



UNIVERSIDAD DE MÁLAGA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Tesis Doctoral

**ESTILOS DE VIDA Y SALUD EN EL ALUMNADO DE
LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
DE LA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA**

Doctoranda
D. ^a Elena Sánchez Vega

Directores
Dra. D. ^a Isabel María Morales Gil
Dr. D. Francisco Javier Barón López

Málaga, 2016



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

AUTOR: Elena Sánchez Vega

 <http://orcid.org/0000-0003-2806-1887>

EDITA: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización pero con el reconocimiento y atribución de los autores.

No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer obras derivadas.

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA): riuma.uma.es





UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

Facultad de Ciencias de la Salud

D. ^a Isabel M^a Morales Gil, Profesora Titular de Universidad en el Departamento de Enfermería de la Universidad de Málaga y D. Francisco Javier Barón López, Profesor Titular de Universidad en la Unidad Docente de Bioestadística del Departamento de Salud Pública y Psiquiatría de la Universidad de Málaga.

CERTIFICAN

Que el trabajo de investigación presentado como Tesis Doctoral por D.^a Elena Sánchez Vega, titulado "ESTILOS DE VIDA Y SALUD EN EL ALUMNADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA", ha sido realizado bajo su dirección y consideran que reúne las condiciones apropiadas en cuanto a contenido y rigor científico para ser presentado a trámite de lectura.

Y para que conste a los efectos oportunos, en cumplimiento de las disposiciones vigentes expiden y firman el presente certificado en Málaga a doce de abril de dos mil dieciséis.

Fdo.:

Profa. Dra. D. ^a Isabel M^a Morales Gil

Fdo.:



Prof. Dr. D. Fco. Javier Barón López



Agradecimientos

A mis directores de tesis, por su guía y orientaciones.

Al equipo decanal, profesorado y alumnado de la Facultad de Ciencias de la Educación, por su colaboración decidida y facilidades para la realización de este estudio.

A mi familia, por su apoyo constante.



Índice de contenido

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I. MARCO CONCEPTUAL.....	7
I.1. Salud.....	7
I.1.1. Evolución del concepto de salud.....	7
I.1.2. Indicadores de salud-enfermedad.....	14
I.1.3. Determinantes de salud pública.....	20
I.2. Promoción de la salud y educación sanitaria.....	24
I.3. Calidad de vida y percepción de salud.....	30
I.4. Jóvenes y salud.....	35
I.4.1. Características de la adolescencia y la juventud.....	35
I.4.2. Revisión de la literatura relacionada con la salud y los jóvenes.....	46
I.4.2.1. Estadísticas morbi-mortalidad en jóvenes españoles.....	49
I.4.2.2. Instrumentos de evaluación sobre estilos de vida en jóvenes universitarios.....	50
I.4.2.3. Universitarios y estudios sobre factores de riesgo y estilos de vida.....	51
I.5. Universidad y aprendizaje. Universidad promotora de salud.....	53
CAPÍTULO II. MARCO EMPÍRICO.....	59
II.1. Justificación.....	59
II.2. Objetivos.....	60
II.3. Metodología.....	61
II.3.1. Diseño.....	64

II.3.2. Contexto.....	72
II.3.3. Población y muestra.....	73
II.3.3.1. Reclutamiento.....	74
II.3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión.....	75
II.3.4. Descripción de variables.....	75
II.3.5. Descripción instrumentos.....	101
II.3.6. Aspectos éticos.....	103
II.3.7. Análisis de los datos.....	104
CAPÍTULO III. RESULTADOS.....	105
III.1. Muestra.....	105
III.2. Características sociodemográficas y socioeconómicas.....	106
III.3. Situación de salud.....	120
III.4. Actividad física.....	132
III.5. Tabaco, alcohol y otros.....	140
III.6. Alimentación.....	153
III.7. Sexualidad, seguridad e higiene.....	161
CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN.....	171
IV.1. Características sociodemográficas y socioeconómicas.....	171
IV.2. Situación de salud.....	171
IV.3. Actividad física.....	173
IV.4. Tabaco, alcohol y otros.....	174
IV.5. Alimentación.....	176

IV.6. Sexualidad, seguridad e higiene.....	177
IV.7. Limitaciones del estudio.....	179
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y PROSPECTIVA.....	181
V.1. Conclusiones.....	181
V.2. Prospectiva.....	183
CAPÍTULO VI. REFERENCIAS.....	185
ANEXOS.....	215

Índice de tablas

Tabla 1: Autovaloración del estado de salud. Según edad y sexo.....	33
Tabla 2: Autovaloración del estado de salud. Según comunidades autónomas.....	34
Tabla 3: Esperanza de vida al nacer.....	43
Tabla 4: Ventajas e inconvenientes del cuestionario.....	70
Tabla 5: Tipos de preguntas de un cuestionario.....	71
Tabla 6: Alumnado matriculado por especialidad, curso y sexo.....	73
Tabla 7: Cuestionarios recogidos por especialidad, curso y sexo.....	74
Tabla 8: criterios SEEDO para definir la obesidad en grados según el IMC en adultos.....	94
Tabla 9: Cuestionarios recogidos por especialidad, curso y sexo.....	105
Tabla 10: Porcentaje de los cuestionarios recogidos con referencia a la población.....	106
Tabla 11: Sexo.....	106
Tabla 12: Estadísticos descriptivos de la edad.....	107
Tabla 13: Proporciones y distribución de cada grupo por edad.....	109
Tabla 14: Distribución de sexo por grupos de edad.....	109
Tabla 15: Grupo jóvenes (17-30 años).....	110
.....	110
Tabla 16: Grupo adultos (31-58 años).....	110
Tabla 17: resumen de datos para ambos grupos de edad.....	111
Tabla 18: Distribución según sexo y grupos de edad.....	111
Tabla 19: Distribución según vía de acceso.....	112
Tabla 20: Número de hijos en relación al sexo.....	114
Tabla 21: Número de hijos por grupos de edad.....	114
Tabla 22: Número de personas con las que convive (incluida usted) según grupo de edad	116
Tabla 23: Distribución según sexo y materia religiosa.....	116
Tabla 24: Distribución de creencia por grupo de edad.....	117
Tabla 25: Distribución del empleo por sexos.....	117
Tabla 26: Distribución entre trabajo actual y grupos de edad.....	117

Tabla 27: Distribución de horas de trabajo sujetos activos.....	118
Tabla 28: Principal vía de financiación de sus estudios.....	118
Tabla 29: Ingresos mensuales derivados del trabajo.....	119
Tabla 30: Presupuesto gasto semanal por género -sin empleo-.....	120
Tabla 31: Talla (altura), peso e IMC.....	125
Tabla 32: Porcentajes y frecuencias sobre el IMC según el género.....	126
Tabla 33: Preocupación en relación a la autopercepción del peso.....	129
Tabla 34: Preocupación por el peso según sexo.....	130
Tabla 35: Preocupación por el peso.....	130
Tabla 36: Horas de sueño de los estudiantes.....	132
Tabla 37: Índice energético por sexos.....	135
Tabla 38: Valoración del servicio de actividades deportivas.....	137
Tabla 39: Tiempo medio a la semana (minutos/día) dedicado a actividades de ocio y tiempo libre según el sexo.....	138
Tabla 40: Tiempo medio a la semana (minutos/día) dedicado a actividades de ocio y tiempo libre.....	139
Tabla 41: Frecuencia consumo alcohol según género.....	148
Tabla 42: Consumiciones en un día de consumo normal según género.....	149
Tabla 43: Frecuencia consumo 6 o más bebidas alcohólicas en una ocasión de consumo según género.....	150
Tabla 44: Porcentaje consumo de drogas en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días.....	151
Tabla 45: Raciones de alimentos.....	154
Tabla 46: Matriz de componentes rotados: componente n.º de veces promedio consumo de	156
Tabla 47: Número de comidas al día según género.....	158
Tabla 48: Actividades relacionadas con los hábitos alimenticios.....	159
Tabla 49: Lugar donde suelen comer durante el período lectivo.....	160
Tabla 50: Valoración servicio bar/cafetería.....	161
Tabla 51: ¿Ha tenido alguna vez relaciones sexuales?.....	161
Tabla 52: Frecuencia de uso de preservativo según género.....	162
Tabla 53: Frecuencia uso de píldora anticonceptiva (y otras) según género.....	162
Tabla 54: Frecuencia uso del coitus interruptus según género.....	163



Tabla 55: Cómo considera la manera de vivir su sexualidad.....	163
Tabla 56: Cómo realiza trayecto hacia la Universidad.....	164
Tabla 57: Conducir bajo el efecto de las drogas.....	165
Tabla 58: Frecuencia de cepillado por género.....	167

Índice de ilustraciones

Ilustración 1: Operacionalización de una variable.....	18
Ilustración 2: Influencia de los determinantes de salud en la morbilidad (%).....	24
Ilustración 3: Salud comunitaria y promoción de la salud (Sapag y Poblete, 2007).....	25
Ilustración 4: Etapas de la investigación según Briones.....	63
Ilustración 5: ¿Cómo se llevará a cabo el estudio?.....	64
Ilustración 6: ¿Hay secuencia temporal? (Sánchez del Río, 2005).....	67
Ilustración 7: Cuestionario ESVISAUN en LimeSurvey.....	102
Ilustración 8: Distribución edad por sexo.....	108
Ilustración 9: Estado civil.....	113
Ilustración 10: Residencia habitual durante el curso académico.....	113
Ilustración 11: Número de hermanos (incluido el encuestado).....	115
Ilustración 12: Número de personas con las que convive.....	115
Ilustración 13: Estado de salud percibido según sexo.....	121
Ilustración 14: Nivel de estrés en el último mes (porcentajes dentro del sexo).....	122
Ilustración 15: Nivel de autoestima por género.....	123
Ilustración 16: Calidad de vida según sexo (porcentajes).....	124
Ilustración 17: Distribución IMC según sexo.....	127
Ilustración 18: Control de peso en % según género.....	128
Ilustración 19: Distribución de práctica de ejercicio según género.....	133
Ilustración 20: Ejercicio físico según tipo de actividad y género.....	134
Ilustración 21: Porcentaje de fumadores y no fumadores según el género.....	142
Ilustración 22: Porcentajes de fumadores, no fumadores o exfumadores según grupos de edades.....	143
Ilustración 23: Cigarrillos fumados según el género.....	144
Ilustración 24: Consumo de tabaco desde que están en la universidad por género.....	145
Ilustración 25: Exposición al humo ambiental de tabaco en el domicilio.....	146
Ilustración 26: Frecuencia consumición alcohol según género.....	147
Ilustración 27: Consumo de drogas desde que están en la universidad por género.....	152
Ilustración 28: Frecuencia cepillado de dientes del alumnado universitario.....	166
Ilustración 29: ¿En qué medida debería implicarse la Universidad en la promoción de la	

salud de los estudiantes?..... 168
Ilustración 30: Papel que está desempeñando la Universidad para la promoción de la salud
..... 169



INTRODUCCIÓN

Justificación e importancia de la tesis

El cambio de mentalidad de las organizaciones, así como de los mismos profesionales en lo que respecta al valor del conocimiento, ha evolucionado mucho en los últimos tiempos, de tal forma que podemos afirmar que nos encontramos inmersos en una sociedad de la información, con su consecuente progresión y evolución colateral a la del conocimiento.

En esta fase no es suficiente con poder acceder, disponer o poseer información, sino que es realmente necesario saber hacer un uso adecuado de la misma para la resolución de problemas y situaciones reales, incluso para hacer una aproximación de circunstancias hipotéticas. Para ello, se requiere la capacidad de transformar en conocimiento esa información inicial, dentro de situaciones y espacios de tiempo determinados. Por lo tanto, el conocimiento no es más que información en acción y, siguiendo esta perspectiva, pudiéndose y siendo necesario la gestión de ambas.

Esta gestión puede ser aplicable prácticamente en cualquier campo y, concretamente en los contextos sanitarios y educativos, hace falta hacer hincapié en que se busca una mejora continua, un constante aprendizaje e investigación, pudiéndose beneficiarse de otros modelos ya experimentados en otros campos, y viceversa. En definitiva, los beneficios son claros, pues conducen a un enriquecimiento y crecimiento tanto a nivel personal como del grupo en sí que genera dicho conocimiento, haciendo especial mención a aspectos como competencia profesional, grado de satisfacción, eficiencia y eficacia, cooperatividad, sin olvidarnos por supuesto de la obtención de dichos conocimientos e información

contrastada.

Para ello, es necesaria la participación de individuos, ya sea en forma de aportaciones, como en opiniones, por lo que según el tipo de investigación se precisará una colaboración en concreto u otra. También mencionar que la gestión se puede hacer desde un punto de vista individual como colectivo y, en este último, se lleva a cabo una toma de decisiones y una deliberación en grupo. Igualmente, para tomar una decisión sobre qué conocimiento es útil y cuál no, es imprescindible un intercambio de opiniones y de ideas.

En última instancia, nombrar que la unidad de trabajo del conocimiento, que puede ser de tipo comunidad virtual, requiere de un espacio y de unas herramientas donde desarrollar su función.

El tema principal de este estudio se refleja perfectamente en la siguiente cita de la OMS (2011^a):

La promoción de las prácticas saludables en la adolescencia y la adopción de medidas para proteger mejor a los jóvenes frente a los riesgos para su salud son fundamentales para el futuro de la infraestructura sanitaria y social de los países y para prevenir la aparición de problemas de salud en la edad adulta.

Contexto y fundamentación

A lo largo de la historia ha existido un creciente interés en lo relacionado con los diversos riesgos existentes para la salud y las conductas que se llevan a cabo para preservarla, pero ha sido durante los últimos decenios cuando dicho interés ha ido incrementándose, ofreciendo múltiples y novedosas perspectivas, actualmente centrándose en la definición, cuantificación y caracterización de las amenazas para la salud humana, con una posterior elección de la intervención. De hecho, tal y como mencionan Sapag y Poblete

(2007):

en la actual situación demográfica y epidemiológica, los problemas de salud asociados a estilos de vida y multicausalidad son responsables de gran parte de la morbimortalidad y de los déficits en calidad de vida. Igualmente, los determinantes sociales, como lo corroboran diversos estudios, son parte fundamental del origen y de las potenciales soluciones para enfrentar la dinámica de salud actual.

En primera instancia, se reflexiona y se describen los diversos aspectos relacionados con la salud, así como la evolución del concepto en sí y su vínculo con el término de enfermedad, reflejándose los cambios establecidos a lo largo de la historia: partiendo desde un punto de vista estrictamente físico, hasta la inclusión progresiva de los aspectos psicológicos y, por último, llegando a abarcar los componentes sociales y el entorno. A la par de la exposición sobre la evolución del concepto de salud, se especifican los diversos indicadores de salud/enfermedad y, posteriormente, se describen los determinantes de salud pública; siendo estos términos o condiciones aparentemente similares pero que, en realidad, son conceptos distintos. Por ejemplo, Valenzuela (2005, p. 118) expone que un indicador “es una característica o variable que se puede medir. Se define como «una noción de la vigilancia en salud pública que define una medida de salud en una población determinada (Lengerich, 1999)»”. Por otro lado, según la OMS, concibe a los determinantes de la salud como un “conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones” (OMS, 1998, p. 16).

Con ello, una de las preguntas a destacar que se han planteado en este estudio ha sido: ¿cómo y cuándo se considera que una persona, un grupo de personas, o una comunidad están llevando a cabo una serie de conductas que desembocarán en un buen estado de salud?

Obviamente, también se especifican aquellas conductas y factores denominados “de riesgo”, siendo éstas una serie de acciones consideradas insalubres y, por tanto, contraproducentes para mantener un buen nivel de vida. Todo esto condiciona una perspectiva de lo que es salud y calidad de vida de una manera determinada según las características propias de la persona y de su contexto en sí.

Posteriormente, se ha hecho una revisión literaria sobre la calidad de vida y la percepción de salud, puesto que sin ello no podríamos englobar ni reconocer aquellos aspectos de la salud que considera cada sujeto en sí mismo como relevantes e imprescindibles. También hay nombrar que, a lo largo de este apartado de salud, se ha ido exponiendo la situación legislativa sobre sanidad partiendo desde un punto ámbito genérico, a nivel mundial, hasta aproximarnos a la población de este estudio en concreto: los jóvenes universitarios de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Málaga.

Por último, recalcar que se ha dedicado el último apartado de salud a la promoción de la misma y a la educación sanitaria, siendo ésta una de las bases fundamentales de sustentación y promoción de los resultados, conclusiones y discusiones obtenidos en este estudio.

En el siguiente apartado, se especifican las características propias relacionadas con la población de estudio y su relación con la salud obtenidas a través de una revisión de la literatura, abarcando aspectos físicos, fisiológicos, psicológicos y conductuales, entre otros, propios de los jóvenes universitarios. Así mismo, se exponen las estadísticas de morbi-mortalidad, los diversos instrumentos de evaluación de estilos de vida, así como los factores de riesgo existentes y, por último, los beneficios de los estudios relacionados con

los estilos de vida en esta población.

Como ya se sabe, la población joven constituye un grupo focal en el cual comienza, por regla general, el inicio de las conductas de riesgo, debido a que son fácilmente influenciados por la sociedad, el entorno y el contexto que les rodea. De este modo, la adolescencia o joven adultez es una etapa de la vida vulnerable en la cual se empieza a consumir alcohol, tabaco, drogas ilegales y a practicar sexo sin protección, entre otras. Tampoco olvidemos aspectos como el sedentarismo, dieta desequilibrada, mala higiene y alteraciones del sueño. Por este motivo nos hemos centrado en los jóvenes, puesto que son el futuro de nuestra sociedad y se encuentran en un rango de edad en donde están aún más desprotegidos y expuestos al comienzo de práctica de estos factores de riesgo para la salud que hemos comentado con anterioridad. Recalcamos igualmente que la población universitaria disfruta de una serie de factores que otros adolescentes no disponen: a veces cambian de contexto y de lugar de estudio y residencia, de horarios con respecto a etapas precedentes, aumenta el número de compañeros en clase, se conocen nuevas personas, hábitos y costumbres, fiestas asociadas a esta etapa formativa, etc. Todo ello constituyen aspectos que facilitan o promueven el inicio de estilos de vida no saludables. Además de esto, no debemos olvidar que estos alumnos, a nivel profesional y laboral, en un futuro no muy lejano serán un referente para las siguientes generaciones, lo que aumenta la relevancia de un estudio, investigación e intervención en profundidad de la misma, siguiendo la línea de pensamiento de prevención, conservación, así como de la promoción de la salud.

En el último apartado, se expone la situación existente en cuanto a la población de estudio y la Universidad, partiendo de una explicación breve sobre la historia de la educación en España y, en concreto, en Andalucía, dando unas pinceladas en lo referente a

la legislación educativa existente. Para concluir, se expone la aplicación de los conceptos de educación sanitaria y promoción de la salud propios del primer apartado como herramienta para la promoción de la salud en la Universidad.

De la anterior se desprende que con este estudio se pretende:

Conocer los hábitos y conductas saludables de los estudiantes universitarios y sus condicionantes

A partir de estos conocimientos, se podrán establecer estrategias y líneas de actuación para planificar y llevar a cabo un proyecto de educación enfocado a los diversos factores que comprometen la salud, específico para el colectivo de estudiantes universitarios, en el que por la edad de los mismos y debido a que se encuentran en una etapa de formación y afianzamiento de hábitos, estamos a tiempo de prevenir enfermedades crónicas y conseguir que consigan y/o adquieran un óptimo estado de salud a lo largo de toda su vida.

CAPÍTULO I. MARCO CONCEPTUAL

I.1. Salud

I.1.1. Evolución del concepto de salud

Algunas de tantas preguntas que se suelen hacer cuando se comienza a hablar por primera vez de salud, cuya definición ha estado perfilándose y en evolución desde décadas atrás son: ¿De qué hablamos cuando nos referimos a la "salud"? ¿Qué se considera como tal y qué aspectos aborda? ¿Existen límites que determinen entre estar sano o no?

En un principio, la salud era un estado percibido tanto por uno mismo como por las personas de su alrededor. De esta forma, una persona padecía de alguna enfermedad cuando presentaba una serie de signos y síntomas, teniendo que acudir al médico para el consecuente diagnóstico y, posteriormente, recibir medicamentos pertinentes para su mejoría y/o curación. Por tanto, y durante muchos años de nuestra historia, la salud era una afectación del estado físico de la persona.

Más adelante, empezaron a surgir otra serie de aspectos que condicionaban, de una forma u otra, una alteración de dicha salud. Aparentemente, no existían motivos por los cuales un individuo no estuviese sano: no presentaba infección o heridas, sus órganos funcionaban correctamente, así como sus músculos y sus nervios, en las diversas pruebas diagnósticas no se encontraban parámetros fuera de lo normal... ¿Qué ocurría pues? ¿Qué puede estar generando que el sujeto no esté "sano"? Fue entonces cuando se estableció, tras una serie de reflexiones previas, el término que entró en vigor en 1948 según la OMS, especificando que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Alcántara, 2008, p. 96). Como se

refleja, el aspecto físico ya no es el único que condiciona la salud de una persona, sino que también se incluyen los aspectos mentales y sociales. De esta forma, un sujeto que padecía de alguna enfermedad mental o una alteración de las habilidades interpersonales, por ejemplo, estaba reconocido que tenía afectado algunos de los factores que implica la salud.

La definición de la OMS constituyó, en su momento, un trascendental avance conceptual, supliendo la idea de considerar la salud en términos de ausencia de alteraciones orgánicas, consideradas como "enfermedad", y reemplazándolas por la visión de "bienestar" desde un punto de vista físico (u orgánico), mental y de capacidad de relación con la sociedad (aspectos complementarios cuya trascendencia se reconoció de modo explícito por primera vez). Cumplió la tarea de mostrar cómo eran de amplias y complejas las necesidades de los seres humanos, pero no abarcó entonces la totalidad del significado de salud.

No obstante, de dicha definición se han sacado una serie de controversias. Por ejemplo, es utópico pensar que pueda darse la situación de estar en un “completo bienestar”, de la misma forma que el bienestar en sí es un concepto bastante subjetivo en una persona y que no tiene porqué implicar o significar una conducta saludable (por ejemplo, un toxicómano siente bienestar cuando consume). De igual forma, establece un concepto estático para la salud, lo cual resulta difícil cuando la vida de una persona y la consecución de la misma se conforma desde un punto de vista dinámico. Por último, la salud se conforma en esta definición desde un punto de vista subjetivo dependiendo de cada persona, cuando debería ser objetivo para abarcar a la mayoría de la población.

Como hemos comentado con anterioridad, el concepto de salud abarca múltiples aspectos, mostrando un espectro bastante amplio donde habría que observar, reflexionar y

considerar todos aquellos campos que condicionan que estemos sanos o no. Terris define la salud como “un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones y enfermedades” (Salleras Sanmarti, 1985, p. 15). Disponer de salud implicaría, por tanto, la adición de sentirse bien y poseer la capacidad de funcionar, es decir, poder trabajar, relacionarse, etc. Tiene bastante sentido puesto que ¿realmente una persona está sana cuando no presenta afectaciones ni a nivel físico, ni mental, pero la cual no sabe integrarse ni relacionarse con su entorno?

Así pues, el concepto de salud evolucionó hasta implicar los ámbitos del entorno hasta el punto de considerar también como determinantes de salud los factores sociales, además de los mentales y físicos.

Según Ponte (s. f., p. 1) “Con ello se impulsa la consideración de la Salud como un derecho social básico de todas las personas, situando al Estado ante la disyuntiva de ejercer la protección de este derecho. Es incuestionable que la salud guarda una relación íntima con el derecho a la vida y la dignidad de los ciudadanos y que, además, cualquier limitación en el acceso a los servicios sanitarios es causa de exclusión social”.

Por tanto, se puede decir que la salud es un derecho humano. De hecho, y según el Departamento de Información de las Naciones Unidas, basándose en el Art. 25º de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) (Naciones Unidas, 2012) se especifica que:

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la **salud** y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u

otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

2. La maternidad y la infancia tienen derecho a **cuidados y asistencia especiales**. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

Se pueden reseñar algunos principios generales del Art. 2º relevantes, como el de preservar la dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad. Destacar, también una serie de derechos como el derecho a la información sanitaria, a la intimidad y el consentimiento informado para la autonomía del paciente.

Existen otras relecturas de la definición de salud (López y Rabanaque, 2006) y, en la misma línea de pensamiento de Terris, Salleras trata de forjar un concepto dinámico de salud en los siguientes términos: “Logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad” (Allende, 2008, p. 24). Se refleja, por tanto, la importancia tanto de la definición originaria de la OMS (que abarca los aspectos físico, mental y social), además de la capacidad de funcionamiento de Terris y, añadiendo, por último, el contexto, el entorno y la capacidad de relación del individuo con éste y con las personas que le rodean. Por último, tal y como apunta Briceño-León, (citado por Alcántara Moreno, 2008, p. 95) “la salud es una síntesis; es la síntesis de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía internacional”.

Como es evidente, el enclave político y legislativo en cada país es fundamental para que permanezcan, fomenten y respeten las características y aspectos relacionados con la

salud con el fin de propiciarla a la población.

En nuestra Constitución Española (norma suprema del ordenamiento jurídico en nuestro país, a la que están sujetos los poderes públicos y los ciudadanos) se puede comprobar cómo la salud es algo esencial, y no solo desde un aspecto físico, sino también considerando el significado y el contexto de salud desde un punto de vista holístico, tal y como se ha explicado en el primer apartado de este documento. He aquí algunos ejemplos:

Art. 15. Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a torturas ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Queda abolida la pena de muerte, salvo lo que puedan disponer las Leyes penales militares para tiempos de guerra.

Art. 43.

1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.

2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.

3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.

Art. 50.

Los poderes públicos garantizarán mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo,

y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio.

Art. 51.

1. Los poderes públicos garantizarán la defensa de los consumidores y usuarios protegiendo, mediante procedimientos eficaces, la seguridad, la salud y los legítimos intereses económicos de los mismos (Boletín Oficial del Estado, 1978).

Con esto, también se pueden asegurar y asentar las bases esenciales de nuestro país en cuestiones de salud, puesto que especifica que los poderes públicos se encargan del mantenimiento y/o desarrollo de las condiciones necesarias para tener un estilo y una calidad de vida satisfactoria. En relación directa con la Constitución, se confeccionó la Ley General de Sanidad, Nº 14/1986, de 25 de Abril, en donde especifica en el artículo 1:

“La presente Ley tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución”.

