

Modelo de Promoción de la Salud, con Énfasis en Actividad Física, para una Comunidad Estudiantil Universitaria

Adriana Prieto Rodríguez

Fisioterapeuta. M. Sc. Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. E-mail: aprietor@bacata.usc.unal.edu.co

RESUMEN

Objetivo El proyecto se orientó al diseño de un modelo de promoción de la salud, desde la perspectiva de la actividad física, dirigido a la comunidad estudiantil que conforma la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá.

Métodos Se empleó un método de análisis multinivel en tres fases. Se examinaron y documentaron las problemáticas de enfermedad y poblacionales presentes en los estudiantes y se integró la información sobre estas dos problemáticas; en segundo lugar, se identificaron las experiencias previas y por último se establecieron los ejes y estrategias del modelo.

Resultados Se definió un modelo cuyos principales componentes fueron las redes de participación y apoyo al fomento de la salud y la actividad física, el apoyo y la transformación político normativa y la reorientación académica hacia la formación integral y sus estrategias.

Conclusiones El proyecto permitió afianzar una metodología de diseño de modelos en salud, al tiempo que favoreció integrar desde una perspectiva práctica, las estrategias y enfoques de la promoción de la salud aplicadas a la actividad física.

Palabras Claves: Actividad física, actividad motora, promoción de la salud (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

A model of health promotion with emphasis on physical activity for university students

Objective The project was designed towards a model of health promotion based upon physical activity and directed to the students of the National University of Colombia.

Methods A three phase multilevel analysis method was employed. Both the disease and the population problems presented by the students were examined and documented, and the

information on both of these problems was integrated. In second place, the previous experiences were identified and finally the axes and strategies of the model were established.

Results A model was defined whose main components are the networks of participation and support to the promotion of health and physical activity, the political and regulatory support and transformation, and the academic reorientation towards an integral formation and its strategies.

Conclusions The project reassured a methodology for designing health models, as well as it favored the integration, from a practical perspective, of the strategies and approaches of health promotion applied to physical activity.

Key Words: physical activity, motor activity, health promotion (*source: MeSH, NLM*).

El fomento de la actividad física, como parte de las acciones para controlar la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles, causadas por el sedentarismo, implica el desarrollo de diversos modelos en los cuales las acciones de mayor impacto han sido aquellas orientadas a grupos poblacionales que se encuentran cautivos en un contexto institucional, ya sea laboral o educativo. Sin embargo, los estudios relacionados con el tema, corresponden en mayor medida con modelos orientados a niveles de atención individual e interpersonal. Con el ánimo de aportar en las discusiones metodológicas y de comprensión del problema, desde una interpretación de carácter integral, esta investigación se orientó a plantear un modelo de fomento de la actividad física en un contexto educativo universitario específico, en el cual existen acciones orientadas a tratar el problema del sedentarismo y el fomento de la actividad física, de manera aislada y centrado especialmente en la atención individual.

En general, el desarrollo de la actividad física y la salud en gran parte del mundo, se caracteriza por proponer y efectuar medidas, estrategias y políticas dirigidas a la formación de alianzas para ayudar a las comunidades y países a organizar programas culturalmente pertinentes que promuevan la actividad física y el deporte (1). Desde esta perspectiva, se ha sugerido que los programas de promoción de la actividad física deben dirigirse a integrarla en la vida diaria y promoverla en todos los grupos sociales, desarrollando entornos propicios que permitan el acceso a la misma, a partir de estrategias de intervención como: a) Acceso a la información (campañas comunitarias masivas y avisos en puntos estratégicos), b) Accesos sociales y comportamentales, y c) creación de espacios y acceso a lugares para la actividad física.

En la actualidad, los diversos enfoques de las teorías y modelos de la promoción de la actividad física, presentan dificultades específicas: por un lado, los que estudian y abordan el problema desde una dimensión individual (entre ellos las teorías del aprendizaje, el modelo transteórico -estados de cambio- y el modelo prevención olvidos o descuido) y desde una dimensión interpersonal (como la teoría de la acción razonada, la teoría del comportamiento planeado, la teoría del aprendizaje social y la teoría cognitiva social) (2), aunque se han dirigido a transformar en las personas y grupos, la actitud, adherencia, percepción de riesgos y beneficios, en relación con la actividad física (3-14), han derivado el desarrollo de programas que definen acciones puntuales y de baja permanencia,

debido en parte al desconocimiento de la construcción colectiva de los hábitos, como producto de las redes simbólicas que se han definido en los grupos a partir de determinadas experiencias sociales, políticas y culturales.

