

“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS RELACIONADAS CON LA ALIMENTACIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA, CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL COMO FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN JÓVENES DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA - COLOMBIA, 2011”

Luz Elena Tamayo Acevedo
Héctor Manuel Quirós Arango
Jaime Alonso Restrepo Carmona
Héctor Mario Gabino Restrepo Montoya
Douglas Lizcano Cardona
Ricardo Wilson Herrera Velandia

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS, ADMINISTRATIVAS Y AFINES
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD
MEDELLÍN
2011

	FICHA TÉCNICA PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN	Actualización		
		Día	Mes	Año
		31	07	2011

INFORMACIÓN GENERAL

TÍTULO DEL PROYECTO	
Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la alimentación, actividad física, consumo de tabaco y alcohol como factores de riesgo modificables para enfermedades crónicas no transmisibles en jóvenes del departamento de Antioquia - Colombia, 2011.	
DATOS DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL	
NOMBRE DEL INVESTIGADOR	Luz Elena Tamayo Acevedo
TELÉFONO	3146083050
DIRECCIÓN ELECTRÓNICA	luzetamayo@hotmail.com
NOMBRE DEL INVESTIGADOR	Héctor Manuel Quirós Arango
TELÉFONO	3104267000
DIRECCIÓN ELECTRÓNICA	hectorquirosa@antioquia.gov.co
DATOS DEL GRUPO	
Especialización Gerencia de la Calidad y Auditoría en Salud Facultad de Ciencias Económicas, Administrativas y Afines Universidad Cooperativa de Colombia	
COINVESTIGADORES	
NOMBRE	FUNCIÓN EN EL PROYECTO
Héctor Mario Gabino Restrepo Montoya	Médico Especialista en Administración Recolección y análisis de información
Jaime Alonso Restrepo Carmona	Médico Especialista en Gerencia de la Calidad y Auditoría en Salud Análisis de información
Douglas Lizcano Cardona	Gerente en Sistemas de Información en Salud Magister en Epidemiología

	Consolidación de la información	
Ricardo Wilson Pérez Velandia	Médico Especialista en Salud Pública. Estudiante de la Especialización Gerencia de la Calidad y Auditoría en Salud. Recolección de la información	
DURACIÓN DEL PROYECTO (en meses)	5 meses	
DATOS DEL PRESUPUESTO		
	NOMBRE	VALOR
VALOR APROBADO POR OTRA(S) ENTIDADE(S) ¹	Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia	\$224.840.000
VALOR SOLICITADO A COLCIENCIAS		\$0
VALOR TOTAL DEL PROYECTO		\$224.840.000

¹ Sólo para proyectos cofinanciados. Indicar el nombre de la entidad y adjuntar constancia de aprobación de los recursos)

1. Planteamiento del problema

En el departamento de Antioquia, las Enfermedades Crónicas no transmisibles ocupan el primer puesto entre las principales causas de enfermedad y muerte, sobrepasando incluso las causadas por violencia y accidentes. Las enfermedades del sistema circulatorio, principalmente la isquémica del corazón, la cerebrovascular y la hipertensión arterial y sus complicaciones, ocupan el primer lugar, seguido de tumores, enfermedades pulmonares crónicas, enfermedades degenerativas y enfermedades osteoarticulares (1). Constituyéndose en un problema creciente en salud pública que conlleva al deterioro de la calidad de vida de los individuos y colectivos, a discapacidad, incurabilidad y muertes prematuras, generando altos costos en el SGSSS y por consecuencia en la economía familiar.

De acuerdo con el perfil epidemiológico departamental del 2008, las enfermedades del aparato circulatorio causaron 8117 muertes en el año 2008, equivalentes al 28.7% del total de muertes. En forma individual las tasas de mortalidad por 100.000 habitantes fueron de 67.2 para Infarto Agudo al Miocardio (IAM); 29.2 para enfermedades cerebrovasculares; 13 para enfermedad hipertensiva y 6.3 para enfermedad isquémica del corazón (2). Asimismo, las enfermedades cardiovasculares representan aproximadamente el 10% de los eventos atendidos y registrados según los RIPS con un total de 463.631 casos por consulta externa, de los cuales el 57.4% pertenecen al municipio de Medellín; siendo el sexo femenino el mayor aportante con un 67.6%. En su distribución por zona de residencia se encontró que el 67.6% eran provenientes de la zona urbana (2).

Es importante reconocer que en el departamento no existen datos representativos que permitan monitorizar las tendencias sobre diabetes. Aunque, la información existente reporta que la diabetes aportó el 1% a la totalidad de las consultas y fue sexta causa en el grupo de edad de 45 a 59 años, y en el grupo de población mayor de 60 años, representó el cuarto motivo de consulta (2).

Concomitante a las Enfermedades Crónicas no transmisibles, se reconocen factores de riesgo comportamentales reflejados en los estilos de vida, como un régimen alimentario insalubre: rico en grasas y sal, bajo en verduras y frutas, sedentarismo y ciertas creencias, prácticas y actitudes como el consumo de tabaco y alcoholismo (3). Sin embargo, para el departamento de Antioquia no hay suficiente información, descriptora de factores de riesgo comportamentales para las enfermedades crónicas no transmisibles².

² Sustentado por la consulta del metabuscador de la Universidad Nacional de Colombia, que suscribe diferentes recursos electrónicos, el catalogo del sistema Nacional de Bibliotecas –SINAB y Catálogos de otras universidades que pertenecen a la red RUMBO (OVID-Journals@ovid, EBM Reviews, Cochrane Database, Medline-OVID, Evidence Based Medicine Review – EBMR, PubMed, EBSCO medline, SciELO, Web of Science - Arts & Humanities Citation Index, Science direct, REDALyC).

