

Sentido de Coherencia y Determinantes Sociales de la Salud del Modelo Salutogénico
influyentes en la Promoción de estilos de vida saludables de la Fundación Universitaria
Cafam. Bogotá. 2019

Kelly Janneth Guzmán Espinosa

Trabajo Presentado

Carlos Iván Rodríguez Melo

Director Posgrado de Seguridad Social y salud Pública
Universidad Santo Tomás

Universidad Santo Tomás

Maestría de Salud Pública

División de Ciencias Económicas y Administrativas

Facultad de Economía

Bogotá D.C.2019

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

1. Formulación del Problema	21
1.1. Planteamiento del Problema	21
1.2. Justificación del Problema	25
1.3. Pregunta de Investigación	28
2. Objetivos.....	28
2.1. Objetivo General.....	28
2.2. Objetivos Específicos	28
3. Marco Teórico	29
3.1. La Promoción de la Salud y antecedentes.....	29
3.1.1. Evolución del Concepto de Promoción de la Salud	29
3.1.2. Conferencias Mundiales de la Promoción de la Salud	35
3.1.3. Políticas Internacionales de la Promoción de la Salud.....	36
3.1.4. Marco operativo de la Promoción de la Salud.....	37
3.2. Modelo Salutogénico. Aaron Antonovsky.....	53
3.3. Activos de la Salud	65
3.4. Modelo de Activos para la Salud-MAS	66
3.5. Mapeo de Activos de la Salud	69
3.6. Determinantes Sociales de la Salud-DSS y el Modelo Salutogénico	70
4. Estado del Arte	82
4.1. Investigaciones sobre la Salutogénesis	82
4.2. Investigaciones acerca del Sentido de Coherencia-SOC	84
4.3. Investigaciones acerca de los Activos de la Salud o de los Recursos Generales de Resistencia-GRRs o los Determinantes Sociales de la Salud-DSS	89
4.4. Investigaciones sobre la salutogénesis y su relación con entorno universitario, promoción de estilos de vida saludables y los Determinantes Sociales de la Salud	91
5. Diseño Metodológico	93
5.1. Enfoque Metodológico Mixto.....	93
5.2. Enfoque Metodológico Cuantitativo.....	93

5.3.	Enfoque Metodológico Cualitativo.....	94
6.	Muestreo.....	95
6.1.	Muestreo para el Estudio con Enfoque Cuantitativo	95
6.2.	Muestreo para el Estudio con Enfoque Cualitativo	96
7.	Recolección de los Datos	97
7.1.	Recolección de los datos Cuantitativos. Escala de Sentido de Coherencia-SOC ..	97
7.2.	Recolección de los Datos Cualitativos: Mapeo de Activos de la Salud o de los Determinantes Sociales de la Salud-DSS	99
8.	Análisis e Interpretación de los Datos.....	101
8.1.	Análisis Cuantitativo.....	101
8.1.1.	Análisis de las características sociodemográficas de la Comunidad Unicafam.	104
8.1.2.	Activos Internos: características sociodemográficas influyentes en la Promoción de Estilos de Vida Saludables.....	104
8.1.3.	Activos Externos: características sociodemográficas influyentes en la Promoción de Estilos de Vida Saludables.....	108
8.1.4.	Activo Interno: Sentido de Coherencia-SOC en la Comunidad de Unicafam: influyente en la Promoción de estilos de vida saludables.	114
8.1.5.	Análisis global de la relación del nivel SOC y niveles de los componentes SOC con los miembros de la Comunidad Unicafam.....	119
8.2.	Análisis e Interpretación de los Datos Cualitativos	123
8.2.1.	Análisis de activos internos influyentes en la Promoción de EVS	123
8.2.2.	Análisis de activos externos influyentes en la Promoción de EVS.....	126
8.2.3.	Análisis de otros activos externos influyentes en la promoción de EVS	127
8.3.	Relación entre el Nivel Medio del SOC y el Nivel Medio de los componentes del SOC con los Activos Internos y Externos sociodemográficos	132
9.	Discusión de los Resultados.....	138
10.	Conclusiones	145
11.	Recomendaciones.....	147
12.	Consideraciones Éticas.....	149
	Referencias Bibliográficas.....	156
	Anexos.....	164

Lista de Tablas

Tabla 1. Conferencias mundiales de Promoción de la Salud	36
Tabla 2. Políticas Internacionales de la Promoción de la Salud	37
Tabla 3. Activos de la Salud	66
Tabla 4. Fases del Modelo de Activos para la salud en la Promoción de la Salud	68
Tabla 5. Cálculo del nivel del SOC y del nivel de sus componentes	101
Tabla 6. Cálculo de la media de Significatividad-media de Comprensibilidad-media de Manejabilidad y media del nivel del SOC. Comunidad Unicafam.2019.....	103
Tabla 7. Cálculo del total y nivel del SOC, total y nivel de Significatividad, de Comprensibilidad y de Manejabilidad. Comunidad Unicafam. 2019.	103
Tabla 8.Rol Comunidad Unicafam. 2019.....	104
Tabla 9. Rango de edad Comunidad Unicafam. 2019.....	105
Tabla 10. Rango de edad vs Rol Comunidad Unicafam. 2019.....	105
Tabla 11.Estado civil Comunidad Unicafam. 2019.....	106
Tabla 12.Estado civil vs Rol Comunidad Unicafam. 2019.	107
Tabla 13.Género Comunidad Unicafam.2019.....	107
Tabla 14.Género vs Rol Comunidad Unicafam. 2019.....	108
Tabla 15.Estrato socioeconómico Comunidad Unicafam. 2019.	108
Tabla 16.Estrato socioeconómico vs Rol Comunidad Unicafam. 2019.	109
Tabla 17. Tipo vivienda Comunidad Unicafam. 2019.	109
Tabla 18.Tipo vivienda vs Rol Comunidad Unicafam. 2019.	110
Tabla 19. Localidad-municipio Comunidad Unicafam. 2019.	111
Tabla 20.Localidad-municipio vs Rol Comunidad Unicafam. 2019.....	112
Tabla 21.Dependencia-Facultad Escuela Vs Rol Comunidad Unicafam. 2019.	113
Tabla 22. Tipo vinculación laboral vs Rol Comunidad Unicafam. 2019.	165
Tabla 23.Vínculo laboral estudiantes Comunidad Unicafam. 2019.....	166
Tabla 24.Grupo Étnico Comunidad Unicafam. 2019.	167
Tabla 25.Grupo Étnico Vs Rol Comunidad Unicafam. 2019.....	168
Tabla 26.Antecedentes estudios básica secundaria comunidad unicafam. 2019.....	169
Tabla 27.Antecedentes Estudios Básica Secundaria vs Comunidad Unicafam. 2019.	170

Tabla 28.Semestre cursado por estudiantes de Comunidad Unicafam. 2019.....	171
Tabla 29.Programa-Estudiante Vs Semestre Cursado Estudiantes.2019.	172
Tabla 30. Cruce Rango edad vs Nivel Significatividad vs Nivel Comprensibilidad vs Nivel Manejabilidad vs Nivel Sentido de Coherencia vs Rol Comunidad Unicafam.2019.....	183
Tabla 31. Cruce Estado Civil vs Nivel Significatividad vs Nivel Comprensibilidad vs Nivel Manejabilidad vs Nivel Sentido de Coherencia vs Rol Comunidad Unicafam.2019.....	184
Tabla 32. Cruce Género vs Nivel Significatividad vs Nivel Comprensibilidad vs Nivel Manejabilidad vs Nivel Sentido De Coherencia vs Rol Comunidad Unicafam.2019.....	185
Tabla 33. Cruce Estrato Socioeconómico Vs Nivel Significatividad Vs Nivel Comprensibilidad Vs Nivel Manejabilidad Vs Nivel Sentido De Coherencia Vs Rol Comunidad Unicafam.2019.....	186
Tabla 34. Cruce Tipo de Vivienda vs Nivel Significatividad vs Nivel Comprensibilidad vs Nivel Manejabilidad vs Nivel Sentido de Coherencia vs Rol Comunidad Unicafam.2019.	187
Tabla 35. Cruce Localidad-Municipio vs Nivel Significatividad vs Nivel Comprensibilidad vs Nivel Manejabilidad vs Nivel Sentido de Coherencia vs Rol Comunidad Unicafam.2019.	188
Tabla 36. Cruce Dependencia-Programa vs Nivel Significatividad vs Nivel Comprensibilidad vs Nivel Manejabilidad vs Nivel Sentido de Coherencia vs Rol Administrativo Comunidad Unicafam.2019.	191
Tabla 37. Cruce Dependencia-Programa Vs Nivel Significatividad Vs Nivel Comprensibilidad Vs Nivel Manejabilidad Vs Nivel Sentido De Coherencia Vs Rol Directivo Comunidad Unicafam.2019.....	193
Tabla 38. Cruce Dependencia-Programa vs Nivel Significatividad vs Nivel Comprensibilidad vs Nivel Manejabilidad vs Nivel Sentido de Coherencia vs Rol Estudiante Comunidad Unicafam.2019.	194
Tabla 39. Cruce Dependencia-Programa vs Nivel Significatividad vs Nivel Comprensibilidad vs Nivel Manejabilidad vs Nivel Sentido de Coherencia vs Rol Profesor Comunidad Unicafam.2019.	195
Tabla 40. Relación Global del Nivel Medio Significatividad vs Nivel Medio Comprensibilidad vs Nivel Medio Manejabilidad vs Nivel Medio SOC vs Activos	

sociodemográficos de la Promoción Estilos Vida Saludables.Rol Comunidad Unicafam.2019.	196
---	-----

Lista de Gráficos

Gráfico 1.Nivel de Significatividad. Rol Comunidad Unicafam.2019.....	115
Gráfico 2.Nivel de Comprensibilidad. Rol Comunidad Unicafam.2019.	116
Gráfico 3.Nivel de Manejabilidad. Rol Comunidad Unicafam.2019.	117
Gráfico 4.Nivel del Sentido de Coherencia SOC. Comunidad Unicafam 2019.....	118
Gráfico 5.Nivel Significatividad vs Nivel Comprensibilidad vs Nivel Manejabilidad vs Nivel SOC. Rol Comunidad Unicafam. 2019.	119
Gráfico 6. Nivel medio del SOC y nivel medio de sus componentes vs Activos Internos y Externos sociodemográficos de la Promoción de EVS. Rol Administrativos.Unicafam.2019.	132
Gráfico 7. Nivel medio del SOC y nivel medio de sus componentes vs Activos Internos y Externos sociodemográficos de la Promoción de EVS. Rol Directivos.Unicafam.2019. ..	134
Gráfico 8. Nivel medio del SOC y nivel medio de sus componentes vs Activos Internos y Externos sociodemográficos de la Promoción de EVS. Rol Estudiantes.Unicafam.2019.	135
Gráfico 9. Nivel medio del SOC y nivel medio de sus componentes vs Activos Internos y Externos sociodemográficos de la Promoción de EVS. Rol Profesores.Unicafam.2019... ..	137

Lista de Anexos

Anexo A.Cálculo Tamaño De La Muestra Probabilística Aleatoria Simple. Administrativos	161
Anexo B. Cálculo Tamaño De La Muestra Probabilística Aleatoria Simple. Directivos ..	162
Anexo C. Cálculo tamaño de la Muestra Probabilística Aleatoria Simple. Estudiantes	163
Anexo D. Cálculo Tamaño de la Muestra Probabilística Aleatoria Simple. Profesores	164
Anexo E. Análisis Cruce Vinculación Laboral con Rol Comunidad Unicafam.2019.	165
Anexo F.Análisis del Vínculo Laboral de los Estudiantes.2019.	166
Anexo G. Análisis de la Variable Grupo Étnico. 2019.	167
Anexo H. Análisis Cruce Grupo Étnico con Rol Comunidad Unicafam.2019.	168

Anexo I. Análisis de la Variable procedencia Institución Educativa Estudios Básica Secundaria. Miembros Unicafam. 2019.	169
Anexo J. Análisis cruce antecedentes Básica Secundaria con Rol Comunidad Unicafam.2019.	170
Anexo K. Análisis de la Variable Semestre Cursado por Estudiantes.2019.	171
Anexo L. Análisis cruce semestre cursado de estudiantes vs Semestre del Programa.2019.	172
Anexo M. Consentimiento Informado.....	173
Anexo N. Escala: Sentido de Coherencia. SOC-13.....	175
Anexo O. Entrevista Semiestructurada.....	178
Anexo P. Mapa Semántico De Categorías Cualitativas. Mapeo De Activos De La Promoción De Estilos De Vida Saludables Unicafam.	182
Anexo Q. Relación Rango de edad con Nivel SOC y Nivel de Componentes SOC con Rol Comunidad Unicafam.2019.....	183
Anexo R. Relación Estado Civil con Nivel SOC y Nivel de Componentes SOC con Rol Comunidad Unicafam.2019.....	184
Anexo S. Relación Género con Nivel SOC y Nivel de Componentes SOC con Rol Comunidad Unicafam.2019.....	185
Anexo T. Relación Estrato Socioeconómico Con Nivel SOC Y Nivel De Componentes SOC Con Rol Comunidad Unicafam.2019.	186
Anexo U. Relación Tipo de Vivienda con Nivel SOC y Nivel de Componentes SOC con Rol Comunidad Unicafam.2019.....	187
Anexo V. Relación Localidad-Municipio con Nivel SOC y Nivel de Componentes SOC con Rol Comunidad Unicafam.2019.	188
Anexo W. Relación Dependencia-Programa con Nivel SOC y Nivel de Componentes SOC con Rol Administrativo. Unicafam.2019.....	191
Anexo X. Relación Dependencia-Programa con Nivel Soc y Nivel de Componentes SOC con Rol Directivos.Unicafam.2019.	193
Anexo Y. Relación Dependencia-Programa con Nivel SOC y Nivel de Componentes SOC con Rol Estudiantes.Unicafam.2019.	194

Anexo Z. Relación Dependencia-Programa con Nivel SOC y Nivel de Componentes SOC Con Rol Profesores.Unicafam.2019.	195
Anexo AA. Relación Global del Nivel Medio Significatividad con Nivel Medio del SOC con Nivel Medio de Componentes del SOC con Activos Internos y Externos Sociodemográficos de la Promoción de Estilos Vida Saludables. Rol Comunidad Unicafam.	196
Anexo BB. Transcripción Respuestas Verbales Producto De La Entrevista Semiestructurada.Participantes Miembros De La Comunidad Unicafam.2019.	197

DEDICATORIA

A mi mamá Doris por la comprensión y su amor que siempre ha tenido para conmigo. Un amor que me ha dado la fuerza para no desfallecer.

A mis Hijos Andrés Felipe, David Alejandro y Luis Ángel, que me han comprendido y dispusieron de su corazón para fortalecerme y ayudarme.

AGRADECIMIENTOS

A Dios principalmente por estar presente en todos los momentos y quien su bendición me ha dado la fortaleza para levantarme ante las adversidades y barreras que se me han presentado.

A Unicafam como ente universitario que me brindó las condiciones sobre las cuales realicé el presente trabajo de investigación.

A la Directora Evelyn Vasquez quien me proporcionó tiempos y espacios para la realización del proyecto.

He de agradecer de manera especial al Profesor Héctor Páez quien dedicó experiencia, tiempo, voluntad y compromiso desinteresado en la organización, la metodología, el diligenciamiento y aplicación de los instrumentos de investigación, así como sus aportes científicos, políticos y sociales. Gran parte de la teoría y reorientación del trabajo final fue gracias a sus aportes.

A otras personas que contribuyeron al presente trabajo, fueron allegados del profesor Héctor como la Dra. Martha Soledad Montero, Investigadora certificada por Colciencias, David Páez, PhD en lingüística y profesor de la Universidad de Nuevo México, EEUU.

A mi colega de trabajo Magda, que en medio de su buen sentido del humor, me ha permitido intercambiar conocimientos valiosos para lograr mis objetivos.

Frase relevante

Es mejor demasiado escépticos que demasiado crédulos. Pero ninguno de los dos caminos es fácil. El escepticismo responsable, minucioso y riguroso requiere un hábito de pensamiento cuyo dominio exige práctica y preparación.

Carl Sagan

ABREVIATURAS

APS: Atención Primaria en Salud.

ENT: Enfermedades No Transmisibles.

EV: Estilo de Vida.

EVS: Estilos de Vida Saludables.

DSS: Determinantes Sociales de la Salud.

GTG-Sal: Grupo de Trabajo Global sobre Salutogénesis.

GRRs: Recursos Generales de Resistencia.

MAS: Modelo de Activos para la Salud.

MSPS: Ministerio de Salud y de la Protección.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PS: Promoción de la Salud.

SOC: Sentido de Cohetencia.

UIPES: Unión Internacional para la Promoción y Educación de la Salud.

RESUMEN

En esta investigación descriptiva, se determinan los factores influyentes en la Promoción y práctica de los estilos de vida saludables en la comunidad Unicafam, para lo cual se materializa el Modelo Salutogénico de A. Antonovsky (1979-1987) hallándose el nivel del Sentido de Coherencia y el de sus componentes la Significatividad, la Comprensibilidad y la Manejabilidad. Mediante la metodología del Mapeo de Activos de la Salud comunitaria de Kretzmann y McKnight (1993), se identifican los Recursos Generales de Resistencia (GRRs de la teoría Salutogénica) representados ellos por las condiciones sociodemográficas y los Determinantes Sociales de Salud (DSS) condiciones que bajo el Modelo de Activos para la Salud propuesto por Morgan y Ziglio (MAS.2007), la Organización Mundial ha denominado activos internos y externos.

Este estudio está motivado por: a. Las actuales investigaciones sobre el SOC se basan en la realidad del contexto europeo, b. No hay estudios sobre cómo funciona el Modelo Salutogénico, los Activos de la Salud y su relación con la promoción de estilos de vida saludables en el ámbito universitario colombiano, c. La OMS ha establecido a través de la Carta de Ottawa y demás conferencias en relación a la praxis de la promoción de la salud para la adopción de comportamientos saludables y creación entornos saludables, acciones que hasta el día de hoy no se han podido desarrollar y, d. Hay discordancia entre lo que ocurre en todos los ámbitos del Estado en Colombia y lo que la OMS espera de la promoción de la salud en la universidad.

El Sentido de Coherencia y sus componentes teóricos se midieron aplicando la escala SOC-13 planteada por Antonovsky (1979); se identificaron las condiciones socio-demográficas y través de la entrevista semiestructurada (adopción del Mapeo de Activos de la Salud Comunitaria.1993), se hallaron los DSS influyentes en la promoción y práctica de EVS en Unicafam, como: el desconocimiento del concepto sobre EVS, las prácticas de autocuidado y de amor propio, el estrés, el mal uso y disponibilidad del tiempo, el manejo exagerado de dispositivos electrónicos, inadecuada prestación del servicio de salud por parte de las IPS y, condiciones nutricionales insalubres. Estos datos se recolectaron y están disponibles para futuros estudios.

Los resultados revelan que el nivel de significatividad obtenido por los integrantes de la universidad alcanzó un nivel medio del 73,7%; el nivel medio de la comprensibilidad como del nivel medio de la manejabilidad fue del 67,1% y, el nivel medio del SOC fue del 66,7%. Al realizar el cruce del SOC y de sus componentes con las características sociodemográficas muestran en los porcentajes un comportamiento permanente del *nivel medio* en la significatividad, en la comprensibilidad, en la manejabilidad y por consiguiente en el SOC.

La interpretación de los resultados obtenidos a partir de la Teoría Salutogénica, indica que la capacidad motivadora en la mayoría de los miembros de Unicafam es neutra y conformista, impidiéndoles saber de la existencia de los recursos presentes en su entorno que podrían potenciar su bienestar y calidad de vida. Se caracterizan por pensamientos acomodadizos a lo fácil, a lo que no le cuesta mayor esfuerzo, sin asumir las responsabilidades consigo mismo, con un pensamiento poco crítico que frena y

limitar la comprensión de las condiciones externas o del medio en aras del cambio de hábitos y de la promoción y práctica de EVS.

Al compararse las Teorías de la semiótica de C. Peirce (1887-1888) y de la promoción de la salud de N. Pender (1996) frente a la Salutogénica, existen entre ellas coincidencias en cuanto a la opción de *cambio de hábitos* de la persona. Esa opción de cambio está influenciada por factores internos, representados por los conocimientos, la voluntad y toma de conciencia de la realidad, y por factores externos o ambientales o DSS, que el individuo debe comprender, interpretar y tener la voluntad para asumir conductas de cambio de hábito saludable.

A partir de la conclusión del estudio se propone el fomento de la significatividad, de la comprensibilidad y de la manejabilidad para la opción del hábito saludable en los miembros de la comunidad Unicafam, mediante la generación de una cultura de cambio de hábito de pensamiento para la promoción y práctica de EVS, y el desarrollo de pensamiento crítico y reflexivo. En síntesis de lo anterior descrito surge lo que se denomina un *pensamiento salutogénico* que será el punto de partida para que Unicafam se constituya como universidad saludable y salutogénica.

Palabras claves

Salutogénesis. Sentido de Coherencia. Activos para la Salud. Mapeo de Activos de la Salud. Promoción de Estilos de Vida Saludable. Cambios de Hábitos. Universidad Saludable. Modelo de Activos para la Salud.

ABSTRACT

In this descriptive research, influencing factors are determined in practice and promotion of healthy lifestyles in the community Unicafam, for which the model salutogenic A. Antonovsky (1979-1987) materializes being found the level of the Sense of Coherence and its components meaningfulness, comprehensibility and la Manejabilidad. By methodology Asset Mapping Community Health Kretzmann and McKnight (1993), the General Resources Resistance (GRRs of salutogenic theory) represented them for sociodemographic conditions and Social Determinants of Health (DSS) conditions under the Model Asset Health proposed by Morgan and Ziglio are identified (MAS .2007), the World Health Organization has called internal and external assets.

This study is motivated by: a. Current research on the SOC are based on the reality of the European context, b. There are no studies on how the Modelo Salutogénico, Active Health and its relationship to promote healthy lifestyles in the Colombian university, c work. WHO has established through the Ottawa Charter and other conferences in relation to the practice of promoting salud para the adoption of healthy behaviors and healthy environments create actions that until today have not been able to develop and, d .There discordance between what happens in all areas of the State in Colombia and what WHO hopes of promoting health in college.

The sense of coherence and theoretical components were measured using the SOC-13 raised scale Antonovsky (1979); ignorance of the concept of EVS, practices: sociodemographic conditions and through semi-structured interview (taking Mapping Assets

SaludComunitaria.1993) as identified influential DSS were found in the promotion and practice of EVS in Unicafam, self-care and self-esteem, stress, misuse and availability of time, excessive handling of electronic devices, inadequate provision of health services by the IPS and unhealthy nutritional conditions. These data were collected and are available for future studies.

The results show that the significance level obtained by the members of the university reached an average level of 73.7%; the average level of comprehensibility as the average level of workability was 67.1% and the average level of the SOC was 66.7%. A crossing performing the SOC and its components with the demographic characteristics percentages shown in permanent behavior the average level in the significance, the comprehensibility in workability and therefore the SOC.

The interpretation of the results obtained from theory salutogenic indicates that the motive capacity in most members Unicafam is neutral and conformist, preventing them from knowing of the existence of the resources in their environment that could enhance their well-being and quality of life. They are characterized by easygoing thoughts so easy, it does not cost you more effort, without assuming the responsibilities himself, with braking and limitacomprensión little critical thinking of external conditions or the average for the sake of changing habits and promotion and practice of EVS.

Theories compared to the semiotics of C. Peirce (1887-1888) and health promotion N. Pender (1996) against the salutogenic, matches between them regarding the option of changing habits person. Está influenciada change this option by internal factors, represented by

knowledge, will and awareness of reality And by external or environmental factors or DSS, the individual should be able to understand, interpret and willing to take behavior healthy habit change.

From the conclusion of the study the promotion of meaningfulness, comprehensibility and manageability option for healthy habit in members of the Unicafam community intends, by generating a culture of change habit of thought for the promotion and practice of EVS, and the development of critical and reflective thinking. In the above described synthesis it arises what is called a salutogenic thought will be the starting point for healthy Unicafam community and salutogenic is constituted.

Keywords

Salutogenesis. Sense of Coherence. Health Asset. Asset Mapping for Health. Health Promotion Healthy Lifestyles. Changing Habits. Healthy University.

INTRODUCCIÓN

Con base en el modelo salutogénico, propuesto por A. Antonovsky, se desarrolló el presente trabajo que permitió establecer los niveles del sentido de coherencia y los determinantes sociales de la salud en la comunidad de Unicafam influyentes en la promoción de estilos de vida saludables la dicha comunidad.

Se identificaron las características sociodemográficas, se estableció el nivel del Sentido del Coherencia, se identificaron los determinantes sociales de la salud mediante la aplicación del mapeo de activos de la salud y se realizó la conectividad entre el Sentido de Coherencia y las características sociodemográficas.

Las investigaciones sobre la salutogénesis han contribuido para la aplicabilidad de la PS dado que representa la base teórica sobre la cual se cimienta y desarrolla el concepto de la “génesis de la salud”. La salutogénesis permite a las personas, grupos y comunidades utilizar los recursos de su entorno, su comprensión y manejo para el mejoramiento de subienestar y calidad de vida y, si no los tiene a su alcance, los reclame por su condición de derecho fundamental.

La base teórica sobre la cual se realizó el presente estudio fue la Teoría Salutogénica de A. Antonovsky quien reconoce en la persona una fuerza interior la cual llamó Sentido de Coherencia (SOC) y que le permite sobreponerse a los rigores de la vida; a su vez, le asigna tres componentes: significatividad, comprensibilidad y

manejabilidad; estableció los niveles de SOC mediante la aplicación de un cuestionario SOC de 13 preguntas. Los recursos generales de resistencia (GRRs) o factores externos también fueron definidos por el modelo y que en el estudio se nombraron como Activos de la Salud (internos y externos) o los mismos Determinantes Sociales de la Salud (DSS).

Los resultados cuantitativos se obtuvieron mediante la aplicación del cuestionario SOC-13 y los cualitativos mediante la adopción de la metodología del mapeo de activos de la salud. Se identificó un nivel medio del Sentido de Coherencia y el desconocimiento del concepto EVS, las prácticas de autocuidado y de amor propio, el estrés, el mal uso y disponibilidad del tiempo, el manejo exagerado de dispositivos electrónicos, inadecuada prestación del servicio de salud por parte de las IPS y condiciones nutricionales insalubres.

Los hallazgos representan los activos internos y externos sobre los cuales se sugiere a Unicafam intervenga para constituirse como universidad saludable y salutogénica. Para el caso se trabajará en desarrollo del hábito del pensamiento salutogénico: reflexivo, crítico, propositivo y resolutivo.

1. Formulación del Problema

1.1. Planteamiento del Problema

El Modelo Salutogénico planteado por Aaron Antonovsky en conjunto con el Modelo de Activos de la Salud (MAS) y la metodología del Mapeo de Activos de la Salud, han sido referentes para la operatividad de la Promoción de la Salud (PS) por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en las últimas tres décadas.

El concepto del Modelo Salutogénico fue inspirado en el término “Salutogénesis” u “*origen de la salud*” de cuyas raíces *Salus* (del latín: salud) y *génesis* (del griego: origen) dieron lugar a su definición como...*el proceso del movimiento que va hacia el extremo de la salud en un continuo de bienestar-enfermedad...* enuncia la presencia de factores fuentes de salud que generan y la sostienen para el bienestar de las personas; explora el origen de la salud y no en dar explicaciones de las causas y factores de riesgo de la enfermedad (1,2).

Entre tanto, el Modelo de Activos para la Salud (MAS) propuesto por Morgan y Ziglio en el año 2005, es una herramienta que permite la identificación de los factores salutogénicos de promoción, protección y de acciones fuentes de condiciones necesarias de salud sean físicos, personales, individuales y comunitarios (3,4,5,6,7).

De otro lado, el Mapeo de Activos de la Salud definidos por *Kreztmann y McKnight*, es una metodología mediante la cual se identifican los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) o lo que es igual a los factores o recursos sociales del entorno interno y externo de la persona,

grupo o comunidad, con que cuentan y la capacidad real y potencial capaces proporcionarles bienestar y calidad de vida (8,9,10).

El Modelo Salutogénico define a los Recursos Generales de Resistencia (GRRs), que para la OMS son los mismos Activos de la Salud o Determinantes Sociales de la Salud (DSS), como aquellos que están representados por el dinero, el conocimiento, la inteligencia, la experiencia, la autoestima, los hábitos saludables, el compromiso, el apoyo social, la cultura, las tradiciones y la visión de la vida. Antonovsky sustenta que una persona entre más tenga disposición y oportunidad de acceso a estos recursos, mayor será su desafío para afrontar la vida; los GRRs identificados dan lugar al comportamiento de la persona y proceden de sus condiciones internas (definidas por él mismo como Sentido de Coherencia-SOC) y de su entorno sociocultural, físico y natural y que, hablando en términos de la Salud Pública, se constituyen como los factores causales sociales, económicos y culturales. Los DSS deberán ser identificados por las personas, grupos y comunidades para mejorar su calidad de vida y en consecuencia su bienestar en la medida que los utilice, potencialice y, en términos de los derechos fundamentales, los reclame. De ser de este modo, reducirán las inequidades y desigualdades sociales en salud (11,12).

La adopción de hábitos y conductas saludables como línea operativa de la Promoción de la Salud (PS) en si misma se convierte en un DSS cuando no se materializa y es causal del origen de enfermedades no transmisibles (ENT) como la obesidad, el estrés, la diabetes, la hipertensión arterial, el síndrome metabólico, el cáncer, entre otras, como lo menciona el informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles del año 2014, señalan “...*Las ENT son la principal causa de muerte en el mundo entero, habiendo causado*

38 millones (el 68%) de los 56 millones de defunciones registradas en 2012. Más del 40% de ellas (16 millones) fueron muertes prematuras ocurridas antes de los 70 años de edad. Casi las tres cuartas partes de todas las defunciones por ENT (28 millones) y la mayoría de los fallecimientos prematuros (el 82%) se produjeron en países de ingresos bajos y medios... ” (13).

Cualquier acción realizada por una persona, grupo o comunidad sea o no saludable corresponde a un comportamiento o hábito que puede venir desde la infancia remota y está directamente relacionado con la realidad que le rodea y con su propia motivación, en este sentido conceptualmente el cambio de hábito es sustentado bajo las teorías; de la Semiótica de C.Peirce (14,15), teoría retomada por D.Páez en el análisis que hace sobre los hábitos (16), y la de Promoción de la Salud de N. Pender (17,18), en ese sentido, siguiendo a Pender, el hábito de pensamiento es cambiante"...un hábito saludable, esta dado por el estímulo que ofrecen las condiciones situacionales, personales e interpersonales y que, al cambiar esas situaciones, también cambia el pensamiento, con un componente importante que tiene que ver con la motivación para la toma de decisiones en la modificación del hábito saludable... ”

En relación a la Semiótica (Peirce.1887-1888), Páez afirman que: "...un hábito, comienza cuando la persona tiene la motivación, el propósito y la disposición (no como un patrón de comportamiento), de hacer reflexión interna (mental) y de interpretar las cosas que hace y del porqué las hace, la manera determinada cómo las hace, para luego convertir esos pensamientos reflexivos, inferidos e interpretados desde la razón en acciones externas o consecuencias reales o hábitos sin ser ellos condicionadas o absolutos. Un hábito, corresponde al hábito del pensamiento que nace del ejercicio mental, de la interpretación de

la realidad e implica la acción física del cuerpo. Es móvil y no se adquiere de una vez y para toda la vida sino que están en continua actualización y cambio de forma adecuada o no dependiendo del propósito que se busque y esto puede causar dolor.

Se ha demostrado la estrecha relación entre la formación y adopción de comportamientos, y el cambio de hábitos saludables con los entornos que rodean a las personas, grupos y sociedad. Se afirma que las Universidades Promotoras de la Salud (UPS) o saludables se gestan desde los postulados de la PS en cuanto a entornos saludables y más adelante sobre la base de las Escuelas Saludables en las Américas hasta su consolidación hacia mediados de los años 90's, en cabeza de Tsouros (19), con el proyecto de ciudades saludables que como representante de la oficina Europea de la OMS, concluye ...“Las universidades pueden hacer muchas cosas para promover y proteger la salud de los estudiantes y del equipo universitariopara crear ambientes de vida, de aprendizaje y de trabajo conducentes a la salud,para proteger el ambiente y promover el desarrollo humano sostenible, para impulsar la promoción de la salud en la enseñanza y en la investigación,para promover la salud de la comunidad y ser un recurso para la salud.”

1.2. Justificación del Problema

En el mundo se encuentran múltiples condiciones dentro las cuales ha vivido y vive el hombre. Aquí ha construido su historia, ha desarrollado sus diversas culturas, sus diversos sistemas económicos, políticos, sanitario y educativos; sus modos de entender el mundo y transformarlo son variados; esto lo han llevado desde el inicio de su existencia a asumir sus propios hábitos y comportamientos dentro de la realidad de cada región. Muy a su pesar, las estrategias como la Promoción de la Salud (OMS.1986) en el desarrollo de comportamientos para estilos de vida saludables no las introyecta y lo que es peor aún, ha incrementado la resistencia al cambio de cultura del fomento de hábitos saludables.

El modelo salutogénico en particular fue creado bajo unas condiciones específicas de la Europa de la posguerra, en un momento histórico único. Antonovsky propone entonces su modelo y para el presente siglo, la OMS recupera la esencia para la praxis de la PS.

Ahora bien, este modelo trasladado a las condiciones de Colombia, un país bajo inequidades, violencia histórica, desigualdades sociales y económicas y todas las que se derivan de ellas, deberá ser sometido a prueba para su ejecución bajo las condiciones y DSS propios que difieren de las condiciones europeas.

La Fundación Universitaria Cafam está ubicada en la Localidad de Barrios Unidos; es una Institución de Educación Superior privada, creada por la Caja de Compensación Familiar Cafam, fundada hace una década, encaminada a formar profesionales de las áreas de: ingeniería industrial, telecomunicaciones, telemática y tecnología en

telemática, negocios internacionales, administración de empresas y tecnología en gestión empresarial; licenciatura en educación, enfermería, y gastronomía.

Dentro de la comunidad Universitaria Cafam se replican a escala las condiciones colombianas y por tanto hay un vacío en el conocimiento del Modelo Salutogénico, del Modelo de Activos de la Salud y del Mapeo de Activos de la Salud. Como consecuencia, es evidente el vacío en su interconectividad y en su materialización. Tampoco han sido objeto de estudio la búsqueda del nivel del SOC y de la identificación de los GRRs así como las características sociodemográficas y de otros DSS o factores sociales internos y externos que influyen en la promoción y práctica de estilos de vida saludables (EVS).

El escaso conocimiento sobre las condiciones económicas, políticas, culturales, educativas, sanitarias, entre otros DSS, en la Unicafam, reflejan la realidad de un problema integral en Colombia. Este contexto general permite pensar que la comunidad no escapa ni de las condiciones ni de las consecuencias de esa realidad; por consiguiente sus miembros no han incorporado el hábito en su pensamiento sobre la promoción y práctica de EVS dado que no se conocen en su totalidad o no hay la voluntad para su ejecución.

Con el hallazgo del nivel del SOC en los miembros de Unicafam, se miden tres capacidades: la primera, la capacidad interna, motivación o deseo de cambio frente a la adopción de hábitos que les proporcione bienestar y calidad de vida; la segunda, la capacidad de conocer e interpretar las condiciones físicas y de origen psicosocial existentes en Unicafam, como activos de la salud; la tercera, la capacidad de afrontar y potencializar esos factores que

aún no siendo los mejores, puedan utilizarlos como generadores del pensamiento de hábito para la practica saludable.

Con el mapeo de los Determinates Sociales de la Salud internos y externos de la universidad, se visibilizan los activos de la salud sobre los cuales, la operatividad de las acciones personales, adminintrativas y estructurales, se encamina hacia el cambio de hábito para la promoción y practica de EVS.

Para la Fundación Universitaria Cafam, reconocer el SOC y los DSS como Activos de la Salud internos y externos bajo el Modelo Salutogénico representa el punto germinal en la concepción de la Universidad Saludable o Universidad Promotora de la Salud, y a su vez ser pionera y modelo para otras Instituciones de Educación Superior. La universidad saludable con enfoque salutogénico implica cambio de pensamiento de hábito saludable en diferentes contextos, que pueda aportar a los cambios significativos de la realidad futura de la sociedad colombiana.

1.3. Pregunta de Investigación

Conforme a lo expuesto, se plantea la siguiente la pregunta: ¿Cuál es el nivel del Sentido de Coherencia y cuáles son los Determinantes Sociales de la Salud que contribuyen en la Promoción de Estilos de Vida Saludables en la Fundación Universitaria Cafam?

2. Objetivos

2.1. Objetivo General

Establecer el nivel del Sentido de Coherencia y los Determinantes Sociales de la Salud en el marco del modelo salutogénico que contribuyen en la Promoción de estilos de vida saludables de la Fundación Universitaria Cafam, durante el año 2019.

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar las características sociodemográficas de los miembros de la Fundación Universitaria Cafam.
- Determinar el nivel del Sentido del Coherencia en la comunidad universitaria Cafam.
- Establecer los Determinantes Sociales de la Salud o Recursos Generales de Resistencia de los miembros de la Fundación Universitaria Cafam con la aplicación del mapeo de activos de la salud.
- Identificar la conectividad entre el Sentido de Coherencia y los Determinantes Sociales de la Salud sociodemográficos de la comunidad universitaria Cafam.

3. Marco Teórico

3.1. La Promoción de la Salud y antecedentes

3.1.1. Evolución del Concepto de Promoción de la Salud

Para entender la definición de Promoción de la Salud, se hace necesario un recorrido histórico de diversas aproximaciones del concepto de salud-enfermedad, el cual centra tres importantes enfoques históricos; el primero, el biólogo (cuerpo eminentemente físico); el segundo, el psicológico (ve cuerpo y mente) y, el tercero, el sociológico (factores sociales) (20).

Los tratados de salud pública referentes a la evolución del concepto de la PS datan del siglo veinte, con Winslow¹ (1920-1923), quien define la PS como.. “un esfuerzo de la comunidad organizada para lograr políticas que mejorarán las condiciones de salud de la población y los programas educativos para que el individuo mejore su salud personal, así como para el desarrollo de una maquinaria social que asegure a todos los niveles de vida adecuados para el mantenimiento y mejoramiento de la salud...” (21).

Concepto con elementos aún vigentes como son; la participación comunitaria, la educación para la salud y los principios de equidad e igualdad debido a la gran influencia de las estructuras sociales, las políticas económicas, las condiciones de vida, el entorno social y

¹ Charles Edward Amory Winslow, micólogo y botánico estadounidense bacteriólogo y experto en salud pública y, de acuerdo a la Encyclopedia of Public Health, "una figura seminal en la salud pública, en su propio país, y en el mundo occidental en general."

físico y por las consecuencias de la industrialización de los países capitalistas, durante los siglos XVII y XVIII.

La PS está precedida por una serie de evidencias como es el destacado estudio realizado por Rudolf Virchow², sobre la epidemia del Tifus en la provincia de la Alta Silesia (Alemania.1847) el cual enuncia "...la epidemia se debe a problemas sociales, como la pobreza, el hambre, el bajo nivel educativo, vivienda de mala calidad, la falta de servicios públicos, y a la falta de voluntad y acciones de carácter político, son la causa de la epidemia y recomienda la realización de cambios económicos y sociales: aumentar los salarios e instaurar una política más progresiva..." dejando ver que la aparición de las enfermedades están íntimamente relacionadas con unas condiciones sociopolíticas de los Estados (22).

Adicional al proceso histórico del nacimiento de la PS, se mencionan los precursores como Johan Peter Frank³ del siglo XVIII, en cuya obra "La miseria del pueblo. Madre de las enfermedades", afirmó que la pobreza y las malas condiciones de vida eran las principales causas de enfermedades; época a su vez, en la cual se venían desarrollando amplias reformas sociales y económicas y, pocas e insuficientes acciones sanitarias (23).

Mientras, durante la época de la industrialización en la primera mitad del siglo XIX, en Francia con Villermé⁴, nacen estudios poblacionales que documentaron la relación que

² Rudolf Virchow, médico y político alemán, considerado el "padre de la patología moderna" y uno de los fundadores de la medicina social y pionero del concepto moderno del proceso patológico como creador de la teoría celular.

³ Johan Peter Frank, médico alemán fundador de la Higiene y la salud pública, reformador social y educador.

⁴ Louis René Villermé, médico epidemiólogo y economista francés. Uno de los precursores de la epidemiología social y la influencia de los factores socioeconómicos y la pobreza sobre la salud y la mortalidad, en los inicios de la industrialización en Francia.

existe, entre la mortalidad y la morbilidad de las sociedades con el gradiente social y, con ello a su vez, la naciente y diferente mirada de la salud pública y por ende de la PS.

Finalmente la PS gesta su concepto desde los años 40's con los postulados del salubrista H. Sigerist⁵ considerándolo como uno de los precursores de la PS, quien mencionó "...la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso..." (24).

En 1945 Sigerist enuncia la diferencia entre salud y enfermedad y conceptúa por primera vez a la PS como una serie de acciones basadas en la educación sanitaria y en acciones del Estado para mejorar las condiciones de vida; además menciona: "...La medicina debe desarrollarse en cuatro grandes líneas de acción: la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el tratamiento del enfermo y la rehabilitación...", así mismo planteó, que hacer PS, es facilitar un nivel de vida decente, unas buenas condiciones de trabajo, de educación, de ejercicio físico, y proveer medios de descanso y recreación (24,25).

En tanto, Tomás McKeown⁶ durante los años 70, como otro precursor del marco teórico de la PS y del origen de las acciones intersectoriales, logra a través de sus estudios explicar científicamente las razones de la reducción de la mortalidad en Inglaterra y menciona que no se debe a las actividades médicas curativas específicas (vacunas y antibióticos) y si al desarrollo económico, a las mejoras de las condiciones de vida de los ingleses, al

⁵ Henry Sigerist, Médico e historiador suizo. Fundador de la escuela moderna de análisis sociológico de la historia de la medicina.

⁶ Thomas McKeown, médico británico, epidemiólogo e historiador de la medicina, argumentó que el crecimiento de la población desde fines del siglo XVIII es debido a la mejora de las condiciones económicas, es decir, a una mejor nutrición.

saneamiento, a la calidad nutricional, a la protección contra los accidentes y al control de los riesgos. Menciona que la PS, está intrínsecamente ligada a la participación social, comunitaria e intersectorial y debe ser tanto una política de salud como una política saludable desde Estado para reducir la inequidad en salud. Además, representa un proceso que permite modificar los estilos de vida, el fortaleciendo del autocuidado, la mutua ayuda, así como crear ambientes favorables a la salud, todo ello mediante la educación para la salud (26).

Hacia finales del siglo XX (años 70's), el concepto de la PS, alcanza su máxima importancia en el marco de la salud pública, tanto en el desarrollo de sus bases teóricas como en su praxis. Tres documentos escritos en la época, evidencia el auge del concepto de la PS, el cual germina en medio de la crisis de los sistemas de salud por causa de la poca capacidad de atención médica curativa, por el aumento de la aparición de ENT y por la enorme carga sanitaria subsecuente, los cuales se enuncia así:

Primero, el Informe Lalonde en 1974, el cual establece los estilos de vida como medidas de promoción y de prevención, y enuncia: “El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención en salud”. (27).

Segundo, la Declaración de Alma Ata en 1978, la cual presenta la estrategia “Atención Primaria en Salud. APS”, cuya meta social fue alcanzar “Salud para todos en el año.SPT 2000” (28).

Tercero, el Informe del servicio de Salud Pública de los EEUU que versa “Un pueblo saludable o Gente Sana” en 1979, en el cual se hace diferencia entre la PS y prevención de la enfermedad y se plantean además acciones basadas en estilos de vida y detección de amenazas ambientales (29).

Se hace referencia a Milton Terris ⁷, debido al aporte importante de la definición de la PS que hace en 1986, "...La promoción de la salud comienza con personas básicamente sanas y busca el desarrollo de medidas comunitarias e individuales que las ayuden a desarrollar estilos de vida que puedan mantener y aumentar su estado de bienestar..." (30).

De estos acontecimientos previos y dado que la meta para alcanzar la "Salud para Todos en el año 2000. SPT", no avanzó de acuerdo a lo esperado, se realiza la Primera Conferencia Internacional sobre la PS en 1986, convocada por la OMS en Canadá, a partir de la cual se promulga la "Carta de Ottawa", con el objeto de establecer el concepto de la PS, vigente hasta el día de hoy, como una estrategia para fortalecer la atención en salud y la participación activa de la comunidad en el marco conceptual del proceso salud y enfermedad (31).