Por otro lado, las teorías y modelos desde una dimensión colectiva como la investigación ecológica (2), se dirigen a identificar los determinantes y a comprender las relaciones que presentan los modos de vida con las maneras de enfermar y estar sano, identificando diferentes niveles de intervención; por ejemplo, algunos estudios consideran como niveles de influencia en los comportamientos saludables los factores personales, interpersonales y grupales, institucionales, comunitarios, y de política pública (15) y nivel individual, organizacional y gubernamental, en los sectores escolar, laboral, hospitalario y comunitario (16). Aunque a estas teorías y modelos, se les ha atribuido la posibilidad de fundamentar en las personas y grupos, los mecanismos para la adopción y mantenimiento a largo plazo de hábitos saludables (1), sus métodos para generar las explicaciones de las relaciones sociales y culturales de la salud y de la enfermedad, aún se encuentran en construcción.

Estas dificultades de abordaje del problema pueden relacionarse al menos con dos aspectos. En primer lugar, la forma como se entiende la salud y la promoción de la salud en relación con la actividad física y en segundo lugar, la manera como se han asimilado los modelos de intervención.

Los modelos de promoción de la salud, se inscriben en dos grandes maneras de entender el concepto de salud. Por una parte, aquellos que la interpretan como el polo opuesto a la enfermedad y la estudian desde esta última (17-18); a esta versión corresponde a los enfoques de la epidemiología (17,19,20) y de la administración de servicios de salud (21-23). La primera apunta a identificar y atender el riesgo de enfermar y la segunda, a la definición y resolución de los problemas de enfermedad a partir de la atención médica.

De otra parte, se encuentran aquellos enfoques en los que la salud se reconoce como un proceso de carácter histórico (24), definido cultural y socialmente en cada contexto; se dirigen desde una interpretación comprensiva de las desigualdades sociales y la equidad.

Los modelos inscritos en dimensiones individuales e interpersonales presentan una orientación epidemiológica y administrativa, inscrita en el control de la enfermedad; en este sentido, las estrategias de promoción se dirigen a un control restringido de los estilos de vida. Los modelos inscritos en una dimensión social presentan una orientación comprensiva de la salud como proceso histórico-social, y, por tanto, las estrategias de promoción son más amplias e integrales, en tanto interpretan estilos de vida y comportamientos en sus respectivos marcos socio-políticos y culturales, involucrando múltiples actores, más allá del sector de la salud.

Desde los enfoques epidemiológicos y de administración la promoción de la actividad física se desarrolla como propuestas de intervención, sobre individuos y grupos, conformadas por un conjunto de acciones puntuales y desarticuladas con respecto a los factores que conducen al

sedentarismo, o sea, sin establecer relaciones a profundidad que permitan identificar estrategias y acciones sostenidas en el largo plazo.

En el presente estudio se hizo un ejercicio de modelación orientado a la promoción de la actividad física, integrando diferentes dimensiones y probando una metodología con énfasis social y multinivel.

MÉTODOS

La investigación se efectuó con un abordaje comprensivo de diseño de modelos de promoción, con énfasis en la actividad física. Se empleó un análisis multinivel para obtener información relacionada con los niveles singular (persona-grupo de personas), particular (institución) y general (Estado) en relación con dimensiones económicas, epidemiológicas, sociales y comportamentales para aproximarse a la interpretación amplia del problema de sedentarismo y actividad física al nivel de la institución.

Para obtener información de diferente nivel y comprender mejor el problema, se reunió la evidencia empírica y de fuente secundaria en relación con las problemáticas de enfermedad y poblacionales presentadas en los estudiantes de la Institución. Las fases comprendidas en el estudio fueron:

1. Estudio de las problemáticas de enfermedad: se indagó por la condición de morbilidad y percepción de riesgo en la población y por la comprensión del problema y respuesta al mismo, por parte de los actores relacionados con la prestación de servicios en salud de la institución.
2. Estudio de las problemáticas poblacionales: Se indagó por las características de comportamiento, culturales, sociales y económicas que caracterizan la población en relación con las prácticas y condición de vida.
3. Articulación de las problemáticas de enfermedad y poblacional. Se evaluó la calidad de los contenidos de los documentos. Cada fuente se sometió a cuatro criterios de verificación en los que se identificaba si el documento reportaba de manera precisa: la descripción de procedimientos, descripción de niveles de confiabilidad y validez de la información que presenta, descripción de protocolos para reunir la información y niveles de argumentación; a cada criterio, se le otorgó un valor de 25 puntos, lo cual permitió establecer una escala de calidad, con los siguientes criterios: muy baja, aquella información que sólo cumplió con un ítem (25 puntos), deficiente, la que cumplió con dos (50 puntos), aceptable, la que cumplió con tres y buena, la que cumplió con los cuatro criterios; posteriormente, se aplicaron criterios de compatibilidad (convergencia en hallazgos específicos desde diferentes fuentes) y complementariedad (posibilidad de aumentar la información relacionada con un tópico a partir de las diferentes fuentes) y se incorporaron en un panorama del problema.

4. El análisis de las experiencias previas: En esta fase se conjugaron las experiencias previas de intervención que en relación con el problema en estudio se hubieran efectuado, reconociéndolas como modelos previos o aproximativos.