Al contrastar los resultados de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia –ENSIN 2005 y 2010, se encuentra que la prevalencia de sobrepeso en el país en adultos de 18 a 64 años en el 2005 fue de 32.3%, siendo mayor en mujeres (33%) que en hombres (31.1%); ubicándose el departamento de Antioquia en un porcentaje similar al promedio Nacional; mientras que en el 2010, uno de cada dos colombianos adultos de 18 a 64 años presenta exceso de peso, siendo mayor en mujeres con 55,2% frente a 45.6% en hombres. A la valoración de la circunferencia de la cintura u obesidad abdominal como factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares, en personas de 18 a 64 años en el 2005, demuestra que el 50.4% de las mujeres presentan obesidad abdominal frente al 22.6 en hombres; mientras que las tendencias en el 2010 siguen en aumento, siendo nuevamente las mujeres las que aportan la mayor prevalencia con el 62% frente a 39.8% en hombres.

Respecto a las prácticas de alimentación de los colombianos, discriminados por grupos de alimentos, se encontró que para el 2005, el 26.6% de las personas entre 2 y 64 años no consume productos lácteos; el 56.2% de los colombianos no consumieron huevos el día anterior a la aplicación de la encuesta; el 27, 9% de las personas no incluyeron verduras en su alimentación diaria; en cuanto al consumo de frutas el 35,3%, no ingirió ninguna en su alimentación diaria, destacándose el departamento de Antioquia, con un 51.1% que no consumieron este alimento. Mientras que el 90% de los colombianos consumen diariamente alimentos del grupo de los cereales, tubérculos y plátanos; la gaseosa aparece en el puesto 17 de los productos más consumidos en el país, con un consumo de 21.8%. Sin embargo, la ENSIN 2010, reportó que: el 39% no consume productos lácteos diariamente; el 33.2%, es decir, una de cada tres personas no consume frutas diariamente, ubicándose la región central con el menor consumo de este grupo de alimentos; cinco de cada siete colombianos, no consume hortalizas y verduras, siendo el 71.9%; el 14,8% no consume carnes o huevos diariamente, aproximadamente uno de cada siete colombianos; los jóvenes de 9 a 18 años, reportan un consumo diario y semanal de embutidos de 56.2% y 55.1% respectivamente; el 24.6% de los colombianos, consume comidas rápidas, destacándose el 34.2% de los jóvenes entre 14 y 18 años y el 34.2% de los adultos de 19 a 30, son los mayores consumidores de estos alimentos; el 22.1% de los colombianos consume gaseosas o refrescos diariamente. Por lo anterior, se demuestra que los colombianos entre 5 y 64 años no practican una alimentación saludable (4) (5).

Recurriendo a los datos disponibles de las líneas de base de 2007 del plan de desarrollo departamental, la prevalencia de consumo de alcohol en jóvenes escolarizados fue de 60%; la edad promedio de inicio consumo de tabaco fue de 12.63 años, la prevalencia de actividad física global en adolescentes entre 13 y 17 años fue de 42.6 (4) y la prevalencia de actividad física mínima en adultos entre 18 y 64 años fue 26(4). Para el 2010, la ENSIN demuestra que solo uno de cada dos colombianos realiza actividad física (tiempo libre y transporte). Relacionado con el

tiempo dedicado a ver televisión o jugar con videojuegos, se encontró que el 62% de los niños y adolescentes juega con video-juegos y ve televisión más o menos 2 horas diarias. Al comparar estos resultados con la ENSIN 2005, se demuestra que la prevalencia de ver televisión y jugar video-juegos aumentó 4.5% en la frecuencia de 2 a 4 horas diarias; resaltando la ciudad de Medellín como la ciudad con mayor frecuencia de actividades sedentarias en el grupo de edad de 5 a 17 años (5).

No obstante, el departamento de Antioquia, tampoco dispone de información más específica sobre los conocimientos, las actitudes y las practicas respecto a alimentación, practicas de actividad física y consumo de tabaco y alcohol, como factores comportamentales incidentes en la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles.

Por lo anterior y teniendo en cuenta que los conocimientos, actitudes y prácticas de un individuo y a su vez del colectivo se arraigan desde edades muy tempranas con la intervención de diversos factores culturales, biológicos, ambientales y educativos desde los servicios de salud; cuya interacción consecuentemente se manifestara, después de largos periodos de exposición a los mismos, como es el caso de las enfermedades crónicas no transmisibles. Se propone en esta investigación responder a la pregunta: ¿cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas acerca de la alimentación, la actividad física, el consumo de tabaco y alcohol de los jóvenes antioqueños de 14 a 29 años, relacionados con los factores de riesgo comportamentales para Enfermedades Crónicas no Transmisibles?

2. Objetivos del proyecto

2.1 Objetivo general

Describir los conocimientos, actitudes y prácticas que los jóvenes de 14 a 29 años tienen acerca de la alimentación, la actividad física y el consumo de tabaco y alcohol, en relación con los factores de riesgo comportamentales de enfermedades crónicas no transmisibles en dieciocho (18) municipios de Antioquia-Colombia, 2011.

2.2 Objetivos específicos

2.2.1 Analizar los *conocimientos, las actitudes y prácticas de los jóvenes* de algunos municipios de Antioquia, relacionados con alimentación, actividad física y consumo de tabaco y alcohol.