En esta ley es donde se estipulan los desempeños, competencias y exigencias en relación con el Estado y la salud, especificándose las características y el funcionamiento del propio sistema de salud en el territorio nacional, las actuaciones sanitarias en dicho sistema y temas tan relevantes en el contexto de salud como la salud mental y laboral. También se tratan aspectos como la intervención pública en relación con la salud individual y colectiva, así como las infracciones y sanciones de la misma, incluso de las inspecciones correspondientes para asegurar el correcto funcionamiento de los diversos apartados.

Como se refleja en nuestra Constitución, la salud es competencia del Estado y de las administraciones públicas, y es un aspecto que se refleja detalladamente en la Ley General de Sanidad, al igual que la organización general y la estructura del sistema sanitario público, tan característico de nuestro país, entre otros.

Por tanto, la sanidad es un aspecto a considerar en lo referente a legislación, derechos y deberes, como en cuestiones jurídicas e incluso morales.

En última instancia, cabe mencionar que, desde el punto de vista autonómico, y basándonos a partir de la Ley 2/1998, de Salud de Andalucía, publicada en BOJA núm. 74, de 4 de julio, se establecen una serie de derechos y deberes del paciente como usuario del sistema sanitario («LEY 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía», 1998).

Algunos ejemplos de derechos:

- Atención médica de calidad
- Trato respetuoso y no discriminado
- Recibir información clara, oportuna y veraz
- Otorgar o no su consentimiento informado
- Manejo confidencial de su información
- Acceso a su historia clínica

Respecto a los deberes:



- Cumplir las prescripciones generales en materia de salud comunes a toda la población.
- Mantener el debido respeto al personal y a las normas establecidas en el centro.
- Responsabilizarse del uso de los recursos y prestaciones ofrecidos en el marco del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- Cuidar las instalaciones y colaborar en su mantenimiento.
- Cumplir las normas y requisitos administrativos de uso y acceso a las prestaciones sanitarias

En conclusión, queda claro que dar forma a una definición única y universal de salud resulta una tarea complicada puesto que la salud tiene tres características muy acusadas (Talavera, 2010, p. 1):

1. Puede ser usada en múltiples y muy diferentes contextos.
2. Puede ser utilizada partiendo de presupuestos básicos muy diferentes sobre lo que es la salud.
3. Ha de asumir muchas aspiraciones ideales en torno al estado de vida que las personas desean alcanzar.

1.1.2. Indicadores de salud-enfermedad

En lo que respecta a los indicadores de salud/enfermedad, tal y como especifica Merino (2007), “son variables que intentan medir u objetivar en forma cuantitativa o

cualitativa, sucesos colectivos (especialmente sucesos biodemográficos) para así, poder respaldar acciones políticas, evaluar logros y metas. La OMS los ha definido como «variables que sirven para medir los cambios».

En conclusión, estos indicadores pueden determinar directa o indirectamente modificaciones ofreciendo, de esta forma, una idea del estado de situación de una condición. Resultan indispensables a la hora de realizar comparaciones ya que, sin ellos, sería difícil objetivar una situación específica y, al mismo tiempo, evaluar su comportamiento en el tiempo a través de comparaciones con otras situaciones que emplean la misma forma de determinar o apreciar la realidad.

Por lo tanto, tal y como menciona Valenzuela (2005, p. 118) un indicador “es una característica o variable que se puede medir. Se define como «una noción de la vigilancia en salud pública que define una medida de salud en una población determinada (Lengerich, 1999)»”, aunque en la práctica los indicadores disponibles no son tan perfectos y constituyen una aproximación de una situación real. Algunos puede que sean más sensibles a más de un fenómeno o situación concreta, pero lo cierto es que estos indicadores de salud se emplean particularmente para evaluar la eficacia y los efectos. Sin embargo, un indicador puede significar desde establecer razones, tasas o índices más sofisticados, o contabilidad un fenómeno de salud mediante números absolutos, encontrándose entre ellos las medidas de morbilidad, de discapacidad, de determinantes no biológicas de salud (acceso a los servicios, calidad de la atención, condiciones de vida y factores ambientales).

En lo que respecta a las características de los atributos, lo que realmente es relevante es la calidad del mismo, que depende, a su vez, de la calidad de los datos a partir de los cuales se construye, denominados componentes, de la calidad de los sistemas de

información o fuentes de información, además de estar compuesto por una serie de rasgos específicos. Para ser un buen indicador, debe abarcar el mayor número posible de los siguientes atributos científicos, que son, según Valenzuela (2005, p. 119):

1. Sirve: da respuesta y se diseña para un propósito definido.
2. Validez: mide lo que intenta medir.
3. Confiabilidad: se reproducen los mismos resultados si la medición es repetida en condiciones similares.
4. Especificidad: mide solo el fenómeno que se quiere medir.
5. Sensibilidad: mide los cambios en el fenómeno que se quiere medir.
6. Mensurabilidad: se basa en datos disponibles o fáciles de conseguir, de fácil manejo. Es imperativo recopilar una cantidad limitada, pero factible y válida que tratar de complejizar los indicadores mediante sistemas poco prácticos, o parámetros complejos.
7. Relevancia: capaz de dar respuestas claras a los temas relevantes incorporados en las políticas de salud.
8. Costo-Efectividad: que la inversión en tiempo y otros recursos necesarios para la construcción del indicador esté justificada a través de su uso y los resultados obtenidos.
9. Integridad: se refiere a que los datos requeridos estén completos.
10. Consistencia interna: se refiere a que en los indicadores, vistos solos o en grupos, los valores sean coherentes y sensibles al cambio.
11. Transparencia: se refiere a que sea fácilmente entendido e interpretado por los usuarios.
12. Difusión: Que sea accesible a los usuarios a través de publicaciones periódicas.

13. Dinamismo: Que se actualicen y corrijan en la medida que el entorno cambia. Éste puede cambiar en cuanto a las condiciones específicas que los indicadores describen, la disponibilidad de datos, el conocimiento científico, o bien, en los niveles de interés y necesidades de los usuarios.

En relación con lo anterior, según indica Merino (2007):

un indicador ideal debe tener atribuciones científicas de *validez* (debe medir realmente lo que se supone debe medir), *confiabilidad* (mediciones repetidas por distintos observadores deben dar como resultado valores similares del mismo indicador), *sensibilidad* (ser capaz de captar los cambios) y *especificidad* (reflejar solo cambios ocurridos en una determinada situación).

Además, estos pueden ser simples (por ejemplo, una cifra absoluta o una tasa de mortalidad) o compuestos (construidos sobre la base de varios indicadores simples, generalmente utilizando fórmulas matemáticas más complejas).

Así pues, tal como se ha explicado, la operacionalización de una variable en un indicador resulta ser un proceso complejo y meticuloso. Como ejemplo la ilustración 1 de Valenzuela (2005, p. 122):

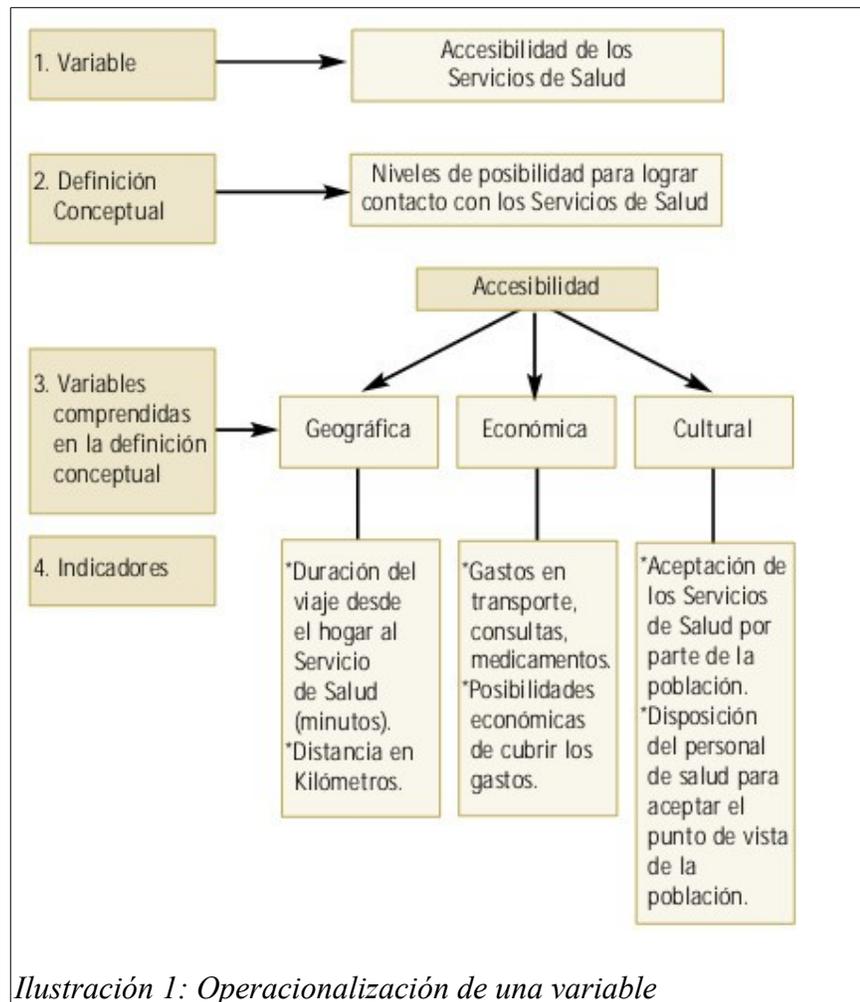


Ilustración 1: Operacionalización de una variable

Centrándonos en los aspectos relacionados con la salud, existen unos cuantos temas en los cuales con frecuencia se elaboran indicadores, por ejemplo, aquellos mencionados por Merino (2007), los cuales evalúan:

- La política sanitaria: asignación de recursos (proporción del producto nacional bruto invertido en actividades relacionadas con los servicios de salud), distribución de recursos (relación entre número de camas de hospital, médicos

u otro personal de salud y número de habitantes en distintas regiones del país).

- Las condiciones socioeconómicas: tasa de crecimiento de la población, producto geográfico bruto, tasa de alfabetismo en adultos, indicadores de condiciones de vivienda, de pobreza, de disponibilidad de alimentos,...
- Las prestaciones de atención de salud: disponibilidad de servicios, accesibilidad (recursos materiales), indicadores de calidad de la asistencia, indicadores de cobertura (porcentaje de una población que efectivamente recibe atención en un periodo definido).
- El estado de salud: son los más usados y en los que primordialmente se va a basar y focalizar este estudio de investigación. Se pueden distinguir operacionalmente en, al menos, cuatro tipos:
 1. Indicadores de Mortalidad: ampliamente utilizados ya que la muerte es un fenómeno universal, ocurre una sola vez y se registra habitualmente en forma sistemática.
 2. Natalidad: en este caso, son importantes los indicadores que miden la capacidad de reproducción de una población puesto que existe una asociación positiva entre altas tasas de natalidad y nivel sanitario, socioeconómico y cultural. Son importantes también, los indicadores que reflejan el estado de la salud materno-infantil (tasa de bajo peso al nacer, registro confiable de nacimientos vivos, muertos o defunciones fetales).
 3. Morbilidad: intentan estimar el riesgo de enfermedad (carga de morbilidad),

cuantificar su magnitud e impacto. Los eventos de enfermedad pueden no ser fáciles de definir y pueden prolongarse y repetirse en el tiempo, lo que plantea dificultades en la elaboración de indicadores de morbilidad.

4. Calidad de vida: indicadores generalmente compuestos que intentan objetivar un concepto complejo que considera aspectos como: capacidad funcional de las personas, expectativa de vida, y nivel de adaptación del sujeto en relación con su medio. Son ejemplos sencillos de este tipo de mediciones la "calidad material de la vida" que se construye a partir de la mortalidad infantil, la expectativa de vida al nacer y la capacidad de leer y escribir.

Por último, Valenzuela (2005) también refleja la discapacidad como indicador de salud objetiva, cuya fuente de información es, por ejemplo, el número promedio de días perdidos por año en el escolar, en el trabajo, en otros roles sociales, tasa de licencia por enfermedad común por habitante.

1.1.3. Determinantes de salud pública.

Actualmente, una cantidad significativa de mortalidad y morbilidad de todo el mundo se puede prevenir gracias a la información obtenida a través de múltiples estudios e investigaciones en lo que respecta a los factores determinantes de la salud (OMS, 2011c), siendo los principales: los socioeconómicos, los de estilo de vida y el entorno físico (WHO, 2008, 2011).

Sin embargo, ¿cómo podemos identificar qué aspectos o qué causas están relacionadas con tener o adquirir un buen estado de salud? Según la Oficina Regional para Europa de la OMS, en su glosario de promoción de la salud de 1986, concibe a los

determinantes de la salud como un “conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones” (OMS, 1998, p. 16). Así pues, los determinantes de salud son todos aquellos agentes que delimitan el estado de salud de las personas, ya sean desde el punto de vista del propio sujeto, como el entorno que le rodea y el contexto en el que se encuentre.

Marc Lalonde fue una figura importante en este aspecto; en 1974, siendo Ministro de Sanidad de Canadá, fijó en cuatro los factores que determinan el estado de salud de una comunidad, es decir los factores determinantes de la salud: biología humana, medio ambiente, estilo de vida y sistema de asistencia sanitaria (Allende, 2008, p. 25). En este estudio de investigación nuestro objetivo primordial es los estilos de vida.

La relevancia de los determinantes de salud llegó a considerarse tal, que el Ministerio de Salud de Canadá en 1999 identificó y clasificó en 12 los determinantes de salud: los ingresos y el estatus social, las redes de apoyo social, la educación y la alfabetización, empleo/condiciones de trabajo, entornos sociales, entornos físicos, prácticas personales de salud y habilidades de afrontamiento, desarrollo saludable del niño, biología y genética, servicios de salud, género y, por último, cultura (Public Health Agency of Canada, 2011).

No es hasta la publicación del Informe sobre la salud en Europa de la Organización Mundial de la Salud (2002) cuando se tienen en cuenta de forma objetiva una serie de factores de riesgo relacionados con el estilo de vida: alimentación poco saludable (nutrición), la inactividad física (sobrepeso y obesidad), el tabaquismo y el consumo del alcohol y drogas ilícitas, entendiendo como factores de riesgo para la salud como “la probabilidad de un resultado adverso, o un factor que aumenta esa probabilidad” (WHO,

2002, p. 3).

Hay que destacar igualmente que se consideran relevantes los aspectos relacionados con el entorno social y las características políticas del contexto en el que se encuentra el individuo y/o la población, y no solo las características propias del individuo. Por tanto, los factores determinantes de la salud clasifican, por así decirlo, los diversos hábitos y conductas que llevamos a cabo en saludables y no saludables, estableciendo unos parámetros aproximados, una línea a seguir respecto a los aspectos a tener en cuenta a la hora de llevar a cabo un estilo de vida que propicie un buen estado de salud. Sin embargo, también hace falta reseñar que todos estos factores tienen una interrelación importante entre ellos, ya que varias causas pueden producir diversos efectos de forma simultánea, aunque ninguna de forma aislada podría originar uno determinado. En definitiva, se pasa de un modelo causal determinístico a uno probabilístico de carácter integrador, en donde se intenta incluir todos los determinantes conocidos de la salud.

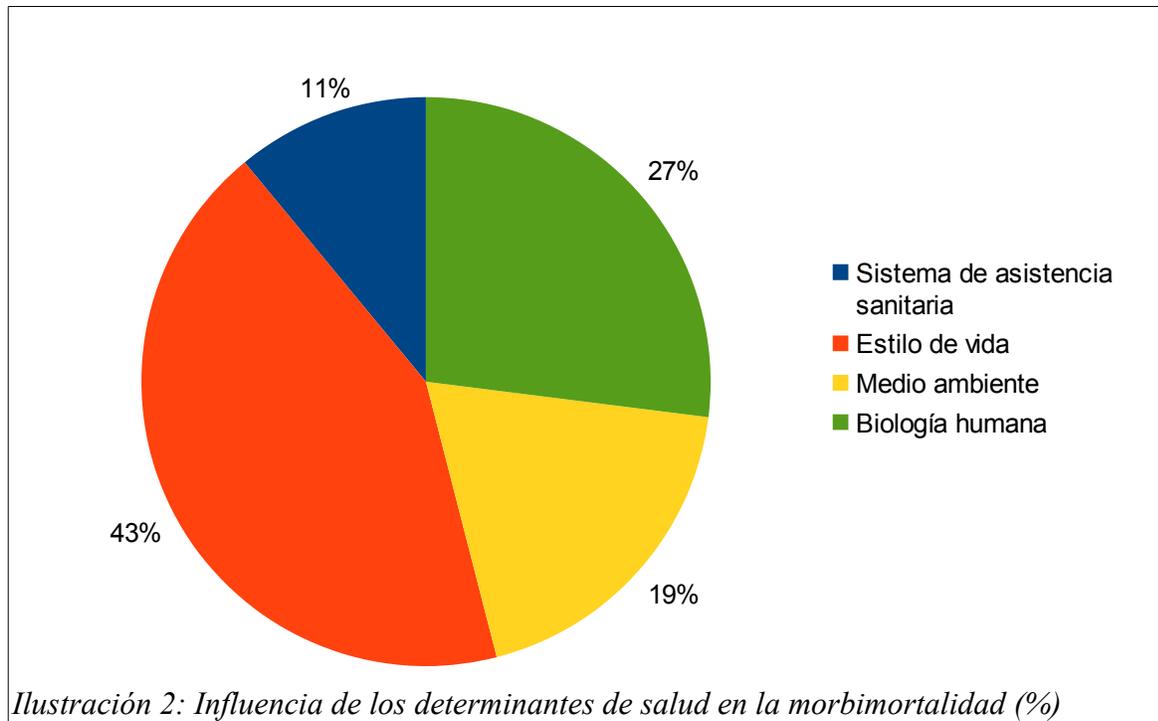
Debido a ello, el objetivo de las profesiones e investigaciones relacionadas con la salud ha ido adquiriendo un valor y una importancia cada vez más enfocada al ámbito comunitario y de la salud pública. Para llegar a esto, hace falta detectar y evaluar una serie de riesgos para, posteriormente, llevar a cabo elecciones sobre las intervenciones que sean más eficientes y asequibles para evitar que se produzcan dichos riesgos. Como dato a resaltar, cabe mencionar que la OMS estableció en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, para que ofreciera asesoramiento respecto a la manera de mitigarlas (OMS, 2011a).

De hecho, según Becoña, Vázquez y Oblitas (2004, p. 18) “en los últimos años se ha producido el reconocimiento definitivo por parte de los distintos organismos de salud

tanto internacionales como nacionales de que la mortalidad y morbilidad está producida en su mayor parte por motivos conductuales, por lo que la gente hace y no por causas infecciosas o envejecimiento natural del organismo”. Damos por hecho que las implicaciones físicas, consecuencias patológicas y del desarrollo evolutivo de nuestro cuerpo, son factores que se relacionan directamente con la salud. Sin embargo, tal y como dijimos en el primer apartado, este aspecto no lo supone todo, de tal forma que una persona aparentemente sana puede resultar estar muy enferma debido a hábitos, conductas y un estilo de vida que no propician la salud.

Por tanto, si nos centramos en estudiar dichas actividades nocivas en profundidad, determinando cuándo se suelen llevar a cabo, en qué contextos, si son más frecuente en un perfil concreto, etc. podremos averiguar las características de la misma, con el fin de evitar que se establezca dicho hábito que, a corto o a largo plazo, secundará probablemente en tener más posibilidades de desarrollar alguna enfermedad. Tal y como menciona Grimaldo (2005, p. 75), “los estilos de vida saludables son acciones realizadas por un sujeto, que influyen en la probabilidad de obtener consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas y, a largo plazo, repercuten en su bienestar físico y en su longevidad”.

Según el informe Lalonde (citado por Bennàssar, 2012, p. 28), la influencia de los determinantes de salud se distribuiría según el siguiente gráfico:



1.2. Promoción de la salud y educación sanitaria

En este estudio de investigación la promoción de la salud es un concepto tan sumamente relevante que se le ha dedicado este apartado en concreto, debido a que es una de las características primordiales de la base de sustentación de este trabajo.

Según Sapag y Poblete (2007), la promoción de la salud es “un proceso mediante el cual las personas, familias y comunidades logran mejorar su nivel de salud al asumir un mayor control sobre sí mismas”. Para ello, también se incluyen acciones por parte de educación, prevención y fomento de salud, con el fin de que la población actúe y se coordine en relación con aquellas políticas y estilos de vida saludables, a través de la

abogacía, empoderamiento y construcción de un sistema de soporte social el cual les permita vivir de una forma más sana.

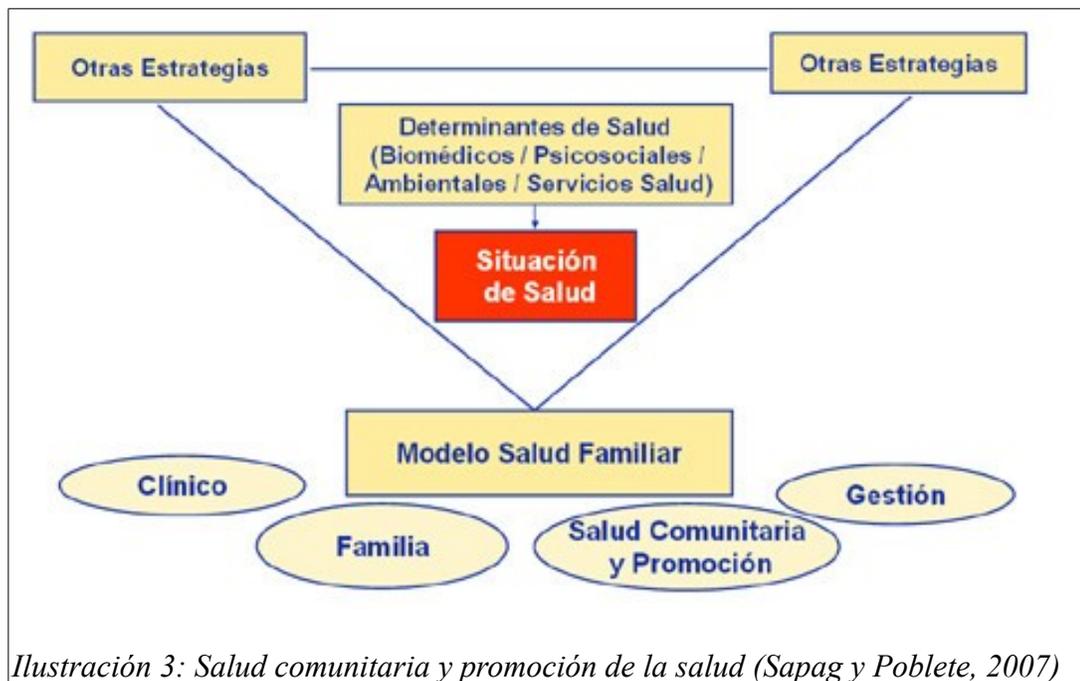


Ilustración 3: Salud comunitaria y promoción de la salud (Sapag y Poblete, 2007)

Tal y como se indicó en el primer apartado, en la actual situación demográfica y epidemiológica, los problemas de salud multicasuales y asociados a estilos de vida son responsables de gran parte de la morbilidad y de los déficits en calidad de vida. De igual forma, los determinantes sociales son parte fundamental del origen y de las potenciales soluciones para enfrentar la dinámica de salud actual.

Una vez considerada la salud desde un punto de vista integral y, comprendiéndola desde un paradigma bio-psico-social-ecológico, surgen dos ejes centrales: el rol de la *comunidad en salud* y la *promoción de la salud*. Para alcanzar un verdadero impacto en las condiciones de salud de la población, es imprescindible que se incluyan ambos ejes en las intervenciones de salud de forma adecuada en cuanto a las acciones de tratamiento y

rehabilitación, a través de estrategias integrales e innovadoras. Por este motivo precisamente la promoción de la salud se considera esencial para alcanzar los objetivos sanitarios nacionales e internacionales y también para lograr los objetivos de desarrollo del milenio (ODM) de las Naciones Unidas.

En lo que respecta a la promoción de la salud, la OMS se ha comprometido de una forma directa, confeccionando un apartado en el que se describen las diversas actividades, informes, noticias y eventos relacionados con la promoción de la salud. Igualmente, también dispone de datos para entrar en contacto con los diferentes programas y oficinas de la OMS que se ocupan en este tema en concreto, así como los asociados que colaboran con ellos. Por último, y para facilitar aún más una buena información, también cuenta con una serie de enlaces hacia sitios webs y temas relacionados.

Uno de los aspectos en los que se hace especial hincapié es en que las diversas estrategias de promoción de salud no se limitan a un problema de salud específico, ni a un conjunto concreto de comportamientos. Lo cierto es que la OMS aplica los principios y estrategias de promoción de salud a una variedad de grupos de población, factores de riesgo, enfermedades y también en diferentes contextos. Sin embargo, la promoción de la salud se asocia con los esfuerzos relacionados con la educación, desarrollo comunitario, la legislación y la política, entre otros, para causar un mayor impacto, siendo así más eficientes y previniendo de una forma más efectiva tanto para las enfermedades transmisibles, lesiones, violencia, como para enfermedades no transmisibles.

Respecto a los inicios y a los antecedentes de la promoción de salud actual, en 1978 los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud contrajeron el ambicioso compromiso de adoptar una estrategia mundial de salud para todos y observar los principios de atención primaria de salud establecidos en la Declaración de Alma-Ata. Esta supone el

principio de la promoción de la salud puesto que considera “la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo” (PAHO, 1978).

Es a partir de aquí cuando se van celebrando las diversas Conferencias Internacionales de Promoción de Salud, siendo la primera en 1986 en Ottawa (Canadá). Como resultado de la misma se publicó la Carta de Ottawa para la promoción de la salud, que ha sido fuente de orientación e inspiración en ese campo desde entonces. En las conferencias y reuniones internacionales siguientes (hasta la fecha, un total de seis conferencias internacionales) se han aclarado la importancia y el significado de las estrategias clave de promoción de la salud, incluso de las referentes a una política pública saludable (en Adelaida, año 1988) y a un ambiente favorable a la salud (en Sundsvall, año 1991). En cada una de las conferencias se definen y estipulan los objetivos y áreas prioritarias de acción, en donde se definen la promoción y los factores perjudiciales a la salud, cuándo y dónde se realiza por vez primera en un país subdesarrollado, se establecen los compromisos políticos de los gobiernos a favor de la promoción de salud y se reconoce el valor de incorporar las estrategias de Promoción de Salud en las políticas de desarrollo social de cada país.

