

Prácticas de salud y su relación con las características sociofamiliares de estudiantes de medicina. Universidad del Valle, Cali, Colombia, 1994

Jesús J. Magallanes, M.D., M.S.P.¹, Adolfo León Vaca, M.D., M.S.P.¹,
Liliana Arias, M.D.², Julián A. Herrera, M.D.³

RESUMEN

Para determinar la relación entre las características sociodemográficas y de funcionalidad familiar con las prácticas de salud del estudiante de medicina de la Universidad del Valle, Cali, Colombia, se realizó un estudio descriptivo en 1994. La muestra incluyó 349 estudiantes, en los que se analizaron sus prácticas de salud respecto a acciones preventivas, hábitos nocivos y hábitos personales. La evaluación de la funcionalidad familiar, mostró disfunción en 66% de los estudiantes; control médico, citología vaginal, nutrición, ejercicio, recreación, pertenencia de grupo y uso de cinturón de seguridad en niveles inadecuados, de acuerdo con los parámetros mínimos establecidos. Las variables sociodemográficas que mostraron asociación estadísticamente significativa con las prácticas de salud fueron: semestre, edad, sexo, estrato socioeconómico y escolaridad de los padres ($p < 0.05$). Cabe destacar que el aumento de semestre tuvo una asociación negativa para algunas prácticas de salud (salud oral, control médico, automedicación y pertenencia de grupo), mientras que tuvo una asociación positiva para el autoexamen de mama, uso de anticonceptivo y condón, e ingesta de sustancias de uso común consideradas como estimulantes ($p < 0.05$). Los resultados observados, sugieren que los estudiantes de medicina no asumen en niveles adecuados, su papel como ejemplo de salud. Sin embargo, 42%, informaron predominio de prácticas de salud adecuadas; 58% mostraron predominio de hábitos de salud inadecuados, lo que justifica un programa preventivo de intervención hacia el autocuidado. Estos datos demuestran la necesidad de desarrollar estrategias para mejorar los hábitos de salud del estudiante de medicina y proteger su futura salud, y posteriormente beneficiar a sus pacientes y a la comunidad.

La Escuela de Medicina de la Universidad del Valle (UV), Cali, Colombia, se creó en 1952 y cuenta con 2,202 egresados. Las características de los estudiantes que se entrenaron a lo largo de los años son poco conocidas en diversos aspectos de su perfil sociodemográfico, características familiares, hábitos y costumbres individuales que se relacionan con actitudes y prácticas hacia la salud.

La República de Colombia desde la Constitución de 1886, no había tenido cambios tan intensos como los que han sucedido en los últimos 4 años, a raíz de

la nueva Constitución de 1991, la Ley 30 de Educación Superior y la Ley 100 de la Seguridad Social. A nivel microsocioal, en la familia, en las universidades se reflejan las grandes transformaciones macrosociales que se dan en contextos y tiempos específicos.

Este momento histórico se refleja en la UV, en la Facultad de Salud y específicamente en la Escuela de Medicina, con la necesidad de hacer transformaciones curriculares, que den respuesta a la necesidad de los servicios de salud, que trasciendan lo curativo, que rescaten la prevención y rehabilitación, con enfoque integral y humanista, tendientes a modificar estilos de vida y, por ende, aumentar la calidad de vida de las personas, mediante el uso de los nuevos enfoques sobre la promoción de la salud.

Promover la salud es la acción de

diseñar, producir y emitir información sobre salud a fin de sensibilizar a la población objeto para que inicie cambios en sus comportamientos frente a las prácticas de salud. Esta debe estar incluida en la formación de los futuros médicos que serán los agentes de cambio. Por tanto, deben realizar primero su propio cambio. Esto requiere que los docentes lleven a cabo ciertos patrones educativos para fomentar el cambio de comportamiento en el estudiante.

Es importante destacar que las prácticas de salud a nivel nacional e internacional, reconocen como asunto prioritario la incorporación y reconocimiento de las personas como sujetos sociales en los planes y políticas de desarrollo¹. El estudiante de medicina está comprometido en estas políticas como agente de desarrollo y de cambio individual, familiar y social.

1. Médico, Magister Salud Pública, Universidad del Valle, Cali, Colombia.
2. Profesora Asistente, Departamento de Medicina Familiar, Universidad del Valle, Cali, Colombia.
3. Profesor Titular, Departamento de Medicina Familiar, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

A nivel latinoamericano se sabe poco acerca de las prácticas de salud sobre todo del estudiante de medicina, al tener en cuenta que sus comportamientos o prácticas de salud pueden influir en el estilo de vida y en la orientación que sobre éste pueda dar el estudiante a los individuos y familias de las comunidades con quienes trabaja, y además como futuros profesionales deben conseguir que los individuos y la colectividad adopten conductas positivas de salud².

Por lo anterior se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación que hay entre las características sociodemográficas y de la familia en los estudiantes de medicina de la UV con sus prácticas de salud?

MATERIALES Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio descriptivo, cuya población objetivo estaba constituida por todos los estudiantes de medicina de pregrado de la UV. El marco de la muestra estaba compuesto por 563 estudiantes de ambos sexos, matriculados en 1994 (Cuadro 1).

El tamaño de la muestra se calculó con los sistemas establecidos para estudios descriptivos³. El método de muestreo fue probabilístico, estratificado, y se subdividió a la población en subgrupos, pues las variables presentaban variabilidad según el nivel de semestre. Los números de elementos tomados para cada estrato se determinaron proporcionalmente.

Los criterios de inclusión fueron: ser estudiante regular, matriculado en el Plan de Medicina y Cirugía de la UV en el primer semestre de 1994, y además aceptar participar voluntariamente en el estudio, mediante consentimiento escrito.