2.2.2 Relacionar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los jóvenes de Antioquia, con programas de promoción de alimentación, actividad física y de prevención del consumo de tabaco y alcohol, en ejecución en el departamento.

2.2.3 Recomendar de acuerdo con los resultados obtenidos ajustes a las políticas públicas en salud tendientes a la promoción de alimentación saludable, práctica regular de actividad física y desestimulación y prevención del consumo de tabaco y alcohol, dirigidos a jóvenes de 14 a 29 años en el departamento de Antioquia.

3. Marco teórico

Entendiéndose por enfermedades crónicas no transmisibles, aquellos eventos que se caracterizan por largos periodos de latencia, de curso prolongado, conduciendo al progresivo deterioro de la salud e incapacidad, cuyas causas son definidas por la interacción de varios factores de riesgo, y se clasifican en:

- Enfermedades Cardiovasculares: Hipertensión Arterial (HTA), Enfermedad Cerebrovascular (ECV), Enfermedad Coronaria y Enfermedad Vasular Periférica.
- Enfermedades metabólicas: obesidad, diabetes, dislipidémias y osteoporosis.
- Enfermedades neoplásicas: cánceres de cuello uterino, seno, próstata, pulmón, gástrico, colon y recto.
- Enfermedades crónicas del pulmón: bronquitis, enfisema, asma y tuberculosis.
- Enfermedades musculoesqueléticas osteoarticulares: artritis y osteoartrósis.
- Enfermedades neurológicas: accidente cerebrovasculares (ECV), isquemia cerebral transitoria (6).

Sin embargo la HTA, se considera un factor de riesgo asociado a la morbilidad y mortalidad por enfermedades cardíacas y cerebrovasculares, por lo que las personas hipertensas tienen de dos a cuatro veces más riesgo de presentar Enfermedades coronarias. En Colombia, la HTA es la principal razón de visitas médicas y su tratamiento es el factor más importante en la disminución de la incidencia de ACV, y según los registro de pacientes hipertensos al primer semestre del 2009, se encuentran controlados el 54.9% (7).

Además, la hipertension arterial se le considera una enfermedad, determinada por la constante elevación de las cifras tensionales tanto sistólica como diastólica, y se ubica como la patología de mayor frecuencia en el mundo y es la desencadenante de otros eventos cardiovasculares potenciada con otros factores de riesgo como el tabaquismo, alcoholismo, alimentación insalubre, hipercolesterolemia e inactividad física. Aproximadamente el 25% de la población mundial adulta la padece y se encuentra distribuida en todas las regiones y establecida por la influencia de patrones sociales, económicos, culturales, ambientales, étnicos entre otros. Cerca de 691 millones de personas tiene la enfermedad e interviene en 15 millones de muertes por enfermedades circulatorias, 72 millones son causadas por enfermedades coronarias del corazón y 4.6 millones por afecciones cerebrovasculares (8).

Para Colombia, el panorama es similar pues entre los años 1992 y 2002, la mortalidad por enfermedades Cardiovasculares fue del 37.6% don de la HTA y el Infarto Agudo al Miocardio (IAM) fueron la principal causa. Según las Estadísticas vitales del DANE y el informe quinquenal (1990 - 2005) epidemiológico Nacional 2008, la tasa de mortalidad por enfermedad hipertensiva disminuyó de 14 a 11 decesos por cada 1000 habitantes; observándose durante el periodo, las mayores tasas en hombres. No obstante, para el 2005 la tasa de mortalidad hipertensiva total en hombres fue 10 x 1000 habitantes, mientras las mujeres aportaron 12.0. (9).

La Diabetes Mellitus por su parte, es otro evento de gran importancia en salud pública, debido a la alta prevalencia, el incremento progresivo de la incidencia de sus manifestaciones clínicas, la evolución de la enfermedad y en sus maneras clínicas básicas (diabetes tipo I y II) y la incurabilidad. Para Estados Unidos, según proyección realizada por Grundy SM et al, se espera que la prevalencia aumente de 15 a 22 millones en el 2025, incremento relacionado directamente con el aumento de la obesidad (10), de igual forma, los casos confirmados en este país, alcanzan el 5.9% de la población total. En Latinoamérica, la prevalencia estimada es de 5.7% y se estima que para el 2025 sea de 8.1% (11).

En Colombia, la diabetes se posiciona como la decima causa de mortalidad, aportando una tasa de 2.3 por 100.000 habitantes (12). Según el DANE, en el periodo de 1986 a 2007, se observa que la tasa de mortalidad por diabetes cambia de 8.3 a 15.5 defunciones por 100.000 habitantes, siendo el sexo femenino el mayor

aportante con respecto del sexo masculino durante el periodo analizado; para el año 2005, la tasa de mortalidad en mujeres fue de 17.7 frente a 13.3 en hombres (13).

Asimismo, las enfermedades neoplásicas se establecen como otra problemática mundial en salud pública. Aproximadamente, el Cáncer es el causante del 8.5% de las muertes anuales que suceden en el mundo. Para Colombia, el cáncer, contribuye con el 14% de las muertes sucedidas en este país. Según el DANE, durante el periodo de observación del 2000 a 2007, el total de muertes por cáncer gástrico cambió de 3.964 a 4.726, con un 19% de aumento. Le sigue el cáncer de pulmón con una frecuencia que cambió de 2.605 muertes a 3.824 para el periodo de observación 1998 a 2007, ubicándose los departamentos de Antioquia, Caldas, Risaralda, Valle del Cauca, Norte de Santander y Guainía, como las zonas de mayor riesgo de morir por este evento (14)

Ahora bien, al considerar los factores de riesgo modificables para padecer una Enfermedad Crónica no Transmisible, es importante acoger la definición de riesgo de la Organización Mundial de la Salud, entendiéndose este como la probabilidad de que se produzca un resultado adverso o un factor que aumenta esa probabilidad (15). Luego, un factor de riesgo es un acontecimiento detectable en los individuos o en el ambiente, que potencia la probabilidad de sufrir un daño a la salud. Los factores de riesgo pueden ser la consecuencia de la condición biológica, como la edad, el sexo o el grupo étnico o causado por una condición de vida, como el estrato socioeconómico, la vivienda, la escolaridad o la ocupación.