La Carta de Ottawa, establece la definición de la PS, como: "...El proceso que proporciona a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control de la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental, y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus propias aspiraciones...". La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana; por tanto, la PS no concierne exclusivamente al sector salud", y afirma: "...la PS va más allá de los estilos de vida, hacia las condiciones fundamentales y los recursos para la salud: paz, vivienda, justicia social y la equidad...". Entre otros postulados señalan que la PS, motiva a la acción intersectorial y las intervenciones de orden político y social para reducir la inequidad, mejorar las condiciones sociales, ambientales y económicas de las poblaciones,

⁷ Milton Terris, médico y epidemiólogo estadounidense precursor de la salud pública del siglo XX

favorece la participación y la capacidad de las personas para elegir las conductas saludables de autocuidado e incentiva la creación de ambientes favorables para la salud y, por consiguiente, actúa bajo los principios de, trabajo con la gente y no sobre ella; empieza y acaba en la comunidad local; está encaminada hacia la identificación de las causas de la salud; prima el interés del individuo y el medio ambiente; con base en las dimensiones positivas de la salud y sobre todos los sectores de la sociedad y el medio ambiente.

Así mismo, la Carta plantea que la práctica de la PS debe basarse en *tres grandes estrategias*: la primera, la *abogacía* para crear las condiciones esenciales para la salud, la segunda, hacer posible que las *personas desarrollen todo su potencial* y, tercera, permitir la *mediación intersectorial*. La carta sugiere, la aplicabilidad de la PS; debe incluir *cinco áreas de acción prioritarias*: una, construir *Políticas Públicas Saludables*; dos, crear *entornos favorables* que promuevan la Salud (ambientes físicos, sociales, económicos, políticos, culturales); tres, fortalecer *la Acción Comunitaria*; cuatro, desarrollar *actitudes personales* (estilos de vida) y cinco, reorientar *los Servicios de Salud*.

Los primeros pasos de la PS centró sus acciones en la educación para el fomento de EVS con resultados favorables en un principio; sin embargo, con el pasar del tiempo fue perdiendo fuerza, debido a dos razones; por un lado, el hecho que la educación se convirtió en transmisión de información sobre conductas de riesgos e intervenciones para transformar las condiciones de vida, hábitos y comportamientos para mejorar la salud y, por otro lado, las actividades de PS se enfocaron a lo curativo (32).

Poner en marcha los campos de acción de la PS no ha sido un camino fácil en tanto que los principios ideológicos y políticos que rigen el concepto teórico de la PS, no se encuentran

en sintonía con los modelos económicos de países ricos capitalistas que han influenciado directamente y a lo largo de la historia en la prevaencia y continuidad de los enfoques de intervención en salud tradicionales y vigentes; en consecuencia, se afecta el bienestar de las personas, se incrementan las desigualdades sociales en salud entre las personas, las regiones y al interior de las mismas, aumentando las condiciones de pobreza y de miseria en el planeta. También han sido barreras para la práctica de la PS, las intervenciones de salud que bajo la influencia de modelo médico preventivo, que ha orientado las acciones de PS para evitar la enfermedad y perpetuar la atención médica; en tanto, el modelo conductual individual, que ha generado cambios de comportamiento hacia EVS para evitar la enfermedad en aquellas personas con posición socioeconómica que tienen las posibilidades de acceso al mercado neoliberal; y en cuanto al enfoque social y político, que conduce las acciones de PS hacia el empoderamiento que fracasa por el desconocimiento de derechos y deberes ciudadanos, por carencia de valores éticos, la poca solidaridad entre los miembros de las comunidades, la inmadurez en procesos de participación y la creciente desigualdad social (33).

3.1.2 . Conferencias Mundiales de la Promoción de la Salud

A partir de la declaración de la PS en 1986, la OMS ha organizado conferencias mundiales con el propósito de operativizar la PS, como lo describe la tabla número 1.

Tabla 1. Conferencias mundiales de Promoción de la Salud

Conferencias Mundiales de Promoción de la Salud	
Conferencias	Objetivos
Primera Conferencia Ottawa, 1986.	Identifica cinco campos de acción de la PS: Políticas públicas saludables. Ambientes favorables a la salud. Acción comunitaria. Habilidades personales. Reorientación del sistema de salud. (31).
Segunda Conferencia Adelaida, 1988.	Orientó a las Políticas Públicas Saludables e identificó cuatro áreas que atender: salud de la mujer, alimentación y nutrición, tabaco y alcohol y creación de ambientes favorables. (34).
Tercera Conferencia Sundsvall, 1991	Énfasis en Ambientes Saludables. Fue preámbulo de Conferencia Cumbre de Medio Ambiente en 1992. (35).
Cuarta Conferencia Yakarta, 1997	Cuyo tema central la Acción Comunitaria, el desarrollo de estrategias integrales para la PS y las funciones relacionadas con los determinantes sociales de la salud. (36).
Quinta Conferencia México, 2000	Se retoman los cinco campos de acción de la PS y deriva el plan de acción para cada país miembro de acuerdo a sus necesidades con la participación de políticos y científicos. (37).
Sexta Conferencia Bangkok, 2005	Plantea los cuatro compromisos claves para el alcance de la PS: 1. Ser componente primordial de agenda de desarrollo mundial; 2. Los niveles del gobierno tienen responsabilidad en la PS; 3. Ser objetivo fundamental para las comunidades y la sociedad civil y 4. Debe constituirse una buena práctica empresarial. (38).
Séptima Conferencia Nairobi, 2009	Plantea las acciones para reducir el desfase entre las evidencias y la aplicación de la PS en pro del desarrollo de la salud. (39).
Octava Conferencia Helsinki, 2013	Análisis mundial de experiencias de “La salud en todas las políticas” y se establecen las orientaciones de acciones concretas de PS para todas las regiones del mundo. (40).
Novena Conferencia Changhai, 2016	La salud es pilar de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Por tanto, promover la salud es fundamental para el logro de los ODS. La Conferencia marca un nuevo rumbo para los próximos 15 años, con el objetivo de inspirar a los gobiernos, dirigentes municipales y otras partes interesadas en promover la salud en todos los sectores de la sociedad. (41).

Fuente: Elaboración propia. 2018.

3.1.3. Políticas Internacionales de la Promoción de la Salud

Adicional a las conferencias internacionales desde los años setenta (70s), se han suscitado de manera consecutiva una serie de declaraciones y reuniones en entorno al tema de la PS, estrategias, acciones y retos de las cuales han surgido políticas que a su vez han fortalecido los postulados de la PS, así lo describe y resume la tabla número 2.

Tabla 2. Políticas Internacionales de la Promoción de la Salud

Políticas internacionales de la Promoción de la Salud	
Política	Objetivo
Informe Lalonde, 1974	Reforma del Modelo de Sistema de Salud Canadiense, plantea la situación de salud de una persona, de su familia, de un grupo o de la sociedad, intervienen cuatro factores: los biológicos patrimonio biológico, las condiciones sociales, económicas y ambientales en las cuales el hombre es criado y vive; el estilo de vida adoptado y los resultados de las intervenciones médico-sanitarias, que tienen una importancia relativa variable de acuerdo con el problema de salud en cuestión, tomando como eje principal la promoción de la salud (27).
Alma-Ata, 1978	En Rusia, la OMS promueve la Atención Primaria en Salud (APS), como elemento central para alcanzar la meta de “salud para todos” (28).
Reunión de Riga, 1988	En Rusia, por la OMS y la UNICEF, para la reafirmación de Alma Ata, declaración de adhesión renovada y fortalecida a la salud para todos en el año 2000, intensificar la acción y la política a favor de la salud, colaboración intersectorial como fuerza en pro de la salud para todos, entre otras.
Conferencia y Declaración de Santa e de Bogotá, 1992	Por OPS, OMS y Ministerio Salud Colombia. Tema “Promoción de la salud y Equidad”, transformar el sector salud poniendo de relieve la estrategia de promoción de la salud, lo cual significa garantizar el acceso universal a los servicios de atención, modificar los factores condicionantes que producen morbilidad.
Carta del Caribe para la Promoción de la Salud, 1993	Por OPS y OMS en Puerto España, Trinidad y Tobago. Incrementar el bienestar de los pueblos del Caribe por medio de promoción de la salud utilizando acciones realizadas por las personas y las comunidades con el objeto de modificar los factores ecológicos y del comportamiento esencial y proporcionar sistemas eficaces y eficientes de Atención de la salud.
Declaración de Medellín, 1999	El III congreso de las Américas de Municipios y comunidades Saludables, los deberes y los derechos de los ciudadanos son de real importancia en el desarrollo y la calidad de vida, debe haber un compromiso de diferentes actores, siendo el municipio la célula político administrativa y la directamente responsable de las políticas sociales
Objetivos para el Desarrollo del Nuevo Milenio, 2000-2015	Por la ONU y estados miembros. ...Ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas, compromete a los dirigentes mundiales a luchar contra la pobreza, el hambre, la enfermedad, el analfabetismo, la degradación del medio ambiente y la discriminación contra la mujer (42).
Objetivos de Desarrollo Sostenible 2015-2030	...Los líderes mundiales adoptaron un conjunto de objetivos globales para erradicar la pobreza, proteger el planeta y asegurar la prosperidad para todos durante los próximos quince años (43).

Fuente: Elaboración propia.2018.

3.1.4. Marco operativo de la Promoción de la Salud

3.1.4.1. Línea de acción de la PS: Desarrollo de aptitudes o habilidades personales para tomar decisiones saludables de Estilos de Vida

En la carta de Ottawa se promulgaron la definición y el marco operativo de la PS, con las subsiguientes conferencias se orientan los objetivos y fortalecimiento de las líneas de acción. Por tanto, el *desarrollo de aptitudes o habilidades personales para tomar decisiones saludables de estilos de vida*, como línea de acción (Carta de Ottawa.1986) señala, las acciones de educación para la salud, de participación, de empoderamiento, así mismo, las

acciones intersectoriales y de la comunicación social, en los ámbitos colectivos de vida (escuela, trabajo, comunidad y medios de comunicación, entre otros).

Acciones reafirmadas en la segunda Conferencia Internacional de la PS de Adelaida en 1988, por medio de la cual se orientan las Políticas Públicas Saludables relacionadas con el desarrollo de comportamientos saludables de estilos de vida.

- Concepto de estilo de vida

En cuanto al concepto de estilo de vida (EV) data desde la antigua Grecia y los acuerdos hipocráticos del siglo IV y V (a.C), ...las personas para alcanzar un régimen adecuado de salud, debían tener una buena alimentación, actividad profesional, socialización y la práctica de ejercicio físico, además del ocio y el baño (44).

Weber por su parte postula en 1922 “... los estilos de vida que poseía una sociedad estaban determinados por el nivel de estratificación social...”

Una breve revisión conceptual no sistemática permite concluir la definición de estilo de vida, como un modo de vida individual que cada persona decide asumir por voluntad motivacional; es una forma de vivir, tiene alta dependencia con las condiciones económicas, políticas, sociales, culturales, educativas, concretas y particulares del entorno que rodea a la persona, sea familiar, barrial, estudio o trabajo. Los factores o determinantes sociales que promueven la salud son denominados saludables ó por el contrario los no saludables los que deterioran la salud en este caso en particular, se convierten en problemas de salud pública por la relación que existe con la aparición de las ENT, comorbilidades, discapacidad y muerte. La posición de Tuero y Márquez reafirma la idea que las enfermedades no transmisibles, ocurren cuando

los EV, se presentan como factores de riesgo y se acentúan por el vínculo directo que tiene los estilos de vida con los aspectos económicos, culturales y sociales en los que se desenvuelven las personas (45,46,47,48).

Los EV están altamente influenciados por procesos socioeconómicos y políticos que provocan la distribución inequitativa y desigual de estos factores entre los grupos de los diferentes estratos sociales, debido a los procesos que provocan la distribución inequitativa y desigual de dichos factores. Por tanto, los conceptos de modo y estilos de vida del siglo XIX surgen como consecuencia de los modelos estructurales y hegemónicos de orden económico, político y social dando lugar a los cambios epidemiológicos del estado de salud principalmente en los países desarrollados y dan explicación a las causas de mortalidad y morbilidad por factores y condiciones socio-económicas (49).

Los investigadores de los EV, ante la presencia de la revolución tecnológica y la epidemiología actual, coinciden en que los estilos de vida son “... factores de riesgo que acarrearán la mayoría de las ENT, y representan a su vez, un problema de la salud pública y hacen énfasis en que el tabaquismo, el alcohol, la actividad física, la alimentación inadecuada y el estrés, más allá de ser hábitos y conductas individuales son el reflejo social de la distribución inequitativa de los riesgos para la salud, vinculados a un estatus cultural, social, económicos y político que influyen sobre los patrones de comportamientos y hábitos y producen además desigualdades sociales que afectan a los más pobres carentes de poder político, ingreso económico, ocupación y nivel educativo” (47).

En 1986 la OMS expone el concepto de EV como “...aquellos patrones de conducta, individuales y colectivos que demuestran cierta consistencia en el tiempo, bajo condiciones más o menos constantes y que pueden constituirse en dimensiones de riesgo o de seguridad dependiendo de su naturaleza...” (50).

Los estudios explorados sobre la conceptualización, del estilo de vida, permiten concluir que se trata de un determinante social de la salud, es decir, es un factor social influyente en el estado de salud de las personas y colectivos, que además depende del *modo de vida* establecido por el modelo estructural económico, político y social de un país, por demás del nivel ocupado por los grupos de personas en la escala social, según sean sus condiciones materiales de poder, ingresos económicos, la cultura, la formación educativa y actividades de consumo o de productividad.

- Concepto de hábito de vida

El concepto de hábito desde la mirada de la teoría de la semiótica⁸, estudiado por Charles Peirce (1887-1888) sustenta sobre la importancia de la formación del hábito como “...la consolidación de una conducta o creencia que puede utilizarse más adelante con plena eficacia, con efectos palpables y admirables...”. El Filósofo estadounidense afirma, un hábito, comienza cuando la persona tiene la motivación, el propósito y la disposición (no como un patrón de comportamiento), de hacer reflexión interna (mental) y de interpretar las cosas que hace y del porqué, la manera determinada como las hace; para luego convertir esos

⁸ Semiotica: estudio de los signos y de la comunicación

pensamientos reflexivos, inferidos e interpretados desde la razón, en acciones externas o consecuencias reales o hábitos sin ser ellos condicionados o absolutos. Un hábito, corresponde al hábito del pensamiento que nace del ejercicio mental, de la interpretación de la realidad e implica la acción física del cuerpo. Es móvil y no se adquiere de una vez y para toda la vida, sino que están en continua actualización y cambio de forma adecuada o no dependiendo del propósito que se busque y esto puede causar dolor. (15).

- Concepto de cambio de hábito de vida

El artículo: "Abrupto: cambio de hábitos" de D. Páez (2018) quien desde la teoría de la semiótica de Peirce explica cómo el hábito es un proceso repetitivo de un comportamiento o de un pensamiento adquirido habitualmente por las percepciones de la realidad del diario vivir y de las experiencias que van entrando en la conciencia de las personas de una manera voluntaria y selectiva solo si se interpreta lo que sucede; en muchas ocasiones involuntaria por la repetición de sucesos que se observan, escuchan, es decir se perciben a través de los órganos de los sentidos recibidos del entorno en que se habita (16).

Afirma el pensamiento se vuelve un hábito cuanto más se entre en contacto con esas vivencias repetidas. Por otro lado, el cambio de hábito de pensamiento enraizado por el pensamiento interpretativo del mundo cambiante, implica adoptar acciones cotidianas, repetitivas y conscientes, críticas, analíticas y propositivas de otras realidades que se perciben; para llegar a este nivel y desde la teoría semiótica, es darle sentido y crear nuevas experiencias a partir de la realidad del mundo, pero haciéndolo a diario, como parte de su pensamiento cotidiano.

La decisión del cambio de hábito de pensamiento interpretativo genera resistencia en la medida en que se hace consciencia de la realidad ó, por el contrario indiferencia si se mantiene en el hábito de pensamiento arraigado y tradicional siempre y cuando no se haga consciencia de las nuevas realidades en que se desarrolla.

El cambio de hábito, según Paéz, con los elementos teóricos de la semiótica se presenta de varias formas. *El cambio gradual y autoimpuesto*, que tiene lugar cuando la persona lo hace de manera consciente y lo repite en su cotidianidad haciéndolo inconsciente en la medida que se empodera y toma control de su vida. *El cambio de hábito gradual y no controlado*, es el que presenta la realidad desde fenómenos repetidos y que a su vez forman las culturas, las políticas, las conductas sociales entre otras, es decir, forman los pensamientos habituales de conformidad y se heredan entre las generaciones. En cuanto al *cambio abrupto y no controlado*, se refiere al que se da por experiencias repentinas y al cual debe adaptarse y acomodarse de inmediato a otros hábitos pues el sistema nervioso y cognitivo entran en shock. Sus hábitos y comportamientos automáticos se mantienen inalterables y permanecen en funcionamiento por lo que la adaptación al cambio es difícil. Se debe apuntar al *cambio de hábito gradual y autoimpuesto* para el alcance del hábito de pensamiento crítico, reflexivo y propositivo de la realidad de las condiciones externas impuestas, para la realización de nuevos hábitos como estilos de vida saludables.

El hábito de pensamiento es cambiante, para Nola Pender, en su Modelo de Promoción de la Salud, en cuanto a la modificación de un hábito, sugiere que el pensamiento en la concepción de "...un hábito saludable esta dado por el estímulo que ofrecen las condiciones situacionales, personales e interpersonales y que, al cambiar esas situaciones, también cambia el

pensamiento, con un componente importante que tiene que ver con la motivación para la toma de decisiones en la modificación del hábito saludable...” (17,18).

El modelo se basa conceptualmente en tres teorías de cambio de la conducta: Una, la teoría, de la Acción Razonada (de Ajzen y Fishben), la cual explica el mayor determinante de la conducta, es la intención o propósito o deseo que tiene el individuo (51).

Dos, la teoría de la Acción Planteada: la conducta de una persona se realiza con mayor probabilidad, si ella tiene seguridad y control sobre sus propias conductas (52).

Tres, la Teoría Social-Cognitiva, de Albert Bandura, en la cual se plantea que la autoeficacia⁹ es uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano, definida como “...los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento..” (53).

Pender, menciona que la toma de decisiones respecto al estilo de vida está determinada por factores internos y externos de la persona. Los factores internos de la persona, son los representados por los *conocimientos y la voluntad* y determinan las conductas de autocuidado. En tanto, los factores externos o ambientales a la persona están constituidos por las condiciones requeridas para el logro de la calidad de vida, forman parte del entorno en que se desarrolla la persona y hacen posible o no su autocuidado. La persona con *conocimientos* en gran medida toma decisiones para optar o no prácticas saludables frente al cuidado de su salud; sin embargo, ellas, no dependen exclusivamente de la educación y la información dado que hay diversos factores internos y externos que también intervienen.

Tener *la voluntad* para replantear el cambio de un hábito es *propio de cada persona* desde lo

⁹ La autoeficiencia, es la definida como la confianza que un individuo tiene en su habilidad para tener éxito en determinada actividad.

biológico, psicológico y sociocultural y esta relacionada con su historia de vida, con valores, con creencias, con aprendizajes y con motivaciones diferentes. Es aquel suceso que moviliza en la persona estructuras mentales y emocionales para el cambio de un hábito. De aquí se comprende la razón por la cual algunas asumen prácticas de autocuidado y otras no lo hacen a pesar de tener conocimientos sobre EVS, desarrollan comportamientos de riesgo movidos por los múltiples determinantes de la conducta.

Las condiciones o factores externos o ambientales, son aquellos aspectos que forman parte del entorno en el que se desarrolla la persona que hacen posible o no su autocuidado, como lo son: lo cultural, lo político, el medio ambiente, lo económico, lo familiar y lo social.

La influencia de las condiciones o situacionales externas sobre la persona hacia la modificación o no de hábitos saludables depende de la percepción personal y cognitiva para facilitar o impedir el cambio de hábito hacia las prácticas de EVS. Además, incluyen las percepciones de las opciones disponibles así como las características de la demanda y las características estéticas del entorno en el que se propone la PS.

- Concepto de Enfermedades No Transmisibles (ENT)

En el año 2012, la OMS sintetiza el concepto de ENT como “...enfermedades prolongadas en el tiempo y que no tienen cura...” y en el 2013, Grau menciona “...son perdurables, tienen síntomas no constantes y con frecuencia involucran alguna discapacidad, las personas pueden sentirse relativamente bien o mal en ocasiones, pero nunca están totalmente sanas...” (54).

Grau menciona el concepto de las ENT se encuentra contextualizado por diversos autores dentro de los cuales se mencionan el dado por Leventhal, Neerez y Style en 1984, quienes

señalan que al ser crónicas “...hay que aprender a vivir con ellas, que la meta principal es la adaptación y no su cura definitiva...” y en términos de la “teoría de la crisis” de Moos y Schaefer, en 1984 “...más allá de la adaptación a la enfermedad, representa una crisis en la vida personal porque interfieren el funcionamiento personal y social existente hasta entonces y son estresantes para el paciente, familia y amigos, requieren entrenamiento y motivación del paciente (y su familia) para su tratamiento, cuidado y auto-cuidado...”. Entre tanto, Daar y colaboradores en 2007, las describen como “...son enfermedades sin agente conocido causante que las transmita de un individuo afectado a otro...” Para Hamson y Gluckman en 2011, mencionan “...no se resuelven espontáneamente, e implican cambios mayores en la vida de una persona, alterando las rutinas y actividades cotidianas...”

El surgimiento de las ENT, se debe principalmente a múltiples causas sociales con alta influencia en el comportamiento de las personas por encima de su voluntad y motivación. Las condiciones sociales dadas por el poder adquisitivo, el tipo de trabajo, el nivel educativo, la cultura, entre otros factores, tienen influencia directa con la adopción de EVS, que en sí mismos se convierten en factores de riesgo para la aparición las ENT, el estado de salud y el bienestar. Como ejemplo sencillo, al momento de elegir una alimentación saludable no depende solo de la voluntad y del conocimiento del debido consumo, también del acceso a los costos y tipo de alimentos que ofrece el mercado.

La transición epidemiológica y la demográfica son ejemplo del mundo cambiante y con ellas también los investigadores han demostrado la aparición de las ENT principalmente durante la adultez en razón a múltiples factores que involucra tanto lo biológico como el origen social,

psicosocial (estrés), condiciones, modos, hábitos y EV, adoptados u obligados a practicar por el individuo en el medio que habita.

La época contemporánea de mediados del siglo XX e inicios del siglo XXI acompañada de cambios tecnológicos, económico y políticos, trae consigo transformaciones de orden social, educativo, sanitario y cultural entre las personas y las poblaciones y ha basado los estudios científicos en identificación de los factores y condiciones de vida favorecedoras de la prevalencia e incidencia de las enfermedades sociales entre las poblaciones; y han demostrado la relación que hay entre la aparición de las ENT y la adopción poco saludable de EV.

Los autores e investigadores coinciden que las ENT están representadas por las enfermedades cardiovasculares (HTA e IAM, las de mayor incidencia y prevalencia), las pulmonares, los trastornos osteoarticulares, las enfermedades renales, el cáncer, la diabetes, obesidad y otros trastornos metabólicos señalando que son la causa principal de discapacidad y de mortalidad prematura en el mundo representando un 68% del total de muertes de las cuales, el 80 % ocurre en países de ingresos bajos o medios. Agregan que la mayoría de ellas provocan síntomas complejos y molestos como el dolor, sentimientos de dependencia, miedos e inseguridades que deben ser valorados y tratados integralmente, que además exigen mayor cuidado en salud, modificación de hábitos y costumbres y, en consecuencia, provocan altos costos sociales y económicos.

El informe del 2014 sobre la situación mundial señala: "...Las ENT son la principal causa de muerte en el mundo entero, causando 38 millones (el 68%) de los 56 millones de defunciones

registradas en 2012. Más del 40% de ellas (16 millones) fueron muertes prematuras ocurridas antes de los 70 años de edad, casi las tres cuartas partes de las defunciones por ENT (28 millones) y la mayoría de los fallecimientos prematuros (el 82%) se produjeron en países de ingresos bajos y medios...” (13).

Los datos expuestos contemplan la población mundial y alcanzan a países como Colombia. Aquí, el fenómeno se materializa dentro de las capas sociales más vulnerables sin discriminar si quienes las sufren pertenecen a una institución determinada o no. Los resultados de encuestas de Salud y Nutrición de 2005 y 2010 y de la Encuesta Nacional de 20 Demografía y Salud 2010, señalan que las Enfermedades Cardiovasculares y la Diabetes ocasionaron cerca de 64 mil (32%) defunciones, de las cuales una tercera parte ocurrieron en personas entre los 20 y los 59 años y con tendencia en la prevalencia de hipertensión, diabetes, y obesidad y sobre la distribución y tendencia del tabaquismo, la actividad física, la alimentación y el consumo de alcohol (55).

Lo anterior conlleva a nuevas intervenciones y estrategias sanitarias interdisciplinarias desde la PS que favorezcan el bienestar de las personas y comunidades desde luego con la mirada del derecho humano, con equidad y justicia social. Cabe mencionar que la hegemonía neoliberal y el modelo económico y del sistema de salud, han frenado la intención práctica de la PS en razón a que dichos modelos estructurales prestan sus servicios y atención a la enfermedad más que la promoción, privilegiando de manera inequitativa a los grupos de población con mayores ingresos.

3.1.4.2. Línea de Acción de la PS: Crear Entornos Favorables

Mediante la tercera Conferencia sobre la PS en Sundsvall (1991), se reafirma la propuesta de la línea de acción de la PS, *creación de ambientes favorables para la salud*, mediante la cual se definió las responsabilidades para su alcance, por un lado, de los gobiernos encargados de las decisiones políticas y por otro, de la participación activa de las comunidades defensoras de la salud, del medio ambiente y de la justicia social. Por demás, se refiere a los ambientes favorables como aquellos entornos que cuenta con aspectos sociales, económico, políticos, y físicos donde viven las personas: barrio, hogar, lugar de trabajo y de diversión, y representa el medio donde se determina el acceso equitativo a los recursos para vivir con igualdad de oportunidades para actuar. La universidad es un entorno saludable y surge sobre la base operativa de la PS postulada durante las conferencias internacionales de Carta de Ottawa (OMS.1986), la Carta de Bangkok (OMS.2005), la Declaración de Adelaida (OMS.1988) y la Conferencia Sundsvall (OMS.1991).

- Universidad Saludable o Universidades Promotoras de la Salud

El origen de las Universidades Promotoras de Salud (UPS) o universidades saludables, surge como resultado de las disposiciones y normativas establecidas en la Declaración Universal de los Derechos Humanos por la ONU, luego de la Segunda Guerra Mundial, orientadas ellas a favorecer el bienestar de la humanidad, y por otro lado, con la promulgación de los Objetivos de Desarrollo del Nuevo Milenio (OMS. 2000) y los recientes Objetivos para el Desarrollo Sostenible (OMS. 2015), cuyo fin último es garantizar el derecho fundamental a la educación y a la salud.

Históricamente la cosntitución de la Universidad Promotora de la Salud (HPU siglas en inglés. UPS siglas en español) o universidad saludable data en primer lugar, desde la estrategia de Entornos Saludables sobre la base de las Escuelas Saludables en la Conferencia Sundsvall en 1991; en segundo lugar, como propuesta desde la OMS en 1995, y con ella el nacimiento de la primera UPS, la Universidad Central Lancashire (Reino Unido), la cual fue ejemplo para otras universidades de países como Alemania, China y de los Estados Unidos; en tercer lugar, en el 2005 con la promulgación de la *Carta de Edmonton*, mediante la cual se consolidan los conceptos, características y acciones de PS para la conformación de una Universidad Saludable, lo que significa que el enfoque de la PS debe formar parte de las Políticas del Plan Educativo Institucional y con ello la asignación de recursos suficientes y necesarios en el compromisos de cada miembro integrador de la comunidad educativa para la aplicación e incorporación de las actividades que fomenten la modificación en estilos de vida saludables y por ende mejorar la calidad de vida, el bienestar y el desarrollo de capacidades y potencialidades de futuro desarrollo de la sociedad que habite (56); en cuarto lugar, con la instauración de redes tanto a nivel de las Américas y del Caribe con la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud (RIUPS en 2007) como en Europa con la Red Española de Universidades Saludables (REUS en 2008), en quinto lugar, la formulación en el 2013 de diez principios y aspiraciones para que las universidades que conforman la RIUPS que generen compromisos para el fortalecimiento y la articulación tanto en sus propios entornos universitarios como en la proyección del desarrollo de la sociedad tanto a nivel nacional como internacional (57).

Y en sexto lugar, la promulgación de la *Carta de Okanagan* (Kelowna. Canadá. 2015) mediante la cual se proponen dos líneas de acción para facilitar el desarrollo de las UPS: una, incorporar la salud en la administración de los campus en la cultura, en las actuaciones

administrativas y académicas, y dos, liderar la PS a nivel local y global como segunda línea de acción (58).

Colombia, además de formar parte de la RIUPS, al interior ha constituido la REDCUPS (Red Colombiana de Universidades Promotora de la Salud), bajo el liderazgo de la Universidad Javeriana en el año 2009, que de acuerdo a informes en el 2013 se encuentran vinculadas a ella, 84 universidades tanto del sector público como privado.

A nivel del marco normativo sobre la constitución de UPS, Colombia tiene como antecedentes en primera lugar, la Constitución Política de Colombia de 1991, a partir de la cual se promulgan los derechos a la educación y a la salud; en segundo lugar, mediante la Reforma Ley 1438 de 2011, se incorpora la PS y la estrategia de la APS en sus acciones y servicios de salud; en tercer lugar, con la Ley 1503 de 2011 se promueve la formación de hábitos, comportamientos y conductas de prevención vial para el entorno universitario, y en cuarto lugar, el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP 2012-2021), mediante el cual se establecen las intervenciones y políticas para cumplimiento de la dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles en de la búsqueda del bienestar y del disfrute de una vida sana en las diferentes etapas de la vida.

Por último, hacia el año 2016, el Ministerio de Salud y de la Protección Social (MSPS), desde la Subdirección de Enfermedades No Transmisibles y Grupo de Modos, Condiciones y Estilos de Vida Saludable, establece los lineamientos técnicos para la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludables en el entorno universitario, en cuyo objetivo general menciona “...Definir y gestionar un marco de actuación para la promoción de modos,

condiciones y estilos de vida saludable, que oriente el trabajo conjunto entre la entidad territorial, la comunidad universitaria y las Instituciones de Educación Superior (IES), con actores, sectores para la generación de infraestructuras, bienes y servicios que favorezcan la elección y toma de decisiones responsables frente a la salud de individuos, familias y comunidades...” (59).

De otro lado, se trae en mención el concepto de universidad saludable, expuesto por Gallardo-Pino y Coles en 2010, como “...una institución educativa que de forma continua mejora del ambiente físico, social, cultural, salud y bienestar, que permite potencializar los recursos de todos sus miembros, para que lleven a cabo todas las funciones de su vida y desarrollen su máximo potencial. Plantean que las universidades pueden favorecer de manera importante la PS y la mejora del bienestar de sus miembros y de la sociedad en la cual convive...” (60).

A partir de cual se pone de manifiesto tres condiciones importantes de la universidad saludable: uno, la voluntad política de los directivos; dos, identificar y potencializar los determinantes como recursos de la salud, y tres, la participación activa de los miembros de la comunidad universitaria.

El acercamiento al concepto de universidad saludable o UPS surge de la concepción ideológica de comunidad universitaria del mundo contemporáneo, como el escenario que permite generar y adquirir conocimientos, adicional de favorecer el desarrollo humano de sus miembros a través de programas y actividades que incidan sobre los DSS propios de sus realidades dentro y fuera de la universidad y tienen como propósito promover la salud, el bienestar y la sostenibilidad cada uno de sus miembros, así como de su entorno social en

cuyo logro debe integrar las diferentes estrategias, procesos y estructuras académicas con programas de educación para la salud y actividades de PS en pro de la mejora de la calidad de vida; así, lo expresa Tsouros, coordinador del proyecto Ciudades Saludables y representante de la oficina Europea de la OMS...“Las universidades pueden hacer muchas cosas para promover y proteger la salud de los estudiantes y del equipo universitario; para crear ambientes de vida, de aprendizaje y de trabajo conducentes a la salud; para proteger el ambiente y promover el desarrollo humano sostenible; para impulsar la promoción de la salud en la enseñanza y en la investigación; para promover la salud de la comunidad y ser un recurso para la salud de la comunidad...” (19).

Si bien el concepto teórico es válido universalmente, trasluce otra realidad a la hora de operativizarlo. Por un lado deja en manos de los miembros de la comunidad universitaria la plena responsabilidad para asumir la PS; por otro lado, su generalización dista de visualizar la presencia de los DSS de un nivel alto y propios de los países Europeos a propósito, opuestos a las condiciones económicas, políticas, sociales, culturales, ambientales, sanitarias y educativas que caracterizan a las regiones pobres y representan una brecha de ser un recurso para la PS y, por consiguiente, un freno para la conformación de universidades saludables desde las propuestas dadas por la OMS, por las redes de UPS y en Colombia por el Ministerio de Salud y de la Protección Social.

Finalmente, la puesta en marcha de la universidad saludable en varios de los países de Europa a finales del siglo XX e inicios del XXI, han seguido el modelo salutogénico, el cual permite realizar el “mapeo de los activos en salud” e identificación de los “activos y recursos” con los que cuenta para la constituirse como universidad promotora para la salud.

3.2. Modelo Salutogénico. Aarón Antonovsky

Se ha mencionado que la operatividad de la PS desde su concepción misma exige una serie de intervenciones que motiven la modificación de conductas o EV de las personas, familias y comunidades; sin embargo, este fin poco ha sido logrado hasta el día de hoy.

- Antonovsky y origen del Modelo Salutogénico

Para contextualizar el surgimiento del Modelo Salutogénico, es de gran importancia conocer a su creador, Aaron Antonovsky, médico sociólogo nacido en EEUU en 1923, con raíces israelita, excombatiente de la II guerra Mundial, profesor e investigador del Departamento de Medicina Social de la Universidad Hebrea de Jerusalén durante los años sesenta. Fallece tempranamente en 1994.

La teoría salutogénica se gesta del estudio realizado por Antonovsky con mujeres de Europa Central supervivientes a los campos de concentración y al holocausto de la II Guerra Mundial cuyo resultado permitió concluir que el 29% de las mujeres manifestaron gozar de relativa salud a pesar de estar sometidas a gran presión; conclusiones a partir de las cuales, Antonovsky plantea tres preguntas orientadoras y fundamentales para la constitución de la teoría salutogénica. Una, ¿Por qué las personas se mantenían saludables a pesar de estar expuestas a tantas influencias perjudiciales? Dos, ¿Cómo se las arreglan para recuperarse de enfermedades?. Y tres, ¿Qué tienen de especial las personas que no enferman a pesar de la tensión extrema? (1,2).

Coincidentalmente tanto la salud pública posmoderna como la teoría salutogénica, nacen a partir de los dolores físicos y mentales del Holocausto, y deja ver a la salud de una forma diferente.. El caso particular el modelo salutogénico de Antonovsky basa sus postulados en el origen de la salud y el bienestar, en el mantenimiento y realce del bienestar y en la hipótesis de que los factores estresantes pueden tener consecuencias saludables o beneficiosas según las características y capacidad de las personas para resolver las situaciones generadoras del estrés. El sociólogo, en la época, hace una crítica al modelo tradicional patogénico de los conceptos de salud y enfermedad como mutuamente excluyentes; en contraposición, propone la definición de la salud como un continuo proceso de bienestar (salud) y malestar (enfermedad); menciona que un ser humano y sus condiciones no le permiten un pleno goce de salud o en un estado completo enfermedad (1,2).

Con respecto al modelo salutogénico se puede concluir: uno, la atención se centra en la resolución de problemas y búsqueda de soluciones; dos, en la capacidad para identificar y utilizar los recursos disponibles o GRRs que ayuden a las personas, grupos y comunidades a dirigirse hacia la salud positiva; tres, en identificar el sentido global, omnipresente y generalizado en individuos, grupos, población o sistemas que sirven como mecanismo general o la capacidad del sentido de coherencia. (61).

- El Modelo Salutogénico y su relación con la Promoción de la Salud

El Modelo Salutogénico de A.Antonovsky desde sus fundamentos teóricos respalda los postulados de la PS, así lo dejan ver los estudios de investigación realizados por los Doctores

Lindström EriKsson¹⁰; que mencionan las grandes similitudes entre los procesos de la PS y el Modelo Salutogénico; primero, con relación al antecedente histórico los dos emergen del denominado Holocausto de la II Guerra Mundial de 1939 a 1945; segundo, el fundamento o razón de ser, los dos procesos surgen en defensa de los Derechos Humanos, la equidad, sostenibilidad y el reconocimiento de las personas como sujetos activos y participativos; tercero, en razón al tiempo durante el cual son reconocidos, durante los años ochenta, fueron definidos tanto la PS como la salutogénesis y, cuarto, los dos procesos contienen tres elementos básicos que los conforman: uno, los recursos o activos de la salud que representan los DSS o los GRRs; dos, en ambos, sus intervenciones están orientadas a controlar los DSS o activos de la salud y en la habilidad o SOC que se tiene para utilizar y reutilizar los GRRs y tres, tanto la salutogénesis como la PS tiene como objetivo mejorar la calidad de vida, la salud y el bienestar de las personas; por lo tanto, se debe capacitar a las personas para que alcancen una vida activa, productiva y significativa.

El seguimiento de los estudios y revisión sistemática sobre el Modelo Salutogénico que los investigadores Lindström y Eriksson han realizado desde el año 2010, representa la aproximación teórica más adecuada para llevar a cabo la operatividad de los principios,

¹⁰ Bengt Lindström, médico pediatra, Doctor en Salud Pública, profesor de promoción de la salud en la Escuela Nórdica de Salud Pública (Suecia) y en la Universidad de Buskerud (Noruega). Director del Grupo de trabajo Mundial sobre salutogénesis de la UIPES (Unión Internacional de La Promoción de la Salud y Educación para la Salud) en el centro de investigación FolKhälsan, Helsinki, Finlandia. Sus últimos estudios se han basado en la calidad de vida como resultado de la PS en términos salutogénicos

Monica EriKsson, Licenciada y Master en ciencias sociales, Doctora en Políticas Sociales, profesora de salud pública en la división de salud y Cultura del Departamento de Enfermería, Salud y Cultura de la Universidad West, Trollhålsan, Suecia y administradora y editora de la página web www.salutogenesis.fi en el centro de investigación FolKhälsan, Investigación en PS Helsinki, Finlandia. Su tesis doctoral en 2007, se basó en la investigación sistemática de la salutogénesis

Tanto Lindström B. como Eriksson M. en su libro Guía del Autoestopista Salutogénico. Camino Salutogénico hacia la PS, describen la relación directa que existe entre el modelo salutogénico y la PS mediante tres razones fundamentales, en primer lugar, porque el modelo se enfoca en la resolución de problemas y la búsqueda de soluciones, en segundo lugar, porque identifica los GRRs que ayudan a la persona a ver la salud desde el enfoque positivo, y, en tercer lugar, porque haya la capacidad de discernimiento de la situación mediante el SOC.

ideologías y áreas de acción de la PS, lo cual se sustenta por las siguientes razones: la primera, la salutogénesis ha sido objeto de inspiración para investigaciones de diferentes disciplinas como la psicología, la sociología de la salud pública y la pedagogía entre otras ciencias diferentes a la salud; la segunda, se evidencia que durante el período comprendido entre 1985 y 2010 ha habido un incremento progresivo en número de 20 hasta 120 estudios; la tercera, los artículos producto de los estudios de evidencia científica se han obtenido de las bases de datos PubMed, ISI, Cinahl, Bibsys, PsychInfo, Libris y otras a través de las cuales se hallaron artículos escritos en inglés, en lenguas escandinavas, griego y español. Cabe mencionar que los temas de investigación han centrado su interés en el uso del cuestionario de Orientación de la Vida creado por Antonovsky en 1979 y ajustado por el mismo autor en el año 1987 por medio del cual se mide el SOC; la cuarta, en el año 2007 la UIPES (Unión Internacional de la Promoción y Educación de la Salud), dio inicio al Grupo de Trabajo Global de salutogénesis (GTG-Sal) bajo la dirección de Lindström y Eriksson y desde el año 2009 el Grupo de Investigación de Promoción de la Salud Folkhälsan crea la página web: www.salutogenesis.fi, a la cual se puede acceder de manera gratuita para consulta y aportes investigativos; la quinta, por la cual el modelo salutogénico es una herramienta para la práctica de la PS se justifica dado que los resultados de los estudios evidencian asociaciones del SOC con la calidad de vida con los comportamientos saludables, con el manejo del estrés y con la vida laboral, entre otros; la sexta, en yuxtaposición con los principios de la PS se ponen de manifiesto los componentes integradores de la aproximación salutogénica a los GRRs y al SOC. La explicación del SOC lleva a *comprender* qué recursos para la salud o DSS están disponibles para mejorar el bienestar y calidad de vida (11).

Y la séptima, está relacionada con que hacia el año 1992, Antonovsky fue invitado al seminario celebrado por la oficina Regional de la OMS en Copenhague donde tuvo la oportunidad de presentar su modelo salutogénico enfrentándolo a otras teorías de PS convocadas. Antonovsky propuso convertir los principios de la Carta de Ottawa en términos salutogénicos para ver el proceso de salud como un continuo de larga duración y no como resultado. A partir de ella, la OMS concluye que la práctica de la PS debe ser sobre la salud y no sobre la enfermedad, postulado en plena concordancia con la teoría salutogénica de Antonovsky (62).

Los libros escritos por Antonovsky (Health, Stress and Coping.1979 y Unraveling the Mystery of Health.1987) describen en detalle el enfoque teórico del modelo y son el punto de partida y legado para muchos de los investigadores seguidores de su teoría, entre los cuales, Lindström y Eriksson dedicados al estudio del Modelo Salutogénico desde los años 2010, han realizado una serie de investigaciones entre los cuales se destacan: la "Validez de la escala de SOC de Antonovsky: una revisión sistemática" y su libro llamado "Guía del Autoestopista Salutogénico. Camino Salutogénico hacia la Promoción de la Salud. 2011", mediante los cuales visualizan la teoría salutogénica. Para los investigadores la teoría salutogénica representa el eje fundamental para la PS por cuanto Antonovsky hace uso de la metáfora del "*río de la vida*" por medio de la cual hace la comparación entre el modelo patogénico con el salutogénico. Se trata de un río embravecido. Las corrientes de ese río representan el estado de enfermedad y el objetivo de la cura es rescatar a las personas sin considerar los motivos que lo llevaron a estar allí (enfoque patogénico). La perspectiva de la PS, indica que a veces las personas voluntariamente se tiran del río o se niegan a aprender a nadar.

El Modelo Salutogénico por su parte, entiende que el río es la vida misma expresada tanto por aguas tranquilas o peligrosas, además determinadas por las condiciones internas y externas que rodean a las personas para nadar bien en cualquier zona del río (1).

Con la mirada salutogénica retomada por Lindström y Eriksson, la metáfora del río de la vida, se concluye que el río está lleno de riesgos, pero también de recursos y su travesía está en la capacidad que tiene la persona y comunidad en identificar y utilizar los recursos necesarios para mejorar la calidad y bienestar de vida (12).

Eriksson y Lindström en mención a la metáfora de “el río de la vida” de Antonovsky (1987), crearon una representación gráfica de la misma la cual deja ver las diferencias entre enfermedad y salud. El río representa el hábitat de la vida diaria donde existen riesgos, pero también recursos indispensables para atravesarlo como es la “promoción de la salud”, la “educación en salud”, la “prevención” y otros recursos importantes para poder generar salud y vivir dignamente. Esta teoría ha representado para los seguidores de la PS, el camino para el surgimiento del “*modelo de activos para la salud*” y, de igual manera, la importancia de identificar y utilizar los recursos para generar bienestar (11).

A modo de conclusión, el modelo salutogénico actualmente para la salud pública, en muchos países, principalmente del norte de Europa y recientemente en España, bajo el influjo de la evidencia científica, representa una estrategia para la aplicabilidad de la PS, dado que desde su concepto mismo en la carta de Ottawa (1986), como “... el proceso que permite a las personas incrementar el control y mejorar su salud con el fin de alcanzar un estado de completo bienestar físico, mental y social y para llevar una vida activa y productiva, es decir, una buena calidad de vida lo cual significa que los individuos podrán identificar y realizar

sus aspiraciones, satisfacer las necesidades y adaptarse al entorno...”; en comparación con los fundamentos teóricos salutogénicos, poseen puntos de coincidencia, por cuanto el modelo salutogénico busca alcanzar la capacidad para manejar el estrés en un mundo globalizado, caracterizado por rápidos cambios sociales, siendo crucial para el mantenimiento y desarrollo de la salud y la calidad de vida; además, de proporcionar flexibilidad y capacidad en la identificación y utilización de los GRRs vistos de manera positiva para el alcance del bienestar y calidad de vida (63).

