



UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS  
DE GRAN CANARIA



UNIVERSIDAD DE PLAYA ANCHA  
DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

**TESIS DOCTORAL**

**FACTORES DE RIESGO DE LA SALUD EN ESTUDIANTES  
DE PEDAGOGÍA EN UNIVERSIDADES CHILENAS.**

**Doctorando:** Luis Marcel Valenzuela Contreras.

Santiago de Chile, mayo de 2008



UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS  
DE GRAN CANARIA

Departamento de Educación Física



UNIVERSIDAD DE PLAYA ANCHA  
DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

Facultad de Educación Física

## TESIS DOCTORAL

# FACTORES DE RIESGO DE LA SALUD EN ESTUDIANTES DE PEDAGOGÍA EN UNIVERSIDADES CHILENAS.

DOCTORANDO: **Luis Marcel Valenzuela Contreras.**

## DIRECTORES

Dr. Fernando Amador Ramírez.

Dr. Antonio S. Ramos Gordillo.

Dra. Miriam E. Quiroga Escudero.

El Director,

El Director,

El Director,

Dr. Fernando Amador Ramírez

Dr. Antonio S. Ramos Gordillo

Miriam E. Quiroga Escudero

El Doctorando

Luis Marcel Valenzuela Contreras

Santiago, Chile, mayo de 2008.



UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS  
DE GRAN CANARIA

D. ANTONIO S. RAMOS GORDILLO, SECRETARIO DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN FÍSICA DE LA UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA,

**CERTIFICA,**

---

Que el Consejo de Doctores del Departamento en su sesión de fecha 25 de junio de 2008, tomó el acuerdo de dar el consentimiento para su tramitación, a la tesis doctoral titulada **Factores de Riesgo de la Salud en Estudiantes de Pedagogía en Universidades Chilenas**, presentada por el doctorando D. Luis Marcel Valenzuela Contreras y dirigida por los doctores D. Fernando Amador Ramírez, D. Antonio S. Ramos Gordillo y D. Miriam E. Quiroga Escudero.

Y para que así conste, y a efectos de lo previsto en el Artº 73.2 del Reglamento de Estudios de Doctorado de esta Universidad, firmo la presente en la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria, a veintisiete de junio de dos mil ocho.

## **i. DEDICATORIA**

En este último tiempo hubo momentos de mucha confusión y en ocasiones de angustia. En esos días difíciles de describir y que intentaba que no se notaran, ahí estaba Mariella estimulándome a continuar.., y a la vez Diego y Javiera.., cuando llegaban del colegio: preguntando “¿Cómo vas papá? ¿te falta mucho?” “¡Sí, hijos.., pero en eso estoy!” .., ¡dale!

Hoy no tengo dudas que el estímulo permanente de mi grupo familiar , el recuerdo de mis padres y sus fotos frente de mi computador, me animaron a seguir. Mi madre, *Lidia*, no supo del inicio de mis estudios, ya que falleció meses antes y mi padre, *Arturo*, falleció luego de terminar mi suficiencia investigativa.

Con todo mi corazón dedico este trabajo a mi esposa Mariella, a mis hijos Diego y Javiera , por acompañarme en esta instancia de siete años de estudio. A mi madre Lidia , a mi padre Arturo y hermanos. Que Dios los bendiga a todos.

Gracias, los amo...



## **ii. AGRADECIMIENTOS.**

“No se enseña sólo con el conocimiento sino que además con los afectos y actitudes hacia los otros. Enseñar es una manera de ganarse la vida pero, sobre todo, es ganarse la vida de los otros, no se gana la vida de los otros sólo con el conocimiento, sino enseñándoles a pensar, entregando una voz de aliento, dando las herramientas necesarias para abrir nuevos caminos de honestidad y de verdad”. Gracias Dr. Sr. Fernando Amador Ramírez, gracias Dr. Sr. Antonio Ramos Gordillo.

Agradezco sinceramente al Dr. Sr. Fernando Amador Ramírez por las orientaciones académicas necesarias para avanzar hacia el logro final.

Al Dr. Antonio Ramos Gordillo por su apoyo constante en estos siete años de estudio y trabajo.

A la Dra. Miriam Quiroga Escudero por el apoyo académico brindado.

Al Dr. Sr. Gonzalo Marrero, quien me dirigió y acompañó en un inicio de este proyecto.

A la Universidad de Playa Ancha de Chile y a la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, España.

Eternamente agradecido a la Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez, por el apoyo brindado otorgándome las becas y apoyo económico necesario para poder realizar mis estudios durante todo el proceso.

Al Dr. Sr. César Oliva, por sus aportes y orientaciones durante todo el proceso.

Al Dr. Sr. Jorge Baeza, por su apoyo, disposición y orientaciones académicas cuando se lo solicité.

Al Dr. Sr. Sergio Toro Arévalo, por sus aportes y sugerencias para la construcción de la tesis.

Al profesor de Educación Física, gran amigo, Magíster. Sr. Patricio Lourido Núñez, por su apoyo académico y amistad incondicional durante todo el proceso de mis estudios de doctorado.

Al profesor sociólogo Sr. Lester Reyes por toda su disposición a colaborar y su apoyo en materia estadística.

A la Magíster. Sra. Claudia Celis y Magíster. Sra. Ana Cecilia Osorio por su tiempo y apoyo técnico en la construcción de este proyecto.

A los Sr. (as) Directores de los programas de pregrado por su disposición a colaborar en mi proyecto de investigación a los académicos de los programas de Pedagogía de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación y Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez, por el tiempo brindado de sus clases para colaborar en la aplicación del cuestionario.

A la Dirección de la Escuela de Educación Física de la Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez, personificada en la Sra. Elvira Palma Gajardo.

A mis ayudantes estudiantes de la escuela de Educación Física de la Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez, Marcela, Russol, Javiera, Felipe.

A todos los estudiantes de ambas universidades que colaboraron y respondieron el cuestionario.

A mis colegas de la Escuela de Educación Física de la Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez que acompañaron mis momentos de angustia y de alegría en todo este proceso.

A Maggi, por su atención, alguien mas de mi familia .

A todos muchas gracias.

**LABOR OMNIA VINCIT**



### iii. ÍNDICE

i. DEDICATORIA.	9
ii. AGRADECIMIENTOS.	11
iii. ÍNDICE.	15
iv. INTRODUCCIÓN.	47
<b>I PARTE: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.</b>	<b>59</b>
<b>CAPÍTULO I:</b>	
<b>LA SALUD, DESDE UNA PERSPECTIVA INTEGRAL.</b>	<b>61</b>
1.1. Concepto de salud, una aproximación.	61
1.2. Actividad saludable, ejercicio saludable, aptitud saludable.	75
1.3. Beneficios en el organismo de la práctica de un ejercicio saludable.	84
<b>CAPÍTULO II:</b>	
<b>CONCEPTO Y DEFINICIONES DE UNA APTITUD SALUDABLE.</b>	<b>99</b>
2.1. Componentes de la aptitud saludable.	99
2.1.1. La resistencia cardiovascular.	103
2.1.1.1. La resistencia cardiovascular: un componente de la aptitud saludable.	106
2.1.2. La composición corporal.	107
2.1.2.1. La composición corporal: un componente de la aptitud saludable.	109
2.1.3. La flexibilidad.	109
2.1.3.1. La flexibilidad: un componente de la aptitud saludable.	113
2.1.4. La fuerza resistencia o resistencia muscular.	114
2.1.4.1. La fuerza resistencia: un componente de la aptitud saludable.	116
2.2. Criterios del entrenamiento de la aptitud saludable.	117
2.3. Métodos y medios de entrenamiento de la aptitud saludable.	121
2.4. Deporte saludable.	126

<b>2.5. Alimentación saludable.</b>	<b>133</b>
-------------------------------------	------------

### **CAPÍTULO III:**

<b>ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES Y FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD DE LAS PERSONAS.</b>	<b>139</b>
<b>3.1. Enfermedades crónicas no transmisibles.</b>	<b>139</b>
<b>3.1.1. Factores protectores de la salud.</b>	<b>142</b>
<b>3.1.2. Relación entre los factores protectores y los daños en la salud.</b>	<b>148</b>
<b>3.1.3. Factores determinantes de la salud.</b>	<b>151</b>
<b>3.1.4. Factores de riesgo para la salud en una comunidad universitaria.</b>	<b>153</b>
<b>3.1.5. Factores de riesgo para la salud de las personas.</b>	<b>154</b>
<b>3.1.6. Las enfermedades cardiovasculares y los factores de riesgo para la salud.</b>	<b>157</b>
<b>3.1.6.1. La alimentación (la hipercolesterolemia).</b>	<b>161</b>
<b>3.1.6.2. La hipertensión arterial (HTA).</b>	<b>164</b>
<b>3.1.6.3. El tabaquismo.</b>	<b>165</b>
<b>3.1.6.4. El sedentarismo.</b>	<b>168</b>
<b>3.1.6.5. El estrés.</b>	<b>169</b>
<b>3.1.6.6. La obesidad.</b>	<b>171</b>
<b>3.1.6.7. La diabetes mellitus.</b>	<b>174</b>
<b>3.1.6.8. El alcohol.</b>	<b>175</b>
<b>3.1.7. Estado actual de los factores de riesgo de la salud en Chile.</b>	<b>178</b>
<b>3.1.7.1. El consumo de tabaco en Chile.</b>	<b>178</b>
<b>3.1.7.2. Sedentarismo y obesidad en Chile.</b>	<b>181</b>
<b>3.1.7.3. El consumo de alcohol en Chile.</b>	<b>182</b>
<b>3.1.8. Drogas: un factor de riesgo para la salud.</b>	<b>184</b>
<b>3.1.8.1. El consumo de drogas desde una perspectiva histórico-cultural.</b>	<b>185</b>
<b>3.1.8.2. Tipos de consumo de drogas.</b>	<b>189</b>

<b>3.1.8.3. Fases en el consumo de drogas.</b>	191
<b>3.1.8.4. Factores de riesgo y factores protectores en el consumo de drogas.</b>	193
<b>3.1.8.5. Estado actual del consumo de drogas en Chile.</b>	194
<b>CAPÍTULO IV:</b>	
<b>ESTILOS DE VIDA SALUDABLE Y CALIDAD DE VIDA.</b>	205
<b>4.1. Consideraciones preliminares.</b>	205
<b>4.2. Escuela saludable.</b>	209
<b>4.2.1. Concepto de escuela saludable.</b>	209
<b>4.2.2. Estrategias de promoción de la salud en las escuelas latinoamericanas.</b>	211
<b>4.2.3. Chile y la promoción de la salud en las escuelas.</b>	216
<b>4.3. Universidades saludables.</b>	218
<b>CAPÍTULO V:</b>	
<b>FORMACIÓN DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN CHILE.</b>	225
<b>5.1. Génesis del campo de la Educación superior: los primeros indicios.</b>	225
<b>5.2. La universidad en el contexto nacional.</b>	229
<b>5.3. Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez, UCSH.</b>	238
<b>5.3.1. Historia.</b>	238
<b>5.3.2. Organización universitaria.</b>	240
<b>5.3.3. Visión y Misión.</b>	241
<b>5.3.4. Modelo de formación.</b>	241
<b>5.4. Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación, UMCE.</b>	244
<b>5.4.1. Historia.</b>	245
<b>5.4.2. Organización universitaria.</b>	247
<b>5.4.3. Visión y Misión.</b>	248
<b>5.4.4. Modelo de formación.</b>	249
<b>5.5. Aproximación al rol del profesor como agente promotor de salud.</b>	252

<b>CAPÍTULO VI.</b>	
<b>CONCLUSIONES DE LA FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.</b>	<b>258</b>
<b>II PARTE:</b>	
<b>ESTUDIO PRÁCTICO: FACTORES DE RIESGO DE LA SALUD EN ESTUDIANTES DE PEDAGOGÍA EN UNIVERSIDADES CHILENAS.</b>	<b>261</b>
1.1. Introducción.	263
1.2. Problema de estudio.	265
1.3. Objetivos de la investigación.	266
1.3.1. Objetivo general.	266
1.3.2. Objetivos específicos.	266
1.4. Tipo de investigación.	267
1.5. Material y métodos.	267
1.5.1. Sujetos: población y muestra.	267
Tabla N° 1: Total de estudiantes de Pedagogía por género.	268
Tabla N° 2: Total de estudiantes de Pedagogía por carrera.	268
1.5.2. Material: Test de IMC, Cuestionario utilizado, Test de EBBA.	268
1.5.2.1. Test de índice de masa corporal (IMC).	269
1.5.2.2. Cuestionario utilizado.	270
1.5.2.3. Test de EBBA (Escala Breve de Beber Anormal).	273
1.6. Validación del cuestionario.	275
1.7. Formación de los entrevistadores.	277
1.8. Aplicación del cuestionario.	277
1.9. Procesamiento de los datos.	278
1.10. Temporización de la investigación.	279
1.11. Tratamiento estadístico.	281
1.11.1. Análisis univariado por eje temático.	281
1.11.2. Análisis bivariado por carrera.	285
1.11.3. Análisis multivariado (árboles de clasificación).	286
1.11.4. Resultados del análisis univariado por eje temático.	287

<b>1.11.4.1. Resultados del análisis univariado del eje temático N° 1:</b>	<b>288</b>
<b>Perfil de los encuestados.</b>	
a) Respecto de la identificación de los sujetos.	288
Tabla N° 3: Pertenencia de los estudiantes encuestados por programa de Pedagogía.	289
Gráfico N° 1: Pertenencia de los estudiantes encuestados por programa de Pedagogía.	289
b) Distribución de los casos, según el curso en el que se encuentran los estudiantes desde que ingresaron a la universidad.	290
Tabla N° 4: Distribución de los casos, según el curso en el que se encuentran los estudiantes desde que ingresaron a la universidad.	290
Gráfico N° 2: Distribución de los casos según el curso en el que se encuentran los estudiantes desde que ingresaron a la universidad.	291
c) Distribución de los casos, según la edad de los sujetos de la muestra.	291
Tabla N° 5: Distribución de los casos según, la edad de los sujetos de la muestra.	291
Gráfico N° 3: Distribución de los casos, según la edad de los sujetos de la muestra.	292
d) Distribución de los casos, de acuerdo con el estado nutricional de los encuestados.	292
Tabla N° 6: Estado nutricional de los encuestados de acuerdo al Índice de Masa Corporal (IMC).	292
Gráfico N° 4: Estado nutricional de los encuestados de acuerdo al Índice de Masa Corporal (IMC).	293
e) Distribución de los casos, según el género de los encuestados.	293
Tabla N° 7: Distribución de los casos, según género de los encuestados.	293
Gráfico N° 5: Distribución de los casos, según género de los encuestados.	294

<b>1.11.4.2. Resultados del análisis univariado del eje temático N° 2:</b>	<b>294</b>
<b>Caracterización socioeconómica.</b>	
a) Respecto al carácter del colegio de donde provienen los estudiantes antes de ingresar a la universidad.	294
Tabla N° 8: Distribución de la población, según el carácter del colegio del que provienen los estudiantes antes de entrar en la universidad.	295
Gráfico N° 6: Distribución de la población, según el carácter del colegio del que provienen los estudiantes antes de entrar en la universidad.	295
b) Distribución de los casos, según las personas con quienes viven los estudiantes.	295
Tabla N° 9: Distribución de los casos, según las personas con quienes viven los estudiantes.	296
Gráfico N° 7: Distribución de los casos, según las personas con quienes viven los estudiantes.	296
c) Distribución de los casos según, la actividad que realiza la madre.	296
Tabla N° 10: Distribución de los casos, según la actividad que realiza la madre.	297
Gráfico N° 8: Distribución de los casos, según la actividad que realiza la madre.	297
d) Distribución de los casos, según la actividad que realiza el padre.	297
Tabla N° 11: Distribución de los casos, según la actividad que realiza el padre.	298
e) Distribución de los casos, según el nivel de estudios del padre.	298
Tabla N° 12: Distribución de los casos, según el nivel de estudios del padre.	298
f) Distribución de los casos, según el nivel de estudios de la madre.	299

Tabla N° 13: Distribución de los casos, según el nivel de estudios de la madre.	299
g) Distribución de los casos, según la ocupación de la madre.	299
Tabla N° 14: Distribución de los casos, según la ocupación de la madre.	300
h) Distribución de los casos, según la ocupación del padre.	300
Tabla N° 15: Distribución de los casos según ocupación del padre.	301
i) Distribución de los casos, según el índice socioeconómico.	301
Tabla N° 16: Distribución de los casos, según el índice socioeconómico.	302
Gráfico N° 9: Distribución de los casos, según el índice socioeconómico.	302
j) Distribución de los casos según, el ingreso familiar mensual.	302
Tabla N° 17: Distribución de los casos, según el ingreso familiar mensual.	303
Gráfico N° 10: Distribución de los casos, según el ingreso familiar mensual.	303
<b>1.11.4.3. Resultados del análisis univariado del eje temático N° 3:</b>	<b>304</b>
<b>Actividad física y deporte.</b>	
a) Distribución de los casos, según actividad física o práctica de algún deporte.	304
Tabla N° 18: Distribución de los casos, según actividad física o práctica de algún deporte.	304
Gráfico N° 11: Distribución de los casos, según actividad física o práctica de algún deporte.	305
b) Distribución de los casos, según tiempo en movimiento continuo al realizar actividad física.	305
Tabla N° 19: Distribución de los casos, según tiempo en movimiento continuo al realizar actividad física.	306

c) Distribución de los casos, según, frecuencia semanal en que se ha realizado actividad física o práctica de algún deporte en el último mes. 306

Tabla N° 20: Distribución de los casos, según frecuencia semanal en que se ha realizado actividad física o práctica de algún deporte en el último mes. 307

Gráfico N° 12: Distribución de los casos, según frecuencia semanal en que se ha realizado actividad física o práctica de algún deporte en el último mes. 307

d) Distribución de los casos, según clases o cursos electivos de actividad física o deportivos y su frecuencia práctica. 307

Tabla N° 21: Distribución de los casos, según clases o cursos electivos de actividad física o deportivos y su frecuencia práctica. 308

Gráfico N° 13: Distribución de los casos, según clases o cursos electivos de actividad física o deportivos y su frecuencia práctica. 309

e) Distribución de los casos, según las acciones que realizarían los encuestados para fomentar la actividad física y el deporte en su universidad. 309

Tabla N° 22: Incluir una asignatura obligatoria con una duración de tres veces a la semana a lo largo de todos los años de estudio y en donde la aprobación de ella sólo se verifique por asistencia (sin calificación). 310

Tabla N° 23: Realizar programas permanentes de actividad física orientada a la salud. 311

Tabla N° 24: Realizar campañas permanentes de difusión acerca de la vida saludable. 312

Tabla N° 25: Establecer un número de electivos deportivos durante todos los años de estudio. 312

**1.11.4.4. Resultados del análisis univariado del eje temático N° 4: Consumo de tabaco, alcohol y drogas. 313**

- a) Distribución de los casos, según si el encuestado fuma. 313  
 Tabla N° 26: Distribución de los casos, según si el encuestado fuma. 313  
 Gráfico N° 14: Distribución de los casos, según si el encuestado fuma. 313
- b) Distribución de los casos, según la cantidad de cigarrillos fumados diariamente. 314  
 Tabla N° 27: Distribución de los casos, según la cantidad de cigarrillos fumados diariamente. 314  
 Gráfico N° 15: Distribución de los casos, según la cantidad de cigarrillos fumados diariamente. 314
- c) Distribución de los casos, según la edad de inicio en el consumo de tabaco. 315  
 Tabla N° 28: Distribución de los casos, según la edad de inicio en el consumo de tabaco. 315  
 Gráfico N° 16: Distribución de los casos, según la edad de inicio en el consumo de tabaco. 316
- d) Distribución de los casos, según el número de días en que el encuestado ha fumado en el último mes. 316  
 Tabla N° 29: Distribución de los casos, según el número de días en que el encuestado ha fumado en el último mes. 317  
 Gráfico N° 17: Distribución de los casos, según el número de días en que el encuestado ha fumado en el último mes. 317
- e) Distribución de los casos según razones por las que consume tabaco. 318  
 Tabla N° 30: Distribución de los casos, según razones por las que consume tabaco. 318  
 Gráfico N° 18: Distribución de los casos, según razones por las que consume tabaco. 318

- f) Distribución de los casos, según las acciones que realizarían los estudiantes para bajar los índices de consumo de tabaco en la universidad. 319
- Tabla N° 31: Distribución de los casos, según la acción de tener un espacio libre para el consumo de tabaco en la universidad. 320
- Tabla N° 32: Distribución de los casos, según la acción de prohibir el consumo de tabaco al interior de la universidad. 320
- Tabla N° 33: Distribución de los casos, según la acción de prohibir el consumo de tabaco en espacios cerrados de la universidad. 321
- Tabla N° 34: Distribución de los casos, según la acción de realizar campañas de difusión permanentes para bajar el consumo de tabaco al interior de la universidad. 321
- g) Distribución de los casos, según consumo de alcohol. 322
- Tabla N° 35: Distribución de los casos según consumo de alcohol. 322
- Gráfico N° 19: Distribución de los casos, según consumo de alcohol. 322
- h) Distribución de los casos, según cantidad de copas ingeridas cuando se consume alcohol. 323
- Tabla N° 36: Distribución de los casos, según cantidad de copas ingeridas cuando se consume alcohol. 323
- Gráfico N° 20: Distribución de los casos, según cantidad de copas ingeridas cuando se consume alcohol. 324
- i) Distribución de los casos, según frecuencia con la que los encuestados consumen alcohol. 324
- Tabla N° 37: Distribución de los casos, según frecuencia con la que los encuestados consumen alcohol. 324
- Gráfico N° 21: Distribución de los casos, según frecuencia con la que los encuestados consumen alcohol. 325
- j) Distribución de los casos, según la edad de inicio en el consumo de alcohol. 325

Tabla N° 38: Distribución de los casos, según la edad de inicio en el consumo de alcohol.	326
k) Distribución de los casos según razones por las que consume alcohol.	326
Tabla N° 39: Distribución de los casos, según razones por las que consume alcohol.	326
Gráfico N° 22: Distribución de los casos, según razones por las que consume alcohol.	327
l) Distribución de los casos, según Test de EBBA (encuesta breve del beber anormal).	327
Tabla N° 40: Distribución de los casos, según Test de EBBA (encuesta breve del beber normal).	327
m) Distribución de los casos, según el consumo de drogas.	328
Tabla N° 41: Distribución de los casos, según el consumo de drogas.	328
Gráfico N° 23: Distribución de los casos, según el consumo de drogas.	328
n) Distribución de los casos, según si los encuestados han consumido drogas alguna vez.	329
Tabla N° 42: Distribución de los casos, según si los encuestados han consumido drogas alguna vez.	329
o) Distribución de los casos, según frecuencia de consumo de drogas.	329
Tabla N° 43: Distribución de los casos, según frecuencia de consumo de drogas.	330
p) Distribución de los casos, según el tipo de droga consumida en el último mes.	330
Tabla N° 44: Distribución de los casos, según el tipo de droga consumida en el último mes.	330
q) Distribución de los casos, según edad de inicio del consumo de droga.	331
Tabla N° 45: Distribución de los casos, según edad de inicio del consumo de droga.	331

r) Distribución de los casos, según las razones por las que se consume droga. 331

Tabla N° 46: Distribución de los casos, según las razones por las que se consume droga. 331

Gráfico N° 24: Distribución de los casos, según las razones por las que se consume droga. 332

s) Distribución de los casos, según las acciones que realizarían los encuestados para bajar los índices de consumo de alcohol y drogas en la universidad. 332

Tabla N° 47: Distribución de los casos, según la acción de prohibir el consumo de alcohol y drogas al interior de la universidad. 333

Tabla N° 48: Distribución de los casos, según la acción de realizar campañas de difusión permanentes, orientadas a disminuir el consumo de alcohol y drogas entre los estudiantes. 334

Tabla N° 49: Distribución de los casos, según la acción de realizar charlas informativas. 334

Tabla N° 50: Distribución de los casos, según la acción de realizar grupos de conversación. 335

**1.11.4.5. Resultados del análisis univariado del eje temático N° 5: Promoción y prevención de los factores de riesgo de la salud.** 335

a) Distribución de los casos, respecto a si los encuestados consideran que la universidad respectiva promueve la práctica de la actividad física y el deporte además de las clases, cursos electivos deportivos y selecciones deportivas. 335

Tabla N° 51: Distribución de los casos, respecto a si los encuestados consideran que la universidad respectiva promueve la práctica de la actividad física y el deporte además de las clases, cursos electivos deportivos y selecciones deportivas. 336

b) Distribución de los casos, respecto a si los encuestados consideran que la carrera que estudian promueve la práctica de la actividad física y el deporte, además de las clases, cursos electivos deportivos y selecciones deportivas. 336

Tabla N° 52: Distribución de los casos, respecto a si los encuestados consideran que la carrera que estudian promueve la práctica de la actividad física y el deporte, además de las clases, cursos electivos deportivos y selecciones deportivas. 336

c) Distribución de los casos, respecto a si los encuestados se encuentran informados de las actividades que desarrolla su respectiva universidad para promover la prevención o disminución del sedentarismo, obesidad, consumo de tabaco, alcohol y drogas. 337

Tabla N° 53: Distribución de los casos, respecto a si los encuestados se encuentran informados de las actividades que desarrolla su respectiva universidad para promover la prevención o disminución del sedentarismo, obesidad, consumo de tabaco, alcohol y drogas. 337

337

d) Distribución de los casos, respecto a si los encuestados consideran que un profesor debe participar en actividades para enfrentar los factores de riesgo para la salud (sedentarismo, obesidad, consumo de tabaco, alcohol y drogas).

Tabla N° 54: Distribución de los casos, respecto a si los encuestados consideran que un profesor debe participar en actividades para enfrentar los factores de riesgo para la salud (sedentarismo, obesidad, consumo de tabaco, alcohol y drogas). 338

Gráfico N° 25: Distribución de los casos, respecto a si los encuestados consideran que un profesor debe participar en actividades para enfrentar los factores de riesgo para la salud (sedentarismo, obesidad, consumo de tabaco, alcohol y drogas). 339

e) Distribución de los casos, respecto a si los encuestados han participado en actividades propuestas por la respectiva universidad para enfrentar los factores de riesgo. 339

Tabla N° 55: Distribución de los casos, respecto a si los encuestados han participado en actividades propuestas por la respectiva universidad para enfrentar los factores de riesgo. 340

f) Distribución de los casos respecto a si los encuestados han participado en actividades propuestas por la respectiva Escuela, Carrera o Facultad. 340

Tabla N° 56: Distribución de los casos, respecto a si los encuestados han participado en actividades propuestas por la respectiva Escuela, Carrera o Facultad. 340

g) Distribución de los casos, respecto a si los encuestados participarían en un trabajo al interior de la respectiva universidad y/o Escuela para colaborar en la prevención y disminución de los factores de riesgo de la salud. 341

Tabla N° 57: Distribución de los casos, respecto a si los encuestados participarían en un trabajo al interior de la respectiva universidad y/o Escuela para colaborar en la prevención y disminución de los factores de riesgo de la salud. 341

Gráfico N° 26: Distribución de los casos, respecto a si los encuestados participarían en un trabajo al interior de la respectiva universidad y/o Escuela para colaborar en la prevención y disminución de los factores de riesgo de la salud. 342

**1.11.5. Resultados del análisis bivariado por carrera. 343**

**1.11.5.1. Resultados del análisis bivariado del eje temático N° 1: 343**

**Perfil de los encuestados.**

a) Distribución de los casos según estado nutricional de los estudiantes de los diferentes programas o carreras pedagógicas. 343

- Tabla N° 58: Distribución de los casos según estado nutricional de los estudiantes de los diferentes programas o carreras de Pedagogía. 345
- b) Distribución de los casos según estado nutricional por categoría de la muestra. 345
- Tabla N° 59: Distribución de los casos según estado nutricional por categoría de la muestra. 346
- c) Distribución de los casos según colegio de procedencia de las distintas carreras de Pedagogía. 347
- Tabla N° 60: Distribución de los casos según colegio de procedencia de las distintas carreras de Pedagogía. 348
- 1.11.5.2. Resultados del análisis bivariado del eje temático N° 3: Actividad física y deporte.** 348
- a) Distribución de los casos según actividad física o práctica de algún deporte en las distintas carreras de Pedagogía. 349
- Tabla N° 61: Distribución de los casos según actividad física o práctica de algún deporte en las distintas carreras de Pedagogía. 351
- b) Distribución de los casos según las razones por las que si la cantidad de actividad física o deporte por iniciativa propia es insuficiente no se aumenta la frecuencia. 351
- Tabla N° 62: Distribución de los casos según las razones por las que si la cantidad de actividad física o deporte por iniciativa propia es insuficiente, no se aumenta la frecuencia. 354
- c) Distribución de los casos según las acciones que más valoran los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía para fomentar la actividad física dentro de la respectiva universidad. 355
- Tabla N° 63: Distribución de los casos según las acciones que más valoran los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía para fomentar la actividad física dentro de la respectiva universidad. 356

**1.11.5.3. Resultados del análisis bivariado del eje temático N° 4: 357**

**Consumo de tabaco, alcohol y drogas.**

a) Distribución de los casos según si los encuestados de las distintas carreras de Pedagogía fuman o no. 357

Tabla N° 64: Distribución de los casos según si los encuestados de las distintas carreras de Pedagogía fuman o no. 358

b) Distribución de los casos, de aquellos estudiantes que declaran fumar de los distintos programas de Pedagogía. 358

Tabla N° 65: Distribución de los casos de aquellos estudiantes que declaran fumar de los distintos programas de Pedagogía. 359

c) Distribución de los casos, según la cantidad de cigarrillos que fuman los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía diariamente. 359

Tabla N° 66: Distribución de los casos según la cantidad de cigarrillos que fuman los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía diariamente. 361

d) Distribución de los casos, según la cantidad de días en que han fumado al mes los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía. 361

Tabla N° 67: Distribución de los casos según la cantidad de días en que han fumado al mes los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía. 363

e) Distribución de los casos según razones por las que los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía consumen tabaco. 363

Tabla N° 68: Distribución de los casos según razones por las que los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía consumen tabaco. 365

f) Distribución de los casos según las acciones que más valoran los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía para bajar los índices de consumo de tabaco al interior de la respectiva universidad. 365

- Tabla N° 69: Distribución de los casos según las acciones que más valoran los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía para bajar los índices de consumo de tabaco al interior de la respectiva universidad. 367
- g) Distribución de los casos según el consumo de alcohol por programa de Pedagogía. 367
- Tabla N° 70: Distribución de los casos, según el consumo de alcohol por programa de Pedagogía. 368
- h) Distribución de los casos de aquellos estudiantes de los distintos programas de Pedagogía que declaran consumir alcohol. 368
- Tabla N° 71: Distribución de los casos de aquellos estudiantes de los distintos programas de Pedagogía que declaran consumir alcohol. 369
- i) Distribución de los casos según la cantidad de copas que ingieren los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía. 369
- Tabla N° 72: Distribución de los casos, según la cantidad de copas que ingieren los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía. 370
- j) Distribución de los casos según frecuencia de consumo de alcohol de los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía. 371
- Tabla N° 73: Distribución de los casos según frecuencia de consumo de alcohol de los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía. 372
- k) Distribución de los casos según las razones por las que los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía consumen alcohol. 372
- Tabla N° 74: Distribución de los casos según las razones por las que los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía consumen alcohol. 374
- l) Distribución de los casos, según aplicación de Test de EBBA (encuesta breve del beber normal). 374

- Tabla N° 75: Distribución de los casos según aplicación de Test de EBBA (encuesta breve del beber normal). 376
- m) Distribución de los casos según las acciones que más valoran los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía para bajar los índices de consumo de alcohol y drogas al interior de la universidad. 376
- Tabla N° 76: Distribución de los casos, según las acciones que más valoran los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía para bajar los índices de consumo de alcohol y drogas al interior de la universidad. 378
- n) Distribución de los casos según si los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía consumen droga actualmente. 378
- Tabla N° 77: Distribución de los casos según si los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía consumen droga actualmente. 379
- o) Distribución de los casos según estudiantes que consumen drogas en la actualidad por carrera de Pedagogía. 380
- Tabla N° 78: Distribución de los casos según estudiantes que consumen drogas en la actualidad por carrera de Pedagogía. 380
- p) Distribución de los casos según estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía que han consumido drogas alguna vez. 381
- Tabla N° 79: Distribución de los casos según estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía que han consumido drogas alguna vez. 383
- q) Distribución de los casos, según frecuencia con la que los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía consumen drogas. 384
- Tabla N° 80: Distribución de los casos, según frecuencia con la que los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía consumen drogas. 386
- r) Distribución de los casos, según tipo de drogas consumidas por los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía en el último mes. 387

Tabla N° 81: Distribución de los casos según tipo de drogas consumidas por los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía en el último mes.	388
s) Distribución de los casos según razones por las que los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía consumen droga.	388
Tabla N 82: Distribución de los casos según razones por las que los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía consumen droga.	390
<b>1.10.5.4. Resultados del análisis bivariado del eje temático N° 5: Promoción y prevención de los factores de riesgo de la salud.</b>	390
a) Distribución de los casos, según si los estudiantes consideran que la respectiva universidad promueve la práctica de la actividad física y el deporte además de las clases, cursos electivos deportivos y selecciones deportivas.	391
Tabla N° 83: Distribución de los casos, según si los estudiantes consideran que la respectiva universidad promueve la práctica de la actividad física y el deporte además de las clases, cursos electivos deportivos y selecciones deportivas.	392
b) Distribución de los casos, según si los estudiantes consideran que la carrera en la que estudian promueve la práctica de la actividad física y el deporte además de las clases, cursos electivos deportivos y selecciones deportivas.	392
Tabla N° 84: Distribución de los casos, según si los estudiantes consideran que la carrera en la que estudian promueve la práctica de la actividad física y el deporte además de las clases, cursos electivos deportivos y selecciones deportivas.	394
c) Distribución de los casos, según si los estudiantes están informados acerca de las actividades que realiza la respectiva universidad para promover la prevención o disminución del sedentarismo, obesidad, consumo de tabaco, alcohol y drogas.	394

- Tabla N° 85: Distribución de los casos según si los estudiantes 395  
están informados acerca de las actividades que realiza la  
respectiva universidad para promover la prevención o disminución  
del sedentarismo, obesidad, consumo de tabaco, alcohol y  
drogas.
- d) Distribución de los casos según nivel de valoración de los estudiantes 396  
por carrera de Pedagogía acerca de si consideran necesario que un  
profesor deba estar preparado y participar en actividades para enfrentar  
los factores de riesgo para la salud.
- Tabla N° 86: Distribución de los casos según nivel de valoración 396  
de los estudiantes por carrera de Pedagogía acerca de si  
consideran necesario que un profesor deba estar preparado y  
participar en actividades para enfrentar los factores de riesgo para  
la salud.
- e) Distribución de los casos según si los estudiantes han participado en 397  
actividades para enfrentar los factores de riesgo para la salud  
propuestas por la propia universidad.
- Tabla N° 87: Distribución de los casos, según si los estudiantes 398  
han participado en actividades para enfrentar los factores de  
riesgo para la salud propuestas por la propia universidad.
- f) Distribución de los casos, según si los estudiantes han participado en 398  
actividades para enfrentar los factores de riesgo, propuestas por la  
Escuela, Carrera o Facultad.
- Tabla N° 88: Distribución de los casos, según si los estudiantes 399  
han participado en actividades para enfrentar los factores de  
riesgo, propuestas por la Escuela, Carrera o Facultad.
- g) Distribución de los casos, según si los estudiantes participarían en un 400  
equipo de trabajo en la propia universidad para colaborar en la  
prevención y disminución de los factores de riesgo de la salud.

Tabla N° 89: Distribución de los casos, según si los estudiantes participarían en un equipo de trabajo en la propia universidad para colaborar en la prevención y disminución de los factores de riesgo de la salud.	400
<b>1.11.6. Resultados del análisis bivariado por género.</b>	401
<b>1.11.6.1. Resultados del análisis bivariado por género del eje temático N° 1: Perfil de los encuestados.</b>	401
a) Distribución de los casos, según género en las distintas carreras de Pedagogía.	401
Tabla N° 90: Distribución de los casos, según género en las distintas carreras de Pedagogía.	402
b) Distribución de los casos, según el estado nutricional de los encuestados, tanto en hombres como en mujeres.	402
Tabla N° 91: Distribución de los casos, según el estado nutricional de los encuestados, tanto en hombres como en mujeres.	403
<b>1.11.6.2. Resultados del análisis bivariado por género del eje temático N° 3: Actividad física y deporte.</b>	403
a) Distribución de los casos, según la cantidad de actividad física o práctica de algún deporte, tanto en hombres como en mujeres.	403
Tabla N° 92: Distribución de los casos, según la cantidad de actividad física o práctica de algún deporte, tanto en hombres como en mujeres.	405
b) Distribución de los casos, según las razones por las que si los estudiantes (hombres y mujeres) consideran que la cantidad de actividad física es insuficiente, no aumentan su frecuencia.	405
Tabla N° 93: Distribución de los casos, según las razones por las que si los estudiantes (hombres y mujeres) consideran que la cantidad de actividad física es insuficiente, no aumentan su frecuencia.	406

c) Distribución de los casos, según valoración de hombres y mujeres respecto de las acciones a realizar para fomentar la actividad física al interior de la respectiva universidad. 407

Tabla N° 94: Distribución de los casos, según valoración de hombres y mujeres respecto de las acciones a realizar para fomentar la actividad física al interior de la respectiva universidad. 408

**1.11.6.3. Resultados del análisis bivariado por género del eje temático N° 4: Consumo de tabaco, alcohol y drogas.** 408

a) Distribución de los casos, según consumo de tabaco, tanto en hombres como en mujeres. 409

Tabla N° 95: Distribución de los casos, según consumo de tabaco, tanto en hombres como en mujeres. 409

b) Distribución de los casos, según cantidad de cigarrillos consumidos diariamente, tanto en hombres como en mujeres. 409

Tabla N° 96: Distribución de los casos, según cantidad de cigarrillos consumidos diariamente, tanto en hombres como en mujeres. 410

c) Distribución de los casos, según razones por las cuales los encuestados consumen tabaco, tanto en hombres como en mujeres. 410

Tabla N° 97: Distribución de los casos, según razones por las cuales los encuestados consumen tabaco, tanto en hombres como en mujeres. 411

d) Distribución de los casos, según acciones a realizar para bajar el índice de consumo de tabaco al interior de la respectiva universidad, tanto en hombres como en mujeres. 411

Tabla N° 98: Distribución de los casos, según acciones a realizar para bajar el índice de consumo de tabaco al interior de la respectiva universidad, tanto en hombres como en mujeres. 412

e) Distribución de los casos, según consumo de alcohol tanto en hombres como en mujeres. 413

- Tabla N° 99: Distribución de los casos, según consumo de alcohol tanto en hombres como en mujeres. 413
- f) Distribución de los casos, según cantidad de copas que se ingieren cuando se consume alcohol, tanto en hombres como en mujeres. 413
- Tabla N° 100: Distribución de los casos, según cantidad de copas que se ingieren cuando se consume alcohol, tanto en hombres como en mujeres. 414
- g) Distribución de los casos, según frecuencia de consumo de alcohol, tanto en hombres como en mujeres. 414
- Tabla N° 101: Distribución de los casos, según frecuencia de consumo de alcohol, tanto en hombres como en mujeres. 415
- h) Distribución de los casos, según razones por las que los encuestados consumen alcohol, tanto en hombres como en mujeres. 415
- Tabla N° 102: Distribución de los casos, según razones por las que los encuestados consumen alcohol, tanto en hombres como en mujeres. 416
- i) Distribución de los casos, según resultados del Test de EBBA para la población que sí consume alcohol, por género. 416
- Tabla N° 103: Distribución de los casos, según resultados del Test de EBBA para la población que sí consume alcohol, por género. 417
- j) Distribución de los casos, según consumo de drogas en la actualidad, tanto en hombres como en mujeres. 417
- Tabla N° 104: Distribución de los casos, según consumo de drogas en la actualidad, tanto en hombres como en mujeres. 417
- k) Distribución de los casos, según el tiempo de consumo de drogas, tanto en hombres como en mujeres. 418
- Tabla N° 105: Distribución de los casos, según el tiempo de consumo de drogas, tanto en hombres como en mujeres. 419
- l) Distribución de los casos según, frecuencia de consumo de drogas, tanto en hombres como en mujeres. 420

Tabla N° 106: Distribución de los casos, según frecuencia de consumo de drogas, tanto en hombres como en mujeres.	421
m) Distribución de los casos, según tipo de droga consumida en el último mes, tanto en hombres como en mujeres.	422
Tabla N° 107: Distribución de los casos, según tipo de droga consumida en el último mes tanto en hombres como en mujeres.	422
n) Distribución de los casos, según razones por las que los encuestados consumen drogas, tanto en hombres como en mujeres.	423
Tabla N° 108: Distribución de los casos, según razones por las que los encuestados consumen drogas, tanto en hombres como en mujeres.	423
o) Distribución de los casos, según valoración de las acciones a realizar para prohibir el consumo de alcohol y drogas al interior de la universidad, tanto en hombres como en mujeres.	424
Tabla N° 109: Distribución de los casos, según valoración de las acciones a realizar para prohibir el consumo de alcohol y drogas al interior de la universidad, tanto en hombres como en mujeres.	425
<b>1.11.6.4. Resultados del análisis bivariado por género del eje temático N° 5: Promoción y prevención de los factores de riesgo de la salud.</b>	425
a) Distribución de los casos, según si los encuestados, tanto hombres como mujeres, consideran que la universidad en la que estudian promueve la práctica de actividad física y el deporte, además de las clases, cursos electivos deportivos y selecciones deportivas.	426
Tabla N° 110: Distribución de los casos, según si los encuestados, tanto hombres como mujeres, consideran que la universidad en la que estudian promueve la práctica de actividad física y el deporte, además de las clases, cursos electivos deportivos y selecciones deportivas.	426

b) Distribución de los casos, según si los encuestados, tanto hombres como mujeres, consideran que la carrera que estudian promueve la práctica de actividad física y deporte, además de las clases, cursos electivos deportivos y selecciones deportivas. 427

Tabla N° 111: Distribución de los casos, según si los encuestados, tanto hombres como mujeres, consideran que la carrera que estudian promueve la práctica de actividad física y deporte, además de las clases, cursos electivos deportivos y selecciones deportivas. 427

c) Distribución de los casos, según nivel de información de los estudiantes, hombres y mujeres, acerca de las actividades que realiza la respectiva universidad para promover la prevención o disminución del sedentarismo, obesidad y consumo de tabaco, alcohol y drogas. 428

Tabla N° 112: Distribución de los casos, según nivel de información de los estudiantes, hombres y mujeres, acerca de las actividades que realiza la respectiva universidad para promover la prevención o disminución del sedentarismo, obesidad y consumo de tabaco, alcohol y drogas. 428

d) Distribución de los casos, según la valoración de los encuestados, hombres y mujeres, respecto de la necesidad de que un profesor deba estar preparado y participar en actividades para enfrentar los factores de riesgo para la salud. 429

Tabla N° 113: Distribución de los casos, según la valoración de los encuestados, hombres y mujeres, respecto de la necesidad de que un profesor deba estar preparado y participar en actividades para enfrentar los factores de riesgo para la salud. 429

e) Distribución de los casos, según la participación de los encuestados, hombres y mujeres, en actividades para enfrentar los factores de riesgo para la salud en la respectiva universidad. 430

Tabla N° 114: Distribución de los casos, según la participación de los encuestados, hombres y mujeres, en actividades para enfrentar los factores de riesgo para la salud en la respectiva universidad.	430
f) Distribución de los casos, según la participación de los encuestados, hombres y mujeres, en actividades para enfrentar los factores de riesgo, propuestas por la Escuela, Carrera o Facultad.	430
Tabla N° 115: Distribución de los casos, según la participación de los encuestados, hombres y mujeres, en actividades para enfrentar los factores de riesgo propuestas por la Escuela, Carrera o Facultad.	431
g) Distribución de los casos, según nivel de valoración de los encuestados, hombres y mujeres, acerca de la idea de participar en un equipo de trabajo en la universidad y/o escuela que colabore en la prevención y disminución de los factores de riesgo para la salud.	431
Tabla N° 116: Distribución de los casos, según nivel de valoración de los encuestados, hombres y mujeres, acerca de la idea de participar en un equipo de trabajo en la universidad y/o escuela que colabore en la prevención y disminución de los factores de riesgo para la salud.	432
<b>1.11.7. Resultados del análisis multivariado (árboles de clasificación) y discusión.</b>	433
Diagrama N° 1: Distribución de los casos: Estado nutricional obtenido por el cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC).	435
Diagrama N° 2: Distribución de los casos: realiza actividad física o práctica de algún deporte.	437
Diagrama N° 3: Distribución de los casos: consumo de alcohol.	441
Diagrama N° 4: Distribución de los casos: consumo de tabaco.	442
Diagrama N° 5: Distribución de los casos: consumo de drogas en la actualidad.	444

- Diagrama N° 6: Distribución de los casos: la cantidad de actividad física que realizas es insuficiente, por qué no aumentas la frecuencia. 445
- Diagrama N° 7: Distribución de los casos: prohibir el consumo de tabaco en espacios cerrados al interior de la universidad. 446
- Diagrama N° 8: Distribución de los casos: prohibir el consumo de tabaco en espacios cerrados 447
- Diagrama N° 9: Distribución de los casos: realizar campañas de difusión permanentes. 448
- Diagrama N° 10: Distribución de los casos: realizar campañas de difusión permanentes. 449
- Diagrama N° 11: Distribución de los casos: acciones a realizar para disminuir el consumo de alcohol y drogas al interior de la universidad. 450
- Diagrama N° 12: Distribución de los casos: realizar campañas de difusión permanentes, orientadas a disminuir el consumo de alcohol y drogas de los estudiantes. 452
- Diagrama N° 13: Distribución de los casos: realizar charlas informativas para disminuir el consumo de alcohol y drogas al interior de la universidad. 453
- Diagrama N° 14: Distribución de los casos: realizar grupos de conversación para disminuir el consumo de alcohol y drogas al interior de la universidad. 454
- Diagrama N° 15: Distribución de los casos: acciones para fomentar la actividad física al interior de la universidad: asignatura obligatoria tres veces por semana durante los años de estudio. 455
- Diagrama N° 16: Distribución de los casos: acciones para fomentar la actividad física dentro de la universidad: realizar programas permanentes de actividad física orientados a la salud. 457

Diagrama N° 17: Distribución de los casos: acciones para 458  
fomentar la actividad física dentro de la universidad: realizar  
campañas permanentes de difusión sobre vida saludable.

Diagrama N° 18: Distribución de los casos: acciones para 459  
fomentar la actividad física dentro de la universidad: realizar  
campañas permanentes de difusión sobre vida saludable.

Diagrama N° 19: Distribución de los casos: acciones si consideras 461  
que la universidad en la que estudias promueve la práctica de la  
actividad física y el deporte, aparte de las clases (Educación  
Física), cursos electivos deportivos y selecciones deportivas.

Diagrama N° 20: Distribución de los casos: acciones si consideras 463  
que la carrera en la que estudias promueve la práctica de la  
actividad física y el deporte, aparte de las clases (Educación  
Física), cursos electivos deportivos y selecciones deportivas.

Diagrama N° 21: Distribución de los casos: acciones si estás 465  
informado de las actividades en tu universidad, orientadas a  
promover la prevención o la disminución del sedentarismo,  
obesidad, consumo de tabaco, consumo de alcohol y drogas.

Diagrama N° 22: Distribución de los casos: acciones si consideran 467  
necesario que un profesor deba estar preparado y deba participar  
en actividades para enfrentar la problemática actual, referida al  
sedentarismo, obesidad, consumo de tabaco, consumo de alcohol  
y drogas.

Diagrama N° 23: Distribución de los casos: has participado en 469  
actividades propuestas por tu universidad, para enfrentar esta  
problemática actual referida al sedentarismo, obesidad, consumo  
de tabaco, alcohol y drogas.

Diagrama N° 24: Distribución de los casos: has participado en actividades propuestas por tu escuela, carrera o facultad, para enfrentar esta problemática actual referida al sedentarismo, obesidad, consumo de tabaco, alcohol y drogas.	470
Diagrama N° 25: Distribución de los casos: acciones si participarían en un equipo de trabajo en tu universidad y/o escuela que colabore en la prevención y disminución de los factores de riesgo de la salud: sedentarismo, obesidad, consumo de tabaco, consumo de alcohol y drogas.	471
<b>1.12. Resultados, análisis y discusión: conclusiones del estudio práctico.</b>	<b>473</b>
<b>1.12.1. Resultados y análisis del estudio práctico por eje temático.</b>	<b>474</b>
<b>1.12.1.1. Resultados y análisis del estudio práctico del eje temático N° 1: Perfil de los encuestados.</b>	<b>475</b>
<b>1.12.1.2. Resultados y análisis del estudio práctico del eje temático N° 2: Caracterización socioeconómica.</b>	<b>476</b>
<b>1.12.1.3. Resultados y análisis del estudio práctico del eje temático N° 3: Actividad física y deporte.</b>	<b>478</b>
<b>1.12.1.4. Resultados y análisis del estudio práctico del eje temático N° 4: Consumo de tabaco, alcohol y drogas.</b>	<b>479</b>
a) Respecto al consumo de tabaco.	479
b) Respecto al consumo de alcohol.	481
c) Respecto al consumo de drogas.	484
d) Acciones más valoradas por los estudiantes de los programas de Pedagogía para disminuir el sedentarismo, consumo de alcohol, drogas y tabaco en la universidad.	487
<b>1.12.1.5. Resultados y análisis del estudio práctico del eje temático N° 5: Promoción y prevención de los factores de riesgo de la salud.</b>	<b>488</b>
a) Asociación entre las variables independientes o predictoras y las variables dependientes.	489

Respecto al estado nutricional.	489
Respecto a la realización de actividad física o práctica de algún deporte.	490
Respecto a las razones por las cuales los alumnos no aumentan la frecuencia de su actividad física si la encuentran insuficiente.	491
Respecto al consumo de alcohol.	492
Respecto al consumo de tabaco.	492
Respecto al grado de valoración de los estudiantes acerca de las acciones que realizarían para disminuir el consumo de tabaco al interior de la universidad.	493
Respecto a las acciones que realizarían los estudiantes de los distintos programas de Pedagogía para disminuir el consumo de alcohol y drogas al interior de la universidad.	495
Respecto a las acciones que realizarían los estudiantes de los distintos programas de Pedagogía para fomentar la actividad física al interior de la universidad.	496
Respecto a la opinión que tienen los estudiantes de los distintos programas de Pedagogía sobre si respectiva la universidad promueve la práctica de actividad física y el deporte.	499
Respecto a la opinión que tienen los estudiantes de los distintos programas de Pedagogía, acerca de si el programa de Pedagogía que estudian, promueve la práctica de actividad física y el deporte, aparte de las clases de educación física, cursos electivos deportivos y selecciones deportivas.	500
Respecto a la opinión que tienen los estudiantes de los distintos programas de Pedagogía acerca de si están informados de las actividades en su universidad, orientadas a promover la prevención o disminuir el sedentarismo, obesidad, consumo de tabaco, alcohol y drogas.	501

Respecto a la opinión que tienen los estudiantes sobre si un profesor debe estar preparado y participar en actividades para enfrentar la problemática actual, referida al sedentarismo, obesidad, consumo de tabaco, consumo de alcohol y drogas.	502
Respecto a si los estudiantes han participado en actividades para enfrentar la problemática actual, referida al sedentarismo, obesidad, consumo de tabaco, consumo de alcohol y drogas, propuestas por la universidad y la respectiva carrera.	503
Respecto a si los estudiantes participarían en un equipo de trabajo en su universidad y/o escuela que colabore en la prevención disminución del sedentarismo, obesidad, consumo de tabaco, consumo de alcohol y drogas.	503
<b>1.12.2. Discusión de los resultados.</b>	<b>504</b>
<b>1.12.2.1. Estado nutricional.</b>	<b>504</b>
<b>1.12.2.2. Actividad Física o Deporte: Sedentarismo.</b>	<b>507</b>
<b>1.12.2.3. Consumo de tabaco.</b>	<b>516</b>
<b>1.12.2.4. Consumo de alcohol.</b>	<b>519</b>
<b>1.12.2.5. Consumo de drogas.</b>	<b>521</b>
<b>1.12.2.6. Promoción de la prevención de los factores de riesgo de la salud</b>	<b>524</b>
<b>CONCLUSIONES FINALES.</b>	<b>528</b>
<b>LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.</b>	<b>532</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.</b>	<b>534</b>
<b>ANEXOS.</b>	<b>552</b>
I. Cuestionario.	554
II. Resultados no expuestos.	560
III. Tema y Descripción de la Tesis	568



#### **iv. INTRODUCCIÓN.**

Investigar siempre es un reto para el profesional docente: por una parte, esta experiencia nos ofrece la posibilidad de profundizar algunos caminos para el desarrollo personal y, por otro, nos brinda la instancia de descubrir otras sendas desconocidas, con las cuales contribuimos a la generación de nuevos conocimientos o a la remirada de lo ya descubierto.

Para efectos del estudio es necesario que señalemos que nuestra Tesis Doctoral se sitúa en Chile, específicamente en los estudiantes universitarios de programas pedagogía, futuros profesores de dos universidades de Santiago, la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación, UMCE, y la Universidad Católica Silva Henríquez, UCSH, población de la cual no existen estudios suficientes sobre el estado actual y prevalencia de los factores de riesgo de la salud y posible adquisición de enfermedades crónicas no transmisibles. Es por ello que consideramos que las aportaciones que se dan en el transcurso de nuestra investigación cobran relevancia y validez, ya que ciertamente, no existen datos objetivos acerca de este grupo de estudio.

Aun cuando existen datos nacionales acerca de los factores de riesgo de la salud y hábitos de vida saludable, ellos no se han tenido en cuenta de manera precisa con la población de estudiantes universitarios y, menos aún, con los estudiantes de programas de pedagogía, por lo que esta investigación plantea que estos grupos debieran presentar características diferenciales, al considerar variables tales como el perfil del estudiante de pedagogía y la vocación de servicio social que se requiere para ser docente y ejercer la profesión. Para dilucidar este planteamiento, la presente investigación esboza la realización de un estudio inicial, de carácter diagnóstico e indagatorio, que esperamos ofrezca algunas luces objetivas a las autoridades de las dos casas de estudio consideradas, a los docentes involucrados directamente en el tratamiento del problema y también a los estudiantes, futuros actores de cambio del país.

Por otra parte, desde hace varios años hemos participado en la discusión académica con los docentes de distintos centros universitarios, así como también en el seno de la propia universidad en la que desarrollamos la docencia, respecto de la necesidad de buscar soluciones a partir del ejercicio de la profesión, como una vía para mejorar la calidad de la docencia y para entregar las herramientas apropiadas y necesarias a los futuros profesores, de manera que puedan abordar los problemas de salud, el mejoramiento de la calidad de vida y la carencia o insuficiencia de hábitos y estilos de vida saludable en la población escolar del sistema educacional chileno.

En este sentido, entre dichos planteles universitarios es de dominio público la situación actual acerca del aumento significativo de las enfermedades crónicas no transmisibles en Chile las cuales avanzan entre los adolescentes y jóvenes, evidenciándose con fuerza entre los universitarios estudiantes de pedagogía, lo que lo transforma en un fenómeno preocupante, puesto que son éstos últimos, precisamente, agentes directos de cambio entre los escolares del país.

La actual Presidenta de la República, señora Michelle Bachelet, ha señalado en este contexto que, además de las políticas públicas, (por cierto necesarias en un país en estado de derecho), lo central debiera ser establecer el “cómo la población hace frente a las condiciones que la enferman” (Lange y Vio, 2006).

Sin duda que esta frase es crucial en nuestro estudio, pues consideramos que se relaciona con aquellas estrategias que se utilizan para la modificación de las conductas, y que dichos cambios sean perdurables en el tiempo. Desde esta perspectiva, lo relevante sería determinar, tal como lo señala la Presidenta, cómo las personas, ciudadanos y miembros de una determinada comunidad social y cultural, enfrentan el problema de su salud de acuerdo con las condiciones que evidencian, el contexto en el cual están insertas y que, además, dichas iniciativas tengan sentido para ellas, tomando conciencia de lo que hacen y de cómo viven.

En el caso particular de Chile, el problema de la salud se transformó en uno de los desafíos políticos del país a partir de 1990, restaurada la administración democrática, provocando el impulso para el desarrollo de una Política de Estado que se basara en la promoción de la salud, y focalizada en la propensión y corrección de los hábitos y estilos de vida activa, con ambientes saludables para la población, lo que ha exigido un compromiso social de todos sus integrantes y en variadas realidades sociales y culturales: grupos humanos, familiares, institucionales, escolares y universitarios, indistintamente. A nuestro juicio, esta responsabilidad debiera recaer, con mayor energía, en aquellos organismos e instituciones que cumplen una función fundamental en la sociedad: las universidades orientadas a la formación inicial de profesores y, consecuentemente, a sus actores más relevantes, los actuales estudiantes que serán futuros docentes encargados de actuar sobre las conductas de sus alumnos y, de ser pertinente, desarrollar estrategias que logren modificarlas.

En este sentido, podemos señalar que en el año 1997 se dio inicio a un cambio de enfoque en la educación chilena, el cual se plasmó en una Reforma educacional que obligó a las universidades responsables de la formación inicial de profesores a revisar, proponer y modificar sus currícula, en pos del mejoramiento de la calidad de la educación del país y en aquellas condicionantes que pudieran afectar el proceso de formación de los adolescentes. La continuación de este cambio ha llevado a las universidades a transitar por un proceso de acreditación, donde nuevamente han debido revisar sus propuestas curriculares y modificarlas a partir del enfoque por competencias, lo que implicó detenerse no sólo en las diversas disciplinas, sino además, en los procedimientos, actitudes y valores que debiera desarrollar los futuros docentes para evidenciar sus desempeños en el nuevo contexto profesional.

Particularmente, esta renovación se ha centrado en instituciones como las que serán objeto de estudio de esta investigación, y que han tenido y tendrán en el futuro un rol preponderante en la formación inicial docente, desarrollando

profesionales que participarán activamente en el ámbito escolar del sistema educacional chileno y, como tales, tendrán una responsabilidad estatal y social en las conductas de salud de sus estudiantes. Ambas instituciones de Educación superior, en tanto organismos responsables de la formación de futuros docentes, son también partícipes fundamentales de esta preocupación, por lo que debieran poner su foco de atención en los estudiantes universitarios que atienden, ya que parece ser que esta población también se caracteriza por sus altos índices de sedentarismo, obesidad, consumidora de tabaco, drogas y exceso de alcohol.

En este sentido, nos encontraríamos con tres ámbitos de responsabilidad en materia de salud y detección de factores de riesgo, pero con un actor en común: el profesor. Como primer ámbito de responsabilidad, aparecen las universidades encargadas de la formación inicial de profesores; un segundo ámbito, referido a la unidad educativa o centro educativo en el cual estos futuros profesionales ejercerán la docencia; y un tercer ámbito, que a nuestro parecer es el fundamental, el propio estudiante.

Lo anteriormente expuesto resulta crítico si consideramos que la Reforma educacional del país ha exigido a las universidades el mejoramiento de la calidad de la educación, no sólo formando mejores profesionales con sólidos conocimientos en su disciplina, sino también desarrollando personas íntegras, capaces de ejercer la profesión docente como un ejemplo de vida para sus alumnos. En esta situación, las unidades educativas o centros educacionales tienen el llamado perentorio de que sus profesores estén preparados, por una parte, para mejorar la calidad de la educación, haciendo los esfuerzos necesarios por desarrollar hábitos y estilos de vida saludables entre sus alumnos, y por otra, que tengan incorporadas características de una cultura de salud, para así también ser capaces de traspasar las fronteras de la escuela, por medio de la participación activa del profesor como agente de cambio y trascendencia en la unidad educativa que le corresponda actuar.

Por último, respecto de la supuesta responsabilidad del estudiante, quisiéramos añadir que si bien la proliferación de universidades privadas en el país durante el último tiempo ha permitido a la población ejercer su derecho a estudiar o seguir una carrera universitaria con menos discriminación, ello se lleva a la práctica considerando indicadores diversos, los cuales en su mayoría, se relacionan con las capacidades económicas de los postulantes para pagar los costes de una educación de este tipo. Lo anterior queda en evidencia si consideramos que si bien los perfiles de ingreso y de egreso de los postulantes a las carreras de pedagogía de las universidades públicas y privadas están ya definidos, los criterios de selección no consideran necesariamente sus conductas, comportamientos y hábitos de vida para ejercer la profesión.

Dada esta situación, expresamos que el propósito del estudio se resume en dos intenciones: la primera de ellas nos llevará a profundizar en la determinación del estado actual de los factores de riesgo de la salud de los estudiantes universitarios (sedentarismo, consumo de tabaco, drogas y alcohol y la obesidad), considerando sus niveles socioeconómicos, procedencia educacional<sup>1</sup>, edades y los distintos programas de pedagogía en los que participan, refiriéndonos particularmente a las carreras de Pedagogía en Educación Física, Castellano, Matemática, Historia y Geografía y Pedagogía en Educación Básica. La segunda intención nos empuja a recabar información acerca de la visión de los estudiantes universitarios frente a la temática de la salud, ya sea en relación con las acciones que realizan sus respectivas universidades, como en cuanto a sus propias opiniones acerca de cómo abordar dicha materia.

Cabe señalar que a los efectos del análisis de los resultados obtenidos en ambos procesos no se establecerán comparaciones entre las universidades estudiadas, por lo que sólo nos referiremos a los estudiantes universitarios de pedagogía, para

---

<sup>1</sup> En el sistema educacional chileno, se refiere a establecimientos educacionales municipales, subvencionados, particular-subvencionados y particulares.

determinar qué pasa en cada uno de los grupos de estudio de los diferentes programas ya mencionados.

La presente tesis doctoral se articula en dos partes: en la primera expone la fundamentación teórica de la investigación, compuesta de seis capítulos; en tanto que la segunda parte, corresponde al estudio práctico, además de las líneas futuras de investigación, la bibliografía y los anexos correspondientes.

El primer capítulo de la fundamentación teórica se refiere al propio concepto de “salud”, término que por mucho tiempo ha revisado una perspectiva circunscrita únicamente a la ausencia de enfermedad. A partir de esta limitación conceptual revisar la visión de lo que entenderemos como integral, lo cual implica considerar epistemológicamente todas las dimensiones de lo humano, trascendiendo lo meramente físico e incorporando el plano cognitivo, el afectivo (emociones) y el motriz. Posteriormente, esta opción nos permite identificar los principales aspectos asociados a esta propuesta, y entre ellos, el concepto de actividad entendida como acción física del cuerpo humano.

Ello nos conduce a referirnos inevitablemente, a actividad saludable, ejercicio saludable y aptitud saludable, en lugar de centrarnos en términos como “actividad física”, “ejercicio físico” y “aptitud física”<sup>2</sup>, los que a la luz de nuestra propuesta de integralidad, aparecen como restringidos, o bien, son incoherentes en función de los propósitos investigativos que planteamos.

El capítulo concluye con la revisión de los beneficios que tiene para el organismo la práctica de ejercicios físicos saludables, para lo cual haremos hincapié en aquellos criterios que consideramos que van más allá de una perspectiva

---

<sup>2</sup> Hemos respetado la terminología de ejercicios físicos, aptitud física para la salud o actividad física entre otros términos de diferentes autores, aunque creemos y tenemos la convicción de que el concepto en una perspectiva integral de salud debiese referirse a ejercicios saludables, aptitud saludable, actividad saludable y no restringirlo a lo meramente físico.

morfofuncional del tema, pero que están en estrecha relación con las distintas dimensiones del ser humano en las que queremos hacer hincapié.

Por último, el capítulo nos lleva al propósito de intentar una unificación conceptual coherente con la terminología propia de la disciplina, para incorporar nuestra visión integral respecto de los diversos términos y categorías que involucran a la salud en la actualidad. Con este fin, señalaremos aquellos componentes necesarios que, a nuestro juicio, debiéramos considerar en relación con las distintas dimensiones del ser humano.

El segundo capítulo pone su foco de atención en la revisión de las conceptualizaciones y distinciones de los términos de “aptitud física” y “aptitud saludable”, a partir de la consideración de que el concepto de aptitud física sólo atiende a “lo físico”, en tanto que el de aptitud saludable se relaciona más directamente con el sentido de salud integral, el cual considera todas las dimensiones del ser humano, el contexto y su entorno biológico y sociocultural, entre otros elementos.

Por parte, profundizamos en los componentes de una aptitud saludable, entre los que mencionamos la resistencia cardiovascular, la composición corporal, la flexibilidad y la fuerza resistencia, entendidos como elementos relevantes para iniciar un proceso de mejoramiento de la aptitud saludable en las personas.

Revisamos los criterios del entrenamiento de la aptitud saludable propuestos en los planes y programas de Educación física y que toman en su esencia los principios biológicos del entrenamiento deportivo de García y col. (1996) y en los métodos y medios del entrenamiento de la aptitud saludable, revisándolos en detalle como una posible vía para llevar al plano práctico los principios antes mencionados.

Al final del capítulo, nos centramos en dos elementos de análisis. El primero de ellos; el concepto de deporte saludable, puesto que deseamos validar su rol primordial en el logro de una vida saludable. Por ello, hacemos algunas referencias particulares en torno a las distintas visiones que ha tenido el concepto de deporte y cómo éstas han podido contribuir a distorsionar el término en nuestros días. Y, por último, un segundo elemento de análisis; la revisión del concepto de alimentación saludable, en función de sus alcances en el contexto mundial y, particularmente, en la realidad chilena y en los sectores más pobres de su población.

En el tercer capítulo exponemos una revisión de los principales aspectos relacionados con las enfermedades crónicas no transmisibles y de los factores de riesgo para la salud de las personas, tema particularmente delicado si atendemos a su importancia como constante amenaza para el desarrollo económico y social de la población a nivel mundial, trascendiendo incluso a las enfermedades infecciosas como el VIH y el SIDA, la malaria y la tuberculosis, entre otras igualmente preocupantes en el contexto global.

También aportamos una reflexión sobre los factores protectores y su relación con los daños en la salud de las personas, y los factores determinantes, haciendo hincapié en los factores de riesgo para la salud lo cual nos permitirá identificarlos como una señal de alerta temprana, para emprender acciones oportunas de mejoramiento tanto de la salud, como de la calidad de vida de las personas, específicamente en el contexto de una comunidad universitaria, en primera instancia, y luego, para la salud de las personas en general.

El tercer capítulo aborda los principales elementos involucrados en las enfermedades cardiovasculares asociados a los factores de riesgo para la salud, para lo cual nos detenemos en aspectos tales como la alimentación, la hipertensión arterial (HTA), el tabaquismo, el sedentarismo, el estrés, la obesidad, la diabetes mellitus y el alcohol.

Hecha esta reflexión, profundizamos en el estado actual de los factores de riesgo de la salud en Chile, para lo cual nos concentramos esencialmente en el consumo de tabaco, el sedentarismo y la obesidad y el consumo de alcohol, ya que los consideramos de gran relevancia en el contexto de nuestra población de estudio.

En la parte final de este tercer capítulo efectuamos la revisión de los aspectos más importantes involucrados en la temática de las drogas, entendida también como factor de riesgo para la salud de las personas. Para ello, revisamos en detalle varios aspectos relacionados con el consumo de drogas desde una perspectiva histórico-cultural, para posteriormente detenernos en los tipos de consumo de drogas, las fases que se encuentran asociadas a esta adicción, los factores de riesgo y los factores protectores relacionados con el consumo de estas sustancias y, por último, el estado actual del consumo de drogas en el contexto de Chile.

El cuarto capítulo de la presente investigación tiene como propósito fundamental la revisión de los estilos saludables y la calidad de vida de las personas en los escenarios formativos, a partir de la atención sobre las consideraciones preliminares implicadas en el tema. Posteriormente, ahondamos en el concepto de escuela saludable y en el repaso de algunas de las estrategias de promoción de la salud en las escuelas latinoamericanas y la promoción de la salud en las escuelas en el contexto de Chile.

Abordamos también el concepto de universidades saludables, destacando el rol que compete a las instituciones de Educación superior en el apoyo e implementación de prácticas y estrategias para mejorar la salud y calidad de vida de sus estudiantes, docentes y funcionarios.

El capítulo concluye con el análisis de los distintos elementos anteriormente revisados, pero a la luz de la visión de integralidad que postula esta investigación, con lo cual procuramos evidenciar la dimensión colectiva, social y humana, tanto

en las universidades que forman docentes, como en los mismos profesores y los estudiantes que participan de dicha comunidad.

El último capítulo de la fundamentación teórica tiene como propósito la contextualización de la formación universitaria desde su origen, razón por la cual exponemos una breve reseña histórica de dicho proceso, para avanzar hacia el conocimiento de la Educación superior en Chile, deteniéndonos más tarde en el contexto nacional donde se insertan las dos universidades objeto de la presente investigación.

Seguidamente, efectuamos una descripción general de las dos universidades, consideradas en el presente estudio, (historia, organización universitaria, visión y misión y su modelo de formación, incluyendo los programas de pregrado que ambas dictan en la actualidad.

Consideramos que este repaso nos permitirá determinar que ambas universidades, la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación (UMCE) y la Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez (UCSH), constituyen el resultado de un cambio político, social e histórico de Chile y cómo, a partir de ese contexto, han trabajado por el mejoramiento de las competencias de los futuros docentes de nuestro país.

El capítulo continúa con el desarrollo de una aproximación al rol del docente como agente promotor de salud, haciendo hincapié en este punto en nuestra opción metodológica por trascender la visión del profesor como experto disciplinar e incorporar a ella las demandas actuales del mundo educativo, los que a nuestro entender se relacionan muy directamente con la visión de integralidad que queremos relevar a lo largo del presente estudio.

Todos los capítulos que componen la fundamentación teórica de la presente investigación concluyen con un resumen, con el propósito de reflejar sintéticamente, los distintos aspectos analizados a lo largo de cada uno de ellos,

con lo cual esperamos contribuir a la consolidación de una unificación conceptual, en coherencia con la terminología propia de la disciplina, pero también que haga eco de nuestra visión integral de la salud como principal norte para reflejar las distintas dimensiones humanas.

La fundamentación teórica concluye con la enumeración de las principales, haciendo hincapié en aquellos aspectos que, a nuestro juicio, representan los elementos más significativos a la luz de los objetivos planteados para este estudio.

La segunda parte de la presente Tesis Doctoral, se refiere al estudio práctico de los factores de riesgo de la salud en estudiantes de pedagogía en universidades chilenas y articulada: en tres bloques: el primero de ellos aborda la introducción y la fundamentación del problema, así como también los objetivos, diseño, tipo de investigación, universo y muestra del estudio, describiendo las variables que se tratarán.

El segundo presenta los instrumentos utilizados para la recolección de la información y todos los pasos correspondientes para la aplicación de los mismos; y el tercero está dedicado a la presentación y discusión de los resultados alcanzados, acompañados de los correspondientes gráficos y tablas.

Entre las conclusiones del estudio práctico, queremos subrayar las siguientes: Los estudiantes de Pedagogía manifiestan no estar informados de las acciones de prevención y disminución de los factores de riesgo de la salud presentados en este estudio; Por el contrario valoran todas las acciones que se orienten a la realización de campañas de difusión, charlas, grupos de conversación respecto del consumo de tabaco, alcohol y drogas para prevenir y disminuir los factores de riesgo de la salud en la Universidad, en este mismo sentido todos los estudiantes de pedagogía se oponen a acciones de prohibición de consumo en la universidad a excepción de los estudiantes de Pedagogía en Educación Física; La frecuencia de actividad física o practica de un deporte es de menos de tres veces a la

semana, sin embargo la razón es que no tienen tiempo para realizar actividad física. Se confirma la edad de inicio al consumo de tabaco, alcohol y drogas con estudios nacionales, sin embargo no es menor el porcentaje de estudiantes que se inicia al comienzo de sus estudios universitarios; Respecto del consumo de alcohol y tabaco de solo aquellos estudiantes que declaran consumir, son los estudiantes de Educación Física, los que más lo hacen, en el caso de los que solo consumen drogas los estudiantes que provienen de los programas de Pedagogía en Historia y Geografía y seguidamente de los Estudiantes de Pedagogía en Educación Física son los que más consumen; Mayoritariamente los estudiantes son bebedores sin riesgo, pero por otra parte, existe un gran porcentaje que está en riesgo y otro grupo no menor que se encuentran en un alto riesgo. En relación del consumo de drogas, resulta discrepante cuando se analiza el porcentaje de estudiantes que declaran consumir drogas, respecto del porcentaje declarado por los estudiantes que han consumido drogas alguna vez, este no se condice del porcentaje declarado cuando se analiza sobre el tipo de droga (marihuana) resultando mayor, creemos que es posible que se de que los consumidores de marihuana no la consideran droga.

Concluimos con la exposición de algunas líneas futuras de investigación a partir de las conclusiones finales, la bibliografía consultada y referenciada y los anexos. El procedimiento utilizado de citas y referencias bibliográficas y documentales ha sido el que establece el protocolo de normas APA, (American Psychological Association), última edición.

**I PARTE:  
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.**



## **CAPÍTULO I: LA SALUD, DESDE UNA PERSPECTIVA INTEGRAL**

### **1.1. Concepto de salud, una aproximación.**

Definir el concepto de salud y, a su vez interpretarlo, puede parecer simple, pues existen en la actualidad innumerables definiciones en áreas del conocimiento que nos acercan sin dificultad al concepto.

En este contexto Ramos (2003, p. 27), por ejemplo, nos señala al respecto que “realizar una definición sobre algo que puede ser entendido a todos los niveles es, probablemente, una de las cuestiones que con mayor facilidad se efectúa”. Sin embargo, continúa el autor, “Hablar sobre conceptos que son de difícil definición hace que nos encontremos en el polo opuesto, si además, lo que intentamos definir no se puede tocar, medir, pesar o cuantificar”. A nuestro juicio, esta fluctuación o ambigüedad en cuanto a la determinación de una definición del concepto de salud es lo que precisamente acarrea mayores dificultades metodológicas para el tratamiento de este complejo tema.

Teniendo esto en consideración, exponemos la revisión del término de salud con la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS,1946) que en su Carta Constitucional señala que la salud: “es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Sin embargo, algunos autores han realizado consideraciones particulares.

Álvarez (2007), expresa que la definición de la OMS se encuentra en un triángulo, y en sus extremos las dimensiones, físicas, mentales y sociales. Considera además que la definición de salud debe tomar en cuenta al ser humano en su totalidad, visión que compartimos plenamente.

Desde este principio fundamental surge el término de *salud holística*, que comprende en su definición las dimensiones física, mental, social, emocional y espiritual, de manera interdependiente e integradas en el ser humano, el cual funciona como una entidad completa en relación con el mundo que le rodea (Álvarez, 2007).

A este respecto, quisiéramos puntualizar que si bien para este estudio ésta sería una visión compartida, consideramos que la interdependencia no estaría supeditada a la integralidad del ser humano, en tanto éste siempre es una entidad completa que lo convierte en un todo indisoluble, inseparable en sus partes constitutivas.

Por otra parte, Devís, J.; Devís, F.J.; García; Peiró; y Sánchez, (1998), manifiestan que la palabra salud, y adjetivos como “saludables” y “sanos” se mencionan y se escuchan por doquier, adquiriendo una gran popularidad. Igualmente, dichos autores se refieren a la definición de salud aportada por la OMS en relación con la diferencia existente entre un aspecto positivo (bienestar) y otro negativo (enfermedad).

López y Frías (2002, citado por Frías, 2002, p. 23), en tanto, expresan que “el deseo de los hombres por gozar de salud, con objeto de realizar todo aquello para lo que su racionalidad les capacite, es una constante a lo largo de la historia de la humanidad. Los intentos por definirla, a pesar de su valor extraordinario y relativo, han sido y continúan siendo múltiples y pluralista”. Desde esta perspectiva, el concepto de salud tiene una complejidad que traspasa lo netamente cultural, abarcando también el factor histórico como eje fundamental a partir del cual es posible definir este término. Profundizando en esta misma cuestión, los autores señala, que el concepto de salud es dinámico, histórico y se modifica de acuerdo a la época y a las condiciones ambientales en las que nos encontramos.

Es aquí, entonces, de donde emerge la complejidad de definir e interpretar el concepto de salud en la actualidad, ya que ésta estaría fuertemente relacionada no sólo con las distintas visiones que los autores especializados ofrecen del término, sino también con la época en la cual ellos viven, siendo influenciado, al mismo tiempo, por el contexto cultural de cada grupo social del cual participa, adquiriendo el significado más pertinente de acuerdo con factores socioculturales e históricos que no siempre son compartidos por todas las comunidades humanas.

Reforzando lo anterior, Ramos (2003, p. 27) señala que el concepto de salud, “si no se circunscribe al momento histórico y al contexto cultural en el que se encuentra, adquiere un significado radicalmente diferente”, de lo que se deduce acertadamente a nuestro juicio que “por eso en cada momento que se vive, existe un pensamiento y unos valores que, unidos a unos conocimientos técnicos y desarrollo tecnológico, lo configuran”. En este mismo contexto el autor destaca de Domínguez (citado por Piédrola, 1998) que “la salud no es una identidad, una realidad en el sentido de la cosa, *res rei*, como pudiera ser una caja o una mesa” (p.27).

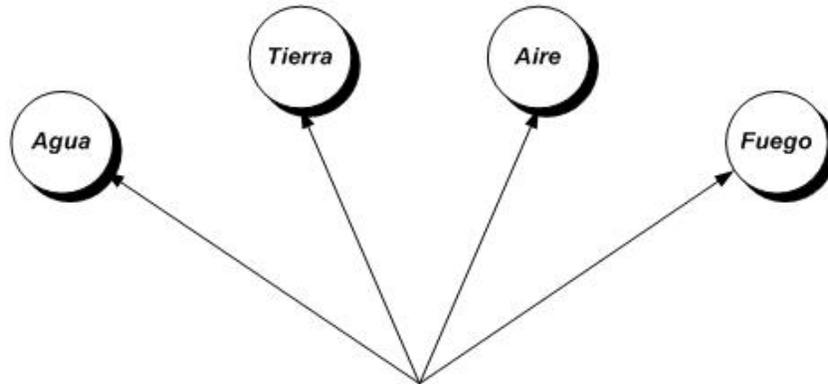
Considerando esta singularidad y reconociendo, pues, que los conceptos trascienden a sus autores, podemos señalar que hasta mediados del siglo XX la salud se distinguió por su concepción biologicista, es decir, a partir de la enfermedad. Al respecto, López y Frías (2002), manifiestan que la enfermedad se ha explicado desde distintas teorías, entre las que se cuentan la demoníaca, la mítica, la humoral, la miasmática y la microbiana.

En la *teoría demoníaca* el dolor, la enfermedad y la muerte se provocaban producto espíritus malignos. En la mitología griega, por ejemplo, existían los *dioses medicinales*, entidades divinas quienes tenían a su cargo las mejoras o curas milagrosas de los creyentes que asistían a los templos en pos de una sanación a sus dolencias. Los escritos que se conocen desde Hipócrates señalan que la medicina griega tomó distancia paulatina de la *teoría demoníaca* hasta su

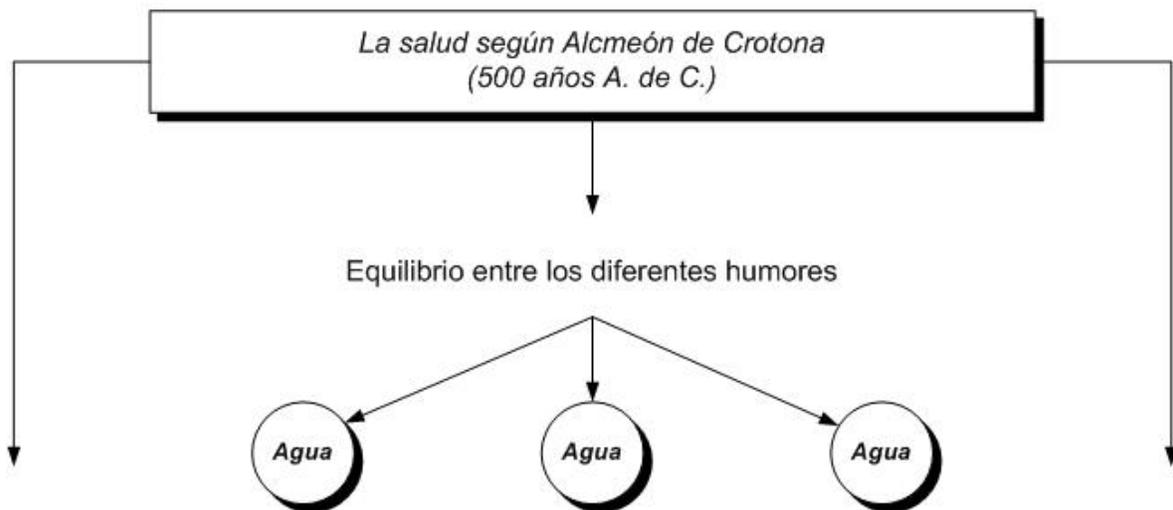
total desaparición, centrando con el tiempo su foco de atención en la objetividad, la observación y el registro de los síntomas de los enfermos.

La *teoría humoral*, por su parte, consta desde los tiempos del mismo Hipócrates y plantea que los componentes principales de donde provenían las enfermedades humanas eran: la flema, la sangre, bilis amarilla y bilis negra. En relación con la *teoría humoral*, Ramos (2003) señala que el médico griego Alcmeón de Crotona, establecía la relación de la salud con el equilibrio entre el agua, la tierra, el aire y el fuego y que, con los diferentes humores, se percibía una combinación compensada de las capacidades de las que uno y otro eran portadores (calor, sequedad, frío y humedad). En el siguiente esquema se representa el pensamiento clásico de la salud, Ramos (2003).

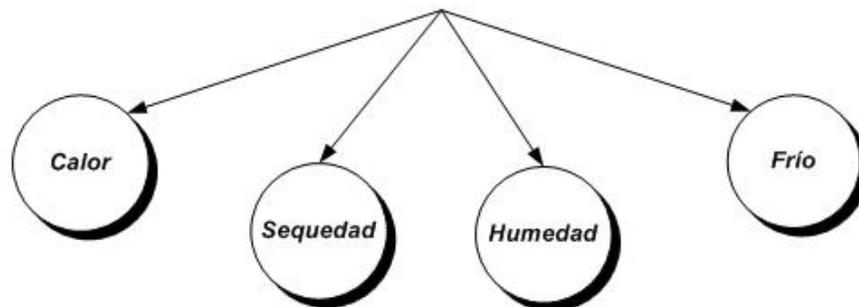
## Pensamiento clásico de la salud



Equilibrio entre los cuatro elementos principales de la vida



Mezcla equilibrada de las capacidades de uno y otro eran portadores



Así mismo, López y Frías (2002) acreditan que la evolución del concepto de salud nos remonta a la era del cólera en Europa, (entre 1828 y 1838), época en la cual el gran enemigo de la salud de la población era, el contagio. Los miasmas<sup>3</sup> (de allí el nombre de la teoría: miasmática) obligaron a la población europea a refugiarse y aislarse para prevenir las enfermedades y el contagio.

Por otra parte, López y Frías (2002) expresan que la teoría microbiana tomó fuerza hacia la mitad del siglo XX con los trabajos de Pasteur y Koch, que dieron esperanza a la humanidad respecto del dominio y control de las enfermedades, que hasta ese momento permanecían *invisibles* a los ojos humanos, descubriendo un germen que daría fuerza a los postulados de la etiología<sup>4</sup>.

La comunidad científica cuestionara fuertemente el descubrimiento de la teoría microbiana, particularmente la realizada por el epidemiólogo de la época Von Pettenkoffer. Entre los principales argumentos contrarios estaba la pretensión de encerrar en una probeta la causa del cólera, puesto que a juicio de los opositores, la única razón y causalidad de esta enfermedad era la ignorancia, la miseria, el hacinamiento y los problemas de aseo en el ambiente de la población. A pesar de esta discusión, la teoría microbiana siguió su camino y todo lo relacionado con la bacteriología y la quimioterapia son todavía elementos esenciales para el tratamiento de las enfermedades.

La discusión acerca del origen de las enfermedades mantuvo un tanto al margen la reflexión respecto del concepto mismo de salud, la cual se entendió durante mucho tiempo como la ausencia de enfermedades, es decir, y su definición no representaba materia de preocupación para los grupos sociales o científicos.

---

3 Emanación fétida que se desprende de cuerpos enfermos, de materias en descomposición o de aguas estancadas.

4 Estudio sobre las causas de las enfermedades.

Desde una perspectiva actual, y tal como hemos anticipado anteriormente, cada área del conocimiento, cada disciplina particular ha pretendido abordar el concepto de salud y de alguna forma incidir en él. Por ejemplo, Ramos (2003), expresa que, a partir de la medicina, la salud es la ausencia de enfermedad; desde la fisiología se plantea que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones; la psicología se focaliza en el equilibrio mental; la condición física en tener un nivel de eficiencia motriz; la estética, ser o parecer robusto y saludable y la religión, conseguir un estado de gracia espiritual.

No obstante lo expuesto, la mayoría de los autores coinciden y reconocen en algún momento en que el concepto y significación de salud que la OMS aportó en 1946, fue pertinente y acertado, aunque reconociendo que los tiempos van cambiando las visiones de la sociedad y de lo que entendemos respecto de temas sustanciales como es el caso de la salud.

Particularmente, López y Frías (2002); Ramos (2003) y Sánchez (1996), se refieren a la visión restringida que tiene la medicina en la definición del concepto de salud, al plantear que ésta es sólo la *ausencia de enfermedad*. Daremos a continuación la opinión de cada uno de estos autores en relación con el tema que nos atañe.

El primero de ellos reflexiona señalando que si bien en un tiempo fue importante incorporar en la definición de salud el área mental y social, existen actualmente cinco aspectos que han sido foco de críticas y discusiones profundas. A partir del postulado de la OMS, la salud:

- Es utópica.
- Equipara el bienestar a la salud.
- Expresa más un deseo que una realidad.
- Considera la salud como un estado estático e invariable.

- Es, coherentemente, una definición subjetiva procedida de una visión particular y excluyente de otras visiones más integrales.

Ramos (2003), por su parte, expresa que la definición aportada por la OMS es una de las *definiciones más antiguas y en total desuso*, pues muestra dos inconvenientes: identificar la salud con *no enfermedad y*; no permitir estados intermedios, pues sólo reconoce sujetos enfermos o sanos. Desde esta perspectiva, el anhelo de un completo bienestar o de un continuo de polos positivos y negativos (salud y enfermedad), transforma la definición de *salud en inalcanzable, subjetiva, puesto que las personas pueden estar subjetivamente bien (por fuera), pero subjetivamente mal (por dentro)*. Por último, su carácter estático, señala el autor, no permite estados intermedios: o la persona está completamente bien o no está sana.

Sánchez (1996) afirma sin embargo que la mirada de la OMS fue útil desde el punto de vista práctico de la medicina tradicional, ya que sólo promovía un enfoque dirigido a la presencia de la enfermedad, donde la población reconocía un estado saludable sólo cuando se manifestaba la enfermedad para que el médico la eliminara.

En coincidencia con lo anterior, López y Frías (2002) mencionan que entre los autores críticos del concepto de salud entregado por la OMS se encuentra Milton Terris, quien señala que la salud debe considerar dos aspectos fundamentales: uno subjetivo (*sentirse bien*), y otro objetivo (*la capacidad para la función*). Para ello, propone eliminar la palabra *completo* de la definición de la OMS, pues la salud y la enfermedad no son valores absolutos: existen distintos niveles de salud, como distintos niveles de enfermedad incluyendo la capacidad de funcionar como un aspecto objetivo. Propone un concepto de salud que emana de la OMS, pero con los alcances antes señalados. Así, para Terris (1980), la salud sería “el estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de función y no solamente la salud estaría dada por la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Como vemos, los esfuerzos de todos los especialistas están centrados en la búsqueda de un concepto de salud que tienda al equilibrio (aspecto casi inalcanzable en los tiempos actuales), respecto de factores fundamentales del bienestar humano como son la salud mental, la emoción, el movimiento, el contexto sociocultural al cual pertenecemos y a la época en que vivimos.

En la búsqueda de un concepto integral de salud, Rodríguez (1995) toma la definición de salud de Salleras (1985) y señala que la salud “sería el nivel más alto posible de bienestar físico, psicológico y social y capacidad funcional que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad” (p.16). Luego, desde una visión integral, propone y sugiere considerar algunos aspectos con mayor significancia para el concepto de salud, tal como se muestra en el siguiente listado:

- La salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino que ha de ser comprendida como una forma más positiva, de un proceso por el cual el hombre desarrolla al máximo sus capacidades actuales y potencialidades, tendiendo a la plenitud de su autorrealización como entidad personal y como entidad social (San Martín, 1985).
- El concepto de salud es dinámico y cambiante, y su contenido varía en función de las condiciones históricas, culturales y sociales de la comunidad que la formula y/o que lo acepta (De Miguel, 1985).
- La salud es un derecho de la persona como tal y como miembro de la comunidad, pero además, es una responsabilidad personal que debe ser fomentada y promocionada por la sociedad y sus instituciones (Font, 1976). En consecuencia hay que promover en el individuo igualmente la autorresponsabilidad para defender, mantener y mejorar la salud,

fomentando la mayor autonomía posible respecto al sistema sanitario (Barriga, 1988).

- La promoción de la salud es una tarea interdisciplinaria que exige la coordinación de las aportaciones científico-técnicas de distintos tipos de profesionales .
- La salud es un problema social y un problema político, cuyo planteamiento y solución pasa, necesariamente, por la participación activa y solidaria de la comunidad (Font, 1976).

De estas apreciaciones inferimos que la búsqueda por el equilibrio en la vida de los seres humanos y su responsabilidad individual respecto de la salud (adoptando e incorporando hábitos y comportamientos que modifiquen conductas), requiere de la incorporación de una visión más global y acciones específicas con sentido, que permitan modificar los patrones de acción o los hábitos que atentan contra la existencia de las personas.

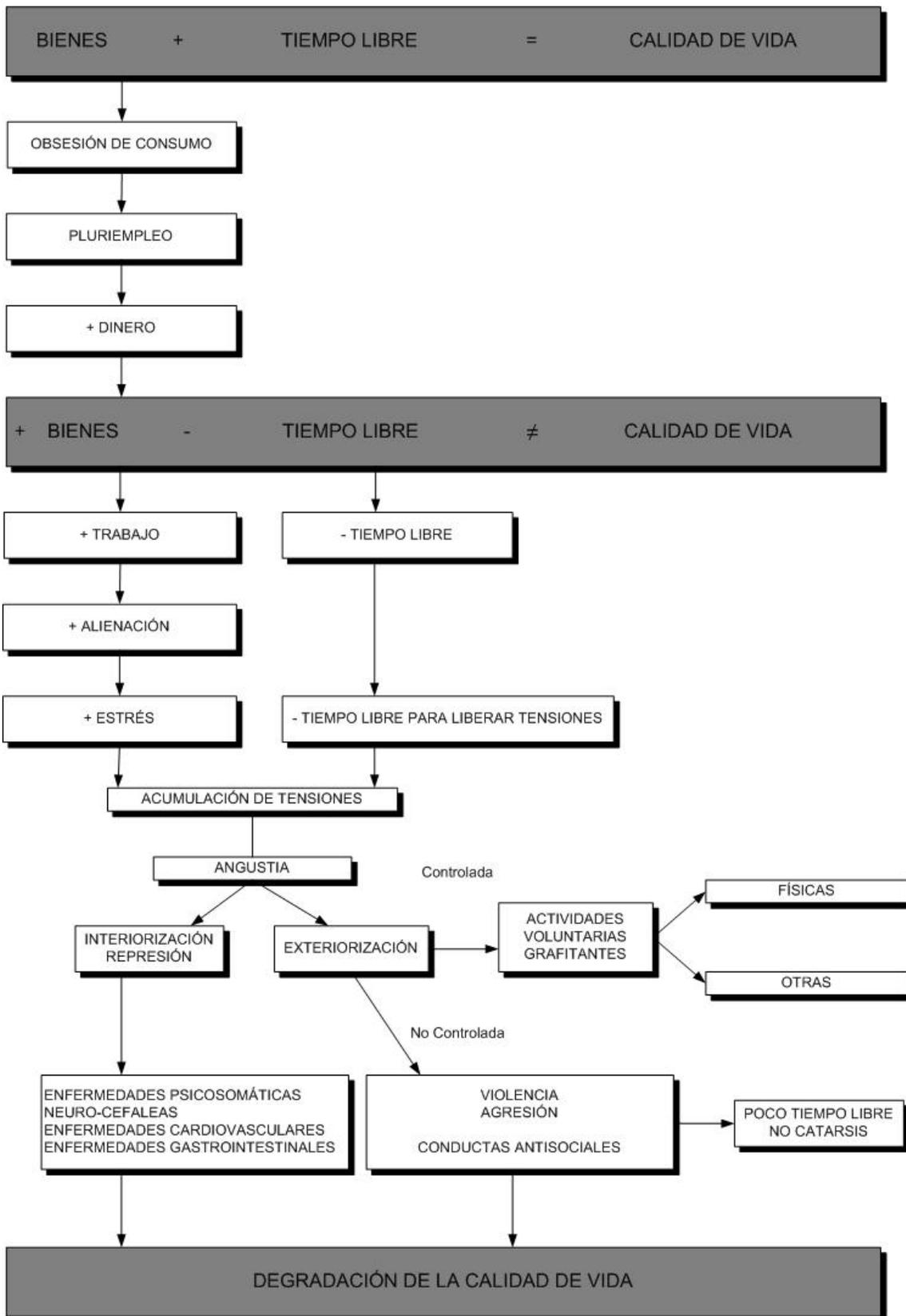
En este contexto y en relación con los aspectos significativos de la salud, Sánchez, (1996) destaca como importantes tres consideraciones:

- La primera de ellas es la responsabilidad del individuo como un ser autónomo, entendiendo esto como la adopción de unos u otros hábitos comportamentales, que se relacionan con una serie de aspectos, los que influyen notablemente en la salud de la persona.
- Un segundo elemento según este planteamiento acerca de la salud del individuo y la salud colectiva, es que no solamente es competente el cuerpo médico, ya que puede y debe ser, afrontada, además, por otras visiones, como por ejemplo, la de la Psicología de la Salud. Un enfoque como éste permite el ingreso de un sinnúmero de especialistas que se encuentran

vinculados al tema, no solamente con el proceso de curación de enfermedades, sino que también con conductas personales y grupales que tienen una contribución significativa de la concepción integral y positiva de la salud.

Reforzando esta argumentación, presentamos un esquema acerca de la dinámica de la sociedad de consumo de Ramos (2003) y de cómo ella influye sobre el comportamiento de las personas, afectando su salud y, por consiguiente, su calidad de vida.

## DINÁMICA DE LA SOCIEDAD DE CONSUMO.



Por último, Sánchez (1996) plantea como tercer punto que una concepción dinámica de la salud sería mucho más adecuada, ya que la rapidez con que evolucionan los acontecimientos en las sociedades avanzadas contemporáneas hace surgir nuevos retos, cuya superación exige a las personas ser capaces de aportar, continuamente, nuevas soluciones.

Coincidimos plenamente con dicho autor al manifestar igualmente que, en su conjunto, los aspectos comentados conforman una concepción de salud notablemente vinculada al concepto de calidad de vida. Desde esta perspectiva, se considera la dimensionalidad física, psicológica y social de la salud. Bouchard y col. (1990) (citado por Sánchez 1996, p. 23) expresan que “se pueden contemplar dos extremos absolutamente contrapuestos: por una parte, un estado de signo positivo, y por otra, un estado de signo negativo. Frente al paradigma de salud perfecta o enfermedad, este modelo plantea la posibilidad de muy diversos estados de salud de acuerdo a la ubicación del individuo en cada escala bipolar, correspondiente a cada una de las dimensiones bio-psicosociales que definen la salud”. Es necesario y de acuerdo con lo planteado explicitar en esta visión la importancia de la afectividad, elemento que se refleja en las emociones, aspecto relevante para nosotros en un estado de salud integral.

Dados estos antecedentes y luego de haber realizado la revisión de las distintas definiciones y visiones en torno al concepto de salud en la búsqueda de una definición integral, queremos señalar que nos identificamos con la aportada por San Martín y Pastor, quienes señalan que la salud es “un estado relativo, es decir, como un estado de salud-enfermedad dinámico, variable, individual y colectivo, producto, también dinámico y variable, de todos los determinantes sociales genéticos, biológicos y ecológicos que se originan en la sociedad, se distribuyen socialmente y se expresan en nuestra biología” (Ramos, 2003, p. 33).

Al analizar Ramos (2003) el concepto de salud de San Martín y Pastor (1998), hace notar que existen varios aspectos particularmente importantes de considerar:

- El estado de salud no puede ser absoluto, ya que es inseparable del ambiente y éste es variable, al igual que el propio ser humano.
- Por la misma razón, no existe límite neto entre la salud y la enfermedad.
- Existen al menos tres componentes relevantes: uno subjetivo (bienestar); otro objetivo (capacidad para la función); y por último, el ecológico (adaptación biológica, mental y social del individuo).

No obstante, no quisiéramos dejar de mencionar el aspecto emocional que está en estrecha relación con la dimensión de la afectividad. Pues desde una concepción de salud integral, que va a estar presente a lo largo del presente trabajo, quisiéramos señalar que debe incorporar los aspectos afectivos, sociohistóricos, culturales y económicos que afectan e involucran la salud humana en su más amplio sentido, lo que nos lleva a deducir que las concepciones antes revisadas siempre estarán subordinadas a la historicidad, al grupo, a la cultura, al contexto, a las contingencias y al avance del conocimiento y, al mismo tiempo, a la dinámica del lenguaje.

Finalmente, consideramos que el concepto de salud y la salud misma no debieran tratarse sólo desde algunas dimensiones del ser humano, sino que por el contrario, deben abarcar aspectos integrales y profundos, acordes a la complejidad humana, considerando aspectos tales como:

- Condiciones de vida.
- El entorno biológico sociocultural, y económico.
- Emocionales.
- Espirituales y mentales.

## **1.2. Actividad saludable, ejercicio saludable, aptitud saludable.**

En este apartado nos referimos inicialmente al acercamiento de la educación física y de la actividad física a la salud, continuando con una revisión de los conceptos de Actividad Física, Aptitud Física y Ejercicio Físico planteados por diferentes autores y, finalmente, a términos que a nuestro juicio resguarden la coherencia conceptual respecto del concepto de salud integral.

La estrecha conexión en la actualidad entre salud y Educación Física es notoriamente predominante en la primera mitad del siglo XX y en la década de los setenta. Sin duda que este acercamiento de la Educación física y la salud ha sido necesario, con mayor o menor énfasis, a lo largo de distintas épocas. En la actualidad, dicha proximidad se ha producido por una preocupación mundial en el área de la salud, por la aparición y aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles, las que según la OMS para el año 2020 se proyecta que representarán el 70% de morbilidad mundial.

Una de estas enfermedades que representa esta problemática son los accidentes cardiovasculares, que son producto y están en estricta relación con el aumento del sedentarismo, el consumo de tabaco, la obesidad y la escasa actividad física de la población. Lo anterior, a nuestro juicio, lleva a la necesidad actual de este acercamiento entre actividad física y salud, desde una visión integral y no sólo funcional.

Para dar sustento a esta afirmación, consideramos velar porque el concepto de salud que se utilice sea el mas apropiado y, sobre todo, evidencie una mirada integral del ser humano como la ya planteada.

Lo anterior no resulta una tarea fácil, sobre todo si consideramos que la literatura en todo este tiempo y el lenguaje habitual de los especialistas en Educación Física

y en Actividad Física y en Deporte han tendido a homologar términos tales como *actividad física, aptitud física, condición física, preparación física y ejercicio físico*.

En el mismo contexto y a la luz de los antecedentes recabados, esta relación entre actividad física y salud se evidencia aún más estrecha si consideramos conceptos tales como *condición física para la salud, actividad física orientada a la salud, ejercicio físico saludable, aptitud física asociada a la salud o para la salud*.

A nuestro juicio, es evidente que los autores y especialistas dedicados a este tema, han tratado a través de distintas definiciones de establecer un vínculo que ponga el foco en la importancia de la relación entre la salud y la Educación física, aunque muchas veces ello conlleve a tratar con una terminología compleja y de difícil argumentación.

Lo propio ha ocurrido con conceptos tales como actividad física y ejercicio ¿físico?. En efecto, Álvarez (2007) señala que actualmente existe desconcierto y confusión acerca de estos conceptos. Un gran número de profesionales y educadores usan estos términos como sinónimos. Esta confusión estuvo presente durante muchos años entre los investigadores epidemiológicos, quienes los concebían como sinónimos.

Dicho autor plantea que en el momento y como consecuencia de la publicación del artículo de Capersen, Powel y Christenson (1985), se realizó una propuesta de definición de los conceptos de actividad física, ejercicio y aptitud física. De acuerdo con estos investigadores, la actividad física puede ser concebida como el movimiento corporal de cualquier tipo, derivado de la contracción muscular y que conduce a un aumento importante del consumo energético de la persona o también cualquier movimiento o actividad corporal provocado por los músculos esqueléticos como consecuencia del gasto energético.

Ramos (2003) señala que, desde esta visión, una actividad física es andar, bailar, limpiar la casa, entre otras cosas del diario vivir, y que es la noción que se encuentra incorporada por varios autores en la relación entre actividad física y condición física del individuo.

Resaltamos el aporte de Romero (2006, p. 21), cuando expone que “la palabra físico proviene del latín *physicus*, la que a su vez procede del griego *phisos* y que deriva de *phycis*: Movimiento del cuerpo del ser humano compuesto por una materia que aparece de diferente forma: la *psyke* y el *soma*, cuya manifestación expresiva es el *dynamis*”. Por lo tanto, el movimiento establece una conexión entre la *psiquis* y la *phycis*, como un principio integral y único que hace posible su existencia. A su vez en este análisis dicho autor expresa que Ríos (1999) plantea que la actividad física permite realzar la importancia del actuar tangible y observable de la corporeidad del ser humano.

Así mismo, Devis (2000) se refiere al término como cualquier movimiento corporal que provoca un gasto energético y proporciona una experiencia individual que permite interactuar con los demás y el medio, lo cual nos incita a pensar que un concepto sobre actividad física debiera integrar otras dimensiones que participan en el ser humano, como la biológica, la personal y la sociocultural.

A la vez, Álvarez (2007) presenta un acercamiento desde la dimensión personal, al considerar que la mayoría de las experiencias que vive el ser humano se deben a su capacidad natural para moverse. Estando de acuerdo con este postulado, únicamente quisiéramos señalar que no sólo son las experiencias que éste vive, sino también las que ha vivido las que representan factores importantes de la actividad física, puesto que éstas últimas también le permitirán satisfacer y enfrentar de mejor manera sus necesidades básicas y las posibles exigencias futuras.

Respecto de la dimensión sociocultural, estaría referida a la interacción con el entorno en el cual conviven las personas, tanto de manera individual, como colectiva.

Acerca de esta mirada integradora, Romero (2006) expone que Arráez y Romero (2002) definen el concepto de actividad física como “una acción corporal a través del movimiento que, de manera general, puede tener una cierta intencionalidad o no deportiva, recreativa, terapéutica, utilitaria, etc., o simplemente puede ser una actividad cotidiana del individuo”.

Un último elemento por considerar es el que aporta Kent (2003), quien afirma que se entiende por actividad física “cualquier forma de movimiento corporal que tiene una demanda metabólica significativa”, refiriéndose al entrenamiento para competiciones deportivas, actividad en trabajos agotadores, las labores del hogar y actividades de ocio no deportivas que conllevan a un esfuerzo físico (p. 18).

Ahora bien, en relación a la aptitud física, es importante señalar que la Reforma educacional de Chile iniciada en 1990, consideró para el subsector de educación física que las orientaciones para la Educación media se enfocarían en el desarrollo integral de los alumnos, específicamente satisfaciendo necesidades propias del sector, es decir, no sólo en el desarrollo motor, sino también abarcando las capacidades reflexivas y críticas de los estudiantes.

Con ello, se pretendió que los alumnos tomaran conciencia de la finalidad, el sentido y las consecuencias biológicas, psicológicas, sociales y culturales asociadas a las prácticas recreativas y físico-deportivas para una mejora de su salud.

A partir de esto se incorporaron tres ejes que dieron sustento a esta nueva perspectiva que considera los siguientes elementos:

- Aptitud Física y Calidad de Vida Asociada a la Salud.
- Deportes y Actividades de Expresión Motriz.
- Vida en Contacto con la Naturaleza.

De ellos, el primero constituye el eje transversal de este nuevo enfoque y debe cruzar todo el currículo escolar en Educación física. Por esto, de su orientación dependerá, en gran medida, que los estudiantes al terminar su educación primaria cuenten con las herramientas necesarias para mejorar su calidad y hábitos de vida activa saludable a través de la sistematización y realización de programas orientados a mejorar la salud.

A partir de este contexto, el Ministerio de Educación de Chile [MINEDUC] (1998), ha definido y entregado distintas orientaciones en sus Planes y Programas de Educación física desde el segundo ciclo (que corresponde de 5° a 8° de Educación básica), así como de 1° a 4° año de Educación media, para tratar el eje de aptitud física y calidad de vida asociada a la salud.

La aptitud física en el ámbito escolar chileno representa el desarrollo de las capacidades físicas, en relación con el mejoramiento de la salud y la calidad de vida, considerándose como funciones primordiales: la resistencia cardiorrespiratoria, la composición corporal, la fuerza resistencia fundamentalmente de los músculos abdominales, espalda baja e isquiotibiales y la flexibilidad. A nuestro juicio, el término en cuestión no se define con claridad, porque lo incorpora como algo importante para la salud, pero indicando sólo orientaciones en ocasiones confusas para su aplicación, potenciando interpretaciones particulares.

Al respecto, Álvarez (2007) indica que el término *aptitud física para la salud* no ha tenido la profundización necesaria entre los círculos profesionales y especialistas y que, por el contrario, ha confundido más a los que no trabajan en el área. Para clarificar esta confusión, el mencionado autor acoge la definición de Falls, Baylor y

Dishman (1988) acerca de la aptitud física para la salud y señala que corresponde a un estado biológico ideal por alcanzar con la práctica del ejercicio, lo que redundaría en cierta protección contra enfermedades de tipo degenerativo como lo son las enfermedades cardiovasculares, la obesidad y varios desordenes músculo–esqueléticos (enfermedades también llamadas *hipokinéticas* o *hipocinéticas*<sup>5</sup>).

De Romero (2006, pp. 79-80) tomaremos tres definiciones que consideramos importantes mencionar para efectos de este análisis y para la aproximación al concepto de aptitud saludable.

La primera de ellas es la visión de Corbin y col. (2000), quien entiende la aptitud física como la habilidad que tiene cada persona de realizar *las tareas que demandan la vida diaria*, con el objetivo final de mejorar su calidad de vida y el de su salud.

La segunda es la que nos aporta Pate (1988), quien entiende la aptitud física como un estado caracterizado por:

- una destreza para realizar actividades diarias con vigor, y
- una demostración de las características y capacidades que están asociadas con un bajo riesgo para el desarrollo de enfermedades hipocinéticas.

Una tercera perspectiva es la de Nieman (1986), quien entiende la aptitud física como "un estado de energía dinámica y de vitalidad que nos capacita/permite no solamente llevar a cabo nuestras tareas diarias, practicar actividades recreativas y encarar emergencias imprevistas, sino también nos ayuda a prevenir las

---

5 Se trata de enfermedades relacionadas con bajos niveles de gasto energético en individuos sedentarios. La hipocinesia se ha identificado como un factor de riesgo para el origen y progresión de varias enfermedades crónicas muy difundidas, como es el caso de las cardiopatías, la diabetes, la obesidad y la lumbalgia.

enfermedades hipocinéticas, mientras se funciona a niveles óptimos de la capacidad intelectual y experimentar el disfrute de la vida” (p. 80).

La mayoría de los autores aquí presentados coinciden en que los beneficios de tener una *aptitud física óptima* se relacionan con un estado personal, integral, de habilidad del diario vivir con vigor, mismas que propenden hacia la prevención de enfermedades y a tener una mejor salud.

Por otra parte, Caspersen y col. (1985, pp. 126-131) definen el ejercicio físico como “una actividad física concebida, constituida y repetitiva, cuyo objetivo es lograr, conservar o mejorar uno o más componentes de la forma física”.

Coincidiendo con ellos, Corbin (2000) citado en Romero (2006, p. 82) lo define como “una actividad física de tiempo libre, dirigida con la intención de desarrollar aptitud física”.

Por su parte, Howard (2003) nos dice el mismo autor, relaciona el *ejercicio físico* con las actividades que incorporan la fuerza, debido a los músculos que se activan con ellas. Estas actividades pueden ser de cualquier orden, es decir, comprenden las tareas diarias, el trabajo, la recreación y los deportes competitivos, entre muchas otras.

Al revisar estas definiciones podemos constatar el impacto beneficioso que representa para la salud la ejecución de ejercicios físicos, caracterizándose por su sistematicidad, planificación, intensidad, volúmenes, carga moderada y frecuencia de realización, con lo que se persigue una mejora, para algunos, de la forma física<sup>6</sup> o aptitud física.

---

6 Para autores como Ramos (2003), la forma física se relacionaría con la capacidad para llevar a cabo las tareas cotidianas de forma adecuada, sin fatigarse, disponiendo de energía suficiente para disfrutar de las actividades de ocio y poder resolver situaciones imprevistas que requieran un esfuerzo suplementario.

Consideramos que la revisión conceptual realizada destaca precisamente el rasgo de integralidad del concepto de salud que hemos tratado de evidenciar en esta investigación, por cuanto dichos términos nos vinculan con la persona que concebimos, en donde la actividad física, el ejercicio físico y la aptitud física están dados por el sentido mismo de salud integral y no solamente por lo físico.

Para dar sustento a estas apreciaciones y para fundamentar un concepto integral consideramos pertinente para este estudio detenernos en una propuesta conceptual que resguarde la visión de salud integral desde la significancia de la motricidad humana.

Ello resulta relevante a la luz de los planteamientos de autores como Morin (2005), Sergio (1989, 2003) el de la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación Española (2004) que realzan la visión unitaria y, al mismo tiempo, multidimensional del ser humano, implicando de esta forma que aquello que sustenta su comportamiento está dado por su capacidad de acción en un contexto siempre variable y caótico. Al atender a esta posición respecto de la motricidad humana consideramos que se supera el paradigma mecanicista y determinista tradicional que ha potenciado, fundamentalmente, una aproximación simple y fragmentada, no sólo de la salud del ser humano, sino de todo lo que se configura como mundo significativo para él.

En el contexto de la Educación física lo anterior se ha traducido, por ejemplo, en una supremacía conceptual propia de la física mecánica, con un marcado énfasis en lo instrumental y en la parcialidad del comportamiento y de las características del mismo (Toro, 2006).

Este énfasis puede apreciarse claramente en el concepto de salud tradicional anteriormente revisado, al igual que en los de actividad física, ejercicio físico y aptitud física. Toda esta terminología presenta, a la luz de los planteamientos

aportados en los párrafos precedentes, una incoherencia e incapacidad significativa o semiótica para dar cuenta de aquello referenciado o pretendido como significado.

Es por ello que para efectos de este estudio insistimos en que la calificación de una determinada actividad entendida como física estaría dada por el sentido de la salud y no necesariamente por el aspecto físico. Desde esta perspectiva, si consideramos una visión integral del ser humano y los procesos de estructuración lingüística y conceptual propias de las ciencias y de la epistemología, lo más pertinente sería hablar, coherentemente, de *actividad saludable*, *ejercicio saludable* y *aptitud saludable*, en lugar de *actividad física*, *ejercicio físico* y *aptitud física*.