Hasta el día de hoy se han celebrado las siguientes Conferencias Internacionales de Promoción de Salud:

- I Conferencia Internacional de Promoción de Salud. *Iniciativa en pro de una nueva acción de Salud Pública* (Ottawa, Canadá, 1986).
- II Conferencia Internacional de Promoción de Salud. *Políticas públicas favorables a la salud* (Adelaida, Australia, 1988).

- III Conferencia Internacional de Promoción de Salud. *Entornos propicios para la salud* (Sundsvall. Suecia, 1991).
- IV Conferencia Internacional de Promoción de Salud. *Nueva era, nuevos actores: adaptar la promoción de la salud al siglo XXI* (Yakarta. Indonesia, 1997).
- V Conferencia Internacional de Promoción de Salud. *Promoción de salud, hacia una mayor equidad* (México, 2000).
- VI Conferencia Internacional de Promoción de Salud. *Mayor participación en los esfuerzos para mejorar la salud mundial* (Bangkok, Tailandia, 2005).
- VII Conferencia Internacional de Promoción de Salud. *Promover la salud y el desarrollo: el cierre de la brecha de implementación* (Nairobi, Kenia, 2009).

La última Conferencia Internacional se ha celebrado recientemente, desde el 10 al 14 de junio de 2013 en Helsinki, Finlandia, con el título de “Hitos en la promoción de la salud: Las declaraciones de las conferencias mundiales”. Sus principales objetivos han sido, entre otros (WHO, 2013a):

- Facilitar el intercambio de experiencias y lecciones aprendidas y brindar orientación sobre mecanismos eficaces para la promoción de la acción intersectorial.
- Revisar los enfoques para abordar las barreras y fomentar la capacidad para la implementación de la salud en todas las políticas.
- Identificar oportunidades para poner en práctica las recomendaciones de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud a través de la salud en todas las políticas.
- Hacer frente a la contribución de la promoción de la salud en la renovación y la reforma de la atención primaria de salud.

- Examinar los progresos realizados, el impacto y los logros de la promoción de la salud desde la Conferencia de Ottawa.

Sin embargo, no fue hasta la IV Conferencia cuando se presentó una revisión del Glosario que respondía a la experiencia acumulada en todos estos años, y la evolución de las ideas y conceptos que son fundamentales para la promoción de la salud. El nuevo glosario, publicado en 1998, contiene en versión original inglesa 61 definiciones y referencias de términos de uso común en promoción de la salud, al cual se puede consultar ya traducido y editado por la versión española del Thesaurus multilingüe en promoción de la salud. En él se especifican y describen diversos términos de interés en el ámbito de la salud:

- “La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla (OMS, 1998, p. 10).
- “La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la *alfabetización sanitaria*, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de *habilidades personales* que conduzcan a la salud individual y de la *comunidad*” (OMS, 1998, p. 13).

Centrándonos más en el ámbito nacional, y concretamente en la Comunidad Autónoma de Andalucía, la Consejería de Salud y Bienestar Social perteneciente a la Junta de Andalucía dispone de un apartado exclusivo para la promoción de la salud en el que recoge programas y proyectos de promoción de la salud que se desarrollan en diferentes entornos: educativo, sanitario, comunitario y laboral.

- Programas del Entorno Escolar.
- Actividad Física y Alimentación equilibrada.

- Embarazo y Salud.
- Cardiovascular.
- Tabaquismo.
- Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo.
- Material Publicado para Inmigrantes.
- Catálogo de Recursos. Promoción de la Salud.
- Red Social Europea.
- Diabetes.

1.3. Calidad de vida y percepción de salud

Como se ha reseñado en apartados anteriores, la salud es algo más que la ausencia de enfermedad, por lo que es obvio la necesidad de que se produzcan actuaciones que logren una buena concienciación de la población sobre los aspectos positivos que residen en, por ejemplo, realizar ejercicio físico y una alimentación sana y equilibrada, y los negativos del consumo de sustancias como el alcohol, tabaco, medicamentos autoadministrados y las drogas. Por tanto, no es suficiente solo con la concienciación de la población, sino que también es necesario un mayor grado de formación e información en relación a estos temas.

Tal y como mencionan Ruiz y García (2005) esta búsqueda de condiciones que permitan disfrutar de una buena calidad de vida es imperante sobre todo en los países avanzados; sin embargo, el interés de no solo seguir sumando años a la vida, sino también añadir vida a esos años, es común para todos. En la “WHO/ILAR Taskforce Impares

Quality of Life”, celebrada en León (México), la calidad de vida ha sido definida como la “percepción de los individuos sobre su propia posición en la vida, dentro del contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que viven, así como en relación con sus metas, expectativas, estándares e intereses” (Ruiz y García, 2005, p. 19). En el caso de España, en donde se está dando lugar una inversión de la pirámide de edad debido al aumento de la población mayor y el descenso de la infantil y juvenil, cada vez se está centrando más la atención en establecer estrategias adecuadas que nos permitan obtener una “buena” vida, tanto por parte de la población general, como de los estudiosos de diferentes campos científicos e, incluso y no menos importante, de las instituciones públicas.

Desde el punto de vista de la terapia ocupacional, se considera imprescindible el hecho de considerar al ser humano y a cada persona por separado dentro de su mundo holístico, considerando diversos aspectos, además de los físicos, tal y como son los componentes cognitivos y psicológicos, el entorno que le rodea y su contexto, así como las relaciones sociales que lleva a cabo el individuo. Todo esto conforma un estilo de vida y una serie de hábitos que se encuentran estrechamente relacionados con el bienestar. Por tanto, tal y como mencionan Caricote et al. (2009, p. 86) se genera “la necesidad de abordar terapéuticamente las creencias y actitudes, los hábitos cotidianos, que constituyen aspectos primordiales de esta problemática humana y transformarlas en conductas saludables de acciones educativas cognitivo-conductuales orientadas a manejar adaptativamente el funcionamiento psicobiológico del individuo”.

Otro aspecto a determinar es la autopercepción de bienestar y la satisfacción, los cuales son factores puramente subjetivos, pero estrechamente ligados a la salud objetiva, como ya vimos anteriormente, estando ambos (estado de salud autopercebido y observado por los demás) prácticamente ligados. De hecho, se han realizado estudios que investigan lo

que es la “satisfacción autopercebida” en estudiantes universitarios, en donde se intenta averiguar si dicha satisfacción es resultado de la suma de todos los “momentos felices” de la vida, o se trata más bien de una predisposición particular de cada persona de cara al día a día (Castro y Sánchez, 2000).

En sí la percepción de salud es un indicador que se refiere al nivel de salud percibido subjetivamente por cada persona, cómo se siente. Ésta suele ser buena o muy buena en la mayoría de adultos jóvenes ya que se encuentran en el apogeo de su rendimiento físico. Esta percepción positiva va disminuyendo en los adultos maduros, sobre todo en las mujeres, puesto que siguen siendo, en la actualidad y en todos los grupos de edad, un grupo más vulnerable que los hombres frente a los problemas de salud. De hecho, las mujeres tienen una percepción de salud más negativa que los hombres a pesar de que en muchos países desarrollados su esperanza de vida es mayor que la de los hombres.

Por ejemplo, en España, según los datos del último informe sobre los Indicadores de salud 2009, publicados por el Ministerio de Sanidad y Consumo el porcentaje de mujeres que perciben su salud como buena o muy buena (61%) es inferior al de los hombres (73%). Ello es especialmente notable, tal y como se aprecia en la tabla 1 en el grupo de edad de los 45 a los 64 años (Regidor, Gutiérrez-Fisac y Alfaro, 2009, p. 168).

Tabla 1: Autovaloración del estado de salud. Según edad y sexo

Autovaloración del estado de salud. Población de 16 y más años. Distribución porcentual según edad y sexo. España, 2001 y 2006/07						
	Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
	2001	2006/07	2001	2006/07	2001	2006/07
Total						
Muy bueno	14,4	18,0	16,0	20,3	13,0	15,8
Bueno	55,1	48,6	59,4	52,4	51,0	44,9
Regular	23,1	24,8	18,6	20,5	27,2	28,9
Malo	5,7	6,4	4,8	5,0	6,6	7,7
Muy malo	1,7	2,3	1,2	1,9	2,2	2,7
16-24 años						
Muy bueno	26,8	33,7	29,7	36,1	23,8	31,2
Bueno	60,6	53,6	60,3	55,2	60,9	51,9
Regular	11,2	11,3	8,8	8,0	13,7	14,9
Malo	1,0	1,0	0,9	0,5	1,1	1,4
Muy malo	0,4	0,4	0,3	0,2	0,5	0,6
25-44 años						
Muy bueno	18,6	23,5	19,6	25,9	17,6	20,9
Bueno	63,1	54,9	65,5	56,2	60,8	53,6
Regular	14,9	17,2	12,2	14,1	17,5	20,5
Malo	2,3	3,0	1,9	2,2	2,7	3,7
Muy malo	1,0	1,4	0,7	1,5	1,4	1,3
45-64 años						
Muy bueno	8,2	11,4	9,5	12,2	7,0	10,6
Bueno	54,8	47,7	61,2	52,2	48,7	43,2
Regular	27,2	29,8	21,0	25,0	33,0	34,5
Malo	7,6	8,3	6,7	8,1	8,4	8,6
Muy malo	2,2	2,8	1,6	2,5	2,8	3,0
65 y más años						
Muy bueno	5,1	6,4	4,9	7,9	5,2	5,3
Bueno	36,0	33,3	42,5	40,6	31,1	27,9
Regular	42,3	41,6	38,3	38,4	45,3	44,0
Malo	13,4	13,9	12,1	9,8	14,4	16,9
Muy malo	3,3	4,8	2,2	3,4	4,1	5,9

Comparando con los resultados obtenidos de los años 2006/2007 con el informe sobre los Indicadores de salud de 2001, la autovaloración positiva de la salud muestra una tendencia descendente en todos los grupos de edad adulta.

También lo podemos contemplar según comunidades autónomas, tal y como se aprecia en la tabla 2, extraída de Enrique Regidor et al. (2009, p. 178). Se observa ciertas variaciones: Galicia, con un 55%, Murcia (62%) y Asturias (62,5%) fueron las comunidades autónomas con una peor valoración de la salud en 2006/07, mientras que La Rioja, con un 76% de la población que valoró su salud como buena o muy buena, Baleares y Cantabria, con 71,6%, y País Vasco (71,2%), fueron las comunidades donde se observó una mejor percepción subjetiva de la salud.

Tabla 2: Autovaloración del estado de salud. Según comunidades autónomas

Autovaloración del estado de salud. Población de 16 y más años.										
Distribución porcentual según comunidad autónoma. España, 2001 y 2006/07										
	2001				Muy malo	2006/07				
	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo		Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
Total	14,5	55,0	23,1	5,7	1,7	18,0	48,6	24,8	6,4	2,3
Andalucía	15,3	52,0	25,3	5,8	1,7	22,0	45,2	23,2	5,9	3,6
Aragón	12,8	60,5	20,5	4,6	1,5	15,8	54,6	22,1	6,2	1,3
Asturias	18,7	51,6	21,6	7,0	1,1	12,4	50,1	27,0	8,3	2,1
Baleares	17,7	49,3	25,4	5,6	2,0	20,9	50,7	20,5	5,5	2,4
Canarias	16,3	47,5	26,5	6,3	3,4	7,7	60,2	23,8	7,0	1,1
Cantabria	17,3	53,9	23,3	3,4	2,1	8,6	63,0	20,5	6,8	1,2
Cast.-La Mancha	8,3	63,9	21,0	5,5	1,2	17,5	48,7	27,0	5,5	1,2
Castilla y León	14,9	56,7	21,9	5,8	0,7	18,0	53,0	22,3	5,9	0,8
Cataluña	11,6	57,2	22,8	6,2	2,3	19,6	46,3	26,4	6,0	1,7
Com. Valenc.	17,0	54,5	21,3	5,9	1,4	18,2	44,9	26,2	7,5	3,2
Extremadura	16,8	50,3	23,4	7,3	2,1	12,9	49,9	28,0	7,4	1,8
Galicia	6,9	55,2	30,2	6,9	0,8	8,7	45,9	33,5	9,1	2,9
Madrid	14,3	56,9	21,4	5,0	2,4	23,1	47,1	22,3	5,0	2,5
Murcia	20,4	48,0	23,2	6,3	2,1	13,0	49,0	27,3	7,7	3,0
Navarra	20,8	63,0	11,9	3,5	0,8	18,8	49,6	22,6	7,0	1,9
País Vasco	18,7	56,7	19,3	4,3	0,9	15,5	55,7	21,5	5,4	2,0
La Rioja	19,0	58,2	17,6	4,4	0,8	15,0	61,0	18,4	4,5	1,1
Ceuta y Melilla	24,5	45,1	23,2	4,4	2,8	27,4	39,8	21,2	8,4	3,2

Centrándonos en el contexto universitario, y en relación con la promoción de la salud, es evidente que la percepción de la misma por parte de la población universitaria es importante. En el estudio de Scharager, Zuzulic y Reyes (2009) se mostró, a través de la experiencia, la percepción de los alumnos sobre factores que favorecen o empeoran la calidad de vida, obviamente asociados a temas de salud, como son los hábitos de cuidado diario, tiempo libre, entorno saludable, redes sociales, etc. Precisamente, los objetivos específicos de esta investigación son “sensibilizar a los jóvenes participantes en temáticas de salud y calidad de vida con metodología de pares, y obtener información que oriente a los servicios de salud estudiantil, a desarrollar acciones preventivas específicas desde la perspectiva directa de los alumnos, para favorecer su calidad de vida” (p. 1). Por lo tanto, se podría decir que la percepción de salud es directamente proporcional prácticamente a la calidad de vida.

I.4. Jóvenes y salud

I.4.1. Características de la adolescencia y la juventud

Según Alorda (s. f.) podemos describir y explicar diversos aspectos que comprometen al estado de salud de las personas que pasan de la etapa adolescente a la de adultez:

1. Evolución biofisiológica en la adultez.

Como es evidente, los cambios en el periodo de adulto maduro son incuestionables, apreciándose tanto en la apariencia física como en el propio funcionamiento del cuerpo. En este caso, se encuentran diferencias en lo relacionado con varios aspectos como:

- Sistema de tejidos, membranas, piel y derivados de la piel

- Sistema nervioso
- Órganos de los sentidos
- Sistema locomotor
- Sistema respiratorio
- Sistema cardiovascular
- Sistema endocrino
- Sistema inmunitario
- Sistema urinario
- Sistema reproductor

Obviamente, en el inicio de la etapa adulta todos los sistemas corporales funcionan a un nivel óptimo, puesto que los componentes genéticos y hormonales que impulsan el crecimiento se detienen al principio de la juventud. Así pues, reseñar que las chicas alcanzan su máxima estatura a los 16 años y la mayoría de los chicos lo hacen alrededor de los 18 o 20 años. Además, a los 20 años se da un crecimiento muscular y aumento de grasa, las mujeres alcanzan su tamaño definitivo de pecho y cadera y los hombres el de los hombros y de la parte superior del brazo.

2. Evolución psicológica y social en la adultez.

En este apartado, nos centraremos especialmente en la etapa de adulto joven (de 19 a 25 años), que es la edad en la que se enmarcan, por regla general, la población de estudiantes universitarios.

En la etapa adulta se lleva a cabo el desarrollo psicosocial, que consiste en adaptarse y afrontar situaciones vitales muy diversas, y es lo que la hace especialmente distintiva, siendo estos más autónomos para escoger su propio proceso de desarrollo y estando estrechamente vinculado y condicionado al desarrollo cognitivo. La etapa de adulto joven se caracteriza por un aumento en las capacidades mentales de razonamiento matemático, fluidez verbal, capacidad de vocabulario, de extraer conclusiones y razonar. En definitiva, es en la madurez cuando, por regla general, se adquiere más habilidades de afrontamiento y capacidades de resolución ante los problemas prácticos y de la vida diaria.

Además, el desarrollo intelectual está condicionado por la interacción entre diversos factores, tales como los biológicos, sociales, psicológicos y culturales a lo largo de las etapas del ciclo vital. Según Shaie y Willis (2000), citado por Alorda (s. f.), se pueden identificar seis estadios de desarrollo intelectual en las personas adultas, de los cuales los cuatro primeros corresponden a las etapas del adulto joven y maduro:

- **Estadio de logro:** Comienza en la juventud, a la hora de aplicar los conocimientos para desarrollar carreras profesionales y la vida en pareja/familia. Se aplica la inteligencia en aquellas situaciones que tienen consecuencias importantes para lograr las metas personales a largo plazo.
- **Estadio de responsabilidad:** Se inicia cuando los adultos jóvenes han adquirido las habilidades cognitivas para orientar su conducta, logrando un grado de independencia personal para manejar situaciones con responsabilidad social. En la mayoría de los casos, se instaura cuando la persona debe hacerse cargo de las necesidades de otros que están bajo su responsabilidad (pareja y/o hijo) y cuando adquiere responsabilidades hacia otras personas en el trabajo y la comunidad.

- **Estadio ejecutivo:** Estadio que la persona debe alcanzar cuando las responsabilidades aumentan su complejidad según el cargo o el puesto de trabajo que ocupa, desarrollándose capacidades de planificación y evaluación para aplicar al nivel de responsabilidad dentro de la organización.
- **Estadio de reorganización:** Se alcanza al final de la madurez e implica la toma de decisiones que la persona lleva a cabo para iniciar la transición del trabajo a la jubilación y para planificar la economía para el resto de su vida.

Centrándonos aún más en las características del adulto joven, nos encontramos con que el hacerse adulto es una de las transiciones más importantes de la vida. En la sociedad española la edad de 18 años proporciona estatus legal de adulto, adquiriéndose el derecho a votar, pero no por ello significa una ruptura con la etapa de la adolescencia ni confirmación como adulto.

Muchos jóvenes empiezan su vida laboral al terminar su educación académica, ayudándoles a sentirse adultos cuando ganan su propio dinero y se ven independientes económicamente de su familia. Otros, aunque también compaginen trabajos a tiempo parcial o en épocas concretas del año, deciden continuar con su formación profesional o universitaria, posponiendo su plena entrada en el ámbito laboral. Obviamente, hace falta reseñar que existen múltiples diferencias en lo relacionado con la transición a la etapa adulta según la cultura y en el contexto en el que se encuentre; por ejemplo, en culturas no occidentales tienen criterios bien definidos que deben reunir los hombres para convertirse en adultos, centrándose en tres factores principales: procrear, alimentar a la familia y protegerla. A diferencia de estos, para las mujeres es la menarquia, siendo el hito que marca la etapa adulta.

Según Alorda (s. f.) los sociólogos han determinado una serie de acontecimientos vitales que marcan la transición de la etapa adolescente al comienzo de la edad adulta, de los cuales, remarcaremos los siguientes:

1. **El final de la escolarización:** Siendo el punto de intersección entre la adolescencia y la adultez, iniciando un periodo de exploración y búsqueda de alternativas. Es en este momento donde debe decidir si empezar a trabajar o continuar con sus estudios a un nivel superior, si se va a vivir fuera del hogar familiar o permanece en el mismo. Por último, nombrar que surge la necesidad de disminuir la dependencia emocional de sus padres.
2. **El trabajo y la independencia económica:** En nuestra sociedad, es realmente importante el trabajo, pues da sentido a la identidad personal y tiene muchas implicaciones psicológicas, siendo ésta la primera tarea importante en la vida de las personas, representando uno de los cambios más significativos respecto a las etapas anteriores. Además, llevar a cabo un trabajo satisfactorio conlleva un bienestar psicológico muy vinculado al autoconcepto, llegando a ser tal su importancia que muchas personas se presentan mencionando su ocupación. El trabajo representa algo fundamental puesto que aporta nuevas amistades, poder, experiencia social fuera de la familia, poder participar en tareas colectivas, además de contribuir a dar significado a la vida. Sin embargo, cabe mencionar que el mundo laboral actual es muy competitivo, exigiendo un alto nivel de competencia para determinados profesionales, dificultando el acceso a muchos jóvenes. Si se logra el trabajo deseado supone una influencia favorable en su estabilidad laboral, concepto de autovaloración y motivación, así como en el sentimiento de eficiencia. Por el contrario, si existen dificultades y se aceptan trabajos que no satisfacen demasiado o

encontrarse en situación de paro laboral, los logros y las expectativas de vida se ven afectados negativamente.

3. **Independizarse de la familia:** Esta etapa está estrechamente vinculada con la incorporación al mercado laboral y la consolidación del empleo. Es entonces cuando se tiene la necesidad de disminuir la dependencia emocional de los padres y formar su propio hogar, con independencia del familiar. Actualmente, la falta de trabajo estable provoca que muchos jóvenes no puedan independizarse económicamente y permanecen en el domicilio familiar hasta la edad de 30 o más años.
4. **La vida en pareja:** Tener amigos íntimos para muchos adultos jóvenes satisface la necesidad propia de afiliación, pero para la mayoría de los adultos la fuente de intimidad más profunda es la vinculación sexual con un compañero, implicando frecuentemente el matrimonio o la vida en pareja. La elección de pareja está determinada por el marco de relaciones sociales (trabajo, ocio, compañeros de estudios, etc.). En la actualidad, cabe mencionar la importancia de las redes sociales, las cuales han implicado un aumento de la capacidad de conocer a otras personas en un menor tiempo, así como la movilidad de los jóvenes para estudiar, viajar y trabajar en otros países, fomentando las parejas de países y etnias diferentes. Según Triadó (2003), citado por Alorda (s. f.), se distinguen cuatro fases en el proceso de selección de la pareja:
 - *Fase 1:* Los compañeros se seleccionan entre los que están en el mismo marco de relaciones sociales, siendo la apariencia física y la forma de ser elementos claves en la atracción inicial.
 - *Fase 2:* Las parejas comparten gran parte de su tiempo, van conociéndose

mejor e interactúan de forma más profunda en la relación. Si se descubre algo que no agrada o no se respeta, se puede romper la relación.

- *Fase 3:* La compatibilidad de los roles y el sentimiento de empatía afianzan la relación, proporcionando a la pareja la sensación de buen funcionamiento.
- *Fase 4:* La relación se consolida y los miembros de la pareja se sienten más seguros de sus sentimientos y optan por casarse o cohabitar.

Por lo tanto, supone una fase esencial en la vida y el desarrollo de un adulto, puesto que en esta etapa también es cuando se establece la identidad personal, las relaciones íntimas, así como la implicación a la comunidad. Por último, hace falta mencionar que, debido a esta serie de características en esta fase de crecimiento y proceso madurativo del ser humano, resulta ser una población bastante susceptible ante los cambios y son conductualmente maleables en cierto aspecto, por lo que tenemos que tener especial cuidado en lo que respecta a un aprendizaje y una buena asimilación del concepto de estilo de vida saludable.

En lo que respecta a los problemas de salud en la adultez, esta etapa es la más larga de la vida, siendo los problemas de salud los que pueden cambiar considerablemente el desarrollo general de la existencia de cualquier persona. Según Alorda (s. f.) “durante los últimos 40 años se han realizado estudios que han observado la relación entre los estilos de vida de los individuos y la incidencia posterior de la enfermedad y de la muerte. Estos estudios demostraron que, específicamente en la madurez, más de la mitad de los casos de fallecimiento y de enfermedad tenían relación con factores del estilo de vida y no con la edad”.

Por tanto, en la salud influyen factores relacionados con el estilo de vida y que afectan de forma negativa a la salud de los adultos, como son una dieta inadecuada, el sedentarismo, el tabaquismo, el consumo de bebidas alcohólicas y de otras sustancias. Otros factores que también actúan como condicionantes de la salud son los sociales (destacando el nivel socioeconómico y educativo) y el sexo. En lo que respecta al nivel socioeconómico, la pobreza es el condicionante más determinante para la salud en todo el mundo, sin obviar la importancia del acceso a la educación, que permite tener más conocimiento sobre los cuidados de salud. Por último, el factor de sexo, desconocido antes de la década de los 90 porque no se incluía a las mujeres en los estudios importantes de salud, influye especialmente en la expectativa de vida.

Tal y como se aprecia en la tabla 3, que se encuentra en las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012 de la OMS (2012, p. 62), la esperanza de vida al nacer alcanzó en 2009 un valor medio en todo el mundo de 71 años, frente a los 46,5 años del período 1950-1955.

Tabla 3: Esperanza de vida al nacer

Estado Miembro	Esperanza de vida al nacer ^a (años)					
	Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
	1990	2009	1990	2009	1990	2009
Margen de variación de los valores de los países						
Mínimo	36	47	28	44	43	48
Mediana	68	72	64	69	70	75
Máximo	79	83	76	82	82	86
Región de la OMS						
Región de África	51	54	49	52	53	56
Región de las Américas	71	76	68	73	75	79
Región de Asia Sudoriental	59	65	58	64	59	67
Región de Europa	71	75	68	71	75	79
Región del Mediterráneo Oriental	61	66	59	64	63	67
Región del Pacífico Occidental	69	75	68	72	71	77
Grupo de ingresos						
Ingresos bajos	52	57	50	55	54	59
Ingresos medianaos bajos	63	68	61	66	64	69
Ingresos medianaos altos	68	71	64	68	72	75
Ingresos altos	76	80	72	77	79	83
Mundial	64	68	62	66	66	71

Destacar que las mujeres continúan manteniendo una esperanza de vida más alta que los hombres: 79 años en las zonas de América y de Europa, frente a la de los hombres, de 71-72 años en las mismas regiones. Los países de África, con menos recursos, son los que tienen una esperanza de vida más corta: 52 años para los hombres y 56 para las mujeres.

Sobre los aspectos de morbi-mortalidad y basándonos en el informe de la OMS de 2011 (OMS, 2011b) las 10 principales enfermedades y problemas de salud que causan más morbilidad y son la principal causa de mortalidad a nivel mundial entre la población adulta son: la enfermedad isquémica del corazón, los accidentes vasculares cerebrales, los cánceres de tráquea, bronquios y pulmón, la enfermedad de Alzheimer, las infecciones de las vías respiratorias inferiores, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el cáncer de colon y recto, la diabetes mellitus, la enfermedad hipertensiva del corazón y el cáncer de mama. En concreto, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la enfermedad respiratoria crónica y la diabetes puesto que causan un 63% del número total de defunciones anuales en el mundo. También hace falta reseñar que una parte importante de estas muertes (29%), en un número parecido entre hombres y mujeres, se da en personas menores de 60 años, por lo que se consideran muertes prematuras y en buena medida prevenibles.