- Fundamentos teóricos del Modelo Salutogénico

Acerca del Modelo Salutogénico expuesta por Antonovsky, los autores evidencian los dos grandes componentes teóricos que lo conforman: primer componente, por los *GRRs*, que son los prerrequisitos para el desarrollo del SOC y están representados tanto por los recursos inherentes a la persona y a sus capacidades, como por los recursos que se encuentran en su entorno; segundo componente, por el *SOC*, que representa la capacidad de control y afrontamiento de la persona frente a los GRRs, contenidos ellos en el sistema macro estructural y cultural provocadores de condiciones “estresoras” que a su vez traen como consecuencia los problemas de salud mental y física.

Los estudios concluyen que por lo menos se requiere de cuatro GRRs para facilitar el desarrollo de un SOC fuerte, entre los cuales se encuentran *las actividades significativas, pensamientos existenciales, contacto con los sentimientos interiores y las relaciones sociales* y que el enfoque promotor de la salud del modelo salutogénico, está en la habilidad de utilizar los recursos y no solo en la disposición que se tenga de ellos (11).

Lindström y Eriksson hablan de los GRRs del Modelo Salutogénico como los “los factores biológicos, materiales y psicosociales que le permiten a las personas percibir y concebir su vida coherente, estructurada y comprensible”. Forman parte de los GRRs el dinero, el conocimiento, la inteligencia, la experiencia, la autoestima, los hábitos saludables, el compromiso el apoyo social, la cultura, las tradiciones y la visión de la vida. Antonovsky sustenta que una persona entre más tenga disposición y oportunidad de acceso a esos recursos, mayor será su desafío para afrontar la vida (11).

Los GRRs identificados dan lugar al comportamiento de la persona y proceden tanto de las condiciones internas como de su entorno sociocultural, físico y natural y hablando en términos de la Salud Pública, se constituyen como los factores causales sociales o DSS, económicos y culturales que influyen en la aparición de las enfermedades.

En cuanto al Sentido de Coherencia-SOC, se refiere Antonovsky en su libro: Salud, Estrés y Confrontación. 1987, es una manera diferente de percibir la salud y lo hace mediante la hipótesis de la relación estrecha que existe entre el SOC, la Salud y el bienestar de las personas, propone encontrar *factores protectores* de la salud, a partir del cual, se calcula el nivel del SOC de la persona (2).

Por otro lado, Antonovsky, antes de llegar a la definición del *Sentido de Coherencia* (SOC), como el elemento conceptual base del *Modelo Salutogénico*, en el capítulo dos de su libro, muestra la definición y explicación de los tres componentes claves del SOC. La *comprensibilidad* (componente cognitivo o perceptivo-cognitivo) o grado en que la persona percibe los estímulos que le ofrece el entorno externo y a los que se enfrenta de manera

ordenada, organizada, estructurada, consistente y clara: Realiza un análisis interno de los GRRs que le ofrece la micro y macro estructura social y los aleja de la posibilidad de verlos como caóticos, desordenados, azarosos, accidentales o imprevisibles, es decir, la capacidad que tiene la persona para entender lo que pasa. La *manejabilidad* (componente conductual, comportamental o instrumental), es la medida en que la persona percibe, es capaz de afrontar y superar las cosas negativas que le presenta la vida; identifica y utiliza los recursos a su disposición adecuados y provechosos para satisfacer y afrontar las necesidades, es decir la persona tiene una actitud confiada y activa ante eventos difíciles y adversos que tiene la capacidad de identificar las habilidades para manejar y asumir las situaciones. La *significatividad* (componente motivacional y emocional), es el grado de compromiso que la persona tiene para invertir tiempo, energía y esfuerzo en la solución y afrontamiento de situaciones y problemas que le presenta la vida; la persona establece metas y le encuentra un sentido a su propia vida, es decir la capacidad de la persona para convertir lo que se hace en satisfactorio y con significado para su vida.

Antonovsky, menciona que tanto la comprensibilidad, la manejabilidad y la significatividad, se encuentran íntimamente relacionadas dado que todos los componentes desempeñan un papel necesario en el afrontamiento exitoso de una situación problemática de salud. Sin embargo, el modelo salutogénico resalta que, la significatividad es el componente con mayor relevancia, aunque los niveles de comprensibilidad y manejabilidad sean bajos. Las personas con elevado sentido de significatividad tienden a fortalecer los sentidos de comprensibilidad y manejabilidad, mientras que los individuos con bajo nivel de significatividad afectan negativamente los fuertes niveles de comprensibilidad y manejabilidad. El segundo componente en importancia según el autor es la comprensibilidad, por ser la puerta de entrada

para la manejabilidad, que resulta difícilmente de alcanzar cuando la persona tiene dificultades para comprender las demandas a las que se enfrenta.

Formalmente, el SOC, es definido en el marco de la salutogénesis como “... la medida en que la persona siente que la vida tiene sentido emocionalmente, que al menos en algunos de los problemas y demandas planteados por la vida valen la pena invertir energía, son dignos de compromiso, son desafíos que son "bienvenidos" en lugar de los crudos de los que uno preferiría prescindir...”, y “...esto no significa que alguien esté contento con la muerte de un ser querido, la necesidad de someterse a una operación seria o ser despedido. Pero cuando se le imponen experiencias desdichadas a esa persona, aceptará voluntariamente el desafío, estará determinado a buscarle significado y hará lo suyo para superarlo con dignidad...”.

Ahora bien, Antonovsky en 1987 redefine formalmente el SOC de la siguiente manera: “Una orientación global que expresa hasta qué punto se tiene la sensación de seguridad dominante y duradera, aunque dinámica de que: -los estímulos provenientes de nuestro interno y externo en el curso de la vida están estructurados, son predecibles y manejables (comprensibilidad), -los recursos están disponibles para afrontar las demandas que exigen estos estímulos (manejabilidad) y estas demandas son desafíos que merecen la energía y compromiso invertidos (significatividad)” (1).

- Escala de Medición del Sentido de Coherencia-SOC

En el Modelo Salutogénico, para la medición del nivel del SOC y probar la hipótesis de que el SOC está relacionado con el estado de salud de las personas, se utiliza la escala de SOC o

de Orientation to Life Questionnaire (orientación de la vida en su traducción) el cual consta de un cuestionario cerrado. El cuestionario SOC en su versión original consta de 29 ítems (SOC-29) y la versión acortada de 13 ítems (SOC-13), los dos son utilizados para medir el nivel del cuidado de la salud y el bienestar psicológico.

Para la construcción de las preguntas del cuestionario SOC-29, Antonovsky utilizó la técnica de la teoría de las facetas, obteniendo once ítems que miden la comprensibilidad, diez ítems que miden la manejabilidad y ocho ítems que calculan la objetividad.

El SOC-29 aparece por primera vez en 1983 y probado en Israel mediante pruebas psicométricas las cuales determina que se trata de un instrumento, que puede ser utilizado por diferentes poblaciones (de forma intercultural) dado que los resultados obtenidos del rango de puntajes y de desviación estándar es de 0.01 a 0.02 de confiabilidad, lo cual indica la heterogeneidad de las respuesta; al igual tiene un alto nivel de la constante alfa de Cronbach (entre 0,84 y 0,93), lo cual demuestra un grado elevado de consistencia interna y por tanto la confiabilidad y viabilidad del SOC-29; por otro lado la validez convergente y discriminante obtenida a partir del análisis factorial de una batería de 100 ítems encontró un grado razonable de consistencia interna. El mismo análisis indica que el SOC-29 tiene una validez predictiva limitada (1).

En cuanto a las pruebas psicométricas de la versión acortada del SOC-13 (1988), se puede concluir; el alfa de Cronbach de 0,8 obtenido por el SOC-13 indica buena consistencia interna probando su confiabilidad y viabilidad; estuvo sujeto a pruebas que comprobaron su validez de criterio, de consistencia interna, de fiabilidad de seguridad y de estructura factorial (64,65,66,67)

De los dos cuestionarios, los seguidores de la teoría salutogénica llegaron a concluir: los dos han sido traducido a numerosos idiomas y usados por una amplia diversidad de países; tanto el SOC-29 como el SOC-13, han mostrado ser instrumentos con adecuados índices de calidad psicométrica que pueden aplicarse tanto a nivel individual como a un grupo de personas o a toda una comunidad; y los dos, tienen la posibilidad de interpretar la medición del SOC Interpretación del Sentido de Coherencia-SOC

- Respecto a la interpretación de la medición del nivel del SOC

Los investigadores Lindstrom y Ericksson, luego de la revisión sistemática, concluyen: uno, las personas con un nivel de SOC fuerte ven la vida de manera coherente, comprensible, manejable y significativa, poseen gran confianza y seguridad para identificar recursos dentro de ellas mismas y de su entorno inmediato que les permita promover su salud, que poseen además, alta habilidad para utilizar y reutilizar los recursos para mejorar su calidad de vida; dos, las personas con una orientación de la vida (nivel SOC fuerte), le encuentran una dirección a la vida y se reconocen como seres humanos interactuantes con el otro y su entorno; piensan y actúan hacia el logro de una buena salud; tres, las personas con un SOC fuerte tienen la creencia de que la vida tiene significado; y cuatro, el SOC fuerte es un recurso que les permite a las personas afrontar el estrés y la habilidad para elegir diferentes estrategias para resolver los problemas y afrontar incidentes que le presente la vida (11).

- Los Recursos Generales de Resistencia-GRRs

Eriksson y Lindström retoman la definición que hace Antonovsky de los GRRs como “una característica sea física, bioquímica, artefactual-material, cognitiva, emocional, valorativa-actitudinal, interpersonal-relacional macro sociocultural, de un individuo, un grupo primario, una subcultura y sociedad; que es efectiva para evitar y combatir, una amplia variedad de estresores”. Concepto que fue acogido por la OMS como activos de la salud o DSS o los factores o recursos del entorno interno y externo que posee la persona, grupo o comunidad con la capacidad real y potencial de proporcionarles bienestar y calidad de vida.

3.3. Activos de la Salud

Los Activos de la Salud, la OMS en el marco del modelo de activos para la salud (MAS.2007) los define como aquellos “...factores o recursos a los cuales, tienen acceso las personas y sus colectivos, que les permiten potencializar sus capacidades en pro de mejorar y mantener su propio bienestar y calidad de vida...”. Así mismo, destaca la identificación de los activos de la salud “...ayudan a reducir las desigualdades sanitarias...”, dado que permite identificarse como ciudadanos y como tal, al reclamo de sus “Derechos” y libre participación en la formulación de políticas públicas del goce y garantía del bienestar. Los activos de la salud son los recursos personales, sociales, financieros, físicos, medioambientales y humanos encargados de la promoción y protección de la salud; están dados por los DSS como son la genética, las circunstancias sociales, las condiciones medioambientales, los comportamientos y los servicios sanitarios (3,4,5,6,7).

Por cuanto, centrar las acciones en los Activos de la Salud, implica detenerse en *los factores de protección y promoción de la salud positiva y salutogénica*, es decir en la creación de la salud más allá de la prevención de la enfermedad, como fuentes generadoras y reconstructoras de nuevos conocimientos sobre la promoción de la salud, del bienestar y desarrollo, mediante la participación de comunidades y principalmente de los jóvenes. Los Activos de la Salud son parte del contexto social, por tanto su distribución y uso general son fuente de las desigualdades en salud.

La tabla número 3, describe los Activos de la Salud.

Tabla 3. Activos de la Salud

Activos de Salud		
Persona	Comunidad	Organización o Institución
✓ Competencia social	✓ Redes de apoyo familiar y de amigos	✓ Recursos medioambientales para promocionar la salud física, mental y social
✓ Resistencia	✓ Solidaridad intergeneracional	✓ Seguridad laboral
✓ Compromiso por el aprendizaje	✓ Cohesión comunitaria	✓ Oportunidades de voluntariado
✓ Valores positivos	✓ Grupos afines	✓ Viviendas seguras y agradables
✓ Autoestima	✓ Tolerancia religiosa	✓ Democracia política
✓ Voluntad	✓ Armonía	✓ Oportunidades de participación
✓ Uso de sustancias psicoactivas		✓ Justicia social
✓ Violencia		✓ Fomento de la equidad
✓ Abandono escolar		

Fuente: Elaboración propia. 2018.

3.4. Modelo de Activos para la Salud-MAS

El Modelo de Activos para la Salud (MAS), surge en un momento en el que el tema de las *desigualdades en salud* son una barrera y freno para la evolución y alcance favorable de las intervenciones de Promoción de la Salud.

El artículo “Revitalizar la base de evidencias para la salud pública: el modelo basado en los activos”, de Morgan y Ziglio del año 2007, pone de manifiesto el *Modelo de Activos para la*

Salud, como una propuesta dirigida a los entes responsables y rectores de la salud, con el fin de generar en ellos una mirada diferente en la planeación de proyectos e intervenciones en salud con la mirada *salutogénica* a partir de la cual, mencionan los autores, los gobiernos deberán trabajar de manera conjunta en el logro del bienestar y mejores condiciones de salud, teniendo en cuenta, las capacidades y potencialidades de las personas y comunidades (6).

El MAS es considerado una herramienta de apoyo para las personas, comunidades y organizaciones en la adquisición de habilidades y competencias, además de concentrarse en aquellos recursos que mejoren la salud y bienestar, que garanticen la equidad en salud y la participación en la toma de decisiones para la reducción de las desigualdades en salud. Se caracteriza por dos enfoques de acción principales: en primer lugar, las intervenciones van dirigidas a la solución y no en los problemas, al fomento de programas de salud que creen condiciones de salud que potencien las capacidades y habilidades de los individuos y las comunidades; así, las poblaciones serán menos dependientes de los servicios sociales y de salud y con ello los recursos limitados de los sistemas de salud sean destinados a aquellos que más lo necesitan; en segundo lugar, el eje central de las políticas sanitarias y de los programas, son los individuos fomentando la participación colectiva y la voluntad de compartir el poder entre las autoridades y la comunidad.

Así, la aplicación del MAS tiene como propósito la identificación de los factores salutogénicos de promoción, protección y de acciones fuentes de condiciones necesarias de salud (físicos, personales, individuales y comunitarios); la evaluación de las acciones necesarias para crear las condiciones de salud y, como último, la medición de la efectividad de las acciones.

La tabla número. 4, resume las fases componentes del MAS, desde la Salud Pública

Tabla 4. Fases del Modelo de Activos para la salud en la Promoción de la Salud

Fases del Modelo de Activos para Salud para la Promoción de la Salud		
Fases	Actividad ejecutada	Características
Primera	- Epidemiología de la Salud - Teoría Salutogénica de Antonovsky	- Evalúa los factores protectores o activos de la salud que contribuyan para el desarrollo, consecución de la salud y el bienestar de la persona y comunidad. - Identifica el “sentido de coherencia” para que los individuos y los colectivos comprendan y gestionen el mundo en el que viven
Segunda	Mapeo de activos	Identifica los recursos y organizativos disponibles en la comunidad para potenciar los programas de salud
Tercera	Sistematización de las acciones	- Recopila, sintetiza y evalúa la evidencia, fundamentada en: ✓ La transparencia: Qué se ha hecho, ¿cómo y por qué? ✓ Sistemática: contextualizar el trabajo realizado en un marco teórico para explicar y dar respuestas - Relevancia: contextualizar la evidencia sobre características de la población, localización, estructuras sociales, metodologías y resultados.

Fuente: Elaboración propia. 2018.

Acerca de la operatividad del MAS en la Salud Pública y la PS, se concluye; en primer lugar, la mayor parte de los activos protectores de la salud se encuentran inmersos en el contexto social de las personas y por tanto favorece la participación de las comunidades en la elaboración de políticas para el afrontamiento de las desigualdades en salud; en segundo lugar, las comunidades deben trabajar sobre los DSS para fortalecerlos y plantear soluciones en pro del bienestar y mejor condiciones y calidad de vida; como tercer lugar, las intervenciones deben centrarse en la PS por encima de la curación de las enfermedades siendo más rentable de esta manera; en cuarto lugar, motivar a las personas y comunidades a potenciar los beneficios de activos con que cuentan y en quinto lugar, implica el compromiso y participación compartida entre los legisladores, profesionales, investigadores y comunidades en la optimización de las condiciones necesarias de salud; finalmente, favorece el concepto de desarrollo comunitario y del mismo individuo.

3.5. Mapeo de Activos de la Salud

El Mapeo de Activos de la Salud, es una estrategia de Participación Comunitaria en Salud, implementada hacia los años 1993 por *Kretzmann y McKnight*, quienes están convencidos que la identificación de los Activos en Salud reflejados tanto en las habilidades individuales, como de los recursos físicos y organizacionales en una comunidad, favorecen el desarrollo de la misma. Desde su parte operativa ha sido llevada a cabo en varias regiones de España a nivel local; además, se ha considerado como el punto de partida y complementario del Modelo Salutogénico.

El *Mapeo de Activos de Salud*, se constituye en un método para identificar las fortalezas, capacidades y talentos de individuos y comunidades, como alternativa para el proceso de empoderamiento, capacitación, participación y responsabilidad tanto a nivel individual como de las organizaciones comunales, iglesias, clubes, grupos culturales, escuelas, bibliotecas, hospitales, universidades entre otras (8,9,10).

Kretzmann y McKnight, clasifican los activos en: *Activos individuos* o personas con capacidades, habilidades, experiencias y talentos, dinamizadoras para mejorar las situaciones de salud de la comunidad; en tanto los *Activos asociaciones o grupos* formales e informales que trabajan conjuntamente para hacer más saludable la vida y a la gente de la comunidad; por otro lado, los *Activos organizaciones* o recursos de las organizaciones formales que inciden en la promoción de la salud de la gente de la comunidad y mejoramiento de su bienestar; los *Activos espacios físicos* o medio físico (soporte físico, clima, vegetación, agua), infraestructura, transporte, etc, o recursos físicos con que cuenta la comunidad, que pueden

ser utilizados para actividades beneficiosas para la salud; los *Activos económicos*, representados por los comercios y, en general, las actividades económicas desarrolladas en la comunidad con gran influencia en la salud de los vecinos. La actividad económica es el motor de cambio que incrementa los recursos que dispone la comunidad y hacen más fácil adoptar hábitos de vida saludables y por último los *Activos culturales*, que constituyen las conductas y actividades que promuevan la comprensión de la diversidad dentro de la comunidad, además de proteger y conservar las tradiciones, costumbres y recursos. La vida cotidiana está llena de arte y cultura. Una comunidad llena de cultura incide de manera positiva en la salud de la misma, ofreciendo oportunidades de vida activa, de creación de redes y de mejora de las relaciones interpersonales y de la autoestima, lo que repercute positivamente en la salud de quien participe (9).

En conclusión, la elaboración del mapeo de activos implica: uno, la identificación de los activos para la salud o los DSS (denominados por la OMS), y dos, la visualización y difusión de los activos de salud a la comunidad para se generen procesos de cambio dentro de ella.

3.6. Determinantes Sociales de la Salud-DSS y el Modelo Salutogénico

En términos salutogénicos, cuando la OMS, se refiere acerca de la importancia que tiene el hecho de que las personas, grupos y comunidades hallen los activos de la salud, necesariamente implica la identificación y potencialización de los DSS, es decir, invita al uso de los recursos que tiene a su alcance para el fortalecimiento y mejoramiento del bienestar y calidad de vida.

La amplia revisión bibliográfica realizada hasta el día de hoy por las diversas disciplinas y autores respecto a los DSS, permite deducir que no se trata de un tema nuevo, que además forman parte de la agenda sanitaria vigente y que sus orígenes y estudios tratan de explicar la aparición de las enfermedades y su relación con el entorno en que viven las personas, grupos y comunidades.

El concepto de los DSS ha seguido una trayectoria histórica, gestado en el antiguo Egipto con Hipócrates (Siglo V), quien postuló: “...existen factores que producen las enfermedades que hay que prevenirlas y curarlas...”

Desde finales del siglo XVIII hasta nuestros días, los DSS han permitido la visibilización de las desigualdades sociales, las deficiencias de la salud y las condiciones precarias de vida que presentan las poblaciones de las clases menos favorecidas. Sucesos que, a su vez, han sido motivo de diversos estudios, orientados hacia el análisis de las condiciones de vida y del bienestar de la población hacia los supuestos de sus causas tanto de orden social, económico como del político y hacia las propuestas de intervención centradas en la formulación de políticas públicas para la mejora de las condiciones vida de la persona y colectivos.

En Europa, hacia la mitad del siglo XIX, los estudios realizados por representantes importantes de la salud pública como Neuman y Virchow, reflejaban la presencia de los DSS, en tanto, sostuvieron: “...condiciones sociales y económicas influían significativamente sobre la salud de la población y que el Estado debía asegurar la protección de salud de todos los ciudadanos...”

Sigerist, desde sus estudios deja ver también la presencia de los DSS, cuando sostiene que, “... la salud se promueve cuando se facilita un nivel de vida decente, buenas condiciones de

trabajo, educación, cultura física y medios de descanso y recreación, para ello, se requieren los esfuerzos coordinados de diferentes entes rectores y disciplinas...”

Otro momento histórico que refleja la presencia de los DSS, fue la creación de la OMS en 1946 y con ella el nuevo concepto social de la salud como un derecho fundamental humano; se trata de “...un estado de pleno bienestar físico mental y social y no solo la ausencia de enfermedad...”, definición que orienta las funciones de la OMS y de los Estados miembros y programas “...para promover el mejoramiento de la nutrición, la habitación, el saneamiento, la recreación, las condiciones económicas y de trabajo y otros aspectos de la higiene del medio...”.

Sin embargo fue hasta 1974 con el Informe de Lalonde cuando se incluye el concepto de los DSS. En el documento se refiere al estilo de vida, al ambiente, a la biología humana y a los servicios de salud como los factores sociales que influyen y determinan el estado de salud de los individuos y las comunidades.

Desde el postulado hecho por Terris (1992), una vez más se visualizan los DSS dado que ratifica: es importante el desarrollo “...de estructuras sociales que le garanticen a todos los miembros de la sociedad un nivel de vida adecuado para preservar la salud de las poblaciones...”

Hacia el año 1998, la OMS hace un acercamiento del concepto de los determinantes como “... el conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones “... comprenden los comportamientos y los estilos de vida saludables, los ingresos y la posición social, la educación, el trabajo y las

condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos...” que combinados todos ellos, crean distintas condiciones de vida que ejercen un claro impacto sobre la salud “...los cambios en estos estilos de vida y condiciones de vida, determinan el estado de salud, son considerados como resultados intermedios de salud...”

Con la creación de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud por la OMS, en el año 2005, se define a los DSS como “...las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud...” La comisión de los DSS se constituye con el propósito de: 1. Contribuir al mejoramiento de la salud a nivel mundial y al afrontamiento de los factores sociales que conducen a la mala salud y por consiguiente a las inequidades; 2. Elaborar políticas públicas que favorezcan la salud y el acceso a la atención sanitaria con calidad, efectividad y oportunidad, debe ser responsabilidad de toda la sociedad; y 3. Contar con la voluntad política de los gobiernos para actuar sobre las causas sociales de la mala salud encaminadas a la reducción de las inequidades en salud, la PS de la población, y creación sociedades económicamente sostenibles y viables (68,69,70,71,72)

Luego de la definición establecida por la OMS, han surgido estudios que explican el concepto de los DSS como es el caso de Evans y otros investigadores, quienes concluyen “...los determinantes de los niveles de salud son el conjunto de factores complejos que al actuar de manera combinada determinan los niveles de salud de los individuos y comunidades...las características individuales, los factores sociales, económicos, los entornos físicos, interactúan de forma compleja y en estrecha relación no sólo con el nivel de riqueza de un país, sino de manera muy especial, con la forma de distribución de la riqueza en la población...” (73).

Así mismo, otras investigaciones señalan que los DSS representan las condiciones sociales, económicas y ambientales que afectan la salud de las personas, provocando la aparición de enfermedades tanto físicas como mentales y en muchas ocasiones la muerte y que surgen como resultado de la inequitativa distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (74).

En general, las investigaciones realizadas desde los años setenta acerca de los DSS desde las diferentes disciplinas, han coincidido en los propósitos: uno, hallar las “*causas de las causas, como la esencia causal*” o fuentes sociales de los problemas de salud de las personas; dos, encontrar la explicación de cómo se distribuyen las *causas* en la sociedad; tres, definir el origen de *las desigualdades sociales en salud* por la presencia de DSS y, cuatro, ofrecer las orientaciones de *las intervenciones* socio-económicas, ambientales, culturales y políticas que busquen mejorar las condiciones de vida y bienestar de las personas y sus colectivos.

Los DSS en términos generales, explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables, observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria, lo que conlleva la comprensión acerca de aparición de las desigualdades sociales en salud (75).

J. Benach¹¹ y C.Muntaner¹² han descrito a las desigualdades como: “...la mayor epidemia del siglo XXI...” y mencionan a la desigualdad social como aquel fenómeno que afecta

¹¹ Joan Benach, es Investigador español Senior, Director del Grupo de Investigación en Salud Desigualdades - Condiciones de Empleo de red. Médico, con Máster de Salud Pública, y una especialidad en Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Autónoma de Barcelona. Entre 2005 y 2008 trabajó para la Comisión sobre DSS de la OMS

¹² Carles Muntaner, es investigador y catedrático de salud pública en la Universidad de Toronto-Canadá, autor de numerosas investigaciones científicas sobre desigualdad en salud, precariedad laboral, clase social, diferencias geográficas de la mortalidad e impacto que los factores políticos tienen sobre la salud.

principalmente a los grupos sociales más explotados, vulnerados y excluidos de la sociedad, que viven en los barrios más pobres y marginados, como son los “...trabajadores pobres, de las clases sociales bajas, mujeres pobres desempleadas que viven solas con sus hijos, los desempleados sin recursos, los inmigrantes ilegales más pobres a quienes se les niega el trabajo o las personas sin techo o en situación de grave marginación social...” (22).

La OMS y las investigaciones realizadas por Marmot, entre los años 2005 y 2008 coinciden con los muchos otros los estudios de investigación científica que han encontrado la explicación acerca del tema de las desigualdades sociales en salud y coinciden en que pobreza afecta tanto la vida como la salud de las poblaciones. Es así que los pobres extremos enferman y mueren antes que aquellas personas que se encuentran en los extremos superiores de la escala social o viven en los países o ciudades o barrios muy ricos y privilegiados en comparación con los que habitan en extrema condición de pobreza. Afirmaciones expuestas también por la OMS durante el informe presentado en el 2011 por la Comisión sobre los determinantes sociales de la salud que señala: “... la mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno «natural» ... “los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto, constituyen los determinantes sociales de la salud...” (76).

Los estudios científicos realizados en relación al surgimiento de las desigualdades sociales de la salud por la inequidades en la distribución de los DSS no son de esta década. Cabe mencionar que desde el 1992 están muy bien concebidas por la Margareth Whitehead,¹³ quien expresa: “...las desigualdades generadas son innecesarias, injustas y evitables” (77).

Las desigualdades en salud son consecuencia de la injusticia social, del reparto inequitativo de recursos y riqueza y beneficios desigual para quienes menos tienen; su incremento va a pasos gigantescos por la globalización capitalista neoliberal y se caracterizan por que son *ubiquas* dado que se encuentran en todas las partes del mundo, fuera y al interior de los continentes, de los países, de las regiones, de las ciudades y de los barrios, entre las clases sociales, los géneros y demás grupos sociales; porque son *enormes*, en razón que el 80% y 90% de la población del globo terráqueo, se encuentra ubicada en regiones bajo condiciones de extrema pobreza en comparación del 10% y el 20% del área geográfica ocupada por los más ricos, además de la evidencia que el goce de la salud es mucho mejor y con menos probabilidad de morir en quienes están en un estado socio-económico mejor; sumado a ello, el 1% de la población mundial tiene la riqueza que debe tener el 99% de la población restante. Son *graduales* los hábitos poco saludables; tienen tendencia a incrementarse en quienes descienden en la escala social (según sea el nivel de pobreza, de educación y del poder), en los que tienen menos formación educativa, con menos ingresos económicos y en quienes se ocupan de labores de empleo de tipo manual o artesanal; son *crecientes, persisten o aumentan* en el mundo de la globalización neoliberal capitalista desde los años ochenta; se ha

¹³ Margareth Whitehead, catedrática en Salud Pública de la universidad de Liverpool en Inglaterra. Dirige el Centro Colaborador de la OMS para la Investigación de Políticas sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Ha publicado sobre los efectos de la igualdad social en la salud y también sobre las concepciones sociales de la enfermedad crónica. Ha asesorado sobre políticas gubernamentales y ha escrito informes para la OMS sobre cómo abordar las desigualdades en salud.

reafirmado y fortalecido el poder y la riqueza del grupo de países y personas más ricas del planeta dueños de las grandes empresas financieras y multinacionales creadas para mantener su condición de riqueza a costa del sufrimiento y la mala salud de los países pobres y poco privilegiados; son *adaptativas*: las personas pertenecientes a la clase social privilegiada con el poder, la riqueza y la formación académica se benefician *antes y mejor* de los servicios de salud; son *históricas*: sucesos históricos de tipo social, político y económico han cambiado a lo largo del tiempo, dejando huella y están presentes en indicadores que señalan el empeoramiento de la salud y efectos de discapacidad y muerte en los países y personas con menos riqueza, poder y nivel educativo (22).

Conscientes de la problemática, la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud hace un llamamiento a la OMS y a todos los gobiernos para que tomen la iniciativa en la acción mundial sobre los determinantes sociales de la salud con el fin de alcanzar la equidad sanitaria. Es esencial que los gobiernos, la sociedad civil, la OMS y otras organizaciones internacionales se unan para adoptar medidas encaminadas a mejorar la vida de los ciudadanos del mundo, deben orientar las intervenciones socio políticas y económicas hacia la reducción de los DSS, como es mejorar con equidad las condiciones de vida medioambientales de las personas con mayor vulnerabilidad; luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos y medir y analizar los problemas sanitarios evaluando los efectos de las intervenciones, menciona la comisión sobre los DSS (78).

En general, los Determinantes Sociales de la Salud causantes de las desigualdades sociales en salud son definidos así:

- *Ingreso y estatus social- Gradiente social.* La posición social de una persona en relación con las otras, permite a las personas la capacidad para actuar, hacer y tener el control por sí mismos de conservar una buena salud.
- *Empleo y desempleo-Condiciones de trabajo.* Las personas que se encuentran desempleadas o subempleadas tienen mayor riesgo de muerte temprana, de padecer enfermedades cardíacas, suicidios, problemas de salud mental como ansiedad y depresión, conflictos familiares asociados por condiciones financieras y estrés.
- *Redes sociales de apoyo.* En cabeza está la familia, seguido de los amigos y las comunidades (lugar de trabajo, escuela, iglesia, entre otras). Su interconexión puede influir de manera positiva o negativa en la salud física, emocional y la percepción de salud. Entre menos apoyo social y emocional, mayor depresión y riesgos de morbilidad y muerte.
- *Desarrollo infantil saludable.* Los antecedentes perinatales y los niños nacidos en familias de nivel socio económica bajo, tienen tendencia al bajo peso al nacer, a comer menos alimentos nutritivos y a tener dificultades sociales, cognitivas, habilidades adaptativas, manejo del estrés, y baja autoestima a lo largo de sus vidas.
- *La educación.* Las personas con mayor nivel de formación educativa, incrementan la elección y oportunidad, la seguridad y satisfacción laboral. Además de proporcionarles habilidades en la resolución de dificultades individuales y sociales.
- *Ambiente físico.* Los factores contruidos por el hombre, la vivienda, la seguridad en las comunidades, lugar de trabajo, diseño vial, calidad del agua, aire y alimentos, afectan directamente la salud física y emocional de las persona tanto a corto, como a largo plazo.

- *Ambiente social.* Las normas y valores sociales, la seguridad social, el reconocimiento de la diversidad, las buenas relaciones laborales y cohesión social, tiene efectos sobre el bienestar y calidad de vida de las personas de manera negativa o positiva.
- *Práctica de salud personal y habilidades para cubrirse.* Las decisiones individuales de asumir conductas que pueden afectar directamente la salud, el consumo de tabaco, alimentación, actividad física, habilidades para enfrentar problemas e influencias externas y presiones, entre otras. Teniendo en cuenta que son conductas determinadas también por el entorno social, económico, político y educativo que le rodea.
- *Biología y dotación genética.* La predisposición genética de cada persona de padecer enfermedades y problemas de salud independientemente del estatus socio-económico y factores ambientales, sin dejar de lado que son coadyuvantes.
- *Servicios de salud.* Diseñados para promover y mantener la salud, para prevenir la enfermedad y restaurar la salud y la funcionalidad orgánica; contribuyen a la salud de la población. La dificultad radica en el acceso equitativo a ellos lo cual tiene como efecto negativo en el bienestar de las personas.
- *Género.* Las diferencias biológicas y la manera de percibirse la persona como hombre o mujer, influye en el bienestar tanto físico como emocional y además incluye el tema de discriminación, el acceso a servicios de salud, oportunidades laborales y mayor vulnerabilidad en la violación de sus derechos humanos.
- *Cultura.* Las etnias y culturas, determinan el medio social y económico de las comunidades. Por lo cual, algunos grupos étnicos, enfrentan mayores riesgos de salud debido a la marginación, la pérdida de la cultura y el lenguaje, la falta de acceso a servicios de salud culturalmente apropiados, la elección de estilos de vida saludables, la comprensión de los salud y enfermedad entre otros.

- *Estrés*. Desde la fisiopatología el estrés provocan enfermedades físicas y mentales afectando el sistema cardiovascular, nervioso, gástrico, inmunológico, cutáneo y, en ultimas, la muerte prematura. A más bajo nivel en la jerarquía social, mayor frecuencia de estos problemas.
- *Exclusión social*. Es el resultado del racismo, la discriminación, la estigmatización, la hostilidad, la discapacidad, la pobreza, bajo nivel educativo y el desempleo. La pobreza y la exclusión social aumentan los riesgos de divorcio, invalidez, enfermedad, adicciones y aislamiento social y muerte por asesinatos entre otras afecciones de la salud.
- *Adicciones*. Las personas caen en el consumo, abuso y dependencia del alcohol, las drogas y el tabaco, para mitigar el dolor causado por las condiciones económicas y sociales (vivienda pobre, bajo ingreso, desempleo o sin techo) y padecen las consecuencias biológicas y emocionales y la muerte prematura.
- *Alimentación saludable*. Las empresas capitalistas controlan y proveen alimentos insalubres, como determinante negativo del fomento, acceso y calidad de la alimentación saludable entre las clases sociales; además está influenciada por los medios de comunicación, la cultura y hábitos y modos de vida.
- *Transporte*. Transporte saludable implica conducir menos vehículos particulares, las caminatas diarias, andar en bicicleta y el uso del transporte público. Desafortunadamente, la planeación de movilidad y de seguridad vial en países pobres, no se prevé.

Los estudios conceptuales de los DSS, históricamente explican cómo y cuáles son los DSS causales de las desigualdades sociales en salud, y han sido la base del origen de los Modelos de los DSS que surgen para fundamentar; uno, las causas sociales de las inequidades y desigualdades sociales de la salud; dos, la causalidad de la enfermedad en directa relación

con el entorno en el cual las personas desde su gestación se desarrollan; tres, son varios los factores sociales que influyen en la aparición de las afecciones de la salud; cuatro, la descripción de los DSS, favorecen las estrategias actorales políticas, económicas y sociales para la reducción de las desigualdades sociales en salud a mejorar la equidad en la calidad de vida y el bienestar entre las personas y grupos sociales y entorno que habitan.

Los modelos de los DSS coinciden que para reducir las inequidades las intervenciones deben estar dirigidas a actuar sobre ellos. A continuación se mencionan dichos modelos: Modelo Lalonde (1974); el de Dahlgren y Whitehead: Influencia distribuidas en capas (1991-1992); modelo Brunner, Marmot y Wilkinson: Las influencias múltiples en el ciclo de vida (2000); el de Diderichsen y colaboradores (Evans y Whitehead): estratificación social y producción de enfermedades (2001); modelo Mackenbach y colaboradores: Selección y la relación de causalidad; Modelo desde el marco conceptual de la OMS o Modelo de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (2005) y el modelo moderno eco epidemiológico, de la epidemiología Social. Inicios del siglo XIX.

4. Estado del Arte

4.1. Investigaciones sobre la Salutogénesis

La revisión sistemática realizada por Lindström y Eriksson, son las investigaciones que dan cuenta de estudios sobre la salutogénesis; la información obtenida de las bases de datos; PubMed, ISI, Cinahl (EBSCO), Bibsys, PsychInfo (OVID), Libris, Scopus, les permitió concluir: uno, los artículos se encuentran escritos en inglés, en lenguas escandinavas, griego y español; dos, se evidencia un progreso en el interés por las investigaciones la salutogenesis siendo aún escaso; tres, 120 (ciento veinte) estudios realizados entre los años 1985 y 2010, fueron encontrados en las bases de PudMed y entre 2004 y 2010 se hallaron 800 artículos en las demás bases de datos y, cuatro, en este periodo de tiempo, los países en donde se han desarrollado los estudios sobre la aplicación de la teoría salutogénica se centran en la región nórdica y central de Europa, especialmente en Finlandia y Suecia (11).

En general, las investigaciones sobre la salutogénesis son consideradas hoy día la fuente de inspiración para diferentes disciplinas integradoras de la salud pública y de la aplicabilidad de la PS dada por las siguientes razones; la salutogénesis, representa en si misma la base teórica sobre la cual se cimienta y desarrolla el concepto de la “génesis de la salud”; es un paso decisivo para el cuidado y desarrollo de la salud, y se considera una herramienta o estrategia para que las personas, grupos y comunidades tengan la capacidad de utilizar aquellos recursos que han identificado en su entorno y comprenda debe manejar para el mejoramiento de su calidad y bienestar de vida y si no los tiene a su alcance, los reclame por su condición de derecho fundamental (63).

La búsqueda de estudios sobre la salutogénesis en la base de datos Bireme (BVS), Google Académico, EBSCO y las bibliotecas virtuales de Scielo y de la revista de salud pública de la Universidad Nacional de Colombia, evidenció que las investigaciones se han extendido a la región sur de Europa especialmente en España, y datan a partir de los años 70's hasta 2018; entre los cuales se destaca el realizado por F.Rivera de los Santos en el cual hace una descripción de la teoría salutogénica, el SOC y de los activos de la salud (79).

Tras las investigaciones, foros y conferencias sobre la salutogénesis vs salud pública y PS llevadas a cabo por los seguidores de Antonovsky, Lindström y Eriksson, durante el periodo comprendido entre 2010 a la fecha vigente, se concluye que a nivel mundial existe un incremento lento sobre estudios salutogénicos especialmente en las regiones occidentales. Cabe señalar que las investigaciones salutogénicas, se inician con estudios empíricos realizados por Aaron Antonovsky autor de la teoría salutogénica hacia los años 70s, con un grupo de mujeres de edades comprendidas entre los 49 y 52 años, nacidas en Europa Central, algunas de ellas sobrevivientes del Holocausto y violentadas en los campos de concentración, con el objetivo de investigar sus síntomas menopaúsicos, sobre la percepción de salud y también sobre diversos acontecimientos de la vida que las afectaban tales como la pérdida de su visión, pérdida de marido, la amputación de alguna parte de su cuerpo o haber sufrido una enfermedad. Tras el análisis, encontró que el 29% de las mujeres reportaron una buena salud a pesar de que sobrevivieron al Holocausto. Antonovsky planteó la cuestión de cómo podría ser posible que las mujeres pudiesen experimentar buena salud a pesar de que experimentaron traumas tan difíciles durante el Holocausto (1,2,62).

Finalmente, durante la búsqueda se encontró que la Unión Internacional para la Promoción y Educación de la Salud (UIPES) y la OMS, han hecho el reconocimiento del enfoque teórico salutogénico y de esta manera la UIPES establece desde el año 2007, el Grupo de Trabajo Global sobre Salutogénesis (GTG-Sal) en Vancouver, Canadá, bajo la dirección inicial del Profesor Lindström y la Doctora Eriksson, quienes enfocaron sus acciones con el propósito de fomentar la ciencia de la salutogénesis, como estrategia para la PS (80).

Lo mas vigente acerca de las investigaciones sobre la salugenesis se encuentran recopiladas en el libro “*Manual de Salutogénesis*” en inglés “*The Handbook of salutogénesis*” editado en 2017, editado por GTG-Sal, que históricamente compila los estudios que van desde la teoría y práctica de la salutogénesis (con la autoría de A.Antonovsky 1979-1987) hasta los vigentes al año 2017; estudios realizados por 87 investigadores de diversas disciplinas, países e idiomas; contiene 49 investigaciones acerca de la medición de la salutogénesis, la aplicación del sentido de coherencia y su relación con temas de salud pública y PS; con la presencia de fenómenos generadores de estrés; con entornos cotidianos.

Cabe mencionar que los estudios se han realizado en idiomas diferentes como es; ingles, africano, chino, danés, holandés, finlandés, francés, alemán, hebreo, japonés, polaco, portugués, sueco y español (81).

4.2. Investigaciones acerca del Sentido de Coherencia-SOC

Los estudios científicos que se han realizado con relación al SOC tienen que ver con la aplicación de los cuestionarios de orientación a la vida en cualquiera de sus dos versiones (SOC-29 y SOC-13), y se utilizan para el calculo del nivel del SOC por tanto, de los niveles

componentes del SOC es decir, de la significatividad, de la comprensibilidad y de la manejabilidad.

En general las investigaciones con respecto a la aplicación del instrumento de la Escala SOC tienen como punto de partida las realizadas por su creador las cuales dejan ver la conectividad que tiene éste con la presencia de fenómenos, situaciones y factores tanto biológicos como físicos, mentales y sociales, todos ellos generadores de estrés y con los que conviven los individuos, tales como: 1. Las enfermedades no transmisibles (cardiovasculares, diabetes, cáncer, salud mental). 2. Los comportamientos de estilos de vida. 3. Condiciones sociodemográficas. 4. Grupos del ciclo vital. 5. Poblaciones vulnerables como niños adultos, personas con discapacidad, género y cuidadores.

Como referente científico se acotan, los estudios realizados por Lindström, B. Erickson, M. han descrito la aplicación del cuestionario de Orientación de la Vida, con el propósito de evaluar el nivel del Sentido de Coherencia (SOC) y la correlación que tiene el SOC frente a la presencia de fenómenos o situaciones de estrés, de ansiedad o de amenazas a las que se exponen las personas como son las enfermedades crónicas, mentales y sociales o si se pertenecen a grupos vulnerables sean estos ancianos, adolescentes, mujeres en gestación, niños y trabajadores de diferentes áreas, entre otras (11).

De la revisión de los estudios realizados por Bengt Lindström y Monica Eriksson, los investigadores concluyen acerca SOC qué: 1. El SOC se asocia fuertemente con las manifestaciones de la salud y permite a la persona pensar y percibir situaciones para manejarlas y darle un significado a la vida, además de la propia capacidad de identificar los

recursos internos y externos y utilizarlos de una manera que promueve la salud y el bienestar.

2. Un SOC bajo indica que el individuo puede predecir que las cosas probablemente van a salir mal y posee poca capacidad de enfrentar situaciones estresantes y por ende de padecer enfermedades. 3. Una persona o grupo con SOC alto, tiene mayor probabilidad de adoptar conductas saludables, presenta un nivel de salud estable y mejor funcionamiento del sistema inmunológico, del sistema hormonal, físico y mental, de tal manera que puede afrontar y responder de forma regulada los estados de estrés. 4. Las intervenciones de salud pública y de la PS deben estar orientadas a desarrollar y fortalecer el sentido de coherencia interno de las personas, grupos y comunidades para que les permita pensar, percibir y predecir situaciones, factores y situaciones generadores de estrés que afecten la salud, con la finalidad de enfrentarlas, manejarlas y reclamarlas de forma flexible y constructiva hacia el logro del bienestar y de mejor calidad de vida.

A continuación se presentan algunos estudios relevantes que visualizan la aplicación del instrumento escala tipo Likert SOC y su relación con factores sociales como son los EVS, los entornos, las características sociodemográficas, la PS, la percepción de la salud, calidad de vida, y el estrés entre otros.

El estudio denominado Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review de M. Eriksson, B.Lindström, mediante el cual los autores hacen una síntesis de los estudios empíricos mencionando la fuerte relación existente del SOC con la percepción de la salud y con la PS; el SOC, es importante para el desarrollo y mantenimiento de la salud de las personas; parece ser un recurso de PS que está fuerte y negativamente

asociada con la ansiedad, la ira, el agotamiento, la desmoralización, la hostilidad, la desesperanza, la depresión, el estrés percibidos y el trastorno de estrés post-traumático (63).

Estos mismos autores, en el año 2007 presentan en el libro Guía del Autoestopista Salutogénico, camino salutogénico hacia la promoción de la salud, la evidencia de estudios científicos realizados a nivel global para demostrar el nivel del SOC que se tiene cuando se interconecta con: 1. la salud y calidad de vida. 2. Los comportamientos de salud. 3. La vida laboral. 4. Las enfermedades no transmisibles (ENT) como las cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y la salud mental (11).