5. La definición de componentes y ejes del modelo: En esta fase se recogieron los hallazgos generados por la fase anterior. En primera medida, se efectuó la desagregación de los problemas - consistente en la explicación de cada una de las situaciones de la problemática intentando establecer los niveles básicos de causalidad en las mismas-, empleando para lograrlo técnicas como árbol de problemas dirigidas a identificar la relación existente entre el reflejo de la problemática presente en los actores y las condiciones del problema mismo. Se tomó para este análisis, una esfera o dimensión nacional o general; una particular a la relacionada con la expresión institucional del problema y una singular para la reflejada en el sujeto, sucesivamente se elaboró una malla explicativa a través de la cual fue posible definir los aspectos críticos, sus posibles causas y las implicaciones que derivaban, intentando en un esquema representar la magnitud del problema y visualizar los caminos o componentes medulares requeridos en el modelo. A partir de este momento, se trabajó en definir los componentes del modelo que respondieran a dichos aspectos críticos estableciendo las estrategias requeridas para superarlos.

RESULTADOS

En total se revisaron y sometieron a una valoración o filtro de la información (Cuadro 1) 36 documentos para cualificar su calidad, 27 de los cuales co-responden a publicaciones (25-52) y diez son documentos de diferentes tipos. Se encontró con respecto a esta valoración que la información relacionada con el contexto mundial y bogotano en cuanto a condiciones de vida y prácticas de autocuidado, fue buena en general, que la reunida sobre el ámbito universitario fue aceptable y deficiente en dos casos. Existió compatibilidad (Cuadro 2) de la información tanto local (institucional), como regional (urbana y nacional) y mundial. Se afirmaron aspectos como la condición económica y la posibilidad de efectuar actividad física, la condición de género y la actividad física, el tiempo libre y la presencia de actitudes de riesgo en relación con la actividad física.

Especialmente se encontró complementariedad en la relación existente entre el sedentarismo y la presencia de lesiones por sobre uso y la enfermedad crónica; el sedentarismo y el desconocimiento de prácticas saludables; los problemas de género y la actividad física. Por otra parte, se identificaron como aspectos de mayor compatibilidad los relacionados con el uso del tiempo libre, salud mental y sedentarismo, actividad física y estrato socioeconómico, actividad física y escolaridad.

La panorámica de la problemática en salud, se caracterizó por presentar relaciones con aspectos económicos, sociales, demográficos, y educativos manifestados en el comportamiento y situación física de los estudiantes, quienes al respecto recibían una respuesta institucional, basada especial-

mente en la morbilidad sentida en algunas pautas educativas relacionadas con salud mental y reproductiva.

Cuadro 1. Ejemplo de matriz de valoración calidad de información en documentos

Documentos (identificación resumida)	Información	Confiabilidad	Protocolos de valoración	Argumento de hallazgos	Total
1. División de salud estudiantil. Hacia una cultura de la salud, 2001. UNC	25	25	25	25	100
2. División de Recreación y deporte. Valoración deportiva, UN 2002.	25	0	25	0	50
3. Cárdenas. Modelos de Atención en salud. 2002.	25	0	25	25	75
4. Dirección de bienestar universitario. Boletín especial UNC 1999. (51)	25	0	25	25	75
5. Ministerio de salud, Instituto Nacional de salud. Informe epidemiológico. 1999. (25)	25	25	5	25	100

Se desagregaron como principales problemas encontrados: las lesiones por sobreuso y la enfermedad crónica, enfermedad crónica y sedentarismo, uso del tiempo libre, salud mental y sedentarismo, actividad física y condición socioeconómica y, actividad física y educación.

La relación problemática de las lesiones por sobreuso y la enfermedad crónica se presentó especialmente en los estudiantes deportistas: entre el 37 % y 45 % han presentado alguna patología osteomuscular, durante su práctica; lo cual, se explica porque las condiciones de recuperación de fatiga no estaban dadas, sumadas a situaciones de disminución en la capacidad física de los niveles de fuerza, flexibilidad, y acondicionamiento aeróbico. Ésta situación también se presentó en estudiantes sedentarios, explicada por los desórdenes posturales (80,7 %) que presentaron en los cuales se generan alteraciones en el balance limitando la asimilación de la carga estática que es alta, especialmente en cuello y hombros producto de las actividades de estudio (lectura y escritura). Se encontró al respecto que la institución actúa específicamente sobre los casos que consultan.