El método utilizado en esta investigación fue la encuesta autorreportada, a través de convocatoria y concentración simultánea, en 4 ambientes separados y por semestres. La encuesta contenía: 1. Cuestionario de característi-

cas sociodemográficas, funcionalidad familiar y prácticas de salud del estudiante de medicina de pregrado de la UV, que es un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas con datos precodificados que evalúa 3 aspectos:

1. Características sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, procedencia, dependencia económica, actividad laboral, religión, estrato socioeconómico, escolaridad de los padres, tipo de familia, familia de convivencia y posición en la familia).
2. Funcionalidad familiar (APGAR familiar y soporte social⁴).
3. Prácticas de salud (acciones preventivas, hábitos nocivos y hábitos personales).

Este cuestionario se sometió a una prueba piloto con 30 estudiantes de medicina de pregrado de la Universidad del Cauca, Popayán, Colombia (muestra obtenida de 554 estudiantes y proporcional a cada semestre). Para determinar la validez del contenido la evaluaron 7 expertos, quienes obtuvieron una validez de 95%.

Variable dependiente. Se consideró como variable dependiente las prácticas de salud del estudiante de medicina de pregrado, en términos de:

1. Acciones preventivas: salud oral, control médico, autoexamen de mama, autoexamen de testículos, sexualidad con responsabilidad, uso de métodos anticonceptivos y uso de condón y, además, citología vaginal.
2. Hábitos nocivos: fumar, consumo de bebidas alcohólicas, automedicación, consumo de sustancias psicoactivas como: estimulantes, tranquilizantes y/o alucinógenos.
3. Hábitos personales: patrón alimenticio: hábito de desayunar, almorzar y cenar, nutrición; patrón de sueño, patrón de ejercicio; recreación, pertenencia de grupo, y uso de cinturón de seguridad vehicular.

Variables independientes. Se consideraron como variables independien-

tes las características sociodemográficas del estudiante de medicina de pregrado (edad, sexo, estado civil, procedencia, dependencia económica, actividad laboral, semestre académico, estrato socioeconómico, religión, escolaridad de los padres); las características de la familia (tipo de familia de origen, familia de convivencia, posición que ocupa en la familia, APGAR familiar y soporte social).

Los datos se recolectaron en un formulario precodificado; el análisis se hizo con el programa estadístico Epiinfo versión 5.1. Para el análisis descriptivo se utilizaron medidas de tendencia central con base en promedios, mediana, porcentajes y desviación estándar. Para el análisis inferencial se aplicó, en el análisis bivariado, la prueba Chi² y el análisis de tendencia lineal de proporciones. Se consideró como significativo un nivel $p < 0.05$.

RESULTADOS

Se recolectó la información completa de 349 estudiantes de medicina, de pregrado, de la Universidad del Valle (Cuadro 1), que constituyeron 61.9% de la población de estudiantes matriculados para el período 1994; cabe destacar que se superó en 52% la muestra probabilística establecida, que fue de 229 estudiantes.

Los resultados del presente estudio se presentan en 3 partes. En la primera, se describen las características sociofamiliares del estudiante de medicina; en la segunda, la variable dependiente; y en la tercera parte la relación de las características sociofamiliares y de la familia con la variable dependiente.

1A. Características sociodemográficas del estudiante de medicina. Los resultados del estudio permitieron definir un perfil de las características sociodemográficas del estudiante de medicina de la UV. Los 349 estudiantes participantes estaban distribuidos de la siguiente manera: el mayor porcentaje

Cuadro 1
Distribución de los Estudiantes de
Medicina de Pregrado Encuestados,
según Sexo y Semestre.
Universidad del Valle, Cali, 1994

Semestre	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		n	%
	n	%	n	%		
I	29	48	31	52	60	17.2
III	45	60	30	40	75	21.5
V	38	58	27	42	65	18.6
VII	25	53	22	47	47	13.5
IX	33	67	16	33	49	14.0
X	20	71	8	29	28	8.0
Internado	16	64	9	36	25	7.2
Total	206	59	143	41	349	100.0

correspondió al tercer semestre con 21.5%; luego el quinto semestre, 18.6%; segundo semestre, 17.2%; noveno semestre, 14%; séptimo semestre, 13.5%; y el décimo semestre, 8%. La edad promedio fue 21.7 ± 2.9 años, con predominio del grupo (Cuadro 1) de 20 a 24 años (adulto joven) con 55.6%; seguido del grupo de 15 a 19 años (adolescentes) con 26.4%. Predominó el sexo masculino con 59%; 92.8% eran solteros (as); 90% se declararon católicos.

Al analizar la estratificación socio-económica, correspondieron 53.8% a estratos medio alto y alto (estratos 5 y 6 del Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE, 44.1% y 9.7%, respectivamente); estrato medio bajo (estrato 3, clasificación DANE), 25.8%; 74.8% procedían de Cali y 14.7% de otros municipios del Valle (urbano 13.8% y rural 0.9%), lo que hace un total de 89.5% para el Departamento del Valle y fuera del Valle 10.5%.

Dependían económicamente de sus padres, 84.5%; y sólo 6.3% se autofinanciaban. Del total de estudiantes sólo 12.3% realizaban algún tipo de trabajo remunerado; de esta cifra, 33% hacían trabajo de servicios, obreros, taxistas, transcritores de textos, seguido de 28% con actividades de comerciantes; 49% de los estudiantes que trabajaban cumplían sus actividades en horario diurno/nocturno.

En la escolaridad de los padres se

observó que el padre tenía un mayor nivel (formación universitaria completa, 43.3%; y secundaria completa, 11.7%) que la madre (universitaria completa, 23.7%; y secundaria completa, 25.5%).

1B. Características familiares del estudiante de medicina. Respecto al tipo de familia del estudiante de medicina, se observó en la familia de origen predominio de familia nuclear con 56.4%; luego la familia separada constituyó 14.9%; y la extensa 13.5%. Vivían con la familia nuclear, 47% de los estudiantes; 23.8% con familia incompleta; 20.7% con familia extensa. Sobre la posición que ocupa el estudiante en la familia, se vio que 43.6% son hermanos mayores; 20.9% hermanos menores; 19.8% hermanos intermedios y 11.2% hijos únicos.