Según el último informe sobre Patrones de Mortalidad en España (Regidor y Gutiérrez-Fisac, 2012) el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad:

- La tasa de mortalidad ajustada por edad en 2009 fue un 76% superior en hombres que en mujeres.
- Las 15 primeras causas de muerte en 2009 de acuerdo al número de defunciones fueron: cáncer, enfermedades del corazón, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, enfermedad de Alzheimer, accidentes no intencionales, diabetes mellitus, neumonía e influenza, nefritis, nefrosis y síndrome nefrótico, enfermedad crónica del hígado y cirrosis hepática, enfermedad hipertensiva, suicidio, septicemia, enfermedad de Parkinson y enfermedad vascular

intestinal.

- Los hombres presentan una tasa más alta de mortalidad ajustada por edad que las mujeres en la mayoría de enfermedades, exceptuando en la enfermedad de Alzheimer, en la que la tasa de mujeres es superior, y en la enfermedad hipertensiva, que se da de manera muy parecida en los dos sexos.

Este grupo de enfermedades, por sus características (no transmisibles y/o crónicas) son consideradas de larga duración y de evolución lenta, lo que causa muy a menudo problemas de discapacidad funcional y de disminución de la calidad de vida en las personas.

Según este informe, el tabaco es uno de los principales factores de riesgo atribuidos a estas enfermedades, que en los países altamente desarrollados tienen un índice más alto de mortalidad, alrededor de un 90%. Aparte del consumo de tabaco, el uso de combustibles sólidos en los hogares, como el carbón vegetal y la madera, que contaminan el aire en los espacios cerrados, se asocia a una mortalidad más alta por enfermedad obstructiva crónica y por cáncer de pulmón en la población adulta.

Hay que reseñar igualmente otros aspectos como son los accidentes de tráfico, cuya tasa de mortalidad según Alorda (2012) es otro de los problemas que destaca el informe de la OMS, que estima que en 2030 será la quinta causa de mortalidad a nivel mundial. Como consecuencia de ello, cada día mueren más de 3500 personas en el mundo y millones de ellas acaban con lesiones y discapacidades para toda la vida.

En conclusión, la morbilidad y la mortalidad en esta etapa de edad está relacionada con los factores sociales de estilo de vida sedentaria, la mala alimentación, el consumo de

tabaco y alcohol, por lo que es necesario establecer factores y conductas de protección para prevenir los factores de riesgo. La OMS estima que, si se eliminasen estos factores principales de riesgo, se podrían prevenir unas 3/4 partes de la carga absoluta atribuible a las enfermedades cardiovasculares, las cerebrovasculares y la diabetes tipo II, y un 40 % de los casos de cáncer.

No hay que olvidar que casi dos tercios de las muertes prematuras y un tercio de la carga total de morbilidad en adultos se asocian a enfermedades o comportamientos que comenzaron en su juventud, entre ellas el consumo de tabaco, la falta de actividad física, las relaciones sexuales sin protección y la exposición a la violencia (OMS, 2011d).

I.4.2. Revisión de la literatura relacionada con la salud y los jóvenes

Al llevar a cabo una búsqueda de evidencias, se han hallado estudios en diferentes lugares del mundo en base a planes políticos para promocionar la salud en la comunidad, abordando diversos aspectos y, en nuestro caso, centrados en aquellos que incluyen la población escolar y universitaria en concreto. Por ejemplo, en base a promoción y estudio sobre la actividad física (Edwards y Tsouros, 2008, pp. 33-34), planes centrados en las diversas conductas saludables para el ámbito escolar y educativo (WHO, s. f.), estudios a nivel europeo para plantear programas a nivel nacional y de forma individualizada, en donde los estudiantes universitarios forman un papel importante los países integrantes (Lafond, Heritage, Farrington y Tsouros, 2003), y planes específicos para el territorio nacional español (García, Abadía, Durán, Hernández y Bernal, 2010). A través de estos se refleja la importancia existente en saber y averiguar qué tipo de actividades saludables realizan y en qué contexto se encuentran los estudiantes universitarios y las universidades en sí.

Como se puede observar en algunos de los datos fundamentales de la OMS en lo que respecta a riesgo de salud para la población juvenil:

- Cada año mueren más de 2,6 millones de jóvenes de 10 a 24 años por causas prevenibles.
- Cada año dan a luz aproximadamente 16 millones de mujeres adolescentes de 15 a 19 años.
- Los jóvenes de 15 a 24 años representaron el 40% de todos los casos nuevos de infección por VIH registrados entre los adultos en 2009.
- En el periodo de un año, aproximadamente el 20% de los adolescentes sufren un problema de salud mental, como depresión o ansiedad.
- Se estima que unos 150 millones de jóvenes consumen tabaco.
- Cada día mueren aproximadamente 430 jóvenes de 10 a 24 años a causa de la violencia interpersonal.
- Se estima que los traumatismos causados por el tránsito provocan la muerte de unos 700 jóvenes cada día (OMS, 2011d).

Sin embargo, la pregunta de indagación de esta investigación, además de sustentarse a través de revisiones sistemáticas o guías de práctica clínica basadas en evidencias, también focaliza toda la atención posible en la serie de estudios, artículos e investigaciones hallados en la búsqueda en las fuentes de datos bibliográficas.

Cabe reseñar que, un contexto favorable para la obtención de datos e información y para poder llevar a cabo investigaciones relacionadas con hábitos de salud, son las

universidades (Intra, Roales y Moreno, 2011). De tal forma que, teniendo en cuenta tanto las características de esta población como los factores de riesgo relacionados, se han realizado múltiples estudios que han analizado los hábitos relacionados con la salud en los estudiantes universitarios y adolescentes (Al-Kandari y Vidal, 2007; Antoine-Jonville, Sinnapah, Laviolle, Paillard y Hue, 2010; Berg et al., 2010; Huang, DeJong, Schneider y Towvim, 2011; Larouche, 1998; Lee y Loke, 2005; Lum, Corliss, Mays, Cochran y Lui, 2009; Riou França, Dautzenberg, Falissard y Reynaud, 2009; Tirodimos, Georgouvia, Savvala, Karanika y Noukari, 2009; Ulla y Pérez, 2009; Urner, Tornic y Bloch, 2009).

Según la OMS (2011a) “casi dos tercios de las muertes prematuras y un tercio de la carga total de morbilidad en adultos se asocian a enfermedades o comportamientos que **comenzaron en su juventud**, entre ellas el consumo de tabaco, la falta de actividad física, las relaciones sexuales sin protección y la exposición a la violencia”. Esto se debe a que esta población es susceptible de adquirir y llevar a cabo hábitos de vida no saludables, siendo un grupo principal a la hora de estudiar las diversas variables que conforman un estilo de vida saludable. Tal y como se refleja, muchas enfermedades graves de la edad adulta comienzan en la adolescencia y en la joven adultez, tal y como son el consumo de tabaco, de alcohol y/o ilegales, las infecciones de transmisión sexual (entre ellas el VIH) y los malos hábitos alimentarios y de ejercicio, siendo causas de enfermedad o muerte prematura en fases posteriores de la vida (Intra et al., 2011; WHO, 2011).

Lo cierto es que la mayoría de los jóvenes están sanos; sin embargo, cada año se registran más de 2,6 millones de defunciones en la población de 15 a 24 años (OMS, 2011d), un número mayor sufre enfermedades que reducen su capacidad para crecer y desarrollarse plenamente y son más todavía los que adoptan comportamientos que ponen en peligro su salud presente y futura.

Es por este motivo principalmente por el cual la OMS desempeña diversas funciones para mejorar la salud de los jóvenes:

- contabilizar el número de jóvenes que mueren y que sufren enfermedades y traumatismos, así como el número de los que adoptan comportamientos que pueden dar origen a enfermedades o lesiones en el futuro. Se abarcan también la evaluación de los factores presentes en la comunidad que entorpecen o favorecen la salud y el desarrollo de los adolescentes;
- determinar las alternativas más eficaces para promover la buena salud entre los jóvenes, prevenir los problemas de salud y responder a ellos cuando se manifiestan;
- desarrollar los métodos e instrumentos que permiten aplicar la evidencia en los países;
- velar por que todas las personas e instituciones puedan aplicar esos instrumentos en los países;
- sensibilizar sobre estos temas al público en general y a los colectivos pertinentes;
- crear una perspectiva común entre los asociados y un sentido de la finalidad también común respecto a lo que debe hacerse;
- apoyar a los países en lo que atañe a la formulación de políticas y programas y a su aplicación, vigilancia y evaluación (OMS, 2011d).

I.4.2.1. Estadísticas morbi-mortalidad en jóvenes españoles

En el año 2008, según la ICD-10 (*International Classification of Diseases, 10th revision*) (WHO, 2008). se registraron un total de 1841 muertes de jóvenes españoles de edades comprendidas entre los 15 y 24 años, estando la mayoría de ellas relacionadas con:

- Accidentes de tráfico (conductor y acompañantes, con y sin colisión)
- Intento autolítico por estrangulación o ahogo
- Melanomas y neoplasmas malignos (sobre todo en los sistemas digestivo y respiratorio). También reseñar melanoma maligno de piel.
- Leucemia linfocítica, parálisis cerebral infantil, hemorragias y fallos a niveles cardíacos y respiratorios

- Enfermedad y trastorno mental asociado a consumo de sustancias y enfermedades de transmisión sexual (VIH).

Según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), en el año 2009 hubo en España un total de 616 defunciones de jóvenes de edades comprendidas entre 15 a 19 años y 921 defunciones entre 20 a 24 años. En Andalucía, un total de 534 defunciones teóricas de jóvenes andaluces entre 15 a 25 años, siendo en Málaga un total de 28 (entre 15 a 19 años) y 35 (entre 20 a 25 años) (INE, 2009).

I.4.2.2. Instrumentos de evaluación sobre estilos de vida en jóvenes universitarios

En relación con la búsqueda realizada acerca de los instrumentos empleados para evaluar el estilo de vida se han hallado artículos que emplean cuestionarios específicos y validados, tal y como es el HPLP-II (*Health Promotion Lifestyle Profile II*), cuyas variables están relacionadas con los perfiles de promoción de vida saludable y que tienen muy en cuenta los factores socio-demográficos (Al-Kandari y Vidal, 2007; Lee y Loke, 2005; Ulla y Pérez, 2009). Cabe mencionar que hasta la fecha solo se han publicados dos instrumentos en castellano que evalúan el estilo de vida en general: el primero es el “Perfil del estilo de vida promotor de la salud para hispanos” (*Spanish-Language Health-Promoting Life Style Profile -HPLP- Hispanics*) que valora seis dimensiones, y el segundo es el “Cuestionario de prácticas y creencias relacionadas con estilos de vida y la Encuesta sobre factores del contexto relacionados con el estilo de vida”, que evalúa siete dimensiones. Otros estudios han utilizado un cuestionario elaborado ex profeso, pero el instrumento no es facilitado o muestran cierta debilidad metodológica (Intra et al., 2011, p. 141).

También se ha hallado un estudio en donde se ha construido y analizado las propiedades psicométricas de un cuestionario que evalúa las conductas de salud que forman

parte del estilo de vida de los universitarios colombianos, siendo este el “Cuestionario de estilos de vida de jóvenes universitarios” (CEVJU) (Lema, Salazar, Varela, Tamayo y Rubio, 2009). Este instrumento ha sido versionado y modificado posteriormente, dando lugar al CEVJU-R, y fue utilizado en estudios posteriores (Salazar, Varela, Lema, Tamayo y Duarte, 2010). Sin embargo, y a pesar de la especificidad del mismo, continúa sin tener una base y una consistencia interna notable. Por último, se halló un instrumento creado y validado en el contexto español, llamado “Cuestionario sobre estilos de vida y salud en estudiantes universitarios” (ESVISAUN), que se va a utilizar para llevar a cabo este estudio y que se explicará detalladamente más adelante. Tal y como menciona Bennassar (2012, p. 14) : “el cuestionario ESVISAUN puede considerarse un instrumento válido y fiable para identificar hábitos de vida saludables y problemas de salud con el objetivo de diseñar intervenciones en el marco de la promoción de la salud en el entorno universitario”.

1.4.2.3. Universitarios y estudios sobre factores de riesgo y estilos de vida

En general, en los diversos estudios llevados a cabo en el ámbito universitario, se muestran diferencias características de la población en relación a culturas, lugares de estudio, edad, sexo, etc. Generalmente, y a pesar de que hallan múltiples factores de riesgo y determinantes de salud, la mayoría de estas investigaciones están centradas en un solo factor, concretas y focalizadas, siendo muy frecuente las que tienen que ver con el consumo de tabaco (Berg et al., 2010; Riou França et al., 2009) y alcohol (Huang et al., 2011; Lum et al., 2009) principalmente, aunque también se encontramos estudios en relación con otras variables, como actividad física (Cancino, Urzua y Ulloa, 2009), patrones de sueño (Urner et al., 2009), perfil de dieta (Antoine-Jonville et al., 2010) y conducta sexual (Valencia, Canaval, Reyes, Hassan y García, 2011) entre otros.

Los resultados muestran diferencias significativas entre los estudios debido a

diferentes factores, como los culturales y demográficos, pudiéndonos basar en artículos que hayan hecho un estudio centrado en alguna variable concreta, por ejemplo, según sexo (Grimaldo, 2005). Sin embargo, sus resultados o exposiciones no podrían extrapolarse a otro lugar del mundo puesto que cada estudio está diseñado y realizado en un contexto particular.

Cabe reseñar también que se han hallado referencias basadas en la población universitaria y en los estilos de vida llevadas a cabo en el contexto español (Castillo y Sáenz, 2008; Ruiz y García, 2005).

En la búsqueda bibliográfica se han podido observar estudios que han llevado a cabo su investigación sobre estilos de vida según el sexo de los estudiantes (Grimaldo, 2005). Sin embargo, no se han hallado múltiples artículos que relacionen las divergencias entre estilos de vida (abarcando más de un solo aspecto) y titulación universitaria, exceptuando una investigación realizada en Grecia, donde se analiza la información en base al sexo y a la titulación principalmente (Tirodimos et al., 2009). Este tipo de estudios tienen un carácter generalmente descriptivo mediante el que obtenemos información relevante a la hora de planificar diseños de estudios, además de dar a conocer las necesidades y características de los estudiantes con la finalidad de elaborar un entorno educativo que promueva los estilos de vida saludables y se potencie y maximice el trabajo de los universitarios en dicho contexto. Nos proporciona información sobre la verdadera situación en la que se encuentra esta población, mostrando las necesidades específicas de los estudiantes, además de las áreas donde presentan más dificultades. Su finalidad es reflejar una serie de datos en los que nos podamos basar a la hora de ayudar a los administradores universitarios, planes de estudios, y a la comunidad de profesionales de la salud en estudiar y ofrecer las pautas de diseño para la estructuración de un entorno más saludable y el

desarrollo de programas de educación para la salud que apoyen las opciones saludables entre los estudiantes universitarios.

Por ello, la evaluación de las conductas de salud en los jóvenes universitarios es de vital importancia, y aún más si se hace en relación con la titulación, puesto que se ha demostrado que no hay estudios que hayan investigado este tema en profundidad, reflejándose que hacen falta más artículos, estudios e investigaciones respecto a este tema en cuestión. Debido a la ausencia de los mismos, sobre todo en el ámbito nacional, se ha optado en que es una buena oportunidad el llevarlo a cabo en la población universitaria de la Universidad de Málaga. Su finalidad es poder obtener información suficiente para proporcionar un entorno eficaz para maximizar el potencial de los estudiantes para que promuevan la salud y para que las Universidades opten a favor de adquirir, desarrollar e implementar una política y unas medidas que faciliten los estilos de vida saludables.

Para ello, se realiza el siguiente estudio, en donde, de forma descriptiva y transversal, se exponen los resultados obtenidos en relación a las conductas saludables y de riesgo de los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Educación. Con esto, también se pueden romper muchas creencias erróneas o inadecuadas de la sociedad, dando a conocer la realidad de la vida cotidiana de este grupo concreto. Generalmente, el pensamiento social actual se ha fomentado en las bases de vida de antaño, siendo los profesionales relacionados con la salud los principales portadores de la vida saludable. Sin embargo, ¿y si eso no es así en la actualidad y podemos investigar sobre ello?

1.5. Universidad y aprendizaje. Universidad promotora de salud

Según la Consejería de Salud (s. f.-a) "las universidades promotoras de salud son aquellas en la que se lleva a cabo un plan estructurado y sistemático en beneficio de la

salud, el bienestar y el capital social de toda la comunidad universitaria”.

Tal y como se ha mencionado con anterioridad, la población de jóvenes universitarios resulta ser un pieza crucial para determinar los factores de riesgo más prevalentes para, de esta forma, llevar a cabo estrategias y determinar medidas para promover la salud en la mayor amplitud posible, así como su cumplimiento. Para ello, se han ido estableciendo diversos programas de promoción de salud en donde se interviene tanto en el individuo como en su entorno. Michael O Donnell (Scharager et al., 2009, pp. 4-5) propone tres niveles de impacto de los programas de promoción de salud en las organizaciones:

- Nivel I: Programas de aumento de la información y sensibilización sobre temáticas de salud para el incremento de la percepción de riesgo y de la motivación e interés en diversos tópicos de salud. Incluye boletines informativos, clases educacionales y ferias saludables, entre otros.
- Nivel II: Programas para la modificación de estilos de vida, centrados en el desarrollo de habilidades para llevar a cabo nuevas conductas de salud. El inconveniente principal de este nivel es el fracaso para sustentar el cambio conductual a largo plazo. La mejor manera de reducir esos lapsos es a través de programas de apoyo ambiental.
- Nivel III: Programas de apoyo ambiental con el objetivo de crear un ambiente donde el entorno estimule estilos de vida saludables de manera permanente, incluyendo cambios en el ambiente físico, políticas corporativas y cultura organizacional.

Por lo tanto, uno de los objetivos primordiales en el ámbito sanitario ha sido presentar estrategias de promoción de salud en la población universitaria para propiciar en éstas la adquisición de conductas saludables y su continuación en el tiempo. El hecho de que se considere la universidad como un entorno propicio donde fomentar dichas conductas es un acontecimiento relevante puesto que, tal y como se expuso con anterioridad, no solo resulta importante el individuo, sino también sus relaciones, su entorno y su contexto.

Recientemente, a nivel internacional empezó a hacerse especial hincapié en llevar a cabo una serie de políticas y organizaciones en las cuales se desarrollen universidades promotoras de salud. En 2003, en Santiago de Chile, tuvo lugar el I Congreso Internacional de Universidades Promotoras de Salud, evento en el que se dio a conocer la estrategia para que, desde las Universidades, se contribuyera a la promoción de estilos de vida saludables.

Posteriormente, en el año 2007, tuvo lugar el III Congreso Internacional, organizado por la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez (México), que supuso un espacio de encuentro y de trabajo que permitió dar lugar a la creación de la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de Salud.

El 22 de septiembre de 2008 se constituyó la Red Española de Universidades Saludables (REUS), iniciativa en la que actualmente participan 22 universidades de toda España y diversos organismos como la Conferencia de Rectores de Universidades Españolas (CRUE) o el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad entre otros. “Su objetivo principal es el de reforzar el papel de las universidades como entidades promotoras de la salud y el bienestar de sus estudiantes, su personal, y de la sociedad en su conjunto, liderando y apoyando procesos de cambio social” (REUSUMU, s. f.).

Poco después, en septiembre de 2009, la Organización Panamericana de la Salud

(OPS) realizó uno de los documentos de trabajo fruto de IV Congreso Internacional dicho congreso, titulado *Una Nueva Mirada al Movimiento de Universidades Promotoras de la Salud en las Américas*. Concretamente, uno de sus apartados se caracteriza por exponer una *Muestra de Experiencias Nacionales de Promoción de la Salud en Instituciones Universitarias y Expresiones de Adhesión a la Iniciativa*” de experiencias llevadas a cabo en Chile, Costa Rica, Ecuador, México, Puerto Rico, Argentina, Perú, Panamá y Colombia (OPS, 2009). En el marco de este IV Congreso Internacional varias universidades suscribieron la Declaración de Pamplona («Declaración de Pamplona/Iruña», 2009), en cuyas páginas 3 y 4 se expone que la adhesión a la Red Internacional de Universidades Promotoras de Salud compromete a las universidades en el cumplimiento de los objetivos siguientes:

- Potenciar la universidad como entorno promotor de la salud de la comunidad universitaria y de la sociedad en su conjunto.
- Fomentar la investigación y la docencia en Promoción de la Salud.
- Favorecer el intercambio de experiencias en Promoción de Salud.
- Promover y favorecer el trabajo conjunto entre los organismos de Salud Pública, las instituciones comunitarias y las universidades
- Consensuar líneas estratégicas y de trabajo para llevar a cabo un proyecto conjunto de Universidad Promotora de Salud, con la participación de la comunidad universitaria.
- Posibilitar la elaboración y el desarrollo de proyectos comunes en torno a las líneas estratégicas identificadas.
- Potenciar la participación internacional.
- Potenciar el trabajo en Red, la cooperación y alianzas entre todas las Comunidades Universitarias.
- Abogar por la inclusión de la promoción de la Salud en los Planes de Estudio.
- Fomentar la oferta de servicios y actividades dirigidos a promocionar la salud entre la Comunidad Universitaria.

Conforme la REUS se iba implantando otras universidades han querido formar parte

de esta red de iniciativa para fomentar la salud en el entorno universitario. Paralelamente, se continúan haciendo documentos, políticas, así como diversas acciones para propiciar una comunidad universitaria saludable. Por ejemplo, en el documento titulado *Promoviendo Universidades Saludables* (Ministerio de Salud - Perú, 2010, p. 17) se especifica como finalidad la de “Contribuir al desarrollo humano integral de los actores sociales de la comunidad universitaria: alumnos, docentes, administrativos y autoridades, a través de la promoción de la salud”, con los objetivos de:

- Proponer un modelo de abordaje de promoción de la salud en las universidades.
- Coadyuvar al fortalecimiento de iniciativas que contribuyan a la generación de una cultura de la salud, conservación del ambiente y al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad universitaria.

En lo que respecta al contexto de la población de este estudio, en la Comunidad Autónoma de Andalucía, según Consejería de Salud (s. f.-a): “En línea con la creación de la Red Nacional, en el año 2009 se configuró la Red Andaluza de Universidades Promotoras de Salud (RAUS), a la que están adheridas oficialmente las diez universidades públicas andaluzas mediante un acuerdo del Consejo de Gobierno de cada universidad. Son miembros de la RAUS las Universidades de Almería, Cádiz, Córdoba, Granada, Huelva, Jaén, Málaga, Sevilla, Pablo de Olavide y la Internacional de Andalucía”.

En la memoria de gestión *Salud Pública en Andalucía (2008-2011)*, entre las cinco líneas de desarrollo expresadas (Consejería de Salud, s. f.-b), consideramos de especial interés la que planteaba “Impulsar la Salud Pública para mejorar la salud de la ciudadanía andaluza”. Los objetivos planteados fueron, entre otros:

- Creación de una Ley de Salud Pública de Andalucía, en donde se establecen las prioridades en materia de prevención de la enfermedad, promoción y protección de la salud, como eje central de las políticas públicas.
- Impulsar la Ley de Seguridad Alimentaria, que establecerá los criterios y garantías que deben reunir los alimentos que se consumen en Andalucía, promoviendo hábitos dietéticos saludables y definiendo los criterios de trazabilidad de los alimentos.
- Potenciar el trabajo en las áreas de atención preferente condicionadas por situaciones de exclusión social, con el fin de garantizar la atención sanitaria específicamente adaptada a las necesidades de las personas en situación de exclusión y marginación.
- Propiciar entornos saludables, entendiendo como tales aquellos que favorecen la adopción de los estilos de vida más adecuados para evitar las grandes ‘epidemias’ de la población desarrollada del siglo XXI (obesidad, tabaquismo, sedentarismo, diabetes, accidentes de tráfico, enfermedades cardiovasculares,...).
- Potenciar los planes integrales que ya están en marcha en relación con determinantes de la salud (tabaquismo, obesidad, ejercicio físico,...) y plantear nuevas acciones en el ámbito de la promoción y la prevención. Para ello se pondrá en marcha diferentes normativas como: regulación de los menús en los comedores escolares, programas de asesoramiento nutricional o a los grupos de jóvenes en quienes estas medidas permiten evitar los problemas antes de que se instauren, como las estrategias de prevención de la anorexia y la bulimia, entre otros.

CAPÍTULO II. MARCO EMPÍRICO

II.1. Justificación

La delimitación del problema de investigación se circunscribe en el área del triángulo que sitúa sus vértices en tres ámbitos: salud, jóvenes y educación.

Los problemas de salud identificados en la actualidad pueden prevenirse en una proporción elevada a través de la educación, que facilita a las personas intervenir sobre su propia salud y mejorarla. Los profesionales de la educación son agentes importantes en esta tarea, que no solo incluye la transmisión de información y valores, sino también ser modelos y referentes a imitar por parte de los niños, sobre todo en los primeros años de vida. Para conseguir que los niños sean capaces de convertirse en dueños de sus decisiones con suficiente información, libertad y conocimiento y lograr una adecuada educación para la salud en la escuela, deben colaborar y trabajar de manera coordinada junto con la familia y el personal sanitario (Castillo, Naranjo, Gil y León, 2003; Gavidia, 2009; González, 2008).

Sería necesario que el profesorado contase con conocimientos sobre temas básicos de salud, competencias para desarrollarlos en el aula, habilidades sociales para transmitirlos y, sobre todo, que los hábitos de vida saludable formasen parte de su vida diaria (Talavera y Catalán, 2007), sobre todo teniendo en cuenta que su función continúa durante el desarrollo y el crecimiento del niño hasta casi la adultez joven, especialmente en España puesto que la educación es de carácter obligatorio.

Por tanto, es de vital importancia averiguar qué tipo de información tienen los

actuales estudiantes y futuros profesores acerca de diversos aspectos sobre salud y qué estilo de vida tienen. No hay que olvidar que, en ocasiones, el comienzo de los estudios universitarios coincide con el inicio del sedentarismo.

II.2. Objetivos

Este trabajo tiene como objetivo general identificar los hábitos de estilo de vida saludables y otras conductas relacionadas con la salud, así como factores de riesgo, del alumnado de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Málaga matriculados en el curso académico 2012-2013.