Cuadro 2. Ejemplo de matriz de articulación de la información secundaria

Tópico	Fuente	Calidad	Aportes	Complementariedad
Morbilidad diagnosticada por la institución	- División de Recreación y deporte. Valoración deportiva, anexo 7. En: Informe de gestión primer trimestre de 2002. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, 2002.	D	Principal problema visual Luego salud oral Problemas de peso 1%	Lesión por sobreuso y enfermedad crónica.
	- Cardenas y cols. Modelos de Atención en salud. Documento de trabajo, Facultad de medicina. Universidad Nacional de Colombia. Marzo 22 de 2002.	A	Principal consulta siquiátrica en 50% del volumen, ortopédica y fisioterapéutica. Deficiente condición física deportistas Tendinitis y lesiones por sobreuso	
	- Dirección de bienestar universitario. Boletín especial I semestre de 1999. 15 años de un nuevo modelo de bienestar universitario 1984-1999. En: espacio abierto. Noviembre de 1999. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.	A	Trauma de tejidos blandos Escoliosis	
	- PAHO. Carmen countries profiles. 2002.	D		

Se encontró con respecto al problema de la enfermedad crónica y sedentarismo que en los estudiantes de la Universidad, de acuerdo con los datos reunidos, el sedentarismo correspondió al 82,7 %, proporción similar a la ciudad de Bogotá, 84 %, y al colombiano que es de aproximadamente el 75 %. Este problema tiene importancia si se observa que las enfermedades crónicas presentan una alta asociación con el sedentarismo, el cual genera un riesgo atribuible a enfermedad cardiovascular de dos veces mayor que alguien activo.

En relación con el uso del tiempo libre, salud mental y sedentarismo se identificó que en la población estudiantil de la universidad el uso del tiempo libre está en correspondencia con el contexto bogotano y colombiano; los jóvenes presentan una prevalencia de vida para la depresión de 20,1 %; el uso del tiempo libre no se caracteriza por una vida activa, sino por consumo de sustancias adictivas y actividad sexual desordenada: entre 1990 y 1998, el 2 a 2,5 % de los casos de ETS, fue aportado por jóvenes entre 15 a 19 años; el 15,2 % de los consumidores de alcohol son

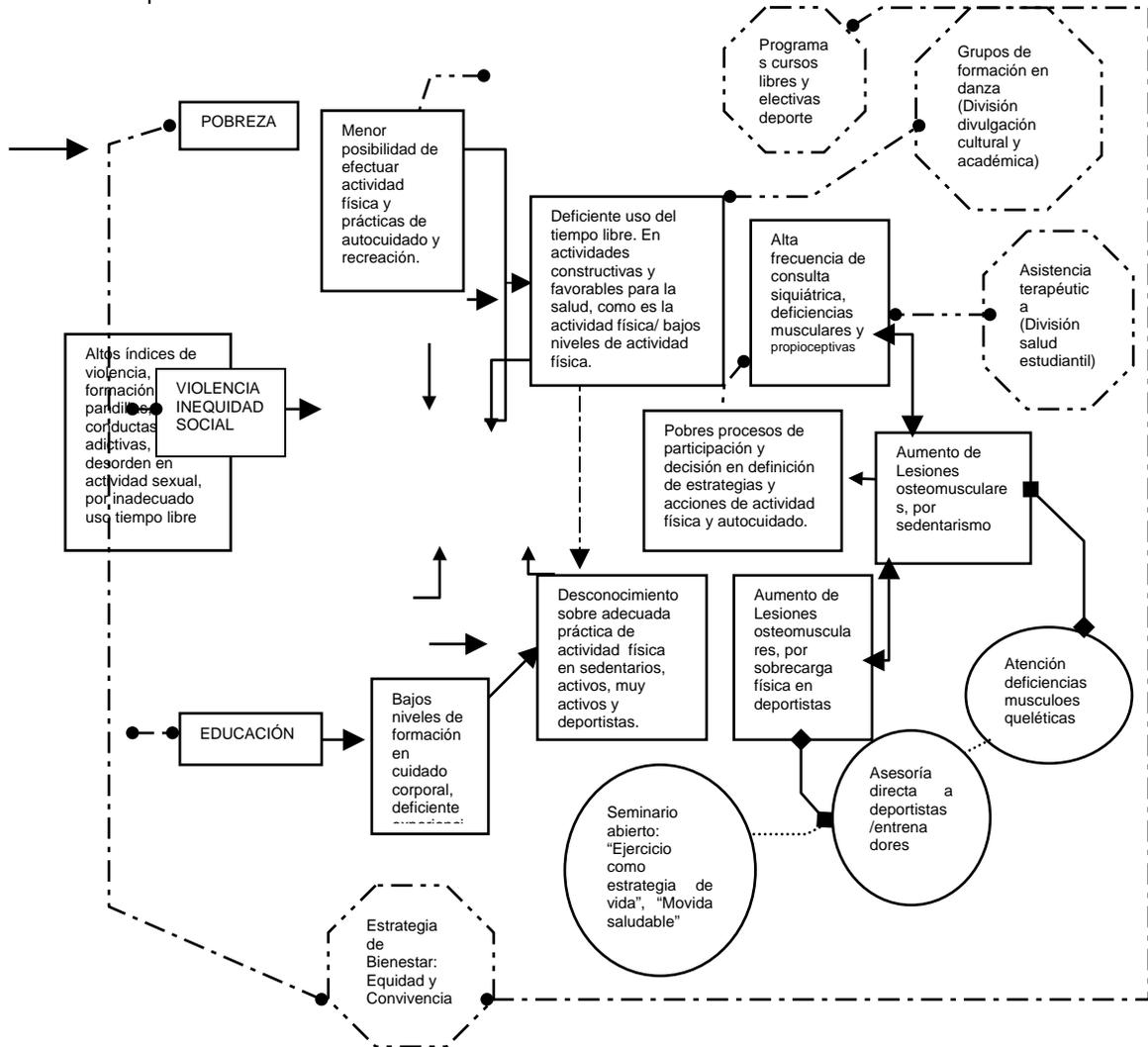
menores de 18 años, el 6,85 % de los consumidores de cigarrillo son jóvenes, el 15,2 % de los consumidores de cocaína tienen entre 11 y 15 años y el 30,45 % tienen entre 16 y 18 años. La alta consulta psiquiátrica de los estudiantes (50 %) permitió pensar que los problemas de salud mental son de importancia en la misma, y estos especialmente se relacionan con estrés, ansiedad y depresión. Por otra parte, los jóvenes que practican deporte presentaron una exposición a sobrecarga mental como riesgo de fatiga crónica, estrés y desmotivación.