Dentro de los estudios encontrados sobre el SOC, sobresalen; el desarrollado en España durante los años 2007 por J. Virués para comprobar la validez y confiabilidad para el idioma español el cuestionario SOC (82).

También el realizado por M. del C. Vega M., en 2018 para medir la validez y confiabilidad de la escala de sentido de coherencia en estudiantes de grado de enfermería de una universidad española (83).

Y el estudio realizado en Perú durante el año 2014, que permitió comprobar la validez y confiabilidad de la versión SOC-13 para el español latino (84).

La investigación desarrollada por S. Maarit V., E. Lahelma, K. Silventoinen y S. Suominen sobre los factores que contribuyen al sentido de coherencia entre hombres y mujeres, concluye que el SOC aumenta ligeramente con la edad en los hombres, es menor ante

condiciones de pobreza durante la infancia en hombres y mujeres, es alto en mujeres y hombres con alta educación, es bajo en trabajadores manuales hombres y mujeres, es más fuerte en hombres casados que en mujeres, es bajo en hombres y mujeres sin apoyo de la pareja, bajo en hombres entre los 35 y 44 años (85).

El estudio, *Healthy lifestyle choices: ¿could sense of coherence aid health promotion?* de N. W.J. Wainwright, P.G.Surtees, A.A.Welch, R.N Luben, K-T.Khaw, S.A.Bingham, concluye: un SOC es débil en clase sociales más bajos y menos educadas, más en mujeres. Ante un SOC fuerte hay menos probabilidad de ser fumadores, de ser físicamente inactivos y aumento de consumo de frutas, verduras y fibra, tanto en mujeres como en hombres. Un SOC débil, tiene menos posibilidad de adaptación al estrés y esto se asocia con la mortalidad (86).

Con el estudio realizado en una Universidad de Polonia, denominado *Sense of Coherence and Health related behaviour among university students –a questionnaire survey*, los autores M.Binkowska B. y P. Januszewicz, llegan a la conclusión que entre mayor sea el SOC mayor es el nivel de la prácticas de conductas saludables por parte de los estudiantes y además, esta relación es mayor en estudiantes de la facultad de medicina, seguida de ciencias y los estudiantes de humanidades (87).

El estudio, *Sense of coherence as a predictor of subjective state of health. Results of 4 years of follow-up of adults*, investigación realizada en Finlandia por S.Suominena, H. Heleniusb, H.Blombergc, A.Uutelad y M.Koskenvuoa, a través de la cual demostraron que los hombres y las mujeres con un nivel bajo de formación, tienen una percepción pobre del estado de salud y se relaciona con un SOC bajo (88).

La investigación denominada la inteligencia emocional y el sentido de coherencia en la percepción de la salud de los docentes universitarios, realizada por A.I Burguillos P., logró demostrar que los docentes mayores de 45 años, los contratados a tiempo completo y que poseen doctorado, los que imparten clase en Posgrado y aquellos que poseen un cargo de gestión, muestran mayores niveles de SOC (89).

El estudio llamado sense of coherence, socioeconomic conditions and health interrelationships in a nation-wide swedish sample cuyos autores G. Larsson y K. Kallenberg, obtuvieron que el SOC aumenta con la edad y es significativamente más fuerte en los hombres que las mujeres, en personas que poseen niveles de ingresos altos que viven acompañados y con muchos amigos e indica además que el nivel de educación no está relacionado con el SOC (90).

4.3. Investigaciones acerca de los Activos de la Salud o de los Recursos Generales de Resistencia-GRRs o los Determinantes Sociales de la Salud-DSS

Se presentan algunos estudios permiten visualizar algunas experiencias exitosas del uso de los activos de la salud y la aplicación del uso de la metodología del mapeo de activos de la salud para la conformación de entornos saludables a partir de la identificación de los activos o determinantes sociales de la salud con que se cuenta y con el objetivo de utilizarlos, potencializarlos y reclamarlos con el propósito de mejorar su calidad de vida y bienestar.

El estudio denominado “Cultivando Comunidades Saludables”, es una propuesta de Acción Comunitaria para la PS desde el Modelo de Activos en el Barrio de la Barceloneta cuyo autor

R.D. Fernández Carrasco, obtuvo como producto la identificación de los activos, las fuentes de salud y el fomento del empoderamiento de las personas, grupos y organizaciones del entorno comunitario (91).

Mediante la investigación llamada “Guía para la elaboración del Mapa de Activos en Salud en las islas Baleares”, realizada por la Dirección General de Salud Pública y Servicio de Salud de las Islas Baleares, se realizó un mapa o inventario de recursos propios físicos, personales, y comunitarios, como herramienta de desarrollo y empoderamiento, además de la identificación por parte de la comunidad de los recursos de manera positiva para el desarrollo de capacidades potenciales dirección positiva de su salud (92).

Con la investigación “La Universidad de Alicante Universidad Promotora de Salud-Universidad Saludable, un reto y una oportunidad”, de Martínez Riera JR, Muñoz Guillena R. se logra la aplicación de mapeos de activos de la salud a partir de la percepción de sus miembros, que además permitió la identificación de activos de salud de la universidad, la creación de modelos de buenas prácticas de desarrollo y el fortalecimiento de ambientes saludables y sostenibles y por último la participación activa de sus miembros (93).

Entre tanto, con la investigación “Activos para la salud en comunidad universitaria: el caso de Chile”, propuesto por Pérez-Wilson, P., Carrasco-Portiño, se aplica la metodología del mapeo de activos de salud, y permitió a los miembros de la universidad de Concepción (Chile) la identificación de los activos internos y externos con que cuenta; además, favoreció y proporcionó algunas propuestas para fortalecer habilidades de la vida comunitaria (espacios de debate y formación sobre pensamiento crítico y manejo del estrés), actividad física

(aumento de la cobertura y continuidad de programas), alimentación sana (mejor acceso y disminuir costos de menús saludables), salud sexual y reproductiva (incremento de instancias de información), y mejorar la difusión de espacios de participación (94).

Para finalizar, se hace referencia a las investigaciones recopiladas por A Morgan, M. Hernán y L. Ángel en el libro “Formación en salutogénesis y activos para salud”, el cual exponen 39 estudios que aplicaron la metodología del mapeo de activos para la identificación de factores personales y sociales o DSS, favorecedores de la participación comunitaria en la práctica de EVS, en infantes, adolescentes, grupos vulnerables como la comunidad gitana, las mujeres víctimas de violencia de género, las personas de centros penitenciarios y la población inmigrante (95).

4.4. Investigaciones sobre la salutogénesis y su relación con entorno universitario, promoción de estilos de vida saludables y los Determinantes Sociales de la Salud

La búsqueda de evidencias y referentes científicos desarrollados a nivel global y regiones del Caribe y de las Américas acerca de las variables objeto del presente estudio la salutogénesis, el entorno universitario, la promoción de estilos de vida saludables y los determinantes sociales como activos de la salud son muy escasos.

Se hallaron investigaciones que no sobrepasan en número de 10 por cada país del Centro y Norte América, como es el caso de México y Costa Rica, al igual sucede en la región del Caribe en Cuba y de las América del Sur en Colombia, Chile, Brazil, Argentina, Perú, Venezuela y Ecuador.

Dentro de las investigaciones se destaca la revisión realizada por B.Escobar C, D.Juvinyá C, y C. Henríquez P. denominado, Sentido de Coherencia y estilos de vida en adultos jóvenes Universitarios: Revisión , a través del cual demostraron que el joven universitario debe adoptar y desarrollar efectivamente activos en materia de salud, con el fin de desarrollar un alto sentido de coherencia, lo que permitirá una adaptación para hacer frente para mantener el bienestar y la salud, y adoptar un estilo de vida que promueve la salud (96).

Se encontraron también dos investigaciones recientes llevadas a cabo en Venezuela. La primera, Sentido de Coherencia y Estilos de Vida Saludable en estudiantes de una universidad pública venezolana, realizada en 2018 por J. Guerrero a través de la cual se concluye que los estudiantes con altos niveles de sentido de coherencia no consumen drogas y tienen actitudes positivas para la promoción la prevención y estilos de vida saludables (97).

La segunda investigación, Camino salutogénico: estilos de vida saludables, realizada en 2019 por E.M. Rivera de Ramones la cual muestra que la estrategia para el cambio de EVS se logra mediante la teoría Salutogénica (98).

En Colombia el estudio desarrollado por M.E. Amaya y A.M. Gaviarúa G, quienes en la investigación, estilos de vida saludables, bienestar psicológico y sentido de coherencia en los estudiantes adultos de la Universidad de San Buenaventura, Seccional Medellín, concluyen que, el SOC bajo se encuentra en los estudiantes de jornada diurna con edades entre los 18 y 21 años, dedican la mayor parte de su tiempo libre en navegar en internet, dormir y ver televisión; el consumo de frutas y proteínas es bajo y manifestaron sentimientos de tristeza, angustia, miedo y rabia y en general no asumen estilos de vida saludable (99).

5. Diseño Metodológico

5.1. Enfoque Metodológico Mixto

El presente estudio empleó como base el diseño metodológico con enfoque mixto, cuantitativo y cualitativo para abordar de manera completa, integral, significativa y complementaria, la situación objeto de estudio expuesto en la formulación del problema acerca de la identificación del SOC, los niveles de significatividad, de comprensibilidad y de manejabilidad. Del mismo modo se obtuvieron los GRRs, DSS o activos de la salud con los que cuentan los miembros de Unicafam y que influyen en la Promoción y práctica de estilos de vida saludables.

5.2. Enfoque Metodológico Cuantitativo

El presente estudio no experimental de *tipo descriptivo transversal* permitió la identificación de: 1. Los activos de la salud internos y externos en las características sociodemográficas de la comunidad Unicafam; 2. El nivel del SOC y de sus tres componentes considerados como activos de la salud internos, mediante la aplicación del cuestionario de orientación de la Vida o escala SOC la versión abreviada (SOC-13), el cual consta de 13 preguntas con opción de respuesta tipo Likert.

Cabe mencionar sobre la validación interna del cuestionario SOC-13 que:

- Las 13 preguntas fueron objeto de validación facial y de validación de contenido por cuatro profesionales expertos: Evelyn María Vásquez, enfermera magister en educación,

Mikhail Benet, médico doctor en epidemiología, Magda Viannet Solano, enfermera magister en farmacología y Nohora Benavidez, enfermera magister en Epidemiología.

- Se toma como referencia el documento de validación del cuestionario SOC-13 para el idioma español latino realizado en Perú con un grupo de jóvenes (84).

5.3. Enfoque Metodológico Cualitativo

El tipo de diseño elegido para el presente estudio cualitativo es *descriptivo exploratorio*, porque se identificaron los activos de la salud internos representados por el conocimiento y la aplicación de las prácticas de los EVS, y los activos de la salud externos representados por los GRRs o DSS que influyen en la promoción y práctica de EVS.

Para el estudio se aplicó una entrevista semiestructurada, elaborada teniendo en cuenta la metodología del Mapeo de Activos de la Salud, creada por *Kreztmann* y *McKnight*, y empleada por el Modelo de Activos para la Salud (MAS) de *Morgan* y *Ziglio*.

6. Muestreo

6.1. Muestreo para el Estudio con Enfoque Cuantitativo

El presente estudio tuvo como unidad de análisis una muestra representativa obtenida a partir del total de la población de la Fundación Universitaria Cafam que para el primer periodo del año 2019, fue de 1.730 miembros conformada por 73 funcionarios administrativos, por 10 directivos, por 123 profesores y por 1.524 estudiantes de las facultades y escuelas de pregrado, de formación técnica y tecnológica como son; de Administración de Empresas, Administración Turística y Hotelera, Enfermería, Ingeniería en Telemática, Ingeniería Industrial, Licenciatura en Educación Inicial, Negocios Internacionales, Técnico Profesional en Infraestructura de Sistemas de Información y Comunicaciones, Tecnología en Gestión Empresarial, Tecnología en Gestión Gastronómica y Tecnología en Telemática.

La muestra se obtuvo así:

- Una *muestra probabilística aleatoria simple*: mediante la aplicación de la siguiente formula:

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

n= tamaño de muestra
N= tamaño de la población
Z= parámetro estadístico que depende el nivel de confianza (NC)
Nivel de confianza (NC)=es el grado de certeza (o probabilidad), expresado en porcentaje con el que se puede realizar la estimación de un parámetro a través de un estadístico muestral. *EL NC lo coloca el investigador.*
e=error de estimación máximo aceptado. La cantidad de error de muestreo aleatorio resultado de la elaboración de una investigación. *El “e”, lo coloca el investigador. Con el criterio de certeza que él quiera esa investigación.*

p=probabilidad de que ocurra el evento estudiado (éxito). Para el cálculo de “p” es necesario tener investigaciones pasadas. Cuando no se conoce “p”, entonces se debe dar el mismo peso tanto de “p” y “q” es decir el “p” =50% y “q”=50% **q= (1-p)**= probabilidad de que no ocurra el evento estudiado.
Z= 1,96 se obtiene de NC según tabla (y donde 1-alfa=95%)

Nivel de Confianza	Z alfa
99,7%	3
99%	2,58
98%	2,33
96%	2,05
95%	1,96
90%	1,64
80%	1,28

La muestra probabilística aleatoria simple de la comunidad Unicafam dio como resultado un total de 263 miembros, conformados por:

- 49 funcionarios administrativos (Anexo A)
- 9 directivos (Anexo B)
- 137 estudiantes. (Anexo C).
- 68 profesores. (Anexo D)

6.2. Muestreo para el Estudio con Enfoque Cualitativo

Para el abordaje cualitativo se realizó un muestreo voluntario a conveniencia. El tamaño máximo de la muestra y participantes se definieron por el método de saturación de la información y están representados por directivos, profesores, funcionarios administrativos y estudiantes. La muestra lograda fue de 28 miembros de la comunidad Unicafam.

Las entrevistas definieron las categorías por el método de saturación de la información.

7. Recolección de los Datos

7.1. Recolección de los datos Cuantitativos. Escala de Sentido de Coherencia-SOC

Para la identificación del nivel del SOC, los datos se obtuvieron con la aplicación del cuestionario *Sentido de Coherencia SOC*, sobre la base de la versión SOC-13 del modelo salutogénico, transcrito dentro del correo electrónico institucional Unicafam en el *Formato Forms*, previo consentimiento informado (Anexo M).

El cuestionario fue respondido por un total de 242 miembros de la comunidad. Sin embargo, se tomó como muestra 228 personas dado que se descartó aquel cuestionario que no fue diligenciado en su totalidad, por tanto, fueron excluidos del estudio un total de 14 cuestionarios.

Con respecto al cuestionario denominado *Sentido de Coherencia-SOC* (Anexo N), es importante mencionar que su estructura constó de un total de 31 preguntas organizadas de la siguiente manera:

- Para la caracterización sociodemográfica de la Comunidad Unicafam, 18 preguntas, 10 de respuesta abierta y 8 con opción de respuesta múltiple.
- Para la medición del nivel del SOC y de los niveles de sus componentes, 13 preguntas de respuesta de tipo escala Lickert con un valor mínimo de 1 y un valor máximo de siete 7.

La manera como se organizó la información obtenida de las respuestas a las 13 preguntas del cuestionario, se describe así:

- Los datos se recopilaron en una base de Excel.
- Luego fueron importados al programa estadístico SPSS.
- El SPSS permitió nombrar y calcular las variables: activos internos y activos externos, a saber:

Variable uno o activos internos influyentes en la promoción de EVS de Unicafam, representados por:

- Las características sociodemográficas: rango de edad, estado civil y género
- El Nivel de Significatividad (bajo, medio y alto).
- El Nivel de Comprensibilidad (bajo, medio y alto).
- El Nivel de Manejabilidad (bajo, medio y alto).
- El Nivel del SOC (SOC bajo, SOC medio y SOC alto).

Variable dos o activos externos influyentes en la promoción de EVS de Unicafam, representados por:

- Las características sociodemográficas: estrato socioeconómico, tipo de vivienda, localidad y municipio donde vive, vínculo laboral, pertenencia a grupo étnico, antecedentes de estudios de básica secundaria, procedencia, semestre cursado y programa al que pertenece si es estudiantes, y dependencia, facultad o escuela a la que pertenece si es funcionario administrativo o profesor.

7.2. Recolección de los Datos Cualitativos: Mapeo de Activos de la Salud o de los Determinantes Sociales de la Salud-DSS

La recolección de los datos cualitativos se obtuvo mediante la *entrevista semiestructurada* (Anexo O), compuesta por 27 preguntas tipo opinión, agrupadas en tres componentes para el establecimiento de las siguientes categorías:

Categoría uno o activos internos influyentes en la promoción de EVS de Unicafam, representados por:

- Los conocimientos como: concepto sobre los EVS, conocimiento de la clasificación de los EVS, beneficios de los EVS, práctica vigente de los EVS, motivos para la no práctica de los EVS, sentimientos generados por la práctica de los EVS, hábitos de la práctica de los EVS, la genética y herencia, el género, las actitudes y comportamientos acerca de los EVS y las prácticas de autocuidado y de amor propio.

Categoría dos o activos externos influyentes en la promoción de EVS de Unicafam, representados por:

- Los recursos ofrecidos por Unicafam: entornos saludables, dependencias y programas saludables.
- Determinantes Sociales de la Salud con que cuentan los miembros de Unicafam y que influyen en la promoción de EVS: condiciones generadoras de estrés; condiciones nutricionales, la adicción, los antecedentes de la infancia y los antecedentes culturales (grupo étnico, religión) y otros.

De la entrevista semiestructurada se menciona:

- La entrevista fue aplicada a 25 miembros de Unicafam representantes de los diferentes roles.
- Las preguntas y respuestas se consignaron bajo audio.
- Se adaptó la metodología del *mapeo de activos de la salud* en su fase de identificación de los activos.

La manera como se organizó la información cualitativa, se describe a continuación:

- Se transcribe la información del audio sobre una base de Excel
- En la base de Excel se agrupó la información obtenida en dos categorías, así: activos internos y activos externos influyentes en la promoción de estilos de vida saludables de la comunidad Unicafam.
- La información de la base Excel se importa al programa “Atlas Ti”.
- Bajo el programa Atlas Ti, se realiza el mapa semántico que evidencia las categorías (Anexo P).

8. Análisis e Interpretación de los Datos

8.1. Análisis Cuantitativo

Para la interpretación y el análisis del nivel del SOC y del nivel de sus dimensiones, se tomó como base el cálculo realizado por Antonovsky, así:

- El *nivel de significatividad* (componente motivacional): se obtiene de la media de la sumatoria de las respuestas a las preguntas P1, P4, P7 y P12.
- El *nivel de comprensibilidad* (componente cognitivo): se obtiene de la media de la sumatoria de las respuestas a las preguntas P2, P6, P8, P9 y P11.
- El *nivel de manejabilidad* (componente comportamental): se obtiene de la media de la sumatoria de las respuestas a las preguntas P3, P5, P10 y P13.
- El *nivel del SOC*, se obtiene de la media de la sumatoria de las respuestas de las preguntas de las 3 dimensiones componentes del SOC.

La tabla número 5 muestra el calculo del nivel del SOC y el nivel de cada uno de los componentes del SOC.

Tabla 5. Cálculo del nivel del SOC y del nivel de sus componentes

Componentes -SOC	Resultado Preguntas	Sumatoria Valor Likert
Total de significatividad	La media de la sumatoria de las preguntas: P1+P4+P7+P12	28*
Total de comprensibilidad	La media de la sumatoria de las preguntas: P2+P6+P8+P9+P11	35*
Total de manejabilidad	La media de la sumatoria de las preguntas: P3+P5+P10+P13	28*
Total sentido de Coherencia	La media de la sumatoria de las preguntas: P1+P2+P3+P4+P5+P6+P7+P8+P9+P10+P11+P12+P13	91*
*si el puntaje máximo de los ítems fuese 7		

Fuente: Elaboración propia. 2019.

Para el análisis e interpretación de los resultados cuantitativos se utilizó el paquete estadístico SPSS, el cual permitió:

- a. La descripción de la comunidad Unicafam por roles: administrativos, directivos, estudiantes y profesores.
- b. La creación de las dos variables: activos internos y activos externos influyentes en la promoción de EVS.
- c. El cálculo de los niveles *bajo, medio y alto*, de la significatividad, la comprensibilidad, la manejabilidad, y el nivel del SOC.
- d. La descripción del cruce o la relación entre las variables sociodemográficas con los niveles del SOC y de los niveles de los tres componentes del SOC, de significatividad, de comprensibilidad y de manejabilidad.
- e. La obtención de estadísticos descriptivos de distribución de frecuencias absolutas y de frecuencias relativas visualizadas en tablas y gráficos estadísticos.

A continuación, se describen los pasos del cálculo de los niveles.

Paso uno. Obtención de los datos totales de significatividad, de manejabilidad, de comprensibilidad y del SOC, resultado del total de la puntuación alcanzada por las respuestas proporcionadas por cada participante al momento de diligenciarse el cuestionario SOC-13, a partir de la información almacenada en una base de Excel, la cual se importó al paquete estadístico SPSS.

Paso dos. Cálculo de los valores máximos, mínimos y de la media de los totales de significatividad, de comprensibilidad, de manejabilidad y del SOC, luego de la obtención de los totales.

La tabla número 6, muestra los resultados obtenidos del total alcanzado de la significatividad, de la comprensibilidad, de la Manejabilidad y del SOC.

Tabla 6. Cálculo de la media de Significatividad-media de Comprensibilidad-media de Manejabilidad y media del nivel del SOC. Comunidad Unicafam.2019.

SOC y Componentes	Total	Mínimo	Máximo	Media
Total Significatividad	4008	9	26	17.6
Total Comprensibilidad	5341	11	35	23.4
Total Manejabilidad	4153	8	28	18.2
Total SOC	13502	36	80	59.2

Fuente: Elaboración propia. 2019.

De donde:

- Total de Significatividad: Es la media de la sumatoria de las respuesta a las preguntas: P1+P4+P7+P12
- Total de Comprensibilidad: Es la media de la sumatoria de las respuesta a las preguntas: P2+P6+P8+P9+P11.
- Total de Manejabilidad: Es la media de la sumatoria de las respuestas a las preguntas: P3+P5+P10+P13.
- Total del SOC: Es la media de la sumatoria del puntaje obtenido de las respuestas a las 13 preguntas.

Paso tres. Desde el paquete estadístico se procede al cálculo de los niveles de las dimensiones, y del nivel del SOC, así:

- Se tomó el valor máximo y el valor mínimo de los totales de significatividad, comprensibilidad, manejabilidad, y del nivel del SOC.
- Se calculó el intervalo de clase para agrupar en tres niveles bajo, medio y alto a la significatividad, la comprensibilidad, la manejabilidad y el SOC.

La tabla número 7 resume la manera de obtención de los niveles de los tres componentes, y del nivel del SOC.

Tabla 7. Cálculo del total y nivel del SOC, total y nivel de Significatividad, de Comprensibilidad y de Manejabilidad. Comunidad Unicafam. 2019.

Total	Valor Mínimo Escala Likert	Valor Máximo Escala Likert	Valor de Intervalo	Nivel		
				Bajo	Medio	Alto
Total Significatividad	9	26	5	9 – 14	15-20	21-26
Total Comprensibilidad	11	35	7	11-18	19-26	Mayor a 27
Total Manejabilidad	8	28	6	8-14	15-21	22-28
Total Sentido de Coherencia	36	80	14	36-50	51-65	66-80

Fuente: Elaboración propia. 2019.

8.1.1. Análisis de las características sociodemográficas de la Comunidad Unicafam

Análisis del Rol de la Comunidad Unicafam

La presente investigación seleccionó una muestra probabilística aleatoria simple de 228 miembros de comunidad Unicafam, correspondiente al 100%.

La muestra representa a la comunidad Unicafam, conformada por:

- 26 del rol administrativos el 11,4%
- 7 del rol directivo el 3,1%
- 159 del rol de estudiantes el 69,7%
- 36 del rol profesor el 15,8%.

La tabla número 8 presenta el rol de la comunidad Unicafam, la frecuencia y el porcentaje.

Tabla 8.Rol Comunidad Unicafam. 2019.

Rol Comunidad Unicafam	Frecuencia	Porcentaje %
Administrativo	26	11,4
Directivo	7	3,1
Estudiante	159	69,7
Profesor	36	15,8
Total	228	100.0

Fuente:Elaboración propia. 2019.

8.1.2. Activos Internos: características sociodemográficas influyentes en la Promoción de Estilos de Vida Saludables

Análisis de la variable rango de edad

Se establecieron rangos de edad para la caracterización de la Comunidad Unicafam de las edades comprendidas entre: 15-24, 25-34, 35-44, 45-54 y más de 55 años.

Se halló que del 100% de la muestra Unicafam, el 70,6% de los miembros se encuentran entre los 15 y 24 años; el 12,7%, entre 35 y 44 años; el 8,3% entre 25 y 34 años entre 45 y 54 años y, el 2,2% entre los 55 años y más.

La tabla número 9 muestra el rango de edad, la frecuencia, el porcentaje y su distribución.

Tabla 9. Rango de edad Comunidad Unicafam. 2019.

Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje %
15-24	161	70,6
25-34	19	8,3
35-44	29	12,7
45-54	14	6,1
Más de 55	5	2,2
Total	228	100.0

Fuente:Elaboración propia. 2019.

Análisis rango de edad vs rol comunidad Unicafam

Del cruce de las variables rango de edad con el rol de la comunidad Unicafam del total de la muestra, se concluye: del 100% de la muestra, el 42,3% de los administrativos, se encuentran entre los 35 y 44 años; el 42,9%, de los miembros directivos, oscilan entre los 45 y 54 años; el 97,5% de los estudiantes, tiene entre los 15 y 24 años; el 41,7%, de los profesores están entre los 35 y 44 años.

La tabla número 10 muestra el cruce de las variables Rango de Edad con la variable Rol Comunidad Unicafam.

Tabla 10. Rango de edad vs Rol Comunidad Unicafam. 2019.

Rango de edad	Administrativo	%	Directivo	%	Estudiante	%	Profesor	%	Total	%
15-24	6	23,1	0	0	155	97,5	0	0	161	70,6
25-34	9	34,6	1	14,3	3	1,9	6	16,7	19	8,3
35-44	11	42,3	2	28,6	1	0,6	15	41,7	29	12,7
45-54	0	0	3	42,9	0	0	11	30,6	14	6,1
Más de 55	0	0	1	14,3	0	0	4	11,1	5	2,2
Total	26	100	7	100	159	100	36	100	228	100

Fuente: Elaboración propia.2019.

Se puede concluir que los estudiantes en un 97,5%, se encuentran en un rango de entre 15 a 24 años, siendo la población más joven; siguen los administrativos y profesores que se encuentran en edades entre 35 y 44 años con el 42,3% y 41,7%, respectivamente. Los directivos, quienes en su mayoría están entre los 45 y 54 años, representa el 42,9%.

Análisis de la variable estado civil

Del total de muestra de los miembros de la Fundación Universitaria Cafam; el 75% son solteros; el 11% son casados; el 9,6% tienen pareja; el 3,9% son divorciadas y, finalmente el 0,4%. es viudo. En conclusión, la mayoría de los miembros de la muestra son solteros.

La tabla número 11 señala el estado civil de la muestra de Unicafam.

Tabla 11.Estado civil Comunidad Unicafam. 2019.

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje %
Casado	25	11,0
Con pareja	22	9,6
Divorciado	9	3,9
Soltero	171	75,0
Viudo	1	,4
Total	228	100,0

Fuente: Elaboración propia.2019.

Análisis rango de edad vs rol comunidad Unicafam

Del cruce de la variable estado civil con la variable rol de comunidad Unicafam, se estableció que el 91,8% son estudiantes solteros, de los directivos el 57,1% son casados, el 36,1% son profesores solteros, del personal administrativo el 36,6 son casados.

La tabla número 12, señala el comportamiento del cruce de las variables estado civil y el rol comunidad Unicafam.

Tabla 12.Estado civil vs Rol Comunidad Unicafam. 2019.

Estado Civil	Administrativo	%	Directivo	%	Estudiante	%	Profesor	%	Total	%
Casado	9	34,6	4	57,1	2	1,3	10	27,8	25	11,0
Con pareja	4	15,4	0	0	11	6,9	7	19,4	22	9,6
Divorciado	4	15,4	0	0	0	0	5	13,9	9	3,9
Soltero	9	34,6	3	42,9	146	91,8	13	36,1	171	75,0
Viudo	0	0	0	0	0	0	1	2,8	1	,4
Total	26	100	7	100	159	100	36	100	228	100

Fuente: Elaboración propia.2019.

Análisis de la variable Género

De acuerdo con la muestra, se encontró que el 75,0% de los miembros de Unicafam son de género femenino y 57 pertenecen al género masculino.

La tabla número 13 señala la variable género de los resultados de la muestra de Unicafam.

Tabla 13.Género Comunidad Unicafam.2019.

Género	Frecuencia	Porcentaje %
Femenino	171	75,0
Masculino	57	25,0
Total	228	100,0

Fuente: Elaboración propia.2019.

Análisis género vs rol comunidad Unicafam

Del cruce entre las variables género y el rol de la comunidad Unicafam se obtuvieron los siguientes resultados: del total, el 79,2% de los estudiantes son de género femenino; el 75% de los profesores son de género femenino; de los directivos el 57,1% son del genero femenino y del personal administrativo son de género femenino el 53,8%.

En conclusión, la mayoría de los miembros de la muestra pertenecen al género femenino.

La tabla número 14 describe el comportamiento de la muestra en relación con el género y su rol dentro de Unicafam.

Tabla 14.Género vs Rol Comunidad Unicafam. 2019.

Género	Administrativo	%	Directivo	%	Estudiante	%	Profesor	%	Total	%
Femenino	14	53,8	4	57,1	126	79,2	27	75	171	75,0
Masculino	12	46,2	3	42,9	33	20,8	9	25	57	25,0
Total	26	100	7	100	159	100	36	100	228	100,0

Fuente: Elaboración propia.2019.

8.1.3. Activos Externos: características cociodemográficas influyentes en la Promoción de Estilos de Vida Saludables

Análisis de la variable estrato socio económico

Para el análisis de esta variable se tuvo en cuenta la estratificación socioeconómica colombiana que va desde el estrato uno, de muy bajos recursos o pobreza extrema, hasta el estrato seis, con recursos socioeconómicos ilimitados.

El 50% de los miembros pertenecen al estrato 3, seguido del estrato 2 en un 33,8% y solo el 1,3% pertenecen al estrato 6.

La tabla número 15 muestra el estrato socioeconómico que se encuentra los miembros de Unicafam.

Tabla 15.Estrato socioeconómico Comunidad Unicafam. 2019.

Estrato	Frecuencia	Porcentaje %
Uno	13	5,7
Dos	77	33,8
Tres	114	50,0
Cuatro	20	8,8
Cinco	1	0,4
Seis	3	1,3
Total	228	100,0

Fuente: Elaboración propia.2019.

Análisis estrato socio económico vs rol comunidad Unicafam

Del cruce de la variable estrato socio económico con la variable del rol de la comunidad Unicafam se encontraron los siguiente resultados: De la muestra, el 58,3% de los profesores

son de estrato 3; el 57,1% de los directivos son de estrato 4; el 50,3% de los estudiantes son de estrato 3; el 46,2% de los administrativos son de estrato 3.

En conclusión, la mayoría de los miembros de la muestra pertenecen al estrato 3.

La tabla número 16 y el gráfico número 6 muestran el cruce entre las variables estrato socioeconómico con los miembros de la comunidad Unicafam.

Tabla 16. Estrato socioeconómico vs Rol Comunidad Unicafam. 2019.

Estrato	Administrativo	%	Directivo	%	Estudiante	%	Profesor	%	Total	%
Uno	2	7,7	0	0	11	6,9	0	0	13	5,7
Dos	10	38,5	0	0	65	40,9	2	5,6	77	33,8
Tres	12	46,2	1	14,3	80	50,3	21	58,3	114	50,0
Cuatro	2	7,7	4	57,1	3	1,9	11	30,6	20	8,8
Cinco	0	0	1	14,3	0	0	0	0	1	,4
Seis	0	0	1	14,3	0	0	2	5,6	3	1,3
Total	26	100	7	100	159	100	36	100	228	100

Fuente: Elaboración propia.2019.

Análisis de la variable tipo de vivienda

Del 100% de la muestra miembros, el 59,2% vive en casa de los padres; el 21,9%, en arriendo; el 18,4% en casa propia; el 0,4% en casa de inquilinato.

La tabla número 17, muestra el tipo de vivienda que tiene la comunidad Unicafam.

Tabla 17. Tipo vivienda Comunidad Unicafam. 2019.

Tipo vivienda	Frecuencia	Porcentaje %
Arriendo	51	21,9%
Inquilinato	1	0,4
Paterna o Materna	135	59,2
Propia	42	18,4
Total	228	100,0

Fuente: Elaboración propia.2019.

Análisis tipo de vivienda vs rol comunidad Unicafam

Del cruce entre la variable tipo de vivienda y la variable de rol de comunidad Unicafam, se encontraron los siguientes resultados: el 100% de los directivos viven en casa propia; el

74,8% de los estudiantes en casa de los padres; el 66,7% de los profesores en casa propia; el 42,3% de los administrativos en casa propia.

Se concluye entonces que el 59,2% de los miembros viven en casa de los padres.

La tabla número 18 señala los resultados de la muestra al hacer el cruce de las variables vivienda y roles de Unicafam.

Tabla 18. Tipo vivienda vs Rol Comunidad Unicafam. 2019.

Tipo vivienda	Administrativo	%	Directivo	%	Estudiante	%	Profesor	%	Total	%
Arriendo	5	19,2	0	0	39	24,5	6	16,7	50	21,9
Inquilinato	0	0	0	0	1	0,6	0	0	1	,4
Paterna o Materna	10	38,5	0	0	119	74,8	6	16,7	135	59,2
Propia	11	42,3	7	100	0	0	24	66,7	42	18,4
Total	26	100	7	100	159	100	36	100	228	100

Fuente: Elaboración propia.2019.

Análisis de la variable Localidad-Municipio de la vivienda

Del análisis obtenido de la variable localidad o municipio donde viven los miembros de la comunidad Unicafam, se obtuvieron los siguientes resultados: la mayor parte de la comunidad se concentra en las localidades de Suba, Engativá y Kennedy, en un 20,6%, 14% y 13,6% respectivamente seguido de las localidades de Bosa y Ciudad Bolívar en un 6,6% para cada una. En cuanto a los municipios, en Soacha vive, el 6,1%; de Madrid 1,3% y de Suesca, Facatativá, Funza, Cota y Mosquera se identificó un 0,4% para cada una, respectivamente.

La tabla número 19, describe la distribución de la muestra dentro de las localidades y municipios aledaños.

Tabla 19. Localidad-municipio Comunidad Unicafam. 2019.

Localidad-Municipio	Frecuencia	Porcentaje %
Engativá	32	14,0
Kennedy	31	13,6
Suba	47	20,6
Usaquén	2	5,3
San Cristóbal	12	5,3
Teusaquillo	4	1,8
Usme	3	1,3
Barrios unidos	3	1,3
Bosa	15	6,6
Ciudad Bolívar	15	6,6
Centro	2	0,9
Chapinero	7	3,1
Puente Aranda	8	3,5
Fontibón	6	2,6
Tunjuelito	4	1,8
Rafael Uribe Uribe	5	2,2
Funza	1	0,4
Soacha	14	6,1
Madrid	3	1,3
Suesca	1	0,4
Facatativá	1	0,4
Cota	1	0,4
Mosquera	1	0,4
Total	228	100,0

Fuente: Elaboración propia.2019

Análisis localidad-municipio vs rol comunidad Unicafam

Del cruce de la variable localidad-municipio con el rol de la comunidad Unicafam, se puede afirmar que las localidades en donde viven la mayoría de los miembros y que representan un alto porcentaje de la muestra, son: en las localidades de Suba y de Engativá el 34,6% y el 19,5% de los administrativos respectivamente; tanto en las localidades de Suba como de Chapinero el 28,6% de los directivos; en Suba, Kennedy y Engativá el 18,2%, el 14,5%, y el 11,9% de estudiantes respectivamente; tanto en las localidades de Suba como de Engativá, el 19,4% de los profesores y, en las localidades de Usaquén y de Kennedy, el 16,4% de los profesores en cada localidad.

La tabla número 20 señala los datos obtenidos del cruce de las dos variables, localidad y rol, del objeto de la muestra estudio en Unicafam.

Tabla 20.Localidad-municipio vs Rol Comunidad Unicafam. 2019.

Localidad-Municipio	Administrativo	%	Directivo	%	Estudiante	%	Profesor	%	Total	%
Engativá	5	19,5	1	14,3	19	11,9	7	19,4	32	14,0
Kennedy	2	7,7	0	0	23	14,5	6	16,7	31	13,6
Suba	9	34,6	2	28,6	29	18,2	7	19,4	47	20,6
Usaquén	0	0	1	14,3	5	3,1	6	16,7	12	5,3
San Cristóbal	1	3,8	0	0	10	6,3	1	2,8	12	5,3
Teusaquillo	1	3,8	0	0	2	1,3	1	2,8	4	1,8
Usme	0	0	0	0	3	1,9	0	0	3	1,3
Barrios Unidos	0	0	1	14,3	1	0,6	1	2,8	3	1,3
Bosa	3	11,5	0	0	12	7,5	0	0	15	6,6
C. Bolívar	3	11,5	0	0	12	7,5	0	0	15	6,6
Centro	0	0	0	0	1	0,6	1	2,8	2	,9
Chapinero	0	0	2	28,6	2	1,3	3	8,3	7	3,1
Puente Aranda	0	0	0	0	7	4,4	1	2,8	8	3,5
Fontibón	0	0	0	0	5	3,1	1	2,8	6	2,6
Tunjuelito	0	0	0	0	4	2,5	0	0	4	1,8
Rafael Uribe Ur	0	0	0	0	5	3,1	0	0	5	2,2
Funza	0	0	0	0	1	0,6	0	0	1	,4
Soacha	2	7,7	0	0	12	7,5	0	0	14	6,1
Madrid	0	0	0	0	3	1,9	0	0	3	1,3
Suesca	0	0	0	0	1	0,6	0	0	1	,4
Facatativá	0	0	0	0	1	0,6	0	0	1	,4
Cota	0	0	0	0	1	0,6	0	0	1	,4
Mosquera	0	0	0	0	0	0	1	2,8	1	,4
Total	26	100	7	100	159	100	36	100	228	100

Fuente: Elaboración propia.2019.

Análisis variable Dependencia o Facultad o Escuela vs rol de comunidad Unicafam

El análisis de las variables dependencia, facultad y escuela a la cual pertenecen los miembros de la comunidad Unicafam, evidencia que hay una representación importante del 100% de la muestra conformada por 228 entre los administrativos, los directivos, los estudiantes y los profesores, quienes forman parte de la Rectoría, Escuelas, Facultades, y Dependencias Administrativas. Se evidencia entonces un total 24,6% de los miembros de la Escuela de Turismo y Gastronomía, de los cuales el 11,5% son administrativos, el 14,3 es directivo, el 30,2% son estudiantes y el 11,1% son profesores. Un 23,2% de la facultad de ciencias administrativas, representado por el 3,8% de administrativos, el 14,3% de directivos, el 29,6% de estudiantes y el 11,1% de profesores. Del total del 21,5% de los miembros, el 20,5% son estudiantes y el 47,2% de profesores quienes pertenecen a la escuela de

enfermería y del total del 16,2% por miembros de la Facultad de Ingeniería, el 19,2% son administrativos, el 14,3 es directivo, el 15,7% son estudiantes y el 16,7% son profesores.

Los demás resultados en porcentaje se encuentran entre 0,4% y 4,8% miembros que forman de las otras dependencias, facultades y escuelas.

Se concluye que la muestra de los miembros es representativa, dado que, se incluye a todas las dependencias que conforman la Fundación Universitaria Cafam

La Tabla número 21 muestra la relación entre la variables facultad o escuela y la variable rol comunidad Unicafam.

Tabla 21. Dependencia-Facultad Escuela Vs Rol Comunidad Unicafam. 2019.

Dependencia-Programa	Administrativo	%	Directivo	%	Estudiante	%	Profesor	%	Total	%
Rectoría	0	0.0	1	14.3	0	0.0	0	0.0	1	0.4
Escuela de Pedagogía	0	0.0	0	0.0	7	4.4	4	11.1	11	4.8
Escuela de Enfermería	0	0.0	0	0.0	32	20.1	17	47.2	49	21.5
Facultad de Ingeniería	5	19.2	1	14.3	25	15.7	6	16.7	37	16.2
Escuela de Turismo y Gastronomía	3	11.5	1	14.3	48	30.2	4	11.1	56	24.6
Facultad de ciencias administrativas	1	3.8	1	14.3	47	29.6	4	11.1	53	23.2
Inglés	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.8	1	0.4
Biblioteca	3	11.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	1.3
Centro de educación	3	11.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	1.3
Bienestar Institucional	1	3.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.4
Contabilidad	3	11.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	1.3
Gerencia administrativa	2	7.7	1	14.3	0	0.0	0	0.0	3	1.3
Secretaría	1	3.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.4
Talento humano	1	3.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.4
Tecnologías	1	3.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.4
Vicerrectoría académica	1	3.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.4
Administración	0	0.0	1	14.3	0	0.0	0	0.0	1	0.4
Investigación	0	0.0	1	14.3	0	0.0	0	0.0	1	0.4
Mercadeo	1	3.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.4
Total	26	100	7	100	159	100	36	100	228	100

Fuente: Elaboración propia.2019.

El análisis de otros de los activos externos de la promoción de los estilos de vida saludable identificados en los miembros de Unicafam, cuya descripción y las tablas van desde la tabla 22 en adelante hasta la 28, se encuentran relacionados como anexos, lo cual para darle orden y prioridad a los subtemas que revisten mayor importancia.

La tabla 22 con su respectiva descripción, hace mención del cruce de la variable laboral con el Rol comunidad Unicafam. (Anexo E); la tabla 23, vínculo laboral estudiante-comunidad Unicafam. (Anexo F); la tabla 24, al grupo étnico-comunidad Unicafam. (Anexo G); la tabla 25, grupo étnico vs rol comunidad Unicafam.(Anexo H); la tabla 26, procedencia institución educativa estudios básica secundaria secundaria (Anexo I); la tabla 27cruce antecedentes estudios básica secundaria vs comunidad Unicafam.(Anexo J); la tabla 28, semestre cursado por estudiantes de la comunidad Unicafam.(Anexo K), y la tabla 29 hace referencia del cruce entre el programa- estudiante y semestre estudiado.2019. (Anexo L).

8.1.4.Activo Interno: Sentido de Coherencia-SOC en la Comunidad de Unicafam: influyente en la Promoción de estilos de vida saludables.

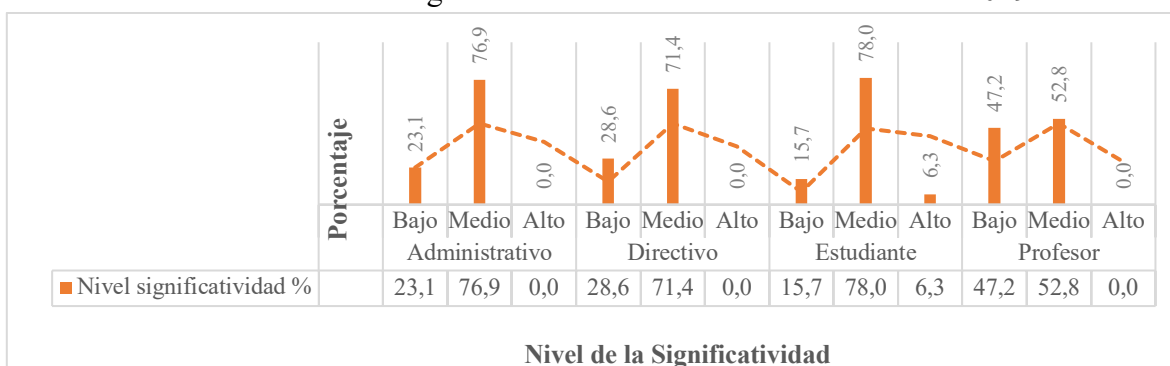
El presente análisis buscó predecir qué tanta capacidad motivacional, cognitiva y comportamental tienen los miembros de Unicafam para entender, modificar, potencializar y utilizar los GRRs como activos para la promoción y práctica de EVS. Así como, que tanto control tienen sobre los DSS, y proponer intervenciones hacia el logro del alcance de su propio bienestar y calidad de vida en la universidad. En definitiva, medir la capacidad que poseen los miembros de Unicafam para motivarse hacia el cambio de hábitos de pensamientos desde lo crítico, lo resolutivo, lo reflexivo y lo propositivo para la búsqueda de alternativas favorables de la promoción y practica de EVS.