Con respecto a la funcionalidad familiar, la mediana del APGAR familiar fue 16 puntos. Esto quiere decir que 50% de los estudiantes presentaban un APGAR por debajo de este puntaje; 34.1% mostraban buena función familiar (APGAR 18-20 puntos); 41.3% informaron disfunción familiar leve (APGAR 14-17 puntos); 18.1% disfunción familiar moderada (APGAR 10-13 puntos); y 6.6% disfunción severa (APGAR ≤ 9 puntos). Al adicionar el soporte de amigos al APGAR familiar se observó un aumento significativo en el puntaje total de la familia, pues 82.2% alcanzaron una buena función familiar, y se disminuyó la cifra de la disfunción leve a 11.8%, disfunción moderada a 4.2% y disfunción severa a 1.7%.

2. Prácticas de salud

2A. Acciones preventivas. En relación con la salud oral, 63% de los estudiantes tuvieron una salud adecuada, determinada por la presencia de por lo menos 2 de 3 características (cepillo dental, uso de seda dental y/o control odontológico); 94% cepillaban sus dientes 3 ó más veces al día, mientras que sólo 24% utilizaban seda dental 3 ó más veces al día; 60% tuvieron examen dental de rutina por lo menos una vez al año.

Sólo 34.6% de los estudiantes se sometieron a control médico periódico de mantenimiento de la salud por lo menos una vez al año, mientras que 63.9% nunca lo hicieron. Con respecto al autoexamen se observó que las mujeres se hacían un adecuado examen de mama con frecuencia mensual en 62.9%. De los varones apenas 38% realizaban un adecuado autoexamen de testículos. Solamente 17.5% de las estudiantes se tomaban citología vaginal por lo menos una vez al año. Habían tenido relaciones sexuales coitales activas 73.3%; casi todos, 85.2%, informaron el uso de algún método anticonceptivo, con predominio del condón, 72.7%.

2B. Hábitos nocivos. Fumar: 62.2% de los estudiantes eran no fumadores y 37.8% informaron hábito de fumar; de ellos, 26.3% fueron exfumadores y 11.5% eran fumadores activos; 15.2% de los estudiantes fumaban a diario, 12.3% semanalmente y 10% rara vez. De los fumadores y exfumadores, 48.5% fumaba de 1 a 5 cigarrillos/día, 8% de 6 a 10 cigarrillos/día, 4.6% más de 10 cigarrillos por día. En relación con los parientes que fuman se observó que 42.6% de ellos eran tíos, abuelos, vecinos; 40.4% eran los padres y 16% hermanos; 26.6% de los estudiantes convivían con parientes fumadores.

La edad promedio de comienzo del hábito de fumar fue 16.3 ± 5.2 años. Las principales causas para comenzar a fumar fueron: por probar y curiosidad, 30%; por problemas personales, 7.7%; por angustia, tensión y nerviosismo, 5.2%; por presión social, 3.7%; porque en casa fumaban, 3.2%; y para acompañar a la bebida alcohólica, 2.6%.

Hábito de consumo de bebida alcohólica: 45.2% informaron hábitos de consumir bebidas alcohólicas de manera adecuada (informe de no consumo o consumo máximo de 4 veces por año); 54.7% eran consumidores de bebidas alcohólicas, 37% fueron exconsumidores de bebidas alcohólicas mientras que 8.3% nunca habían consumido alcohol. El hábito del alcohol fue más

común en el sexo masculino. Del total de estudiantes, 36.9% habían ingerido o ingerían alcohol con una frecuencia de 1-4 veces al año; 32.1% lo consumían mensualmente, 13.2% cada 2 meses, 9.5% semanalmente. La bebida alcohólica de mayor consumo era una combinación de cerveza, aguardiente y ron (89%).

Automedicación: 34.4% informaron el hábito de automedicación, con predominio de analgésicos, antigripales, broncodilatadores, y antibióticos.

Consumo de sustancias psicoactivas: 70.5% no poseían hábito de consumo de ningún tipo de sustancias psicoactivas, mientras que 29.5% habían consumido o consumían alguna sustancia psicoactiva. De éstos, 22.3% habían ingerido alguna vez sustancias consideradas como estimulantes, con predominio de la cafeína con 68%; cafeína-teofilina, 18%; café coca-cola, 3%; anfetamina, 1% y otros (vitaminas, anafranil, tabaco) 10%; 9.2% habían utilizado tranquilizantes, sobre todo buspirona y diazepam; 3.7% usaron alguna vez alucinógenos como marihuana, bazuco o cocaína. También se observó que 91.42% consumían café y sólo 8.6% no lo tomaban. Del total de estudiantes una cifra considerable, 49.3%, consumían de 1 a 3 tazas de café por día, seguido de 4 a 6 tazas por día con 6.6% y de 7 y más tazas 0.9%.

2C. Hábitos personales. Patrones alimenticios o de comidas: 76.8% tenían un hábito de desayunar adecuado, determinado por la presencia de por lo menos 2 de 3 características adecuadas (sí desayuna, la frecuencia y/o el horario regular); sólo 69.3% tuvieron un horario regular. Entre las principales causas para no desayunar en horario regular se encontró por falta de tiempo, 51%; por el horario de clases, 41%; y por otras causas (vivir solo, trabajar, no costumbre), 8%. Hubo un hábito de almorzar adecuado en 95.1%, determinado por la presencia de por lo menos 2 de 3 características adecuadas (presencia del hábito, frecuencia y/o horario regular); sólo 78.2% almorzaban en

horario regular, e indicaron como causa de la irregularidad el horario de clase y la falta de tiempo. Hubo hábito de cenar adecuado en 81.7%, que se determinó por la presencia de por lo menos 2 de 3 características correctas (hábito, frecuencia y/o horario regular); sólo 56.7% cenaban con horario regular, y atribuyeron como causa de la irregularidad el horario de clases y la falta de costumbre. Casi 87.1% de los estudiantes tenían hábitos nutricionales inadecuados (alimentación no equilibrada y comer entre las principales comidas); en 80.8% hubo un exceso en el consumo de grasas, azúcares, sal y/o carbohidratos, y además 77.4% acostumbraban a comer entre las principales comidas.