Con respecto a la problemática relacionada con la actividad física y condición socioeconómica, se observó que la condición de pobreza el 92 % de los bogotanos entre estratos 1 a 3 son sedentarios con respecto al 8% de los estratos 4 a 6; en cuanto al nivel educativo y el género, el 32 % de la población colombiana intenta modificar su nivel de actividad física y corresponde con los niveles de educación más altos, y adultos jóvenes del género masculino; estos elementos constituyen determinantes que disminuyen la posibilidad de efectuar actividad física así como de acceder a oportunidades para desarrollarla. Esta situación se puede entender, en relación con la dedicación a esfuerzos por lograr satisfacer necesidades básicas, antes que de esparcimiento y recreación, en las cuales puede encontrarse el desarrollo de actividad física. En la población universitaria, el problema se expresó en el empobrecimiento que está presentando la misma, en la mayor concentración de estudiantes en estratos 1 a 3 (77 %) y en la menor proporción de mujeres (40 %) que acceden a la Universidad.

Posteriormente, con la aplicación de la técnica del árbol de problemas y la malla explicativa, se identificaron tres aspectos específicos de la problemática global: a) la falta de conocimiento y formación en prácticas de auto cuidado; b) el uso inadecuado del tiempo libre; y, c) la débil participación y vinculación de los estudiantes en las instancias decisorias, a cerca de sus expectativas de uso del tiempo libre y auto cuidado (Figura 1).

La institución por su parte actúa en dos niveles diferentes: un nivel desde la oficina de Bienestar Universitario ofreciendo programas de apoyo socioeconómico y programas de atención física desde la atención de estudiantes a través de sus Divisiones de salud estudiantil, y de Deportes; el otro nivel lo ejerce desde la oficina de Dirección académica, la cual ofrece espacios de esparcimiento a través de la danza y cultura del cuerpo; sin embargo, estos espacios no forman parte de una política de bienestar y por tanto están desarticulados de la misma.

Figura 1. Malla explicativa



En este nivel también se encontraron las experiencias académicas dirigidas a mantener una línea de trabajo con la comunidad universitaria, como el caso del programa “promoción de la salud a través de la actividad física” el cual ha venido adelantando actividades educativas a través del seminario abierto a la comunidad sobre el tema de actividad física y salud (denominado algunas veces “ejercicio físico como estrategia de vida” y otras “movida saludable”), la línea de asesoría directa a deportistas y entrenadores (que dirige esfuerzos a la capacitación en campo y el fomento de prácticas deportivas saludables), la línea de evaluación y control del movimiento que dirige sus esfuerzos a identificar deficiencias musculoesqueléticas y a la vez intervenirlas desde la fisioterapia. Sin embargo, no se identificó intervención institucional más allá de la dimensión singular (acciones específicas en el estudiante), sin lograr avanzar a aquella relacionada con la capacidad decisora y la dirigida a procesos de capacitación reales que respondieran a políticas de transformación basadas en los núcleos críticos, establecidos desde la malla explicativa.

Estos aspectos críticos correspondieron con los pobres procesos de participación y decisión en la definición de estrategias y acciones de actividad física y autocuidado desde las instancias académicas y de bienestar, y en doble vía con la comunidad universitaria. Estos a su vez son producto de las manifestaciones singulares de los factores de la inactividad, -pobreza, inequidad y educación- expresados en la malla explicativa.

El diseño del modelo

Enfoque y campos de actuación del modelo. Los campos en los cuales el modelo se despliega consistieron en la promoción de la salud como oportunidad de vida y equidad en los sujetos y colectivos y la prevención en salud orientada a la posibilidad de ejercer control en los procesos y formas de enfermar de los mismos; la academia y la cultura universitaria, se interpretaron como las dimensiones que cualifican la salud, al encontrarse inmersa la población universitaria en una actividad constante de indagación y socialización del conocimiento y que dicha comunidad construye y recrea permanentemente valores, actitudes y creencias que le otorgan un sentido particular al cuidado físico y la salud misma.