Desde esta perspectiva, para efectos de esta investigación, entenderemos:

- La actividad saludable, como todo aquel esfuerzo sistemático que contemple una mejora intencionada, con sentido y consciente en el estado de salud, en todas las dimensiones del individuo (cognitivo, afectivo y motriz) y la relación con su entorno bio-sociocultural.
- Ejercicio saludable es el esfuerzo programado, que se realiza sistemáticamente, con sentido y conscientemente, variando la frecuencia, intensidad y el volumen de carga del esfuerzo para provocar una adaptación orgánica, seguida de cambios funcionales y estructurales en todas las dimensiones (cognitivo, afectivo y motriz) del individuo, que incidirán en la salud de ellos y en una mejor calidad de vida y la relación con su entorno bio-sociocultural.
- Aptitud saludable, habilidad y conjunto de atributos individuales, en lo cognitivo, afectivo y motriz que poseen los individuos para realizar una actividad saludable o un ejercicio saludable con energía y vigor, en el diario

vivir, actividades recreativas y deportivas en beneficio de una mejor calidad de vida y la relación con su entorno bío-sociocultural.

### **1.3 Beneficios en el organismo de la práctica de un ejercicio saludable.**

“Las diferentes partes del organismo que cumplen una función para mantenerse sanos, deben ser utilizadas y ejercitadas con el trabajo, de manera que se mantengan bien desarrolladas y envejecan más lentamente. En cambio si no se utilizan, se convierten en enfermizas, su desarrollo no es óptimo y envejecen antes de tiempo” (Hipócrates, 460 a.C.-377 a.C.).

Desde tiempos muy remotos se consideraba que la realización de ejercicios tenía relación con la prevención de las enfermedades y un estado óptimo de salud. Pese a ello, en la actualidad ello genera dificultades para referirse a temas como el que nos ocupa, por cuanto resulta complejo determinar cómo la población toma conciencia de que tener hábitos de vida saludables (realizar ejercicios saludables, llevar una alimentación adecuada, detener el consumo tabaco, alcohol y drogas, entre otros factores) puede repercutir beneficiosamente en su salud y calidad de vida.

Ramos (2003) nos aproxima a esta problemática señalando que todas las investigaciones han tratado de poner de manifiesto una relación *causa-efecto* del ejercicio en la prevención de enfermedades. Pero para esto “se debe demostrar que el efecto *ejercicio sobre la salud* no es causado por otros factores que no sean los propios del ejercicio” (p.109).

En este sentido, consideramos importante señalar que si bien es difícil comprobar esta relación, no es menos cierto que la práctica del ejercicio físico no es suficiente para tener una buena salud. Podemos realizar ejercicios para sentirnos mejor, pero igualmente existen variables que no dependen de nosotros mismos o

del ejercicio propiamente tal, como es el caso del entorno social y cultural en el cual está inserto el individuo o su nivel socioeconómico y sus experiencias de vida.

En el caso de Chile, por ejemplo, el incremento demográfico ha dado como resultado una población que envejece cada día y que, además, envejece enferma, debido al elevado porcentaje de enfermedades crónicas no transmisibles producidas por los estilos de vida actuales de nuestra sociedad.

Al respecto, Bahamondes, Vio y Salinas (2004) nos expresan que todos los antecedentes internacionales indican que los índices sedentarismo en la población chilena son extremadamente altos. Estos datos han sido recabados en la Encuesta Nacional de Caracterización Socioeconómica (CASEN, 2000), los cuales señalan que sólo el 8.6% de la población chilena mayor de seis años realiza ejercicios durante tres veces o más veces a la semana; alcanzando solamente un 11% del total en los hombres y un 6,7% en las mujeres que realizan actividad saludable. Otros antecedentes indican que en la zona sur del país hay una prevalencia de sedentarismo de un 93%, mientras que en el extremo norte esta cifra asciende a un 85%.

Como vemos, a pesar de toda la información existente y fundamentada acerca de los beneficios de la realización de ejercicios saludables y de la constante difusión para incentivar a la población a mejorar sus estilos de vida, lo cierto es que los índices de sedentarismo no parecen modificarse positivamente, sino que por el contrario, se incrementan.

Queremos resaltar que un ejercicio saludable no siempre puede provocar beneficios en la salud. En efecto, para que el ejercicio sea realmente beneficioso debe cumplir con ciertos aspectos fundamentales:

- El propósito consciente que tenga la persona para realizar e incorporar en su vida el hábito de realizar actividades y ejercicios saludables.

- La voluntad de querer hacer ejercicio saludable, en oposición a lo que sería un ejercicio impuesto por otros.
- Al iniciar un ejercicio saludable, tener en consideración aspectos de las personas tales como su edad, su capacidad orgánica funcional y sus antecedentes clínicos y deportivos.

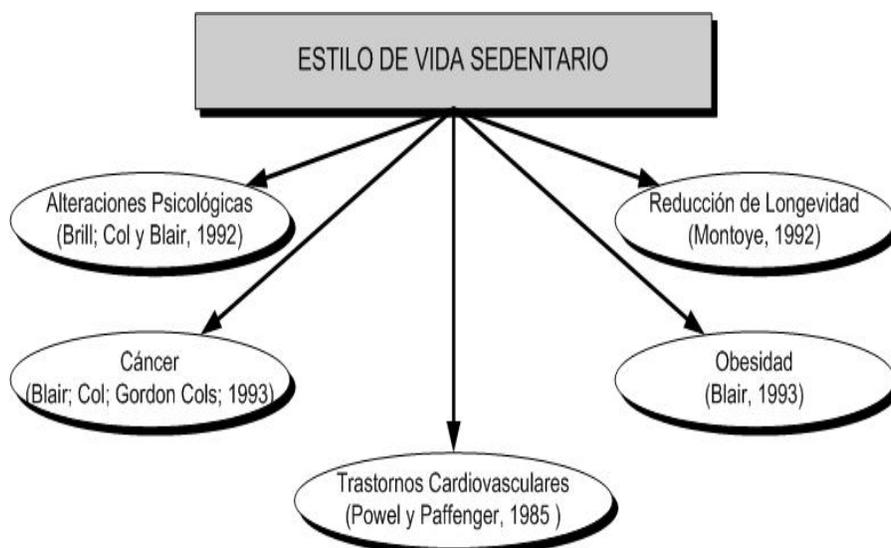
Complementariamente, a nuestro juicio un ejercicio saludable también debiera considerar:

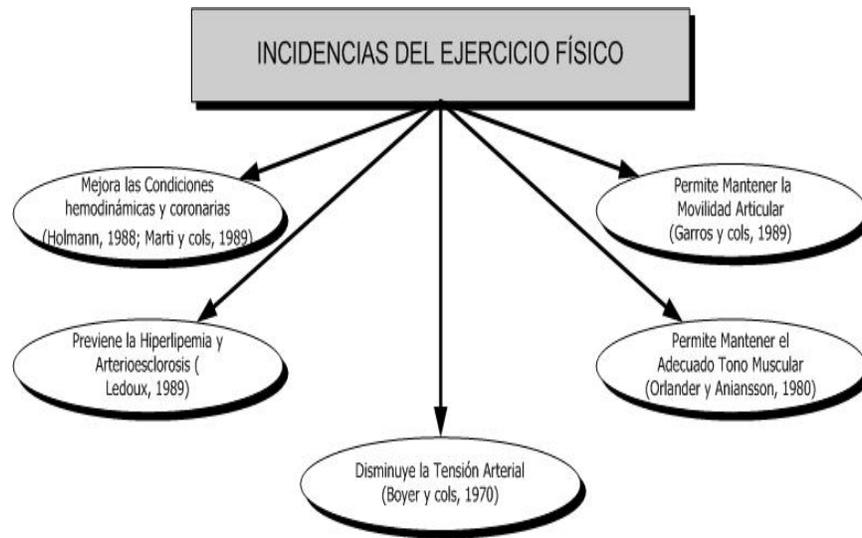
- Una planificación adecuada que respete la individualidad y capacidad de cada persona; y sobre todo,
- Utilizar principios, métodos y medios de entrenamiento que provoquen cambios progresivos de adaptación del organismo en función de la práctica de ejercicios saludables, de progreso, o bien, de mantenimiento a nivel orgánico funcional en todas sus dimensiones (física, psíquica, afectiva, del entorno, etc.).

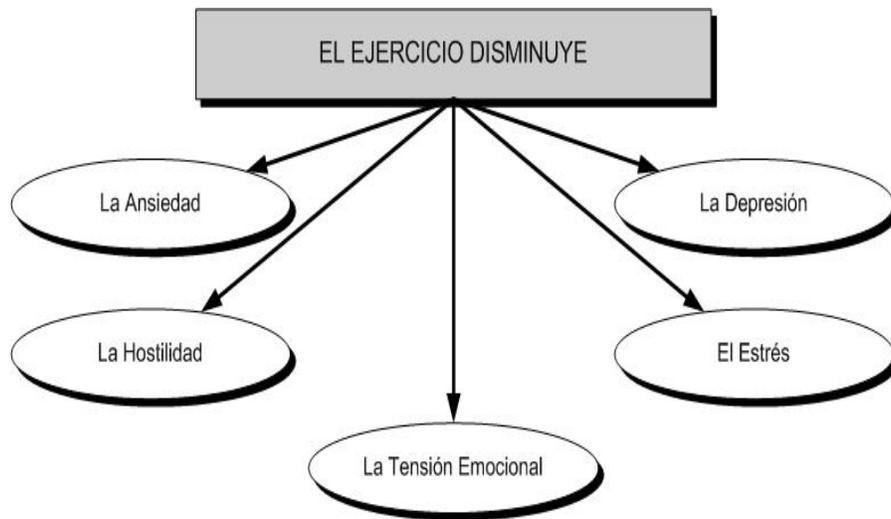
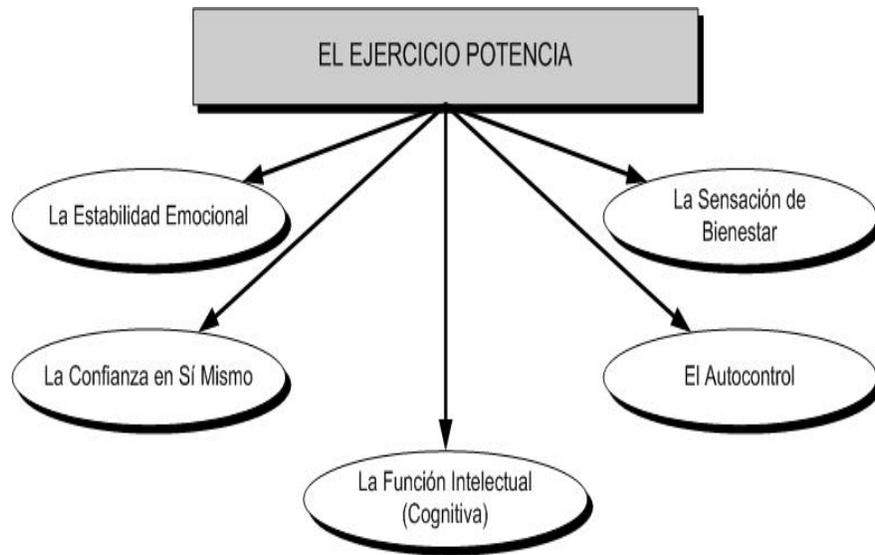
Desde esta perspectiva y tomando en consideración los puntos mencionados anteriormente, coincidimos con Ramos (2003) cuando expresa que no existe ninguna prueba aparente de que un plan bien programado de ejercicios pueda ser dañino para la salud, y que sí las tenemos de que éste puede ser absolutamente provechoso. De lo anterior se puede desprender lo arriesgado que puede ser para la salud humana el mantenerse inactivo, en lugar de realizar ejercicios frecuentemente.

El mismo autor nos señala que entre las consecuencias de la no realización de ejercicios, está la degeneración hipocinética del adulto, “trastorno caracterizado por la disminución de la capacidad funcional de varios órganos y sistemas. La falta de movimiento es responsable a cualquier edad, pero de forma manifiesta en los que empiezan a entrar en años, de una serie de situaciones como lo es la osteoporosis, la atrofia muscular, la pérdida de la flexibilidad articular, el aparato cardiovascular y el aparato digestivo” (p. 119).

Para profundizar en estos aspectos, Ramos (2003) presenta cuatro esquemas acerca del beneficio de practicar ejercicios. El primero de ellos hace referencia a los riesgos que conlleva una vida sedentaria; el segundo, a la incidencia positiva del ejercicio saludable; el tercero resume los aspectos que el ejercicio saludable potencia en la dimensión psicológica de las personas; y en el último, se presentan los efectos positivos que provoca la realización de ejercicios saludables sobre el comportamiento de las personas.







La OMS (2002), por su parte, refuerza lo anteriormente señalado en los esquemas precedentes al puntualizar que un estilo de vida activo propende a mejorar el estado anímico, la agilidad mental, alivia la depresión y facilita el tratamiento del estrés, aspectos con los que coinciden Bahamondes, Vio y Salinas (2004); Díaz, García, Conte y col. (1993), y el mismo Ramos (2003), todos quienes concuerdan en que los efectos beneficiosos de la práctica de ejercicios en los órganos y

sistemas del cuerpo humano, provocan cambios y modificaciones morfológicas y funcionales en ellos y en las personas.

Complementariamente, es preciso hacer notar que el logro de estas modificaciones está asociado a la realización de actividades y ejercicios perdurables en el tiempo. De esta manera, los beneficios se provocan esencialmente en el sistema cardiovascular, respiratorio, endocrino, nervioso, aparato locomotor, muscular y en la salud mental de los individuos.

En este contexto coincidimos con Díaz; García; Conte y col. (1993), y el mismo Ramos (2003) respecto de los efectos morfológico-funcionales del ejercicio físico, beneficiosos para la salud, y que exponemos a continuación:

**EFFECTOS MORFOLÓGICOS Y FUNCIONALES DEL EJERCICIO FÍSICO.****SISTEMA  
CARDIOVASCULAR**

- La realización de ejercicios físicos provoca el aumento de la cavidad cardiaca, lo que repercute en que el corazón reciba mayor cantidad de sangre y una mayor eficiencia en la expulsión de sangre en cada sístole. Como resultado de ello, se produce un menor gasto cardiaco en reposo, con un incremento en el volumen sistólico.
- Como el incremento del volumen sistólico se produce con el trabajo aeróbico (entre 120-140 de frecuencia cardiaca por minuto) es fundamental incorporar trabajos anaeróbicos (no más del 70% de la frecuencia cardiaca máxima), para el fortalecimiento de las paredes del corazón, permitiendo al músculo cardiaco aumentar su masa para que, de esta manera, exista una mayor capacidad de contracción.
- La realización de ejercicios provoca el descenso del consumo de oxígeno en el miocardio.
- El ejercicio físico aumenta y perfecciona la red capilar, favoreciendo la circulación colateral y produciendo una mayor eficiencia en la circulación. Esto se debe al descenso de las resistencias periféricas, al aumento de la vascularización y de la respuesta de la musculatura lisa a los mecanismos de regulación.

## **SISTEMA RESPIRATORIO**

- El ejercicio, junto con aumentar el flujo de sangre en los pulmones, produce un incremento en la perfusión sanguínea pulmonar, permitiendo una mayor ventilación alveolar. Lo anterior implica un aumento de la eficacia de los músculos respiratorios, del número de alvéolos y de la capacidad vital del individuo (4 a 6 litros).
- Se provocan cambios significativos en la sangre al aumentar la capacidad de transporte de los gases debido al aumento de la concentración de la hemoglobina y de los glóbulos rojos.
- El ejercicio físico propende a mejorar la capacidad para la extracción de oxígeno, la que se manifiesta por el aumento de la densidad capilar, de las mitocondrias, de las concentraciones de mioglobina y la adaptación enzimática.
- A su vez, optimizando el rendimiento mecánico a través del ejercicio físico, se aprecian resultados que se reflejan en hipertrofia de las fibras musculares, aumento del número y actividad de los osteoblastos, menor desmineralización del hueso, aumento de la fluidez de líquido sinovial y aumento de la nutrición y protección del cartílago articular.
- El ejercicio físico repercute positivamente en el sistema respiratorio, ya que aumenta los procesos de coordinación neuromuscular, aumenta el volumen de los tendones y ligamentos, acrecentándose la fuerza tensional y se incrementa la eficacia de los procesos metabólicos y las reservas de glucosa y del fosfato de creatina.

**SISTEMA  
NERVIOSO**

- El ejercicio físico en el sistema nervioso vegetativo provoca un equilibrio entre el sistema simpático y el parasimpático, lo que incide positivamente en disminuir los niveles de ansiedad y agresividad, además de favorecer el control de las funciones vitales (el sueño, circulación, digestión, entre otras).
- En el sistema nervioso central, el ejercicio físico disminuye el esfuerzo, produciéndose un menor gasto en los movimientos y mejorando los impulsos nerviosos y la coordinación.
- Romero (2006) menciona que una actividad física colabora en:
  - El control del peso.
  - La reducción de la depresión y la ansiedad.
  - La formación y mantención de huesos, músculos y articulaciones sanas.
  - La disminución del riesgo de desarrollar cáncer de colon.
  - La reducción de la tensión arterial en aquellas personas que ya la tienen elevada.
  - La creación de nuevos vasos sanguíneos en el corazón y otros músculos.
  - La expansión de las arterias que irrigan la sangre al corazón.

Romero (2006) señala que los beneficios de la realización de ejercicios físicos también pueden verificarse desde otros aspectos, tales como el punto de vista físico, el psicológico, el social y el de la salud, que mencionamos a continuación.

## BENEFICIOS DE LA REALIZACIÓN DE EJERCICIOS FÍSICOS.

<p><b>PUNTO DE VISTA FÍSICO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aumenta la fuerza, resistencia y coordinación.</li> <li>▪ Mejora el desarrollo muscular.</li> <li>▪ Mejora la eficacia de los músculos respiratorios.</li> <li>▪ Regula el estreñimiento.</li> <li>▪ Aumenta la flexibilidad (amplitud muscular).</li> <li>▪ Mejora el equilibrio y la postura corporal.</li> <li>▪ Mejora la orientación en el tiempo y el espacio.</li> <li>▪ Aumenta la eficiencia para realizar trabajos físicos y mentales.</li> <li>▪ Aumenta la resistencia.</li> </ul>
<p><b>PUNTO DE VISTA PSICOLÓGICO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Relaja y reduce tensiones, previniendo el estrés.</li> <li>▪ Aumenta la capacidad de trabajo.</li> <li>▪ Mejora la autoestima.</li> <li>▪ Satisface la necesidad lúdica.</li> <li>▪ Mejora el bienestar mental y psicológico, derivado de la secreción de endorfinas.</li> <li>▪ Previene el insomnio y regula el sueño.</li> </ul>
<p><b>PUNTO DE VISTA SOCIAL</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mejora la relación social y afectiva.</li> <li>▪ Fortalece la interacción con los pares.</li> <li>▪ Potencia el desarrollo de nuevas amistades.</li> <li>▪ Favorece y mejora la autoestima.</li> </ul>
<p><b>PUNTO DE VISTA DE LA SALUD</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Previene enfermedades crónicas como la osteoporosis, la diabetes, la hipertensión arterial, la obesidad y el colesterol alto.</li> <li>▪ Rehabilita una serie de lesiones e incluso algunas enfermedades.</li> </ul>

Las consideraciones planteadas, a nuestro juicio, fortalecen la idea de que los individuos tomen conciencia de los beneficios de realizar ejercicios físicos e incorporen en su vida hábitos y estilos de vida saludables.

Las preguntas o interrogantes que emergen, entonces, son dos: ¿cómo se puede desarrollar ese estado de conciencia en las personas? Y ¿quiénes son los llamados a modificar estas conductas?

La respuesta a estas interrogantes estaría en lo que expresan autores como (Arnold, 1985; Delgado, Gutiérrez, Castillo, 1997; Fox, 1993; Sallis y McKenzie, 1991; Smith, 1984), al manifestar que la salud se presenta como un fenómeno de creciente importancia y repercusión sociocultural.

Entonces, la conciencia pública sobre el papel de la actividad física en relación a la salud puede constituir un fuerte impulso para que los docentes orienten la Educación física en el currículum desde una perspectiva de fomento de la salud. De esta forma, se crearía un círculo dentro del ámbito educativo que transmitiría valores y actitudes saludables de gran repercusión e interés a la sociedad, a la vez que dotaría de recursos de intervención que alimenten las necesidades de una sociedad interesada por las cuestiones de la salud.

A nuestro juicio, es fundamental señalar que la responsabilidad en la modificación de las conductas de las personas no puede recaer exclusivamente en los docentes de Educación Física, sino que deben participar en este desafío todos los agentes que influyen y tienen alguna relación con los procesos formativos que ocurren al interior de una unidad educativa.

Esta responsabilidad compartida recae, sin embargo, con mayor peso en las instituciones de educación superior encargadas de la formación inicial de profesores, para lo cual deben estar dispuestas a entregar su mejor esfuerzo para

que sus estudiantes desarrollen las competencias necesarias para enfrentar este desafío. Al tratarse de una problemática social, todos los futuros docentes deberían contar con las herramientas necesarias para enfrentar el problema en las comunidades educativas en las que se desarrollarán profesionalmente.

El capítulo se ha referido al concepto de “salud”, término que ha evidenciado desde hace mucho tiempo una perspectiva restringida únicamente a la ausencia de enfermedad. Esta limitación conceptual nos ha servido para incorporar la noción de una salud integral, haciendo manifiesta con esta opción epistemológica todas las dimensiones de lo humano, más allá de la meramente físico, esto es, incorporar el plano cognitivo, el afectivo (emociones) y el motriz, así como también identificar los principales aspectos asociados a esta propuesta, como es el caso del entorno y del contexto biológico sociocultural en el que participan las personas.

En este sentido proponemos hablar de actividad saludable, ejercicio saludable y aptitud saludable, en lugar de centrarnos en términos como “actividad física”, “ejercicio físico” y “aptitud física”<sup>7</sup>, los que a la luz de nuestra propuesta de integralidad, resultaban restringidos o incoherentes con los propósitos investigativos planteados.

Concluimos el capítulo con la revisión de los beneficios que tiene para el organismo la práctica de ejercicios físicos saludables, deteniéndonos en aquellos criterios que, a nuestro juicio, van más allá de un enfoque morfofuncional del tema, pero que están en estrecha relación con las distintas dimensiones humanas que hemos procurado resaltar.

---

<sup>7</sup> Hemos respetado la terminología de ejercicios físicos, aptitud física para la salud o actividad física entre otros términos de diferentes autores, aunque creemos y tenemos la convicción de que el concepto en una perspectiva integral de salud debiese referirse a ejercicios saludables, aptitud saludable, actividad saludable y no restringirlo a lo meramente físico.

Finalmente abordamos una unificación conceptual coherente con la terminología propia de la disciplina que, al mismo tiempo, produzca eco de nuestra visión integral respecto de los diversos términos y categorías que involucran a la salud en la actualidad, señalando aquellos componentes necesarios que, a nuestro juicio, debiéramos considerar para atender a las distintas dimensiones humanas y a su complejidad.



## **CAPÍTULO II:**

### **CONCEPTO Y DEFINICIONES DE UNA APTITUD SALUDABLE.**

#### **2.1. Componentes de la aptitud saludable.**

Para dar inicio a este capítulo y con el interés de contextualizar nuevamente nuestra perspectiva de una salud integral, quisiéramos retomar la idea que planteamos anteriormente en relación con el rasgo de integralidad del concepto de aptitud saludable que analizaremos a continuación.

Así, al hablar de aptitud saludable desde una visión integral, estamos haciendo una distinción entre este término y el de *aptitud física*. El primero de los aspectos distintivos está dado por el sentido mismo de salud integral, que considera todas las dimensiones del ser humano y su entorno; mientras que el segundo solamente atiende a lo físico. En este sentido, tenemos la certeza de que el error más grande y común que se ha cometido y que aún, quizás inconscientemente, continúa efectuándose inconscientemente ha sido ignorar la complejidad y multidimensionalidad de la persona, reduciendo y caracterizando a la educación física o a la salud a lo meramente morfofuncional y a la actividad en sí misma, obviando las características cualitativas y valorativas del ser humano que siempre están presentes en todas sus acciones.

Para fortalecer esta idea de integralidad tenemos en cuenta los aportes de Trigo (2000, p. 30), cuando señala que “ya no hablamos de una parte de la persona, sino de toda ella, esa persona que vive, siente, piensa, hace cosas, se desplaza, que crece, se emociona, se relaciona con otras personas y con el mundo que las rodea”, es decir, construye su propio mundo significativo para dar sentido a su vida y acciones.

Es por esta razón que queremos dejar explícito que si bien es cierto que los componentes de una aptitud saludable que desarrollaremos a continuación se han

focalizado en lo netamente físico funcional, siempre está presente en su acción lo cognitivo, lo afectivo (emocional) cuando se estimulan o se ejercitan, es decir, no se trata del movimiento por el movimiento, por ejemplo, como cuando se desplaza una mesa.

Entonces, hechas las consideraciones del caso, desde lo físico podemos distinguir como algunos elementos constitutivos de una aptitud saludable los siguientes componentes:

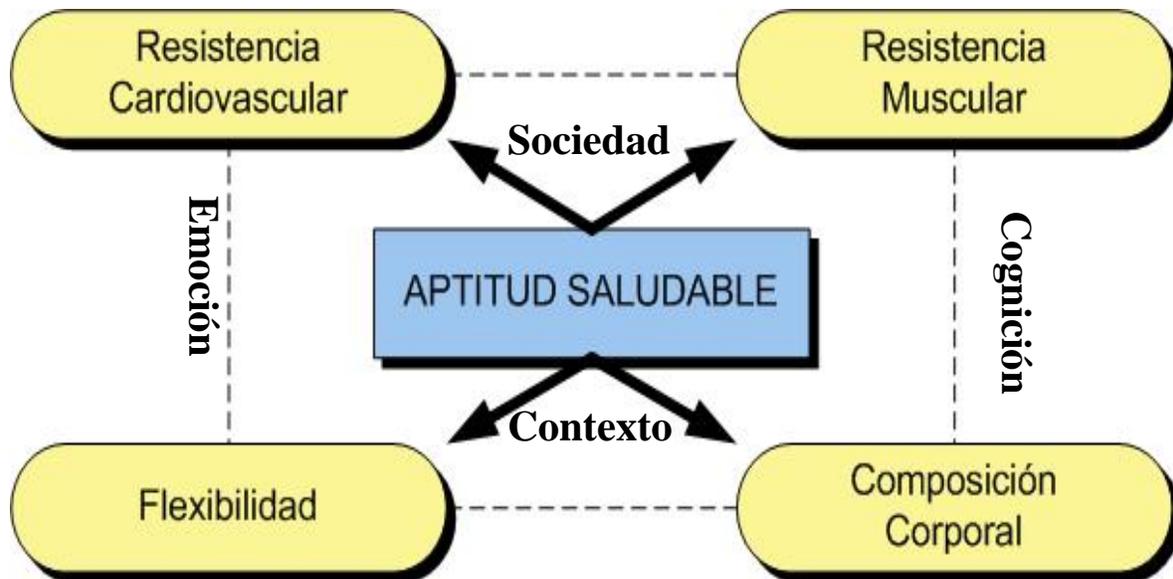
- La resistencia cardiovascular,
- La resistencia muscular,
- La flexibilidad, y
- La composición muscular.

Ahora bien, todos ellos tienen entre sí una relación de interacción junto con lo cognitivo y afectivo, así como también con el contexto dado por el entorno biológico y sociocultural, los que se conjugan para establecer cuándo una persona posee una aptitud que podríamos identificar como saludable.

Desde esta perspectiva, somos conscientes de que puede prestarse a confusiones. Por ejemplo, una persona podría estar aparentemente cumpliendo con un elemento constitutivo de una aptitud saludable al entrenar la resistencia cardiovascular (porque está en una frecuencia cardíaca que así lo indica), aunque a nuestro juicio solo estaría desarrollando una actividad saludable desde el punto de vista físico, dejando de lado el plano emocional, cognitivo y social. Avalar esta visión implica continuar cometiendo el mismo error reduccionista de cuando pensábamos que la salud era solo ausencia de enfermedad.

A continuación presentamos un esquema con los componentes de una aptitud saludable desde el punto de vista de integralidad que considera la emoción, el contexto, la sociedad y cognición y de cómo ellos interactúan al momento de

realizar ejercicios saludables para desarrollar una aptitud saludable en todas las dimensiones.



Por otra parte, desde nuestra visión de una aptitud saludable integral y de interacción<sup>8</sup>, es necesario y relevante destacar otros componentes, cualidades o habilidades que, complementariamente existen y han existido durante mucho tiempo y que pueden ser considerados para desarrollar los componentes constitutivos físicos de una aptitud saludable, sin cometer el error de descartarlos a priori. Entre ellos destacamos:

- la coordinación,
- la agilidad,
- el equilibrio,
- la movilidad,
- la velocidad y
- la fuerza desde una visión general.

<sup>8</sup> Conciencia de cómo las dimensiones del ser humano interactúan entre sí, en la realización de ejercicios saludables en pro de una aptitud saludable y en cualquier acción de la vida. El énfasis puede estar en una dimensión, pero todas están presentes simultáneamente.

Creemos que lo fundamental, en este caso, es dar a estos componentes una orientación hacia la salud, atendiendo al hecho de que al ejercitarse se ponen en acción e interactúan todos ellos, aspectos que pueden ser utilizados para desarrollar la resistencia cardiovascular u otros elementos de una aptitud saludable.

Para resumir, resaltamos que cuando una persona se está ejercitando, confluyen en su acción el desarrollo de su resistencia cardiovascular, pero también está trabajando su resistencia muscular, su flexibilidad y los otros componentes o habilidades complementarias ya señaladas, *además de estar pensando y sintiendo emociones particulares asociadas al bienestar que le produce su actividad*. Así como también, queremos subrayar que más allá de la ejecución de un determinado ejercicio, el valor saludable del mismo no se gana con el desarrollo de la flexibilidad, con el mejoramiento de la composición corporal o de alguno de los otros componentes comentados, sino que se verifica en la validación social que emerge de una determinada energía emocional puesta en movimiento con el ejercicio.

De esta manera, el ejercicio o la actividad no son, en sí mismos saludables, sino que dicho carácter se verifica en un contexto de patrones de contingencia emocional y, por ende, en todos los dominios y dimensiones de lo que definimos como ser humano.

Es importante expresar que no intentamos desconocer las medidas o parámetros cuantitativos existentes que determinan y han establecido el estado de una forma física considerada como saludable. Sólo creemos y reflexionamos acerca de que el tema de una aptitud saludable no se agota con una mejor flexibilidad, mejor resistencia cardiovascular, mayor resistencia muscular, con una composición corporal óptima o cualquier componente de la condición física o aptitud física, puesto que de ser así podríamos decir que “mientras más deporte, más salud” o

“mientras más ejercicios, más salud”, lo cual como hemos visto, no necesariamente es efectivo.

En este contexto cabe preguntarnos, por ejemplo, qué sucede con aquellos deportistas o personas activas que sufren de depresión, estrés, u otras enfermedades que emergen más que por su actividad, por su forma de relacionarse y desempeñarse con las demás personas, o también por aquellos ex-deportistas que tienen secuelas físicas de lesiones que les han impedido llevar una vida normal.

Consideramos que el tema de una aptitud saludable sobrepasa lo físico y debemos pensar y profundizar en los aspectos emocionales, de cognición, sociales y de contexto que tienen los individuos.

### **2.1.1. La resistencia cardiovascular.**

García, Navarro y Ruiz (1996) manifiestan que la resistencia es la capacidad psíquica y física que posee un deportista para resistir la fatiga. También nos señalan que desde la perspectiva bioquímica, la resistencia se determina por la relación entre la magnitud de las reservas energéticas accesibles para la utilización y la velocidad de consumo de la energía durante la práctica deportiva.

Por otra parte, Zintl (1991) dice que la resistencia es la capacidad de resistir psíquica y físicamente una carga durante un largo tiempo, produciéndose finalmente un cansancio (= pérdida de rendimiento) insuperable (manifiesto), debido a la intensidad y duración de la misma.

El concepto de resistencia también ha sido definido por Kent (2003, p. 654), quien señala que la resistencia cardiovascular es “la capacidad de enviar gran cantidad de sangre a los músculos activos”.

Conceptualmente, sólo quisiéramos agregar que la resistencia, en especial la resistencia cardiovascular, es uno de los componentes más fundamentales que se deben desarrollar para tener una aptitud saludable y que podemos clasificarla en dos tipos: resistencia aeróbica y anaeróbica. Tanto una como la otra son las que, a la larga, influirán en la capacidad funcional del corazón.

Para desarrollar esta última, en tanto, nos encontramos con dos puntos a considerar: la frecuencia cardiaca o ritmo cardiaco y zona funcional de trabajo. A este respecto, Edwards (1995) plantea el concepto de *zona de trabajo* en lugar de *frecuencia cardiaca o ritmo cardiaco*, pues considera, al igual que nosotros, que no es positivo hablar de ritmos cardiacos con un número específico de latidos por minuto, dado que se trataría de un indicador difícil de controlar.

En el mismo contexto, otros autores expresan que el entrenamiento por áreas funcionales se refiere a la aplicación de cargas establecidas de entrenamiento, las cuales provocan modificaciones funcionales concretas a nivel cardiovascular.

El concepto de *área funcional*, por su parte, no es nuevo. De hecho, hace aproximadamente unos 30 ó 35 años el metodólogo alemán Nett (1960) hablaba de entrenamiento aeróbico y entrenamiento anaeróbico, resaltando que el primero tenía influencia sobre las grandes funciones del organismo, fundamentalmente en el ámbito cardiovascular y respiratorio; mientras que el segundo, lo hacía sobre la musculatura, sin considerar las grandes funciones.

En la actualidad, se reconoce en cambio la íntima conexión entre el ámbito cardiovascular-respiratorio con la musculatura: tanto el uno como el otro actúan aeróbica o anaeróbicamente, según el nivel de exigencia y en forma paralela. Sin embargo, consideramos que el reconocimiento de un área de trabajo, anaeróbica por un lado, o aeróbica por el otro, no es suficiente.

Holmann (1976) efectuó una división del área aeróbica de la siguiente manera:

- (1) bajo nivel.
- (2) nivel medio.
- (3) alto nivel aeróbico.

Otros autores, en cambio, establecen las áreas funcionales en:

- Aeróbicas.
- Subaeróbicas.
- Súper aeróbicas.
- De consumo de oxígeno.

Seguidamente, tomaremos dos referencias que consideramos apropiadas para efectos de nuestra exposición. Entenderemos por *zona funcional de entrenamiento* dos rangos de ritmo cardiaco o frecuencia cardiaca.

Edwards (1995) plantea las siguientes zonas:

- Zona funcional de actividad moderada al 50% al 60%.
- Zona funcional de control de peso 60% al 70%.
- Zona funcional aeróbica 70% al 80%.
- Zona funcional de umbral anaeróbico 80% al 90%.
- Zona funcional de línea roja 90% al 100%.

Ramos (2003), por su parte, señala que para expresar la intensidad del esfuerzo es posible hacerlo a través de la frecuencia cardiaca, para lo cual sugiere trabajar en una zona funcional de entrenamiento para jóvenes y otra zona funcional de entrenamiento para adultos.

JÓVENES	130 / 140 latidos por minuto
ADULTOS	120 / 130 latidos por minuto

Desde esta perspectiva, un desarrollo óptimo y controlable de la resistencia cardiovascular está relacionado con la zona funcional de entrenamiento cardiovascular en la que se realizará el esfuerzo, el cual debe estar orientado inicialmente hacia las tres primeras zonas, que plantea Edwards (1995), o las que expresa Ramos (2003).

#### **2.1.1.1. La resistencia cardiovascular: un componente de la aptitud saludable.**

Consideramos que la resistencia cardiovascular es uno de los componentes fundamentales de una aptitud saludable, debido a la incidencia directa que ella tiene en varios de los procesos fundamentales del sistema circulatorio humano, optimizando el envío de oxígeno a los músculos activos y elevando la eficacia del corazón que bombea primeramente la sangre a los pulmones, donde la sangre toma el oxígeno y lo transporta” (Álvarez, 2007). Lo anterior provoca adaptaciones cardiovasculares importantes, tales como:

- Aumento del tamaño del corazón.
- Reducción de la frecuencia cardiaca en reposo.
- Aumento del volumen de eyección sistólica.
- Mayor volumen de sangre bombeada por latido y mayor volumen sanguíneo total.
- Reducción de la presión sanguínea.
- Aumento de la densidad capilar.
- Reducción de la frecuencia en la realización del esfuerzo.
- Recuperación más rápida al terminar un esfuerzo.
- Menor gasto cardiaco en reposo y cuando se están realizando actividades.

### **2.1.2. La composición corporal.**

Kent (2003) define la composición corporal como cantidades relativas de distintos componentes del cuerpo, masa magra y masa grasa. La masa magra es todo el tejido corporal que no sea grasa y la masa grasa se expresa como el porcentaje de masa corporal total compuesto de grasa.

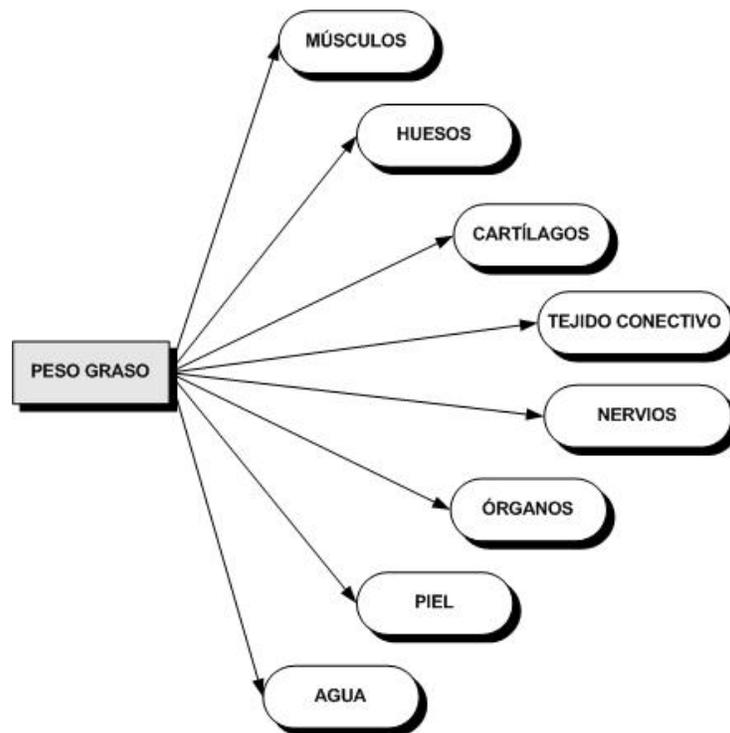
La grasa corporal está distribuida en todo el organismo y se localiza fundamentalmente debajo de la piel, en donde se forma una grasa subcutánea.

La composición corporal, según Valenzuela (1997), considera componentes estructurales tales como los músculos, los huesos y la grasa. En líneas generales, podemos decir que nuestro cuerpo está compuesto por grasa esencial almacenada y masa grasa.

Respecto de la medición de la composición corporal, García y col. (1996), presentan algunos antecedentes metodológicos, pero señalan que fue el antropólogo checoslovaco Matiega (1921) quien propuso la división de las masas corporales en cuatro componentes principales:

- La masa ósea.
- La masa muscular.
- La grasa.
- Una grasa residual de órganos vitales, líquidos y vísceras.

Behnke (1942) incorporó la división del peso corporal en dos componentes: la masa grasa y masa la magra. Drinkwater y Ross (1980), en tanto, ofrecen una subcategoría para la masa corporal, esta vez desde la antropometría, tal como se presentará en el próximo esquema, y Carter (1981) ofrece otra categoría cuyo objetivo es establecer con mayor precisión la composición corporal, distinguiendo para ello un número más grande de componentes del peso graso.



Por otra parte, es sabido que para determinar un estado de obesidad o de exceso de grasa en el cuerpo que pueda atentar contra la salud de las personas, es necesario establecer bien su composición corporal, por lo que datos como la edad, el peso y la talla no siempre son útiles, tal como lo evidencian Valenzuela (1997); Mc Ardle, Katch y Katch (1990 citado en García y Col., 1996). Al respecto, estos datos no ofrecen índices confiables en la actualidad. Sin embargo, ante la imposibilidad de aplicar técnicamente instrumentos de mayor precisión, se optó por el Índice de Masa Corporal (IMC;  $P/T^2$ ) para establecer estados nutricionales que representen, al menos una señal de alerta en relación con el sobrepeso de un individuo.

### **2.1.2.1. La composición corporal: un componente de la aptitud saludable.**

La respuesta a la pregunta de por qué la composición corporal es un componente de la aptitud saludable queda de manifiesto al observar la preocupación mundial respecto del aumento considerable de la obesidad en la población, ya que el aumento desproporcionado de grasa se encuentra en estricta relación con la dieta que se lleva, la que puede provocar un aumento de peso donde el requerimiento energético del cuerpo es mayor. Como resultado de este desajuste, la acumulación de grasa aumenta la posibilidad de padecer alguna enfermedad cardiovascular, hipertensión y diabetes, entre otras enfermedades.

Un dato que viene a corroborar la importancia de la composición corporal de las personas es que, tal como señala Álvarez (2007), las expectativas de vida de la población aumentarían en siete años si disminuyeran las muertes relacionadas con la obesidad. En este sentido, una de las mayores recomendaciones médicas respecto de la obesidad es la prevención y reducción del exceso de peso de las personas.

Pese a ello, consideramos que uno de los principales problemas de la obesidad estaría dado no sólo por el aumento de la ingesta alimenticia, sino principalmente por la disminución del gasto energético asociado, razón por la cual una ausencia de ejercicios saludables incidiría directamente en el exceso de grasa no esencial para el organismo de la población.

### **2.1.3. La flexibilidad.**

Otro de los componentes que queremos destacar como importante para determinar la aptitud saludable se refiere a la flexibilidad. Nos encontramos con tres conceptos que consideramos necesarios especificar: la *flexibilidad*, la *movilidad* y la *elasticidad*.

Álvarez (2007) afirma que *flexibilidad* es una característica que se sustenta de la movilidad articular y elasticidad muscular, que permite el máximo recorrido de las articulaciones en posiciones diversas, permitiendo a la persona realizar acciones que demanden la ejecución de agilidad y destreza en ciertos movimientos.

Weineck (2005) expone que la movilidad es una característica que condiciona el rendimiento de los deportistas, definiéndola “como la capacidad y cualidad del deportista que le permite efectuar movimientos de una gran amplitud de recorrido”. Posteriormente nos hace ver que la flexibilidad y la elasticidad son sinónimos de movilidad. Frey, 1977 (citado por Weineck, 2005) establece que la movilidad articular está en estricta relación con la articulación que une los segmentos óseos y que la capacidad de estiramiento se relaciona con los músculos tendones, ligamentos y aparato capsular. Entonces, ambos conceptos, movilidad y elasticidad, son componentes subordinados a la movilidad.

A su vez, Kent (2003) expone que la movilidad es “la capacidad para mover armónicamente una articulación en toda su amplitud cinética”. Sosteniendo que los deportistas concentran el ejercicio de flexibilidad una vez terminado el entrenamiento de la fuerza, pensando en disminuir la estabilidad articular con el fin de disminuir el riesgo de luxaciones. El mismo autor manifiesta que la elasticidad “es la capacidad de un tejido de recuperar su longitud en reposo después de haber sido contraído o estirado” y la movilidad la entiende como la “facilidad con la cual una articulación o serie de articulaciones se mueve antes de sufrir restricciones por la presencia de otras estructuras” (p. 508).

En este contexto, García y col., (1996, p. 163) plantean que el término *flexibilidad* es comúnmente utilizado en el mundo del deporte, definiéndola como “la capacidad o rango de movimiento de una o varias articulaciones”. Sin embargo, este significado no logra abarcar todo el contenido que nuestro medio profesional nos demanda. El mismo autor plantea que la flexibilidad sólo revela la capacidad que posee un cuerpo para doblarse sin alcanzar romperse, por lo que en el deporte el término debiera corresponder a *movilidad*, ya que ella abarca un

concepto más amplio en el entendido que se debe entrenar pensando en lograr un desarrollo técnico gestual óptimo y un dominio efectivo de los movimientos que requiere un deporte determinado.

Seguidamente Platonov (2001, p. 310) afirma que “la flexibilidad comprende propiedades morfofuncionales del aparato motor que determinan la amplitud de los movimientos de los deportistas”, y que fija fundamentalmente el nivel del deportista en distintas modalidades. En esta perspectiva, el grado o nivel de flexibilidad estarían limitados por las propiedades elásticas de los músculos y del tejido conjuntivo, la eficacia de la regulación nerviosa, la tensión muscular, el volumen muscular y la estructura de las articulaciones.

Por otra parte, Falls, Baylor y Dishman, (1988) (citado por Álvarez, 2007) dice que la flexibilidad es el cierto nivel o grado que alcanza una articulación y que es posible tener un desplazamiento a través del mayor rango de movimiento posible de alcanzar.

La pregunta que surge a partir de lo anterior es, dónde está entonces el punto de encuentro de la flexibilidad y su perspectiva de salud, si toda la conceptualización entregada se orienta desde el deporte de rendimiento que busca desde la articulación el mayor rango de movimiento.

En este acercamiento de la flexibilidad como un componente constitutivo de una aptitud saludable como ya, definimos, es posible inferir que desde una perspectiva de salud concordante con Platonov (2003), la pérdida de ella genera diferentes complicaciones como retrasar la asimilación de movimientos motores, disminuir la economía de trabajo, limitar y desmejorar la coordinación y aumentar la probabilidad de lesiones musculares, articulares y ligamentosas, todos ellos aspectos generalizables a cualquier persona y no solamente a los deportistas.

En esta misma idea, Kent (2003) dice que la flexibilidad es uno de los principales elementos de la condición física y cree que es trascendente para tener una buena salud, pues los ejercicios de flexibilidad se recomiendan para aliviar la dismenorrea, la tensión neuromuscular general y las lumbalgias.

Seguidamente, queremos señalar que cualquier disminución en el grado de flexibilidad de una articulación, frecuentemente, contribuye al desarrollo de problemas posturales. Lo anterior tendría como resultado el acortamiento del tejido conectivo de una parte de la articulación, perdiéndose por el otro lado de la articulación y el tono muscular Álvarez (2007).

Por último, retomamos lo que dice A. Gisbert (citado por García y col., 1996) el cual distingue que la flexibilidad puede clasificarse en flexibilidad general y específica: la primera abarca la movilidad de las grandes articulaciones; mientras que la segunda, se acentúa en una articulación concreta.

Entonces, en este sentido, dichos autores manifiestan que “la flexibilidad podemos considerarla como un índice de salud general y un elemento básico de todo proceso de entrenamiento” (p. 433), ya que al abarcar grandes articulaciones no tiene una especificidad desde el punto de vista del deporte o del entrenamiento en el alto rendimiento, pues para ello está la movilidad.

Por otra parte, respecto de cuando se ejercita o se entrena la flexibilidad en una zona muscular, el grupo de estudio Kinesis (2003), dice que este entrenamiento se orienta en tres sentidos:

- Mejorar las posibilidades de movimiento articular.
- Incrementar las posibilidades de estiramiento muscular.
- Desarrollar simultáneamente la movilidad articular y el estiramiento muscular.

Dicho grupo distingue diferentes formas de flexibilidad:

- *Dinámica*, que es la que se realiza con movimientos repetitivos de impulsos, insistencia en el grupo muscular y rebotes.
- *Estática*, que implica mantener estirado el grupo muscular en un rango determinado de amplitud articular durante un tiempo.
- *Activa*, que es aquella que se requiere cuando se presenta una fuerza externa para estirar un grupo muscular agonista del segmento que se moviliza.
- *Pasiva*, que es cuando se realiza un estiramiento de un grupo muscular que se provoca por otra parte del cuerpo, peso corporal, gravedad o por ayudas externas.

#### **2.1.3.1. La flexibilidad: un componente de la aptitud saludable.**

La flexibilidad conlleva, en personas que no entrenan, serios desequilibrios estructurales en su cuerpo, tales como la postura, las presiones en otros órganos y molestias en general en todas las articulaciones, acarreado limitaciones de movimiento que con la edad se van acrecentando. En contraposición se encuentran aquellas personas que sí poseen o han desarrollado una flexibilidad acorde con sus requerimientos de movimientos diarios, quienes evidencian en su organismo menores riesgos de lesiones musculares ligamentosas, obteniendo una mayor oxigenación en la musculatura, lo cual permite una mejor recuperación frente a un esfuerzo determinado.

Respecto de los beneficios de la flexibilidad planteados por el grupo Kinesis (2003), señalaremos los siguientes:

- Aumenta el número de unidades contráctiles del músculo.
- Mejora la coordinación intermuscular.
- Existe un mayor grado de relajación en el sistema nervioso.

- Mayor amplitud de movimiento.
- Previene y disminuye el número de lesiones.
- Hay menor gasto energético.
- Hay mayor fluidez en el movimiento.

Por su parte, N. Salinas (2005) consigna los siguientes beneficios de la flexibilidad:

- Reduce la tensión muscular y hace sentir el cuerpo más relajado.
- Ayuda a coordinar, permitiendo un movimiento más libre y fácil.
- Aumenta la extensión de movimientos.
- Previene lesiones como los “tirones” musculares.
- Desarrolla la conciencia corporal.
- Mejora y agiliza la circulación.

Estos elementos nos permiten inferir por qué la flexibilidad es un componente de una aptitud saludable, considerando los beneficios que provoca.

#### **2.1.4. La fuerza resistencia o resistencia muscular.**

Al respecto, si bien es cierto, nuestro análisis nos convoca referirnos a la fuerza resistencia ( puesto que es un componente de la aptitud saludable), consideramos necesario revisar el concepto de la perspectiva de algunos autores para luego referirse a su clasificación y así mismo establecer las diferencias conceptuales de cómo se manifiesta la fuerza , ya que en estas definiciones por sí solas nos darán el por que de esta opción.

Weineck (2006), por ejemplo manifiesta que la fuerza se distingue desde el punto de vista de la fuerza general y específica. Por otra parte García y col. (1996) expresan que la fuerza debe diferenciarse de dos maneras: fuerza como magnitud física y fuerza como presupuesto para la realización de movimiento deportivo. En

el mismo sentido, Platonov (2001) expone que la fuerza puede manifestarse en un régimen isométrico (estático) del trabajo muscular cuando la tensión no modifica su longitud, y de forma isotónica (dinámico) cuando la tensión modifica la longitud del músculo. En relación a su tipificación los autores coinciden en que la fuerza se clasifica en:

- Fuerza máxima.
- Fuerza veloz o rápida, y
- Fuerza-resistencia.

Respecto de la fuerza máxima y la fuerza veloz o rápida los autores concuerdan en su definición, pero para efectos de este estudio, queremos referirnos a la aportada por Weineck (2006, p. 216) el cual expone que la “fuerza máxima es la máxima fuerza posible que el sistema neuromuscular es capaz de ejercer en contracción máxima voluntaria”.

Acerca de la fuerza veloz o rápida, optamos por la que plantean García y col. (1996) para quienes la fuerza veloz o rápida es la capacidad del sistema neuromuscular de vencer una resistencia a la mayor velocidad de contracción posible. Ellos mismo citan a Harre y Hauptmann (1991) quienes la definen como la capacidad de un deportista de vencer resistencias externas al movimiento con una gran velocidad de contracción. el cual plantea.

En este contexto y en relación a la definición de fuerza resistencia, no se observan diferencias conceptuales significativas planteadas por Ehelenz (1990), el cual por ejemplo la define como la capacidad de resistir contra el cansancio durante cargas de larga duración o repetitivas en un trabajo muscular estático o dinámico. Harre (1976) citado por Weineck, (2003, p. 220) dice que “la resistencia a la fuerza es la capacidad que tiene un organismo de soportar la fatiga con rendimiento de fuerza prolongados”. Sin embargo, según Valdés (1997) hablar de resistencia implica no sólo referirse a la capacidad para soportar una fatiga, sino que también

representa la capacidad que tiene el deportista de ejecutar la tarea planteada en forma efectiva.

García y col., (1996, p. 173) exponen que la *resistencia muscular* puede entenderse como “la capacidad de mantener una fuerza a un nivel constante durante el tiempo que dure una actividad”. Así mismo indican que Matveiev (1983) plantea que la fuerza resistencia es la capacidad de soportar un estado de agotamiento, el que generalmente se produce por los componentes de la fuerza.

Finalmente Platonov (2003) manifiesta que la fuerza resistencia se trata de sostener índices de fuerza altos durante el mayor tiempo posible.

En este sentido recogidos los antecedentes y para efectos de nuestro estudio, consideramos que la fuerza-resistencia, es la capacidad que tiene uno o varios grupos musculares de mantener durante el mayor tiempo posible una carga moderada.

#### **2.1.4.1. La fuerza resistencia: un componente de la aptitud saludable.**

La importancia de entrenar la *fuerza-resistencia o resistencia muscular* para tener o desarrollar una mejor aptitud saludable se refiere, primeramente, a la relevancia de mantener el tono y equilibrio muscular del cuerpo, evitando sus descomposiciones estructurales y manteniendo una mejor postura, lo que permite a las personas enfrentar actividades cotidianas y recreativas de manera más exitosa.

Por lo mismo, se sugiere entrenar la musculatura abdominal, lumbar e isquiotibial ya que principalmente estos músculos colaboran fundamentalmente en la función estabilizadora de la columna vertebral y la cadera, preparando al cuerpo para

tolerar movimientos desestabilizadores, sin alteraciones en el sistema neuromuscular.

Así mismo, el desarrollo de la resistencia muscular propende al mejoramiento de la capacidad funcional en el trabajo cardiovascular del organismo, por lo que desde la perspectiva de una aptitud saludable no tiene sentido desarrollar la fuerza máxima, la fuerza veloz o rápida, ya que ello no hace que una persona sea más sana que otra, aunque si lo enfocamos desde la perspectiva del rendimiento ciertamente se trataría de algo muy diferente.

## **2.2. Criterios del entrenamiento de la aptitud saludable.**

Presentamos seguidamente los componentes constitutivos de una aptitud saludable, para lo cual es necesario señalar, en primera instancia, que cuando se inicia un proceso de entrenamiento para mejorar y lograr beneficios en la salud, es fundamental identificar ciertos criterios del entrenamiento a seguir para no cometer errores que podrían derivar en lesiones y enfermedades para las personas.

En este sentido, coincidimos con los principios del entrenamiento del eje aptitud física y calidad de vida asociada a la salud, estimados en los planes y programas de Enseñanza media en Educación Física, regidos por el Ministerio de Educación en Chile. Sin embargo, en el contexto de este estudio nos referiremos a los *criterios del entrenamiento* de una aptitud saludable y no a los principios del entrenamiento.

Antes de exponer cada uno de los criterios del entrenamiento, manifestamos que para esta investigación se revisó la clasificación de los principios del entrenamiento de diferentes autores como Kinesis (2003); Weineck (2005); Martín, Nicolaus, Ostrowski y Rost (2004); y por último García y col., (1996).

Los criterios que se consideran a continuación son los más cercanos a los que presentan los planes y programas de educación física del MINEDUC (1997) de Chile y en la revisión de estos planteamos que corresponden en su totalidad a los principios biológicos de García y col. (1996), con excepción del *calentamiento*, criterio incorporado en los citados planes y programas debido a lo relevante de ejecutar este criterio al inicio de un ejercicio saludable.

Así, los principios biológicos según los autores antes mencionados son aquellos que afectan los procesos de adaptación orgánica de los deportistas, de lo cual se desprende que éstos inciden en las modificaciones orgánicas del cuerpo de cualquier persona al momento de realizar sesiones prácticas de actividades o ejercicios saludables. A continuación mencionamos y explicamos los criterios del entrenamiento para una aptitud saludable de acuerdo con la clasificación de los principios de García y col. (1996), incorporando, además, el criterio de especificidad de Álvarez (2007):

- El calentamiento.
- El criterio de sobrecarga.
- El criterio de continuidad.
- El criterio de progresión.
- El criterio de la recuperación.
- El criterio de la individualidad.
- El criterio de especificidad.
- El criterio de alternancia muscular.

<b>CRITERIOS DE ENTRENAMIENTO DE UNA APTITUD SALUDABLE</b>	<b>CARACTERÍSTICAS</b>
<b>Calentamiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si bien en la clasificación de los principios del entrenamiento de García y col. (1996) el calentamiento no se considera un principio para el desarrollo de una aptitud saludable, creemos fundamental incorporarlo como un criterio esencial para la práctica de actividades o ejercicios saludables, ya que ello redundaría en el logro de una aptitud saludable.</li> <li>▪ Busca, particularmente, preparar al organismo para enfrentar la ejecución de ejercicios, aumentando progresivamente la frecuencia cardíaca, el flujo de sangre a los músculos cardíacos y esqueléticos, la temperatura corporal y estimulando la movilidad y la amplitud de movimiento, con lo cual se previene el riesgo de lesiones a nivel articular y muscular.</li> </ul>
<b>Criterio de sobrecarga</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No hace referencia al exceso de trabajo, sino a un esfuerzo selectivo para estimular la respuesta de adaptación deseada, sin producir agotamiento o esfuerzo indebido e innecesario para el organismo.</li> </ul>
<b>Criterio de la continuidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Indica la importancia fundamental que tiene la aplicación de un estímulo de trabajo a lo largo del tiempo, es decir, que éste sea sostenido, de forma producir un incremento en la obtención de una aptitud saludable, evitando en la medida de lo posible, la interrupción de las sesiones de práctica.</li> </ul>
<b>Criterio de progresión</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Implica elevar las cargas de trabajo progresivamente, aplicándolas un número suficiente de veces para provocar</li> </ul>

	<p>el proceso de adaptación necesaria que requiere el organismo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Este proceso debe ser gradual y adaptado al requerimiento de cada persona, lo cual implica que debe ser realizado aumentando el volumen total de trabajo, la duración de cada sesión, el número de sesiones realizadas o la intensidad en la realización de las sesiones, ya sea con una mayor cantidad de ejercicios, o bien, con mayores dificultades, ya que con ello se disminuye el tiempo de recuperación al término de cada ejercicio o entre cada sesión.</li> </ul>
<p><b>Criterio de la recuperación</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se refiere a la importancia de la recuperación de la persona terminado el esfuerzo, o bien, en el momento de estar realizando las sesiones de práctica, ya que de esta manera se provocará la adaptación orgánica necesaria para aplicar nuevamente otro estímulo.</li> </ul>
<p><b>Criterio de la individualidad</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Viene determinado por las características morfológicas y funcionales de cada individuo, ya que cada persona tiene sus propias capacidades y es un todo desde el punto de vista antropométrico, funcional, mental, etareo, motriz, psicológico y de adaptación, es decir, un ser individual nunca igual a otro. Ello hace que en nuestra opinión éste sea el principio más importante de todos para poder desarrollar una aptitud saludable en las personas.</li> </ul>
<p><b>Criterio de la especificidad</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se relaciona con el tipo de ejercicio que se selecciona y realiza, ya que de ello dependerán las adaptaciones fisiológicas en el organismo.</li> </ul>
<p><b>Criterio de la alternancia muscular</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se refiere a que en la secuencia de ejercicios de resistencia muscular, deben alternarse los grupos musculares.</li> </ul>

### 2.3. Métodos y medios de entrenamiento de la aptitud saludable.

Hasta aquí hemos presentado los componentes de una aptitud saludable como así también los criterios del entrenamiento que se deben considerar al momento de planificar la práctica de ejercicios que se van a realizar, por lo que ahora nos corresponde establecer de qué manera se deben aplicar dichos criterios dentro de un método de entrenamiento de la aptitud saludable.

Cuando hablamos de *métodos* queremos hacer referencia específicamente a aquellos que se utilizan para el desarrollo de la resistencia cardiovascular, la resistencia muscular y la flexibilidad, los que incidirán en la mantenimiento sistemático y programado de la composición corporal del individuo.

Para el progreso de la resistencia cardiovascular en las personas se propone realizar un entrenamiento de la resistencia aeróbica empleando el método continuo y también el método fraccionado. Estos dos métodos se enfocan al desarrollo de la resistencia, ya sea ésta aeróbica y/o anaeróbica.

Respecto del *método continuo*, éste utiliza como *medio la carrera continua*, es decir, aquella que se sostiene por un tiempo determinado, sin pausas intermedias de recuperación y que se puede realizar de manera uniforme o de ritmo variado<sup>9</sup>. Respecto que una carrera continua desde la visión del entrenamiento deportivo, ésta tiene un tiempo de ejecución de una a dos horas e incluso hasta tres o cuatro.

Sin embargo cuando nos referimos a una carrera continua para lograr un beneficio de salud, lo recomendable es intentar incrementar progresivamente el tiempo de trabajo continuo hasta llegar, al menos, a treinta minutos, ya sea caminando o corriendo a una intensidad determinada.

---

<sup>9</sup> La carrera continua puede ser lenta, media y rápida.

Otra forma de desarrollo de la resistencia cardiovascular es la realización de una caminata continua, uniforme, para luego alternar con una caminata uniforme continua con ritmo variado, sin llegar a trotar, para luego realizar una combinación de trote y caminata alternadamente.

En relación con este método, consideramos necesario resaltar que para el desarrollo de la resistencia no se requiere que un individuo trote, sino que lo fundamental es la intensidad con la que éste realice el ejercicio. En este sentido, el esfuerzo realizado debiera tener una intensidad de trabajo que no sobrepasara un 75% de la frecuencia cardiaca máxima. Ramos (2003) complementa lo anterior proponiendo entrenar en 130/140 latidos por minuto para los jóvenes y 120/130 latidos para los adultos, de acuerdo a la frecuencia cardiaca máxima, intensidad que ya señalamos anteriormente.

Ahora bien, respecto de los *métodos fraccionados*, diremos que su objetivo se fundamenta en el desarrollo de la resistencia anaeróbica y aeróbica. La aplicación de este entrenamiento fraccionado dependerá específicamente de la determinación de los siguientes factores, los cuales permitirán orientar la sesión práctica programada, en búsqueda de mejores beneficios para la salud:

- La distancia que se va a entrenar y que se es capaz de cumplir, para luego fraccionarla. Por ejemplo, 3.000 metros fraccionados en distancias de 1.000 ó de 500 metros.
- El intervalo o pausa de recuperación para iniciar nuevamente el esfuerzo.
- El número de veces que se repite la distancia de trabajo.
- La intensidad en la que se trabaje cada repetición, la que no debiera ser más allá del 50 al 70% del tiempo máximo logrado del recorrido por realizar.

Es importante indicar que cuando se utilice el sistema fraccionado para el desarrollo de la resistencia cardiovascular aeróbica, es fundamental que el ritmo cardiaco se encuentre entre 120 y 140 de ritmo cardiaco.

Por último, para el entrenamiento de la resistencia cardiovascular, nos referiremos a los llamados *métodos alternativos*, los cuales han aparecido como una respuesta a los problemas de salud que enfrenta la población a nivel mundial.

El carácter *alternativo* está dado por la opción de realizar actividades *distintas* de las tradicionalmente consideradas para el desarrollo de la resistencia cardiovascular, como es el caso de jugar, bailar, andar en bicicleta, nadar, recrearse, dar caminatas, subir escalas, lavar el auto y las llamadas actividades de *fitness* (gimnasia aeróbica, *spinnig* y pilates, entre otras). En todos estos casos, lo importante, de acuerdo a lo expresado anteriormente, es entrenar con intensidad moderada y controlada, de manera que dicha actividad tenga los beneficios esperados.

El *método de entrenamiento en circuito* también puede ser utilizado para el desarrollo de la resistencia cardiovascular y de la flexibilidad. Nosotros lo proponemos como una alternativa del entrenamiento de la resistencia muscular. Este método corresponde a la realización de un conjunto de ejercicios que se distribuye en un espacio físico determinado en forma de estaciones. El diseño del entrenamiento en circuito considera los siguientes principios fundamentales:

- Se diseñan de 4 a 12 estaciones de trabajo.
- Los ejercicios seleccionados en cada estación deben ser distintos y estimular diferentes grupos musculares, pudiendo incorporar incluso una o más estaciones de pausa o descanso, dependiendo de la capacidad de cada persona y, de esa manera, dosificar el esfuerzo.
- En la realización del circuito, al terminar el tiempo o el número de repeticiones asignadas, se cambian de estación otorgando la pausa que se requiera. Es posible comenzar en cualquier estación.

- La ejecución de un circuito se debe organizar en relación con el volumen de trabajo o intensidad<sup>10</sup>. Para el diseño del circuito es importante considerar la propia capacidad para encontrar el equilibrio de las cargas.
- Los circuitos pueden ser de tiempo fijo o de repeticiones fijas. El volumen de trabajo corresponde al tiempo asignado: de los ejercicios por realizar en cada estación, de recuperación entre estaciones y al número de series a ejecutar. En estos casos, la intensidad, entonces, corresponde al número de repeticiones realizadas en cada estación, valorándola por el número máximo de repeticiones alcanzado, que correspondería al 100% de la intensidad.
- En el circuito de repeticiones fijas, el volumen está dado por el número de repeticiones que se deben hacer en cada estación; mientras que la intensidad equivale al tiempo utilizado en la ejecución de las repeticiones señaladas.

Ahora bien, en relación con los *métodos de entrenamiento de la flexibilidad*, éstos se verifican a través de *ejercicios pasivos* y *ejercicios activos*. Los ejercicios pasivos se dividen en:

- *Relajados*: Aquellos que se ejecutan dentro de los límites articulares normales.
- *Forzados*: Los que trabajan más allá de los límites normales de una articulación y en donde, generalmente, utilizamos una fuerza externa que nos ayuda a traspasar esos límites.

Los *ejercicios activos*, por su parte, consideran en su ejecución otra acción del músculo contrario al que no se está estirando, el que realiza una contracción voluntaria (músculo contrario) al momento de estirarse. Los ejercicios activos se dividen en:

- *Libres*: Aquellos que se realizan individualmente, sin la asistencia de nadie.

---

<sup>10</sup> El volumen de carga se refiere a la expresión cuantitativa de la carga y que se expresa en kilómetros, metros, horas, número de series y repeticiones y kilos. La Intensidad corresponde a la expresión cualitativa de ella, por ejemplo, porcentajes, frecuencia cardíaca, metros/segundo.

- *Asistidos*: Aquellos en que se requiere de una fuerza externa al estirar la musculatura.
- *Combinados*: Aquellos que corresponden a una mezcla de los dos anteriores.

Independientemente del tipo de ejercicio, en todo momento debe realizarse una contracción voluntaria.

Otro método que podríamos señalar para el desarrollo de una aptitud saludable es el *dinámico o activo*, el cual se realiza por la propia persona que lo ejecuta, siendo una actividad muscular voluntaria.

Los medios que utiliza este método son los de forma activa, tales como rebotes, lanzamientos, balanceos y oscilaciones, mientras que de forma pasiva, se realizan con fuerzas adicionales que buscan llegar a los límites de elongación, presiones y tracciones. El método mixto, en tanto, busca una combinación de lo activo con la ayuda de un peso adicional.

Según Kinesis (2003), el *método dinámico o activo* consiste en ejercicios de flexibilidad realizados en una zona articular de manera repetitiva con movimientos de impulso, insistencia o rebotes y en la fuerza de estiramiento de la musculatura antagonista, siendo generado por el agonista del mismo segmento y pretende lograr el mayor grado de extensibilidad de los músculos, así como una mayor capacidad de movimiento de las articulaciones. Los ejercicios dinámicos como rebotes o de insistencia no deben ser realizados por aquellas personas que no tienen una capacidad desarrollada de entrenamiento, pues provocan lesiones a nivel muscular.

El *método pasivo*, por su parte, se divide en:

- *Estático-activo*: Aquel donde el cuerpo toma una posición estirando un grupo muscular y se mantiene durante un tiempo.

- Estático-pasivo: Donde se adopta una posición y se realiza un estiramiento muscular con ayuda externa.

Por último, cabe señalar el aporte de Anderson (1982, citado por Kinesis, 2003) sobre el *método stretching*, y el *método de Solvelborn*. El primero aumenta la flexibilidad y se realiza de manera pasiva, manteniendo una postura de estiramiento del músculo durante un período de tiempo determinado. El segundo, se le conoce como facilitación propioceptiva, combinando contracciones isométricas con extensiones estáticas.

El *stretching* utilizan dos formas de realización:

- *Stretching estático-pasivo*, donde se estira el músculo paulatinamente, sin provocar el dolor, durante un tiempo de ejecución no más de 10 a 30 segundos.
- *Stretching estático-activo*, el cual consiste en realizar una contracción del músculo antagonista, mientras el músculo que se estira no se contrae y se relaja; esto se realiza entre 10 a 20 segundos.

Como vemos, el método estático implica llevar el músculo a un estado de extensibilidad y, a partir de ahí, cambiar de posición muy levemente, distendiéndolo mediante la fuerza de gravedad y con ayuda de otros.

#### **2.4. Deporte saludable.**

Al examinar el concepto de deporte es difícil revelar una definición que lo oriente concretamente hacia la salud, pues no existen indicadores claros que permitan establecer los beneficios que éste tiene para una vida saludable, lo que nos dificulta optar por algunas para orientar nuestro trabajo.

En este contexto, nuestra aseveración de la no existencia de indicadores de salud desarrollados por la práctica del deporte hacen referencia a la visión del deporte desde el punto de vista del rendimiento. Así mismo, es importante para nuestra investigación hacer una distinción respecto de la práctica deportiva considerada en su generalidad por el común de las personas como la realización de actividades o ejercicios. Sin embargo, el deporte tiene otra connotación, tanto en lo estrictamente disciplinar como en lo social, tal como lo veremos a continuación.

Al respecto, Sánchez (1996) expresa que si se descarta la práctica del deporte del ámbito del alto rendimiento, este tiene la connotación de ocupar espacios más recreativos y lúdicos, y ser desarrollado en el tiempo de ocio. Lo anterior implica, a nuestro juicio, que el deporte no necesariamente significa que sea beneficioso para la salud, ya que el hecho de competir en cualquier nivel de exigencia siempre habrá un *ganador* y un *perdedor*, siempre habrá uno que es *bueno* en un deporte determinado y otros que son *malos o peores*, lo que puede ser perjudicial no desde la perspectiva morfofuncional, pero sí desde la de la salud mental.

Por otra parte, coincidimos con dicho autor cuando afirma que además, (el deporte), suele realizarse en la generalidad de los casos de forma espontánea y libre. Considerando estos antecedentes, el enfoque de salud estaría dado por las decisiones del propio ejecutante acerca de cómo, cuándo y cuánto entrenarse con el deporte.

Desde esta visión, el deporte debiera practicarse atendiendo a ciertas características que impliquen un beneficio no solamente morfofuncional, sino además desde una visión de integralidad, especialmente social. En este sentido, quisiéramos enfatizar en lo que plantea Ramos (2000), cuando señala que el deporte organiza una actividad social que cada día que pasa se propaga, obteniendo como consecuencia un aumento continuo de individuos que participan y que se transforman en seguidores de la misma.

Martínez (1998) confirma lo anterior cuando asevera que el deporte se ha transformado en el fenómeno social más grande de nuestro siglo, haciendo referencia a que éste se expresa en la actualidad de distintas formas (deporte-espectáculo; deporte-salud; deporte-práctica) y resaltando el hecho de que lo que era considerado como derecho sólo para algunos grupos sociales, ha pasado a ser parte de toda la sociedad, por lo que se ha transformado en un fenómeno de carácter universal.

Heinemann (1991) consigna que dicha transición ha hecho que el deporte pase de ser un *sistema cerrado* a uno *abierto heterogéneo*, lo cual implica transitar de un deporte selectivo jerárquico a uno más integrador y democrático, el cual permite el acceso masivo de toda la población y no sólo de aquellos competitivamente mejores, es decir, pueden hacer deporte las personas de tercera edad, los minusválidos, las mujeres y las poblaciones marginales, entre otros miembros de una comunidad determinada.

Por otra parte, Ramos (2000) enfatiza respecto de las acciones de dopaje como práctica antideportiva que atentan contra los derechos del que lo practica, del propio deporte y, por ende, de la sociedad. En este mismo plano, Romero (2006) nos señala que el interés que se tiene para conservar el deporte como un espectáculo fomenta el consumo de sustancias prohibidas, el cual ha pasado a ser una de las destrezas para lograr el triunfo, sobrepasando los términos naturales del ser humano. Con ello, lo que queda en evidencia a nuestro juicio es que el objetivo de obtener un récord nos hace olvidar, como sociedad, a la persona y al sentido de salud sobre el que queremos enfatizar.

Estos antecedentes nos hacen dudar de que el deporte, efectivamente, represente en sí mismo un beneficio para la salud. Reafirmando lo anterior, Sánchez (1996), plantea que en la práctica del deporte, generalmente, el objetivo de promoción de la salud constituye algo importante pero complementario, asumiendo que viene por añadidura, sin tener que pensar en ello ni adecuarse a directrices.

Pese a lo anterior, tenemos la convicción de que el mayor beneficio que debiera otorgar el deporte está en el ámbito social, en los valores, en el cumplimiento de reglas, el respeto por el rival, el trabajo en equipo, el ser solidario y los hábitos de higiene.

Esto nos da pie para tratar el concepto de deporte concientes de la dificultad de otorgarle un sentido de salud.

A este respecto, Álamo (2001) señala algunos elementos que quisiéramos resaltar. El primero de ellos es que la referencia conceptual de deporte ha sido obligada, habiendo sido objeto de múltiples definiciones, las que han puesto su énfasis en distintas categorías.

En esta idea, Martero (1988) -en Álamo, 2001-, enuncia que las diferentes perspectivas del concepto de deporte datan del siglo XI, tiempo en el que su significado era el de *diversión*. El mismo autor nos indica tres definiciones del término *deporte* en el afán de explicitar distintas visiones que existen de este concepto que nos ocupa:

- La primera de ellas es la que aporta Diem (1966) cuando afirma que el deporte como juego “es de índole especial, libremente adoptado, pleno de valor, tomado en serio, exactamente regulado, y ante todo buscando un rendimiento”.
- La segunda, una contribución y visión más actual del deporte es la de Parlebas (1988), quien lo define como un “conjunto finito y enumerable de las situaciones motrices, codificadas bajo la forma de competición e institucionalizadas”.
- Y por último destacamos la que presenta la Carta Europea del Deporte (1995), la cual entiende el deporte como todas las formas de actividad física que, a través de una intervención organizada o no, asumen por objetivo la expresión o propenden a mejorar de la condición física o psíquica, el

progreso de las relaciones sociales o el logro de resultados en competición de cualquier nivel. Coincidimos con Álamo (2001) cuando manifiesta que esta definición se vincula a la idea de deporte para todos, como una expresión más integral que abarca otras dimensiones como la social y psíquica.

Además de esta breve revisión conceptual, consideramos necesario tratar el término desde la salud, más que desde el rendimiento y/o la competición. En relación con la dificultad que se presenta al contextualizar el concepto de deporte, adscribimos a la idea de que éste ha tenido un gran desarrollo en el transcurso del siglo XX, lo que según Álamo (2001) ha significado uno de los fenómenos de mayor impacto social.

Por otra parte, se refiere el mismo autor que siendo el objeto de estudio de otras ciencias, el deporte ha representado el surgimiento y desarrollo de disciplinas con saberes cada vez más especializados, como es el caso de la Psicología del deporte, Psicología del agonismo (Cagigal, 1972); de la Psicología de la Educación Física y Psicología del desarrollo motor (1988); Pedagogía de la Actividad Física y el Deporte (Pieron, 1988), y Economía del Deporte (Heinemann, 1998) entre otras.

Lo que deseamos exhibir con estas argumentaciones es que existe ciertamente la posibilidad de acercarse a una interpretación del concepto de deporte desde la salud, concordando con Álamo (2001) cuando manifiesta que disiente con aquellos que tienen una visión sencilla del deporte, operando en cualquiera de sus diferentes ámbitos.

Es por esta razón que intentamos ser cuidadosos al respecto, pues si bien es cierto, tal como señala Romero (2006), que la visión de deporte y salud en estos tiempos se basa en la promoción de la actividad *física* para disminuir los niveles de sedentarismo y los niveles de enfermedades no transmisibles; el deporte no

tendría como finalidad únicamente la obtención de resultados deportivos, sino que debe también mirarse desde una perspectiva basada en el bienestar de la comunidad, utilizando los espacios públicos con programas orientados a la promoción de la actividades que mejoren la salud y la calidad de vida de las personas.

No obstante, Amador (1994) aporta otra perspectiva anterior a lo que llamamos deporte, que son los juegos deportivos, desde una vertiente educativa, ya que a través de ellos se establece una relación por medio de la cual se transmiten ideas, conocimientos e incluso sentimientos.

En el caso de Chile, existía la inquietud respecto de la falta de una mayor práctica de actividad física y deportiva en la comunidad, lo cual se ha manifestado como una preocupación constante del gobierno de Chile. Ante esta situación y en la búsqueda de un mayor desarrollo deportivo y sensible con una realidad social, se promulgó la Ley del Deporte N° 19.712, del 30 de enero del año 2001, publicada el 09 de febrero del mismo año; representando a nuestro juicio un intento real por abarcar el problema de la salud, la iniciación deportiva, el deporte competitivo y de rendimiento.

En efecto, dicho marco proporciona una definición de deporte que abarca todos los espectros, lo que lo hace más subjetivo, pero también más cercano a la integralidad que hemos deseado manifestar a lo largo de esta investigación. Así, la citada Ley del deporte define éste último como:

“Aquella forma de actividad física que utiliza la motricidad humana como medio de desarrollo integral de las personas, y cualquier manifestación educativo-física, general o especial, realizada a través de la participación masiva, orientada a la integración social, al desarrollo comunitario, al cuidado o recuperación de su salud y a la recreación, como asimismo, aquella práctica de las formas de actividad deportiva o recreacional que

utilizan la competición o espectáculo como su medio fundamental de expresión social, y que se organiza bajo condiciones reglamentadas, buscando los máximos estándares de rendimiento.” (Artículo 1°).

De acuerdo con esta definición, cualquier actividad puede ser entendida como deporte (de allí el rango de subjetividad al que aludíamos). Sin embargo no deja de ser interesante lo que subyace en ella, pues posteriormente en los Artículos 5°, 6°, 7° y 8°, (y específicamente en el sexto), el documento asume una responsabilidad social respecto del tema del deporte entendido como salud. En efecto, dicho documento presenta cuatro modalidades del deporte que intentan explicar todo lo que abarca esta definición, es decir:

- Formación para el deporte.
- Deporte recreativo.
- Deporte de competición.
- Deporte de alto rendimiento y proyección internacional.

En relación con la *formación para el deporte*, el Artículo 5° de dicha Ley la define como “la puesta en práctica de procesos de enseñanza y aprendizaje a cargo de especialistas de la ‘actividad física deportiva’, donde el objetivo se centra en el desarrollo de aptitudes, habilidades y destrezas para la práctica de distintos deportes”, esto es, la formación para el deporte se focalizaría en el desarrollo deportivo.

El Artículo 6°, en tanto, nos señala que se entiende por *deporte recreativo* “las actividades ‘físicas’ efectuadas en tiempo libre, con exigencias al alcance de toda persona, de acuerdo a su estado físico y a su edad, y practicadas según reglas de las especialidades deportivas o establecida de común acuerdo por los participantes, con el fin de propender a mejorar la calidad de vida y salud de la población, así como a fomentar la convivencia familiar y social”. A este respecto, continúa el artículo, “el Instituto Nacional del Deporte de Chile podrá contemplar

acciones referidas a programas de rehabilitación y prevención de drogas a través del deporte”.

Los artículos 7º y 8º se refieren al *deporte de competición* como el que se focaliza en las prácticas sistemáticas de distintas disciplinas deportivas, mientras que el deporte de alto rendimiento y de proyección internacional sería el que se practica con alta exigencia.

Todos estos elementos nos llevan a afirmar que el deporte puede ser una herramienta válida que colabore en la prevención y en la promoción de una vida saludable de las personas, en todas sus dimensiones, acorde con el entorno en el cual se practique, el carácter que éste tenga y que permita entregar valores que fortalezcan la convivencia con otras personas.

## **2.5. Alimentación saludable.**

Entre las consideraciones iniciales respecto de este tema, deseamos mencionar que todo ser vivo requiere de un aporte de energía continuo para su subsistencia, que se logra a través de la alimentación. Esta energía se obtiene de los nutrientes que se encuentran en los alimentos y que se consigue a través del proceso llamado “alimentación”, definido según Valenzuela (1996, p. 11) como “el acto voluntario de ingerir alimentos, incluyendo su búsqueda, selección, preparación y el consumo”.

El mismo autor señala que la alimentación tiene tres finalidades:

- Suministrar energía necesaria para el mantenimiento del organismo y sus funciones.
- Proveer los materiales necesarios para la edificación de las estructuras corporales, su renovación y reparación.

- Aportar las sustancias necesarias para la regulación de las numerosas reacciones químicas que ocurren en el organismo y a cuyo conjunto denominamos *metabolismo*.

Fortaleciendo lo planteado por este autor, Kinesis (2003) expone que los nutrientes que se encuentran en los alimentos cumplen tres funciones primordiales:

- La función energética.
- La estructural.
- La reguladora del organismo.

La *función energética* se refiere a que el organismo ocupa los alimentos como combustible, obteniendo de ellos la energía necesaria para cumplir sus funciones (a través de los carbohidratos, grasas y proteínas). La *función estructural* hace referencia a que algunos alimentos son utilizados como un elemento de *construcción* del organismo, el cual interviene en el crecimiento, cuidado y renovación del mismo (es el caso de las proteínas y algunos minerales encargados de formar nuevos tejidos). Por último, la *función reguladora* implica que los nutrientes controlan las reacciones químicas de los procesos que se provocan en el organismo (vitaminas y sales minerales).

Por su parte, el número de nutrientes estará determinado por la edad, el género, la actividad y situación, por ejemplo, en el género femenino el número de nutrientes variará notablemente durante el embarazo y la lactancia. Es por ello que para lograr una alimentación saludable se requiere conocer determinadas normas que nos permitan establecer una dieta balanceada que represente un beneficio al organismo.

Entonces ¿qué es una alimentación saludable? Para efectos de nuestra investigación entenderemos la *alimentación saludable* como aquella que se

distribuye equilibradamente en todos los componentes y que produce bienestar y armonía, no sólo en lo morfofuncional, sino que además en el plano mental y social.

Los principales componentes de una alimentación saludable son, a nuestro juicio, los carbohidratos, lípidos y proteínas, que son nutrientes orgánicos que incorporan al carbono como un componente, los que además son capaces de almacenar y ceder energía (Kilocaloría = 1.000 calorías).

Respecto a las necesidades energéticas, Valenzuela (1997, p. 13) menciona que la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, FAO, la OMS y la ONU las definen como “la cantidad de energía alimenticia que compensa el gasto de energía, cuando su tamaño, composición corporal y grado de actividad física (saludable) son compatibles con estado duradero de buena salud y el mantenimiento de la actividad física (saludable) económicamente necesaria y socialmente deseable.”

Por su parte, Lange y Vio (2006), refiriéndose a los temas estratégicos en una universidad saludable respecto de la alimentación, nos señalan que una buena alimentación no solamente contribuye a mejorar la salud de los estudiantes, sino que también ayuda a potenciar sus rendimientos académicos y laborales.

Los mismos autores expresan que según la OMS una alimentación rica en grasas saturadas, azúcar y sal, bajo consumo de verduras sumado a la falta de actividad saludable, representan un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, obesidad, diabetes, hipertensión y algunos tipos de cáncer. Una buena alimentación, entonces, constituye un factor protector de la salud frente a posibles enfermedades.

Por otra parte, una alimentación no saludable (al igual que el sedentarismo, el consumo de tabaco y el excesivo consumo de alcohol) se relaciona con la

adquisición de hábitos que se establecen en una etapa de la vida que es particularmente sensible: la infancia.

En efecto, Montero, Úbeda y González (2005), expresan que los hábitos alimentarios son condicionados por numerosas influencias, destacando principalmente, la familia y el ámbito escolar y, luego, los factores sociales, económicos y culturales (particularmente influenciados éstos últimos por la publicidad).

En este sentido, es la familia quien hasta cierta etapa de la vida de un sujeto, la que cumple un rol fundamental en la alimentación del niño o niña, pero junto con ello vienen aparejados los procesos de cambio cuando los niños ingresan a la adolescencia y empiezan a formar parte de otros grupos sociales. En esta etapa, los amigos y el entorno son factores condicionantes clave para una alimentación saludable. Ello, porque en esta etapa el joven es vulnerable, influenciable respecto de patrones estéticos que pueden llegar a extremos (como la anorexia, por ejemplo), por lo que es particularmente importante velar porque estos procesos de cambio no provoquen alteraciones alimenticias que deriven en deficiencias nutricionales.

Queremos destacar aquí lo que señala Albala, Vio y Villarroel (2004) quienes plantean que en Chile el progresivo aumento en el sobrepeso y obesidad de la población es esencialmente prevalente en los grupos más pobres, quienes tras mejorar sus ingresos optan por comprar alimentos ricos en carbohidratos y grasas.

Dichos autores indican que todas las tendencias en la prevalencia de la obesidad representan datos objetivos, crecientes y rápidos en el mundo entero, lo que se hace más evidente en países que mejoran su ingreso económico. Particularmente es relevante el caso de Chile, que pasó de tener un serio problema de desnutrición en la década de los '70, a contar en la actualidad con una prevalencia que se inclina hacia la obesidad en todos los grupos etáreos.

Retomando a Montero y col. (2005), los hábitos alimentarios saludables de los jóvenes en formación debieran estar resguardados y evidenciarse como mejores respecto de quienes no los tengan. Sin embargo, cuando el individuo comienza a ser autónomo para tomar sus propias decisiones acerca de sus horarios y tipos de comidas, aparecen los factores sociales, económicos y culturales que, sin duda, influyen en un cambio de su alimentación. Seguidamente, los autores afirman la existencia de estudios epidemiológicos que indican que aunque en ocasiones la población está informada y conoce los conceptos básicos de una dieta saludable, estos conocimientos no se traducen en consumos reales de alimentos que formen parte de una dieta equilibrada: no se ponen en la práctica los conceptos aprendidos.

Al respecto, la adquisición de conocimientos es valorada en la medida que éstas son utilizadas en bien de una alimentación saludable, pero sin embargo ello no es suficiente para realizar una alimentación saludable o modificar hábitos alimenticios: las personas pueden tener el conocimiento de lo que implica llevar una dieta saludable, pero esa formación no necesariamente llevará a aplicarla en beneficio de la salud.

En síntesis, diremos que el beneficio principal de una alimentación saludable radica en la acción protectora que subyace en ella frente a la aparición de enfermedades como la hipertensión arterial, hipercolesterolemia, enfermedades coronarias, diabetes mellitus y obesidad, así como también en su carácter energético, estructural y como función reguladora que ejerce en el organismo humano.

Este capítulo se ha centrado en la revisión de las conceptualizaciones y distinciones en torno a los términos de “aptitud física” y “aptitud saludable”. A partir de dicha descripción hemos determinado determinar que el concepto aptitud física sólo atiende a “lo físico”, en tanto que el de aptitud saludable está estrictamente relacionado con el sentido de salud integral, el cual considera todas las

dimensiones del ser humano, el contexto, su entorno biológico y sociocultural, entre otros elementos.

Seguidamente, hemos hecho mención a los componentes de una aptitud saludable, entre los que se cuentan la resistencia cardiovascular, la composición corporal, la flexibilidad y la fuerza resistencia, entendiéndolos como elementos relevantes a la hora de iniciar un proceso de mejoramiento de la aptitud saludable.

Seguidamente revisamos los criterios del entrenamiento de la aptitud saludable propuestos en los planes y programas de Educación física de Chile, MINEDUC (1997) y que toman esencialmente los principios biológicos del entrenamiento deportivo de García y col. (1996). Y los métodos y medios del entrenamiento de la aptitud saludable, entendiéndolos como un camino para llevar al plano práctico los principios antes mencionados.

Complementamos este recorrido con el repaso del concepto de deporte saludable, validando su rol primordial en la obtención de una vida saludable, para lo cual consideramos algunas referencias particulares en torno a las distintas visiones que ha tenido el concepto de deporte y cómo éstas han podido contribuir a distorsionar el término en nuestros días.

El capítulo concluye con la conceptualización de alimentación saludable, el cual fue revisado desde sus alcances en el contexto mundial y, particularmente, en la realidad chilena y en los sectores más pobres de su población.

### **CAPÍTULO III: ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES Y FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD DE LAS PERSONAS.**

#### **3.1. Enfermedades crónicas no transmisibles.**

En el siglo XXI las enfermedades emergentes y/o recurrentes que se asocian con enfermedades infecciosas plantean un serio desafío para su prevención y control puesto que éstas han aumentado en las últimas dos décadas. Sin embargo, también es cierto que en la mitad del siglo pasado se reconoció como una etapa de transición epidemiológica.

En efecto, dicha transición epidemiológica se trataría de un concepto que data aproximadamente de hace treinta años y que sirve para explicar la dinámica de la salud en las poblaciones, refiriéndose a un proceso de cambio en las condiciones de salud de la población en términos de discapacidad, enfermedad y muerte.

La OPS (2006), por su parte, señala que la epidemia de las enfermedades crónicas no transmisibles amenaza el desarrollo económico y social de la vida y la salud de millones de personas, que en el año 2005 ascendió a 35 millones en todo el mundo. La causa de muertes en dicho período correspondió a enfermedades crónicas que duplicaron a las enfermedades infecciosas, incluyendo las provocadas por el VIH y el SIDA, la malaria y la tuberculosis, entre otras. En Chile, en el año 1970 la mortalidad alcanzó un 54%, mientras que en el año 1998 ascendía al 75% (Albala, Vio, Kain y Uauy, 2001).

Estos antecedentes demuestran que las enfermedades crónicas representan en la actualidad un grave problema y la principal causa de muerte y discapacidad en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe. En dichos países las enfermedades crónicas más frecuentes son las enfermedades cardiovasculares, la

hipertensión, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. Al respecto, la OPS (2006) calcula que en el primer decenio del siglo XXI morirán 20,7 millones de personas, y que el 31% de dichas muertes podría atribuirse a enfermedades cardiovasculares (ECV).

La misma organización señala que la hipertensión es uno de los factores de riesgo más importantes para las cardiopatías, afectando entre el 8% y 30% de los habitantes de la región; mientras que en el año 2000 el cáncer alcanzó al 20% como causa de mortalidad por enfermedades crónicas, representando un aumento del 33% en la región desde 1990. En este mismo escenario, la OPS (2006) indica que para el año 2020 en América Latina y el Caribe el cáncer provocara 833.800 muertes; en tanto que para el año 2025 serán 35 millones de personas las que sufrirían diabetes.

Las principales causas de muerte en Chile son las enfermedades cardiovasculares, luego los distintos tipos de cáncer y la diabetes (Albala, y col. 2001).

Por otra parte, en el año 2002 se realizó la 26<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana, en donde se reconoció que las enfermedades crónicas no transmisibles son la causa principal de muerte prematura y morbilidad en América Latina y el Caribe, por lo que aprobó la Resolución CSP26.R15, con lo cual se espera que la OPS aumente y coordine la cooperación técnica para la prevención de ellas.

Como resultado de lo anterior, la OPS ha elaborado una Estrategia y Plan de Acción Regional, que ha establecido líneas de acción enfocadas a dar prioridad a las enfermedades crónicas, tanto en los programas políticos como en los de salud pública. Para esto será necesario:

- Considerar la vigilancia de estos programas como un componente clave.

- Aceptar la necesidad de reorientar los sistemas de salud, a fin de que respondan a las necesidades de las personas que sufren afecciones crónicas.
- Tomar nota de la función esencial de la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Estas líneas de acción son esencialmente interdependientes, en la medida en que la aplicación de una de ellas, sin las otras, genera profundas desigualdades en cuanto a su aplicación en todos los sectores de la población y en el logro de las metas de dicha estrategia, es decir, en la prevención y reducción de las enfermedades crónicas y de los factores de riesgo relacionados en América.

Desde esta perspectiva, durante muchos años el ser humano ha conocido y entendido que la buena salud comienza con el desarrollo de correctos hábitos de vida, los que además debieran ser coherentes con una buena alimentación y la práctica de una actividad o de un ejercicio saludable. Así lo confirma el conjunto creciente de investigaciones epidemiológicas realizadas por la OMS, que indican que los hábitos alimentarios y la práctica de ejercicio saludable de intensidad moderada pueden reducir la frecuencia de ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, diabetes de tipo II y determinados tipos de cáncer. Un dato de interés en esta línea es que la OMS calcula que para el año 2020 las enfermedades no transmisibles serán la causa de más del 70% de la carga mundial de morbilidad.

Ahora bien, para efectos de esta investigación resaltamos lo planteado por la Comisión Nacional de Salud Pública de Chile (2002), respecto de las enfermedades no transmisibles, subrayando que las personas las contraen en un período determinado por causa del modo en que se alimentan o del tipo de vida que llevan.

El tipo de vida se relaciona con el tabaquismo, alcoholismo, obesidad y sedentarismo, que son los principales factores de riesgo que se encuentran asociados a este tipo de enfermedades y que se observan comúnmente en el

entorno social de la población en general y en el ambiente universitario en particular.

Como vemos, las enfermedades crónicas no transmisibles representan en la actualidad un tema preocupante, por lo que es esencial considerar lo que cada uno de nosotros puede realizar desde el ámbito en el cual nos encontramos, trabajando mancomunadamente en el diseño estrategias que nos permitan colaborar en la prevención de estas enfermedades.

Particularmente relevante en esta línea es el trabajo de los docentes en ejercicio y de los futuros profesores, ya que es imperioso trabajar con estos últimos en la modificación de los hábitos perjudiciales que incentivan el desarrollo de este tipo de enfermedades, generando en ellos las responsabilidades profesionales y sociales que deberán transmitir posteriormente a sus estudiantes.

### **3.1.1. Factores protectores de la salud.**

Para desarrollar este punto queremos considerar la visión que señala que los factores protectores corresponderían a los eventos o situaciones que favorecen y protegen al individuo y a la familia para que instituyan y conserven relaciones sociales y laborales saludables. Castillo (2004) consigna que no es suficiente contar con relaciones sociales sanas para identificarlas como un factor protector, ya que los problemas surgen a lo largo del tiempo, cuando los vínculos se confunden y la relación se altera.

En este sentido, un factor protector existe y actuaría como tal, cuando influye al individuo modificando, mejorando o alterando su respuesta ante alguna situación de peligro que lo predispondría a un resultado no adaptativo.

Existen factores protectores que facilitan un estilo de vida saludable a partir del establecimiento de relaciones sociales y personales entre los individuos, tal como señala el mismo autor y que exponemos a continuación:

- Satisfacción de las necesidades básicas.
- Redes sociales de apoyo a la sociedad.
- Desarrollo personal y autoestima.
- Acceso a la información.

### **FACTORES PROTECTORES QUE FACILITAN UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE.**

#### **Satisfacción de necesidades básicas.**

- Corresponden a este tipo de necesidades el derecho a educación, vivienda, salud, trabajo y necesidades, los que se encuentran en estricta relación con factores socioeconómicos como el ingreso familiar o el nivel de necesidades que se tenga.
- En la actualidad, la necesidades de necesidades básicas se ha visto distorsionada por el alto grado de necesidades y el deseo de bienes materiales que tienen las personas, lo que origina elevados niveles de necesidades, no porque no se tengan satisfechas sus necesidades mínimas, sino porque no pueden acceder a los bienes materiales que desean.

#### **Redes sociales de apoyo.**

- Como factor protector, las redes sociales hacen referencia a la importancia de los vínculos emocionales que se producen al interior del grupo familiar, lo cual genera grandes satisfacciones en lo afectivo, pero tienen un alto costo físico y emocional, ya que satisfacer las demandas de cada integrante de la familia, resolver conflictos o enfrentar un evento catastrófico provoca una gran dedicación de tiempo y energía.
- Desde esta forma, el desarrollo de las redes sociales debiera extenderse a toda la comunidad a la que pertenece la familia, es decir, amigos, instituciones,

juntas de vecinos, grupos comunitarios o religiosos, entre otros, ya que ellos se transforman en recursos personales disponibles para enfrentar las demandas del grupo familiar.

- La colaboración de las personas para participar en acciones colectivas, sean éstas son índole social, solidaria, recreativa, son una necesidad humana a través de las cuales la persona hace su aporte a la comunidad.

#### **Desarrollo personal y autoestima.**

- Los factores protectores asociados al desarrollo personal y a la autoestima se relacionan directamente con la autovaloración que tienen las personas respecto de sí mismas.
- Así, cuando alguien es capaz de expresar sus sentimientos, su ser creativo y su capacidad de resolver problemas personales y colectivos, se generan experiencias que contribuyen a su desarrollo personal. Si estas acciones y experiencias son exitosas, su autovaloración personal se verá reflejada en una mayor autoestima y autovaloración.

#### **Acceso a la información.**

- El acceso a la información como factor protector se relaciona con el hecho de tener la posibilidad de escuchar las opiniones de otras personas para poder corregir las ideas propias que estén equivocadas.
- Ampliar el acceso a la información es un proceso tanto individual como colectivo. Todos los grupos sociales se favorecen con el acceso a la información, ayudando en la toma de decisiones para hacer un uso más eficaz de los recursos utilizables.

Los factores protectores de la salud en una comunidad humana en general consideran, además de los ya revisados, otros componentes o variables que pueden encontrarse entre las relaciones sociales y personales de los individuos.

A este respecto, la salud se somete a aspectos conectados con los estilos y hábitos de vida, los cuales dependen del nivel de renta (la salud no se distribuye

en la sociedad de forma aleatoria), pero que tienen mucho que ver con variables de tipo cultural y existencial y con la educación en información sanitaria. Por lo tanto, continua el mismo autor, las acciones consignadas para su mejoramiento están expresadas y determinadas por las relaciones de la persona y de la población y su medio.

En relación con esta afirmación Castillo (2004) propone una subcategoría respecto de los factores protectores antes mencionados, estableciendo que éstos podrían clasificarse en:

- Factores protectores a nivel individual y
- Factores protectores a nivel familiar.

A continuación exponemos sus características distintivas.

<b>FACTORES PROTECTORES A NIVEL INDIVIDUAL.</b>	
<b>Experiencias afectivas.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Crecer en un ambiente que provea de un clima afectivo y acogedor permite al niño, y posteriormente al adulto, desarrollar conductas de autocuidado, las que serán fundamentales durante la adolescencia y el período universitario, sentando las bases de la autoestima y el respeto hacia su organismo.</li> </ul>
<b>Capacidades cognitivas.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tener una capacidad intelectual normal puede constituirse también en un factor protector, en el entendido que la inteligencia permite desarrollar la comprensión necesaria para evaluar las distintas situaciones que viven las personas, y discernir entre aquellas que representan un riesgo para su propia salud y aquellas que, por el contrario, resultan beneficiosas para su calidad de vida.</li> </ul>
<b>Resolución de</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Este factor implica aprender a enfrentar las situaciones de</li> </ul>

<b>conflictos.</b>	conflicto, así como también a desarrollar las capacidades para resolverlas con habilidades y actitudes tales como: saber escuchar, sentir empatía por el otro, flexibilizar posiciones para llegar acuerdos y ser solidario, es decir, evitando la agresividad, la violencia, la descalificación y el autoritarismo.
<b>Habilidades sociales.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Como factor protector individual, el desarrollo de las habilidades sociales implica tener la capacidad de relacionarse con los demás y con su entorno, por ejemplo, siendo amigable, afectivo, participando en los logros y frustraciones del otro, entendiendo que somos seres emocionales y que compartimos esa característica con nuestros semejantes.</li> </ul>
<b>Modelos.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mirar los modelos desde la perspectiva de los factores protectores de la salud implica valorar los referentes de cada grupo familiar y de sus integrantes: padres, hermanos, abuelos, tíos, etc., ya que ello permitirá a cada persona reconocer que los proyectos de vida que han estado a su alrededor pueden ser exitosos, satisfactorios y, lo más importante, alcanzables.</li> </ul>
<b>FACTORES PROTECTORES A NIVEL FAMILIAR</b>	
<b>Ambiente familiar.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Como factor protector de la salud, el ambiente familiar debe haber evidenciado experiencias afectivas positivas y estables al interior de un hogar cálido, de apoyo y protección, incorporando en la vida de sus integrantes el rompimiento de obstáculos, el éxito, el fracaso y los errores cometidos.</li> <li>▪ Lo anterior debiera propender hacia el desarrollo de un ser autónomo, apoyado en su crecimiento personal por personas que han sabido protegerlo en las dificultades y motivarlo en sus éxitos.</li> </ul>

<p><b>Rol parental. claro</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La función que cumplen los padres es la de amar, acompañar, apoyar, enseñar y proteger a su familia en un ambiente de convivencia donde se respeten los espacios de cada uno, cumpliendo las normas establecidas, sin abuso de ninguno de los integrantes de la familia.</li> <li>▪ Las normas deben ser establecidas en conjunto, sobre todo cuando los hijos crecen en una cultura juvenil totalmente diferente de aquella en la cual los padres fueron criados.</li> </ul>
<p><b>Valoración de la diversidad.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Las opciones de vida de cada miembro de la familia son diversas, por lo cual es fundamental desarrollar el respeto y la tolerancia por las opciones de vida de cada uno de sus integrantes.</li> <li>▪ Lo anterior implica aceptar responsablemente las modas, la música, la vestimenta y la opción sexual de todos los miembros de la familia. En la medida que ello se logre, cada familia podrá valorar las opciones del otro y fortalecer la visión del mundo que le rodea, convirtiendo esto en un factor de protección.</li> </ul>
<p><b>Integración a la comunidad.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Para lograr el desarrollo de habilidades sociales, necesariamente, se deben haber realizado acciones de participación como familia al interior de una determinada comunidad.</li> <li>▪ Sólo este paso garantiza la integración social de cada familia y de cada grupo comunitario a otro grupo comunitario mayor, por ejemplo, desde la escuela a la universidad.</li> </ul>
<p><b>Espacios para la pareja.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La pareja debe seguir manteniendo sus propios espacios, de lo contrario, cuando los hijos ya no estén, cada cual estará frente a un desconocido.</li> <li>▪ Si bien es cierto podemos entender la pareja de distinta manera (como madre/padre; proveedores/cuidadores), ellos deben tener su mundo propio que les permita mantener una</li> </ul>

relación estable y sólida que será transmitida por sí sola a la familia.

### 3.1.2. Relación entre factores protectores y los perjuicios en la salud.

Las políticas de promoción de salud en Chile comenzaron en 1998 con el Plan Nacional de Promoción de Salud. Dicho plan estableció las relaciones entre los factores protectores de salud y los deterioros que provocan en el ser humano al no considerarlos. Se destacan en este documento los siguientes factores protectores:

- Alimentación saludable.
- Realización de actividad saludable.
- Ambientes libres de humo de tabaco.
- La asociatividad.

Al respecto, el documento considera que llevar una vida sin tener en cuenta considerando estos factores, puede producir daños en la salud de la personas. Por ejemplo, una *alimentación poco saludable* se relacionaría con daños tales como:

- Hipertensión arterial.
- Hipercolesterolemia.
- Enfermedades coronarias.
- Diabetes mellitus.
- Obesidad.

Por otra parte, dicho plan señala que la ausencia de *actividad saludable* se relacionaría con enfermedades como:

- Hipertensión arterial.
- Hipercolesterolemia.
- Enfermedades coronarias.
- Diabetes mellitus.
- Sedentarismo.
- Obesidad.

La ausencia de disponibilidad de *ambientes libres de humo*, para las personas se relaciona con:

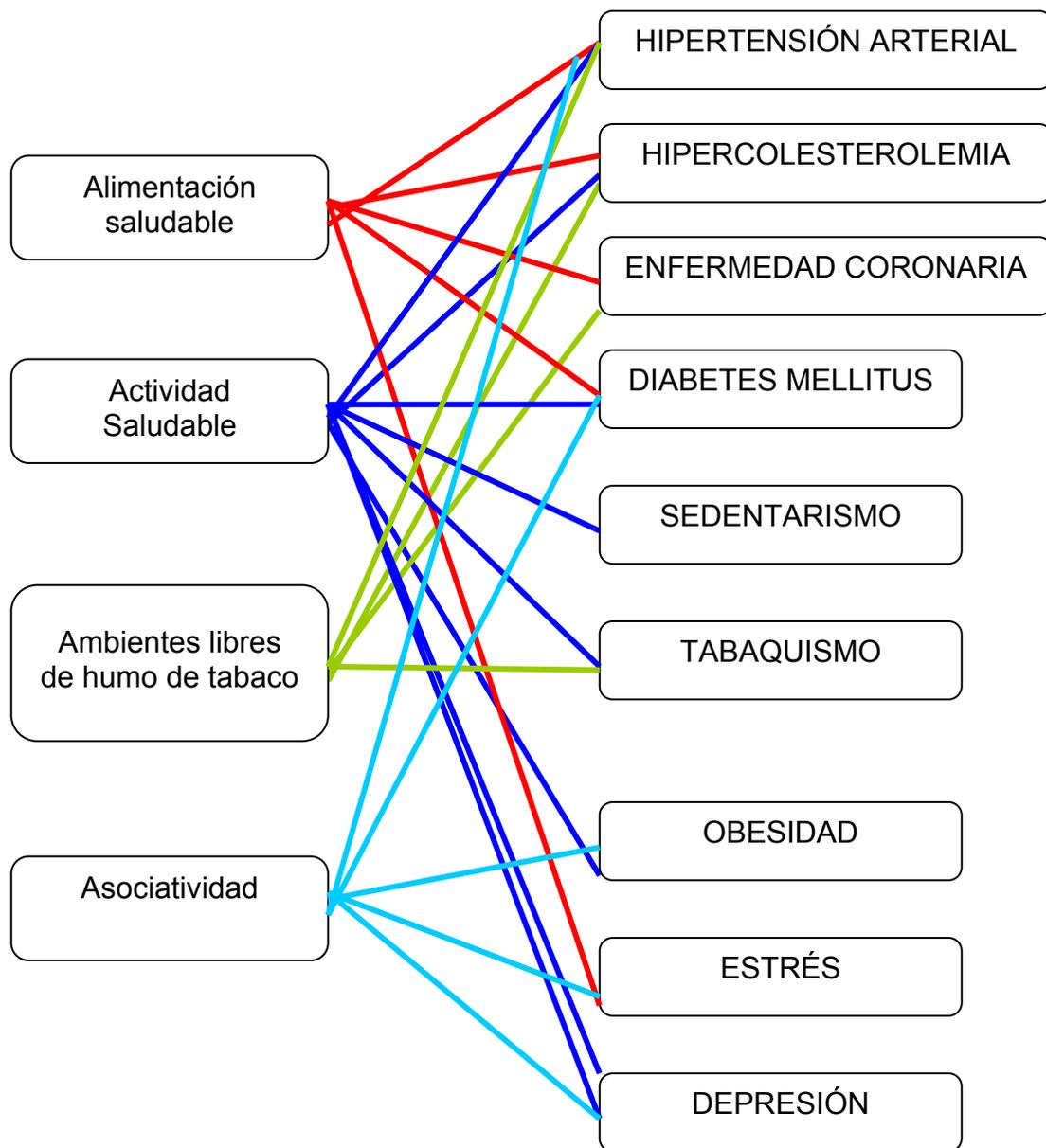
- Hipertensión arterial.
- Hipercolesterolemia.
- Enfermedades coronarias.
- Diabetes mellitus.
- Tabaquismo.

Por otra parte, la *asociatividad*<sup>11</sup> de distintos factores de riesgo entre ellos, las enfermedades, se relaciona con las siguientes:

- Depresión.
- Estrés.
- Obesidad.
- Diabetes mellitus.
- Hipertensión arterial.

---

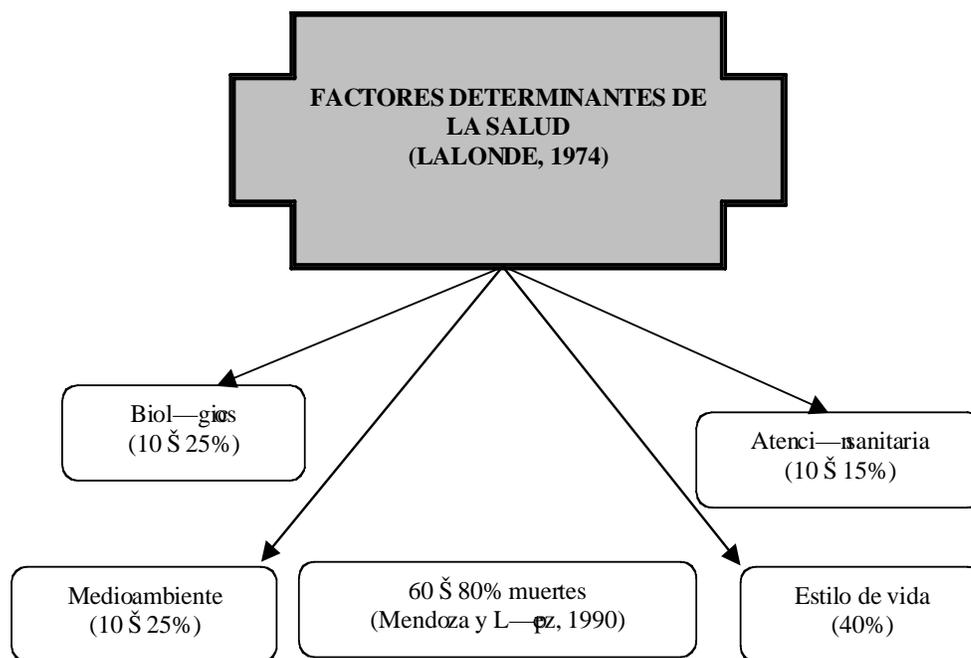
<sup>11</sup> Relación de otros factores de riesgo que desarrollan otro tipo de enfermedades crónicas no transmisibles.

**Factores protectores de salud****Daños en la salud**

### 3.1.3. Factores determinantes de la salud.

El esquema representativo de los factores determinantes de la salud que reproducimos seguidamente ha sido aportado por Ramos (2003), diseñado desde la perspectiva de Lalonde (1974), quien consideraba la salud como una variable dependiente influida por la interacción de diferentes factores o determinantes.

Desde esta perspectiva se presenta el factor biológico o endógeno, factores ligados al medio, factores ligados al estilo de vida y factores ligados al sistema de asistencia sanitaria, explicando el porcentaje de las causas de defunción provocadas por cada factor.



El factor biológico, apenas modificable, evidencia que los aspectos genéticos y los relativos al envejecimiento de las personas dependen de cada organismo y varían de una persona a otra. En el año 1974 la causa de muerte asociada a factores biológicos en los países desarrollados oscilaba entre el 10% y el 25%.

En relación con el factor ligado al medio ambiente, Peña (1990) señala que en el mismo período, los países desarrollados evidenciaban una causa de muerte asociada al medio ambiente que fluctuaba entre un 10% y 25%. Este factor hace referencia a contaminantes físicos, químicos y biológicos, los cuales afectan sustantivamente la calidad de vida y la salud de las personas.

Mendoza y López, (1993) señalan que los estilos de vida alcanzaban en igual época un 40% de las causas de muerte en los países desarrollados, en tanto que la suma del medio y los estilos de vida determinaban el 60% y 80% de la mortalidad en países desarrollados. Así mismo, respecto a la mortalidad, Lalonde (1974), -en Ramos (2003)-, plantea que del sistema de atención sanitaria depende entre un 10% y un 15% las causas de muerte de los países avanzados. Los servicios sanitarios se representan por la cantidad, calidad, gratuidad y acceso a los mismos.

A nuestro juicio, lo fundamental del informe de Lalonde, (pese a la antigüedad de los datos aportados), es que confirma la importancia de los estilos de vida como determinantes de una buena salud, siendo éstos cruciales para la realización de cambios en la gestión sanitaria de muchos países, los que tuvieron como resultado la entrega de mayores recursos para la promoción y la educación de la salud de su población.

#### **3.1.4. Factores de riesgo para la salud en una comunidad universitaria.**

Actualmente es evidente la preocupación permanente en la comunidad universitaria respecto de los estilos y hábitos de vida saludables de sus estudiantes. No obstante lo anterior “existen algunos que reconocidamente influyen sobre la sensación de bienestar y afectan la productividad laboral y académica” Lange y Vio (2006, p. 22).

Ante esta situación, Lange y Vio (2006), han identificado algunos factores de riesgo de la salud existentes en una comunidad universitaria, que identificamos a continuación.

- **Sobrecarga académica o laboral:** Se refiere a las dificultades que tiene un estudiante para adaptarse a la vida universitaria al salir del ámbito escolar, contexto que le exige rendimientos académicos, horarios y estilos de vida distintos de los que eran su costumbre, asumiendo una formación que por lo general no se basa en la persona, sino en el dominio de la disciplina.
  