Patrón sueño: en 70.5% hubo un patrón de sueño adecuado, según la presencia de 2 características adecuadas (dormir por lo menos 6 horas con sueño relajado). La mayoría informó tener entre 6 horas y más y con sueño relajado (83.4% y 82.8%, respectivamente).

Patrón de ejercicio: Sólo 12.9% referían un patrón de ejercicio adecuado, que se decidió por la presencia de por lo menos 3 características adecuadas (realización, número y duración de la actividad física); 65.6% de los estudiantes hacían actividad física, con predominio de los deportes en 37.5% (fútbol, natación, atletismo) y gimnasia en 10.6% con una duración mínima de 20 minutos; 4 ó más veces por semana sólo 12.9%.

Recreación: sólo 24.1% tenían una recreación adecuada de acuerdo con la presencia de 2 ó más características adecuadas (número de recreación formativa y/o recreación de esparcimiento). En la recreación formativa predominó la lectura con 48.1% y relajación con 23%. En la recreación de esparcimiento predominó ver televisión con 43.8%.

Pertenencia de grupo: Sólo 33.5% participaban en alguna organización de grupos, p.e., grupos estudiantiles, cívicos, deportivos y musicales.

Uso de cinturón de seguridad: 26.1% empleaban adecuadamente el cinturón de seguridad vehicular, determinado por la presencia de 2 características (uso y frecuencia del uso del cinturón de seguridad vehicular). Entre las principales causas de no usar el cinturón de seguridad vehicular informaron falta de costumbre, 45.5%; por incomodidad, 12%; y por negligencia o descuido, 9.5%.

3. Relación de las características sociodemográficas y familiares con las prácticas de salud. El análisis de tendencia lineal de proporciones mostró las siguientes asociaciones estadísticamente significativas:

Semestre y prácticas de salud. El aumento de semestre fue un factor asociado positivo para algunas prácticas de salud, como el autoexamen de mama, uso de anticonceptivos y condón e ingesta de estimulantes ($p < 0.05$); sin embargo, fue un factor asociado negativo para salud oral, control médico, automedicación, recreación y pertenencia de grupo ($p < 0.05$). Se observó una mayor fuerza de asociación entre el semestre y el uso de anticonceptivos, control médico y recreación (Cuadro 2).

Edad y prácticas de salud. Se observó que el aumento de la edad fue un factor asociado positivo para la toma de citología vaginal anual, uso de métodos anticonceptivos e ingesta de estimulantes ($p < 0.05$); pero fue un factor negativo para automedicación, salud oral, control médico, y hábitos inadecuados de desayunar ($p < 0.05$). La edad tuvo mayor fuerza de asociación frente al uso de anticonceptivo e ingesta de estimulante (Cuadro 3).

Estrato socioeconómico y prácticas de salud. Se observó que el mayor estrato socioeconómico es un factor asociado positivo para el uso adecuado del condón; sin embargo fue un factor negativo para salud oral y uso del cinturón de seguridad vehicular ($p < 0.05$) (Cuadro 4).

Escolaridad de los padres y prácticas de salud. El mayor nivel de escola-

Cuadro 2
Análisis de Tendencia Lineal de Proporciones de las Prácticas de Salud,
según Semestre del Estudiante de Medicina de Pregrado.
Universidad del Valle, Cali, 1994

Semestre	PRÁCTICAS DE SALUD (OR)								
	Acciones preventivas					Hábitos nocivos		Hábitos personales	
	SO	CM	AES	UA	UC	IE	AMD	REC	PG
2	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
3	0.77	0.49	3.63	0.86	1.13	1.03	0.95	2.12	0.84
5	0.89	1.30	1.24	0.75	1.03	0.48	2.00	1.14	1.14
7	1.15	2.03	0.98	0.32	0.76	0.34	2.42	6.68	2.03
9	1.51	1.17	0.48	0.30	0.70	1.03	1.32	2.42	2.42
10	2.14	5.18	2.10	0.20	0.26	0.51	4.6	2.86	1.86
12	1.46	3.26	0.00	0.30	0.53	0.00	1.41	7.15	0.93
c ²	5.36	16.63	5.92	20.17	8.11	6.78	5.71	10.47	4.20
p	0.020	0.000	0.014	0.000	0.004	0.009	0.016	0.001	0.040
	*	*	+	+	+	+	*	*	*

SO = Salud oral CM = Control médico AES = Autoexamen senos UA = Uso de anticonceptivos
 US = Uso de condón IE = Ingesta de estimulantes AMD = Automedicación REC = Recreación
 PG = Pertenencia grupo * Factor asociado negativo + Factor asociado positivo
 Las desigualdades relativas informadas mayores de 1.0 fueron significativas de acuerdo con el intervalo de confianza de 95%.

Cuadro 3
Análisis de Tendencia Lineal de Proporciones de las Prácticas de Salud,
según Edad del Estudiante de Medicina de Pregrado.
Universidad del Valle, Cali, 1994

Edad	PRÁCTICAS DE SALUD (OR)						
	Acciones preventivas				Hábitos nocivos		Hábitos personales
	SO	CM	CV	UA	AMD	IE	HD
15-19	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
20-24	1.73	2.46	0.53	0.41	1.57	0.48	3.24
25-29	2.25	2.17	0.19	0.24	2.21	0.32	2.93
30-34	2.68	5.00	---	0.16	4.41	0.39	1.64
c ²	6.02	8.34	5.08	18.57	5.89	8.42	4.96
p	0.014	0.003	0.024	0.000	0.015	0.003	0.025
	*	*	+	+	*	+	*

SO = Salud oral CM = Control médico CV = Citología vaginal UA = Uso de anticonceptivo
 AMD = Automedicación IE = Ingesta de estimulantes HD = Hábito de desayunar
 * Factor asociado negativo + Factor asociado positivo
 Las desigualdades relativas informadas mayores de 1.0 fueron significativas de acuerdo con el intervalo de confianza de 95%.

idad del padre fue un factor asociado positivo para salud oral adecuada, uso de condón y cinturón de seguridad vehicular; fue un factor asociado negativo para el consumo de sustancias psicoactivas. Por otro lado, la mayor escolaridad de la madre fue un factor positivo para el hábito adecuado de desayunar ($p < 0.05$) (Cuadro 5).