Se establecieron como categorías básicas para el desarrollo del modelo desde la perspectiva de la promoción de la salud: la participación y construcción de capacidad comunitaria, a partir de la integración de la comunidad estudiantil como el actor fundamental en la generación de las acciones, por medio de la identificación de sus activos, de la configuración de sistemas epidemiológicos de naturaleza comunitaria y de la conformación de alianzas estudiantiles-institucionales dirigidas al desarrollo de prácticas y entornos saludables; la reorientación de servicios, dirigida a la movilización de recursos y acciones institucionales hacia la prevención de riesgos y la promoción en salud, en este caso desde una óptica de afianzamiento del cuidado corporal y la comunicación / educación, dirigida a afianzar y forjar actitudes hacia el cuidado corporal y la salud, al igual que elevar el nivel de conocimiento y motivación en el desarrollo y participación en proyectos de actividad física; éstas, en busca de generar condiciones de certeza para el estudiante que ingresa, en

términos de una oportunidad de vida saludable, mayor a la que las condiciones adversas del contexto le ofrecen.

Ejes del modelo. El primer eje consistió en la generación de redes de participación y apoyo al fomento de la salud y la actividad física, en éste se plantea la importancia de establecer como grupos poblacionales prioritarios a los estudiantes que pertenecen a estratos socioeconómicos 1 a 3, mujeres y víctimas de la violencia. Por otra parte, este eje se debe dirigir a trabajar por el fomento del uso del tiempo libre, el cuidado corporal y la autoestima, a través de la generación de espacios, condiciones y mecanismos que permitan el acceso a la práctica de actividad física, enfocada a la capacidad física, expresiva y de autoreconocimiento; igualmente, se consideró necesario incorporar sistemas de apoyo en la conformación de flujos de prácticas saludables de actividad física y deporte en todas las instancias del mismo, de tal forma que sean cubiertos los estudiantes sedentarios, que practican deporte recreativo, y de competencia.

El segundo eje propuesto, consistió en el apoyo y la transformación político normativa, en éste se pretende el desarrollo de un sistema organizativo que haga posible el modelo en términos de viabilidad de articulación de instancias tanto estudiantiles como institucionales, dirigidas a desarrollar una política de promoción de la salud y actividad física.

El tercer eje consistió en la reorientación académica hacia la formación integral, en la que se incluya dentro de los programas, espacios curriculares dirigidos a la actividad física, la lúdica y el reconocimiento corporal.

Estrategias del modelo. Se estableció que estas deben partir de la articulación de una política derivada para la comunidad estudiantil en conjunto con las instancias de Bienestar, Académicas y de los mismos estudiantes, en el marco de consolidar procesos de participación, conocimiento y acción.

Se efectuó una aproximación a las estrategias posibles del modelo, a través del desarrollo de una matriz que articula los actores con los ejes y dimensiones del mismo. Se identifican como estrategias básicas las identificadas desde la promoción de la salud, la educación y comunicación, la vigilancia epidemiológica y la participación social (Cuadro 3).

Cuadro 3. Estrategias planteadas para el Modelo

Estrategias	Bienestar universitario	Prestadores de servicios de salud	Oficina de Divulgación cultural y académica	Estudiantes, profesores y administrativos
Reorientación de servicios en salud	Fomento a través de salud estudiantil de redes de apoyo y cuidado de la salud a partir de la actividad física	Fomento a través de promoción de la salud de redes de apoyo y cuidado de la salud a partir de la actividad física		
	Desarrollo de sistemas de vigilancia activos basados en la comunidad	Desarrollo de sistemas de vigilancia activos basados en la comunidad		
Participación y gestión social	Generación de un sistema organizativo que permita la orientación normativa del modelo			Generación de grupos de participación en las decisiones y estudios previstos para el desarrollo del modelo
Comunicación y educación	Gestión de políticas y lineamientos para el fomento y conocimiento del cuidado corporal, uso constructivo del tiempo libre y la autoestima	Mobilización de recursos y acciones enfocadas a desarrollar un sistema de información y comunicación participativa.	Generación de espacios curriculares encañados al desarrollo del auto-reconocimiento, la lúdica y la actividad física	
Oportunidad y accesibilidad	Gestión y generación de espacios, condiciones y mecanismos que permitan el acceso a la práctica de actividad física, enfocada a la capacidad física, expresiva y de auto-reconocimiento			

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Se considera que un primer alcance del estudio, fue el desarrollo de la metodología de diseño de modelos con enfoque multinivel, para una situación problemática específica. Al tiempo que permitió integrar desde una perspectiva práctica, las estrategias y enfoques de la promoción de la salud; razón por la cual, orienta y ofrece lineamientos en el conocimiento y desarrollo de la salud pública, desde un escenario y contexto específico.