- **Falta de tiempo o de oportunidades para la actividad saludable, el esparcimiento y la alimentación saludable:** El mismo proceso de adaptación y exigencias académicas provoca en los estudiantes dificultades para administrar su tiempo, que muchas veces no le alcanza para la realización de actividades saludables. Del mismo modo, los cambios de jornada no permiten contar con el tiempo necesario para alimentarse sanamente, o bien, los lugares para comer no incorporan alimentos saludables o sus espacios no son apropiados desde el punto de vista de la infraestructura que proveen, por lo que los estudiantes optan por almorzar comida rápida sentados en los patios o sencillamente en el suelo.
  
- **Búsqueda de nuevas experiencias con el uso de alcohol, drogas y el inicio de la vida sexual:** Las altas exigencias académicas, la necesidad de integración a ciertos grupos, el descubrir un mundo nuevo, sin control, la desorientación, sumados a una posible baja autoestima y autovaloración de sí mismos, puede llevar a los estudiantes a iniciarse en el consumo de estas sustancias o al inicio de una actividad sexual sin orientaciones sanitarias adecuadas.

- **Exagerada auto percepción de buena salud de los jóvenes (“salud de hierro”):** Ello implica que los jóvenes estudiantes viven su vida universitaria asumiendo, erróneamente, una salud que no siempre es la mejor, por lo que toman riesgos innecesarios para su cuidado y calidad de vida, sintiéndose fuertes y vitales sin serlo muy probablemente.
- **Inexistencia de espacios habilitados para fumadores:** Al no contar con espacios habilitados para fumadores, los estudiantes utilizan cualquier lugar disponible, donde con frecuencia, conviven con estudiantes que no fuman. Al respecto, si bien la nueva Ley del consumo de tabaco en Chile se aplica desde el año 2006 en las instituciones de educación superior, la tendencia a utilizar los espacios disponibles por parte de los estudiantes fumadores continúa siendo recurrente.

### **3.1.5. Factores de riesgo para la salud de las personas.**

Históricamente, ha existido un interés permanente por la salud de las personas, así como también por los riesgos que pueden afectarla. Esta toma de conciencia no responde a una característica propia de nuestro país, sino que, por el contrario, es general, a nivel mundial. Actualmente dicho interés no sólo se ha incrementado, sino que ha comenzado a manifestar nuevos matices.

En relación con el concepto de riesgo para la salud, éste puede tener distintos significados dependiendo de la cultura e idiosincrasia en la que se asienten, razón por la cual la Comisión Nacional de Salud de Chile ha tomado la definición de la OMS (2002), y ha entendido como riesgo para la salud la probabilidad de un resultado sanitario adverso, o un factor que aumenta la probabilidad.

El campo de análisis de los riesgos se ha desarrollado rápidamente, pasando a concentrarse en la definición, cuantificación y caracterización de las amenazas

para la salud humana y para el medio ambiente. El análisis de este conjunto de actividades es lo que en términos generales se conoce como *evaluación de riesgos*.

Lo anterior resulta particularmente relevante para prevenir las enfermedades, por lo que los esfuerzos se han concentrado en la determinación de los factores de riesgo que puedan afectar la salud de la población, procurando responder a la siguiente pregunta: ¿qué parte de la carga de morbilidad de una población puede deberse a un riesgo concreto?

Dado este contexto, los gobiernos del mundo han debido asegurar políticas que se basen en programas de prevención, control y evaluación sistemática de dichos factores, que sean perdurables en el tiempo y que se centren en las principales amenazas para la salud de sus respectivos países.

En este sentido, cobra un papel preponderante la información de interés local que se dé acerca de la magnitud que tienen los diferentes riesgos para la salud de las personas, ya que estos antecedentes han sido sumamente limitados, lo que ha producido un vacío que, aprovechado por ciertos grupos de poder, podrían intentar restar importancia a algún riesgo, o bien, exagerarlo para obtener algún beneficio de ello.

Las primeras estimaciones mundiales de la carga de morbilidad atribuible a un conjunto de distintos factores de riesgo fueron comunicadas en la ronda inicial del estudio que entregó la OMS, donde se expusieron como principales factores de riesgo los referidos al comportamiento humano:

- Tabaquismo.
- Alcoholismo y otras sustancias.
- Factores ambientales .
- Estados fisiológicos, como la tensión arterial y el exceso de peso .

Al respecto, diremos que en el contexto de nuestra investigación, los principales factores de riesgo para la salud están determinados por las condiciones tanto demográficas como sanitarias, económicas y sociales de cada país, puesto que no todos poseen las mismas características, frente a lo cual es necesario e imperante realizar un estudio desde el contexto mismo, es decir, desde la realidad de morbilidad y traumatismo de cada país, para esclarecer cuáles son los factores de riesgo para la salud de la población local.

En Chile, existen antecedentes que indican que las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) representan el 73% de la carga de morbilidad, seguida por los traumatismos y envenenamientos con 15% y, luego, las enfermedades infecciosas, maternas y perinatales. Las enfermedades no transmisibles se encuentran en ambos sexos y en todas las edades, aunque cambian las causas específicas que las originan (MINSAL 1999).

Ciertamente, los factores de riesgo que afectan a la salud pueden tomar la forma de enfermedades transmisibles o no, pudiendo observarse en las diferentes etapas de la vida y en distintas realidades socioculturales, que abarcan múltiples grupos humanos, familiares, institucionales, y entre ellos, escolares y universitarios.

Pese a que los riesgos de la salud están presentes debido a distintas condiciones que rodean a la realidad del ser humano en su existencia, debemos mencionar que el informe de la OPS (2006) las caracteriza como una epidemia que amenaza el desarrollo económico social de las naciones, afectando en el año 2005 a 35 millones de personas en todo el mundo, las cuales duplicaron a las enfermedades infecciosas. Esta preocupación también alcanza a Chile, en donde dichas enfermedades alcanzaron en el año 1998 un 75% (Albala y col., 2001).

### **3.1.6. Las enfermedades cardiovasculares y los factores de riesgo para la salud.**

Distintos autores, revistas científicas e instituciones internacionales como la OMS, OPS y Ministerios de Salud de diferentes países han declarado que las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en el mundo, y que aproximadamente cerca del 30% éstas son producto de dos situaciones: el propio envejecimiento de la población y los cambios en los estilos de vida de las personas, los que han desencadenado un aumento de la obesidad, el consumo de tabaco y el sedentarismo, aspectos que sin duda alguna se relacionan con estas enfermedades.

Así mismo, la OPS/OMS (2005), declaró que aproximadamente un 80% de las ECV se produjeron en países de ingresos bajos y medios, sosteniendo que estas enfermedades no obedecen a un patrón geográfico, de género y de índole social. Sin embargo, los expertos en salud pública proyectan para el 2010 que estas enfermedades serán la primera causa de muerte en los países en vías de desarrollo.

En este contexto, los especialistas y profesionales que trabajan en el área de la salud indican que la labor para enfrentar la problemática debiera centrarse en modificar los hábitos y estilos de vida poco saludables para transformarlos en saludables. Las vías para lograrlo estarían centradas en medidas tales como:

- Vigilancia del peso corporal desde la infancia y durante toda la edad adulta, a fin de evitar la obesidad.
- Vida activa a través de la realización periódica de ejercicios saludables.
- Dieta equilibrada, fortaleciendo la ingesta de frutas y verduras y controlando el consumo de azúcar y sal.
- Cuidado de los productos derivados del tabaco.
- Evitar el exceso en la ingesta de cafeína.

Por su parte, Albala, Vio y Villarroel (2004), exponen que en el año 2000 las enfermedades cardiovasculares representaron 1.100.000 casos en relación con todas las muertes producidas en la región, lo que representa un 31% del total de los óbitos y 50% de las defunciones por ECNT. Los autores resaltan, además, el hecho que entre las ECV, la cardiopatía coronaria sea la principal causa de muerte en todo el mundo, seguida de las enfermedades cerebrovasculares y la hipertensión arterial.

Los mismos autores mencionan que en el caso de Chile, las ECV constituyen la principal causa de muerte desde los años sesenta. Sin embargo, pese a que las tasas de mortalidad por esta causa han disminuido lentamente, ellas prevalecen en el tiempo, lo que probablemente se deba a la existencia de una mejor detección y control de la hipertensión arterial (HTA) y a un mejor manejo clínico de la morbilidad coronaria aguda.

En el mismo sentido, en Chile las ECV representan la primera causa de muerte desde 1969, resaltando que una de cada tres muertes es provocada por una dificultad cardiovascular, con una tasa de mortalidad de 149 por cada 100.000 habitantes y de 22.730 defunciones. Dichos expertos destacan que la principal causa de muerte son las enfermedades isquémicas del corazón y las cerebrovasculares, (Escobar, Olivares y Zacarías, 2002).

Los antecedentes planteados se fortalecen aún más con lo señalado por Ramos (2003), cuando afirma que estas enfermedades se han constituido en uno de los factores fundamentales de morbi-mortalidad prematura evitable en España.

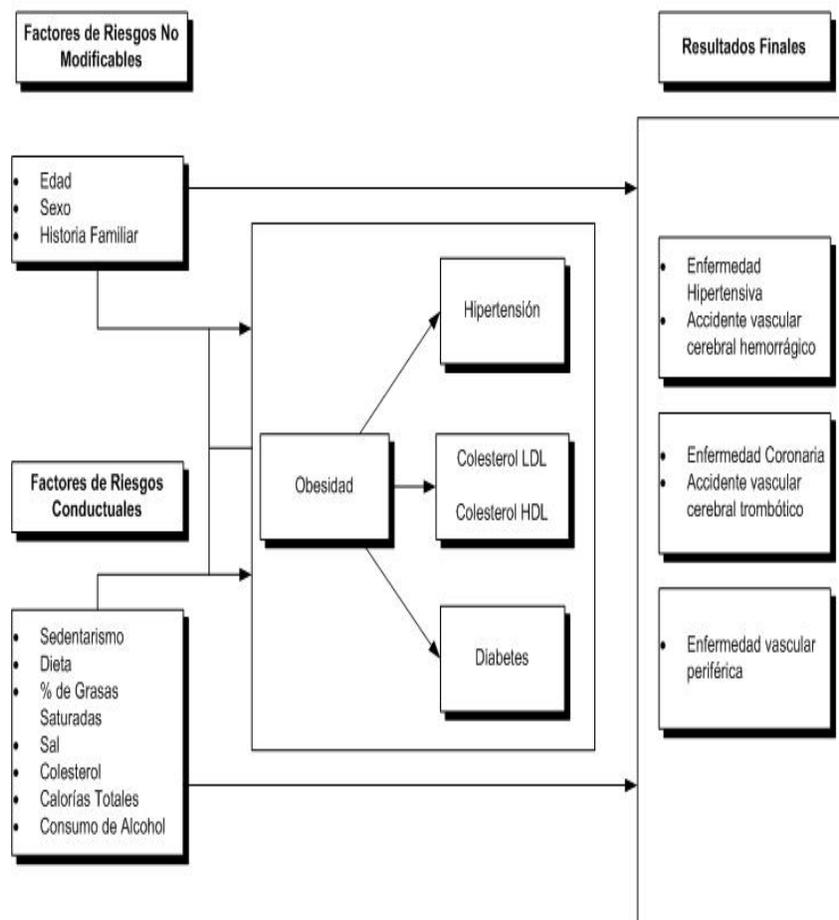
Las ECV, en tanto, son consideradas como una de las principales causas de muerte respecto de los años potenciales de vida que corresponde vivir y, por ende, de mortalidad prematura (Serra y col., 1998). En este mismo sentido, existen antecedentes que indican que el porcentaje de enfermedades

cerebrovasculares y de isquemia del corazón corresponde al 60% de la mortalidad cardiovascular (Villar, 1997).

Continuando dicho análisis, Ramos (2003) expone que las ECV son las responsables principales de mortalidad, “pero que estas enfermedades del corazón y los vasos son consecuencias de la arterioesclerosis” (p. 94), manifestando que al respecto es importante y fundamental considerar la pertinencia de indagar cuáles son los factores de riesgo que, desde el punto de vista epidemiológico, favorecen la aparición de ésta, o de saber si realmente esos factores de riesgo son ficticios u obedecen a una relación causa – efecto.

Dado este escenario de incertidumbre respecto de la procedencia de las ECV, acertadamente el mismo autor nos aclara que esta relación causa-efecto queda demostrada a través de los distintos estudios epidemiológicos que han sido realizados desde una visión observacional (el de Framingham, el de Manresa, el de Cronicat, el de Procan, etc.), como también experimental (el de Oslo, el de antiguos alumnos de Harvard, el Multicéntrico de Finlandia, etc.). En este contexto, los factores de riesgo pueden clasificarse en *no modificables* y en *modificables*, por lo que el conocimiento, actuación y control sobre éstos últimos permitiría la prevención de las principales enfermedades cardiovasculares (Tresserras y col., 1992, Villar 1997).

Por otra parte, en este campo, Escobar y col., (2002), toman de Pearson, Jamison y Trejo (1993) un esquema que expone la relación entre los factores de riesgo cardiovasculares y en donde podemos destacar como factores no modificables la edad, el sexo y la historia familiar, los que además en el esquema se refieren a factores conductuales entendidos como factores modificables.



Desde esta perspectiva, Albala y col. (2004), coincidiendo con Ramos (2003), sugieren la existencia de factores de riesgo de las ECV que son modificables, por lo que no deben dejar de ser considerados, cobrando importancia en este sentido la labor preventiva, pues la evidencia es clara respecto de su efecto negativo en la salud de las personas. Estos factores son los siguientes:

- La alimentación (la hipercolesterolemia).
- La hipertensión arterial (HTA).
- El tabaquismo.
- El sedentarismo.
- El estrés.
- La obesidad.
- La diabetes mellitus.

- El alcohol.

Dados estos antecedentes iniciales, dedicaremos las siguientes páginas a la revisión de cada uno de estos factores de riesgo que inciden en las ECV y en la salud y que forman parte del interés de la presente investigación, para lo cual procuraremos establecer el estado actual de los mismos en el contexto de nuestro estudio.

#### **3.1.6.1. La alimentación (la hipercolesterolemia).**

El interés por llevar una alimentación adecuada en la actualidad obedece, esencialmente, a la preocupación mundial por la incidencia de ésta en las enfermedades crónicas no transmisibles, siendo una de ellas las ECV. A continuación exponemos los principales aspectos de la alimentación de las personas en este contexto.

Olivares (2004), plantea que la educación en alimentación y nutrición constituye el pilar fundamental de la prevención de las ECNT, señalando que si bien el componente genético es importante, en la actualidad se reconoce que el cambio en los factores ambientales, como es el caso de la alimentación, tiene una cuota de responsabilidad en el aumento de este tipo de enfermedades.

Ramos (2003), por su parte, explica que la alimentación se transforma en un factor de riesgo cuando existe un exceso de aporte calórico, lo cual provocaría hiperlipidemia, la que implica un aumento de las grasas en la sangre y como consecuencia de esto, se produce la aterogénesis.

La existencia de grasas con alto contenido de ácidos grasos saturados, que se encuentran en los animales terrestres aumentan, mayoritariamente, el contenido de lípidos sanguíneos, a diferencia de las grasas insaturadas (monosacáridos

como el aceite de oliva), los cuales producen niveles menores de lípidos en la sangre.

La preocupación de lo que provoca una alimentación poco saludable en la salud de las personas y su relación con enfermedades cardiovasculares, a dado lugar a variadas investigaciones que comprueban la asociación de las alteraciones cuantitativas en el metabolismo de las lipoproteínas con la predisposición y padecimiento de las enfermedades cardiovasculares (Keys, 1986; Stamler, 1992; Katan, 1995; Ridker 1996). Por otra parte, el colesterol total es uno de los principales factores de riesgo de la enfermedad coronaria, pero también se señala la posibilidad de que sea modificable a través de dietas (Tresserras y col., 1992; Iglesias, 1995; Villar, 1997).

Al respecto, Escobar y col. (2002), indican que la hipercolesterolemia en un nivel de colesterol total de 200 mg/dl se asocia a un mayor riesgo cardiovascular: una alimentación baja en grasas saturadas y colesterol contribuye a mantener los niveles normales y así, ayudarían a reducir el riesgo cardiovascular.

En este sentido, una alimentación balanceada para cada individuo dependerá de su edad, el sexo, tamaño corporal y el nivel de ejercicio saludable que éste realiza, pues los requerimientos energéticos son distintos de acuerdo con estas variables. Desde esta perspectiva, Ramos (2003) nos indica que las calorías que aportan las grasas en la dieta de las personas no deben superar del 25-30% del total, al mismo tiempo que las proteínas e hidratos de carbono deben suponer una proporción del 15 y 55% de calorías respectivamente.

Pese a estos antecedentes, sabemos que la alimentación no es la única variable que puede provocar ECV, ya que también pueden incidir el sedentarismo o el consumo de tabaco, por nombrar sólo algunos de los factores posibles.

Por otra parte, tener en cuenta una alimentación saludable puede resultar aún difícil para aquellas personas o grupos familiares que tienen ingresos económicos bajos, pues los productos a los cuales tienen acceso no son siempre los de mejor calidad: tener un mayor ingreso económico permite ampliar las posibilidades de consumo de alimentos más saludables. Es por esta razón de índole económica por lo que se sugiere a aquellas personas con mayor ingreso económico:

- Aumentar el consumo de verduras y frutas.
- Disminuir el consumo de sal.
- Disminuir el consumo de frituras y grasas saturadas.
- Aumentar el consumo de pescado.
- Disminuir o eliminar el consumo de alcohol (por su importante aporte calórico).
- Disminuir el consumo de café (Ramos, 2003; Olivares, 2004).

En este mismo contexto, Ramos (2003), indica que las modificaciones para un régimen de alimentación deben seguir ciertos procedimientos tales como:

- Modificar las técnicas de preparación de los alimentos, privilegiando las preparaciones al horno, vapor, cocidas y a la plancha;
- Convencer a la población para que opte por dejar ciertos hábitos alimenticios que sean de alto riesgo y, por último,
- Lograr cambios en los dos procedimientos anteriores.

Lo que antecede demuestra, a nuestro juicio, la importancia de considerar una alimentación sana, manteniendo un equilibrio en el consumo de grasas, lípidos, vitaminas, minerales, proteínas, carbohidratos, ingesta de agua y antioxidantes. De esa forma, se propende a la disminución del riesgo de aparición de ECV.

Sin duda que para esto es necesario realizar los esfuerzos pertinentes para educar a la población en este tipo de hábitos. En el caso de Chile, se han elaborado y difundido guías de alimentación elaboradas por el MINSAL Chile; el

Instituto de Nutrición y Tecnología de Alimentos, INTA; y el Departamento de Nutrición de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile (Castillo, Uauy, y Átala, 1997).

### **3.1.6.2. La hipertensión arterial (HTA).**

En relación con los valores para determinar una situación de riesgo debido a una presión arterial alta, existen diferentes autores que expresan rangos similares. Inicialmente señalamos lo que indica Escobar y col. (2002), quienes consideran una presión arterial normal como aquella que se encuentra en niveles de < 130/ 85 mm Hg. En este caso, el riesgo aumentaría cuando los valores indican 140/ 90 mm Hg., considerándose aquí como hipertensión. Sin embargo, Weineck (2001) señala que la OMS sostiene que estos valores son normales.

En este contexto, Ramos (2003) aporta antecedentes referenciales de la población española en edad media, los cuales indican que valores de 140/90 mm Hg mayores o iguales, se relacionan con el 42% de las muertes ocurridas al año por cardiopatía isquémica.

Sin duda, existen antecedentes claros de lo que es una presión arterial alta o cuáles son los niveles de riesgo cardiovascular, pero el gran problema que se nos presenta es que este factor de riesgo aparece silenciosamente, pues en ocasiones no manifiesta síntomas, por lo que es posible tener una presión arterial elevada, sin manifestar ninguna señal, lo que la convierte en aún más peligrosa.

En este contexto, cobra especial importancia su prevención y control permanente, para que no afecte el funcionamiento del corazón, cerebro y riñones de las personas, considerando que la hipertensión es un factor de riesgo cardiovascular que aumenta el peligro de derrame cerebral.

Las causas exactas de la aparición de la hipertensión no son conocidas en la actualidad pero en cambio, ha sido posible determinar algunos factores de riesgo que colaboran en su aparición, entre los que podemos mencionar la obesidad, el consumo elevado de sal, el consumo de alcohol, el tabaquismo, el estrés y la predisposición genética (Weineck, 2001).

### **3.1.6.3. El tabaquismo.**

La OPS (2000), manifiesta que el consumo abusivo de tabaco genera una enfermedad denominada tabaquismo y que es provocada, principalmente, por uno de sus componentes activos: la nicotina, la cual termina degenerando en el abuso de su consumo.

El consumo de tabaco y de sus sustancias tóxicas provoca inicialmente, sensaciones desagradables como tos, náuseas e incluso vómitos. Sin embargo, al pasar el tiempo, estos síntomas declarados por los mismos fumadores, pasan a transformarse en placer por su sabor y aroma, señalando que les calma el sistema nervioso o lo estimula, sin considerar que estos son los principales efectos que provoca la nicotina, dependiendo de la dosis que se consume, de la actividad del consumidor y de la constitución física y psicológica del mismo.

El tabaquismo es, actualmente, la principal causal de enfermedad y mortalidad evitable a nivel mundial y se considera una enfermedad adictiva crónica, con posibilidades de tratamiento. Fortaleciendo estas apreciaciones, Ramos (2003) menciona que este hábito es una causa totalmente previsible de mortalidad prematura en el mundo desarrollado, siendo uno de los mayores factores de riesgos en enfermedades de vasos, especialmente la cardiopatía isquémica, las afecciones vasculares periféricas de carácter obstructivo y la bronquitis crónica.

Por su parte, Bello (2004), expone que el hábito de fumar suele adquirirse en la juventud y señala que, en los países de mayor nivel de ingreso, ocho de cada 10 fumadores lo han hecho desde la adolescencia. En la actualidad, el mismo autor consigna que el tabaquismo es la causa de muerte de alrededor de 4 millones de personas en todo el mundo, es decir, el consumo de tabaco sería el responsable de la muerte de una de cada diez personas adultas, estimando que para el año 2030 esta cifra se elevará a una de cada seis personas, lo que correspondería a 10 millones de muertes anuales por esta causa.

Escobar y col., (2002), expresan que los fumadores tienen un riesgo dos veces mayor de morir por enfermedad coronaria que los no fumadores y que en las mujeres que consumen anticonceptivos orales y fuman, dicho riesgo cardiovascular aumentaría en tres veces.

Otros datos muy valiosos hacen referencia a que la nicotina y su metabolito, la cotinina, son agentes que refuerzan, es decir, que producen dependencia, por lo que su ausencia provoca ansiedad, nerviosismo, fatiga e irritabilidad en las personas, junto con un impulso psíquico de comer, derivando en un aumento de peso (Ramos, 2003).

Respecto de la nicotina y de su importancia como factor de riesgo, podemos decir que se trata de un compuesto orgánico activo del tabaco, considerado un alcaloide, que se encuentra en la planta del tabaco, con una alta concentración en sus hojas y que constituye cerca del 5% del peso de la planta. En su estado puro, se trata de una sustancia muy peligrosa, ya que el exceso de nicotina causa una intoxicación cuyos síntomas son náuseas, vómitos y diarreas e indicarían una señal de alarma (Palomeras, Becoña, y García, 1994). Como decíamos anteriormente, la nicotina genera adicción, por lo que su abstinencia física y psicológica es muy desagradable. La nicotina se absorbe por la piel y por la mucosa de la boca y la nariz o se inhala a través de los pulmones.

Además de la nicotina, el tabaco también contiene alquitrán, sustancia responsable de la mayor parte de los cánceres producidos por su consumo, y monóxido de carbono. Este último, nos señala Becoña (2004), se combina con la hemoglobina y forma carboxihemoglobina, sustancia que desplaza el oxígeno de los hematíes e impide un adecuado abastecimiento de oxígeno a los distintos tejidos y órganos, y de otras sustancias como azúcares, celulosa, sustancias pectílicas, aminoácidos, ceras y resinas.

Por otra parte, Pardell y col., (1993) y Córdova y col. (1997) plantean que el tabaquismo impacta negativamente en la economía de la sociedad en general, al aumentar de manera considerable los costes que ésta debe asumir tanto directa como indirectamente.

Al respecto, Ramos (2003) menciona el informe del Surgeon General de los EE.UU. realizado en 1964, que admite sin discusión el perjuicio que produce el tabaco sobre la salud. Según el mismo autor, desde ese momento, se han realizado numerosos estudios: Peto y col., 1992; Peto y col., 1994; Celermajer, 1996; Pardel y col., 1996; Rodríguez y col., 1997, quedando de manifiesto que gran parte de la morbilidad se produce por el tabaquismo: el 14,5% de las muertes que se atribuyen al consumo de tabaco se deben a cardiopatías isquémicas y un 12,6% a enfermedades cerebrovasculares.

En el caso de Chile, el 16,9% del total de las muertes que se producen al año (13.888 personas) se debe al tabaquismo, mientras que el 64 % de ellas (8.880) se deben a ECV (Bello, 2004).

En el mismo sentido, destacamos lo planteado por Bartechi y Mackenzi (1994), que señalan que los fumadores presentan un mayor riesgo de morir respecto de aquellos que no lo hacen, por lo que el 50% de los fumadores morirá a causa de su consumo. Como causa importante de ECV, el tabaco ataca principalmente al miocardio, por lo que se predice que de cada 10 cigarrillos que se consumen

diariamente, el riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular aumenta 18% en hombres y 31,5% en mujeres.

#### **3.1.6.4. El sedentarismo.**

El sedentarismo es un concepto muy relacionado en la actualidad con enfermedades cardiovasculares. En su origen latino, el término proviene de la palabra *sedentarius* (estar sentado).

Establecer la definición de sedentarismo hoy en día no representa una tarea compleja, ya que sólo hace referencia a la ausencia de ejercicios saludables. Ramos (2003) lo define como un hábito de vida en el que prevalece la ausencia de actividad física, en tanto que la Comisión de Actividad Física del Consejo Vida Chile (2003) señala que se considera sedentaria a toda persona que no realiza actividad física con una periodicidad superior a tres veces a la semana, con tres sesiones de 30 minutos cada una, definición que acogeremos para efectos de nuestro estudio, aun cuando en la actualidad ya existen propuestas para que las sesiones semanales sean mayores.

Por otra parte, la American Heart Association, (1992), basada en un gran número de evidencias científicas acumuladas en las últimas décadas, realizó un anuncio oficial de gran relevancia médica y para el contexto de nuestro trabajo: la vida sedentaria fue oficialmente ascendida a factor de riesgo mayor e independiente de enfermedades coronarias. Las implicaciones de ello son de gran importancia, ya que podemos colegir, entonces, que la vida sedentaria, por sí sola, puede llevar a que las personas desarrollen enfermedades que pueden causar la muerte.

Al respecto, Joven y col. (1987); Paffenbarger y col. (1987); Chandrashekar y cols. (1991); Barriales y col. (1993); Santaularia (1995); Powl y col. (1996), han planteado en distintos estudios que en la actualidad el sedentarismo se reconoce como uno de los factores de riesgo de las cardiopatías isquémicas.

Bajo este panorama pues, tener una vida sedentaria aumenta todas las causas de mortalidad y el riesgo de enfermedades cardiovasculares, a partir de lo cual podemos inferir que el sedentarismo no es recomendable para la salud, aunque lo más trascendente a nuestro juicio es que este hábito, arraigado en las comunidades por distintas causas, (la mala calidad del aire, la falta de instalaciones deportivas, la inseguridad social reflejada por los delitos, el tráfico, la falta de tiempo, entre otras) es modificable, por lo que el desafío para las sociedades como la nuestra, es que las personas, efectivamente, modifiquen estas conductas, realizando actividades y ejercicios saludables y si es posible, de manera regular.

#### **3.1.6.5. El estrés.**

Las relaciones entre el estrés y la salud se vienen investigando desde hace mucho tiempo, pese a que en ocasiones éstas hayan sido sobrevaloradas e, incluso, malinterpretadas. Cualquiera sea su estado, es innegable que hoy en día el estrés es uno de los principales causantes de enfermedades psicológicas, entre las que podemos mencionar la depresión y las crisis de pánico, los accidentes cardiovasculares y las alteraciones orgánicas. Se trata, pues, de un factor que afecta la salud de las personas de manera directa en la aparición de determinadas enfermedades, o bien, acelerando el proceso de otras ya presentes.

Es por otra parte un concepto complejo que reúne muchas variables, a las que nos vamos a referir a continuación.

Baccaro (1998) expresa, por ejemplo, que cuando hablamos de estrés estamos refiriéndonos a una tensión emocional, que actúa como un agresor emocional. Al respecto, la tensión no necesariamente es mala en sí misma (aunque suele tener connotaciones negativas), sino que también posee su valor positivo, por ejemplo, cuando esta tensión está asociada a una confrontación deportiva de alta exigencia

En la actualidad, el estrés se ha transformado en un factor de riesgo preocupante para la salud, ya que se produce por un desequilibrio emocional que, a la larga, se traduce en una respuesta humoral con incremento de catecolaminas. Este fenómeno no afecta a todas las personas por igual, pues existen personalidades más fuertes que otras y que cuentan con la capacidad para soportar aspectos extrínsecos que son responsable del estrés (Ramos 2003).

Respecto del estrés y de su relación con lo emocional, Michal (1992), afirma que el estrés es la consecuencia de la armonía de nuestro espíritu al cambio que exige un esfuerzo físico-emocional.

Como un gran complemento para establecer una definición de los antecedentes expuestos anteriormente, retomamos lo que aporta Ramos (2003), quien refiriéndose a la Unión Europea, ofrece informaciones referidas al concepto de integralidad, que es de particular interés para nuestra investigación: “El estrés es el trabajo de un conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento frente a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o el entorno de trabajo. Es un estado que se caracteriza por altos niveles de excitación y de angustia, con la frecuente sensación de no poder hacer frente a la situación”.

En este mismo sentido, ofrecemos dos consideraciones que señala Weineck (2001), en torno al concepto de estrés: existe un estrés positivo, eutres y uno negativo, distres. El primero corresponde a aquellos factores del estrés que tienen un carácter de revitalización o activación y que producen una sensación placentera en quien lo percibe, ya sea el éxito, el amor, las emociones agradables, los sentimientos de felicidad y las experiencias positivas, o bien, aquellas instancias de la vida que han significado un gran esfuerzo y que son consideradas por la persona como razonables, necesarias o útiles.

El distres, en cambio, corresponde a aquel estado que produce enfermedades, pues conlleva una serie de cargas, tensiones y situaciones desagradables, a las que las personas se ven enfrentadas, por ejemplo, el ruido, la vida acelerada, las frustraciones, los accidentes, el dolor, el miedo, la soledad y los conflictos (Weineck, 2001).

#### **3.1.6.6. La obesidad.**

La palabra obesidad en su origen griego significa comer en exceso (ob = exceso, edere = comer). A nuestro juicio, ésta se trata de una definición demasiado simplista, pues sólo corresponde a la causal de sobrealimentación, y nada dice de las múltiples consecuencias que tiene en el aumento de grasa corporal, que es lo que caracteriza a la persona obesa (Valenzuela, 1997).

En este sentido, Albala y Kain (2004), ofrecen una definición de obesidad más completa, señalando que ésta se refiere al exceso específico de tejido adiposo por aumento de depósitos de triglicéridos y que debiera ser justificable por la composición corporal que tiene el cuerpo, es decir, igualmente se trataría de una terminología que sólo obedece a la sobrealimentación.

Valenzuela (1997, p. 137) intenta dar una definición de obesidad planteando que puede ser “primaria o esencial, como una enfermedad crónica de origen multifactorial, donde se entrelazan factores genéticos (determinantes) y ambientales (predisponentes) y que se caracteriza por un aumento anormal del tejido graso secundario y un aumento de la energía absorbida con respecto a la gastada, que conlleva riesgos para la salud”.

Seguidamente el mismo autor señala que:

- La obesidad es una enfermedad crónica, es decir, para toda la vida, y que se puede controlar pero no curar.
- En su etiología participan varios factores y no es solamente la sobrealimentación versus el gasto energético los que inciden en la obesidad y el riesgo que ésta provoca en la salud de las personas.
- El compartimiento alterado del organismo es el graso y no otro.
- La obesidad implica riesgos para la salud.

Así mismo, la etiología de la obesidad como lo plantea Valenzuela (1997), es de carácter multifactorial, pudiendo agruparse en tres tipos de factores:

- Factores determinantes.
- Factores predisponentes.
- Factores desencadenantes.

#### **CARÁCTER MULTIFACTORIAL DE LA ETIOLOGÍA DE LA OBESIDAD.**

<b>Factores determinantes.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Corresponden a los factores genéticos, ya que si ellos no existieran, no habría obesidad.</li> </ul>
<b>Factores predisponentes o ambientales.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se refieren aquellos factores modificables y que, por lo mismo, pueden ser objeto de intervención, por ejemplo: la abundancia en el consumo de los alimentos, el gasto energético disminuido, errores educacionales y factores psicológicos.</li> </ul>
<b>Factores desencadenantes.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Son los factores que inciden de manera circunstancial sobre los genéticos, provocando la aparición o aumento de la obesidad. Por ejemplo, estados fisiológicos especiales tales como el embarazo, la menopausia, el consumo de medicamentos (hormonas, antidepresivos, antialérgicos) y, en</li> </ul>

ocasiones, diferentes enfermedades que inhabilitan la realización de actividades o ejercicios saludables.

Ahora bien, desde el punto de vista de la enfermedad en sí misma, la OMS ha hecho manifiesta su preocupación señalando que la obesidad infantil es una enfermedad crónica. En este sentido, la obesidad infantil, sumado al creciente aumento de la enfermedad en los adultos y el alto impacto físico y psicológico para la salud de las personas, ha llevado a los especialistas de la salud pública a describirla como una pandemia del nuevo milenio.

Por otra parte Valenzuela (1997), señala que la obesidad constituye un factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares, que aumenta considerablemente en personas obesas de ambos sexos. Al respecto, el autor consigna que existen numerosos estudios como el de Framingham<sup>12</sup> (que permitió cuantificar el riesgo de enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca y accidentes vasculares) y el de la Sociedad Americana del Cáncer, que demuestran que a mayor sobrepeso, mayores son las tasas de mortalidad en las personas. Coincidentemente, Valenzuela (1977) y Ramos (2003) manifiestan que para predecir un factor de riesgo cardiovascular por medio de la obesidad, es necesario que se le asocie con otro factor de riesgo, como por ejemplo, la hipertensión arterial, la diabetes o la hipercolesterolemia.

Por otra parte, aunque el Índice de Masa Corporal, IMC, se utiliza en la actualidad como indicador de obesidad, no permite establecer objetivamente los niveles nutricionales de los individuos, ya que existen otros componentes o variables de la

---

<sup>12</sup> Durante este estudio, se siguió a 5.000 personas por un periodo de treinta años, permitiendo concluirse que, en el largo plazo, la obesidad representa un importante factor de predicción de enfermedad cardiovascular cuando se acompaña de otros factores de riesgo, especialmente en varones jóvenes. Este estudio permitió concluir que si una persona se encuentra en su peso óptimo, tiene un 25% menos posibilidades de presentar una enfermedad coronaria y un riesgo 35% menor de presentar insuficiencia cardíaca y accidentes vasculares encefálicos.

composición corporal que no son considerados y que bien pueden desvirtuar los antecedentes.

En efecto, el IMC en estricto rigor es un indicador que se obtiene del peso de la persona dividido por la estatura y elevado al cuadrado. Su resultado nos indica el estado nutricional de los individuos y que se clasifica en los siguientes niveles:

- De desnutrición (- 17).
- Delgado (entre 17 y 19).
- Normal (entre 20 y 24,9).
- De sobrepeso (entre 25 y 29.9).
- De obesidad y obesidad mórbida (+ de 40).

Con estos antecedentes vemos que las tasas de mortalidad por enfermedad cerebrovascular y cardiopatía isquémica aumentan progresivamente a partir de un índice de masa corporal (IMC) de 25, duplicándose la mortalidad para ambas causas (cerebrovascular y cardiopatía isquémica) cuando existe un exceso de peso superior o igual al 40% (peso real/ peso ideal) x 100) (Tresseras y Serra, 1992; Quiles y Vioque, 1996).

#### **3.1.6.7. Diabetes mellitus.**

La diabetes es definida por Weineck (2001), como un trastorno en la asimilación de los hidratos de carbono (todos los azúcares, ya sean simples o complejos) que existen en la cadena alimenticia. Así, para que los azúcares puedan ingresar a nuestras células se requiere de la insulina, que regula el nivel de azúcar en la sangre, dando paso a los procesos metabólicos y contribuyendo a eliminar los excesos de azúcar en la sangre.

La diabetes es una de las enfermedades crónicas de mayor impacto sobre la salud, ya que sus graves efectos están asociados con la morbilidad, invalidez y

mortalidad de las personas debido a sus complicaciones, como también por su asociación con enfermedades coronarias, hipertensión y aterosclerosis (Albala y col., 2004).

Efectivamente, se ha demostrado que las personas con diabetes tienen un mayor riesgo cardiovascular denominado máximo, equivalente a aquellas personas que han tenido un infarto al miocardio (Escobar y col., 2002).

Así mismo, las personas diabéticas presentan arteriosclerosis acelerada y, por lo tanto, tienen un mayor riesgo de morir por causas cardiovasculares, principalmente los diabéticos no insulino dependientes, que representan el grupo mayoritario (Castell y Llovera, 1992).

Por su parte, la OMS (1998), manifiesta que entre el año 1995 y el 2025 se proyecta un crecimiento de 170% (de 84 a 228 millones de personas), individuos que se verán afectados por esta enfermedad en las ciudades en desarrollo. Durante igual período de tiempo el mundo desarrollado experimentará un aumento de 41% (de 51 a 72 millones de personas).

En el caso de Chile, autores como Albala y col. (2004), señalan que el aumento de diabetes se explica también por los acelerados cambios sociales, el aumento en la ingesta calórica, la prevalencia de obesidad y por la contaminación, que limita la realización de actividades o ejercicios saludables.

#### **3.1.6.8. El alcohol.**

El alcohol no corresponde a un factor de riesgo para la salud propiamente tal, pero sí su consumo excesivo, en cuyo caso se asocia con una mayor posibilidad de ECV y de otras dolencias.

Cuando se habla de consumo de alcohol, nos referimos específicamente al alcohol etílico o etanol, que es obtenido de la fermentación del almidón y la glucosa que se encuentran en las frutas, cereales, la caña de azúcar, la miel y otras sustancias.

Aunque el alcohol es considerado lícito en la actualidad, se trata de una droga que principalmente produce retardo en las funciones cerebrales, por lo que hace más lentas las acciones del cuerpo. Según la Comisión Nacional de Estupefacientes (CONACE), el área frontal del cerebro es la primera afectada por los efectos del alcohol, con lo que se altera el juicio, el pensamiento y el autocontrol, todas estas consecuencias son proporcionales a la concentración de alcohol en la sangre.

En el mismo sentido, Ramos (2003), afirma que el alcohol es un depresivo y actúa como sedante para el cerebro. Aunque muchas personas sienten una cierta estimulación cuando consumen alcohol, ello sólo se trataría de un efecto indirecto.

Por su parte, el proceso de metabolización del alcohol en el organismo se divide en cuatro etapas, absorción, distribución, metabolización y eliminación.

<b>ETAPAS DE LA METABOLIZACIÓN DEL ALCOHOL EN EL ORGANISMO.</b>	
<b>Absorción</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es un proceso rápido, realizado a través de la mucosa del estómago y del intestino delgado. La velocidad de absorción depende, principalmente, de la cantidad de alimentos que se encuentren en el estómago al momento de la ingesta.</li> </ul>
<b>Distribución</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La ingesta se extiende por todo el organismo a través del torrente sanguíneo, actuando como depresor del sistema nervioso central.</li> </ul>
<b>Metabolización</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Esta etapa se produce en el hígado, en donde el alcohol se transforma, por la acción de las enzimas, en acetaldehído, ácido acético, anhídrido carbónico y agua.</li> </ul>

<b>Eliminación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Esta etapa se verifica a través de la orina, transpiración y aire expirado.</li> </ul>
--------------------	---

Los efectos del alcohol en el organismo se producen en los siguientes órganos:

<b>EFFECTOS DEL ALCOHOL EN EL ORGANISMO POR ÓRGANOS.</b>	
<b>Corazón</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El alcohol actúa provocando alteraciones en el ritmo cardíaco, hipertensión arterial y elevación de la presión sanguínea.</li> <li>▪ Cuando hay intoxicación de la sangre producto del alcohol, puede producirse anemia y dificultades para la coagulación sanguínea.</li> <li>▪ El consumo frecuente y prolongado de alcohol provoca enfermedades en las arterias coronarias e insuficiencia cardíaca, llegando a producir cardiopatía alcohólica.</li> </ul>
<b>Cerebro</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El consumo de alcohol provoca pérdida de memoria a corto plazo, baja concentración, pérdida de las funciones de control y coordinación motora.</li> <li>▪ El consumo frecuente y prolongado de alcohol produce deterioro cerebral, depresión y trastornos de la conciencia como alucinaciones y psicosis.</li> </ul>
<b>Pulmones y bronquios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El consumo frecuente y prolongado puede producir infecciones respiratorias, neumonía y tuberculosis.</li> </ul>
<b>Sistema digestivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A este nivel, el alcohol provoca inflamación del esófago y gastritis.</li> <li>▪ El consumo frecuente y prolongado produce deficiencias de minerales (hierro, calcio, etc.), falta de vitaminas (A, B, D), alteración del nivel de azúcar en la sangre, aumento del colesterol, anorexia y desnutrición.</li> <li>▪ Cuando la concentración se encuentran en cierto nivel, la única forma en que puede ser reducido es darle tiempo al hígado para oxidar el alcohol (Ramos, 2003).</li> </ul>

Lo expuesto anteriormente pone de manifiesto la incidencia negativa que puede tener una alimentación no saludable, la hipertensión arterial provocada por otros factores y no controlada, el tabaquismo, el sedentarismo, el estrés, la obesidad, la diabetes y el consumo excesivo de alcohol, ya que todos ellos son variables que afectan la salud de las personas.

### **3.1.7. Estado actual de los factores de riesgo de la salud en Chile.**

Nos centraremos en aquellos que se exponen en nuestra investigación, es decir, el consumo de tabaco, la obesidad y el sedentarismo y el consumo de alcohol en el contexto de nuestro país.

#### **3.1.7.1. El consumo de tabaco en Chile.**

En relación con el consumo de tabaco en Chile, las modificaciones a la Ley del tabaco, realizadas en mayo del 2006, han tenido como objetivo central adecuar la normativa acerca de la publicidad y consumo de tabaco en concordancia con el Convenio Marco para el Control de Tabaco de la OMS. De esta forma, se ha buscado proteger, principalmente, a los menores de edad y a los no fumadores, promoviendo los ambientes libres de humo de tabaco y otorgando mayor información respecto de los efectos de éste sobre la salud de las personas y de los beneficios de dejar de fumar .

El Banco Mundial de la OPS (2000) expone que a nivel mundial uno de cada tres adultos fuma, y que en el caso de los países desarrollados el 80% de este total corresponde a 1.100 millones de personas. El mismo organismo señala que esta cifra alcanzará a 1.600 millones para el año 2025.

En el caso de Chile, en tanto, la Comisión Nacional de Control de Estupefacientes CONACE (2004) subraya que dos de cada diez personas declaran haber fumado en el último mes, consumiendo 10 ó más cigarrillos al día.

La OMS (2004) apunta otro antecedente respecto al consumo de tabaco, señalando que además de ser la causa de múltiples enfermedades, también está ligado a la pobreza, estableciendo que el gasto familiar que se utiliza para la obtención de tabaco alcanza al 10%.

A los efectos de nuestra investigación, presentamos a continuación las siguientes tablas que aportan datos relevantes y actuales acerca del consumo de tabaco en Chile.

Así, respecto de la tendencia del consumo de tabaco en la población general de 12 a 64 años de edad, en el último mes, según género, podemos apreciar que en el caso de los varones se verifica que el mayor consumo se produjo en el año 2000, presentado una leve baja hacia el año 2004; en tanto que en la población femenina, el consumo aumentó en 5 puntos porcentuales.

<b>CONSUMO DE TABACO EN LA POBLACIÓN GENERAL DE 12 A 64 AÑOS DE EDAD, EN EL ÚLTIMO MES, SEGÚN GÉNERO.</b>						
	1994	1996	1998	2000	2002	2004
Hombres	43,3	44,5	45,5	46,9	45,7	44,8
Mujeres	34,8	34,9	34,9	38,8	39,2	40,4

Fuente de información: Observatorio Chileno de Drogas, 2006.

En relación con la tendencia del consumo de tabaco en la población general de 12 a 18 años de edad, los antecedentes recopilados dan cuenta de que, en la población general, el consumo en los adolescentes varones tiende a mantenerse, presentando la tasa más alta durante el año 2000, con una prevalencia promedio del 30% y estacionándose alrededor del 25% entre el año 2002 y 2004. Por otra parte, en el caso de las mujeres adolescentes, el consumo aparece como menos

estable, registrándose el mayor índice en el año 1996, en tanto que la prevalencia se asemejaría a la de los hombres en el último bienio, correspondiendo a un 26%.

<b>CONSUMO DE TABACO EN LA POBLACIÓN GENERAL DE 12 A 18 AÑOS DE EDAD, EN EL ÚLTIMO MES.</b>						
	1994	1996	1998	2000	2002	2004
Hombres	27,1	27,0	26,2	30,1	25,9	25,6
Mujeres	21,1	31,2	25,6	29,2	26,7	25,9

Fuente de información: Observatorio Chileno de Drogas, 2006.

Por su parte, en lo que se refiere a la tendencia del consumo de tabaco en la población general de 19 a 25 años de edad, por género, los datos nos muestran que el consumo de tabaco de hombres es estable durante el período comprendido entre 1994 y 2004. Por el contrario, la situación en la población femenina ha aumentado en igual período. La prevalencia que presentan los hombres es de un 60%, mientras que la de las mujeres ha aumentado en 12 puntos porcentuales en dicho período, alcanzando el 55% durante el año 2004. La diferencia porcentual que existía entre los varones y las mujeres en 1994 se ha reducido en 5 puntos.

<b>CONSUMO DE TABACO EN LA POBLACIÓN GENERAL DE 19 A 25 AÑOS DE EDAD, POR GÉNERO.</b>						
	1994	1996	1998	2000	2002	2004
Hombres	59,3	60,7	60,9	59,8	60,3	59,7
Mujeres	42,5	48,0	44,1	52,3	50,9	55,0

Fuente de información: Observatorio Chileno de Drogas, 2006.

Por último, en relación con la tendencia del consumo de tabaco en la población general de 26 a 34 años de edad, por género; los datos nos muestran que la diferencia que se marca entre los adolescentes y los adultos hace referencia a que el consumo de tabaco se ha mantenido estable a través del tiempo para ambos sexos, presentando durante todo el período una diferencia de 10 puntos

porcentuales. Sin embargo, entre el año 2002 y 2004 se evidencian aumentos del consumo en ambos sexos, tal como lo muestra la siguiente tabla.

<b>CONSUMO DE TABACO EN LA POBLACIÓN GENERAL DE 26 A 34 AÑOS DE EDAD, POR GÉNERO.</b>						
	1994	1996	1998	2000	2002	2004
Hombres	55,3	54,7	57,8	57,1	55,1	57,3
Mujeres	45,4	39,3	38,3	44,8	43,5	48,2

Fuente de información: Observatorio Chileno de Drogas, 2006.

Como vemos, los antecedentes referidos al consumo de tabaco en Chile demuestran que la población joven entre 19 y 25 años es la que registra el mayor consumo, aspecto particularmente relevante en el contexto de esta investigación, siendo precisamente este grupo etáreo el que nos ocupa como objeto de análisis.

### **3.1.7.2. Sedentarismo y obesidad en Chile.**

Al respecto, los datos recopilados toman en consideración los antecedentes del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y del MINSAL, obtenidos en la Encuesta de Calidad de Vida realizada el año 2000, en donde resultó que los niveles de sedentarismo en la población chilena alcanzaban al 73%, en tanto que para el año 2003, el mismo instrumento arrojó que dicho porcentaje había subido al 90%, explicándose dicho aumento por la edad y reflejándose particularmente en las mujeres más que en los hombres.

Igualmente, para el año 2003, la misma encuesta indicó que el 22% de la población chilena era obesa, indicador que se obtuvo a partir del Índice de Masa Corporal (IMC) mayor de 30; mientras que un 38% se encontraba en niveles de sobrepeso y un 1,3% en el rango de obesidad mórbida, la cual es mayor en mujeres que en varones.

Para el caso de los varones chilenos, las cifras arrojan un 19% de obesidad y un 43% de sobrepeso, en tanto que en el de las mujeres, existiría una mayor prevalencia de obesidad, con un 25% y una menor prevalencia de sobrepeso, con un 33%.

El sedentarismo a nivel nacional, por su parte, alcanzó en el año 2003 un 89,4%, siendo significativamente mayor en el caso de las mujeres, con un 91,4% y un 88,4% en el de los varones.

En el mismo contexto, podemos señalar que el sedentarismo en edades entre 17 y 24 años, los hombres presentaron un índice correspondiente al 77%, mientras que en el caso de las mujeres de la misma edad, esta cifra alcanzó un 88%.

<b>SEDENTARISMO EN EDADES ENTRE 17 Y 24 AÑOS.</b>			
Edad	Hombres	Mujeres	Total
17 – 24	77,0%	88,0%	82,2%
25 - 44	90,3%	89,2%	89,8%
45 - 64	97,1	94,8	95,7%
≥65 años	97,1	94,8	95,7%

Lo que nos indican estos antecedentes es que en Chile, el 61% de la población tiene niveles de sobrepeso prácticamente iguales a las cifras que registra Estados Unidos, cuyo porcentaje es de un 64% (31% de obesidad más un 33% de sobrepeso).

### **3.1.7.3. El consumo de alcohol en Chile.**

En relación con este factor de riesgo, en el contexto de Chile, una encuesta realizada por la UNICEF resalta que en el país 600 adolescentes, entre 7 y 8 años de edad, declara en un 85% haber probado alcohol con autorización de los padres, de los cuales un 72% declaró contar con autorización de sus padres para

consumir alcohol, mientras que un 5% señala poder beber siempre bajo el consentimiento paternal.

En relación con la tendencia de consumo de alcohol en el último mes, 1994 – 2004, podemos observar que se presenta un aumento constante a partir de 1994, con un 38,86%, llegando a un 56,80%, lo que correspondería a un incremento de cerca de 18 puntos porcentuales. Este aumento se observa mayormente en las mujeres que en los hombres (20 puntos porcentuales), mientras que en el caso de éstos últimos éste correspondería sólo a un 16%.

<b>EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL, DEL ÚLTIMO MES.</b>					
1994	1996	1998	2000	2002	2004
38,6	46,82	51,93	53,48	58,64	56,80

Fuente de información: CONACE 2006.

<b>EVOLUCIÓN 1994 – 2004 DEL USO DE ALCOHOL, ÚLTIMO MES, POR GENERO.</b>						
	1994	1996	1998	2000	2002	2004
Hombres	48,3	54,70	61,51	61,13	64,31	64,10
Mujeres	29,93	39,39	42,90	46,26	53,20	49,90

Fuente de información: CONACE 2006.

<b>EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL, DEL ÚLTIMO MES, POR GRUPO DE EDAD.</b>						
Grupo de edad	1994	1996	1998	2000	2002	2004
12 – 18	24,45	31,77	31,84	31,16	35,32	31,56
19 – 25	51,21	57,68	61,52	62,09	66,60	66,13
26 – 34	47,03	52,69	58,68	60,82	66,97	65,65
35 – 34	41,61	50,29	56,11	58,31	64,71	62,05
45 - 64	35,19	45,10	53,11	55,80	60,55	59,96

Fuente de información: CONACE 2006

Otros datos importantes respecto del consumo de alcohol en Chile se refieren a la dependencia de alcohol.

La Encuesta Nacional de Drogas en Población General de Chile del año 2002 indicó que la tasa de dependencia de alcohol pasó de un 11,78% a un 12,80% entre los años 2002 y 2004, lo que indica que cerca del 13% de los consumidores actuales de alcohol presentaba signos de dependencia: 583 mil personas. CONACE, (2006).

La misma organización gubernamental señala que la edad de inicio para el consumo del alcohol en el hombre y la mujer es entre los 17 años y 18 años, respectivamente.

### **3.1.8. Drogas: un factor de riesgo para la salud.**

Anteriormente hemos mencionado cuáles son los factores de riesgo de las ECV y de la salud, y se ha hecho referencia a cada uno de ellos. Las drogas no son consideradas por los autores referidos como un factor de riesgo de ECV, pero sí es un factor de riesgo de la salud que se considera en nuestro estudio, por lo que ella significa en la actualidad.

A continuación exponemos ciertas consideraciones generales del consumo de drogas, que consideramos relevantes para el presente trabajo. Primeramente, nos referimos a su origen, para continuar con aquellas drogas que se indagan en nuestro estudio clasificando los tipos de consumo. Posteriormente haremos mención a los factores de riesgo y de prevención para resumir, finalmente, el estado actual del consumo de drogas en Chile.

### **3.1.8.1. El consumo de drogas desde una perspectiva histórico-cultural.**

Los antecedentes históricos demuestran que el consumo de drogas ha estado presente a lo largo de toda la historia de la humanidad. En efecto, los pueblos primitivos le asignaban a las drogas un valor médico, como vía para superar los estados de conciencia y, a su vez, le atribuían un uso religioso, por lo que el consumo de drogas se consideraba no sólo funcional y legal, sino que adquiría un valor ideológico para los pueblos, formando parte de su identidad cultural y social. Entre los pueblos antiguos que utilizaron sustancias alucinógenas se encuentran los indígenas de la zona norte de México que consumían peyote, los pueblos precolombinos peruanos que consumían hojas de coca, en China e India se consumían hachís, y los griegos usaban opio y alcohol.

Algunos pueblos antiguos acostumbraban a utilizar en la celebración de sus rituales una sustancia llamada *soma*, la cual al ser consumida provocaba una alteración en los estados de conciencia, donde los hombres lograban experimentar una sensación de muerte para dar paso al renacimiento. El chamán era quien realizaba estas ceremonias de carácter religioso, el cual poseía las facultades de sanación y adivinación, utilizando dos tipos de hierbas: el ololihqui y badoh (Herrera, 1999).

En el caso de América Latina, hacia la década del '60 las drogas adquirieron un uso social unido a los masivos movimientos generados como repudio por la guerra de Vietnam. Específicamente en el caso de Chile, el consumo de drogas se relacionó con la ideología de corte pacifista que existía en esos tiempos en todo el mundo. En este contexto el consumo se propagó en medio de una grave crisis económica que afectó al país (Baeza, Herrera y Sandoval, 2005).

Actualmente, muchos autores coinciden en que el consumo de drogas ha perdido la connotación ideológica que la caracterizó, en el pasado reciente, puesto que ahora los jóvenes se inician en su consumo más fuertemente influenciados por

motivaciones de tipo marginales. De hecho, desde una perspectiva normativa, a partir de la década de los '80, el consumo de drogas comienza a ser concebido como una práctica indeseable, atribuyéndose a los consumidores estereotipos socialmente negativos que los llevaron a la marginación social.

Por otra parte, la OMS (2002), define las drogas como toda sustancia que, introducida en el organismo, puede transformar una o más funciones de éste, capaz de generar dependencia caracterizada por el impulso a tomar una o más sustancias de un modo prolongado y diario, a fin de alcanzar sus efectos y, a veces, de evitar el malestar de su falta. Desde esta perspectiva las drogas pueden generar dos tipos de dependencia: la psíquica y la física.

En este sentido, el Plan Nacional sobre Drogas de España (2001), hace una relación de la dependencia y plantea que el ser humano puede depender de una amplia variedad de objetos y diversidad personas, pero no sirve de nada confundir realidades tan distintas, es decir, no es lo mismo la dependencia al juego, a Internet, al sexo o a la televisión, que la dependencia a las drogas.

La misma organización define que las drogas son sustancias químicas que reúnen ciertas características: cuando se encuentran en el organismo van a nuestro cerebro, modificando nuestro ecosistema, el uso regular puede generar procesos tales como tolerancia y dependencia. El abuso puede provocar trastornos físicos, psicológicos y sociales.

Retomando lo señalado por la OMS (2002), la dependencia psíquica puede ser concebida como toda subordinación psíquica del adicto a la droga y los síntomas que produce su supresión, mientras que la dependencia física puede ser definida como la necesidad del uso de drogas para impedir la aparición del síndrome de abstinencia (Musacchio, Amelia y Ortiz Frágola, Alfredo, 2000).

Esta situación de dependencia conlleva problemas que dificultan la interacción social entre el dependiente y su entorno cuando impactan en la comunidad, afectan su salud y su estado afectivo – emocional, incidiendo negativamente en la relación del individuo consigo mismo o con su entorno afectivo.

Dadas las consecuencias negativas que conlleva el consumo de drogas, en la actualidad se aplica un modelo prohibicionista, en el cual la legislación y la prescripción médica ocupan un rol fundamental.

Sin embargo, “hay quienes piensan que los consumidores de drogas son unos viciosos irresponsables, mientras que otros los ven como unos auténticos vividores. Para algunos, son enfermos necesitados de tratamiento, mientras otros los consideran personas inmaduras que cambiarán con la edad. Algunas opiniones ven en las drogas una amenaza de dependencia, mientras otros ven en su exploración el colmo de la libertad individual”, (Plan Nacional sobre Drogas de España (2001, p. 1).

Estas afirmaciones ponen de manifiesto que la definición en cuanto al consumo de drogas es compleja y puede mirarse desde distintas perspectivas, dependiendo del contexto en el cual se origine el término.

En este contexto queremos resaltar dos aspectos: quienes consideran que los consumidores de drogas son personas inmaduras, que cambiarán con la edad y, en segundo lugar, quienes defienden la libertad individual. A este respecto, creemos que es posible que el consumo de drogas y el consumo excesivo de alcohol se deba a ese rango de libertad individual que se obtiene al terminar el proceso escolar, pues durante mucho tiempo los adolescentes se vieron sometidos a un estricto sistema educacional que duró desde los seis años hasta los dieciocho años de su vida, sumado a la obligación de tener un buen rendimiento, asistir a clases, vestir un uniforme, sentirse controlados en los patios, cumplir horarios obligatorios de estadía en los centros educacionales, tiempos

reducidos para recreos, espacios físicos inapropiados para la cantidad de estudiantes, entrega de calificaciones, entre otros.

A nuestro juicio, este paso de la escuela a la universidad da precisamente, conlleva cierta emancipación y por ende, esa libertad individual, ya que los escenarios estudiantiles de educación superior son completamente distintos de los del colegio, (por ejemplo, asistencia a clases sin el control de los padres, horarios flexibles, vestuario libre, etc.). Consideramos que son estos cambios bruscos en la vida de los jóvenes los que pueden afectarlos si no están debidamente preparados para afrontarlos ni para asumir responsablemente las consecuencias de esa repentina libertad.

Sin embargo, Baeza y col. (2005), exponen que existen otros enfoques que explican el consumo de drogas como es el enfoque biológico y moral (Marlatt y Gordon), el modelo ecológico-social (Kumpfer y Turner), la hipótesis de la automedicación, la teoría de la dependencia, la teoría del aprendizaje, el modelo social y la teoría cognitiva. Nos referiremos particularmente al enfoque biológico y moral y al enfoque ecológico y social.

El enfoque biológico y moral de Marlatt y Gordon (citado por Baeza y col., 2005), señala que la drogadicción puede ser explicada por la predisposición biológica y genética que poseen ciertos individuos, los que potencian la dependencia de ciertas sustancias químicas en el organismo. Desde la perspectiva moral, los drogodependientes llegan a ser consumidores como consecuencia de una falta de moralidad cristiana que los hace vulnerables a la tentación que genera la oferta de sustancias químicas. Ambos modelos explicativos han sido refutados por su carácter reduccionista, ya que impiden comprender, integralmente, el fenómeno de la drogadicción.

El modelo ecológico y social expone que el consumo de drogas es consecuencia de la situación de tensión a la que se ve sometido el joven en el propio sistema

educativo del sistema educacional, ya sea por no tener un buen rendimiento académico, o bien, por otros factores, los que producto de esta tensión generan la integración del adolescente a grupos de jóvenes que son desadaptados, produciéndose sus primeros acercamientos con las drogas.

### 3.1.8.2. Tipos de consumo de drogas.

En respuesta a la necesidad de hacer frente a esta problemática, se han creado diversas instituciones sociales para prevenir e intervenir los efectos negativos de la drogadicción en la sociedad. El primer desafío en esta línea fue elaborar una definición que permitiera delimitar cuándo el uso de drogas es un hecho lícito, para lo cual el tiempo como variable aparece ocupando un rol primordial. La OMS, (2002) ha establecido cuatro tipos de consumo que dependen de la frecuencia con la cual se consume droga, éstos son:

#### TIPOS DE CONSUMO SEGÚN FRECUENCIA, OMS (2002).

<b>Consumo esporádico.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se realiza en ocasiones especiales, no tiene continuidad temporal.</li> </ul>
<b>Consumo experimental.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se prueban drogas una o varias veces, lo que genera dependencia, pero sin que su consumo se transforme en habitual.</li> </ul>
<b>Consumo sistemático.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se consume una o varias drogas de manera frecuente.</li> </ul>
<b>Consumo abusivo.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Toda la vida del consumidor gira en torno a las drogas.</li> </ul>

A partir de estas distinciones, son los consumidores sistemáticos y los abusivos quienes se hallan en graves condiciones de vulnerabilidad, en tanto su estado físico y emocional ha llegado a depender por completo de la frecuencia y cantidad de sustancias químicas consumidas.

De acuerdo con los efectos que pueden provocar, encontramos diferentes tipos de drogas:

- Depresoras: las cuales actúan como calmantes.
- Estimulantes: aquellas que aceleran los procesos mentales de las personas.
- Alucinógenos: aquellas que actúan alterando la percepción o realidad de los hechos.

Presentamos algunas de las que son relevantes para nuestra investigación.

<b>TIPOS DE DROGAS Y SUS EFECTOS.</b>	
<b>Anfetamina.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es una droga estimulante, cuyo uso médico se verifica en el tratamiento de la anorexia y la depresión, entre otras enfermedades.</li> <li>▪ Su tolerancia es fuerte con dependencia física ligera.</li> <li>▪ Su dependencia psicológica va de ligera a fuerte.</li> <li>▪ Su acceso es restringido y su consumo libre es ilícito.</li> </ul>
<b>Cocaína.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es una droga estimulante, cuyo uso médico es de analgésico local.</li> <li>▪ Sin tolerancia ni dependencia física, pero con dependencia psicológica, la que va de moderada a fuerte.</li> <li>▪ Su acceso es restringido y su consumo es ilícito.</li> </ul>
<b>Crack.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Corresponde a la cocaína que no ha sido neutralizada por un ácido para convertirse en sal de clorhidrato.</li> <li>▪ Es una droga estimulante que viene en forma de cristales de roca que, al calentarse, se evaporan y se puede inhalar.</li> </ul>
<b>Éxtasis.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es una droga estimulante que no posee uso médico, pero provoca euforia y desinhibición.</li> <li>▪ Su tolerancia es ligera.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Puede provocar dependencia física y psicológica.</li> <li>▪ Su acceso es restringido y su consumo es ilícito.</li> </ul>
<b>Marihuana.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es una droga alucinógena cuyo uso médico aún está en estudio.</li> <li>▪ La tolerancia que provoca es de ligera a moderada, sin dependencia física y con dependencia psicológica de ligera a moderada.</li> <li>▪ Su acceso es restringido y su consumo libre es ilícito.</li> </ul>
<b>Pasta base.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es una droga estimulante que no posee uso médico.</li> <li>▪ Provoca una tolerancia débil, pero puede generar altos grados de dependencia.</li> <li>▪ Su acceso es restringido y su consumo es ilícito.</li> </ul>

### 3.1.8.3. Fases en el consumo de drogas.

Las personas no pasan directamente de ser consumidores esporádicos de drogas a ser consumidores abusivos, ya que el problema de la drogodependencia es un proceso complejo y paulatino, en el cual influyen distintas variables que constituyen factores de riesgo y prevención en la drogadicción.

El proceso a través del cual los consumidores esporádicos de drogas se vuelven adictos se distingue por fases, donde cada una de ellas se diferencia de las otras por las motivaciones que acercan a las personas a la droga (Baeza y col. 2005).

<b>FASES EN EL CONSUMO DE DROGAS, BAEZA Y COL. (2005).</b>		
<b>FASE</b>	<b>CARACTERÍSTICAS DE LA FASE</b>	<b>SENSACIONES ASOCIADAS</b>
<b>Primera</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La persona experimenta e internaliza que</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Curiosidad.</li> </ul>

<b>fase.</b>	las drogas ayudan a mejorar el estado anímico actual, que es considerado por el consumidor como indeseable.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Búsqueda de placer.</li> <li>▪ Presión del grupo de pares.</li> <li>▪ Atracción hacia lo prohibido.</li> <li>▪ Afirmer la independencia.</li> </ul>
<b>Segunda fase.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La persona ahora decide buscar por cuenta propia este cambio de ánimo consumiendo drogas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sentirse bien.</li> <li>▪ Relacionarse con otros.</li> <li>▪ Estimulación para asumir desafíos.</li> <li>▪ Estar a la moda.</li> <li>▪ Romper normas.</li> </ul>
<b>Tercera fase.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El sujeto, a medida que consume, va perdiendo interés por metas que antes le parecían importantes y cambia su comportamiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intensificar el placer.</li> <li>▪ Necesidad de aceptación por parte de los otros.</li> <li>▪ Búsqueda de identidad.</li> <li>▪ Olvidarse de los problemas.</li> <li>▪ Expresar independencia.</li> </ul>
<b>Cuarta fase.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La persona se ve embargada por un sentimiento de insatisfacción y pérdida de autoestima, ya no le queda energía para vivir por sí mismo, sólo la obtiene a través</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intolerancia a la frustración.</li> <li>▪ Falta de confianza en sí</li> </ul>

	del consumo de drogas.	mismo. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Falta de capacidad para tomar decisiones.</li> <li>▪ Altos grados de vulnerabilidad.</li> </ul>
--	------------------------	---

Existen diferentes modelos y enfoques teóricos que enfatizan la influencia de factores biológicos y psicosociales en la explicación de la drogodependencia como problema. Cada modelo intenta dar cuenta del problema de la drogadicción, centrándose en factores individuales, morales, psicológicos y sociales.

#### **3.1.8.4. Factores de riesgo y factores protectores en el consumo de drogas.**

Referente a los factores de riesgo, podemos señalar aquellos de *riesgo personal*, de *riesgo relacional* y de *riesgo social* (Vallejos, 2004). El primero de ellos depende, esencialmente, de las características *personales* del individuo, tales como:

- Inseguridad.
- Autoestima baja.
- Impulsividad.
- Intolerancia a la frustración.
- Grado de influencia por parte de otras personas.
- Problemas para comunicarse con los demás.
- Dificultad para enfrentar y resolver los problemas de la vida diaria.

En segundo término, los *factores relacionales* se refieren a los siguientes elementos:

- Padres consumidores.

- Dificultad de los padres para poner límites.
- Clima de tensión familiar.
- Problemas de comunicación entre los miembros de la familia.
- Carencia de conocimientos acerca de los efectos nocivos de las drogas.

Por último, los *factores sociales* se relaciona con:

- Amigos que consumen drogas.
- Facilidad de acceso a las drogas.
- Falta de control por las autoridades en la venta de drogas.
- Aceptación del consumo de drogas.
- Falta de oportunidades educacionales, laborales y capital social.

Los factores protectores, en tanto, se refieren específicamente a aquellos que forman parte de cada individuo, tales como:

- Seguridad personal.
- Imagen personal positiva.
- Información de las drogas.
- Buenas relaciones interpersonales.
- Habilidades sociales.
- Presencia de valores.
- Proyecto de vida.
- Habilidades para comunicarse.

#### **3.1.8.5. Estado actual del consumo de drogas en Chile.**

Sólo haremos referencia en este punto a aquellos antecedentes relevantes que consideramos de importancia para nuestra investigación, los cuales cobrarán fundamental relevancia hacia el término del presente estudio.

Así mismo, queremos puntualizar aquí que si bien el consumo de drogas no ha sido considerado como un factor de riesgo propiamente tal, hemos decidido incorporarlo aquí dados los profundos alcances que tiene este fenómeno en nuestra población de estudio.

De esta forma, señalaremos que el estudio del CONACE (2006), describió las tendencias del consumo de drogas a nivel nacional (Chile) desde 1994 al 2005 y regionalmente, desde el año 1996 en adelante.

Los principales resultados de este estudio indican que la prevalencia del consumo de drogas está presente mayoritariamente en los hombres y en los jóvenes entre 19 y 25 años de edad, aspecto que concierne directamente a la población de nuestra investigación.

Del mismo modo, dicha organización gubernamental señaló allí que las tasas de consumo de drogas ilícitas<sup>13</sup> en el país alcanzaron a un 5,83%, correspondiendo a 507. 983 personas. Este estudio confirmó que las drogas de mayor consumo en el país son:

- La marihuana (5,29%).
- El clorhidrato de cocaína o cocaína (1,28%).
- Pasta base (0,62%).

Seguidamente aportamos datos estadísticos, tendencias, prevalencia y tasas respecto del consumo de drogas en la población en general y en adolescentes, estableciendo diferencias entre damas y varones e identificando, en algunos de los casos, el nivel de ingreso familiar.

---

<sup>13</sup> Marihuana, pasta base, clorhidrato de cocaína, crack, heroína, éxtasis, GHB, alucinógenos (LSD u otros ácidos; fenciclidina , PCP o polvo de ángel; peyote o san pedro y mezcalina).

Respecto del consumo de drogas en el año 2006 según edad, es mayoritariamente frecuente en los jóvenes y adultos. Particularmente, en el caso del consumo de marihuana, esta cifra alcanzaría el 15,05%, con tasas de 6,71% en adultos jóvenes de 26 a 34 años de edad y de 6,45%, en el caso de los adolescentes de 12 a 18 años de edad. Respecto del consumo de cocaína y de pasta base, los datos también son considerablemente más altos entre los jóvenes, alcanzando tasas de 3,57% y 1,41% respectivamente.

El cuadro que presentamos a continuación se refiere a la evolución del consumo de drogas de la población general en Chile, entre los años 1994 y 2004, consignando la tendencia según prevalencia del consumo de marihuana, cocaína y pasta base. Lo que nos parece relevante de esta información es el aumento considerable en relación con el consumo de marihuana, aunque luego éste luego se estabiliza. La pasta base, en tanto, presenta un consumo inestable, mientras que la cocaína permanece estacionada entre los años 1994 y 1996, evidenciando su máximo índice en el año 2002.

<b>EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS EN LA POBLACIÓN GENERAL EN CHILE, ENTRE LOS AÑOS 1994 Y 2004.</b>						
Drogas	1994	1996	1998	2000	2002	2004
Marihuana	3.67	3.85	4.63	5.60	4.96	5.29
Pasta base	0.81	0.60	0.80	0.70	0.48	0.62
Cocaína	0.83	0.80	1.26	1.45	1.47	1.28

Fuente: CONACE, 2004. Sexto Estudio Nacional en Población General en Chile.

Por otra parte, la tendencia del uso por tipo de droga según prevalencia en la población general de Chile por sexo, 1994-2004, consigna que en el caso de los hombres existe un aumento real de consumo de marihuana entre el año 1996 y el 2000, llegando a un tope de 8,75%, para luego descender hacia el año 2004, aspecto que no ocurre en el caso de las mujeres, ya que los datos presentan un alza sostenida, pese a registrar una disminución hacia el año 2002.

Respecto del consumo de pasta base y cocaína, los datos consignan una estabilidad, tanto para el caso de las mujeres como para el de los hombres, en tanto que el consumo de esta última sustancia, sólo se evidencia un alza no significativa a partir del año 1996 en varones y mujeres, tal como lo demuestran las siguientes tablas.

<b>USO POR TIPO DE DROGA EN EL ÚLTIMO AÑO EN LA POBLACIÓN GENERAL DE CHILE EN VARONES, 1994 – 2004.</b>						
Drogas	1994	1996	1998	2000	2002	2004
Marihuana	5,98	6,04	7,36	8,75	8,13	7,87
Pasta Base	1,44	0,98	1,44	1,24	0,88	1,09
Cocaína	1,43	1,33	2,16	2,52	2,54	2,16

Fuente: CONACE, 2004. Sexto Estudio Nacional en Población General en Chile.

<b>USO POR TIPO DE DROGA SEGÚN PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO AÑO EN LA POBLACIÓN GENERAL DE CHILE EN MUJERES, 1994 – 2004.</b>						
Drogas	1994	1996	1998	2000	2002	2004
Marihuana	1,51	1,78	2,06	2,62	1,98	2,85
Pasta Base	0,23	0,24	0,19	0,10	0,17	0,17
Cocaína	0,26	0,29	0,41	0,44	0,46	0,45

Fuente: CONACE, 2004. Sexto Estudio Nacional en Población General en Chile.

En relación con la tendencia del uso por tipo de droga en el último año por grupo de edad Chile, 1994-2004, haremos mención a dos grupos de edades, entre 12 y 18 años y 19 y 25 años, el último de los cuales representa significativamente a la población de nuestro estudio.

Así, respecto de los adolescentes entre 12 y 18, los datos consignados arrojan las siguientes cifras:

<b>USO POR TIPO DE DROGA EN EL ÚLTIMO AÑO POR GRUPO DE EDAD, ENTRE 12 Y 18 AÑOS CHILE, 1994 – 2004.</b>						
Drogas	1994	1996	1998	2000	2002	2004
Marihuana	5,88	7,05	8,14	8,37	6,57	6,45
Pasta Base	1,31	0,80	1,13	0,84	0,20	0,65
Cocaína	0,95	0,88	0,96	1,25	0,93	0,73

Fuente: CONACE, 2004. Sexto Estudio Nacional en Población General en Chile.

La tabla muestra el consumo de drogas ilícitas desde el 2000 al 2004, con un descenso importante para este grupo etéreo.

Por su parte, en el caso de los jóvenes entre 19 y 25 años de edad, los datos señalan que el consumo de marihuana ascendió hasta el año 2000 considerablemente, teniendo una leve disminución hacia el año 2002, para luego estabilizarse.

El consumo de pasta base en este grupo de jóvenes representa aquel con menor prevalencia, siendo estable durante todo este período, aun cuando su mayor consumo se alcanza en el año 1998. El consumo de cocaína, en tanto, evidencia un mayor aumento hacia el año 2002, para luego mostrar el consumo más bajo del período en el año 2004.

<b>USO POR TIPO DE DROGA EN EL ÚLTIMO AÑO POR GRUPO DE EDAD, ENTRE 19 Y 25 AÑOS EN CHILE, 1994 – 2004.</b>						
Drogas	1994	1996	1998	2000	2002	2004
Marihuana	9,28	11,23	12,57	15,36	13,58	15,05
Pasta Base	1,26	1,65	1,90	1,48	1,43	1,41
Cocaína	1,95	2,63	3,60	3,86	4,29	3,57

Fuente: CONACE, 2004. Sexto Estudio Nacional en Población General en Chile.

Refiriéndonos al consumo de drogas ilícitas de acuerdo al nivel de ingresos para el año 2004, en el siguiente cuadro podemos observar que el mayor consumo (el de marihuana) se focaliza en aquellos grupos que tienen un nivel de ingreso superior al \$1.000.000 de pesos. De igual manera, el mismo antecedente se repite para el consumo de cocaína, pero en el caso del consumo de pasta base, se concentraría en aquellos grupos con niveles de ingreso menores a \$200.000 pesos.

<b>CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS DE ACUERDO AL NIVEL DE INGRESOS AÑO 2004.</b>				
Ingreso	Menos \$200.000	Entre \$200.000 y \$500.000	Entre \$500.001 y \$1.000.000	Más de \$1.000.000
Marihuana	4,46	5,20	6,22	9,20
Pasta base	0,79	0,38	0,32	0,16
Cocaína	1,24	1,29	1,27	2,12

Fuente: CONACE, 2004. Sexto Estudio Nacional en Población General en Chile.

En relación con la magnitud de consumo de drogas en hombres según ingreso familiar, nuevamente se repite el consumo de marihuana y cocaína en aquellos casos cuando el nivel de ingreso es superior al \$1.000.000 pesos, mientras que la pasta base aparece consumida por aquellos varones que tienen un nivel de ingreso menor a \$200.000 pesos.

<b>CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS EN HOMBRES DE ACUERDO AL NIVEL DE INGRESOS AÑO 2004.</b>				
Ingreso	Menos \$200.000	Entre \$200.000 y \$500.000	Entre \$500.001 y \$1.000.000	Más de \$1.000.000
Marihuana	2,79	7,47	8,35	10,87
Pasta base	1,57	0,64	0,27	0,32
Cocaína	2,28	1,99	2,00	3,46

Fuente: CONACE, 2004. Sexto Estudio Nacional en Población General en Chile.

Por su parte, la magnitud de consumo de drogas en damas según ingreso familiar releva un mayor consumo de marihuana en las mujeres, cuyo nivel de ingreso es

superior al \$1.000.000 pesos, siendo tres veces mayor en aquellas mujeres de familias con ingreso menor a \$200.000 pesos. Tanto el consumo de cocaína como de pasta base no entrega datos significativos de acuerdo con los niveles de ingreso familiar.

<b>CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS EN MUJERES DE ACUERDO AL NIVEL DE INGRESOS AÑO 2004.</b>				
Ingreso	Menos \$200.000	Entre \$200.000 y \$500.000	Entre \$500.001 y \$1.000.000	Más de \$1.000.000
Marihuana	2,09	2,79	3,84	7,43
Pasta Base	0,16	0,11	0,38	0,00
Cocaína	0,41	0,55	0,46	0,79

Fuente: CONACE, 2004. Sexto Estudio Nacional en Población General en Chile.

Por último, en relación con la magnitud en el consumo de drogas en jóvenes según ingreso familiar en edades de 19 a 25 años, en el caso de marihuana se observa que el mayor consumo se verifica en jóvenes que tienen un ingreso familiar por sobre el \$1.000.000 pesos, lo que indica una tasa del 31%, es decir, 3 de cada 10 jóvenes provenientes de familias con un ingreso superior al \$1.000.000 pesos. Por su parte, el consumo de cocaína es mayor en jóvenes con familias de ingresos superiores a \$1.000.000 pesos, en tanto que el consumo de pasta base se observa en todos los niveles de ingreso.

<b>CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS EN JÓVENES DE 19 A 25 AÑOS DE EDAD DE ACUERDO AL NIVEL DE INGRESOS AÑO 2004.</b>				
Ingreso	Menos \$200.000	Entre \$200.000 y \$500.000	Entre \$500.001 y \$1.000.000	Más de \$1.000.000
Marihuana	12,27	13,23	19,68	30,98
Pasta base	1,31	1,37	0,85	1,03
Cocaína	3,44	3,27	3,08	8,98

Fuente: CONACE, 2004. Sexto Estudio Nacional en Población General en Chile.

Dedicaremos las últimas páginas de este punto a la revisión de la evolución del consumo de éxtasis en Chile. Al respecto, los únicos antecedentes que existen a la fecha son los realizados por el CONACE (2003), en donde se exponen datos de la población escolar de Chile de 8° año básico a 4° año medio, entregando además la prevalencia del consumo de esta droga de síntesis en función del tipo de dependencia educacional del establecimiento.

De acuerdo con estos antecedentes, el éxtasis es la droga de menor consumo en el ámbito escolar chileno, manifestando un comportamiento estadístico similar a lo largo de todo el proceso de escolaridad. Ello puede deberse a que se trata de una sustancia de difícil acceso y de alto costo.

Los datos recopilados arrojan la siguiente información respecto de la evolución de la prevalencia del consumo de éxtasis en la población escolar chilena.

<b>EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DEL CONSUMO DE ÉXTASIS EN LA POBLACIÓN ESCOLAR CHILENA.</b>											
2001		2003		2001		2003		2001		2003	
0,8		1,3		1,2		1,1		1,4		1,3	
8 ° Básico		1° Medio		2° Medio		3° Medio		4° Medio			

Fuente: CONACE, 2003. Quinto Estudio Nacional en Población General en Chile.

Por su parte, la evolución y prevalencia del consumo de éxtasis en hombres y mujeres, de acuerdo con el tipo de dependencia educacional del establecimiento entre los años 2001 y 2003 registra los siguientes antecedentes.

<b>EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE ÉXTASIS EN HOMBRES Y MUJERES DE ACUERDO AL TIPO DE DEPENDENCIA EDUCACIONAL AÑOS 2001 Y 2003.</b>											
2001	2003	2001	2003	2001	2003	2001	2003	2001	2003	2001	2003
1,5	1,9	0,7	0,8	1,3	1,5	1,0	1,2	0,9	1,8	1,1	1,3
Hombres		Mujeres		Municipal		Subvencionado		Pagado		Total	

Fuente: CONACE, 2003. Quinto Estudio Nacional en Población General en Chile.

Hemos efectuado la revisión de los principales aspectos relacionados con las enfermedades crónicas no transmisibles y de los factores de riesgo para la salud de las personas, atendiendo a su importancia como constante amenaza para el desarrollo económico y social de la población a nivel mundial, más allá incluso de las enfermedades infecciosas como el VIH y el SIDA, la malaria y la tuberculosis, entre otras igualmente preocupantes en el contexto global.

Por otra parte, nos centramos en la reflexión acerca de los factores protectores y su relación con los daños en la salud de las personas, para continuar con los factores determinantes y detenernos, posteriormente, en los factores de riesgo para la salud desde una perspectiva que nos permitiera identificarlos como una señal de alerta para llevar a cabo acciones oportunas para mejorar tanto la salud como la calidad de vida de las personas, específicamente referidos a una comunidad universitaria, en primera instancia, y luego, para la salud de las personas en general.

Seguidamente, abordamos la revisión de los principales elementos involucrados en las enfermedades cardiovasculares asociados a los factores de riesgo para la salud, deteniéndonos en aspectos tales como la alimentación, la hipertensión arterial (HTA), el tabaquismo, el sedentarismo, el estrés, la obesidad, la diabetes mellitus y el alcohol.

Hecha esta reflexión, profundizamos en el estado actual de los factores de riesgo de la salud en Chile, para lo cual hicimos hincapié principalmente en el consumo de tabaco, el sedentarismo y la obesidad y el consumo de alcohol, por considerarlos de gran importancia en el contexto de nuestra población de estudio. Finalmente, en el último punto efectuamos la revisión de los aspectos fundamentales involucrados en la temática de las drogas, entendidas también como factores de riesgo para la salud de las personas, teniendo esto último particular relevancia para el estudio. Con esta finalidad, revisamos en detalle las características involucradas en el consumo de drogas desde una perspectiva histórico-cultural, así como también nos detuvimos en los tipos de consumo de drogas, las fases que se encuentran asociadas a esta adicción, los factores de riesgo y los factores protectores relacionados con el consumo de estas sustancias y, por último, el estado actual del consumo de drogas en el contexto de Chile.



## **CAPÍTULO IV: ESTILOS DE VIDA SALUDABLE Y CALIDAD DE VIDA.**

### **4.1. Consideraciones preliminares.**

Si bien los conceptos de “estilo de vida” y “calidad de vida” son usados con mucha frecuencia en los distintos ámbitos relacionados con la actividad y ejercicio físico, consideramos necesario revisar estos conceptos. En este sentido, resaltamos la definición aportada por Álvarez (2007) cuando afirma que los estilos de vida saludable son procesos sociales, como así también las tradiciones, los hábitos, las conductas y las acciones de los individuos y conjuntos de personas, que conllevan a la satisfacción de los requerimientos del ser humano para alcanzar el bienestar y la vida.

De esta forma, resaltamos la definición aportada por Álvarez (2007) cuando afirma que los estilos de vida saludable son procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, las conductas y las acciones de los individuos y conjuntos de personas, que conllevan a la satisfacción de los requerimientos del ser humano para alcanzar el bienestar y la vida.

El mismo autor señala que el concepto de “calidad de vida” es más difícil de determinar, principalmente por la dificultad para concretarlo, ya sea como una parte, o bien, como un todo.

En base a ello, haremos referencia a lo planteado por Muñoz y Salinas (2004), quienes expresan que no existe una teoría de calidad de vida que pueda dar cuenta de una definición para tal efecto. Los mismos autores hacen una revisión al planteamiento y proponen un conjunto de necesidades universales entre las que se destacan las siguientes:

- Subsistencia.
- Protección.
- Afecto.
- Entendimiento.
- Participación.
- Ocio.
- Creación.
- Identidad.
- Libertad.

Albala y col. (2004), exponen al respecto que la relación entre estas necesidades universales y su manera de satisfacerlas definirá la calidad de vida de cada persona, ya que ellas no dependen de la satisfacción de una sola necesidad aisladamente, sino que deben satisfacerse integradamente, de lo contrario la persona podría evidenciar deterioros en su calidad de vida.

Ahora bien, también es posible que cuando se obtiene satisfacción de una necesidad de forma aislada, dicho proceso estimule otras necesidades y colabore con ellas de manera simultánea, provocando una cadena en beneficio de la calidad de vida de una persona.

Por tanto, el concepto de calidad de vida supone la satisfacción mínima aceptable del complejo de necesidades satisfactorias, en la dimensión individual y social, en los ámbitos locales y nacionales y cuidando la articulación entre lo micro y lo macro (Muñoz y Salinas, 2004).

Reforzando lo anterior, Max-Neef, (1996), sostiene que una sociedad sana debe plantearse, como objetivo ineludible, el desarrollo de todas las personas y de toda la persona.

Por su parte Neogarten (1974), -en Álvarez (2007)-, plantea que la dicha de la vida contiene actividades diarias, el significado de la vida individual y colectivo, haciéndose responsable y partícipe de la misma; la percepción de logro de metas de vida, la autoimagen y la actitud hacia la vida. Sin embargo, para San Martín y Pastor (1988) la dicha de la vida es la respuesta a una interrelación de estímulos a nivel individual y social en un ambiente total, lo que nos lleva a concluir que dicha satisfacción se relaciona con los valores sociales que se practican.

No obstante, nuestra investigación se ha propuesto durante todo su desarrollo destacar el carácter integral de la salud humana. Desde esta perspectiva, los estilos de vida saludable, la actividad y ejercicios saludables deben tener una visión integral, en una dimensión colectiva y social que comprenda aspectos interrelacionados: el material, el social, el afectivo, el contexto sociocultural basado en lo ideológico, de cada persona y cada grupo que constituya una sociedad.

Un estilo de vida saludable, desde lo material, se caracteriza por las manifestaciones de la cultura material, vale decir, la vivienda, la alimentación y la ropa, entre otros. En lo social, en tanto, se definiría según las formas y estructuras organizativas, esto es: el tipo de familia, los grupos de parentesco, las redes sociales de apoyo y los sistemas de soporte tales como las instituciones y las asociaciones. Por último, en el plano ideológico los estilos de vida se demuestran por medio de las ideas, los valores y las creencias las que, al fin y al cabo, son las que establecen las respuestas o conductas a los distintos acontecimientos de la vida.

Una visión como ésta significa que, desde una perspectiva integral, los estilos de vida no debieran aislarse del contexto social, económico, político y cultural al cual pertenecen los individuos, sobre todo porque estos aspectos pueden influir positiva y negativamente en la salud de las personas.

Al respecto, Sánchez (1996), expresa que los estados positivos de salud están asociados a elementos tales como:

- Estilo de vida adecuado.
- Óptimo nivel de estrés.
- Sensación de bienestar.
- Capacidad de disfrute de la vida.
- Tolerancia a los retos que plantea el entorno.

Los estados negativos, en tanto, son todos aquellos conducentes al aumento de la morbilidad y que se asocian con problemas orgánicos (físicos, psicológicos y sociales), los que inciden prematuramente en la mortalidad de las personas.

Por su parte, Mendoza (1994) asegura que en el seno de una sociedad establecida no hay un único estilo de vida saludable, sino muchos, independiente de concepto de salud que se acoja. “El estilo de vida saludable no existe, afortunadamente, porque implicaría sólo una cierta manera de afrontar diariamente la realidad en la que se vive. Entonces cualquier estilo de vida reconocido globalmente como saludable puede contener elementos no saludables, o saludables en un sentido pero no en otro” (p. 17).

En esta perspectiva, Sánchez (1996), manifiesta que es posible pensar, que los hábitos de vida y de salud van estrictamente ligados, de forma que al darse esta relación debiéramos referirnos como concepto a hábitos saludables de vida, ya que conjuga, y parece hacer emerger el concepto de estilo de vida.

Seguidamente, Shephard (1994), expresa que al estudiar los estilos de vida se combinan una serie de comportamientos (hábitos positivos) que pueden afectar la salud de las personas, siendo tres de ellos fundamentales: alimentación adecuada, realización de actividades saludables y ejercicios saludables (ejecutados con frecuencia, intensidad, duración adecuada, con un volumen de

carga, planificación adecuada a cada individuo y con un descanso regular aproximadamente de 7 a 8 horas).

En este mismo sentido, Shephard (1994) y Rodríguez (1995), consideran que entre los hábitos negativos para la salud se podrían mencionar los siguientes:

- Fumar cigarrillos.
- Consumo excesivo de alcohol.
- Comer en exceso o dietas inadecuadas.
- Falta de realización de ejercicios.

#### **4.2. Escuela saludable.**

A lo largo de este punto intentaremos acercarnos al concepto de escuela saludable desde la visión de la OPS/OMS y también de autores como Pezoa, Vidal, Guzmán (2004), como una vía para destacar el aporte que estos establecimientos educacionales (escuelas) pueden desarrollar en la salud de sus estudiantes. Posteriormente, nos detendremos sobre los puntos de preocupación de la OPS respecto de las estrategias de promoción de la salud en las escuelas latinoamericanas, para concluir con la realidad chilena frente al tema de las escuelas saludables.

##### **4.2.1. Concepto de escuela saludable.**

En 1996 la OPS señaló que “El concepto de escuela promotora de salud tiene como objetivo fomentar estilos de vida saludable en la población total de la comunidad escolar, desarrollando ambientes saludables y contribuyendo a la promoción de la salud”. Dicha organización destacaba tres áreas de intervención en el ámbito escolar:

- La educación para la salud.

- Los ambientes y entornos saludables.
- Los servicios de la salud y alimentación.

Una escuela promotora de salud debe ser aquella que realiza acciones integrales de promoción de la salud en torno al establecimiento educacional, como una ocasión para llevar estilos de vida saludables a la comunidad educativa y al entorno, favoreciendo el desarrollo humano de los estudiantes (Pezoa y col., 2004).

Lo anterior implica, necesariamente, el desarrollo de habilidades y destrezas para cuidar la salud y colaborar en el cuidado de la familia y de la comunidad, apropiándose críticamente de los saberes, competencias, actitudes y destrezas necesarias para comprender y transformar la realidad, formando personas creativas, seguras de sí misma, críticas e innovadoras.

Además, el desarrollo de estas habilidades y destrezas propende a la promoción de valores, al fortalecimiento de la autoestima, la autovaloración, la asertividad y la emocionalidad, obteniendo de esta manera, la capacidad y las herramientas individuales necesarias para enfrentar las exigencias actuales con seguridad.

Todo lo anterior redundaría en un aumento de la capacidad productiva y del crecimiento espiritual de las personas, ya que se desarrollaría también la capacidad de amar, jugar, gozar y estimular los vínculos con otros, la integración y el crecimiento de la colectividad educativa, donde los estudiantes se constituyen de manera independiente, respetuosos de los derechos humanos. De acuerdo a lo planteado por Pezoa, Vidal, Guzmán (2004), el profesor se transformaría en un motor fundamental de la promoción de la salud de sus estudiantes.

#### **4.2.2. Estrategias de promoción de la salud en las escuelas latinoamericanas.**

Debido al aumento de enfermedades en niños y niñas en edad escolar en América Latina (obesidad, consumo de alcohol, tabaco y drogas, violencia, accidentes y embarazo en adolescentes), la OPS ha difundido la iniciativa de las escuelas promotoras de salud (EPS), con lo cual ha asumido, junto con la OMS, la misión de cooperar y colaborar técnicamente con otras regiones de América para establecer un consenso entre el sector educativo y el sector salud. Ello, con el propósito final de constituir alianzas con otros sectores, para conservar ambientes físicos y psicosociales saludables y desarrollar habilidades para alcanzar estilos de vida saludables en la comunidad educativa OPS/ OMS (1996).

Para alcanzar estas metas, la OPS propuso tres ejes para la implementación de las EPS:

- Educación para la salud con un enfoque integral, es decir, considerando las necesidades y características individuales, de género y socioculturales de cada estudiante y fortaleciendo su autoestima.
- Creación de ambientes y entornos saludables, lo cual implica contar con espacios físicos limpios y amplios, áreas verdes, seguros, sin agresión física y/o verbal.
- Diseño y entrega de servicios de salud y alimentación, eje referido a la asistencia del estudiante al establecimiento educacional, asegurando la igualdad de oportunidades frente al aprendizaje.

Esta iniciativa de desarrollar y fortalecer la promoción y una educación para la salud en el ámbito escolar por la OPS, fue propuesta y aceptada en Costa Rica en el año 1993. En dicha oportunidad y consultados 12 representantes de los sectores de la salud y la educación, fueron identificadas las áreas que requerían

mayor apoyo, formulándose posteriormente las recomendaciones a los Gobiernos miembros para implementarla.

La estrategia de promoción y educación para la salud de la OPS/OMS en el ámbito escolar hace referencia puntual al desarrollo y fortalecimiento para la salud de ambientes y entornos saludables, así como también de los servicios de salud y alimentación, los cuales comprometen a la escuela, la comunidad y a los servicios locales de salud, permitiendo emprender nuevas y mejores acciones para prevenir los riesgos de la salud en las futuras generaciones.

Para la OPS y la OMS estos compromisos se pueden traducir en los siguientes propósitos y acciones:

- Favorecer la formación de conocimientos, actitudes y prácticas de alimentación y salud en los alumnos y otros integrantes de la comunidad educativa.
- Proporcionar a los alumnos y alumnas las habilidades y destrezas indispensables para adoptar decisiones responsables en cuanto a la salud personal y que contribuyan al desarrollo y la seguridad de su entorno.
- Posibilitar el pleno desarrollo físico, psíquico, emocional y social, la autoestima y una imagen positiva de sí mismos en los alumnos y en toda la comunidad educativa.
- Favorecer modos de vida sanos y ofrecer a los alumnos y trabajadores de la educación, opciones de aprendizaje, experiencias, ambientes y entornos saludables.
- Desarrollar el sentido de responsabilidad y el compromiso de participación individual, familiar y social en acciones para mejorar la salud.
- Favorecer relaciones positivas y constructivas entre todos los miembros de la comunidad educativa y el cuidado de ambientes y entornos.
- Ampliar la concepción de servicios de salud y alimentación para hacer de ellos un recurso educativo que apoye el aprendizaje y ayude a la comunidad a utilizar adecuadamente los sistemas y servicios de salud.

- Ofrecer un ambiente y marco de trabajo y estudio que promueva la salud, tomando en cuenta las condiciones del edificio, disponibilidad de agua, servicios de salud y alimentación, espacios deportivos y recreativos, y seguridad para todos.
- Definir objetivos claros de promoción de la salud y de seguridad para el conjunto de la comunidad escolar.
- Integrar la educación para la salud en la currícula de forma coherente, utilizando metodologías que faciliten la participación de los alumnos en el proceso.
- Identificar y utilizar los recursos existentes en la comunidad para desarrollar acciones a favor de la promoción y la educación para la salud.

A nuestro juicio, lo fundamental de la propuesta es que se centra en los alumnos, en la comunidad, en el ambiente y en el entorno, optimizando los recursos, la integración en el currículo, la alimentación, las relaciones afectivas, la responsabilidad y el compromiso individual, familiar y social, es decir, las estrategias diseñadas están pensadas de una manera integral que considera todas las dimensiones del ser humano (cognitiva, emocional, física y social).

En la actualidad, la mayoría de los países miembros de la OPS/OMS cuentan con establecimientos educacionales en donde se realizan los diagnósticos para establecer e identificar ciertas anomalías en la salud en sus estudiantes, entre las cuales podemos destacar los siguientes problemas:

- De audición.
- De visión.
- Alteraciones posturales a nivel de columna, piernas y pie.
- Salud bucal.
- Higiene.
- Alimentación.
- Accidentes.

- Saneamiento y otros.

Al respecto, cabe señalar que en Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, en el Caribe Hispano y en México, se cuenta con estos servicios para sus establecimientos escolares, pero al mismo tiempo se reconoce en ellos una falta de capacitación sistemática y poco actualizada de su personal docente, además de una insuficiencia en los materiales educativos que se utilizan para promover la salud. Esta situación es compartida por países como Bolivia, Colombia, Perú, Venezuela y Ecuador.

Este diagnóstico pone de manifiesto el desarrollo de la trayectoria de las escuelas en salud, destacándose el caso de Jamaica, país que realizó un programa para las escuelas primarias que incluyó estrategias comunicacionales y la creación de material didáctico innovador (poemas y tiras cómicas para maestros, por ejemplo).

Estados Unidos, por su parte, ha implementado un programa desde la escuela de párvulos hasta el decimosegundo grado. Como elementos destacables de esta iniciativa se encuentra el que cada escuela cuenta con un profesional en salud escolar capacitado (enfermera), además de incluir aspectos sobre promoción y prevención de enfermedades desde la Educación física hasta la Educación vial y de contar con profesores capacitados y apoyo de material didáctico.

En el hemisferio sur, en países como Chile, Argentina, Uruguay, Paraguay y Brasil se observa una Reforma educativa sin precedentes, declarándose que los servicios de salud son mayoritariamente asistenciales (OPS/ OMS, 1996). En el caso de Chile, por ejemplo, dichos organismos señalan el aporte económico para extender los servicios básicos a un mayor número de escolares. Del mismo modo, se reconoce que esta Reforma educacional ha permitido incorporar contenidos básicos de salud, aun cuando existe la posibilidad de incorporarlos sólo de manera transversal, modalidad que presenta inconvenientes pues no es acreditable ni obligatoria, dejando su tratamiento a disposición del maestro.

Al respecto, la misma organización realizó a un análisis crítico y estableció que la mayoría de los programas de educación en salud escolar tiene un enfoque vertical, utilizando una estrategia comunicacional unilateral para promover la salud en la escuela. Ante esta situación, lo recomendable sería fortalecer la capacidad institucional por medio de la implementación de una estrategia integral y con mayor amplitud.

Complementariamente, un estudio comparativo de la OPS (1989) en conjunto con otras organizaciones, reveló que la mayoría de los países de la región enfrenta situaciones similares en la salud escolar, siendo coincidentes en cuanto a los contenidos, los enfoques educativos y la metodología de educación vertical, basándose además en los daños de la salud y en las causas de la enfermedad y muerte. Pese a ello, durante la última década, todos estos países han implementado programas de salud, proceso que no ha estado exento de dificultades, entre las que se cuentan:

- Falta de compromiso político.
- Falta de apoyo técnico continuo y coordinación entre los Ministerios de salud y educación en todos los niveles.
- Insuficientes recursos nacionales en términos de: profesionales capacitados, capacitación a los maestros y materiales de capacitación.
- Carencia de mecanismos para dar seguimiento y evaluar programas.
- Falta de investigación acerca de las necesidades de la niñez y de la juventud para orientar los programas de salud escolar.
- Carencia de estrategias nacionales bien definidas para la promoción, apoyo, coordinación y administración de los programas de salud escolar.
- Falta de enfoques novedosos para el desarrollo de materiales educativos.

A los efectos de nuestra investigación, nos parece relevante detenernos en el punto que hace referencia a la capacitación de los maestros. Ello, porque si bien

en todas las realidades educativas existen problemas como la insuficiencia de recursos materiales o de infraestructura, dificultades para implementar las políticas de Estado y ausencia de compromiso político o de compromiso de la propia unidad educativa, consideramos que la capacitación y las competencias de los profesores respecto de la salud estudiantil no debieran ser aspectos que quedaran al azar, sobre todo si se piensa en el importante rol que ellos tienen para la incorporación de hábitos y estilos de vida saludable en la población que atienden.

#### **4.2.3. Chile y la promoción de la salud en las escuelas.**

En la actualidad, el ámbito de la salud escolar en Chile se ha centrado en la modificación de los estilos de vida de su población. Ha sido un proceso largo en el que se ha abordado la prevención de enfermedades por medio de acciones estratégicas masivas y algunas recientes en promoción de salud, desde una perspectiva intersectorial.

Al respecto, Pezoa, Vidal, Guzmán (2004), que Chile se encuentra en una etapa de término de una transición demográfica y epidemiológica, lo que implica que el estado de la salud en el país es comparable al de países desarrollados, donde los problemas de salud se relacionan con las enfermedades crónicas, salud mental y accidentes, con estilos de vida poco saludables, altos niveles de contaminación ambiental y un estado de inseguridad en la población.

Con estos antecedentes, el país dio inicio a un proceso de reformas tanto en el ámbito de la educación como en el de la salud, poniendo particular énfasis en el equilibrio entre la promoción y la prevención de acuerdo con las áreas que a cada uno les competía. Ahora bien, respecto de la Reforma educacional, resulta importante señalar dos elementos cruciales para la implementación de acciones tendentes a promover la salud en los establecimientos educativos: los objetivos transversales y el proyecto educativo de cada establecimiento.

En efecto, los objetivos transversales están orientados hacia la formación integral de la persona, que abarcan aspectos como la autoafirmación personal, que lleva a mejorar los niveles de autoestima y la manera en que los estudiantes se relacionan con otras personas. Por su parte, el proyecto educativo tiene una estricta relación con los objetivos transversales, los que a su vez están estrechamente relacionados con el concepto de establecimiento de educación promotor de salud (MINSAL, UNESCO 2001).

Los autores complementan lo anterior señalando que ante ambos escenarios, la promoción de la salud surge como una propuesta altamente efectiva y necesaria, pues busca que la comunidad educativa tome sus propias decisiones, concediendo herramientas para atender la salud, controlar el desarrollo de los factores de riesgo y potenciar los factores protectores.

Por su parte, el Ministerio de Salud de Chile, declaraba en la década de los '90 que la promoción fue una de las estrategias fundamentales para focalizarse en la calidad y en los estilos de vida saludables, los ambientes saludables y el desarrollo de valores en la comunidad. Lo anterior resulta muy relevante si consideramos que las escuelas son un espacio privilegiado para llevar a cabo acciones tendentes a promover la salud entre los niños y jóvenes, debido a su amplia cobertura (educación preescolar, básica y media).

En este mismo sentido, el MINSAL señalaba que, de las escuelas promotoras de salud, los hábitos y conductas asociadas a una vida saludable tienen una mayor probabilidad de ser incorporados y de mantenerse a lo largo de la vida y que cada persona necesita también aprender a reconocer que posee la capacidad de modificar los factores que intervienen en su salud y en la de su comunidad (MINSAL, 1999).

Por último, cabe señalar que el estado Chileno creaba en 1999 el Consejo Nacional para la Promoción de Salud, llamado Vida Chile, el cual ha desarrollado un plan estratégico con metas y compromisos intersectoriales hasta el año 2010.

### **4.3. Universidades saludables.**

De acuerdo con Lange y Vio (2006) en su Guía para universidades saludables y otras instituciones de educación superior, actualmente existen en el país variadas experiencias en materia de promoción de la salud en las universidades.

Los autores señalan al respecto que la primera experiencia en estas materias convocó al Instituto de Nutrición y de Tecnología de Alimentos de la Universidad de Chile (INTA), a la Universidad de Concepción y a la Pontificia de la Universidad Católica de Chile. Una segunda iniciativa correspondió a la Red Universitaria de Protección y Autocuidado, que funciona desde 1999, desarrollando actividades para los estudiantes universitarios y de Educación superior del país acerca del uso y abuso de drogas. Por último, también destacan otras experiencias desarrolladas en el año 2001 y que tuvieron como foco de atención el consumo de tabaco, alcohol y drogas en la Universidad Austral, Católica del Norte, de La Frontera, de Concepción y de Valparaíso, iniciativa motivada por las federaciones estudiantiles respectivas, el sistema de bienestar estudiantil y algunas facultades pertenecientes a dichas organizaciones.

Pese a ser plausible su esfuerzo, hay que destacar que estas iniciativas no obedecieron a políticas institucionales plasmadas en sus respectivos Planes de Desarrollo Estratégico, aunque contaron con la participación estudiantil, lo cual resulta relevante a la luz de su rol como agentes sociales y, particularmente en el caso de los estudiantes de distintas pedagogías, como futuros profesores del sistema educacional chileno.

Una Universidad Saludable o Promotora de Salud, se refiere a “aquella universidad que incorpora la Promoción de la Salud a su proyecto educativo y laboral, con el fin de favorecer el desarrollo humano y mejorar la calidad de vida de quienes estudian o trabajan y, a la vez, formarlos para que actúen como modelos o promotores de conductas saludables a nivel de sus familias, en sus futuros entornos laborales y en la sociedad en general” (Lange y Vio, 2006).

Así mismo entonces, el concepto de Universidad Saludable o Institución de Educación Superior Saludable US/IESS se basa en los principios de “ciudades saludables” que priorizan iniciativas de promoción de la salud dirigidas al entorno universitario de manera global, más que las estrategias de cambio de hábitos de cada persona en particular. Este aspecto resulta vital, pues refuerza la idea de que el foco de la estrategia está en construir ambientes físicos, psíquicos y sociales que influyan en mejorar la calidad de vida de la comunidad universitaria, más que concentrarse en modificar los estilos de vida individuales. Este entorno será el estímulo para que las personas emprendan cambios positivos en su conducta. Desde esta perspectiva quienes tienen la responsabilidad de la toma de decisiones en la estructura universitaria, tienen la responsabilidad de proveer todas las condiciones para lograr estos ambientes que propendan a mejorar la calidad de vida universitaria (Lange y Vio, 2006).

Las Instituciones de Educación Superior Promotoras de Salud son aquellas que se comprometen con la creación de un entorno y una cultura que fomente la salud y bienestar integral de los miembros que la componen: estudiantes, académicos y funcionarios. Para lograrlo, las universidades comprometidas con esta meta incorporan este concepto en sus políticas institucionales, en su entorno (lo que incluye las estructuras y procesos) y también en las mallas curriculares explícitas e implícitas.

El compromiso con la promoción de la salud se manifiesta actualmente en la universidad a través de sus múltiples roles: como organización educativa, como

empleadora, como una institución comunitaria y frecuentemente como proveedora de servicios de salud. La universidad saludable viene a potenciar lo anterior, generando alianzas y apoyando iniciativas orientadas a mejorar el bienestar de su comunidad local y regional (Lange y Vio, 2006).

Complementariamente dichos autores, nos plantean cinco aspectos o temas estratégicos a considerar en una universidad saludable:

- Psicosociales.
- Ambientales.
- Alimentación.
- Actividad física.
- Prevención del consumo del alcohol, drogas, y tabaco.

Cabe señalar, sin embargo, que algunas de estas estrategias no son compatibles con todos los establecimientos de educación superior, ya que su realidad en recursos (materiales, de infraestructura y humanos) esté muy lejana a lo sugerido.

De este modo, desde la perspectiva psicosocial, una universidad saludable debe tener un entorno apropiado que permita relacionarse saludablemente, transformándose, primero que todo, en un factor facilitador para el aprendizaje de los estudiantes y de satisfacción laboral para los académicos y funcionarios, contribuyendo a aumentar el bienestar social y emocional de toda la comunidad universitaria. Los mismos autores señalan como características de los entornos psicosociales saludables los siguientes elementos:

- Ser cálidos, amistosos y que premian el aprendizaje.
- Promueven la cooperación más que la competencia.
- Promueven un estilo de comunicación abierta y directa.
- Consideran importante dar oportunidad para la innovación y recreación.

- Evitan la intimidación, el acoso y la violencia, a través del desarrollo de procedimientos y políticas que apoyen formas de mediación y resolución de conflictos en las aulas, entre los estudiantes y entre el personal y los estudiantes.
- Promueven la igualdad de oportunidades y utilizan procedimientos democráticos para crear instancias y mecanismos de participación de los diferentes estamentos de la universidad.
- Contribuyen a generar ambientes que influyan positivamente en la salud mental de la comunidad universitaria.

Estas consideraciones se transforman, sin duda alguna, en acciones preventivas frente a estilos de vida poco saludables de la población universitaria, por ejemplo, respecto del consumo de drogas, alcohol y tabaco, así como también incitan al desarrollo de iniciativas promotoras de la salud, tales como la alimentación saludable, la realización de ejercicios saludables y de otros factores positivos como el manejo del estrés, la sexualidad responsable, el desarrollo de estilos de comunicación y la resolución de conflictos.

Por otra parte, los elementos ambientales consideran dos aspectos: el ambiente físico y el ambiente recreativo.

- El ambiente físico representa la preocupación de una universidad saludable que se centra en mejorar y facilitar el acceso a un medio atractivo dentro de la universidad y que influye directamente en la calidad de vida de los estudiantes y de los que trabajan allí. Considerando tanto los terrenos de la propia universidad como los recursos materiales, de infraestructura y decorativos de la universidad (aulas, pasillos, cafetería, baños, oficinas, espacios para estudiantes, docentes y funcionarios). La inversión en los elementos ambientales debiera considerar, por ejemplo, senderos para caminar, ciclovías, facilitación de los accesos, seguridad en las escaleras, pisos antideslizantes, mobiliario ergonómico y accesos para las personas discapacitadas.

- El ambiente recreativo, considera la preocupación por el fomento en la comunidad universitaria de diferentes actividades recreativas que se desarrollan en los espacios propios, o bien, en instalaciones externas, con el objeto de lograr la mayor participación del estudiante. Para eso es necesario considerar los gustos personales, las habilidades propias, y la influencia de compañeros, amigos y de algunos recursos como el costo, la disponibilidad de tiempo y el transporte.

Por otra parte, una alimentación equilibrada es necesario para el bienestar y la armonía, no sólo desde el punto de vista energético sino que además mental y social. Una buena alimentación contribuye a potenciar los rendimientos académicos y laborales de una comunidad universitaria.

En relación con este aspecto y tal como revisáramos en puntos anteriores, la OMS considera que una alimentación compuesta por grasas saturadas, azúcar y sal, con baja ingesta de verduras y frutas, sumada a la ausencia de actividades y ejercicios saludables, son factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, obesidad, diabetes, hipertensión y algunos tipos de cáncer.

Para contrarrestar estos efectos, en la comunidad universitaria se sugiere la implementación de acciones tales como:

- La incorporación de actividades curriculares y contenidos implícitos y explícitos de alimentación saludable en los programas de pedagogía de forma transversal.
- La promoción de cafeterías y casinos con alimentos saludables con precios similares a los de las comidas no saludables.
- La supervisión de la variedad, calidad y sabor de los alimentos, así como también con los tiempos necesarios para consumirlos.

Respecto de las actividades, una universidad saludable debe ser capaz de fomentar y generar ambientes y condiciones que promuevan estilos de vida activos, ya que al igual que el colegio, este es el lugar de mayor permanencia de los estudiantes durante el día, promoviendo por igual acciones como la realización de ejercicios y actividades saludables que ayuden a prevenir enfermedades y aumenten la productividad y el rendimiento académicos.

Finalmente, la prevención del consumo de alcohol, drogas y tabaco es un tema sensible para los estudiantes de Educación superior, puesto que generalmente las acciones emprendidas en esta línea son restrictivas, punitivas y, en algunos casos, de ignorancia de las autoridades frente a la situación, manteniéndose alejadas de la responsabilidad de velar por la salud de los estudiantes. Algunos factores de riesgo de consumo de drogas ilícitas en el interior de una universidad son los siguientes:

- Baja autoestima.
- Estrés académico, laboral o ambiental.
- Disponibilidad de alcohol y drogas ilícitas y lícitas.
- Escasez de programas de prevención y de ayuda permanente al estudiante.
- Exigencias de rendimiento demasiadas altas por parte de los docentes.

Este capítulo se ha orientado a la revisión de los estilos saludables y la calidad de vida de las personas en los escenarios formativos, a partir de la focalización en las consideraciones preliminares involucradas en el tema, para luego continuar con el concepto de escuela saludable, el repaso de algunas de las estrategias de promoción de la salud en las escuelas latinoamericanas y la promoción de la salud en las escuelas del país.