Sexo y prácticas de salud. Se observó una asociación estadística-mente significativa entre el sexo masculino y las siguientes prácticas de salud inadecuadas: cepillado dental, uso de seda dental, uso de métodos anticonceptivos y condón, hábito de fumar, consumo de bebida alcohólica, ingesta de tranquilizante, hábito de cenar ($p < 0.001$) (Cuadro 6). El tener cepillado dental y uso de seda dental

inadecuados, hábito de fumar y consumo de bebida alcohólica, se presentó con una proporción 7, 2 y 3 veces mayor en el sexo masculino que en el femenino, respectivamente ($p < 0.01$) (Cuadro 6).

El no usar anticonceptivos y condón, ingerir tranquilizantes, hábito de cenar inadecuado fue menor en el sexo masculino que en el femenino (Cuadro 6). Se observó igualmente una mayor fuerza de asociación entre el uso de anticonceptivos, el empleo de condón, el consumo de alcohol y el hábito de cenar frente al sexo masculino (Cuadro 7). Igualmente se observó que no hubo asociación estadísticamente significativa entre las características socio-demográficas y familiares con el hábito de almorzar, nutrición, patrón de sueño, patrón de ejercicio y autoexamen de testículo.

DISCUSIÓN

Las prácticas de salud en los estudiantes de medicina, como futuros profesionales de la salud, justifican la atención, para proteger tanto su futura salud como la de los pacientes que puedan encontrar en el desarrollo de sus actividades cotidianas; además es importante para su práctica de salud personal y para ser consistentes con la meta de fomentar profesionales en la promoción de la salud y prevención de las enfermedades.

Los hallazgos del estudio mostraron el perfil del estudiante de medicina de pregrado, que es similar a la población universitaria de la UV^{5,6} con excepción de la escolaridad de los padres, posición en la familia, estrato socio-económico, pues se encontró que la gran mayoría de los padres de los estudiantes de medicina tienen educación universitaria (padre, 43.3%; madre, 23.7%). Esta situación explicaría por qué todavía existe una mayor tendencia a que los hijos lleguen a tener una educación

igual o superior a la lograda por sus padres, y fortalece las opiniones positivas de los grupos familiares respecto a la educación de los hijos. Por otro lado, gran parte de los recursos que el individuo dispone para definir su

mundo son los símbolos y las personas que le rodean en su núcleo familiar como modelos de comportamiento. A mayor escolaridad de estas personas, se pueden transmitir a sus hijos conductas y conocimientos positivos⁷.

Cuadro 4
Análisis de Tendencia Lineal de Proporciones de las Prácticas de Salud, según Estrato Socioeconómico del Estudiante de Medicina de Pregrado, Universidad del Valle, Cali, 1994

ESE	PRÁCTICAS DE SALUD (OR)		
	Acciones preventivas		Hábitos personales
	SO	UC	UCSV
1 (bajo-bajo)	1.00	-	1.00
2 (bajo)	2.00	1.00	2.90
3 (medio-bajo)	1.60	0.99	2.00
4 (Medio)	1.09	0.49	2.90
5 (medio alto)	0.83	0.61	1.14
6 (alto)	1.58	0.38	0.71
c ²	4.03	6.50	8.66
p	0.044	0.010	0.003
	*	+	*

* Factor asociado negativo + Factor asociado positivo
SO = Salud oral UC = Uso de condón UCSV = Uso de cinturón de seguridad vehicular
Las desigualdades relativas informadas mayores de 1.0 fueron significativas de acuerdo con los intervalos de confianza de 95%.

Cuadro 5
Análisis de Tendencia Lineal de Proporciones de las Prácticas de Salud, según Escolaridad de los Padres del Estudiante de Medicina de Pregrado, Universidad del Valle, Cali, 1994.

Escolaridad	PRÁCTICAS DE SALUD (OR)				
	Hábitos padre			Hábitos personales madre	
	Acciones preventivas	nocivos	personales	UCSV	Desayunar
	SO	UC	IE	UCSV	Desayunar
Pr. incompleta	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Pr. completa	1.02	3.00	0.58	0.57	0.11
Sec. incompleta	5.30	1.19	1.21	0.31	0.35
Sec. completa	0.65	0.64	0.98	0.39	0.26
Téc. incompleta	4.71	1.00	10.50	0.04	0.72
Téc. completa	0.64	0.63	1.67	0.31	0.14
Univ. incompleta	1.43	0.75	1.40	0.40	0.00
Univ. completa	0.67	0.76	1.63	0.21	0.11
Sin dato	0.67	1.00	4.28	0.19	0.00
c ²	7.00	3.99	9.29	7.25	4.32
p	0.008	0.045	0.002	0.007	0.037
	+	+	*	+	+

* Factor asociado negativo + Factor asociado positivo
SO = Salud oral UC = Uso de condón IE = Ingesta de estimulantes UCSV = Uso de cinturón de seguridad vehicular
Las desigualdades relativas informadas mayores de 1.0 fueron significativas de acuerdo con los intervalos de confianza de 95%.

Una proporción alta de estudiantes (43.6%) son hermanos mayores lo que permite pensar que en la decisión con respecto a la posibilidad de continuar estudios universitarios, intervienen no sólo aspectos socioeconómicos, sino también los intereses particulares de cada uno de sus miembros. Este hallazgo no coincide con otro estudio⁸, donde se encontró predominio del hermano menor. Los estratos socioeconómicos más comunes fueron los niveles alto y medio alto. Tal situación se puede deber a la creencia que se tiene que para estudiar medicina son necesarios buenos recursos económicos y buen estatus social. Las políticas nacionales expresan que la universidad oficial debe brindar mayor oportunidad a los estudiantes de menos ingresos, y al tener en cuenta que la UV es una entidad pública, estos hallazgos difieren de los encontrados por otros autores⁹.