Análisis de nivel de Significatividad vs rol Comunidad Unicafam

La significatividad se mantiene en un *nivel medio* como una constante entre los administrativos, directivos, estudiantes y profesores de la comunidad Unicafam del 76,9%, 71,4%, 78% y 52,8% respectivamente.

El gráfico número 1, muestra el comportamiento del nivel de significatividad y su porcentaje conforme al rol de los miembros de Unicafam.

Gráfico 1. Nivel de Significatividad. Rol Comunidad Unicafam.2019.



Fuente: Elaboración propia.2019.

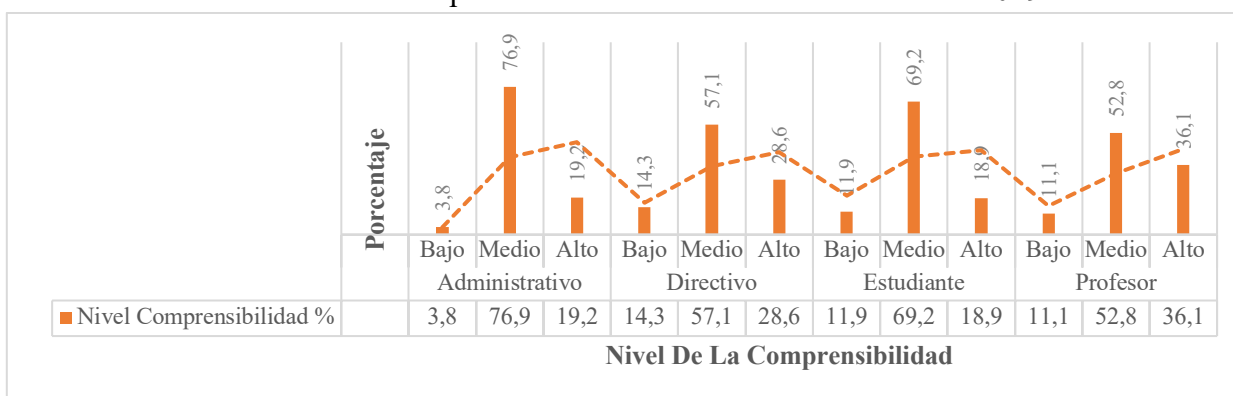
Se puede concluir que en la mayoría de los miembros de la comunidad Unicafam su capacidad motivacional interna para transformar, potencializar y tomar decisiones frente al control de los DSS que les rodea influyentes en la promoción y en la práctica de EVS, no es ni alta ni baja, lo cual puede interpretarse desde la teoría salutogénica como un pensamiento de conformismo y de poco esfuerzo.

Análisis del nivel de Comprensibilidad vs rol Comunidad Unicafam

La comprensibilidad se mantiene en un *nivel medio* como una constante entre los miembros de la Fundación Universitaria Cafam del 76,9% en los administrativos, del 57,1% en los directivos, del 69,2% en los estudiantes y 52,8% en los profesores.

El gráfico número 2 muestra el comportamiento del nivel de comprensibilidad conforme al rol de los miembros de la comunidad Unicafam.

Gráfico 2. Nivel de Comprensibilidad. Rol Comunidad Unicafam. 2019.



Fuente: Elaboración propia. 2019.

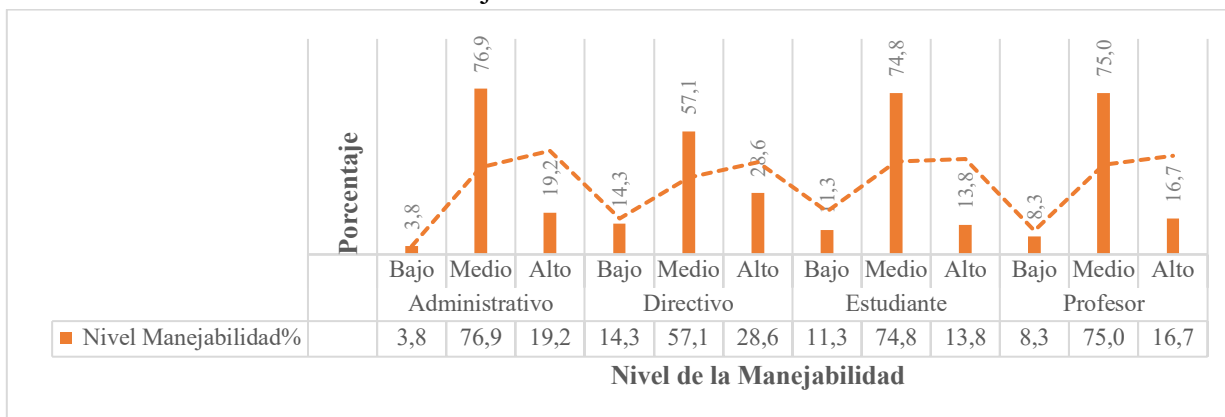
El resultado permite concluir que en la mayoría de los miembros de la comunidad Unicafam su capacidad de interpretación y entendimiento acerca de los DSS que les rodea influyentes en la promoción y en la práctica de EVS, *no es ni alta ni baja*, lo cual puede deducirse desde la teoría salutogénica como *un pensamiento pobre en análisis crítico y reflexivo de la realidad que le rodeas aún cuando ésta no le sea favorable*.

Análisis del nivel de Manejabilidad vs del Rol Comunidad Unicafam:

La manejabilidad evidencia un comportamiento constante del *nivel medio*, en un 76,9% de los administrativos, un 57,1% de los directivos, un 74,8% de los estudiantes y de un 75% de los profesores.

El gráfico número 3 muestra el comportamiento del nivel de comprensibilidad conforme al rol de los miembros de la comunidad Unicafam.

Gráfico 3. Nivel de Manejabilidad. Rol Comunidad Unicafam. 2019.



Fuente: Elaboración propia. 2019.

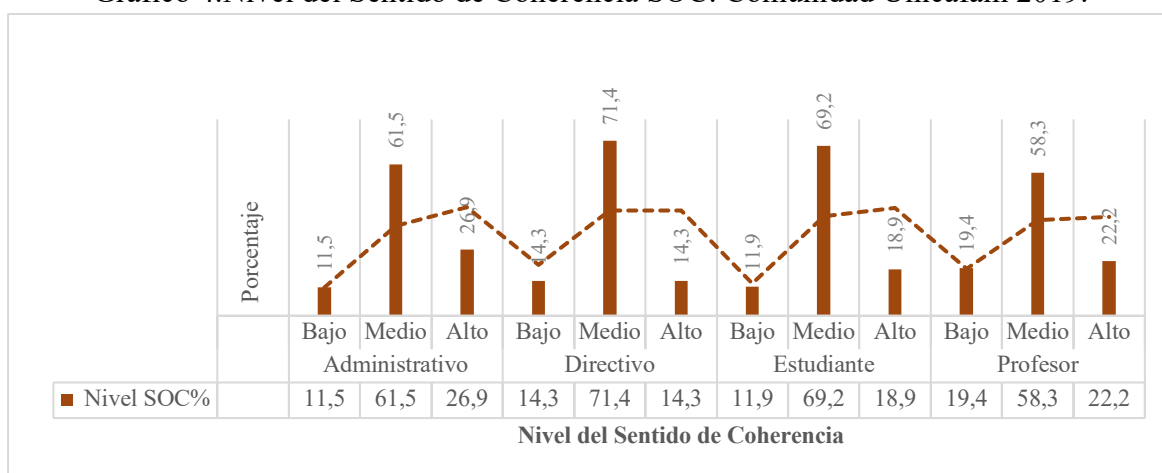
A modo de conclusión se puede aludir que en la mayoría de los miembros de la comunidad Unicafam su capacidad de afrontamiento y toma de decisiones frente a los DSS que les rodea influyentes en la promoción y en la práctica de EVS, *no es ni alta ni baja*, lo cual puede aducirse desde la teoría salutogénica como *un pensamiento con pobreza para asumir responsabilidades y consecuencias del error, es poco resolutivo, poco propositivo, sin autonomía para la toma de decisiones positivas frente a lo negativo que le ocurra.*

Análisis del nivel del Sentido de Coherencia SOC vs Rol Comunidad Unicafam

Entre los miembros de la Fundación Universitaria Cafam *prevelece una constante del nivel medio* del SOC en los diferentes roles administrativo, directivo, estudiante y profesor, del 61,5%, 71,4%, 69,2% y 58,3%, respectivamente.

El gráfico número 4 muestra el comportamiento del nivel de SOC conforme al rol de los miembros de la comunidad Unicafam.

Gráfico 4. Nivel del Sentido de Coherencia SOC. Comunidad Unicafam 2019.



Fuente: Elaboración propia.2019.

Los datos obtenidos permiten inferir que en la mayoría de los miembros de la comunidad Unicafam la capacidad motivacional, cognitiva y comportamental influyentes en la promoción y en la práctica de EVS, *no es ni alta ni baja*, lo cual puede deducirse desde la teoría salutogénica como *un pensamiento de indiferencia frente al deseo interior de tomar a los DSS ofrecidos por Unicafam, sean éstos saludables o no* en áreas de comprenderlos para modificarlos, potencializarlos, tener control sobre ellos y proponer soluciones.

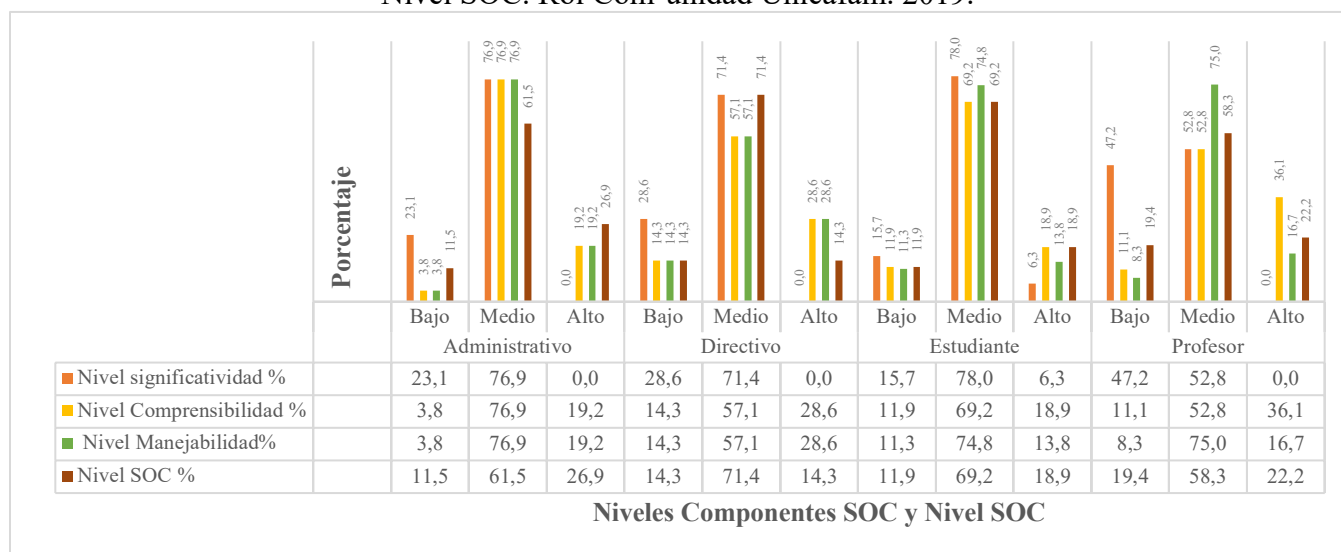
Es decir, que el nivel medio del SOC hallado en los miembros Unicfam, denota capacidad débil del deseo de transformar aquellos recursos desfavorables que le ofrece su entorno, de conformismo hacia el logro del alcance de su propio bienestar y calidad de vida en la universidad siendo una barrera para motivarse hacia el cambio de hábitos de pensamientos desde lo crítico, lo resolutivo, lo reflexivo y lo propositivo para la búsqueda de alternativas favorables de la promoción y practica de EVS.

8.1.5. Análisis global de la relación del nivel SOC y niveles de los componentes SOC con los miembros de la Comunidad Unicafam

El nivel de significatividad obtenido por los integrantes de la universidad alcanzó un nivel medio del 73,7%. Así mismo el nivel medio, tanto del nivel comprensibilidad como del nivel de manejabilidad fue del 67,1% y, el nivel medio del SOC, logrado por los integrantes de la universidad, fue de 66,7%.

El gráfico número 5 muestran de manera global los resultados obtenidos del cruce de las variables rol comunidad Unicafam con los niveles de significatividad, comprensibilidad, manejabilidad y del nivel del SOC.

Gráfico 5. Nivel Significatividad vs Nivel Comprensibilidad vs Nivel Manejabilidad vs Nivel SOC. Rol Com-unidad Unicafam. 2019.



Fuente: Elaboración propia.2019.

Los porcentajes muestran un comportamiento permanente del *nivel medio* en la significatividad, en la comprensibilidad, en la manejabilidad y por consiguiente en el SOC, de la mayoría de los miembros de la comunidad Unicafam.

Se puede afirmar que en los diferentes roles de la comunidad Unicafam, el porcentaje del nivel medio para los tres componentes del SOC y del nivel del SOC mismo, es elevado y es una constante que sobrepasa considerablemente a los porcentajes de los niveles bajo y alto de todas las variables.

Sin embargo, para efectos de intervención, los resultados de los niveles del SOC bajo y alto tendrán que abordarse junto con los resultados del nivel medio del SOC en el momento que se hagan las recomendaciones orientadas a la mejora de las condiciones de vida de la comunidad Unicafam, desde la promoción y cambio de hábitos de pensamiento hacia comportamientos positivos de la práctica de EVS.

Análisis resultado del cruce entre el nivel del SOC y el nivel de sus componentes con los Activos Internos y Externos sociodemográficos influyentes de la Promoción de EVS en la Comunidad Unicafam.

Las características sociodemográficas definidas en el presente estudio como: *activos internos influyentes de la promoción de EVS*, constituidos por el rango de edad, el género y el estado civil, y los *activos externos influyentes de la promoción de EVS*, representados por el estrato socioeconómico, el tipo de vivienda, la localidad, el municipio, la dependencia o el programa al cual pertenecen los miembros de Unicafam al ser cruzadas con los niveles del SOC y el de sus componentes; permitieron visualizar que en la significatividad, la comprensibilidad, la manejabilidad y en el SOC, *el nivel medio* se mantuvo en una constante, ello independiente del rol y de las características sociodemográficas específicas de los miembros de la comunidad Unicafam.

Las tablas números:

- De la 30 a la 32, muestran los *activos internos de promoción de los estilos de vida saludables* cruzados con nivel del SOC y el nivel de los componentes SOC y con miembros de la comunidad Unicafam, como son: el rango de edad (Anexo Q), el estado civil (Anexo R), y el género (Anexo S)
- De la 33 a la 39, muestran los *activos externos de promoción de los estilos de vida saludables* cruzados con nivel del SOC y el nivel de los componentes SOC y con miembros de la comunidad Unicafam, como son como son: el estrato sociodemográfico (Anexo T), el tipo de vivienda (Anexo U), la localidad y municipio (Anexo V), la dependencia o programa del rol administrativo (W), la dependencia o programa del rol directivo (X), la dependencia o programa del rol estudiante (Y), y la dependencia o programa del rol profesor (Z), respectivamente. Cada una de ellas cruzadas con los niveles bajo, medio y alto de la significatividad, de la comprensibilidad, de la manejabilidad y del SOC y con la variable rol comunidad Unicafam.

Del cruce de los anteriores DSS o activos tanto internos como externos influyentes en la promoción de los EVS con los niveles de los componentes del SOC y del SOC mismo, se encontró que, independientemente del rango de edad, del estado civil y del género, del estrato socioeconómico, del tipo de vivienda, de la localidad, el municipio donde viven y la dependencia o programa al cual pertenecen los administrativos, es constante en el *nivel medio* de significatividad, de comprensibilidad, de manejabilidad y del SOC en un 76,9%; 76,9%; 73,1% y 61,5%, respectivamente.

En cuanto al cruce que se realizó entre los activos sociodemográficos enunciados y los directivos, se concluye que el 71,4%; 57,1%; 85,7% y el 71,4%, obtienen *niveles medios* de significatividad, de comprensibilidad, de manejabilidad y del SOC comparativamente.

De igual manera, del cruce realizado entre los estudiantes y los mismos activos sociodemográficos, se evidenció la misma constante en *los niveles medios* de significatividad del 78,0%; de comprensibilidad del 69,2%; de manejabilidad del 74,8%; y del SOC del 69,2%.

Por último, de los cruces entre los profesores, los activos sociodemográficos y los niveles de significatividad, comprensibilidad, manejabilidad y del SOC, se encontró que mantuvo el mismo *nivel medio* del 52,8%, 52,8%, 75,0% y del 58,3%, respectivamente.

Es importante mencionar que no todas las variables sociodemográficas, activos externos influyentes de la promoción de EVS o DSS fueron analizadas en razón a que el vínculo laboral, la pertenencia a grupo étnico, los antecedentes de estudios de básica secundaria, la procedencia, el semestre que cursa y programa al que pertenece los estudiantes, la facultad o escuela a la cual están vinculados los profesores y administrativos, no representaron cambios significativos que modificaran la conclusión obtenida.

8.2. Análisis e Interpretación de los Datos Cualitativos

Teniendo como base el modelo salutogénico para el presente estudio, se debe recordar que los recursos generales de resistencia (GRRs) son los mismos determinantes sociales de la salud (DSS) y los mismos activos de la salud internos y externos, que influyen en la promoción de EVS.

Las respuestas expresadas por los participantes de Unicafam para hallar los DSS se encuentran registrados en el Anexo BB.

8.2.1. Análisis de activos internos influyentes en la Promoción de EVS

- Concepto sobre EVS

Se encontró que la comunidad Unicafam no tiene claro el *concepto* de EVS; prefirió mencionar aquello que se debe o no se debe hacer respecto al mantenimiento de la salud. Si bien el concepto no está definido por la mayoría, si hay alguna claridad en esas acciones que se deben realizar para mantener una *buena* salud o, por el contrario, esas acciones que la deterioran y que por tanto conllevan a estados patológicos que se pueden y se deben evitar.

- Conocimiento de la clasificación de EVS

La comunidad reconoció en gran parte los EVS pero no hacen referencia a otros DSS como por ejemplo estrés, control médico, higiene, ausencia de diálogo, relaciones sexuales, uso de dispositivos de comunicación como celulares, consumo de sustancias psicoactivas y otros como la violencia.

- Beneficios de los EVS

La comunidad universitaria sabe de los beneficios de la práctica de EVS, pero no hace conciencia de su práctica.

- Práctica vigente de EVS

Los miembros de Unicafam reducen a solo unos cuantos EVS que tienen que ver solamente con la alimentación y con hacer actividad física. Actualmente estos EVS no hacen parte de una práctica cotidiana. No mencionan otros EVS pero tampoco se estableció cuál podría ser la razón; sin embargo, puede haber una relación entre el desconocimiento de lo que son los EVS y la práctica que se tiene frente a ellos.

- Sentimientos generados por la práctica de EVS

Los miembros de Unicafam refieren que los sentimientos que le generan la práctica de EVS son en general positivos. Sin embargo, al no poder practicarlos por falta de tiempo, estudio o trabajo sienten pereza o frustración.

- Hábitos de la práctica de EVS

Al revisar los datos, la comunidad refiere que no tienen como hábito la práctica de EVS; además, quienes tienen como hábito la práctica de EVS, solo se refieren a algunos como la actividad física y consumo de comidas sanas; no refieren tener el hábito de la práctica otros diferentes durante su vida. Como es evidente, siempre quedan sin referencia el hábito de la práctica de otros EVS que podrían ser tan importantes como las comidas y la actividad física. Por otro lado, mencionan las razones por las cuales no han generado el hábito de la práctica de los EVS: es “por la pereza, mucho estudio, por falta de tiempo”

- Genética y Herencia

Las enfermedades hereditarias y los defectos físicos y el no tener ningún problema genético o hereditario, no es un impedimento a la hora de la promoción y práctica de EVS. El peso de esta categoría está equilibrado en las respuestas que ofrecen los miembros de la comunidad Unicafam. A pesar de que algunos mencionan que dentro de la familia han habido enfermedades genéticas o hereditarias como cáncer, hipertensión, asma, asma o enfermedades músculo esqueléticas, entre otras, ellos personalmente no las han desarrollado.

- Género

Las respuestas tienden a afirmar la influencia negativa sobre el género y la práctica de EVS. Los miembros de Unicafam sienten que la sociedad sí los discrimina por su orientación sexual y que de hecho existe un impedimento en la promoción y práctica de estilos de EVS; hay influencia negativa dentro de la sociedad que de hecho sí los afecta.

- Prácticas de autocuidado y de amor propio

Las respuestas relacionadas con el autocuidado y el amor propio en la promoción y prácticas de EVS en los miembros de Unicafam, están orientadas afirmativamente; refieren que el amor propio y el autocuidado están íntimamente relacionados por que les permite tener mayor cuidado consigo mismos. Dormir mejor, tener mejor higiene, descansar, hacer cosas que favorezcan la vida, alimentarse sanamente, hacer actividad físico y buena higiene mental, entre otras, son actividades producto de su amor propio.

8.2.2. Análisis de activos externos influyentes en la Promoción de EVS

- Entornos Saludables en Unicafam

Las respuestas de los miembros de Unicafam refieren que sí hay entornos saludables aludiendo a los sitios cercanos al área física institucional, pero no dentro de su perímetro. Hablan de las clases electivas que ayudan en la práctica de actividad física pero hay que ir a otros sitios; el parque que queda cerca de las instalaciones de Unicafam, lo incluyen como zonas verdes; el espacio no está destinado a los miembros de Unicafam específicamente. A su vez, también hacen alusión al hecho de que dentro de la universidad conseguir comida saludable no es fácil y que hacen falta espacios para la alimentación saludable o llaman zonas de alimentación a las zonas verdes o jardines y que no hay un comedor adecuado.

- Dependencias, Programas y Grupos saludables en la comunidad Unicafam

El peso de las respuestas muestra que hay ambigüedad en el conocimiento de la existencia de grupos dentro de la Unicafam que promuevan y practiquen los EVS. De igual manera, hay confusión acerca de la existencia dependencias, servicios, actividades, y funciones para la promoción y práctica de EVS.

En cuanto a los programas saludables refieren que no hay programas específicos pero que desde bienestar universitario y talento humano se programan actividades. Los profesores y administrativos afirman que no hay espacio para la práctica de EVS. Otras respuestas son: falta promover el deporte y ofrecer espacios en donde desestresarse; sugieren que deberían cambiar los productos de la cafetería por frutas con precios más baratos, y hacer convenios con entidades que fomenten la recreación y el deporte; además realizar charlas sobre vida saludable, colocar estand de libros, espacios adicionales, entre otras.

8.2.3. Análisis de otros activos externos influyentes en la promoción de EVS

- Estrés

Los resultados establecieron que el estrés tiene una alta influencia negativa en los miembros de Unicafam al momento de realizar las diferentes actividades diarias de las personas ya sea por el trabajo o por las actividades académicas.

Se estableció que el estrés es un factor determinante en la salud de los miembros de Unicafam capaz de romper el equilibrio que puede haber en una persona al momento de observar su realidad, determinar el orden de prioridades de sus actividades y ejecutarlas, contemplando de manera precisa y responsable cada decisión tomada. Existe gran influencia del estrés en la promoción y práctica de los EVS.

- Condiciones nutricionales

Los miembros de Unicafam refieren que las condiciones nutricionales influyen decididamente en la promoción y práctica de estilos de vida saludables. El factor económico y la dificultad para comprar ‘cosas que no son tan saludables’ tiene gran relevancia. La suplencia de la buena alimentación se satisface con cualquier comida; se come en horarios desordenados, la industria alimentaria influye promoviendo el consumo de comida chatarra, las promociones de comida barata y chatarra que se consumen constantemente, dentro de otras razones, impiden de modo importante la promoción y prácticas de EVS.

- Adicción

Las respuestas obtenidas tienden a un resultado negativo referente a que los miembros de Unicafam preferentemente no tienen una adicción por algo en especial o no la manifiestan.

Sin embargo, algunos de ellos refieren tener algún tipo de adicción como al tabaco, al alcohol, o a algunas tecnologías, productos azucarados, entre otros. Se podría inferir que un número importante de miembros de Unicafam no tienen adicciones; otros si son dependientes o adictos a ciertas sustancias o prácticas que interfieren la promoción y las prácticas de EVS.

- Antecedentes de la infancia

Los primeros años de vida son la base para la formación de ser biopsicosocial, su personalidad, sus costumbres y hábitos en general. La respuesta es que sí influye poderosamente en la promoción y práctica de EVS.

- Antecedentes culturales (grupo étnico y otros)

La respuesta “no”, ha sido repetidamente mencionada por los miembros de Unicafam, lo que permite establecer que esta variable no influye de manera importante en la promoción y prácticas de EVS.

- Redes sociales

Las redes sociales se entienden como las relaciones que se tienen con grupos de amigos, familiares u otros con los que las personas se comunican entre sí con un objetivo en común. El resultado obtenido en relación con la influencia de las redes sociales y la promoción y práctica de EVS, refiere que éstas sí influyen, pero al cruzarlas con la disponibilidad de tiempo, aparecen como negativas. Es decir, que redes como la familia o los amigos motivan a realizar algunos EVS *pero que dadas las condiciones de falta de tiempo, no es posible practicarlos*. Las redes sociales virtuales y el uso de los dispositivos electrónicos como elementos importantes en la actualidad en todos los ámbitos de la vida diaria, en especial en

lo que tiene que ver con la promoción y la práctica de EVS, no son mencionados por los miembros participantes de Unicafam.

- Prestación del servicio del Sistema de Salud

Los miembros de Unicafam manifiestan que el sistema de salud no ofrece las condiciones por que tiene muchas dificultades; no han tenido experiencia en la promoción de los EVS; no hay información al usuario; el Sistema está diseñado para curar sin que tenga un enfoque de promoción o prevención; no influye positivamente en la persona porque solo atienden lo que ella necesita, es paliativa, hay desconocimiento de los programas; la asesoría es incorrecta, el sistema es deficiente. Se evidencia un descontento con el Sistema de salud por sus múltiples falencias que pueden ser estructurales sin que de respuesta efectiva al usuario. Para los miembros de Unicafam, el sistema de salud no le provee las condiciones esenciales para la promoción y práctica de EVS. Pocos son los que afirman que el Sistema de Salud si les permite la promoción y práctica de EVS.

- Educación

La educación tiene gran influencia a lo largo de la vida en relación con la adquisición del hábito y las práctica de EVS. Solo en algunos casos refieren que la influencia es negativa. Aquí se ve reflejado de manera clara que la definición del concepto de EVS no ha sido bien entendido durante su formación y que su ‘definición’ se centra más en los aspectos del cuidado físico, la actividad física y la alimentación pero no con otros tipos de EVS.

- Condiciones del entorno físico, social y ambiental

En la comunidad se afirman que los espacios de su entorno son muy contaminados y generan estrés por la inseguridad. La presencia de basuras en los parques, el agua estancada, el medio de transporte, el tiempo de desplazamiento, la malla vial contaminada, las ciclo rutas inadecuadas. Las condiciones mínimas no facilitan la promoción y prácticas de EVS.

- Estado Socioeconómico

La mayoría refieren que si influye el estado socioeconómico por que si una familia tiene dinero, las personas pueden tener una alimentación balanceada. Otros miembros consideran que tener o no dinero no impide la práctica de EVS por que con bajos recursos se pueden realizar. Las respuestas que afirman que el estado socioeconómico si influye en la promoción y práctica de EVS, provienen de las personas de todos los estratos. El hecho de tener o no tener dinero, si es un determinante en la promoción y práctica de los EVS, si se tienen en cuenta las respuestas obtenidas y relacionadas con el estado socioeconómico.

- Disponibilidad de Tiempo

La densidad de las respuestas obtenidas refiere que el tiempo es un determinante de suma importancia que influye negativamente en la promoción y práctica de EVS ya que con las ocupaciones académicas o laborales, el tiempo que antes dedicaban a la promoción y práctica de vida saludable, no es suficiente. En ocasiones refieren que incluso para preparar un plato saludable o comer, tiempo limitado no lo permite. Algo similar sucede con la práctica del sueño o del ejercicio. Quiere decir que para otro tipo de actividades, sean o no EVS, el tiempo de los miembros se dedica a las actividades laborales o académicas.

- Diversidad

Algunos miembros de Unicafam respondieron de manera ambigua sobre la diversidad y su influencia en la promoción y práctica de EVS. Otras respuestas enunciadas dicen: “no hay impedimento”. La diversidad, entendida como la libre elección y del desarrollo de la personalidad, no tiene importancia mayúscula en la promoción y practica de EVS.

En síntesis, del análisis realizado a los datos cualitativos, se deduce que los activos de la salud de los miembros de Unicafam optativos para potencializar y utilizar en la promoción de EVS, son:

Los activos internos:

- El concepto del EVS
- El conocimiento sobre la clasificación de los EVS
- Las prácticas de autocuidado y de amor propio para la promoción de EVS
- Sentimientos que les genera la práctica de EVS
- Motivos de la no práctica de EVS
- El género al que pertenece.

Los activos externos:

- Propios de Unicafam: Falta de entornos saludables y, escasas las dependencias y programas saludables.
- Otros activos: estrés, uso y disponibilidad inadecuado del tiempo, acúmulo exagerado del tiempo empleado en el uso de los dispositivos electrónicos, prestación del servicio de salud por IPS, y condiciones nutricionales.

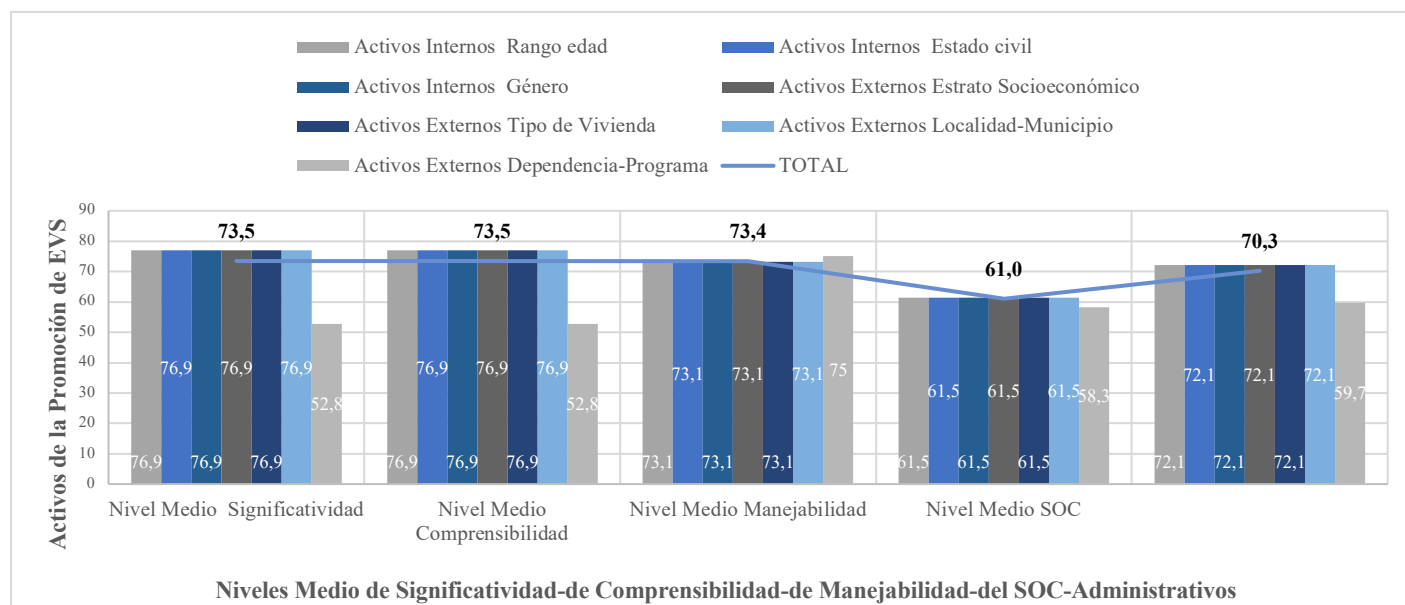
8.3. Relación entre el Nivel Medio del SOC y el Nivel Medio de los componentes del SOC con los Activos Internos y Externos sociodemográficos

Análisis de la relación entre el nivel medio del SOC y nivel medio de los componentes SOC con los activos y externos sociodemográficas influyentes de la Promoción de EVS en los administrativos:

En la mayoría de los administrativos los activos internos y externos sociodemográficos que poseen para la Promoción y práctica de EVS, se conservan en el nivel medio del SOC del 61% y en el nivel medio de la significatividad, de la comprensibilidad y de la manejabilidad del 73.4%, alcanzando un promedio del 70,3%

El gráfico número 6 muestra la relación que existe entre el nivel medio de significatividad, con los activos internos y externos de los administrativos

Gráfico 6. Nivel medio del SOC y nivel medio de sus componentes vs Activos Internos y Externos sociodemográficos influyentes en la Promoción de EVS. Rol Administrativos.Unicafam.2019.



Fuente: Elaboración propia.2019.

Los datos permiten deducir desde la teoría salutogénica que los niveles medio del SOC y de sus componentes en la mayoría de los administrativos, se mantienen en una constante que no cambia porque la fuerza interior de las personas es independiente de las características o activos o GRRs sociodemográficos que caracteriza a los administrativos.

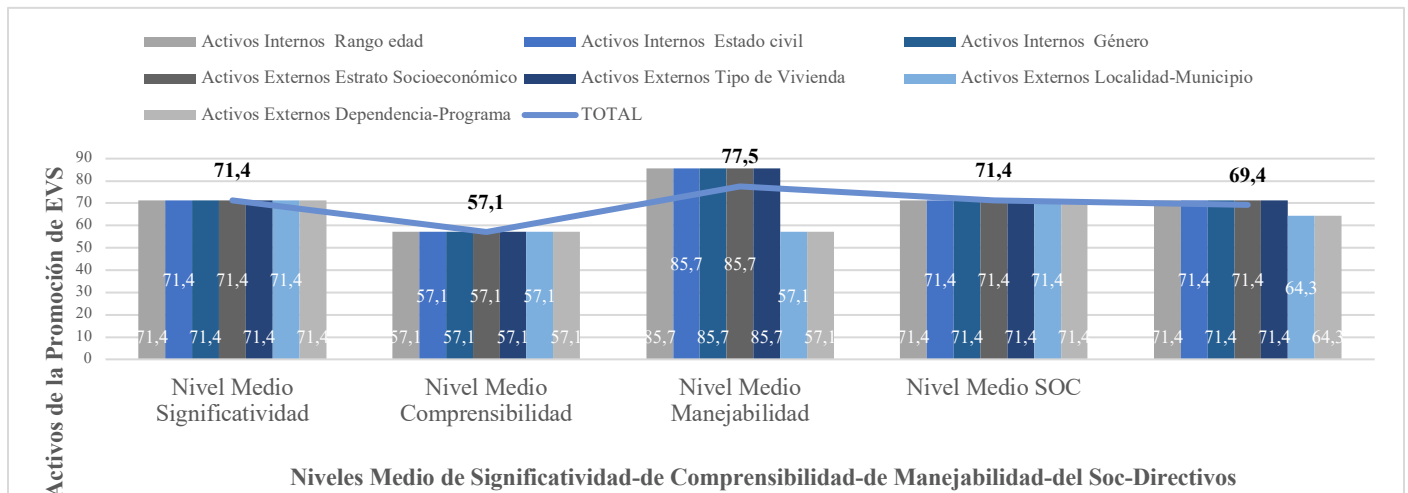
Análisis de la relación entre el nivel medio del SOC y nivel medio de los componentes SOC con los activos y externos sociodemográficos influyentes de la Promoción de EVS en los directivos:

En la mayoría de los directivos los activos internos y externos sociodemográficos que poseen para la Promoción de EVS, se conservan en el nivel medio del SOC del 71,4% y en el nivel medio de la significatividad del 71,4%, en tanto que el nivel medio de la comprensibilidad es del 57,1% y el nivel medio de la manejabilidad es del 85,7,5%, y del 57,1% al cruzarse con la localidad, municipio y dependencia o programa que provienen. Con un promedio 69,4%.

Desde la teoría salutogénica, lo anterior permite inferir que la franja de los directivos tienen dificultades en cuanto a la manejabilidad donde la persona no identifica los GRRs o lo hace con dificultad y no los pone a su disposición en su provecho para satisfacer y afrontar las necesidades; es decir, una actitud no confiada y activa ante eventos difíciles y adversos. No hacen uso de las habilidades para manejar y asumir las situaciones El hecho de que el porcentaje de 71,4 % de los directivos tengan un nivel medio del SOC, así lo demuestra.

El gráfico número 7 muestra la relación que existe entre el nivel medio de significatividad, con los activos internos y externos sociodemográficos de los directivos.

Gráfico 7. Nivel medio del SOC y nivel medio de sus componentes vs Activos Internos y Externos sociodemográficos influyentes en la Promoción de EVS. Rol Directivos.Unicafam.2019.



Fuente: Elaboración propia.2019.

Análisis de la relación entre el nivel medio del SOC y nivel medios de los componentes SOC con los activos y externos sociodemográficos influyentes de la Promoción de EVS en los estudiantes:

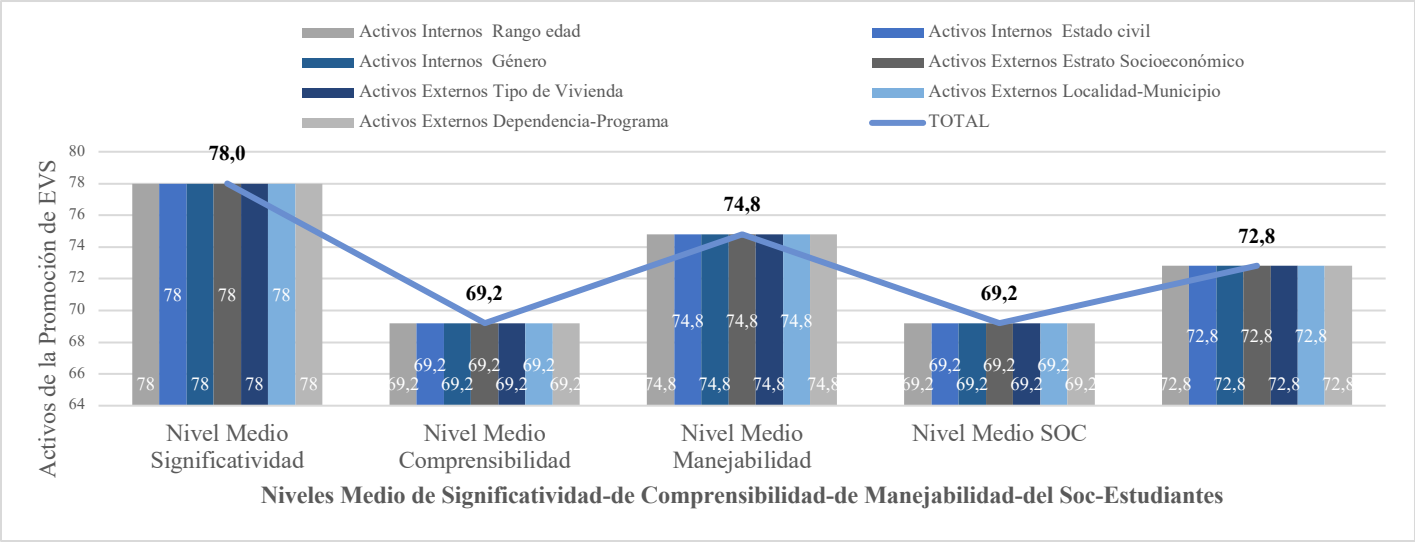
En la mayoría de los estudiantes los activos internos y externos sociodemográficos que poseen para la Promoción y práctica de EVS, se conservan en el nivel medio del SOC del 69,2% y en el nivel medio de la significatividad del 78%, y el nivel medio de la comprensibilidad es del 69,2% y el nivel medio de la manejabilidad es del 69,2%, con un promedio del 72,8%

Con base en la teoría salutogénica y de acuerdo a la información obtenida se concluye que, de los diferentes roles, muchos de los estudiantes estando aún en formación independiente de los activos sociodemográficos que los caracterizan; poseen grandes debilidades en la fuerza interior para identificar, comprender y aprovechar; para manejar y asumir las

situaciones y los recursos con que cuenta para el cambio positivo, lo cual se puede explicarse, es debido a la influencia que desde la infancia están expuestos a una serie de condiciones crónicas; políticas, educativas y sociales; por los medios de comunicación; el uso inadecuado del tiempo; de las redes sociales y las tecnologías entre otras.

El gráfico número 8 muestra la relación que existe entre el nivel medio de significatividad, con los activos internos y externos de los estudiantes.

Gráfico 8. Nivel medio del SOC y nivel medio de sus componentes vs Activos Internos y Externos sociodemográficos influyentes en la Promoción de EVS. Rol Estudiantes.Unicafam.2019



Fuente: Elaboración propia.2019.

Análisis de la relación entre el nivel medio del SOC y nivel medion de los componentes SOC con los activos y externos sociodemográficos influyentes de la Promoción de EVS en los profesores:

En la mayoría de los profesores los activos internos y externos sociodemográficos que poseen para la Promoción y práctica de EVS, se conservan en el nivel medio continuo del SOC del

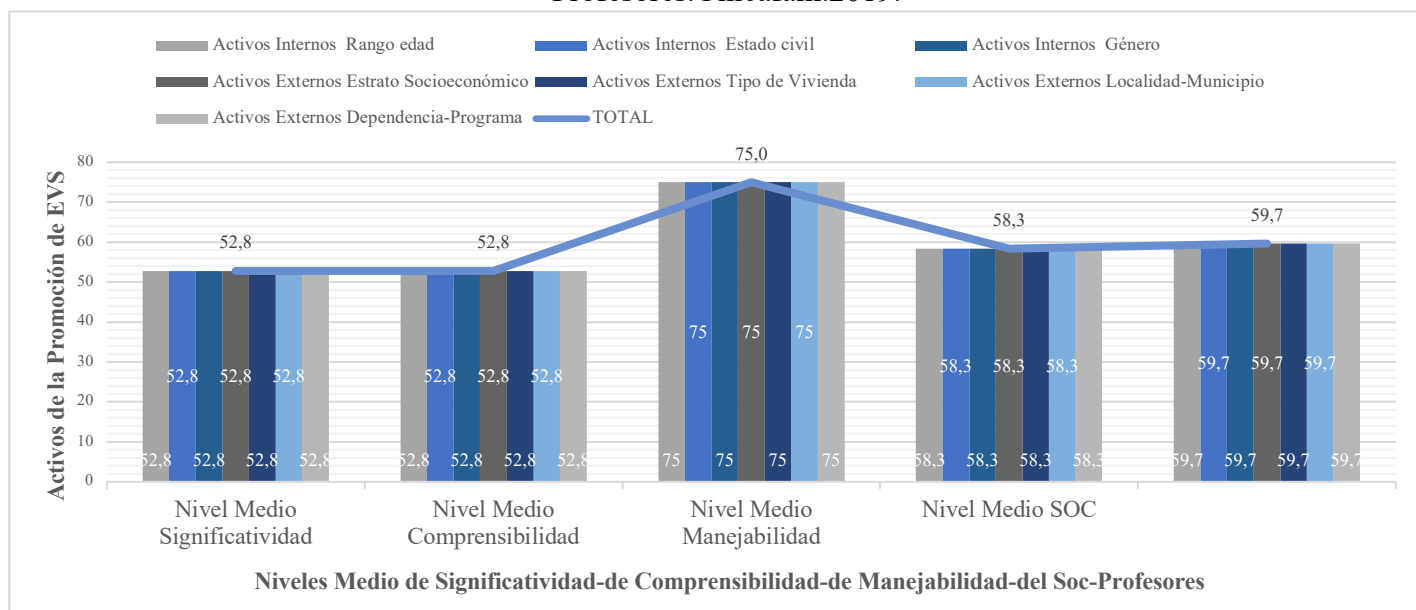
58,3% y en el nivel medio tanto de la significatividad como de la comprensibilidad del 75%, y el nivel medio de la manejabilidad del 75% y el nivel medio de la manejabilidad es del 69,2%, con un promedio del 72,8%

En realidad los activos en su conjuntos no sufren ningún tipo de alteración comportamental con ninguno de los niveles de los tres componentes del SOC ni del SOC mismo. Si bien el porcentaje se eleva en la Manejabilidad, no quiere decir que los Activos pierdan su línea conservadora. El equilibrio porcentual se conserva al apreciar los resultados finales del SOC.