Los factores de riesgo pueden relacionarse con los comportamientos individuales o del estilo de vida, a su vez definido como una forma de vida basada en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción de las características personales, sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales; lo que sustenta que las acciones no deben dirigirse únicamente al individuo, además deben examinarse las condiciones sociales de vida desencadenantes de estos patrones de comportamiento, como los hábitos alimentarios, práctica de actividad física y el consumo de tabaco y alcohol o estar determinados por elementos socioculturales del sistema, entre los cuales también se encuentra la accesibilidad y la calidad de la atención en salud (15).

Es evidente que uno de los principales factores de riesgo para las enfermedades crónicas es el consumo de tabaco, pues cada año mueren aproximadamente 4.9 millones de personas como resultado de sus efectos, se estima que para el año 2030 ocurran 10 millones de defunciones anuales por esta causa, y más del 70% de dichas defunciones se espera que ocurran en países en vía de desarrollo (3).

Según la OMS, en los países de ingresos bajos y medios el consumo de tabaco incrementa un 3.4% cada año, y reporta que el 82% de todos los fumadores reside en países en vía de desarrollo. A consecuencia del sobrepeso y la obesidad mueren 2.6 millones de personas cada año; la hipercolesterolemia reporta un 4.4

millones de fallecimientos como resultado de niveles elevados de colesterol total. Además, la hipertensión arterial causa la muerte a 7.1 millones de personas, derivada del descontrol de las cifras tensionales arteriales, el consumo de alcohol, la inactividad física y la dieta poco saludable (16).

Asimismo, en un estudio descriptivo transversal, realizado en 2.859 adolescentes españoles escolarizados (1.357 hombres, 1.502 mujeres; rango de edad: 13-18,5 años), con el objetivo de conocer la relación existente entre el consumo de tabaco y la práctica de actividad física se encontró que: un 40,8% de los adolescentes indicaron no practicar actividad física, mostrándose los varones más activos que las mujeres. Un 29,9% de los adolescentes indicaron consumir tabaco habitualmente, no existiendo diferencias en función del sexo. Tanto en varones como en mujeres, los adolescentes activos manifiestan un menor consumo de tabaco. Y a mayor edad mayor consumo de tabaco y menor práctica de actividad física, tanto en varones como en mujeres (17).

En otro estudio realizado en 54 estudiantes de primer año y 77 de quinto año de medicina de la Pontificia Universidad Javeriana, para determinar la prevalencia de tabaquismo, bebedores en riesgo, dieta inadecuada y sedentarismo, comparando el primero y el quinto año. Valorándose la opinión sobre el papel de la Facultad en la generación de hábitos saludables y la actitud hacia la práctica preventiva. Se encontró que la prevalencia de alimentación inadecuada fue de 74,8%, el consumo riesgoso de alcohol fue de 55,6% y 55,8% en primer y quinto año, respectivamente. El sedentarismo es mayor en el quinto año (45,5% frente a 25,9%). El porcentaje de fumadores se incrementa en estudiantes mayores (25,9% frente a 33,8%). El 29,9% de los estudiantes de quinto año opina que la Facultad promueve hábitos saludables, y el 61% considera que hay énfasis en la prevención durante su formación. Los conocimientos sobre prevención fueron mejores en el quinto año con un promedio general bajo; la puntuación más baja fue la de nutrición. En general, los estudiantes dan mayor relevancia al tratamiento que a la prevención (74,8%) (18)

Siendo preponderante reconocer que la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son temáticas prioritarias a considerar en el abordaje de políticas y acciones de salud pública; también es necesario comprender que la conducta de las personas constituye gran parte del andamiaje de estos dos temas.

En este mismo sentido, la cultura de la salud que incluye estilos de vida, el autocuidado y la manera de percibir, afrontar y resolver una situación de salud o enfermedad, en este caso de enfermedades crónicas no transmisibles, parece estar lejos del imaginario social de las personas, al no figurar en la vida cotidiana como preocupación y necesidad de incorporarla en la existencia como factor de calidad de vida. En este escenario, por falta de hábitos a favor de una vida saludable (1) se presentan las enfermedades crónicas no transmisibles, con altos

índices de morbilidad, incapacidad, mortalidad y costos en la atención en salud.
(2)

Por otra parte, los programas orientados al control de las Enfermedades crónicas no transmisibles sugieren la planeación con base en elementos culturales de la comunidad que se interviene. En este sentido, la cultura influye en la apropiación del cuerpo y decisiones que las personas toman frente al mismo, en los conocimientos, actitudes y prácticas frente a la salud-enfermedad, por estas razones la opinión de la población tiene un puesto relevante en la formulación y ejecución de programas de salud; sin embargo, comúnmente se organizan desde el punto de vista de los técnicos y se deja por fuera las necesidades de la comunidad (19).