Las variables edad, sexo, estado civil, procedencia (urbano y rural) resultaron ser semejantes con los informes de Eizirich et al.⁸, para estudiantes de medicina; esto sugiere que la población investigada es similar, y que el instrumento conduce a un mismo patrón de respuestas aun en culturas distintas.

La familia tiene su propia estructura y dinámica, que puede ser influida por factores externos (estresores). Al ser un sistema dinámico tiende a equilibrarse por medio de los recursos de apoyo con que cuenta, entre ellos el apoyo o soporte de los amigos. En

este estudio se encontró un alto porcentaje de disfuncionalidad familiar (65.9%) y se observó que al adicionar el soporte de amigos hubo un cambio muy significativo (17.8% algún grado de disfunción familiar). Es posible sugerir que si hay un factor de soporte social como los amigos, se puede cambiar y mejorar la función global familiar. Se sugiere que se incentiven las organizaciones grupales multidisciplinarias a nivel estudiantil, y la necesidad de diseñar intervenciones a nivel familiar a través de programas interdisciplinarios de promoción y prevención, que brinden soporte a quienes lo requieran, durante todo el tiempo que dure su carrera, con el fin de lograr un manejo integral de los estudiantes y su familia.

La práctica de salud oral mostró que la gran mayoría (94%) practicó el cepillado dental en un número adecuado, sin embargo, pocos (24%) utilizaron la seda dental; esto es sorprendente, porque es conocido los beneficios

Cuadro 6
Prácticas de Salud de Estudiante de Medicina de Pregrado.
Universidad del Valle, Cali, 1994.

Sexo	PRÁCTICAS DE SALUD (OR) ACCIONES PREVENTIVAS							
	Cepillado dental		Uso de seda dental		Uso de anticonceptivos		Uso de condón	
	Inad.	Adec.	Inad.	Adec.	Inad.	Adec.	Inad.	Adec.
Masculino (n = 206)	19	187	168	38	48	158	70	136
Femenino (n = 143)	2	141	97	46	83	60	93	50
Total	21	328	265	84	131	218	163	186
c ²	9.14		8.70		43.45		32.70	
p	0.002		0.003		0.000		0.000	
OR	7.16		2.10		0.22		0.28	
IC (95%)	1.68-64.17		1.24-3.55		0.13-0.36		0.17-0.44	
	*		*		+		+	

* Factor asociado negativo + Factor asociado positivo

Las desigualdades relativas informadas mayores de 1.0 fueron significativas de acuerdo con los intervalos de confianza de 95%.

Cuadro 7
Prácticas de Salud según Sexo del Estudiante de Medicina de Pregrado.
Universidad del Valle, Cali, 1994.

Sexo	PRÁCTICAS DE SALUD (OR)						Hábitos personales	
	Hábitos nocivos							
	Hábito de fumar		Consumo de alcohol		Ingesta de estimulantes		Hábito de cenar	
	Inad.	Adec.	Inad.	Adec.	Inad.	Adec.	Inad.	Adec.
Masculino (n = 206)	91	115	137	69	12	194	22	184
Femenino (n = 143)	41	102	54	89	20	123	42	101
Total	132	217	191	158	32	317	64	285
c ²	8.63		28.14		6.75		19.69	
p	0.003		0.000		0.009		0.000	
OR	1.97		3.27		0.38		0.29	
IC (95%)	1.22-3.19		2.05-5.24		0.17-0.85		0.16-0.53	
	*		*		+		+	

* Factor asociado negativo + Factor asociado positivo

Las desigualdades relativas informadas mayores de 1.0 fueron significativas de acuerdo con los intervalos de confianza de 95%.

para la salud del uso de la seda dental en la prevención de enfermedades periodontales, y además es un procedimiento muy fácil de hacer en forma individual, pues necesita muy poco tiempo para su ejecución; por otro lado, 40% no realizaron un control odontológico de rutina. Los estudiantes eran adultos jóvenes y adolescentes, y relativamente pueden no tener experiencia de enfer-

medad periodontal y por considerarla poco necesaria en esos momentos, a pesar de tener un servicio médico odontológico de la UV. La proporción alta de estudiantes que no asistieron a un control médico de rutina (63.9%), se puede deber al hecho de minimizar la importancia, o a permanecer en apariencia sanos, como sucede en estos ciclos vitales (adolescentes y adultos

jóvenes).

Con respecto al autoexamen, llama la atención el hallazgo que 37.1% de las mujeres no se hicieron examen de las mamas adecuadamente y que 82.5% no se tomaron citología vaginal con una frecuencia correcta. Probablemente se debe a la poca importancia que se le da a estas prácticas de salud, desde el punto de vista preventivo, a pesar de la alta incidencia de cáncer de cérvix en Cali; además, por ser la citología vaginal un examen invasivo que puede atentar contra el pudor de la persona según sus culturas, creencias y costumbres. Estos hallazgos parecen afectar no sólo a estudiantes de medicina; en efecto, un trabajo⁶ que se hizo en estudiantes de enfermería de la UV, mostró resultados similares.

En el caso de los hombres, 62% no se hicieron autoexamen de testículo. Quizás esto se debía a la escasa promoción, o a que es autoinforme, a que se puede considerar como un aspecto íntimo confidencial, y a los sentimientos de vergüenza por patrones socioculturales, por lo que se sugiere reforzar la promoción y difusión de esta práctica de salud a todo nivel.