Los datos analizados desde la teoría salutogénica se deduce que, de los roles más equilibrados desde el punto de vista porcentual, los profesores son quienes independientemente de sus activos sociodemograficas, su fuerza motivacional siendo media para el cambio es mayor con relación a los otros roles, dado a su continua actualización académica, muy a su pesar de las condiciones económicas, políticas y sociales proporcionadas por el país, pero también por el hecho de tener en sus manos la alta responsabilidad de la formación de nuevos profesionales; es evidente en ellos la capacidad de comprensión que alcanzan. Sin embargo, eso no implica que los profesores no se salgan de la línea viciosa de los niveles medios. Cabe mencionar que la capacidad para manejar las situaciones no tiene esta por encima de la media y se traduce en una conducta de acomodamiento frente a lo determinates ofrecidos por la universidad y el entorno político, económico, cultural, social e histórico del país.

El gráfico número 9 muestra la relación que existe entre el nivel medio de significatividad, con los activos internos y externos de los profesores.

Gráfico 9. Nivel medio del SOC y nivel medio de sus componentes vs Activos Internos y Externos sociodemográficos influyentes de la Promoción de EVS. Rol Profesores.Unicafam.2019.



Fuente: Elaboración propia.2019.

Análisis de la relación global entre el nivel medio del SOC y nivel medio de los componentes SOC con los activos y externos sociodemográficos influyentes de la Promoción de EVS en los miembros de la comunidad Unicafam:

El cruce obtuvo la misma línea media constante, y se concluye que no depende directamente de los recursos sociodemográficos ni el rol que la caracteriza a los miembros de la comunidad Unicafam (Anexo AA). Desde la teoría salutogénica se concluye que, el comportamiento humano no es aislado de las características sociodemográficas. Son un conjunto de activos que determinan si las personas construyen una personalidad que les permita solidificar la Significatividad, su Comprensibilidad y su Manejabilidad y, con ellas, el Sentido de Coherencia. De estos depende cómo las personas hacen uso o no de los Activos que estén a su disposición. Ellos también determinan los niveles medios del SOC y de los niveles medios de sus tres componentes.

9. Discusión de los Resultados

Los hallazgos encontrados, reflejan la existencia del nivel medio del SOC en la comunidad Unicafam que como activo interno de la salud, deja entrever en los miembros un pensamiento de acomodamiento, de resignación, de *no* interés por el cambio, de conformismo, de facilismo y de indiferencia para asumir hábitos, que es consecuencia de la realidad de la sociedad colombiana, representada en los DSS que históricamente se han incorporado de manera inconsciente dentro de la cultura, la política y la sociedad, como estilos de vida y que ha sido transferida al contexto de la cotidianidad de la universidad como reflejo de una Colombia “pequeña”. Es la preferencia motivacional de asumir conductas inconscientes que no le exigen mayor esfuerzo o causen sufrimiento; se constituye en el freno para el cambio de hábitos. Los hallazgos permiten entonces predecir que las intervenciones para la promoción de EVS en la universidad van encaminadas hacia la toma de conciencia, el conocimiento de la realidad de los DSS, y el fomento de la cultura del cambio del hábito de pensamiento.

Este activo es el eje central sobre el cual se volca la intención transformadora de pensamiento de cambio de hábitos para constituirse Unicafam en una universidad saludable con pensamiento salutogénico.

Cae de sorpresa el hallazgo del nivel medio del SOC, dado que las investigaciones referenciadas en el presente estudio, analizan el nivel bajo y alto del SOC sin hacer el análisis el nivel medio, siendo este la característica esencial que hace la diferencia entre los niveles del SOC encontrados en los estudios realizados por Antonovsky, Lindström, Erickson y otros seguidores del modelo, quienes utilizaron la salutogenesis como herramienta conceptual de

la operatividad de la Promoción de la Salud, y al determinar el SOC lo encontraron polarizado en alto y bajo nivel. Esas investigaciones fueron desarrolladas en la región nórdica y central de Europa, principalmente en Finlandia, Suecia, Dinamarca, Inglaterra, Polonia, Alemania, Francia, Grecia, en donde gran parte de sus ciudadanos gozan de condiciones de orden económico, cultural, educativo, sanitario y de otros DSS favorables.

El nivel bajo del SOC indica que el individuo posee poca capacidad para enfrentar situaciones adversas y, por consiguiente, padecer diversas enfermedades. El nivel alto del SOC, la persona tiene mayor probabilidad de adoptar conductas saludables, presenta nivel de salud estable y mejor funcionamiento del sistema inmunológico, hormonal, físico y mental, de tal manera que puede afrontar y responder de forma regulada a situaciones desfavorables (1,2).

La falta de conocimientos en los miembros de Unicafam sobre EVS hallado en la investigación, se constituye en un determinante o activo interno y, aunque Antonovsky y sus seguidores no lo contemplan en sus estudios, éste sí forma parte del SOC.

Con la identificación de los activos externos quedan en evidencia la carencia de entornos, programas y dependencias saludables, y de otros activos externos que se manifiestan con el estrés, el uso y disponibilidad inadecuado del tiempo, el acúmulo exagerado del tiempo empleado en el uso de los dispositivos electrónicos, la prestación del servicio de salud por las IPS y las condiciones nutricionales, DSS que han influido en los miembros de Unicafam para la promoción de EVS. En su conjunto hacen parte de la influencia en el nivel medio del SOC establecido, caracterizado por el pensamiento conformista, poco autocrítico, que no asume errores con responsabilidad, entre otros, que interfieren en la búsqueda de los recursos que les rodean para su bienestar y calidad de vida.

En comparación con las investigaciones Europeas y unas pocas en America del Sur, previas al presente estudio, los resultados determinaron la calidad de la salud y el bienestar psicológico dentro del nivel bajo o alto del SOC, producto de las condiciones o GRRs externos encontrados en sus culturas, tales como: el estrés, la diferencia de clases sociales, tipo de población, rol dentro de una comunidad universitaria, jornada de estudio, programas educativos, formación educativa, consumo de tabaco, edad, género, ingreso económico, práctica de actividad física, hábitos alimentarios y empleo del tiempo libre (81,95).

Las variables objeto de la presente investigación, no se han contemplados en su totalidad en otros estudios similares, dado que los intereses investigadores se centran en el SOC; algunos estudios determinaron los activos externos de la salud; otros más, en los GRRs asociados con el nivel del SOC, y los más cercanos y recientes estudios realizados en Venezuela y Colombia contemplaron la relación del nivel del SOC con los DSS en el ámbito universitario, pero sus resultados quedan cortos al momento del análisis del nivel medio del SOC, el cual no se interpreta y, en su lugar, determinan el nivel bajo del SOC con base en DSS similares a los encontrados en la Europa nórdica y céntrica. El estudio realizado en Colombia no tuvo en cuenta la importancia de la influencia de los DSS que caracteriza la población Colombia (99).

El aporte que el estudio ofrece para la praxis de la PS, la *adopción de hábitos de conductas saludables y la creación de entornos saludables*, es significativo en la medida que el centro de acción y la raíz de ejecución se orienten hacia la generación de una cultura de cambio pensamiento de hábitos y del fomento de pensamiento salutogénico desde las instituciones de educación superior por ser éstas las que tienen la responsabilidad social en formar profesionales que transformen la sociedad.

Los DSS de una sociedad decadente influyen en la persona, de tal manera que los tres componentes del SOC, especialmente el de la significatividad, pierden fuerza y no dan lugar a la práctica de EVS y mucho menos a cambios de hábitos, costumbres o comportamientos en beneficio de su bienestar y calidad de vida . La sociedad actual contribuye a crear en las personas hábitos mal sanos muy arraigados, como la pereza mental, los compromisos de poca exigencia y poca responsabilidad, una mentalidad de falso bienestar y falsa tranquilidad; la sociedad ofrece una diversión mínima y manipulada a través de la televisión, en ocasiones la diversión es muy costosa e inalcanzable. Todo eso refleja el nivel medio del SOC, hallado en el estudio.

La sociedad colombiana está lejos de la realidad politicosocial, psicosocial y ecosocial de los países europeos, caracterizada por la falta de identidad propia, reflejo de la copia de modelo neoliberal que lleva a las personas a vivir bajo condiciones vulnerables a la violencia, al hambre, a la mala nutrición, a exposición de medio ambiental no sostenible, a la falta de educación con calidad, a las barreras de acceso a la salud y por consiguiente a todas esas condiciones de pobreza e inequidad, causales de enfermedades transmisibles y no transmisibles y de las enfermedades mentales. En su conjunto estos DSS son generadores de las desigualdades sociales, y principalmente del origen del pensamiento poco reflexivo, crítico e interpretativo de la realidad, y pasivo al cambio.

En el modelo salutogénico, Antonovsky no define los conceptos de hábito y de cambios de hábitos; sin embargo, los resultados encontrados del nivel medio del SOC y del nivel medio de sus tres componentes frente a los DSS, permiten concluir que para la operatividad conciente de la promoción de EVS, necesariamente deben definirse para incorporarlos en la

cultura de pensamiento de cambio de hábito, que integre las tres dimensiones o capacidades, la significatividad, la comprensibilidad y la manejabilidad, para que la persona pueda gozar de mejor calidad de vida.

Para entender los conceptos de hábito y cambio de hábito a partir del modelo salutogénico, la investigación se apoyó en los conceptos teóricos de C.Peirce (1887-1888) desde la semiótica y retomados por D.Páez (2018), y el del Modelo de Promoción de la Salud de N. Pender (1996); teorías que frente a la salutogénesis comparten puntos de coincidencia entre los tres componentes, para plantear el concepto de cambio de pensamiento de hábito, que por lo demás, en otros estudios no se han considerado.

De esa manera, la significatividad, vista como la capacidad motivadora, deseo o fuerza interna que la persona posee para el cambio pensamiento de hábito. Desde la semiótica, D.Páez, seguidor de Peirce, afirma que el hábito se forma cuando se hace “...conciencia y se toma la decisión real y con amor para la modificación de los estilos de vida..; es lo que denomina un *pensamiento autoimpuesto*. Pender, en el modelo de PS la nombra como *la voluntad propia* para replantear el cambio de un hábito, la cual esta relacionada con la historia de vida, con valores, con creencias, con aprendizajes y con motivaciones diferentes, propias de la persona.

En cuanto a la comprensibilidad, entendida como la capacidad que tiene la persona para percibir y analizar los recursos de su entorno, como el acto cognitivo para el cambio de hábito, y la manera cómo los incorpora dentro de sus pensamientos. Paez, sostiene que, “...para modificar la conducta se requiere de imaginación de actos y del juicio (análisis o

inferencia) de esos actos para luego practicarlos...” Esto Páez lo llama “pensamiento interpretativo”. Pender utiliza la acción razonada e intencionada para explicar que en la persona un acto cognitivo le permita la interpretación de las condiciones internas y externas que influyen en el cambio de hábitos y de pensamientos.

En relación a la manejabilidad, entendida como la capacidad de afrontar y superar los factores negativos, la persona tiene una actitud confiada y activa ante eventos difíciles y adversos y asume las situaciones a fin de cambiar conductas. Páez explica cómo el hábito es un proceso repetitivo de un comportamiento a partir del pensamiento adquirido habitualmente por las percepciones que se toman de la realidad del diario vivir y de las experiencias ofrecidas por el medio. La decisión del cambio de hábito de pensamiento interpretativo genera resistencia en la medida en que se hace conciencia de la realidad. Pender afirma que la persona con conocimientos en gran medida toma decisiones para optar o no por prácticas saludables frente al cuidado de su salud; sin embargo, esas determinaciones no dependen exclusivamente de la educación y la información dado que hay diversos factores internos y externos que también intervienen.

Desde las posturas teóricas de la semiótica (Peirce y Páez) y de la PS (Pender), se puede explicar el nivel medio del sentido de coherencia en los miembros de la comunidad Unicafam, pues ellos son el reflejo de la realidad de la población colombiana que ha formado el hábito de pensamientos débiles en la reflexión crítica, no constructiva, conformista y poco motivada para el cambio de hábitos hacia pensamientos interpretativos y reflexivos acerca de la realidad.

Con base en la análisis anterior, se propone que el cambio de pensamiento de hábito sea el marco sobre el cual se construya lo que se denominará en adelante el *pensamiento salutogénico* dentro del ámbito de Unicafam, pero este concepto no podrá limitarse pues se conformará y reflejará en el contexto holístico y de la realidad cotidiana de cada persona. El pensamiento salutogénico debe dar respuesta a los siguientes interrogantes ¿Qué se debe cambiar? ¿Por qué se debe cambiar? ¿Para qué se cambia? ¿De qué manera se cambia? ¿Qué impacto se espera del cambio? ¿De qué manera se evalúa el cambio?.

Por último, la adquisición y aplicación del pensamiento salutogénico será un proceso largo para su introyección en la persona y una alternativa para que Unicafam se constituya como una Universidad Saludable o, mejor aún, Universidad Salutogénica, en la medida que se dé lugar a la construcción de la cultura de hábito de pensamiento creativo, reflexivo, crítico, propositivo y resolutivo, desde los espacios administrativos y académicos. La universidad con pensamiento salutogénico será modelo y referente para otras instituciones de educación superior.

10. Conclusiones

Con base en los resultados obtenidos en el presente estudio se pone de manifiesto qué:

- Las características sociodemográficas de la comunidad Unicafam, la edad se encuentra en mayor proporción entre los estudiantes 15 y 24 años; entre los 35 y los 44 años en los profesores y los administrativos y, entre los 45 y los 54 años en los directivos.

El 75% son solteros y pertenecen al género femenino; el 50% pertenecen al estrato 3; el 59,2% viven en casa materna o paterna y el 21,9% pagan arriendo; el 18,4% tiene casa propia; el 20,6 % provienen de la localidad de Suba.

La mayoría de ellos provienen de la Localidad Sur Oriental. Del municipio de Soacha en un 6.1%. El 81,1% de los estudiantes no tiene vinculación laboral; el 98,7% pertenece a la raza mestiza; el 56,6% provienen del sector educativo privado.

- El nivel medio del SOC esta representado por el 61,5% en los administrativos; el 71,4% en los directivos; el 69,2% en los estudiantes y el 58,3%; en los profesores el 66,7% de la comunidad Unicafam. En este orden de ideas, el nivel medio del SOC se constituye en el activo interno sobre el cual se deben orientar las intervenciones para formación de cultura de cambio de hábitos de pensamiento para la promoción y practica de EVS.
- La falta de conocimiento acerca de EVS es altamente representativo como DSS o activo interno en los miembros de Unicafam y que, además, influyen directamente en la promoción y practica de EVS. Otros DSS como los entornos saludables, las dependencias y los programas de Unicafam, fueron considerados como activos externos.

- Otros activos externos encontrados en la comunidad Unicafam, fueron principalmente el estrés, seguido del uso y disponibilidad inadecuado del tiempo; el acumulo exagerado del tiempo empleado en el uso de los dispositivos electrónicos, las condiciones nutricionales y la prestación del servicio de salud por IPS.
- El nivel medio del SOC encontrado en la comunidad Unicafam prevalece de manera constante del 66,7% en ella y no depende directamente de los recursos sociodemográficos que la caracterizan ni de los DSS del entorno interno y externo ni tampoco de los GRRs proporcionados por la Fundación Universitaria Cafam.
- De otro lado, el nivel bajo del SOC del 13,2% representa en algunos de los miembros de Unicafam una capacidad motivadora escasa para el reconocimiento de los activos de su entorno, con pobreza en el pensamiento para comprenderlos y modificarlos y, por tanto, orientarlos hacia los hábitos que pudieran facilitarles la promoción y práctica de los EVS.
- Entre tanto, el nivel alto del SOC del 20,2%, constituye una capacidad motivadora importante que les permite identificar la existencia de los activos con que cuentan. Su pensamiento es crítico, reflexivo, propositivo. Este tipo de pensamiento y actitud frente a su entorno facilita el cambio de hábitos que en últimas favorecen la promoción y práctica de EVS.

11. Recomendaciones

- La Universidad como escenario de libre pensamiento deberá tener como voluntad política aumentar el nivel del SOC de medio a alto mediante el establecimiento de la universidad salutogénica. Es decir, ofrecer en cada uno y todos los escenarios académicos, laborales, administrativos y de bienestar, las condiciones para la formación de la cultura hábito del pensamiento salutogénico. Implica un compromiso, la toma de conciencia, la voluntad propia y la responsabilidad desde el conocimiento del concepto de los EVS y solo así se podrá realizar el cambio de hábito.
- Se sugiere crear como política institucional un programa que canalice el conocimiento, la promoción y la práctica del cambio de hábito de pensamiento hacia los EVS a través de un grupo de expertos que desarrollen el modelo salutogénico.
- Seleccionar el talento humano y capacitarlo en salutogénesis y el pensamiento salutogénico para que gerencie el modelo de universidad salutogénica.
- Proponer a Unicafam constituirse como universidad salutogénica ofreciendo a sus miembros un modelo único con valor agregado que permita la competitividad y la calidad a nivel nacional.
- Crear programas de promoción de la salud y EVS dirigidos a los miembros de Unicafam utilizando todos los determinantes a su alcance con las condiciones que faciliten la promoción y práctica de EVS, promueva los cambios de hábitos mal sanos por hábitos de EVS desde la construcción de cultura del hábito de pensamiento salutogénico.
- Reforzar los conocimientos sobre los valores de la ética, el profesionalismo, la responsabilidad personal y social, el compromiso personal y social, la madurez de la

personalidad, la coherencia en los discursos y en los hechos, la responsabilidad científica, la responsabilidad con el cuidado de la naturaleza y sobre todo el respeto por la vida.

- Constituir un semillero de investigación denominado “*pensamiento salugénico*”, partiendo del proyecto Propuesta: Cuidado de enfermería con pensamiento salutogénico para el hábito saludable en Unicafam.2020.

12. Consideraciones Éticas

Previo al inicio de la investigación se obtuvo la aprobación por parte del Comité de Investigación de la Universidad Santo Tomás y por el Comité de Investigación y de Ética de la Fundación Universitaria Cafam.

Al igual el consentimiento informado, fue sometido al Comité de Ética de Investigación de la Fundación Universitaria Cafam obteniéndose su aprobación (Anexo M), para la aplicación de los instrumentos bajo el acuerdo de la Resolución 8430 de 1993, Art.11 (“Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”) del Ministerio Nacional de Salud en los cuales este estudio no representa ningún riesgo humano físico y psicológico.

Referencias Bibliográficas

1. Aaron A. Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well
San Francisco-London: Jossey-Bass Publisher; 1987.
2. Antonovsky A. Health, stress and coping San Francisco: Jossey-Bass; 1979.
3. Hernán M, Morgan A, Mena ÁL. Formación en Salutogénesis y Activos para la Salud
Andaluz: Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud y Bienestar Social;
2010.
4. Hernán M, Morgan A. Promoción de la Salud y del bienestar a través del modelo de
activos. Revista Española de Sanidad Penitenciaria. 2013.
5. Harrison D, Zeller MA. Assets for health and development: developing a conceptual.
2004.
6. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model.
Francia: Unión Internacional para la Promoción y Educación de la Salud. UIPES; 2007.
7. Cofiño R, Aviñó D, Benedé B, Botello B, Cubillo J, Morgan A, et al. Promoción de la
salud basada en activos: ¿cómo. España: Sociedad Española de Salud Pública. SESPAS;
2016.
8. Kretzmann J, McKnight JP. Building communities from the inside out: a path towards
building and mobilising a community's assets. Evanston, IL: Instituto for Policy Research
Chicago: Publicaciones ACTA, 4848 N. Clark Street; 1993.
9. Kretzmann J, McKnight JP. Assets-based Community Development. 1996.

10. Botello B, Palacio S, García M, Margolles M, Fernández F, Hernán M, et al. Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. España: Sociedad Española de Salud Pública. SESPAS; 2012.
11. Lindström B, Eriksson M. Guía del Autoestopista Salutogénico. Camino Salutogénico hacia la Promoción de la Salud Girona: Documenta Universitaria ®; 2011.
12. Lindström B, Eriksson. Salutogénesis. J Epidemiol Community Health. 2005.
13. Organización Mundial de la Salud.OMS. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. Ginebra;; 2014.
14. Sheriff JK. Charles Peirce's Guess at the Riddle : Grounds for Human Significance Bloomington: Indiana University Press; 1994.
15. Short TL. Peirce's Theory of Signs: Cambridge University Press; 2007.
16. Páez D. Abrupto. Cambios de Hábitos. 2018..
17. Giraldo Osorio A, Toro Rosero M, Macías Ladino , Valencia Garcés C, Palacio Rodríguez. La Promoción de la salud como estrategia para el Fomento de Estilos de vida Saludables. Hacia la Promoción de la Salud. 2010; 15.
18. Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. In Sakraida TJ. Modelo de promoción de la salud. Nola J. Pender. España: Elsevier; 2008.
19. Tsouros AG, Dowding G, Thompson J, Dooris M. Health Promoting Universities. Concept, experience and fremewor. 1998.
20. Rozo Reyes M, Mogollón Pérez AS, Carmona Moreno D. La salud y la promoción de la salud: una aproximación a su desarrollo histórico y social. Revista Ciencias de la Salud. 2005.

21. Sigerist H. Hitos en la Historia de la Salud Pública. Siglo XXI México: Editorial Universidad de Monterrey; 2011.
22. Benach J, Muntaner C. Aprender a Mirar la Salud. Cómo la desigualdad social daña nuestra salud Barcelona: El Viejo Topo; 2005.
23. Ivo de Carvalho A, Marchiori Buss. Determinantes Sociales de la Salud, la enfermedad e intervenciones. 2008..
24. Sigerist H. Medicine and Human Welfare New York: Yale University; 1946.
25. Sigerist H. Enfermedad y civilización México, DF: Biblioteca de la Salud. Inst Nac Salud y FCE; 1987.
26. Mckeow T. The role of Medicine. Dream, mirage or nemesis? México: Nuffield Provincial Hospitals Trust; 1976.
27. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A workig document. Ottawa: Minister of National Health and welfare; 1974.
28. Organización Mundial de la Salud. Declaración Alma Atta. Atención Primaria en Salud. In ; 1978; Ginebra.
29. Public Health Service. HealthJy People: the Surgeon General's report on health promotion and disease prevention. Washington, DC:, US Department of Health and Human Services; 1979.
30. Terris M. Concepts of Health Promotion: Dualities in Public Health Theory: J Public Health Policy; 1992.
31. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de Salud. In ; 1986; Ottawa.

32. Cerqueira MT. Promoción de la salud: evolución y nuevos rumbos. In ; 1995; Washington, DC.
33. Martinez Pérez M, Sanabria Ramos G, Prieto Silva R. Propuesta de dimensiones configurativas de la promoción de la salud. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2009.
34. OMS. Declaración de Adelaida sobre la salud en todas las políticas. Hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar. 1988.
35. OMS. Declaración de Sundsvall sobre los ambientes favorables a la salud. 1991.
36. OMS. Declaración de Yacarta sobre la Promoción de la Salud en el siglo XXI. 1997.
37. OMS. Promoción de la Salud: Hacia una mayor equidad. 2000.
38. OMS. Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un mundo globalizado. 2005.
39. OMS. Conferencia de Nairobi para cerrar la brecha de implementación en promoción de la salud. 2009.
40. OMS. Conferencia de Helsinki sobre salud en todas las políticas. 2013.
41. OMS. Conferencia de Shanghai Mundial de la promoción de la salud en los Objetivos de Desarrollo Sostenible. 2016.
42. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Nuevo Milenio. 2000.
43. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. 2015.
44. Laín Entralgo P. La Medicina Hipocrática. 1987.
45. Tuero del Prado C, Márquez Rosa S. Estilos de Vida y Actividad Física: Diaz de Santos; 2009.

46. Guerrero Montoya LR, León Salazar AR. Estilo de Vida Salud: Un problema socioeducativo, antecedentes. Artículos arbitrados. 2010.
47. Álvarez C LS. Los estilos de vida en salud: del individuo al contexto. Revista Facultad nacional. salud Pública. 2012.
48. Vives Iglesias AE. Estilo de vida saludable: puntos de vista para una opción actual y necesaria. Revista electrónica Psicología Científica.com. 2007.
49. Espinosa González L. Cambios del modo y estilos de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad. Revista Cubana de Estomatología. 2004; 41.
50. Organización Mundial de la Salud. OMS. La salud de la juventud. 1986.
51. Reyes L. La teoría de acción razonada: implicaciones para el estudio de las actitudes. 2007. Investigación educativa. Universidad pedagógica de Durango.
52. University of Twente. Theory of planned behavior/ Reasoned action. 2004. The Netherlands Europe.
53. Abraham , Norman , Conner. Understanding and Changing Health Behaviour: From Health Beliefs to Self-Regulation. In Bandura A. Health promotion from the perspective of social cognitive theory.: Harwood Academic Publishers; 2004.
54. Grau Abalo JA. Enfermedades crónicas no transmisibles: Un abordaje de los factores psicosociales. Salud & Sociedad. Latin American Journal. 2016; 7(2).
55. Ministerio de Salud y de la Protección de la Salud. MSPS.OPS. Resúmenes de Política: Intervenciones Poblacionales en Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Estilo de Vida Saludable y Enfermedades No Transmisibles. 2010.

56. Organización Mundial de la Salud. OMS. Carta de Edmoton para Universidades Promotoras de la Salud e Instituciones de educación Superior. In ; 2005; Alberta.
57. RIUPS. Congreso Internacional de Universidades Promotoras para la Salud. 2015.
58. Organización Mundial de la Salud. OMS. Okanagan charter. An international Charter for health Promoting Universities & Colleges. In ; 2015; Kelowna. Canadá.
59. Ministerio de Salud y Protección Social. Subdirección de Enfermedades Crónicas no Transmisibles. Grupo de Modos, condiciones y estilos de vida saludable. Lineamientos técnicos para la promoción de modos, condiciones y estilos, de vida saludable. Entorno Universitario. 2016.
60. Gallardo Pino , Martínez Pérez , Peñacoba Puente. Promoción de la salud en la universidad: la Universidad Rey Juan Carlos, una universidad saludable. 2010.
61. Bengt Lindström ME. Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. Health Promotion International. 2006; 21(3).
62. Antonovsky A. Seminario de la OMS sobre “Teoría de Promoción de la Salud: Investigación y Práctica”. Ginebra;; 1992.
63. Eriksson Monica LB. Antonovsky’s sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. J Epidemiol Community Health. Programa de Investigación de Promoción de la Salud, Centro de Investigación Folkhälsan, Helsinki. Finlandia. 2007.
64. Lizarbe Chocarro M, Gullén Grima F, Aguinaga Ontoso I, Canga Armayor N. Validación del cuestionario de Orientación a la Vida (OLQ-13) de Antonovsky en una muestra de estudiantes universitarios en Navarra. An.Sistema Sanitario Navarra. 2016.

65. Saravia JC, Ibérico , Yearwood K. Validación de la escala de sentido de coherencia (SOC-13) en una muestra peruana. *Diario de Comportamiento, salud y asuntos sociales*. 2014; 6(2).
66. Virués Ortega J, Martínez Martín P, Del Barrio J, Lozano LM. Validación transcultural de la Escala de Sentido de Coherencia de Antonovsky (OLQ) en ancianos mayores de 70 años. *Medicina Clínica*. 2007 Abril; 13(128).
67. Vega Martínez MdC, Frías Osuna A, Del Pino Casado R. Validez y confiabilidad de la escala de sentido de coherencia en estudiantes de fe enfermería de una universidad española. Elsevier España. 2017.
68. OMS. Comisión de los Determinantes de la Salud. Hacia un Marco Conceptual para el Análisis y la Acción sobre los Determinantes Sociales de la Salud. 2005.
69. OMS. Comisión de los Determinantes de la Salud. ¿Qué es, por qué, y cómo? Los Determinates Sociales de la Salud. 2005-2008.
70. OMS. Comisión de los Determinates Sociales de la Salud. Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra;; 2011.
71. OMS. Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud. Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. Todos por la equidad. Rio de Janeiro;; 2011.
72. OMS. ¿Cómo subsanar las desigualdades en una generación. Informe de la Comisión de los Determinantes Sociales de la salud. 2011.
73. Lage Dávila , Álvarez Pérez AG, Luis Gonzálvez IP, Maldonado Cantillo G, Bonet Gorbea H. Los Determinantes Sociales de la Salud. Actualización. InfoHEM. 2013.

74. Moiso , Mestorino MdlÁ, Ojea OA. Fundamentos de Salud Pública. Determinantes de la Salud La Plata: Editorial de la Universidad Nacional de la Plata; 2007.
75. Álvarez Pérez , García Fariñas , Bonet Gorbea M. Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en Cuba. Revista Cubana de Salud Pública. 2007 Junio; 33(2).
76. Wilkinson R, Marmot. Determinantes Sociales. Los hechos probados. España: Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para Europa, Centro para la Salud Urbana ; 2003.
77. Whitehead M. The Concept and Principles of Equity and Health. 1992.
78. OMS. Comisión sobre determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. 2008.
79. Rivera de los Santos , Ramos Valverde , Moreno Rodríguez C, Hernán García M. Análisis del Modelo Salutogénico en España: Aplicación en salud Pública e implicaciones para el Modelo de Activos en Salud. Revista Española Europea de Salud Pública. 2011.
80. UIPES. [Online].; 2018 [cited 2018 Febrero 27. Available from: <https://www.iuhpe.org/index.php/en/global-working-groups-gwgs/gwg-on-salutogenesis>.
81. Mittelmark B, Sagy , Eriksson M, Bauer GF, Pelikan JM, Lindström B, et al. The Handbook of Salutogenesis Suiza: Springer; 2017.

82. Javier Virués-Ortega PMMJLdBLML. Validación transcultural de la Escala de Sentido de Coherencia de Antonovsky (OLQ-13) en ancianos mayores de 70 años. Medicina Clínica. 2007; 128(13).
83. María del Carmen Vega Martínez AFORDPC. Validez y confiabilidad de la escala de sentido de coherencia en estudiantes de grado de enfermería de una universidad española. Gaceta sanitaria. Elsevier España. 2018 Febrero .
84. Juan Carlos Saravia Ciky. Validación de la Escala de Sentido de Coherencia (SOC) 13-Item en una muestra peruana. Journal of Behavior, Health & Social Issues. 2015 Abril; 6(2).
85. Salla Maarit Volanen ELKSSS. Factors contributing to sense of coherence among men and women. Revista Europea de Salud Pública. 2004; 14(3).
86. Nicholas W J Wainwright PGSAAWRNLKTKS. Healthy lifestyle choices: could sense of coherence aid health. J Epidemiol Community Health. 2007.
87. Monika Binkowska-Bury PJ. Sense of Coherence and health-related behaviour among university students- questionnaire survey. Cent Eur J Public Health. 2010; 18 (3).
88. Sakari Suominen HHHBAUMK. Sense of coherence as a predictor of subjective state of health. Results of 4 years of follow-up of adults. Journal of Psychosomatic Research 50. 2001.
89. Peña AIB. La inteligencia emocional y el sentido de coherencia en la. 2015.
90. Gerry Larsson KOK. Sense of coherence, socioeconomic conditions and health. EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH. 1996; 6(3).

91. Carrasco Fernández;. Cultivando Comunidades Saludables.Una propuesta de Acción Comunitaria para la Promoción de Salud desde el Modelo de Activos en el Barrio de la Barceloneta. Universidad Nacional de Barcelona. 2013 Junio.
92. Dirección General de salud pública y servicio de salud de las Ias Islas Baleares. Guía para la elaboración del mapa de activos en salud en las Islas Baleares. 2010.
93. Martínez Riera JR MG. La Universidad de Alicante. Universidad promotora de salud/ Universidad Saludable. Un reto y una oportunidad. Revista de Salud Pública. 2014 Diciembre ; 18.
94. P. Pérez-Wilson MCP. Activos para la Salud en Comuniad Universitaria:el caso de Chile. In ; 2016.
95. Mariano Hernán AMÁLM. Formación en Salutogésis y Activos para la Salud Andaluza. España: Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud y Bienestar Social; 2010.
96. Escobar Castellanos B, Juvinyá Canal D, Cid Hénriquez P. Sentido de coherencia y estilo de vida en adultos jóvenes universitarios: revisión. Medcrave. Step into the World of Research. 2018 Junio; 5(3).
97. Guerrero Alcedo JM. Sentido de Coherenciaa y Estilos de Vida Saludables en estudiantes de la Universidad Pública Venezolana. Salud, arte y cuidado. La revista de enfermería y ciencias de la salud. 2018 Junio; 11(1).
98. Rivera de Ramones EM. Camino Salutogénico: estilos de vida saludables. Revista Digital de Posgrado. Universidad Central de Venezuela. 2019.

99. Maria Elena Amaya AMGG. Estilos de vida saludables, bienestar psicológico y sentido de coherencia en los estudiantes adultos de la Universidad de San Buenaventura. Seccional Medellín. AGO.USB Medellin-Colombia. 2007 Diciembre ; 7(2).

Anexos

Anexo A.Cálculo Tamaño De La Muestra Probabilística Aleatoria Simple.

Administrativos

Parametro	Insertar Valor	
N	1.524	N=73 Funcionarios Administrativos
Z	1,96	Z = 1,96 se obtiene de NC según tabla (donde 1-alfa=95%)
P	50%	e = 8% ó 0.08 (lo da el investigador)
Q	50%	P = cuando no hay estudio previo: 50% ó 0,5
E	5%	Q = (1-P)= 50% ó 0.5
		1463,6
Fórmula Excel tamaño de muestra: "n"		49
		9,5

Anexo B. Cálculo Tamaño De La Muestra Probabilística Aleatoria Simple.

Directivos

Parametro	Insertar Valor	
N	123	N=10 Directivos
Z	1,96	Z= 1,96 se obtiene de NC según tabla (donde 1-alfa=95%)
P	50%	e= 8% ó 0.08 (lo da el investigador)
Q	50%	P= cuando no hay estudio previo: 50% ó 0,5
E	14%	Q= (1-P)= 50% ó 0.5
	118,1	
Fórmula excell tamaño de muestra: "n"		9
	3,4	

Anexo C. Cálculo tamaño de la Muestra Probabilística Aleatoria Simple.

Estudiantes

Parametro	Insertar Valor	
N	1.524	N =1524 estudiantes de pregrado y formación tecnológica
Z	1,96	Z = 1,96 se obtiene de NC según tabla (donde 1-alfa=95%)
P	50%	e = 8% ó 0.08 (lo da el investigador)
Q	50%	P = cuando no hay estudio previo: 50% ó 0,5
E	5%	Q = (1-P)= 50% ó 0.5
	1463,6	
Fórmula Excel tamaño de muestra: "n"		137
	9,5	

Anexo D. Cálculo Tamaño de la Muestra Probabilística Aleatoria Simple.

Profesores

Parametro	Insertar Valor	
N	123	N=123 profesores
Z	1,96	Z= 1,96 se obtiene de NC según tabla (donde 1-alfa=95%)
P	50%	e= 8% ó 0.08 (lo da el investigador)
Q	50%	P= cuando no hay estudio previo: 50% ó 0,5
E	14%	Q= (1-P)= 50% ó 0.5
	118,1	
Fórmula excell tamaño de muestra: "n"		68
	3,4	

Anexo E. Análisis Cruce Vinculación Laboral con Rol Comunidad Unicafam.2019.

Del cruce de las variables vinculación laboral con rol de la muestra Unicafam, se obtuvieron los siguientes resultados: el 71,4% de los directivos tienen contrato a término definido; el 60% de los estudiantes con contrato a término indefinido; el 88,9,7% de los profesores con contrato a término definido; el 61,5% de los administrativos con contrato a término definido. Se concluye entonces que la mayoría de los miembros de Unicafam tiene una vinculación laboral con contrato a término definido.

La tabla número 22, señala los resultados de las variables vinculación laboral con rol de los miembros de Unicafam.

Tabla 22. Tipo vinculación laboral vs Rol Comunidad Unicafam. 2019.

Vinculación Laboral	Administrativo	%	Directivo	%	Estudiante	%	Profesor	%	Total	%
Independiente	0	0	0	0	1	3,3	0	0	1	1,0
A término definido	16	61,5	5	71,4	3	10	32	88,9	56	56,6
A término indefinido	8	30,8	2	28,6	18	60	0	0	28	28,3
Civil por prestación servicios	0	0	0	0	2	6,7	1	2,8	3	3,0
De aprendiz	2	7,7	0	0	0	0	0	0	2	2,0
De obra o labor	0	0	0	0	4	13,3	3	8,3	7	7,1
Ocasional	0	0	0	0	2	6,7	0	100	2	2,0
Total	26	100	7	100	30	100	36	100	99	100

Fuente: Elaboración propia.2019.

Anexo F. Análisis del Vínculo Laboral de los Estudiantes. 2019.

El 81,1% de los estudiantes de la comunidad Unicafam no tiene vinculación laboral, el 18,2% de ellos tienen algún tipo de vinculación laboral con un porcentaje de 18,2% y el 0,6% de los estudiantes aparece como trabajador independiente.

La tabla número 23 señala las condiciones de vinculación laboral de los estudiantes, como parte mayoritaria de la muestra del presente estudio.

Tabla 23. Vínculo laboral estudiantes Comunidad Unicafam. 2019.

Vínculo laboral estudiante	Frecuencia	Porcentaje %
Independiente	1	0,6
Si	29	18,2
No	129	81,1
Total	159	100,0

Fuente: Elaboración propia. 2019.

Anexo G. Análisis de la Variable Grupo Étnico. 2019.

Se quiso establecer con la variable pertenencia a étnias, alguna influencia importante en el análisis del presente estudio. De esa manera el 98,7% son mestizos y el 1,3% personas son afrodescendientes. No implica que dentro de la comunidad Unicafam no haya pertenencia a otras etnias.

La tabla número 24 señala la distribución o pertenencia a algún grupo étnico dentro de la muestra objeto de estudio en Unicafam.

Tabla 24.Grupo Étnico Comunidad Unicafam. 2019.

Etnia	Frecuencia	Porcentaje %
Afrodescendiente	3	1,3
Mestizo	225	98,7
Total	228	100,0

Fuente: Elaboración propia.2019.

Anexo H. Análisis Cruce Grupo Étnico con Rol Comunidad Unicafam.2019.

Al realizar el cruce de las variables grupo étnico con rol de la comunidad Unicafam, se encontraron los siguientes resultados: Tanto el 100% de los administrativos como de los directivos y de los profesores son mestizos y, el 98.1%, de los estudiantes son mestizos.

La tabla número 25 muestra la relación del grupo étnico con el rol de la comunidad Unicafam.

Tabla 25.Grupo Étnico Vs Rol Comunidad Unicafam. 2019.

Grupo étnico	Administrativo	%	Directivo	%	Estudiante	%	Profesor	%	Total	%
Afro	0	0	0	0	3	1,9	0	0	3	1,3
Mestizo	26	100	7	100	156	98,1	36	100	225	98,7
Total	26	100	7	100	159	100	36	100	228	100

Fuente: Elaboración propia.2019.

Anexo I. Análisis de la Variable procedencia Institución Educativa Estudios Básica
Secundaria. Miembros Unicafam. 2019.

De los miembros de Unicafam que participaron en la muestra, un 56% de los miembros cursaron su básica secundaria en entidades privadas y un 43,4% lo hicieron en públicas.

La tabla número 26 señala la distribución en que los miembros de Unicafam participantes en la muestra estudiaron la básica secundaria en entidades privadas y en entidades públicas.

Tabla 26. Antecedentes estudios básica secundaria comunidad unicafam. 2019.

Antecedentes estudios básica secundaria	Frecuencia	Porcentaje %
Privada	129	56,6
Pública	99	43,4
Total	228	100,0

Fuente: Elaboración propia.2019.

Anexo J. Análisis cruce antecedentes Básica Secundaria con Rol Comunidad

Unicafam.2019.

La variable antecedentes de estudios de básica secundaria se cruzó con la variable rol de la comunidad Unicafam y se estableció que el 71,4% de los directivos, estudiaron en entidades privadas, el 69,4% de los profesores en entidades privadas, el 54,1% de los estudiantes en entidades privadas y el 50% de los administrativos en entidades privadas.

Se concluye que la mayoría de los miembros de la Unicafam realizo sus estudios de básica secundaria en entidades privadas.

La tabla número 27, muestra la relación entre las variables antecedentes de estudios de básica secundaria con el rol de la comunidad Unicafam.

Tabla 27. Antecedentes Estudios Básica Secundaria vs Comunidad Unicafam. 2019.

Antecedentes estudios básica secundaria	Administrativo	%	Directivo	%	Estudiante	%	Profesor	%	Total	%
Privada	13	50	5	71,4	86	54,1	25	69,4	129	56,6
Pública	13	50	2	28,6	73	45,9	11	30,6	99	43,4
Total	26	100	7	100	159	100	36	100	228	100

Fuente: Elaboración propia.2019.

Anexo K. Análisis de la Variable Semestre Cursado por Estudiantes.2019.

La distribución de los estudiantes conforme al semestre cursado se estableció de la siguiente manera: el 24,5% de los estudiantes se encuentran cursando el primer semestre, el 22,0% el tercer semestre, el 18,9% el quinto semestre, el 10,7% el segundo semestre, el 9,4% el sexto semestre, el 8,2% el séptimo semestre y, el 6,3% (10) el cuarto semestre.

La tabla número 28 muestra la distribución de los estudiantes participantes según el semestre cursado.

Tabla 28.Semestre cursado por estudiantes de Comunidad Unicafam. 2019.

Semestre cursado	Frecuencia	Porcentaje %
Primero	39	24,5
Secundo	17	10,7
Tercero	35	22,0
Cuarto	10	6,3
Quinto	30	18,9
Sexto	15	9,4
Séptimo	13	8,2
Total	159	100,0

Fuente: Elaboración propia.2019.

Anexo L. Análisis cruce semestre cursado de estudiantes vs Semestre del Programa.2019.

Del cruce de los programas con los semestres cursados por estudiantes, se evidenció que del 100% de estudiantes, el 20,1% pertenecen al programa de enfermería de segundo a séptimo semestre; el 20,1% de administración turística y hotelera de primero a séptimo semestre; el 13,2% de tecnología en administración empresas de primero a tercero, y de quinto a séptimo semestre; el 10,7% de administración de empresas de primero a tercero, de quinto y séptimo semestre; el 10,1% de tecnología y gestión en gastronomía de segundo, tercero, quinto y sexto; el 8,2% de ingeniería industrial de primero a sexto semestre; el 5,7% de negocios internacionales de los semestres tercero a quinto; el 4,4% al de pedagogía de los semestres de primero a tercero y quinto; el 4,4% al de ingeniería telecomunicaciones de primer semestre; el 1,9% de ingeniería telemática de primer y segundo semestre y el 1,3% al de tecnología en telemática de primer y tercer semestre. Se concluye que la muestra de los estudiantes es representativa dado que se incluye a todos los programas y semestres.

La tabla número 29, señala el cruce del programa con semestre cursado por los estudiantes

Tabla 29. Programa-Estudiante Vs Semestre Cursado Estudiantes.2019.

Programa-Estudiante	Primero	%	Segundo	%	Tercer	%	Cuarto	%	Quinto	%	Sexto	%	Séptimo	%	TOTAL	%
Enfermería	0	0.0	3	9.4	3	9.4	6	18.8	10	31.3	5	15.6	5	15.6	32	20.1
Pedagogía	3	42.9	2	28.6	1	14.3	0	0.0	1	14.3	0	0.0	0	0.0	7	4.4
Administración Empresas	7	41.2	5	29.4	1	5.9	0	0.0	3	17.6	0	0.0	1	5.9	17	10.7
Tecnología Administración empresas	11	52.4	1	4.8	4	19.0	0	0.0	3	14.3	1	4.8	1	4.8	21	13.2
Administración Turística y Hotelera	1	3.1	2	6.3	10	31.3	1	3.1	5	15.6	7	21.9	6	18.8	32	20.1
Negocios Internacionales	0	0.0	0	0.0	6	66.7	2	22.2	1	11.1	0	0.0	0	0.0	9	5.7
Ingeniería industrial	7	53.8	2	15.4	1	7.7	1	7.7	1	7.7	1	7.7	0	0.0	13	8.2
Ingeniería Telemática	2	66.7	1	33.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	1.9
Ingeniería Telecomunicaciones	7	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	7	4.4
Tecnología en Telemática	1	50.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	1.3
Tecnología y Gestión Gastronomía	0	0.0	1	6.3	8	50.0	0	0.0	6	37.5	1	6.3	0	0.0	16	10.1
Total	39	24.5	17	10.7	35	22.0	10	6.3	30	18.9	15	9.4	13	8.2	159	100.0

Fuente: Elaboración propia.2019.

Anexo M. Consentimiento Informado

Título del Proyecto

Sentido de Coherencia y Determinantes Sociales de la Salud del Modelo Salutogénico para la Promoción de estilos de vida saludables en la Fundación Universitaria Cafam. Bogotá. 2019

Identificación de la investigadora

Kelly Janneth Guzmán Espinosa, estudiante de la Maestría de Salud Pública. Universidad Santo Tomás. Celular. 320 5714212. Correo: kellyjge9305@gmail.com.