De otro lado, el concepto de lo juvenil posee una amplia trayectoria en varias escuelas académicas de distintos países, muchas veces radical y excluyente durante su historia, pero sustancial para la mirada actual, aprendizajes y métodos que han generado y reformulado nuevas líneas de análisis que en consecuencia afectan sistemas sociales, políticos y económicos; actualmente desde la mirada compleja cada vez se reconocen muchas más variables que configuran la categoría de lo juvenil. Ante ello, se analizará a los jóvenes a partir de los condicionantes bio-culturales del individuo humano desde el enfoque de George Mead, (20) la perspectiva del interaccionismo simbólico que según Zermeño, (21) describir y clasificar a los jóvenes es una tarea compleja porque “ser joven es una condición históricamente construida que remite a los cambios sociales, a las condiciones de género, de clase, de etnias; por lo tanto, la mirada analítica está obligada a no cerrar su concepción sobre este fenómeno”.

De acuerdo a Carles Feixa (22), la juventud es una “construcción cultural” relativa en el tiempo y en el espacio; cada sociedad organiza la transición de la infancia a la vida adulta, aunque este proceso tiene una base biológica (el proceso de maduración sexual y desarrollo corporal), lo importante es la percepción social de estos cambios y sus repercusiones para la comunidad. Los contenidos que se atribuyen a la juventud depende de los valores asociados a este grupo de edad y de los ritos que marcan sus límites, ello explica que no todas las sociedades reconozcan un estadio nítidamente diferenciado entre la dependencia infantil a la autonomía adulta.

En el texto, *Adolescencia y Juventud en América Latina* (23) publicado en el año 2001, se plantea los desafíos con relación a la juventud. El primero de los desafíos son los políticos y de ciudadanía, en los que menciona el reconocimiento político social de la existencia del grupo, el reconocimiento de la ciudadanía, la diversidad y la necesidad de una política social específica para este grupo, el segundo desafío es la exclusión, en el que está la participación social y en salud, la privación educativa y cultural, privación económica, desempleo y carencia de seguridad social, carencia de legislación, privación recreativa y las carencias

en la atención integral de la salud, en el tercer desafío, la inclusión coloca la visión peyorativa estigmatizante, a los consumidores y formadores de consumo, los actores y los objetos de la violencia y las formas diversas de explotación y abuso, en el cuarto desafío, el del ámbito de los valores pone a la cultura del consumo y consumo de cultura y la cultura del riesgo, la del placer, la del cuerpo, los ganadores y perdedores, las relaciones entre los géneros, ecología, la maquinaria de la violencia, aceptación tecnológica, manejo de la sexualidad/genitalidad, la virtualidad, velocidad y drogas, la familia como entidad de cambio, confusión en los límites, el cambio vertiginoso del cambio y el valor de la vida, en el quinto desafío es el de la equidad, en donde están los adultos-adolescentes y jóvenes, los empobrecidos y los no empobrecidos, el joven-más joven, la mujer-varón, el rural-marginal-urbano, las etnias y las opciones de desarrollo humano y el sexto desafío la desesperanza del futuro. En síntesis, las investigaciones sobre jóvenes se deben alinear a estos desafíos.

De acuerdo a la consulta bibliográfica realizada, los estudios socioculturales sobre conocimientos, actitudes y prácticas de los jóvenes sobre aspectos de salud/enfermedad, hacen referencia a problemas como el VIH/SIDA, consumo de psicofármacos y practicas alimentarias, entre otras. Sin embargo los factores de riesgo modificables en enfermedades crónicas no transmisibles, por su imaginario de suceder en personas adultas, no se han considerado como tema principal de estudio en jóvenes.

En este sentido, el estudio de los conocimientos, actitudes y prácticas es objeto de creciente interés en el campo de las ciencias sociales, relacionados con los valores sociales o las creencias. (24) Las experiencias percibidas de nuestro entorno adquieren significado de pautas culturales e ideológicas específicas aprendidas desde la infancia sin plena conciencia de ello y es a partir de esto que los humanos tenemos la capacidad de seleccionar y organizar las sensaciones orientadas a satisfacer las necesidades; (25) ejemplo la percepción de la salud y la enfermedad, ligada a aspectos que identifican la cultura como propios, entre ellos las creencias y teorías míticas que responden al concepto de enfermedad, tratamiento y curación; por tanto cobra sentido los conocimientos, las actitudes y las prácticas de la población relacionadas con la salud y la enfermedad, señalando que la salud y la enfermedad son construcciones sociales y culturales

De esta manera, Los estilos de vida, integran en su concepto la “forma de ser y de actuar de una persona”, y por consiguiente atañe a comportamientos o ethos colectivos que identifican a los individuos de una comunidad, bien sea regional o local. En este caso, se nota una mayor equivalencia entre cultura y estilo de vida. (19) Es claro un nexo de inclusión entre cultura (como el todo) y estilo de vida (como la parte), aquí también se ratifica la no separabilidad entre los dos conceptos. Se podría afirmar que la manera de ser y de pensar identificadora de una persona o comunidad es aplicable tanto al concepto de cultura como al de estilo de vida. En ambos casos, por ser sistemas integrales, se componen de

elementos interrelacionados, como por ejemplo las practicas alimentarias, y de actividad física, las pautas de consumo de tabaco y alcohol, en definitiva las formas de salud (o etnosalud) que se practican en la comunidad, las creencias sobre el origen de las enfermedades y cómo se restablece el estado de salud, las causalidades microbiológicas, las etiologías culturales o mágicas, los recursos terapéuticos utilizados, los y las especialistas de la etnosalud, los fármacos y demás preparados terapéuticos (19).