Con respecto a la sexualidad se debe destacar que a pesar de ser solteros casi todos los estudiantes (92.8%), la mayor parte (93.3%) han tenido experiencias sexuales antes del matrimonio, lo que coloca al estudiante en la situación de riesgo de contraer enfermedades que se transmiten por esta vía. Se sugiere enfatizar los aspectos educativos en el área sexual durante la educación superior, y continuar aconsejando el uso del condón como medida preventiva. La cuarta parte de los estudiantes encuestados (25.8%) refirieron no haber tenido relaciones sexuales. También se observó que en una proporción similar (27.3%) hay un comportamiento sexual muy arriesgado, pues no usan el condón como medio de protección. Además, 14.8% no empleaban ningún método anticonceptivo. Los hábitos nocivos informados por el estudiante, son inquietantes por su tendencia a ser

perjudiciales para la salud en general. Como los casos del hábito de fumar, consumo de bebidas alcohólicas, automedicación y empleo de sustancias psicoactivas. Los hallazgos sobre el hábito de fumar, mostraron diferencias con otros trabajos^{9,10}, con estudiantes de las ciencias de la salud en Chile y Cuba, aunque fue menor la prevalencia de fumadores activos (11.4%) y mayor la de no fumadores (62.2%) y exfumadores (26.4%), en relación con las publicaciones citadas.

Al tener en cuenta que los profesionales de la salud, sobre todo los dedicados a la atención primaria, deben ser conscientes de la gran amenaza que representan estos hábitos nocivos, pues forman uno de los grupos sociales con mayor influencia para potenciar la deshabitación y la promoción de la salud, se sugiere reafirmar la necesidad de emprender campañas educativas al respecto, porque es incongruente este hábito en instituciones que fomentan la promoción de la salud. Asimismo, las acciones contra estos hábitos deben comenzar en grupos con edad temprana, tanto a nivel de colegios como de hogares.

Casi la mitad (54.7%) informaron ser consumidores de bebidas alcohólicas con predominio del sexo masculino. Llama la atención que 22.3% usaron algún estimulante, a saber, cafeína, cafeína-teofilina, coca-cola. Con respecto a los alucinógenos sólo una pequeña cifra (3.7%) informó su empleo, pero menor que lo visto por otros investigadores²; además, 9.2% informaron el empleo de tranquilizantes. Estos hallazgos quizás se deben a que es un autorreporte, o a sentimientos de vergüenza o temor a alguna represalia o consecuencia, y que se esté ocultando la realidad. La tercera parte de los estudiantes se automedican (34.4%), posiblemente por su mayor conocimiento de los diversos medicamentos.

Las prácticas alimenticias se consideran como factores de riesgo para diversas enfermedades agudas y crónicas; en el estudio muchos (80.8%) refi-

reron exceso en el consumo de grasas, azúcar, sal y carbohidratos; por otro lado, otros más (88%) comunicaron un patrón de ejercicio inadecuado; estas observaciones coinciden con otra población de estudiantes de ciencias de la salud de la UV⁶, lo que confirma el déficit de conocimiento con respecto a la prevención de enfermedades cardiovasculares prevalentes en el medio nacional. Por esto, se sugiere diseñar y establecer programas nutricionales apropiados.

Casi todos (88%) realizaban algún tipo de recreación formativa, por tanto se debe promocionar este tipo de actividad como autocuidado y su relación con la promoción de la salud y prevención de enfermedades. Se ha visto además que la recreación por sí misma produce bienestar físico y mental. El estudiante de medicina está sujeto a muchas situaciones de estrés en el desarrollo de sus actividades cotidianas. Por tal motivo, es necesario que emplee el tiempo excedente de su jornada productiva (estudio o trabajo) para liberarse de tales tensiones. En caso contrario, el riesgo de ser víctima de diversos cuadros clínicos es mayor.

La escasa participación en grupos (33.2%) es otro hallazgo similar al trabajo en estudiantes de enfermería de la UV. Como esto cuestiona la función social del personal de salud en formación, se requiere crear actitudes de liderazgo participativo, que conduzcan a asumir su papel protagónico a nivel personal, profesional y con la sociedad. Se recomienda que la UV propicie la formación de grupos estudiantiles multidisciplinarios para contribuir al logro de esta meta.

Casi la mitad (47.8%) de los estudiantes no utilizan el cinturón de seguridad vehicular, y esgrimen como principales causas la falta de costumbre, olvido e incomodidad, debido al poco conocimiento de las bondades para la salud que ofrece el cinturón, todo ello asociado con la cultura del conductor, a pesar de que hay una alta morbilidad por accidentes de tránsito

en Cali.

Las variables sociodemográficas que mostraron asociación estadísticamente significativa con las prácticas de salud fueron: semestre, edad, sexo, estrato sociodemográfico y escolaridad de los padres. Las variables semestre y edad coinciden con un estudio hecho en Cali⁶ con estudiantes de enfermería, y también con una población similar en los Estados Unidos¹¹.

El hallazgo que el semestre es un factor negativo de asociación con una salud oral inadecuada, control médico inadecuado, recreación y pertenencia de grupo inadecuados, se puede explicar por currículos profesionalizados, actividades asistenciales intensas, que a medida que aumenta el semestre el estudiante se compenetra más con el quehacer cotidiano de sus actividades académicas, además del horario de estudios, descuida su aspecto personal. Asimismo es un factor de asociación positivo para el autoexamen de mama, uso de métodos anticonceptivos y condones, es decir, que conforme avanzan los semestres el estudiante va interiorizando esas prácticas, y porque durante el desarrollo de su formación profesional y a través de las actividades académicas a nivel intra y extrahospitalarias, está en contacto cada vez más con situaciones más complejas del proceso salud-enfermedad, que afectan a los individuos y/o familias, y que le permiten sensibilizarse e interiorizar prácticas de salud adecuadas.

La relación inversa entre semestre y autoexamen de mama es un hallazgo que no es apenas propio de estudiantes, Schencke et al.¹² en Chile encontraron que sólo 28% de profesionales de salud, de sexo femenino, entre ellas médicas, se hacían el autoexamen de mama a pesar de estar ampliamente familiarizadas con el cáncer de mama. Tal situación es preocupante pues los profesionales de sexo femenino a través de su labor educativa con la comunidad pueden aumentar la frecuencia de aplicación de esta técnica, que es de bajo costo, y de fácil ejecución.