Como tercer elemento de reflexión, hemos hecho especial hincapié en el concepto de las universidades saludables, relevando el rol que les compete a las instituciones de educación superior en el apoyo e implementación de prácticas y

estrategias para mejorar la salud y calidad de vida de sus estudiantes, docentes y funcionarios.

Finalmente, hemos analizado los distintos elementos desde la visión de integralidad que postula esta investigación, potenciando el reconocimiento de la dimensión colectiva, social y humana, tanto en las universidades que forman docentes, como en los mismos profesores y sus estudiantes.

## **CAPÍTULO V: FORMACIÓN DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN CHILE.**

### **5.1. Génesis del campo de la Educación Superior: los primeros indicios.**

El origen de la universidad como organización social, se remonta al Medio Evo, constituyéndose no sólo como “comunidad de maestros y alumnos” (*universitas scholarium*), sino también como “universo de las ciencias y la letras” (*universitas magistrorum*), es decir, una institución que aglutinaba el cosmos del saber y del conocimiento. De ahí que el mundo intelectual denominara a este período (siglo XII) como el siglo de las universidades.

Como ejemplos de ambas vertientes, podemos mencionar que la Universidad de Bolonia es la más fiel representante de la cosmovisión de la *universitas scholarium*. En cambio, la Universidad de París es heredera de la *universitas magistrorum*. Las posteriores universidades se fueron fundando bajo uno de estos modelos y en algunas experiencias de España se optó por modelos mixtos, como es el caso de la Universidad de Salamanca (Lourido, 2003).

Este proceso de configuración del ideario de universidad que se inicia con las fundaciones de las primeras de ellas, no es posible establecerlo con precisión, toda vez que en este proceso confluyó una serie de acontecimientos que rebalsaron lo estrictamente cronológico. En este sentido, es necesario resaltar que si bien no es posible establecer con exactitud la fecha precisa de fundación de las universidades, éstas se constituyen desde sus inicios no sólo como el espacio para la construcción de una cosmovisión de mundo y de sociedad, sino también como el de las tensiones y conflictos propios de cada época y momento histórico, en especial frente a los poderes eclesiásticos y del Estado.

El mismo autor nos indica que la fundación de las universidades de Bolonia (1154); de París (1174) y de Oxford (1214) tienen como primer hecho histórico la redefinición de los poderes públicos y eclesiásticos en el ámbito educativo, como así también la defensa de intereses de ciertos grupos de intelectuales en el ámbito de la Educación superior. En efecto, desde sus comienzos estas universidades iniciaron un proceso de búsqueda y consolidación de la independencia y la autonomía de los poderes eclesiásticos, por una parte, quienes reclamaban de la universidad el derecho a ser formados en ella, y por otro lado, frente al poder laico, que les demandaban la formación de la futura clase dirigente del Estado. Ya en el año 1229, en Europa, las primeras revueltas estudiantiles iniciaron un proceso de demanda que culminó el año 1931 con el reconocimiento de su autonomía universitaria.

La intervención del Estado en la vida universitaria duró aproximadamente 200 años. Este es el caso de la Universidad de Bolonia, donde el gobierno le fijaba a esta institución los estatutos de reglamentación de la vida de los académicos, quienes eran capitulados como servidores públicos al servicio del Estado. Claro está que en esta búsqueda de autonomía e independencia frente a los poderes laicos, en ocasiones dicha universidad se vio obligada a recurrir al amparo de la Iglesia, con especial atención en lo que concernía a su abierto respaldo a la libre actividad intelectual.

En este sentido, algunos de los rasgos distintivos de las universidades en el siglo XII, fueron los siguientes:

- La ausencia total de independencia de la universidad.
- La falta de autonomía propia reclamada por el mundo intelectual que lideraba el proceso de construcción de la vida universitaria.
- La consolidación de un modelo universitario propio, en una sociedad de profundos cambios y transformaciones en lo sociopolítico y económico.

En el caso de Chile, a partir del año 1830, con la formación de un Estado Nacional, se dio inicio a un proceso de profundas transformaciones en el plano político y socioeconómico. El más relevante fue el acceso al poder público de una elite ilustrada poseedora en plenitud de los poderes, que le permitió instalar una lógica de sociedad fundada en el principio de la racionalidad, en un nuevo marco de institucionalidad de relaciones entre Estado y sociedad civil (Serrano, 1994).

La creación de la Universidad de Chile, fundada en 1842 (y continuadora legal de la Universidad de San Felipe, creada en 1738), instala en el país un nuevo campo de desarrollo del pensamiento y de las ideas y, aparejadamente, la institucionalización de la Educación superior en nuestro país. A la fundación de la Universidad de Chile le siguió la creación de otras universidades, entre ellas las siguientes:

- Pontificia Universidad Católica de Chile (1888).
- Universidad de Concepción (1919).
- Universidad Técnica Federico Santa María (1926).
- Universidad Católica de Valparaíso (1928).
- Universidad Técnica del Estado (1947).
- Universidad Austral de Chile (1954) .
- Universidad Católica del Norte (1956).

Así, la formación del campo de la educación en Chile se configura de una matriz de definiciones y redefiniciones de una sociedad y de un Estado que buscaba la instalación de un nuevo orden social y de una nueva organización institucional. En este sentido, la educación operó como el mecanismo de legitimación política a través del cual se sentaron las bases para una nueva identidad cultural y de proyecto país.

“La racionalización de la sociedad y la creación de un sentimiento nacional fueron dos de los objetivos de la educación en esta nueva matriz de sociedad emergente,

más aún, la formación de un sistema nacional de educación durante la República conservadora, cuya máxima expresión institucional es la Universidad de Chile, fue posible porque existía consenso en torno a tres elementos:

- Formar a todos los estratos de la población en la virtud republicana.
- Incorporar el conocimiento racional a la acción.
- El deber del Estado de llevar a cabo este cometido” Serrano (1993, p. 65).

Así mismo, con la fundación de la Universidad de Chile en 1842, se dio inicio a un complejo proceso de definiciones en torno a la Educación superior. Si bien en sus orígenes es posible desvelar ciertas disputas de intereses entre esta institución de educación superior con el Estado y con otras instituciones educativas, este hecho no representa la presencia ni preexistencia de un campo. Los indicios de configuración de un campo surgen más bien a partir de la creación de la Pontificia Universidad Católica de Chile, cuya fundación data del año 1888, momento a partir del cual se inician las disputas por la monopolización de un capital simbólico y por la definición de las nuevas reglas de juego a operar en el campo de la Educación superior (Serrano, 1993).

La definición histórica de las universidades, tanto de las llamadas “estatales” como de las “privadas” que actualmente pertenecen al Consejo de Rectores, representa una de las problemáticas centrales en el debate actual. Desde esta perspectiva, la Universidad de Chile constituye desde sus inicios la matriz histórica del ideario y de la memoria colectiva de un proyecto de país y de nación, de laicismo y pluralidad, sin distinciones de ninguna especie.

En efecto, la Universidad de Chile fue creada por el Estado chileno con el fin de llevar a cabo el proyecto ideario de nación. En este contexto de empoderamiento, dicha universidad ocupa el centro de desarrollo del pensamiento social en torno a la sociedad chilena y a su proyecto de país.

Sin embargo, con la fundación de la Pontificia Universidad Católica de Chile, bajo la tutela de la Iglesia Católica de Chile y del Vaticano, la elite de intelectuales de pensamiento más conservador de la comunidad nacional inauguró un espacio de redefiniciones acerca de la sociedad y del proyecto político e histórico de la sociedad chilena.

Los primeros indicios de una disputa no develada de proyectos de sociedad y de matrices histórico-sociales, en cuyas bases doctrinales e ideológicas se fundaron las primeras posturas irreconciliables del “deber ser” de todo proyecto histórico de país y de universidad, representan a nuestro entender la más clara de las evidencias de la emergencia de un campo de la Educación superior en Chile.

## **5.2. La universidad en el contexto nacional.**

Con la fundación de la Universidad de Chile en 1842 se inició un complejo proceso de formación del Estado Nacional Moderno y de la definición de una matriz histórica en tono a la Educación superior, ya que se consolidó así un espacio de expresión de la elite ilustrada que asumía los nuevos desafíos de la modernidad, comprendiendo la importancia de la universidad como un espacio para la formación de la clase dirigente, capaz de conducir al país al progreso y al desarrollo. Las ideas de la ilustración y del liberalismo comienzan a fraguarse de manera hegemónica por parte del mundo intelectual de esta nueva clase dirigente.

En el marco de estos procesos de consolidación de un modelo de universidad, el Estado jugó un papel fundamental, por cuanto se constituyó en el eje modernizador de la educación. Así, la Universidad de Chile formó parte de una reforma liderada desde arriba, heredera de un nuevo reformismo ilustrado.

El Estado, al fundar la Universidad de Chile, asumió la tarea de liderar el proceso de transformación de la sociedad chilena conducido por una elite social, con el

claro convencimiento de la necesidad de formar una identidad nacional común. En otras palabras, la sociedad comenzó a ser reflexionada desde los propios claustros universitarios, siendo la citada institución la que asumió la conducción de los procesos de regulación de la educación en Chile, a través de la instalación de los primeros mecanismos normativos.

La apuesta de una matriz histórica de país y de sociedad representada por esta primera universidad, constituye el rasgo distintivo de este proceso. Con la fundación de la Pontificia Universidad Católica de Chile, se dio inicio a una nueva etapa de definiciones del Estado y de los mecanismos de desarrollo del proyecto de sociedad.

Es así como nos encontramos con la creación de una universidad que desde sus orígenes fue altamente conservadora y católica, cobrando legitimidad y autoridad a la luz de un modelo de sociedad que hacía referencia a esa nueva matriz histórica. Más aún, la naturaleza misma de las tensiones entre la Iglesia y el Estado dieron origen a la creación de esta primera universidad católica del país, en abierta respuesta a los brotes de liberalismo y laicización del Estado que, para los sectores más conservadores, era visto como una amenaza latente, un ataque contra la religión por parte del mundo de los intelectuales liberales. Las disputas iniciales a este respecto se centraron en lo que representaba el Estado Nacional Moderno para el devenir de la sociedad chilena.

Posteriormente, hacia la primera mitad del siglo XX, se produjo la expansión de la Educación superior en Chile. En efecto, gracias a la fundación de nuevas universidades se generó un nuevo estado en la estructura de las posiciones de los distintos actores comprometidos en el campo, como así también de la distribución del capital en juego, el que tomó una nueva forma, posibilitando otra organización y dinámica.

El contexto sociopolítico de fundación y consolidación de estas universidades constituye el marco de referencia desde el cual, históricamente, se pensó la Educación superior del país, especialmente respecto de su misión para el desarrollo sociocultural y económico de Chile.

Es así como a principios del siglo XX se produjo un período de creación acelerada de instituciones universitarias, caracterizándose por la fuerte aparición a lo largo del país de universidades creadas al amparo del Estado, siendo algunas de ellas de carácter estatal y otras de constitución privada. Las definiciones jurídicas constituyentes de las distintas universidades representan un primer elemento de tensión que el Estado, a través de una serie de mecanismos y procedimientos administrativos, ha intentado resolver hasta el día de hoy.

Respecto de la creación de organismos públicos colaboradores de la gestión del Estado en materia de Educación superior, durante este período se fundó por Decreto Ley del 14 de agosto de 1954 el “Consejo de Rectores”, entidad reguladora del sistema universitario y al cual pertenecen las ocho universidades denominadas “tradicionales”:

- Universidad de Chile.
- Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Universidad de Santiago (ex Universidad Técnica del Estado).
- Universidad Católica de Valparaíso.
- Universidad Técnica Federico Santa María.
- Universidad de Concepción.
- Universidad Austral de Chile.
- Universidad del Norte (actual Universidad Católica del Norte).

De estas ocho universidades, seis de ellas son de carácter privado y sólo dos responden a los criterios de universidad estatal. Al respecto, uno de los núcleos de

mayor tensión está referido a los aportes fiscales directos que el Estado hace a las universidades pertenecientes al citado Consejo de Rectores.

Así, podemos mencionar el caso de la Universidad de Chile, que concentra aproximadamente el 30% del total del aporte que el Estado entrega a las universidades estatales. En tanto, la Pontificia Universidad Católica de Chile concentra el 60% de los fondos estatales asignados a las universidades privadas del Consejo (Samaniego, 2001). Con ello, podemos entrever dos elementos relevantes:

- La de un modelo que no logra tomar posición respecto de la necesaria redefinición de las universidades privadas pertenecientes al Consejo, en la actual posición que ocupan al interior del campo.
- Los beneficios de las universidades en cuanto al volumen global de capital que poseen y a la estructura de distribución de ciertas especies de capital específico que las dota de un poder legítimo al interior de ellas.

Estas universidades pertenecientes al Consejo de Rectores constituyen la matriz simbólica desde la cual el sistema opera, especialmente en lo que respecta a las definiciones históricas que correspondería liderar a las universidades “tradicionales”, en el marco de las nuevas problemáticas sociales y estatales. Es por ello que dichas instituciones no sólo tienen como misión la regulación del sistema nacional universitario, sino también la de asegurar la legítima autoridad conferida como modelo de desarrollo de las universidades chilenas.

Efectivamente, a través de este Consejo se fijan las normas y los procedimientos estatutarios que serán la base de las definiciones ulteriores en materia de Educación superior, instaurándose en uno de los organismos oficiales por parte del Estado en la formulación de políticas en este campo.

Por otra parte, hasta 1980 la Educación superior chilena se estructuraba por universidades, de las cuales sólo algunas tenían sedes en diferentes ciudades del país. Todas ellas obtenían los recursos del Estado, aun cuando correspondían organizaciones de carácter privado.

No obstante, con la vigencia de la Constitución de 1980 se estableció un nuevo ordenamiento jurídico constitucional. En el Artículo N° 1 de la dicha Constitución se estableció que “El Estado reconoce y ampara a los grupos intermedios a través de los cuales se organiza y estructura la sociedad y les garantiza la adecuada autonomía para cumplir sus propios fines específicos”. Sin lugar a dudas, esta normativa de carácter general carece, a diferencia de la norma constitucional de 1925, de mayor especificidad en el campo de la autonomía universitaria.

Es así como la promulgación del DFL N° 1 de Educación en 1980 estableció un nuevo ordenamiento y fijó nuevas normas para las universidades, correspondiéndole a la Ley regular, específicamente, los conceptos de autonomía universitaria a partir de una norma constitucional, de carácter general como la transcrita.

Con la instauración de nuevos marcos reguladores en el campo de la Educación superior a partir de la reforma de los años '80, se da inicio a un proceso de complejas relaciones entre los organismos públicos y las instituciones universitarias tanto estatales como privadas.

Este marco normativo de 1980 consideró no sólo a las universidades como instituciones de Educación superior, sino que reconoció además formalmente dos tipos de instituciones de Educación superior no universitaria: los Institutos profesionales y los Centros de educación técnica. Posteriormente, en el año 1998 se reconocieron como instituciones de Educación superior a las organizaciones

dependientes de las Fuerzas Armadas y de Orden y seguridad, y de Policía e Investigaciones.

Estas definiciones y redefiniciones de los marcos conceptuales y jurídicos normativos desde los cuales empezó a operar este campo van posibilitando un tipo de relación entre los distintos actores comprometidos, lo que permitió dar cuenta de las variaciones en el contexto universitario durante la década de los años '90.

En efecto, como resultado de la aplicación del Decreto Ley del año 1980 se procedió a la eliminación de las sedes regionales dependientes de las dos universidades estatales (Universidad de Chile y Universidad de Santiago), creándose de esta forma las llamadas “universidades regionales”, las que pasaron a constituirse en universidades, o bien, en institutos profesionales con autonomía relativa. Todas estas instituciones de Educación superior se convirtieron también en dependientes del Consejo de Rectores, con lo cual se alcanzó un total de 25 universidades chilenas:

- Universidad de Chile.
- Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Universidad de Concepción.
- Pontificia Universidad Católica de Valparaíso.
- Universidad Técnica Federico Santa María.
- Universidad de Santiago de Chile.
- Universidad Austral de Chile.
- Universidad Católica del Norte.
- Universidad de Valparaíso.
- Universidad de Antofagasta.
- Universidad de La Serena.
- Universidad del Bío-Bío.

- Universidad de La Frontera.
- Universidad de Magallanes.
- Universidad de Talca.
- Universidad de Atacama.
- Universidad de Tarapacá.
- Universidad Arturo Prat.
- Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación.
- Universidad de Playa Ancha de Ciencias de la Educación.
- Universidad Tecnológica Metropolitana.
- Universidad de Los Lagos.
- Universidad Católica del Maule.
- Universidad Católica de la Santísima Concepción.
- Universidad Católica de Temuco.

Por otro lado, con la reforma de los años 80 se inició en Chile un proceso de fundación de universidades privadas, llegando a sumar 36 en el momento de la presente investigación, generándose así un entramado proceso de configuración de un sistema de relaciones objetivas adentro del campo universitario, que fueron definiendo un nuevo orden de posiciones de las entidades universitarias.

Seguidamente en la década de los '90 irrumpieron en el discurso conceptos referidos a la calidad de enseñanza, excelencia académica, acreditación, autonomía, examinación, regulación y otras tantas acepciones, que comenzaron a imponerse como los nuevos referentes teórico y conceptuales del debate en torno a lo universitario. Es de esta forma que con el DFL N° 1 y N° 5 de 1981 se sentaron las bases para la creación de universidades privadas, salvaguardadas por un modelo neoliberal garantizador de los derechos privados, y que el Estado incipientemente intentaba regular y cautelar a través del sistema de examinación.

Al cabo de algunos años, este marco jurídico fue modificado como producto de las deficiencias y vacíos legales que la normativa dictaba para el ejercicio de una fiscalización más exhaustiva, frente a la creciente demanda de creaciones de nuevas universidades.

Efectivamente, a partir del año 1982 se inició en Chile la fundación de las primeras universidades privadas no pertenecientes al Consejo de Rectores. Entre ellas se destacan como las más antiguas la Universidades Diego Portales (1982); Gabriela Mistral (1982) y Universidad Central (1983). Siendo así también, las primeras en obtener su plena autonomía, se constituyeron en las primeras instituciones concurrentes al campo, las que dotadas de los instrumentos y de ciertas estrategias de ruptura, lograron monopolizar un tipo de capital específico, luchando tempranamente por el ingreso al campo de poder que, hasta ese momento, era privativo de las universidades pertenecientes al Consejo de Rectores.

Durante el transcurso de los años 1988 y 1989 se crean nueve universidades privadas:

- Universidad Finis Terrae (1988).
- Universidad Mayor (1988).
- Universidad Andrés Bello (1989).
- Universidad de Humanismo Cristiano (1989).
- Universidad Autónoma del Sur (1989).
- Universidad Bolivariana (1989).
- Universidad de Las América (1989).
- Universidad Mariano Egaña (1989).
- Universidad República (1989).

Terminado este proceso, en la actualidad las universidades privadas suman las siguientes:

- Universidad Adventista de Chile.
- Universidad Alberto Hurtado.
- Universidad Bernardo O'Higgins.
- Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez.
- Universidad Chileno Británica de Cultura.
- Universidad de Aconcagua.
- Universidad de Arte y Ciencias Sociales.
- Universidad de Arte, Ciencias y Comunicación.
- Universidad de Ciencias de la Informática.
- Universidad de Los Andes.
- Universidad de Rancagua.
- Universidad de Viña del Mar.
- Universidad del Desarrollo.
- Universidad Diego Portales.
- Universidad Gabriela Mistral.
- Universidad del Pacífico.
- Universidad Iberoamericana de Ciencias y Tecnología.
- Universidad Marítima de Chile.
- Universidad Miguel de Cervantes.
- Universidad Pedro de Valdivia.
- Universidad Regional San Marcos.
- Universidad San Sebastián.
- Universidad Santo Tomás.
- Universidad Tecnológica.

Las décadas que siguieron representan un período durante el cual se avanzó en la reflexión acerca de la naturaleza de las relaciones entre el Estado y las Instituciones de Educación Superior, y en particular, en torno a las responsabilidades de las universidades estatales y privadas con el Estado y con la

comunidad nacional. En 1997 eran ya 67 el número de universidades públicas y privadas, de las que 32 se encontraban en proceso de acreditación universitaria.

En este proceso histórico, se crean las dos universidades del estudio, el Instituto Profesional Blas Cañas, en la actualidad Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez y la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación, dictando ésta última las carreras de Licenciatura en Educación y Pedagogía que antes correspondían a la Universidad de Chile.

A continuación entregamos antecedentes de las dos universidades del estudio: la Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez y la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación.

### **5.3. Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez, UCSH.**

La Universidad Católica Silva Henríquez, UCSH, desarrolla distintas actividades destinadas a establecer vínculos dentro y fuera del país, acorde a sus orientaciones estratégicas y a la importancia que, tanto las autoridades como la comunidad universitaria, conceden al tema de la internacionalización. Los avances alcanzados en esta área han permitido enriquecer y mejorar los procesos formativos y docentes, además de aportar al conocimiento en los diversos campos, estableciendo programas que se orientan al desarrollo del país y al servicio de grupos y personas más necesitados de nuestra población.

#### **5.3.1. Historia.**

La UCSH es una Corporación de Derecho Privado que tiene su génesis en el Instituto Profesional de Estudios Superiores, "IPES Blas Cañas", creado en 1982 por la Congregación Casa de María, Madre de Misericordia. Posteriormente, el

IPES Blas Cañas fue transferido a la Conferencia Episcopal de Chile, gracias a la gestión y solicitud del entonces Arzobispo de Santiago, Cardenal Raúl Silva Henríquez. En los años '80 el IPES Blas Cañas se desarrolló rápidamente como una propuesta alternativa de Educación superior para muchos estudiantes de escasos recursos económicos y limitadas posibilidades de formación académica. En 1990, la Conferencia Episcopal de Chile formalizó una Corporación Universitaria que el 16 de agosto de ese año comenzó su proceso de acreditación ante el Consejo Superior de Educación. Al año siguiente, se aprobó su funcionamiento y en 1992 ingresó la primera promoción de alumnos a la Universidad Blas Cañas, mientras que el IPES, por su parte, culminó su gestión en 1996.

El 7 de enero de 1993, la Conferencia Episcopal aprobó sus Estatutos y su declaración de Principios, previamente consultados a la comunidad universitaria. En la misma ocasión, fue reconocida como Universidad Católica, confirmándose su pertenencia a la Conferencia Episcopal y a la Congregación Salesiana, que se había incorporado a ella en diciembre de 1991. El 26 de septiembre de 1997 se firmó un convenio institucional que entregó la dirección superior y la administración de la Universidad Católica Blas Cañas a la Congregación Salesiana, manteniendo la Conferencia Episcopal su calidad de socio activo.

Más de un siglo después de fructífera presencia en la educación chilena, los Salesianos asumieron esta primera experiencia de trabajo universitario en el país, como una labor eclesial de amplio servicio a la evangelización de la cultura en el contexto de su vocación propia.

Subrayando su preferencia por los jóvenes de escasos recursos y con vocación académica y por los sectores populares, se estableció que en este proyecto educativo la fe de la Iglesia se abriría al diálogo fecundo con la cultura, las ciencias y las artes. Con la autorización personal del Cardenal Raúl Silva Henríquez se llega al hito del cambio de nombre, que se inició el 15 de marzo de

1993. Aprobado por la Conferencia Episcopal de Chile, el cambio de denominación fue ratificado por el Ministerio de Educación en marzo de 1999.

Después de su publicación en el Diario Oficial el 11 de agosto de 1999, entra en vigencia el nombre de "Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez", que es un homenaje de gratitud al Pastor que estuviera tan vinculado a su origen histórico y una opción que expresa plenamente su identidad y misión institucional. Esta historia ha significado la formación de más de diez mil profesionales, que se han incorporado responsablemente a la comunidad nacional.

### **5.3.2. Organización universitaria.**

La Congregación Salesiana de Chile asume las funciones de dirección y administración superior, orientación académico-pedagógica y la animación pastoral de la universidad.

El Presidente y Gran Canciller, a quien corresponde la tuición y orientación para el cumplimiento de la misión institucional, es el Inspector Provincial de la Congregación Salesiana de Chile.

El Consejo Universitario, que es el Directorio de la Corporación, es el órgano colegiado máximo con facultades legislativas para adoptar decisiones sobre políticas y normativas institucionales y está integrado por el Presidente y Gran Canciller, que lo preside; dos representantes de los socios activos, el Rector, el Director de Pastoral, los Decanos, el Director del Instituto de Ciencias Religiosas y tres representantes académicos, elegidos por sus pares. También participan, con derecho a voz, los Vicerrectores, el Secretario General, un representante estudiantil y un representante del personal no académico.

El Rector ejerce el Gobierno de la universidad. De Rectoría dependen las Vicerrectoría Académica y de Administración y Finanzas, la Secretaría General, la Dirección de Planificación y Desarrollo, la Dirección Ejecutiva de Desarrollo Económico y la Unidad de Comunicación y Marketing.

### **5.3.3. Visión y Misión.**

La Visión de la UCSH se fundamenta en el ideario formativo de Don Bosco y del Sueño de Chile, legado del Cardenal Silva Henríquez. “Quiere ser reconocida en la comunidad nacional e internacional, como una institución de Educación superior católica y salesiana, abierta al diálogo y respetuosa de la diversidad cultural, que se proyecta institucionalmente hacia la consolidación de su identidad mediante el ejercicio riguroso del quehacer académico y del testimonio de vida de sus miembros y que favorece la formación superior de calidad, para personas, en particular jóvenes, procedentes de ambientes populares y del mundo del trabajo, en un clima de respeto y amabilidad”.

Esta institución de Educación superior, a su vez, declara que su misión es: “Contribuir al desarrollo del país, a la integración y evangelización de la cultura y a la promoción de la dignidad y desarrollo de hombres y mujeres, principalmente por medio de la formación de jóvenes y trabajadores con competencia académica y que están en desventaja en relación con el medio sociocultural en que están insertos, apoyada en la investigación y en el servicio a la sociedad chilena” (Plan de Desarrollo Estratégico 2006-2010).

### **5.3.4. Modelo de formación.**

El modelo de formación constituye un marco orientador y regulador de la Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez. Es un documento derivado

de la Misión, Visión y Declaración de Principios de la Universidad, a través del cual se hace responsable de una formación que prioriza la calidad, en un marco de identidad. Se establecen tres ejes fundamentales que orientan los procesos y programas de formación que imparte: una formación con calidad, una formación con identidad y una Formación con responsabilidad. Del modelo de formación se desprenden cuatro etapas:

ETAPA	CARACTERÍSTICAS
<b>Etapa 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Está referida a los ejes fundamentales, antes señalados, que representan la prioridad que la institución asigna al marco en el cual se desarrollan los procesos formativos.</li> </ul>
<b>Etapa 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El modelo de formación identifica los aspectos constitutivos del perfil de formación de la universidad, desde donde se desprenden los perfiles del estudiante y del académico respectivamente.</li> </ul>
<b>Etapa 3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El modelo de formación identifica la organización curricular de los programas de pregrado, específicamente, lo referido a actividades curriculares, actividades de autoformación, componentes de formación, planes de estudios, ciclos o niveles de formación y sistema de créditos. En lo sustancial, se propende al diseño de planes de estudios abiertos, flexibles e integrados, que contribuyan al protagonismo y a la autonomía de los estudiantes en su proceso de formación.</li> </ul>
<b>Etapa 4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se establecen los ámbitos de acción de las unidades académicas y de las unidades de apoyo en la gestión de los programas de formación. En este sentido, explicita que las unidades académicas son responsables en la gestión académica de los programas de formación, en particular, de la evaluación de los planes de estudios, los procesos docentes y sus resultados. Las unidades académicas son las siguientes:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Escuela de Administración y Economía.</li> </ul> </li> </ul>

- Educación.
- Derecho.
- Escuela de Educación Física, Deportes y Recreación.
- Escuela de Educación Inicial.
- Departamento de Educación Matemática.
- Departamento de Humanidades y Educación Media.
- Instituto de Ciencias Religiosas.
- Departamento de Psicología.
- Departamento de Sociología.
- Departamento de Trabajo Social.

Por último, los programas de pregrado actualmente son los siguientes:

- Pedagogía en Castellano.
- Pedagogía en Educación Artística.
- Pedagogía en Enseñanza Básica y Media.
- Pedagogía en Filosofía.
- Pedagogía en Historia y Geografía.
- Pedagogía en Inglés.
- Pedagogía en Matemática e informática educativa.
- Psicología.
- Trabajo Social.
- Auditoría.
- Ingeniería Comercial.
- Ingeniería en Administración.
- Pedagogía en Educación Física.
- Pedagogía en Educación Diferencial.
- Educación Parvularia.
- Pedagogía en Religión en Educación Básica y Media.
- Derecho.

#### **5.4. Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación, UMCE.**

En 1889 fue fundado el Instituto Pedagógico –dependiente de la Universidad de Chile- para entregar formación profesional universitaria al profesorado de la educación secundaria. En aquellas aulas fueron formadas las sucesivas generaciones de maestros, integradas a la entonces Facultad de Filosofía, Humanidades y Bellas Artes de dicha casa de estudios.

Desde 1843, la Facultad de Filosofía concentró su labor exclusivamente en el cultivo de las letras y humanidades. En este contexto, la única Facultad no docente de la Universidad de Chile se hacía cargo de la instrucción de profesores secundarios y, por primera vez en 46 años, sus dependencias se abrían al ingreso de alumnos.

Hasta entonces, la Facultad de Filosofía, Humanidades y Bellas artes orientaba y supervisaba la enseñanza. Sin embargo, la formación de profesores se realizaba a través de facultades profesionales y congregaciones religiosas: médicos para impartir la biología y las ciencias naturales; ingenieros para la enseñanza de las matemáticas y la física; farmacéuticos para la botánica y la química; abogados para la historia y las letras, y sacerdotes para la filosofía, lógica y psicología.

En total, el país contaba con unos 400 profesores de liceo entre profesionales, sacerdotes y autodidactas, quienes se oponían al inminente reconocimiento oficial que los nuevos maestros pudiesen lograr.

La creación del Instituto Pedagógico incluía, además, la incorporación de un grupo de profesores alemanes de reconocido nivel académico, lo que provocó inquietud y malestar por parte de los integrantes de la Facultad. Por ello, quedó estipulado contractualmente que los maestros alemanes se dedicarían exclusivamente a la docencia, con prescindencia taxativa de la investigación y de la creación de escuelas científicas.

Como puede apreciarse, los inicios de esta universidad indican su procedencia del primer Instituto Pedagógico de Chile, creado con Decreto fundacional el 29 de abril de 1969, y que bajo el Decreto N° 13.717, de 26 de diciembre de 1969 sería el 'Departamento de Educación', dependiente de la Facultad de Filosofía, Humanidades y Bellas artes de la Universidad de Chile.

Posteriormente, el DFL N° 7, de 17 de febrero de 1981, decretó que el organismo fuera la "Academia Superior de Ciencias Pedagógicas de Santiago", instituto profesional, no universitario, no autónomo (pues dependía de la Universidad de Chile), con personalidad jurídica y patrimonio propio, para posteriormente convertirse en la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación, UMCE, por medio de la Ley N° 18.433, del 23 agosto de 1985, sucesora legal y vivencial del Instituto Pedagógico de la Universidad de Chile (Rubilar, 1998).

#### **5.4.1. Historia.**

Rubilar (1998) define el origen del Instituto Pedagógico a partir de las palabras de Valentín Letelier, el principal impulsor y creador de dicha casa de estudios, quien se refería a ésta en los siguientes términos: "El instituto pedagógico no se ha fundado propiamente para enseñar el castellano ni ninguna ciencia, se ha fundado para formar profesores, enseñando práctica y teóricamente, la metodología de la enseñanza de cada ramo, porque una cosa es saber, otra saber enseñar, y otra saber enseñar el arte de enseñar" (p. 11).

El proceso de formación de profesores para la enseñanza primaria en el siglo XIX había obtenido logros tales como la formalización de instituciones formadoras de maestros, las llamadas "Escuelas Normales", pero a través del tiempo emergió la necesidad de preocuparse también por la formación de docentes para la enseñanza secundaria, principal motivo por el cual se creó el Instituto Pedagógico

el 29 de abril de 1889, durante el gobierno del presidente José Manuel Balmaceda y bajo el fuerte apoyo de don Valentín Letelier. Sus primeros profesores fueron seis alemanes, Federico Johow, Alfredo Beutell, Augusto Tafelmacher, Federico Hanssen, Jorge Enrique Schneider y Enrique Nercasseaux y un profesor chileno.

Tras la irrupción del régimen militar luego del Golpe de estado en Chile ocurrido el 11 de septiembre de 1973, comenzó a prepararse un escenario para los futuros cambios de la educación en el país, algunos de los cuales implicaron la exoneración de profesores y la prohibición de textos escolares y libros. A este respecto, Rubilar (1998) nos señala que muchas de las víctimas de violaciones a los derechos humanos fueron, precisamente, profesores exonerados.

Hacia el año 1974, algunas de las determinaciones institucionales de la Junta Militar implicaron suprimir las “Escuelas Normales”, sumadas a muchos otros cambios que afectaron directamente la formación de profesores en el país. En este contexto, señala el mismo autor, se produce “La imprevista aparición de la UMCE, que respecto de la fuerza de los hechos y del Derecho -suponemos-, llevaron a la Junta Militar a reponer la condición universitaria del Instituto Pedagógico, aunque no de sus títulos (hasta 1990), al crear en forma igualmente inconsulta y enigmática la ‘Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación’ (UMCE), por Ley N° 18.433, del 23 de agosto de 1985, declarándose sucesora legal de las entidades precedentes (Instituto Pedagógico, Departamento de Educación, Facultad de Educación y Academia)” (p.38).

Actualmente, la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación se orienta específicamente a dictar programas de Licenciatura en Educación y Pedagogía en diferentes disciplinas, declarando en su Plan Estratégico 2006-2010, que nació para responder a desafíos importantes en la sociedad chilena, reconociéndose a sí misma como la universidad pedagógica de Chile y ser un referente de educación en la sociedad chilena.

#### **5.4.2. Organización universitaria.**

La Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación, UMCE está estructurada a partir de una organización que considera la H. Junta Directiva, compuesta por un Presidente y ocho personeros de la institución. Así mismo, la universidad está compuesta por las siguientes autoridades superiores:

- Rector.
- Prorrector.
- Vicerrector académico.
- Secretario general.
- Contralor.
- Director de Planificación y Presupuesto.
- Director de Administración y Finanzas.
- Director de Asuntos Estudiantiles.

El Rector ejerce el Gobierno de la universidad. De Rectoría dependen las Vicerrectoría académica, la Secretaría general, la Contraloría, la Dirección de Planificación y Presupuesto, la Dirección de Administración y Finanzas y la Dirección de Asuntos Estudiantiles.

De la Vicerrectoría académica, en tanto, dependen las siguientes entidades:

- Comisión de Biblioteca y material didáctico.
- Departamento de biblioteca.
- Dirección de extensión.
- Dirección de docencia.
- Dirección de investigación.
- Educación continua.
- Secretaría técnica.
- Subdepartamento de admisión y registro curricular.

En la actualidad, la UMCE está estructurada en torno a cuatro facultades, todas las cuales dependen también de la Vicerrectoría académica:

- Facultad de Artes y Educación Física.
- Facultad de Ciencias Básicas.
- Facultad de Filosofía y Educación.
- Facultad de Historia, Geografía y Letras.

#### **5.4.3. Visión y Misión.**

La Visión de la UMCE indica que su propósito fundamental es constituirse en la principal institución pedagógica de Chile, responsable de impulsar la profesionalización de la labor docente en todos los ámbitos disciplinarios, de tal modo que se afiance el liderazgo que construye, sobre la base del servicio académico de pregrado y postgrado del más alto nivel de calidad, extendido a todo el país.

Para el logro de este propósito señalan (Plan Estratégico 2006-2010, p. 9) que su Misión, “responde al compromiso demandado por la sociedad y el Estado chileno de atender los requerimientos de la educación, esencialmente, a través de la formación de docentes al más alto nivel de calidad, y de la generación y manteniendo programas de perfeccionamientos y de postgrado, dirigidos a los profesionales de la educación, a fin de potenciar los procesos de mejoramiento de la calidad de la educación chilena. Para ello, desplegará toda su capacidad académica y organizacional, asegurando que la docencia, la investigación y la extensión que le son propias, en tanto universidad especializada, se articulen dinámicamente, desde el desarrollo del conocimiento científico y la perspectiva valórica del humanismo que la inspira”.

#### 5.4.4. Modelo de formación.

El modelo de formación de la UMCE se sostiene en el desarrollo de competencias genéricas que se esperan de un profesional universitario, reconocidas universalmente en el contexto actual de las necesidades sociales y culturales del país y de la sociedad en general, disponiendo las competencias específicas necesarias para ejercer su función docente.

La UMCE, plantea que el objetivo misional de sus egresados será impulsar los aprendizajes autónomos de niños y jóvenes, participando comprometidamente desde la educación, en los procesos de transformación y promoción social, constituyéndose en agentes eficientes y eficaces del desarrollo de la país.

En lo que respecta al perfil del egresado la UMCE, dicha institución expone que sus profesores egresados estarán habilitados para poder enfrentar los cambios que la sociedad requiera, consientes de la responsabilidad de servicio social para contribuir a la formación de niños y jóvenes a quienes deberán asistir en todas las etapas de desarrollo cognitivo, afectivo y social.

Finalmente, en la actualidad la UMCE ofrece los siguientes programas de pregrado, desglosados por Facultad:

FACULTAD	CARRERAS
<b>Facultad de Artes y Educación Física.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Licenciatura en Educación y Pedagogía en Artes Visuales.</li> <li>▪ Licenciatura en Educación y Pedagogía en Educación Musical.</li> <li>▪ Licenciatura en Educación y Pedagogía en Educación Física, Deportes y Recreación (Varones y Damas).</li> <li>▪ Kinesiología.</li> </ul>
<b>Facultad de</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Licenciatura en Educación en Física en Biología y</li> </ul>

**Ciencias Básicas.**

## Pedagogía en Biología y Ciencias Naturales o:

- Pedagogía en Biología y Astronomía.
- Pedagogía en Biología y Educación Tecnológica.
- Pedagogía en Biología e Informática Educativa.
- Pedagogía en Biología y Estadística Educacional.

## ▪ Licenciatura en Educación en Física y Pedagogía en Física y Ciencias Naturales o:

- Pedagogía en Física y Astronomía.
- Pedagogía en Física y Astronomía.
- Pedagogía en Física y Educación Tecnológica.
- Pedagogía en Física e Informática Educativa.
- Pedagogía en Física y Estadística Institucional.

## ▪ Licenciatura en Educación en Matemática y Pedagogía en Matemática y Ciencias Naturales o:

- Pedagogía en Matemática y Astronomía.
- Pedagogía en Matemática y Educación Tecnológica.
- Pedagogía en Matemática e Informática Educativa.
- Pedagogía en Matemática y Estadística Educacional.

## ▪ Licenciatura en Educación en Química y Pedagogía en Química y Ciencias Naturales o

- Pedagogía en Química y Astronomía.
- Pedagogía en Química y Educación

	<p>Tecnológica.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pedagogía en Química e Informática Educativa.</li> <li>- Pedagogía en Química y Estadística Educacional.</li> </ul>
<p><b>Facultad de Filosofía y Educación.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Licenciatura en Educación y Pedagogía en Educación General Básica: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mención en Lenguaje y Comunicación.</li> <li>- Mención Educación Matemática.</li> <li>- Mención Estudio y Comprensión de la Naturaleza.</li> <li>- Mención Estudio y Comprensión de la Sociedad.</li> </ul> </li> <li>▪ Licenciatura en Educación y Pedagogía en Educación diferencial en diferentes especialidades: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Problemas del aprendizaje,</li> <li>- Problemas de audición y lenguaje,</li> <li>- Problemas de la visión,</li> <li>- Problemas de retardo mental.</li> </ul> </li> <li>▪ Licenciatura en Educación y Pedagogía en Educación parvularia: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mención inglés.</li> <li>- Mención educación comunitaria.</li> <li>- Mención integración curricular.</li> <li>- Mención educación artística.</li> </ul> </li> <li>▪ Licenciatura en Educación y Pedagogía en Filosofía.</li> </ul>
<p><b>Facultad de Historia y Geografía.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Licenciatura en Educación con Mención en Historia y Geografía y Pedagogía en Historia, Geografía y Educación Cívica.</li> <li>▪ Licenciatura en Educación Mención en Alemán y Pedagogía en Alemán.</li> </ul>

- Licenciatura en Educación Mención en Castellano y Pedagogía en Castellano.
- Licenciatura en Educación Mención en Francés y Pedagogía en Francés.
- Licenciatura en Educación Mención en Inglés y Pedagogía en Inglés.

### **5.5. Aproximación al rol del profesor como agente promotor de salud.**

“El buen ‘maestro’ era el ‘verdadero maestro’ que ‘se entregaba a su oficio’, demostraba lealtad y recibía una satisfacción personal al servir sin ‘trepidar en el costo’” Hergreaves (1999) citado por Baeza, Pérez y Reyes (2006).

Al hablar del rol del profesor, necesariamente, creemos importante incorporar algunos elementos que nos permitan plantear el por qué tenemos la convicción de que éste, en la actualidad, no debe ser sólo un experto en la disciplina, capaz de transmitir conocimiento. A nuestro juicio, esta postura encuentra su razón de ser en que en la sociedad actual, los jóvenes y estudiantes de pedagogía que serán futuros profesores, necesitan de los profesores para afrontar problemáticas tan complejas como la aparición y el avance de enfermedades crónicas no transmisibles y los problemas de salud humana, los que podrían afectarlos en su futuro, si es que no están afectándolos en la actualidad.

En este contexto, el profesor debiera, a nuestro entender, sentirse llamado a responder a este desafío, así como también debieran hacerlo las universidades a cargo de la formación inicial docente, los mismos profesores que ejercen la profesión en las aulas de las universidades y, por cierto, aquel estudiante de pedagogía que en un futuro desarrollará la profesión en el ámbito escolar.

Cayetano (1999) explica la formación inicial docente a partir de cada uno de los conceptos que la componen. En palabras del autor, primeramente se entiende por “Formación” un proceso permanente de adquisición y reestructuración de conductas (conocimientos, habilidades y valores) para cumplir una determinada función, en esta ocasión la función docente; “Inicial” se relaciona con la formación que se da a los futuros educadores después de haber terminado su proceso de enseñanza media y docente; es el ámbito correspondiente a los educadores que trabajan en el sistema escolar (Torres, 1996).

Teniendo estos antecedentes referenciales, la formación inicial docente se explicaría como un proceso formativo, crítico y sensible, por lo que representa socialmente en cualquier proyecto orientado a mejorar la calidad y equidad de la educación. Se perfila, además, como un proceso complejo y multidimensional, que busca dar respuestas e integrar visiones distintas en relación con su concepción, implementación, desarrollo y evaluación, concretándose en diversos contextos sociales, culturales y educacionales.

En el caso de Chile, entendemos la formación inicial docente como “aquella que, en distintas universidades, imparten las carreras destinadas a preparar a los alumnos para su posterior ejercicio profesional” (MINEDUC 2000, Estándares de Desempeño, p. 7). “Desde esta perspectiva, la importancia de visualizar cómo ha evolucionado a través de la historia la tarea docente, para luego indicar la importancia de la consideración de los estándares de formación inicial docente es una visión sistemática mayor capaz de abarcar la totalidad del quehacer del profesor” (Baeza, Pérez y col. 2006, p.10).

Dichos autores rescatan lo que Avalos (2000) manifiesta respecto del quehacer del profesor a través del tiempo, quien señala que la profesión docente asume distinciones realizadas por Beby y Hargreaves a comienzos del siglo XIX y planteando que los profesores eran reconocidos como “pre profesionales”, es decir, ejecutores de tareas de enseñanza instruidas artesanalmente o

cuidadosamente delineadas por otras personas, a quienes se les entrega una caja de herramientas didácticas que son necesarias para su trabajo, como por ejemplo, un texto guía, ábaco, tiza y pizarrón.

Posteriormente, el profesor desarrolla otra etapa referente a la profesionalización, es decir, a convertirse en un profesional autónomo y en donde aparece el elemento científico de la pedagogía que se ofrece por medio de programas de formación docente. En esta etapa los profesores asumen el gran compromiso en la organización de la enseñanza, permaneciendo aislados al interior de la sala de clases. Todas las oportunidades de perfeccionamiento no logran romper su silencio ni tampoco los ayudan a modificar sus prácticas docentes.

En la actualidad, las universidades de todo el mundo se han focalizado en replantearse el rol del profesor y la forma en que éste desarrolla sus procesos de enseñanza y aprendizaje. Efectivamente, gran parte de estas instituciones se encuentra en la búsqueda de su filosofía educativa a favor de modelos innovadores en el aprendizaje, reconociendo que los actores principales son los estudiantes. Además existen otros factores que impactan en el proceso educativo y en el rol del profesor para formar profesionales de éxito y acordes con los requerimientos y exigencias de la sociedad.

En esta búsqueda de cambio, la UNESCO ha tenido una inquietud permanente respecto del conocimiento, competencias, habilidades y actitudes que desarrollan los estudiantes durante su proceso de formación universitaria, los cuales deben ser pertinentes y coherentes con lo que requiere la sociedad y las competencias que exige el mercado actual.

A partir de estos antecedentes, quisiéramos detenernos en una pregunta esencial que emerge de ellos: ¿Qué es lo que requiere la sociedad?

Para responder a esta pregunta señalaremos que desde nuestro estudio y en función de la problemática que estamos planteando acerca de la modificación de conductas en pro de una cultura saludable, consideramos que en estricto rigor se debe revisar y fortalecer la formación inicial docente para atender a aspectos específicos tales como la salud humana, la que como hemos señalado a lo largo de la investigación, trasciende el dominio de la disciplina y la entrega de conocimiento.

Es en este escenario y atendiendo a estas aclaraciones que consideramos que el profesor se constituye en el agente responsable directo que, en el ámbito educativo, está llamado a modificar las conductas en sus estudiantes, atendiendo a su rol social y contexto actual.

Es entonces que dada la naturaleza propia del ser profesor y de los requerimientos que demanda de él la sociedad actual, que sus actividades han dejado de ser solamente la entrega de contenidos disciplinarios, sino que también debieran incorporarse y desarrollarse en su tarea cotidiana otro tipo de competencias, las cuales se centran más allá del “saber”, sino que incluyen su “hacer” y su “sentir”, esto es, aquellas habilidades que le permitirán trascender el espacio físico del aula, llegando al entorno familiar de sus estudiantes.

Este proceso de transformación, no obstante, requiere necesariamente que sea el propio docente quien incorpore conductas, actitudes y comportamientos de vida saludables, sirviendo de modelo conductual a los estudiantes que atiende. Sin embargo, sabemos que el desafío también debiera ser asumido por aquel profesor universitario que desarrolla la profesión en la universidad y que tiene la responsabilidad social de la formación de futuros docentes. Ambos, en distintos escenarios pero con un mismo fin, se constituyen en agentes responsables y directos de la modificación de conductas y hábitos de vida de las personas, además de la responsabilidad intrínseca de sus aprendizajes y formación.

Así mismo, para evidenciar el desarrollo de estas competencias y de la transformación de sus conductas, las universidades que ofrecen carreras de pedagogía deben hacer explícitos estos propósitos. Ello, porque tanto los estudiantes de pedagogía como las universidades que los acogen cumplen un rol social gravitante en el contexto país, razón por la cual la dimensión valórica y ética que les cabe debe ser puesta al servicio del ámbito sociocultural en el que están insertos, promoviendo actitudes, conductas y comportamientos que se orienten a mejorar la salud de las personas, mediante su compromiso sistemático en la promoción, prevención y realización de actividades educativas para una vida saludable. Este compromiso, pues, no puede ser sólo de aquel profesor que en un futuro ejercerá la profesión en el ámbito educativo escolar, sino también es de responsabilidad del profesor universitario que trabaja en la formación inicial.

En el mismo sentido, el estatuto general de personal universitario define al profesor como “la persona nombrada o contratada como tal, para desarrollar actividades de investigación, de docencia, de extensión y de administración académica, de acuerdo con la distribución consignada en su plan de trabajo, y constituye un elemento dinámico para la formación integral de los estudiantes; es un funcionario público comprometido con la solución de los problemas sociales, dentro de la autonomía universitaria, a la prestación de un servicio público, cultural, inherente a la finalidad social del Estado”.

Ciertamente “ser profesor” trasciende esta definición y cualquier otra, puesto que el importante impacto que tiene su quehacer en las sociedades del mundo lo hacen responsable de educar a las personas no sólo en el dominio disciplinar, sino que además en las conductas, hábitos y comportamiento social.

Al respecto, Muñoz (2000) plantea que la misión del profesor radica en formar en valores de manera integral a los estudiantes y, al mismo tiempo, constituirse en un modelo o ejemplo para ellos: entregando la posibilidad de desarrollar las potencialidades físicas, sociales e intelectuales, mediante la creación de

condiciones apropiadas para la recreación, convivencia, seguridad y construcción de conocimiento, con la participación de la comunidad educativa (estudiantes, padres, docentes y sector productivo), a fin de beneficiar la adopción de estilos de vida saludables y conductas protectoras del medio ambiente.

Como podemos constatar, el profesor además de facilitar el aprendizaje de sus estudiantes en el contexto educativo para el desarrollo de sus competencias en cuanto a la resolución de problemas o de sus destrezas motoras, tendría la misión de desarrollar sus actitudes, valores y formas de relacionarse con otros, por lo que su quehacer implica, desde esta perspectiva, un compromiso con el aprendizaje formal y valórico de sus alumnos.

Este quinto capítulo tiene el propósito de contextualizar la formación universitaria desde sus inicios, para lo cual ha revisado breves reseñas históricas que nos encausan hacia el conocimiento de la génesis de la Educación superior en Chile, para luego detenernos en la universidad en el contexto nacional donde se insertan las dos universidades del estudio.

Se realizó una revisión de los elementos más relevantes de las casas de estudio que nos convocan en este estudio, para lo cual hicimos una descripción general de cada una de ellas, así como también revisamos su historia, organización universitaria, visión y misión y su modelo de formación, incluyendo los programas de pregrado que ambas dictan en la actualidad.

Finalmente, dedicamos el último punto del capítulo al desarrollo de una aproximación al rol del docente como agente promotor de salud, relevando nuestra opción metodológica por trascender la visión del profesor como experto disciplinar e incorporar a ella las dimensiones del ser y el hacer que demandan los actuales contextos globales y sociales del mundo educativo, mismos que se relacionan estrechamente con la visión de integral que hemos querido relevar a lo largo del presente estudio.

## CONCLUSIONES DE LA FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

- El concepto de salud debe abarcar todas las dimensiones del ser humano (cognitiva, afectiva, y motriz), y a la vez considerar, por un lado, aspectos relevantes como el entorno y el contexto biológico-sociocultural, y por otro, elementos subyacentes como la emocionalidad, configurando así el término “salud integral”.
- La salud se encuentra vinculada, a través del concepto de salud integral, con la Educación Física y con la actividad física.
- Para poder avanzar en la construcción de una visión integral de la salud, es necesario sustituir los términos aptitud física, condición física, preparación física y ejercicio físico con una orientación saludable, por los vocablos actividad saludable, aptitud saludable y ejercicio saludable.
- El logro de una aptitud saludable implica elementos constitutivos, criterios y métodos de entrenamientos.
- Todos los elementos constitutivos de una aptitud saludable confluyen en su acción simultáneamente, y consideran otros aspectos que conviven con el ser humano, entre los que se encuentran la emoción, la sociedad, la cognición y el contexto donde se desarrollan los ejercicios o actividades saludables.
- La Educación Física y la salud, han sido caracterizadas, durante mucho tiempo, desde una perspectiva reduccionista, es decir, limitada sólo a lo morfofuncional y a la actividad en sí misma, obviando las características cualitativas y valorativas del ser humano.

- El valor saludable de un ejercicio no se obtiene sólo por el desarrollo de un elemento de la aptitud saludable, sino que éste se verifica en la validación social que emerge de una determinada energía emocional puesta en movimiento con el ejercicio, en un contexto de contingencia emocional y en todos los dominios de lo que definimos como ser humano.
- Una alimentación saludable tiene como beneficio principal la acción protectora que subyace frente a la aparición de ciertas enfermedades, destacando el valor energético y estructural que ésta otorga en la regulación del organismo.
- El mayor o menor conocimiento de cuáles son los factores saludables, políticas claras de intervención en la comunidad, la toma de conciencia y saber identificar los factores de riesgo de la salud, facilitan las posibilidades de tener y de llevar una vida saludable.
- Tanto la escuela como la universidad pueden y deben constituirse en organizaciones que propendan a la incorporación de prácticas y estrategias de promoción de la salud en sus respectivos contextos, favoreciendo la incorporación de hábitos de vida saludable que trasciendan las aulas y que puedan tener un impacto positivo en el entorno social e incluso a nivel de país.
- Las universidades deben considerar aspectos de salud humana en la formación inicial docente, y no solamente ser instituciones orientadas a la formación profesional.
- El profesor universitario, como formador de futuros profesores, debe ser un modelo frente a sus estudiantes, con acciones y conductas relevantes sobre hábitos y estilos de vida saludable.



**II PARTE:**

**ESTUDIO PRÁCTICO: FACTORES DE RIESGO DE LA SALUD EN ESTUDIANTES DE PEDAGOGÍA EN UNIVERSIDADES CHILENAS.**



## **1.1. Introducción.**

En el comienzo de nuestra fundamentación teórica hemos señalado que actualmente en Chile no hay estudios que hagan referencia sobre el estado actual de los factores de riesgo de la salud en estudiantes universitarios de programas de pedagogía específicamente respecto del estado nutricional, sedentarismo, consumo de tabaco, alcohol y drogas, aunque sí existen antecedentes de la población general cuyos resultados se han considerado como alarmantes, llevando al gobierno establecer políticas de estado en salud pública, en colaboración con otras instituciones gubernamentales, antecedentes ya señalados en esta fundamentación.

En este sentido, los datos que podamos obtener de esta población, una vez analizados, nos permitirán tener una base objetiva de información, que podrá constituirse en un llamado de atención a las autoridades universitarias, invitándolos a doblar los esfuerzos en pos de un mejoramiento de las conductas, comportamiento y hábitos y estilos de vida saludable de los estudiantes. Destinando, en su caso, los recursos y estrategias que correspondan desde las políticas institucionales que emanen desde el Plan de Desarrollo estratégico de cada universidad.

Así mismo, el presente estudio se hace necesario y se justifica plenamente por la necesidad disponer de antecedentes objetivos en una población no estudiada en el ámbito de la salud. Por otra parte, por el rol social que consideramos tienen las universidades en la formación de profesores. Además, por la responsabilidad que tienen y tendrán en nuestra sociedad estos futuros docentes, en la modificación de conductas de los estudiantes.

En este contexto podemos señalar que el foco de la investigación se ha basado en el convencimiento de que las personas, desde el lugar que nos ha tocado vivir y el

rol que debemos cumplir, tenemos el deber de aportar al desarrollo social, sobre todo, si somos profesores responsables de la futuras generaciones de docentes del país.

Al respecto, es preciso señalar que esta investigación se orienta a aquellos estudiantes que pertenecen a programas de Pedagogía en Educación Física, Pedagogía en Castellano, Pedagogía en Historia y Geografía, Pedagogía en Educación Matemática y Pedagogía en Educación Básica.

La razón por la cual se han seleccionado estas carreras de Pedagogía se debe a que estos futuros profesores tendrán una eventual carga horaria en el sistema escolar chileno de mayor presencia que otros profesores y, por lo mismo, se constituyen también en actores fundamentales en la incorporación de cambios en los hábitos y estilos de vida de sus estudiantes.

Sin embargo, no serían solo los profesores de educación física los llamados a modificar las actitudes, conductas y comportamiento respecto de una cultura de vida saludable, sino que la responsabilidad recaería en todos los docentes que actúan en el sistema escolar chileno, y por supuesto en la unidad educativa de cada establecimiento educacional, todos los cuales estarían colaborando para que sus alumnos asuman una posición activa respecto de las prácticas saludables.

Sin duda es una gran responsabilidad la que, como formadores de los futuros profesores del país, tenemos para con la sociedad. De aquí la convicción que expresamos en el sentido de esta investigación para afrontar como un primer paso el desafío que nos compete como académicos en la colaboración y desarrollo de acciones concretas y sistemáticas en el tiempo, que contribuyan a prevenir y modificar hábitos estilo de vida y comportamientos de los estudiantes de pedagogía, acordes con los requerimientos de una cultura de la salud humana que se inserta en un nuevo paradigma y con valores que se asocian a la cultura emergente en una nueva época. Se trata de la formación inicial de futuros docentes que, a su vez, educarán a sus estudiantes también con su propia

conducta, en la adopción de un estilo de vida saludable para una mejor calidad de vida

El estudio que abordamos pretende aportar pues datos acerca de una población de la cual no se cuenta con antecedentes suficientes acerca de los factores de riesgo de la salud y su relación y/ o asociación con otras variables de estudio, como el nivel socioeconómico, dependencia educacional, curso, edad, género.

Consideramos por ello necesario explicitar el problema de esta investigación, que cuenta como objeto de estudio dos grupos de futuros profesores: los estudiantes de la carrera de pedagogía en Educación Física (los que por su perfil debieran tener incorporados estilos de vida saludable) y los estudiantes de pedagogía de otros subsectores de educación, los que tienen el desafío de colaborar en la promoción y en la educación de una cultura de salud al interior de las escuelas en las que se desempeñarán en el futuro. En ambos casos, la formación que puedan desarrollar unos y otros en sus contextos laborales trascendería el dominio de sus respectivas disciplinas.

## **1.2. Problema de estudio.**

El problema de estudio se concluye a partir de las interrogantes que dieron cuerpo a la investigación, ¿cual es el estado actual, diferencias y asociaciones de los factores de riesgo de la salud en los estudiantes de Pedagogía en Educación Física, Matemática, Básica, Castellano, Historia y Geografía, seguidamente de cuál es la opinión de los estudiantes respecto de su participación en acciones de promoción, prevención, conciencia y disposición de su compromiso formativo en la generación de una cultura saludable?.

### **1.3. Objetivos de la investigación.**

Para dar respuesta a nuestro problema de estudio planteamos los siguientes objetivos generales y específicos:

#### **1.3.1. Objetivo general.**

Describir el estado actual de las relaciones que se dan entre los factores de riesgo de la salud y las características sociodemográficas de los estudiantes de programas de Pedagogía y el posicionamiento de éstos acerca de su intervención en acciones de promoción y prevención, así como también su disposición hacia el compromiso formativo en una cultura saludable al interior de la universidad.

#### **1.3.2. Objetivos específicos.**

- Elaborar un diagnóstico de los estudiantes que permita caracterizar y comparar el estado de los factores de riesgo de la salud en estudiantes de programas de Pedagogía.
- Identificar el grado de consumo de tabaco, alcohol, drogas para los programas estudiados.
- Determinar la categoría predominante (delgado, normal, sobrepeso, obeso) en cada programa de pedagogía.
- Identificar los motivos que incentivan la inclinación a la ingesta alcohólica, consumo de drogas, tabaco y su frecuencia en estudiantes universitarios de Pedagogía.
- Caracterizar cuantitativamente los estudiantes universitarios de Pedagogía posibles bebedores-problema, diferenciados por carrera y género.

- Describir aquellas acciones más relevantes que los estudiantes de Pedagogía consideran como más significativas para la disminución de los factores de riesgo de la salud al interior de su universidad.
- Conocer la opinión de los estudiantes de Pedagogía respecto de las acciones de promoción, prevención, preparación y participación en equipos de trabajo, realizando actividades de colaboración para disminuir el grado de incidencia de los factores de riesgo de salud en pro de hábitos para una cultura saludable.
- Determinar las relaciones entre las variables de caracterización y los factores de riesgo de la salud de los estudiantes de programas de Pedagogía.

#### **1.4. Tipo de investigación.**

Nuestro estudio se caracteriza por ser una investigación de naturaleza cuantitativa, definiéndose como un estudio de carácter no experimental, de tipo descriptivo transaccional que asume como diseño un estudio correlacional. Esta opción metodológica está fundada en la búsqueda de ciertas relaciones y/o asociaciones posibles entre las distintas variables de estudio abordadas en la investigación, confirmando los datos a partir de ciertos indicadores para establecer relaciones entre ellas.

#### **1.5. Material y métodos.**

##### **1.5.1. Sujetos: población y muestra.**

La población de estudio comprendió los estudiantes universitarios de dos universidades de Santiago de Chile, quienes evidenciaban una orientación académica hacia las ciencias humanas, sociales y de la educación, completando un total 4.063 alumnos, distribuidos en 2.444 damas y 1.619 varones.

La muestra es no probabilística, a propósito o por conveniencia, considerando a todos los estudiantes de Pedagogía de los cursos 1º, 2º, 3º, 4º y 5º año de cada carrera, de ambos sexos, que asistieron el día en que se realizó la encuesta y que estuvieron dispuestos a colaborar.

El total de la muestra alcanzó a 1.302 estudiantes, los que se dividen de la siguiente manera.

<b>Tabla Nº 1: Total de estudiantes de Pedagogía por género.</b>	
Damas	789
Varones	513
Total	1.302

<b>Tabla Nº 2: Total de estudiantes de Pedagogía por carrera.</b>			
<b>CARRERA</b>	<b>TOTAL</b>	<b>DAMAS</b>	<b>VARONES</b>
Pedagogía en Educación Básica	236	219	17
Pedagogía en Castellano	205	131	74
Pedagogía en Educación Física	488	238	250
Pedagogía en Historia y Geografía	213	95	118
Pedagogía en Matemática	160	106	54

### **1.5.2. Material: Test de IMC, Cuestionario utilizado, Test de EBBA.**

En relación con los materiales, el estudio consideró los siguientes:

- Test de índice de masa corporal (IMC).
- Cuestionario utilizado.
- Test de EBBA (Escala Breve de Beber Anormal).

### 1.5.2.1. Test de índice de masa corporal (IMC).

Seleccionamos este test por tratarse de uno de los métodos mayoritariamente utilizado debido a su fácil y simple aplicación. Ello nos permitió determinar el índice de masa corporal, y determinar el estado nutricional de los sujetos. El IMC presenta una correlación relativa con el grosor de los pliegues cutáneos y el porcentaje de grasa; en tanto que como indicador del peso proporcional, permitió establecer la cantidad de  $\text{Kg}_2 / \text{m}^2$  óptimo en los individuos del estudio.

Sin embargo, el IMC es un indicador grosero de obesidad, pues no permite clasificar ni diferenciar los componentes del cuerpo humano. Comúnmente, se establece que a medida que el IMC sea mayor, la adiposidad también lo será, aseveración que tiene que administrarse con sumo cuidado, sobre todo en el caso de los deportistas, entre quienes la masa muscular con un desarrollo muscular acentuado podría generar un IMC mayor, pudiendo en estos casos, considerarse obesos.

En este sentido, queremos constatar que más allá de estas controversias, el IMC se asocia con la mortalidad total y morbilidades específicas. Al respecto, Bray (1992) indica que la mortalidad es muy baja para sujetos con IMC entre 20 y 25; baja entre 25 y 30; moderada entre 30 y 35; alta entre 35 y 40; y muy alta con valores superiores a los 40.

De igual manera, altos niveles en el IMC se asocian con afecciones de vesícula biliar y elevación de triglicéridos mientras que valores inferiores a  $20 \text{ Kg./m}^2$  se correlacionan en forma positiva con enfermedades pulmonares y digestivas (Bray, 1992)

Es importante señalar que para que valores altos del IMC puedan significar obesidad y, por ende, riesgo para la salud, ellos deben estar acompañados de

grosos de pliegues cutáneos significativos, ya que de lo contrario podrían ser indicativos de un desarrollo músculo-esquelético de excelencia.

Pese a la relevancia de estos antecedentes, consideramos necesario exponer que inicialmente, habíamos optado por realizar mediciones de pliegues cutáneos, pero posteriormente lo desecharos ante la negativa de algunos estudiantes a desprenderse de parte de su vestimenta, o bien, a vestir deportivamente para llevar a cabo dichas mediciones. Esta es la principal razón por la cual decidimos aplicar el test de índice de masa corporal (IMC) como método, pese a tener el conocimiento y la certeza de que no es el más apropiado y que, por lo mismo, sería necesario interpretar con cautela sus resultados, aunque para efectos de la investigación ello fuera suficiente. La anterior aseveración se justifica, en primer término, porque el estudio consideró a una población no deportista y, en segunda instancia, porque no fue el foco principal del estudio, convirtiéndose con ello en un antecedente más que se fortalece con otros. Al respecto, las diferencias sólo podrían establecerse en el caso de los estudiantes de Pedagogía en Educación Física, por el simple hecho de que entre ellos existen mayores posibilidades de realización de actividad física y, consecuentemente, podrían evidenciar una mayor masa magra.

La utilización del Test de IMC como método nos permitió indicar el estado nutricional de los estudiantes de todas las carreras de Pedagogía que constituyen el estudio, situación que nos llevó a caracterizarlos por carrera, ofreciendo la posibilidad de hacer comparaciones entre ellos.

#### **1.5.2.2. Cuestionario utilizado.**

El cuestionario que utilizamos tuvo por objeto recabar información que nos permitiera identificar a los sujetos, aportando los antecedentes necesarios para

obtener una caracterización socioeconómica de la población y, al mismo tiempo, determinar el estado actual acerca de:

- Los niveles de actividad física (frecuencia, razones).
- Consumo de tabaco (frecuencia, razones).
- Consumo de alcohol (frecuencia, razones).
- Consumo de drogas (frecuencia, razones).
- Opinión de los estudiantes de programas de Pedagogía acerca de la promoción y prevención de los factores de riesgo de la salud en su facultad y universidad respectiva.
- Opinión respecto de la necesidad de que un profesor se encuentre preparado para enfrentar la problemática de la salud actual respecto los factores de riesgo de la salud.
- Opinión respecto del interés de los estudiantes por participar en actividades o acciones que promuevan los estilos de vida saludable al interior de la respectiva universidad.

Este instrumento constó de 50 preguntas aplicadas a toda la muestra y se estructuró en los siguientes ejes temáticos:

<b>EJE TEMÁTICO Nº 1: PERFIL DE LOS ENCUESTADOS.</b>
<p>Este eje posibilita la caracterización de la muestra en relación con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Carrera que estudia.</li> <li>▪ Edad.</li> <li>▪ Género.</li> <li>▪ Año de estudio en la universidad.</li> <li>▪ Estado nutricional (división de la talla por el peso al cuadrado).</li> </ul>

### **EJE TEMÁTICO Nº 2: CARACTERIZACIÓN SOCIOECONÓMICA.**

Este eje posibilita la caracterización de la muestra en relación con:

- Comuna donde vive.
- Dependencia educacional.
- Con quién vive.
- Lugar de procedencia.
- Lugar de procedencia de los padres.
- Actividades que realizan las personas con quienes vive.
- Nivel de estudios de los padres.
- Ocupación laboral de los padres.
- Monto de ingreso familiar.

### **EJE TEMÁTICO Nº 3: ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE.**

Este eje posibilita la caracterización de la muestra en relación con:

- Frecuencia de actividad física o práctica de un deporte realizado en el último mes.
- Frecuencia, si tienes clases o cursos electivos de actividad física o deportivos
- Razones por las que considera su práctica de actividad física por iniciativa propia como insuficiente.
- Acciones para fomentar la práctica de actividad física al interior de la universidad.

### **EJE TEMÁTICO Nº 4: CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y DROGAS.**

Este eje posibilita la caracterización de la muestra en relación con:

- Consumo de tabaco, alcohol y drogas.
- Frecuencia de consumo de tabaco, alcohol y drogas.
- Edad de inicio del consumo de tabaco, alcohol y drogas.
- Indagar sobre los posibles bebedores con problemas (p. 35).
- Razones por las cuales consume tabaco, alcohol y drogas.
- Acciones para disminuir el consumo de drogas en la universidad.

<b>EJE TEMÁTICO Nº 5: PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO DE LA SALUD.</b>
---

Este eje posibilita la caracterización de la muestra en relación con:

- Opinión de los estudiantes respecto de la promoción de actividad física y deporte realizada por la carrera y universidad, además e las clases, cursos electivos y selecciones deportivas.
- Opinión respecto de si está informado acerca de las actividades de promoción y prevención realizadas por la carrera y universidad en relación con los factores de riesgo de la salud.
- Opinión respecto del nivel de preparación que debe tener un profesor para enfrentar la problemática actual respecto de los factores de riesgo de la salud tratados en el estudio.
- Participación del estudiante en actividades relacionadas con la promoción y prevención para enfrentar la problemática actual respecto de los factores de riesgo de la salud tratados en el estudio.
- Opinión respecto del nivel de compromiso que tiene el propio estudiante para colaborar, al interior de la propia universidad, en la promoción y prevención para disminuir los factores de riesgo de la salud tratados en el estudio.

### **1.5.2.3. Test de EBBA (escala breve de beber anormal).**

Este test se incorporó en el cuestionario en el eje temático referido al consumo de tabaco, alcohol y drogas, con el objetivo de indagar más a fondo acerca del consumo de alcohol particularmente, ya que sabemos que este factor de riesgo de la salud generalmente pasa desapercibido, debido a que no es un factor de riesgo propiamente tal, pero sí lo es el consumo excesivo de alcohol.

El Test de EBBA ha sido validado sólo para la población chilena masculina, sin perjuicio de poder ser aplicado en mujeres, aunque con menor sensibilidad y

confiabilidad. Peso a ello, ha sido utilizado intensivamente en las mujeres en todos los servicios de salud pública del país (MINSAL, 2004).

Este instrumento fue construido por un equipo de profesionales, médicos, psicólogos y enfermeras universitarias, (entre otros, Florenzano y Pemjean; Orpinas y Manzi; Valdés y otros, 1985), para lo cual se consideraron antecedentes de otros test similares en otros países, como es el caso del MAST (Michigan Alcohol Screening Test). Así mismo, las preguntas de este test se sometieron a validación mediante una metodología de análisis factorial, en una población hombres chilenos que consultaban servicios de salud por distintas causas.

A partir de la batería de preguntas, se seleccionaron siete de ellas (las que se consideró que mejor discriminaban entre beber con problemas o sin ellos), y fueron incluidas en la escala EBBA.

En este contexto, el “beber problema” se definió como aquella condición en la que la persona se ve afectada por problemas del área de la salud, del trabajo, la vida familiar, el nivel de ingresos, o bien, por su relación con la justicia, a consecuencia de su manera de beber alcohol. Por lo tanto, no es sinónimo de alcoholismo o dependencia, y su alcance es más amplio que la definición de la OMS de “consumo perjudicial” para la salud.

El instrumento consideró que se debían responder a siete preguntas, cuyas respuestas eran afirmativas o negativas. Si las respuestas eran negativas, ello indicaría a una persona que parece beber en forma responsable. Si las respuestas resultaban afirmativas, lo recomendable sería una orientación acerca de lo que significa beber sin riesgo. Por último, si se respondía con dos o más respuestas afirmativas, se sugiere una consulta para un estudio más detenido (Consejería de Buena Salud). A su vez, en el caso de que la persona sea un bebedor problema, se le ofrece un examen de sangre llamado GGT (MINSAL, Departamento de atención Primaria de Salud, Unidad de Salud Mental, 2004).

Las preguntas del test de EBBA incluyeron algunas dirigidas a pesquisar indicadores sutiles e iniciales (*light* o *soft*) en la evolución de un bebedor. Por ejemplo, aquella que indaga acerca de si el propio bebedor o sus familiares están preocupados por su forma de beber. Otras preguntas indagan acerca de síntomas más severos y tardíos, como es el caso de beber en las mañanas.

La escala de EBBA fue ampliamente utilizada en los Servicios de Salud Pública en Chile entre 1991 y el año 2005. En éste último año fue reemplazado por otro cuestionario, el AUDIT, que permite una aplicación confiable a una población más amplia (mujeres, adolescentes y tercera edad) que es sancionado y recomendado por la OMS y que permitiría comparaciones internacionales. Sin embargo, considerando el foco de nuestra investigación, decidimos aplicar sólo el test de EBBA.

#### **1.6. Validación del cuestionario.**

Para la revisión y validación del cuestionario, el instrumento se entregó al juicio de expertos de la especialidad y de otras áreas, quienes hicieron las observaciones correspondientes, tanto respecto de la coherencia del instrumento con el foco de estudio, como en relación con el tipo de lenguaje, el contenido y la secuencia de preguntas de cada eje temático. Posteriormente se realizaron las siguientes correcciones:

- Se reordenaron y reagruparon las preguntas en cada eje temático.
- Se redactaron nuevamente las preguntas 12, 48, 49 y 50.
- Se incluyeron las preguntas 13, 14, 15, 17, 18 y 36.
- Se reestructuraron las preguntas 15 y 16.

Hechas estas modificaciones, el cuestionario se aplicó a un grupo de 60 estudiantes, los cuales no formaron parte de la muestra final. Al respecto, cabe

señalar que no hemos considerado un análisis de contenido por pregunta, pero sí un análisis de contenido por ítem.

Con estos últimos antecedentes, el cuestionario final (ver anexo) contó con las 50 preguntas definitivas.

Respecto de las variables de estudio, ellas se agruparon en torno a los siguientes elementos:

- Estado nutricional (talla y peso).
- Nivel de actividad física y deporte.
- Consumo de tabaco.
- Consumo de alcohol.
- Consumo de drogas.
- Edad.
- Género.
- Nivel socioeconómico.
- Dependencia educacional.
- Tipo de carrera de Pedagogía.
- Curso (1º, 2º, 3º, 4º y 5º de la carrera).
- Razones por las que consume tabaco, alcohol y drogas.
- Razones del por qué realiza actividad física insuficiente.

Todas estas variables se presentaron en cinco ítems, los que constituyeron los ejes de temáticos de la investigación:

- Perfil de los encuestados.
- Caracterización socioeconómica.
- Actividad física y deporte.
- Consumo de tabaco, alcohol y drogas.
- Promoción y prevención de los factores de riesgo de la salud.

ITEMS	PREGUNTAS
▪ Identificación	de la 1 a la 4
▪ Caracterización socioeconómica	de la 5 a la 18
▪ Actividad física y deporte	de la 19 a la 23
▪ Consumo de tabaco, alcohol y drogas	de la 24 a la 42
▪ Promoción y prevención de los factores de riesgo de la salud	de la 43 a la 50

### 1.7. Formación de los entrevistadores.

Para desarrollar este proceso y previamente a la aplicación del instrumento, se seleccionó, preparó y capacitó a doce alumnos de quinto año, todos ellos estudiantes de Pedagogía en Educación Física, definiendo cuatro grupos de tres alumnos y nombrándose un encargado por grupo, el cual tenía la responsabilidad de supervisar la aplicación del cuestionario y dar solución a consultas realizadas por los encuestados. Luego, cada encargado de grupo asistió a reuniones especiales de capacitación con el autor de la presente investigación.

### 1.8. Aplicación del cuestionario.

Previamente a la aplicación del cuestionario, se solicitaron entrevistas con los Directores de cada Escuela de las dos universidades consideradas en el estudio, para solicitar la autorización de la aplicación del instrumento y presentar a los colaboradores que participarían en el proceso. Posteriormente, se les hizo entrega de una carta para ser presentada a los docentes y, de ese modo, dar cumplimiento a una instancia formal. Para encontrar el mejor momento para aplicar el instrumento, se indagó acerca de los horarios de clases de los estudiantes, eligiendo los períodos que tenían mayor número de alumnos.

Posteriormente, dialogamos con los docentes que dictaban docencia en ese curso ese día, explicándoles de qué se trataba el proceso y entregando la carta de presentación, aunque ya el Director de cada Escuela les había informado preliminarmente del estudio en una sesión del Consejo académico.

El día de la aplicación, asistieron tres encuestadores a cada aula, en tanto que el encargado del grupo inició con una presentación general, para posteriormente dar las instrucciones generales para contestar el cuestionario y responder las consultas que pudieron haber aparecido en ese instante.

Al terminar la realización del cuestionario, se procedió a aplicar el test de IMC, luego se registraron los datos obtenidos en él y se guardaron los resultados en un sobre cerrado con la intención de asegurar el anonimato.

### **1.9. Procesamientos de los datos.**

Para llevar a cabo el procesamiento de los datos se entrenó a cuatro estudiantes ya seleccionados en la aplicación del cuestionario de Pedagogía en Educación Física, los cuales trabajaron inicialmente con el autor del estudio y a la vez, fueron supervisados por éste último durante todo el proceso de codificación y digitalización de los antecedentes.

Todos los cuestionarios se organizaron y codificaron por:

- Universidad.
- Carrera.
- Curso.
- Género.

Del mismo modo, se preparó la planilla en el sistema estadístico SPSS, versión 11.0 y 15.0 para el análisis multivariado y seguidamente se traspasaron los datos, realizándose el análisis univariado, bivariado y multivariado (árboles de clasificación).

### 1.10. Temporalización de la investigación.

El desarrollo del estudio práctico se verificó en el siguiente orden y proceso que se expone a continuación. Es importante destacar que en Chile se está en periodo de vacaciones durante dos semanas en el mes de agosto, las dos primeras semanas de septiembre y de diciembre a febrero, con lo cual los tiempos considerados para el proceso debieron adecuarse en función de estas singularidades.

<b>FASE DE PREPARACIÓN</b>	
<b>FECHA</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
Marzo 2004 - Enero 2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Revisión bibliográfica y documental.</li> <li>▪ Comunicación con expertos nacionales e internacionales.</li> <li>▪ Redacción del proyecto de investigación.</li> </ul>
Marzo - Abril 2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Selección de los instrumentos: IMC.</li> <li>▪ Elaboración del cuestionario.</li> <li>▪ Conformación del equipo de trabajo y primera capacitación.</li> </ul>
Mayo - Junio 2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Validación del cuestionario.</li> <li>▪ Consulta a juicio de expertos.</li> <li>▪ Corrección del cuestionario.</li> <li>▪ Segunda capacitación al equipo de trabajo.</li> </ul>
Junio - Julio 2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aplicación del plan piloto.</li> <li>▪ Evaluación de la aplicación del plan piloto.</li> <li>▪ Determinación de la muestra.</li> </ul>

Septiembre 2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gestión de acceso al campus.</li> <li>▪ Confección de carta de presentación.</li> <li>▪ Entrevista con Directores de Escuela.</li> <li>▪ Entrevista con Docentes.</li> <li>▪ Selección de horarios.</li> <li>▪ Tercera capacitación al equipo de trabajo.</li> </ul>
<b>FASE DE APLICACIÓN</b>	
Octubre - Noviembre - Diciembre 2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Primera aplicación del cuestionario en la Universidad Católica Silva Henríquez.</li> </ul>
Diciembre - Enero 2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Digitación de datos en el programa SPSS.</li> </ul>
Febrero 2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Análisis preliminares.</li> </ul>
Marzo - Abril - Mayo 2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Segunda y última aplicación del cuestionario en la Universidad Católica Silva Henríquez.</li> <li>▪ Digitación de datos en el programa SPSS.</li> </ul>
Junio - Julio 2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Primera aplicación del cuestionario en la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación.</li> </ul>
Agosto - Septiembre 2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Digitación de datos en el programa SPSS.</li> </ul>
Octubre - Noviembre 2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Segunda y última aplicación del cuestionario en la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación.</li> </ul>
Diciembre 2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Procesamiento y digitación final de los datos.</li> </ul>
Enero - Febrero 2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tratamiento estadístico.</li> <li>▪ Obtención de resultados.</li> <li>▪ Análisis de resultados y conclusiones.</li> </ul>
Marzo 2007 - Marzo 2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Redacción final de la fundamentación teórica y del estudio práctico.</li> </ul>

### 1.11. Tratamiento estadístico.

Para el procesamiento de los datos se realizó, como se señalara anteriormente, un análisis univariado, bivariado y multivariado. El análisis univariado permitió caracterizar la muestra, estableciendo una tabla de frecuencias de las preguntas del cuestionario. Seguidamente, se desarrolló un análisis bivariado, utilizando tablas de contingencia de las variables, las cuales han permitido describir, asociar y relacionar las variables del estudio. Por último, el análisis multivariado es el de árboles de clasificación (*tree classify*). Este análisis permite cruzar, mediante tablas de contingencia, cada variable dependiente con el conjunto de variables independientes o predictoras, utilizando la técnica de CHAID (detección automática de interacción mediante Chi-cuadrado) y facilitando la clasificación de los sujetos de acuerdo a variables de segmentación.

#### 1.11.1. Análisis univariado por eje temático.

<b>DISTRIBUCIÓN DE CASOS</b>	
Eje temático N° 1: Perfil de los encuestados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Carrera que estudia.</li> <li>▪ Año de estudio desde que ingresó a la universidad.</li> <li>▪ Edad.</li> <li>▪ Estado nutricional.</li> <li>▪ Género.</li> </ul>
Eje temático N° 2: Caracterización socioeconómica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comuna donde reside.</li> <li>▪ Establecimiento educacional del proviene.</li> <li>▪ Con quién vive.</li> <li>▪ Procedencia del estudiante.</li> <li>▪ Madre y padre.</li> <li>▪ Actividad de la madre y del padre.</li> <li>▪ Nivel de estudios del padre y de la madre.</li> <li>▪ Ocupación de la madre y del padre.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nivel socioeconómico.</li> <li>▪ Nivel de ingreso económico familiar.</li> </ul>
<p>Eje temático N° 3: Actividad física y deporte.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Frecuencia de actividad física o práctica de algún deporte.</li> <li>▪ Frecuencia semanal en el último mes de actividad física o práctica de algún deporte.</li> <li>▪ Frecuencia de participación en clases o cursos electivos deportivos.</li> <li>▪ Acciones que realiza la universidad y escuela o carrera, para fomentar la actividad física o práctica de algún deporte en la institución (4 acciones propuestas, ver anexo, cuestionario).</li> </ul>
<p>Eje temático N° 4: Consumo de tabaco, alcohol y drogas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Respecto del consumo de tabaco: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si consume tabaco.</li> <li>- Frecuencia diaria de consumo de cigarrillos.</li> <li>- Edad de inicio en el consumo.</li> <li>- Frecuencia de días de consumo de cigarrillos en el último mes.</li> <li>- Razones por las que consume tabaco.</li> <li>- Acciones que realizaría para disminuir el consumo en la universidad (4 acciones propuestas, ver anexo, cuestionario).</li> </ul> </li> <li>▪ Respecto del consumo de alcohol: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si consume alcohol.</li> <li>- Frecuencia de consumo de alcohol.</li> <li>- Razones por las que consume alcohol.</li> <li>- Edad de inicio del consumo de alcohol.</li> <li>- Distribución de casos de bebedores normales, sin riesgo y en riesgo (Test de EBBA).</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acciones que realizaría para disminuir el consumo de alcohol en la universidad (4 propuestas, ver anexo, cuestionario).</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Respecto del consumo de drogas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si consume de drogas actualmente.</li> <li>- Si ha consumido drogas alguna vez.</li> <li>- Frecuencia de consumo de drogas.</li> <li>- Tipo de drogas que consume.</li> <li>- Edad de inicio del consumo de drogas.</li> <li>- Razones por las que consume drogas (4 propuestas, ver anexo, cuestionario).</li> </ul> </li> </ul>
<p>Eje temático N° 5: Promoción y prevención de los factores de riesgo de la salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si considera que la universidad en la que estudia promueve la práctica de la actividad y el deporte además de las clases de Educación física, cursos electivos deportivos y selecciones deportivas.</li> <li>▪ Si considera que la carrera en la que estudia promueve la práctica de la actividad y el deporte además de las clases de Educación física, cursos electivos deportivos y selecciones deportivas.</li> <li>▪ Si está informado de actividades en la respectiva universidad, orientadas a promover la prevención o disminución del sedentarismo, obesidad, consumo de tabaco, alcohol y drogas tales como charlas y actividades deportivas.</li> <li>▪ Si está informado de actividades en la respectiva escuela, orientadas a promover la prevención o disminución del sedentarismo, obesidad, consumo de tabaco, alcohol y drogas tales como charlas y actividades deportivas.</li> <li>▪ Si considera necesario que un profesor deba estar</li> </ul>

	<p>preparado y deba participar en actividades para enfrentar la problemática actual, referida al sedentarismo, obesidad, consumo de tabaco, consumo de alcohol y drogas.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Si ha participado de actividades referidas a esta problemática actual propuestas por la respectiva universidad.</li><li>▪ Si ha participado de actividades referidas a esta problemática actual propuestas por la escuela, carrera o facultad.</li><li>▪ Si participaría en un equipo de trabajo en la respectiva universidad y/o escuela que colabore en la prevención y disminución de los factores de riesgo de la salud como el sedentarismo, obesidad, consumo de tabaco, consumo de alcohol y drogas.</li></ul>
--	--

### 1.11.2. Análisis bivariado por carrera.

PREGUNTA.	EJE TEMÁTICO Nº 1: PERFIL DE LOS ENCUESTADOS.					
Tipo de programa de pedagogía Pregunta 1 (P1).	P3 (IMC)	P4	P6	P19	P21	P22
	P23	P24	P25	P27	P28	P29
	P30	P31	P32	P34	P35	P36
	P37	P38	P39	P41	P42	P43
	P44	P45	P47	P48	P49	P50
Género Pregunta 4 (P 4).	P3 (IMC)	P6	P19	P22	P23	P24
	P25	P28	P29	P30	P31	P33
	P34	P35	P36	P37	P38	P39
	P41	P42	P43	P44	P45	P46
	P47	P48	P49	P50		

En relación a los factores de riesgo del estudio, se realizó además un análisis bivariado por programa de pedagogía y en primer lugar, del estado nutricional de acuerdo a cada categoría (delgado, normal, sobrepeso, obeso), con el objetivo de identificar cual es la categoría predominante en cada programa de pedagogía.

En este mismo sentido, se realizó el mismo análisis de solo aquellos estudiantes que consumen tabaco alcohol y drogas, con el objeto de identificar cual es el programa de mayor consumo.

### 1.11.3. Análisis multivariado (árboles de clasificación).

<b>VARIABLES INDEPENDIENTES O PREDICTORAS</b>	<b>VARIABLE DEPENDIENTE</b>	<b>ANÁLISIS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nivel socioeconómico.</li> <li>▪ Tipo de carrera pedagógica.</li> <li>▪ Edad.</li> <li>▪ Género.</li> <li>▪ Procedencia educacional.</li> <li>▪ Curso o nivel.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estado nutricional.</li> <li>▪ Frecuencia de actividad física o práctica de algún deporte.</li> <li>▪ Consumo de alcohol.</li> <li>▪ Consumo de tabaco.</li> <li>▪ Consumo de drogas.</li> <li>▪ Acciones para disminuir el consumo de tabaco, alcohol y drogas en la universidad.</li> <li>▪ Acciones para el fomento de la actividad física o práctica de algún deporte.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Análisis múltiple de factores a través de Chi-cuadrado, lo que permite obtener una clasificación multivariada que facilita la lectura acerca de cómo las variables dependientes se relacionan con los distintos factores de riesgo.</li> </ul>

#### **1.11.4. Resultados del análisis univariado por eje temático.**

Los resultados derivados de la investigación y de los productos de los instrumentos de recolección de la información utilizados en el estudio se presentan de acuerdo con el tratamiento estadístico propuesto.

Tal cual como se señalara anteriormente, se realizó un análisis univariado que permitió establecer un perfil de los sujetos de la muestra. Así mismo, un análisis bivariado que ofreció la posibilidad de describir y comparar a los estudiantes de los programas de Pedagogía respecto de los factores de riesgo de la salud y comparar las posibles diferencias por género; en tanto que el análisis multivariado buscó determinar las asociaciones significativas entre variables independientes o predictoras con las variables dependientes. Todos estos antecedentes se acompañan de las tablas, gráficos y diagramas correspondientes, que permite una mayor claridad expositiva.

Es importante señalar que se exponen aquellos resultados que consideramos significativos para este apartado; mientras que los resultados no expuestos se presentan en la sección de anexos para quienes quieran consultarlos.

Por último, con la intención de procurar una mejor interpretación en la presentación de los resultados, hicimos la discusión de éstos, teniendo como referencia los datos de organismos nacionales como la Corporación Nacional de Control de Estupefacientes, CONACE; el Instituto Nacional de Estadísticas, INE; el Ministerio de Salud, MINSAL; y el Observatorio Nacional de Consumo de drogas, entre otras.

#### **1.11.4.1. Resultados del análisis univariado del eje temático N° 1: Perfil de los encuestados.**

En relación con este punto queremos manifestar que el cuestionario fue aplicado a una población de estudiantes de Pedagogía de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación (UMCE) y de la Universidad Católica Silva Henríquez (USCH), ambas instituciones insertas en la ciudad de Santiago de Chile.

Así mismo, consignamos los siguientes antecedentes:

- La población encuestada correspondió a 1.302 estudiantes, pertenecientes a las carreras de Pedagogía en Educación Básica, Pedagogía en Educación Física, Pedagogía en Castellano, Pedagogía en Historia y Geografía y Pedagogía en Matemáticas, de ambas universidades consideradas para el estudio.
- En su mayoría, los estudiantes de Pedagogía encuestados pertenecían a la UCSH, contándose 715 casos del total de 1.302, lo que equivale al 54,9% de la muestra; en tanto que los restantes 587 estudiantes pertenecían a la UMCE, con un equivalente de 45,1% del total de la muestra.

El análisis nos permitió realizar una caracterización de la muestra a través de una tabla de frecuencia de las preguntas del cuestionario. A continuación presentamos los resultados de este análisis.

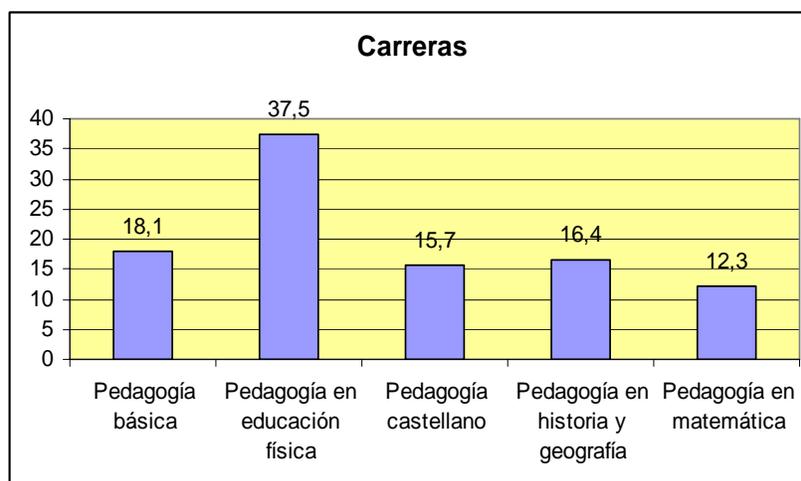
##### **a) Respecto de la identificación de los sujetos.**

Corresponde a las preguntas del cuestionario que se agrupan de la P1 a la P4. La Tabla n° 3, se refiere al programa de Pedagogía al que pertenecen los estudiantes encuestados. Así, de un total de 1.302 estudiantes de diversos programas de

Pedagogía, el porcentaje mayor de los casos pertenece a la carrera de Pedagogía en Educación física, con un 37,5%, equivalente a 488 casos; le sigue la carrera de Pedagogía en Educación básica, que concentra el 18,1%, equivalente a 236 casos; Pedagogía en Historia y Geografía con un 16,4% correspondiente a 213 casos; Pedagogía en Castellano que concentra el 15,7%, correspondiente a 205 casos; y por último, la carrera de Pedagogía en Matemáticas con 12,3% equivalente a 160 casos.

CARRERA	Fr.	%
Pedagogía en Educación Básica	236	18,1
Pedagogía en Educación Física	488	37,5
Pedagogía Castellano	205	15,7
Pedagogía Historia y Geografía	213	16,4
Pedagogía en Matemáticas	160	12,3
Total	1.302	100,0

**Gráfico Nº 1: Pertenencia de los estudiantes encuestados por programa de Pedagogía.**



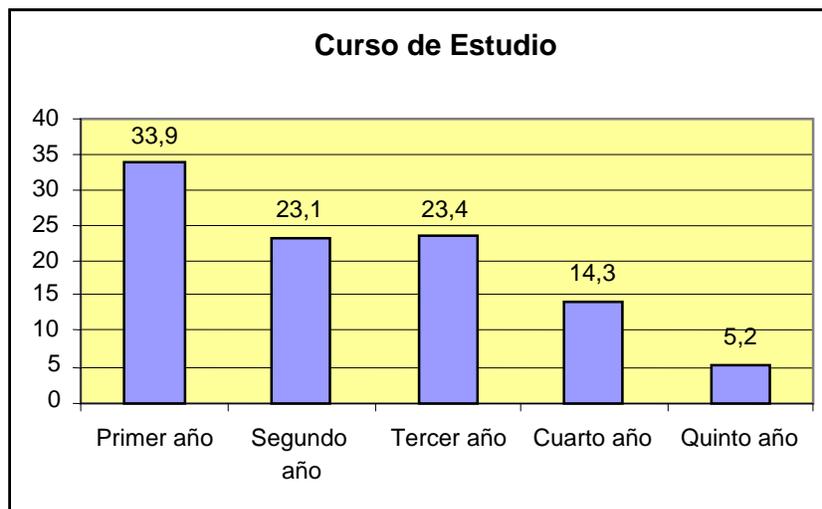
**b) Distribución de los casos según el curso en el que se encuentran los estudiantes desde que ingresaron a la universidad.**

Se observa en la Tabla nº 4 que del total de 1.302 encuestados, el porcentaje mayor correspondiente a 33,9%, que se encuentra cursando primer año de la carrera (442 casos); cifra seguida por 23,1% de los encuestados, quienes se encuentran cursando el segundo año de la carrera; y por último, un 23,4% de los encuestados, que cursa el tercer año de su carrera.

Los porcentajes menores se encuentran entre quienes están cursando el cuarto año de su carrera, equivalente al 14,3% del total; y los estudiantes de quinto año de la carrera, que corresponden 5,2%.

<b>Tabla Nº 4: Distribución de los casos según el curso en el que se encuentran los estudiantes desde que ingresaron a la universidad.</b>		
<b>CURSO DE ESTUDIO</b>	Fr.	%
Primer año	442	33,9
Segundo año	301	23,1
Tercer año	305	23,4
Cuarto año	186	14,3
Quinto año	68	5,2
Total	1.302	100,0

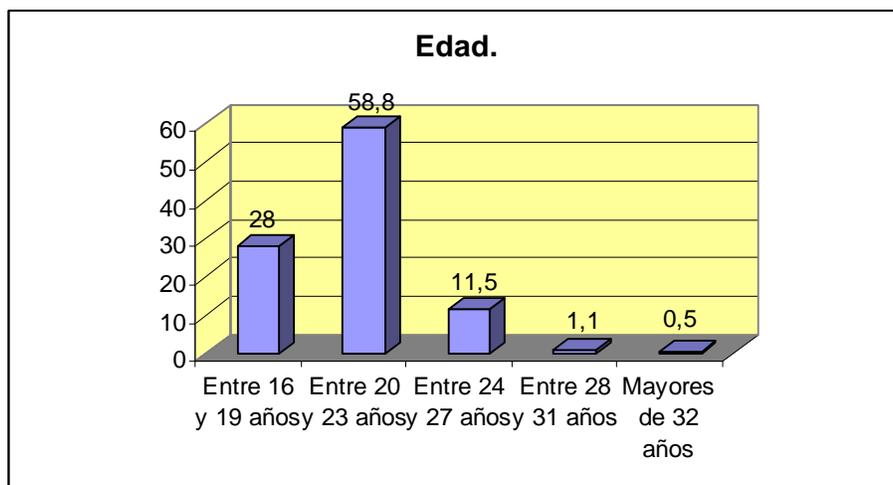
**Gráfico Nº 2: Distribución de los casos según el curso en el que se encuentran los estudiantes desde que ingresaron a la universidad.**



**c) Distribución de los casos según la edad de los sujetos de la muestra.**

En la siguiente tabla se expone en intervalos la edad de los sujetos de la muestra.

INTERVALOS DE EDAD	Fr.	%
Entre 16 y 19 años	365	28,0
Entre 20 y 23 años	766	58,8
Entre 24 y 27 años	150	11,5
Entre 28 y 31 años	14	1,1
Mayores de 32 años	7	,5
Total	1.302	100,0

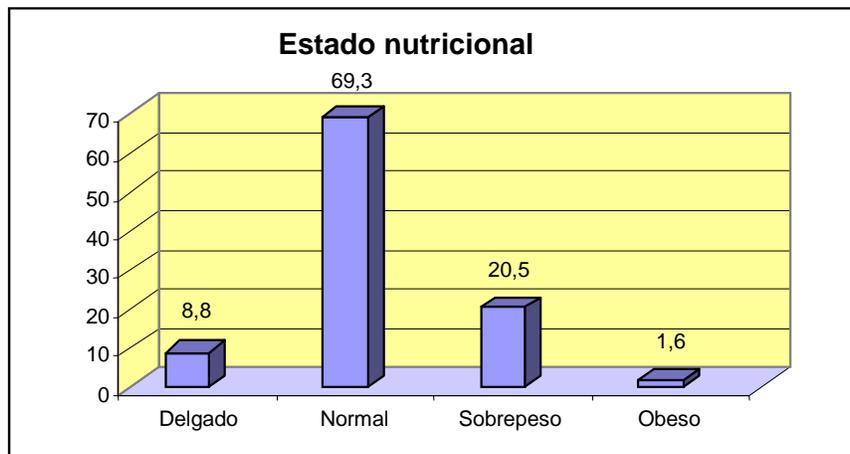
**Gráfico Nº 3: Distribución de los casos según la edad de los sujetos de la muestra.**

**d) Distribución de los casos de acuerdo con el estado nutricional de los encuestados.**

En la Tabla nº 6 se clasifica el estado nutricional de los encuestados de acuerdo al Índice de Masa Corporal (IMC). Se observa aquí que la mayoría de los estudiantes se encuentra en un 69,3%, lo que indica un estado nutricional normal; en tanto que un 8,8% corresponde a un estado nutricional de persona delgada equivalente a 115 casos; y por último, un 20,3% de los encuestados se encuentra con sobrepeso y sólo el 1,6% de los estudiantes de la muestra está en la categoría de obeso, equivalente a 21 casos.

IMC	Fr.	%
Delgado	115	8,8
Normal	902	69,3
Sobrepeso	264	20,5
Obeso	21	1,6
Total	1.302	100,0

**Gráfico N° 4: Estado nutricional de los encuestados de acuerdo al Índice de Masa Corporal (IMC).**

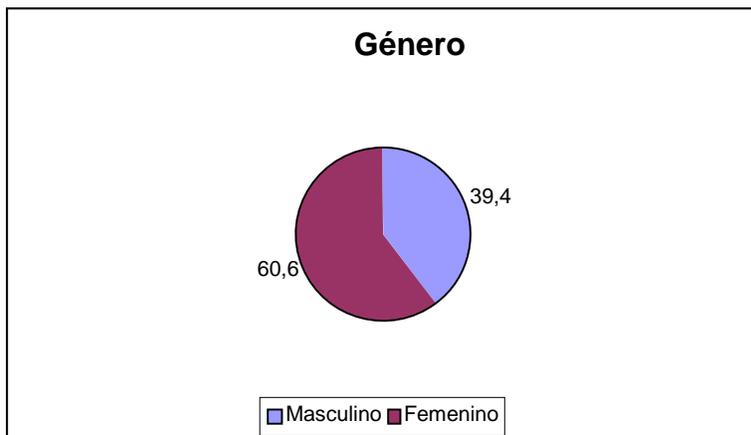


**e) Distribución de los casos según el género de los encuestados.**

Como señala la Tabla n° 7, la muestra de estudio se compone en su mayoría por mujeres, con un 789 casos, lo que corresponde al 60,6% del total de estudiantes encuestados; en tanto que los hombres alcanzan a 513, lo que equivale al 39,4% del total de la muestra.

<b>GÉNERO</b>	Fr.	%
Masculino	513	39,4
Femenino	789	60,6
Total	1.302	100,0

**Gráfico N° 5: Distribución de los casos según el género de los encuestados.**



#### **1.11.4.2 Resultados del análisis univariado del eje temático N° 2: Caracterización socioeconómica.**

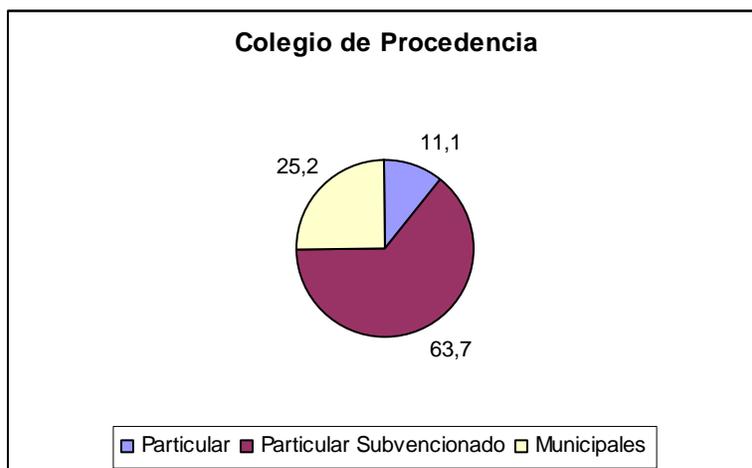
##### **a) Respecto del carácter del colegio de donde provienen los estudiantes antes de ingresar a la universidad.**

La Tabla n° 8 nos enseña que la mayoría de los encuestados proviene de colegios de carácter particular subvencionado, alcanzando un porcentaje que equivale al 63,7%, lo que corresponde a 827 casos. De los casos faltantes, el 25,2% proviene de colegios municipales; mientras que el 11,1% restante proviene de colegios particulares.

La distribución de la población según el carácter del colegio del que provienen los estudiantes antes de entrar en la universidad se presenta de la siguiente manera:

<b>Tabla N° 8: Distribución de la población según el carácter del colegio del que provienen los estudiantes antes de entrar en la universidad.</b>		
<b>COLEGIO DE PROCEDENCIA</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
Particular	144	11,1
Particular subvencionado	830	63,7
Municipales	328	25,2
Total	1.302	100,0

**Gráfico N° 6: Distribución de la población según el carácter del colegio del que provienen los estudiantes antes de entrar en la universidad.**

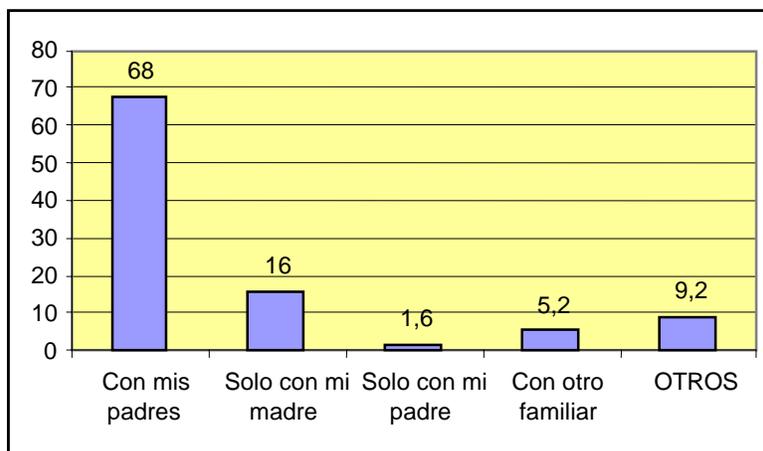


**b) Distribución de los casos según con las personas con quienes viven los estudiantes.**

La P7 del cuestionario que se presenta en la Tabla nº 9, procura establecer con quiénes viven nuestros encuestados. En este sentido, los resultados aportan que el 68% de los encuestados vive con sus padres (885 casos), en tanto que un 16% de ellos vive sólo con su madre y el 1,6% sólo vive con el padre. Apenas el 5,2% vive de los encuestados vive con otro familiar.

<b>Tabla N° 9: Distribución de los casos según las personas con quienes viven los estudiantes.</b>		
<b>VIVEN CON</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
Con los padres	885	68,0
Sólo con la madre	208	16,0
Sólo con el padre	21	1,6
Con otro familiar	68	5,2
OTROS	120	9,2
Total	1.302	100,0

**Gráfico N° 7: Distribución de los casos según las personas con quienes viven los estudiantes.**

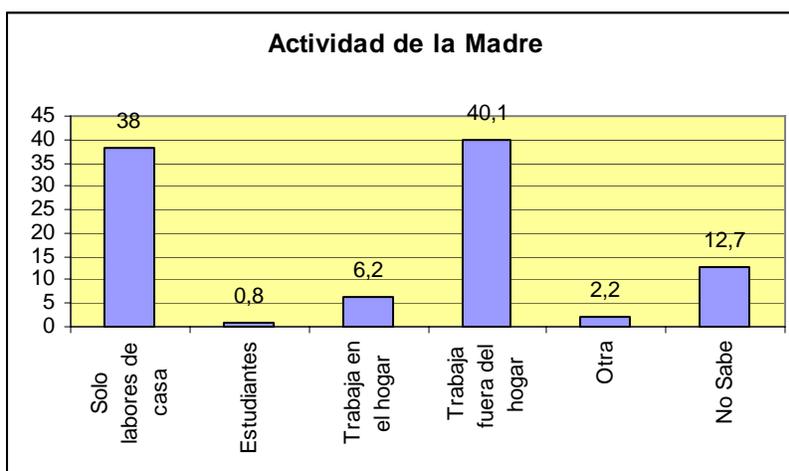


**c) Distribución de los casos según actividad que realiza la madre.**

La Tabla n° 10 nos muestra la distribución de los casos según la actividad de la madre. Al respecto, el estudio arrojó que el porcentaje mayor de las madres (40,1%) trabaja fuera del hogar, lo que corresponde a 522 casos; mientras que el 38% equivalente a 495 casos realiza sólo labores de casa; el 6,2% correspondiente a 81 casos trabaja en el hogar; y sólo el 8% de ellas estudia.

<b>ACTIVIDAD DE LA MADRE</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
Sólo labores de casa	495	38,0
Estudiante	10	,8
Trabaja en el hogar	81	6,2
Trabaja fuera del hogar	522	40,1
Otra	29	2,2
No Sabe	165	12,7
Total	1.302	100,0

**Gráfico N° 8: Distribución de los casos según la actividad que realiza la madre.**



**d) Distribución de los casos según la actividad que realiza el padre.**

La Tabla n° 11 nos muestra que un 58,5% de los padres, equivalente a 762 casos, trabaja fuera del hogar; en tanto que el 4,7% realiza sólo labores de casa; un 4% de ellos trabaja en el hogar; y sólo el 2,2% estudia.

Se observa que el 27,2% de los encuestados, correspondiente a 354 casos, no sabe qué actividad realiza el padre.

<b>ACTIVIDAD DEL PADRE</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
Sólo labores de casa	61	4,7
Estudiante	29	2,2
Trabaja en el hogar	52	4,0
Trabaja fuera del hogar	762	58,5
Otra	44	3,4
No sabe	354	27,2
Total	1.302	100,0

**e) Distribución de los casos según el nivel de estudios del padre.**

La Tabla nº 12 nos muestra la distribución de los casos según el nivel de estudio que posea el padre e indica que el porcentaje mayor, (17,1%) corresponde a padres con Enseñanza media científico humanista, seguido del 23,8% de padres que poseen Enseñanza media politécnica; el 13,4%, con Enseñanza básica; el 16,6%, con Enseñanza superior técnico profesional y 19,1% corresponde a padres con Enseñanza superior universitaria.

<b>NIVEL DE ESTUDIOS DEL PADRE</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
Enseñanza básica	174	13,4
Enseñanza media científico humanista	353	27,1
Enseñanza media politécnico	310	23,8
Enseñanza superior técnico-profesional	216	16,6
Enseñanza superior universitaria	249	19,1
Total	1.302	100,0

**f) Distribución de los casos según el nivel de estudios de la madre.**

La Tabla nº 13 nos muestra la distribución de los casos según el nivel de estudios de la madre resultando que el 38,3% de las madres posee Enseñanza media científico humanista; el 13,9% tiene Enseñanza media politécnica; el 15% nivel de Enseñanza básica, el 17,5% Enseñanza superior técnico profesional y el 15,3%, Enseñanza superior universitaria.

<b>NIVEL DE ESTUDIOS DE LA MADRE</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
Enseñanza básica	195	15,0
Enseñanza media científico humanista	499	38,3
Enseñanza media politécnica	181	13,9
Enseñanza superior técnico profesional	228	17,5
Enseñanza superior universitaria	199	15,3
Total	1.302	100,0

**g) Distribución de los casos según la ocupación de la madre.**

La Tabla nº 14 nos muestra la distribución de los casos según la ocupación de la madre resultando que de un total de 1.302, el porcentaje mayor, es decir, el 48,3% señala que la ocupación de la madre es ama de casa; el 10% indica es profesional universitaria; el 8,6% responde que es empleada intermedio- oficinista, el 6,2% que es empleada pública; el 5,8% indica que es vendedora; el 5,5% técnico profesional; el 5,4% comerciante; el 3,8% obrera operaria; el 2,7% es jubilada y 2,2% está cesante. Sólo el 1,4% indica que la madre es gerente, empresaria o ejecutiva.

<b>Tabla N° 14: Distribución de los casos según la ocupación de la madre.</b>		
<b>OCUPACIÓN DE LA MADRE</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
Gerente-ejecutiva-empresaria	18	1,4
Profesional universitaria	130	10,0
Profesional técnico	72	5,5
Vendedor	76	5,8
Empleada pública	81	6,2
Comerciante	70	5,4
Empleada intermedia-oficinista	112	8,6
Obrera-operaria	50	3,8
Cesante	29	2,2
Jubilada-montepiada-pensionada	35	2,7
Dueña de casa	629	48,3
Total	1.302	100,0

#### **h) Distribución de los casos según la ocupación del padre.**

Los resultados en la tabla siguiente nos muestran la distribución de los casos según la ocupación del padre.

El porcentaje mayor correspondiente a un 16,5%, que responde que la ocupación del padre es empleado público; el 22,4% jubilado-montepiado-pensionado; el 13,7% comerciante; el 12,5% empleado intermedio-oficinista; el 12,1% corresponde a padres con ocupación profesional universitaria; el 7,8% corresponde a padres con ocupación técnico profesional; el 5,5% se inserta en la categoría de gerente-ejecutivo-empresario; el 4,9% son vendedores; el 3,1% de casos con padre cesante; y por último, el 1,4% de los padres pertenece a las Fuerzas Armadas o a Carabineros.

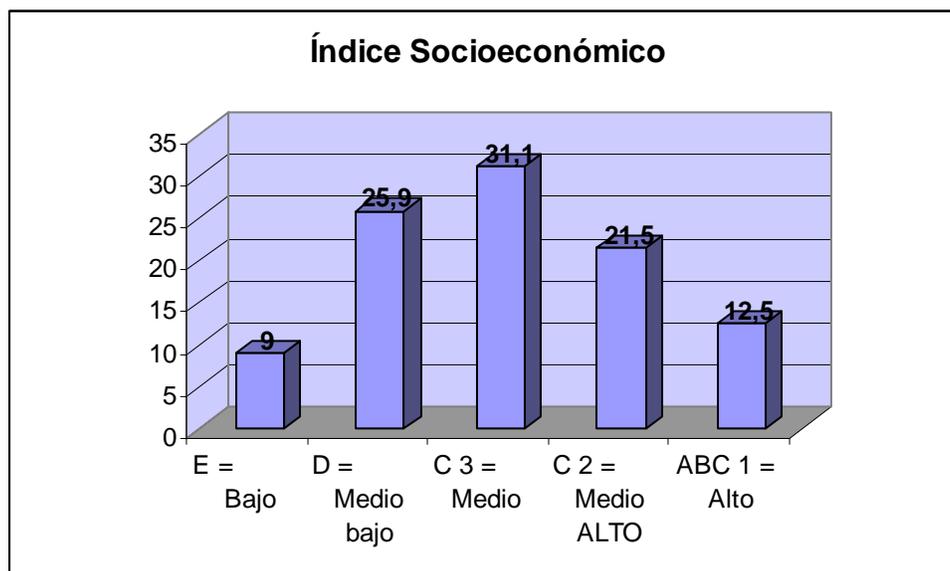
<b>Tabla N° 15: Distribución de los casos según la ocupación del padre.</b>		
<b>OCUPACIÓN DEL PADRE</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
Gerente-ejecutivo-empresario	72	5,5
Profesional universitario	157	12,1
Profesional técnico profesional	101	7,8
Vendedor	64	4,9
Empleado público	215	16,5
Comerciante	179	13,7
Empleado intermedio-oficinista	163	12,5
Jubilado-montepiado-pensionado	291	22,4
Cesante	41	3,1
Oficial FFAA y Carabineros	3	0,2
Suboficial FFAA y Carabineros	16	1,2
Total	1.302	100,0

**i) Distribución de los casos según el índice socioeconómico.**

Del total de 1.302 casos que respondieron a las preguntas del eje temático N° 2: Caracterización socioeconómica, la Tabla N° 16 consigna que un 31,1% equivalente a 405 casos, pertenece a un nivel socioeconómico C3 (medio); mientras que un 25,9% del total equivalente a 337 casos, pertenece a un nivel socioeconómico D (medio bajo). El nivel socioeconómico C2 (medio alto) agrupa 280 casos correspondientes a un 21,5%; en tanto que el nivel socioeconómico ABC1 (alto) corresponde a un 12,5%; y un 9,0% corresponde al nivel socioeconómico bajo.