Por su parte, el derecho de los jóvenes a tener información, educación y comunicación es primordial para resolver interrogantes tales como: qué pasa con el cuerpo, qué son las enfermedades crónicas no transmisibles y cómo se previenen; lo cual está en correspondencia con la manera de asumir o no una práctica determinada para el cuidado de si (26). Es en este sentido, que los estudios cualitativos son importantes para conocer lo que piensan, actúan y desean los jóvenes con respecto sus estilos de vida en relación con la alimentación, la actividad física y el consumo de tabaco y alcohol.

En este sentido, los conocimientos se definen como la información o saber que una persona posee y que es necesaria para llevar a cabo una actividad. La actitud es un gesto exterior manifiesto que indica la preferencia y entrega del sujeto hacia alguna actividad observable, es una predisposición a actuar, mientras que el comportamiento es manifiesto. Las actitudes no son en sí mismas respuestas sino estados de disposición a responder. Una actitud es un predicado de un comportamiento futuro, por eso los esfuerzos desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad deben estar orientados a inculcar o modificar actitudes en los seres humanos.

Asimismo, la práctica es entendida como una actividad que realizan los individuos en un momento determinado y en un contexto específico. Estas están vinculadas a las prácticas sociales en cuanto a las acciones e interacciones de las personas consigo mismas y con su entorno, las cuales repercuten directa o indirectamente en su estado de salud. Estas prácticas sociales son expresadas a través de las costumbres, valores, creencias, actitudes y normas que rigen el comportamiento de los individuos. (18)

4. Metodología propuesta

4.1 Tipo de estudio. descriptivo-transversal, con enfoque cualitativo con metodologías y técnicas de la etnografía, la entrevista colectiva y la observación no participante.

4.2 Población de estudio: Se incluirán jóvenes de 14 a 29 años³, Por tratarse de un estudio cualitativo el muestreo es teórico, se espera la participación de 20 jóvenes por municipio, o menos cuando se saturen las categorías. Como criterio de inclusión se considerará el tiempo de residencia en el municipio, al menos los últimos cinco años, como elemento de incorporación social al municipio.

El Departamento de Antioquia está conformado por 125 municipios, distribuidos en nueve regiones con características, sociales, culturales, económicas y geográficas diferentes entre las regiones y similares entre los municipios. Para efectos de este estudio, se realizará una estratificación por subregiones: Valle de Aburra, Bajo Cauca, Norte, Nordeste, Suroeste, Occidente, Oriente, Urabá y Magdalena Medio; seguidamente se priorizarán los municipios a incluir en la investigación considerando los valores extremos (mayor y menor) de las tasas de mortalidad por enfermedad cardiovascular, considerando que la evidencia científica ha demostrado que las practicas de alimentación, actividad física y consumo de tabaco y alcohol son factores comportamentales determinantes de enfermedades crónicas no transmisibles, más específicamente para enfermedades cardiovasculares (3) (8) (15). Por consiguiente, el criterio de priorización de los municipios a muestrear en este estudio, pretende evidenciar si las tasas de mortalidad por enfermedad cardiovascular, son directamente proporcionales a los conocimientos, actitudes y practicas con respecto a los factores comportamentales antes mencionados. El tamaño de la muestra será no probabilístico o por conveniencia. Este será representativo desde las características socioculturales heterogéneas de los municipios de la región.

4.3 Gestión de acercamiento y sensibilización de los participantes. Los jóvenes serán llamados a participar en el estudio a través de las instituciones educativas, los programas de promoción y prevención que se realizan en los hospitales, secretarias de salud o por medio de redes de jóvenes u organizaciones (hogares de bienestar familiar, organizaciones religiosas, acciones comunales, vecindad, etc.). En el mismo municipios se gestionará un lugar común ó afín a todos ellos para realizar las entrevistas colectivas (salón comunal, auditorio de hospital o de escuela, casa)

4.4 Enfoque Metodológico

El estudio se apoyará en una estrategia metodológica cualitativa para comprender los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los jóvenes acerca de la alimentación, actividad física, consumo de tabaco y alcohol, como factores de riesgo para padecer enfermedades crónicas no transmisibles. Se recolectará

³ Población prioritaria a orientar las intervenciones preventivas, debido a que es en esta edad en que los hábitos se arraigan en las personas (OPS, 2007).

información empírica y contextual sobre estos aspectos relacionados con la salud, mediante la aplicación metodológica y técnica de la etnografía, la entrevista colectiva y la observación no participante. La etnografía servirá para comprender cómo los conocimientos, actitudes y prácticas en salud, incorporadas en los jóvenes sirven para disminuir o incrementar el problema de las enfermedades crónicas no transmisibles en este sector poblacional. A su vez, se conocerá la cultura de la salud de los jóvenes; así mismo se podrá comprender cómo estas prácticas sociales reflejan la cultura compartida de un grupo social en su propio contexto.

Con la entrevista colectiva se explorará los conceptos que estos jóvenes tienen sobre: conocimientos, actitudes y prácticas en hábitos alimentarios, actividad física, consumo de tabaco y alcohol, factores de riesgo y estrategias del cuidado de la salud.

El tiempo de duración de la entrevista colectiva será flexible, se espera que dure entre 45 y 60 minutos. La conversación será grabada en audio y en video, con el previo consentimiento de los jóvenes. Luego se hará la transcripción textual de la entrevista. Se codificarán con la inicial del nombre del municipio, el número secuencial de la entrevista grupal y la fecha.