De este objetivo general se derivan otros secundarios:

- Conocer las diferencias de conductas de salud en función del género.
- Determinar las diferencias existentes entre conductas saludables o de riesgo en relación con el sueño, estrés, autoestima y autopercepción del estado general de salud (sobre todo estatura y peso).
- Estudiar la práctica de actividad física y ocupación del tiempo libre.
- Indagar acerca del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.
- Conocer los hábitos alimenticios.
- Conocer los hábitos sexuales, de seguridad vial y de higiene dental.

II.3. Metodología

A lo largo de este bloque se expondrán los diferentes apartados de la presente investigación. Según los expertos, el proceso de investigación científica es una actividad compleja la cual implica diferentes niveles de actuación, cada una compuesta por una serie de fases, que cubren el ciclo completo del proceso.

En primer lugar, podemos decir que entre la investigación científica y el conocimiento científico encontramos el método científico, siendo éste el que nos asegura los dos primeros.

Según Tamayo (2004, p. 28) el método científico es “un procedimiento para descubrir las condiciones en que se presentan sucesos específicos, caracterizado generalmente por ser tentativo, verificable, de razonamiento riguroso y observación empírica”. Se llega a la conclusión de que el método científico es un conjunto de procedimientos a través de los cuales se plantean los problemas científicos y se ponen a prueba las hipótesis y los instrumentos de trabajo investigativo. Este tipo de método rehúsa completamente de los aspectos que impliquen manipulación de datos, y evita la aparición de sesgos y la reducción de riesgos lo máximo posible, llevando un control adecuado de la realidad y de los problemas que se investigan.

El método científico está asentado en lo que denominamos el pensamiento reflexivo (conjugación de la inducción y la deducción). Según Tamayo (2004) en este proceso se dan cinco etapas para resolver un problema:

1. Percepción de una dificultad (encontrar algún problema que le preocupa al individuo).

2. Identificación y definición de la dificultad.
3. Soluciones y propuestas para el problema: hipótesis.
4. Deducción de las consecuencias de las soluciones propuestas.
5. Verificación de las hipótesis mediante la acción.

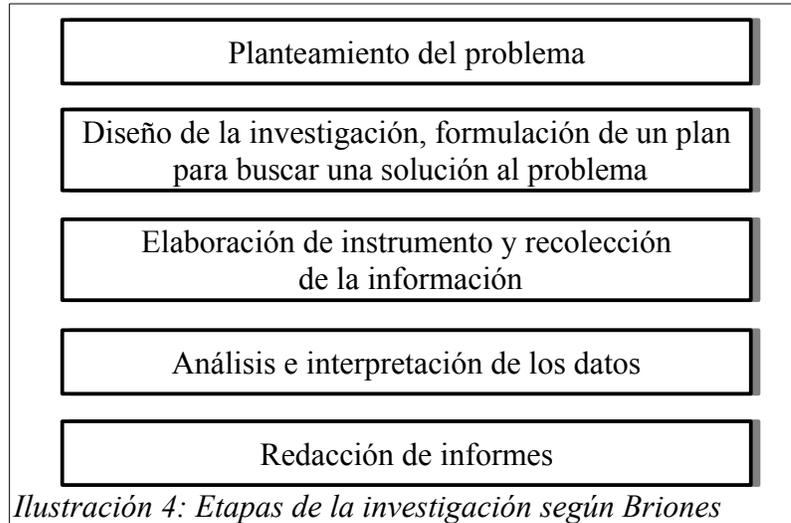
Por otro lado, la investigación científica “es un proceso que, mediante la aplicación del método científico, procura obtener información relevante y fidedigna, para entender, verificar, corregir o aplicar el conocimiento” (Tamayo, 2004, p. 37). Se pueden diferenciar dos aspectos generales:

- Parte del proceso: indica qué pasos seguir para lograr la aplicación de las etapas del método científico a una determinada investigación.
- Parte formal: de carácter más mecánico, y es el que determina cómo presentar el resultado del proceso seguido en la investigación (informe final de la investigación).

Cuando se plantean investigaciones como la de nuestro estudio, en el que se interrelacionan la salud y la educación, surgen ante el investigador dos líneas de trabajo: la cualitativa y la cuantitativa. Según Stake (1999, p. 42):

La distinción fundamental entre investigación cuantitativa e investigación cualitativa estriba en el tipo de conocimiento que se pretende. Aunque parezca extraño, la distinción no está relacionada directamente con la diferencia entre datos cuantitativos y datos cualitativos, sino con una diferencia entre la búsqueda de causas frente a búsqueda de acontecimientos. Los investigadores cuantitativos destacan la explicación y el control; los investigadores cualitativos destacan la comprensión de las relaciones entre todo lo que existe.

En definitiva, y según Briones (2003) las etapas de una investigación son:



Acorde con estas etapas, se puede plantear desde el enfoque de nuestro estudio:

1. Planteamiento del problema: escasos conocimientos acerca de las conductas saludables del alumnado de la universidad.
2. Diseño de la investigación: estudio transversal, mixto, basado en la utilización de un instrumento cuantitativo (cuestionario).
3. Elaboración de instrumentos y recogida de información: el cuestionario ha sido facilitado y la aplicación del mismo será *online* a través de una aplicación en red. Se invitará al mayor número de alumnos de la Facultad de Ciencias de la Educación a cumplimentar dicho cuestionario, previo permiso y consentimiento de profesores y personal responsable.
4. Análisis e interpretación: los resultados obtenidos son analizados de manera descriptiva e inferencial, discutiendo los datos con otros estudios realizados.

5. Redacción del informe: una vez realizada la búsqueda bibliográfica, la aplicación del instrumento para la recogida de la información, y analizados los datos, realizamos el informe final que se presenta como trabajo de tesis.

II.3.1. Diseño

Se ha realizado un estudio descriptivo de corte transversal cuantitativo prospectivo, sobre estilos de vida en el alumnado de la Facultad de Ciencias de la Educación, durante el curso 2012- 2013.

Existen diversos diseños de investigación enmarcados en el ámbito de la promoción de la salud como el reflejado en la ilustración 5 (Solano y Serón, s. f., p. 2):



Ilustración 5: ¿Cómo se llevará a cabo el estudio?

Según Martínez (2013)

el diseño de de investigación constituye el plan general del investigador para obtener respuestas a sus interrogantes o comprobar la hipótesis de investigación. El diseño de investigación desglosa las estrategias básicas que el investigador adopta para generar información exacta e interpretable. Los diseños son estrategias con las que intentamos obtener respuestas a preguntas como: contar, medir y/o describir.

Por lo tanto, el diseño de investigación estipula la estructura fundamental y especifica la naturaleza global de la intervención.

Cuando se plantea llevar a cabo un estudio, el investigador suele tratar de desarrollar algún tipo de comparación, y el diseño especifica de esta forma la naturaleza de dichas comparaciones. Estas pueden ser:

- Entre dos o más grupos.
- De un grupo en dos o más ocasiones.
- De un grupo en diferentes circunstancias.
- Con muestras de otros estudios.

En el presente estudio de investigación se aplicará el diseño no experimental y descriptivo, dado que las variables no serán sometidas al control ni intervención por parte del investigador, sino a su diagnóstico y evaluación.

Según afirman Hernández, Fernández y Baptista (2006, p. 189) “el diseño de investigación no experimental es aquel que se realiza sin manipular deliberadamente las variables, observándose los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para

después analizarlos”.

En lo que respecta a los tipos de diseños, hay que tener presente que las investigaciones se agrupan en torno a dos estrategias básicas de investigación:

- La descripción de las características de una población: estudios descriptivos.
- El análisis de las características individuales: estudios analíticos.

Según Whittembury (s. f., p. 12) la descripción:

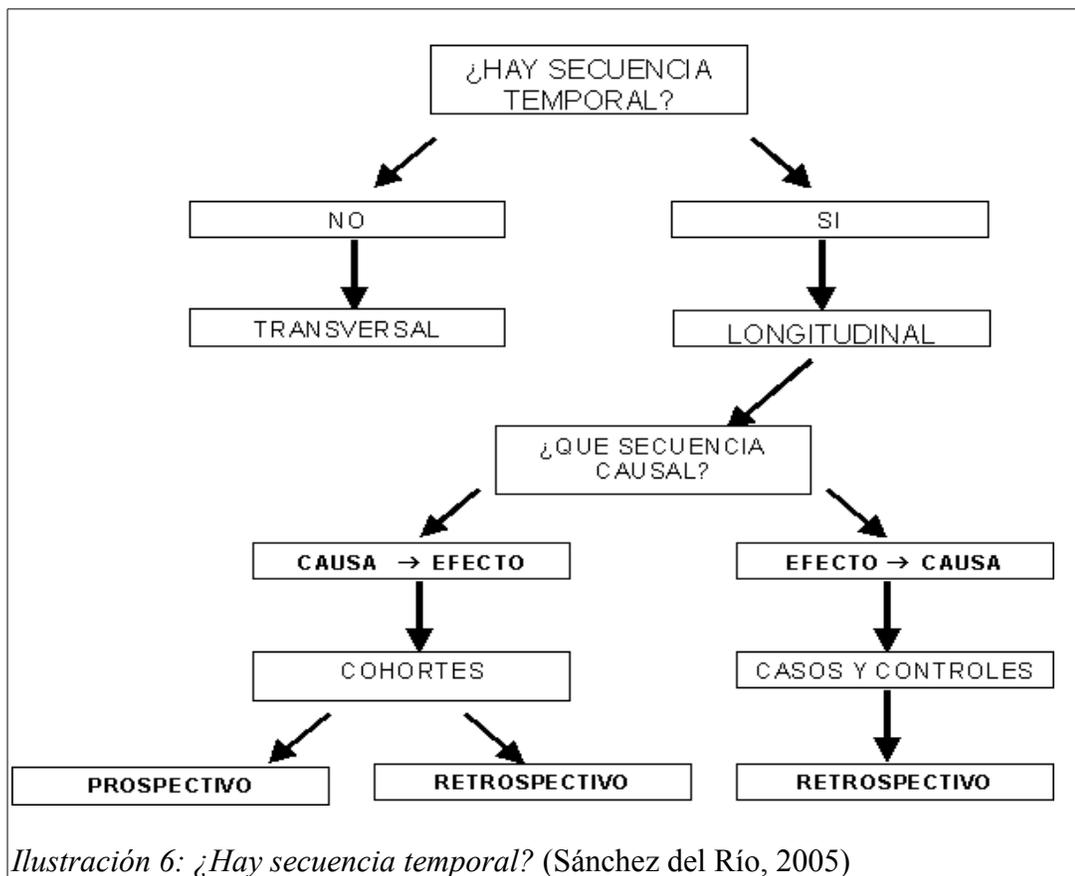
- Es una de las primeras formas de aproximarse al problema de investigación. Se vale de los estudios descriptivos.
- Se llevan a cabo sin una hipótesis específica; prueba *HIPÓTESIS GENERALES*.
- Son de los primeros en realizarse ante daños poco conocidos: establecen bien los hechos.
- Permite formular hipótesis asociativas (específicas) de investigación: *explicativas*.
- Suele basarse en el enfoque de las manifestaciones colectivas de la enfermedad.

También es necesario tener en cuenta otros elementos que deben estar presentes y los cuales se relacionan con la temporalidad de las mediciones que se lleven a cabo y a la existencia o no de seguimiento. Según Solano y Serón (s. f., p. 2)

... así si la medición es única se habla de un **estudio transversal** y si las mediciones se realizan a lo largo de un período de tiempo se habla de un **estudio longitudinal**; por otra parte, si el estudio se centra en hechos pasados es un **estudio**

retrospectivo y si se siguen los individuos en estudio hacia el futuro con la finalidad de detectar hechos que aún no ocurren al momento del inicio de la investigación, es un **estudio prospectivo**.

En este caso, el diseño de investigación de este estudio es descriptivo, ya que describe ciertas características de una población específica, y transversal, pues se realiza en un lapso de tiempo corto.



En este tipo de estudios, se pueden distinguir dos clases de diseños muy comunes: la observación directa y las encuestas, siendo esta última la que se llevará a cabo en el estudio, y pueden ser de carácter transversal (como es en este caso) o longitudinal.

Según expone Grajales (2000, p. 1)

El diseño transversal procura establecer diferencias entre los distintos grupos que componen la población y las relaciones entre las variables más importantes. El investigador debe hacer explícito antes de la redacción (de la encuesta) sus objetivos, áreas de interés, conexiones que desea rastrear, hipótesis de comportamiento, diferencia entre grupos o hipotéticas relaciones entre las variables en estudio.

La encuesta, por tanto, es una de las herramientas relacionadas con los estudios observacionales de las más utilizadas en lo que respecta a investigaciones en el ámbito de las ciencias sociales. A su vez, esta herramienta utiliza los cuestionarios como medio principal para la recogida de datos.

Tal y como se ha mencionado con anterioridad, este estudio es de carácter transversal por ser un diseño de investigación que, una vez realizada la recopilación de información, posteriormente permite estudiar el problema tal y como se presenta para, finalmente, realizar la interpretación de los datos.

Debido a que este estudio es de carácter descriptivo, con la necesidad de recoger datos de una población en concreto, se ha empleado como técnica de recogida de información el cuestionario.

Tal y como menciona Rebollo (2007, p. 160)

Este instrumento de investigación que como hemos reseñado anteriormente es de corte cuantitativo, es definido por Nisbet y Entwistle (1980:55) como una forma de entrevista por escrito. Autores como Tello (2003), señalan que consiste en preguntas o ítems acerca de un problema o situación que es el objeto de la investigación.

Para Sierra (1992, p. 305) se trata de un “conjunto de preguntas, preparado

cuidadosamente, sobre los hechos y aspectos que interesan en una investigación sociológica para su contestación por la población o su muestra a que se extiende el estudio emprendido”.

Las entrevistas y los cuestionarios se dirigen hacia la obtención de datos no observables directamente, datos que se basan por lo general en declaraciones verbales de los sujetos. Por tanto, ambas son modalidades del método de encuesta. Sin embargo, la diferencia principal viene dada por la presencia o ausencia del encuestador: en las entrevistas, las respuestas son formuladas verbalmente y se necesita del entrevistador; en el cuestionario, las respuestas son formuladas por escrito y no requiere su presencia, sino que el encuestado autocumplimenta el cuestionario por sí mismo. Por tanto, según las características del estudio, se ha llevado a cabo la recogida de datos a través de un cuestionario.

Según Javeau (1971), citado por García (2003, p. 3) los datos que se pueden obtener con un cuestionario pertenecen a tres categorías:

1. Hechos (datos actuales) relativos al dominio:

- Personal de los individuos que forman el grupo social estudiado, por ejemplo: edad, nivel educativo.
- Del ambiente que le rodea, por ejemplo: vivienda, relaciones familiares, de vecindad, de trabajo, etc.
- De su comportamiento (reconocido o aparente).

2. Opiniones, a las cuales se suman los niveles de información, de expectación, etc.,

todo lo que uno podría llamar datos subjetivos.

3. Actitudes y motivaciones y sentimientos, todo lo que empuja a la acción, al comportamiento, y está a la base de las opiniones.
4. Cogniciones, es decir, índices de nivel de conocimiento de los diversos temas estudiados en el cuestionario. Revela el grado de confianza a conceder a las opiniones sobre juicios subjetivos.

Así mismo, como cualquier instrumento de investigación, presenta ventajas e inconvenientes. Según Padilla y cols. (1998) citado por Rebollo (2007, p. 137), los cuestionarios tienen ciertas ventajas e inconvenientes, los cuales presentamos en la tabla 4

Tabla 4: Ventajas e inconvenientes del cuestionario

CUESTIONARIO	
VENTAJAS	INCONVENIENTES
<ul style="list-style-type: none">• Aporta información estandarizada, por lo que es más fácil comparar e interpretar las respuestas.• Ahorra tiempo, ya que permite encuestar a un gran número de personas a la vez y agiliza el análisis estadístico de las respuestas.• Facilita la confidencialidad.	<ul style="list-style-type: none">• Responde a objetivos descriptivos. No contribuye a la explicación de relaciones entre variables.• Superficialidad de la información, impide profundizar en las respuestas de los encuestados.• Dificil elaboración, requiere tiempo, experiencia y conocimientos específicos

Debido a que, en lo que respecta a ventajas, resulta una herramienta cuyas respuestas son fáciles de comparar e interpretar, y que entre los inconvenientes existe una dificultad para la elaboración, en este estudio se ha optado por pasar un cuestionario ya diseñado y validado denominado ESVIASUN, que se encuentra en que se encuentra en los

Anexos de este documento con el epígrafe Cuestionario ESVIASUN (adaptado a LimeSurvey), página 215).

Así mismo, es relevante mencionar que es importante la formulación y presentación de las preguntas, existiendo diversos tipos, tanto de preguntas como de respuestas. Miguel et al. (s. f.) exponen los diversos tipos, resumidos en la tabla 5:

Tabla 5: Tipos de preguntas de un cuestionario

PREGUNTAS	
<p>Tipos de pregunta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cerradas • Cerradas dicotómicas • Cerradas politómicas o categorizadas • Abiertas • Numéricas 	<p>Según su naturaleza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De identificación • De hecho • De acción de información • De intención de aspiraciones • De opinión • De expectativas ante el futuro • De motivaciones creencias y actitudes.
<p>Según su función:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sustantivas • Filtro • Control • De consistencia • De introducción o rompehielos • Muelle, colchón o amortiguadores • Baterías de preguntas 	<p>Según su dirección:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preguntas directas • Preguntas indirectas

Y también hay diferentes criterios de selección de respuesta:

- Exhaustivas

- Excluyentes

II.3.2. Contexto

En este apartado se describe el contexto en el que se realiza el estudio. Al tratarse de alumnado de la Universidad, se ha considerado interesante hacer una aproximación a las características de dicho ámbito y alumnado.

La Universidad de Málaga es una Universidad joven, dinámica e innovadora, integrada plenamente en la ciudad, dedicada a la formación superior y a la investigación, preocupada por la formación a lo largo de la vida y la inserción laboral de los estudiantes, vinculada al mundo empresarial, comprometida con la calidad y la excelencia en la docencia y en la investigación e involucrada en proyectos de desarrollo estratégico para Málaga y Andalucía. Se creó en el año 1972, tras la iniciativa de un movimiento popular que se plasmó en la constitución de la plataforma ciudadana “Amigos de la Universidad de Málaga (UMA, 2012).

La UMA se conforma por campus, entre los cuales se distribuyen las diversas Escuelas, Facultades, Centros Adscritos y Aularios. Ya que este estudio se basa en la Facultad de Ciencias de la Educación, para tener una visión general de la misma, a continuación se especifican las titulaciones que se imparten en la misma durante el curso académico 2012/2013.

La Facultad de Ciencias de la Educación está situada en el Campus de Teatinos y comparte edificio junto a la Facultad de Psicología. Su web es <http://www.cceducacion.uma.es/>, en la cual se puede obtener fácilmente información sobre las novedades que se llevan a cabo en el centro, la organización del mismo (Junta de Facultad, decanato, departamentos, etc.) y los estudios que se imparten, entre otros. Los estudios de grado a los cuales se les ha hecho el estudio son: Grado en Educación Social, Grado en Educación Infantil, Grado en Educación Primaria y Pedagogía. Durante este curso

académico solo se lleva establecido los tres primeros cursos de cada estudio de grado, implantándose el cuarto el año posterior. Así pues, se ha llevado a cabo el estudio en base a la población de estudiantes de grado correspondientes, excluyendo los planes antiguos.

II.3.3. Población y muestra

La población está formada por los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Educación de la UMA. Los datos obtenidos sobre el número de alumnos por curso y titulación fueron facilitados por la secretaria de la Facultad, previo consentimiento del decano, en base a asignaturas por cursos, por carrera y según el género/sexo (ver tabla 6). A continuación, analizaremos el número de alumnos que se encontraban matriculados en cada una de las titulaciones de la Facultad de Ciencias de la Educación en el momento del estudio: curso 2012/2013.

Tabla 6: Alumnado matriculado por especialidad, curso y sexo

	PRIMARIA			INFANTIL			PEDAGOGÍA			ED. SOCIAL		
	Hom	Muj.	Total	Hom.	Muj.	Total	Hom.	Muj.	Total	Hom.	Muj.	Total
1º	148	265	413	5	193	198	25	107	132	13	72	85
2º	142	263	405	11	183	194	23	100	123	15	43	58
3º	147	242	389	11	166	177	23	99	122	14	48	62
Total	437	770	1207	27	542	569	71	306	377	42	163	205

TOTAL: 2358 alumnos, de los cuales 577 son hombres y 1781 mujeres

Se ha recabado la información centrándose en las siguientes asignaturas obligatorias:

- 1º Primaria – Educación Musical
- 2º Primaria – Didáctica de la Lengua Castellana

- 3º Primaria – Educación para la Ciudadanía y los Derechos Humanos
- 1º Infantil – Didáctica de la Lengua en Educ. Inf. I
- 2º Infantil – Análisis de la Práctica Escolar.
- 3º Infantil – Didáctica de la Matemática en Ed. Inf
- 1º Pedagogía – Psicología del Desarrollo
- 2º Pedagogía – Métodos de Investigación en Educación
- 3º Pedagogía – Orientación Educativa
- 1º Ed. Social – Métodos de Investigación en Educación Social
- 2º Ed. Social – Diagnóstico de Necesidades Socioeducativas
- 3º Ed. Social – Psicología social y de las organizaciones

El número de cuestionarios recogidos son los que se indican en la tabla 7

Tabla 7: Cuestionarios recogidos por especialidad, curso y sexo

	PRIMARIA			INFANTIL			PEDAGOGÍA			ED. SOCIAL		
	Hom	Muj.	Total	Hom.	Muj.	Total	Hom.	Muj.	Total	Hom.	Muj.	Total
1º	44	79	123	3	94	97	6	36	42	2	22	24
2º	37	81	118	2	60	62	7	32	39	4	17	21
3º	42	74	116	3	55	58	4	37	41	3	13	16
Total	123	234	357	8	209	217	17	105	122	9	52	61

II.3.3.1. Reclutamiento

Debido a que supone un gran coste, tanto de recursos materiales como temporales, el hecho de que se pase el cuestionario para su autocumplimentación desembocó en su realización de forma *online*.

Por tanto, antes de contactar directamente con el alumnado, se pidió autorización y consentimiento decano de la Facultad para llevar a cabo el estudio en su centro en un periodo no cercano a exámenes. Posteriormente, se realizó un cuadrante para poder

contactar con aquellos profesores que impartían clases en alguna de las cuatro titulaciones, para, a su vez, también abarcar todos los cursos y grupos de cada una. Se contactó con ellos a través de correo electrónico o de una cita personalizada con el objetivo de expresarles el motivo de estudio y solicitar su autorización para explicarles a sus alumnos, durante los 10 primeros minutos de una clase normal, el objetivo de la investigación y su colaboración para participar en él. Por supuesto, se especificaba que lo único que se requería sería su consentimiento para facilitar sus correos electrónicos, para lo que, posteriormente se les enviará una invitación para cumplimentar el cuestionario, que es voluntario y completamente anónimo, así como que la autocumplimentación del mismo respalda el consentimiento informado. Se realizó de forma satisfactoria la presentación y propuesta de participación en todas las clases de todos los cursos de las cuatro titulaciones existentes.

Por lo tanto, puesto que se ha llevado a cabo una recogida de datos accediendo de forma satisfactoria a toda la población, no se ha realizado muestra en este estudio.

II.3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión.

En lo que respecta a criterios de inclusión para llevar a cabo el estudio:

- Ser estudiante de la Facultad de Ciencias de la Educación de la UMA.
- Dar consentimiento para enviarle una invitación para realizar el cuestionario.

II.3.4. Descripción de variables

A continuación, se presentan las variables definidas a nivel conceptual y operativo, especificando la escala de medida que se ha utilizado en la recogida y análisis de los datos.

Descripción de las variables

Tipos de variables:

- **Cualitativas.** Se refieren a cualidades o características no medibles con números. Pueden ser dicotómicas cuando únicamente pueden tomar dos valores posibles (ejemplos: sí y no, hombre y mujer) o politómicas cuando pueden adquirir tres o más valores. Nos encontramos con dos tipos:
 - **Nominal.** No se puede decir que un valor sea mayor que otro; por ejemplo: sexo, estado civil, ciudad de residencia, etc.
 - **Ordinal (o cuasicuantitativa).** Sus valores se pueden ordenar siendo mayores o menores dentro de una escala. Por ejemplo: clase social (alta, media, baja), ideología política (extrema izquierda, izquierda, centro-izquierda, centro, centro-derecha, derecha, extrema derecha), calificaciones (suspense, aprobado, notable, sobresaliente, matrícula de honor), etc.
- **Cuantitativas.** Los valores son números; por tanto, con ellos se pueden realizar operaciones aritméticas. Por ejemplo: edad, ingresos económicos, peso y estatura, etc. Las variables cuantitativas además pueden ser:
 - **Discreta:** toma valores aislados, no admitiendo valores intermedios entre dos valores. Por ejemplo: el número de hijos, de hermanos, de amigos (1, 2, 3, 4, 5).
 - **Continua:** puede tomar valores comprendidos entre dos números. Por ejemplo el peso (2,3 kg, 2,4 kg, 2,5 kg, etc.), la altura (1,64 m, 1,65 m, 1,66 m, etc.).