<b>Tabla Nº 16: Distribución de los casos según el índice socioeconómico.</b>		
<b>ÍNDICE SOCIOECONÓMICO</b>	Fr.	%
E = Bajo	117	9,0
D = Medio bajo	337	25,9
C3 = Medio	405	31,1
C2 = Medio alto	280	21,5
ABC 1 = Alto	163	12,5
Total	1.302	100,0

**Gráfico Nº 9: Distribución de los casos según el índice socioeconómico.**



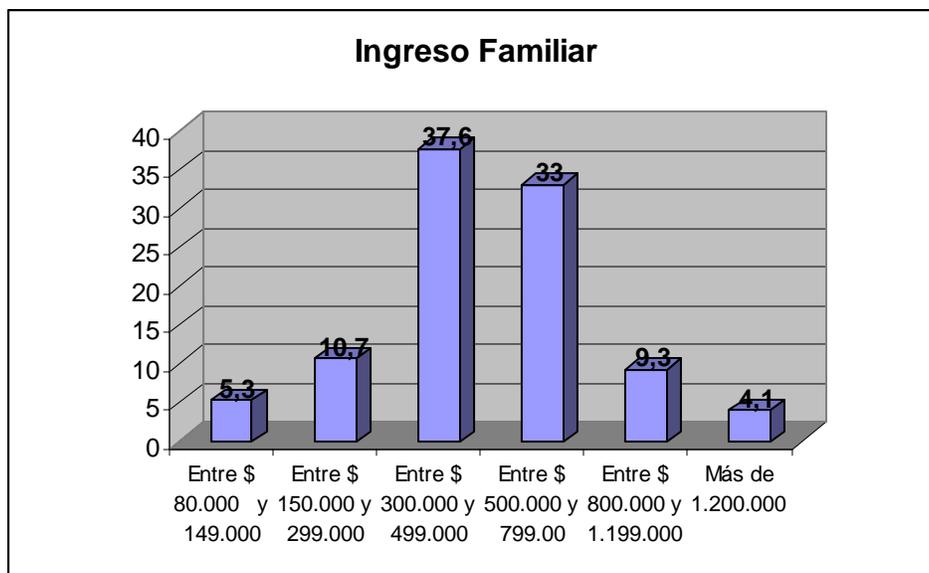
**j) Distribución de los casos según el ingreso familiar mensual.**

Del total de 1.302 casos que respondieron la P16 del cuestionario correspondiente al ingreso familiar mensual, podemos señalar que una gran cantidad de sujetos encuestados percibe un ingreso familiar mensual de entre \$300.000 y \$499.000, que representa el 37,6% (405 casos); en tanto que el ingreso comprendido entre \$150.000 y \$299.000 concentra un 10,7% del total, con 139 casos; y el ingreso

mensual entre \$500.000 y \$800.000 agrupa un 33,0%, con 430 casos. Las otras respuestas se distribuyen entre los ingresos mensuales comprendidos entre \$800.000 y 1.199.000, lo que corresponde a un 9,3% (121 casos), y más de \$1.200.000, correspondiente a un 4,1% (53 casos).

<b>Tabla N° 17: Distribución de los casos según el ingreso familiar mensual.</b>		
<b>INGRESO FAMILIAR</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
Entre \$80.000 y \$149.000	69	5,3
Entre \$150.000 y \$299.000	139	10,7
Entre \$300.000 y \$499.000	490	37,6
Entre \$500.000 y \$799.000	430	33,0
Entre \$800.000 y \$1.199.000	121	9,3
Más de \$1.200.000	53	4,1
<b>Total</b>	<b>1.302</b>	<b>100,0</b>

**Gráfico N° 10: Distribución de los casos según el ingreso familiar mensual.**



### 1.11.4.3 Resultados del análisis univariado del eje temático N° 3: Actividad física y deporte.

Estos resultados corresponden al bloque desde la P18 a la P23 del cuestionario y se detallan seguidamente.

#### a) Distribución de los casos según actividad física o práctica de algún deporte.

Los resultados se presentan en la Tabla n° 18, mostrando que el porcentaje mayor, correspondiente a un 69,9% de los encuestados, realiza actividad física o practica algún deporte a la semana.

Sin embargo, al diferenciar la realización de actividad física o la práctica de algún deporte por número de veces a la semana, el porcentaje mayor de los encuestados, (30,2%), no realiza actividad física ni practica algún deporte. El porcentaje restante se distribuye de la siguiente manera: el 13,6% realiza actividad física sólo una vez por semana; el 15,4% realiza actividad física dos veces por semana; el 20,4% realiza actividad física tres veces por semana y por último, el 12,4% realiza actividad física o practica algún deporte más de cinco veces por semana.

<b>ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
No realiza	393	30,2
1 vez por semana	177	13,6
2 veces por semana	200	15,4
3 veces por semana	266	20,4
4 veces por semana	105	8,1
5 ó más veces por semana	161	12,4
Total	1.302	100,0

**Gráfico N° 11: Distribución de los casos según actividad física o práctica de algún deporte.**



**b) Distribución de los casos según tiempo en movimiento continuo al realizar actividad física.**

El porcentaje mayor de los estudiantes que realiza actividad física una vez por semana (43,6%) están en movimiento continuo más de 30 minutos. De igual manera, los que realizan actividad física dos veces por semana (68,5%), están en movimiento continuo durante la misma cantidad de tiempo. Los estudiantes que realizan actividad física tres veces por semana, correspondiente al 77,1%, están en movimiento continuo más de 30 minutos y también es el caso de los estudiantes que realizan actividad física cuatro veces por semana.

<b>Tabla nº 19: Distribución de los casos según tiempo en movimiento continuo al realizar actividad física.</b>							
		<b>Al realizar actividad física o practicar algún deporte se está en movimiento continuo</b>					
		Entre 0 y 10'	Entre 11 a 20'	Entre 21 a 30'	Más de 30'	No realiza	Total
Una vez por semana	Fr.	27	45	47	102	13	234
	%	11,5%	19,2%	20,1%	43,6%	5,6%	100,0%
Dos veces por semana	Fr.	6	23	30	139	5	203
	%	3,0%	11,3%	14,8%	68,5%	2,5%	100,0%
Tres veces por semana	Fr.	6	18	36	209	2	271
	%	2,2%	6,6%	13,3%	77,1%	0,7%	100,0%
Cuatro veces por semana	Fr.	7	16	34	191	1	249
	%	2,8%	6,4%	13,7%	76,7%	0,4%	100,0%
No realiza	Fr.	24	19	13	45	244	345
	%	7,0%	5,5%	3,8%	13,0%	70,7%	100,0%
Total	Fr.	70	121	160	686	265	1.302
	%	5,4%	9,3%	12,3%	52,7%	20,4%	100,0%

**c) Distribución de los casos según frecuencia semanal en que se ha realizado actividad física o práctica de algún deporte en el último mes.**

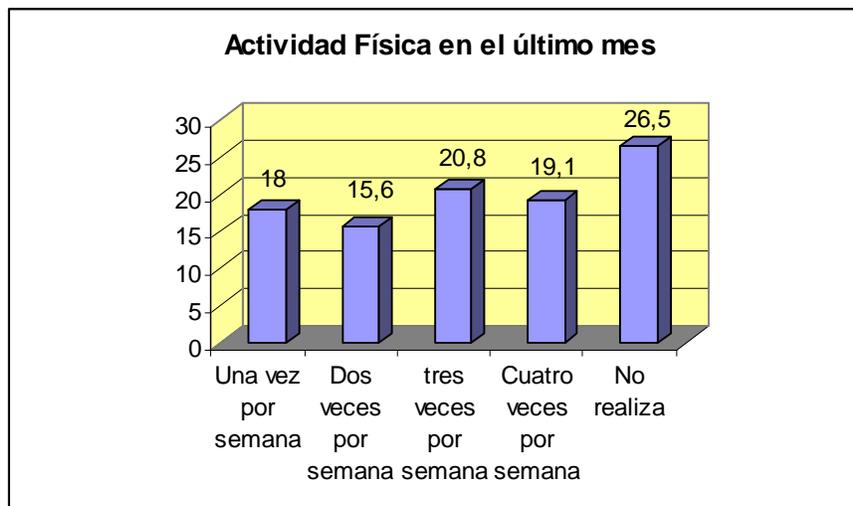
Los datos referenciados en la Tabla nº 20 señalan que el porcentaje mayor, correspondiente a un 26,5% de los encuestados, no ha realizado actividad física durante la semana. Sin embargo, se muestra mayor similitud entre aquellos que sí realizan actividad física semanal y cuyos resultados, en orden descendente, son los siguientes: un 20,8% realiza actividad física tres veces por semana; un 19,1% realiza actividad física cuatro veces por semana; un 18% realiza actividad física una vez por semana; y por último, un 15,6% realiza actividad física dos veces por semana.

Cabe destacar que sin hacer una diferenciación de cuántas veces los encuestados hacen actividad física por semana en el último mes, podemos señalar que la gran

mayoría de ellos ha realizado actividad física durante la semana en el último mes.

<b>Tabla nº 20: Distribución de los casos según frecuencia semanal en que se ha realizado actividad física o práctica de algún deporte en el último mes.</b>		
<b>ACTIVIDAD FÍSICA EN EL ÚLTIMO MES</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
Una vez por semana	234	18,0
Dos veces por semana	203	15,6
tres veces por semana	271	20,8
Cuatro veces por semana	249	19,1
No realiza	345	26,5
Total	1.302	100,0

**Gráfico Nº 12: Distribución de los casos según frecuencia semanal en que se ha realizado actividad física o práctica de algún deporte en el último mes.**



**d) Distribución de los casos según clases o cursos electivos de actividad física o deportivos y su frecuencia práctica.**

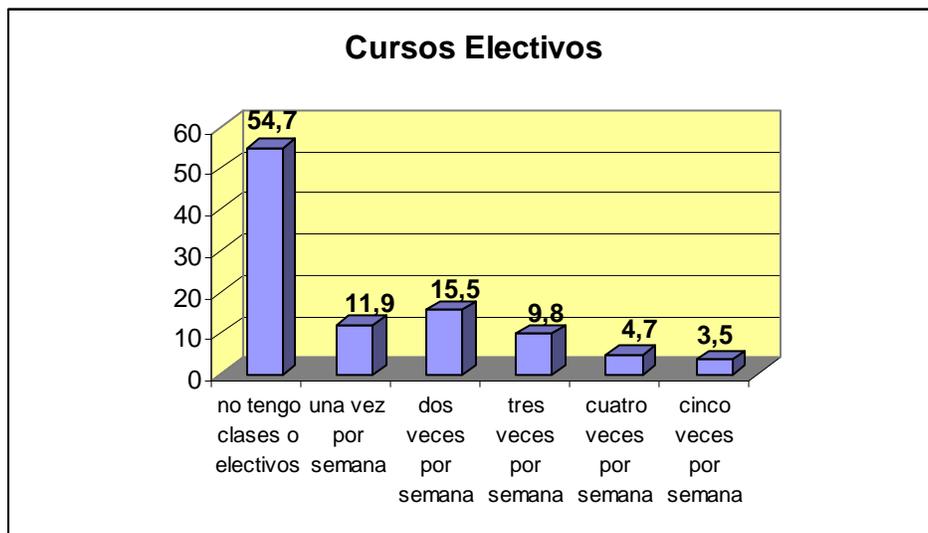
De los resultados de la Tabla nº 21, el 54,7% de los encuestados afirma no realizar algún tipo de actividad física o deporte, debido a que la universidad en la que estudian no les ofrece clases o cursos electivos de actividad físico-deportiva en su formación profesional. Esta información coincide con el número de alumnos

de Pedagogías (Básica, Castellano, Matemáticas Historia y Geografía) que respondieron la encuesta y que excluyendo a los estudiantes de Pedagogía en Educación Física, conforman un total de 814 casos. Es por ello que podemos deducir que éste es el motivo de que las respectivas universidades no se les ofrezcan clases de actividad física o deportiva, por no considerarlas necesarias para la formación profesional de estos futuros profesores. Considerando estos antecedentes, no deja de ser inquietante que los estudiantes reconozcan la falencia de que su universidad no les oferte cursos complementarios de actividad física o deportiva dentro de su formación profesional.

Por su parte, de los estudiantes que reconocen que su universidad sí les ofrece clases o actividades deportivas, un 15,5% de ellos los realiza con una frecuencia de dos veces por semana, y sólo un 9,8% realiza actividad física tres veces por semana.

<b>Tabla nº 21: Distribución de los casos según clases o cursos electivos de actividad física o deportivos y su frecuencia práctica.</b>		
<b>CURSOS ELECTIVOS</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
No tiene clases o electivos	712	54,7
Una vez por semana	155	11,9
Dos veces por semana	202	15,5
Tres veces por semana	127	9,8
Cuatro veces por semana	61	4,7
Cinco veces por semana	45	3,5
Total	1.302	100,0

**Gráfico N° 13: Distribución de los casos según clases o cursos electivos de actividad física o deportivos y su frecuencia práctica.**



**d) Distribución de los casos según las acciones que realizarían los encuestados para fomentar la actividad física y el deporte en su universidad.**

Las tablas que presentamos a continuación nos muestran la distribución de los casos en función de las acciones que realizarían los encuestados para fomentar la actividad física y/o el deporte en su respectiva universidad, aspecto que corresponde a la P23 del cuestionario utilizado, la cual mide el nivel de valoración de los estudiantes en una escala de 1 a 10, donde 1 es el elemento de menor valoración, mientras que el 10 representa la máxima valoración.

Las acciones consideradas para esta pregunta corresponden a las siguientes:

- Incluir una asignatura obligatoria con una duración de tres veces a la semana a lo largo de todos los años de estudio y en donde la aprobación de ella sólo se

verifique por asistencia (sin calificación).

- Realizar programas permanentes de actividad física orientados a la salud.
- Realizar campañas permanentes de difusión acerca de la vida saludable.
- Establecer un número de electivos deportivos durante todos los años de estudio.

Los resultados de esta pregunta se expresan en las siguientes tablas que exponemos a continuación en función de las acciones que el estudiante realizaría para fomentar la actividad física y el deporte en su universidad.

Así, respecto de la pregunta acerca de incluir una asignatura obligatoria con una duración de tres veces a la semana a lo largo de todos los años de estudio y en donde la aprobación de ella sólo se verifique por asistencia (sin calificación), el porcentaje mayor de los encuestados correspondiente a un 39,1% califica entre 9 y 10 (muy valorado) la idea de incluir esta acción para fomentar la actividad física dentro de la universidad a la que pertenecen en tanto que un 21,8% valora la idea calificándola entre 7 y 8. Los porcentajes siguientes se distribuyen de la siguiente forma: un 14,9% se muestra indiferente frente a la acción; un 9% valora poco la idea, calificándola entre 3 y 4; y un 15,2% califica la idea de incluir una asignatura obligatoria entre 1 y 2 (nada valorado).

<b>Tabla Nº 22: Incluir una asignatura obligatoria con una duración de tres veces a la semana a lo largo de todos los años de estudio y en donde la aprobación de ella sólo se verifique por asistencia (sin calificación).</b>		
<b>NIVEL DE VALORACIÓN</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
1 - 2 Nada valorado	198	15,2
3 - 4 Poco valorado	117	9,0
5 - 6 Medianamente valorado	194	14,9
7 - 8 Valorado	284	21,8
9 - 10 Muy valorado	509	39,1
Total	1.302	100,0

Por otra parte, respecto de la acción de realizar programas permanentes de actividad física orientada a la salud, los datos señalan que el porcentaje mayor de los encuestados correspondiente a un 47,5% de ellos califica la iniciativa entre 9 y 10 (muy valorado).

La acción de realizar programas permanentes de actividad física orientada a la salud arroja que un 25,7% de los encuestados valora la idea calificándola entre 7 y 8; en tanto que un 16% se muestra indiferente; un 5,5% valora poco la idea calificándola entre 3 y 4; y un 5,4% la califica entre 1 y 2, es decir, como nada valorado.

<b>NIVEL DE VALORACIÓN</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
1 - 2 Nada valorado	70	5,4
3 - 4 Poco valorado	72	5,5
5 - 6 Medianamente valorado	208	16,0
7 - 8 Valorado	334	25,7
9 - 10 Muy valorado	618	47,5
Total	1.302	100,0

En relación con la acción de realizar campañas permanentes de difusión acerca de la vida saludable, los datos aportados señalan que el porcentaje mayor de los encuestados correspondiente a un 37,6% la califica entre 9 y 10 (muy valorado); mientras que un 25,7% valora la idea calificándola entre 7 y 8; un 27% se muestra indiferente; y un 9,8% valora poco la idea, calificándola entre 3 y 4. En este caso particular no se obtienen calificaciones entre 1 y 2.

<b>Tabla Nº 24: Realizar campañas permanentes de difusión acerca de la vida saludable.</b>		
<b>NIVEL DE VALORACIÓN</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
3 - 4 Poco valorado	128	9,8
5 - 6 Medianamente valorado	351	27,0
7 - 8 Valorado	334	25,7
9 - 10 Muy valorado	489	37,6
Total	1.302	100,0

Por último, respecto de la acción de establecer un número de electivos deportivos durante todos los años de estudio, la mayoría de los encuestados correspondiente a un 66,6% califica la acción entre 9 y 10 (muy valorado), con lo cual esta acción se convierte en una de las más valoradas en comparación con las anteriormente mencionadas.

El resto de las preferencias se distribuyen de la siguiente forma: un 11,8% valora la idea calificándola entre 7 y 8; un 10,1% se muestra indiferente; un 4,9% valora poco la idea calificándola entre 3 y 4; y un 6,7% la califica entre 1 y 2 (nada valorado).

<b>Tabla Nº 25: Establecer un número de electivos deportivos durante todos los años de estudio.</b>		
<b>NIVEL DE VALORACIÓN</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
1 - 2 Nada valorado	87	6,7
3 - 4 Poco valorado	64	4,9
5 - 6 Medianamente valorado	131	10,1
7 - 8 Valorado	153	11,8
9 - 10 Muy valorado	867	66,6
Total	1.302	100,0

#### 1.11.4.4. Resultados del análisis univariado del eje temático N° 4: Consumo de tabaco, alcohol y drogas.

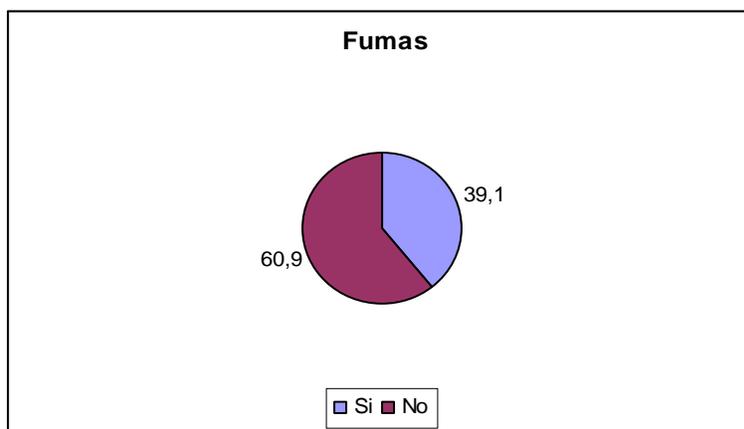
Los resultados del análisis univariado del eje temático N° 4 referido al consumo de tabaco, alcohol y drogas se detallan a continuación.

##### a) Distribución de los casos según si el encuestado fuma.

En la Tabla n° 26 podemos observar que, en su mayoría, la población encuestada no es consumidora de tabaco, ya que del total de 1.302 estudiantes el 60,9% de ellos señala no consumir tabaco, en tanto que el restante 39,1% afirma ser consumidor de tabaco.

Tabla N° 26: Distribución de los casos según si el encuestado fuma.		
FUMA	Fr.	%
Sí	509	39,1
No	793	60,9
Total	1.302	100,0

Gráfico N° 14: Distribución de los casos según si el encuestado fuma.

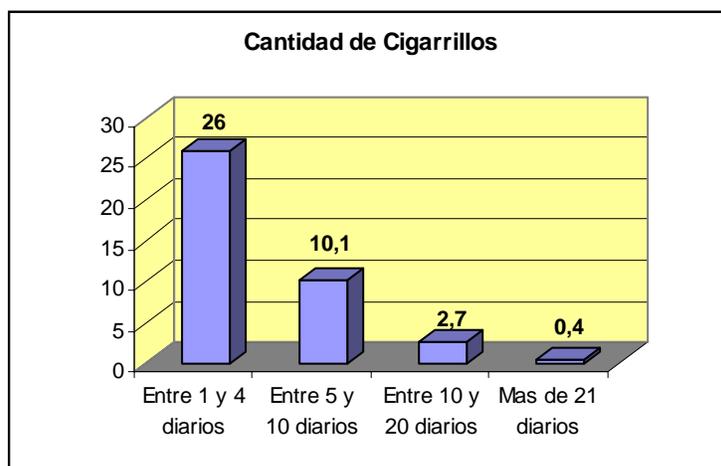


**b) Distribución de los casos según cantidad de cigarrillos fumados diariamente.**

Al consultárseles a los encuestados que declaran ser fumadores (39,1%) por el número de cigarrillos que consumen diariamente, las respuestas se distribuyen de la siguiente forma: el 26% fuma en promedio entre 1 y 4 cigarrillos diarios; a esta cifra le sigue el 10,1% que reconoce consumir entre 5 y 10 cigarrillos diarios; el 2,7% que indica consumir entre 10 y 20 cigarrillos diarios; y, por último, el 0,4% que fuma más de 21 cigarrillos diarios.

<b>Tabla Nº 27: Distribución de los casos según la cantidad de cigarrillos fumados diariamente.</b>		
<b>CANTIDAD DE CIGARRILLOS</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
Entre 1 y 4 diarios	338	26,0
Entre 5 y 10 diarios	131	10,1
Entre 10 y 20 diarios	35	2,7
Mas de 21 diarios	5	0,4
No fuma	793	60,9
Total	1.302	100,0

**Gráfico Nº 15: Distribución de los casos según la cantidad de cigarrillos fumados diariamente.**

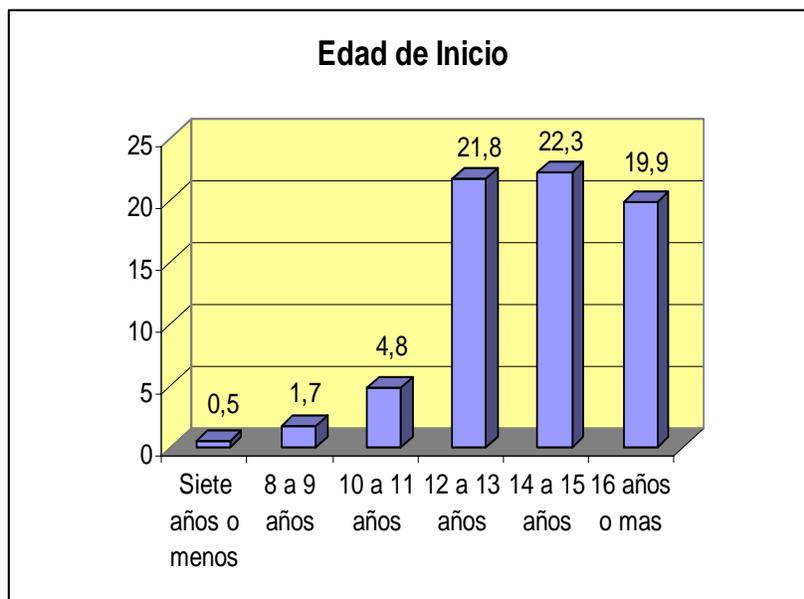


**c) Distribución de los casos según la edad de inicio en el consumo de tabaco.**

En relación con la edad de inicio del consumo de tabaco, los resultados aportan que el porcentaje mayor, correspondiente al 22,3% de los encuestados que afirma fumar, inicia el consumo de cigarrillos entre los 14 y 15 años; mientras que el 21,8% inicia su consumo entre los 12 y los 13 años; el 19% indica que la edad de inicio del consumo de cigarrillos fue entre los 16 años y más; sólo el 0,5% de los encuestados inició el consumo de tabaco entre 7 años y menos; el 1,7% empezó el consumo entre 8 y 9 años; y, por último, el 4,8% lo hizo entre los 10 y 11 años.

<b>Tabla Nº 28: Distribución de los casos según la edad de inicio en el consumo de tabaco.</b>		
<b>EDAD DE INICIO</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
Nunca ha fumado	378	29,0
7 años o menos	7	,5
8 a 9 años	22	1,7
10 a 11 años	62	4,8
12 a 13 años	284	21,8
14 a 15 años	290	22,3
16 años o más	259	19,9
Total	1.302	100,0

**Gráfico N° 16: Distribución de los casos según la edad de inicio en el consumo de tabaco.**

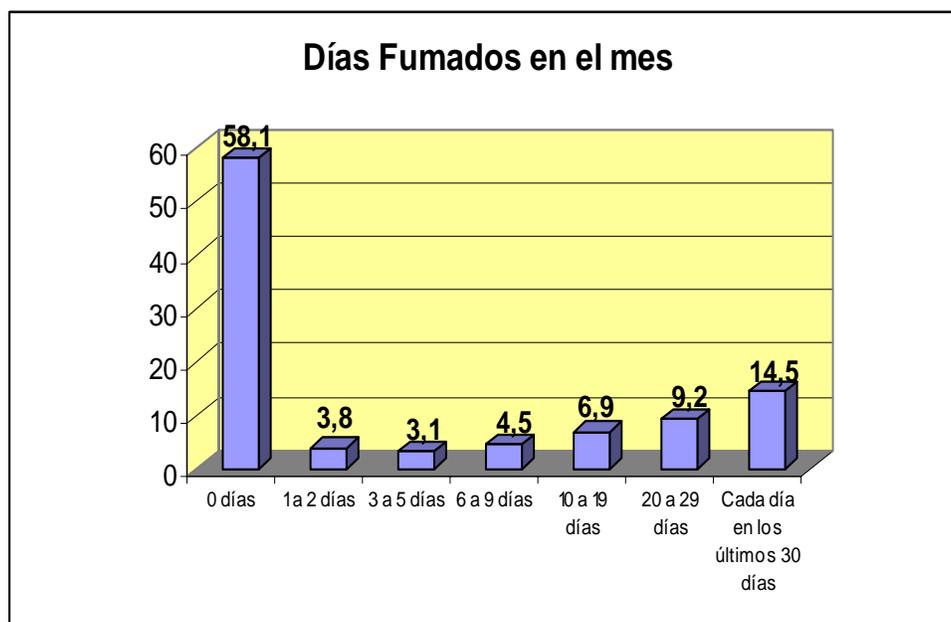


**d) Distribución de los casos según el número de días en que el encuestado ha fumado en el último mes.**

En relación con el grupo de encuestados que declara fumar, la Tabla n° 29 evidencia que el mayor porcentaje de estos individuos, correspondiente a un 14,5%, señala que ha fumado cigarrillos cada día en los últimos treinta días del mes; cifra seguida por el 9,2% que afirma haber fumado de 20 a 29 días al mes; en tanto que el 6,9% indica haber fumado de 10 a 19 días al mes; el 4,5% afirma haber fumado de 6 a 9 días al mes; el 3,1% lo hizo durante 3 a 5 días al mes; y sólo el 3,8% afirma haber fumado de 1 a 2 días al mes.

<b>Tabla N° 29: Distribución de los casos según el número de días en que el encuestado ha fumado en el último mes.</b>		
<b>DÍAS FUMADOS EN EL MES</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
0 días	712	58,1
1 a 2 días	46	3,8
3 a 5 días	38	3,1
6 a 9 días	55	4,5
10 a 19 días	84	6,9
20 a 29 días	113	9,2
Cada día en los últimos 30 días	178	14,5
Total	1.226	100,0

**Gráfico N° 17: Distribución de los casos según el número de días en que el encuestado ha fumado en el último mes.**



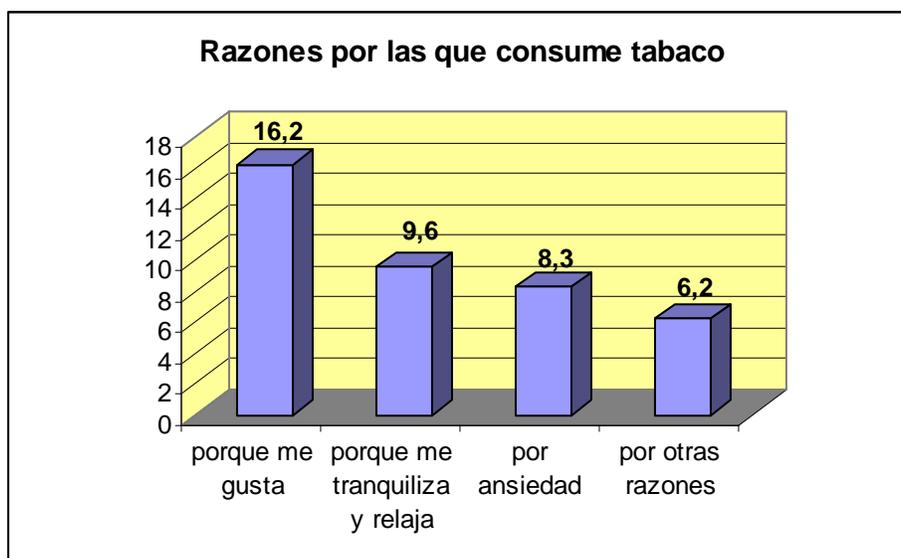
**e) Distribución de los casos según razones por las que consume tabaco.**

Siguiendo en el contexto de los encuestados que declaran fumar tabaco; el porcentaje mayor de ellos, correspondiente a un 16,2%, afirma que consumen cigarrillos porque les gusta hacerlo (201 casos); el 9,6% reconoce el consumo porque señala que los tranquiliza y los relaja; el 8,3% declara consumir tabaco por ansiedad; y el 6,2% aduce otras razones distintas a las anteriormente planteadas.

**Tabla N° 30: Distribución de los casos según razones por las que consume tabaco.**

<b>RAZONES POR LAS QUE CONSUME TABACO</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
Porque le gusta	201	16,2
Porque loe tranquiliza y relaja	119	9,6
Por ansiedad	103	8,3
Por otras razones	77	6,2
No consume	741	59,7
Total	1.241	100,0

**Gráfico N° 18: Distribución de los casos según razones por las que consume tabaco.**



**f) Distribución de los casos según las acciones que realizarían los estudiantes para bajar los índices de consumo de tabaco en la universidad.**

Las tablas que se presentan a continuación muestran la distribución de los casos en función de las acciones que realizarían los encuestados para reducir los índices de consumo de tabaco dentro de su respectiva universidad, lo cual corresponde a la P31 del cuestionario, que mide el nivel de valoración de los encuestados en una escala de 1 a 10, donde 1 es el aspecto de menor valoración y 10, la máxima valoración.

Estas acciones son las siguientes:

- Tener un espacio libre para el consumo de tabaco en la universidad.
- Prohibir el consumo de tabaco al interior de la universidad.
- Prohibir el consumo de tabaco en espacios cerrados de la universidad.
- Realizar campañas de difusión permanentes para bajar el consumo de tabaco al interior de la universidad.

Las acciones que los encuestados emprenderían para disminuir los índices de consumo de tabaco en la universidad, las preferencias se agrupan de la siguiente manera.

En relación con la acción de disponer de un espacio libre para el consumo de tabaco en la universidad, el porcentaje mayor de los encuestados (el 32,1%), califica la idea entre 1 y 2 (nada valorado); mientras que el 25,3% califica la acción entre 9 y 10 (máxima valoración). Los otros porcentajes se distribuyen de la siguiente forma: el 9,2% califica la idea entre 7 y 8 (valorado); el 21,9% la califica entre 5 y 6 (medianamente valorada); y el 11,4% valora poco la idea, calificándola entre 3 y 4.

<b>Tabla Nº 31: Distribución de los casos según la acción de tener un espacio libre para el consumo de tabaco en la universidad.</b>		
<b>NIVEL DE VALORACIÓN</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
1 - 2 Nada valorado	418	32,1
3 - 4 Poco valorado	149	11,4
5 - 6 Medianamente valorado	285	21,9
7 - 8 Valorado	120	9,2
9 - 10 Muy valorado	330	25,3
Total	1.302	100,0

Por su parte, en relación con la acción de prohibir el consumo de tabaco dentro de las dependencias universitarias, los resultados señalan que el 44,9%, de los encuestados califica la idea entre 1 y 2 (nada valorado); en tanto que el 24,7% califica la idea entre 9 y 10 (máxima valoración). Los porcentajes restantes se distribuyen de la siguiente manera: el 4,9% califica la idea entre 7 y 8 (valorado); el 10,4% la califica entre 5 y 6 (medianamente valorado) y el 15,1% valora poco la idea, calificándola entre 3 y 4.

<b>Tabla Nº 32: Distribución de los casos según la acción de prohibir el consumo de tabaco al interior de la universidad.</b>		
<b>NIVEL DE VALORACIÓN</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
1 - 2 Nada valorado	585	44,9
3 - 4 Poco valorado	196	15,1
5 - 6 Medianamente valorado	136	10,4
7 - 8 Valorado	64	4,9
9 - 10 Muy valorado	321	24,7
Total	1.302	100,0

Respecto de la acción de prohibir el consumo de tabaco en espacios cerrados de la universidad, los resultados consignan que el 76,4% califica la idea entre 9 y 10 (muy valorado); en tanto que el 6,1% valora la idea calificándola entre 7 y 8. El

resto de los muestra se distribuye en las siguientes preferencias: un 4,8% valora la idea medianamente, calificándola entre 5 y 6; un 2,8% valora poco la idea, calificándola entre 3 y 4; y sólo el 9,8% le otorga el mínimo de valoración calificándola entre 1 y 2.

<b>Tabla Nº 33: Distribución de los casos según la acción de prohibir el consumo de tabaco en espacios cerrados de la universidad.</b>		
<b>NIVEL DE VALORACIÓN</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
1 - 2 Nada valorado	128	9,8
3 - 4 Poco valorado	36	2,8
5 - 6 Medianamente valorado	63	4,8
7 - 8 Valorado	80	6,1
9 - 10 Muy valorado	995	76,4
Total	1.302	100,0

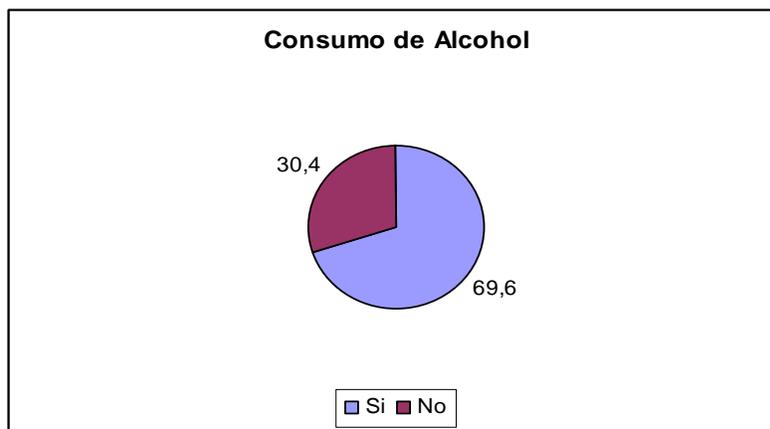
Finalmente, respecto de la acción de realizar campañas de difusión permanentes para reducir el consumo de tabaco dentro de la universidad, la mayoría de los encuestados (el 57,5%), califica la idea entre 9 y 10 (muy valorado) mientras que el 13,3% la valora calificándola entre 7 y 8. El resto de los porcentajes se distribuye de la siguiente forma: el 14,7% valora la idea medianamente, calificándola entre 5 y 6; el 5,3% valora poco la idea calificándola entre 3 y 4 y sólo el 9,3% le otorga el mínimo de valoración, calificándola entre 1 y 2.

<b>Tabla Nº 34: Distribución de los casos según la acción de realizar campañas de difusión permanentes para bajar el consumo de tabaco al interior de la universidad.</b>		
<b>NIVEL DE VALORACIÓN</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
1 - 2 Nada valorado	121	9,3
3 - 4 Poco valorado	69	5,3
5 - 6 Medianamente valorado	191	14,7
7 - 8 Valorado	173	13,3
9 - 10 Muy valorado	748	57,5
Total	1.302	100,0

**g) Distribución de los casos según consumo de alcohol.**

La Tabla nº 35 señala que el 69,6% de los estudiantes declaran consumir alcohol (906 casos) mientras que el 30,4% restante afirma no consumir alcohol (396 casos).

<b>Tabla Nº 35: Distribución de los casos según consumo de alcohol.</b>		
<b>CONSUMO DE ALCOHOL</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
Sí	906	69,6
No	396	30,4
Total	1.302	100,0

**Gráfico Nº 19: Distribución de los casos según consumo de alcohol.**

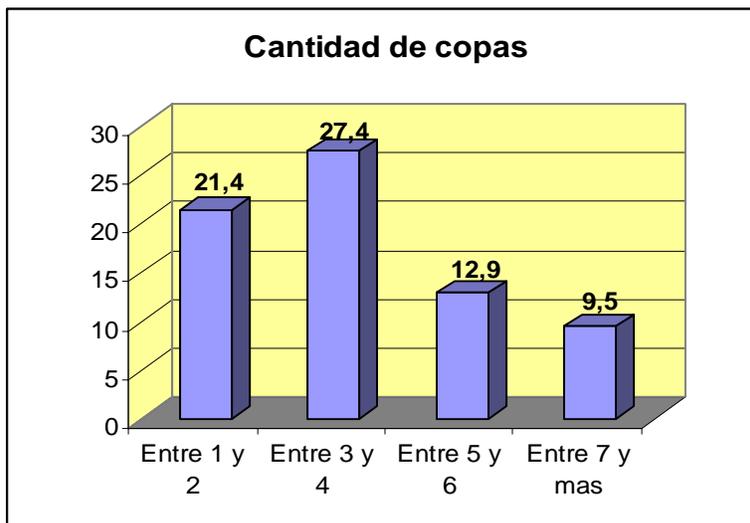
**h) Distribución de los casos según cantidad de copas ingeridas cuando se consume alcohol.**

La Tabla nº 36 nos indica los resultados de los individuos encuestados que declaran consumir alcohol (69,6% del total de la muestra).

El porcentaje mayor de éstos, correspondiente a un 27,4% afirma que cuando consume alcohol ingiere entre 1 y 4 copas; en tanto que el 21,4% dice que ingiere entre 1 y 2 copas; el 12,9% señala ingerir entre 5 y 6 copas; y sólo el 9,5% afirma ingerir entre 7 y más copas cuando consumen alcohol.

<b>Tabla Nº 36: Distribución de los casos según cantidad de copas ingeridas cuando se consume alcohol.</b>		
<b>CANTIDAD DE COPAS</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
Entre 1 y 2 copas	275	21,4
Entre 3 y 4 copas	352	27,4
Entre 5 y 6 copas	164	12,9
Entre 7 y mas copas	122	9,5
No consume alcohol	369	28,8
Total	1.282	100,0

**Gráfico N° 20: Distribución de los casos según cantidad de copas ingeridas cuando se consume alcohol.**

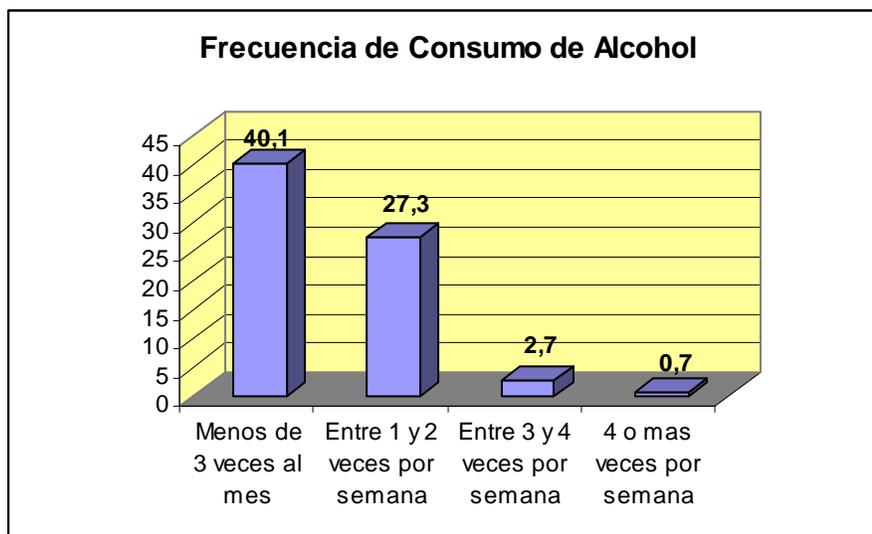


**i) Distribución de los casos según frecuencia con la que los encuestados consumen alcohol.**

Siguiendo con los encuestados que declaran consumir alcohol (69,6%), el mayor porcentaje (40,1%), indica que la frecuencia con la que ingiere alcohol es menos de tres veces al mes. Le sigue a esta cifra el 27,3% que consume alcohol entre una y dos veces por semana; el 2,7% dice que la frecuencia de consumo es de entre tres y cuatro veces por semana; y sólo el 0,7% consume 4 ó más veces por semana.

<b>FRECUENCIA CON LA QUE CONSUME ALCOHOL</b>	Fr.	%
Menos de 3 veces al mes	516	40,1
Entre 1 y 2 veces por semana	351	27,3
Entre 3 y 4 veces por semana	35	2,7
4 ó mas veces por semana	9	,7
No consume alcohol	377	29,3
Total	1.288	100,0

**Gráfico N° 21: Distribución de los casos según frecuencia con la que los encuestados consumen alcohol.**



**j) Distribución de los casos según la edad de inicio en el consumo de alcohol.**

En relación con la edad de inicio en el consumo de alcohol, del total de 1.302 encuestados, 1.004 respondieron a la pregunta. Los resultados aportan que el porcentaje mayor, correspondiente a un 39,3%, afirma que su edad de inicio en el consumo de alcohol fue entre los 14 y 16 años; mientras que el 26,7% inició su consumo entre los 17 y los 18 años y el 7,1% indica que la edad de inicio del consumo de alcohol fue de más de 19 años.

Sólo el 0,3% de los encuestados se inició en el consumo de alcohol entre los 10 y 11 años; y, por último, un 4,7% lo hizo entre 12 y 13 años.

EDAD DE INICIO	Fr.	%
Entre 10 a 11 años	4	0,3
Entre 12 a 13 años	65	4,7
Entre 14, 15 y 16 años	511	39,3
Entre 17 y 18 años	350	26,7
Más de 19 años	74	7,1
Total	1.004	77,1

**k) Distribución de los casos según razones por las que consume alcohol.**

Respecto a las razones del consumo de alcohol, el 38,8% de los encuestados señalaron que lo hacen porque les gusta; en tanto que un 9,2% afirma que consume para relajarse y sólo el 1,3% afirma que su consumo es para olvidar problemas.

Hay que considerar que el 21,6% de los encuestados declara que el consumo de alcohol se produce por otras razones diferentes a las anteriormente mencionadas.

RAZONES POR LAS QUE CONSUME ALCOHOL	Fr.	%
Porque le gusta	496	38,8
Para relajarse	118	9,2
Para olvidar problemas	17	1,3
Por otras razones	276	21,6
No consume alcohol	371	29,0
Total	1.278	100,0

**Gráfico N° 22: Distribución de los casos según razones por las que consume alcohol.**



**I) Distribución de los casos según el Test de EBBA (encuesta breve del beber anormal).**

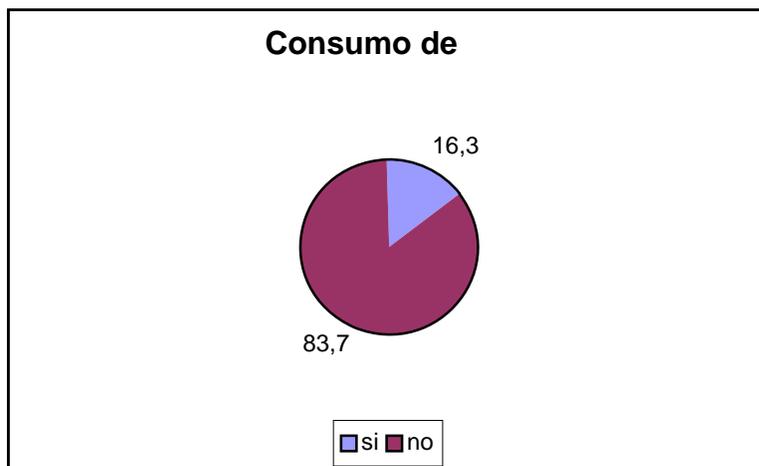
La aplicación del Test de EBBA determinó que los estudiantes de programas de Pedagogía se distribuyen en función de los siguientes porcentajes: el 44,0% son bebedores sin problemas; el 39,5% son bebedores sin riesgo, pero se les sugiere una orientación; y el 16,5% son bebedores en riesgo y deben consultar en un centro de orientación.

<b>Tabla N° 40: Distribución de los casos según Test de EBBA (encuesta breve del beber anormal).</b>			
<b>CARRERA DE PEDAGOGÍA</b>		<b>TEST DE EBBA</b>	
		Fr.	%
Bebedor sin problemas	Fr.	506	44,0
Bebedor sin riesgo, pero se sugiere una consejería.	%	454	39,5
Bebedor en riesgo y debe consultar una consejería	Fr.	190	16,5
Total		1.150	100,0

**m) Distribución de los casos según el consumo de drogas.**

De un total de 1.302 encuestados, 1.046 casos respondieron la P39 del cuestionario. En la tabla se expresa que el 83,7% de los encuestados que respondieron a la pregunta afirma que no consume drogas; en tanto que el 16,3% restante declara consumir drogas.

<b>Tabla Nº 41: Distribución de los casos según el consumo de drogas.</b>		
<b>CONSUMO DE DROGAS</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
Sí	171	16,3
No	875	83,7
Total	1.046	100,0

**Gráfico Nº 23: Distribución de los casos según el consumo de drogas.**

**n) Distribución de los casos según si los encuestados han consumido drogas alguna vez.**

De un total de 1.302 encuestados, 1.046 respondieron a la P40 del cuestionario que indagaba acerca de si alguna vez habían consumido drogas. Al respecto, de aquellos que declaran consumir drogas, el 33,7% indica que lo ha hecho por curiosidad y por probarla pero que no lo ha vuelto hacer; en tanto que un 6,6% indica que consume drogas hace más de tres años. El resto de los porcentajes se distribuye de la siguiente forma: un 4,1% consume drogas hace más de un año; el 2,1% indica que consume drogas desde que entró en la universidad y un 2,6% indica que consume drogas hace más de dos años. Sólo el 1,9% consume drogas hace menos de un año.

<b>Tabla Nº 42: Distribución de los casos según si los encuestados han consumido drogas alguna vez.</b>		
<b>HA CONSUMIDO DROGAS ALGUNA VEZ</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
Nunca	512	48,9
Alguna vez por curiosidad y/o para probar, pero no ha vuelto hacerlo	353	33,7
Consume desde hace menos de un año	20	1,9
Consume desde hace más de un año	43	4,1
Consume desde hace más de dos años	27	2,6
Consume desde hace más de tres años	69	6,6
Consume desde que entró a al universidad	22	2,1
Total	1.046	100,0

**o) Distribución de los casos según frecuencia de consumo de drogas.**

De aquellos que declaran consumir drogas, los porcentajes se distribuyen de la siguiente forma: el 10,5% consume drogas esporádicamente, entre 1 y 2 veces por año; el 8,0% afirma consumir ocasionalmente, aproximadamente una vez al mes; el 1,8% dice que consume drogas frecuentemente; el 3,2% afirma que su

frecuencia de consumo es 1 ó 2 veces a la semana; y el 2,2% dice consumir 3 ó más veces por semana.

<b>Tabla Nº 43: Distribución de los casos según frecuencia de consumo de drogas.</b>		
<b>FRECUENCIA DE CONSUMO</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
No consume	777	74,3
Esporádicamente (1 ó 2 veces por año)	110	10,5
Ocasionalmente (aproximadamente una vez al mes)	84	8,0
Frecuentemente	19	1,8
Una o dos veces a la semana	33	3,2
Tres o más veces a la semana	23	2,2
Total	1.046	100,0

**p) Distribución de los casos según el tipo de droga consumida en el último mes.**

En relación con el tipo de droga consumida en el último mes, los resultados aportan que el 87,3% de los que declaran consumir algún tipo de droga, consumen marihuana, mientras que los porcentajes restantes se distribuyen de la siguiente forma: el 8,1% consume cocaína; un 4,1% consume hachís; el 0,3% consume pasta base; y un 0,3% consume drogas de síntesis.

<b>Tabla Nº 44: Distribución de los casos según el tipo de droga consumida en el último mes.</b>		
<b>TIPO DE DROGA</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
Hachís	26	4,1
Cocaína	37	8,1
Marihuana	425	87,3
Pasta base	1	0,3
Drogas de síntesis	1	0,3
Total	490	100,0

**q) Distribución de los casos según edad de inicio del consumo de droga.**

A tener de los resultados obtenidos, la edad de inicio en el consumo va desde los 12 hasta los 23 años, siendo el promedio de edad en el inicio del consumo se ubica en los 17 años.

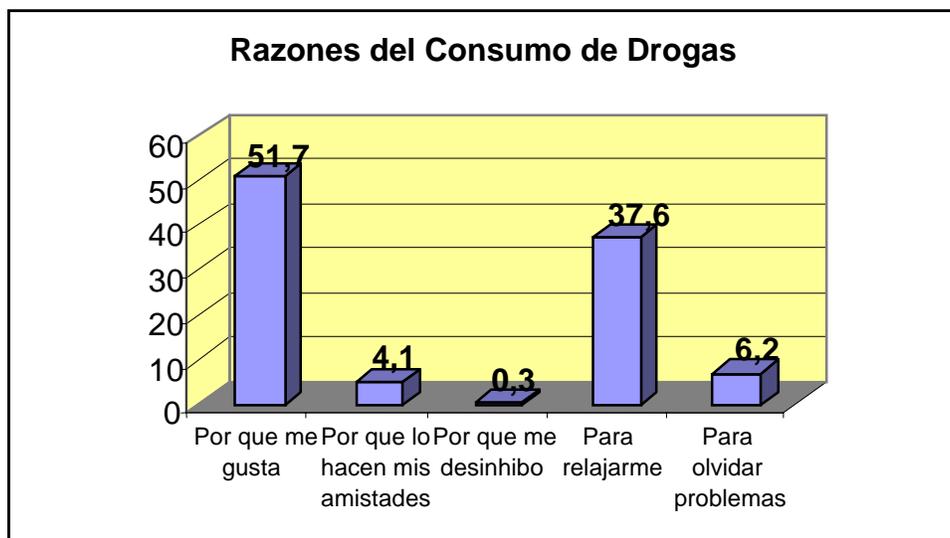
<b>EDAD DE INICIO</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
Entre 12 y 13 años	14	3,4
Entre 14, 15 y 16 años	128	31,7
Entre 17 y 18 años	191	47,5
Más de 19 años	70	17,3
Total	403	100,0

**r) Distribución de los casos según las razones por las que se consume droga.**

En relación con los encuestados que afirman ser consumidores de drogas, el 50,9% de ellos dice consumir porque les gusta; en tanto que el 37,1% señala que lo hace porque los relaja; el 4,9% consume porque sus amistades lo hacen; el 0,4% porque el consumo de drogas desinhibe; y el 6,7% consume drogas para olvidar los problemas.

<b>RAZONES POR LAS QUE CONSUME DROGAS</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
Porque le gusta	150	51,7
Porque lo hacen las amistades	12	4,1
Porque el consumo desinhibe	1	0,3
Para relajarse	109	37,6
Para olvidar problemas	18	6,2
Total	224	100,0

**Gráfico N° 24: Distribución de los casos según las razones por las que se consume droga.**



**s) Distribución de los casos según las acciones que realizarían los encuestados para bajar los índices de consumo de alcohol y drogas en la universidad.**

Las tablas que se presentan a continuación muestran la distribución de los casos según que acciones realizarían los encuestados para bajar los índices de consumo de alcohol y drogas en la universidad respectiva. Esta información corresponde a la P37 del cuestionario, que mide el nivel de valoración de los encuestados en una escala de 1 a 10, donde 1 es la menor valoración y 10 la máxima valoración.

Las acciones consideradas son las siguientes:

- Prohibir el consumo de alcohol y drogas al interior de la universidad.
- Realizar campañas de difusión permanentes, orientadas a disminuir el consumo de alcohol y drogas entre los estudiantes.
- Realizar charlas informativas.
- Realizar grupos de conversación.

Sobre la prohibición de consumo de alcohol y drogas dentro de la universidad, la calificación que le dan los encuestados a esta idea no muestra diferencias entre los que la califican entre 1 y 2 correspondiente a un 34,1% (nada valorado) y quienes la califican entre 9 y 10, equivalente a 34,9% (muy valorado).

El 6,7% de los encuestados valora la idea calificándola entre 7 y 8 (valorado); un 8,1% valora poco esta idea, calificándola entre 3 y 4; y un 16,1% valora medianamente esta idea calificándola entre 5 y 6.

<b>Tabla N° 47: Distribución de los casos según la acción de prohibir el consumo de alcohol y drogas al interior de la universidad.</b>		
<b>NIVEL DE VALORACIÓN</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
1 - 2 Nada valorado	444	34,1
3 - 4 Poco valorado	106	8,1
5 - 6 Medianamente valorado.	210	16,1
7 - 8 Valorado	87	6,7
9 – 10 Muy valorado	455	34,9
Total	1.302	100,0

Por otra parte, respecto de la acción de realizar campañas de difusión permanente, orientadas a disminuir el consumo de alcohol y drogas entre los estudiantes, el 45,9% de los encuestados califica la iniciativa entre 9 y 10 (muy valorado) ; el 17,8% valora la idea calificándola entre 7 y 8; el 18,2% valora la idea medianamente, calificándola entre 5 y 6; el 8% de los encuestados valora poco esta idea, calificándola entre 3 y 4 y sólo el 10,1% le otorga el mínimo de valoración calificándola entre 1 y 2.

<b>Tabla N° 48: Distribución de los casos según la acción de realizar campañas de difusión permanentes, orientadas a disminuir el consumo de alcohol y drogas entre los estudiantes.</b>		
<b>NIVEL DE VALORACIÓN</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
1 - 2 Nada valorado	132	10,1
3 - 4 Poco valorado	104	8,0
5 - 6 Medianamente valorado	237	18,2
7 - 8 Valorado	232	17,8
9 – 10 Muy valorado	597	45,9
Total	1.302	100,0

Así mismo, respecto de la acción de realizar charlas informativas para disminuir el consumo de alcohol y drogas en la universidad, el 40,2% de los encuestados califica la idea entre 9 y 10 (muy valorado); el 20,7% valora la iniciativa calificándola entre 7 y 8; el 18,4% la valora medianamente, calificándola entre 5 y 6; el 8% valora poco esta idea, calificándola entre 3 y 4; y sólo el 12,7% le otorga el mínimo de valoración, calificándola entre 1 y 2.

<b>Tabla N° 49: Distribución de los casos según la acción de realizar charlas informativas.</b>		
<b>NIVEL DE VALORACIÓN</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
1 - 2 Nada valorado	166	12,7
3 - 4 Poco valorado	104	8,0
5 - 6 Medianamente valorado.	239	18,4
7 - 8 Valorado	270	20,7
9 – 10 Muy valorado	523	40,2
Total	1.302	100,0

Finalmente, respecto de la acción de realizar grupos de conversación para disminuir los índices de consumo de alcohol y drogas en la universidad respectiva, el 33,3% de los encuestados califica la iniciativa entre 9 y 10 (muy valorado); el

20,4% valora la idea calificándola entre 7 y 8; el 20,3% valora la acción medianamente calificándola entre 5 y 6; el 9,5% valora poco esta idea calificándola entre 3 y 4 y el 16,5% de los encuestados le otorga el mínimo de valoración calificándola entre 1 y 2.

<b>NIVEL DE VALORACIÓN</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
1 - 2 Nada valorado	215	16,5
3 - 4 Poco valorado	124	9,5
5 - 6 Medianamente valorado.	264	20,3
7 - 8 Valorado	266	20,4
9 – 10 Muy valorado	433	33,3
Total	1.302	100,0

#### **1.11.4.5. Resultados del análisis univariado del eje temático Nº 5: Promoción y prevención de los factores de riesgo de la salud.**

A continuación se presentan los resultados del análisis univariado para el eje temático Nº 5, referido a la promoción y prevención de los factores de riesgo de la salud.

##### **a) Distribución de los casos respecto de si los encuestados consideran que la universidad respectiva promueve la práctica de la actividad física y el deporte además de las clases, cursos electivos deportivos y selecciones deportivas.**

En la P45 del cuestionario se indaga acerca de si los encuestados consideran que la universidad en la que estudian promueve la práctica de la actividad física y el deporte más allá de las clases, cursos electivos deportivos y selecciones deportivas. Al respecto, los resultados indican que el 67,7% de los encuestados no

considera que en la universidad en la que estudian se promueva la práctica de actividad física y el deporte, además de las clases que se realizan habitualmente (como las de Educación Física), cursos electivos deportivos y selecciones deportivas. De hecho, sólo un 32,3% afirma que esto sí ocurre al interior de la respectiva universidad.

<b>Tabla Nº 51: Distribución de los casos respecto de si los encuestados consideran que la universidad respectiva promueve la práctica de la actividad física y el deporte además de las clases, cursos electivos deportivos y selecciones deportivas.</b>		
	Fr.	%
Sí	421	32,3
No	881	67,7
Total	1.302	100,0

**b) Distribución de los casos respecto de si los encuestados consideran que la carrera que estudian promueve la práctica de la actividad física y el deporte, además de las clases, cursos electivos deportivos y selecciones deportivas.**

La P46 del cuestionario referida a este punto en particular refleja que el 67,9% de los encuestados no considera que la carrera que estudian promueva la práctica de actividad física y el deporte, además de las clases que realizan habitualmente, los cursos electivos deportivos y las selecciones deportivas; en tanto que el 32,1% restante declara estar en desacuerdo con la afirmación.

<b>Tabla Nº 52: Distribución de los casos respecto de si los encuestados consideran que la carrera que estudian promueve la práctica de la actividad física y el deporte, además de las clases, cursos electivos deportivos y selecciones deportivas.</b>		
	Fr.	%
Sí	418	32,1
No	884	67,9
Total	1.302	100,0

- c) Distribución de los casos respecto de si los encuestados se encuentran informados de las actividades que desarrolla su respectiva universidad para promover la prevención o disminución del sedentarismo, obesidad, consumo de tabaco, alcohol y drogas.**

Esta información corresponde a la P45 del cuestionario y los resultados ponen de manifiesto que de un total de 1.302 encuestados, 1.015 casos equivalentes al 78%, afirma no estar informado de las actividades que desarrolla su universidad para promover la prevención o disminución del sedentarismo, obesidad, consumo de tabaco, alcohol y drogas, en tanto que el porcentaje restante, correspondiente al 22% afirma lo contrario.

<b>Tabla Nº 53: Distribución de los casos respecto de si los encuestados se encuentran informados de las actividades que desarrolla su respectiva universidad para promover la prevención o disminución del sedentarismo, obesidad, consumo de tabaco, alcohol y drogas.</b>		
	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
Sí	287	22,0
No	1.015	78,0
Total	1.302	100,0

- d) Distribución de los casos respecto de si los encuestados consideran que un profesor debe participar en actividades para enfrentar los factores de riesgo para la salud (sedentarismo, obesidad, consumo de tabaco, alcohol y drogas).**

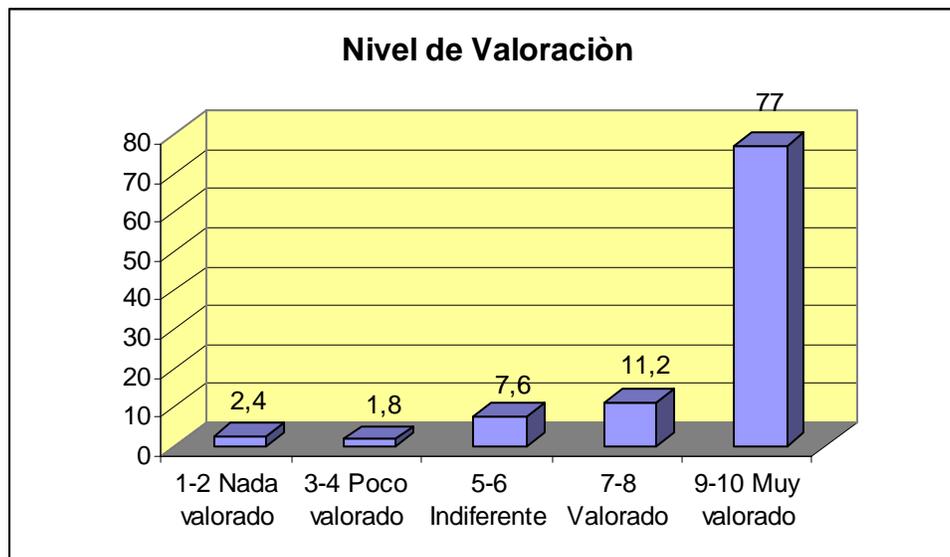
La P47 del cuestionario referida a si los encuestados consideran que un profesor debe participar en actividades para enfrentar los factores de riesgo para la salud, los resultados quedan evidenciados en la Tabla Nº 54, en la que los encuestados

indican su nivel de valoración a través de una escala de 1 a 10, donde 1 es lo de menor valoración y 10 la máxima valoración.

Así, de un total de 1.302 encuestados, un 77% califica la afirmación entre 9 y 10, otorgándole la clasificación de muy valorado o máxima valoración; mientras que el 11,2% califica la idea entre 7 y 8, valorando igualmente la afirmación; el 7,6% la califica entre 5 y 6, mostrándose indiferente; el 1,8% califica la idea entre 3 y 4 otorgándole poco nivel de valoración y por último, sólo el 2,4% no valora en nada la afirmación.

<b>Tabla Nº 54: Distribución de los casos respecto de si los encuestados consideran que un profesor debe participar en actividades para enfrentar los factores de riesgo para la salud (sedentarismo, obesidad, consumo de tabaco, alcohol y drogas).</b>		
<b>NIVEL DE VALORACIÓN</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
1 - 2 Nada valorado	31	2,4
3 - 4 Poco valorado	23	1,8
5 - 6 Indiferente	99	7,6
7 - 8 Valorado	146	11,2
9 - 10 Muy valorado	1003	77,0
Total	1.302	100,0

**Gráfico N° 25: Distribución de los casos respecto de si los encuestados consideran que un profesor debe participar en actividades para enfrentar los factores de riesgo para la salud (sedentarismo, obesidad, consumo de tabaco, alcohol y drogas).**



**e) Distribución de los casos respecto de si los encuestados han participado en actividades propuestas por la respectiva universidad para enfrentar los factores de riesgo.**

La P48 del cuestionario arroja como resultado que el 89,9% de los encuestados, correspondiente a 1.171 casos, afirma no haber participado en las actividades propuestas por su universidad para enfrentar los factores de riesgo. El porcentaje restante, correspondiente al 10,1%, afirma que sí ha participado de estas actividades.

<b>Tabla N° 55: Distribución de los casos respecto de si los encuestados han participado en actividades propuestas por la respectiva universidad para enfrentar los factores de riesgo.</b>		
	Fr.	%
Sí	131	10,1
No	1.171	89,9
Total	1.302	100,0

**f) Distribución de los casos respecto de si los encuestados han participado en actividades propuestas por la respectiva Escuela, Carrera o Facultad.**

Los resultados de la P49 del cuestionario se exponen en la Tabla N° 56 y ponen de manifiesto que el 89,3%, correspondiente a 1.163 casos, afirma no haber participado de esta problemática actual en acciones propuestas por la Escuela, Carrera o Facultad a la que pertenecen; en tanto que el 10,7% restante afirma que sí ha participado de estas iniciativas.

<b>Tabla N° 56: Distribución de los casos respecto de si los encuestados han participado en actividades propuestas por la respectiva Escuela, Carrera o Facultad.</b>		
	Fr.	%
Sí	139	10,7
No	1.163	89,3
Total	1.302	100,0

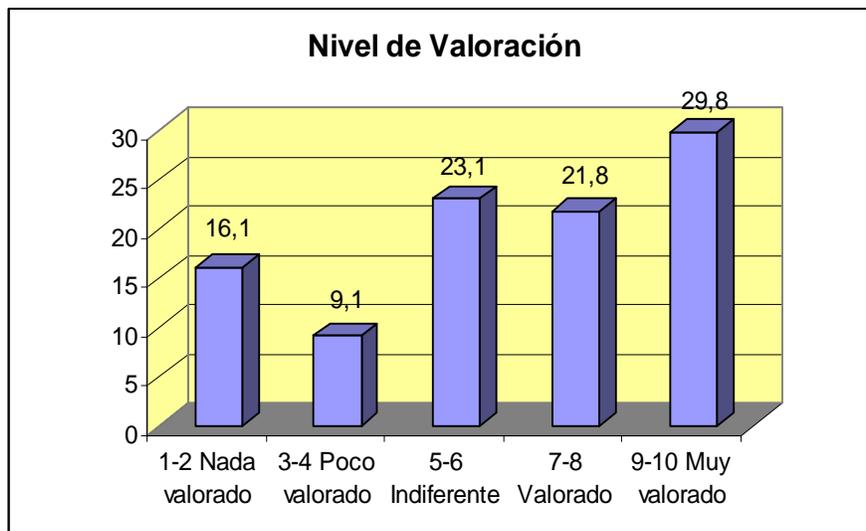
**g) Distribución de los casos respecto de si los encuestados participarían en un trabajo al interior de la respectiva universidad y/o Escuela para colaborar en la prevención y disminución de los factores de riesgo de la salud.**

En la P50 del cuestionario los encuestados debían indicar su nivel de valoración respecto a si participarían en un trabajo dentro de su respectiva universidad y/o Escuela, como una forma de colaborar en la prevención y disminución de los factores de riesgo de la salud. Dicho nivel de valoración debía expresarse en una escala de 1 a 10, donde 1 era la menor valoración y 10 la máxima valoración.

Al respecto, los resultados muestran una gran dispersión en la calificación. En efecto, de un total de 1.302 encuestados, el porcentaje mayor correspondiente a un 29,8% califica la idea entre 9 y 10, confiriéndole la clasificación de muy valorado o máxima valoración; mientras que un 21,8% la califica entre 7 y 8 valorando solamente esta idea. El resto de los porcentajes se distribuye de la siguiente manera: el 23,1% de los encuestados califica la idea entre 5 y 6, mostrándose indiferente; el 9,1% la considera una idea poco valorada calificándola entre 3 y 4; y por último, el 16,1% califica la idea entre 1 y 2, otorgándole el nivel de menor valoración.

<b>Tabla Nº 57: Distribución de los casos respecto de si los encuestados participarían en un trabajo al interior de la respectiva universidad y/o Escuela para colaborar en la prevención y disminución de los factores de riesgo de la salud.</b>		
<b>NIVEL DE VALORACIÓN</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
Nada valorado	210	16,1
Poco valorado	119	9,1
Indiferente	301	23,1
Valorado	284	21,8
Muy valorado	388	29,8
Total	1.302	100,0

**Gráfico N° 26: Distribución de los casos respecto de si los encuestados participarían en un trabajo al interior de la respectiva universidad y/o escuela para colaborar en la prevención y disminución de los factores de riesgo de la salud.**



### **1.11.5. Resultados del análisis bivariado por carrera.**

Se ha optado por este análisis ya que a través de él se utilizaron las tablas de contingencia, las cuales nos han permitido describir, asociar y relacionar las variables del estudio. Los resultados se expresan considerando los ejes temáticos previamente definidos, pero en función de su pertinencia para efectos de la investigación, razón por la cual los datos referidos no consideran el análisis de todos los ejes ni de sus respectivos resultados.

#### **1.11.5.1. Resultados del análisis bivariado del eje temático N° 1: Perfil de los encuestados.**

Para este punto se consideró, principalmente, el análisis de los resultados referidos al estado nutricional de los encuestados, tanto por programa o carrera, como también por categoría de la muestra y en función del colegio de procedencia de los encuestados antes de ingresar a la universidad.

##### **a) Distribución de los casos según estado nutricional de los estudiantes de los diferentes programas o carreras pedagógicas.**

En la Tabla n° 58 reflejamos los resultados del estado nutricional de los estudiantes de las carreras de Pedagogía en Educación Básica, Pedagogía en Educación Física, Pedagogía en Castellano, Pedagogía en Historia y Geografía y Pedagogía en Matemática.

Como ya mencionamos anteriormente, de un total de 1.302 encuestados de estas carreras pedagógicas, el porcentaje mayor de los casos pertenece a la carrera de Pedagogía en Educación Física, (37,5%; 488 casos). El resto de los porcentajes se distribuye de la siguiente manera: el 18,1% pertenece a la carrera de Pedagogía en Educación Básica (236 casos); el 15,7%, a la carrera de Pedagogía

en Castellano (205 casos); el 16,4% a la de Pedagogía Historia y Geografía (213 casos) y por último, el 12,3% pertenece a la carrera de Pedagogía en Matemática (160 casos).

El estado nutricional de los estudiantes de estas carreras pedagógicas es el siguiente: el 12,3% de los alumnos de Pedagogía en Educación Básica se encuentran en un estado normal, el 19,9% se encuentra con sobrepeso y sólo el 1,3% está en la categoría de estado nutricional obeso.

Estudiantes de la carrera de Pedagogía en Educación física: el 77,5% tiene un estado nutricional normal; el 15,0% de los estudiantes se encuentran con sobrepeso y el 7,6% de los alumnos está en la categoría de delgado. En este caso particular, ninguno de los encuestados tiene un estado nutricional obeso.

Estudiantes de la carrera de Pedagogía en Castellano: el 68,3% tiene un estado nutricional normal; el 22,9% aparece con sobrepeso (porcentaje no menor); el 7,3% es delgado y sólo el 1,5% se encuentra en estado nutricional obeso.

Estudiantes que pertenecen a la carrera de Pedagogía Historia y Geografía: el 62,4% tienen un estado nutricional normal; el 7,5% de los encuestados son delgados; el 26,8% está con sobrepeso y el 3,3% que se encuentra en estado nutricional obeso.

Estudiantes de la carrera de Pedagogía en Matemática: el 58,8% tiene un estado nutricional normal, el 25,0% está con sobrepeso; el 11,3% es delgado y un 5,0% se encuentra en la categoría de estado nutricional obeso.

<b>Tabla N° 58: Distribución de los casos según estado nutricional de los estudiantes de los diferentes programas o carreras de Pedagogía.</b>						
<b>CARRERA</b>		<b>ESTADO NUTRICIONAL</b>				<b>TOTAL</b>
		Delgado	Normal	Sobrepeso	Obeso	
Pedagogía en Educación Básica	Fr.	29	157	47	3	236
	%	12,3%	66,5%	19,9%	1,3%	100,0%
Pedagogía en Educación Física	Fr.	37	378	73	0	488
	%	7,6%	77,5%	15,0%	0,0%	100,0%
Pedagogía en Castellano	Fr.	15	140	47	3	205
	%	7,3%	68,3%	22,9%	1,5%	100,0%
Pedagogía en Historia y Geografía	Fr.	16	133	57	7	213
	%	7,5%	62,4%	26,8%	3,3%	100,0%
Pedagogía en Matemática	Fr.	18	94	40	8	160
	%	11,3%	58,8%	25,0%	5,0%	100,0%
Total	Fr.	115	902	264	21	1.302
	%	8,8%	69,3%	20,3%	1,6%	100,0%

**b) Distribución del estado nutricional de cada programa de pedagogía, por categoría (delgado, normal, sobrepeso, obeso).**

En la Tabla n° 59 se observa el estado nutricional de los estudiantes por programa de pedagogía por categoría (delgado, normal, sobrepeso, obeso). En la categoría delgado destacan las carrera de Pedagogía en Educación Física con un 32,2% y la de Pedagogía en Educación Básica con un 25,2%. Por su parte, de manera ascendente las carreras con menos sujetos delgados son las siguientes: Pedagogía en Castellano con 13%; Pedagogía en Historia y Geografía con 13,9%; y, finalmente, Pedagogía en Matemática con 15,7%.

En los niveles de sobrepeso, las carreras se presentan de forma ascendente en el siguiente orden: Pedagogía en Matemática con un 15,2%; Pedagogía en Educación Básica con un 17,8%; Pedagogía en Historia y Geografía con un 21,6%. Cabe destacar que la carrera que presenta mayoritariamente niveles de

sobrepeso es la de Pedagogía en Educación Física con un 27,7%.

Respecto de la categoría de estado nutricional de obeso sobre un total de 21 casos, la carrera que presenta el mayor porcentaje es la de Pedagogía en Matemática con 8 casos, lo que representa un 38,1% del total; la sigue a esta cifra la carrera de Pedagogía en Historia y Geografía con un 33, 3% (7 casos); y por último, con un 14,3% se presentan las carreras de Pedagogía en Educación Física y Pedagogía en Educación Básica con 3 casos en cada carrera.

Por otro lado, la carrera de Pedagogía en Educación Física presenta el 41,9% de los sujetos en la categoría normal y luego, de manera ascendente, se encuentran las carreras de: Pedagogía en Matemática con 10,4%; Pedagogía en Historia y Geografía con 14,7%; Pedagogía en Castellano con 15,5%; y por último, la carrera de Pedagogía en Educación Básica.

CARRERA		ESTADO NUTRICIONAL				TOTAL
		Delgado	Normal	Sobrepeso	Obeso	
Pedagogía en Educación Básica	Fr.	29	157	47	3	236
	%	25,2%	17,4%	17,8%	14,3%	18,1%
Pedagogía en Educación física	Fr.	37	378	73	0	488
	%	32,2%	41,9%	27,7%	0,0%	37,5%
Pedagogía en Castellano	Fr.	15	140	47	3	205
	%	13%	15,5%	17,8%	14,3%	15,7%
Pedagogía en Historia y Geografía	Fr.	16	133	57	7	213
	%	13,9%	14,7%	21,6%	33,3%	16,4%
Pedagogía en Matemática	Fr.	18	94	40	8	160
	%	15,7%	10,4%	15,2%	38,1%	12,3%
Total	Fr.	115	902	264	21	1.302
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**c) Distribución de los casos según colegio de procedencia de las distintas carreras de Pedagogía.**

En la Tabla nº 60 se presentan los casos según el tipo de establecimiento educacional (colegio) de donde provienen los estudiantes de Pedagogía antes de ingresar en la universidad.

De esta forma, para la carrera de Pedagogía en Educación básica, los resultados señalan que un 69,5% ha salido de un colegio particular subvencionado; mientras que un 24,6% egresó de un colegio municipal y sólo un 5,9% de un colegio particular.

Para la carrera de Pedagogía en Educación Física los resultados son: el 57,4% proviene de un colegio particular subvencionado; mientras que el 25,4% egresó de un colegio municipal; y por último el 17,2% provienen de un colegio particular.

Respecto de la carrera de Pedagogía en Castellano, los porcentajes en relación con el colegio de procedencia señalan que el 65,4% proviene de un colegio particular subvencionado; un 27,8% proviene de un colegio municipal; y sólo un 6,8% proviene de colegios particulares.

Por otra parte, en el caso de la carrera de Pedagogía en Historia y Geografía, el 66,7% proviene de un colegio particular subvencionado; en tanto que el 11,3% proviene de un colegio particular; y un 22,1% de un establecimiento municipal.

Finalmente, respecto de la carrera de Pedagogía en Matemática, el 68,8% proviene de un colegio particular subvencionado; un 26,3% egresó de un colegio municipal; y sólo con un 5,0% proviene de un colegio particular.

<b>Tabla Nº 60: Distribución de los casos según colegio de procedencia de las distintas carreras de Pedagogía.</b>					
<b>CARRERA</b>		<b>COLEGIO DE PROCEDENCIA</b>			<b>TOTAL</b>
		<b>Particular</b>	<b>Particular Subvencionado</b>	<b>Municipales</b>	
Pedagogía en Educación Básica	Fr.	14	164	58	236
	%	5,9%	69,5%	24,6%	100,0%
Pedagogía en Educación física	Fr.	84	280	124	488
	%	17,2%	57,4%	25,4%	100,0%
Pedagogía en Castellano	Fr.	14	134	57	205
	%	6,8%	65,4%	27,8%	100,0%
Pedagogía en Historia y Geografía	Fr.	24	142	47	213
	%	11,3%	66,7%	22,1%	100,0%
Pedagogía en Matemática	Fr.	8	110	42	160
	%	5,0%	68,8%	26,3%	100,0%
Total	Fr.	144	830	328	1.302
	%	11,1%	63,7%	25,2%	100,0%

#### **1.11.5.2. Resultados del análisis bivariado del eje temático Nº 3: Actividad física y deporte.**

Los resultados aquí consignados consideran la distribución de los casos en función de la actividad física o práctica de algún deporte en las distintas carreras de Pedagogía contempladas para el estudio, así como también en relación con las razones por las que si la cantidad de actividad física o deporte por iniciativa propia es insuficiente no se aumenta la frecuencia y las acciones que más valoran los estudiantes para fomentar la actividad física dentro de la respectiva universidad.

**a) Distribución de los casos según frecuencia de actividad física o práctica de algún deporte en las distintas carreras de Pedagogía.**

En la Tabla nº 61 podemos observar la distribución de los casos en función de la práctica de actividad física o deportiva por carrera de Pedagogía. Así, el 44,1% de los estudiantes que pertenecen a la carrera de Pedagogía Educación Básica manifiestan no realizar actividad física o practicar algún deporte. El resto de los porcentajes se distribuye de la siguiente manera: el 16,9% afirma practicar actividad física o practicar algún deporte una vez a la semana; el 16,9% dice practicar dos veces por semana; el 14,4% practica tres veces a la semana; el 3,4% practica cuatro veces a la semana y finalmente, el 4,2% practica cinco o más veces por semana.

Los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Educación Física presentan el mayor porcentaje si se considera la variable realizar algún tipo de deporte o actividad física tres veces a la semana, con un 37,3%. El resto de los porcentajes se distribuyen así: el 16,2% dice realizar actividad física o practicar algún deporte dos veces a la semana; el 15% dice practicar actividad física o practicas algún deporte cuatro veces a la semana; el 2,9% expresa realizar actividad física o practicar algún deporte una vez a la semana; y sólo 1,8% plantea que no realiza actividad física ni practica algún deporte.

Por otro lado, respecto de los estudiantes que pertenecen a la carrera de Pedagogía en Castellano, el 55,6% dice no realizar actividad física ni practicar algún deporte; mientras que el 19,0% expresa realizar actividad física o practicar algún deporte una vez a la semana; el 11,2% practica algún deporte dos veces a la semana; el 7,8% indica que practica algún tipo de actividad física o deporte tres veces a la semana; el 3,9% dice practicar cuatro veces a la semana y el 2,4% dice realizar actividad física o practicar algún deporte cinco o más veces a la semana.

Para el caso de los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Historia y Geografía, el 46,0% dice no realizar actividad física ni practicar algún deporte. El resto de los porcentajes se distribuyen así: el 21,6% realiza actividad física o practica algún deporte una vez a la semana; el 12,7% declara practicar algún deporte dos veces a la semana; el 12,2%, tres veces a la semana; el 4,2% dice practicar actividad física o algún deporte cuatro veces a la semana y el 3,3% dice realizar actividad física o practicar algún deporte cinco o más veces a la semana.

Finalmente, en relación con la carrera de Pedagogía en Matemática, el porcentaje mayor de los estudiantes, correspondiente al 42,5% dice no realizar actividad física o practicar algún deporte; en tanto que el 23,8% sólo realiza actividad física o practica algún deporte una vez a la semana; el 19,4% expresa que realiza actividad física o practica algún deporte dos veces a la semana; un 5,0% manifiesta realizar algún tipo de actividad física o practica algún deporte tres veces a la semana; el 4,4% señala practicar actividad física o algún deporte cuatro veces a la semana; y sólo el 5,0% dice que realiza actividad física o practica algún deporte cinco o más veces a la semana.

<b>Tabla N° 61: Distribución de los casos según frecuencia de actividad física o práctica de algún deporte en las distintas carreras de Pedagogía.</b>								
<b>CARRERA</b>		<b>ACTIVIDAD FÍSICA O PRÁCTICA DE DEPORTE</b>						<b>TOTAL</b>
		No realiza	1 vez por semana	2 veces por semana	3 veces por semana	4 veces por semana	5 ó más veces por semana	
Pedagogía en Educación Básica	Fr.	104	40	40	34	8	10	236
	%	44,1%	16,9%	16,9%	14,4%	3,4%	4,2%	100,0%
Pedagogía en Educación física	Fr.	9	14	79	182	73	131	488
	%	1,8%	2,9%	16,2%	37,3%	15,0%	26,8%	100,0%
Pedagogía en Castellano	Fr.	114	39	23	16	8	5	205
	%	55,6%	19,0%	11,2%	7,8%	3,9%	2,4%	100,0%
P. Historia y Geografía	Fr.	98	46	27	26	9	7	213
	%	46,0%	21,6%	12,7%	12,2%	4,2%	3,3%	100,0%
Pedagogía en Matemática	Fr.	68	38	31	8	7	8	160
	%	42,5%	23,8%	19,4%	5,0%	4,4%	5,0%	100,0%
Total	Fr.	393	177	200	266	105	161	1.302
	%	30,2%	13,6%	15,4%	20,4%	8,1%	12,4%	100,0%

**b) Distribución de los casos según las razones por las que si la cantidad de actividad física o deporte por iniciativa propia es insuficiente no se aumenta la frecuencia.**

La Tabla n° 62 corresponde a la P22 del cuestionario, que hace referencia a las razones por las cuales los encuestados consideran si la cantidad de actividad o deporte que practican por iniciativa propia es insuficiente, porqué no se aumenta la frecuencia de realización.

Los resultados aportan que en el caso de los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Educación Básica, el 42,6% dice no tener el hábito de realizar actividad física o practicar algún deporte; a esta cifra le sigue el 37,2%, que plantea no tener tiempo de aumentar la frecuencia de su actividad física; el 3,2%

expresa no interesarle; un 3,2% manifiesta que no le motiva; un 2,1% expresa que su salud no le permite aumentar la frecuencia de su actividad física; y por último, un 11,7% dice no realizar actividad física. Nadie opina que la práctica de algún deporte o actividad física no tiene un lugar en la universidad respectiva.

Por su parte, en relación con los estudiantes que pertenecen a la carrera de Pedagogía en Educación Física, el 71,7% dice no tener tiempo para aumentar la frecuencia de actividad física o práctica de algún deporte. El resto de los porcentajes se distribuye de la siguiente manera: el 14,5% manifiesta no tener el hábito de hacerlo; un 2,2% expone que no le motiva; el 3,5% expresa que su salud no se lo permite; el 6,3% dice que no tiene un lugar en la universidad y el 1,6% dice no realizar actividad física.

Para el caso de los estudiantes de Pedagogía en Castellano, el 39,3% manifiesta no tener el hábito para aumentar su actividad física; el 36% plantea no tener tiempo de aumentar la frecuencia de su actividad física o práctica de algún deporte; el 1,1% dice no interesarle; el 5,6% señala que no le motiva; el 1,1% expone que su salud no se lo permite; el 3,4% dice no tener un lugar en la universidad y el 13,5% expone no realizar actividad física.

En relación con los estudiantes que pertenecen a la carrera de Pedagogía en Historia y Geografía, el 65,2% de ellos dice no tener tiempo para aumentar la frecuencia de su actividad física; el 3,0% manifiesta no interesarle; el 3,0% plantea que no le motiva; el 1,5% expresa que su salud no se lo permite; el 1,5% señala que no tiene un lugar en la universidad; el 10,6% dice no tener el hábito, y el 15,2% manifiesta no realizar actividad física.

Finalmente, respecto de los estudiantes que pertenecen a la carrera de Pedagogía en Matemática, el 61,8% dice no tener tiempo de aumentar la frecuencia de su actividad física; el 4,4% señala no interesarle; un 2,9% manifiesta que no le motiva; el 1,5% expone que no tiene un lugar en la universidad; el 26,5% señala

no tener el hábito; y el 2,9% dice no realizar actividad física. Nadie expresa que su salud no le permita aumentar la frecuencia de su actividad física o práctica de algún deporte.

<b>Tabla Nº 62: Distribución de los casos según las razones por las que si la cantidad de actividad física o deporte por iniciativa propia es insuficiente, no se aumenta la frecuencia.</b>									
<b>CARRERA</b>		<b>ACTIVIDAD FÍSICA</b>							<b>TOTAL</b>
		No tiene tiempo	No le interesa	No le motiva	Su salud no se lo permite	No tiene un lugar en la universidad	No tiene el hábito	No realiza	
P. en Educación Básica	Fr.	35	3	3	2	0	40	11	94
	%	37,2%	3,2%	3,2%	2,1%	0,0%	42,6%	11,7%	100,0%
P. en Educación Física	Fr.	228	1	7	11	20	46	5	318
	%	71,7%	0,3%	2,2%	3,5%	6,3%	14,5%	1,6%	100,0%
P. en Castellano	Fr.	32	1	5	1	3	35	12	89
	%	36,0%	1,1%	5,6%	1,1%	3,4%	39,3%	13,5%	100,0%
P. en Historia y Geografía	Fr.	43	2	2	1	1	7	10	66
	%	65,2%	3,0%	3,0%	1,5%	1,5%	10,6%	15,2%	100,0%
P. en Matemática	Fr.	42	3	2	0	1	18	2	68
	%	61,8%	4,4%	2,9%	0,0%	1,5%	26,5%	2,9%	100,0%
Total	Fr.	380	10	19	15	25	146	40	635
	%	59,8%	1,6%	3,0%	2,4%	3,9%	23,0%	6,3%	100,0%

**c) Distribución de los casos según las acciones que más valoran los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía para fomentar la actividad física dentro de la respectiva universidad.**

La Tabla nº 63 que seguidamente mostramos muestra la distribución de los casos según las acciones que realizarían los encuestados para fomentar la actividad física o el deporte al interior de la respectiva universidad, lo cual corresponde a la P23 del cuestionario, que intenta medir el nivel de valoración de los encuestados en una escala de 1 a 10, en donde 1 es lo de menor valoración y 10 representa la máxima valoración.

Las acciones consideradas son las siguientes:

- Incluir una asignatura obligatoria de tres veces a la semana durante los años de estudio donde la aprobación sólo sería por asistencia.
- Realizar programas permanentes de actividad física orientada a la salud.
- Realizar campañas permanentes de difusión acerca de la vida saludable.
- Establecer un número de electivos deportivos durante todos los años de estudio.

Respecto a la primera acción, incluir una asignatura obligatoria de tres veces a la semana durante los años de estudio donde la aprobación solo sea por asistencia, la iniciativa es calificada con un promedio de 6,81 por todas las carreras. Sin embargo, los estudiantes de Pedagogía Educación Física son los que valoran más la idea, calificándola sobre el promedio con un 7,79.

En la idea de realizar programas permanentes de actividad física orientada a la salud, se obtiene un promedio general de todas las carreras de 7,75 en donde nuevamente son los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Educación Física los que valoran más esta idea calificándola con un promedio de 8,43.

En relación con la idea de realizar campañas permanentes de difusión acerca de la vida saludable se obtiene un promedio general de todas las carreras de 7,10. Nuevamente la carrera de Pedagogía en Educación Física valora más la idea calificándola sobre el promedio con un 7,76, aunque también la idea es valorada por los estudiantes de Pedagogía en Educación Básica quienes la califican con un 7,28.

Por último, sobre la posibilidad de establecer un número de electivos deportivos durante todos los años de estudio es calificada con un promedio de 8,25, siendo ésta la iniciativa más valorada por todas las carreras. De nuevo son los estudiantes de la carrera de Educación Física los que valoran en mayor medida esta idea como una de las que realizarían para fomentar la actividad física dentro de la universidad.

<b>Tabla Nº 63: Distribución de los casos según las acciones que más valoran los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía para fomentar la actividad física dentro de la respectiva universidad.</b>					
<b>CARRERA</b>		<b>ACCIÓN 1</b>	<b>ACCIÓN 2</b>	<b>ACCIÓN 3</b>	<b>ACCIÓN 4</b>
Pedagogía en Educación Básica	Promedio	6,70	7,61	7,28	8,19
	Nº de casos	236	236	236	236
Pedagogía en Educación Física	Promedio	7,79	8,43	7,76	9,14
	Nº de casos	488	488	488	488
Pedagogía en Castellano	Promedio	5,96	7,44	6,41	7,67
	Nº de casos	205	205	205	205
Pedagogía en Historia y Geografía	Promedio	5,68	6,98	6,32	7,18
	Nº de casos	213	213	213	213
Pedagogía en Matemática	Promedio	6,55	7,33	6,69	7,81
	Nº de casos	160	160	160	160
Total	Promedio	6,81	7,75	7,10	8,25
	Nº de casos	1302	1302	1302	1302

### **1.11.5.3. Resultados del análisis bivariado del eje temático nº 4: Consumo de tabaco, alcohol y drogas.**

A continuación se presentan los resultados del análisis bivariado del eje temático referido al consumo de tabaco, alcohol y drogas por programa de Pedagogía.

#### **a) Distribución de los casos según si los encuestados de las distintas carreras de Pedagogía fuman o no.**

Los resultados aportan que en el caso de los estudiantes de Pedagogía en Educación Básica, un 59,7% declara no fumar; mientras que el porcentaje restante (40,3%), afirma fumar.

Por su parte, en los estudiantes que pertenecen a la carrera de Pedagogía en Educación Física se observa que el 75,4% de ellos no fuma y el 24,6% tiene el hábito de fumar.

En la carrera de Pedagogía en Castellano, el 50,2% de sus estudiantes declara fumar en tanto que el 49,8% restante manifiesta no fumar.

Respecto de los estudiantes que pertenecen a la carrera de Pedagogía en Historia y Geografía, el 54% de ellos afirma fumar y el 46% restante señala que no fuma.

Por último, en relación con los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Matemática, un 52,5% declara que no fuma; mientras que el 47,5% restante afirma que sí lo hace.

<b>Tabla Nº 64: Distribución de los casos según si los encuestados de las distintas carreras de Pedagogía fuman o no.</b>				
<b>CARRERA</b>		<b>FUMA</b>		<b>TOTAL</b>
		<b>Sí</b>	<b>No</b>	
Pedagogía en Educación Básica	Fr.	95	141	236
	%	40,3%	59,7%	100,0%
Pedagogía en Educación Física	Fr.	120	368	488
	%	24,6%	75,4%	100,0%
Pedagogía en Castellano	Fr.	103	102	205
	%	50,2%	49,8%	100,0%
Pedagogía en Historia y Geografía	Fr.	115	98	213
	%	54,0%	46,0%	100,0%
Pedagogía en Matemática	Fr.	76	84	160
	%	47,5%	52,5%	100,0%
Total	Fr.	509	793	1.302
	%	39,1%	60,9%	100,0%

**b) Distribución de los casos de solo aquellos estudiantes que declaran fumar de los distintos programas de Pedagogía.**

Considerando los casos de sólo aquellos estudiantes que declaran consumir tabaco (509 casos), la Tabla nº 65 evidencia que el 23,6% (120 casos) de los estudiantes de Pedagogía en Educación Física consumen tabaco; le siguen los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Historia y Geografía con 22,6% (115 casos); luego los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Castellano con 20,2% (103 casos); los estudiantes de la carrera de Pedagogía Básica con un 18,7% (95 casos); y finalmente, los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Matemática con 14,6% (76 casos).

<b>Tabla Nº 65: Distribución de los casos de solo aquellos estudiantes que declaran fumar de los distintos programas de Pedagogía.</b>				
<b>CARRERA</b>		<b>FUMA</b>		<b>TOTAL</b>
		<b>Sí</b>	<b>No</b>	
Pedagogía en Educación Básica	Fr.	95	141	236
	%	18,7%	17,8%	18,1%
Pedagogía en Educación Física	Fr.	120	368	488
	%	23,6%	46,4%	37,5%
Pedagogía en Castellano	Fr.	103	102	205
	%	20,2%	12,9%	15,7%
Pedagogía en Historia y Geografía	Fr.	115	98	213
	%	22,6%	12,4%	16,4%
Pedagogía en Matemática	Fr.	76	84	160
	%	14,9%	10,6%	12,3%
Total	Fr.	509	793	1.302
	%	100,0%	100,0%	100,0%

**c) Distribución de los casos según la cantidad de cigarrillos que fuman los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía diariamente.**

Respecto de los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía que declaran fumar, éstos consumen diariamente las siguientes cantidades de cigarrillos:

Entre los estudiantes que son fumadores, pertenecientes a la carrera de Pedagogía en Educación Básica, el 26,3% dice fumar entre 1 y 4 cigarrillos diarios; le sigue el 11,9% de estudiantes, que declara fumar entre 5 y 10 cigarrillos diarios; un 1,3% fuma entre 10 y 20 cigarrillos al día. Ninguno de los encuestados dice fumar más de 20 cigarrillos diarios. El 60,6% de los estudiantes que pertenecen a esta carrera no fuma.

Respecto a los estudiantes de Pedagogía en Educación Física que afirman fumar,

el 20,7% de ellos expresa que fuma entre 1 y 4 cigarrillos diarios; el 1,8% dice fumar entre 5 y 10 cigarrillos diarios; el 1% de ellos fuma entre 10 y 20 cigarrillos diarios; y el 0,4% señala fumar más de 20 cigarrillos diarios. El 76% de los estudiantes que pertenecen a esta carrera no fuma.

En relación con los estudiantes de Pedagogía en Castellano que sí fuman, el porcentaje mayor de ellos, correspondiente al 28,8% dice fumar entre 1 y 4 cigarrillos diario; el 17,1% fuma entre 5 y 10 cigarrillos diarios; un 4,9% fuma entre 10 y 20 cigarrillos diarios y nadie dice fumar más de 20 cigarrillos diarios. El 49,3% de los estudiantes que pertenecen a esta carrera no fuma.

De los estudiantes que pertenecen a la carrera de Pedagogía Historia y Geografía que declaran fumar; el 31,1% expresa fumar entre 1 y 4 cigarrillos diarios; seguidos por un 17,4% que dice fumar entre 5 y 10 cigarrillos diarios; el 4,7% dice que fuma entre 10 y 20 cigarrillos diarios; y el 1,4% dice fumar más de 20 cigarrillos diarios. El 44,6% de los estudiantes de esta carrera señala no fumar.

Por último, los estudiantes de Pedagogía en Matemática que señalan fumar, el porcentaje mayor fuma entre 1 y 4 cigarrillos diarios, lo que corresponde al 30%; mientras que el 13,8% declara fumar entre 5 y 10 cigarrillos diarios; un 4,4% señala fumar entre 10 y 20 cigarrillos diarios; y nadie manifiesta fumar más de 20 cigarrillos diarios. De los estudiantes pertenecientes a esta carrera el 51,9% afirma que no fuma.

<b>Tabla Nº 66: Distribución de los casos según la cantidad de cigarrillos que fuman los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía diariamente.</b>							
<b>CARRERA</b>		<b>CIGARRILLOS QUE FUMA DIARIAMENTE</b>					<b>TOTAL</b>
		Entre 1 y 4 diarios	Entre 5 y 10 diarios	Entre 10 y 20 diarios	Más de 20 diarios	No fuma	
Pedagogía en Educación Básica	Fr.	62	28	3	0	143	236
	%	26,3%	11,9%	1,3%	0,0%	60,6%	100,0%
Pedagogía en Educación Física	Fr.	101	9	5	2	371	488
	%	20,7%	1,8%	1,0%	0,4%	76,0%	100,0%
Pedagogía en Castellano	Fr.	59	35	10	0	101	205
	%	28,8%	17,1%	4,9%	0,0%	49,3%	100,0%
Pedagogía en Historia y Geografía	Fr.	68	37	10	3	95	213
	%	31,9%	17,4%	4,7%	1,4%	44,6%	100,0%
Pedagogía en Matemática	Fr.	48	22	7	0	83	160
	%	30,0%	13,8%	4,4%	0,0%	51,9%	100,0%
Total	Fr.	338	131	35	5	793	1.302
	%	26,0%	10,1%	2,7%	0,4%	60,9%	100,0%

**d) Distribución de los casos según la cantidad de días en que han fumado en el último mes los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía.**

Respecto de los estudiantes que declaran fumar de la carrera de Pedagogía en Educación Básica; el 15,9% señala haber fumado cada día en los últimos 30 días del mes. A esta cifra le sigue el 9,5% de los estudiantes que manifiestan haber fumado entre 20 a 29 días del mes; el 5,5% señala haber fumado entre 10 a 19 días al mes; el 6,4% señala haber fumado entre 6 a 9 días al mes; un 2,3% de los estudiantes fumó entre 3 a 5 días del mes; y finalmente, el 4,1% de los estudiantes de esta carrera señala haber fumado entre 1 a 2 días al mes.

De los estudiantes que declaran fumar de la carrera de Pedagogía en Educación física; el 5,3% señalan fumar entre 10 a 19 días en el mes; seguido por el 5,1% que señala fumar entre 20 y 29 días al mes; un 4,2% de los estudiantes de Educación Física señala haber fumado los últimos treinta días del mes. El resto de los estudiantes que sí fuman de esta carrera, se divide en los siguientes porcentajes: un 4% afirma haber fumado entre 6 a 9 días del mes; un 4% señala haber fumado entre 3 a 5 días al mes; y un 3,8% afirma haber fumado entre 1 a 2 días en el último mes.

Por su parte, de la carrera de Pedagogía en Castellano el 22,4% de los estudiantes que declaran fumar, lo han hecho cada día en los últimos 30 días. A ello le sigue el 13,3%, que fumaron entre 20 a 29 días en el último mes; un 8,7% de los estudiantes declaran haber fumado entre 10 a 19 días al mes; el 3,6% afirma haberlo hecho de 6 a 9 días al mes; el 3,1% señala haber fumado de 3 a 5 días al mes; y sólo el 2% señala haber fumado entre 1 a 2 días en el último mes.

En relación con los estudiantes que declaran fumar pertenecientes a la carrera de Pedagogía en Historia y Geografía; el 26,3% señala haber fumado cada día en los últimos 30 días del mes. El resto de los porcentajes se distribuye de la siguiente forma: el 10,7% señala haber fumado entre 20 a 29 días al mes; un 6,8% de estos estudiantes manifiesta haber fumado entre 10 a 19 días; el 6,3% fumó de 6 a 9 días al mes; el 2,4% expresa haber fumado entre 3 a 5 días al mes y el 3,9% de estos estudiantes señala haber fumado entre 1 a 2 días en el último mes.

Por último, de los estudiantes que pertenecen a la carrera de Pedagogía en Matemática que dicen fumar; el 16,9% de ellos manifiesta haber fumado cada día en los últimos 30 días. El resto de los porcentajes se distribuyen así: el 13,6% afirma haber fumado que entre 20 a 29 días al mes; un 11% lo hizo entre 10 a 19 días al mes; el 1,9% de estos estudiantes indica que fumó de 6 a 9 días del mes; el 2,6% señala que fumó de entre 3 a 5 días del mes y el 5,2% señala que lo hizo de 1 a 2 días en el último mes.

<b>Tabla Nº 67: Distribución de los casos según la cantidad de días en que han fumado en el último mes los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía.</b>									
<b>CARRERA</b>		<b>CANTIDAD DE DÍAS FUMADOS AL MES</b>							<b>TOTAL</b>
		0 días	1 a 2 días	3 a 5 días	6 a 9 días	10 a 19 días	20 a 29 días	Cada día en los últimos 30 días	
Pedagogía en Educación Básica	Fr.	124	9	5	14	12	21	35	220
	%	56,4%	4,1%	2,3%	6,4%	5,5%	9,5%	15,9%	100,0%
Pedagogía en Educación Física	Fr.	332	17	18	18	24	23	19	451
	%	73,6%	3,8%	4,0%	4,0%	5,3%	5,1%	4,2%	100,0%
Pedagogía en Castellano	Fr.	92	4	6	7	17	26	44	196
	%	46,9%	2,0%	3,1%	3,6%	8,7%	13,3%	22,4%	100,0%
Pedagogía en Historia y Geografía	Fr.	89	8	5	13	14	22	54	205
	%	43,4%	3,9%	2,4%	6,3%	6,8%	10,7%	26,3%	100,0%
Pedagogía en Matemática	Fr.	75	8	4	3	17	21	26	154
	%	48,7%	5,2%	2,6%	1,9%	11,0%	13,6%	16,9%	100,0%
TOTAL	Fr.	712	46	38	55	84	113	178	1.226
	%	58,1%	3,8%	3,1%	4,5%	6,9%	9,2%	14,5%	100,0%

**e) Distribución de los casos según razones por las que los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía consumen tabaco.**

Respecto de las razones por las que los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía consumen tabaco, los resultados son los siguientes.

En el caso de los estudiantes que pertenecen a la carrera de Pedagogía en Educación Básica y que afirman consumir tabaco, el 14,5% señala que lo hacen porque les gusta; el 10,9% de los estudiantes lo hacen por ansiedad; el 10,4% expresa hacerlo porque los tranquiliza y relaja y el 5,9% afirma consumir tabaco por otras razones distintas de las anteriormente mencionadas.

Respecto a los estudiantes de Pedagogía en Educación física, el 9,1% dice consumir tabaco porque le gusta; el 4,9% expresa que lo hace porque los tranquiliza y relaja; un 4% declara fumar por ansiedad; y el 7,4% dice que lo hace por otras razones diferentes de las anteriormente mencionadas.

En relación con los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Castellano, el 25,8% señala que lo hacen porque le gusta; un 9,8% expresa que fuma porque los tranquiliza y relaja; el 9,8% fuma por ansiedad; y el 5,2% de estos estudiantes señala consumir por otras razones distintas de las anteriormente mencionadas.

En el caso de los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Historia y Geografía, un 22,4% señala consumir tabaco porque le gusta; el 19,9% lo hace porque los tranquiliza y relaja; un 8,5% consume tabaco por ansiedad; y el 5% lo hace por otro tipo de razones distintas e las mencionadas

Por último, de los estudiantes que pertenecen a la carrera de Pedagogía en Matemática, el 20% dice consumir tabaco porque le gusta; el 9% de ellos expresa que consume tabaco porque los tranquiliza y relaja; un 15,5% consume tabaco por ansiedad; y el 5,8% lo hace por otro tipo de razones distintas de las mencionadas anteriormente.

Tabla N° 68: Distribución de los casos según razones por las que los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía consumen tabaco.							
CARRERA		RAZONES POR LAS QUE CONSUME TABACO					TOTAL
		Porque le gusta	Porque lo tranquiliza y relaja	Por ansiedad	Por otras razones	No consume	
Pedagogía en Educación Básica	Fr.	32	23	24	13	129	221
	%	14,5%	10,4%	10,9%	5,9%	58,4%	100,0%
Pedagogía en Educación Física	Fr.	43	23	19	35	350	470
	%	9,1%	4,9%	4,0%	7,4%	74,5%	100,0%
Pedagogía en Castellano	Fr.	50	19	19	10	96	194
	%	25,8%	9,8%	9,8%	5,2%	49,5%	100,0%
Pedagogía en Historia y Geografía	Fr.	45	40	17	10	89	201
	%	22,4%	19,9%	8,5%	5,0%	44,3%	100,0%
Pedagogía en Matemática	Fr.	31	14	24	9	77	155
	%	20,0%	9,0%	15,5%	5,8%	49,7%	100,0%
Total	Fr.	201	119	103	77	741	1.241
	%	16,2%	9,6%	8,3%	6,2%	59,7%	100,0%

**f) Distribución de los casos según las acciones que más valoran los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía para bajar los índices de consumo de tabaco al interior de la respectiva universidad.**

La Tabla n° 69 consigna los resultados de la P29 del cuestionario, que mide el nivel de valoración acerca de las acciones que más valoran los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía para disminuir los índices de consumo de tabaco al interior de la respectiva universidad. Esta valoración se expresa en una escala de 1 a 10, donde 1 es lo de menor valoración y 10 corresponde a la máxima valoración.

De esta forma, las acciones que realizarían tanto hombres como mujeres para reducir los índices de consumo de tabaco en las dependencias de la universidad, serían las siguientes:

- Tener un espacio libre para el consumo de tabaco en la universidad.
- Prohibir el consumo de tabaco al interior de la universidad.
- Prohibir el consumo de tabaco en espacios cerrados al interior de la universidad.
- Realizar campañas de difusión permanentes.

Respecto de la idea de tener un espacio libre para el consumo de tabaco en la universidad para disminuir los índices de consumo de tabaco, se obtiene un promedio general de 5,1. No se presentan grandes diferencias en el nivel de valoración de las distintas carreras. El mayor promedio que se inclina por un espacio libre para el consumo de tabaco corresponde a un 5,8 que representa a la carrera de Pedagogía en Matemática.

Por su parte, sobre la idea de prohibir el consumo de tabaco en la universidad para disminuir los índices de consumo de tabaco, se obtiene un promedio general de 4,4. Sólo los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Educación Física califican la iniciativa con un promedio de 6,1 sobre el promedio.

Así mismo, respecto a la idea de prohibir el consumo de tabaco en espacios cerrados de la universidad para disminuir los índices de consumo de tabaco se obtiene un promedio general de 8,4, siendo ésta la idea más valorada por parte de los estudiantes de las distintas carreras. Ahora bien, la carrera que más la valora la acción es la de Pedagogía en Educación física, que le otorga el mayor promedio que está por sobre el promedio general, un 9,2.

Por último, la acción de realizar campañas de difusión permanentes logra un promedio general de 7,6 y la mayor calificación la otorgan los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Educación Física.

<b>Tabla N° 69: Distribución de los casos según las acciones que más valoran los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía para bajar los índices de consumo de tabaco al interior de la respectiva universidad.</b>					
<b>CARRERA</b>		<b>ACCIÓN 1</b>	<b>ACCIÓN 2</b>	<b>ACCIÓN 3</b>	<b>ACCIÓN 4</b>
Pedagogía en Educación Básica	Promedio	5,13	4,27	8,44	7,70
	Nº de casos	215	215	218	221
Pedagogía en Educación Física	Promedio	4,68	6,13	9,28	8,48
	Nº de casos	462	466	470	470
Pedagogía en Castellano	Promedio	5,10	3,17	8,11	7,05
	Nº de casos	194	192	200	199
Pedagogía Historia y Geografía	Promedio	5,49	2,86	7,01	6,60
	Nº de casos	201	194	195	199
Pedagogía en Matemática	Promedio	5,81	3,26	8,19	7,04
	Nº de casos	149	150	150	150
Total	Promedio	5,10	4,46	8,45	7,63
	Nº de casos	1.221	1.217	1.233	1.239

**g) Distribución de los casos según el consumo de alcohol por programa de Pedagogía.**

Los estudiantes que pertenecen a la carrera de Pedagogía en Educación Básica que señalan consumir alcohol representan el 62,7% mientras que el 37,3% restante no lo hace.

De la carrera de Pedagogía en Educación Física se observa que el 67,2% de los estudiantes consume alcohol en tanto que el 32,8% no lo hace.

En relación con la carrera de Pedagogía en Castellano, el 72,7% de los estudiantes señala consumir alcohol y el resto (27,3%), dice no consumir.

En la carrera de Pedagogía en Historia y Geografía, un 78,9% de sus estudiantes declara que consume alcohol en tanto que el 21,1% restante no consume.

Por último, de la carrera de Pedagogía en Matemática, el 70,6% de sus estudiantes señala consumir alcohol; mientras que el 29,4% restante no consume.

<b>Tabla Nº 70: Distribución de los casos según el consumo de alcohol por programa de Pedagogía.</b>				
<b>CARRERA</b>		<b>CONSUME ALCOHOL</b>		<b>TOTAL</b>
		Sí	No	
Pedagogía en Educación Básica	Fr.	148	88	236
	%	62,7%	37,3%	100,0%
Pedagogía en Educación Física	Fr.	328	160	488
	%	67,2%	32,8%	100,0%
Pedagogía en Castellano	Fr.	149	56	205
	%	72,7%	27,3%	100,0%
Pedagogía en Historia y Geografía	Fr.	168	45	213
	%	78,9%	21,1%	100,0%
Pedagogía en Matemática	Fr.	113	47	160
	%	70,6%	29,4%	100,0%
Total	Fr.	906	396	1.302
	%	69,6%	30,4%	100,0%

#### **h) Distribución de los casos de solo aquellos estudiantes de los distintos programas de Pedagogía que declaran consumir alcohol.**

De acuerdo a los 906 casos de los estudiantes que declaran consumir alcohol, se observa que los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Educación Física lo hacen en un 36,2% (328 casos). Le sigue a esta cifra las carreras de Pedagogía en Historia y Geografía con 18,5% (168 casos); Pedagogía en Castellano con un 16,4% (149 casos); Pedagogía en Educación Básica con un 16,3% (148 casos); y la carrera de Pedagogía en Matemática con un 12,3% (113 casos).

<b>Tabla Nº 71: Distribución de los casos de solo aquellos estudiantes de los distintos programas de Pedagogía que declaran consumir alcohol.</b>				
<b>CARRERA</b>		<b>CONSUME ALCOHOL</b>		<b>TOTAL</b>
		Sí	No	
Pedagogía en Educación Básica	Fr.	148	88	236
	%	16,3%	22,8%	18,1%
Pedagogía en Educación Física	Fr.	328	160	488
	%	36,2%	40,4%	37,5%
Pedagogía en Castellano	Fr.	149	56	205
	%	16,4%	14,1%	15,7%
Pedagogía en Historia y Geografía	Fr.	168	45	213
	%	18,5%	11,4%	16,4%
Pedagogía en Matemática	Fr.	113	47	160
	%	12,5%	11,9%	12,3%
Total	Fr.	906	396	1.302
	%	100,0%	100,0%	100,0%

**i) Distribución de los casos según la cantidad de copas que ingieren los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía.**

Respecto de los estudiantes que declaran consumir alcohol, los de la carrera de Pedagogía en Educación Básica afirman en un 25,4% que ingieren entre 1 y 2 copas; el 23,3% de los estudiantes señalan consumir entre 3 y 4 copas de alcohol; el 10,3% ingiere entre 5 y 6 copas y el 5,2% más de 7 copas.

Así mismo, un 27,7% de los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Educación Física manifiesta que cuando consumen alcohol ingieren entre 3 y 4 copas; mientras que el 23,8% de los estudiantes entre 1 y 2 copas; el 10,2% afirma ingerir entre 5 y 6 copas y el 7,1% afirma que cuando consume alcohol ingiere más de 7 copas.

Entre los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Castellano; un 31,2% asegura

ingerir entre 3 y 4 copas; el 17,1% de los estudiantes entre 1 y 2 copas; el 13,2% entre 5 y 6 copas y el 13,7% más de 7 copas.

En el caso de los estudiantes de la carrera de Pedagogía Historia y Geografía; un 32,4% indica que cuando consumen alcohol ingiere entre 3 y 4 copas; le sigue el 19% que señala consumir entre 5 y 6 copas; un 15,7% entre 1 y 2 copas y el 13,3% que afirma consumir más de 7 copas.

Por último, entre los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Matemática; un 21,8% expresa que cuando consume alcohol ingiere entre 1 y 2 copas; le sigue el 21,2% que señala consumir entre 3 y 4 copas; un 16% que bebe entre 5 y 6 copas y el 12,8% que declara consumir más de 7 copas.