Adicionalmente, se aplicará un cuestionario individual a los participantes, para establecer las frecuencias de consumo de alimentos de los siete grupos, tipo de actividad física practicada y consumo de tabaco y alcohol; los datos serán tabulados y analizados en el paquete estadístico SPSS o Epiinfo 3.4.1.

Producto del análisis de los datos de las entrevistas colectivas y la aplicación del cuestionario se presentará un documento técnico comparable con los documentos soportes de programas de promoción de alimentación, actividad física y programas de prevención del consumo de tabaco y alcohol en ejecución en el departamento.

Previo a la definición de las variables a considerar en el estudio se realizará una búsqueda, inventario y descripción de documentos de programas y proyectos que dan cumplimiento a políticas nacionales, ejecutados durante el cuatrenio 2008-2011 (decreto 3039 de 2007 y Resolución 0425 de 2008), para “impulsar estrategias para la promoción de la actividad física en escenarios educativos, redes y grupos comunitarios, laborales; estrategias de educación, información, comunicación y movilización social con enfoque etnocultural, para promoción de estilos de vida saludable y prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles; y estimulación del hábito de fumar y la cesación del hábito del tabaco en las escuelas de básica primaria, secundaria, universidades y lugares de trabajo”.

Luego, con el producto anteriormente descrito se hará la selección y priorización de variables a estudiar en la investigación, que a su vez serán los parámetros para comparar el producto del trabajo de campo y los resultados de las intervenciones estatales en la población antioqueña respecto a alimentación saludable, actividad física y consumo de tabaco y alcohol.

Finalmente, se generará un documento que integre las intervenciones realizadas en la población, las variables de comparación, las competencias de los actores implicados y las recomendaciones respectivas de la concordancia.

4.5 Validez de la metodología utilizada

Para cuidar la validez de esta estrategia metodológica cualitativa, se analizarán los hallazgos e interpretaciones del estudio con base en el empleo de las siguientes fases de recolección y análisis de la información:

- Triangulación de datos al obtener información de los jóvenes participantes acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas que estos tienen sobre la alimentación, la actividad física, el consumo de tabaco, factores de riesgo y estrategias del cuidado de la salud.
- Se efectuará la transcripción literal de las cintas de audio y las fichas de observación, que aportarán al análisis no solo lo expresado verbalmente, sino todos aquellos gestos y lenguaje no articulado capturados por el observador.

Este trabajo se apoyará en el programa el programa Atlas ti.

5. Aspectos Éticos

Esta investigación no constituye ningún riesgo para los participantes (Resolución 8430 de 1993), debido a que las técnicas y métodos utilizados para obtener la información, no implican ninguna intervención o modificación intencional de la realidad social de los informantes.

A cada participante antes de entrar a formar parte del estudio, se le informará de los objetivos del mismo y se procederá a firmar el consentimiento informado. Se les informará sobre su participación voluntaria, al igual que su retiro en el momento que deseen del estudio. No habrá incentivos económicos de por medio. Al final de cada sección, se dejará un espacio para aclarar las dudas que tengan los jóvenes sobre la alimentación, la actividad física, el consumo de tabaco y alcohol, lo cual será reforzado con la entrega de un plegable-módulo sobre el autocuidado y la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, además se les invitará a hacer parte del programa que lleva cada hospital.

Se les protegerá la privacidad y se cuidará la confidencialidad en la información y en la identidad, en este sentido a cada entrevista y conversatorio se le asignará un código que sólo será conocido por las investigadoras.

Otras características que considera la investigación para cumplir con los aspectos éticos son:

- La selección y planteamiento del problema tiene en cuenta en gran medida el componente cultural y su estudio se torna útil en la medida en que se provee de información importante para el diseño de programas para promoción de la salud y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, estilos de vida saludables en entornos escolares y laborales, el cuidado de la salud.
- La revisión bibliográfica se hace de fuentes bibliográficas reconocidas.
- La devolución sistemática de los resultados a la comunidad a través de las organizaciones o grupos de jóvenes de la comunidad y de las instituciones educativas y de salud, existentes.
- Se entregará un documento final de los resultados de la investigación a la Secretaría de Salud.

6. Resultados esperados

- Un reporte final de investigación.

7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES POR SEMESTRE (CADA X REPRESENTA UNA SEMANA)

ACTIVIDAD	MES							
	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC
Conformar los equipos de trabajo	Xx							
Revisión bibliográfica y construcción del marco referencial	Xxx							
Elaboración y aprobación de la propuesta de investigación	xxxx							
Entrenamiento en investigación del equipo y de los auxiliares de campo.		xxxx	xx					
Proceso de acercamiento a las comunidades e instituciones educativas a través de las cuales se accede a los informantes claves.		xx	xxxx					
Inicio del trabajo de campo en cada uno de los municipios		xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxx	
Sistematización de la información.		xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxx	
Interpretación y análisis de la información.		xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	
Elaboración informe final de la investigación						xxxx	xxxx	x
Presentación de resultados								x

8. PRESUPUESTO GLOBAL

RUBROS	FUENTES			TOTAL
	FUENTE 1	FUENTE 2	FUENTE 3*	
Personal				130.000.000
Servicios Técnicos				3.500.000
Equipos y Software				23.000.000
Gastos Operacionales				10000000
Impresos y Publicaciones				3.000.000
Viajes				32.840.000
Materiales y Insumos				10.000.000
Comunicaciones y Transporte				10.000.000
Administración				2.500.000
TOTAL				224.840.000