Nombre de la variable	Tipo
Sociodemográficas	
i1_AreadelaTitulacion	Cualitativa nominal
i2_CP	Cuantitativa discreta
i3_AnosResidencia	Cuantitativa discreta
i4_ViaAccesoUniversidad	Cualitativa nominal
i4A_ViaAccesoOtro	Cualitativa nominal
i5_CentroBachillerFP	Cualitativa nominal
i6_CursoCarrera	Cuantitativa discreta
i7_NotaMediaExpAcademico	Cuantitativa continua
i8_EstadoCivil	Cualitativa nominal
i8A_EstadocivilOtro	Cualitativa nominal
i9_NumHijos	Cuantitativa discreta
i10_NumHermanos	Cuantitativa discreta
i11_MatReligiosa	Cualitativa nominal
i12_ResidenciaCursoAcadémico	Cualitativa nominal
i13_NumVives	Cuantitativa discreta
i14_Trabaja	Cualitativa nominal
i15_HorasTrabajoSem	Cuantitativa discreta
i16_OcuEstudiante	Cualitativa nominal
i16A_OcuPadre	Cualitativa nominal
i16B_OcuMadre	Cualitativa nominal
i17_Sexo	Cualitativa nominal
i18_NivelEstudiosCompletados_usted	Cualitativa ordinal
i18A_NivelEstudiosCompletados_padre	Cualitativa ordinal
i18B_NivelEstudiosCompletados_madre	Cualitativa ordinal

i19_ViaFinancEstudios	Cualitativa nominal
i20_IngresosMensualesTrabajo	Cuantitativa continua
i21_PresupuestoSemanal	Cuantitativa continua
Situación de salud	
i22_EstadoSalud	Cualitativa ordinal
i23_NivelEstres	Cualitativa ordinal
i24_NivelAutoestima	Cualitativa ordinal
i25_CalidadVida	Cualitativa ordinal
i26_SalirNoche	Cualitativa ordinal
i27_HorasSueno	Cualitativa nominal
i28_Dificultadsueno	Cualitativa ordinal
i29_Edad	Cuantitativa discreta
i30_Peso	Cuantitativa discreta
i31_Talla	Cuantitativa discreta
i32_RelEstaturaPeso	Cualitativa ordinal
i33_ControlPeso	Cualitativa ordinal
i34_CambioPeso	Cualitativa ordinal
i35_PreocupaPeso	Cualitativa nominal
Actividad física	
i36_HaceEjercicio	Cualitativa nominal
i37_VecesEjercicioAndar	Cuantitativa discreta
i37A_VecesEjercicioAndarMinutos	Cuantitativa discreta
i37B_VecesEjercicioCorrer	Cuantitativa discreta
i37C_VecesEjercicioCorrerMinutos	Cuantitativa discreta
i37D_VecesEjercicioCorrerRapido	Cuantitativa discreta
i37E_VecesEjercicioCorrerRapidoMinutos	Cuantitativa discreta
i37F_VecesEjercicioBiciEstatica	Cuantitativa discreta

i37G_VecesEjercicioBiciEstaticaMinutos	Cuantitativa discreta
i37H_VecesEjercicioBici	Cuantitativa discreta
i37I_VecesEjercicioBiciMinutos	Cuantitativa discreta
i37J_VecesEjercicioNadar	Cuantitativa discreta
i37K_VecesEjercicioNadarMinutos	Cuantitativa discreta
i37L_VecesEjercicioTenis	Cuantitativa discreta
i37M_VecesEjercicioTenisMinutos	Cuantitativa discreta
i37N_VecesEjercicioFutbol	Cuantitativa discreta
i37O_VecesEjercicioFutbolMinutos	Cuantitativa discreta
i37P_VecesEjercicioBaloncesto	Cuantitativa discreta
i37Q_VecesEjercicioBaloncestoMinutos	Cuantitativa discreta
i37R_VecesEjercicioAerobic	Cuantitativa discreta
i37S_VecesEjercicioAerobicMinutos	Cuantitativa discreta
i37T_VecesEjercicioExcursiones	Cuantitativa discreta
i37U_VecesEjercicioExcursionesMinutos	Cuantitativa discreta
i37V_VecesEjercicioJudo	Cuantitativa discreta
i37W_VecesEjercicioJudoMinutos	Cuantitativa discreta
i37X_VecesEjercicioVela	Cuantitativa discreta
i37Y_VecesEjercicioVelaMinutos	Cuantitativa discreta
i37Z_VecesEjercicioPatinaje	Cuantitativa discreta
i37AA_VecesEjercicioPatinajeMinutos	Cuantitativa discreta
i37AB_VecesEjercicioGimnasia	Cuantitativa discreta
i37AC_VecesEjercicioGimnasiaMinutos	Cuantitativa discreta
i37AD_VecesEjercicioOtros	Cuantitativa discreta
i37AE_VecesEjercicioOtrosMinutos	Cuantitativa discreta
i38_TiempoHace	Cualitativa ordinal
i39_VecesSemana	Cualitativa ordinal

i40_HorasSemana	Cualitativa ordinal
i41_MotivoNo	Cualitativa nominal
i42_PadresEjercicio	Cualitativa nominal
i43A_ActividadesEntre	Cualitativa ordinal
i43AA_ActividadesEntre	Cualitativa ordinal
i43AB_ActividadesEntre	Cualitativa ordinal
i43AC_ActividadesEntre	Cualitativa ordinal
i43AD_ActividadesEntre	Cualitativa ordinal
i43AE_ActividadesEntre	Cualitativa ordinal
i43AF_ActividadesEntre	Cualitativa ordinal
i43AG_ActividadesEntre	Cualitativa ordinal
i43AH_ActEntreIRCLASE	Cualitativa ordinal
i43AI_ActiEntreCONSOLA	Cualitativa ordinal
i43AJ_ActividadesEntre	Cualitativa ordinal
i43AK_ActividadesEntre	Cualitativa ordinal
i43AL_ActividadesEntre	Cualitativa ordinal
i43B_ActividadesFines	Cualitativa ordinal
i43BB_ActividadesFines	Cualitativa ordinal
i43BA_ActividadesFines	Cualitativa ordinal
i43BC_ActividadesFines	Cualitativa ordinal
i43BD_ActividadesFines	Cualitativa ordinal
i43BE_ActividadesFines	Cualitativa ordinal
i43BF_ActividadesFines	Cualitativa ordinal
i43BG_ActividadesFines	Cualitativa ordinal
i43BH_ActFinesCLASE	Cualitativa ordinal
i43BI_ActFinesCONSOLA	Cualitativa ordinal
i43BJ_ActividadesFines	Cualitativa ordinal

i43BK_ActividadesFines	Cualitativa ordinal
i43BL_ActividadesFines	Cualitativa ordinal
i44_Trayecto	Cualitativa nominal
i45_Desplaza	Cualitativa nominal
i46_DondeEjercicio	Cualitativa nominal
i46A_DondeEjercicio	Cualitativa nominal
i46B_DondeEjercicio	Cualitativa nominal
i46C_DondeEjercicio	Cualitativa nominal
i46D_DondeEjercicio	Cualitativa nominal
i46E_DondeEjercicio	Cualitativa nominal
i47_DesdeUni	Cualitativa nominal
i48_ValoraUniDepo	Cualitativa ordinal
i48A_ValoraUniDepo	Cualitativa ordinal
i48B_ValoraUniDepo	Cualitativa ordinal
i48C_ValoraUniDepo	Cualitativa ordinal
i49_ValoraUni	Cualitativa ordinal
i49A_ValoraUni	Cualitativa ordinal
i49B_ValoraUni	Cualitativa ordinal
i49C_ValoraUni	Cualitativa ordinal
Tabaco, alcohol y otros	
i50_Fuma100	Cualitativa nominal
i51_FumadosDia	Cualitativa ordinal
i52_CambioConsumo	Cualitativa nominal
i53_TiempoDejoFumar	Cualitativa ordinal
i54_IntentoDejar	Cualitativa nominal
i55_DejarUltimoAño	Cualitativa nominal
i56_Recaida	Cualitativa nominal

i56A_RecaidaOtro	Cualitativa nominal
i57_GustariaDejar	Cualitativa nominal
i58_Interes	Cualitativa ordinal
i59_DejarTiempo	Cualitativa nominal
i59A_DejarTiempo	Cualitativa nominal
i59B_DejarTiempo	Cualitativa nominal
i60_FumaMananas	Cualitativa nominal
i61_TiempoMananas	Cualitativa ordinal
i62_Abstenerse	Cualitativa nominal
i63_MasDificil	Cualitativa nominal
i64_EnfermoCama	Cualitativa nominal
i65_ExpuestoDomicilio	Cualitativa nominal
i65A_ExpuestoDomicilio	Cualitativa nominal
i65AB_ExpuestoDomicilio	Cualitativa ordinal
i65B_ExpuestoDomicilio	Cualitativa ordinal
i65BA_ExpuestoDomicilio	Cualitativa ordinal
i66_FrecAlcohol	Cualitativa ordinal
i67_ConsumoDia	Cualitativa ordinal
i68_6oMas	Cualitativa ordinal
i69A_ConEntreSem	Cualitativa ordinal
i69AA_ConEntreSem	Cuantitativa discreta
i69AB_ConEntreSem	Cualitativa ordinal
i69AC_ConEntreSem	Cuantitativa discreta
i69AD_ConEntreSem	Cualitativa ordinal
i69AE_ConEntreSem	Cuantitativa discreta
i69AF_ConEntreSem	Cualitativa ordinal
i69AG_ConEntreSem	Cuantitativa discreta

i69AH_ConEntreSem	Cualitativa ordinal
i69AI_ConEntreSem	Cuantitativa discreta
i69AJ_ConEntreSem	Cualitativa ordinal
i69AK_ConEntreSem	Cuantitativa discreta
i69B_ConFinesSemana	Cualitativa ordinal
i69BA_ConFinesSemana	Cuantitativa discreta
i69BB_ConFinesSemana	Cualitativa ordinal
i69BC_ConFinesSemana	Cuantitativa discreta
i69BD_ConFinesSemana	Cualitativa ordinal
i69BE_ConFinesSemana	Cuantitativa discreta
i69BF_ConFinesSemana	Cualitativa ordinal
i69BG_ConFinesSemana	Cuantitativa discreta
i69BH_ConFinesSemana	Cualitativa ordinal
i69BI_ConFinesSemana	Cuantitativa discreta
i69BJ_ConFinesSemana	Cualitativa ordinal
i69BK_ConFinesSemana	Cuantitativa discreta
i70A_FrecVidaSust	Cualitativa nominal
i70AA_FrecVidaSust	Cualitativa nominal
i70AB_FrecVidaSust	Cualitativa nominal
i70AC_FrecVidaSust	Cualitativa nominal
i70AD_FrecVidaSust	Cualitativa nominal
i70AE_FrecVidaSust	Cualitativa nominal
i70AF_FrecVidaSust	Cualitativa nominal
i70B_Frec12meses	Cualitativa nominal
i70BA_Frec12meses	Cualitativa nominal
i70BB_Frec12meses	Cualitativa nominal
i70BC_Frec12meses	Cualitativa nominal

i70BD_Frec12meses	Cualitativa nominal
i70BE_Frec12meses	Cualitativa nominal
i70BF_Frec12meses	Cualitativa nominal
i70C_Frec30dias	Cualitativa nominal
i70CA_Frec30dias	Cualitativa nominal
i70CB_Frec30dias	Cualitativa nominal
i70CC_Frec30dias	Cualitativa nominal
i70CD_Frec30dias	Cualitativa nominal
i70CE_Frec30dias	Cualitativa nominal
i70CF_Frec30dias	Cualitativa nominal
i71_VariaConsumo	Cualitativa nominal
i72_Frecuencia	Cualitativa nominal
i72A_Frecuencia	Cualitativa nominal
i72B_Frecuencia	Cualitativa nominal
i72C_Frecuencia	Cualitativa nominal
i72D_Frecuencia	Cualitativa nominal
i72E_Frecuencia	Cualitativa nominal
i72F_Frecuencia	Cualitativa nominal
Alimentación	
i73_Dieta	Cualitativa nominal
i74_Alimentos	Cualitativa ordinal
i74A_Alimentos	Cualitativa ordinal
i74B_Alimentos	Cualitativa ordinal
i74C_Alimentos	Cualitativa ordinal
i74D_Alimentos	Cualitativa ordinal
i74E_Alimentos	Cualitativa ordinal
i74F_Alimentos	Cualitativa ordinal

i74G_Alimentos	Cualitativa ordinal
i74H_Alimentos	Cualitativa ordinal
i74I_Alimentos	Cualitativa ordinal
i74J_Alimentos	Cualitativa ordinal
i74M_Alimentos	Cualitativa ordinal
i74K_Alimentos	Cualitativa ordinal
i74L_Alimentos	Cualitativa ordinal
i74N_Alimentos	Cualitativa ordinal
i74O_Alimentos	Cualitativa ordinal
i74P_Alimentos	Cualitativa ordinal
i74Q_Alimentos	Cualitativa ordinal
i74R_Alimentos	Cualitativa ordinal
i74S_Alimentos	Cualitativa ordinal
i74T_Alimentos	Cualitativa ordinal
i74U_Alimentos	Cualitativa ordinal
i74V_Alimentos	Cualitativa ordinal
i74W_Alimentos	Cualitativa ordinal
i74X_Alimentos	Cualitativa ordinal
i74Y_Alimentos	Cualitativa ordinal
i74Z_Alimentos	Cualitativa ordinal
i74AA_Alimentos	Cualitativa ordinal
i74AB_Alimentos	Cualitativa ordinal
i74AC_Alimentos	Cualitativa ordinal
i74AD_Alimentos	Cualitativa ordinal
i74AE_Alimentos	Cualitativa ordinal
i74AF_Alimentos	Cualitativa ordinal
i74AG_Alimentos	Cualitativa ordinal

i74AI_Alimentos	Cualitativa ordinal
i74AH_Alimentos	Cualitativa ordinal
i74AJ_Alimentos	Cualitativa ordinal
i74AK_Alimentos	Cualitativa ordinal
i74AP_Alimentos	Cualitativa ordinal
i74AQ_Alimentos	Cualitativa ordinal
i74AN_Alimentos	Cualitativa ordinal
i74AO_Alimentos	Cualitativa ordinal
i74AL_Alimentos	Cualitativa ordinal
i74AM_Alimentos	Cualitativa ordinal
i74AR_Alimentos	Cualitativa ordinal
i74AS_Alimentos	Cualitativa ordinal
i74AT_Alimentos	Cualitativa ordinal
i74AU_Alimentos	Cualitativa ordinal
i74AV_Alimentos	Cualitativa ordinal
i74AW_Alimentos	Cualitativa ordinal
i75_ConsumeRealizaAcciones	Cualitativa ordinal
i75A_ConsumeRealizaAcciones	Cualitativa ordinal
i75B_ConsumeRealizaAcciones	Cualitativa ordinal
i75C_ConsumeRealizaAcciones	Cualitativa ordinal
i75D_ConsumeRealizaAcciones	Cualitativa ordinal
i75E_ConsumeRealizaAcciones	Cualitativa ordinal
i75F_ConsumeRealizaAcciones	Cualitativa ordinal
i76_FrecuenciaAlmuerzoLugares	Cualitativa ordinal
i76A_FrecuenciaAlmuerzoLugares	Cualitativa ordinal
i76B_FrecuenciaAlmuerzoLugares	Cualitativa ordinal
i76C_FrecuenciaAlmuerzoLugares	Cualitativa ordinal

i77_VivirPisoEstudiantes	Cualitativa ordinal
i78_ComidasDiarias	Cualitativa ordinal
i79_ValorarBaresCafeterias	Cualitativa ordinal
i79A_ValorarBaresCafeterias	Cualitativa ordinal
i79B_ValorarBaresCafeterias	Cualitativa ordinal
i79C_ValorarBaresCafeterias	Cualitativa ordinal
i79D_ValorarBaresCafeterias	Cualitativa ordinal
Sexualidad, seguridad e higiene	
i80_FormacionSexualidad	Cualitativa nominal
i81_RelacionesSexuales	Cualitativa nominal
i82_MetodosAnticonceptivos	Cualitativa ordinal
i82A_MetodosAnticonceptivos	Cualitativa ordinal
i82B_MetodosAnticonceptivos	Cualitativa ordinal
i82C_MetodosAnticonceptivos	Cualitativa ordinal
i82D_MetodosAnticonceptivos	Cualitativa ordinal
i82E_MetodosAnticonceptivos	Cualitativa ordinal
i83_PildoraDiaDespues	Cualitativa nominal
i84_ETS	Cualitativa nominal
i85_TuSexualidad	Cualitativa ordinal
i86_Frecuencia	Cualitativa ordinal
i86A_Frecuencia	Cualitativa ordinal
i86B_Frecuencia	Cualitativa ordinal
i86C_Frecuencia	Cualitativa ordinal
i86D_Frecuencia	Cualitativa ordinal
i86E_Frecuencia	Cualitativa ordinal
i86F_Frecuencia	Cualitativa ordinal
i87_CepilladoDientes	Cualitativa ordinal

i88_EnfermedadCronica	Cualitativa nominal
i88A_EnfermedadCronica	Cualitativa nominal
i89_Discapacidad	Cualitativa nominal
i89A_Discapacidad	Cualitativa nominal
i89B_Discapacidad	Cualitativa nominal
i89C_Discapacidad	Cualitativa nominal
i89D_Discapacidad	Cualitativa nominal
i90_ImplicacionUniversidad	Cualitativa nominal
i91_UniPromocionSalud	Cualitativa nominal

A) Datos sociodemográficos y socioeconómicos

En este apartado se ha obtenido información sobre las características demográficas, sociales, económicas y laborales del alumno, así como de otros miembros que vivieran en el núcleo familiar y que pudieran tener relevancia a la hora de identificar y valorar los determinantes de salud. La finalidad del análisis descriptivo de los datos sociodemográficos es la de describir y caracterizar la muestra.

Tal y como menciona Bennàssar (2012, p. 135)

Las características demográficas de las personas como la edad, el sexo, estado civil, país de nacimiento y las relacionadas con su posición social (nivel de estudios, ocupación, tipo de contrato, número de horas trabajadas e ingresos) tienen una importancia fundamental en la salud de hombres y mujeres.

Datos demográficos

Se han solicitado y recabado datos en relación a la edad, sexo, estado civil, número

de hijos y de hermanos, así como creencias en materia religiosa.

Vivienda

En relación con la vivienda, se ha preguntado sobre el tipo de residencia durante el curso académico, codificándola en 6 tipos de respuesta (con sus padres; con su pareja; con otros familiares; piso compartido con estudiantes; residencia universitaria; vive solo) y el número de personas que conviven con el encuestado.

Nivel de estudios

En relación con el nivel de educación de la persona, su nivel de estudios se considera un indicador. Se emplea como variable vinculada con el socioeconómico debido a su asociación con los ingresos y el nivel de vida, ya que el nivel de estudios suele considerarse la cualificación más importante en el mercado de trabajo.

Así pues, existe una posible relación entre el nivel de estudios y el estado de salud. Tal y como menciona Bennassar (2012, p. 136)

los individuos con mayor nivel de estudios tienen más recursos, y, entre otros, son capaces de comprender mejor la información sobre la promoción de la salud. Diversos estudios observacionales basados en el seguimiento de un grupo de individuos desde su nacimiento así como estudios de intervención han demostrado que cuanto mayor es el nivel de estudios alcanzado menores son las posibilidades de que aparezcan problemas de salud.

Para medir el nivel de estudios se ha preguntado la titulación de mayor nivel alcanzada. Para ello, se ha empleado la clasificación utilizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), codificándose 6 ítems de respuesta: sin estudios; primarios completos, certificado escolar; graduado escolar, EGB, ESO, FP de grado medio; Bachillerato, BUP,

COU, FP grado superior; estudios universitarios; estudios universitarios superiores de máster o doctorado. Otras variables que han sido empleadas son la media aproximada del expediente académico, vía de acceso a la universidad y tipo de centro en el que han estudiado antes de la universidad (público, privado o concertado).

Nivel de ingresos

Respecto al nivel de ingresos, se ha preguntado en relación a los ingresos netos mensuales, a través de 7 intervalos de respuesta (No tengo ingresos; Menos de 300 euros; De 300 a 600 euros; De 601 a 900 euros; De 901 a 1.200 euros; De 1.201 a 1.500 euros; Más de 1.500 euros).

Ocupación y características del trabajo

Teniendo en consideración lo anterior, también se ha solicitado al encuestado que expusiera cuál es su principal vía de financiación de los estudios (padres/familiares; becas; trabaja durante el verano; trabaja durante todo el año).

Para averiguar la situación existente en relación al ámbito laboral y la ocupación, se han empleado ítems sobre si tiene o no trabajo, las condiciones laborales, número de horas de trabajo y el tipo de ocupación.

B) Estado de salud y calidad de vida

El cuestionario contiene ítems relacionados con el estado de salud y la calidad de vida de la población de estudio, tanto de carácter objetivo (IMC, peso, altura) como subjetivo (en relación a su altura, diría que su peso es; estado de salud percibido), basados en la opinión personal de cada individuo.

Enfermedades y problemas de salud

Se valoran los aspectos vinculados entre la población de estudio y problemas de salud. Teniendo en cuenta la salud ocupacional, los estudiantes universitarios pueden manifestar una serie de enfermedades propias de dicho contexto. Por ejemplo, en Hernández, Pérez y Vargas (2012) aparece un estudio sobre las enfermedades que padecen estudiantes universitarios de enfermería, cuyos resultados exponen que “las enfermedades más frecuentes durante toda la carrera de Enfermería son las gastrointestinales (20 estudiantes, segundo semestre de la carrera), seguido de las enfermedades de las vías respiratorias altas como gripe/catarro común (18 estudiantes, cuarto semestre) y, por último, las enfermedades psicológicas como estrés (16 estudiantes, tercero y cuarto semestre)”.

Discapacidad

Se ha tenido en cuenta el ámbito de las limitaciones funcionales, ya sean físicas (motoras) o sensoriales (auditiva, visual,...), presentes en el alumnado. Según Egea y Sarabia (2001, p. 19) “la discapacidad es el término genérico que recoge las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades y las restricciones en la participación social del ser humano”.

Enfermedad crónica

Según la «OMS | Enfermedades crónicas» (s. f.)

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes [... y el 29% era de menos de 60 años de edad.

A través de la información recabada por el cuestionario, se puede investigar sobre qué tipo de enfermedades o problemas de salud crónicos padece la población de estudio. Así pues, y debido al carácter permanente que conllevan generalmente las enfermedades crónicas, suelen tener un tratamiento, pero extrañamente un remedio definitivo o una cura.

Estrés

El cuestionario cuenta con una autovaloración del nivel de estrés a través de una escala tipo Likert del 1 al 5 (siendo el 1 un nivel de estrés muy bajo y 5 el más alto), de los cuales, se consideran a efectos del análisis como estrés los niveles del 3 al 5. Con la información obtenida, se describe la percepción que tiene la persona sobre su estado y niveles de estrés en los últimos doce meses.

Se concibe como estrés, según [...], “no solo las respuestas fisiológicas del organismo, o, sino también los numerosos acontecimientos vitales, las características de nuestro ambiente social y determinados valores personales (evaluación, autoconcepto, atribución, afrontamiento...) que en distinta medida, actúan en nosotros como estresores o como amortiguadores de los efectos negativos del estrés sobre nuestra salud y bienestar (Martín, 2007, pp. 88-89).

Autoestima

De igual forma que sucede con el estrés, es bien sabido que la autoestima es un factor relevante en la población de estudio, estando estrechamente vinculada a ser un facilitador o un obstaculizador en el desempeño académico, y siendo unas de las principales causas de malestar psicológico (Contreras, Caballero, Palacio y Pérez, 2008; Feldman et al., 2008; Salanova, Martínez, Bresó, Llorens y Grau, 2005).

A través del cuestionario se describe la percepción del nivel de autoestima que tiene la persona en los últimos doce meses, empleando una autovaloración con una escala tipo Likert del 1 al 5 (considerándose 1 un nivel de autoestima muy bajo y 5 muy alto). Son susceptibles a efectos del análisis como ausencia de buena autoestima un nivel de 1 a 3.

Calidad de vida

Entendemos calidad de vida como un concepto extenso en el que se encuentran interrelacionados la salud física y mental, las relaciones sociales, el nivel de independencia, así como la relación del individuo con su entorno.

Así pues, se pretende investigar acerca de la percepción que tiene la persona sobre su calidad de vida en el último año, según categorías: muy buena, buena, regular, mala o muy mala, considerando a efectos del análisis como ausencia de buena calidad de vida las opciones de regular, mala o muy mala.

Horas de sueño

Se trata de medir el número de horas que cada individuo duerme al día habitualmente, incluyendo tanto las horas de sueño nocturnas como las siestas, y teniendo en cuenta las variabilidades existentes entre dormir un día de diario a un día de fin de semana. También se pregunta a la población de estudio si consideran que descansan suficiente con las horas que duermen.

De hecho, y teniendo en cuenta que en la población de estudio es cuando se suelen manifestar problemas de estrés, autoestima, etc. pueden afectar directamente con la higiene y calidad del sueño (Báez, Flores, González y Horrisberger, 2005; Rosales Mayor, Egoavil

Rojas, La Cruz Dávila y Rey de Castro Mujica, 2008).

Peso y talla

Para valorar el peso corporal y determinar el exceso de peso y obesidad se ha utilizado el Índice de Masa Corporal (IMC), que se calcula a partir del peso y la talla autodeclarados. El IMC se calcula con la siguiente fórmula: $IMC = \text{peso (kg)} / \text{talla (m}^2\text{)}$.

Se ha empleado los criterios de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) para definir la obesidad (Rubio et al., 2007).

Tabla 8: criterios SEEDO para definir la obesidad en grados según el IMC en adultos

Categoría	Valores límite del IMC (kg/m ²)
Peso insuficiente	< 18,5
Normopeso	18,5 – 24,9
Sobrepeso grado I	25,0 – 26,9
Sobrepeso grado II (preobesidad)	27,0 – 29,9
Obesidad de tipo I	30,0 – 34,9
Obesidad de tipo II	35,0 – 39,9
Obesidad de tipo III (mórbida)	40,0 – 49,9
Obesidad de tipo IV (extrema)	≥ 50

C) Estilos de vida

Actividad física

Para la medición de la actividad física se ha utilizado una adaptación del cuestionario *International Physical Activity Questionary* (IPAQ) (Craig et al., 2003; Curi y

Gomes, 2004). El cuestionario utilizado en este estudio indaga sobre la participación en 15 actividades deportivas diferentes y el tiempo dedicado a cada una de ellas, teniendo en cuenta la frecuencia (8 categorías para el número de días a la semana de práctica deportiva: desde “nunca” a “siete días a la semana”) y la duración de las mismas (7 categorías de tiempo: desde “menos de 20 minutos al día” a “2 horas o más al día”).

Otros aspectos que se ha evaluado son: el tiempo que hace que realizan ejercicio físico, dónde lo hacen habitualmente, si practican todo el que desearían y, en caso contrario, por qué motivo y, finalmente, si los padres practican algún deporte o ejercicio físico de forma habitual.

También nos ha interesado conocer si han percibido cambios en relación a este hábito desde su entrada en la Universidad y, en caso de que estos se hubieran producido, conocer en qué sentido (positivos o negativos), empleando una pregunta codificada en 5 ítems de respuesta (Dejaste de hacer ejercicio/deporte; Empezaste a hacer ejercicio/deporte; Haces más ejercicio/deporte; Haces menos ejercicio/deporte; Haces igual ejercicio/deporte).