En el estudio se observó que a mayor edad mejoran las prácticas de salud, específicamente la toma de citología vaginal y el uso de métodos anticonceptivos, y disminuyó la ingesta de estimulantes. Tal situación se podría explicar, porque a través del tiempo el individuo tiende a moldear sus hábitos y conductas, y a modificar su ambiente¹³, de acuerdo con las experiencias adquiridas en su vida cotidiana. A mayor edad, tiene mayor posibilidad de desarrollar su autonomía y su proceso de socialización. La universidad le ofrece la oportunidad de adquirir mayores conocimientos, de autocuestionarse, de aceptar la coexistencia de otros puntos de vista y la relatividad del conocimiento y, por último, afirmar su identidad a través de conductas y valores, expresados en las prácticas de salud¹⁴.

La escolaridad de los padres tuvo una relación directa con el mayor consumo de sustancias psicoactivas, uso de condón y cinturón de seguridad vehicular, asimismo el estrato socioeconómico con salud oral y uso de cinturón de seguridad, podría explicarse porque los padres son más permisivos y tolerantes; además, la familia transmite creencias y hábitos positivos, así como determinadas percepciones de riesgo para la salud, que condicionan los comportamientos de sus miembros frente al proceso salud-enfermedad, y al empleo de los servicios de atención médica¹⁵.

También se observó asociación estadísticamente significativa entre el sexo masculino y algunas prácticas de salud inadecuadas (hábito de fumar, consumo de bebidas alcohólicas) que se podrían explicar por el papel que asume el varón, o como una forma de disminuir las diversas presiones y el estrés académico a que están sometidos durante el desarrollo de sus actividades.

Finalmente se concluye que los estudiantes de medicina no asumen su papel como ejemplo de salud; sin embargo, 42% informaron predominio de prácticas de salud favorables, 58% indicaron predominio de hábitos inadecuados o desfavorables lo que justifica

su mejoría o perfeccionamiento. Es posible que algunos de los resultados estén influidos por sesgos del observador por ser un autorreporte; sin embargo, el nivel de escolaridad de todos los encuestados limita este sesgo potencial.

En general, los resultados de este estudio documentan la necesidad de estimular las prácticas de salud de los estudiantes en forma más específica. Se deberían diseñar programas intervencionales de fomento de la salud y prevención de las enfermedades con fines educativos e investigativos, dentro del plan de una asignatura específica, para permitir que el estudiante de medicina se sienta comprometido a reforzar los comportamientos de salud favorables, modificar los no favorables, y alcanzar un estilo de vida saludable con beneficio para su salud y la de sus pacientes.

SUMMARY

In order to determine the relationship between the sociodemographic characteristics, the functioning of the family and the health practices of the students of medicine of the Universidad del Valle, Cali, Colombia, a descriptive research was carried out in 1994. The sample included 349 students. The sociodemographic factors that showed significant statistic relationship with the health practices were: the semester they were in sex, age, socioeconomic status, their parent's schooling ($p < 0.05$). It is also important to mention that as students moved to higher semesters a negative connection was observed in some health practices (dental care, medical control, self-prescribing and group belonging); but on the other hand there was a positive connection in other practices such as the breast self test, the use of condoms and contraceptives and the intake of substances of common use that are considered as stimulants ($p < 0.05$). The observed results suggest that the students of medicine are not fulfilling

their role adequately as models in health care. However 42% reported to have proper health practices and 58% showed inadequate habits. This information reveals the need of developing a strategy to improve the health habits on the part of the students of medicine in order to protect his future wellbeing which will ultimate benefit his patients and the whole community.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud de Colombia. *Salud para las mujeres y mujeres para la salud*. Bogotá, 1992, pp: 7-9.
2. Gonzáles QA, Pina R, Rojas AP et al. Análisis del modo de vida: hábitos higiénicos de alumnos de enfermería y diagnóstico de salud. *Enferm Clin* 1991; 1: 71-75.
3. Kleinbaum D, Kupper L, Muller K. Classification of variables and the choice of analysis. In *Applied regression analyses and other multivariable methods*. 2nd ed. Boston, Plus-Kent, 1988.
4. Arias L, Herrera JA. EL APGAR familiar en el cuidado primario de salud. *Colombia Med* 1984; 15: 26-8.
5. Medellín G, Tascón E. Efecto de un diseño educativo sobre salud reproductiva y sexualidad en estudiantes de primer semestre de la Universidad del Valle. *Colombia Med* 1992; 23: 148-56.
6. Villanueva, M. *Efectos de un programa educativo en el autocuidado del estudiante de enfermería*. Universidad del Valle. Tesis de maestría. Escuela de Enfermería, Universidad del Valle, 1994, pp: 33-4.
7. Moss N, Bouthworth N, Lester M. *Educación para la salud*. México, Editorial Trillas, 1965, pp: 37-75.
8. Eizirich C. Experiencias y actitudes de estudiantes de medicina en relación con la psiquiatría. *Educ Med Salud* 1990; 24: 426-27.
9. Espejo F. Enfermería y hábito de fumar. *Rev Cub Enferm* 1990; 6: 165-74.
10. Marín F, Vega R. El hábito de fumar en los estudiantes del sector de la salud. *Bol Of San Panam* 1981; 91: 191-99.
11. Dittmar N, Haughey N, O'Shea N. Health practices of nursing students. *Health Values* 1989; 13: 24-31.
12. Schencke M, Espinoza S, Muñoz N, Messing H. Actitud y conducta frente al autoexamen de mama entre profesionales de salud en Chile. *Bol Of Sanit Panam* 1993; 114: 317-22.
13. Papalia D, Olds S. *Desarrollo humano*. 4ª ed. McGraw-Hill, Interamericana S.A. 1992, pp: 411-13.
14. Florenzano N, Horwitz N, Ringeling N. *Salud familiar*. Universidad de Chile. Santiago, Corporación de Promoción Universitaria, 1986, pp: 63-4.
15. Soldo B. *Americas Elderly in the 1980's population*. 1980, pp: 23-29.