyen
- Incapacidad de autocontrol; impulsividad



RELACIONES CON LA FAMILIA

FACTORES DE RIESGO

Actitudes y comportamientos permisivos y/o positivos ante las drogas
Pérdida de roles de las figuras de autoridad;
ausencia de límites y normas claras de protección;
disciplina severa
Alcoholismo y/o drogadicciones de alguno de los miembros de la familia



¿Qué es una Conducta de Riesgo?

Es aquella que se realiza con regularidad y expone al joven a perjuicios graves para su salud e integridad física y psicológica



Fumar
Ingerir con frecuencia bebidas alcohólicas
Inicio de vida sexual sin información ni protección
Dificultad para manejar el enojo
Ingerir drogas
No hacer tareas y trabajos escolares
Falta de rutina
Ausentismo escolar

Conductas de riesgo mas frecuentes en adolescentes

- Accidentes
- Trastornos alimenticios
- Violencia
- Drogas
- Alcohol
- Enfermedades de transmisión sexual
- Embarazo
- Delincuencia
- Deportes extremos



FACTORES PROTECTORES

relación familiar armónica



existencia de oportunidades



Estructuras escolares que despierten inquietudes y desarrollen habilidades



Estilo de vida armónico



PASADO SALUDABLE



Un periodo transicional saludable y sospechoso



Un futuro que promete bienestar y desarrollo



FOTOS







TRIPTICOS



Factores Protectores

- Comunicación familiar: dialogo abierto y claro
- Límites y reglas delimitados
- No antecedentes familiares
- Autoestima, Auto Concepto, Autoeficacia
- Autonomía en el grupo de pertenencia



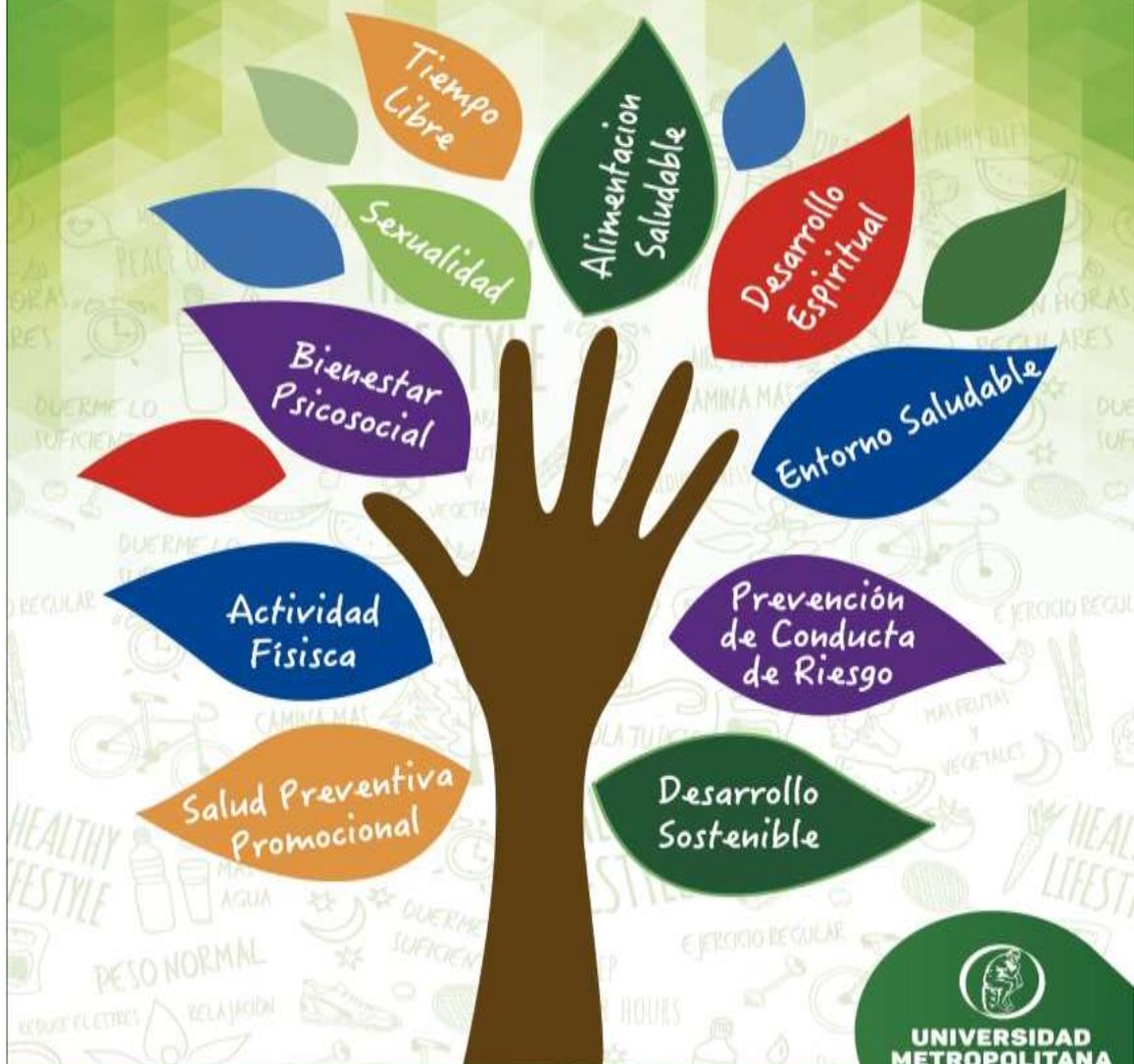
**UNIVERSIDAD
METROPOLITANA**

INSTITUTO DE LA SALUD, EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN

Programa de enfermería
369 7007 • 300 516 9281
acastiblanco@unimetro.edu.co
enfermeria@unimetro.edu.co

UNIVERSIDAD SALUDABLE

Promoviendo el Bienestar y la Salud



#SOMOMETROPOLITANOS

unimetro.co



unimetro.edu.co

UNIVERSIDAD METROPOLITANA

CIENCIAS DE LA SALUD, EDUCACIÓN E INNOVACIÓN

SOMOS UNA UNIVERSIDAD SUJETA A INSPECCIÓN Y VIGILANCIA POR PARTE DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