Sitio donde se llevará a cabo el estudio

Fundación Universitaria Cafam

Información para el participante

Por medio de este consentimiento se invita a los miembros de la comunidad de la Fundación Universitaria Cafam a participar de la presente de la investigación, la cual es parte del requerimiento para la obtención del título “Magister en Salud Pública”, otorgado por la Universidad Santo Tomás. Se llevará a cabo bajo la responsabilidad de Kelly Janneth Guzmán Espinosa, con el visto bueno de las directivas de Unicafam.

Su participación será a través de una encuesta tipo Likert la cual consta de trece preguntas, y de una entrevista semiestructurada, instrumentos que permiten, la recopilación de información importante para la identificación de las características sociodemográficas, así como para la exploración de los determinantes sociales de la salud identificados como activos para la salud, y de igual manera valorar el sentido de coherencia con que cuentan los miembros de la comunidad de la Fundación Universitaria Cafam que los motive a identificar los activos de la salud con que cuentan para ser utilizados y favorezcan la promoción de los estilos de vida saludables.

Su participación es totalmente voluntaria. Por lo tanto, no representa obligación alguna y el participante se encuentra en la libertad de responder o no a las preguntas planteadas. Si usted decide participar, se le garantizará que toda la información suministrada será manejada con absoluta confidencialidad, sus datos personales no serán publicados ni revelados, el investigador principal se hace responsable de la custodia y privacidad de los mismos. Si tiene alguna pregunta por favor no dude en hacerla a alguno de los colaboradores, quien con mucho gusto aclarará sus inquietudes. Puede realizar todas las preguntas que quiera ahora o durante el tiempo que dure la investigación. Usted puede retirarse del estudio cuando lo desee aún si ha aceptado inicialmente.

Se declara que el presente estudio no tiene algún tipo de conflicto de interés con los participantes ni con los miembros de la Fundación Universitaria Cafam.

La encuesta denominada SOC-13, se hará de manera digital en la modalidad Outlook Drive del correo institucional Unicafam

La entrevista semiestructurada, consta de una serie de preguntas de opinión cuyas respuestas serán registradas por medio de la grabación de las mismas.

La investigadora, tiene como obligación; uno, solucionar las dudas e inquietudes que surjan durante la entrevista y encuesta; dos, garantizar la confidencialidad de los datos del participante; tres, informar al participante sobre cualquier hallazgo de la investigación que pueda significar problemas o beneficios para él.

Los resultados encontrados serán plasmados en el informe final del trabajo de grado y serán compartidos con la Fundación Universitaria Cafam, como aporte para la reflexión y propuesta de mejoramiento de sus procesos.

Riesgos asociados a su participación

La participación en la presente investigación y de acuerdo a la Resolución 8430 de 1993, Art.11 (“Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”) del Ministerio Nacional de Salud esta investigación; no representa para usted algún riesgo, dado que usted responderá un conjunto de preguntas en las que no se le identifique o traten aspectos sensitivos de su conducta

Contacto

Ante cualquier duda o pregunta que tenga frente al estudio puede hacerlas en este momento o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde puede contactar a Kelly Janneth Guzmán Espinosa, celular 320 5714212. Correo : kellyjge9305@gmail.com

DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE

Yo, _____ identificado con cédula de ciudadanía número _____ de _____ en calidad de participante, _____ con documento de identidad No. _____, en pleno uso de mis facultades mentales, sin encontrarme bajo efectos de medicamentos, drogas o bebidas alcohólicas, consciente y libremente declaro que:

1. He leído y comprendido este documento de consentimiento informado.
2. Han aclarado todas mis dudas y respondido todas mis preguntas.
3. Comprendo que mi participación en la investigación no representa riesgo alguno
4. Conozco el manejo que se le dará a la información suministrada por mí.
5. Se me ha informado que no recibiré ningún tipo de remuneración o contraprestación económica por la participación en este proyecto.
6. Me han explicado que mi participación en este proyecto es totalmente voluntaria y que puedo retirarme de él en el momento en que así lo desee.
7. Estoy enterado de que luego de finalizada la investigación, recibiré información referente a los resultados de la misma.
8. Manifiesto que se me informó en qué consiste la encuesta y la entrevista.

Por lo anterior, expreso mi voluntad de participar y autorizo conscientemente a realizar la encuesta y entrevista y en uso de mis plenas facultades, firmo el día ____ del mes de ____ del año ____ Ciudad _____

Nombre del participante _____

Documento _____

Firma del participante _____

Nombre del testigo No. 1 _____ Firma _____

Nombre del testigo No. 2 _____ Firma _____

Nombre de la persona que practica la entrevista _____ Firma _____

DECLARACIÓN DEL INVESTIGADOR

Yo certifico que se le explicó al participante la naturaleza y el objetivo de la investigación, y además entendió en qué consiste su participación, la no presencia de riesgos y los beneficios implicados.

Todas las preguntas y dudas han sido contestadas con claridad. Así mismo, se leyó y explicó adecuadamente las partes del consentimiento informado. Hago constar con mi firma.

Nombre del investigador _____ Firma _____ Fecha (dd/mm/aaaa) _____

Anexo N. Escala: Sentido de Coherencia. SOC-13

A continuación, encuentra una serie de preguntas relacionadas con diversos aspectos de la vida de las personas.

Objetivos:

1. Conocer las características socio-demográficas de la comunidad de la Fundación Universitaria Cafam
2. Determinar el Sentido de Coherencia (SOC) que tiene la comunidad de la Fundación Universitaria Cafam

Indicaciones:

1. Las respuestas a las preguntas de la 1 a la 18, permite la obtención de las características socio-demográficas de la comunidad de la Fundación Universitaria Cafam.
2. Las respuestas a las preguntas de la 19 a la 31, miden el Sentido de Coherencia de la comunidad de la Fundación Universitaria Cafam a través de 13 preguntas.
 - 2.1. Cada pregunta tiene siete posibles respuestas.
 - 2.2. Marque los números que expresan su respuesta siendo el número 1 y el 7 los correspondientes a respuestas extremas.
 - 2.3. Si las respuestas que figuran junto al número 1 son correctas para usted, marque el número 1.
 - 2.4. Si las respuestas que figuran junto al número 7 son correctas para usted, marque el número 7.
 - 2.5. Si su opinión es distinta, marque el número que mejor expresa su opinión 2, o 3, o 4, o 5, o 6.
 - 2.6. Elija, por favor una sola respuesta por cada pregunta
 - 2.7. Por favor responda todas las preguntas

Observaciones:

Agradezco por su colaboración y de antemano le comento que la información suministrada por usted, está bajo la máxima confidencialidad y reserva.

I. Preguntas para características Sociodemográficos

1. ¿En el rango de edad se encuentra usted?

Entre 15 y 24 _____

Entre 25 y 34 _____

Entre 35 y 44 _____

Entre 45 y 54 _____

Mayor de 50 años _____

2. ¿A cuál género pertenece?

Masculino _____

Femenino _____

3. ¿Su estado civil es?

Soltero

Divorinado

Casado

Viudo

Con pareja

4. ¿Es usted?

Directivo _____

Administrativo _____

Estudiante _____

Profesor _____

5. ¿Pertenece usted a alguna etnia o raza? ¿A cuál? _____

6. Si es usted profesor: ¿En qué dependencia de la Fundación Universitaria Cafam, labora actualmente? _____

7. Si es usted administrativo: ¿En qué dependencia de la Fundación Universitaria Cafam, labora actualmente? _____

8. Si es usted directivo: ¿En qué dependencia de la Fundación Universitaria Cafam, labora actualmente? _____

9. Si es usted estudiante: ¿En cual facultad o escuela de la Fundación Universitaria Cafam, estudia actualmente? _____

10. ¿Qué semestre cursa actualmente? _____

11. ¿A qué estrato socioeconómico pertenece? _____

12. ¿Su vivienda es?

Propia _____

En inquilinato _____

En arriendo _____

Familia materna o paterna _____

13. ¿En qué barrio o localidad de Bogotá, vive actualmente? _____

14. ¿De qué departamento y municipio de la periferia de Colombia, proviene? _____

15. ¿En qué municipio de la periferia de Bogotá, vive actualmente? _____

16. En calidad de estudiante. ¿Tiene algún tipo de vinculación laboral con alguna empresa?

Sí _____

No _____

Es independiente _____

17. Si tiene algún tipo de vinculación laboral. ¿El tipo de contratación es?:

A término indefinido _____

De aprendizaje _____

De Obra o labor _____

Ocasional de trabajo _____

Civil por prestación de servicios _____

A termino definido _____

18. Los estudios de básica primaria y de básica secundaria los realizó en una institución educativa?

Pública _____

Privada _____

Favor siga las siguientes indicaciones:

1. Cada pregunta tiene siete posibles respuestas. Marque los números que expresan tu respuesta siendo el número 1 y el 7 los correspondientes a respuestas extremas.
2. Si las respuestas que figuran junto al número 1 son correctas para usted, marque el número 1
3. Si las respuestas que figuran junto al número 7 son correctas para usted, marque el número 7
4. Si su opinión es distinta, marca el número que mejor expresa su opinión 2, o 3, o 4, o 5, o 6

Por favor, elija solo una respuesta por cada pregunta.

19. P1. ¿Tiene la sensación de que en realidad no le importa lo que sucede a su alrededor?

Nunca 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ Siempre

20. P2. ¿Ha sucedido en el pasado que le haya sorprendido el comportamiento de las personas que pensaba conocer bien?

Nunca 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ Siempre

21. P3. ¿Ha ocurrido que las personas con las que contaba le han decepcionado?

Nunca 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ Siempre

22. P4. ¿Hasta la fecha su vida ha estado?

Sin metas claras u objetivos 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ Llena de metas

23. P5. ¿Cree que se le trata de forma injusta?

Muy a menudo 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ Muy rara vez o Nunca

24. P6. ¿Siente que le encuentra en una situación poco frecuente y que no sabe qué hacer?

Muy a menudo 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ Muy rara vez o Nunca

25. P7. Realizar las actividades de cada día es:

Fuente de satisfacción 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ Doloroso y aburrido

26. P8. ¿Tiene muchas ideas y sentimientos que se mezclan?

Muy a menudo 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ Muy rara vez o Nunca

27. P9. ¿Sucede que tiene sentimientos en tu interior que preferiría no tenerlos?

Muy a menudo 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ Muy rara vez o Nunca

28. P10. Muchas personas, incluso aquellas con fuerte carácter, se sienten muchas veces como si fuesen un cero a la izquierda en ciertas situaciones ¿Con qué frecuencia se ha sentido así en el pasado?

Muy a menudo 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ Muy rara vez o Nunca

29. P11. Cuando algo sucede ha comprobado que por lo general que:

Le ha dado excesiva

o escasa importancia 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ Ha visto las cosas en su proporción adecuada

30. P12. ¿Con qué frecuencia tiene la sensación de que tienen poco sentido las cosas que hace en su vida cotidiana?

Muy a menudo 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ Muy rara vez o Nunca

31. P13. ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos de que no está seguro/a de poder controlarse?

Muy a menudo 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ Muy rara vez o Nunca

Interpretación

Dimensión Comprensibilidad (Componente cognitivo). (Puntuaciones a las preguntas P2, P6, P8, P9, P11)

Dimensión Manejabilidad (Componente de comportamiento). (Puntuaciones a las preguntas P3, P5, P10, P13)

Dimensión Significatividad (Componente motivacional). (Puntuaciones a las preguntas P1, P4, P7, P12)

Total, SOC (Puntuación media de las 3 dimensiones anteriores)

Anexo O. Entrevista Semiestructurada

Objetivo General

La presente entrevista tiene como objeto, identificar las características sociodemográficas además de describir los Determinantes Sociales de la Salud o factores o recursos de resistencia generalizada (GRRs) como activos internos y externos identificados mediante el *Mapeo de Activos de la salud* en la comunidad de la Fundación Universitaria Cafam que influyen en la práctica positiva de los estilos de vida saludables por parte de sus miembros.

Observaciones

Agradezco por su colaboración y de antemano le comento que la información suministrada por usted está bajo la máxima confidencialidad y reserva.

Lugar: _____
Fecha: _____ Hora _____

Entrevistador: _____
Entrevistado No. _____

I. Preguntas para características Sociodemográficos

1. ¿Su edad en años se encuentra en el rango de edad comprendido?

Entre 15 y 24 _____

Entre 45 y 54 _____

Entre 25 y 34 _____

Mayor de 60 años _____

Entre 35 y 44 _____

2. ¿Con cuál género se identifica?

Masculino _____

Femenino _____

3. ¿Es usted?

Directivo _____

Estudiante _____

Administrativo _____

Docente _____

4. ¿Pertenece usted a alguna etnia o raza? ¿A cuál? _____

5. Si es docente: ¿En qué dependencia de la Fundación Universitaria Cafam, labora actualmente?

Bienestar estudiantil _____

Tecnologías _____

Talento Humano _____

Mercados _____

Comunicaciones _____

Administración _____

Biblioteca _____

Registro y control _____

Servicios seguridad _____

Secretaría general _____

Jurídica _____

Bienestar universitario _____

Servicios generales _____

Centro de educación _____

Contabilidad _____

Otros _____

Tesorería _____

6. Si es administrativo: ¿En qué dependencia de la Fundación Universitaria Cafam, labora actualmente?

Bienestar estudiantil _____

Tecnologías _____

Talento Humano _____

Mercados _____

Comunicaciones _____

Administración _____

Biblioteca _____

Registro y control _____

Servicios seguridad _____

Secretaría general _____

Jurídica _____

Bienestar universitario _____

Servicios generales _____

Centro de educación _____

Contabilidad _____

Otros _____

Tesorería _____

7. ¿En cuál facultad o escuela de universidad estudia actualmente?

Administración _____

Enfermería _____

Ingeniería _____
Pedagogía _____

Gastronomía _____
Turismo _____

8. ¿A qué estrato socioeconómico pertenece?

Cero _____

Uno _____

Dos _____

Tres _____

Cuatro _____

Cinco o más _____

9. ¿De qué departamento y municipio de Colombia, proviene?

Departamento _____

Municipio _____

10. ¿En qué barrio o localidad de Bogotá, vive actualmente?

Barrio _____

Localidad _____

11. ¿En municipio de la periferia de Bogotá, vive actualmente?

Municipio _____

12. En calidad de estudiante. ¿Tiene algún tipo de vinculación laboral?

Si _____

No _____

Es independiente _____

13. Si su respuesta es SI, el tipo de contrato es:

A término indefinido _____

De Obra o labor _____

Civil por prestación de servicios _____

De aprendizaje _____

Ocasional de trabajo _____

El siguiente apartado tiene como objetivo identificar los determinantes sociales de la salud o Activos para la salud o recursos internos propios de los miembros de la comunidad de la Fundación Universitaria Cafam

1. Activos para la salud o recursos internos en la Comunidad Unicafam

1.1. Conocimientos

1.1.1. ¿Conoce que son los estilos de vida saludables? _____

1.1.2. ¿Conoce cuáles son los estilos de vida saludables? _____

1.1.3. ¿Conoce que beneficios le aporta la práctica de estilos de vida saludables? _____

1.1.4. ¿Práctica actualmente algún tipo de estilos de vida saludables? _____

1.1.5. En el caso que la respuesta sea SI, ¿cuál o cuáles practica? _____

1.1.6. En el caso que la respuesta sea NO, ¿cuál o cuáles considera son las razones? _____

1.2. Actitudes y comportamientos

1.2.1. Frente al hecho que le sea mencionado la práctica de estilos de vida saludables, genera en usted algún tipo de sentimientos como: ¿motivación, deseo de participar, le proporciona alegría, tranquilidad, pereza, aburrimiento, frustración, o cualquier otro sentimiento que desea expresar? _____

1.3. Determinantes sociales de la salud

1.3.1. Teniendo en cuenta que el estado socioeconómico está dado por los ingresos económicos. ¿De qué manera considera usted, el hecho de que tener dinero o de no tenerlo, influye en la práctica de estilos de vida saludables? _____

1.3.2. De acuerdo a la condición de estudiante o de trabajador, ¿Cómo influye el hecho de que usted disponga de tiempo para la práctica de estilos de vida saludables? _____

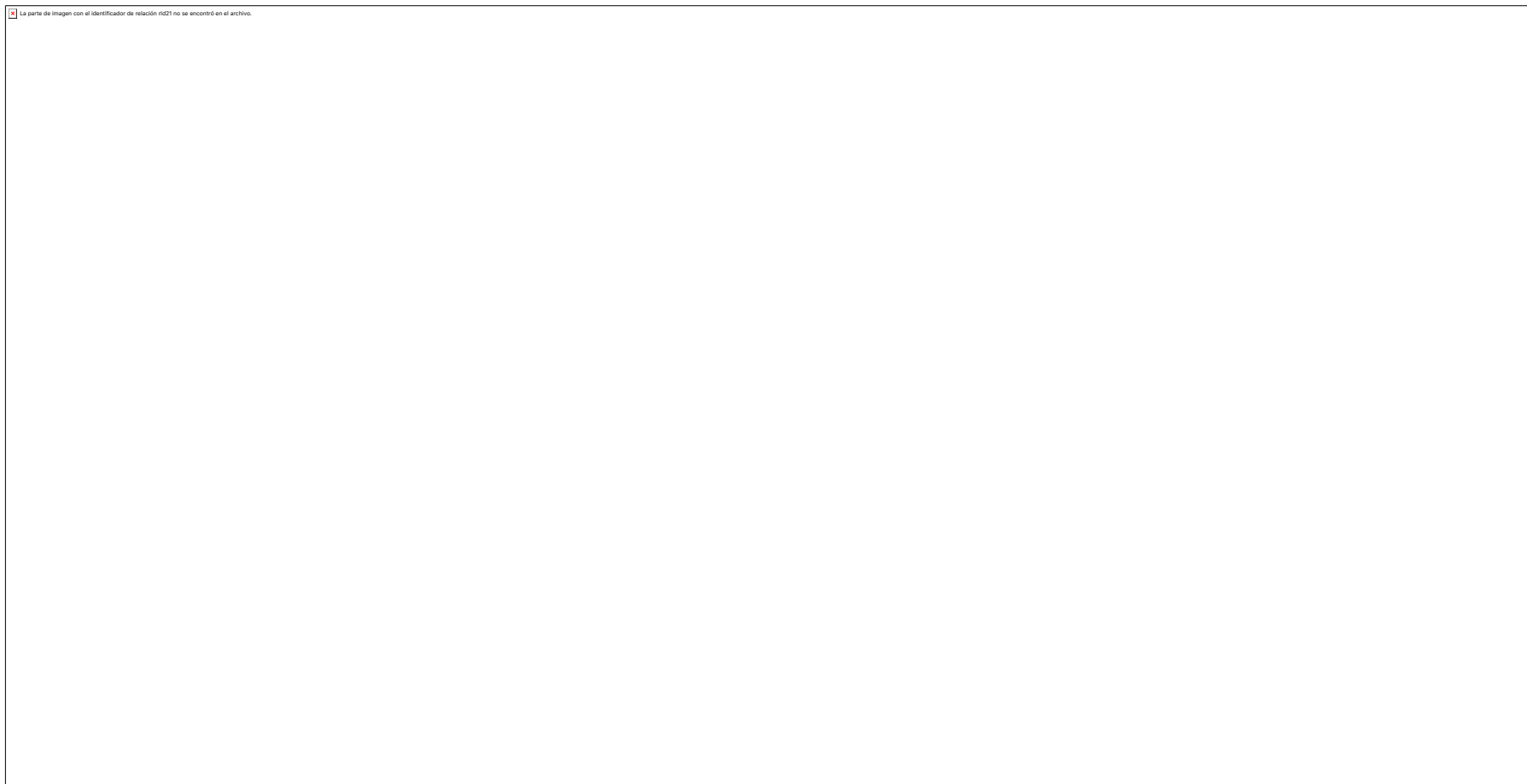
1.3.3. Consideradas las redes sociales de apoyo como la familia, los amigos, comunidades sociales y otras, ¿Cómo influyen las redes de apoyo con las cuales usted cuenta sobre la práctica de estilos de vida saludables? _____

- 1.3.4. Teniendo en cuenta que durante los primeros años de vida la persona se construye como un ser biopsicosocial, ¿Cree usted que sus condiciones de salud física, mental y social (entorno donde vive) le permite practicar estilos de vida saludables? (por favor explique su respuesta)_
- 1.3.5. La educación se obtiene desde los primeros años de la infancia y tiene que ver con la formación en el hogar, en la escuela, la secundaria y otros niveles superiores. ¿Considera usted que la educación recibida a lo largo de su vida, le permite practicar estilos de vida saludables? (por favor explique su respuesta) _____
- 1.3.6. Considerando que su vida transcurre en un ambiente físico prioritariamente urbano donde se encuentra, la vivienda, el diseño vial, espacios de recreación, la calidad de los servicios públicos, tipo de transporte, horarios de desplazamiento y un medio ambiente que puede ser o no ser contaminado, ¿Cree usted que dentro ese ámbito físico puede usted tener estilos de vida saludables? (por favor explique su respuesta) _____
- 1.3.7. Considerando que el ser humano es un ser social por naturaleza, y que dentro de la sociedad se ha creado unos valores sociales, se ha reconocido la diversidad entendida como la libre elección y del desarrollo de la personalidad, que dentro de la sociedad creada debe haber una cohesión como principio de la relación social, ¿desde su propia diversidad puede usted practicar estilos de vida saludables? (por favor explique su respuesta) _____
- 1.3.8. El amor propio, el autocuidado y los comportamientos, son prácticas de la vida diaria que forman a la persona en el cuidado y el mantenimiento de su salud, entre otros, la higiene, la alimentación, el sueño, la vigilia, y la actividad física, entre otros, ¿Considera usted que esas prácticas le facilitan la realización de estilos de vida saludables? (por favor explique su respuesta) _____
- 1.3.9. La predisposición genética, las condiciones hereditarias, traumas, la predisposición a padecer enfermedades son factores biológicos que influyen en la salud de la persona, ¿tiene usted alguno de estos factores que le impidan practicar estilos de vida saludables? (por favor explique su respuesta) _____
- 1.3.10. El Sistema de Salud es un factor macro del Estado de carácter social, político y económico, como determinante de salud debe garantizar el acceso, la oportunidad, la efectividad, la eficacia, la calidez y la calidad en la prestación de los servicios. ¿Considera usted que en su conjunto el Sistema de Salud le provee de las condiciones esenciales para practicar estilos de vida saludables? (por favor explique su respuesta) _____
- 1.3.11. La naturaleza le da a cada persona una identidad sexual de acuerdo a la condición genética, a la presentación de los órganos genitales y al género con el cual se identifique. Independientemente de cual sea esa identidad, existe un valor intrínseco que está por encima de cualquier consideración; ese valor es *la persona*. El medio social tiende a discriminar a las personas por su condición sexual, su género y la pertenencia a un grupo, cerrando las oportunidades de acceso a los servicios de salud, al trabajo y a la educación. Independientemente de la orientación sexual y de género, ¿siente o percibe que esa condición influye en la práctica de estilos de vida saludables? (por favor explique su respuesta)
- 1.3.12. Pertenecer a un grupo étnico, de raza, a una secta religiosa, a un grupo político hace parte de la cultura de un pueblo. ¿Considera usted que esas condiciones culturales influyen en la práctica de estilos de vida saludables (por favor explique su respuesta) _____
- 1.3.13. El estrés es una respuesta física y mental condicionado por situaciones vividas en ambiente familiar, universitario o de trabajo que le exige a la persona una reacción coherente, razonable, humana, pero que, en ocasiones, bloquean las respuestas sensatas. ¿Piensa usted que un estado de estrés en su condición de trabajador o estudiante, le impide practicar estilos de vida saludables? (por favor explique su respuesta) _____

- 1.3.14. La adicción es entendida como una dependencia a determinadas conductas como son: consumo de toda sustancia psicoactiva, dependencia a juegos de azar, práctica de sexo, uso exagerado de las tecnologías entre otras, ¿Es usted una persona adicta que le impida practicar estilos de vida saludables? (por favor explique su respuesta). _____
- 1.3.15. La nutrición es la base fundamental de la vida y de la calidad de la salud. Una deficiencia o el exceso altera de manera importante esa condición de salud. Los medios de comunicación, el acceso a los alimentos, la cultura, las costumbres, la condición económica, las grandes trasnacionales productoras de alimentos son factores que influyen decididamente en la salud. ¿uno o varios de esos factores influyentes en la nutrición, considera usted que le impiden practicar estilos de vida saludables? (por favor explique su respuesta) _____
2. Activos para la salud o recursos externos que le ofrece el entorno universitario a los miembros de la comunidad de Unicafam.
- 2.1. ¿Sabe usted de la existencia de grupos que promuevan la práctica de estilos de vida saludables en la comunidad universitaria? ¿Cuáles son esos grupos? _____
- 2.2. ¿Dentro del área física universitaria existen espacios verdes, áreas de recreación, teatro y otros que promuevan y permitan la práctica de estilos de vida saludables a la comunidad universitaria? (explique su respuesta) _____
- 2.3. ¿Sabe usted si la universidad cuenta con un presupuesto destinado a promover la práctica de estilos de vida saludables a la comunidad universitaria? (explique su respuesta) _____
- 2.4. ¿Conoce usted si la universidad cuenta con programas que fomenten la cultura o la práctica de música, teatro, artes plásticas, como apoyo a la práctica de estilos de vida saludables a la comunidad universitaria? (explique su respuesta) _____
- 2.5. ¿Tiene conocimiento si la universidad cuenta con dependencias internas que promuevan la práctica de estilos de vida saludables a la comunidad universitaria? ¿Cuáles son esas dependencias?

Por su colaboración Mil Gracias

Anexo P. Mapa Semántico De Categorías Cualitativas. Mapeo De Activos De La Promoción De Estilos De Vida Saludables Unicafam.



Fuente: Elaboración propia.2019.

Anexo Q. Relación Rango de edad con Nivel SOC y Nivel de Componentes SOC con Rol Comunidad Unicafam.2019.

Tabla 30. Cruce Rango edad vs Nivel Significatividad vs Nivel Comprensibilidad vs Nivel Manejabilidad vs Nivel Sentido de Coherencia vs Rol Comunidad Unicafam.2019.

Rango de edad	Nivel	ADMINISTRATIVO								DIRECTIVO								ESTUDIANTE								PROFESOR							
		Nivel Significatividad	%	Nivel Comprensibilidad	%	Nivel Manejabilidad	%	Nivel SOC	%	Nivel Significatividad	%	Nivel Comprensibilidad	%	Nivel Manejabilidad	%	Nivel SOC	%	Nivel Significatividad	%	Nivel Comprensibilidad	%	Nivel Manejabilidad	%	Nivel SOC	%	Nivel Significatividad	%	Nivel Comprensibilidad	%	Nivel Manejabilidad	%	Nivel SOC	%
15-24	Bajo	1	16.7	0	0.0	2	33.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	24	15.5	18	11.6	18	11.6	18	11.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Medio	5	83.3	6	100	4	66.7	6	1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	121	78.1	108	69.7	116	74.8	108	69.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Alto	0	0.0	0	0.0	0	0	0	0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	10	6.5	29	18.7	21	13.5	29	18.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
25-34	Bajo	3	33.3	0	0.0	0	0.0	2	22.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	50	1	16.7	1	16.7	2	33.3
	Medio	6	66.7	7	77.8	6	66.7	4	44.4	1	100	1	100	1	100	1	100	3	100	2	66.7	2	66.7	2	66.7	3	50	4	66.7	5	83.3	3	50
	Alto	0	0.0	2	22.2	3	33.3	3	33.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	33.3	1	33.3	1	33.3	0	0.0	1	16.7	0	0.0	1	16.7
35-44	Bajo	2	18.2	1	9.1	0	0.0	1	9.1	0	0.0	1	50	1	50	1	50	1	100	1	100	0	0.0	1	100	7	46.7	2	13.3	1	6.7	3	20
	Medio	9	81.8	7	63.6	9	81.8	6	54.5	2	100	0	0.0	1	50	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100	0	0.0	8	53.3	7	46.7	13	86.7	10	66.7
	Alto	0	0.0	3	27.3	2	18.2	4	36.4	0	0.0	1	50	0	0.0	1	50	0	0.0	0	0.0	0	0	0	0.0	0	0.0	6	40.0	1	6.7	2	13.3
45-54	Bajo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	33.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	54.5	1	9.1	1	9.1	2	18.2
	Medio	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	66.7	3	100	3	100	3	100	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	45.5	7	63.6	7	63.6	7	63.6
	Alto	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	27.3	3	27.3	2	18.2
Más 55	Bajo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	25	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Medio	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	75	1	25	2	50	1	25
	Alto	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	75	2	50	3	75
TOTAL	Bajo	6	23.1	1	3.8	2	7.7	3	11.5	2	28.6	1	14.3	1	14.3	1	14.3	25	15.7	19	11.9	18	11.3	19	11.9	17	47.2	4	11.1	3	8.3	7	19.4
	Medio	20	76.9	20	76.9	19	73.1	16	61.5	5	71.4	4	57.1	6	85.7	5	71.4	124	78	110	69.2	119	74.8	110	69.2	19	52.8	19	52.8	27	75	21	58.3
	Alto	0	0.0	5	19.2	5	19.2	7	26.9	0	0.0	2	28.6	0	0.0	1	14.3	10	6.3	30	18.9	22	13.8	30	18.9	0	0.0	13	36.1	6	16.7	8	22.2
Total		26	100	26	100	26	100	26	100	7	100	7	100	7	100	7	100	159	100	159	100	159	100	159	100	36	100	36	100	36	100	36	100

Fuente: Elaboración propia.2019.

Anexo R. Relación Estado Civil con Nivel SOC y Nivel de Componentes SOC con Rol Comunidad Unicafam.2019.

Tabla 31. Cruce Estado Civil vs Nivel Significatividad vs Nivel Comprensibilidad vs Nivel Manejabilidad vs Nivel Sentido de Coherencia vs Rol Comunidad Unicafam.2019.

Estado civil	Nivel	ADMINISTRATIVO								DIRECTIVO								ESTUDIANTE								PROFESOR							
		Nivel Significatividad	%	Nivel Comprensibilidad	%	Nivel Manejabilidad	%	Nivel SOC	%	Nivel Significatividad	%	Nivel Comprensibilidad	%	Nivel Manejabilidad	%	Nivel SOC	%	Nivel Significatividad	%	Nivel Comprensibilidad	%	Nivel Manejabilidad	%	Nivel SOC	%	Nivel Significatividad	%	Nivel Comprensibilidad	%	Nivel Manejabilidad	%	Nivel SOC	%
Casado	Bajo	3	33.3	0	0.0	0	0.0	1	11.1	1	25.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	50.0	1	50.0	0	0.0	1	50.0	5	50.0	1	10.0	2	20.0	3	30.0
	Medio	6	66.7	7	87.5	9	100	6	66.7	3	75.0	2	50.0	4	100	3	75.0	1	50.0	1	50.0	2	100	1	50.0	5	50.0	5	50.0	8	80.0	6	60.0
	Alto	0	0.0	2	25.0	0	0.0	2	22.2	0	0.0	2	50.0	0	0.0	1	25.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	40.0	0	0.0	1	10.0
Con pareja	Bajo	1	25.0	0	0.0	1	25.0	1	25.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	18.2	1	9.1	0	0.0	4	57.1	1	14.3	0	0.0	2	28.6
	Medio	3	75.0	4	100	3	75.0	3	75.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	8	72.7	7	63.6	8	72.7	8	72.7	3	42.9	3	42.9	6	85.7	3	42.9
	Alto	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	27.3	2	18.2	2	18.2	3	27.3	0	0.0	3	42.9	1	14.3	2	28.6
Divorciado	Bajo	1	25.0	1	25.0	0	0.0	1	25.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	60.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Medio	3	75	3	75.0	3	75.0	2	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	40.0	2	40.0	4	80.0	3	60.0
	Alto	0	0.0	0	0.0	1	25.0	1	25.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	60.0	1	20.0	2	40.0
Soltero	Bajo	1	11.1	0	0.0	1	11.1	0	0.0	1	33.3	1	33.3	1	33.3	1	33.3	24	16.4	16	11.0	17	11.6	18	12.3	5	38.5	2	15.4	1	7.7	2	15.4
	Medio	8	88.9	6	66.7	4	44.4	5	55.6	2	66.7	2	66.7	2	66.7	2	66.7	115	78.8	102	69.9	109	74.7	101	69.2	8	61.5	9	69.2	8	61.5	9	69.2
	Alto	0	0.0	3	33.3	4	44.4	4	44.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	7	4.8	28	19.2	20	13.7	27	18.5	0	0.0	2	15.4	4	30.8	2	15.4
Viudo	Bajo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Medio	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100	0	0.0	1	100	0	0.0
	Alto	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	1	100.0
TOTAL	Bajo	6	23.1	1	3.8	2	7.7	3	11.5	2	28.6	1	14.3	1	14.3	1	14.3	25	15.7	19	11.9	18	11.3	19	11.9	17	47.2	4	11.1	3	8.3	7	19.4
	Medio	20	76.9	20	76.9	19	73.1	16	61.5	5	71.4	4	57.1	6	85.7	5	71.4	124	78.0	110	69.2	119	74.8	110	69.2	19	52.8	19	52.8	27	75.0	21	58.3
	Alto	0	0.0	5	19.2	5	19.2	7	26.9	0	0.0	2	28.6	0	0.0	1	14.3	10	6.3	30	18.9	22	13.8	30	18.9	0	0.0	13	36.1	6	16.7	8	22.2
Total		26	100	26	100	26	100	26	100	7	100	7	100	7	100	7	100	159	100	159	100	159	100	159	100	36	100	36	100	36	100	36	100

Fuente: Elaboración propia.2019.

Anexo S. Relación Género con Nivel SOC y Nivel de Componentes SOC con Rol Comunidad Unicafam.2019.

Tabla 32. Cruce Género vs Nivel Significatividad vs Nivel Comprensibilidad vs Nivel Manejabilidad vs Nivel Sentido De Coherencia vs Rol Comunidad Unicafam.2019.

Género	Nivel	ADMINISTRATIVO								DIRECTIVO								ESTUDIANTE								PROFESOR							
		Nivel Significatividad	%	Nivel Comprensibilidad	%	Nivel Manejabilidad	%	Nivel SOC	%	Nivel Significatividad	%	Nivel Comprensibilidad	%	Nivel Manejabilidad	%	Nivel SOC	%	Nivel Significatividad	%	Nivel Comprensibilidad	%	Nivel Manejabilidad	%	Nivel SOC	%	Nivel Significatividad	%	Nivel Comprensibilidad	%	Nivel Manejabilidad	%	Nivel SOC	%
Femenino	Bajo	4	28.6	0	0.0	1	7.1	1	7.1	0	0.0	1	25.0	1	25.0	1	25.0	20	15.9	16	12.7	15	11.9	16	12.7	13	48.1	1	3.7	0	0.0	2	7.4
	Medio	10	71.4	11	78.6	10	71.4	8	57.1	4	100.0	2	50.0	3	75.0	2	50.0	98	77.8	87	69.0	91	72.2	87	69.0	14	51.9	14	51.9	22	81.5	18	66.7
	Alto	0	0.0	3	21.4	3	21.4	5	35.7	0	0.0	1	25.0	0	0.0	1	25.0	8	6.3	23	18.3	20	15.9	23	18.3	0	0.0	12	44.4	5	18.5	7	25.9
Masculino	Bajo	2	16.7	1	8.3	1	8.3	2	16.7	2	66.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	15.2	3	9.1	3	9.1	3	9.1	4	44.4	3	33.3	3	33.3	5	55.6
	Medio	10	83.3	9	75.0	9	75.0	8	66.7	1	33.3	2	66.7	3	100.0	3	100.0	26	78.8	23	69.7	28	84.8	23	69.7	5	55.6	5	55.6	5	55.6	3	33.3
	Alto	0	0.0	2	16.7	2	16.7	2	16.7	0	0.0	1	33.3	0	0.0	0	0.0	2	6.1	7	21.2	2	6.1	7	21.2	0	0.0	1	11.1	1	11.1	1	11.1
TOTAL	Bajo	6	23.1	1	3.8	2	7.7	3	11.5	2	28.6	1	14.3	1	14.3	1	14.3	25	15.7	19	11.9	18	11.3	19	11.9	17	47.2	4	11.1	3	8.3	7	19.4
	Medio	20	76.9	20	76.9	19	73.1	16	61.5	5	71.4	4	57.1	6	85.7	5	71.4	124	78.0	110	69.2	119	74.8	110	69.2	19	52.8	19	52.8	27	75.0	21	58.3
	Alto	0	0.0	5	19.2	5	19.2	7	26.9	0	0.0	2	28.6	0	0.0	1	14.3	10	6.3	30	18.9	22	13.8	30	18.9	0	0.0	13	36.1	6	16.7	8	22.2
TOTAL		26	100	26	100	26	100	26	100	7	100	7	100	7	100	7	100	159	100	159	100	159	100	159	100	36	100	36	100	36	100	36	100

Fuente: Elaboración propia.2019.

Anexo T. Relación Estrato Socioeconómico Con Nivel SOC Y Nivel De Componentes SOC Con Rol Comunidad Unicafam.2019.

Tabla 33. Cruce Estrato Socioeconómico Vs Nivel Significatividad Vs Nivel Comprensibilidad Vs Nivel Manejabilidad Vs Nivel Sentido De Coherencia Vs Rol Comunidad Unicafam.2019.

Estrato Socio económico	Nivel	ADMINISTRATIVO								DIRECTIVO								ESTUDIANTE								PROFESOR							
		Nivel Significatividad	%	Nivel Comprensibilidad	%	Nivel Manejabilidad	%	Nivel SOC	%	Nivel Significatividad	%	Nivel Comprensibilidad	%	Nivel Manejabilidad	%	Nivel SOC	%	Nivel Significatividad	%	Nivel Comprensibilidad	%	Nivel Manejabilidad	%	Nivel SOC	%	Nivel Significatividad	%	Nivel Comprensibilidad	%	Nivel Manejabilidad	%	Nivel SOC	%
Uno	Bajo	1	50.0	1	50.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	18.2	1	9.1	0	0.0	1	9.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Medio	1	50.0	1	50.0	2	100	1	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	7	63.6	7	63.6	8	72.7	7	63.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Alto	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	18.2	3	27.3	3	27.3	3	27.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Dos	Bajo	3	30.0	0	0.0	2	20.0	1	10.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	10	15.4	8	12.3	9	13.8	8	12.3	1	50.0	1	50.0	1	50.0	2	100.0
	Medio	7	70.0	8	80.0	8	80.0	7	70.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	49	75.4	46	70.8	47	72.3	46	70.8	1	50.0	1	50.0	1	50.0	0	0.0
	Alto	0	0.0	2	20.0	0	0.0	2	20.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	9.2	11	16.9	9	13.8	11	16.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Tres	Bajo	1	8.3	0	0.0	0	0.0	1	8.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	12	15.0	10	12.5	9	11.3	10	12.5	10	47.6	2	9.5	1	4.8	4	19.0
	Medio	11	91.7	9	75.0	7	58.3	6	50.0	1	100	0	0.0	1	100	0	0.0	66	82.5	54	67.5	61	76.3	54	67.5	11	52.4	13	61.9	15	71.4	14	66.7
	Alto	0	0.0	3	25.0	5	41.7	5	41.7	0	0.0	1	100	0	0.0	1	100	2	2.5	16	20.0	10	12.5	16	20.0	0	0.0	6	28.6	5	23.8	3	14.3
Cuatro	Bajo	1	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	25.0	1	25.0	1	25.0	1	25.0	1	33.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	54.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Medio	1	50.0	2	100	2	100	2	100	3	75.0	3	75.0	3	75.0	3	75.0	2	66.7	3	100	3	100	3	100	5	45.5	4	36.4	10	90.9	6	54.5
	Alto	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	7	63.6	1	9.1	5	45.5
Cinco	Bajo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Medio	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100	1	100	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Alto	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Seis	Bajo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	50.0	1	50.0	1	50.0
	Medio	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100	1	100	1	100	1	100	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	100	1	50.0	1	50.0	1	50.0
	Alto	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TOTAL	Bajo	6	23.1	1	3.8	2	7.7	3	11.5	2	28.6	1	14.3	1	14.3	1	14.3	25	15.7	19	11.9	18	11.3	19	11.9	17	47.2	4	11.1	3	8.3	7	19.4
	Medio	20	76.9	20	76.9	19	73.1	16	61.5	5	71.4	4	57.1	6	85.7	5	71.4	124	78.0	110	69.2	119	74.8	110	69.2	19	52.8	19	52.8	27	75.0	21	58.3
	Alto	0	0.0	5	19.2	5	19.2	7	26.9	0	0.0	2	28.6	0	0.0	1	14.3	10	6.3	30	18.9	22	13.8	30	18.9	0	0.0	13	36.1	6	16.7	8	22.2
Total		26	100	26	100	26	100	26	100	7	100	7	100	7	100	7	100	159	100	159	100	159	100	159	100	36	100	36	100	36	100	36	100

Fuente: Elaboración propia.2019.

Anexo U. Relación Tipo de Vivienda con Nivel SOC y Nivel de Componentes SOC con Rol Comunidad Unicafam.2019.

Tabla 34. Cruce Tipo de Vivienda vs Nivel Significatividad vs Nivel Comprensibilidad vs Nivel Manejabilidad vs Nivel Sentido de Coherencia vs Rol Comunidad Unicafam.2019.

Tipo Vivienda	Nivel	ADMINISTRATIVO								DIRECTIVO								ESTUDIANTE								PROFESOR							
		Nivel significatividad	%	Nivel Comprensibilidad	%	Nivel Manejabilidad	%	Nivel SOC	%	Nivel significatividad	%	Nivel Comprensibilidad	%	Nivel Manejabilidad	%	Nivel SOC	%	Nivel significatividad	%	Nivel Comprensibilidad	%	Nivel Manejabilidad	%	Nivel SOC	%	Nivel significatividad	%	Nivel Comprensibilidad	%	Nivel Manejabilidad	%	Nivel SOC	%
Arriendo	Bajo	2	40.0	1	20.0	0	0.0	1	25.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	15.4	5	12.8	3	7.7	5	12.8	2	33.3	1	16.7	1	16.7	1	16.7
	Medio	3	60.0	4	80.0	4	80.0	3	75.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	31	79.5	29	74.4	32	82.1	29	74.4	4	66.7	2	33.3	4	66.7	3	50.0
	Alto	0	0.0	0	0.0	1	20.0	1	25.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	5.1	5	12.8	4	10.3	5	12.8	0	0.0	3	50.0	1	16.7	2	33.3
Inquilinato	Bajo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Medio	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100	1	100	1	100	1	100	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Alto	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Paternal	Bajo	1	10.0	0	0.0	1	10.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	19	16.0	14	11.8	15	12.6	14	11.8	2	33.3	2	33.3	0	0.0	2	33.3
	Medio	9	90.0	7	70.0	7	70.0	6	60.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	92	77.3	80	67.2	86	72.3	80	67.2	4	66.7	4	66.7	5	83.3	4	66.7
	Alto	0	0.0	3	30.0	2	20.0	4	40.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	8	6.7	25	21.0	18	15.1	25	21.0	0	0.0	0	0.0	1	16.7	0	0.0
Propia	Bajo	3	27.3	0	0.0	1	9.1	2	18.2	2	28.6	1	14.3	1	14.3	1	14.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	13	54.2	1	4.2	2	8.3	4	16.7
	Medio	8	72.7	9	81.8	8	72.7	7	63.6	5	71.4	4	57.1	6	85.7	5	71.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	11	45.8	13	54.2	18	75.0	14	58.3
	Alto	0	0.0	2	18.2	2	18.2	2	18.2	0	0.0	2	28.6	0	0.0	1	14.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	10	41.7	4	16.7	6	25.0
TOTAL	Bajo	6	23.1	1	3.8	2	7.7	3	11.5	2	28.6	1	14.3	1	14.3	1	14.3	25	15.7	19	11.9	18	11.3	19	11.9	17	47.2	4	11.1	3	8.3	7	19.4
	Medio	20	76.9	20	76.9	19	73.1	16	61.5	5	71.4	4	57.1	6	85.7	5	71.4	124	78.0	110	69.2	119	74.8	110	69.2	19	52.8	19	52.8	27	75.0	21	58.3
	Alto	0	0.0	5	19.2	5	19.2	7	26.9	0	0.0	2	28.6	0	0.0	1	14.3	10	6.3	30	18.9	22	13.8	30	18.9	0	0.0	13	36.1	6	16.7	8	22.2
Total		26	100	26	100	26	100	26	100	7	100	7	100	7	100	7	100	159	100	159	100	159	100	159	100	36	100	36	100	36	100	36	100

Fuente: Elaboración propia.2019.

Anexo V. Relación Localidad-Municipio con Nivel SOC y Nivel de Componentes SOC con Rol Comunidad Unicafam.2019.

Tabla 35. Cruce Localidad-Municipio vs Nivel Significatividad vs Nivel Comprensibilidad vs Nivel Manejabilidad vs Nivel Sentido de Coherencia vs Rol Comunidad Unicafam.2019.