<b>Tabla Nº 72: Distribución de los casos según la cantidad de copas que ingieren los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía.</b>							
<b>CARRERA</b>		<b>CANTIDAD DE COPAS QUE INGIERE</b>					<b>TOTAL</b>
		Entre 1 y 2	Entre 3 y 4	Entre 5 y 6	Entre 7 y más	No toma	
Pedagogía en Educación Básica	Fr.	59	54	24	12	83	232
	%	25,4%	23,3%	10,3%	5,2%	35,8%	100,0%
Pedagogía en Educación Física	Fr.	114	133	49	34	150	480
	%	23,8%	27,7%	10,2%	7,1%	31,3%	100,0%
Pedagogía en Castellano	Fr.	35	64	27	28	51	205
	%	17,1%	31,2%	13,2%	13,7%	24,9%	100,0%
Pedagogía en Historia y Geografía	Fr.	33	68	40	28	41	210
	%	15,7%	32,4%	19,0%	13,3%	19,5%	100,0%
Pedagogía en Matemática	Fr.	34	33	25	20	44	156
	%	21,8%	21,2%	16,0%	12,8%	28,2%	100,0%
Total	Fr.	275	352	165	122	369	1.283
	%	21,4%	27,4%	12,9%	9,5%	28,8%	100,0%

**j) Distribución de los casos según frecuencia de consumo de alcohol de los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía.**

Los resultados en la Tabla nº 73 muestran que de aquellos estudiantes de la carrera de Pedagogía en Educación Básica que aseguran consumir alcohol, el 40% manifiesta que la frecuencia con la que lo hace es menos de 3 veces al mes; a lo que le sigue el 22,6% que expresa consumir entre 1 a 2 veces por semana; el 0,9% señala que su frecuencia es entre 3 a 4 veces por semana; y sólo el 0,4% indica una periodicidad de 5 ó más veces por semana.

Por su parte, de los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Educación Física, el 40,7% señala consumir alcohol menos de 3 veces al mes; mientras que el 23,8% de los estudiantes tiene una frecuencia de consumo de entre 1 a 2 veces por semana; el 2,5% entre 3 a 4 veces por semana y el 0,8% lo hace 5 veces o más por semana.

Respecto de los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Castellano, el 40% señala consumir alcohol menos de 3 veces al mes; el 30,2% consume alcohol entre 1 a 2 veces por semana; el 4,4% entre 3 a 4 veces por semana y ninguno de los estudiantes de esta carrera bebe 5 ó mas veces por semana.

Entre los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Historia y Geografía, el 40,4% señala que la frecuencia con la que consumen alcohol es menos de 3 veces al mes; el 35,7% lo hace entre 1 a 2 veces por semana; el 2,8% consume alcohol 3 a 4 veces por semana; y el 1,4% señala que la frecuencia de consumo es de 5 ó más veces por semana.

Finalmente, de los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Matemática, el 37,8% manifiesta que la frecuencia con la que consume alcohol es menos de 3 veces al mes; seguido por el 29,5% que consume con una frecuencia de entre 1 a 2 veces por semana; el 3,8% que señala consumir entre 3 a 4 veces por semana y

el 0,6% que consume alcohol 5 ó más veces por semana.

<b>Tabla N° 73: Distribución de los casos según frecuencia de consumo de alcohol de los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía.</b>							
<b>CARRERA</b>		<b>FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL</b>					<b>TOTAL</b>
		Menos de 3 veces al mes	Entre 1 y 2 veces por semana	Entre 3 y 4 veces por semana	5 ó más veces por semana	No toma	
Pedagogía en Educación Básica	Fr.	92	52	2	1	83	230
	%	40,0%	22,6%	0,9%	0,4%	36,1%	100,0%
Pedagogía en Educación Física	Fr.	197	115	12	4	156	484
	%	40,7%	23,8%	2,5%	0,8%	32,2%	100,0%
Pedagogía en Castellano	Fr.	82	62	9	0	52	205
	%	40,0%	30,2%	4,4%	0,0%	25,4%	100,0%
Pedagogía en Historia y Geografía	Fr.	86	76	6	3	42	213
	%	40,4%	35,7%	2,8%	1,4%	19,7%	100,0%
Pedagogía en Matemática	Fr.	59	46	6	1	44	156
	%	37,8%	29,5%	3,8%	0,6%	28,2%	100,0%
Total	Fr.	516	351	35	9	377	1.288
	%	40,1%	27,3%	2,7%	0,7%	29,3%	100,0%

**k) Distribución de los casos según las razones por las que los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía consumen alcohol.**

Los resultados indican que los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Educación Básica, un 40,6% lo hace porque le gusta; un 5,7% plantea que ingiere alcohol para relajarse; ningún encuestado señala que consume para olvidar problemas; y el 17,9% consume por otras razones diferentes e las planteadas anteriormente.

Los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Educación Física: el 33,1% manifiesta consumir alcohol porque le gusta; el 6,9% plantea que lo hace para relajarse; el 1,2% señala consumir alcohol para olvidar problemas y por último, el 27,0% consume por otras razones distintas de las ya mencionadas.

Respecto de los estudiantes pertenecientes a la carrera de Pedagogía en Castellano, el 42,1% de ellos señala consumir alcohol porque le gusta; el 11,4% consume para relajarse; el 2,0% afirma que lo hace para olvidar problemas y el 19,3% consume alcohol por otras razones distintas de las ya mencionadas.

En relación con los estudiantes que pertenecen a la carrera de Pedagogía en Historia y Geografía, el 46,2% expresa consumir alcohol porque le gusta mientras que el 14,8% ingiere alcohol para relajarse; el 1,9% de los encuestados consume para olvidar problemas y el 17,6% lo hace por otras razones distintas de las mencionadas.

Finalmente, de los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Matemática, el 39,7% señala consumir alcohol porque le gusta; el 11,5% para relajarse; el 1,9% señala que consume para olvidar problemas y el 18,6% lo hace por otras razones distintas de las mencionadas.

<b>Tabla N° 74: Distribución de los casos según las razones por las que los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía consumen alcohol.</b>							
<b>CARRERA</b>		<b>RAZONES POR LAS QUE CONSUME ALCOHOL</b>					<b>TOTAL</b>
		Porque le gusta	Para relajarse	Para olvidar problemas	Por otras razones	No consume	
Pedagogía en Educación Básica	Fr.	93	13	0	41	82	229
	%	40,6%	5,7%	0,0%	17,9%	35,8%	100,0%
Pedagogía en Educación Física	Fr.	159	33	6	130	153	481
	%	33,1%	6,9%	1,2%	27,0%	31,8%	100,0%
Pedagogía en Castellano	Fr.	85	23	4	39	51	202
	%	42,1%	11,4%	2,0%	19,3%	25,2%	100,0%
Pedagogía en Historia y Geografía	Fr.	97	31	4	37	41	210
	%	46,2%	14,8%	1,9%	17,6%	19,5%	100,0%
Pedagogía en Matemática	Fr.	62	18	3	29	44	156
	%	39,7%	11,5%	1,9%	18,6%	28,2%	100,0%
Total	Fr.	496	118	17	276	371	1.278
	%	38,8%	9,2%	1,3%	21,6%	29,0%	100,0%

### **I) Distribución de los casos según aplicación de Test de EBBA (encuesta breve del beber normal).**

En la Tabla n° 75 podemos observar los resultados del Test de EBBA que sirve para detectar si se tiene o no problemas con la ingesta de alcohol, en este caso particular, respecto de los estudiantes de las diferentes carreras de Pedagogía consideradas para el estudio.

Los resultados aportan que de los estudiantes de la carrera de Pedagogía Básica, el 58,3% son bebedores normales mientras que el 34,5% son bebedores sin riesgo, aunque se les aconseja tener una consejería. Finalmente, el 11,7% de los encuestados son bebedores en riesgo y deben ir a consulta.

Entre los estudiantes de Pedagogía en Educación Física, el 43,8% de ellos son bebedores normales; el 39,7% son bebedores sin riesgo, aunque se les aconseja acudir a una consejería y el 16,7% por ser bebedores en riesgo, deben consultar una consejería.

De los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Castellano, el 40,7% son bebedores normales en tanto que el 41,0% son sin riesgo, aconsejándoles tener una consejería y el 18,5% son bebedores en riesgo y debe consultar una consejería.

En el caso de los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Historia y Geografía, el 37,7% son bebedores normales mientras que el 45,6% son sin riesgo pero se les aconseja tener una consejería y el 16,7% como bebedores en riesgo, deben consultar una consejería.

Por último, entre los alumnos de la carrera de Pedagogía en Matemática, el 44,7% son bebedores normales; el 34,8% son bebedores sin riesgo pero se les sugiere tener una consejería y el 20,6% son bebedores en riesgo y deben consultar una consejería.

<b>Tabla Nº 75: Distribución de los casos según aplicación de Test de EBBA (encuesta breve del beber normal).</b>					
<b>CARRERA</b>		<b>TEST DE EBBA</b>			<b>TOTAL</b>
		Bebedor sin problemas	Beber sin riesgo se sugiere una consejería	Bebedor en riesgo debe consultar una consejería	
Pedagogía en Educación Básica	Fr.	106	68	23	197
	%	53,8%	34,5	11,7%	100,0%
Pedagogía en Educación Física	Fr.	181	164	68	413
	%	43,8	39,7	16,5	100,0
Pedagogía en Castellano	Fr.	79	80	36	195
	%	40,5%	41,0	18,5	100,0
Pedagogía en Historia y Geografía	Fr.	77	93	34	204
	%	37,7	45,6	16,7	100,0
Pedagogía en Matemática	Fr.	63	49	29	141
	%	44,7%	34,8	20,6	100,0
Total	Fr.	506	454	190	1.150
	%	44,0	39,5	16,5	100,0

**m) Distribución de los casos según las acciones que más valoran los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía para bajar los índices de consumo de alcohol y drogas al interior de la universidad.**

La Tabla nº 76 corresponde a la P38 del cuestionario y mide el nivel de valoración de los encuestados respecto de las acciones que más valoran en una escala de 1 a 10, donde 1 es la menor valoración y 10 corresponde a la máxima valoración. En relación a las acciones que realizarían tanto hombres como mujeres para disminuir los índices de consumo de alcohol y drogas en el seno de la universidad, serían

las siguientes:

- Prohibir el consumo de alcohol y drogas al interior de la universidad.
- Realizar campañas de difusión permanente, orientadas a disminuir el consumo de alcohol y drogas en los estudiantes.
- Realizar charlas informativas.
- Realizar grupos de conversación.

La idea de prohibir el consumo de alcohol y drogas dentro de la universidad obtiene bajos niveles de valoración por parte de las distintas carreras de pedagogía. Únicamente los estudiantes de Educación Física le otorgan el promedio más alto el que equivale a un 6,8.

Por otra parte, la idea de realizar campañas de difusión permanente, orientadas a disminuir el consumo de alcohol y drogas entre los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía se obtiene un promedio de 7,2 en todas las carreras, siendo nuevamente la carrera de Pedagogía Educación Física la que otorga mayor valoración a esta iniciativa.

En relación con la idea de realizar charlas informativas para evitar el consumo de alcohol y drogas en la universidad, se obtiene un promedio de 6,9 en general, en donde de nuevo son los estudiantes de la carrera de Pedagogía Educación Física quienes demuestran más valoración que los demás, otorgándole el mayor promedio correspondiente a un 7,6.

Por último, la idea de realizar grupos de conversación para disminuir los índices de consumo de alcohol y drogas dentro de la universidad, se obtiene un promedio general de 6,4. La carrera que más valoración otorga a esta idea es la de Pedagogía en Educación física, que la califica sobre el promedio general con un 7,03.

<b>Tabla N° 76: Distribución de los casos según las acciones que más valoran los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía para bajar los índices de consumo de alcohol y drogas al interior de la universidad.</b>					
<b>CARRERA</b>		<b>ACCIÓN 1</b>	<b>ACCIÓN 2</b>	<b>ACCIÓN 3</b>	<b>ACCIÓN 4</b>
Pedagogía en Educación Básica	Promedio	5,92	7,21	7,02	6,80
	Nº de casos	222	228	224	226
Pedagogía en Educación Física	Promedio	6,85	8,13	7,66	7,03
	Nº de casos	474	479	476	475
Pedagogía en Castellano	Promedio	4,47	6,59	6,38	5,62
	Nº de casos	196	197	196	197
Pedagogía en Historia y Geografía	Promedio	3,61	6,19	5,92	5,56
	Nº de casos	203	203	203	203
Pedagogía en Matemática	Promedio	4,45	6,56	6,43	5,97
	Nº de casos	152	152	152	151
Total	Promedio	5,49	7,22	6,91	6,40
	Nº de casos	1247	1259	1251	1.252

**n) Distribución de los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía sobre el consumo actual de drogas.**

En la Tabla n° 77 se presentan los resultados de los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía. Al respecto, los estudiantes que pertenecen a la carrera de Pedagogía en Educación Básica señalan en un 85,5% que no consumen drogas actualmente mientras que el 14,5% lo hacen en la actualidad.

En el caso de los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Educación Física se observa que un 89,3% declara no consumir drogas actualmente en tanto que un 10,7% sí consume en la actualidad.

El 68,4% de los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Castellano manifiesta

no consumir drogas en la actualidad, justo al contrario que el 31,6% restante, que manifiesta hacerlo.

Respecto de los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Historia y Geografía, el 74,6% declara no consumir drogas; en tanto que el 25,4% dice hacerlo actualmente.

Por último, en relación con los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Matemática, el 89,3% afirma no consumir drogas actualmente y el 10,7% restante, señala sí consumir drogas en la actualidad.

<b>Tabla Nº 77: Distribución de los casos según si los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía consumen droga actualmente.</b>				
<b>CARRERA</b>		<b>CONSUME DROGAS</b>		<b>TOTAL</b>
		<b>ACTUALMENTE</b>		
		Sí	No	
Pedagogía en Educación Básica	Fr.	30	177	207
	%	14,5%	85,5%	100,00%
Pedagogía en Educación Física	Fr.	48	399	447
	%	10,7%	89,3%	100,00%
Pedagogía en Castellano	Fr.	30	65	95
	%	31,6%	68,4%	100,00%
Pedagogía en Historia y Geografía	Fr.	54	159	213
	%	25,4%	74,6%	100,00%
Pedagogía en Matemática	Fr.	9	75	84
	%	10,7%	89,3%	100,00%
Total	Fr.	171	875	1.046
	%	16,3%	83,7%	100,00%

**o) Distribución de los casos de solo aquellos estudiantes que consumen drogas en la actualidad por carrera de Pedagogía.**

De los 171 estudiantes que declaran consumir drogas en la actualidad, los que pertenecen a la carrera de Pedagogía en Historia y Geografía representan el 31,6% (54 casos). Le siguen los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Educación Física con 48 casos (28,1%) el 17,5% de los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Educación Básica y de Pedagogía en Castellano consumen drogas en la actualidad. Por último, de los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Matemática, el 5,3% (9 casos), consumen drogas en la actualidad.

<b>Tabla Nº 78: Distribución de los casos de solo aquellos estudiantes que consumen drogas en la actualidad por carrera de Pedagogía.</b>				
<b>CARRERA</b>		<b>CONSUME DROGAS</b>		<b>TOTAL</b>
		<b>ACTUALMENTE</b>		
		<b>Sí</b>	<b>No</b>	
Pedagogía en Educación Básica	Fr.	30	177	207
	%	17,5%	20,2%	19,8%
Pedagogía en Educación física	Fr.	48	399	447
	%	28,1%	45,6%	42,7%
Pedagogía en Castellano	Fr.	30	42	95
	%	17,5%	7,4%	9,1%
Pedagogía en Historia y Geografía	Fr.	54	159	213
	%	31,6%	18,2%	20,4%
Pedagogía en Matemática	Fr.	9	75	84
	%	5,3%	8,6%	8,0%
Total	Fr.	171	875	1.046
	%	100,0%	100,0%	100,0%

**p) Distribución de los casos según estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía que han consumido drogas alguna vez.**

Los resultados aportan que el 30,9% de los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Educación Básica han consumido drogas alguna vez y que lo han hecho por curiosidad y/o para probar, pero que no lo ha vuelto a hacer; mientras que el 2,4% dice que consume drogas hace menos de un año; el 2,4% declara consumir hace más de un año; el 2,9% afirma consumir hace más de dos años; el 5,3% declara consumir hace más de tres años; y finalmente, el 1,4% señala que consume desde que entró a la universidad.

En el caso de los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Educación Física se observa que el 34,5% ha consumido drogas alguna vez por curiosidad y/o para probar, pero no lo ha vuelto a hacer en tanto que un 1,3% dice consumir hace menos de un año; el 3,1% afirma consumir hace más de un año; un 2,5% declara consumir hace más de dos años; el 4,7% consume drogas hace más de tres años; y sólo un 0,4% señala que consume drogas desde que entró a la universidad.

Por su parte, de los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Castellano, el 47,4% señala haber consumido alguna vez por curiosidad y/o para probar, pero que no lo ha vuelto a hacer; nadie declara consumir hace menos de un año; el 4,2% consume drogas desde hace más de un año; un 2,1% consume hace más de dos años; el 15,8% declara consumir más de tres años; y sólo el 6,3% señala consumir desde que entró a la universidad.

En el caso de los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Historia y Geografía, el 27,7% señala haber consumido drogas alguna vez por curiosidad y/o para probar, pero que no lo ha vuelto a hacer; mientras que el 3,8% consume hace menos de un año; el 8,5% manifiesta consumir drogas hace más de un año; un 1,9% consume drogas hace más de dos años; el 8,9% indica que consume drogas

hace más de tres años; y sólo un 4,7% señala que lo hace desde que entró a la universidad.

Por último, los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Matemática, el 36,9% señala haber consumido drogas alguna vez por curiosidad y/o para probar, pero que no lo ha vuelto a hacer; en tanto que el 1,2% de este estudiantado dice consumir hace menos de un año; un 2,4% afirma consumir drogas hace más de un año; el 4,8% consume drogas hace más de dos años; el 3,6% expresa consumir drogas hace más de tres años; y por último, el 1,2% manifiesta que consume drogas desde que entró a la universidad.

**Tabla Nº 79: Distribución de los casos según estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía que han consumido drogas alguna vez.**

CARRERA	HA CONSUMIDO DROGAS ALGUNA VEZ							TOTAL	
	Nunca	Alguna vez por curiosidad y/o para probar, pero no lo ha vuelto a hacer	Consumo desde hace menos de un año	Consumo desde hace más de un año	Consumo desde hace más de dos años	Consumo desde hace más de tres años	Consumo desde que entró a la universidad		
P. en Educación Básica	Fr.	113	64	5	5	6	11	3	207
	%	54,6%	30,9%	2,4%	2,4%	2,90%	5,3%	1,4%	100,00%
P. en Educación Física	Fr.	239	154	6	14	11	21	2	447
	%	53,5%	34,5%	1,3%	3,1%	2,5%	4,7%	0,4%	100,00%
P. en Castellano	Fr.	23	45		4	2	15	6	95
	%	24,2%	47,4%	0,00%	4,2%	2,1%	15,8%	6,3%	100,00%
P. en Historia y Geografía	Fr.	95	59	8	18	4	19	10	213
	%	44,6%	27,7%	3,8%	8,5%	1,9%	8,9%	4,7%	100,00%
P. en Matemática	Fr.	42	31	1	2	4	3	1	84
	%	50,0%	36,9%	1,2%	2,4%	4,8%	3,6%	1,2%	100,00%
Total	Fr.	512	353	20	43	27	69	22	1.046
	%	48,9%	33,7%	1,9%	4,1%	2,6%	6,6%	2,1%	100,00%

**q) Distribución de los casos según la frecuencia con la que los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía consumen drogas.**

De aquellos estudiantes que pertenecen a la carrera de Pedagogía Básica y que afirman consumir drogas, el 11,6% señala que es esporádica la frecuencia de consumo, (1 ó 2 veces por año); el 5,8% alude que consume ocasionalmente (aproximadamente una vez al mes) mientras que el 1,0% revela que la frecuencia con la que consume droga es frecuentemente; el 2,9% expresa que consume 1 ó 2 veces a la semana y el 1,9% de los estudiantes de esta carrera indica que la periodicidad con la que consume drogas es de 3 ó más veces a la semana.

En relación con los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Educación Física que aseveran consumir drogas, el 8,5% menciona que la frecuencia de consumo es de 1 ó 2 veces por año; el 7,4% expone que consume ocasionalmente (aproximadamente una vez al mes); el 0,2% de estos estudiantes expresa que la frecuencia con la que consume droga es frecuentemente; el 2,2% afirma que consume 1 ó 2 veces a la semana y el 0,9% de los estudiantes de esta carrera señala que la frecuencia con la que consume drogas es 3 ó más veces a la semana.

En el caso de los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Castellano que afirman consumir drogas, el 12,6% lo hace de forma esporádica, (1 ó 2 veces por año), el 12,6% manifiesta que consume ocasionalmente, (aproximadamente una vez al mes); el 3,2% de estos estudiantes expresa que la periodicidad con la que consume droga es frecuentemente; el 5,3% indica que consume 1 ó 2 veces a la semana y el 10,5% de los estudiantes de esta carrera plantea que la frecuencia con la que consume drogas es 3 ó más veces a la semana.

De los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Historia y Geografía que manifiestan consumir drogas, el porcentaje 13,3% lo hace esporádicamente (1 ó 2 veces por año); un 9,6% señala que consume ocasionalmente (aproximadamente una vez al mes); el 5,0% de estos estudiantes señala que la frecuencia con la que consume droga es frecuentemente; el 5,5% dice que consume 1 ó 2 veces a la semana; y el 2,3% de los estudiantes de esta carrera señala que la frecuencia con la que consume drogas es de 3 ó más veces a la semana.

Finalmente, en el caso de los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Matemáticas que manifiestan consumir drogas, el porcentaje 8,3% reconoce que lo hace muy rara vez o de manera esporádica (1 ó 2 veces por año); un 7,1% consume ocasionalmente (aproximadamente una vez al mes); el 2,4% expresa consumir frecuentemente droga; el 2,4% consume 1 ó 2 veces a la semana; y el 1,2% de los estudiantes que dice consumir drogas lo hace 3 ó más veces a la semana.

<b>Tabla Nº 80: Distribución de los casos según frecuencia con la que los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía consumen drogas.</b>								
CARRERA		FRECUENCIA DE CONSUMO					TOTAL	
		No consumo	Esporádicamente (1 ó 2 veces por año)	Ocasionalmente (aprox. una vez al mes)	Frecuentemente	1 ó 2 veces a la semana		3 ó más veces a la semana
Pedagogía en Educación Básica	Fr.	159	24	12	2	6	4	207
	%	76,8%	11,6%	5,8%	1,0%	2,9%	1,9%	100,00%
Pedagogía en Educación Física	Fr.	361	38	33	1	10	4	447
	%	80,8%	8,5%	7,4%	0,2%	2,2%	0,9%	100,00%
Pedagogía en Castellano	Fr.	55	13	12	3	3	9	95
	%	57,9%	13,7%	12,6%	3,2%	3,2%	9,5%	100,00%
Pedagogía en Historia y Geografía	Fr.	136	28	21	11	12	5	213
	%	63,8%	13,1%	9,9%	5,2%	5,6%	2,3%	100,00%
Pedagogía en Matemática	Fr.	66	7	6	2	2	1	84
	%	78,6%	8,3%	7,1%	2,4%	2,4%	1,2%	100,00%
Total	Fr.	777	110	84	19	33	23	1.046
	%	74,3%	12,40%	8,0%	1,50%	2,90%	1,70%	100,00%

**r) Distribución de los casos según tipo de drogas consumida por los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía en el último mes.**

Entre los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Educación Básica que afirman consumir droga, un 93,0% consume marihuana; el 1,4% declara consumir hachís; y el 2,3% afirma consumir cocaína. Ninguno de estos estudiantes consume pasta base, crack, ni drogas de síntesis.

Para el caso de los estudiantes de la carrera de Educación Física que declaran consumir drogas, un 88,9% consume marihuana; en tanto que un 9,1% consume cocaína; el 3,4% señala consumir hachís; y el 0,6% consume pasta base. Ninguno de estos estudiantes consume crack ni drogas de síntesis.

En el caso de los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Castellano que declaran consumir drogas, un 77,7% consume marihuana; el 11,1% de estos estudiantes consume cocaína; el 7,4% consume hachís; el 1,8% consume crack; y otro 1,8% consume drogas de síntesis. Ninguno de estos estudiantes consume pasta base.

Por su parte, de los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Historia y Geografía que señalan consumir drogas, un 82,3% consume marihuana; un 9,7% consume cocaína; el 8,1% consume hachís. Ninguno de estos estudiantes manifiesta consumir pasta base, crack, ni drogas de síntesis.

Por último, en el caso de los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Matemática que afirman consumir drogas, un 94,3% consume marihuana y un 5,7% cocaína. Ninguno de estos estudiantes consume hachís, pasta base, crack, ni drogas de síntesis.

En general, en las distintas carreras de Pedagogía analizadas se verifica que la gran mayoría de los estudiantes que ha consumido drogas en el último mes, prefieren la marihuana.

<b>Tabla N° 81: Distribución de los casos según tipo de drogas consumida por los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía en el último mes.</b>								
<b>CARRERA</b>		<b>TIPO DE DROGAS</b>						<b>TOTAL</b>
		Hachís	Cocaína	Marihuana	Pasta base	Crack	Drogas de síntesis	
Pedagogía en Educación Básica	Fr.	2	4	87	0	0	0	70
	%	2,3%	4,7%	93,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Pedagogía en Educación física	Fr.	6	16	152	1	0	0	175
	%	3,4%	9,1%	86,9%	0,6%	0,0%	0,0%	100,0%
Pedagogía en Castellano	Fr.	4	6	42	0	1	1	54
	%	7,4%	11,1%	77,7%	0%	1,8%	1,8%	100,0%
Pedagogía en Historia y Geografía	Fr.	5	6	51	0	0	0	62
	%	8,1%	9,7%	82,3%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Pedagogía en Matemática	Fr.	0	2	33	0	0	0	35
	%	0,0%	5,7%	94,3%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Total	Fr.	16	32	345	1	1	1	396
	%	4,1%	8,1%	87,3%	0,3%	0,0%	0,3%	100,0%

**s) Distribución de los casos según razones por las que los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía consumen droga.**

Los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Educación Básica que señalan consumir drogas, un 49,0% dice que lo hace porque les gusta; un 40,8% para relajarse; el 6,1% consume para olvidar problemas; el 2,0% consumen drogas porque lo hacen sus amistades y también el 2,0% porque consumiendo, se sienten desinhibido.

En el caso de los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Educación Física que expresan consumir drogas, el 49,5% lo hace porque les gusta; el 38,4% para relajarse; el 6,1% para olvidar sus problemas; el 6,1% dice consumir drogas porque lo hacen sus amistades y ningún entrevistado dice consumir drogas porque se desinhibe.

De los estudiantes que pertenecen a la carrera de Pedagogía en Castellano que manifiestan consumir drogas, el 53,5% indica que lo hacen porque les gusta; el 34,9% para relajarse; el 9,3% consume para olvidar sus problemas; el 2,3% porque lo hacen los amigos y ningún entrevistado señala consumir drogas porque se desinhibe.

Respecto de los estudiantes que pertenecen a la carrera de Pedagogía en Historia y Geografía, el 54,3% dice consumir drogas porque le gusta; el 37% señala hacerlo para relajarse; un 3,7% consume porque sus amistades lo hacen; el 4,9% para olvidar sus problemas y ningún entrevistado dice consumir drogas porque se desinhibe.

Por último, en el caso de los estudiantes que pertenecen a la carrera de Pedagogía en Matemática y que afirman consumir drogas, el 55,6% dice que lo hace porque le gusta; el 33,3% expresa que consume drogas para relajarse; el 5,6% consume para olvidar sus problemas; el 4,1% porque lo hacen sus amigos; y ninguno dice que lo hace porque se desinhibe.

<b>Tabla N 82: Distribución de los casos según razones por las que los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía consumen droga.</b>							
<b>CARRERA</b>		<b>RAZONES POR LAS QUE CONSUME DROGAS</b>					<b>TOTAL</b>
		Por que le gusta	Por que lo hacen las amistades	Por que se desinhibe	Para relajarse	Para olvidar problemas	
Pedagogía en Educación Básica	Fr.	24	1	1	20	3	49
	%	49,0%	2,0%	2,0%	40,8%	6,1%	100,0%
Pedagogía en Educación física	Fr.	49	6		38	6	99
	%	49,5%	6,1%	0,0%	38,4%	6,1%	100,0%
Pedagogía en Castellano	Fr.	23	1		15	4	43
	%	53,5%	2,3%	0,0%	34,9%	9,3%	100,0%
Pedagogía en Historia y Geografía	Fr.	44	3		30	4	81
	%	54,3%	3,7%	0,0%	37,0%	4,9%	100,0%
Pedagogía en Matemática	Fr.	10	1		6	1	18
	%	56,3%	5,6%	0,0%	33,3%	5,6%	100,0%
Total	Fr.	150	12	1	109	18	290
	%	51,7%	4,1%	0,3%	37,6%	6,2%	100,0%

#### **1.11.5.4. Resultados del análisis bivariado del eje temático N° 5: Promoción y prevención de los factores de riesgo de la salud.**

En este punto se describen los resultados alcanzados respecto del análisis bivariado correspondiente al eje temático referido a la promoción y prevención de los factores de riesgo de la salud.

**a) Distribución de los casos según si los estudiantes consideran que la respectiva universidad promueve la práctica de la actividad física y el deporte además de las clases, cursos electivos deportivos y selecciones deportivas.**

Al respecto, de los estudiantes que pertenecen a la carrera de Pedagogía en Educación Básica, un 68,2% considera que la universidad respectiva no promueve la práctica de la actividad física y el deporte más allá de las clases, cursos electivos deportivos y selecciones deportivas; mientras que el 31,8% opina lo contrario.

En relación con los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Educación Física se advierte que un 62,9% indica que la universidad en la que estudian promueve la práctica de la actividad física y el deporte además de las clases, cursos electivos deportivos y selecciones deportivas; en tanto que el 37,1% opina lo contrario.

En el caso de los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Castellano, el 92,7% dice que la universidad en la que estudian no promueve la práctica de la actividad física y el deporte aparte de las clases, cursos electivos deportivos y selecciones deportivas; mientras que el 7,3% opina lo contrario.

Por su parte, de aquellos estudiantes de la carrera de Pedagogía en Historia y Geografía, el 93,9% manifiesta que su universidad no promueve la práctica de la actividad física y el deporte más allá de las clases, cursos electivos deportivos y selecciones deportivas; en tanto que el 6,1% opina lo contrario.

Por último, de los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Matemática, el 93,1% señala que la universidad en la que estudia no promueve la práctica de la actividad física y el deporte aparte de las clases, cursos deportivos electivos y

selecciones deportivas; en tanto que el 6,9% de estos estudiantes opina lo contrario.

<b>Tabla N° 83: Distribución de los casos según si los estudiantes consideran que la respectiva universidad promueve la práctica de la actividad física y el deporte además de las clases, cursos electivos deportivos y selecciones deportivas.</b>				
<b>CARRERA</b>				<b>TOTAL</b>
		Sí	No	
Pedagogía en Educación Básica	Fr.	75	161	236
	%	31,8%	68,2%	100,0%
Pedagogía en Educación Física	Fr.	307	181	488
	%	62,9%	37,1%	100,0%
Pedagogía en Castellano	Fr.	15	190	205
	%	7,3%	92,7%	100,0%
Pedagogía en Historia y Geografía	Fr.	13	200	213
	%	6,1%	93,9%	100,0%
Pedagogía en Matemática	Fr.	11	149	160
	%	6,9%	93,1%	100,0%
Total	Fr.	421	881	1.302
	%	32,3%	67,7%	100,0%

**b) Distribución de los casos según si los estudiantes consideran que la carrera en la que estudian promueve la práctica de la actividad física y el deporte además de las clases, cursos electivos deportivos y selecciones deportivas.**

De los estudiantes que pertenecen a la carrera de Pedagogía en Educación Básica, el 57,2% señala que su carrera no promueve la práctica de la actividad física y el deporte además de las clases, cursos electivos deportivos y selecciones deportivas; mientras que el 42,8% restante opina lo contrario.

En el caso de los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Educación física, un 68,6% dice que su carrera no promueve la práctica de la actividad física y el

deporte aparte de las clases, cursos electivos deportivos y selecciones deportivas; en tanto que el 31,4% opina lo contrario.

Por otro lado, de los estudiantes que pertenecen a la carrera de Pedagogía en Castellano, el 76,1% manifiesta que la carrera en la que estudian no promueve la práctica de la actividad física y el deporte aparte de las clases, cursos electivos deportivos y selecciones deportivas; mientras que el 23,9% opina lo contrario.

En el caso de los que estudian la carrera de Pedagogía en Historia y Geografía, el 72,3% expresa que su carrera no promueve la práctica de la actividad física y el deporte más allá de las clases, cursos electivos deportivos y selecciones deportivas; en tanto que un 27,7% opina lo contrario.

Por último, en el caso de los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Matemática, el 65,0% dice que su carrera no promueve la práctica de la actividad física y el deporte aparte de las clases, cursos electivos deportivos y selecciones deportivas; mientras que el 35,0% restante señala lo contrario.

<b>Tabla N° 84: Distribución de los casos según si los estudiantes consideran que la carrera en la que estudian promueve la práctica de la actividad física y el deporte además de las clases, cursos electivos deportivos y selecciones deportivas.</b>				
<b>CARRERA</b>				<b>TOTAL</b>
		<b>Sí</b>	<b>No</b>	
Pedagogía en Educación Básica	Fr.	101	135	236
	%	42,8%	57,2%	100,0%
Pedagogía en Educación Física	Fr.	153	335	488
	%	31,4%	68,6%	100,0%
Pedagogía en Castellano	Fr.	49	156	205
	%	23,9%	76,1%	100,0%
Pedagogía en Historia y Geografía	Fr.	59	154	213
	%	27,7%	72,3%	100,0%
Pedagogía en Matemática	Fr.	56	104	160
	%	35,0%	65,0%	100,0%
Total	Fr.	418	884	1.302
	%	32,1%	67,9%	100,0%

**c) Distribución de los casos según si los estudiantes están informados acerca de las actividades que realiza la respectiva universidad para promover la prevención o disminución del sedentarismo, obesidad, consumo de tabaco, alcohol y drogas.**

La Tabla n° 85 indica que de los estudiantes que pertenecen a la carrera de Pedagogía en Educación Básica, el 80,1% dice no estar informado de las actividades que realiza su universidad para promover la prevención o disminución del sedentarismo, obesidad, consumo de tabaco, de alcohol y drogas; en tanto que el 19,9% dice sí estar informado.

En el caso de los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Educación Física se observa que el 66,2% de ellos expresa no estar informado de las actividades que realiza su universidad para promover la prevención o disminución del sedentarismo, obesidad, consumo de tabaco, de alcohol y drogas y el resto

(33,8%), expresa lo contrario.

Por su parte, de los estudiantes que pertenecen a la carrera de Pedagogía en Castellano, el 89,3% asevera no estar informado de las actividades que realiza su universidad para promover la prevención o disminución del sedentarismo, obesidad, consumo de tabaco, de alcohol y drogas y el 10,7% dice que sí.

En el caso de los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Historia y Geografía, el 89,2% afirma no estar informado de las actividades que realiza su universidad para promover la prevención o disminución del sedentarismo, obesidad, consumo de tabaco, de alcohol y drogas; mientras que el 10,8% dice sí estar informado.

Por último, de los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Matemática, el 81,3% manifiesta no estar informado de las actividades que realiza su universidad para promover la prevención o disminución del sedentarismo, obesidad, consumo de tabaco, de alcohol y drogas; en tanto que un 18,8% dice sí estar informado.

<b>Tabla Nº 85: Distribución de los casos según si los estudiantes están informados acerca de las actividades que realiza la respectiva universidad para promover la prevención o disminución del sedentarismo, obesidad, consumo de tabaco, alcohol y drogas.</b>				
<b>CARRERA</b>				<b>TOTAL</b>
		<b>Sí</b>	<b>No</b>	
Pedagogía en Educación Básica	Fr.	47	189	236
	%	19,9%	80,1%	100,0%
Pedagogía en Educación Física	Fr.	165	323	488
	%	33,8%	66,2%	100,0%
Pedagogía en Castellano	Fr.	22	183	205
	%	10,7%	89,3%	100,0%
Pedagogía en Historia y Geografía	Fr.	23	190	213
	%	10,8%	89,2%	100,0%
Pedagogía en Matemática	Fr.	30	130	160
	%	18,8%	81,3%	100,0%
Total	Fr.	287	1015	1.302
	%	22,0%	78,0%	100,0%

**d) Distribución de los casos según nivel de valoración de los estudiantes por carrera de Pedagogía acerca de si consideran necesario que un profesor deba estar preparado y participar en actividades para enfrentar los factores de riesgo para la salud.**

La P49 del cuestionario hace mención al nivel de valoración de los encuestados acerca de si consideran necesario que un profesor deba estar preparado y participar en actividades para enfrentar los factores de riesgo para la salud, como es el caso del sedentarismo, la obesidad, el consumo de tabaco y consumo de alcohol y drogas. Así, los encuestados debían indicar su nivel de valoración en una escala de 1 a 10, donde 1 es la menor valoración y 10 corresponde a la máxima.

De esta forma, los resultados aportan que de las distintas carreras de Pedagogía consideradas para el estudio, la idea de que un profesor esté preparado y deba participar en actividades para enfrentar los factores de riesgo para la salud es muy valorada por todas las carreras, obteniéndose un promedio general de 9,1.

<b>Tabla Nº 86: Distribución de los casos según nivel de valoración de los estudiantes por carrera de Pedagogía acerca de si consideran necesario que un profesor deba estar preparado y participar en actividades para enfrentar los factores de riesgo para la salud.</b>		
<b>CARRERAS</b>	<b>PROMEDIO</b>	<b>Nº DE CASOS</b>
Pedagogía en Educación Básica	9,27	236
Pedagogía en Educación Física	9,50	488
Pedagogía Castellano	8,43	205
Pedagogía Historia y Geografía	8,20	213
Pedagogía en Matemática	8,93	160
Total	9,01	1.302

**e) Distribución de los casos según si los estudiantes han participado en actividades para enfrentar los factores de riesgo para la salud propuestas por la propia universidad.**

El 85,6% de los estudiantes que pertenecen a la carrera de Pedagogía Educación Básica dicen no haber participado de actividades para enfrentar los factores de riesgo para la salud, propuestas por su universidad; mientras que el 14,4% restante expresa sí haber participado.

En relación a los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Educación Física, se observa que un 86,7% manifiesta no haber participado de actividades para enfrentar los factores de riesgo para la salud, propuestas por su universidad; en tanto que un 13,3% señala sí haber participado.

Respecto de los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Castellano, el 96,1% plantea no haber participado de las actividades para enfrentar los factores de riesgo para la salud, propuestas por su universidad; mientras que el 3,9% afirma sí haber participado.

En el caso de los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Historia y Geografía, el 94,4% plantea no haber participado de las actividades para enfrentar los factores de riesgo para la salud, propuestas por su universidad; en tanto que el 5,6% restante señala sí haber participado.

Por último, de los estudiantes que pertenecen a la carrera de Pedagogía en Matemática, el 92,5% dice no haber participado de las actividades para enfrentar los factores de riesgo para la salud, propuestas por su universidad; mientras que el 7,5% restante manifiesta sí haber participado.

<b>Tabla N° 87: Distribución de los casos según si los estudiantes han participado en actividades para enfrentar los factores de riesgo para la salud propuestas por la propia universidad.</b>				
<b>CARRERA</b>				<b>TOTAL</b>
		<b>Sí</b>	<b>No</b>	
Pedagogía en Educación Básica	Fr.	34	202	236
	%	14,4%	85,6%	100,0%
Pedagogía en Educación Física	Fr.	65	423	488
	%	13,3%	86,7%	100,0%
Pedagogía en Castellano	Fr.	8	197	205
	%	3,9%	96,1%	100,0%
Pedagogía en Historia y Geografía	Fr.	12	201	213
	%	5,6%	94,4%	100,0%
Pedagogía en Matemática	Fr.	12	148	160
	%	7,5%	92,5%	100,0%
Total	Fr.	131	1171	1.302
	%	10,1%	89,9%	100,0%

**f) Distribución de los casos según si los estudiantes han participado en actividades para enfrentar los factores de riesgo, propuestas por la Escuela, Carrera o Facultad.**

La Tabla N° 88 indica que dentro de los estudiantes que pertenecen a la carrera de Pedagogía en Educación Básica, un 89% manifiesta no haber participado en actividades relacionadas con la problemática actual propuestas por su Escuela, Carrera o Facultad y el 11% si.

En el caso de los que estudian Pedagogía en Educación Física el 84,8% afirma no haber participado en actividades relacionadas con problemática actual propuestas por su Escuela, Carrera o Facultad, mientras que el 13,3% afirma lo contrario.

De la carrera de Pedagogía en Castellano, el 96,1% señala no haber participado en este tipo de actividades y el 3,9% afirma sí haberlo hecho.

En el caso de la carrera de Pedagogía en Historia y Geografía, el 93,4% de los estudiantes responde no haber participado de actividades asociadas a esta problemática, mientras que el 6,6% asegura haberlo hecho.

Por último, de los estudiantes que pertenecen a la carrera de Pedagogía en Matemática, el 89,4% no ha participado de este tipo de actividades, en tanto el 10,6% dice que sí.

<b>Tabla Nº 88: Distribución de los casos según si los estudiantes han participado en actividades para enfrentar los factores de riesgo, propuestas por la Escuela, Carrera o Facultad.</b>				
<b>CARRERA</b>				<b>TOTAL</b>
		<b>Sí</b>	<b>No</b>	
Pedagogía en Educación Básica	Fr.	26	210	236
	%	11,0%	89,0%	100,0%
Pedagogía en Educación Física	Fr.	74	414	488
	%	15,2%	84,8%	100,0%
Pedagogía en Castellano	Fr.	8	197	205
	%	3,9%	96,1%	100,0%
Pedagogía en Historia y Geografía	Fr.	14	199	213
	%	6,6%	93,4%	100,0%
Pedagogía en Matemática	Fr.	17	143	160
	%	10,6%	89,4%	100,0%
Total	Fr.	139	1.163	1.302
	%	10,7%	89,3%	100,0%

**g) Distribución de los casos según si los estudiantes participarían en un equipo de trabajo en la propia universidad para colaborar en la prevención y disminución de los factores de riesgo de la salud.**

En la P50 del cuestionario, los encuestados debían indicar su nivel de valoración en una escala de 1 a 10, donde 1 corresponde a la menor valoración y 10 a la máxima valoración, con respecto a la idea de participar en un equipo de trabajo perteneciente a la universidad o escuela que colabore en la prevención y disminución de los factores de riesgo de la salud: sedentarismo, obesidad, consumo de tabaco, consumo de alcohol y drogas.

Los resultados señalan que a esta idea los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Historia y Geografía le otorgan un promedio de 4,9, siendo el menor nivel de valoración, a diferencia de los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Educación Física que le asignan el mayor promedio: un 7,4. En el caso de las otras carreras no se presentan grandes diferencias en el promedio, éstos fluctúan entre 5 y 6, lo que indica una valoración mediana de la idea.

<b>Tabla Nº 89: Distribución de los casos según si los estudiantes participarían en un equipo de trabajo en la propia universidad para colaborar en la prevención y disminución de los factores de riesgo de la salud.</b>		
<b>CARRERAS</b>	<b>PROMEDIO</b>	<b>Nº DE CASOS</b>
Pedagogía en Educación Básica	6,57	236
Pedagogía en Educación Física	7,44	488
Pedagogía en Castellano	5,16	205
Pedagogía en Historia y Geografía	4,98	213
Pedagogía en Matemática	5,74	160
Total	6,31	1.302

### **1.11.6. Resultados del análisis bivariado por género.**

A continuación se presentan los resultados del análisis bivariado por género.

#### **1.11.6.1. Resultados del análisis bivariado por género del eje temático N° 1: Perfil de los encuestados.**

A continuación se detallan los resultados del análisis bivariado por género referidos al eje temático que considera el perfil de los encuestados.

##### **a) Distribución de los casos según género en las distintas carreras de Pedagogía.**

En la Tabla n° 90, podemos observar el género de los estudiantes de las carreras de pedagogía. De los estudiantes que pertenecen a la carrera de Pedagogía en Educación Básica, el 92,8% pertenece al género femenino y sólo un 7,2% al masculino.

En la carrera de Pedagogía en Educación Física, se advierte que el 51,2% son del género masculino, mientras que el 48,8% restante es del femenino.

En relación con los que estudian la carrera de Pedagogía en Castellano, el 63,9%, es del género femenino, en tanto el 36,1% lo es del masculino.

De los estudiantes pertenecientes a la carrera de Pedagogía en Historia y Geografía, la mayoría, es decir un 55,4%, es del género masculino y el 44,6% del femenino.

Finalmente, de los que pertenecen a la carrera de Pedagogía en Matemática, la

mayoría, 66,3%, es del género femenino, mientras que el 33,8% lo es del masculino.

CARRERA		GÉNERO		TOTAL
		Masculino	Femenino	
Pedagogía en Educación Básica	Fr.	17	219	236
	%	7,2%	92,8%	100,0%
Pedagogía en Educación Física	Fr.	250	238	488
	%	51,2%	48,8%	100,0%
Pedagogía en Castellano	Fr.	74	131	205
	%	36,1%	63,9%	100,0%
Pedagogía en Historia y Geografía	Fr.	118	95	213
	%	55,4%	44,6%	100,0%
Pedagogía en Matemática	Fr.	54	106	160
	%	33,8%	66,3%	100,0%
Total	Fr.	513	789	1.302
	%	39,4%	60,6%	100,0%

**b) Distribución de los casos según el estado nutricional de los encuestados, tanto en hombres como en mujeres.**

En la Tabla n 91 se presenta el estado nutricional obtenido a través del Índice de Masa Corporal (IMC), tanto en hombres como en mujeres. Los resultados indican que de un total de 513 hombres, el 65,1%, tiene un estado nutricional normal; seguido por un 27,1% que está con sobrepeso; el 5,3% es delgado y sólo el 2,5% es obeso.

En relación con el estado nutricional de las mujeres, vemos que de un total de 789 estudiantes, un 72% tienen un estado nutricional normal; un 11,2% son delgadas; el 15,8% está con sobrepeso y sólo el 1% de ellas son obesas.

<b>Tabla N° 91: Distribución de los casos según el estado nutricional de los encuestados, tanto en hombres como en mujeres.</b>						
<b>GÉNERO</b>		<b>ESTADO NUTRICIONAL</b>				<b>TOTAL</b>
		<b>Delgado</b>	<b>Normal</b>	<b>Sobrepeso</b>	<b>Obeso</b>	
Masculino	Fr.	27	334	139	13	513
	%	5,3%	65,1%	27,1%	2,5%	100,0%
Femenino	Fr.	88	568	125	8	789
	%	11,2%	72,0%	15,8%	1,0%	100,0%
Total	Fr.	115	902	264	21	1.302
	%	8,8%	69,3%	20,3%	1,6%	100,0%

### **1.11.6.2. Resultados del análisis bivariado por género del eje temático N° 3: Actividad física y deporte.**

En este punto se presentan los resultados del análisis bivariado por género referidos al eje temático que considera la actividad física y el deporte.

#### **a) Distribución de los casos según la cantidad de actividad física o práctica de algún deporte, tanto en hombres como en mujeres.**

En la Tabla n° 92 se muestra la distribución de los casos según la cantidad de actividad física o práctica de algún deporte, tanto en hombres como en mujeres. Podemos observar en primer lugar que, independientemente de la cantidad de veces que se realiza actividad física o se practica algún deporte, la gran mayoría de los hombres realiza ejercicio físico.

En cuanto a la cantidad de veces que esto se lleva a cabo semanalmente, los resultados aportan que el 23,4% de los hombres indica que realiza actividad física o practica algún deporte 3 veces por semana; el 17,7% lo hace 2 veces a la semana; un 17,5% se ejercita 5 veces o más a la semana y un 14,6% sólo practica un deporte o realiza actividad física una vez por semana. El 17,7% de los 513 casos que corresponden al género masculino, no realiza actividad física, ni

practica deporte.

De acuerdo a estas cifras, los resultados del estudio arrojan que un 50% del sexo masculino es sedentario.

Con relación al género femenino, podemos observar que no se advierten grandes diferencias entre las mujeres que practican actividad física o algún deporte y las que no hacen.

Ahora bien, si se toma en cuenta la cantidad de veces que se practica deporte o que se realiza actividad física, el 38,3% de las mujeres no practica deporte; el 12,9% practica alguna actividad físico-deportiva una vez por semana; el 13,8% dos veces por semana; un 18,5% lo hace tres veces por semana; el 7,5% cuatro veces por semana y sólo el 9% realiza deporte o practica alguna actividad física 5 veces o más por semana.

Cabe mencionar que el porcentaje de sedentarismo del género femenino es mayor que el de los hombres, sumando un 65% de las encuestadas.

<b>Tabla N° 92: Distribución de los casos según la cantidad de actividad física o práctica de algún deporte, tanto en hombres como en mujeres.</b>								
<b>GÉNERO</b>		<b>ACTIVIDAD FÍSICA O PRACTICA DE ALGÚN DEPORTE</b>						<b>TOTAL</b>
		No realizo	1 vez por semana	2 veces por semana	3 veces por semana	4 veces por semana	5 o más veces por semana	
Masculino	Fr.	91	75	91	120	46	90	513
	%	17,7%	14,6%	17,7%	23,4%	9,0%	17,5%	100,0%
Femenino	Fr.	302	102	109	146	59	71	789
	%	38,3%	12,9%	13,8%	18,5%	7,5%	9,0%	100,0%
Total	Fr.	393	177	200	266	105	161	1.302
	%	30,2%	13,6%	15,4%	20,4%	8,1%	12,4%	100,0%

**b) Distribución de los casos según las razones por las que si los estudiantes (hombres y mujeres) consideran que la cantidad de actividad física es insuficiente, no aumentan su frecuencia.**

El 64,6% de los hombres señala que no tiene tiempo para aumentar la frecuencia de su actividad física; el 19,0% argumenta que no tiene el hábito; el 5,3% que no tiene un lugar en su universidad para hacerlo; el 4,2% no realiza actividad física; el 3,0% no se siente motivado para aumentarla, al 1,9% no le interesa y al otro 1,9% su salud no se lo permite.

Un 56,5% de las mujeres, por su parte, señala que no tiene tiempo para incrementar este tipo de actividades; el 25,7% que no tiene el hábito; el 7,8% no realiza actividad física; el 2,9% no se siente motivado para aumentar su actividad; otro 2,9% dice no tener un lugar en su universidad; al 2,7% su salud no se lo permite y a un 1,3% no le interesa.

<b>Tabla Nº 93: Distribución de los casos según las razones por las que si los estudiantes (hombres y mujeres) consideran que la cantidad de actividad física es insuficiente, no aumentan su frecuencia.</b>									
<b>GÉNERO</b>		<b>Razones por las que no se aumenta la cantidad de actividad física cuando ella es insuficiente</b>							<b>TOTAL</b>
		No tiene tiempo	No le interesa	No le motiva	La salud no se lo permite	No tiene un lugar en la universidad	No tiene el hábito	No realiza	
Masculino	Fr.	170	5	8	5	14	50	11	263
	%	64,6%	1,9%	3,0%	1,9%	5,3%	19,0%	4,2%	100,0%
Femenino	Fr.	210	5	11	10	11	96	29	372
	%	56,5%	1,3%	3,0%	2,7%	3,0%	25,8%	7,8%	100,0%
Total	Fr.	380	10	19	15	25	146	40	635
	%	59,8%	1,6%	3,0%	2,4%	3,9%	23,0%	6,3%	100,0%

**c) Distribución de los casos según valoración de hombres y mujeres respecto de las acciones a realizar para fomentar la actividad física al interior de la respectiva universidad.**

La Tabla nº 94 corresponde a la P23 del cuestionario, en la cual los encuestados debían indicar su nivel de valoración, en una escala de 1 a 10 donde 1 corresponde a la menor valoración y 10 a la máxima valoración, en función de las diferentes acciones para fomentar la actividad física al interior de su universidad.

Estas acciones son:

- Incluir una asignatura obligatoria de tres veces a la semana durante los años de estudio donde la aprobación sólo sería por asistencia y vivencia.
- Realizar programas permanentes de actividad física orientada a la salud.
- Realizar campañas permanentes de difusión sobre vida saludable.
- Establecer un número de electivos deportivos durante todos los años de estudio.

Al respecto, los resultados señalan que hombres y mujeres, sin grandes diferencias entre sí, califican positivamente el hecho de incluir una asignatura obligatoria tres veces a la semana durante los años de estudio, donde la aprobación sólo sería por asistencia y vivencia. Esta idea obtuvo un promedio de 6,8, lo que indica un nivel mediano de valoración.

Por otra parte, al igual que en la acción anterior, no existen diferencias entre hombres y mujeres a la hora de calificar la idea de realizar programas permanentes de actividad física orientada a la salud, ambos géneros califican la idea con un promedio de 7,7.

Así mismo, la idea de realizar campañas permanentes de difusión sobre vida saludable obtuvo un promedio de 7,29 en los hombres y 6,97 en las mujeres. Lo que nos muestra que el género masculino valora esta acción un poco más que el género femenino.

Por último, la idea de establecer un número de electivos deportivos durante todos los años de estudio no presenta grandes diferencias entre el promedio que le otorgan hombres y mujeres; 8,3 y 8,1 respectivamente. Cabe destacar que esta iniciativa es la que obtiene la más alta valoración en ambos géneros.

<b>Tabla N° 94: Distribución de los casos según valoración de hombres y mujeres respecto de las acciones a realizar para fomentar la actividad física al interior de la respectiva universidad.</b>					
<b>GÉNERO</b>		<b>ACCIÓN 1</b>	<b>ACCIÓN 2</b>	<b>ACCIÓN 3</b>	<b>ACCIÓN 4</b>
Masculino	Promedio	6,82	7,74	7,29	8,36
	Nº de casos	513	513	513	513
Femenino	Promedio	6,80	7,76	6,97	8,18
	Nº de casos	789	789	789	789
Total	Promedio	6,81	7,75	7,10	8,25
	Nº de casos	1.302	1.302	1.302	1.302

#### **1.11.6.3. Resultados del análisis bivariado por género del eje temático N° 4: Consumo de tabaco, alcohol y drogas.**

A continuación se exponen los resultados alcanzados para el análisis bivariado por género correspondiente al eje temático referido al consumo de tabaco, alcohol y drogas.

**a) Distribución de los casos según consumo de tabaco, tanto en hombres como en mujeres.**

En el caso del género masculino, el 65,1% señala que no fuma, mientras que el 34,9% sí lo hace. En el caso del género femenino 58,2% señala no fumar, mientras que el 41,8% dice que sí lo hace.

<b>Tabla Nº 95: Distribución de los casos según consumo de tabaco, tanto en hombres como en mujeres.</b>				
<b>GÉNERO</b>		<b>FUMA</b>		<b>TOTAL</b>
		<b>Sí</b>	<b>No</b>	
Masculino	Fr.	179	334	513
	%	34,9%	65,1%	100,0%
Femenino	Fr.	330	459	789
	%	41,8%	58,2%	100,0%
Total	Fr.	509	793	1.302
	%	39,1%	60,9%	100,0%

**b) Distribución de los casos según cantidad de cigarrillos consumidos diariamente, tanto en hombres como en mujeres.**

Los resultados ponen de manifiesto que, en el caso del género masculino, el 22,6% asegura fumar entre 1 y 4 cigarrillos diarios; el 8,8% indica consumir entre 5 y 10 cigarrillos diarios; el 2,5% fuma entre 10 y 20 y el 0,6% señala que consume más de 20 cigarrillos al día.

En el caso de las mujeres que señala fumar, el 28,1% consume entre 1 y 4 cigarrillos al día; el 10,9% entre 5 y 10 diarios, el 3% fuma más de 20 cigarrillos diarios; mientras que el 2,8% consume entre 10 y 20 al día.

<b>Tabla N° 96: Distribución de los casos según cantidad de cigarrillos consumidos diariamente, tanto en hombres como en mujeres.</b>							
<b>GÉNERO</b>		<b>CONSUMO DE CIGARRILLOS DIARIOS</b>					<b>TOTAL</b>
		Entre 1 y 4 diarios	Entre 5 y 10 diarios	Entre 10 y 20 diarios	Más de 20 diarios	No fuma	
Masculino	Fr.	116	45	13	3	336	513
	%	22,6%	8,8%	2,5%	0,6%	65,5%	100,0%
Femenino	Fr.	222	86	22	2	457	789
	%	28,1%	10,9%	2,8%	0,3%	57,9%	100,0%
Total	Fr.	338	131	35	5	793	1.302
	%	26,0%	10,1%	2,7%	0,4%	60,9%	100,0%

**c) Distribución de los casos según razones por las cuales los encuestados consumen tabaco, tanto en hombres como en mujeres.**

En relación con las razones por las que los estudiantes consumen tabaco, el 14,7% de los hombres afirma que lo hace porque le gusta; el 9,3% dice consumir tabaco porque lo tranquiliza y lo relaja; el 5,3% por ansiedad y un 6,5% por otras razones distintas a las anteriormente mencionadas.

En cuanto a las mujeres, el 17,2% consume tabaco porque le gusta, un 9,8% porque la tranquiliza, un 10,3% por ansiedad y un 6% por otras razones diferentes a las ya mencionadas.

<b>Tabla Nº 97: Distribución de los casos según razones por las cuales los encuestados consumen tabaco, tanto en hombres como en mujeres.</b>							
<b>GÉNERO</b>		<b>RAZONES DEL CONSUMO DE TABACO</b>					<b>TOTAL</b>
		Porque le gusta	Porque le tranquiliza y relaja	Por ansiedad	Por otras razones	No consume	
Masculino	Fr.	73	46	26	32	318	495
	%	14,7%	9,3%	5,3%	6,5%	64,2%	100,0%
Femenino	Fr.	128	73	77	45	423	746
	%	17,2%	9,8%	10,3%	6,0%	56,7%	100,0%
Total	Fr.	201	119	103	77	741	1.241
	%	16,2%	9,6%	8,3%	6,2%	59,7%	100,0%

**d) Distribución de los casos según acciones a realizar para bajar el índice de consumo de tabaco al interior de la respectiva universidad, tanto en hombres como en mujeres.**

La Tabla nº 98 corresponde a la P29 del cuestionario, que mide el nivel de valoración de los encuestados en una escala de 1 a 10, donde 1 es lo de menor valoración y 10 la máxima valoración, en relación con las acciones que realizarían, tanto hombres como mujeres, para bajar los índices de consumo de tabaco al interior de la universidad.

Estas acciones son las siguientes:

- Tener un espacio libre para el consumo de tabaco en la universidad.
- Prohibir el consumo de tabaco al interior de la universidad.
- Prohibir el consumo de tabaco en espacios cerrados de la universidad.
- Realizar campañas de difusión permanentes.

Los resultados aportan que los hombres califican la idea de tener un espacio libre para el consumo de tabaco en la universidad con un 4,8, lo cual implica un nivel bajo de valoración. Las mujeres califican la idea con un 5,23, ambas cifras demuestran que no se presentan grandes diferencias entre ambos sexos.

Segundo, la acción de prohibir el consumo de tabaco al interior de la universidad fue valorada por los hombres con un 4,53; tampoco se muestra una mayor diferencia con la calificación que le otorgan las mujeres, al alcanzar ésta un 4,42. Estas cifras implican que ambos sexos le otorgan un bajo nivel de valoración a la idea.

Tercero, prohibir el consumo de tabaco en espacios cerrados de la universidad obtiene calificaciones de 8,39 en hombres y 8,49 en mujeres, lo que indica un alto nivel de valoración.

Por último, la idea de realizar campañas de difusión permanentes es calificada con un 7,74 por hombres y con un 7,55 por las mujeres, no existiendo grandes diferencias entre ambos géneros.

<b>Tabla Nº 98: Distribución de los casos según acciones a realizar para bajar el índice de consumo de tabaco al interior de la respectiva universidad, tanto en hombres como en mujeres.</b>					
<b>CARRERA</b>		<b>ACCIÓN 1</b>	<b>ACCIÓN 2</b>	<b>ACCIÓN 3</b>	<b>ACCIÓN 4</b>
Masculino	Promedio	4,89	4,53	8,39	7,74
	Nº de casos	479	475	483	484
Femenino	Promedio	5,23	4,42	8,49	7,57
	Nº de casos	742	742	750	755
Total	Promedio	5,10	4,46	8,45	7,63
	Nº de casos	1.221	1.217	1.233	1.239

**e) Distribución de los casos según consumo de alcohol tanto en hombres como en mujeres.**

En relación con el consumo de alcohol, un 75,2% de los hombres dice que sí consume (386 casos de 513); en tanto sólo el 24,8% no lo hace. Por otro lado, en el género femenino, el 65,9% (520 casos de 789) consume alcohol y sólo el 34,1% de las mujeres entrevistadas dice no hacerlo.

<b>Tabla Nº 99: Distribución de los casos según consumo de alcohol tanto en hombres como en mujeres.</b>				
<b>GÉNERO</b>		<b>CONSUMO DE ALCOHOL</b>		<b>TOTAL</b>
		<b>Sí</b>	<b>No</b>	
Masculino	Fr.	386	127	513
	%	75,2%	24,8%	100,0%
Femenino	Fr.	520	269	789
	%	65,9%	34,1%	100,0%
Total	Fr.	906	396	1.302
	%	69,6%	30,4%	100,0%

**f) Distribución de los casos según cantidad de copas que se ingieren cuando se consume alcohol, tanto en hombres como en mujeres.**

Respecto de los que sí consumen alcohol, el 30% de los hombres ingiere entre 3 y 4 copas cuando lo hace; un 16,6% bebe entre 5 y 6 copas; el 16,4% entre 7 ó más y sólo el 13,6% entre 1 y 2 copas.

A diferencia de los hombres, en las mujeres un 26,5% afirma que cuando consume alcohol ingiere entre 1 y 2 copas; un 25,8% entre 3 y 4 copas; un 10,4% bebe entre 5 y 6 copas y sólo el 5% de las mujeres consume entre 7 copas ó más.

<b>Tabla Nº 100: Distribución de los casos según cantidad de copas que se ingieren cuando se consume alcohol, tanto en hombres como en mujeres.</b>							
<b>GÉNERO</b>		<b>CANTIDAD DE COPAS QUE SE INGIERE</b>					
		Entre 1 y 2	Entre 1 y 4	Entre 5 y 6	Entre 7 y más	No toma	
Masculino	Fr.	69	152	84	83	119	507
	%	13,6%	30,0%	16,6%	16,4%	23,5%	100,0%
Femenino	Fr.	206	200	81	39	250	776
	%	26,5%	25,8%	10,4%	5,0%	32,2%	100,0%
Total	Fr.	275	352	165	122	369	1.283
	%	21,4%	27,4%	12,9%	9,5%	28,8%	100,0%

**g) Distribución de los casos según frecuencia de consumo de alcohol, tanto en hombres como en mujeres.**

Respecto de los que sí consumen alcohol, el 36,9% de los hombres consume alcohol entre 1 y 2 veces por semana; un 33,9% lo hace menos de 3 veces al mes; un 4,3% dice que bebe alcohol entre 3 y 4 veces por semana y sólo el 1,2% señala que su frecuencia de consumo es 4 veces o más por semana.

A diferencia que en los hombres, un 44% de las mujeres responde que su frecuencia de consumo es menos de 3 veces al mes; el 21% dice que su frecuencia es entre 1 y 2 veces por semana; el 1,7% indica beber alcohol entre 3 y 4 veces por semana y sólo el 0,4% de las mujeres señala que su periodicidad de consumo es 4 veces o más por semana.

<b>Tabla Nº 101: Distribución de los casos según frecuencia de consumo de alcohol, tanto en hombres como en mujeres.</b>								
<b>GÉNERO</b>		<b>FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL</b>						<b>TOTAL</b>
		Menos de 3 veces al mes	Entre 1 y 2 veces por semana	Entre 3 y 4 veces por semana	4 o más veces por semana	No toma		
Masculino	Fr.	172	187	22	6	120	0	507
	%	33,9%	36,9%	4,3%	1,2%	23,7%	0%	100,0%
Femenino	Fr.	344	164	13	3	257	1	782
	%	44,0%	21,0%	1,7%	4%	32,9%	1%	100,0%
Total	Fr.	516	351	35	9	377	1	1.289
	%	40,0%	27,2%	2,7%	7%	29,2%	1%	100,0%

**h) Distribución de los casos según razones por las que los encuestados consumen alcohol, tanto en hombres como en mujeres.**

En cuanto a las razones por las que consumen alcohol, el 37,9% de los hombres afirma que lo hacen porque les gusta; el 13% porque los relaja, el 2,4% dice consumir alcohol para olvidar sus problemas; el 23,4% restante responde que bebe por otras razones diferentes a las anteriormente mencionadas.

Un 39,4% de las mujeres afirma, al igual que los hombres, que lo hace porque les gusta; el 6,8% lo hace para relajarse; sólo el 0,6% lo hace para olvidar sus problemas -en tanto que el 20,5% restante afirma que consume por otras razones diferentes a las anteriormente mencionadas.

<b>Tabla N° 102: Distribución de los casos según razones por las que los encuestados consumen alcohol, tanto en hombres como en mujeres.</b>							
<b>GÉNERO</b>		<b>RAZONES DEL CONSUMO DE ALCOHOL</b>					<b>TOTAL</b>
		Porque le gusta	Para relajarse	Para olvidar problemas	Por otras razones	No consume	
Masculino	Fr.	190	65	12	117	117	501
	%	37,9%	13,0%	2,4%	23,4%	23,4%	100,0%
Femenino	Fr.	306	53	5	159	254	777
	%	39,4%	6,8%	0,6%	20,5%	32,7%	100,0%
Total	Fr.	496	118	17	276	371	1.278
	%	38,8%	9,2%	1,3%	21,6%	29,0%	100,0%

**i) Distribución de los casos según resultados del Test de EBBA para la población que sí consume alcohol, por género.**

Respecto del Test de EBBA aplicado al comportamiento por género, el 41,5% de los hombres son bebedores sin riesgo, pero se les sugiere una consejería, el 23,3% debe consultar una consejería y el 35,2% son bebedores sin problema.

En el caso de las mujeres, el 49,9% son bebedoras normales, el 38,1% son bebedoras sin riesgo y se les sugiere una consejería y el 11,9% son bebedoras en riesgo y deben consultar una consejería.

<b>Tabla Nº 103: Distribución de los casos según resultados del Test de EBBA para la población que sí consume alcohol, por género.</b>					
<b>GÉNERO</b>		<b>TEST DE EBBA</b>			<b>TOTAL</b>
		Bebedor sin problemas	Beber sin riesgo se le sugiere una consejería	Bebedor en riesgo debe consultar una consejería	
Masculino	Fr.	163	192	108	463
	%	35,2%	41,5%	23,3%	100,0%
Femenino	Fr.	343	262	82	687
	%	49,9%	38,1%	11,9%	100,0%
Total	Fr.	506	454	190	1.150
	%	44,0%	39,5%	16,5%	100,0%

**j) Distribución de los casos según consumo de drogas en la actualidad, tanto en hombres como en mujeres.**

Los resultados aportan, que el 79,3% de los hombres señala no consumir drogas actualmente; mientras que el 20,7% afirma que sí las consume. Por otro lado, el 87,2% de las mujeres declara no consumir drogas actualmente y el 12,8% dice que sí lo hace.

<b>Tabla Nº 104: Distribución de los casos según consumo de drogas en la actualidad, tanto en hombres como en mujeres.</b>				
<b>GÉNERO</b>		<b>CONSUME DROGAS</b>		<b>TOTAL</b>
		<b>Sí</b>	<b>No</b>	
Masculino	Fr.	98	376	474
	%	20,7%	79,3%	100,00%
Femenino	Fr.	73	499	572
	%	12,8%	87,2%	100,00%
Total	Fr.	171	875	1.046
	%	16,3%	83,7%	100,00%

**k) Distribución de los casos según el tiempo de consumo de drogas, tanto en hombres como en mujeres.**

Los resultados indican que el 37,3% de los hombres ha consumido drogas alguna vez como curiosidad y/o para probar, pero que no lo ha vuelto a hacer; el 41,4% señala nunca haber consumido drogas; el 8,2% lo hace desde hace más de tres años; el 4,2% hace más de dos años; el 4,4% consume drogas desde hace más de un año; el 1,9% consume desde que entró a la universidad y el 2,5% señala hacerlo hace menos de un año.

En cuanto a las mujeres, el 55,2% declara no haber consumido nunca drogas; el 30,8% alguna vez las probó por curiosidad, pero que no lo ha vuelto a hacer; el 5,2% consume desde hace más de tres años; el 3,8% consume drogas hace más de un año; el 2,3% lo hace desde que entró a la universidad; el 1,4% hace menos de un año y otro 1,2% hace más de dos años.

**Tabla N° 105: Distribución de los casos según el tiempo de consumo de drogas, tanto en hombres como en mujeres.**

GÉNERO		TIEMPO DE CONSUMO DE DROGAS							TOTAL
		Nunca	Alguna vez como curiosidad y/o para probar, pero no lo ha vuelto a hacer	Consume desde hace menos de un año	Consume desde hace más de un año	Consume desde hace más de dos años	Consume desde hace más de tres años	Consume desde que entró a la universidad	
Masculino	Fr.	196	177	12	21	20	39	9	474
	%	41,4%	37,3%	2,5%	4,4%	4,2%	8,2%	1,9%	100,00%
Femenino	Fr.	316	176	8	22	7	30	13	572
	%	55,2%	30,8%	1,4%	3,8%	1,2%	5,2%	2,3%	100,00%
Total	Fr.	512	353	20	43	27	69	22	1.046
	%	48,9%	33,7%	1,9%	4,1%	2,6%	6,6%	2,1%	100,00%

**I) Distribución de los casos según frecuencia de consumo de drogas, tanto en hombres como en mujeres.**

En relación a los hombres que consumen drogas, el 13,7% responde consumirlas esporádicamente (1 ó 2 veces por año); el 9,7% lo hace ocasionalmente (aproximadamente una vez al mes); el 3,8% una o dos veces a la semana; un 3,2% dice consumirlas tres o más veces a la semana y, por último; otro 2,5% señala consumirlas frecuentemente.

En cuanto a las mujeres, el 7,9%, lo hace esporádicamente (1 ó 2 veces por año); el 6,6% ocasionalmente (aproximadamente una vez al mes); el 2,6% consume drogas una o dos veces a la semana; el 1,4% declara consumirlas tres o más veces a por semana y el 1,8% dice consumirlas frecuentemente.

Tabla Nº 106: Distribución de los casos según frecuencia de consumo de drogas, tanto en hombres como en mujeres.								
GÉNERO		FRECUENCIA DE CONSUMO DE DROGAS						TOTAL
		No consume	Esporádicamente (1-2 veces por año)	Ocasionalmente (aprox. una vez al mes)	Frecuentemente	1 ó 2 veces a la semana	3 ó más veces a la semana	
Masculino	Fr.	318	65	46	12	18	15	474
	%	67,1%	13,7%	9,7%	2,5%	3,8%	3,2%	100,00%
Femenino	Fr.	459	45	38	7	15	8	572
	%	80,2%	7,9%	6,6%	1,2%	2,6%	1,4%	100,00%
Total	Fr.	777	110	84	19	33	23	1.046
	%	74,3%	10,5%	8,0%	1,8%	3,2%	2,2%	100,00%

**m) Distribución de los casos según tipo de droga consumida en el último mes, tanto en hombres como en mujeres.**

El 84,9% de los hombres que sí consumen drogas responde haber consumido marihuana en el último mes; el 10,8% cocaína; el 4,3% hachís; ninguno de ellos consumió pasta base, ni drogas de síntesis.

En el caso del género femenino, el 89,5%, declara el consumo de marihuana durante el último mes; el 5,7% cocaína; un 5% usó pasta base; otro 5% drogas de síntesis y el 3,8% hachís.

Cabe mencionar que la droga más consumida por ambos sexos en el último mes fue la marihuana.

<b>Tabla Nº 107: Distribución de los casos según tipo de droga consumida en el último mes, tanto en hombres como en mujeres.</b>							
<b>GÉNERO</b>		<b>TIPO DE DROGA CONSUMIDA</b>					<b>TOTAL</b>
		Hachís	Cocaína	Marihuana	Pasta base	Drogas de síntesis	
Masculino	Fr.	8	20	157	0	0	185
	%	4,3%	10,8%	84,9%	0%	0%	100,0%
Femenino	Fr.	8	12	188	1	1	210
	%	3,8%	5,7%	89,5%	5%	5%	100,0%
Total	Fr.	16	32	345	1	1	395
	%	4,1%	8,1%	87,3%	3%	3%	100,0%

**n) Distribución de los casos según razones por las que los encuestados consumen drogas, tanto en hombres como en mujeres.**

Respecto de los que sí consumen drogas, el 48,6% de los hombres declara consumir drogas porque le gusta; el 39,6% responde que las utiliza para relajarse; un 8,1% porque lo hacen sus amistades; el 3,6% manifiesta que consume drogas para olvidar sus problemas y ningún hombre dice que la razón por la que consume drogas es para desinhibirse.

En el caso de las mujeres, el 53,1% de ellas dice consumir drogas porque le gusta; un 34,5% responde que lo hace para relajarse; el 9,7% las consume para olvidar sus problemas; el 9% porque se desinhiben y el 1,8% las usa porque lo hacen sus amistades.

<b>Tabla Nº 108: Distribución de los casos según razones por las que los encuestados consumen drogas tanto en hombres como en mujeres.</b>							
<b>GÉNERO</b>		<b>RAZONES DEL CONSUMO DE DROGA</b>					<b>TOTAL</b>
		Porque le gusta	Porque lo hacen sus amistades	Porque se desinhibo	Para relajarse	Para olvidar problemas	
Masculino	Fr.	54	9	0	44	4	111
	%	48,6%	8,1%	0,0%	39,6%	3,6%	100,0%
Femenino	Fr.	60	2	1	39	11	113
	%	53,1%	1,8%	0,9%	34,5%	9,7%	100,0%
Total	Fr.	114	11	1	83	15	224
	%	50,9%	4,9%	0,4%	37,1%	6,7%	100,0%

**o) Distribución de los casos según valoración de las acciones a realizar para prohibir el consumo de alcohol y drogas al interior de la universidad, tanto en hombres como en mujeres.**

La Tabla N° 109 corresponde a la P38 del cuestionario, que mide el nivel de valoración de los encuestados en una escala de 1 a 10, donde 1 es la menor valoración y 10 la máxima valoración, en relación con las acciones que realizarían, tanto hombres como mujeres, para bajar los índices de consumo de alcohol y drogas al interior de la universidad.

Estas acciones son:

- Prohibir el consumo de alcohol y drogas al interior de la universidad.
- Realizar campañas de difusión permanente, orientadas a disminuir el consumo de alcohol y drogas en los estudiantes.
- Realizar charlas informativas.
- Realizar grupos de conversación.

Los resultados indican que los hombres le asignan un 5,15 la acción de prohibir el consumo de alcohol y drogas al interior de la universidad, calificación que clasifica esta acción como medianamente valorada por parte del género masculino. Por otro lado, y sin grandes diferencias, las mujeres califican esta idea con un promedio de 5,71.

Por otro lado, la idea de realizar campañas de difusión permanente orientadas a disminuir el consumo de alcohol de los estudiantes, fue calificada por los hombres con un promedio de 7,22, siendo la idea mejor evaluada de las presentadas para disminuir el consumo de alcohol al interior de la universidad, tanto por hombres como por mujeres, pues obtienen la misma calificación.

Realizar charlas informativas para la disminución del consumo de alcohol es calificada por los hombres con un promedio de 6,97 y por las mujeres con un 6,87.

Y por último, realizar grupos de conversación para disminuir el consumo de alcohol al interior de la universidad, fue calificada por los hombres con un 6,23; mientras que las mujeres le dan un 6,51, cifras que indican que ambos valoran medianamente la idea.

<b>Tabla Nº 109: Distribución de los casos según valoración de las acciones a realizar para prohibir el consumo de alcohol y drogas al interior de la universidad tanto en hombres como en mujeres.</b>					
<b>CARRERA</b>		<b>ACCIÓN 1</b>	<b>ACCIÓN 2</b>	<b>ACCIÓN 3</b>	<b>ACCIÓN 4</b>
Masculino	Promedio	5,15	7,22	6,97	6,23
	Nº de casos	489	494	493	493
Femenino	Promedio	5,71	7,22	6,87	6,51
	Nº de casos	758	765	758	759
Total	Promedio	5,49	7,22	6,91	6,40
	Nº de casos	1.247	1.259	1.251	1.252

#### **1.11.6.4. Resultados del análisis bivariado por género del eje temático Nº 5: Promoción y prevención de los factores de riesgo de la salud.**

En este apartado se presentan los resultados obtenidos a partir del análisis bivariado por género referido al eje temático que considera la promoción y prevención de los factores de riesgo de la salud.

- a) **Distribución de los casos según si los encuestados, tanto hombres como mujeres, consideran que la universidad en la que estudian promueve la práctica de actividad física y el deporte, además de las clases, cursos electivos deportivos y selecciones deportivas.**

En el caso del género masculino, la mayoría señala que su universidad no promueve la práctica de este tipo de actividades aparte de las clases de Educación Física y electivos y el 36,5% indica lo contrario.

En cuanto a las mujeres, el 70,3% dice que no se promueven las actividades físicas y deportivas en su universidad; mientras el 29,7% dice lo contrario.

<b>Tabla N° 110: Distribución de los casos según si los encuestados, tanto hombres como mujeres, consideran que la universidad en la que estudian promueve la práctica de actividad física y el deporte, además de las clases, cursos electivos deportivos y selecciones deportivas.</b>				
<b>GÉNERO</b>				<b>TOTAL</b>
		<b>SÍ</b>	<b>No</b>	
Masculino	Fr.	187	326	513
	%	36,5%	63,5%	100,0%
Femenino	Fr.	234	555	789
	%	29,7%	70,3%	100,0%
Total	Fr.	421	881	1.302
	%	32,3%	67,7%	100,0%

- b) Distribución de los casos según si los encuestados, tanto hombres como mujeres, consideran que la carrera que estudian promueve la práctica de actividad física y deporte, además de las clases, cursos electivos deportivos y selecciones deportivas.**

El 69,4% de los hombres señala que en sus carreras no se promueven las actividades físicas y deportivas aparte de las clases Educación Física y electivos. El 30,6% indica lo contrario.

El 66,9% de las mujeres dice que sus carreras no impulsan a la práctica de este tipo de actividades, mientras que el 33,1% responde lo contrario.

<b>Tabla Nº 111: Distribución de los casos según si los encuestados, tanto hombres como mujeres, consideran que la carrera que estudian promueve la práctica de actividad física y deporte, además de las clases, cursos electivos deportivos y selecciones deportivas.</b>				
<b>GÉNERO</b>				<b>TOTAL</b>
		<b>Sí</b>	<b>No</b>	
Masculino	Fr.	157	356	513
	%	30,6%	69,4%	100,0%
Femenino	Fr.	261	528	789
	%	33,1%	66,9%	100,0%
Total	Fr.	418	884	1.302
	%	32,1%	67,9%	100,0%

- c) **Distribución de los casos según nivel de información de los estudiantes, hombres y mujeres, acerca de las actividades que realiza la respectiva universidad para promover la prevención o disminución del sedentarismo, obesidad y consumo de tabaco, alcohol y drogas.**

El 75,4% de los hombres señala que no está informado acerca de las actividades orientadas a promover la prevención o disminución del sedentarismo, obesidad, consumo de tabaco, consumo de alcohol y drogas; el 24,6% señala lo contrario.

Por otro lado, en el caso de las mujeres, el 79,6% afirma que no están informadas de la existencia de estas actividades, en cambio el 20,4% dice sí estar al tanto.

**Tabla N° 112: Distribución de los casos según nivel de información de los estudiantes, hombres y mujeres, acerca de las actividades que realiza la respectiva universidad para promover la prevención o disminución del sedentarismo, obesidad y consumo de tabaco, alcohol y drogas.**

GÉNERO				TOTAL
		Sí	No	
Masculino	Fr.	126	387	513
	%	24,6%	75,4%	100,0%
Femenino	Fr.	161	628	789
	%	20,4%	79,6%	100,0%
Total	Fr.	287	1.015	1.302
	%	22,0%	78,0%	100,0%

- d) Distribución de los casos según la valoración de los encuestados, hombres y mujeres, respecto de la necesidad de que un profesor deba estar preparado y participar en actividades para enfrentar los factores de riesgo para la salud.**

La Tabla N° 113 corresponde a la P47 del cuestionario, que mide el nivel de valoración de los encuestados en una escala de 1 a 10, donde 1 es la menor valoración y 10 la máxima, en relación con la necesidad de que un profesor deba estar preparado y deba participar en actividades para enfrentar el sedentarismo, obesidad, consumo de tabaco y consumo de alcohol y drogas.

Los resultados aportan que en promedio los hombres califican esta idea con un 8,8; mientras las mujeres lo hacen con un 9,1, lo que indica altos niveles de valoración.

<b>Tabla N° 113: Distribución de los casos según la valoración de los encuestados, hombres y mujeres, respecto de la necesidad de que un profesor deba estar preparado y participar en actividades para enfrentar los factores de riesgo para la salud.</b>		
<b>CARRERA</b>		<b>NIVEL DE VALORACIÓN</b>
Masculino	Promedio	8,85
	N° de casos	513
Femenino	Promedio	9,11
	N° de casos	789
Total	Promedio	9,01
	N° de casos	1.302

**e) Distribución de los casos según la participación de los encuestados, hombres y mujeres, en actividades para enfrentar los factores de riesgo para la salud en la respectiva universidad.**

El 89,9% de los hombres señala que no ha participado en este tipo de actividades; mientras que un 10,1% dice que sí. En el caso de las mujeres, el 90% asegura no haber participado en actividades de este estilo y sólo un 10% indica que sí lo ha hecho.

<b>Tabla Nº 114: Distribución de los casos según la participación de los encuestados, hombres y mujeres, en actividades para enfrentar los factores de riesgo para la salud en la respectiva universidad.</b>				
<b>GÉNERO</b>				<b>TOTAL</b>
		<b>Sí</b>	<b>No</b>	
Masculino	Fr.	52	461	513
	%	10,1%	89,9%	100,0%
Femenino	Fr.	79	710	789
	%	10,0%	90,0%	100,0%
Total	Fr.	131	1.171	1.302
	%	10,1%	89,9%	100,0%

**f) Distribución de los casos según la participación de los encuestados, hombres y mujeres, en actividades para enfrentar los factores de riesgo, propuestas por la Escuela, Carrera o Facultad.**

El 89,9% de los hombres dice que no ha participado en actividades propuestas por su Carrera, Escuela o Facultad que se relacionen con esta problemática actual; mientras que un 10,1% dice que sí lo ha hecho.

En el caso del género femenino, el 89% señala que no ha participado en esta clase de actividades; mientras que un 11,0% indica que sí lo ha hecho.

<b>Tabla N° 115: Distribución de los casos según la participación de los encuestados, hombres y mujeres, en actividades para enfrentar los factores de riesgo, propuestas por la Escuela, Carrera o Facultad.</b>				
<b>GÉNERO</b>				<b>TOTAL</b>
		<b>Sí</b>	<b>No</b>	
Masculino	Fr.	52	461	513
	%	10,1%	89,9%	100,0%
Femenino	Fr.	87	702	789
	%	11,0%	89,0%	100,0%
Total	Fr.	139	1.163	1.302
	%	10,7%	89,3%	100,0%

**g) Distribución de los casos según nivel de valoración de los encuestados, hombres y mujeres, acerca de la idea de participar en un equipo de trabajo en la universidad y/o escuela que colabore en la prevención y disminución de los factores de riesgo para la salud.**

La Tabla N° 116 corresponde a la P50 del cuestionario, que mide el nivel de valoración de los encuestados en una escala de 1 a 10, donde 1 es la menor valoración y 10 la máxima, en relación con una eventual participación en un equipo de trabajo en la universidad y/o escuela que colabore en la prevención y disminución de los factores de riesgo para la salud que implican el sedentarismo, obesidad, consumo de tabaco y consumo de alcohol y drogas.

Los hombres valoran en promedio esta idea con un 6,26 y las mujeres con un 6,35. Esto quiere decir que en ambos sexos el nivel de valoración que le otorgan a esta idea es mediano.

<b>Tabla N° 116: Distribución de los casos según nivel de valoración de los encuestados, hombres y mujeres, acerca de la idea de participar en un equipo de trabajo en la universidad y/o escuela que colabore en la prevención y disminución de los factores de riesgo para la salud.</b>		
<b>GÉNERO</b>		<b>NIVEL DE VALORACIÓN</b>
Masculino	Promedio	6,26
	Nº de casos	513
Femenino	Promedio	6,35
	Nº de casos	789
Total	Promedio	6,31
	Nº de casos	1.302

### **1.11.7. Resultados del análisis multivariado (árboles de clasificación).**

Este análisis corresponde a los árboles de clasificación, como se explicó anteriormente en el tratamiento estadístico. Este proceso nos permitió realizar un cruce, mediante tablas de contingencia, entre cada variable dependiente y el conjunto de variables independientes o predictoras.

Entre las variables dependientes se encuentran las siguientes:

- Estado nutricional.
- Actividad física.
- Consumo de alcohol.
- Consumo de tabaco.
- Consumo de drogas.
- Edad de inicio.
- Tipo de droga.
- Acciones para disminuir el consumo de tabaco, alcohol y drogas.
- Acciones para fomentar la actividad física en la universidad.
- El bebedor con problema en la universidad.

Mientras que, entre las variables independientes o predictoras se cuentan las siguientes:

- Nivel socioeconómico.
- Tipo de carrera pedagógica.
- Edad.
- Género.
- Procedencia educacional.
- Curso o año de estudio del estudiante universitario de pedagogía.

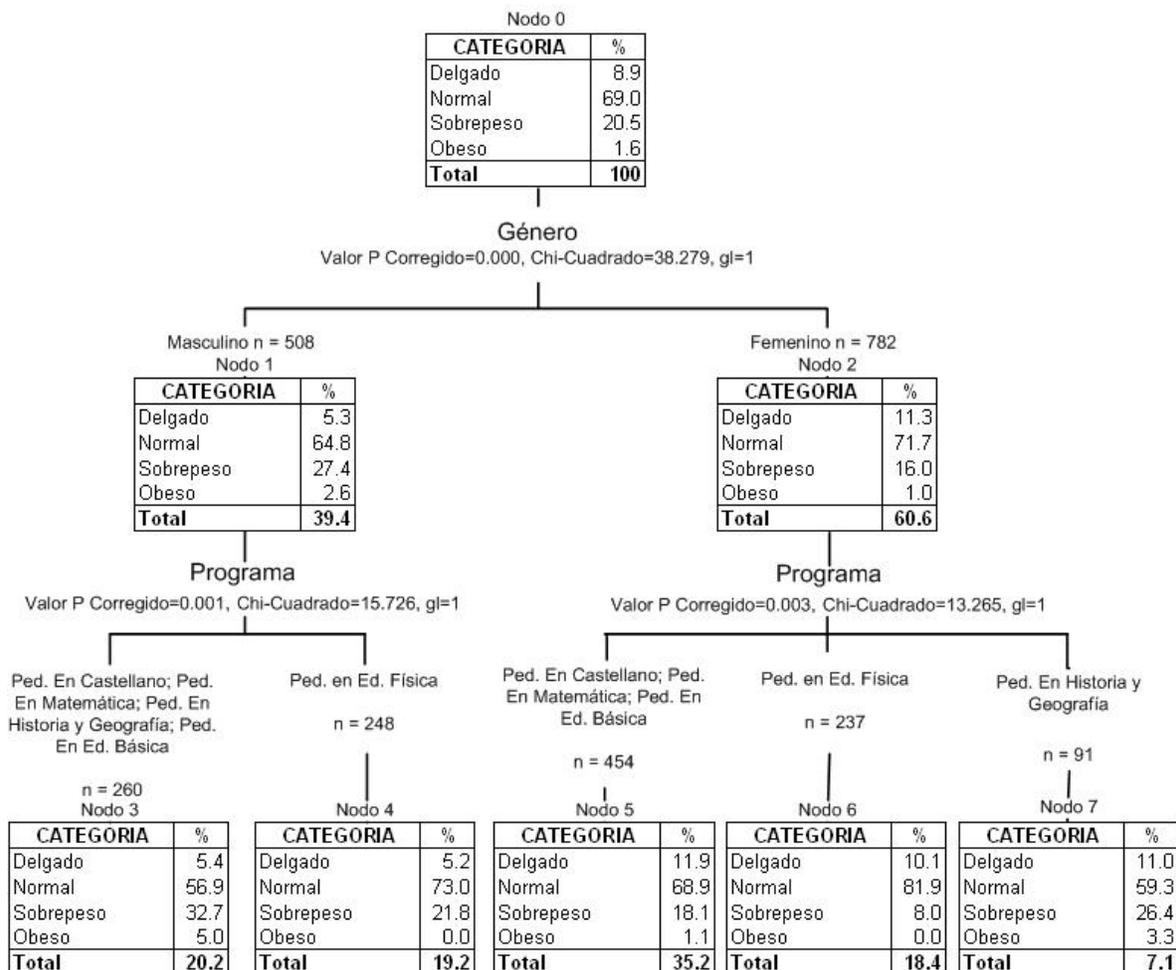
La técnica que se utilizó es la detección automática de interacción mediante Chi-cuadrado, que facilita la clasificación de los sujetos de acuerdo a variables de segmentación. En el procesamiento de análisis estadístico, se ingresaron las variables independientes, sin embargo, en el gráfico de árboles, el programa sólo muestra las variables asociadas a un nivel estadístico significativo, omitiendo entonces aquellas no significativas.

A continuación, expondremos los resultados obtenidos en diagramas llamados árboles de clasificación.

Diagrama 1

Distribución de los casos: Estado nutricional obtenido por el calculo del Índice de Masa Corporal (IMC).

n = 1290



En la variable estado nutricional se observa cómo el 69% de los casos se concentra en la categoría normal, seguida por un 25% que está con sobrepeso.

Se da una relación altamente significativa entre el estado nutricional y el sexo. Esto lo podemos advertir en el hecho de que en la categoría que tiene el Índice de Masa Corporal normal se concentra una mayor población de mujeres que de hombres. El 71% de las mujeres posee un estado nutricional normal; contra un

64% de los hombres; mientras que los hombres las superan en la categoría sobrepeso con un 27,4% contra un 16% de ellas.

Los resultados indican que existe una relación significativa entre el estado nutricional (IMC), el sexo y la carrera a la que pertenecen los encuestados. En el caso de los hombres, los que pertenecen a las carreras de Pedagogía en Castellano, Pedagogía en Matemática, y Pedagogía en Historia y Geografía, presentan un estado nutricional de sobrepeso mayor que los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Educación Física. Esto se observa en las cifras, ya que, el 73%, de los estudiantes de Pedagogía en Educación Física poseen un estado nutricional normal contra un 56,9% de las demás carreras.

En cuanto a las mujeres, también se da una relación significativa entre el sexo, la carrera que estudian y el estado nutricional. Los resultados expresan que la carrera que concentra el mayor porcentaje de mujeres con sobrepeso, es Pedagogía en Historia y Geografía con un 26,4%, no obstante, un 59,3% de éstas tiene un estado nutricional normal.

Las carreras de Pedagogía en Castellano, Pedagogía en Matemática y Pedagogía en Educación Básica, cuentan con una mayoría de mujeres en un estado nutricional normal, aún cuando el porcentaje de sobrepeso es del 18,1%. En cambio, de las mujeres que estudian Pedagogía en Educación Física, un 81,9% posee un estado nutricional normal y sólo un 8% está con sobrepeso.

En la carrera de Pedagogía en Educación Física, podemos observar que ni en hombres ni en mujeres se presentan casos que arrojen un estado nutricional obeso en relación con las demás carreras.

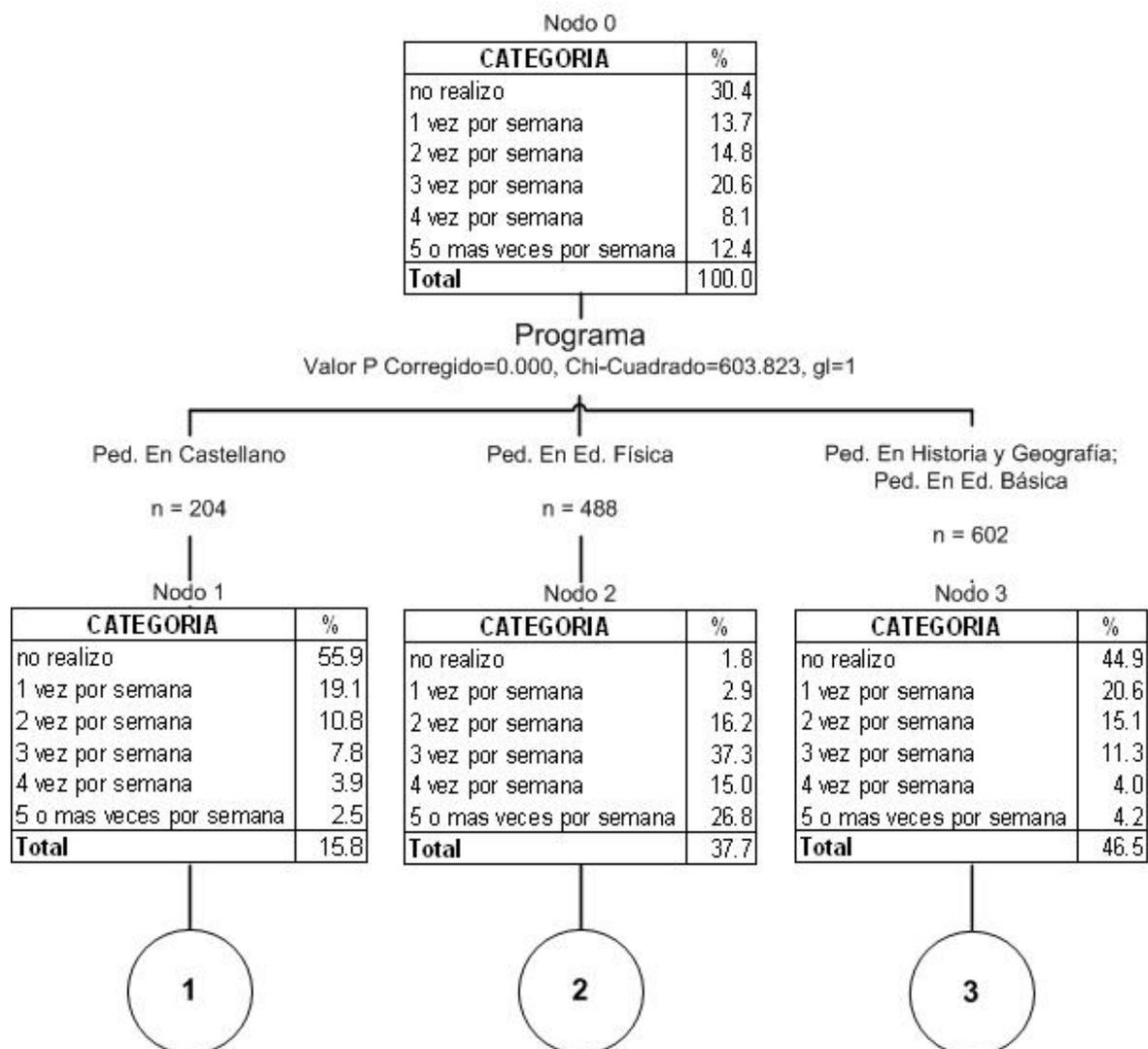
Existe además una asociación entre el estado nutricional y el género, ya que el Chi-cuadrado posee un valor de ,000 y de éste con la carrera a la que pertenecen los estudiantes encuestados, de esta forma, en los hombres el Chi-cuadrado

presenta un valor de 0,001 y en las mujeres de 0,033, lo que manifiesta una asociación significativa entre las variables.

Para una mejor comprensión se ha diseñado el siguiente diagrama:

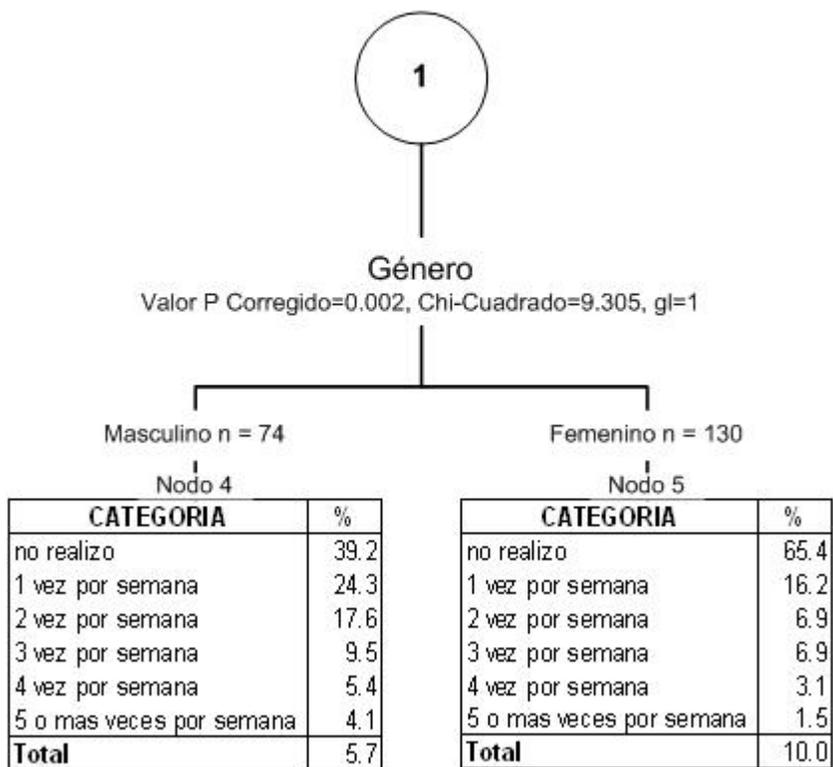
Diagrama 2

Distribución de los casos: Si realizas actividad física o práctica de algún deporte  
n = 1294



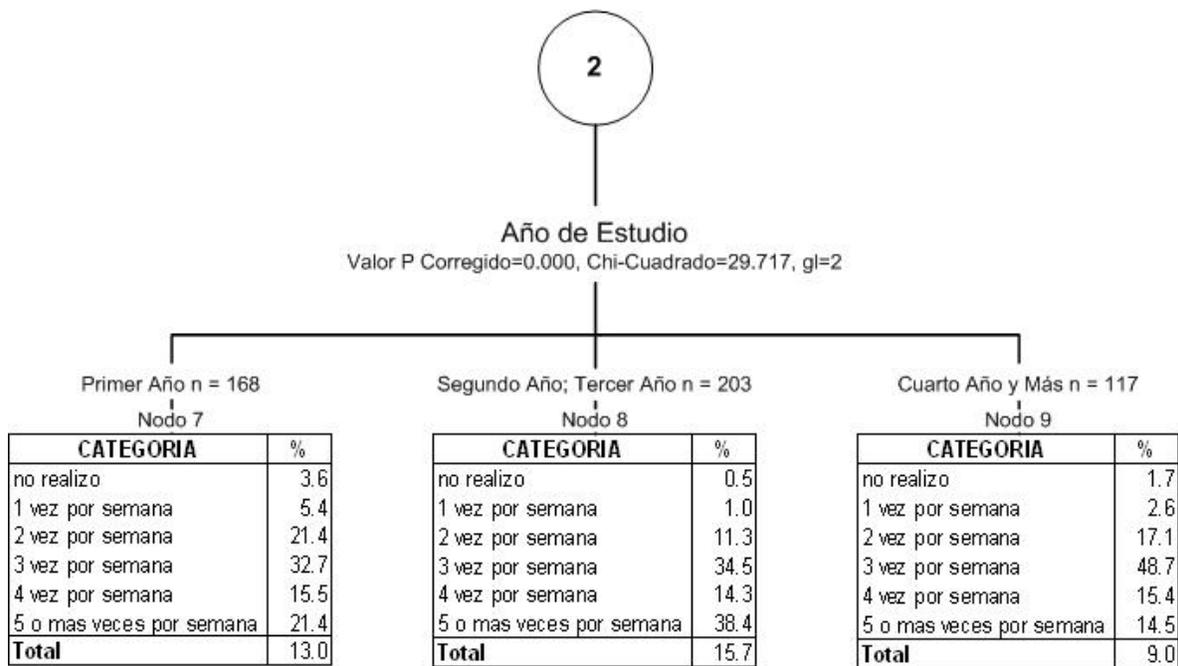
## Diagrama 2

## Continuación



## Diagrama 2

## Continuación



En cuanto a la variable, realizas actividad física o practicas algún deporte, un 30,4% de los encuestados no la realiza, seguido por un 20,6% que sí lo hace 3 veces por semana.

Se da una relación altamente significativa entre la variable realizas actividad física o practicas algún deporte, con la carrera, ya que, la mayoría de alumnos que realizan este tipo de actividades se concentran en la carrera de Pedagogía en Educación Física, donde el 37,3% realiza actividad física 3 veces por semana. Por otro lado, el 55,9% de los estudiantes de Pedagogía en Castellano no realizan este tipo de actividades; el 44,9% de los alumnos de las carreras de Pedagogía en Matemática, Pedagogía en Historia y Pedagogía en Educación Básica tampoco realizan actividades deportivas y/o físicas.

También podemos ver que se da una relación significativa entre las variables, realizas actividad física o practicas algún deporte, con la carrera y el sexo.

En el caso de los alumnos de Pedagogía en Castellano, la relación es altamente significativa. Un 65,4% de las mujeres no realiza actividad física, superando ampliamente a los hombres, donde un 39,2% tampoco es asiduo a practicar esta clase de actividades.

En cuanto a los alumnos de las Pedagogías en Matemática, Historia y Geografía y Educación Básica, la relación es significativa. Un 50,8% de las mujeres no realiza actividades físicas ni deportivas; mientras que el 31,6% de los hombres tampoco lleva a cabo este tipo de actividades.

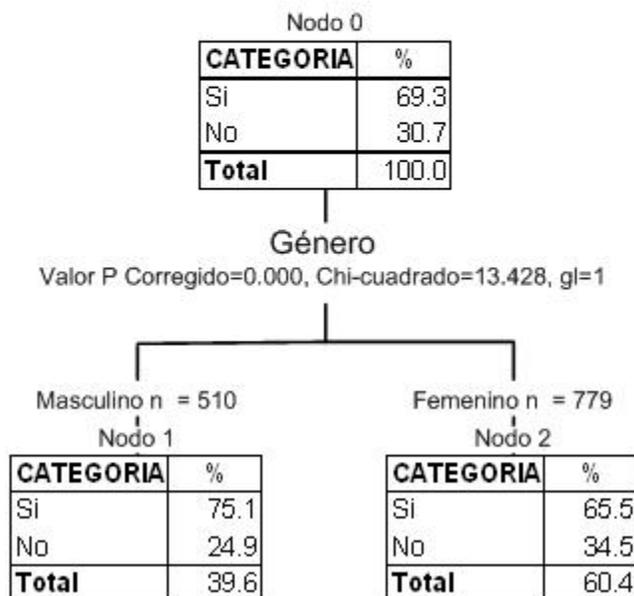
Donde la relación no es significativa, es en el caso de las carreras de Pedagogía en Matemática, Pedagogía en Historia y Geografía y Pedagogía en Educación Básica, el género (femenino) y los años de estudio, ya que dentro de las alumnas que se encuentran en un nivel igual al primer año, el 41,4% no realiza actividad física ni deportiva, mientras que el 55,6% de las estudiantes que están en un nivel superior al 1er año, no realiza este tipo de actividades.

En el caso de los alumnos de Pedagogía en Educación Física, la variable carrera y años de estudio es muy significativa, ya que a medida que aumentan los años de estudio, el porcentaje de alumnos que realizan actividad física 3 veces por semana aumenta. El 32,7% de los que se encuentran en un nivel igual a primer año, realizan actividad física 3 veces por semana; el 34,5% de los alumnos que se están entre segundo y tercer año lo hace; en tanto el 48,7% de los que están sobre el tercer año también practica este tipo de actividades 3 veces por semana. Cabe decir, que en todos los casos los porcentajes corresponden a las primeras mayorías.

## Diagrama 3

Distribución de los casos: Consumo de alcohol.

n = 1289



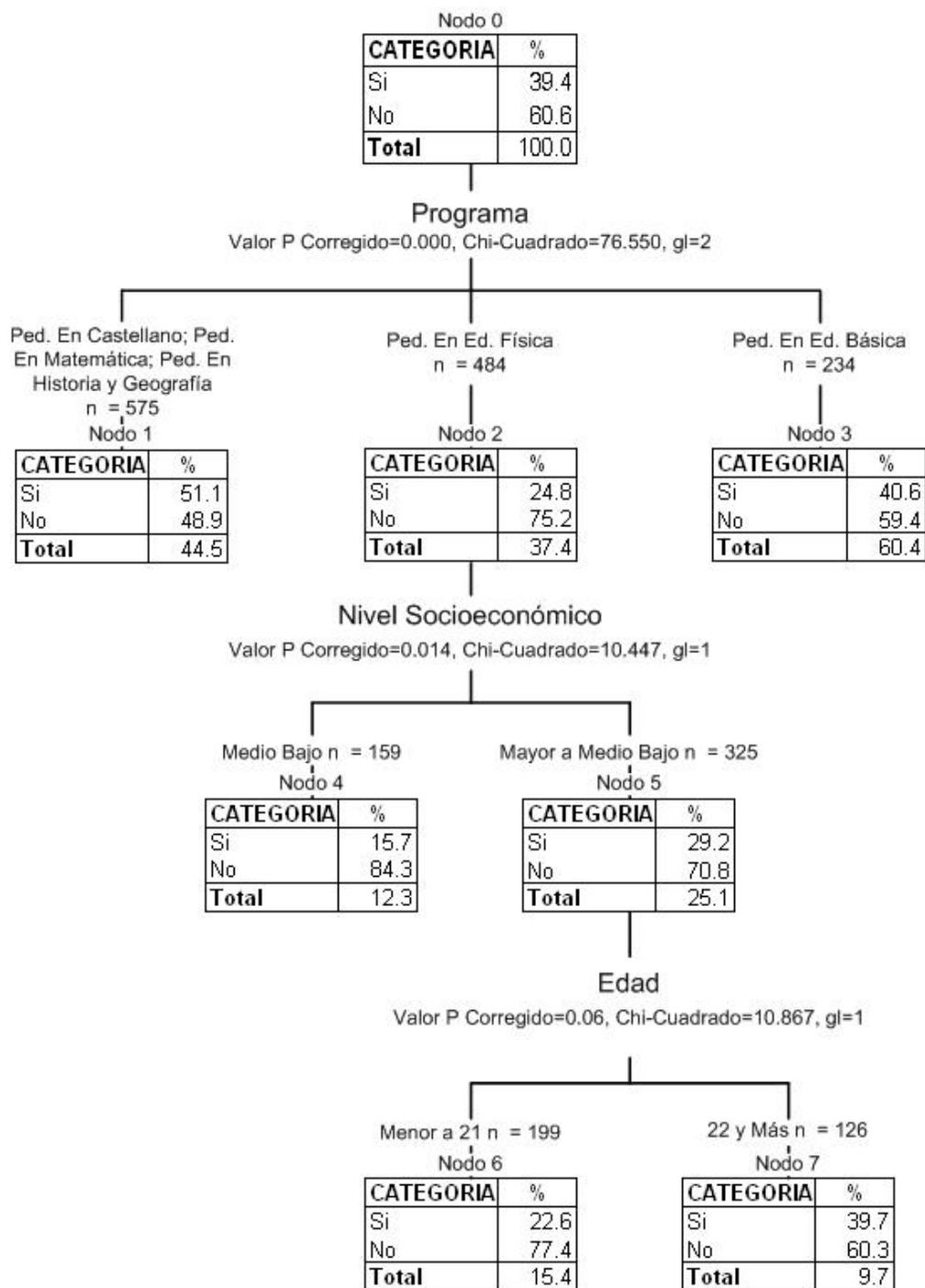
De la variable consumes alcohol podemos ver que el 69,3% de los casos declara sí consumir alcohol.

Se expresa una relación altamente significativa entre las variables consumes alcohol y sexo, ya que el 75,1% de las personas que afirman consumir alcohol son hombres; cifra que baja al 65,5% en el caso de las mujeres.

Diagrama 4

Distribución de los casos: Consumo de tabaco.

n = 1289



En la variable fumas, el 60,6% declara no hacerlo; mientras que un 39,4% dice que sí lo hace.

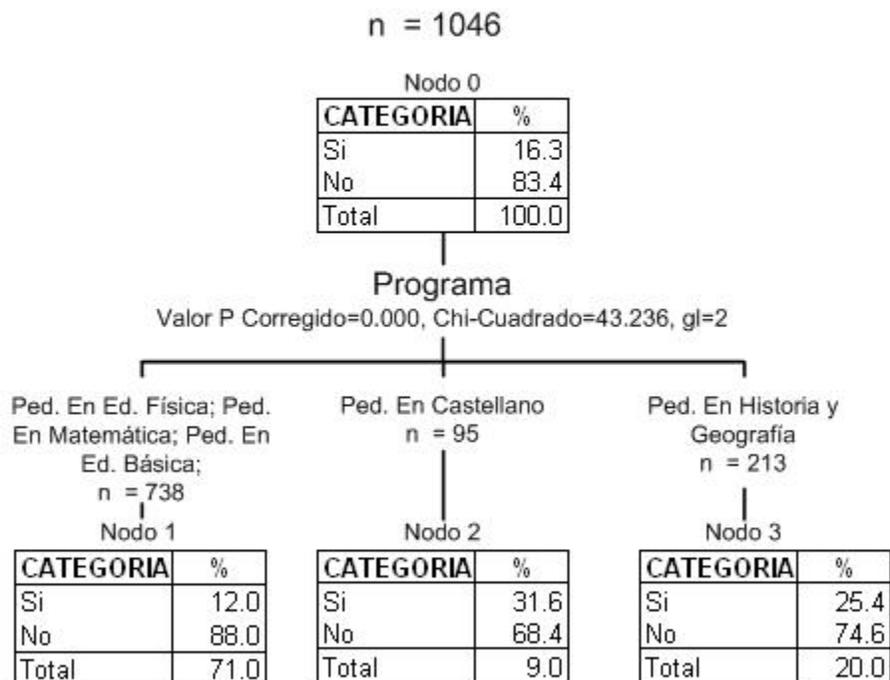
Entre las variables fumas, y carrera, se da una relación altamente significativa. Se observa que en la carrera de Pedagogía en Educación Física se concentra la gran mayoría de los alumnos que señalan no fumar (75,2%), a diferencia de los alumnos de las carreras de Pedagogía en Castellano, Pedagogía en Matemática y Pedagogía en Historia y Geografía, que en su mayoría (51,1%) señalan que sí fuman; mientras que de los estudiantes de Pedagogía en Educación Básica, el 59,4% afirma no fumar.

Los resultados expresan que existe una relación significativa entre la variable fumas, con el nivel socioeconómico. En la carrera de Pedagogía en Educación Física, dentro del nivel socioeconómico que es menor o igual al bajo, el 84,3% sí lo hace; mientras que dentro de los que tienen un nivel socioeconómico medio o medio alto, un 70,8% no fuma.

En el caso de esta última variable, podemos observar una relación significativa con la variable edad, ya que las personas de edad menor o igual a los 21 años declaran no fumar en un 77,4%, mientras que dentro de las personas que tienen más de 21 años, el 60,3% dice que no fuma.

## Diagrama 5

Distribución de los casos: Consumes drogas en la actualidad.