El modelo formulado en este trabajo, plantea caminos para superar la actuación desarticulada y los pobres procesos de participación y decisión en definición de estrategias y acciones de actividad física y autocuidado, que orienten estrategias sobre las expresiones problemáticas de los determinantes identificados (pobreza, inequidad, violencia y educación): menor posibilidad de efectuar actividad física y prácticas de autocuidado y recreación, altos índices de violencia, formación de pandillas, conductas adictivas, desorden en actividad sexual, por inadecuado uso del tiempo libre y bajos niveles de formación en cuidado corporal, deficiente experiencia de ejercitación, desde la formación básica.

Dichos problemas son producto de una condición socio económica que el contexto impone y por tanto desbordan las posibilidades de actuación de la Institución. Sin embargo, se puede considerar que al generar en el contexto universitario, mayores posibilidades de certeza en torno al cuidado y protección de la salud, abordada desde una visión integral, será posible afectar favorablemente las condiciones de vida de los sujetos que conforman su comunidad, siendo posible que el estudio ofrezca una base para iniciar el desarrollo de un modelo que involucre al resto de la población de la institución (empleados docentes y administrativos), en la que se movilice además a otras instancias de la institución.

Finalmente, es válido suponer que una primera línea de acción del estudio es la institucional, en la cual se pone en juego la puesta en marcha del modelo luego de una presentación de los resultados a las instancias decisoras de la universidad y a los actores involucrados; en ésta línea se requiere en primer lugar, dar a conocer la investigación y el Modelo a la Dirección de Bienestar Universitario, conocer sus apreciaciones y de igual forma presentarlo a diferentes instancias institucionales; en cada caso, con el ánimo de alcanzar un nivel de sensibilidad y movilización que permita iniciar un camino de puesta en marcha del mismo. Una segunda línea de acción es la académica, en ella la proyección se relaciona con probar el modelo a través de un futuro estudio, y a su vez avanzar en la validación de la metodología formulada ♦

REFERENCIAS

1. CDC. Promoción de la actividad física: la mejor inversión en salud pública. Sin fecha de publicación.
2. CDC, NCCPPHP, PCPFS. Physical activity and health. The link between physical activity and morbidity and mortality. 1999.
3. Courneya KS, McAuley E. Are there different determinants of the frequency, intensity, and duration of physical activity?. *Behavioral Medicine* 1994;20:84–90.
4. Desmond AW, Conrad KM, Montgomery A, Simon KA. Factors associated with male workers' engagement in physical activity. *AAOHN Journal* 1993;41:73–83.
5. Yordy GA, Lent RW. Predicting aerobic exercise participation: social cognitive, reasoned action, and planned behavior models. *Journal of Sport and Exercise Psychology* 1993;15:363–374.
6. Marcus BH, Eaton CA, Rossi JS, Harlow LL. Self-efficacy, decision-making, and stages of change: an integrative model of physical exercise. *Journal of Applied Social Psychology* 1994;24:489–508.

7. Marcus BH, Owen N. Motivational readiness, self-efficacy, and decision making for exercise. *Journal of Applied Social Psychology* 1992;22:3–16.
8. Marcus BH, Pinto BM, Simkin LR, Audrain JE, Taylor ER. Application of theoretical models to exercise behavior among employed women. *American Journal of Health Promotion* 1994;9:49–55.
9. Marcus BH, Selby VC, Niaura RS, Rossi JS. Self-efficacy and the stages of exercise behavior change. *Research Quarterly for Exercise and Sport* 1992;63:60–66.
10. DuCharme KA, Brawley LR. Predicting the intentions and behavior of exercise initiates using two forms of self-efficacy. *Journal of Behavioral Medicine* 1995;18: 479–497.
11. Duncan TE, McAuley E. Social support and efficacy cognitions in exercise adherence: a latent growth curve analysis. *Journal of Behavioral Medicine* 1993;16:199–218.
12. McAuley E, Lox C, Duncan TE. Long-term maintenance of exercise, self-efficacy, and physiological change in older adults. *Journal of Gerontology* 1993;48:218–224.
13. Poag-DuCharme KA, Brawley LR. Self-efficacy theory: use in the prediction of exercise behavior in the community setting. *Journal of Applied Sport Psychology* 1993;5:178–194.
14. Robertson D, Keller C. Relationships among health beliefs, self-efficacy, and exercise adherence in patients with coronary artery disease. *Heart and Lung* 1992;21:56–63.
15. McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly* 1988;15:351–377.
16. Simons-Morton DB, Simons-Morton BG, Parcel GS, Bunker JF. Influencing personal and environmental conditions for community health: a multilevel intervention model. *Community Health* 1988;11:25–35.
17. OMS, Ginebra, Constitución de la OMS. 1960.
18. Bersh D. El fenómeno de la salud. ICFES, ASCOFAME. Colombia. Sin fecha de publicación
19. Hernández M. Historia y conceptualización en prevención . En: Memorias del congreso internacional sobre Prevención en salud. Medellín, Colombia, 1994.
20. Salleras L. La salud y sus determinantes. *Revista Anthropos* 118/199. Bogotá.
21. Blum H. Does health planning work anywhere, and if so, why?. *American Journal of Health Planning*. 1978; 3(3): 34-47.
22. Blum H. Social perspective on risk reduction. *Family and Community Cealth*. 1980; 3(1): 41-61.
23. Dever A. Epidemiología y administración de servicios de salud. Rocville. OPS-OMS. 1991.
24. Bradshaw J. La conceptualización y medición de la necesidad. Una perspectiva de política social. En: Salud y enfermedad. *Lecturas básicas en sociología de la medicina*. Ed. Universidad de Antioquia. Medellín. 1999.
25. Ministerio de salud, Instituto Nacional de salud. Informe quincenal epidemiológico nacional. Volumen 4, N. 24. Diciembre 30 de 1999.
26. PAHO. Carmen countries profiles. 2002.
27. Secretaría de Salud. Alcaldía Mayor de Santa fe de Bogotá. Análisis del Sector Salud en el Distrito Capital, 1990 – 1998. Santa fe de Bogotá D.C, Colombia 1998
28. Posada J, Gómez P. Aspectos epidemiológicos. En: recomendaciones básicas para la atención de los trastornos psiquiátricos. Asociación colombiana de psiquiatría. Bogotá, D.C, Editorial Noosfera; 1999.
29. Posada J, Torres Y. Estudio Nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas- Colombia, 1993. Ministerio de Salud. Colombia, Bogotá; 1994.
30. Ministerio de salud. Estudio Nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas. Colombia. Santa Fe de Bogotá; 1998.
31. Prieto A. Condiciones de fuerza y flexibilidad, alineación corporal y propiocepción (el caso de los estudiantes de primer semestre de la Universidad Nacional). *Des-encuentros*. 2002; 1 1:5.
32. Prieto A. Promoción de la salud y actividad física, una experiencia. ASCOFI, 2000; 45.