Teniendo en cuenta que dichas actividades deportivas son diferentes entre sí, se han clasificado en tres categorías: caminar, actividades moderadas y actividades vigorosas. Según la «OMS | ¿Qué se entiende por actividad moderada y actividad vigorosa?» (s. f.), “Un MET se define como el costo energético de estar sentado tranquilamente y es equivalente a un consumo de 1 kcal/kg/h”.

Para calcular el índice energético de las actividades se ha contado con la duración, la frecuencia y el tipo de actividad y la intensidad requerida para llevarla a cabo medida en MET. Se ha tomado como referencia la propuesta de Ainsworth et al. (2000): caminar= 3,3

MET, actividad moderada=4 MET, actividad vigorosa= 8 MET.

Índice energético = Σ intensidad (MET) x duración (minutos) x frecuencia (días)

Por otro lado, y teniendo en cuenta los minutos destinados a dicha actividad, se construye una escala en MET-minutos. Es a partir de este índice donde se clasifican a los individuos como:

- Inactivo: no realiza ninguna actividad en el tiempo libre.
- Actividad física ligera: ≤ 499 total MET-minutos/semana.
- Actividad física moderada: 500 – 999 total MET-minutos/semana.
- Actividad física intensa: ≥ 1.000 total MET-minutos/semana.

Por tanto, para evaluar la actividad física, hemos utilizado una tabla bidimensional en la que por una parte medimos el número de días a la semana que practican ejercicio físico y, por otra, el tiempo medio, en minutos al día, cada vez que lo practican. A su vez, dicha tabla está compuesta por 16 ítems en los que se reflejan las diferentes actividades, que posteriormente se clasificarán en tres categorías según su intensidad: caminar, actividad moderada y vigorosa.

Actividades de tiempo libre

Se ha querido indagar sobre aquellas actividades que realiza el alumnado durante su tiempo libre y cuántas horas dedican a ello: salir con los amigos, uso de las redes sociales, ir al cine, leer libros, etc. Debido a que las actividades que se realizan, así como la duración de las mismas, son diversas según el día de la semana, se ha pedido el tiempo medio que destinan a estas actividades en un día típico entre semana y en uno de fin de semana.

De igual forma, nos ha permitido identificar si existe o no una conducta sedentaria

evaluando el tiempo destinado a algunas de las actividades como ver la televisión y jugar a la consola.

D) CONSUMO

Drogas legales: Alcohol y tabaco

Respecto al **tabaco**, se ha indagado acerca del consumo del mismo, pudiendo determinar la prevalencia del consumo, tipo de fumador, frecuencia de consumo, nivel de dependencia y motivación para abandonar el hábito tabáquico.

En relación a los fumadores, se ha recogido información sobre la intensidad de su consumo (número de cigarrillos al día), número de intentos para dejar de fumar y los motivos principales de las recaídas. También se han tenido en cuenta a los exfumadores, incluyendo ítems sobre el tiempo que hace que han dejado de fumar y la intensidad.

Un aspecto importante ha sido también determinar si han percibido cambios en su consumo de tabaco desde que están en la universidad y, para conocer en qué dirección van esos cambios, se ha formulado una pregunta codificada en 5 ítems de respuesta (Empecé a fumar; Fumo igual que antes; Fumo más; Fumo menos; Dejé de fumar).

Por último, se ha querido averiguar las características de aquellos casos en los que hayan tenido exposición ambiental o tabaquismo pasivo.

Para averiguar el consumo de **alcohol** en la población universitaria se ha indagado sobre la frecuencia de consumo y número de consumiciones.

De igual forma que ocurre con otros hábitos, tanto la frecuencia como la cantidad de

consumo de alcohol son distintas según si el individuo se encuentra en un día de fin de semana o, por el contrario, un día entre semana. Por ello, se ha pedido que se indicara la frecuencia de consumo de alcohol (ningún día, 1 día al mes o menos, 2-4 días al mes, 1 día a la semana, 2 semanales, 3 semanales y todos los días) y el número habitual de consumiciones (de 0 a 6 o más consumiciones) que realiza en un día de fin de semana y, aparte, en un día entre semana.

Otras drogas

En relación al consumo de otras drogas (tranquilizantes, marihuana/hachís, cocaína, drogas de diseño, alucinógenos, anfetaminas y heroína), se ha querido averiguar el consumo de varias sustancias en diferentes tramos temporales: a lo largo de su vida (optando por las opciones de nunca u ocasionalmente), en los últimos 12 meses (pudiendo escoger entre “diariamente”, “semanalmente”, “ocasionalmente” o “nunca”) y en los últimos 30 días, contando con las mismas opciones que en el de 12 meses.

Además, no solo se ha querido investigar sobre el consumo de la sustancia en sí, sino también en qué situaciones lleva a cabo con más o menos frecuencia el consumo y, si desde que está en la Universidad, ha variado su consumo de dichas sustancias.

E) Hábitos alimentarios

Como ya se sabe, el colectivo universitario es uno de los principales, junto con los adolescentes, en desarrollar algunas conductas alimentarias de riesgo, ya sea por estar condicionados a manifestar su afinidad hacia una determinada estética corporal impuesta por la sociedad contemporánea (Castro, Calado, Fernández y Lameiras, 2003) o, por el contrario, debido a que nos situamos en país desarrollado cuyos estilos de vida han estado

cambiando, como los hábitos alimentarios, entre otros (aumento del sedentarismo y del consumo de tabaco y alcohol, estrés, etc.) y han contribuido al sobrepeso en este grupo (Irazusta et al., 2007).

Así pues, y para investigar sobre los hábitos de alimentación y qué tipo de dieta tienen los estudiantes universitarios, se ha empleado un cuestionario semicuantitativo de frecuencia de consumo de alimentos del estudio PREDIMED, previamente validado en España (Fernández-Ballart et al., 2010; Martín-Moreno et al., 1993).

Se trata de una lista cerrada de alimentos con la que se puede obtener información cualitativa, cuando tan solo se indica la frecuencia en que se consume el alimento o bebida en cuestión e información cuantitativa, ya que se incorpora la ración habitual de consumo de cada uno de los ítems de alimentos incluidos en la lista. Para cada uno de los alimentos incluidos en el cuestionario se especifica un tamaño de ración y se ofrece la posibilidad de elegir entre 9 posibles frecuencias de consumo de alimentos.

De igual forma, se ha querido investigar también la dieta de aquellos estudiantes que viven en una residencia o conviven con otros estudiantes, puesto que muchos de ellos cambian de residencia una vez entran en la universidad.

D) Otros hábitos, comportamientos y estilos de vida

Existen una serie de aspectos que están estrechamente vinculados a la salud, siendo algunos de ellos verdaderamente relevantes en los estudiantes universitarios, tal y como son la conducta sexual y la seguridad vial. Los adolescentes y adultos jóvenes son un grupo especialmente susceptible a este tipo de hábitos, ya que comienzan a ser independientes y a realizar una exploración de sus motivaciones e intereses que les repercutirá durante el resto

de sus vidas. Una vez entran en la universidad es cuando empiezan a poder conducir, conocen muchas personas y se dan situaciones que desembocan en relaciones sexuales.

Conducta sexual

A pesar de que a lo largo de los años el grupo de riesgo ha pasado de ser de los adultos jóvenes a los adolescentes, la universidad es un contexto proclive a conocer personas, indagar sobre nuestros intereses y necesidades personales y darse conductas sexuales.

Para indagar sobre los hábitos sexuales, se ha preguntado sobre aspectos objetivos, como si ha tenido relaciones sexuales, la frecuencia con la que utiliza métodos anticonceptivos (preservativo, píldora, coito interrumpido, DIU, etc.), si ha tenido que recurrir o su pareja a la píldora del día después, si ha padecido o padece actualmente alguna ETS; incluso aspectos más subjetivos como si considera que está lo suficientemente informado sobre temas de sexualidad o que indique cuán satisfactoria opina que es su manera de vivir su sexualidad.

No se han tratado otros aspectos tales como la homosexualidad, bisexualidad o transexualidad.

Seguridad vial

Para indagar sobre si presentan conductas de riesgo o no en relación con la seguridad vial, se ha preguntado sobre la frecuencia (nunca, casi nunca, a veces, a menudo, siempre o si no usa vehículo) en la que usan el cinturón delantero, si supera el límite de velocidad, conduce bajo los efectos del alcohol u otras drogas, conduce hablando por

teléfono y si lleva casco al circular en moto, entre otros.

Higiene dental

Se ha incluido un ítem relacionado con la higiene dental, para saber con qué frecuencia se cepilla los dientes: nunca o casi nunca; varias veces a la semana, pero no cada día; por lo menos una vez al día y prácticamente después de cada comida.

E) Universidad y promoción de la salud

En este apartado se desea conocer la opinión del alumnado sobre el papel que creen desempeña la Universidad en temas de promoción de la salud y el grado de implicación que creen debería tener en dicha promoción. Para ello, se han formulado dos preguntas: 1) En qué medida considera que debería implicarse la Universidad en la promoción de la salud de sus estudiantes; 2) Puntúa globalmente el papel que en tu opinión está desempeñando actualmente la Universidad para la promoción de la salud de sus estudiantes. La medición se ha realizado con una escala Likert de cinco categorías (donde 1 era Nada importante y 5 Muy importante).

II.3.5. Descripción instrumentos

Se han empleado una serie de instrumentos y herramientas para llevar a cabo esta investigación:

- Cuestionario ESVISAUN, validado por un panel de expertos (Delphi) y un análisis crítico de los ítems y análisis de las sub-escalas del cuestionario.

- *Software* para la aplicación de encuestas en línea LimeSurvey. Se utilizó para realizar *online* el cuestionario anterior.

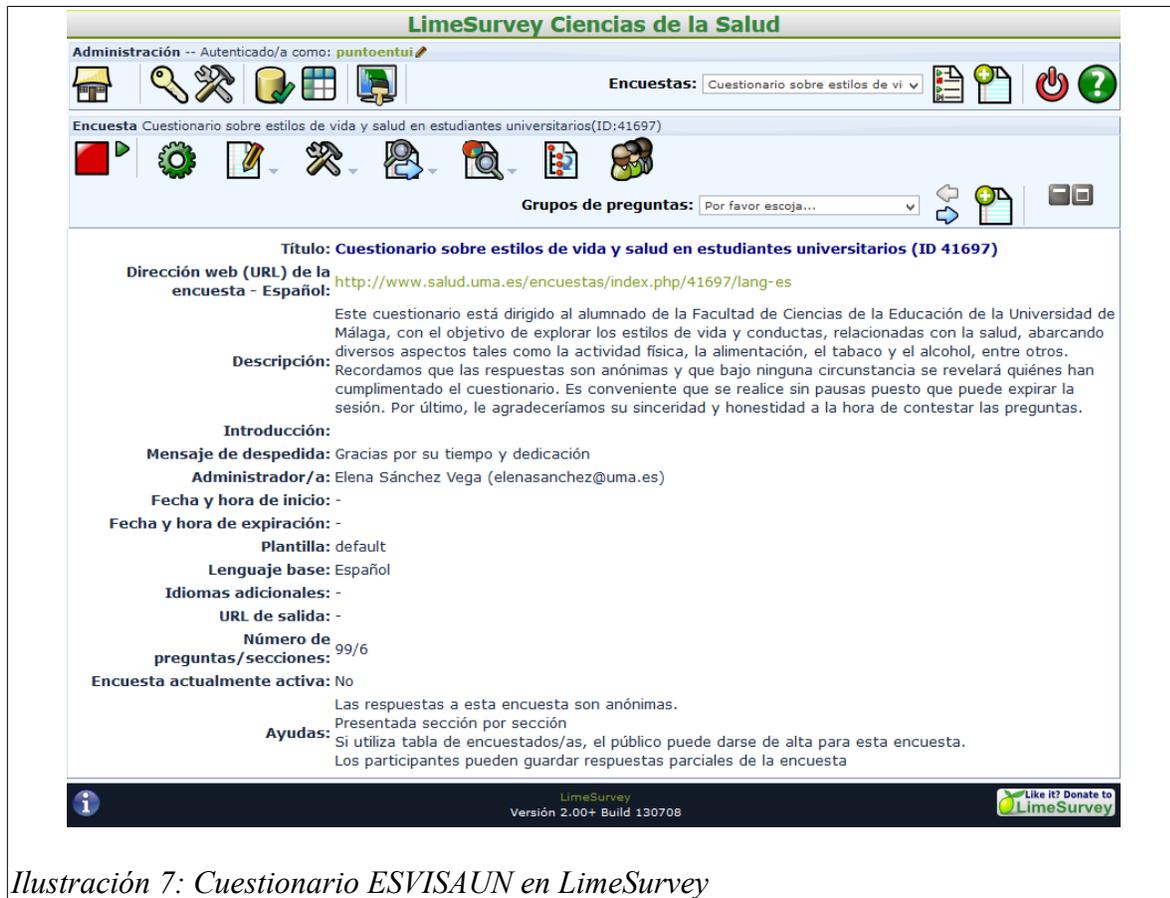


Ilustración 7: Cuestionario ESVISAUN en LimeSurvey

- Por último, los datos se han exportado al programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 20, a través del cual se ha llevado a cabo el análisis estadístico de los datos obtenidos.

LimeSurvey permite exportar los resultados directamente a SPSS, lo que ha facilitado mucho el trabajo a la hora de interpretar los datos y ha reducido el posible sesgo de error que se suele dar en estos procesos de traspaso de información de una base de datos a otra.

II.3.6. Aspectos éticos

El estudio se realizó respetando la protección y confidencialidad de los datos, mediante el uso de la plataforma LimeSurvey, que garantiza el tratamiento anónimo y la segregación de datos personales y variables de estudio. En dicha plataforma se disponían de los nombres, apellidos y correos electrónicos de los destinatarios de la encuesta, se podía conocer quién había respondido y quién no, pero se desconoce qué ha respondido cada encuestado.

Se solicitó la autorización correspondiente a las autoridades académicas de la Facultad de Ciencias de la Educación (Decano, quien traslado la petición a la Junta de Centro). Una vez obtenido el permiso se procedió a contactar de forma personal (mediante correo electrónico y/o llamadas telefónicas) con el profesorado que impartía docencia en cada uno de los grupos al objeto de que nos permitiesen la explicación de la investigación al alumnado.

La fase siguiente consistió en asistir físicamente al aula con cada grupo, explicarles la investigación y solicitar su permiso para el envío, a través de LimeSurvey, de la encuesta. Los que estaban de acuerdo en contestarla escribían en una tabla su nombre, apellidos y dirección de correo electrónico (dando, por tanto, su consentimiento para formar parte del estudio).

Utilizando la plataforma LimeSurvey se enviaron correos electrónicos a los alumnos, invitándoles a la cumplimentación de la encuesta. Se dejó pasar unos días antes de enviar un recordatorio (a aquellos que no lo habían hecho) y, pasadas un par de semanas, se envió un segundo recordatorio.

La encuesta fue respondida sin ninguna obligación y desde el más absoluto anonimato. Incluso se permitió (es posible configurarlo en LimeSurvey) que cualquier usuario se diese de baja para no recibir recordatorios sin haber rellenado la encuesta.

Los datos obtenidos en este estudio se dedicarán exclusivamente a la difusión científica de los mismos.

II.3.7. Análisis de los datos

Se ha realizado un análisis descriptivo de las variables categóricas, calculando la frecuencia y porcentajes de respuestas de cada una de ellas. Se ha utilizado también la media, mediana y desviación típica en algunas variables; en otras se ha aplicado un análisis factorial (por ejemplo las relacionadas al consumo de alimentos). El análisis de asociación bivalente se realizó mediante el test de la χ^2 (con corrección del estadístico exacto de Fisher cuando las condiciones lo requirieron) o la t de Student para muestras independientes (para la comparación de medias). Dicho análisis se ha realizado fundamentalmente con las variables género y edad.

CAPÍTULO III. RESULTADOS

III.1. Muestra

En primer lugar, se ha llevado a cabo una depuración de los cuestionarios para detectar sesgos. En total, de los 2358 alumnos, se obtuvieron 798, habiéndose excluido 43 por estar mal cumplimentados y/o incompletos. Por lo que al final se obtuvieron un total de 755 cuestionarios.

En la tabla 9 se puede observar la agrupación del alumnado por titulación y sexo de los cuestionarios recogidos.

Tabla 9: Cuestionarios recogidos por especialidad, curso y sexo

	PRIMARIA			INFANTIL			PEDAGOGÍA			ED. SOCIAL		
	Hom	Muj.	Total	Hom.	Muj.	Total	Hom.	Muj.	Total	Hom.	Muj.	Total
1º	44	79	123	3	94	97	6	36	42	2	22	24
2º	37	81	118	2	60	62	7	32	39	4	17	21
3º	42	74	116	3	55	58	4	37	41	3	13	16
Total	123	234	357	8	209	217	17	105	122	9	52	61

TOTAL: 755 alumnos, de los cuales 155 son hombres y 600 mujeres. Dichos cuestionarios suponen un 32,02% de la población de alumnos, lo que hace representativa la cifra de cuestionarios recogidos.

En la tabla 10 se muestran los porcentajes de los cuestionarios recogidos con respecto a la población de la Facultad de Ciencias de la Educación.

Tabla 10: Porcentaje de los cuestionarios recogidos con referencia a la población

	PRIMARIA			INFANTIL			PEDAGOGÍA			ED. SOCIAL		
	Hom	Muj.	Total	Hom.	Muj.	Total	Hom.	Muj.	Total	Hom.	Muj.	Total
1º	30 %	30 %	30 %	60 %	49 %	49 %	24 %	34 %	32 %	15 %	31 %	28 %
2º	26 %	31 %	29 %	18 %	33 %	32 %	30 %	32 %	32 %	27 %	40 %	36 %
3º	29 %	31 %	30 %	27 %	33 %	33 %	17 %	37 %	34 %	21 %	27 %	26 %
Total	28 %	30 %	30 %	35 %	38 %	38 %	24 %	34 %	32 %	21 %	32 %	30 %

Se puede apreciar cómo están equilibrados los porcentajes, a excepción de la población masculina de ciertos niveles por su reducido número, que hace que la recogida de un cuestionario de más o de menos suponga una variación elevada de dicho porcentaje (por ejemplo los hombres de primero de Educación Infantil como muestra de porcentaje elevado o los de primero de Educación Social como porcentaje bajo).

III.2. Características sociodemográficas y socioeconómicas

En relación al **sexo**, se puede observar que el 79,5% son mujeres, frente al 20,5% que son hombres (tabla 11).

Tabla 11: Sexo

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	600	79,5%
Masculino	155	20,5%
Total	755	100,0%

Con respecto a la población total reflejada anteriormente en la tabla 6, son parámetros normales ya que el número de matriculados es mayor en el sexo femenino que

en el masculino en todas las titulaciones.

Los estadísticos descriptivos de la **edad** de los sujetos indican una gran variabilidad, tal y como se puede observar en la tabla 12, evidenciada en la diferencia entre la media y la mediana de distribución, así como en la desviación típica de los mismos e índices de asimetría.

Tabla 12: Estadísticos descriptivos de la edad

N	Válidos	755
	Perdidos	0
Media	21,78	
Mediana	20	
Desviación típica	5,071	
Asimetría	3,005	
Error típico de asimetría	,089	
Curtosis	11,274	
Error típico de curtosis	,178	

Esto nos lleva a establecer que el valor de la edad media está siendo condicionado por la presencia de valores alejados, teniendo en cuenta que el número de alumnos del sexo femenino es mucho mayor en comparación con los de sexo masculino (ilustración 8).

Así pues, según la distribución por edad, se muestra una asimetría positiva.

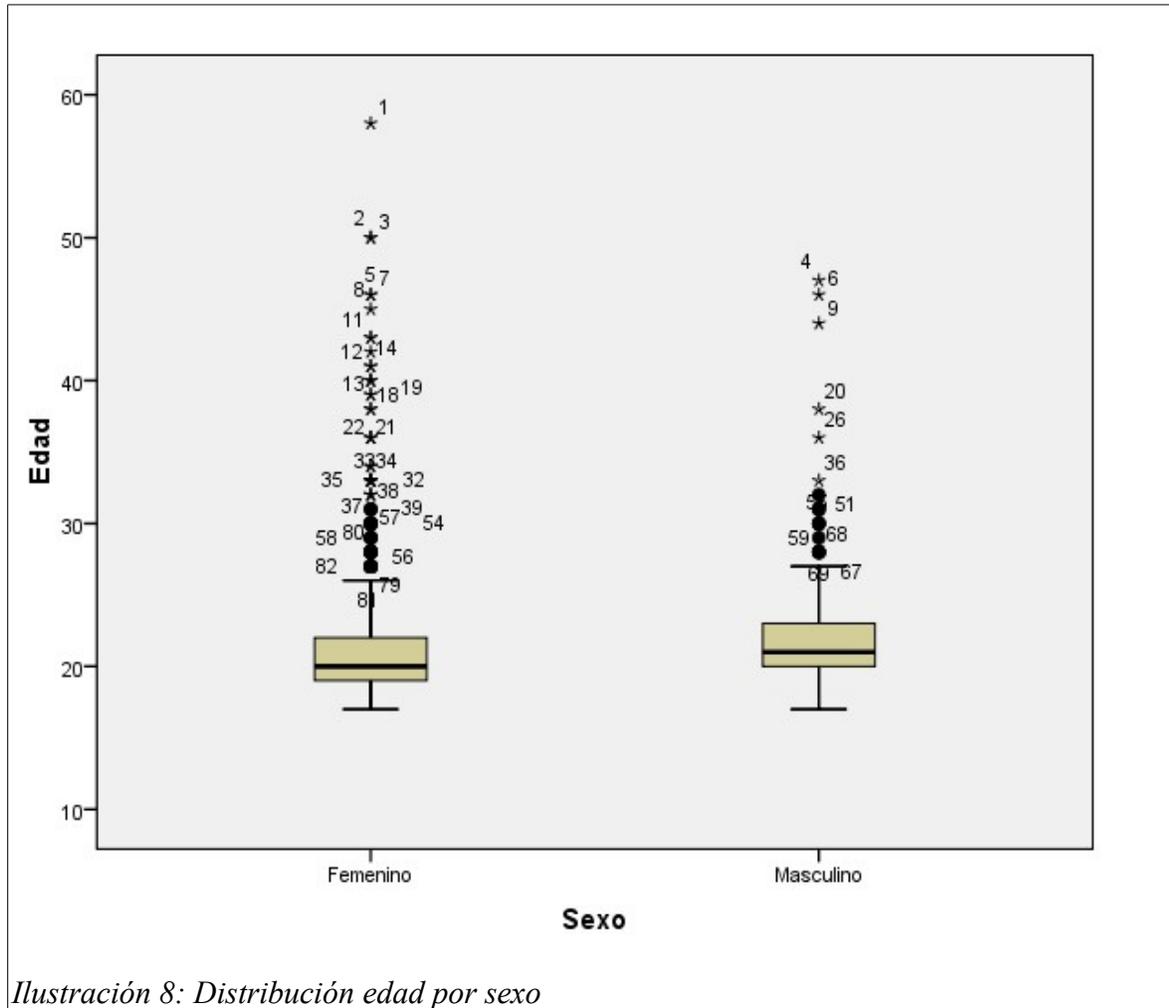


Ilustración 8: Distribución edad por sexo

A partir de esto, se ha considerado relevante realizar una división según grupos de edad para poder emplearla como variable independiente si se requiere, permitiendo conocer más aspectos de estos estudiantes en relación con los hábitos saludables. Para establecer los grupos se han tenido en cuenta las delimitaciones sociales, sobre todo en relación con la edad y con responsabilidades generalmente asociadas.

Así pues, se han establecido cuatro grupos: el primero de 17 a 23 años; el segundo de 24 a 30 años (ambos con un rango de diferencia de 6 años); el tercero de 31 a 40 y, por último, el cuarto con aquellos alumnos mayores de 40 años. En la tabla 13 se pueden ver las proporciones y distribución de cada grupo:

Tabla 13: Proporciones y distribución de cada grupo por edad

17 a 23	24 a 30	31 a 40	<40
81,7% (n=617)	12,3% (n=93)	4,1% (n=31)	1,9% (n=14)

Como cabe esperar, el mayor número de estudiantes se encuentran comprendidos en el primer grupo, ya que es el intervalo de edad donde generalmente se llevan a cabo los estudios universitarios y, posteriormente, el número va disminuyendo.

En relación a la distribución de sexo por grupos de edad, los datos se muestran en la tabla 14:

Tabla 14: Distribución de sexo por grupos de edad

Sexo	Grupos de edad			
	17-23	24-30	31-40	>40
Masculino	75,5% (n=117)	18,1% (n=28)	4,5% (n=7)	1,9% (n=3)
Femenino	83,3% (n=500)	10,8% (n=65)	4% (n=24)	1,8% (n=11)

Finalmente, también se dividen los grupos entre jóvenes y adultos:

Tabla 15: Grupo jóvenes (17-30 años)

N	Válidos 710 Perdidos 0
Media	20,74
Mediana	20
Desviación típica	2,631
Asimetría	1,436
Error típ. asimetría	,092
Curtosis	2,092
Error típ. curtosis	,183
Varianza	6,926

Tabla 16: Grupo adultos (31-58 años)

N	Válidos 710 Perdidos 0
Media	38,06
Mediana	36
Desviación típica	6,36
Asimetría	,977
Error típ. asimetría	,354
Curtosis	,690
Error típ. curtosis	,695
Varianza	40,473

En la siguiente tabla se puede observar el resumen de datos para ambos grupos de edad:

Tabla 17: resumen de datos para ambos grupos de edad

	% del total	Edad media	Desviación típ. (DE)
Jóvenes	94% (n=710)	20,74	2,631
Adultos	6% (n=45)	38,06	6,36

En relación al sexo, la distribución según los grupos de edad adultos y jóvenes es la siguiente:

Tabla 18: Distribución según sexo y grupos de edad

Género	Grupos de edad		Total
	Jóvenes	Adultos	
Masculino	19,2% (n=145)	1,3% (n=10)	20,5% (n= 155)
Femenino	74,8% (n=565)	4,7% (n=35)	79,5% (n=600)

La distribución de la edad es similar en ambos sexos.

En cuanto a la **vía de acceso a la universidad**, en la tabla 19 se refleja que el mayor número de estudiantes ha accedido a la Universidad a través de selectividad, seguido de formación profesional, sin existir diferencias estadísticamente significativas en función del género.