Localidad-Municipio	Nivel	ADMINISTRATIVO								DIRECTIVO								ESTUDIANTE								PROFESOR							
		Nivel Significatividad	%	Nivel Comprensibilidad	%	Nivel Manejabilidad	%	Nivel SOC	%	Nivel Significatividad	%	Nivel Comprensibilidad	%	Nivel Manejabilidad	%	Nivel SOC	%	Nivel Significatividad	%	Nivel Comprensibilidad	%	Nivel Manejabilidad	%	Nivel SOC	%	Nivel Significatividad	%	Nivel Comprensibilidad	%	Nivel Manejabilidad	%	Nivel SOC	%
Engativá	Bajo	2	40.0	0	0.0	0	0.0	1	20.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	21.1	2	10.5	0	0.0	1	5.3	2	28.6	1	14.3	1	14.3	1	14.3
	Medio	3	60.0	4	80.0	4	80.0	3	60.0	1	16.7	0	0.0	1	16.7	0	0.0	15	78.9	15	78.9	19	100	16	84.2	5	71.4	4	57.1	4	57.1	4	57.1
	Alto	0	0.0	1	20.0	1	20.0	1	20.0	0	0.0	1	16.7	0	0.0	1	16.7	0	0.0	2	10.5	0	0.0	2	10.5	0	0.0	2	28.6	2	28.6	2	28.6
Kennedy	Bajo	0	0.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	13.0	1	4.3	2	8.7	1	4.3	6	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Medio	2	100	2	100	1	50.0	2	100	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	18	78.3	18	78.3	17	73.9	16	69.6	0	0.0	3	50.0	6	100	6	100
	Alto	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	8.7	4	17.4	4	17.4	6	26.1	0	0.0	3	50.0	0	0.0	0	0.0
Suba	Bajo	1	11.1	0	0.0	1	11.1	0	0.0	1	50.0	1	50.0	1	50.0	1	50.0	5	17.2	4	13.8	3	10.3	5	17.2	3	42.9	0	0.0	0	0.0	1	14.3
	Medio	8	88.9	9	100	6	66.7	7	77.8	1	50.0	0	0.0	1	50.0	1	50.0	23	79.3	21	72.4	23	79.3	21	72.4	4	57.1	4	57.1	7	100	4	57.1
	Alto	0	0.0	0	0.0	2	22.2	2	22.2	0	0.0	1	50.0	0	0.0	0	0.0	1	3.4	4	13.8	3	10.3	3	10.3	0	0.0	3	42.9	0	0.0	2	28.6
Usaquén	Bajo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	40.0	1	20.0	2	40.0	2	40.0	3	50.0	1	16.7	0	0.0	1	16.7
	Medio	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100	1	100	1	100	1	100	3	60.0	2	40.0	2	40.0	2	40.0	3	50.0	3	50.0	5	83.3	4	66.7
	Alto	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	40.0	1	20.0	1	20.0	0	0.0	2	33.3	1	16.7	1	16.7
San Cristóbal	Bajo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	20.0	2	20.0	2	20.0	2	20.0	1	100	0	0.0	1	100	1	100
	Medio	1	100	0	0.0	1	100	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	60.0	6	60.0	7	70.0	6	60.0	0	0.0	1	100	0	0.0	0	0.0
	Alto	0	0.0	1	100	0	0.0	1	100	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	20.0	2	20.0	1	10.0	2	20.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Teusaquillo	Bajo	1	100.0	0	0.0	0	0.0	1	100	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0	1	50.0	1	50.0	1	100	1	100	0	0.0	1	100
	Medio	0	0.0	1	100	1	100	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	50.0	2	100	1	50.0	1	50.0	0	0.0	0	0.0	1	100	0	0.0
	Alto	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

Soacha	Bajo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	16.7	1	8.3	1	8.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Medio	2	100	1	50.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	11	91.7	7	58.3	8	66.7	7	58.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Alto	0	0.0	1	50.0	2	100	1	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	8.3	3	25.0	3	25.0	4	33.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Funza	Bajo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Medio	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100
	Alto	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Madrid	Bajo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Medio	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	100	1	33.3	2	66.7	1	33.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Alto	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	66.7	1	33.3	2	66.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Suesca	Bajo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Medio	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100	1	100	1	100	1	100	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Alto	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Facatati	Bajo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Medio	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100	1	100	1	100	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Alto	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Cota	Bajo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Medio	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100	1	100	1	100	1	100	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Alto	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Mosquer	Bajo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Medio	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100	0	0.0	1	100	1	100
	Alto	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100	0	0.0	1	100	1	100
TOTAL	Bajo	6	23.1	1	3.8	2	7.7	3	11.5	2	28.6	1	14.3	1	14.3	1	14.3	25	15.7	19	11.9	18	11.3	19	11.9	17	47.2	4	11.1	3	8.3	7	19.4		
	Medio	20	76.9	20	76.9	19	73.1	16	61.5	5	71.4	4	57.1	6	85.7	5	71.4	124	78.0	110	69.2	119	74.8	110	69.2	19	52.8	19	52.8	27	75.0	0	58.3		
	Alto	0	0.0	5	19.2	5	19.2	7	26.9	0	0.0	2	28.6	0	0.0	1	14.3	10	6.3	30	18.9	22	13.8	30	18.9	0	0.0	13	36.1	6	16.7	8	22.2		
Total		26	100	26	100	26	100	26	100	7	100	7	100	7	100	159	100	159	100	159	100	159	100	159	100	36	100	36	100	36	100	36	100	36	100

Fuente: Elaboración propia.2019.

Anexo W. Relación Dependencia-Programa con Nivel SOC y Nivel de Componentes SOC con Rol Administrativo.
Unicafam.2019.

Tabla 36. Cruce Dependencia-Programa vs Nivel Significatividad vs Nivel Comprensibilidad vs Nivel Manejabilidad vs Nivel Sentido de Coherencia vs Rol Administrativo Comunidad Unicafam.2019.

Dependencia Programa	Nivel	ADMINISTRATIVO							
		Nivel Significatividad	%	Nivel Comprensibilidad	%	Nivel Manejabilidad	%	Nivel SOC	%
Biblioteca	Bajo	1	33.3	0	0.0	0	0.0	1	33.3
	Medio	2	66.7	2	66.7	2	66.7	1	33.3
	Alto	0	0.0	1	33.3	1	33.3	1	33.3
Centro de Educación	Bajo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Medio	3	100	3	10	1	33.3	2	66.7
	Alto	0	0.0	0	0.0	2	66.7	1	33.3
Bienestar Institucional	Bajo	1	100	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Medio	0	0.0	1	100	1	100	1	100
	Alto	0	0.0	0	0.0	1	100	0	0.0
Contabilidad	Bajo	2	66.7	1	33.3	0	0.0	1	33.3
	Medio	1	33.3	2	66.7	3	100	2	66.7
	Alto	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Gerencia Administrativa	Bajo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Medio	2	100	0	0.0	2	100	0	0.0
	Alto	0	0.0	2	100	0	0.0	2	100
Facultad Ingeniería	Bajo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Medio	5	100	3	60.0	3	60.0	2	40.0
	Alto	0	0.0	2	40.0	2	40.0	3	60.0
Secretaría General	Bajo	1	100	0	0.0	0	0.0	1	100
	Medio	0	0.0	1	100	1	100	0	0.0
	Alto	0	0.0	0	0.0	1	100	0	0.0
Talento Humano	Bajo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Medio	1	100	1	100	1	100	1	100
	Alto	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Tecnologías	Bajo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Medio	1	100	1	100	1	100	1	100
	Alto	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Vicerrectoría Académica	Bajo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Medio	1	100	1	100	1	100	1	100
	Alto	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Escuela Turística y Hotelera	Bajo	1	33.3	0	0.0	1	33.3	0	0.0
	Medio	2	66.7	3	100	2	66.7	3	100

	Alto	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Bajo	0	0.0	0	0.0	1	100	0	0.0
Facultad Ciencias Administrativas	Medio	1	100	1	100	0	0.0	1	100
	Alto	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Bajo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Mercadeo	Medio	1	100	1	100	1	100	1	100
	Alto	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Bajo	6	23.1	1	3.8	2	7.7	3	11.5
TOTAL	Medio	19	52.8	19	52.8	27	75.0	21	58.3
	Alto	0	0.0	5	19.2	5	19.2	7	26.9
Total		26	100	26	100	26	100	26	100

Fuente: Elaboración propia.2019.

Anexo X. Relación Dependencia-Programa con Nivel Soc y Nivel de Componentes SOC con Rol Directivos.Unicafam.2019.

Tabla 37. Cruce Dependencia-Programa Vs Nivel Significatividad Vs Nivel Comprensibilidad Vs Nivel Manejabilidad Vs Nivel Sentido De Coherencia Vs Rol Directivo Comunidad Unicafam.2019.

Dependencia-Programa	Nivel	DIRECTIVO							
		Nivel significatividad	%	Nivel Comprensibilidad	%	Nivel Manejabilidad	%	Nivel SOC	%
Rectoría	Bajo	0	0.0	1	100	1	100	1	100
	Medio	1	100	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Alto	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Administración	Bajo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Medio	1	100	1	100	1	100	1	100
	Alto	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Gerencia Administrativa	Bajo	1	100	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Medio	0	0.0	0	0.0	1	100	1	100
	Alto	0	0.0	1	9.1	0	0.0	0	0.0
Investigación	Bajo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Medio	1	100	1	100	1	100	1	100
	Alto	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Escuela de Pedagogía	Bajo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Medio	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Alto	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Escuela de Enfermería	Bajo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Medio	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Alto	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Facultad de Ingeniería	Bajo	1	100	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Medio	0	0.0	1	100	1	100	1	100
	Alto	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Escuela Turística y Hotelera	Bajo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Medio	1	100	1	100	1	100	1	100
	Alto	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Facultad ciencias Administrat	Bajo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Medio	1	100	0	0.0	1	100	0	0.0
	Alto	0	0.0	1	100.0	0	0.0	1	100
Inglés	Bajo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Medio	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Alto	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TOTAL	Bajo	2	28.6	1	14.3	1	14.3	1	14.3
	Medio	5	71.4	4	57.1	6	57.1	5	71.4
	Alto	0	0.0	2	28.6	0	0.0	1	14.3
Total		7	100	7	100	7	100	7	100

Fuente: Elaboración propia.2019.

Anexo Y. Relación Dependencia-Programa con Nivel SOC y Nivel de Componentes SOC con Rol Estudiantes.Unicafam.2019.
 Tabla 38. Cruce Dependencia-Programa vs Nivel Significatividad vs Nivel Comprensibilidad vs Nivel Manejabilidad vs Nivel Sentido de Coherencia vs Rol Estudiante Comunidad Unicafam.2019.

Dependencia-Programa	Nivel	ESTUDIANTE							
		Nivel significatividad	%	Nivel Comprensibilidad	%	Nivel Manejabilidad	%	Nivel SOC	%
Administración de Empresas	Bajo	4	25.0	7	43.8	2	12.5	3	18.8
	Medio	11	68.8	8	50.0	12	75.0	11	68.8
	Alto	1	6.3	1	6.3	2	12.5	2	12.5
Administración Turística y Hotelera	Bajo	3	9.4	0	0.0	4	12.5	2	6.3
	Medio	26	81.3	28	87.5	24	75.0	26	81.3
	Alto	3	9.4	4	12.5	4	12.5	4	12.5
Enfermería	Bajo	6	16.7	6	16.7	4	11.1	4	11.1
	Medio	24	66.7	21	58.3	21	58.3	22	61.1
	Alto	2	5.6	5	13.9	7	19.4	6	16.7
Pedagogía	Bajo	1	14.3	1	14.3	2	28.6	1	14.3
	Medio	6	85.7	4	57.1	4	57.1	5	71.4
	Alto	0	0.0	2	28.6	1	14.3	1	14.3
Ingeniería Industrial	Bajo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Medio	10	76.9	8	61.5	8	61.5	7	53.8
	Alto	3	23.1	5	38.5	5	38.5	6	46.2
Negocios internacionales	Bajo	1	11.1	0	0.0	1	11.1	0	0.0
	Medio	8	88.9	3	33.3	6	66.7	5	55.6
	Alto	0	0.0	6	66.7	2	22.2	4	44.4
Tecnología y Gestión Gastronomía	Bajo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Medio	15	93.8	12	75.0	15	93.8	11	68.8
	Alto	1	6.3	4	25.0	1	6.3	5	31.3
Tecnología en Administración de Empresas	Bajo	6	18.8	4	12.5	2	6.3	5	15.6
	Medio	16	50.0	17	53.1	20	62.5	16	50.0
	Alto	0	0.0	1	3.1	10	31.3	1	3.1
Ingeniería Telemática	Bajo	0	0.0	1	33.3	0	0.0	1	33.3
	Medio	3	100	2	66.7	3	100	2	66.7
	Alto	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Ingeniería Telecomunicaciones	Bajo	4	57.1	0	0.0	3	42.9	3	42.9
	Medio	3	42.9	5	71.4	4	57.1	3	42.9
	Alto	0	0.0	2	28.6	0	0.0	1	14.3
Tecnología en telemática	Bajo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Medio	2	100	2	100	2	100	2	100
	Alto	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TOTAL	Bajo	25	15.7	19	11.9	18	11.3	19	11.9
	Medio	124	78.0	110	69.2	119	74.8	110	69.2
	Alto	10	6.3	30	18.9	22	13.8	30	18.9
Total		159	100	159	100	159	100	159	100

Fuente: Elaboración propia.2019.

Anexo Z. Relación Dependencia-Programa con Nivel SOC y Nivel de Componentes SOC Con Rol Profesores.Unicafam.2019.

Tabla 39. Cruce Dependencia-Programa vs Nivel Significatividad vs Nivel Comprensibilidad vs Nivel Manejabilidad vs Nivel Sentido de Coherencia vs Rol Profesor Comunidad Unicafam.2019.

Dependencia-Programa	Nivel	PROFESOR							
		Nivel significatividad	%	Nivel Comprensibilidad	%	Nivel Manejabilidad	%	Nivel SOC	%
Escuela de Pedagogía	Bajo	2	50.0	0	0.0	0	0.0	1	25.0
	Medio	2	50.0	2	50.0	4	100	1	25.0
	Alto	0	0.0	2	50.0	0	0.0	2	50.0
Escuela de Enfermería	Bajo	9	52.9	2	10.5	1	5.3	3	15.8
	Medio	8	47.1	8	42.1	11	57.9	10	52.6
	Alto	0	0.0	7	36.8	5	26.3	4	21.1
Facultad de Ingeniería	Bajo	1	16.7	1	16.7	1	16.7	1	16.7
	Medio	5	83.3	2	33.3	5	83.3	3	50.0
	Alto	0	0.0	3	50.0	0	0.0	2	33.3
Escuela Turística y Hotelera	Bajo	3	75.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Medio	1	25.0	3	75.0	4	100	4	100
	Alto	0	0.0	1	25.0	0	0.0	0	0.0
Facultad de ciencias administrativas	Bajo	2	50.0	0	0.0	1	25.0	1	25.0
	Medio	2	50.0	4	100	2	50.0	3	75.0
	Alto	0	0.0	0	0.0	1	25.0	0	0.0
Inglés	Bajo	0	0.0	1	100	0	0.0	1	100
	Medio	1	100	0	0.0	1	100	0	0.0
	Alto	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TOTAL	Bajo	17	47.2	4	11.1	3	8.3	7	19.4
	Medio	19	52.8	19	52.8	27	75.0	21	58.3
	Alto	0	0.0	13	36.1	6	16.7	8	22.2
Total		36	100	36	100	36	100	36	100

Fuente: Elaboración propia.2019.

Anexo AA. Relación Global del Nivel Medio Significatividad con Nivel Medio del SOC con Nivel Medio de Componentes del SOC con Activos Internos y Externos Sociodemográficos de la Promoción de Estilos Vida Saludables. Rol Comunidad Unicafam.

Tabla 40. Relación Global del Nivel Medio Significatividad vs Nivel Medio Comprensibilidad vs Nivel Medio Manejabilidad vs Nivel Medio SOC vs Activos sociodemográficos de la Promoción Estilos Vida Saludables.Rol Comunidad Unicafam.2019.

Activos de Promoción de EVS	Características sociodemográficas	ADMINISTRATIVO				DIRECTIVO				ESTUDIANTE				PROFESOR				Promedio Nivel Medio
		Nivel Medio Significatividad	Nivel Medio Comprensibilidad	Nivel Medio Manejabilidad	Nivel Medio SOC	Nivel Medio Significatividad	Nivel Medio Comprensibilidad	Nivel Medio Manejabilidad	Nivel Medio SOC	Nivel Medio Significatividad	Nivel Medio Comprensibilidad	Nivel Medio Manejabilidad	Nivel Medio SOC	Nivel Medio Significatividad	Nivel Medio Comprensibilidad	Nivel Medio Manejabilidad	Nivel Medio SOC	
Activos Internos	Rango edad	76.9	76.9	73.1	61.5	71.4	57.1	85.7	71.4	78	69.2	74.8	69.2	52.8	52.8	75	58.3	69.0
	Estado civil	76.9	76.9	73.1	61.5	71.4	57.1	85.7	71.4	78	69.2	74.8	69.2	52.8	52.8	75	58.3	69.0
	Género	76.9	76.9	73.1	61.5	71.4	57.1	85.7	71.4	78	69.2	74.8	69.2	52.8	52.8	75	58.3	69.0
Activos Externos	Estrato Socioeconómico	76.9	76.9	73.1	61.5	71.4	57.1	85.7	71.4	78	69.2	74.8	69.2	52.8	52.8	75	58.3	69.0
	Tipo de Vivienda	76.9	76.9	73.1	61.5	71.4	57.1	85.7	71.4	78	69.2	74.8	69.2	52.8	52.8	75	58.3	69.0
	Localidad-Municipio	76.9	76.9	73.1	61.5	71.4	57.1	57.1	71.4	78	69.2	74.8	69.2	52.8	52.8	75	58.3	67.2
	Dependencia-Programa	52.8	52.8	75	58.3	71.4	57.1	57.1	71.4	78	69.2	74.8	69.2	52.8	52.8	75	58.3	64.1
TOTAL		73.5	73.5	73.4	61.0	71.4	57.1	77.5	71.4	78.0	69.2	74.8	69.2	52.8	52.8	75.0	58.3	68.1

Fuente: Elaboración propia.2019.

Anexo BB. Transcripción Respuestas Verbales Producto De La Entrevista
Semiestructurada.Participantes Miembros De La Comunidad Unicafam.2019.

- Concepto de EVS

Una persona definió los EVS como: *“Las acciones y hábitos que tenemos para mejorar bienestar e impacto positivo en la salud.”*

- Conocimiento acerca de la Clasificación de los EVS

Se obtuvieron los siguientes conceptos: *“comida balanceada; cuidado con el cuerpo; buena alimentación; mantener la salud mental; autocuidarse; ejercicio físico; es una forma de realizar actividades y cómo me cuido; actividad que realizo para mantenerme saludable; ejercicio regular; descanso, sueño, practicar deporte; no consumir bebidas alcohólicas o sustancias psicoactivas; acciones y hábitos que tenemos para mejorar bienestar e impacto positivo en la salud; que la persona aplique estilos de vida ejercicio; dormir bien.”*

- Beneficios de los EVS

Coinciden en: *“Mejor uso de memoria; un cuerpo saludable; Bienestar para uno mismo; una mejor salud y calidad de vida; ayuda en la salud; evita tener enfermedades físicas y mentales; mantenerse uno activo; mejor desempeño laboral; mejor energía; administrar el tiempo; cuidar la vida; genera mejor condición física; menor estrés; menos cansancio; buen rendimiento en la vida diaria; vivir mas tiempo; reduce los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles.”*

- La práctica vigente de los EVS:

Los EVS que practican y que los mencionan son: *“No consumo droga; la alimentación es balanceada y sana; hago ejercicio; deportes; caminar, comer bien; no, ninguno; gimnasio; comer saludable; hacer cardio; beber agua; montar bici; a veces, trotar.”... jugar futbol; bailo, escucho música, leer, tomar agua; no fumar; desarrollo medida anti estrés; trato de mantener mi peso estable en unos 25 kg/m2.”*

- Sentimientos generados por la práctica de EVS

Expresaron: *“motivación, alegría, participación, tranquilidad, paz, seguir adelante, dormir muy bien o, frustración, pereza a veces no queda tiempo pero que no los ejercen por las ocupaciones derivadas de la universidad.”*

- Hábitos de la práctica de EVS

Al respecto, los miembros de Unicafan, dicen: *“...No, porque la pereza nos impide hacer muchas cosas; en un tiempo si; no todos; fumo; si pero también hay descaches; no tengo los recursos; en el colegio tenia estilos de vida mas insanos; no todos,*

algunos si de soltera; si, intento comer bien; demasiado aseado; practicar el deporte de un tiempo hacia acá; seria como 50% de cada uno; si, desde muy pequeña practico deporte, me hidrato y como balanceado; no mucho; no, antes no los conocía; si, desde pequeño me han inculcado de hacer ejercicio; en la comida nos hemos cuidado, si los practican... ”Por otro lado, mencionan las razones por las cuales no practican EVS “...Por la pereza; mucho estudio; por falta de tiempo...”.

- **Genética y herencia**

Los argumentos son los siguientes: ...si, hay algunas cosas pero lo hemos trabajado, tenemos antecedentes familiares graves; cerca de la mitad respondieron negativamente no; heredé de mi mama una artrosis y de mi papá la hipertensión, aunque, aunque aún no la tengo; si, tengo un trauma físico, no puedo hacer ejercicios; si, tengo hipertensión pero no me impide para tener vida saludable, me motiva para prevenir; una abuela falleció de cáncer, entonces eso puede ser hereditario entonces intento cuidarme para evitar esos episodios; si, tengo problema de ovario poli quístico, asma son enfermedades hereditarias; si, me fatigo mucho; si, dolor en cadera; no, aunque hay antecedentes familiares con Enfermedades no Transmisibles...”

- **Género**

Sus respuestas, son: “ si, no en mi medio pero sobre todo en los estratos mas bajos tener una condición distinta es muy duro; si, pero para la otras personas que tiene una identidad sexual diferente pues es mas difícil porque son discriminadas; algunas veces, porque las personas con otra orientación sexual se ven discriminadas. personalmente no; en mi no, las otras personas de otra sexualidad s; si, algunas lo juzgan, soy lesbiana y me discriminan y tengo un hijo; no en mi sociedad si (desconfianza, prejuicios); no, no tiene nada que ver; no, hay ningún impedimento; para mi no porque nunca me he sentido discriminada; si porque me gusta ser femenina y así mismo me cuido, entonces el hecho de ser mujer influye; soy testigo que si influye demasiado y a estas personas se les excluye de muchas cosas. he sido víctima de la discriminación por mi condición sexual; no influye, por encima de ser hombre o mujer, es una persona, a uno lo marca son los valores y como fue criado como persona; no influye, no me interesa lo que hablen o digan; no influye, se actúa igual que todos; no, se excluye a las personas; no por mi, pero si por otras personas; no, no influye; si, hay personas que son cohibidas de algunos sitios que pertenecen al estado o algunos beneficios; no, se desarrolla de manera normal mi vida...”

- **Prácticas de autocuidado y de amor propio**

Las respuestas son las que siguen: “si, en general si; si, porque se nota mucho la diferencia cuando uno duerme las horas que son, cuando uno esta más activo, cuando comen bien; si, el amor propio es el que lo motiva a uno a hacer cosas por uno; si, con mi ejemplo al ejercer cosas que las otras personas no hacen; si, es cuidarse uno mismo; algunas veces si, la alimentación el ejercicio no me queda tiempo; si, soy consiente que tengo que debo hacerlo pero no practico; bastante, cuando estaba en

entrenamiento me exigían, que comiera bien, durmiera bien y descansara; si, debo practicar todo lo que dice ahí; si, facilitan en la medida que uno los practique, tener un auto cuidado; el sueño es el que mas me afecta, tengo poco tiempo para dormir y como a deshoras; en cierta medida si, hay situaciones que se presentan laboralmente que generan estrés, que le producen fatiga y sueño al día siguiente; no, porque uno generalmente no duerme las ocho horas, en lo otro si se puede hacer, pero en el sueño no; si, fundamentalmente el amor propio y el auto cuidado, me cuido porque me amo; la higiene si es importante en la vida de cada una de las personas, pero últimamente he tenido episodios de insomnio que me han afectado en mi salud; si, no lo practico mucho, se hace las cosas por amor propio. la higiene es muy importante, el descansar el ser humano lo necesita; si, la primera impresión es la que se llevan las personas, toca mostrar su lado amable, compartir diferentes ideas; si, mejores hábitos de autocuidado; si cuando lo pongo en practica se nota el cambio; si, desde pequeños nos inculcaban la comida sana, dormir bien , hidratación; si, me gusta sentirme bien, lo hago por mi misma; si, tener estilo de vida que le ayude a uno; si porque me gusta el autocuidado pero algunas como el sueño o la vigilia a veces es difícil de cumplir; si, especialmente el amor propio porque me quiero a mi mismo y empiezo a hacer cosas que favorezcan mi vida; sí, sobre todo para tener una alimentación sana, practicar ejercicios físico y una buena higiene física y mental...

- **Análisis de la subcategoría: Entornos saludables en Unicafam**

Sus respuestas al respecto, son: “si claro, desde el punto de vista cultural hay sitios cercanos donde uno puede tener buena alimentación; dentro de la universidad conseguir comida saludable no es fácil; si, la universidad cuenta con electivas que le ayudan a uno a practicar ejercicio; si, los espacios verdes; hacen falta espacios de alimentación saludable; no, no hay convenio con el gimnasio, hay que ir a otros sitio para hacer las electivas; si, zonas verdes, parque cerca, no los usamos como se debe; si, no los utilizo; si, zona verde, zona de alimentación (no saludable); [soy intercambio] en la universidad mía implementan el uso de la bicicleta, dormir bien, tomar agua; todas; si existen pero son nulos; no existe, el espacio esta pero no es adecuado; si, la zona verde; no existen espacios verdes, no hay un comedor adecuado; si, en las infraestructura la parte visual hay frases de vida saludables; lugares verdes para hacer deporte; uno los conoce pero no los utiliza como debería ser; la zona verde...”

- **Dependencias, Programas y Grupos saludables en la comunidad Unicafam.**

Las respuestas, fueron: “conocimiento si. el gimnasio y otras actividades donde uno podría estar involucrado; si, las electivas; si, bienestar universitario; si, manejo estrés, ejercicio; no, pausa activas; si, en la parte de seguridad y salud hay pausas activas, hay un departamento de bienestar; si, como cuando hacen la semana de la salud, las pausas activas; la enfermería, un grupo de brigadistas estudiantiles y en la facultad de enfermería también; si, los profesores; si conozco personas que se reúnen para hacer deporte; si, el grupo de auxiliares de enfermería, además de la universidad en general; las acciones de promoción de salud que desarrolla el

COPASO y también las actividades de salud que se desarrollan todos los años, también las actividades de talento humano para promover la salud... ”

En cuanto a los programas saludables Unicafam, las respuestas fueron: “no; lo hay pero no se practica; dejan estudiantes muy solos; no se; si, talento humano; si, bienestar universitario busca integrarnos; no, supongo que tienen un bienestar estudiantil; si, sicología, bienestar universitario; no se; no tengo conocimiento; si, son muy sencillos, no se siente como en este espacio; no hay dependencia para docentes ni administrativos; si, el área de talento humano y seguridad y salud en el trabajo; si, sería bienestar, pero hay que darle mas conocimiento a lo que hace esa dependencia; que yo sepa no; no tengo conocimiento; no se; bienestar universitario; la universidad no, pero la decana y los profesores de enfermería tienen en cuenta lo promoción y prevención; no tengo idea; si, bienestar universitario pero no se aprovecha; la facultad de enfermería; sí, el área de bienestar, de talento humano, etc. ...”

Con respecto a las dependencias y programas que promueva la práctica de EVS las respuestas fueron: “la universidad como tal, no, pero la empresa a la que pertenece la universidad si; cuenta con el teatro, de resto no se más; si, la electivas, de futbol, danza, rumba, natación; si, teatro; si, las electivas; si, las electivas; si, las electivas; si, las electivas; si, grupos de danza; no conozco; si, bienestar universitario para los estudiantes, funcionarios no...” “ en lo que he pensado es en la posibilidad de tener refrigerios saludables dentro de la institución; tener un buen servicio, los baños siempre son limpios, el clima es agradable, en las clases dan break, las electivas le brindan a uno apoyo; hace falta más deporte y espacios donde uno se pue des estresar, además de cambiar la alimentación de la cafetería; podrían tener más convenios con otros sitios, recreación; implementara comida saludable; tal vez los beneficios de la jornada diurna, podrían también pensar en la jornada nocturna; que tenga convenios con entidades deportivas; dedicar más tiempo son actividades esporádicas; ser actividades más mantenidas; espacio propio para los estudiantes que sea amplio; en el espacio laboral, hubiera algo como para nosotros como administrativos y funcionarios descargar el estrés que se lleva diariamente; un compromiso propio de consumir menos dulce; que vendan fruta en la cafetería, porque solo venden galguerías; los espacios para la práctica de vida saludable son cortos, la enfermería es ineficiente; grupo de aeróbicos que ayude hacer deporte; fomentar charlas de vida saludable. colocar stand de libros; espacio físico adicional; la cafetería debería ser mas barato; que la cafetería tenga comida más saludable. ampliar la zona verde; no tengo que aportar; tener médico para que nos examine para saber como estamos; no tengo que aportar; la falta de conocimiento para todos; sería bueno colocar una cafetería en donde el precio de las cosas sea más económico y tener más sitios para despejarse; no opino...”

- Estrés

Algunos miembros refieren que ...el estrés interfiere de modo importante a tal punto que no lo saben manejar; por la acumulación de trabajos se produce el estrés, no pueden dormir, impide pensar en otras cosas, no se puede comer, impide pensar,

genera impotencia, en épocas de parciales aumenta el estrés, impide un desempeño mental, pierden el control de los impulsos que repercute en otras personas, no permite el control, entre otras manifestaciones...

La influencia del estrés en la promoción y práctica de los EVS. Las opiniones obtenidas, fueron: *“si, hay factores de familia que uno no puede manejar y le producen a uno estrés. En el trabajo, trabajar con los jóvenes hoy es mucho mas difícil de lo que fue ayer; si, siempre se vienen muchas cosas encima entonces uno no sabe como manejarlo. aquí en la universidad uno se deja acumular de trabajos; el estrés influye demasiado porque no te deja pensar en otras cosas; claro, no puedo dormir, no tengo horarios de estudio; no, los se manejar; no, de trabajador si algunas veces la jornada es pesada, se dejan en cada lugar los problemas; si, cuando se cumple con las obligaciones se me olvida comer; total, el estrés es producido por la incapacidad de controlar o dar respuesta, impotencia que genera, se sale de control; si, bastante, hay momentos que uno debe o debe cumplir sus actividades en determinado tiempo; si, estoy estresada no puedo hacer nada; no influye; no sabría decirle, algunas veces me estreso en el trabajo y llego así a la universidad; si, considero que en este trabajo se genera un estrés muy alto, uno deja que las cosas pasen sin poder hacer nada y afecta la salud; no, hasta ahora no, por el contrario me ha motivado a tener estilos de vida saludable; no, por lo general me estreso muy poco; si, uno como estudiante mantiene en constante estrés, especialmente en época de parciales. No te puedes relajar y me da un tic en el ojo a causa de eso; no siento que no; si por que cuando tengo estrés cumplo lo que tengo que hacer y no me da tiempo para pensar en mi; tanto que impida no, pero si considero que los tipos de contrato puede afecta tu desempeño mental; si, influye el estrés no me deja actuar bien; hay situaciones muy especificas algunas veces; si, por que nos dejan muchos trabajos; si me estreso en ocasiones; si, he tenido estrés, no tengo control de mis impulsos y generan repercusión en otras personas, trato de controlarme; en ocasiones el estrés si influye de mala manera, pero a mi me hace reaccionar mucho mejor para cumplir con los objetivos; sí, en ocasiones sí, dadas las responsabilidades que desarrollo y la exigencia que me pongo para cumplirlas lo mejor posible...”*

- **Condiciones nutricionales**

Sus respuestas fueron: *“indudablemente, digamos con un presupuesto que no es el mínimo pero no es el que uno desearía, por ejemplo en lo que es el mercado tiene uno que comprar cosas que no son tan saludables; si, la condición económica porque quien tiene plata puede comer mejor y no como las personas de estrato bajo que pueden comer lo que les alcance; mi mama, prepara los alimentos muy saludables; no; mi mamá, prepara los alimentos muy saludables; si, la condición económica; claro, la comida sana no esta al alcance de todo el mundo, quienes necesitan suplir su alimentación lo satisfacen con cualquier comida, no como en el horario establecido soy desordenada; industria alimenticia me afecta; no me afecta; si, inadecuada nutrición; si, algunas veces me pasa que tengo que comer a dehoras; si influyen de manera negativa; claro, comemos muy mal, como embutidos y demás cosas entonces nos se promueven los estilos de vida saludable; no, como tal no se genera algo malo en mi vida de acuerdo a la nutrición; si porque generalmente las*

grandes multinacionales lo que hacen es promover comida insana; si claro, comida chatarra, dulces, lo que este en propaganda se quiere probar; si tengo malos hábitos de comida; no, a mi como profesor no; si, muchos factores influyen entre ellos la alimentación chatarra, la tecnología; si influyen de manera negativa, acá por ejemplo no hay nada saludable; si, trasnocho y como mal (como mucho); si influyen los medios de comunicación con sus novedades; no influye en mi caso; si porque todo el tiempo tienes promociones de comida barata y chatarra que consumo constantemente; no, para nada... ”

- Adicción

Las respuestas se evidencia de esta manera: “no, mi única adicción es el café. no me causa nada; si, por la tecnología, soy adicta al celular. A veces prefiero quedarme acostada viendo el celular en vez de hacer otras cosas; ninguna; si, la tecnología afecta la salud, consumo de alcohol, sexo; si, consumo tabaco por ansiedad y parte de la tecnología (celular) mi trabajo depende de él; no; si, productos azucarados; si , redes sociales, juegos de video;. actualmente no tengo esa adicción tan fuerte; no tengo adicción; no, ninguna de esas; tengo una dependencia al baile, lo practico mucho, pero cuando no lo hago me produce una mala emocionalidad; si , la pereza; no considero que tenga ninguna de las que acaba de nombrar; si, influye en otras personas; no me considero adictiva a las cosas; si dependo mucho de la tecnología; no, no fumo, no uso drogas, bebo una cerveza a la semana... ”

- Antecedentes de la infancia

Las respuestas de los participantes miembros de Unicafam acerca de los antecedentes de la infancia y su influencia con la promoción y práctica de estilos de vida saludable, fueron: “si, porque en los primeros años de vida practique bastante deporte, después ya casi no; si, en la infancia fue de gran influencia para estar en el deporte“

- Antecedentes culturales (grupo étnico y otros)

La categoría en este caso no tiene relevancia y mencionan: “si, en en general si; soy creyente y eso hace que tenga mi autocuidado, además de mi visión política del mundo muy clara que también me dice por donde hay que ir; mi familia es judía, no lo practico; no, por tanto no me influye; la comunidad lgbt; no conozco ninguno; antes pertenecía a una iglesia cristiana y querían ayunar tanto sábados como domingos, pero cuando entre a la universidad entendí que ese tipo de practicas no son muy buenas; no...”

- Redes sociales

Los resultados son los siguientes: “...Si, es más fácil hacer cosas en grupo pero en este momento no, cada uno en la familia tiene edades diferentes y eso no ayuda por sus ocupaciones; si, la relación con la familia influye demasiado; si, influyen demasiado con los amigos para que me motiven a hacer cosas; si, no tengo tiempo; tengo muy poco tiempo; si uno se organiza el tiempo alcanza; si, la familia; si, mas

las redes sociales ellos promocionan su estilo de vida; si, por el ejemplo de mis amigos; si, es gracias a mi familia que yo me alimento bien, y gracias a mis amigos me involucraron en el deporte; si, influyen positivamente, porque tengo varios conocidos que practican deporte. la idea es dejarse influenciar por ellos; si porque familiarmente con mi hermana somos de mi misma edad entonces nos motivamos mutuamente para hacer cosas; en mi familia todos consideran que comer carne es primordial entonces reprochan el hecho de que yo no quiera hacerlo entonces yo me veo influenciado es por lo que ellos quieren y no por mi deseo; si señor es una gran influencia o insalubre; si, la familia fomenta las actividades para hacer saludable y los amigos también; en parte si de manera positiva por los amigos que lo invitan a uno a ir a jugar futbol o al gimnasio..”

- **Prestación del servicio del sistema de salud**

Sus respuestas evidencian lo siguiente: “no, el sistema actual tiene muchas dificultades. todo depende más de uno que del sistema en sí; si porque cuando uno va al médico le sugiere a uno varios consejos para llevar una vida saludable; no, jamás he escuchado promoción de estilos de vida saludable; algunas si, no se tiene el tiempo; no, muy poco voy al médico, no me llegan correos por parte de la EPS; si, cuando yo lo requiero me lo facilitan; no, el sistema de salud esta diseñado para curar, no tiene enfoque en prevención; si; si, al vivir fuera de la ciudad tengo limitantes para acceder; si, me ha dado un tipo de atención inmediata y me dan un hábito de vida saludable; no, tiene muchas falencias; no, porque la salud aquí en Colombia no es muy buena, poca calidez y poca y calidad que depende del profesional; si porque cuando voy a una cita médica a uno lo revisan; no, el sistema de salud es muy malo y es un ente enfocado de mala manera porque aquí no se previene, solo se busca curar por el rato; si, la EPS cuenta con nutrición. programas de alimentación ellos lo acompañan en ese proceso; no han influido, solo atienden y ya lo que necesitas; condiciones básicas, mínima de cuidado y autocuidado. especializado no es mas paliativo; tiene sus programas, pero uno los conoce, asesoría no correcta; no es el mejor, no accede todo el mundo así ellos lo ofrezcan; si, nos brinda apoyo incondicional por guiarnos en lo bueno para nuestra salud; no les importa mucho; si, ellos me brindan; si, particularmente porque estoy en régimen especial. pero en general el sistema del estado en general es deficiente; en general no suficiente, se pudiera hacer más en este tema...”

- **Educación**

Las respuestas reflejan: “Si porque la formación influye en el motivo de que si ellos no te motivan, tampoco haces nada; la formación te debe motivar; si por parte de familia (comer y dormir bien), el colegio no ayuda mucho; no los enfatizan en el colegio; si, cuando era deportista tenía que tener una buena vida saludable; si, le enseñan como cuidarse; no, no me enseñaron; si, me permite ser consciente de mantener los beneficios; si, siempre me han inculcado desde pequeño tener una buena formación; Claro porque entre más conocimiento se tiene, mejor se trata de vivir; cuando estudio me enseñó a cuidarme más; durante mi vida no me han educado mucho en tener estilos de vida saludables, si la tengo, es por cosa mía; si claro, vivo

sola y si quiero puedo hacerlo; si porque no me gusta que me hagan cosas que me hagan sentir mal y por eso no hago sentir mal a las personas; en el colegio militar tenia que hacer ejercicio, si ayuda en la universidad no; si influye colegio, familia; si, en educación física, estrategias pedagógicas; si influye desde el hogar, hacer ejercicio, no ser sedentario; si, en el colegio; en el colegio no, pero en la universidad si he adquirido nuevos conocimientos; si, desde niño en casa se practicó estilos de vida saludables, posteriormente mis estudios han permitido profundizar en estos concepto ”

- Condiciones del Entorno Físico, Social y Ambiental

Su consideraciones, son: “No, esta ciudad es muy compleja y no facilita; no, mas que todo el medio ambiente, el transporte tampoco; no, los parques llenos de excrementos, las personas botan basura y no la recogen, el agua no la cuidan, reservas naturales; si, existen los espacios para realizarlo; si, en mi conjunto tengo gimnasio, y en el barrio; no, hoy en día la sociedad y el medio ambiente esta contaminado; si, la ciudad es maravillosa, no tiene oferta laboral; si; no, el ambiente en que actualmente estamos no proporciona nada de vida saludable; no es muy adecuado, vivo retirada de mi trabajo y cojo tras milenio, vendedores ambulantes, le genera estrés. el espacio adecuado en mi oficina es bueno y en mi casa; si, porque cuento con todos los recursos para tener un estilo de vida saludable; no porque yo me voy en tras milenio y como lo hago en hora pico eso es terrible, entonces puede generar estrés o irritación; no porque el lugar donde vivo se encuentra muy contaminado y la recolección de basuras no esta funcionando de manera idónea, además que hay muchos lugares de comida chatarra y el transporte contamina la ciudad; no es adecuado el entorno, medio ambiente no es muy bueno esta contaminado , el desplazamiento son casi dos horas; si, velar por mi, mi condición física mejore; considero que no, por el gran grado de contaminación que existe prefiero hacer deporte al interior de mi casa; el medio ambiente es muy pesado; no hay vida saludable; no mucho, medio ambiente; si afecta, la contaminación, malla vial, las ciclo rutas no son muy apropiadas; si 5, la ciudad se encuentra con muchos espacios para desarrollar las practicas saludables, el resto ya depende de uno. aunque es complicado por el transporte y las distancias, entonces queda mas poco tiempo”

- Estado Socioeconómico

Las respuestas que afirman que el estado socioeconómico si influye en la promoción y practicas de EVS, provienen de las personas de todos los estratos. “casi siempre tengo lo necesario y lo utilizo para mis transportes y, además, aquí casi no como; si y no, pero mas que si porque si tu no tienes plata te estresas, entonces no te enfocas en los estilos de vida saludable; si, tener dinero es muy importante para todo se necesita (ir al gimnasio, comer bien); si, por que no me alcanza el dinero; no, el dinero no tiene que ver, se puede hacer ejercicio; si, a uno recomienda una alimentación diferente y no cuento con el dinero; si cuento con los recursos; no, en lo personal, hago ejercicio en la casa; si influyen el hecho de no tener dinero; no, el dinero no es un factor proporcional para tener una vida saludable; totalmente, si una

familia no tiene recursos, no puede tener una alimentación balanceada; yo me he querido volver vegetariano en un futuro; peores difícil por los costos; no por las experiencias, no necesito mucho dinero, se puede hacer con recurso mínimos; si influye, pero al igual se puede conseguir otras opciones mas baratas; si, influye, no se puede hacer ejercicio sin dinero; para comer bien de pronto influye; si influye, tengo bajos ingresos; no se necesita dinero; no influye, en mi casa tengo todo; si, en la alimentación influye mucho el dinero, pero en la recreación y actividad física no”.

- Disponibilidad de Tiempo

Las respuestas obtenidas sugieren: “Si, en la medida que como pensionada ya no debería tener tanta actividad de trabajo y tener mas tiempo para la actividad física; si, mucho porque ahora casi no queda tiempo para otras cosas; como estudiante si influye porque uno esta mas concentrado en los estudios; casi no tengo tiempo, siempre estoy apurado; si, tengo cargas de estudio, no tengo tiempo; muchísimo, antes de estudiar entrenaba seis días a la semana; si, no se puede comer a hora ni hacer ejercicios; si, tengo tiempo distribuido para realizar lo laboral, y en mi casa; si, porque cada vez que uno sube las escaleras hay mensajes de hábito de vida saludable, además del ambiente de trabajo; si claro, aquí hacemos pausas activas; si, ya que la universidad consume mucho tiempo, entonces no me queda tiempo para preparar una buena alimentación; si influye, se le ayuda a motivar a otras personas; creo que si, debería haber más tiempo; si influye mucho, no se tiene tiempo como estudiante para comer, hacer ejercicio; si influye por la falta de tiempo si, a pesar que soy mas consciente, no lo implemento, no duermo bien; si, influye demasiado, es complicado por los tiempos; no comemos bien; no podemos hacer ejercicio.

- Diversidad

Al respecto, sus respuestas fueron: “ si, esta asociado la diversidad, tema netamente voluntario; si, el hecho de tener libre desarrollo de la personalidad; si, la situación actual de salud, actividad física mas activa, me ejercito mas físicamente; si, teniendo buenos hábitos alimenticios y fomentando que también lo tengan los demás; si, pero es complejo por los diferentes pensamientos de los jóvenes hoy en día; aún no se respetan las ideologías que cada persona tiene; en vez de reconocer la libertad, se cuestiona; si claro uno es libre, tengo tiempo y lo aplicaría; si, yo puedo tener un grupo de compañeros y proponer otros medios para divertirse sano; si, alimentación, no fumar, no tomar; ejercicio dentro de mi casa por la contaminación; si, puedo ayudar a otras personas; no, somos mas flojos, menos productivos; va en uno según la responsabilidad y querer ser uno mismo; algunas veces si, haciendo ejercicio se relaciona con otras personas; si, considero que si por mi naturaleza y el querer ayudar a otras personas; si, no hay nada que me afecte en ese ámbito; sí, y también ayudar a mi familia a que desarrolle EVS”