BIBLIOGRAFÍA

1. Gobernación de Antioquia. Plan de desarrollo “Antioquia para todos, manos a la obra” 2008 – 2011. Medellín, 2008.
2. Secretaria de Salud de Medellín. Diagnóstico de la Situación de Salud de Antioquia. Ciudad de Medellín, 2008.
3. WHO, Chronic diseases and health promotion. Preventing chronic diseases: a vital investment [en línea] [fecha de acceso 9 de Junio de 2011]. Disponible en: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/part1.pdf
4. OPS-OMS. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional 2005. [en línea] [fecha de acceso 14 de Junio de 2011]. Disponible en: <http://www.bvsde.ops-oms.org/texcom/nutricion/mapas/mapas1>.
5. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF, Ministerio de la Protección Social- MPS, Instituto Nacional de Salud-INS, Asociación Pro-bienestar de la Familia Colombiana-PROFAMILIA. Resumen Ejecutivo Encuesta Nacional de la Situación Nutricional 2010. [en línea] [fecha de acceso 14 de Junio de 2011]. Disponible en: [http://javeriana.edu.co/redcups/Resumen Ejecutivo ENSIN 2010](http://javeriana.edu.co/redcups/Resumen_Ejecutivo_ENSIN_2010).
6. Ministerio de Salud. Norma Técnica para la detección de las Alteraciones del Adulto. Bogotá, Colombia, 2000.
7. Ministerio de la Protección Social. 1er. Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud. “INCAS Colombia 2009”. Bogotá, Colombia.
8. Organización Panamericana de la Salud. Un enfoque Integrado sobre la prevención y el control de las Enfermedades Crónicas. Wasintong, EE.UU, 2007.
9. Ministerio de la Protección Social. Informe quinquenal epidemiológico nacional. Bogotá, Colombia, 2008.
10. Ariza, E. C. Factores asociados a control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2. Cartagena, Colombia, 2002.
11. Rosenzveig, J. Diabetes Mellitus: Guías de manejo. Bogotá, Colombia, 2002.
12. Gobernación de Bolívar, S. S. Diagnóstico situacional de Salud Bolívar. Cartagena, 2004.
13. Departamento Nacional de Estadísticas – DANE. Estadísticas Vitales, 2008. [en línea] [fecha de acceso 20 de Junio de 2011]. Disponible http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&view=article&id=73&Itemid=119.
14. Gonzales M. Principales causas de mortalidad por cáncer en Colombia. Informe quincenal epidemiológico nacional IQEN 8;(3); 1:12. Bogotá (2003).
15. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. 2002 - Reducir los riesgos y promover una vida sana [en línea] 2002 [fecha de acceso 29 de Mayo de 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2002/en/>.
16. Organización Mundial de la Salud. Prevención de enfermedades crónicas-Las enfermedades crónicas en países de ingresos bajos y medios. [En línea] 2005 [fecha de acceso 29 Mayo de 2011]. Disponible en: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/.
17. Tercedor P, Matillas M, Chillon P, Grupo AVENA y otros. Incremento del consumo de tabaco y disminución del nivel de práctica de actividad física en

- adolescentes españoles. Estudio AVENA (Alimentación y valoración del estado nutricional en adolescentes). Revista Nutrición Hospitalaria. 2007;22(1):89-94 ISSN 0212-1611.
18. Alba L H. Perfil de riesgo en estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Javeriana. Rev. Univ. Med. Bogotá (Colombia), 50 (2): 143-155, abril-junio, 2009.
 19. Múnera Orozco, JG, Tamayo Acevedo LE. Masificación de imágenes corporales juveniles y estilos de vida saludables: una mirada semioantropológica a la mujer contemporánea. En Chávez Méndez, MG, Tamayo Acevedo LE. Juventud, salud sexual y comunicación, ed. Praxis, 2009. P. 257-292. ISBN 978-607-420-007-2.
 20. Mead, G.H. Espíritu, persona y sociedad. Desde el punto de vista del conductismo social, Madrid: Paidós Studio Báscas. 1993.
 21. Zermeño Flores, Ana Isabel, et al. "Los jóvenes colimenses como <<categoría de estudio>>: una exploración", en Estudios sobre Culturas Contemporáneas, Universidad de Colima, 2002. Época II, Vol. VIII, Núm. 16.
 22. Feixa, Carlos. El reloj de arena, culturas juveniles en México, México: Instituto Mexicano de la Juventud. 1998.
 23. Solum Donas Burak Adolescencia y juventud Viejos y nuevos desafíos en los albores del nuevo milenio. En adolescencia y juventud en América Latina. Adolescencia y juventud en América Latina /Solum Donas Burak, Compilador; Cartago: Libro Universitario Regional, 2001. 508 p.; cm., <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/Adolescenciayjuventud.pdf>. Fecha de consulta 7 de septiembre de 2010.
 24. Ferrater JM. Diccionario de filosofía. 4 reimpresión, Barcelona: Ariel Filosofía SA; 2004. p.2743.
 25. Casirer E. Philosophie des symbolisme. Citado por: Ralon G. Una interpretación de la percepción Cassirer-Merleau-Ponty. En: Tópicos Revista de filosofía 2002; 22:35-53.
 26. Fierro Bardají, A. El cuidado de si mismo y la personalidad sana. Revista de la asociación Española de Neuropsiquiatría, 2000, 20(76):673-658. ISSN 0215735.
 27. Ibáñez J. El grupo de discusión en Más allá de la sociología. El grupo de discusión: técnica y crítica, 5ª ed. Madrid: Siglo XXI de España Editores; 2003. p. 428.
 28. Chávez MMG. De cuerpo entero... todo por hablar de música. Reflexión técnica y metodológica del grupo de discusión. México: Universidad de Colima, 2004. p.314.