33. Gámez R, Venegas A, Ardila A, Rincón A. Conocimiento, percepción y nivel de actividad física de los ciudadanos de Santa Fe de Bogotá. 1999. Bogotá, Instituto Distrital de Recreación y Deporte.
34. OMS. Resumen de orientación. Informe sobre la salud en el mundo 1998. La vida en el siglo XXI: una perspectiva para todos. 1999.
35. OPS. Actividad física hoja informativa, número 3. enero 2002.
36. Ferrer M. Los módulos de salud en las encuestas de Hogares de América Latina y el Caribe. Un análisis de cuestionarios recientes. OPS. Programa de Políticas Públicas y Salud. División de salud y Desarrollo Humano. Washington. 2000.
37. Secretaria de salud. Programa de Acción: Envejecimiento. México, primera edición 2001.
38. División de promoción y protección de la salud (HPP), Organización Panamericana de la Salud. Encuesta Multicéntrica: Salud, bienestar y envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe. Washington, 2001
39. McGinnis JM, Foege WH. Actual causes of death in the United States. JAMA 1993; 270:2207–2212.
40. CDC. Health Objectives for the Nation Prevalence of Selected Risk Factors for Chronic Disease by Education Level in Racial/Ethnic Populations--United States, 1991-1992. Surveillance summaries. 1994;43(48):894-899.
41. CDC. Prevalence of Recommended Levels of Physical Activity Among Women-Behavioral Risk Factor Surveillance System, 1992. Surveillance summaries. 1995; 44(06):105-113
42. CDC. State-Specific Prevalence of Participation in Physical Activity-Behavioral Risk Factor Surveillance System, 1994. Surveillance summaries. 1996; 45(31):673-675.
43. CDC. Lack of Physical Activity Among Americans Despite Proven Benefits. 2000.
44. CDC. Monthly Estimates of Leisure-Time Physical Inactivity-United States, 1994. Surveillance summaries. 1997; 46(18):393-397
45. National and states perspectives 2002. the burden of chronic diseases and their risk factors, Section III Risk Factors and Use of Preventive Services, United States.
46. CDC. Guidelines for School and Community Programs Promoting Lifelong Physical Activity. 2001.
47. Grunbaum J, Kann L, Kinchen S, Williams B, Ross J, Lowry R, et al. Youth Risk Behavior Surveillance- United States, 2001. Surveillance summaries. 2002;51(ss04): 1-64.
48. CDC, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Physical Activity and the Health of Young People. July 2000.
49. Statistics, 1995. Vital Health Statistics 10(192). DHHS publicación No. (PHS) 95-1520.
50. Perez H, Laguado C, Martínez A. Perfil socioeconómico de los estudiantes de la Universidad. Estadísticas e indicadores de la Universidad Nacional de Colombia. Revista de la Oficina Nacional de Planeación. 2001; 5-6.
51. Dirección de Bienestar. Caracterización socioeconómica de ingreso de los estudiantes de pregrado, sede Bogotá, 1999-2001. Estadísticas e indicadores de la Universidad nacional de Colombia. Revista de la Oficina Nacional de Planeación. 2001; 5-6.
52. OPS. La salud en las Américas. Edición de 1998. vol. 1. publicación científica N. 569. Washington, D.C.