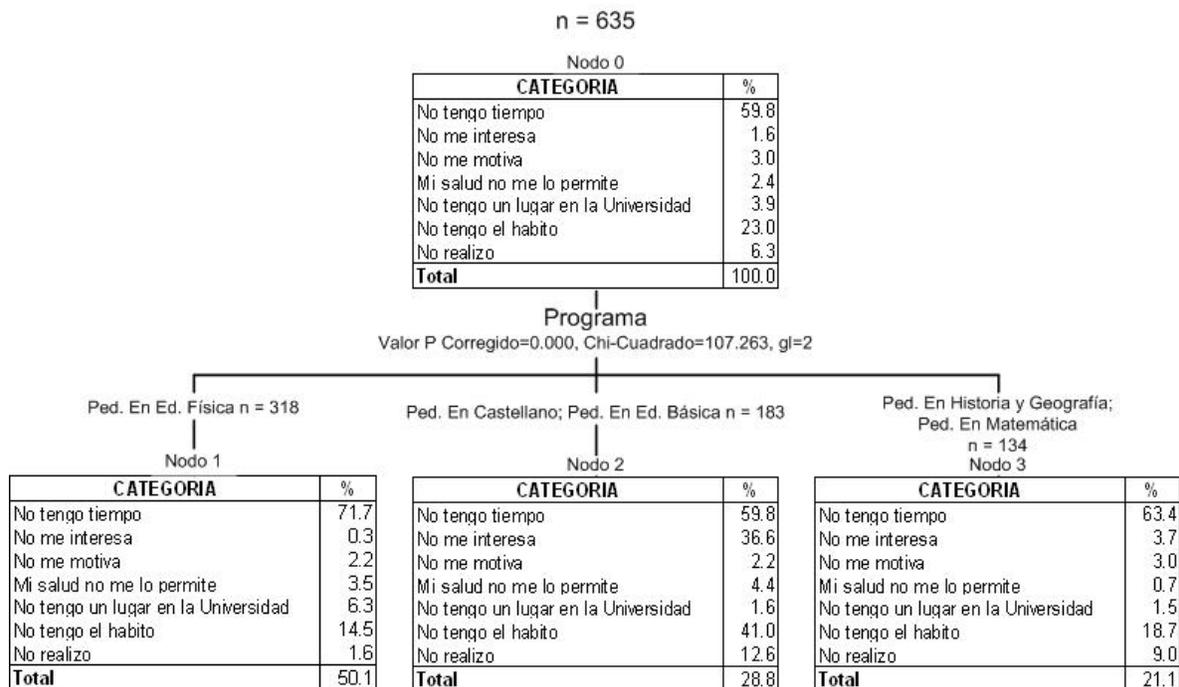


En la pregunta referida a si los encuestados han consumido drogas actualmente, la gran mayoría señala no consumir drogas; mientras que un 15,7% sí lo hace.

Se observa una relación significativa entre el consumo actual de drogas y la carrera, ya que los estudiantes de Pedagogía en Educación Básica, Educación Física y Matemática son los que concentran el mayor porcentaje de los no consumidores; a diferencia de las carreras de Pedagogía en Castellano e Historia y Geografía. Es en esta última donde se concentra el mayor porcentaje de los que sí afirman consumir.

Diagrama 6

Distribución de los casos: La cantidad de actividad física que realizas es insuficiente, por qué no aumentas la frecuencia.



El diagrama nos expone que el porcentaje mayor de los que sí realizan actividad física, declaran que no aumentan la frecuencia de su actividad física, a pesar de que la consideran insuficiente porque no tienen el hábito.

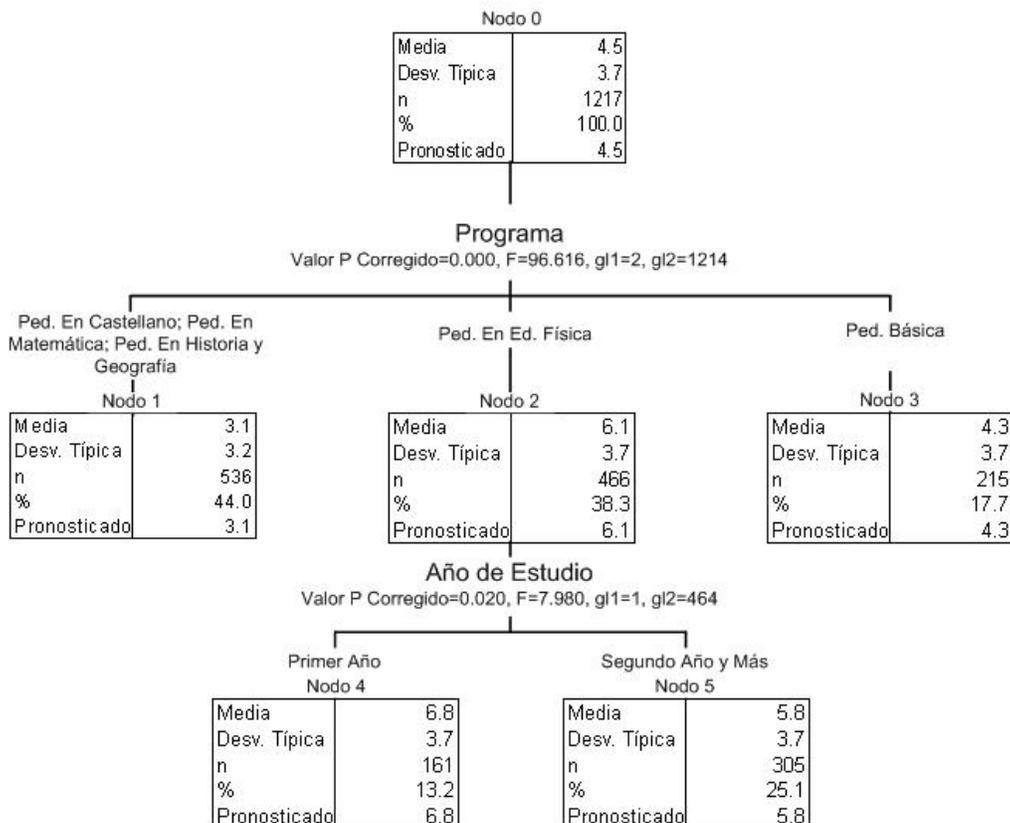
Esta variable tiene una relación altamente significativa con la carrera de estudio, ya que un 71,7% de los estudiantes de Pedagogía en Educación Física señala que no tiene tiempo para aumentar su frecuencia de actividad física, aunque la consideren insuficiente.

En los estudiantes de Pedagogía en Educación Básica y Pedagogía en Castellano la mayor parte de los alumnos dice no tener el hábito de practicar este tipo de actividades.

Por último, de los alumnos de las Pedagogías en Historia y Geografía y Matemática el 63,4% dice no realizar este tipo de actividades por carecer de tiempo.

Diagrama 7

Distribución de los casos: Prohibir el consumo de tabaco en espacios cerrados al interior de la universidad.



La idea de prohibir el consumo de tabaco en la universidad como una de las acciones a realizar para bajar los índices de consumo de tabaco al interior de ella, es calificada con un promedio de 4,61.

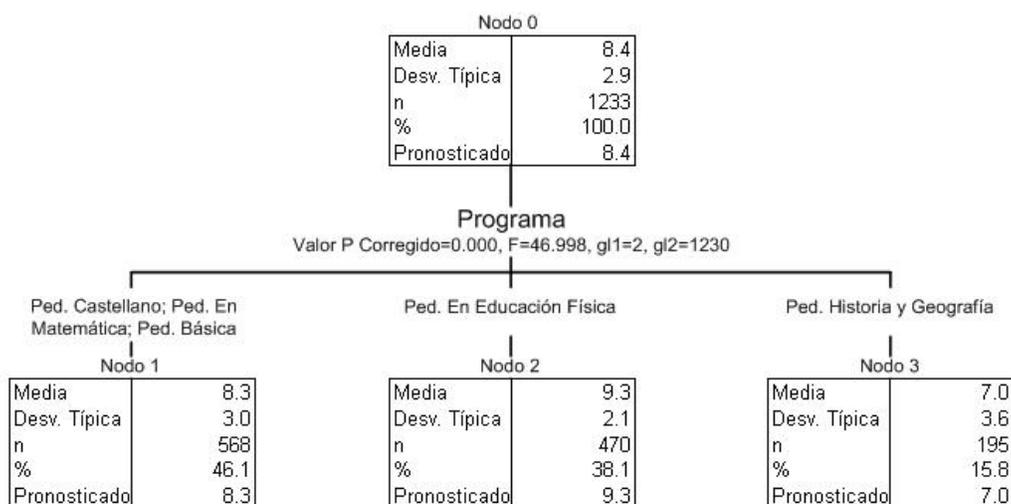
Se da una relación significativa entre la idea de prohibir el consumo de tabaco y la variable carrera. La idea obtiene un promedio de 3,08 por parte de los estudiantes de las carreras de Pedagogía en Castellano, Pedagogía en Matemática y Pedagogía en Historia y Geografía y un promedio de 4,2 en la carrera de Pedagogía en Educación Básica.

Los estudiantes de Pedagogía en Educación Física, en cambio, la califican sobre el promedio con un 6.13, otorgándole más valor a esta idea que el resto de los alumnos.

Esto último está relacionado a su vez significativamente con el año de estudio que poseen estos estudiantes. Los que están en primer año la califican con un promedio de 6,7 y, los que están en cursos mayores, con un 5,7. Se puede observar, por lo tanto, que lo estudiantes de Educación Física valoran más la idea de prohibir el consumo de tabaco en la universidad, en especial los que están en primer año de universidad.

Diagrama 8

Distribución de los casos: Prohibir el consumo de tabaco en espacios cerrados al interior de la universidad.



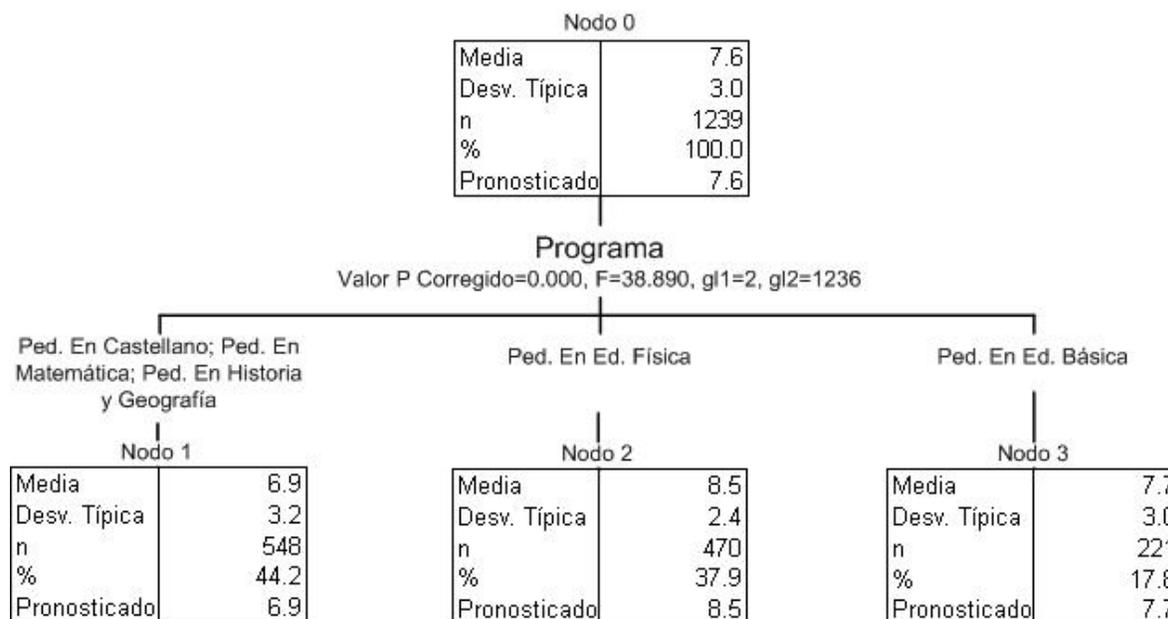
La idea de prohibir el consumo de tabaco en espacios cerrados en el interior de la universidad obtiene una calificación de 8,4.

Se puede observar una relación significativa entre el promedio de calificación de esta idea con la carrera de estudio. Los estudiantes que menos la valoran son los de la carrera de Pedagogía en Historia y Geografía con un promedio de 7; las carreras de Pedagogía en Castellano, Pedagogía en Matemática y Pedagogía en

Educación Básica la califican en promedio con un 8,2. En cambio, los estudiantes de Educación Física son lo que valoran más esta idea, calificándola con un promedio de 9,2.

Diagrama 9

Distribución de los casos: Realizar campañas de difusión permanentes.

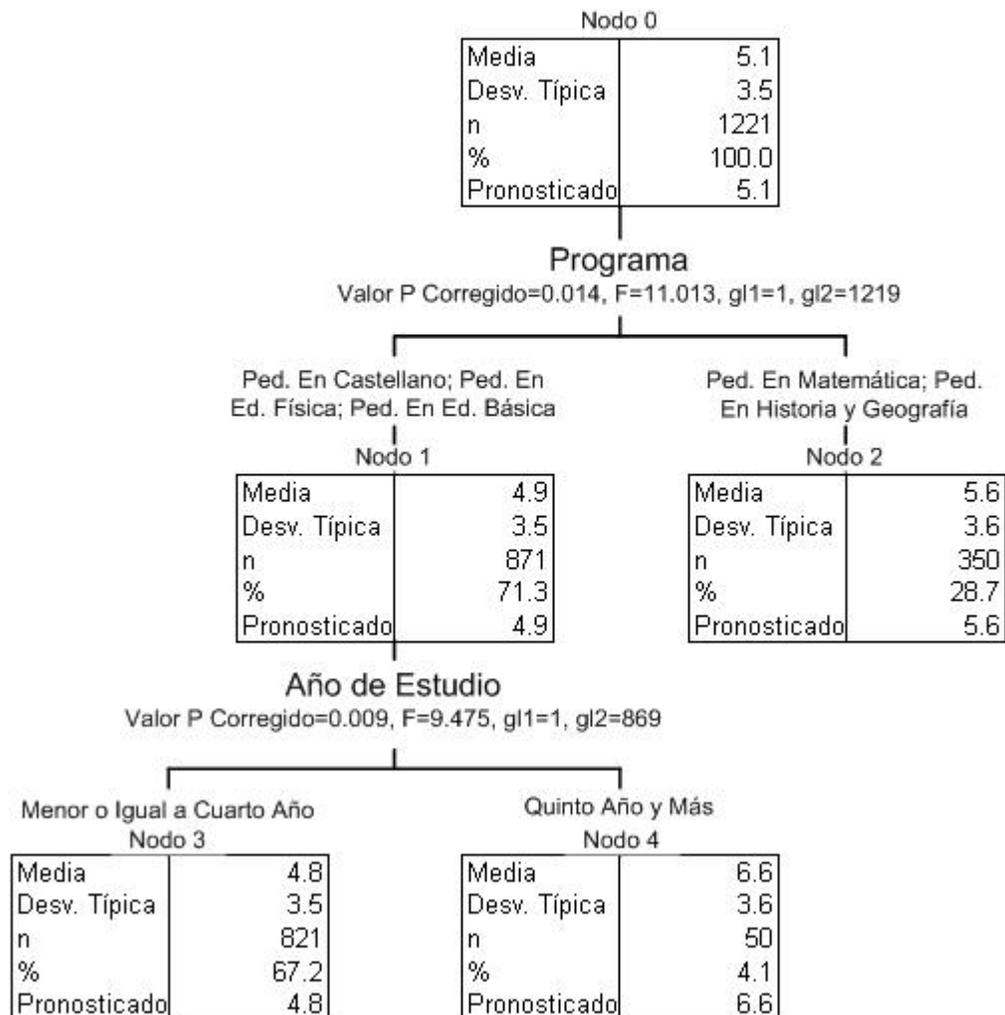


La idea de realizar campañas de difusión permanente para disminuir los índices de consumo de tabaco en el interior de la universidad, obtiene un promedio de 7,6.

Se da una relación significativa entre la carrera de estudio y el nivel de valoración que se le otorga a esta idea. Los estudiantes de Pedagogía en Castellano, Pedagogía en Matemática y Pedagogía en Historia y Geografía la califican con un 6,8 lo que está bajo el promedio. Los estudiantes de Pedagogía en Educación Básica califican la idea con un 7,7 y los estudiantes de la carrera de Educación Física son los que más la valoran, calificándola sobre el promedio con un 8,4.

Diagrama 10

Distribución de los casos: Realizar campañas de difusión permanentes.



La idea de tener un espacio libre de consumo de tabaco en el interior de la universidad, como una de las acciones a realizar para disminuir los índices de consumo, obtiene un promedio general de 5,0.

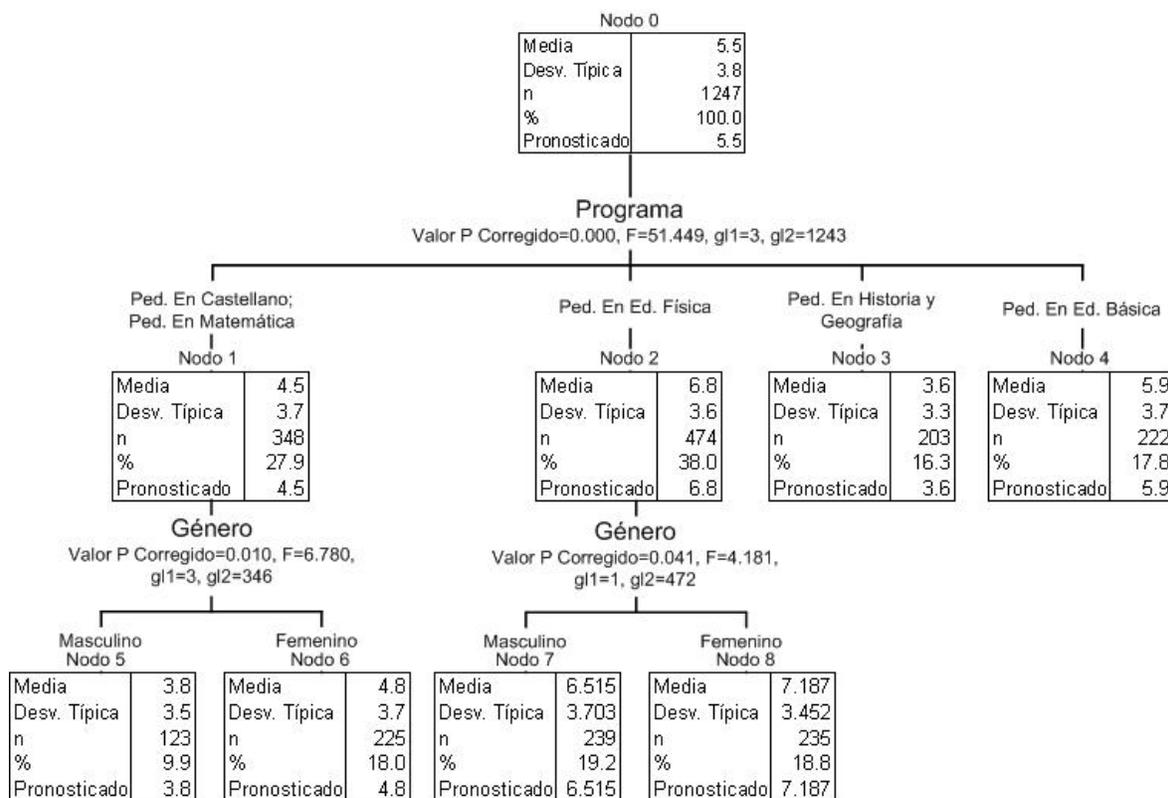
Se observa, que existe una relación significativa con la carrera de estudio. Podemos ver cómo en la carrera de Pedagogía en Matemática y Pedagogía en Historia y Geografía la califican sobre el promedio con un 5,6; mientras que los

estudiantes de Pedagogía en Castellano, Pedagogía en Educación Física y Pedagogía en Educación Básica la califican con un promedio de 4,8.

Una relación significativa también se observa en el año de estudio, ya que de este último grupo (Pedagogía en Castellano, Pedagogía en Educación Física y Pedagogía en Educación Básica) los que están cursando sobre el cuarto año otorgan un mayor nivel de valoración a la idea de realizar campañas de difusión permanente, que los que están en cursos menores o iguales a cuarto año.

Diagrama 11

Distribución de los casos: Acciones a realizar para disminuir el consumo de alcohol y drogas al interior de la universidad



La idea de prohibir el consumo de alcohol y drogas en el interior de la universidad, obtiene un promedio general de 5,4 por parte de todos los estudiantes de las distintas carreras de Pedagogía.

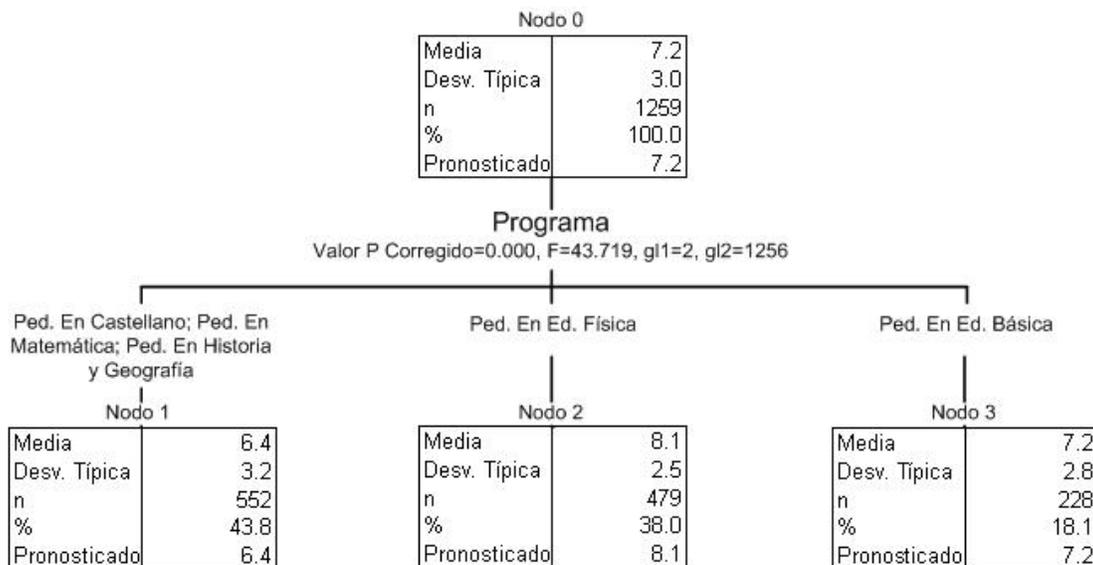
Se da una relación significativa entre esta idea y la calificación que le otorgan las distintas carreras pedagógicas. En la carrera de Pedagogía en Educación Básica esta iniciativa es calificada sobre el promedio general con un 5,9; a diferencia de la carrera de Pedagogía en Historia y Geografía que le asigna un 3,5.

Se observa que en la carrera de Pedagogía en Castellano y Pedagogía en Matemática, se da una relación significativa con la valoración de la idea y el género. Son las mujeres las que le otorgan una mayor calificación a la idea de prohibir el consumo de alcohol y drogas en el interior de la universidad, con un 4,8; a diferencia de los hombres que pertenecen a estas mismas carreras que ponen un 3,7.

Son los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Educación Física los que le otorgan un mayor nivel de valoración a la idea calificándola sobre el promedio con un 6,8. Dentro de la misma, también se da una relación significativa entre el género y la idea de prohibir el consumo de alcohol y drogas en el interior de la universidad. Son las mujeres las que más valoran la idea, calificándola sobre el promedio con un 7,1.

Diagrama 12

Distribución de los casos: Realizar campañas de difusión permanentes, orientadas a disminuir el consumo de alcohol y drogas de los estudiantes.

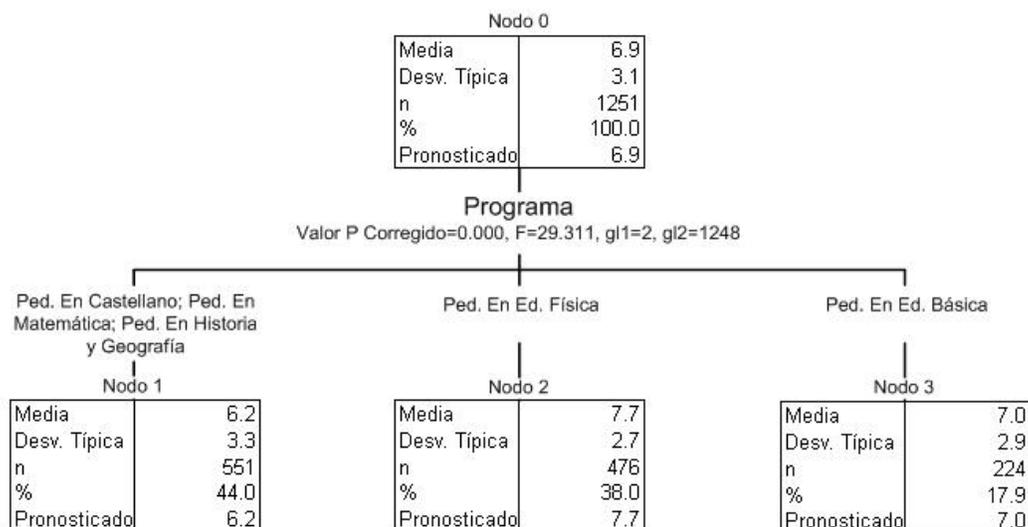


Realizar campañas de difusión permanente, orientadas a disminuir el consumo de alcohol y drogas de los estudiantes, es calificada con un 7,2 por los estudiantes de todas las carreras pedagógicas.

Se puede observar, además, que el nivel de valoración tiene una relación significativa con la carrera que estudian. Los resultados aportan que de las carreras de Pedagogía en Castellano, Pedagogía en Matemática y Pedagogía en Historia y Geografía califican la idea bajo el promedio con un 6,4; en tanto que los estudiantes de Pedagogía en Educación Básica califican lo hacen con un 7,2; y los de Pedagogía en Educación Física, le asignan una nota sobre el promedio con un 8,1, siendo este grupo el que más valora la idea en la escala de 1 a 10.

Diagrama 13

Distribución de los casos: Realizar charlas informativas para disminuir el consumo de alcohol y drogas al interior de la universidad.



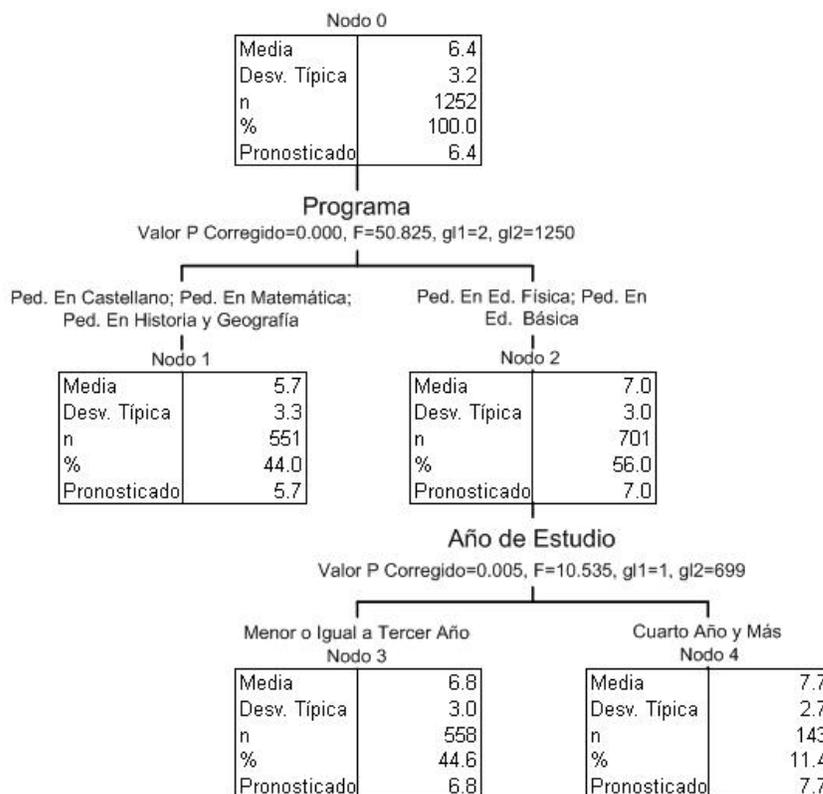
La idea de realizar charlas informativas para disminuir el consumo de alcohol y drogas en el interior de la universidad obtiene un promedio de 6,9.

Al igual que en las variables anteriores, se da una relación significativa entre esta idea y la carrera que estudian los encuestados. En las carreras de Pedagogía en Castellano, Pedagogía en Matemática y Pedagogía en Historia y Geografía el promedio con que se califica esta idea es de 6,2, cifra bajo el promedio general.

En la carrera de Pedagogía en Educación Básica le asignan un promedio de 7,0; en cambio los estudiantes de Pedagogía en Educación Física lo hacen con un 7,6, siendo éstos los que más valoran la idea.

Diagrama 14

Distribución de los casos: Realizar grupos de conversación para disminuir el consumo de alcohol y drogas al interior de la universidad.



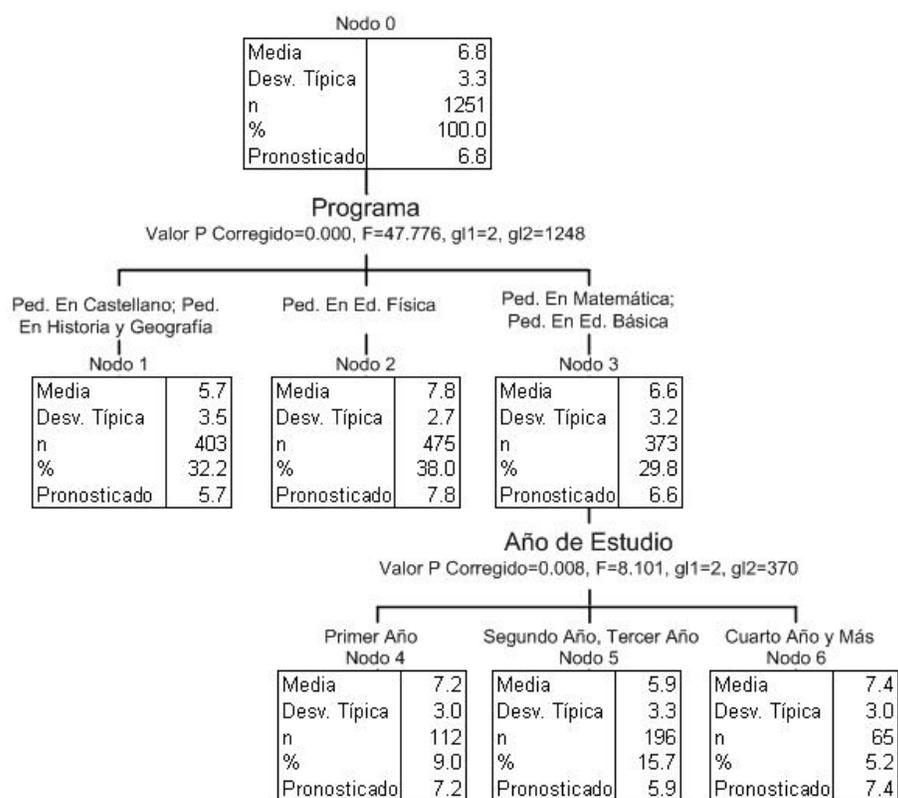
Realizar grupos de conversación para disminuir el consumo de alcohol y drogas en el interior de la universidad obtiene un promedio general de 6,3. Esto corresponde a la P38 del cuestionario, que mide el nivel de valoración de los estudiantes de las distintas carreras pedagógicas, en una escala de 1 a 10.

Podemos observar, que se da una relación altamente significativa entre el nivel de valoración de los estudiantes y la carrera que estudian. En las carreras de Pedagogía en Castellano, Pedagogía en Matemática y Pedagogía en Historia y Geografía, los estudiantes le otorgan una calificación bajo el promedio con un 5,6. Por otro lado, los estudiantes de Pedagogía en Educación Física y los estudiantes de Pedagogía en Educación Básica califican la idea sobre el promedio general con un 7,6.

Se muestra, además, una relación significativa con el año de estudio de los encuestados, ya que los estudiantes que están en cursos menores a tercero califican la idea con un 6,7 y los que están en cursos superiores lo hacen con un 7,6, siendo éstos los que le otorgan un mayor nivel de valoración.

Diagrama 15

Distribución de los casos: Acciones para fomentar actividad física al interior de la universidad: Asignatura obligatoria tres veces por semana durante los años de estudio



La idea de contar con una asignatura obligatoria tres veces por semana durante los años de estudio como una de las acciones a realizar para fomentar la actividad física dentro de la universidad, obtiene un promedio general por parte de los estudiantes de las distintas carreras pedagógicas de 6,7.

Esta pregunta corresponde a la P25 del cuestionario donde los encuestados debían indicar el nivel de valoración en una escala de 1 a 10, en donde 1 es lo de menor valoración y 10 el aspecto más valorado.

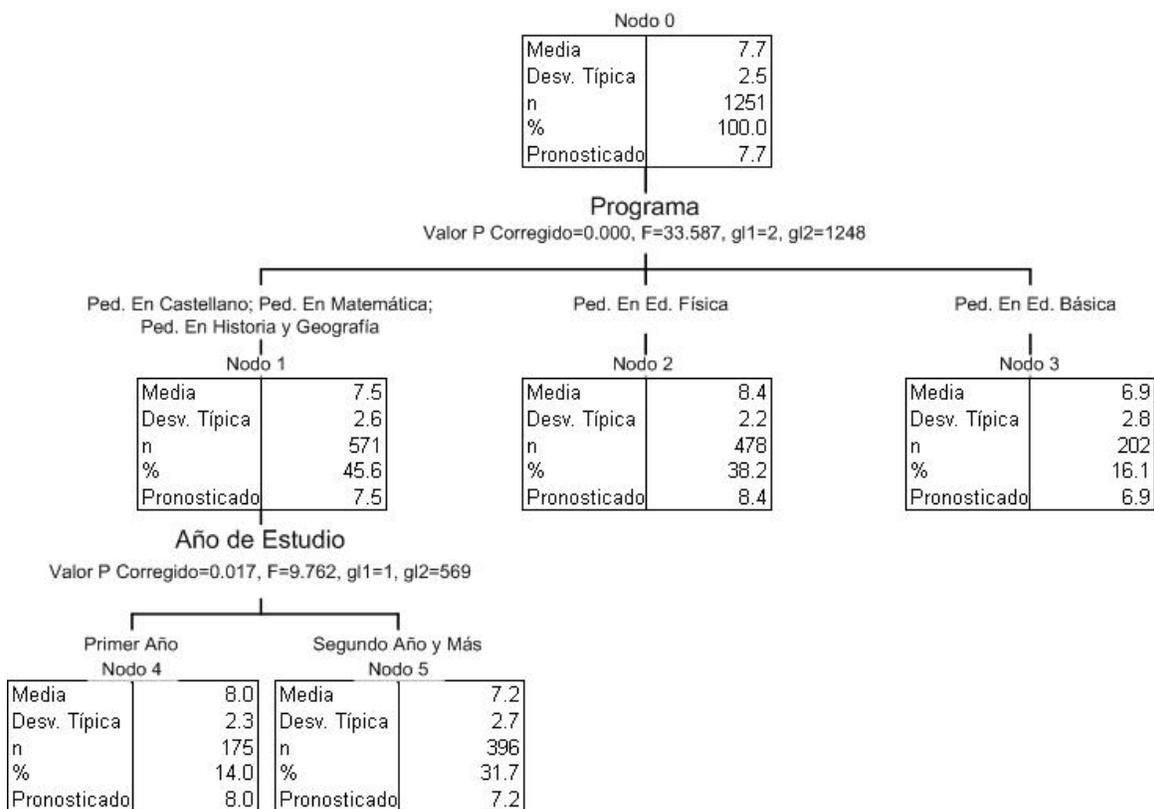
Dentro de los resultados, se puede observar una relación significativa entre el nivel de valoración de los encuestados con la carrera que estudian. Los estudiantes de Pedagogía en Castellano y los de Pedagogía en Historia y Geografía, califican la idea con un promedio de 5,7.

Por otro lado, se observa que los estudiantes de Educación Física son los que más valoran la idea calificándola sobre el promedio con un 7,7. Finalmente, las carreras de Pedagogía en Matemática y Pedagogía en Educación Básica califican la idea con un promedio de 6,5.

Se puede observar un alto grado de significación entre el año de estudio y el nivel de valoración que le otorgan a la idea. Es así como los estudiantes de Pedagogía en Matemática y Pedagogía en Educación Básica de primer año califican la idea con un promedio de 7,1; cifra que está sobre el promedio general y la cual sube a un 7,3 si se trata de los estudiantes que están en cursos superiores al tercer año.

Diagrama 16

Distribución de los casos: Acciones para fomentar actividad física dentro de la universidad: Realizar programas permanentes de actividad Física orientados a la salud.



La idea de realizar programas permanentes de actividad física orientados a la salud, como una de las ideas para fomentar la actividad física dentro de la universidad, obtiene un promedio general por parte de los estudiantes de las distintas carreras pedagógicas de 7,7. Esta pregunta corresponde a la P25 del cuestionario, donde los encuestados debían indicar el nivel de valoración en una escala de 1 a 10, donde 1 es la menor valoración y 10 lo más valorado.

Los resultados arrojan que se da una relación significativa entre el nivel de valoración de los encuestados con la carrera que estudian.

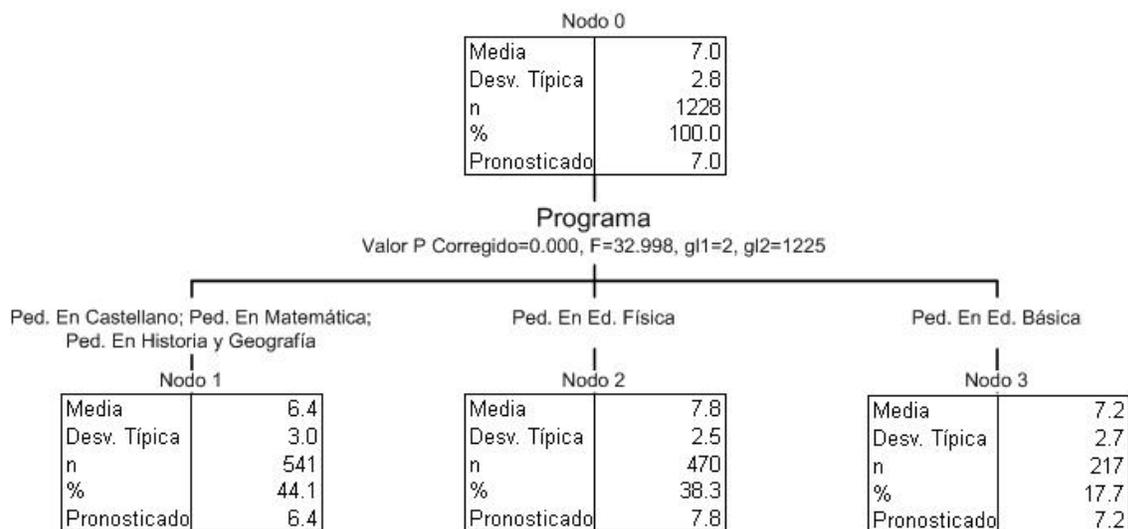
Los estudiantes de Pedagogía en Castellano, Pedagogía en Matemática y Pedagogía en Educación Básica califican la idea con un 7,4, cifra que estaría bajo

el promedio, sin embargo, se muestra que en estas carreras se da una alta significación entre el nivel de valoración y el año de estudio en el que se encuentran los estudiantes encuestados. Se puede observar que los estudiantes que están en el primer año de estas carreras, califican la idea con un 7,9; lo que está sobre el promedio, en tanto que los estudiantes que están en cursos superiores al primer año la califican con un 7,2; lo que está bajo el promedio.

Por otro lado, los estudiantes de Educación Física otorgan el mayor nivel de valoración a esta idea, calificándola con un promedio de 8,4. Por último, los estudiantes que pertenecen a la carrera de Pedagogía en Historia y Geografía, califican la idea bajo el promedio general de 6,9.

Diagrama 17

Distribución de los casos: Acciones para fomentar actividad física dentro de la universidad: Realizar campañas permanentes de difusión sobre vida saludable



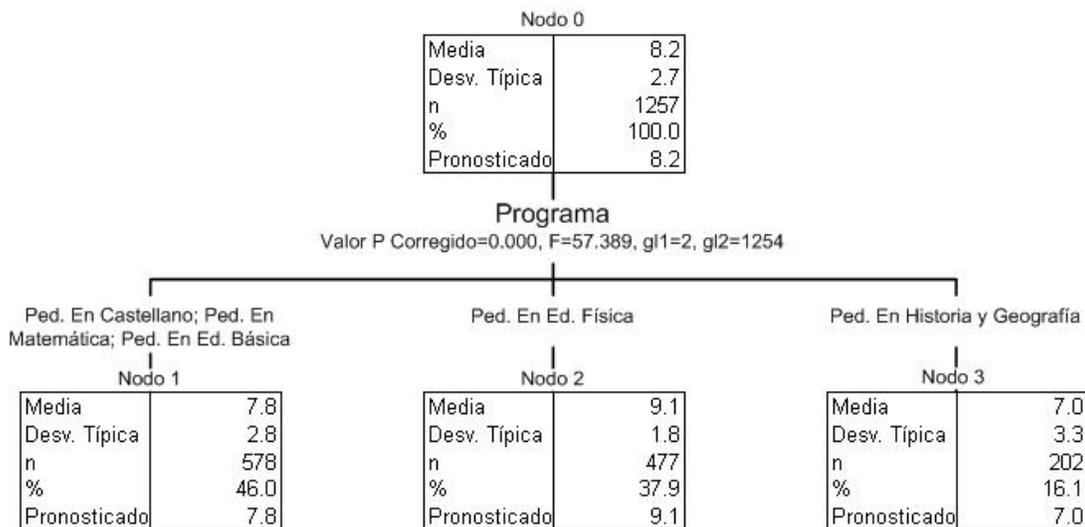
Realizar campañas permanentes de difusión sobre vida saludable para fomentar la actividad física dentro de la universidad obtiene un promedio general por parte de los estudiantes de las distintas carreras pedagógicas de 7,0. Esta pregunta corresponde a la P25 del cuestionario donde los encuestados debían indicar el nivel de valoración en una escala de 1 a 10.

En los resultados se observa una relación significativa entre el nivel de valoración de los encuestados con la carrera que estudian.

Es así, como los estudiantes de Pedagogía en Castellano, Pedagogía en Matemática y Pedagogía en Historia y Geografía califican la idea con un 6,3, lo que estaría bajo el promedio; por otro lado son los estudiantes de Pedagogía en Educación Física los que le otorgan el mayor nivel de valoración a esta idea calificándola con un promedio de 7,7. Finalmente, los estudiantes que pertenecen a la carrera de Pedagogía en Educación Básica, califican la idea de igual forma que los de estudiantes de la carrera de Pedagogía en Educación Física con un 7,2, cifra que se encuentra sobre el promedio.

Diagrama 18

Distribución de los casos: Acciones para fomentar actividad física dentro de la universidad: Realizar campañas permanentes de difusión sobre vida saludable



Establecer un número de electivos deportivos durante los años de estudio, como una de las ideas a realizar para fomentar la actividad física dentro de la universidad, obtiene un promedio general por parte de los estudiantes de las distintas carreras pedagógicas de 8,1. Esta pregunta corresponde a la P25 del

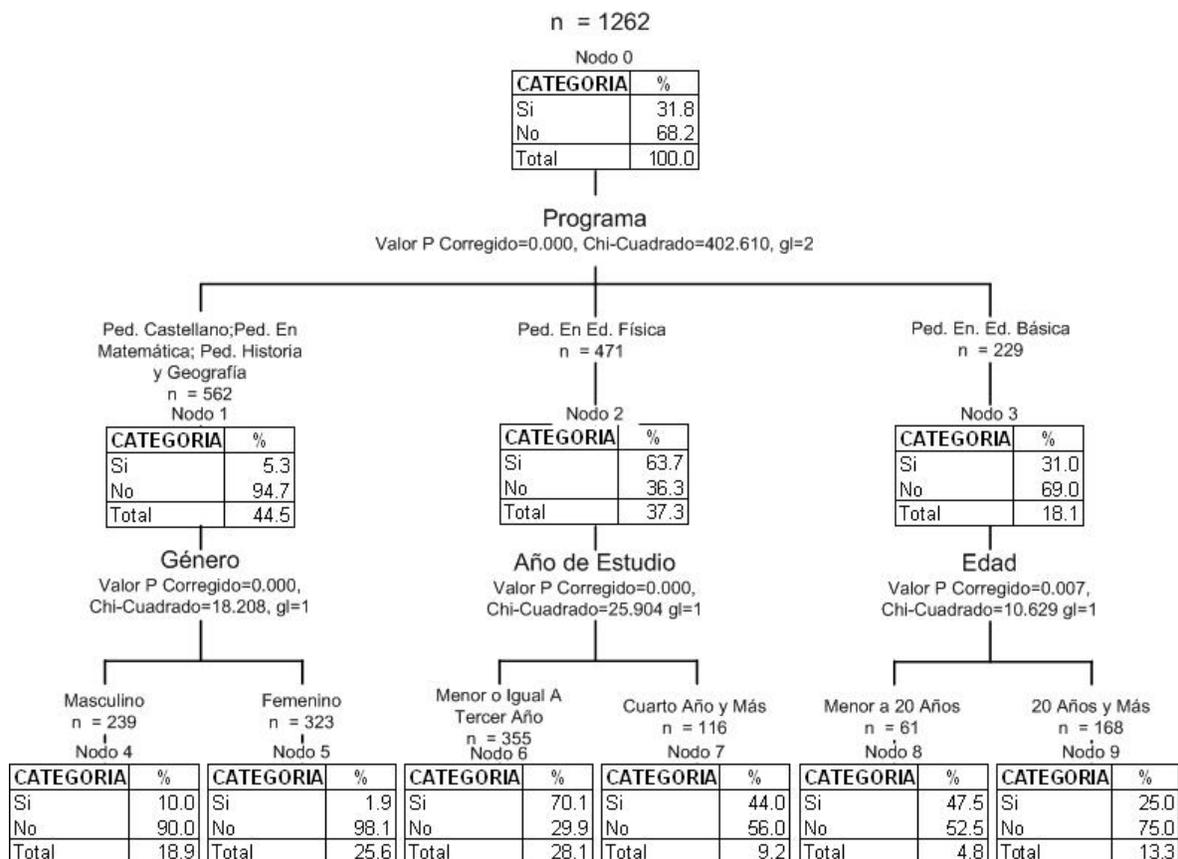
cuestionario donde los encuestados debían indicar el nivel de valoración en una escala de 1 a 10, en donde 1 es lo de menor valoración y 10 lo más valorado.

En los resultados, se observa una relación significativa entre el nivel de valoración de los encuestados con la carrera que estudian.

Es así, como los estudiantes de Pedagogía en Castellano, Pedagogía en Matemática y Pedagogía en Educación Básica califican la idea con un 7,8, lo que estaría bajo el promedio. Más abajo están los estudiantes de Pedagogía en Historia y Geografía, que califican la idea con un 7,0; a diferencia de los de Pedagogía en Educación Física que le asignan un 9,1, cifra que está sobre el promedio.

Diagrama 19

Distribución de los casos: Acciones si Consideras que la universidad en la que estudias promueve la práctica de actividad física y el deporte, aparte de las clases (educación física), cursos electivos, deportivos y selecciones deportivas.



De la variable que considera que la universidad en la que estudia promueve la práctica de actividad física y el deporte, aparte de las clases (Educación Física), cursos electivos, deportivos y selecciones deportivas, el 68,2% de los alumnos declara que no las promueve.

Los resultados arrojan que existe una relación altamente significativa con la carrera que se estudia, ya que el 94,7% de los alumnos de las Pedagogías en Castellano, Matemática e Historia y Geografía señalan que su universidad no promueve este tipo de actividades.

También podemos ver, que existe una relación significativa con el género, ya que el 90% de los hombres dice que su universidad no promueve la actividad física y deportiva; mientras que en el caso de las mujeres, el 98,1% señala lo mismo.

Por otro lado, en la carrera de Pedagogía en Educación Física, el 63,7% señala que sí se incentiva la práctica de las actividades físicas y deportivas en su universidad.

También se da una relación significativa entre esta variable y el año de estudio, ya que el 70,1% de los alumnos de la carrera de Pedagogía en Educación Física que están en un nivel menor o igual al tercer año, señala que sí se motiva la práctica de estas actividades físicas y deportivas; mientras que el 56% los estudiantes que se encuentran en un nivel superior al tercer año señala que no se promueven este tipo de actividades en su universidad.

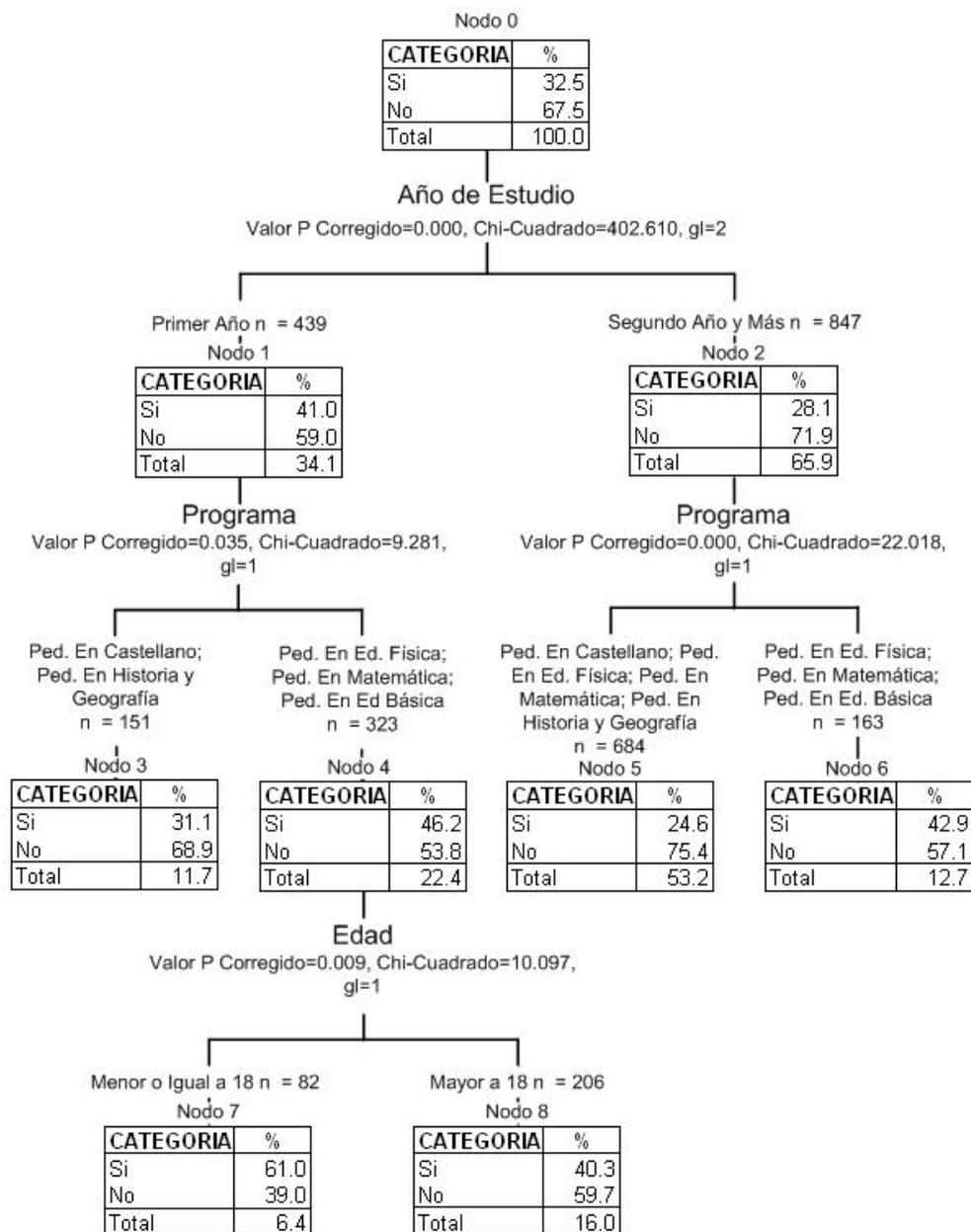
En la carrera de Pedagogía en Educación Básica, el 69,0% dice que no se promueven estas actividades.

Podemos apreciar también, que hay una relación significativa con la edad de estos estudiantes, ya que el 52,5% de los alumnos de la carrera de Pedagogía en Educación Básica que tienen una edad menor o igual a los 19 años, señala que no se promueven esta clase de actividades, cifra que sube al 75% en los que tienen una edad superior a los 19 años.

Diagrama 20

Distribución de los casos: Acciones si Consideras que la carrera en la que estudias, promueve la práctica de la actividad física y el deporte, aparte de las clases (Educación Física), cursos electivos deportivos y selecciones deportivas.

n = 1286



De la variable que considera que la Carrera en la que se estudia promueve la práctica de la actividad física y el deporte, aparte de las clases (Educación Física), cursos electivos deportivos y selecciones deportivas, un 67,5% señala que no es así.

Esta variable muestra una relación altamente significativa con el año de estudio, ya que el 59% de los alumnos que pertenecen al primer año dicen que sus carreras no promueven este tipo de actividades.

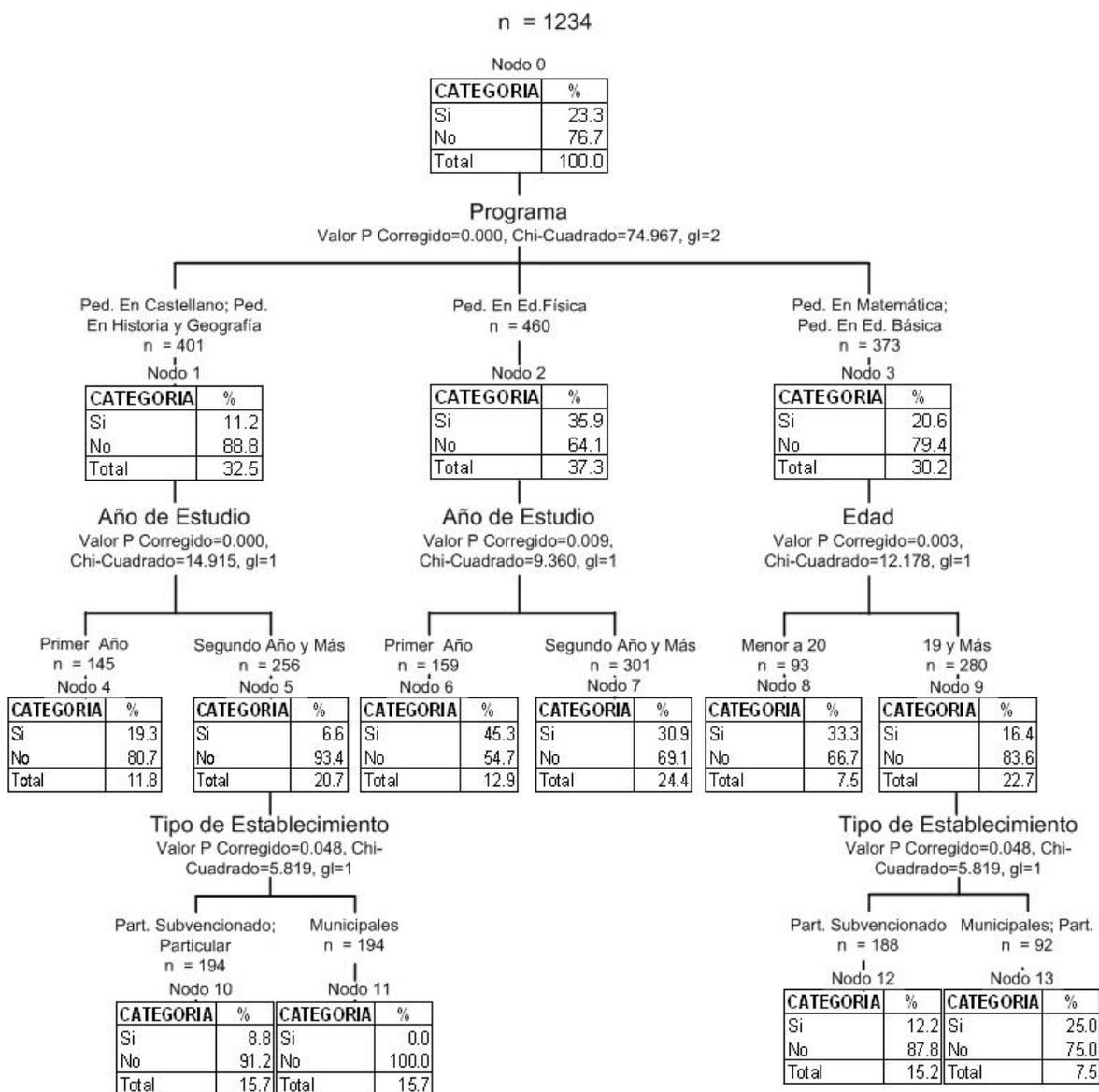
A esto se suma una relación significativa con la carrera de estudio, ya que el 68,9% de los alumnos de la Pedagogías en Castellano e Historia y Geografía afirma que sus carreras no promueven esta clase de actividades deportivas y/o físicas; mientras que el 53,8% de los alumnos de las carreras de Pedagogía en Educación Física, Pedagogía en Matemática y Pedagogía en Educación Básica señala lo mismo.

En este último grupo, se observa, además, una relación con la edad de los estudiantes. Los que tienen edades menores o iguales a 18 años, en su mayoría dicen que su carrera sí promueve la práctica de la actividad física y deporte, aparte de las clases; en cambio los que tienen edades superiores a los 18 opinan lo contrario.

Ahora bien, el 75,4% de los estudiantes pertenecientes a niveles superiores al primer año de las carreras de Pedagogía en Castellano, Pedagogía en Educación Física, Pedagogía en Matemática y Pedagogía en Historia y Geografía señala que en su Carrera no se incita a la práctica de estas actividades físicas y deportivas; mientras que el 57,1% de los alumnos de la carrera de Pedagogía en Educación Básica declara que en su carrera tampoco se promueven estas actividades.

Diagrama 21

Distribución de los casos: Acciones "si estás informado de las actividades en tu universidad, orientadas a promover la prevención o la disminución del sedentarismo, obesidad, consumo de tabaco, consumo de alcohol y drogas".



De la variable que mide el grado de información en torno a las actividades que se realizan en la universidad, orientadas a promover la prevención o la disminución del sedentarismo, obesidad, consumo de tabaco, consumo de alcohol y drogas, como por ejemplo: charlas, actividades deportivas; el 76,7%, señala que no está informado de este tipo de actividades de prevención.

Esta variable tiene una relación altamente significativa con la carrera de estudio, ya que el 88,8% de los alumnos de las carreras de Pedagogía en Castellano y de Pedagogía en Historia y Geografía afirman que no están informados acerca de esta clase de actividades.

También existe una relación significativa entre la variable y los años de estudio, ya que el 80,7% de los alumnos que están en un nivel igual a primer año señalan que no están informado acerca de las actividades de prevención en su universidad; cifra que sube al 93,4% para los estudiantes que se encuentran en un nivel superior al primer año. De este último grupo, el 100% de los que proceden de un colegio municipal dice que no esta informado que la universidad promueva la prevención o la disminución del sedentarismo, obesidad, consumo de tabaco, consumo de alcohol y drogas.

Por su parte, el 64,1% de los alumnos de la carrera de Pedagogía en Educación Física, declara que no está informado acerca de las actividades de prevención.

Aquí se ve una relación significativa con los años de estudio, ya que un 54,7% de los alumnos que se encuentran en un nivel de estudios igual a primer año, aseguran que no están informados acerca de las actividades preventivas que se realizan en su universidad, el porcentaje sube a 69,1% para los alumnos que están en cursos superiores al primer año.

Por último, el 79,4% de los alumnos de las Pedagogías en Matemática y Educación Básica señala que no está informado acerca de las actividades preventivas que se realizan en su universidad.

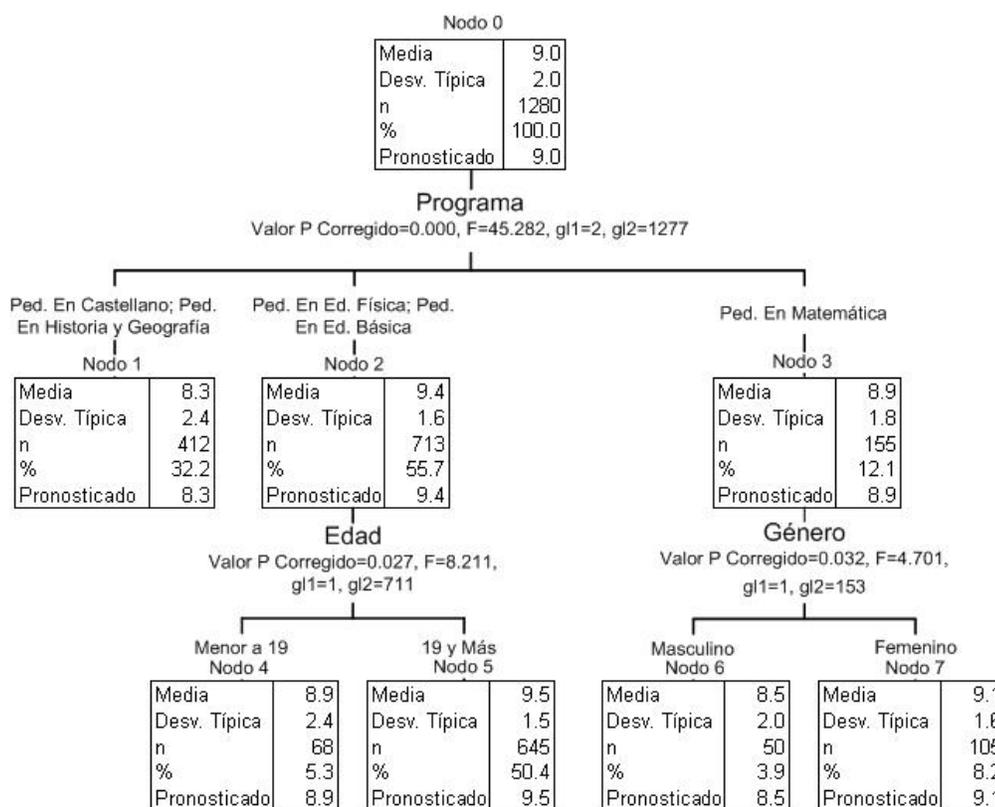
Si se comparan los resultados con la edad, se observa que los estudiantes de edad menor o igual a los 19 años no saben de la existencia de esta clase de

actividades; lo mismo ocurre con los estudiantes que tienen más de 19 años; el 83,6% de ellos tampoco tienen conocimiento acerca de estas actividades.

En este último grupo, existe una relación significativa con el colegio de procedencia, ya que los alumnos que proceden de establecimientos particulares subvencionados, señalan no conocer acerca de la existencia de este tipo de actividades de prevención, al igual que los que provienen de instituciones municipales y particulares que declaran que tampoco conocen acerca de la realización de estas actividades en sus universidades.

Diagrama 22

Distribución de los casos: Acciones si consideran necesario que un profesor deba estar preparado y deba participar en actividades para enfrentar la problemática actual, referida al sedentarismo, obesidad, consumo de tabaco, consumo de alcohol y drogas.



Con respecto a la variable si consideran necesario que un profesor deba estar preparado y participar en actividades para enfrentar la problemática actual,

referida al sedentarismo, obesidad, consumo de tabaco, consumo de alcohol y drogas, correspondiente a la P49 del cuestionario, se observa una relación altamente significativa entre el nivel de valoración y la carrera.

Los estudiantes de Pedagogía en Castellano y Pedagogía en Historia y Geografía la califican con un promedio de 8,2. Por otro lado, los estudiantes de Pedagogía en Educación Física y Pedagogía en Educación Básica la califican con un 9,4; lo que significa un alto nivel de valoración.

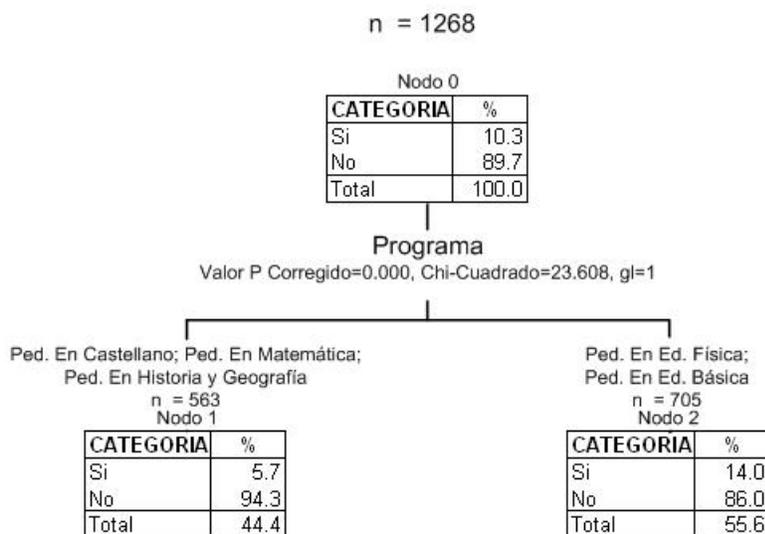
En este último grupo se observa una relación significativa con la edad que tienen los estudiantes, ya que los que tienen edades iguales o inferiores a 18 años califican la idea con un 8,8 en promedio; en tanto los que tienen edades superiores le otorgan más valoración, calificándola con un promedio de 9,4.

Por último, en la carrera de Pedagogía en Matemática, los alumnos califican con un promedio de 8,8 la idea de que un profesor deba estar preparado y deba participar en actividades para enfrentar la problemática actual, referida al sedentarismo, obesidad, consumo de tabaco, consumo de alcohol y drogas.

Se desprende, además, una relación significativa con el sexo, ya que son las mujeres las que le otorgan un mayor nivel de valoración que los hombres, al calificar la idea con un promedio de 9,1.

Diagrama 23

Distribución de los casos: Haz participado en actividades propuestas por tu universidad , para enfrentar esta problemática actual referida al sedentarismo, obesidad, consumo de tabaco, alcohol y drogas.

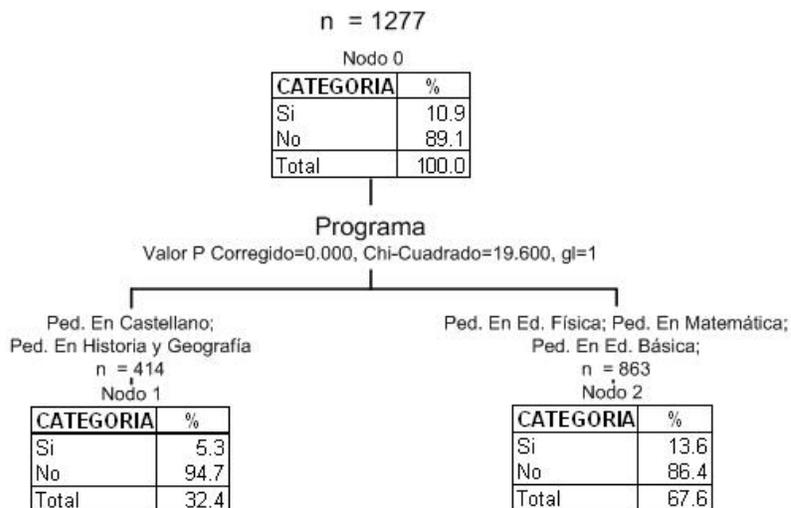


De la variable que mide el grado de participación en actividades referidas a esta problemática actual, propuestas por la universidad, se observa que se da una relación significativa entre la respuesta a la pregunta y la carrera de estudio de los encuestados.

Los estudiantes de las carreras de Pedagogía en Castellano, Pedagogía en Matemática y Pedagogía en Historia y Geografía dicen que no han participado, sólo un 5,7% dice que sí lo ha hecho; en cambio en la carrera de Pedagogía en Educación Física y en Pedagogía en Educación Básica se muestra una diferencia significativa entre los que sí participan con respecto al grupo anterior, ya que el porcentaje sube a un 14%, nueve puntos más aproximadamente que los otros.

Diagrama 24

Distribución de los casos: Haz participado en actividades propuestas por tu escuela, carrera o facultad , para enfrentar esta problemática actual referida al sedentarismo, obesidad, consumo de tabaco, alcohol y drogas.

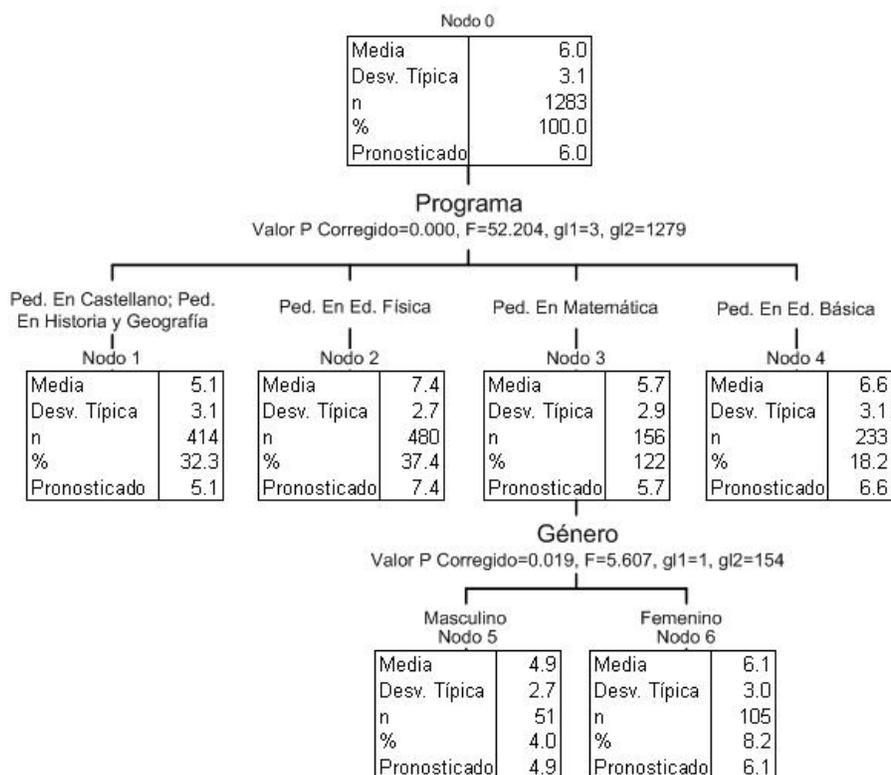


De la variable que mide el grado de participación en actividades asociadas a la problemática actual propiciadas por la Escuela, Carrera o Facultad, se puede observar el 89,1% señala no haber participado.

Se da una relación altamente significativa entre la variable y la carrera, ya que de los alumnos de las carreras Pedagogía en Castellano y Pedagogía en Historia y Geografía, el 94,7% dice que no ha participado de estas actividades, cifra que baja a un 86,4% en la Pedagogía en Educación Física, Pedagogía en Matemática y Pedagogía en Educación Básica.

Diagrama 25

Distribución de los casos: Acciones si participarían en un equipo de trabajo en tu Universidad y/o escuela que colabore en la prevención y disminución de los factores de riesgo de la salud: sedentarismo, obesidad, consumo de tabaco, consumo de alcohol y drogas.



Cuando se les pide que valoren la participación en un equipo de trabajo en su universidad y/o Escuela para colaborar en la prevención y disminución de los factores de riesgo de la salud: sedentarismo, obesidad, consumo de tabaco, consumo de alcohol y drogas; los resultados dicen que los alumnos califican en promedio esta idea con un 6,3.

Se da una relación significativa con la carrera de estudio, ya que los estudiantes de Pedagogía en Castellano e Historia y Geografía, califican la idea con un 5,0; en cambio, los alumnos de Pedagogía en Educación Física lo hacen con un 7,4.

Los de Pedagogía en Matemática con un 5,7 y de éstos son las mujeres las que le otorgan una mayor calificación con un 6,0; mientras que los hombres la califican con un 4,9. Por último, los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Educación Básica califican la variable en promedio con un 6,5.

### **1.12. Resultados, análisis y discusión: conclusiones del estudio práctico.**

A continuación se presentan los resultados, análisis y discusión, a modo de conclusión del estudio práctico recién expuesto.

De esta forma, en primer término se expondrán los resultados y análisis por cada uno de los ejes temáticos considerados para la investigación, siguiendo la lógica de presentación anterior, en donde los resultados se exhibieron igualmente por eje, con lo cual buscamos dar cuenta, de forma explícita, de los objetivos planteados por el presente estudio.

Por otra parte, en un segundo momento, se verificará la discusión acerca de dichos resultados, sintetizando los aspectos más relevantes para esta investigación. Revisando diferentes estudios, homólogos o que se relacionen con el nuestro. Como los que se exponen a continuación; Ministerio de Salud, Chile, Encuesta Nacional De Salud (2003); Macmillan (2007) sobre hábitos de alimentación y condición nutricional en estudiantes universitarios de la Pontificia U. Católica de Valparaíso , Chile; Referente a obesidad en universitarios Mexicanos de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, de Moreno, Vásquez, Gutiérrez, y Col. (2004); del Ministerio de Salud, Chile Encuesta Nacional (2006) respecto de calidad de vida; hábitos de actividad física y deportes en la Población Chilena del Observatorio Social de la Universidad Alberto Hurtado (2006); Ferrando (2005) sobre hábitos deportivos de los españoles; de Romero y Amador (2006) en Pamplona Colombia sobre hábitos físicos - deportivos en estudiantes universitarios colombianos; Estilos de Vida en la Ciudad de la Habana – Cuba de Ruiz, García y Pérez (2006), Quinta Encuesta Nacional, sobre el uso del tiempo libre (2006) del Instituto Nacional de la Juventud de Chile (INJUV), respecto del consumo de drogas del Observatorio Chileno de Drogas (2006); Primer Estudio comparativo sobre consumo de drogas y factores asociados en Población de 15 a

64 años, producido por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) y la Comisión Interamericana para el control del abuso de drogas (CICAD/OEA). Estudio sub-regional que compara las tasas de consumo de diversas sustancias en Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay; Respecto del consumo de tabaco estudio realizado por el Consejo Nacional de Control de Estupefacientes CONACE (2006) en relación al consumo de drogas de la población en general chilena, y consumo de cigarrillos en el decenio 1994-2004; y finalmente de Portero, Cirne y Mathieud (2002) , respecto de un estudio de la Intervención con adolescentes y jóvenes en la prevención y promoción de la salud, en España.

#### **1.12.1. Resultados y análisis del estudio práctico por eje temático.**

Tal como se ha mencionado anteriormente, a lo largo de este punto, se presentarán los resultados y el análisis del estudio práctico, en función de cada uno de los ejes temáticos descritos al inicio del presente estudio, y que corresponden a los siguientes:

Eje temático N° 1:	▪ Perfil de los encuestados.
Eje temático N° 2:	▪ Caracterización socioeconómica.
Eje temático N° 3:	▪ Actividad física y deporte.
Eje temático N° 4:	▪ Consumo de tabaco, alcohol y drogas.
Eje temático N° 5:	▪ Promoción de la prevención de los factores de riesgo de la salud.

- **Resultados y análisis del estudio práctico del eje temático N° 1: Perfil de los encuestados.**

El perfil de los estudiantes de programas de Pedagogía de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación y de la Universidad Católica Raúl Silva Henríquez, es el siguiente:

- Respecto a la carrera que estudian, de un total de 1.302 estudiantes, el 37,5% corresponde a estudiantes de la carrera de Pedagogía en Educación Física (488 casos); le siguen los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Educación Básica con un 18,1% (236 casos); los alumnos de Pedagogía en Historia y Geografía con un 16,4% (213 casos); los alumnos de Pedagogía en Castellano con un 15,7% (205 casos); y finalmente, los estudiantes de Pedagogía en Matemática con un 12,3% (160 casos).
- En relación con el año de estudio desde que se ingresó a la universidad, de los 1.302 estudiantes, el 33,9% (442 casos) corresponde a alumnos de primer año; le sigue un 23,4% (305 casos) que corresponde a estudiantes de tercer año; el 23,1% a estudiantes de segundo año (301 casos); el 14,3% a estudiantes de cuarto año (186 casos); y por último, el 5,2% (68 casos) a alumnos de quinto año.
- El promedio de edad de los estudiantes es de 20,05 años (entre 17 y 24 años).
- En relación con el estado nutricional, el 69,3% (902 casos de un total de 1.302) de los alumnos tiene un estado nutricional normal. La carrera de Pedagogía en Educación Física es la que presenta el mayor índice de normalidad, ya que el 77,5% de los estudiantes está en esta categoría. Sólo el 20,5% del total de los casos está con sobrepeso y apenas el 1,6% es obeso. La carrera de Pedagogía en Historia y Geografía es la que tiene un mayor nivel de sobrepeso con un 26,8% de los alumnos en esta situación. El 27,1% de los varones

presenta un nivel de sobrepeso y un 15,8% de las damas. Son ellas las que muestran un mayor nivel de normalidad respecto de los varones, con un 72,0% en esta categoría, versus un 65,1% de los hombres.

- Por último, respecto al género de los estudiantes considerados para el estudio, el 39,3% son hombres y el 60,9% mujeres.

- **Resultados y análisis del estudio práctico del eje temático Nº 2: Caracterización socioeconómica.**

En las siguientes páginas, se exponen los resultados y análisis del estudio práctico referido al eje temático que considera la caracterización socioeconómica de la muestra.

- Respecto a la comuna donde residen los estudiantes, el análisis de los resultados se presenta en la sección de anexos, por cuanto se consideró que dicha información no era relevante para la exposición de los resultados finales del estudio.
- En relación con el carácter del establecimiento educacional del que provienen los estudiantes, el 63,7% procede de colegios particulares subvencionados<sup>1</sup> y no se distinguen diferencias entre carreras y género respecto al tipo de establecimiento.
- Un 68,0% de los estudiantes declara vivir con ambos padres.
- En cuanto a la actividad de la madre y del padre, los resultados señalan que en un 58,5% de los casos el padre trabaja fuera del hogar, a diferencia de la madre, que lo hace en un 40,1%. Sin embargo, destaca que el 38% de las

---

<sup>1</sup> Establecimiento educacional subvencionado por el estado y los padres.

madres trabaja en el hogar, a diferencia del padre que sólo lo hace en el 6% de los casos.

- Acerca del nivel de estudios del padre y de la madre, existe una considerable similitud en el nivel de escolaridad alcanzado por los padres. Del total, un 13,4% de los padres y un 15% de las madres cuenta sólo con Enseñanza Básica<sup>2</sup> cumplida; en tanto que, el 67,5% de los padres y el 69,7% de las madres tienen la Enseñanza Media Científico Humanista<sup>3</sup> o Politécnica<sup>4</sup> terminada. Lo mismo podemos observar en aquellos casos en que los padres cuentan con Educación Superior, ya sea Enseñanza Universitaria o Técnico Profesional, situación que ocurre en el 35,7% de los padres y en el 32,8% de las madres.
- En cuanto al nivel socioeconómico de los estudiantes, tenemos que el 31,1% se encuentra entre un nivel medio (C3); el 25,9% pertenece al nivel medio bajo (D); el 21,5% pertenece al nivel socioeconómico medio alto (C2) y sólo un 12,5% al ABC1 (alto).
- Por último, en relación con el nivel de ingreso económico familiar, los resultados señalan que, mayoritariamente, el 37,6% (490 casos) declara que su ingreso económico fluctúa entre los \$300.000 (433 euros aprox.) y los \$499.000 pesos (720 euros aprox.); seguidamente del 33% de los estudiantes (430 casos) señala que su ingreso económico fluctúa entre los \$500.000 (721 euros aprox.) y \$799.000 pesos (1153 euros aprox.); sólo el 4,1% de los estudiantes está entre los \$800.000 (1.154 euro aprox.) y los \$1.199.000 pesos (1.133 euros aprox.) en lo que a ingresos económicos se refiere.

---

<sup>2</sup> Primer y segundo ciclo de educación.

<sup>3</sup> Tercer ciclo de educación.

<sup>4</sup> Tercer ciclo de Educación con una carrera técnica

▪ **Resultados y análisis del estudio práctico del eje temático Nº 3: Actividad física y deporte.**

A continuación, se presentan los resultados y análisis del estudio práctico, correspondiente al eje temático referido a la actividad física y deporte, de los estudiantes considerados para la investigación.

- En relación con la frecuencia de actividad física o práctica de algún deporte, el 59,2% (770 casos de un total de 1.302) de los alumnos realiza actividad física o practica algún deporte menos de tres veces a la semana, lo que nos indica un nivel alto de estudiantes sedentarios<sup>5</sup>. Al respecto, cabe señalar que los mayores niveles de sedentarismo se encuentran en la carrera de Pedagogía en Castellano con un 85,8% de los casos; seguido de la carrera de Pedagogía en Historia y Geografía con un 80,3% y Pedagogía en Educación Básica con un 77,9%.
- Por su parte, en relación con la frecuencia semanal en el último mes de actividad física o práctica de algún deporte, del 59,2% (correspondiente a 770 casos) que realiza estas actividades menos de tres veces a la semana, el 65,0% (equivalente a 513 casos) corresponde al género femenino. Del mismo modo, el 38,3% de las mujeres encuestadas declara no realizar actividad física; mientras que un 17,7% de los hombres también afirma no realizarla.
- Aunque presenta el nivel de sedentarismo más bajo de todas las carreras, no deja ser alarmante que, el 20,9% de los estudiantes de Pedagogía en Educación Física estén en esta categoría. A lo anterior se suma que un 14,5% del mismo programa señala que no realiza actividad física, ni practica algún deporte porque no tiene el hábito de hacerlo.

---

<sup>5</sup> Se considera sedentario aquel sujeto que realiza menos de tres veces a la semana ejercicios saludables.

- 380 casos de 635, lo que representa un 59,8%, afirma mayoritariamente que la razón por la que consideran que la cantidad de actividad de actividad física o práctica de algún deporte es insuficiente, es porque no tienen tiempo. Los estudiantes de Pedagogía en Educación Física en un 71,7% (228 casos de 318) manifiestan la misma razón, con un mayor porcentaje, a diferencia de otros estudiantes.

- **Resultados y análisis del estudio práctico del eje temático N° 4: Consumo de tabaco, alcohol y drogas.**

A lo largo de este punto, se exponen los resultados y análisis del estudio práctico correspondiente al eje temático referido al consumo de tabaco, alcohol y drogas en la población de estudio.

- **Respecto al consumo de tabaco.**

- El 39,1% (509 casos de 1.302) de los estudiantes consume tabaco.
- El 26% de los estudiantes consume entre 1 y 4 cigarrillos al día. De ellos, el 41,8% son de género femenino y un 34,9% de género masculino.
- El 22,3% de los estudiantes declara iniciar el consumo de tabaco entre los 14 y 15 años; un porcentaje no menor, 21,8%, se inicia entre los 12 y 13 años. No deja de llamar la atención el inicio del consumo de tabaco desde los 16 años (19,9% correspondiente a 259 casos de 1.302 estudiantes) en adelante, es decir, cuando comienzan los estudios universitarios.
- Respecto de la frecuencia de días de consumo de cigarrillos en el último mes, el 29,9% de los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Educación Física (101 casos de 338) consume entre 1 y 4 cigarrillos diarios; mientras que el

14,2% (48 casos) de los alumnos de Pedagogía en Matemática declara lo mismo.

- El 28,2% de los estudiantes de Pedagogía en Historia y Geografía fuma entre 5 y 10 cigarrillos; seguido por los alumnos de Pedagogía en Castellano con un 26,7% (35 casos de 131). El 28,6% de los estudiantes de ambas carreras (10 casos) fuman entre 10 y 20 diarios.
- Asimismo, los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Historia y Geografía son los que consumen más tabaco, alcanzando un 54,0% de ellos que se declara fumador. Dentro de los otros estudiantes, aunque no hay grandes diferencias, sobresalen los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Castellano con un 50,2%; en tanto que los que menos consumen tabaco son los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Educación Física con un 24,6%.
- En cuanto al género, el 28,1% de las mujeres declara fumar entre 1 y 4 cigarrillos diarios, mientras que el 22,6% de los hombres indica lo mismo. Las otras categorías de frecuencia (entre 5 y 10; 10 y 20; o más de 21) no presentan diferencias significativas entre ambos géneros.
- Respecto a aquellos estudiantes que declaran fumar, 509 casos, corresponden a los alumnos de la carrera de Pedagogía en Educación Física, siendo el programa de Pedagogía que más tabaco consume, con un 23,6% equivalente a 120 casos. Por su parte, los estudiantes de Pedagogía en Matemática son los que menos consumen, con un 14,9% de fumadores (76 casos).
- Del total de fumadores el 64,8% son mujeres, versus el 35,2% de los hombres.
- En relación con la frecuencia de días de consumo de cigarrillos en el último mes, el 37% de los alumnos del programa de Pedagogía en Educación Física ha fumado en dicho periodo entre 1 y 2 días; el 47,4% lo ha hecho entre 3 y 5

días; el 32,7% ha fumado entre 6 y 9 días; y el 32,7% ha consumido tabaco entre 10 y 19 días del mes.

- Los programas de Pedagogía en Castellano y Pedagogía en Historia y Geografía están por sobre todos los otros en cuanto a la cantidad de días que han fumado en el último mes. El 23% de los alumnos del primero declaran haber fumado entre 20 y 29 días; en tanto que el 30,3% de los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Historia y Geografía lo ha hecho cada día en el último mes.
  - Por otra parte, en relación con las razones por las cuales los estudiantes consumen tabaco, el 16% de los estudiantes señala que fuma porque le gusta hacerlo, lo que equivale a 201 casos; mientras que el 9,6% afirma que fuma porque lo tranquiliza y relaja (119 casos).
  - Por último, respecto de las acciones que realizarían para disminuir el consumo de tabaco en la universidad, este análisis se verá en detalle más adelante en el punto d) de este documento, cuando se plantean las acciones más valoradas por los estudiantes de los programas de Pedagogía, para disminuir el sedentarismo y el consumo de tabaco, alcohol y drogas en la universidad.
- **Respecto al consumo de alcohol.**
- El 69,6% de los estudiantes de los programas de Pedagogía consume alcohol; de ellos un 75,2% corresponde a varones y un 65,9% a mujeres.
  - Acerca de la frecuencia de consumo de alcohol, el 40,1% de los estudiantes que consume alcohol, 516 casos, lo hace menos de tres veces al mes; en tanto que el 27,3% (351 casos) lo hace entre una y dos veces por semana.

- No hay diferencias significativas respecto al consumo entre los diferentes programas de Pedagogía. El mayor consumo, 78,9% de los casos, corresponde a alumnos de la carrera de Pedagogía en Historia y Geografía, seguido de los estudiantes de Pedagogía en Castellano con un 72,7%, Pedagogía en Matemática con un 70,6%; Pedagogía en Educación Física con un 67,2% y en Pedagogía en Educación Básica con un 62,7%.
- De un total de 906 casos que declaran consumir alcohol, el 36,2% corresponde a estudiantes de la carrera de Pedagogía en Educación Física; mientras que los alumnos del resto de las Pedagogías lo hace en un 15,9%.
- Respecto de la cantidad de copas que se ingieren (914 casos); los estudiantes de Pedagogía en Educación Física presentan el nivel más alto en todas las categorías. Un 41,5% (114 casos de un total de 275) toman entre 1 y 2 copas; un 37,8% consume entre 1 y 4 copas (133 casos de un total 352) y un 29,7% (49 casos de un total de 165) ingiere entre 5 y 6 copas.
- La carrera de Pedagogía en Educación Básica presenta la segunda mayor frecuencia. Un 21,5% (59 casos de 275) bebe entre 1 y 2 de copas cuando lo hace.
- La carrera de Pedagogía en Historia y Geografía presenta la segunda mayor frecuencia en la categoría que consume entre 5 y 6 copas, con un porcentaje del 24,2% (40 casos de un total de 165); de igual forma la misma carrera tiene un 23% (28 casos de 122) de estudiantes que consume 7 y más copas.
- Del mismo modo, el 27,4% de los estudiantes ingiere entre 3 y 4 copas cuando consume alcohol; mientras el 21,4% bebe entre 1 y 2.
- En relación con la frecuencia de consumo de alcohol durante el mes, el programa de Pedagogía en Educación Física presenta una alta frecuencia

sobre los otros programas en todas sus categorías. Un 38,2% (197 casos de 516) consume menos de 3 veces al mes; 32,8% (115 casos de 351) lo hace entre 1 y 2 veces por semana; un 34,3% entre 3 y 4 veces por semana; y 44,4% (4 casos de 9) 4 o más veces por semana.

- El 26,5% de las mujeres ingieren entre 1 y 2 copas cuando consumen alcohol; en tanto un 13,6% de los varones bebe la misma cantidad.
- El porcentaje es mayor entre los hombres en la categoría entre 1 y 4 copas, sumando un 30,0%; mientras que en las mujeres el porcentaje es de un 25,8%.
- La frecuencia de consumo de alcohol menor a 3 veces al mes es mayor en las mujeres estudiantes de Pedagogía con un 44,0% de los casos; mientras que la misma categoría para los varones es de un 33,9%. Sin embargo, los varones beben más veces en la semana; un 36,9% de los hombres versus un 21% de las mujeres lo hace entre 1 y 2 veces por semana.
- Respecto de las razones por las que los estudiantes de todos los programas de Pedagogía consumen alcohol, los resultados señalan que un 38,8% bebe porque le gusta hacerlo (496 casos), y el 21,6% elige otras razones para este tipo de consumo, equivalente a 276 casos.
- En relación con la edad de inicio del consumo de alcohol, esta se focaliza de igual manera entre los 14 y 16 años, con un porcentaje del 39,3% de los casos. No obstante, el 26,7% declara que se inicia entre los 17 y 18 años de edad, tiempo de término de la educación escolar y comienzo de los estudios universitarios.
- Al considerar la distribución de los casos de bebedores normales, sin riesgo y en riesgo, un 16,5% (190 casos) de los estudiantes se encuentran en riesgo y deben consultar una consejería. Y a un 39,5% (454 casos) se le sugiere una

consejería, un 44% (506) son bebedores sin problemas. Los estudiantes con mayor riesgo se encuentran en porcentajes muy similares, resaltando el estudiante de pedagogía en Matemática con un 20%; le siguen los estudiantes de Pedagogía en Castellano con 18,5% el de Historia y Geografía un 16,7%, Educación Física con un 16,5% porcentualmente igual al total de bebedores en riesgo de la muestra y por último el programa de Pedagogía en Educación Básica con un 11,7%. Respecto al bebedor sin problema, destacan los estudiantes de Pedagogía en Educación Básica con un 53,8%.

- Respecto al número de casos de solo bebedores en riesgo de un total, de 1150, hay 640 estudiantes en esta situación, lo que equivale a un 55%, que se distribuye en número de estudiantes de los que beben, pero sin riesgo aún, alcanza un total de 454 (39,5%), los bebedores con problemas a un 16,5% y bebedores sin problema 506 casos, un 44,7% de los estudiantes.
  - Por último, respecto a las acciones que realizaría para disminuir el consumo de alcohol en la universidad, este análisis se verá en detalle más adelante en el punto d) de este documento, cuando se plantean las acciones más valoradas por los estudiantes de los programas de Pedagogía para disminuir el sedentarismo y el consumo de tabaco, alcohol y drogas en la universidad.
- **Respecto al consumo de drogas.**
- El 16,3% de los estudiantes declara consumir drogas actualmente, de los cuales un 20,7% corresponde al género masculino y un 12,8% al género femenino.
  - El 33,7% de los estudiantes ha consumido drogas alguna vez como curiosidad y/o para probar, pero no lo ha vuelto hacer; sólo el 2,1% lo ha hecho desde que ingresó a la universidad.

- El programa de Pedagogía con mayor porcentaje de consumo de drogas es el de Castellano, con un 31,6% de los casos, seguido de la carrera de Pedagogía en Historia y Geografía con un 25,4%.
- De la frecuencia de consumo, el 10,5% lo hace esporádicamente 1 ó 2 veces por año y un 8% consume ocasionalmente (aproximadamente 1 vez al mes).
- El 47,4% de los estudiantes del programa de Pedagogía en Historia y Geografía ha consumido drogas alguna vez como curiosidad y/o para probar, pero no lo ha vuelto hacer.
- Respecto al tipo de drogas que consumen, el 87,3% de los estudiantes de programas de Pedagogía mayoritariamente consume marihuana, seguido de un 8,1% que consume cocaína, un 4,1% hachis y en un 0,3% pasta base y drogas de síntesis.
- Por su parte, de aquellos estudiantes de Pedagogía que consumen drogas y que alcanzan a 171 casos, el 31,6% (54 casos) pertenece al programa de Pedagogía en Historia y Geografía; el 28,1% (48 casos) al programa de Pedagogía en Educación Física; y el 17,5% a los programas de Pedagogía en Educación Básica y Pedagogía en Castellano.
- El 57,3% (98 casos) corresponden al género masculino y el 42,7% (73 casos) al femenino.
- El 33,3% de los estudiantes ha consumido drogas por curiosidad, pero no lo han vuelto hacer. Respecto al género, el 50,1% de los varones lo ha hecho versus el 49,9% de las damas. El 60% (20 casos) de los hombres consume drogas hace menos de un año; mientras el 51,2% de las mujeres (22 casos)

consume drogas hace más de un año; y un 59,1% (13 casos) lo hace desde que ingresó en la universidad.

- Un 63,2% (12 casos) de los varones, consume drogas frecuentemente; en tanto que los varones consumen drogas en un 54,5% (18 casos) una o dos veces a la semana.
  
- El 34,5% (38 casos de 110) de los estudiantes lo hace esporádicamente una o dos veces por año y corresponde a los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Educación Física; el 25,5% (28 casos) al programa de Pedagogía en Historia y Geografía.
  
- En relación con la edad de inicio del consumo de drogas, el 3,4% asegura que inicia el consumo de drogas entre los 12 y 13 años; sin embargo, la mayor parte lo hace entre los 17 y 18 años, tiempo de término de la educación escolar y comienzo de los estudios universitarios. Destaca también que un alto porcentaje, 31,7%, se inicia entre los 14 y 16 años.
  
- Acerca de las acciones que realizaría para disminuir el consumo de drogas en la universidad, este análisis se verá en detalle en el siguiente punto, cuando se plantean las acciones más valoradas por los estudiantes de los programas de Pedagogía para disminuir el sedentarismo y el consumo de tabaco, alcohol y drogas en su universidad.
  
- Por último, respecto a las razones por las que los estudiantes consumen drogas, un 50,9% afirma que las consume porque le gusta hacerlo, lo que equivale a 114 casos; mientras que un 37,1% declara consumir drogas para relajarse, lo que corresponde a 83 casos.

- **Acciones más valoradas por los estudiantes de los programas de Pedagogía para disminuir el sedentarismo, consumo de tabaco, drogas y alcohol en la universidad.**
  - Respecto al sedentarismo, el 47,5% (618 casos) de los estudiantes valora la idea de realizar programas permanentes de actividad física orientada a la salud. El programa de Pedagogía en Educación Física es el que más valora esta iniciativa con un promedio de 8,43; los otros programas de Pedagogía son porcentualmente similares.
  - El 66,6% (867 casos), valora la idea de establecer un número de electivos deportivos durante todos los años de estudio, de igual forma, es el programa de Pedagogía en Educación Física el que le asigna la nota más alta con un promedio de 9,14.
  - Por otra parte, respecto a las acciones más valoradas acerca del consumo de alcohol y drogas, cabe señalar, que en este análisis existe una relación porcentual y de promedio de valoración similar respecto a las acciones a realizar por todos los programas de Pedagogía.
  - Un 45,9% valora realizar campañas de difusión permanentes.
  - Un 40,2% valora realizar charlas informativas.
  - Un 34,9% (455 casos) apoya prohibir el consumo de alcohol y drogas en el interior de la universidad; no obstante, un 34,1% (444 casos) no apoya esta acción.
  - Un 33,3% valora realizar grupos de conversación.

- Por último, respecto a las acciones más valoradas por los estudiantes acerca del consumo de tabaco en la universidad, el 76,4% (995 casos) valora la idea de prohibir el consumo de tabaco en espacios cerrados en la universidad. Esta acción es la más valorada por el programa de Pedagogía en Educación Física, que le asigna una puntuación de 9,28; no obstante, no existen diferencias significativas con los otros programas.
  - Un 57,5% (748 casos), valora la idea de realizar campañas de difusión permanentes. Nuevamente es el programa de Pedagogía en Educación Física, con un promedio de 8,48%, el que más la valora, pero no presenta diferencias significativas con los otros programas.
- **Resultados y análisis del estudio práctico del eje temático N° 5: Promoción y prevención de los factores de riesgo de la salud.**

A continuación, se presentan los resultados y análisis del estudio práctico del eje temático referido a la promoción y prevención de los factores de riesgo de la salud.

- Respecto de la opinión que tienen los estudiantes de los programas de Pedagogía, en relación con la promoción y prevención de los factores de riesgo de la salud (sedentarismo, consumo de tabaco, alcohol y drogas) que realiza la universidad, Escuela o Facultad, un 67,7% considera que la universidad en la que estudian no promueve la práctica de actividad física. El 67,9% considera que su Escuela o Facultad no promueve la práctica de actividad física y el 78% de los estudiantes no está informado de las actividades que realiza la universidad, orientadas a promover la prevención o disminución de los factores de riesgo de la salud considerados en este estudio.

- Asimismo, un 77% de los estudiantes le asigna un valor entre 9 y 10, a la premisa de que un profesor debe estar preparado y, a la vez, participar en actividades relacionadas con la promoción y prevención de los factores de riesgo de la salud (sedentarismo, consumo de tabaco, alcohol y drogas). Pese a ello, el 89,9% de los estudiantes no ha participado en actividades de esta naturaleza en la universidad, de igual manera un 89,3% no lo ha hecho tampoco en su Escuela o Facultad.
  - Respecto a la idea de participar en equipos de trabajo para colaborar en acciones de promoción y prevención, un 29,8% valora la idea asignándole una puntuación entre 9 y 10; en tanto que un 21,8% le asigna un valor entre 7 y 8, con lo cual existe un símil porcentual entre los estudiantes que señalan que la idea le es indiferente (23,1%). Por último, un 9,1% de los estudiantes valoran poco la idea y un 16,1% señala que no la valoran nada.
- **Asociación entre las variables independientes o predictoras y las variables dependientes.**

En este punto se expone la asociación entre las variables independientes o predictoras (nivel socioeconómico, tipo de carrera, edad, género, procedencia educacional y curso) y las variables dependientes (estado nutricional, nivel de actividad física, consumo de alcohol, consumo de tabaco, consumo de drogas, acciones para disminuir el consumo de tabaco alcohol, drogas y el fomento de la actividad física en la universidad). Al respecto, podemos señalar lo siguiente:

#### **Respecto al estado nutricional.**

- Según género, es esperable la presencia de un estado nutricional normal, preferentemente en las mujeres (71,7%) más que en los hombres (64,8%).

Con una relación altamente significativa de  $\chi^2 = 38,3$ ;  $p = 0,000$  entre el estado nutricional y el género, estableciendo un promedio de 67,9%.

- Un 27,4% de los hombres manifiestan un estado nutricional de sobrepeso, mientras que el 5,3% de las mujeres muestra un estado nutricional delgado.
- De acuerdo al género dentro de los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Educación Física, el 73% de los varones y el 81,9% de las mujeres tienen un estado nutricional normal, porcentaje superior al que aparece en todos los otros grupos que se segmentan.
- Los sujetos hombres en la categoría de obesos (5,0%) y con sobrepeso (32,7%) son los que pertenecen a los programas de Pedagogía en Castellano, Pedagogía en Matemática y Pedagogía en Historia y Geografía. Las estudiantes obesas (3,3%) y con sobrepeso (26,4%) pertenecen fundamentalmente al programa de Pedagogía en Historia y Geografía.
- No hay estudiantes de Pedagogía en Educación Física que sean obesos.

### **Respecto a la realización de actividad física o práctica de algún deporte.**

1. Existe una alta significancia  $\chi^2 = 603,8$ ;  $p = 0,000$  entre la realización de una actividad física o práctica de un deporte, con el programa de Pedagogía y se da en tres grupos: estudiantes de Pedagogía en Castellano, Pedagogía en Educación Física y Pedagogía en Historia y Geografía. El promedio de no realización de actividad Física o práctica de algún deporte alcanza al 51,3%, mientras que los estudiantes que llevan a cabo este tipo de actividades tres veces por semana alcanza un promedio de 15,2%.

2. El mayor grado de actividad física y práctica de un deporte se concentra en tres veces por semana y es ejecutado por los estudiantes de Pedagogía en Educación Física con un 37,3% con relación a los otros grupos o nodos.
3. Los estudiantes que menos realizan actividad física o practican algún deporte son los de Pedagogía en Castellano con un 59,9%.
4. El 65,4% de las estudiantes del programa de Pedagogía en Castellano y un 39,2% de los varones del mismo programa, no realizan actividad física o practican de algún deporte tres veces a la semana, cifra que es mayor que la que presentan otros programas de Pedagogía.
5. En el caso del programa de Pedagogía en Educación Física la variable programa y años de estudio relacionada con una mayor o menor actividad Física o práctica de un deporte tres veces a la semana, viene dada por el curso en el que se encuentra el alumno. El 32,7% de los alumnos de primer año realiza este tipo de actividades tres veces por semana, un 34,5% de los estudiantes de segundo o tercero lo hace y un 48,7% de los que están cuarto o más arriba se ejercita con esta periodicidad.

**Respecto a las razones por las cuales los alumnos no aumentan la frecuencia de su actividad física si la encuentran insuficiente.**

- Hay una diferencia altamente significativa  $\chi^2 = 107,3$ ;  $p = 0,000$  entre la variable y los programas de Pedagogía, que los divide en tres grupos: estudiantes de Pedagogía en Educación Física, otro que lo conforma Pedagogía en Castellano y Pedagogía en Educación Básica y un tercer grupo que corresponde a Pedagogía en Historia y Geografía y Pedagogía en Matemática, con promedio porcentual del 64,9% que no tiene tiempo para aumentar su frecuencia.

- El 71,7% de los estudiantes Pedagogía en Educación Física, afirma que no tiene tiempo para aumentar su frecuencia. Le sigue Pedagogía en Historia y Geografía y Pedagogía en Matemática con un 63,4%; y Pedagogía en Castellano y Pedagogía en Educación Básica con 59,8%.
  - El 41% de los estudiantes de las carreras de Pedagogía en Castellano y Pedagogía en Educación Básica no tienen el hábito.

### **Respecto al consumo de alcohol.**

- El consumo de alcohol en los estudiantes de los programas de Pedagogía en Educación Básica, Pedagogía en Educación Física, Pedagogía en Historia y Geografía y Pedagogía en Matemática, tiene una relación altamente significativa ( $\chi^2 = 13,42$ ;  $p = 0,000$ ) respecto del género, ya que son más los hombres (75,1%) que las mujeres (65,5%) los que declaran consumir alcohol.

### **Respecto al consumo de tabaco.**

- Hay una relación altamente significativa  $\chi^2 = 76,6$ ;  $p = 0,000$  que viene dada por el tipo de programa de Pedagogía y que divide la muestra en tres grupos: uno compuesto por estudiantes de Pedagogía en Castellano, Pedagogía en Matemática y Pedagogía en Historia y Geografía; otro sólo por estudiantes de Pedagogía en Educación Física y un último grupo conformado por estudiantes de Pedagogía en Educación Básica. El promedio porcentual de los que fuman alcanza al 38,8% y de los que no fuman al 61,2%.

- El 75,2% de los estudiantes de Pedagogía en Educación Física no consume tabaco. De los que sí fuman, el 77,4% proviene de un nivel socioeconómico mayor a medio bajo (D) y tienen 22 años y más.
- El 51,1% de los estudiantes de Pedagogía en Castellano, Pedagogía en Matemática y Pedagogía en Historia y Geografía, fuman. Los estudiantes que menos fuman son los de Pedagogía en Educación Física.
- Los estudiantes de Pedagogía en Educación Física que pertenecen al estrato socioeconómico bajo son los que menos fuman, un 83,3% no lo hace.

**Respecto al grado de valoración de los estudiantes acerca de las acciones que realizarían para disminuir el consumo de tabaco al interior de la universidad.**

Para medir esta valoración se aplicó y utilizó una escala de uno a diez, donde 1 indicaba el menor nivel de prohibición y 10 el mayor nivel de prohibición. En este contexto se establecen las siguientes relaciones.

***Acción nº 1: Prohibir el consumo de tabaco al interior de la universidad.***

- El promedio de todos los estudiantes, respecto a esta idea, es de 4,4 puntos. Sin embargo, los estudiantes de primer año, tienen una mayor predisposición a prohibir el consumo de tabaco en la universidad, por encima de los otros grupos que le asignan 6,8 puntos en promedio.
- Los alumnos de Pedagogía en Educación de Física le brindan un promedio de 6 puntos, indicando entonces un nivel medio alto de prohibición. Los estudiantes de Pedagogía en Castellano, Pedagogía en Matemática y Pedagogía en Historia y Geografía le otorgan 3 puntos en promedio.

***Acción nº 2: Respecto a la prohibición del consumo de tabaco en espacios cerrados.***

- Todos los estudiantes de Pedagogía le asignan un promedio de 8,5 puntos a esta idea. Los alumnos que más valoran esta acción son los de Pedagogía en Educación Física con 9,3 puntos y los que menos lo hacen son los de Pedagogía en Historia y Geografía con 7 puntos en promedio.

***Acción nº 3: Respecto a la realización de campañas de difusión permanentes.***

- El promedio general de todos los programas en relación a esta idea, es de 7.6 puntos, siendo el más alto el de la carrera de Pedagogía en Educación Física, donde el puntaje llega a los 8,5 puntos. Los que asignan una menor valoración son los alumnos de Pedagogía en Matemática y de Pedagogía en Historia y Geografía, con 6,9 puntos promedio.

***Acción nº 4: Espacio libre para el consumo de tabaco.***

- El promedio general asignado para esta acción alcanza los 5 puntos. Los estudiantes de Pedagogía en Matemática y Pedagogía en Historia y Geografía, alcanzan la mayor valoración sobre el promedio general con 5,6 puntos.
- Los otros programas le otorgan un puntaje de 4,9. Sin embargo, hay una distinción significativa dentro del grupo estudiantes de Pedagogía en Castellano, Pedagogía en Educación Física y Pedagogía en Educación Básica, ya que, son los alumnos que están en cuarto año o más los que presentan mayor aceptación a la idea con 6,4 puntos, versus los alumnos de tercer año que le asignan una puntuación de 4,8.

**Respecto a las acciones que realizarían los estudiantes de los distintos programas de Pedagogía para disminuir el consumo de alcohol y drogas en el interior de la universidad.**

Aquí se establecen las siguientes conclusiones por acciones consideradas:

***Acción nº 1: Prohibir el consumo de alcohol y de drogas en el interior de la universidad.***

- Los estudiantes de todos los programas de Pedagogía le asignan una puntuación de 5,5 a esta iniciativa.
- Los alumnos del programa de Pedagogía en Historia y Geografía son los que se muestran menos favorables a la prohibición del consumo de alcohol y drogas en el interior de la universidad con 3,6 puntos. Contrariamente, los estudiantes que más apoyan esta iniciativa son los del programa de Pedagogía en Educación Física con 6,8. Dentro de este mismo grupo, las mujeres son más favorables a la prohibición del consumo de alcohol y drogas, ya que valoran la idea con 7,2 puntos.

***Acción nº 2: Realizar campañas de difusión permanente, orientadas a disminuir el consumo de alcohol y drogas de los estudiantes de programas de Pedagogía.***

- El promedio general obtenido por todos los estudiantes de Pedagogía es de 7,2 puntos. Los alumnos de Pedagogía en Educación Física son los más favorables a la acción con 8,1 puntos de promedio.

***Acción nº 3: Realizar charlas informativas para disminuir el consumo de alcohol y drogas en el interior de la universidad.***

- El promedio general de valoración es de 6,9 puntos. Los estudiantes de Pedagogía en Educación Física presentan el mayor grado de aceptación a esta acción con 7,7 puntos; los alumnos de Pedagogía en Castellano, Pedagogía en Matemática y Pedagogía en Historia y Geografía son los que menos la valoran con 6,2 puntos.

***Acción nº 4: Realizar grupos de conversación para disminuir el consumo de alcohol y drogas en el interior de la universidad.***

- El promedio general, asignado por todos los estudiantes de Pedagogía para esta acción, es de 6,4 puntos.
- Hay una alta significancia ( $\chi^2 = 50,8$ ;  $p = 0.000$ ), que se da entre el nivel de valoración que dan los estudiantes y el programa de Pedagogía en el que estudian. Los más favorables a la realización de estos grupos de conversación, son los estudiantes de Pedagogía en Educación Física y Pedagogía en Educación Básica, con un promedio de 6,9 puntos. Dentro de este mismo grupo, destacan los alumnos que cursan cuarto año o más que le dan una valoración de 7,7 puntos en promedio.

**Respecto a las acciones que realizarían los estudiantes de los distintos programas de Pedagogía para fomentar la actividad física en el interior de la universidad.**

Las principales conclusiones en torno a este punto son las siguientes:

***Acción nº 1: Incorporar una asignatura obligatoria tres veces por semana durante los años de estudio.***

- El nivel de aprobación de todos los estudiantes de programas de Pedagogía es de 6,8 puntos.
- Hay una relación altamente significativa ( $\chi^2 = 8,101$ ;  $p = 0,008$ ) entre los años de estudio, y los programas de Pedagogía. Al respecto, se distinguen tres grupos o nodos: los estudiantes de primer año, los de segundo y tercer año, y un último de cuarto año y más, donde los de primer año valoran más esta idea con 7,2 puntos.
- Los estudiantes de Pedagogía en Educación Física, valoran más que otros programas la iniciativa, otorgándole 7,8 puntos en promedio.
- Los programas de Pedagogía que menos aprueban la idea de incorporar una asignatura obligatoria tres veces por semana durante los años de estudio son: Pedagogía en Castellano y Pedagogía en Historia y Geografía con 5,8 puntos en promedio.

***Acción nº 2: Realizar programas permanentes de actividad física orientados a la salud.***

- El promedio general de aprobación es de 7,7 puntos. Los estudiantes de Pedagogía en Educación Física presentan un alto nivel de aceptación respecto a los otros programas con 8,4 puntos.
- Se da una relación altamente significativa de  $\chi^2 = 9,8$ ; 0,017 respecto al nivel de valoración y el año de estudio en dos grupos de estudiantes: los de primer año y los de segundo o más años, donde el mayor promedio se da en el primer grupo.

- El nivel más bajo de aceptación, por debajo, incluso, del promedio general, corresponde al grupo que pertenece al programa de Pedagogía en Historia y Geografía con 6,9 puntos.

***Acción nº 3: Realizar campañas permanentes de difusión sobre vida saludable en el interior de la universidad.***

- El promedio general asignado por los estudiantes de programas de Pedagogía es de 7 puntos.
- El promedio más favorable, corresponde a los estudiantes de Pedagogía en Educación Física con 7,75 puntos.
- El promedio menos favorable a esta iniciativa, corresponde a los estudiantes de Pedagogía en Castellano, Pedagogía en Matemática y Pedagogía en Historia y Geografía.

***Acción nº 4: Establecer un número de electivos deportivos durante los años de estudio.***

- Los estudiantes de Pedagogía en Educación Física, son los más favorables a esta iniciativa con 9,1 puntos de promedio; los que menos marcan son los estudiantes de Pedagogía en Historia y Geografía con 7 puntos de promedio.

**Respecto a la opinión que tienen los estudiantes de los distintos programas de Pedagogía, sobre si la respectiva universidad promueve la práctica de actividad física y el deporte.**

En torno a este tópico, las conclusiones son las siguientes:

- Existe una relación altamente significativa  $\chi^2 = 402,6$ ;  $p = 0,000$ , entre la variable y el programa de Pedagogía al que pertenecen los estudiantes. Al respecto, se observa una segmentación en tres grupos, con un promedio porcentual de un 77,4%; uno de ellos formado por los estudiantes de Pedagogía en Castellano, Pedagogía en Matemática y Pedagogía en Historia y Geografía; el otro compuesto sólo por estudiantes de Pedagogía en Educación Física y el último por alumnos de Pedagogía en Educación Básica, que dicen que la universidad no promueve la práctica de actividad física y el deporte.
- El 98,1% de las mujeres de los programas de Pedagogía en Castellano, Pedagogía en Matemática y Pedagogía en Historia y Geografía, afirman que la universidad no promueve la práctica de actividad física y el deporte.
- Contrariamente a la opinión de las mujeres, el 70,1% de los estudiantes de tercer año o menos de Pedagogía en Educación Física, afirma que la universidad sí promueve la práctica de actividad física y el deporte. Este porcentaje es menor en el grupo que está en cuarto año o más arriba, pues el 56% de los estudiantes señala que la universidad no promueve este tipo de actividades, versus al 44% que opina lo contrario.

**Respecto a la opinión que tienen los estudiantes de los distintos programas de Pedagogía, acerca de si el programa de Pedagogía que estudian, promueve la práctica de actividad física y el deporte, aparte de las clases de Educación Física, cursos electivos deportivos y selecciones deportivas.**

Las conclusiones para este punto son las siguientes:

- El 75,4% de los estudiantes de segundo año y sobretodo, de los programas de Pedagogía en Castellano, Pedagogía en Educación Física, Pedagogía en Matemática y Pedagogía en Historia y Geografía opinan, sobre el promedio general, que el programa donde estudian no promueve la práctica de actividad física y el deporte.
- El 53,8% de los estudiantes de Pedagogía en Educación Física, Pedagogía en Matemática y Pedagogía en Educación Básica, opinan que la universidad no promueve la práctica de actividad física y el deporte, aparte de las clases de Educación Física, cursos electivos, deportivos y selecciones deportivas.
- Contrariamente, el 61% de los estudiantes de Pedagogía en Educación Física de edad igual o menor a 18 años, afirman que el programa de Pedagogía donde estudian sí promueve la práctica de actividad física y el deporte; cifra que baja a 59,7% en el caso de los estudiantes de 19 años o más dentro del mismo programa.
- El nivel más alto de significancia, se obtiene entre la variable y los años de estudio, dividiendo la muestra en dos grupos claramente definidos: alumnos de primer año y estudiantes de segundo año o más.

**Respecto a la opinión que tienen los estudiantes de los distintos programas de Pedagogía acerca de si están informados de las actividades en su universidad, orientadas a promover la prevención o disminuir el sedentarismo, obesidad, consumo de tabaco, alcohol y drogas.**

Las conclusiones para este punto se detallan a continuación:

- El 88,8% de los estudiantes de los programas de Pedagogía en Castellano y Pedagogía en Historia y Geografía; el 93,4% de los que están en el segundo año y más; y el 83,6% de los mayores de 20 años, opina no estar informado acerca de las actividades orientadas a promover la prevención o disminuir el sedentarismo, obesidad, consumo de tabaco, alcohol y drogas en su universidad.
- De igual forma, el 100% los estudiantes que provienen de colegios municipales, opina no estar informado sobre este tipo de actividades.
- Existe una relación altamente significativa entre la variable y los programas de pedagogía, que divide la muestra en tres grupos: Pedagogía en Castellano y Pedagogía en Historia y Geografía; otro compuesto solamente por Pedagogía en Educación Física y el último por estudiantes de Pedagogía en Educación Básica.
- Sólo un 45,3% (porcentaje menor) de los estudiantes de primer año de Pedagogía en Educación Física, opina que está informado.

**Respecto a la opinión que tienen los estudiantes sobre si un profesor debe estar preparado y participar en actividades para enfrentar la problemática actual, referida al sedentarismo, obesidad, consumo de tabaco, consumo de alcohol y drogas.**

Las conclusiones para este punto se exponen a continuación.

- El grupo de estudiantes de Pedagogía en Castellano y Pedagogía en Historia y Geografía, es el que menos considera esta idea con un 8,3 de promedio.
- Existe una relación altamente significativa ( $f = 45,282$ ;  $p = 0,000$ ) entre la variable y los programas de Pedagogía, dividiendo la muestra en tres grupos o nodos: el primero compuesto por las carreras de Pedagogía en Castellano y Pedagogía en Historia y Geografía; el segundo por Pedagogía en Educación Física y Pedagogía en Educación Básica y el tercero por Pedagogía en Matemática.
- Todos ellos, valoran la idea, con 8,9 puntos, de que un profesor debiera estar preparado y participar en actividades para enfrentar la problemática actual, referida al sedentarismo, obesidad, consumo de tabaco, consumo de alcohol y drogas.
- Los estudiantes con edad de 19 años y ,sobre todo, pertenecientes al programa de Pedagogía en Educación Física y Pedagogía en Educación Básica, valoran con el promedio más alto (9,4 puntos) la idea de que un profesor debiera estar preparado y participar en actividades para enfrentar la problemática actual, referida al sedentarismo, obesidad, consumo de tabaco, consumo de alcohol y drogas.

**Respecto a si los estudiantes han participado en actividades para enfrentar la problemática actual, referida al sedentarismo, obesidad, consumo de tabaco, consumo de alcohol y drogas, propuestas por la universidad y la respectiva carrera.**

A continuación se exponen las conclusiones para este punto.

- El 94,3% de los estudiantes que componen el grupo de Pedagogía en Castellano, Pedagogía en Matemática y Pedagogía en Historia y Geografía, opina que no han participado en acciones de esta naturaleza propuestas por su universidad. Sobre si lo han hecho en aquellas ideadas por su carrera, el porcentaje de no participación es muy similar, alcanzando 94,7%.

**Respecto a si los estudiantes participarían en un equipo de trabajo en su universidad y/o escuela que colabore en la prevención y disminución del sedentarismo, obesidad, consumo de tabaco, consumo de alcohol y drogas.**

Podemos señalar los siguientes aspectos referidos a las conclusiones de este punto.

- Los estudiantes de todos los programas de Pedagogía, le asignan a esta iniciativa 6,3 puntos.
- Los estudiantes de Pedagogía en Educación Física, opinan sobre el promedio general valorando esta acción con 7,4 puntos.
- Los estudiantes, hombres, de Pedagogía en Matemática, presentan el promedio más bajo, valorando la iniciativa con 4,9 puntos.

### **1.12.2. Discusión de los resultados.**

Descritos los resultados, damos inicio la discusión de los mismos en torno al objetivo planteado en este estudio acerca del estado actual de los factores de riesgo para la salud en los estudiantes de diferentes programas de Pedagogía considerados para la presente investigación.

- **Estado nutricional.**

Para abordar cómo se comporta este factor de riesgo en la realidad nacional, examinamos los estudios: uno desarrollado por el Ministerio de Salud, MINSAL, mediante la Encuesta Nacional de Salud (2003), realizado por Macmillan en la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso (2007) una muestra representativa de estudiantes universitarios de todas las carreras que imparte la universidad, el Estudio piloto sobre prevalencia de obesidad en universitarios mexicanos de Licenciaturas en Seguridad e Higiene Industrial, Psicología, Enfermería, Básica, y hábitos de salud relacionados en la Universidad Autónoma de Tamaulipas, México publicado el año 2004, (Moreno, Vázquez, Gutiérrez, Martínez, Quevedo, González Valladares y Salas)

Tras analizar la Encuesta Nacional de Salud (2003), podemos manifestar inicialmente que los datos allí expuestos corresponden a la población general de Chile y que no son extrapolables a los estudiantes de programas de pedagogía, no obstante, es posible observar ciertas tendencias que permiten realizar un análisis determinado.

Respecto a este factor, manifestamos que los datos nacionales entregados por el Instituto Nacional de Estadísticas y por el Ministerio de Salud en la encuesta de "Calidad de Vida", realizada el año 2003, no concuerdan con los datos del estudio. Dicha encuesta consigna un 22% de obesidad, respecto al 1,6% obtenido en el presente estudio. Un acercamiento mayor se produce en la categoría sobrepeso

donde las cifras de la encuesta estiman un 38% de la población general bajo esta categoría, en tanto este estudio consiga un 20,5% de los estudiantes con sobrepeso. No obstante, es importante señalar que los datos nacionales se refieren a la población en general.

Sin embargo, la tendencia al sobrepeso se presenta en ambos estudios indistintamente del género. A nivel nacional los hombres presentan un 43% de sobrepeso versus el 27,1% de los estudiantes, para las mujeres los porcentajes son los siguientes: 33% a nivel nacional y 15,8% para las estudiantes.

Así por ejemplo, esta encuesta arroja que en edades mayores (más de 25 años) los niveles de obesidad son significativamente superiores a la de los estudiantes de pedagogía en Chile.

De acuerdo a esta investigación, entre los 25 y 44 años, un 20,7% de ciudadanos presenta niveles de obesidad; un 30,5% entre los 45 y 64 años, y un 29,0% entre 65 y más. Ahora bien, si comparamos estos resultados con los del grupo etéreo que coincide con el de nuestro estudio, es decir entre 17 y 25 años de edad, podemos advertir que el nivel de obesidad en la población nacional alcanza a un 8,6%, cifra bastante superior al 1,6% registrado por los estudiantes de Pedagogía.

Distinta es la situación al comparar los niveles de sobrepeso en el mismo rango de edad (17 y 25 años), puesto que los porcentajes se revierten. De acuerdo a nuestro estudio los estudiantes de pedagogía presentan un nivel de sobrepeso (20,5%) que se ubica por encima de los datos nacionales (16,8%). Sin embargo, sobre los 25 años el sobrepeso es superior a nivel nacional, en relación a los estudiantes de programas de pedagogía: 42,5% entre 25 y 44 años; 43,3% entre 45 y 64 años; y un 42,1% entre 65 y más años.

Enfocándonos ahora en el estudio de Macmillan (2007), realizado en estudiantes universitarios chilenos, y el de Moreno, Vázquez, (2004) en estudiantes

universitarios Mexicanos debemos indicar que el primero de ellos se encuentra entre un rango de edad de 17 a 24 años y de sus resultados el nivel de sobrepeso asciende a un 21,9%, cifra superior a los datos nacionales que acabamos de mencionar, pero a la vez muy similar a la registrada por los estudiantes de pedagogía, que alcanza un 20,5% (entre 17 y 25 años de edad). Lo mismo sucede con los estudiantes universitarios mexicanos, en un edad promedio de 20,83 años, los índices de sobrepeso ascienden a un 21,8 %, siendo semejantes a los obtenidos, en este estudio. Ahora, en relación al indicador de obesidad, existe una diferencia poco significativa, pues los resultados de Macmillan registran un nivel de obesidad de 4,7%, respecto de un 1,6% de los estudiantes de nuestra muestra, no siendo el caso con los estudiantes mexicanos pues el estudio arroja un 18% de obesidad

En este contexto y a la luz de los antecedentes que acabamos de presentar, es posible exponer dos situaciones.

- La primera de ellas dice relación con que la obesidad no es el problema de mayor significancia entre los estudiantes de pedagogía, al contrario de lo que sucede con el sobrepeso, de acuerdo a las cifras ya mencionadas.
- La segunda situación es aquella que insinúa, en base a los niveles de sobrepeso registrados, que los estudiantes de pedagogía podrían tener o estar adquiriendo estilos de vida poco saludables en esta etapa de su desarrollo, producto del tipo de alimentación que están consumiendo actualmente y el sedentarismo resultante de la ausencia de práctica de ejercicios saludables. Todo ello sin duda explicaría posiblemente los indicadores de sobrepeso, resultantes de la investigación.

El análisis realizado, nos permite fortalecer la idea inicial respecto a la importancia que tiene el desarrollar acciones que colaboren en la prevención y promoción de una universidad saludable, donde existan espacios que fortalezcan estilos de vida

más sanos entre los miembros de la comunidad universitaria y que contribuyan a disminuir los posibles malos índices nutricionales que presentan actualmente los estudiantes. Puesto que es viable sugerir que los estudiantes de pedagogía en el paso por su vida universitaria puede que adquieran estilos de vida poco saludables. Dado este escenario entonces, es posible proyectar que en el futuro este grupo debiese aumentar su sobrepeso y obesidad, ya que todos los estudios sobre la materia indican que dichos niveles avanzan con la edad, así lo indica la Encuesta Nacional (2003) donde expone que de los adultos mayores de 17 años en Chile el 60% presenta signos de sobrepeso y obesidad, influyendo directa y específicamente en el deterioro de la salud y en la posible adquisición de enfermedades crónicas no transmisibles.

Ante esto, la universidad se manifiesta quizás como la última etapa de educación en la prevención de la adquisición de estilos de vida de saludables y en la promoción de estos mismos.

- **Actividad Física o Deporte: sedentarismo.**

En atención al eje *actividad física o deporte*, realizaremos la discusión tomando como referencia cinco estudios homólogos y una encuesta nacional de juventud.

El primer estudio revisado es el que desarrolló el Instituto Nacional de Estadísticas, INE, y el Ministerio de Salud, MINSAL, mediante la encuesta “*Calidad de Vida*” (2006); el segundo es la “*Encuesta Nacional de hábitos de actividad física y deporte en la población chilena igual o mayor a 18 años*”, realizado por el Observatorio Social de la Universidad Alberto Hurtado para Chiledeportes (2006); el tercero es la encuesta sobre “*Hábitos deportivos de los españoles 2005*”, de Ferrando (2005); el cuarto se denomina “*Hábitos físicos – deportivos de universitarios colombianos*” de Romero y Amador (2008) y el quinto se titula “*Estilos de vida en ciudad de La Habana - Cuba. Hábitos físico-deportivos y de salud*” realizado por Ruiz, García y Pérez (2006).

Junto a estos estudios, también se exploró la Quinta Encuesta Nacional de la Juventud (2006), desarrollada por el Instituto Nacional de la Juventud de Chile (INJUV). Esta se utilizó básicamente para contextualizar el uso del tiempo libre en la juventud chilena, pues no incluye entre sus resultados cuestiones específicas que permitan determinar, por ejemplo, niveles de sedentarismo. Pese a ello, sí da pistas para entender parte de lo que ocurre con ciertos hábitos poco saludables de nuestra juventud.

En base a todos estos antecedentes revisados, podemos afirmar que si bien existen diversas fuentes de información en materia de actividad física y hábitos de vida de la población, los estudios realizados en Chile no hacen una distinción fina en categorías de edad, pues desglosan a la población en grupos de adolescentes (15 a 19 años) y luego aglutinan en otro grupo a jóvenes y adultos (20 a 44 años). Esto hace dificultoso contrastar nuestros datos con las cifras de estos estudios, aunque de todas formas es posible realizar una comparación a nivel general y establecer algunas precisiones apoyándonos en la *Quinta Encuesta Nacional de la Juventud (2006)*.

Por otra parte, según los antecedentes entregados por el Instituto Nacional de Estadísticas y por el Ministerio de Salud en la encuesta Calidad de Vida realizada en el año 2003, los niveles de sedentarismo en la población en general son mayores que lo verificado en este estudio, los resultados de dicha encuesta indican que un 82% de la población general es sedentaria menores de 25 años, la cifra baja a un 59,2% en los estudiantes de programas de Pedagogía.

Al igual que ocurre con el estado nutricional, el sedentarismo se presenta más en mujeres que en hombres. De acuerdo a los antecedentes nacionales entregados por la institución ya mencionada, un 91% de las mujeres son sedentarias, cifra que baja a un 88% en el caso de los varones. Esta tendencia se da también en los estudiantes de programas de Pedagogía, donde la mujer tiene un 65% de sedentarismo, por sobre el 50% de los varones.

No obstante la encuesta Calidad de Vida (2006) y la Encuesta Nacional de hábitos de actividad física y deporte en la población chilena (2006), los niveles de sedentarismo en la población nacional, entre 20 a 44 años, se ubica entre un 82% y un 87%, porcentaje que en nuestro estudio disminuye a 59,2%.

Al comparar los antecedentes, claramente existe una importante diferencia entre nuestro grupo de estudio en ambas encuestas y la población chilena en el tramo de edad de 20 a 44 (aproximadamente 24,3%). Esta situación no debe causar extrañeza si consideramos que todos los estudios en esta materia han determinado que la actividad física decae a medida que aumenta la edad.

Sin embargo, al cruzar esta información general con la entregada por el INJUV (2006) en materia de uso del tiempo libre, podemos precisar de mejor forma nuestro análisis. En el estudio referenciado se indica que los jóvenes chilenos de 15 a 29 años, ocupan su tiempo libre principalmente: escuchando música (92,7%); estando con la familia (86,9%); saliendo con amigos (86,9%) y viendo televisión (84,4%). Por otra parte, los que indican hacer deportes alcanzan a un 45,3% y otro dato no menor y de interés por sobre todo en el diario vivir de los estudiantes universitarios, incluidos los de pedagogía, es que un 36,5% ocupa su tiempo libre jugando en el computador.

Estos datos, que se refieren específicamente al grupo de 20 a 24 años, que es muy similar y mayoritario en la muestra establecida por nuestro estudio, nos permiten señalar que la dedicación que ponen los jóvenes chilenos a tareas pasivas durante su tiempo libre, se incrementa en ese grupo etario. Es así como escuchar música alcanza un 94%; salir o conversar tiene un 89,4% y ver televisión, que es la única acción que disminuye, llega de todas formas al 83%. Por otra parte, las actividades relacionadas con el deporte bajan dos puntos y quedan en un 43,3%, mientras que las actividades asociadas al uso lúdico del computador disminuyen en casi 4 puntos quedando en 32,7%.

En base a esto, podemos vislumbrar que es altamente probable que el grupo de jóvenes ubicado entre los 20 y 24 años, presente menor nivel de sedentarismo que el de la población general; si bien no es del todo posible homologar la práctica deportiva en el tiempo libre a la ausencia de sedentarismo, al menos permite entender los resultados de nuestro estudio, en que un 40,8% de los estudiantes de pedagogía asegura no ser sedentario y un 61,2% declara realizar actividad física o deporte. Aquí hay que destacar que la primera cifra es muy similar a la del estudio efectuado por el INJUV respecto a la práctica de algún deporte durante su tiempo libre, en el grupo de 20 a 24 años (43,3%) .

Continuando con el análisis, consideraremos ahora algunos aspectos del estudio de Ferrando (2005). En primer término es necesario señalar que dicha investigación está enfocada en la población española en general, aunque en algunos resultados considera a un grupo con rango de edad similar (15 y 25 años) al de los estudiantes de pedagogía chilenos (16 y 24 años, mayoritariamente). En segundo lugar, en este análisis el mismo autor expone que la población española considera en un 76% que el concepto de “hacer deporte” apunta a cualquier actividad física. Vale la pena aquí aclarar que en nuestra investigación los estudiantes fueron consultados respecto a la realización de “actividad física o deporte”, mientras que Ferrando realizó la pregunta “hacer deporte”. Esta diferencia debe considerarse por cuanto no permite especificar la regularidad de esta actividad ni la situación en la que se realiza, no obstante, igualmente entrega orientaciones importantes sobre la temática.

Los resultados del estudio señalado denotan que entre los 15 y 24 años la población española declara *hacer deporte* en un 41%, cifra muy similar a la arrojada por el estudio del INJUV (2006) y a lo obtenido en nuestro propio estudio en materia de sedentarismo. Ante estos antecedentes, nuevamente es necesario hacer una aclaración, pues en la investigación desarrollada con los estudiantes de programas de pedagogía chilenos (16 y 24 años) la variable “realizar actividad

física o deporte” asciende a un 61,2% de los casos, cifra que es bastante mayor a la española y a la recolectada por el INJUV (2006), pero como ya hemos señalado, el hecho de efectuar esporádicamente una actividad física es insuficiente para no ser considerado sedentario. Si bien este hecho puede ser un factor facilitador para la práctica continua del deporte, también puede constituir un factor negativo en la salud de los sujetos, pues un aumento esporádico en la carga física de los individuos podría acarrearles más problemas que mejoras.

En la investigación sobre los estudiantes universitarios colombianos de Romero y Amador (2008), el porcentaje de sujetos que realiza práctica deportiva es similar al arrojado por nuestro estudio, alcanzando un 63,1%. En tanto, en el estudio realizado por Ruiz, García y Pérez (2006), los estudiantes universitarios de La Habana declaran practicar actividad físico-deportiva en un 58.9%.

Respecto a la frecuencia de realización de actividad deportiva, sólo es posible efectuar una comparación entre tres de los estudios mencionados anteriormente, pues los demás no poseen esta distinción. Es así como Ferrando (2005) manifiesta que la frecuencia de práctica deportiva de 2 a 3 veces a la semana alcanza un 58%, tendencia que es mayor a la de los estudiantes de programas de pedagogía en Chile, que corresponde a un 35,8%. En el caso de la investigación de Romero y Amador (2008), con estudiantes universitarios colombianos, los resultados indican que éstos realizan práctica deportiva en un 46,2%, con una frecuencia de una a tres y más veces por semana y en la misma frecuencia (una a tres veces y más por semana).

Al igual que ocurre con el estado nutricional, el nivel de sedentarismo que demuestra nuestro estudio, en base a la frecuencia de actividad física o deporte, se presenta mayoritariamente entre las mujeres. De acuerdo a los datos nacionales aportados por el INE y Chiledeportes (2006), entre un 89% y un 91,4% de las mujeres son sedentarias, cifra que en varones alcanza entre un 85% y un 88,4%. Lamentablemente, para este dato no disponemos de una diferenciación

por grupos de edad, sin embargo, la tendencia en dichos estudios permite esperar una mayor cifra de sedentarismo en mujeres.

Esta misma tendencia se da también en nuestro estudio, pues en los estudiantes de programas de pedagogía, las mujeres son clasificadas en un 65% como sedentarias, cuestión que en los hombres llega al 50%. Este dato es bastante interesante, pues si bien el nivel de sedentarismo resulta preocupante en este grupo, al mismo tiempo se puede establecer con bastante certeza que dicho grupo es más activo físicamente que la población que le corresponde por categoría etaria. Es así como en el estudio del INJUV (2006) se aprecia que los hombres de 20 a 24 años, que indican practicar deportes en su tiempo libre, alcanzan un 62,2%, mientras que las mujeres del mismo grupo etario, señalan esto sólo en un 28%. Esto significa, entonces, que a nivel general la diferencia es mucho mayor que la que se produce en el nivel específico de nuestro estudio sobre estudiantes universitarios de pedagogías.

Otra importante variable que se considera en algunas investigaciones es el grupo socioeconómico, pues la mayoría coincide en que a mayor nivel socioeconómico la posibilidad de práctica deportiva aumenta. Es así como en el estudio desarrollado por Chiledeportes (2006), la diferencia entre el primer quintil de ingreso (grupo de menos recursos) y el quinto quintil de ingreso (grupo de mayores recursos) es del 10%, pues el 95% de los sujetos del primer quintil clasifica como sedentario, mientras que ello ocurre con el 85% de la población de mayores recursos. Una diferencia similar se repite en el estudio del INJUV (2006), donde un 51,3% de los jóvenes de mayores recursos practican deportes en su tiempo libre, mientras que en el grupo de menores recursos esto se da en un 42,2%. Por otra parte, los jóvenes de nuestro estudio se clasifican principalmente en los grupos socioeconómicos medios, por lo que sus niveles de práctica deportiva son bastante similares al de su grupo de referencia general.

Considerando todos estos antecedentes, indudablemente preocupa la ausencia

de práctica de actividad física o deporte entre los estudiantes y futuros profesores que son objeto de nuestra investigación. Ello porque tanto en varones como en damas esta tendencia supera el 50%, lo que significa que debemos tomar mayor conciencia de esta realidad y colaborar en la prevención y promoción de la actividad física o deportiva en los estudiantes de pedagogía. Sea cual sea la disciplina en la que desarrollen la docencia a futuro, no hay que perder de vista que serán ellos los modeladores de conductas entre sus estudiantes, por lo que resulta de vital importancia hacer algo al respecto durante su formación profesional.

Finalmente, en cuanto a las razones que argumentan las personas para no realizar actividad física, cabe destacar que en Romero y Amador (2008) los estudiantes universitarios colombianos señalan, en un 39%, no tener tiempo para realizarlas. En tanto, en el estudio realizado por Ruiz, García y Pérez (2006) en La Habana Cuba, los universitarios expresan que la pereza, el desgano (29.9%) y la falta de tiempo (29.3%) son las principales responsables de su poco interés por la actividad física.

Por su parte, el estudio de Ferrando (2005) señala que la población general española declara en un 45% el año 2000 y en un 43% el 2005, no tener tiempo para practicar dichas actividades. En este caso sólo existe un 16,8% de diferencia en comparación con los estudiantes universitarios colombianos, 20,8%.

En el caso de nuestro país, el estudio de Calidad de Vida (INE 2006) indica que las razones esgrimidas por los chilenos para no realizar actividad física son: la falta de tiempo (36,1%); la falta de motivación (25,2%) y los problemas de salud (20,1%). Concordante con lo anterior, el estudio de Chiledeportes realizado el años 2006, indica que las principales razones de la población chilena mayor de 18 años para no realizar actividad física son: la falta de tiempo con un 54,1%, los problemas de salud con 20,7%, y la falta de recintos deportivos con un 16,6%.

Estos resultados presentan diferencias al compararlos con lo declarado por los estudiantes de pedagogía que forman parte de nuestro estudio, pues éstos indican en un 59,8% no tener tiempo para la actividad física y deportiva, resultado muy similar al observado en la investigación de Chiledeportes (2006).

En este punto cabe señalar que el factor salud, como una de las justificaciones para no poder realizar actividad física o deporte, no es de carácter significativo para la población, ya que en los estudiantes universitarios, en general, este dato es bajo; en los colombianos es de un 6,5%; en la población general española entre 15 y 25 años alcanza a un 3%, cifra similar a la de los estudiantes chilenos, que llega a un 2,4%.

Es importante afirmar que los antecedentes proporcionados por nuestro estudio corroboran y concuerdan con los otros estudios mencionados, donde la falta de tiempo es una de las justificaciones más importantes de los estudiantes para no realizar actividad física o deporte. En virtud de ello, desde nuestro punto de vista es preciso señalar que la universidad, consciente de estos datos, debiera considerar como objetivo prioritario la creación de espacios permanentes y sistemáticos en el curriculum académico, de manera que durante todo el proceso de formación inicial, los futuros profesores puedan realizar actividad física o practicar algún deporte.

Por último, debemos mencionar que los datos detectados en el estudio, si bien presentan ciertas diferencias con algunos de similares características, permiten de todos modos abrir otros espacios de investigación; asimismo dan cuenta de la ausencia de trabajo con este importante grupo, pues como ya hemos dicho, los estudiantes universitarios de pedagogías constituirán a futuro un importante referente para sus propios pupilos, en los diversos lugares donde les corresponda desempeñarse laboralmente.

Del mismo modo, es interesante señalar que en líneas generales lo obtenido en nuestro estudio es altamente concordante con lo que se conoce hasta ahora sobre esta materia, esto es: que la mayor parte de la población clasifica como sedentaria; que esta conducta está más presente en las mujeres que en los hombres; se trata de una conducta que crece con la edad y que disminuye al aumentar el nivel socioeconómico; y además, que la falta de tiempo es la principal excusa en la que se escuda la población para no realizar actividad física.

Pensando en los fines de la presente investigación, resulta significativo destacar que el grupo de estudiantes que componen nuestra muestra puede sin duda superar varios de los problemas detectados, ya que en gran parte ello depende de las autoridades universitarias. Nos referimos a que éstas deben preocuparse de desarrollar las acciones necesarias que fomenten la actividad física o el deporte en el ambiente universitario y al mismo tiempo estar atentas a comportamientos que promueven el sedentarismo en la universidad, como por ejemplo el uso masivo de computadores. Si bien éstos son una herramienta de trabajo imprescindible en nuestros tiempos, también pueden ir en contra de la promoción de hábitos saludables si se utilizan en forma desmedida, sobre todo considerando la etapa vital en la que se encuentra el grupo de estudio.

Desde esta perspectiva, entonces, consideramos elemental que las universidades comprendan que debe dosificarse el trabajo que obliga a los jóvenes a la utilización continua del computador y que una programación diferente de su uso puede evitar que se entorpezca o aminore la posibilidad de que ellos ejecuten otras actividades, que pueden ser perfectamente de tipo físico o deportivo, a través de los cursos electivos, por ejemplo.

- **Consumo de tabaco.**

El presente estudio se centró en una población de estudiantes de programas de pedagogía que está mayoritariamente entre los 17 y 24 años de edad. Los resultados señalan que el total de los consumidores actuales de tabaco la prevalencia mensual, alcanza a un 39,1% y se da mayoritariamente en las mujeres con un 41,8% versus el 34,9% de los hombres, existiendo entre ellos solamente una diferencia porcentual de 6,9%. Por otra parte, la prevalencia referida a la vida, esto es si alguna vez en la vida han fumado tabaco alcanza al 71%.

Antecedentes respecto del consumo de tabaco que presenta el Observatorio Chileno de Drogas (2006), indican que dentro de la población general que tiene entre 19 y 25 años, en el año 2004, el consumo de tabaco en damas es de un 40,4% versus un 44,8% en varones, siendo la diferencia porcentual de 4,4%. El estudio: “Descripción del consumo de drogas lícitas e ilícitas por género a través de la metodología de pares” en estudiantes universitarios (Revista Médica de Chile, 2007) revela que el consumo es mayor en las mujeres que en los hombres.

Para comprender mejor este fenómeno en nuestro país, utilizaremos los datos extraídos del *Primer Estudio Comparativo sobre Consumo de Drogas y Factores Asociados en Población de 15 a 64 años (2008)*, este estudio fue producido entre otras agencias por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) y la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD/OEA). Es un estudio sub-regional que compara las tasas de consumo de diversas sustancias en Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay.

Para este estudio se observa que, el consumo actual (alguna vez en el último mes) es superior en Chile donde un 44% de las personas declaran consumo, seguido por Argentina y Uruguay (34%), Bolivia (26%), y finalmente Ecuador y Perú con un 19%.

Por otro lado, las tasas de consumo del último año en los varones son bastante similares en Bolivia (52,7%), Chile (53,3%) y Perú (51%) superando el 50% de las personas y de 40% en los otros 3 países. El consumo actual, último mes, entre los varones varía de un 30% en Perú a un 48% en Chile. En cuanto a las mujeres, los niveles de consumo entre los países presentan aún mayores diferencias. En efecto, la prevalencia del último mes fluctúa entre 7% en Ecuador y 41% en Chile, siendo nuestro país el que presenta mayor diferencia con los restantes. En Argentina y Uruguay, la cifra supera levemente el 30%, encontrándose una diferencia sobre el 10%, así es claramente Chile donde se produce mayor hábito de consumo de tabaco en la región, tanto en mujeres como varones.

Ahora si consideramos el grupo de 15 a 34 años, destaca el alto consumo actual de tabaco, prevalencia último mes, de Chile muy superior al resto con un 47% seguido de Argentina, y Uruguay con 35,5%, es decir 11.5% por debajo y luego sigue Bolivia con 27.6% y finalmente, Ecuador y Perú con cerca de un 20%

Para cerrar este punto, queremos agregar el estudio del Consejo Nacional de Control de Estupefacientes (CONACE) de Chile. En este estudio se cubre el consumo de cigarrillos en el decenio 1994-2004.

Así entre los principales resultados destaca que, entre los hombres de 19 a 25 años de edad el consumo de cigarrillos permanece estable en todo el decenio, con prevalencia de último mes que bordean el 60%. Por otra parte, las mujeres del mismo grupo etáreo, en cambio, han aumentado el consumo de cigarrillos en 12 puntos porcentuales entre 1994 y 2004, alcanzado una prevalencia mes de 55% en 2004. Esto es, de los casi 17 puntos porcentuales que diferenciaban el consumo de cigarrillos entre hombres y mujeres en 1994, dicha diferencia se redujo a menos de 5 puntos porcentuales en 2004.

Otro dato muy importante que señala el estudio CONACE es que, tanto España como Chile cuentan con una serie de estudios para medir tendencias del consumo

de drogas lícitas e ilícitas en población escolar. Manteniendo, ambos países una periodicidad bienal en la realización de sus estudios. En ambos casos se trata de encuestas autoaplicadas a una muestra aleatoria de estudiantes en la sala de clases.

Las declaraciones de consumo de cigarrillos entre los estudiantes de ambos países, de acuerdo a la prevalencia de último mes, indican que en España la prevalencia se ha mantenido bastante estable en toda la secuencia de estudios, mientras que en Chile la prevalencia comienza un descenso que se mantiene desde el año 1999 hasta 2003. A pesar de ello, las tasas de prevalencia de los estudiantes chilenos son siempre más altas que las de sus similares en España. En el mismo estudio también se señala que, a pesar de la baja en las tasas de consumo de cigarrillos entre los escolares de Chile, registrada desde 1999, en nuestro país los alumnos de 8º básico, 2º medio y 4º medio fuman el doble que sus similares en Estados Unidos.

Toda la información entregada, permite entender que el fenómeno del consumo de tabaco en nuestro país como un fenómeno transversal y que, históricamente, ha tenido una fuerte penetración en todos los grupos sociales y etáreos. Por lo cual no sorprende, que nos encontremos en Chile con una de las poblaciones de mayor consumo de tabaco en la región latinoamericana. Esto no es menor pues explicaría, en buena medida, el porque nuestros estudiantes son consumidores, y suponer con un alto nivel de seguridad que, eran ya consumidores de tabaco durante su etapa escolar.

Junto a ello, tampoco debe dejarse de atender al hecho de que en las mujeres el hábito de consumo de tabaco ha aumentado explosivamente en los últimos años., convirtiéndose en uno de los principales problemas de salud pública en nuestro país.

Finalmente, cabe señalar que el problema de los altos niveles de consumo de

tabaco sólo ha sido abordado con fuerza por el Ministerio de Salud en los últimos 3 años, por lo que los resultados o impactos de estas campañas gubernamentales aún no se han evaluado cabalmente.

- **Consumo de alcohol.**

Del mismo modo, y a la luz de los antecedentes entregados en la investigación, podemos afirmar que éste alcanza al 69,6% de los estudiantes. Un 75,2% son hombres y un 65,9% mujeres, la diferencia porcentual respecto al consumo a nivel de género de un 8,2%. En cuanto al consumo de alcohol, en la población general (entre 19 y 25 años) el CONACE (2006) indica, en un estudio realizado en el 2004, que 66,13% consume; los hombres siguen siendo los más bebedores con 64,10%, versus un 49,9% de las mujeres, siendo la diferencia porcentual de 15,2%. Asimismo, la ingesta de alcohol alguna vez en la vida, esto es prevalencia de vida, asciende a un 81,8%, es decir, casi 12 puntos mayor que la prevalencia de la semana.

Por otra parte, en nuestro estudio se detecta que un 16,5% de los estudiantes de programas de pedagogía serían bebedores-problema (test EBBA), estableciéndose que deben consultar una consejería. Al contrastar estos resultados con la I y II Encuesta de Calidad de Vida y Salud (2000 y 2006) queda de manifiesto un descenso no muy significativo, ya que el año 2000 los bebedores con problemas alcanzaban al 16,5% y en el año 2006 un 15%, datos similares a los aportados por nuestro estudio. Pese a esta leve disminución, el dato no deja de ser preocupante, ya que el incremento del consumo de alcohol en la población joven de nuestro país y del mundo es algo cada vez más real y que podemos constatar diariamente.

En cuanto al porcentaje de bebedores-problema, es necesario señalar que esta situación, medida a través del test de EBBA, es mayor en otros países. En Bolivia, por ejemplo, casi 1 de cada 2 consumidores de alcohol en el último mes dan

positivo para la escala EBBA. En una situación algo similar se encuentra Ecuador, mientras que en Chile y Perú es 1 de cada 6, y en Uruguay 1 de cada 10.

En este contexto, si bien en otros países existen cifras mayores que en Chile, también es un hecho señalado por todos los estudios, que tanto el nivel de sedentarismo, el estado nutricional, la realización de actividad física o deporte, el consumo de tabaco y alcohol, aumenta sus índices a medida que avanza la edad. Teniendo en consideración estos antecedentes, los resultados del test de EBBA nos indican que existe un 39,5% estudiantes de pedagogía que beben sin riesgo, pero se les sugiere una consejería. Este dato nos revela que existe un número de estudiantes no menor, que puede llegar a transformarse en un bebedor con riesgo.

Junto a ello y respecto del consumo de alcohol en la población general (entre 19 y 25 años), destacamos lo que indica el CONACE en un estudio realizado en el 2004. Según esos resultados, el 66,13% de la población consume y los hombres siguen siendo los más bebedores con un 64,10%, versus un 49,9% de las mujeres (diferencia porcentual de 15,2%).

Para comprender mejor este fenómeno en nuestro país, utilizaremos los datos extraídos del *Primer Estudio Comparativo sobre Consumo de Drogas y Factores Asociados en Población de 15 a 64 años* (2008). Éste señala que el consumo actual (prevalencia de último mes) muestra diferencias importantes entre los países. Es así como Argentina (52,4%), Chile (60,8%) y Uruguay (52,9%) presentan las mayores proporciones de consumidores actuales de alcohol, seguidos por Bolivia (43,8%) y finalmente Ecuador (33%) y Perú (36,6%) con los niveles más bajos. Sin embargo, la prevalencia de vida es diferente, a excepción del país que ocupa el primer lugar que sigue siendo Chile (88,6%), le siguen Perú (86,3%), Bolivia (86,2%) y Ecuador (81,9%).

En cuanto a la ingesta de alcohol según el género, Chile lidera ambos grupos con un 70% en hombres y un 53% en mujeres. Le siguen Uruguay (63,9% y 43,6%) y Argentina (63,8% y 42,9%), más atrás están Bolivia (54,9% y 34,5%) y Ecuador (49,8% y 18,8%).

Para el grupo de 15 a 34 años, el mayor porcentaje de consumidores de alcohol, de prevalencia actual, se encuentra también en nuestro país (59,1%), luego Uruguay (58,8%) y Argentina (55,5%). Al final se ubican Perú y Ecuador bajo el 40%.

De acuerdo a estos antecedentes podemos concluir, al igual que hiciéramos respecto del consumo de tabaco, que en Chile el consumo de alcohol es transversal y de alta penetración. No es de extrañar, entonces, que nuestros estudiantes de pedagogía también presenten altos niveles de ingesta alcohólica, situación que resulta extremadamente preocupante. Del mismo modo, que en muchos otros países, este consumo aumenta entre los días jueves a sábado y ésta es una constante que si bien no habíamos señalado antes en esta investigación, también se observa en los estudiantes de pedagogía de las dos universidades estudiadas.

Ante estos antecedentes, nuevamente se fortalece el principio fundamental de esta tesis doctoral en relación a trabajar por el fortalecimiento y desarrollo de estilos de vida saludables en la población universitaria. De continuar la situación actual, sin que se tomen medidas al respecto, no sería extraño que se genere un incremento de bebedores en riesgo. Los datos presentados así lo avalan.

- **Consumo de drogas.**

La mayor parte de los estudios realizados a nivel nacional para medir el consumo de drogas se ha aplicado a jóvenes entre 18 y 25 años, aún cuando los antecedentes entregados por la Corporación Nacional de Control de

Estupefacientes CONACE (2006) indican que la edad referencial se prolonga hasta los 34 años.

Los últimos antecedentes entregados por el CONACE (2006), respecto al consumo de drogas en la población general, en una encuesta aplicada a 16.807 habitantes de entre 12 y 64 años de diversos niveles socioeconómicos; señalan que el consumo de drogas se concentra con un 5,83% en la población entre 19 y 25 años. En este mismo contexto, hay que recordar que el 16,3% de los estudiantes de programas de pedagogía consume drogas.

Al igual que lo dicho por el CONACE (2006), el presente estudio revela que el consumo de marihuana es el más frecuente. Otro estudio realizado en estudiantes universitarios de dos universidades no tradicionales llamado: "Descripción del consumo de drogas lícitas e ilícitas por género a través de la metodología de pares" (Revista Médica de Chile, 2007) confirma dicha afirmación, puesto que indica un porcentaje de consumo de marihuana de un 63,4%, respecto al 87,3% obtenido en nuestro estudio.

Por otra parte, el *Primer Estudio Comparativo sobre Consumo de Drogas y Factores Asociados en Población de 15 a 64 años* (2008), indica que Bolivia es el país que presenta mayor porcentaje de usuarios de una sola droga (mono consumidores), con un 89%; es decir, del total de consumidores de alguna droga ilícita en este país, el 89% usó solo una droga. A continuación están Ecuador y Chile con alrededor de un 84%. Perú y Uruguay tienen un 72% mono usuarios de drogas ilícitas en el último año y Argentina presenta el porcentaje de monoconsumidores inferior al 70%. En este último país casi uno de cada cuatro consumidores del último año, han usado dos drogas ilícitas, mientras que en Uruguay es del 22,7%. Perú presenta la mayor proporción de policonsumo que considera tres o más sustancias con el 13,8%, seguido por Argentina.

Si consideramos el reporte 2007 de Naciones Unidas (y algo similar ocurre en los años anteriores), unas 200 millones de personas en el mundo (de 15 a 64 años) han consumido alguna sustancia ilícita (incluyendo anfetaminas), y de esos 200 millones cerca de 160 millones corresponden a consumo de marihuana. Dicho de otra forma, aproximadamente el 80% de los consumidores recientes de drogas ilícitas consumen marihuana, ya sea en forma exclusiva o combinada con alguna otra droga ilícita.

La mayoría de los consumidores del último año en el grupo de 15 a 34 años consumen solo marihuana, con cifras que superan el 70% en Bolivia, Chile y Ecuador. Los perfiles de consumo se diferencian según los países analizados: mientras en Argentina y Uruguay es importante el uso combinado de marihuana y cocaína (alrededor del 19% de los consumidores en cada país), el primero presenta un porcentaje relevante de uso exclusivo de cocaína (5%), en Bolivia es importante el consumo exclusivo de sustancias inhalables (13% del total de consumidores). Chile y Ecuador, siendo los países donde es más alto el mono consumo de marihuana, aparece en segundo lugar el consumo combinado de marihuana y cocaína (9% y 10% respectivamente).

Como ha sido mencionado, la marihuana es por lejos la droga de mayor consumo en todos los países. Con el objeto de relevar aún más esta situación, se han considerado tres grupos de consumidores recientes, entre la población de 15 a 34 años:

- Consumidores exclusivos de marihuana,
- Consumidores de marihuana y alguna otra droga ilícita o de uso indebido (pasta base, inhalables, cocaína, éxtasis, heroína u otra droga),
- Consumidores de alguna droga ilícita diferente de marihuana.

En todos los países los consumidores de drogas representan el 100% del grupo estudiado, los cuales son divididos en los tres grupos descritos anteriormente.

Se dan algunas diferencias que son importantes de destacar. Mientras que en Argentina y Chile alrededor del 95% de los consumidores de drogas ilícitas son consumidores de marihuana en forma exclusiva o combinada, en Uruguay y Ecuador esa cifra alcanza al 90%. Por contraste, en Bolivia el 17,6% de los consumidores son usuarios de una droga diferente a marihuana llegando en Perú al 25,6%.

Finalmente, podemos señalar que los estudiantes chilenos viven en un contexto que presenta altos e indiscutibles niveles de consumo de tabaco y alcohol, tanto así que prevalece por sobre otras zonas o países. Por otra parte, en lo referido a la ingesta de drogas ilícitas se puede señalar que en nuestro país predomina el consumo de marihuana. Las cifras de nuestro estudio son preocupantes, pues muestran niveles que superan los detectados en la población general respecto del consumo de alcohol, tabaco y drogas.

Es claro que las acciones dirigidas a buscar soluciones a este fenómeno implican el involucramiento decidido de las instituciones de educación superior, cuestión que en Chile hasta ahora se ha abordado de forma tangencial y que requiere además del compromiso decidido de las instancias gubernamentales especializadas del área. Al igual que hemos señalado en los ejes anteriores, resulta trascendental abordar este problema entre los estudiantes de pedagogía, pues tal como hemos demostrado, ellos no escapan a la tendencia general y presentan preocupantes índices de consumo de drogas.

- **Promoción de la prevención de los factores de riesgo de la salud.**

Cabe señalar que en relación a este eje, se han buscado investigaciones homólogas o similares, pero no se encontraron estudios que consulten cuestiones tan específicas. Por ello, la discusión se realiza dentro de un marco bastante limitado y considerando la interrelación de respuestas de los estudiantes.

No obstante, Portero, Cirne y Mathieud (2002) en la revista española de salud pública, realizaron un estudio respecto de “La Intervención con adolescentes y jóvenes en la prevención y promoción de la salud”, donde se concluye que cualquier tarea que se encamine a realizar acciones de intervención en este ámbito, debe contar con un vínculo entre el joven y la salud, es decir, toda acción tiene que tener un sentido. Asimismo, el estudio indica que estas acciones no deben basarse solamente en la entrega de información, poniendo de manifiesto un espacio de control del joven respecto de las prácticas que dañen su salud, sino que deben generar también una actitud de auto responsabilidad en ellos.

Estos autores plantean igualmente que desde hace ya diez años se han venido implementando, desde diversas instituciones públicas, acciones encaminadas a la prevención y promoción de la salud de los jóvenes y adolescentes. Una de estas iniciativas son los programas de escuelas saludables de la Organización Panamericana de la Salud (1996) en toda Latinoamérica, siendo Chile también un país involucrado y que participa activamente. Las áreas de intervención de este programa son: educación para la salud; ambientes y entornos saludables; servicios de la salud y alimentación.

En este sentido, exponemos además que a nivel universitario, desde 1999 existe en nuestro país una red de protección y autocuidado en el uso y abuso de consumo de tabaco, drogas y alcohol.

Desde lo anterior expuesto, es posible señalar que los resultados indican, respecto del consumo de tabaco en la universidad, la mayor parte de los estudiantes:

- No cree necesario prohibir el consumo de tabaco.
- Si cree necesario prohibirlo en lugares cerrados.
- Cree importante realizar campañas de difusión permanentes en torno a la cuestión del consumo de tabaco.

En lo referido al consumo de alcohol y drogas, la mayor parte de los estudiantes considera importante:

- Realizar charlas informativas y campañas de difusión permanentes para la prevención del consumo de estas sustancias.
- Crear grupos de conversación en los cuáles se aborde esta temática.

En este punto, también debe señalarse que, los estudiantes presentan posturas divididas en torno a prohibir el consumo de alcohol y drogas. Hay grupos muy favorables a la prohibición mientras que, hay otros bastante desfavorables.

Por otra parte, frente al tópico referido al fomento de la actividad física en la Universidad, la mayor parte de los estudiantes es favorable a la realización de las siguientes acciones:

- Programas permanentes de actividad física orientados a la salud
- Campañas permanentes de difusión.
- La creación de asignaturas obligatorias genera, al igual que la prohibición del consumo de drogas y alcohol, opiniones fuertemente divididas.

Agreguemos a lo anterior que los estudiantes, declaran tener desconocimiento de acciones que realiza la universidad para la promoción de los estilos de vida saludables y prevención de factores de riesgo, en un ambiente universitario.

Con todo ello, se conforma un espacio de intervención interesante, pues podemos darnos cuenta que los estudiantes privilegian las campañas, las charlas y los grupos de conversación. Esto es, los estudiantes desean hablar de estos temas de manera abierta, pero al parecer los espacios generados en la universidad no apuntan en esta línea. En este punto se produce un choque de intereses difícilmente salvable, realizar actividades abiertas acerca de estas temáticas,

supone, para algunas autoridades universitarias, reconocer la existencia de un problema de consumo, esto suele traducirse en mala publicidad para la institución.

Por otra parte, los estudiantes de carreras como pedagogía en Historia y Geografía, castellano y otras similares son reacios a las prohibiciones y/o imposiciones de la autoridad. Surge acá un tema de libertades no menor que, dice relación con la idea que cada sujeto es libre de elegir si consume o no, o si realiza actividades saludables o no. Por tanto las acciones, en el mundo universitario, encaminadas a imponer cursos de acción a los sujetos están, probablemente, destinadas al fracaso. Mientras que, las actividades encaminadas a la apertura de estos temas y a la búsqueda de trabajo participativo de los estudiantes, tengan una mejor recepción. Lo que no necesariamente se traducirá en un mayor impacto.

## CONCLUSIONES FINALES.

Como parte de las conclusiones quisiéramos señalar, como primera reflexión, que esta experiencia, nos ofreció, tal como pensábamos en un inicio, la posibilidad de ahondar en algunos caminos y, por otro lado, nos brindó la oportunidad de descubrir rumbos desconocidos para el investigador. Humildemente y con sencillez, pudimos darnos cuenta del aprendizaje logrado, poniendo todo nuestro esfuerzo en contribuir a la generación de nuevos conocimientos. Si esto no se ha conseguido, creemos y tenemos la convicción de haber logrado una nueva perspectiva de lo ya descubierto.

A continuación, exponemos las conclusiones, a las que hemos llegado, una vez finalizado el proceso de análisis del estudio.

- En la investigación realizada se ha puesto de manifiesto el carácter integral de la salud, interpretando y comprendiendo el término, no solamente desde el aspecto físico, sino como una dimensión colectiva y social que incluye ámbitos interrelacionados que interactúan en todo momento: el plano cognitivo, afectivo, motriz y otras consideraciones, como el entorno, el contexto sociocultural, y el componente ideológico de cada persona o grupo.
  
- Un estilo de vida saludable, se caracteriza y se entiende por las manifestaciones de la cultura material y por la adquisición de bienes, es decir, la vivienda, la alimentación, y la ropa, entre otros. En lo social, comprende las formas y estructuras organizativas y cómo éstas se constituyen: la familia, los grupos de parentesco, las redes sociales de apoyo y los sistemas de soporte, tales como, las instituciones y las asociaciones. Por último, en el plano ideológico los estilos de vida saludables, se manifiestan por medio de las ideas, las actitudes y las creencias.

- Desde una visión integral, los estilos de vida deben estar conectados con los ámbitos socioeconómicos, políticos y culturales de los individuos, ya que éstos influyen positiva y negativamente en la salud de las personas.
- Ante la diversidad conceptual empleada actualmente para relacionar y acercar la actividad física a la salud, proponemos algunos términos, que desde la coherencia conceptual lingüística y semiótica, permiten estar más cerca de la noción de salud integral: aptitud saludable; actividad saludable y ejercicios saludables.
- A la luz de los datos obtenidos con respecto a las acciones que realizan las universidades para la prevención y disminución de los factores de riesgo para la salud, los estudiantes de Pedagogía no están informados de las actividades diseñadas por la autoridad para dar solución a estos problemas.
- Los propios estudiantes establecen y valoran todas aquellas acciones que se orientan a la realización de campañas de difusión, charlas informativas y grupos de conversación respecto al consumo de tabaco, alcohol y drogas en interior de la universidad.
- Los estudiantes de Pedagogía en Castellano, Pedagogía en Matemática, Pedagogía en Educación Básica y Pedagogía en Historia y Geografía, no consideran las acciones de prohibición para disminuir el consumo de tabaco, alcohol y drogas en la universidad. Tan sólo los estudiantes de Pedagogía en Educación Física se manifiestan positivamente a la hora de realizar esta acción.
- Las acciones propuestas para fomentar la actividad física en la universidad, con el fin de disminuir los niveles de sedentarismo en los estudiantes universitarios de Pedagogía, son altamente consideradas por la mayoría de los estudiantes, dando a entender que tienen el deseo de realizar actividad física.

- El Índice de Masa Corporal, IMC, que se utiliza en la actualidad como indicador de obesidad, no permite establecer objetivamente los niveles nutricionales de los individuos, ya que existen otros componentes o variables de la composición corporal que no son considerados y que pueden desvirtuar los antecedentes.
- El estado nutricional de los estudiantes de Pedagogía obtenido a través del IMC, es normal, particularmente en las mujeres. Existen porcentajes menores de estudiantes masculinos con mayor sobrepeso si lo comparamos con el género femenino.
- La frecuencia de práctica físico-deportiva está por debajo de tres veces a la semana, de lo que se desprende que más de la mitad de los estudiantes de Pedagogía son sedentarios; siendo el género femenino el que presenta los mayores niveles de sedentarismo.
- Por falta de tiempo, los estudiantes de programas de Pedagogía no aumentan la frecuencia de práctica deportiva, siendo los estudiantes de Pedagogía en Educación Física los que mayoritariamente hacen referencia a este motivo.
- La edad de inicio en el consumo de tabaco, alcohol y drogas es anterior al ingreso en la universidad. Los estudiantes de programas de Pedagogía son los mayores consumidores de alcohol, apareciendo los indicadores más elevados en la especialidad de Historia y Geografía. Por otro lado, el consumo de alcohol es ligeramente superior en las mujeres.
- Menos del 50% de los estudiantes de Pedagogía, se declaran fumadores (con mayor incidencia en las mujeres que en los hombres); siendo los estudiantes de Pedagogía en Historia y Geografía los que presentan valores más elevados.
- En relación al consumo de drogas, un elevado porcentaje de la muestra, ha evitado responder a las preguntas del cuestionario. Esto puede ser debido a

que en las universidades chilenas está fuertemente sancionado el consumo de drogas dentro de los establecimientos educacionales universitarios.

- Los estudiantes de Pedagogía en Castellano presentan mayores índices de consumo de drogas.
- De todos los motivos de consumo de alcohol, tabaco y drogas, los jóvenes se decantan por el ítem *por que les gusta*.
- Las universidades responsables de la formación inicial de los profesores, deben incorporar en las políticas organizacionales que emanan del plan de desarrollo estratégico institucional, acciones consistentes, con los estudiantes y académicos, a efectos de mejorar la prevención y promoción de hábitos y estilos de vida saludables de dichos estudiantes.
- La acción docente universitaria, debe considerar estrategias didácticas que permitan, al futuro profesor, contar con elementos y herramientas para poder actuar en el ejercicio de la profesión.

## **LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.**

A partir de las conclusiones expuestas, planteamos distintas líneas de investigación, que a propósito del presente epígrafe, concretamos en las siguientes:

- Determinar los factores de riesgo de la salud para toda la población estudiantil universitaria de Chile. Incluso consideramos que desde distintos ámbitos, deben proponerse estudios análogos en estudiantes de la enseñanza secundaria.
- Diagnóstico de los factores de riesgo de la salud en distintos sectores y poblaciones: según género, edad, población rural o urbana, estrato socioeconómico y profesión.
- Estudios de prospectiva que lleven a la propuesta, diseño e implantación de un plan piloto de prevención de los factores de riesgo para la salud en la universidad chilena.
- A medio plazo, proponemos estudios comparados entre distintos grupos de poblaciones de Chile y de otros países de Latinoamérica.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adimark (2004). *Mapa Socioeconómico de Chile: nivel Socioeconómico de los Hogares del País Basado en Datos del Censo 2002*. Santiago, Chile: AUTOR.
- Álamo, J. M. (2001). *Análisis del Deporte Escolar en la Isla de Gran Canaria. Hacia un modelo de deporte escolar*, Tesis Doctoral. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.
- Albala, C.; Kain, J.; Burrows, R.; y Díaz, E. (ed.) (2000). *Obesidad: un desafío pendiente*. Santiago, Chile: Universitaria.
- Albala, C.; Olivares, S.; Salinas, J.; y Vio, F. (2004). *Bases, Prioridades y Desafíos de la Promoción de la Salud*. Santiago, Chile: Universidad de Chile, Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos.
- Albala, C.; Vio, F.; Kain, J.; y Uauy R. (2001). "Nutrition transition in Latin America: The case of Chile". *Nutr. Rev*, 59, 70-176.
- Albala, C.; Vio, F.; y Villarroel, A. (2004). "Enfermedades crónicas relacionadas con nutrición y factores de riesgo en Chile". En Albala, C.; Olivares, S.; Salinas, J.; y Vio, F. (ed.) *Bases, Prioridades y Desafíos de la Promoción de la Salud* (pp.57-70). Santiago, Chile: Universidad de Chile, Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos.
- Álvarez, B. (2007). "Prescripción del ejercicio, nuevo enfoque". Consultado Marzo 30, 2007. En [http://www.una.ac.cr/maestria\\_salud/documents/prescrip-maestria07.pdf](http://www.una.ac.cr/maestria_salud/documents/prescrip-maestria07.pdf)
- Álvarez, C. (2003). *Factores de Estrés Laboral en Profesores de Educación Física que se Desempeñan en el Ámbito de la Formación Profesional de Pedagogía en Educación Física, en la Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez*. Tesis de Magíster no publicada, Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación, Santiago, Chile.
- Álvarez del Villar, C. (1987). *La Preparación Física del Fútbol Basada en el Atletismo*. Madrid: Gymnos.
- Álvarez, F. et. al. (2004). *Libro Blanco*. Madrid: Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación.

- Amador, F. et al (2000). *Determinación de la condición física en sujetos drogodependientes y propuesta de criterios en la elaboración de programas de intervención en actividades físicas y deportivas*. Ponencia 2º. Congreso Iberoamericano. Antigua Guatemala.
- Amador, F. (1994). *Análisis Praxiológico de los Deportes de Lucha. Análisis de la acción de brega en la Lucha Canaria*. Tesis Doctoral. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, España.
- American Psychological Association (2001). *Publication Manual of The American Psychological Association* (5<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: APA.
- Araya, H. et al. (2006). "Prioridades de Intervención en Alimentación y Nutrición en Chile". *Revista chilena de Nutrición*, 33, (3), 458-463.
- Arnold, P. (1985). *Relational planning by objectives of the movement curriculum*. *Physical Education Review*, 8, 50-61.
- Artazcoz, L.; Brotons, M.; y Brontons, A. (2003). *Impacto de la implantación de una política de trabajo libre de humo en una empresa*. [versión electrónica] *Gaceta Sanitaria*, 17 (6).
- Asociación de Aseguradores de Chile (2004). "Impacto de la obesidad en las compañías de Seguros". *En Boletín de Opinión*, 60, 1-3.
- Baccaro, A. (1998). *Venciendo El Estrés*. Brasil: Vozes.
- Baeza, J.; Pérez, M.; y Reyes, L. (2006). *Estándares de Desempeño Docente*. Santiago, Chile: Ediciones Universidad Católica Silva Henríquez.
- Bahamondes, C.; Vio, F.; y Salinas, J. (2004). "Actividad Física y Promoción de Salud". En Albala, C.; Olivares, S.; Salinas, J.; y Vio, F. (ed.). *Bases, Prioridades y Desafíos de la Promoción de la Salud* (130-140). Santiago, Chile: Universidad de Chile, Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos.
- Banco Mundial. "Organización Panamericana de la Salud. (2000). *La epidemia de tabaquismo. Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco*. Washington DC: AUTOR.
- Barriales, V.; Rodríguez, M.; y Martínez, I. (1993). "Corazón y ejercicio". *Medicina Clínica (Bare)*, 101, 269-274.

- Bartechi, C.; MacKenzie, T.; y Scherier, R. (1994). "The Human Costs of Tobacco Use" (first of two parts). *The New England Journal of Medicine*, 330, 907-912.
- Becerra, R. (1999). *Trabajo social en drogadicción*. Argentina: Lumen/ Hvmánitas.
- Becoña, E. (Ed.) (2004). "Monografía Tabaco" [versión electrónica]. *Adicciones*, 16, Suplemento Especial.
- Bello, S. (2004). "Consumo de Tabaco y Estrategias de Intervención". En Albala, C.; Olivares, S.; Salinas, J.; y Vio, F. (ed.) *Bases, Prioridades y Desafíos de la Promoción de la Salud* (141-148). Santiago: Universidad de Chile, Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos.
- Bennassar, M. et al. (2002). *Manual de Educación Física y Deportes: técnicas y actividades prácticas*. Barcelona: Grupo Océano.
- Berríos, X.; Bedregal, P.; y Guzmán, B. (2004). "Costo-Efectividad de la Promoción de la Salud en Chile: Experiencia del Programa «¡Mírame!»". *Revista médica Chile*, 132 (3), 361-370.
- Berríos, X.; Jadue, L.; Zenteno, J.; Ross, M.; y Rodríguez, H. (1990). "Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades crónicas". *Revista Médica de Chile*, 118, 597-604.
- Blázquez, D. (dir.) (1995). *La Iniciación Deportiva y el Deporte Escolar*. Barcelona: INDE.
- Bray GA, Gray DS: *Obesity. Par I – Pathogenesis*. *Wes J Med* 1988 Oc; 149, 429-441.
- Briones, G. (1992). *La Investigación Social y Educativa*. (2ª). Bogotá, Colombia: SECAB.
- Brownson, R.; Smith, C.; Dean, C.; y Deprima, L. (1992). "Controlling Cardiovascular Disease: The Role of The local department". *Am J Public Health*, 82 (10), 1414-1416.
- Carlson, B.; Carter, J.; Patterson, P.; Petti, K.; Orfanos, S.; y Noffal, G. (1994). "Physique and Motor Performance Characteristics of USA National Rugby Players". *Journal of Sports Sciences*, 12 (4), 403-412.
- Carter, J. y Heath, B. (1990). *Somatotyping: Development and Applications*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Caspersen, C.; Powel, K.; y Christenson, G. (1985). "Physical activity, exercise and physical fitness: Definitions and distinctions for health related research". *Public Health Reports*, 100 (2), 126-131.
- Castell, C. y Lloveras, G. (1993). "La diabetes como Factor de Riesgo Cardiovascular". *Jano*, 43, 43-46.
- Castillo, M. (2004). "Factores Psicosociales y Promoción de la Salud". En Albala, C.; Olivares, S.; Salinas, J.; y Vio, F. (ed.). *Bases, Prioridades y Desafíos de la Promoción de la Salud* (pp.159-174). Santiago: Universidad de Chile, Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos.
- Celermajer, D.; Adams, M.; Clarkson, P.; Robinson, J.; McCredie, R.; Donald, A.; y Deanfield, J. (1996). "Passive smoking and impaired endothelium-dependent arterial dilatation in healthy young adults". En *Engl Med*, 334,150-154.
- Chandrashekhar, Y. y Anand, I. (1991). Exercise as coronary protective factor. *America Heart Journal*, 122 (6), 1723-1739.
- Chile, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (2005). "Minuta Informativa sobre el consumo de cigarrillos".
- \_\_\_\_\_ (2004) *Estudios Nacionales de Drogas en Población General de Chile 1994*  
Consultado el 10 de Enero de 2007. En  
[http://www.minsal.cl/ici/tabaco/Estudios\\_CONACE\\_1994\\_2004.doc](http://www.minsal.cl/ici/tabaco/Estudios_CONACE_1994_2004.doc)
- \_\_\_\_\_ (2004). *VI Estudio Nacional de drogas en población general*. Consultado en Enero 11, 2007. En  
[http://www.conacedrogas.cl/inicio/obs\\_naci\\_interior.php?id=4](http://www.conacedrogas.cl/inicio/obs_naci_interior.php?id=4)
- \_\_\_\_\_ (2003). *V Estudio Nacional de Drogas en la Población Escolar de Chile*. Consultado en Enero 11, 2007. En  
[http://www.conacedrogas.cl/docs\\_obs/est\\_esc/Estudio\\_Escolar\\_2003.pdf](http://www.conacedrogas.cl/docs_obs/est_esc/Estudio_Escolar_2003.pdf)
- \_\_\_\_\_ (2002). *V Estudio Nacional de drogas en población general*. Consultado en Enero 10, de 2007. En  
[http://www.conacedrogas.cl/inicio/obs\\_naci\\_interior.php?id=4](http://www.conacedrogas.cl/inicio/obs_naci_interior.php?id=4)
- \_\_\_\_\_ (2002). *V Estudio Nacional de drogas en población general*. Consultado en Enero 10, de 2007. En  
[http://www.conacedrogas.cl/inicio/obs\\_naci\\_interior.php?id=4](http://www.conacedrogas.cl/inicio/obs_naci_interior.php?id=4)

- \_\_\_\_\_ (2001). *IV Estudio Nacional de drogas en población general de Chile*. Consultado en Enero 10, 2007. En [http://www.conacedrogas.cl/docs\\_obs/est\\_pobla\\_general/poblacion\\_general\\_2000.pdf](http://www.conacedrogas.cl/docs_obs/est_pobla_general/poblacion_general_2000.pdf).
- \_\_\_\_\_ (2001). *IV Estudio Nacional de Drogas en la Población Escolar de Chile*. Consultado en Enero 10, 2007. En [http://www.conacedrogas.cl/docs\\_obs/est\\_esc/estudio\\_escolar\\_2001.pdf](http://www.conacedrogas.cl/docs_obs/est_esc/estudio_escolar_2001.pdf)
- Chile, Consejo Nacional para la Promoción de la Salud VIDA CHILE. (2000). *Plan Estratégico 2001-2006. Metas intersectoriales al 2006*. Santiago, Chile: AUTOR.
- Chile. Instituto Nacional del Deporte. (2001). *Ley del Deporte N° 19.712*. Santiago, Chile: AUTOR.
- Chile. Instituto Nacional de la Juventud (2006). *Quinta Encuesta Nacional, Sobre uso del Tiempo Libre*.
- Chile, Ministerio de Educación (2006). Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes *Yo Decido. Guía de Actividades. Programas de Prevención del Consumo de Drogas para Enseñanza Media. Jóvenes, droga y comunidad*. Consultado el 03 de Marzo de 2007. En [http://200.55.210.207/Userfiles/P0001/File/yodcido\\_Guía%20de%20Actividades.pdf](http://200.55.210.207/Userfiles/P0001/File/yodcido_Guía%20de%20Actividades.pdf)
- \_\_\_\_\_ (2000). *Estándares de Desempeño para la formación Inicial de Docentes*. Santiago de Chile: AUTOR
- \_\_\_\_\_ (1998). *Educación física, programas de estudio, de 5° a 8° de educación básica y de 1° a 4° de educación media*. República de Chile.
- \_\_\_\_\_ (1994). *Estatuto General de Personal Universitario*. Santiago, Chile: AUTOR.
- Chile, Ministerio de Salud (2005), *Minuta Informativa Sobre el Consumo de Cigarrillos en Chile: Estudios Nacionales de Drogas en Población General de Chile 1994-2004*. Consultado en Enero 10, de 2007. En [http://www.minsal.cl/ici/tabaco/Estudios\\_CONACE\\_1994\\_2004.doc](http://www.minsal.cl/ici/tabaco/Estudios_CONACE_1994_2004.doc)
- \_\_\_\_\_ (2003) , *Encuesta Nacional de Salud*

- \_\_\_\_\_ (2006), Encuesta Nacional de Salud sobre y calidad de vida.
- \_\_\_\_\_ (2004). *Resumen Ejecutivo Encuesta Nacional de Salud*. Consultado en Marzo 03, de 2007. En <http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/ENS/folletoENS.pdf>
- \_\_\_\_\_ (2003). *Construyendo un País Saludable*. Santiago: Consejo Nacional para la Promoción de Salud.
- \_\_\_\_\_ (2002). "Promoción de la salud en Chile". *Revista Chilena de Nutrición*, 29 (1), 164-173.
- \_\_\_\_\_ (1999). *Promoción de la Salud Para Chile*. Santiago, Chile: AUTOR.
- \_\_\_\_\_ (1999). *Plan Nacional de Promoción de la Salud*. Santiago Chile: AUTOR. Chile, Ministerio del Interior, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. (sin fecha). *Informe Anual de la Situación de las Drogas en Chile* [versión electrónica]. Santiago, Chile: Autor.
- Córdoba, R.; Ortega, R.; Cabezas, C.; Forés, D.; y Nebot, M. (1977). Recomendaciones sobre estilo de vida. *Clínica y salud*, 3, 221-231.
- De Lella, C. (1999). *Modelos y Tendencias de la Formación Docente*. Ponencia presentada en el I Seminario Taller sobre el Perfil del Docente y Estrategias de Formación. Perú. Disponible en: <http://www.oei.es/cayetano.htm>
- Delgado, M.; Gutiérrez, A.; y Castillo, M. (1997). *Entrenamiento físico deportivo y alimentación: de la infancia a la edad adulta*. Barcelona: Paidotribo.
- Depraz, N. y Varela, F. (2003). *On Becoming Aware*. Philadelphia: John Benjamin's Publishing.
- Devis, J. y Peiró, C. (1993). "La Actividad Física y la promoción de la salud en niño/as y jóvenes: la escuela y la educación física". En *Revista de Psicología del Deporte*, 4, 71-86
- \_\_\_\_\_ (1992). "El ejercicio físico y la promoción de la salud en la infancia y la juventud". En *revista Gaceta Sanitaria*.
- Devis, J. (2000). *Actividad física, deporte y salud*. Barcelona: INDE.
- Díaz, A., et al. (1993). *Desarrollo Curricular para la Formación de Maestros Especialistas en Educación Física, temario desarrollado de oposiciones*. Barcelona: Paidotribo.
- Duquet, W. y Carter, J. (1996). "Somatotyping". En: Eston y Reilly (ed.)

- Kinantropometry and Exercise Physiology Laboratory Manual: Test procedures and data* (35-50). London: Routledge.
- Eco, H. (1996). *Cómo se hace una tesis*. España: Gedisa.
- Edwards, S. (1995). *Corazón Inteligente: el entrenamiento con monitor de ritmo cardiaco*. España: Dorleta.
- Ehlenz, H.; Grosser, M.; y Zimmermann, E. (1998). *Entrenamiento de la Fuerza*. Barcelona: Martínez Roca.
- Encuesta Breve del Beber Anormal (EBBA). En:  
[http://www.conacedrogas.cl/inicio/alcohol/inicio/encuesta\\_breve\\_del\\_beber\\_a\\_normal.pdf](http://www.conacedrogas.cl/inicio/alcohol/inicio/encuesta_breve_del_beber_a_normal.pdf)
- Escobar, M.C.; Olivares, S.; y Zacarias, I. (2002). *Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares*. En: Chile. Ministerio de Salud, OMS/OPS, INTA. Promoción de la Salud y Prevención de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles: material educativo en nutrición para profesionales de atención Primaria de Salud. Santiago: Ministerio de Salud, OMS/OPS, INTA; p.59-65.
- Fernández, B.; y Delgado, M. (2003). *La Preparación Biológica*. Barcelona: Paidotribo.
- Fox, K. (1993). "Exercise and the Promotion of Public Health: More Messages for the mission". *The British Journal of Physical Education* 24 (3), 36-37
- Frías, A. (2002). *Salud pública y educación para la salud*. Barcelona: Masson.
- García Ferrando, M. (2005). *Encuesta de Hábitos Deportivos Españoles*.
- García Huidobro, J. (Ed.) (1999). *La Reforma Educacional Chilena*. España: Editorial Popular.
- García Manso, J.; Navarro, M.; y Ruiz, J. (1996a). *Bases Teóricas del Entrenamiento Deportivo Principios y Aplicaciones*. Madrid: Gymnos.
- \_\_\_\_\_ (1996b). *Pruebas para la valoración de la Capacidad Motriz en el Deporte*. Madrid: Gymnos.
- Gobierno de Chile MINEDUC. (1994). "Estatuto General de Personal Universitario Acuerdo Superior", Título, Capítulo I, Profesores Artículo 81, Chile.
- Godoy, J. y Venegas, P. (1997). *Recomendaciones de Actividad Física para la*

- Salud*. Santiago, Chile: Dirección General de Deportes.
- Guerra, G. (2002). *Análisis Comparado de Dos Metodologías de Enseñanza de la Técnica en los Juegos Deportivos: una Aplicación en la Lucha Canaria*. Tesis Doctoral no publicada. Las Palmas de Gran Canaria, España, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.
- Groupe, O. y Fruger, M. (1997). *Einführung in die Sportpädagogik*. Schorndorf: Hofmann.
- Grupo de Estudio Kinesis. (1995). *Actividad Física y Salud para la Vida*. Colombia: Kinesis.
- Hegedüs, J. (Diciembre, 1996). "El Entrenamiento por Áreas Funcionales". *Revista Digital Educación Física y Deportes*, 1(3). Extraído el 10 de Abril, 2007 de <http://www.efdeportes.com/efd3/heged2.htm>
- Heinemann, K. (1991). "Tendencias de la Investigación Social Aplicada al Deporte". En *Políticas Deportivas e Investigación Social*. Pamplona: Departamento de Educación, Cultura y Deporte.
- Hernández, R.; Fernández, C.; y Batista, P. (1991). *Metodología de la Investigación*. (2ª). México: McGraw –Hill.
- Hernández, R.; Fernández, C.; y Batista, P. (1998). *Metodología de la Investigación*. (2ª). Madrid: McGraw–Hill.
- Herrera, H. (1999). *Antecedentes históricos sobre las drogas*. Manuscrito no publicado, Universidad Católica Silva Henríquez, Santiago, Chile.
- Heyward, V. Ph D. (2001). *Evaluación y prescripción del ejercicio*. (2ª): Barcelona: Paidotribo.
- \_\_\_\_\_ (1996). *Evaluación y prescripción del ejercicio*. Barcelona, España: Paidotribo.
- Husserl, E. (1936). *La crisis de las ciencias europeas y la fenomenología trascendental*. Belgrado: Philosophia.
- Iglesias, G.; Rodríguez, J.; y Barriales, A. (1995). "Factores de riesgo coronario". En *Med Clin.*, 104, 142-47.
- Jessor, R. (1991). "Risk behavior in adolescent: A psychosocial framework for understanding and action". En *Journal of Adolescent Health*, 12, 597-605.

- Joven, J.; Massana, L.; y Villabona, C. et al (1998). "Influencia de la dieta y del ejercicio físico intenso sobre las concentraciones plasmáticas de las diferentes fracciones lipoproteicas aisladas mediante ultracentrifugación". En *Med Clin.* 89, 497-500.
- Katan, M.; Zock, P.; y Mensinck, R. (1995). "Dietary Oils, serum lipoproteins, and coronary Herat disease". En *Journal Clin. Nutr*, 61 (suppl), 1368-1373.
- Kent, M. (2003). *Diccionario Oxford de Medicina y Ciencias del Deporte*. Barcelona: Paidotribo.
- Keys, A.; Menotti, A.; Karvonen, M.; Aravanis, C.; y Blackburn, H. (1986). "The diet Countries study". En *Journal Epidemiol*, 124. 903-915.
- Krauskopof, D. (1995). "Los grupos de pares en la adolescencia". En: Organización Panamericana de la Salud, *La Salud del Adolescente y del Joven*. Washington: AUTOR.
- Lakoff, G. y Johnson, M. (1989). *Motricidad Humana una nueva ciencia del hombre*. Lisboa: Universidad Técnica de Lisboa.
- Lange, I. y Vio, F. (2007). *Guía para universidades saludables y otras instituciones de educación superior*. Consultado el 03 de Marzo 03 de 2007. En <http://www.minsal.cl/ici/destacados/VerWUS.pdf>
- Leake, C.N. y Carter, J.E. (1991). "Comparison of Body Composition and Somatotype of trained female triathletes". *Journal of Sports Sciences*, 9 (2), 125-135.
- Legetic, B. (2004). "La promoción de la salud en América Latina". En Albala, C, Olivares, S.; Salinas, J.; y Vio, F. (ed.), *Bases, Prioridades y Desafíos de la Promoción de la Salud* (8-19). Santiago, Chile: Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos.
- León, O.G. y Montero, I. (2000). *Diseño de Investigación*. (2ª). Madrid: McGraw-Hill.
- López, V. (2000). *Concepto de salud pública*. En Frías, A. (2002), *Salud pública y educación para la salud*. (pp. 3-13). Barcelona: Masson.
- López, V. y Frías, A. (2002). "Salud pública y educación para la salud". Barcelona: Masson.
- Lourido, P. (2003). *Los Procesos de regulación del Estado en materia de educación*

- superior en Chile*. Tesis de Magíster no publicada. Santiago, Chile, Universidad de Chile.
- Macarrón, J. (1997). *La medicina natural aplicada al deporte*. Madrid: Soria Natural.
- Macmillan, N. (2006). *Nutrición Deportiva*. Valparaíso: Pontificia Universidad Católica de Valparaíso.
- Macmillan, N. (2007). *Valoración de Hábitos de Alimentación, Actividad Física, Condición Nutricional en Estudiantes Universitarios*; Valparaíso: Pontificia Universidad Católica de Valparaíso.
- Mandell, R. (1988). *Historia Cultural del Deporte*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Martín, D.; Nicolaus, J.; Ostrowski, C.; y Rost, K. (2004). *Metodología del Entrenamiento Infantil y Juvenil*. Barcelona: Paidotribo.
- Martínez de Aragón, M. y Yacer, A. (1998). "Mortalidad en España 1995: Mortalidad general y principales causas de muerte y de años potenciales de vida perdidos". *Boletín Epidemiológico Semanal*, 6 (12), 117-28.
- Martínez del Castillo, J. (1998). *Deporte y Calidad de Vida*. Madrid: Librerías Deportivas Esteban Sanz.
- Martínez, E. (2002). *Pruebas de Aptitud Física*. Barcelona: Paidotribo.
- Max-Neef, M.; Elizalde, A.; y Hopenhayn, M., (1996). "Desarrollo a escala humana, una opción para el futuro". *Development Dialogue, Nº especial*, 9-93.
- Mc Coll, P.; Amador, M.; Aros, J.; Lastra, A.; y Pizarro, C. (2002). "Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en estudiantes de medicina de la Universidad de Valparaíso" [versión electrónica]. *Revista Chilena de pediatría*, 73 (5), 478-482.
- Medina, E. (2002). *Actividad física y salud integral*. Barcelona: Paidotribo.
- Mendoza, R.; Batista, J.M.; y Sagrera, M.R. (1994). *Conductas Escolares Españolas Relacionadas con la Salud (1986-1990)*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Mendoza, R. y López, P. (1993). "Escuelas generadoras de salud". *Cuadernos de Pedagogía*, 214, 8-12.
- Michal, M. (1992). Estrés. Ed. Roche, F. Hoffman, la Roche S.A., Bale, Suisse.
- Montero, A.; Úbeda, N.; y García González, Á. (2006). "Evaluación de los hábitos

- alimentarios de una población de estudiantes universitarios en relación con sus conocimientos nutricionales*". *Nutrición Hospitalaria*, 21 (4).
- Morín, E. (2005). *La Humanidad de la Humanidad*. Madrid: Cátedra.
- Moreno, Vásquez, Gutiérrez, Martínez, Quevedo, González Valladares y Salas (2004). *Prevalencia de Obesidad en Universitarios de Licenciaturas en Seguridad e Higiene Industrial, Psicología, Enfermería, Básica, y Hábitos de Salud*. Universidad Autónoma de Tamaulipas, México.
- Muñoz Esparza, E. (2002). "Escuela saludable, una estrategia para contribuir a elevar la calidad de vida de nuestros niños". Consultado en Marzo 03, 2007. En <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria5202-escuela.htm>
- Muñoz, F. y Salinas, J. (2004). "Promoción de la salud como Política de Estado". En Albala, C.; Olivares, S.; Salinas, J.; y Vio, F. (ed.), *Bases, Prioridades y Desafíos de la Promoción de la Salud* (1-7). Santiago, Chile: Universidad de Chile, Instituto de Nutrición y Tecnología de Los Alimentos.
- Musacchio, A. y Ortiz, A. (2000). *Drogadicción*. Buenos Aires: Paidós.
- Norton, K.; Whittingham, N.; Carter, L.; Kerr, D.; Gore, C.; y Marfell-Jones, M. (1996). "Measurement techniques in anthropometry". En Norton, K. y Olds, T. (Ed.), *Anthropometrica*. (25-75) Sydney: University of New South Wales Press.
- Observatorio Chileno de Drogas. (2006). *Informe Anual de la situación de las Drogas en Chile 2006*.
- Observatorio Chileno de Drogas (2006); *Primer Estudio comparativo sobre consumo de drogas y factores asociados en Población de 15 a 64 años*. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) y la Comisión Interamericana para el control del abuso de drogas (CICAD/OEA).
- Observatorio Social de la Universidad Alberto Hurtado Chiledeporte (2006) *Hábitos de Actividad Física y Deportes en la Población Chilena*.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2006). *El Problema de la Drogo Dependencia en Europa Informe Anual 2006*. Consultado en Marzo 03,

2007. En <http://ar2006.emcdda.europa.eu/download/ar2006-es.pdf>
- Observatorio Interamericano sobre Drogas (2002). *Resumen Estadístico sobre Drogas*. Consultado el 11 de Diciembre de 2006. En [www.cicad.oas.org](http://www.cicad.oas.org)
- Olivares, S. (2004). "La alimentación como condicionante de la promoción de salud". En Albala, C.; Olivares, S.; Salinas, J.; y Vio, F. (ed.). *Bases, Prioridades y Desafíos de la Promoción de la Salud* (114-129). Santiago, Chile: Universidad de Chile, Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe Sobre la Salud en el Mundo 2002*. Consultado en Marzo 05, 2007. En [http://www.who.int/whr/2002/en/whr02\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_es.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Encuesta de Tabaquismo Juvenil*. Ginebra: AUTOR.
- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud (2006). *Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud*. Consultado el 9 de Diciembre de 2006. En <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/CD47-17rv-s.pdf>
- Organización Nacional de la Salud (2003). *Dieta, Nutrición y la Prevención de Enfermedades Crónicas*. Ginebra: AUTOR.
- Organización Panamericana de la Salud (Ed.) (1996). *Promoción de la salud, una antología*. [versión electrónica] Revista Esp. Salud Publica 71 (3), 317-320.
- Organización Panamericana de la Salud. (2001). *Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud. Glosario de Indicadores*. Consultado el 11 de Diciembre de 2006. En <http://www.paho.org/Spanish/SHA/glossary.htm>
- Organización Panamericana de la Salud. (2002). *Resumen Estadístico sobre Drogas 2002*. OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2004). *Evaluación Decenal de la Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud*. Consultado en Diciembre 11, 2006. En <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd45-14-s.pdf>
- \_\_\_\_\_ (2004). *Evaluación Decenal de la Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud*. Consultado el 11 de Diciembre de 2006. En

<http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd45-14-s.pdf>

- Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud 47<sup>o</sup> Consejo directivo 58<sup>o</sup> Sesión del comité regional (2006). *Estrategia Regional y Plan de Acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud*. Washington DC. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/CD47-17rv-s.pdf>
- Paffrnberger, R.; Hyde, R.; Hsieh, C.C.; y Wing, A. (1987). "Physical activity, other life-style patterns cardiovascular disease and longevity". En *Acta Med Scand*, 711, 85-91.
- Palomares, A.; Becoña, E.; y García, M.P. (1998). *Tabaco y Salud: Guía De Prevención y Tratamiento del Tabaquismo*. Madrid: Pirámide.
- Pardell, H. y Agustí Vidal, A. (1993). "El tabaquismo como riesgo para la salud. Su coste médico y social". *Jano*, 34, 58-62.
- Pardell, H.; Saltó, E.; y Salleras, LL. (1996) *Manual de diagnóstico y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Medica Panamericana.
- Pardo, A. y Ruiz, M. (2002). *SPSS 11: Guía para el Análisis de Datos*. Madrid: McGrawHill.
- Pastor, V. (1988). *Salud comunitaria teoría y práctica*. Madrid: Díaz de Santo.
- Peña, F. (1990). *Salud ambiental*. Madrid: Ciencia 3.
- Perrenoud, P. (2004). *Diez Nuevas Competencias para Enseñar*. Barcelona: Grao.
- Peto, R.; López, A.; Boreham, J.; Thun, M.; y Heath, J. (1992). "From National Vital Statistics". *Lancet*, 339, 1268-1278.
- Peto, R.; López, A.; Boreham, J.; Thun, M.; y Heath, J. (1994). *Mortality from smoking in developed countries*. Oxford: Oxford University Press.
- Pezoa, S.; Vidal, A.; y Guzmán, M. (2004). "Escuelas Promotoras de la Salud y Ambiente Laboral". En Albala, C.; Olivares, S.; Salinas, J.; y Vio, F. (ed.), *Bases, Prioridades y Desafíos de la Promoción de la Salud* (240-252). Santiago, Chile: Universidad de Chile, Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos.
- Phillips, E.M. (2001). *Cómo Obtener un Doctorado: manual para estudiantes y*

- Tutores*. Barcelona: Gedisa.
- Pieron, M. (1999). *Para una Enseñanza Eficaz de las Actividades Físico-Deportivas*. Barcelona: INDE.
- Platonov, V. (2001). *Teoría General del Entrenamiento Deportivo*. Barcelona: Paidotribo.
- Polanco, M. (2002). *Guía para la elaboración de referencias Bibliográficas* [versión electrónica].
- Portero, M. P.; Cirne, R.; y Mathieud, G. (2002), respecto de un estudio de la Intervención con adolescentes y jóvenes en la prevención y promoción de la salud, en España.
- Powel, K.E.; Kreuter, M.; Stephens, T.; Marti, B.; y Heinemann, L. (1996). *Vida física. Promoción de la salud, una antología*. Organización Panamericana de la Salud. 352-364.
- Puska, P.; Tuomilehto, J.; Nissinen, A.; y Vartiainen, E. (1995). *The North Karelia Project. 20 year. Results and experiences*. Helsinki: University Printing House
- Quiles, J. y Vioque, J. (1996). "Prevalencia de Obesidad en la Comunidad Valenciana". *Med. Clin.* 106, 529-533.
- Ramos, A. (2000). *Dopaje y Deporte Antecedentes y Evolución Edición*. Las Palmas De Gran Canaria: Universidad de Las Palmas De Gran Canaria.
- Ramos, A. (2003). *Actividad Física e Higiene para la Salud*. Las Palmas De Gran Canaria: Universidad de Las Palmas De Gran Canaria.
- Reyes, M. y Atalabs, E. (2006). "Intervención Nutricional de Enfermedades Cardiovasculares": El caso de Noruega. En *Revista chilena de Nutr.* 33, (3), 464 - 472.
- Ridker, P.; Gaziano, J.; y Hennekens, C. (1996) *Preventions of myocardial infarctions*. New York: Oxford University Press.
- Riquelme, N. y Merino, J. (2002). *Sistemas de Enfrentamiento en Familias de Enfermos Alcohólicos* [versión electrónica]. *Revista Ciencia y Enfermería*, 18 (1), 37-47.
- Robbins, S. (1994). *Comportamiento Organizacional, Conceptos, Controversias y*

- Aplicaciones* (6ª ed.) México: Prentice May Hispano Americano.
- Rodríguez, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: síntesis psicológica.
- Rodríguez, R.; Bueno, A.; Pueyos, A.; Espigares, M.; Martínez, M.A.; y Gálvez, R. (1997). "Morbilidad, Mortalidad y Años Potenciales de Vida Perdido Atribuibles al Tabaco". *En Med Clin*. 108, 121-7.
- Romero, J. y Amador F (2006), *Hábitos físicos - deportivos en estudiantes universitarios colombianos*. Pamplona Colombia.
- Romero, J. (2006). *Hábitos deportivos de los estudiantes universitarios colombianos. Estudio de los hábitos deportivos de los estudiantes de la universidad de Pamplona (Colombia)*. Tesis doctoral. Las Palmas de Gran Canaria, España, Universidad de las Palmas de Gran Canaria.
- Rosas, O. et al. (2006). "Diagnóstico de riesgo de aterogenesis por lógica borrosa" [versión electrónica] *Ing. invest. y tecnol.* 7 (4), 191-202.
- Rubilar, L. (1998). *Del Instituto Pedagógico a la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación*. Santiago Chile: Universidad Metropolitana de Ciencias de Educación.
- Ruiz Juan, F. y García Montes, M. E. (2005). *Hábitos físicos deportivos de los almerienses en su tiempo libre* Monografías: Humanidades .Universidad de Almería, 170.
- Ruiz Juan, F. y García Montes, M. E. y Pérez Sánchez, A. (2005). *Estilos de Vida en Ciudad de la Habana – Cuba*. Hábitos físicos – deportivos y de Salud. Colección Investigación en Actividad físico – deportiva y calidad de vida: 256. Madrid.
- Salinas J. et al. (2007). "Vida Chile 1998-2006: resultados y desafíos de la política de promoción de la salud en Chile". *Revista Panamericana. Salud Pública*. 21(2/3), 136-144.
- Salinas, J. y Vio, F. (2003). "Promoción de la salud y actividad física en Chile: política prioritaria" [versión electrónica] *Revista Panamericana de Salud Pública*, 14 (4), 281-288.
- Salinas, N. (2005). *Manual para el Técnico de Sala de Fitness*. Barcelona: Paidotribo.
- Sallis, J.F. y Mckenzie, T.L. (1991). "Physical Education's Role in Public Health".

- Research Quarterly for Exercise and Sport*, 62 (2), 124.
- Samaniego, A. (2001). *Universidades Públicas*. Santiago, Chile: LOM ediciones.
- San Martín, H. (1984). *Salud comunitaria teoría y práctica*. Madrid: Díaz de Santos.
- \_\_\_\_\_ (1983). *Salud y Enfermedad* (4ª ed.). Madrid: Díaz de Santos.
- San Martín, H. y Pastor, V. (1988). *Salud Comunitaria Teoría y Práctica*. Madrid: Díaz de Santos.
- Sánchez, F. (1996). *La Actividad Física Orientada Hacia la Salud*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Sandín, M.P. (2003). *Investigación Cualitativa en Educación: Fundamentos y tradiciones*. Madrid: McGraw-Hill.
- Santaularia, A. (1995). "Actividad física y salud. Beneficios de la práctica del ejercicio". En *Atención Primaria*, 15 (9), pp. 554-561.
- Sergio, M. (2003). *Un Corte epistemológico*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Serra, L.; Ribas, I.; y Betancor, P. (1998). "Dieta y enfermedad coronaria. Evidencia científica de una relación multifactorial". En *Nutrición y obesidad*, 1, 111-124.
- Serrano, S. (1994). *Universidad y Nación*. Santiago, Chile: Universitaria.
- Shepard, R. (1994). *Aerobic fitness & health*. Champaign: Human Kinetics.
- Sierra Bravo, R. (1989). *Técnicas de Investigación Social*. (6ª). Madrid: Paraninfo.
- \_\_\_\_\_ (2001). *Técnicas de Investigación Social, teoría y ejercicio*. (14ª). Madrid: Paraninfo.
- Smith, N. (1984). "The place of physical education in the primary school curriculum". *The Bulletin of Physical Education*, 20 (3), 5-15.
- Stamler, J. (1992). *Coronary heart disease epidemiology*. Oxford: Oxford University Press.
- Suárez, E. y Krauskopf, D. (1995). El enfoque de riesgo y su aplicación a las conductas del adolescente. Una perspectiva psicosocial. En: M. Maddaleno, M. Munist, C. Serrano, T. Silver, E. Suárez y T. Yunes (Eds). *La Salud del Adolescente y del Joven*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Tabaco. (2007). *Wikipedia, La enciclopedia libre*. Consultado el 17 de Abril de 2007 en <http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Tabaco&oldid=9460529>.

- Terris, M. (1980). "Tres Sistema Mundiales de Atención Médica". En *Cuadernos Médico Sociales*. 14, 27-35.
- \_\_\_\_\_ (1980). *La revolución epidemiológica y la medicina social*. México: Siglo XXI.
- Toro, S. (2005). *Una Aproximación Epistemológica a la Didáctica de la Motricidad Desde el Discurso y Práctica*. Tesis Doctoral no publicada. Santiago, Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- \_\_\_\_\_ (2004). Motricidad y Mente Encarnada. *IV Congreso Internacional de Motricidad Humana*, Libro de Actas. Porto do Son Portugal.
- Torres, R. (1996). "Sin Reforma de la Formación Docente no Habrá Reforma Educativa". En *Perspectivas*, 26 (3)
- Travill, A.L.; Carter, J.K.; y Petti, S.M. Orfanos and G.J. Noffal (1994). "Physique and motor performance characteristics of USA national rugby players". *Journal Sports Sci*. 12(4), 403-412. Abstract extraído el 10 de Abril de 2007 de la base de datos de Medline.
- Tresserras, R.; Castell, C.; Sallerar, L.; y Lloveras, G. (1992). "La hipercolesterolemia como factor de riesgo vascular". En *Jano*, 43, 30-46.
- Tresserras, R. y Serra, L. (1992). "El exceso de peso y la obesidad como factores de riesgo cardiovascular". En *Jano*, 43, 49-51.
- Trigo, E. (1995). *Aplicación del juego tradicional en el currículo de educación Física*. Barcelona: Paidotribo.
- Trigo, E. (Coord.) (2000). *Motricidad creativa, una forma de Investigar*. La Coruña: Universidad de la Coruña.
- \_\_\_\_\_ (Coord.) (2001). *Fundamentos de la Motricidad: aspectos teóricos, prácticos y didácticos*. Madrid: Gymnos.
- Universidad de Artes y Ciencias Sociales (2002). *Diagnóstico de la Situación de Consumo de Alcohol y Drogas en Jóvenes Universitarios pertenecientes a la Red UPRA*. Santiago: AUTOR.
- Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez. (2006). *Plan de desarrollo Estratégico*. Santiago, Chile: AUTOR.
- \_\_\_\_\_ (2005). *Informe Institucional de Evaluación*. Santiago, Chile: AUTOR.
- \_\_\_\_\_ (2003). *Modelo de Formación*. Santiago, Chile: AUTOR.

- Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación (2006). *Plan de desarrollo Estratégico*. Santiago, Chile: AUTOR.
- Valdés, E. (1997). *El Fútbol Ganador*. Santiago, Chile: Universitaria.
- Valenzuela, A. (2002). *Obesidad*. (2ª). Santiago: Mediterráneo.
- \_\_\_\_\_ (1977). *Obesidad*. Santiago, Chile: Mediterráneo.
- Vázquez, B.; González, M.; del Villar, F.; Devis, J.; y Sosa, P. (2001). *Bases Educativas de la Actividad Física*. Madrid: Síntesis.
- Villar, F. (1997). "Prevención de las enfermedades cardiovasculares". En *Atención Primaria*, 20 (2), 59-70.
- Villar, F.; Banegas, J.R.; Rodríguez-Artalejo, F.; y Rey, J. (1998). "Mortalidad cardiovascular en España y sus comunidades autónomas (1975-1992)". En *Med Clin*, 110, 321-327.
- Vio, F. y Albala, C. (2000). "Epidemiología de la Obesidad en Chile". *Revista Chilena de Nutrición*, 27, (Suplemento N° 1).
- Weineck, J. (2005). *Entrenamiento Total*. Barcelona: Paidotribo.
- Weinsten, L. (2003). *Personas Saludables en un Desarrollo Saludable*. Santiago: LOM.
- Wittgenstein, L. (2003). *Los Cuadernos Azul y Marrón*. Madrid: Tecnos.
- World Health Organisation. (2001). *The World Health Report 2001. Mental health: New understanding. New hope*. Geneva: AUTOR.
- Zintl, F. (1991). *Entrenamiento de la Resistencia. Fundamentos, Métodos y Dirección del Entrenamiento*. Barcelona: Martínez Roca.

**ANEXOS**



# I. CUESTIONARIO PARA ESTUDIANTES DE PEDAGOGÍA

## EJE I: IDENTIFICACIÓN

Marca con una X la carrera que corresponda.

<b>P1.</b>				
1.P.Básica_____	2.P.Educación Física_____	3.P.Castellano_____	4.P.Historia y Geografía_____	5.P.Matemática_____

<b>P. 2 Año de estudio que te encuentras:</b> 1. Primer año    2. Segundo año    3.Tercer año    4. Cuarto año    5. Quinto año
---

<b>P3.</b> Edad : _____ Peso: _____ Estatura : _____	<b>P4. Género:</b> 1. Masculino _____ 2. Femenino _____
---	--

## EJE II: CARACTERIZACIÓN SOCIO-ECONÓMICA

<b>P5. Comuna en la que resides:</b>				
1. El Bosque	9. Macul	17. La Granja	25. Conchali	33. Providencia
2. La Pintana	10. Pudahuel	18. Lo Prado	26. P.A.Cerda	34. Vitacura
3. Lo Espejo	11. S.Miguel	19. Maipú	27. Quilicura	35. Las Condes
4. Renca	12. S.Ramón	20. Peñalolen	28. Q.Normal	36. Lo Barnechea
5. Santiago	13. Melipilla	21. P.Alto	29. La Cisterna	37. Padre Hurtado
6. S.Bernardo	14. Colina	22. Recoleta	30. Independencia	38. Otro
7. C.Navia	15. Huechuraba	23. Cerrillos	31. Ñuñoa	
8. E.Central	16. La Florida	24. San Joaquín	32. La Reina	

<b>P6. Carácter del colegio de donde provienes antes de entrar a la universidad:</b>	<b>P7. Año de estudio en el que te encuentras desde que ingresaste a la universidad.</b>
1. Particular 2. Particular-Subvencionado 3. Municipal	1. Primer año                      4. Cuarto año 2. Segundo año                      5. Quinto año 3. Tercer año

<b>P8. ¿Con quién vives ?</b>				
1. Con mis padres	3. Sólo con mi padre	5. Otros		
2. Sólo con mi madre	4. Con otro familiar			

<b>P9. Tu lugar de procedencia es :</b>		
1. Urbano	2. Rural	3. No sabe

<b>P10. Lugar de procedencia de la madre :</b>	<b>P11. Lugar de procedencia del padre:</b>
1. Urbano 2. Rural 3. No sabe	1. Urbano 2. Rural 3. No sabe

<b>P12. Actividad de cada una de las personas que viven contigo ( marca las opciones necesarias con una X ) :</b>  1.Solo labores de casa 2.Estudiante 3.Trabaja en el hogar  4.Trabaja fuera del hogar 5.Otras 6.No sabe	Persona del hogar	1	2	3	4	5	6
	1. Madre						
	2. Padre						
	3. Hermano						
	4. Hermano						
	5. Hermana						
	6. Hermana						
	7. Primo						
	8. Cuñado(a)						
	9. Otros						

P13. Nivel de estudios del padre :	P14. Nivel de estudios de la madre :
1. Enseñanza Básica 2. Enseñanza Media Científico-Humanista 3. Enseñanza Media Politécnico 4. Enseñanza Superior Técnico- Profesional 5. Enseñanza Superior Universitaria 6. No sabe	1. Enseñanza Básica 2. Enseñanza Media Científico-Humanista 3. Enseñanza Media Politécnico 4. Enseñanza Superior Técnico- Profesional 5. Enseñanza Superior Universitaria 6. No sabe

P15. Ocupación de la madre :	P16. Ocupación del padre :
1. Gerente-Empresario 2. Profesional Universitario 3. Profesional Técnico 4. Vendedora 5. Empleado Público 6. Comerciante 7. Empleado Intermedio-Oficinista 8. Obrero-Operario 9. Cesante 10. Jubilado-Montepiado-Pensionado 11. Dueña de casa 12. Oficial FFAA y Carabinero 13. Suboficial FFAA y Carabinero	1. Gerente-Empresario 2. Profesional Universitario 3. Profesional Técnico 4. Vendedora 5. Empleado Público 6. Comerciante 7. Empleado Intermedio-Oficinista 8. Obrero-Operario 9. Cesante 10. Jubilado-Montepiado-Pensionado 11. Oficial FFAA y Carabinero 12. Suboficial FFAA y Carabinero

P17. Ingreso familiar mensual	P18. ¿Tu Vivienda es?
1. Entre \$ 80.000 y \$ 149.000 2. Entre \$ 150.000 y \$ 299.000 3. Entre \$ 300.000 y \$ 499.000 4. Entre \$ 500.000 y \$ 799.000 5. Entre \$ 800.000 y \$ 1.199.000 6. Más de \$ 1.200.000	1. Propia (pagada totalmente) 2. Propia (pagando dividendo) 3. Arriendo 4. Allegado 5. Otro

**EJE III: ACTIVIDAD FÍSICA O DEPORTE**

**Actividad Física :** Cualquier forma de movimiento corporal que tiene una demanda metabólica significativa con el Objetivo de ejercitar el cuerpo.

**Deporte :** Actividad estructurada, dirigida y planificada con esfuerzo vigoroso.

<b>P19. Realizas Actividad Física o práctica de algún deporte:</b>	<b>P20. Frecuencia semanal, que has realizado actividad física o práctica de algún deporte en el último mes :</b>
1. No realizo 2. Una vez por semana 3. Dos veces por semana 4. Tres veces por semana 5. Cuatro veces por semana 6. Cinco o más veces por semana	1. No realizo 2. Una vez por semana 3. Dos veces por semana 4. Tres veces por semana 5. Cuatro veces por semana

<b>P21. Si tienes clases o cursos electivos de actividad física o deportivos ¿Cuál es la frecuencia práctica de ellos :</b>	<b>P22. Si la cantidad de actividad o deporte que practicas por iniciativa propia, la consideras insuficiente, porque no aumentas la frecuencia (señala la más importante)</b>
1. No tengo clases o electivos 2. Una vez por semana 3. Dos veces por semana 4. Tres veces por semana 5. Cuatro veces por semana 6. Cinco o más veces por semana	1. No tengo tiempo 2. No me interesa 3. No me motiva 4. Mi salud no me lo permite 5. No tengo un lugar en la Universidad 6. No tengo el hábito 7. No realizo

<b>P23. Indica cuál de las siguientes acciones relizarías tú para fomentar la actividad física dentro de la universidad. Califica de 1 a 10 cada acción, siendo 1 la de menos valoración y 10 la máxima valoración.</b>																																									
1. Incluir una asignatura obligatoria de tres veces a la semana durante los años de estudio, donde la aprobación solo sería por asistencia y vivencia. 2. Realizar programas permanentes de actividad física orientada a la salud. 3. Realizar campañas permanentes sobre Vida Saludable. 4. Establecería un número de electivos deportivos durante todos los años de estudio.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> <th>7</th> <th>8</th> <th>9</th> <th>10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> </tr> <tr> <td></td> </tr> <tr> <td></td> </tr> </tbody> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																														
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																







## **II. RESULTADOS NO EXPUESTOS.**

Las tablas y gráficos que se presentan a continuación, corresponden a aquellos antecedentes recabados en el cuestionario y que no fueron utilizados en el análisis final que hemos desarrollado.

Dichos antecedentes serán expuestos a lo largo de este anexo de la siguiente manera: en primer lugar, los datos que corresponden al análisis univariado, luego, aquellos correspondientes al análisis divariado y all análisis bivariado por género, y por último, el análisis multivariado.

### **1. Respecto a los antecedentes recabados que no fueron considerados en el análisis univariado.**

Aquí se consideran los siguientes datos:

- Distribución de los casos, según comuna de procedencia de los encuestados.
- Distribución de los casos, según el tipo de vivienda que habitan los encuestados.
- Distribución de los casos, según el lugar de procedencia urbano o rural de los encuestados.
- Distribución de los casos, según el lugar de procedencia de la madre y del padre.
- Distribución de los casos, según el colegio de procedencia de los encuestados (hombres y mujeres).
- Distribución de los casos, según el colegio de procedencia de los encuestados de las distintas carreras de Pedagogía.

### 1.1. Distribución de los casos según comuna de procedencia de los encuestados.

En relación con la distribución de los casos, según comuna de procedencia, los datos señalan lo siguiente:

<b>Tabla Nº 1: Distribución de los casos según comuna de procedencia.</b>		
<b>COMUNA</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
El bosque	34	2,6
La Pintana	35	2,7
Lo Espejo	20	1,5
Renca	14	1,1
Santiago	59	4,5
San Bernardo	43	3,3
Cerro Navia	9	,7
Estación Central	26	2,0
Macul	45	3,5
Pudahuel	36	2,8
San Miguel	33	2,5
San Ramón	14	1,1
Melipilla	23	1,8
Colina	4	,3
Huechuraba	13	1,0
La Florida	146	11,2
La Granja	39	3,0
Lo Prado	16	1,2
Maipú	151	11,6
Peñalolén	33	2,5
Puente Alto	142	10,9
Recoleta	20	1,5
Cerrillos	17	1,3
San Joaquín	16	1,2
Conchalí	18	1,4
Pedro Aguirre Cerda	27	2,1
Quilicura	29	2,2

Quinta Normal	20	1,5
La Cisterna	29	2,2
Independencia	17	1,3
Nuñoa	43	3,3
La Reina	11	,8
Providencia	12	,9
Vitacura	5	,4
Las Condes	13	1,0
Lo Barnechea	4	,3
Padre Hurtado	7	,5
OTRA	79	6,1
Total	1.302	100,0

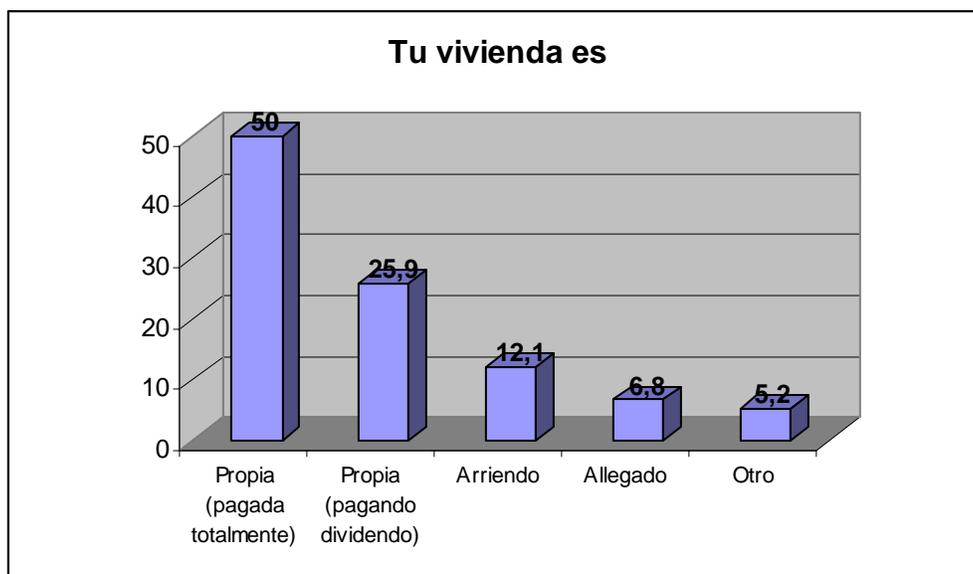
La Tabla N° 1 nos muestra que el porcentaje mayor de los encuestados, proviene, en orden ascendente, de las comunas de Puente Alto, La Florida y Maipú, con un porcentaje correspondiente al 33,7%, lo que equivale a 439 de los 1.302 encuestados. Le sigue a esta cifra, la de los estudiantes cuya comuna de procedencia corresponde a Peñalolén, San Miguel, El Bosque, La Pintana, Pudahuel, La Granja, San Bernardo, Nuñoa, Macul y Santiago, correspondiente a un 30,7%, lo que equivale a 400 de los 1.302 casos encuestados. El resto de los estudiantes por comuna, proviene mayoritariamente de sectores tales como: Lo Espejo y Estación Central.

## 1.2. Distribución de los casos, según el tipo de vivienda que habitan los encuestados.

Respecto a los 1.302 casos considerados para el estudio, el 50% de los estudiantes encuestados, correspondiente a 651 casos, habita en una vivienda propia; mientras que el 25,9% tiene vivienda propia, pero todavía la está pagando; el 12,1% de los estudiantes vive en una propiedad arrendada; el 8,9% de los encuestados vive de allegado; y el 5,2% indica otra situación.

<b>Tabla Nº 4: Distribución de los casos según el tipo de vivienda que habitan los encuestados.</b>		
<b>LA VIVIENDA QUE HABITA ES</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
Propia (pagada totalmente)	651	50,0%
Propia (pagando dividendo)	337	25,9%
Arrendada	157	12,1%
Vive de allegado	89	6,8%
Otro	68	5,2%
Total	1.302	100,0%

**Gráfico Nº 3: Distribución de los casos, según el tipo de vivienda que habitan los encuestados.**

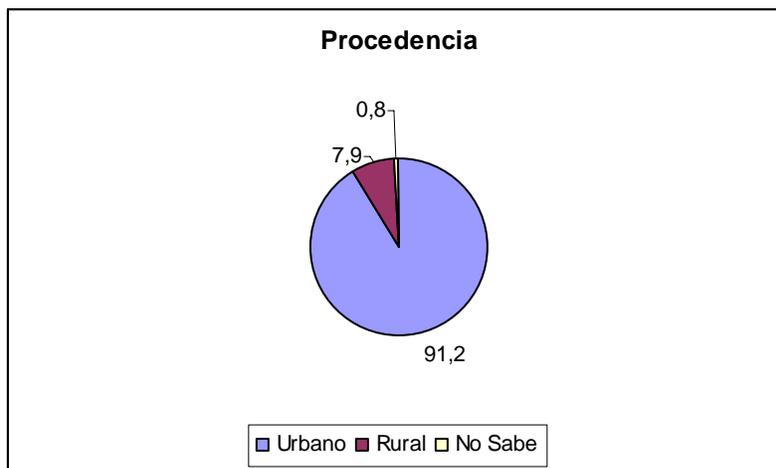


**1.5. Distribución de los casos, según el lugar de procedencia urbano o rural de los encuestados.**

Los datos recabados se presentan en la siguiente tabla:

<b>Tabla Nº 5: Distribución de los casos según el lugar de procedencia urbano o rural de los encuestados.</b>		
<b>LUGAR DE PROCEDENCIA</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
Urbano	1188	91,2
Rural	103	7,9
No Sabe	11	,8
Total	1.302	100,0

**Gráfico N° 3: Distribución de los casos según el lugar de procedencia urbano o rural de los encuestados.**



En la Tabla N° 5, podemos observar que la gran mayoría de los encuestados, correspondiente al 91,2% y que equivale a 188 casos, tiene un lugar de procedencia urbano; mientras que el 7,9% restante, correspondiente a 103 casos, proviene del sector rural.

**1.6. Distribución de los casos según el lugar de procedencia de la madre y del padre.**

Las preguntas N° 10 y N° 11 del cuestionario, hacen referencia al lugar de procedencia de la madre y del padre, y sus resultados se muestran en la siguiente tabla:

LUGAR DE PROCEDENCIA	Fr. Madre	% Madre	Fr. Padre	% Padre
Urbano	975	74,9	938	72,0
Rural	303	23,3	291	22,4
No sabe	24	1,8	73	3,9
Total	1.302	100,0	1.302	98,3

La Tabla N° 6, nos muestra que la mayor parte de las madres y padres de los encuestados proviene de sectores urbanos, lo que corresponde a 975 casos y 938 respectivamente, y equivale en el caso de la madre al 74%; mientras que en el caso del padre equivale al 72%.

Por su parte, respecto a las madres y padres cuya procedencia es rural, los porcentajes se distribuyen de la siguiente manera: el 23,3% de las madres equivalente a 303 casos y el 22,4% de los padres correspondiente a 291 casos, provienen de estos sectores.

### 1.7. Distribución de los casos, según el colegio de procedencia de los encuestados (hombres y mujeres).

La siguiente tabla nos muestra los casos, según el colegio de procedencia de los encuestados, tanto de hombres como de mujeres.

<b>Tabla N° 7: Distribución de los casos según el colegio de procedencia de los encuestados (hombres y mujeres).</b>					
<b>GÉNERO</b>		<b>COLEGIO DE PROCEDENCIA</b>			<b>TOTAL</b>
		Particular	Particular Subvencionado	Municipales	
Masculino	Fr.	69	299	145	513
	%	13,5%	58,3%	28,3%	100,0%
Femenino	Fr.	75	531	183	789
	%	9,5%	67,3%	23,2%	100,0%
Total	Fr.	144	830	328	1.302
	%	11,1%	63,7%	25,2%	100,0%

En la Tabla N° 7, se muestran los casos según las características del colegio de cual provienen los encuestados antes de entrar a la universidad, tanto de hombres como de mujeres. Al respecto, se destaca que el 58,3% de los estudiantes, hombres, proviene de colegios particulares subvencionados antes de entrar a la

universidad; mientras que el 13,5% restante proviene de colegios particulares y el 28,3% de colegios municipales.

En lo que respecta a las características del colegio de procedencia para el caso de las mujeres antes del ingreso a la universidad, éstas, al igual que los hombres, en su mayoría proviene de colegios particulares subvencionados, correspondiente al 67,3%; en tanto que el 9,5% proviene de colegios particulares y el 23,2% proviene de colegios municipales antes de ingresar a la universidad.

### 1.8. Distribución de los casos, según el colegio de procedencia de los encuestados de las distintas carreras de Pedagogía.

La siguiente tabla expone los resultados alcanzados para este punto:

<b>Tabla Nº 8: Distribución de los casos según el colegio de procedencia de los encuestados de las distintas carreras de Pedagogía.</b>					
<b>CARRERA</b>		<b>COLEGIO DE PROCEDENCIA</b>			<b>TOTAL</b>
		Particular	Particular Subvencionado	Municipales	
Pedagogía en Educación Básica	Fr.	14	164	58	236
	%	5,9%	69,5%	24,6%	100,0%
Pedagogía en Educación Física	Fr.	84	280	124	488
	%	17,2%	57,4%	25,4%	100,0%
Pedagogía en Castellano	Fr.	14	134	57	205
	%	6,8%	65,4%	27,8%	100,0%
Pedagogía en Historia y Geografía	Fr.	24	142	47	213
	%	11,3%	66,7%	22,1%	100,0%
Pedagogía en Matemática	Fr.	8	110	42	160
	%	5,0%	68,8%	26,3%	100,0%
Total	Fr.	144	830	328	1.302
	%	11,1%	63,7%	25,2%	100,0%