Tabla 19: Distribución según vía de acceso

Vía de acceso	Frecuencia	Porcentaje	Género	
			Masculino	Femenino
Selectividad	574	76%	78,7% (n=122)	75,3% (n=452)
Formación Profesional	146	19,3%	16,8% (n=26)	20% (n=120)
Mayor de 25 años	21	2,8%	2,6% (n=4)	2,8% (n=17)
Mayor de 40 años	6	0,8%	1,3% (n=2)	0,7% (n=4)
Otro	8	1,1%	0,6% (n=6)	1,2% (n=7)

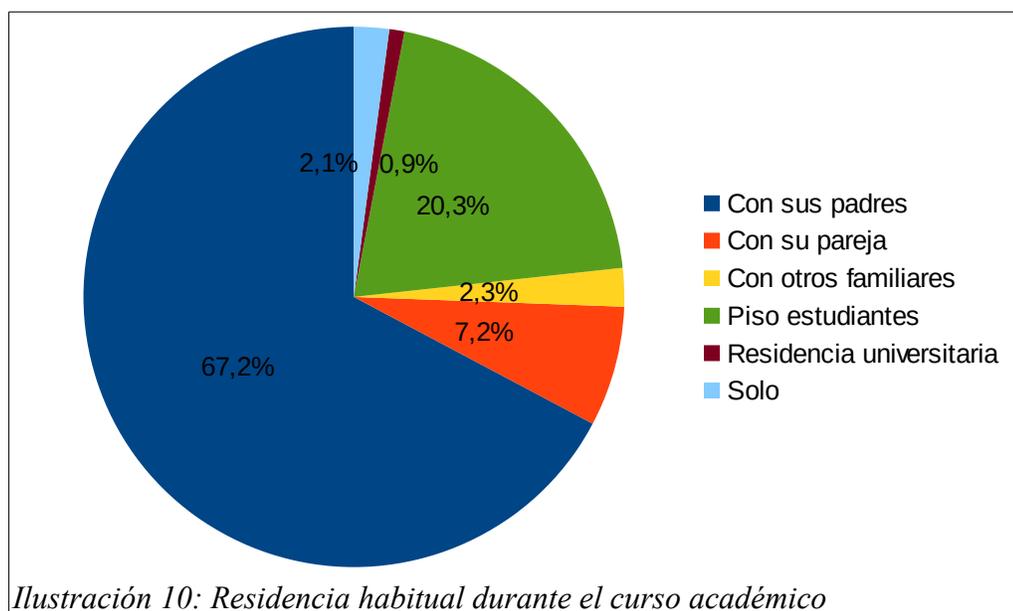
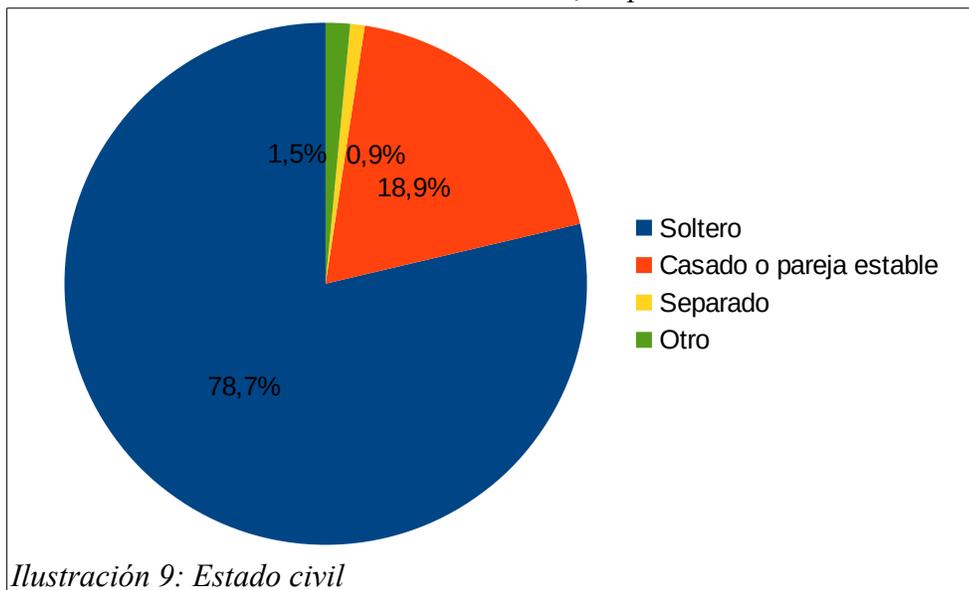
Las otras vías de acceso son por titulación universitaria y por ERASMUS, con un porcentaje de 0,9% y 0,1% correspondientemente.

No se ha hecho distribución de la muestra según vía de acceso en relación a la población total puesto que no se dispone de los datos de acceso a la Universidad de toda la población.

A la hora de analizar la distribución porcentual según el centro de procedencia, se obtienen los siguientes resultados: la mayor parte de los alumnos, el 78,3% (n=591), estudiaron en un centro público, frente al 15,4% (n=116) que lo hizo en un centro concertado y, por último, un 6,4% (n=48) que realizó sus estudios en un centro privado. No existen diferencias estadísticamente significativas según género.

En relación con la **nota media del expediente académico**, un 11,8% (n=89) corresponde al aprobado, el 78,1% (n=590) al notable, el 9,7% (n=73) al sobresaliente y un 0,4% (n=3) a la matrícula. La media de expediente académico en general es de un 7,49, siendo en hombres $7,35 \pm 0,06$ y en mujeres $7,53 \pm 0,03$.

Las siguientes ilustraciones en sectores muestran la distribución por **estado civil** y por **residencia habitual** durante el curso académico, respectivamente.



En lo que respecta a la relación entre estas dos distribuciones, hay que mencionar que existe cierta discordancia en el sentido de que un 18,9% indica estar casados o con pareja estable; sin embargo, solo un 7,2% vive en pareja. Se ha descartado la opción de viudedad por la edad general de la población. Una posible modificación y adaptación de los ítems para no infundir a error y abarcar todas las opciones sería: soltero, pareja estable no formal legalmente, casado o pareja de hecho, separado o divorciado y viudo. Como era de esperar, la mayor parte (67,3%; n=508) reside con sus padres durante el curso académico, seguido de convivir en un piso con otros estudiantes (20,3%; n=153).

Según el **número de hijos**, la persona más joven con un solo hijo tiene 26 años, frente a la persona más mayor con 58 años que tiene 5 o más hijos. El 3,5% tiene hijos, siendo 22 el número de mujeres frente a 5 hombres (tabla 20).

Tabla 20: Número de hijos en relación al sexo

Nº hijos	0	1	2	3	5 o más
Femenino	578	9	12	0	1
Masculino	150	1	3	1	0

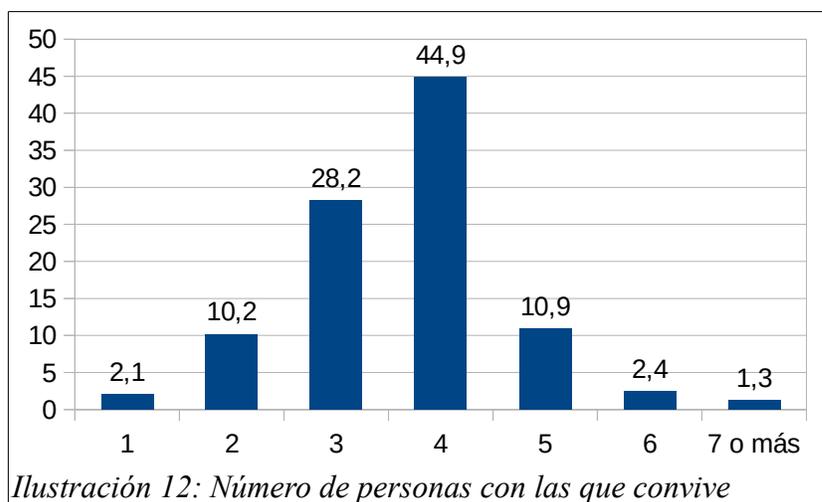
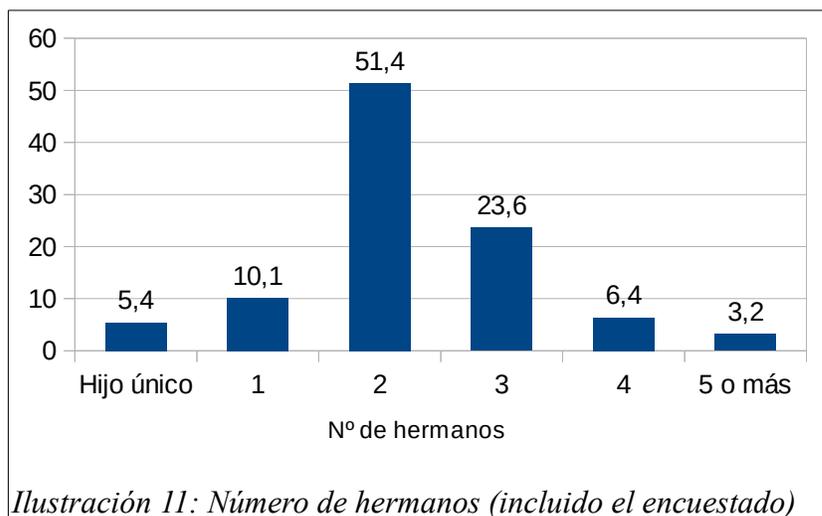
Según los grupos de edad ya descritos, en la tabla 21 se puede ver la distribución:

Tabla 21: Número de hijos por grupos de edad

Número de hijos	Grupos de edad	
	Jóvenes	Adultos
0	99% (n=703)	55,6% (n=25)
1	0,8% (n=6)	8,9% (n=4)
2	-	33,3% (n=15)
3	0,1% (n=1)	-
5 o más	-	0,1% (n=1)

Como cabía esperar, el grupo de personas de mayor edad son las que tienen un mayor número de hijos.

A continuación, en las siguientes ilustraciones se especifican el **número de hermanos**, incluido el encuestado, así como el **número de personas con las que conviven**.



Según las ilustraciones anteriores, expresadas en tantos por ciento, la media de la población general es de 2 o 3 de hermanos, situándose 2 entre los percentiles 25 y 50, y 3 en el 75. Por otro lado, convive con 3 o 4 personas, teniendo los percentiles 50 y 75 un valor de 4 y el percentil 25 de 3.

La media del número de hermanos es significativamente superior en caso de los adultos frente a los jóvenes ($t=-3,318$; $p<0,001$). Igualmente, el grupo de personas jóvenes convive con un mayor número de personas que el de adultos ($t=7,032$; $p<0,001$). En la siguiente tabla se puede observar el porcentaje de personas con las que se convive según el grupo de edad:

Tabla 22: Número de personas con las que convive (incluida usted) según grupo de edad

Grupo de edad	Número de personas con las que convive (incluida usted)						
	1	2	3	4	5	6	7 o más
Jóvenes	1,3% (n=9)	8,5% (n=60)	28,9% (n=205)	46,1% (n=327)	11,4% (n=81)	2,5% (n=18)	1,4% (n=10)
Adultos	16,6% (n=7)	37,8% (n=17)	17,8% (n=8)	26,7% (n=12)	2,2% (n=1)	-	-

Respecto a cómo se consideran en **materia religiosa**, el 12,1% (n=91) se define como creyente practicante, un 32,8% (n=248) como no creyente y un 55,1% (n=416) creyente no practicante, no existiendo diferencias significativas por género ni por grupos de edades. En las tablas 23 y 24 se aprecian porcentajes según el sexo y por grupos de edad:

Tabla 23: Distribución según sexo y materia religiosa

	Creyente practicante	Creyente no practicante	No creyente
Femenino	75 (12,5%)	343 (57,2%)	182 (30,3%)
Masculino	16 (10,3%)	73 (47,1%)	66 (42,6%)

Tabla 24: Distribución de creencia por grupo de edad

Grupos de edad	Materia religiosa		
	Creyente practicante	Creyente no practicante	No creyente
Jóvenes	11,7% (n=83)	55,9% (n=397)	32,4% (n=230)
Adultos	17,8% (n=8)	42,2% (n=19)	40% (n=18)

En lo que respecta a la **situación laboral** de los sujetos, no trabaja el 80,7% (n=609) de la muestra, frente al 19,3% (n=146) de sujetos que sí trabajan. Señalar las diferencias existentes según sexo ya que, aún habiendo un mayor número de mujeres, trabajan un 24,5% de hombres y el 18% de mujeres (tabla 25).

Tabla 25: Distribución del empleo por sexos

		Sexo		Total
		Femenino	Masculino	
¿Trabaja actualmente?	No	492 (82%)	117 (75,5%)	609 (80,7%)
	Sí	108 (18%)	38 (24,5%)	146 (19,3%)
Total		600 (100%)	155 (100%)	755 (100,0%)

En la tabla 26 se pueden observar las diferencias según grupos de edad:

Tabla 26: Distribución entre trabajo actual y grupos de edad

		Grupo de edad				Total
		17-23	24-30	31-40	>40	
¿Trabaja actualmente?	No	538 (87,2%)	51 (54,8%)	14 (45,2%)	6 (42,9%)	609 (80,7%)
	Sí	79 (12,8%)	42 (45,2%)	17 (54,8%)	8 (57,1%)	146 (19,3%)
Total		617 (100%)	93 (100%)	31 (100%)	14 (100%)	755 (100,0%)

En base a esto, se observan diferencias significativas según el grupo de edad ($\chi^2=40,241$; $p<0,001$). En relación al sexo, no se muestran diferencias estadísticamente significativas ($p=0,067$).

De los 146 sujetos activos laboralmente (19,3%), la distribución de **horas de trabajo** es la siguiente:

Tabla 27: Distribución de horas de trabajo sujetos activos

	N	Porcentaje
Menos de 20h	89	11,8%
De 20 a 34h	36	4,8%
De 35 a 39h	13	1,7%
De 40 a 44h	7	0,9%
50 o más horas	1	0,1%
Total	146	100%

Acerca de la principal **vía de financiación de estudios**, se observa que el 49,7% ($n=375$) depende de las becas, seguido del 39,6% ($n=299$) que es a través de los padres o familiares, el 7,3% ($n=55$) referido a que trabaja todo el año y el 3,4% ($n=26$) en el que indica trabajar durante todo el verano (tabla 28).

Tabla 28: Principal vía de financiación de sus estudios

	N	Porcentaje
Padres/familiares	299	39,6%
Becas	375	49,7%
Trabajo durante verano	26	3,4%
Trabajo durante todo el año	55	7,3%

Teniendo en cuenta los grupos de edad, se observan diferencias estadísticamente significativas ($X^2= 66,829$, $p<0,001$), siendo un 40,8% (n=290) y un 50,3% (n=357) de los pertenecientes al grupo de jóvenes estudiantes cuya vía principal de financiación son los padres o familias y las becas, respectivamente. Sin embargo, el 37,8% (n=17) de los adultos trabajan durante todo el año frente al 5,4% (n=38) de los jóvenes, aunque también llama la atención que un 40% (n=18) depende de las becas primordialmente.

En lo que respecta a los **ingresos** que obtienen mensualmente por su actividad laboral (n=145), en la siguiente tabla se puede observar que el 26,8% perciben un salario superior a 600€, y de estos un 5,5% superior a 1200€. Sin embargo, casi tres cuartas partes de todo el activo laboral (73,3%) percibe un salario inferior a 600€ mensuales (tabla 29).

Tabla 29: Ingresos mensuales derivados del trabajo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Menos de 300€	66	8,7%	45,5%
De 301 a 600€	40	5,3%	27,6%
De 601 a 900€	22	2,9%	15,2%
De 901 a 1200€	9	1,2%	6,2%
De 1201 a 1500€	6	0,8%	4,1%
Más de 1500€	2	0,3%	1,4%
Total	146	19,3%	100%

Por último, en caso de no disponer de ingresos por trabajo (n=610), al preguntar sobre presupuesto que cuentan para sus gastos semanales, más de la mitad disponen de menos de 30€, sin encontrarse diferencias significativas entre sexos (tabla 30).

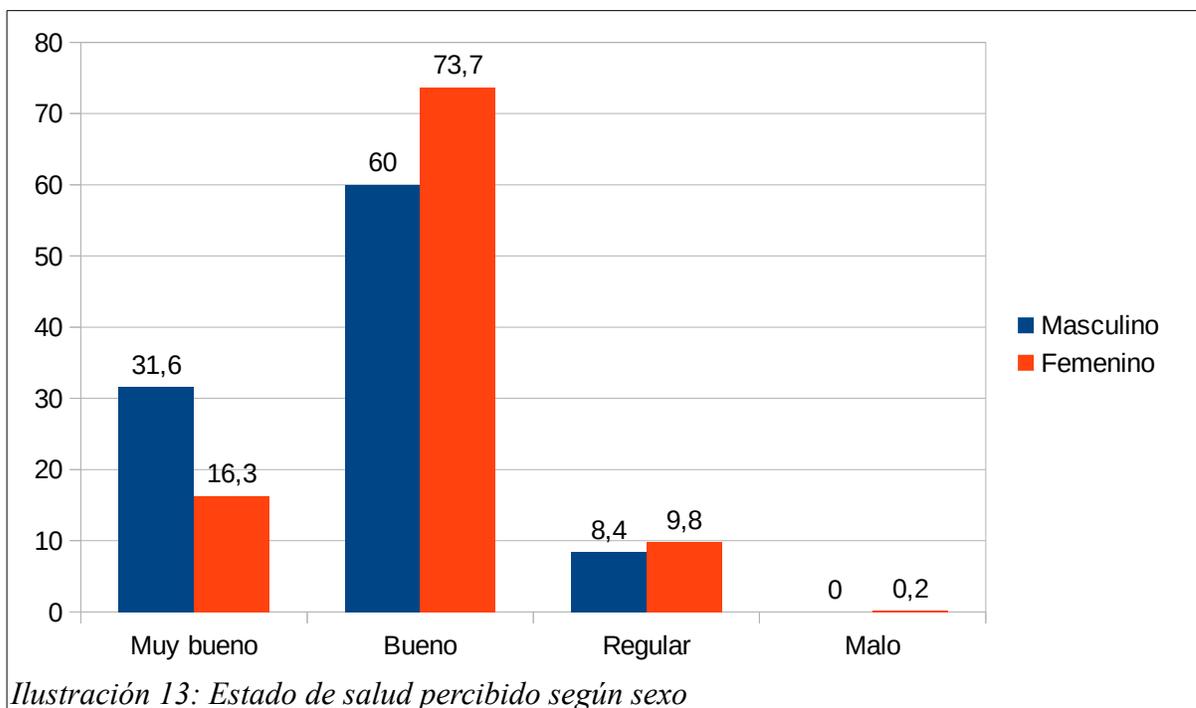
Tabla 30: Presupuesto gasto semanal por género -sin empleo-

	Menos de 30€	De 31 a 40€	De 41 a 50€	De 51 a 60€	De 61 a 70€	Más de 70€	Total
Femenino	347 80,7%	81 16,4%	33 6,7%	22 4,5%	7 1,4%	3 0,6%	493 100%
Masculino	83 19,3%	17 14,5%	8 6,8%	4 3,4%	2 1,7%	3 2,6%	117 100%
Total	430 70,5%	98 16,1%	56 7,4%	35 4,6%	13 1,7%	28 3,7%	610 100%

III.3. Situación de salud

Estado de salud general

El 70,9% de la muestra considera tener un buen estado de salud general, frente al 19,5% que piensa tener un muy buen estado, un 9,5% regular y, por último, el 0,1% cree tener un mal estado de salud general. No se presentan diferencias estadísticamente significativas en cuanto al género (ilustración 13):

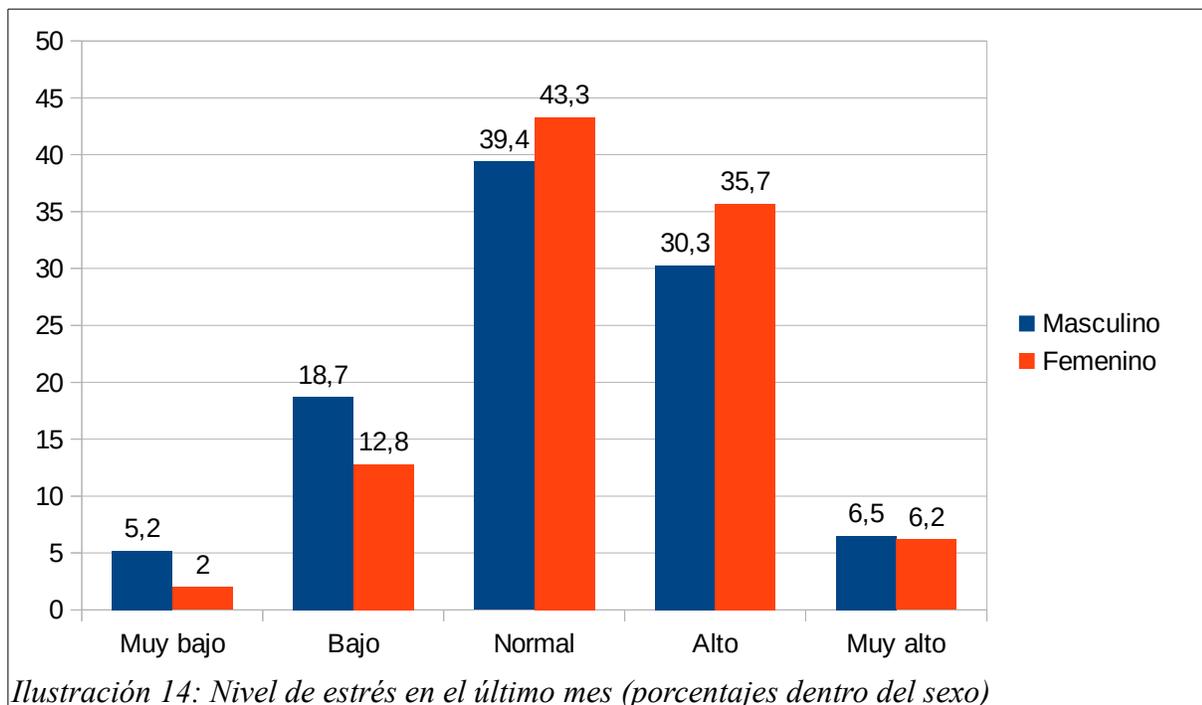


En relación a los grupos de edad, se observan diferencias estadísticamente significativas, a pesar que las personas jóvenes tienen una autopercepción de su estado de salud generalmente más positiva o favorable que en el caso del grupo de adultos. Así pues, a partir de los 31 años de edad, la percepción “regular” es más frecuente (17,8%; n=8) que en edades inferiores (grupo jóvenes: 9%; n=64).

Nivel de estrés

En relación al nivel de estrés, el 40,8% (n=308) expresan haber tenido un nivel de estrés alto (34,6%; n=261) o muy alto (6,2%; n=47) en el último mes, frente al 42,5% (n=321) que manifiestan haber tenido un nivel de estrés normal y, por último, el 16,2% (n=126) unos niveles bajos o muy bajos.

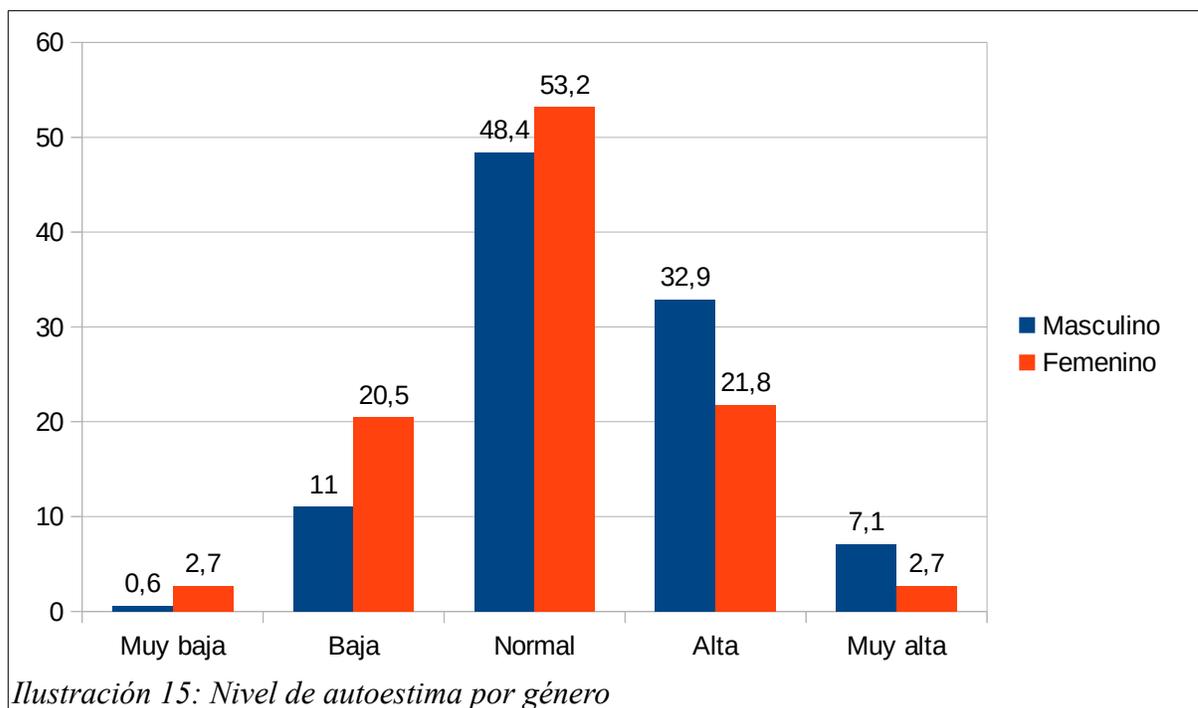
Se observan diferencias significativas por sexos ($\chi^2=9,169$; $p=0,057$). Así, el porcentaje de mujeres que se sienten estresadas (normal a muy alto) es del 85,2% (n=511) frente al 76,2% (n=118) en el caso de los hombres. El 41,9% (n=251) de las mujeres afirma tener un nivel de estrés alto o muy alto, mientras que en los hombres ese porcentaje se sitúa en el 36,8% (n=57) (ilustración 14). No se observan diferencias significativas teniendo en consideración solo las categorías de nivel alto y muy alto.



Sin embargo, sí que se observan diferencias significativas en cuanto al grupo de edad (χ^2 exacta de Fisher: 14,033; $p=0,005$), presentando el grupo de adultos un mayor porcentaje en los niveles de estrés alto (51,1%; n=23) y muy alto (13,3%; n=6) que en el grupo de los jóvenes (33,5%; n=238 y 5,8; n=41, respectivamente).

Nivel de autoestima

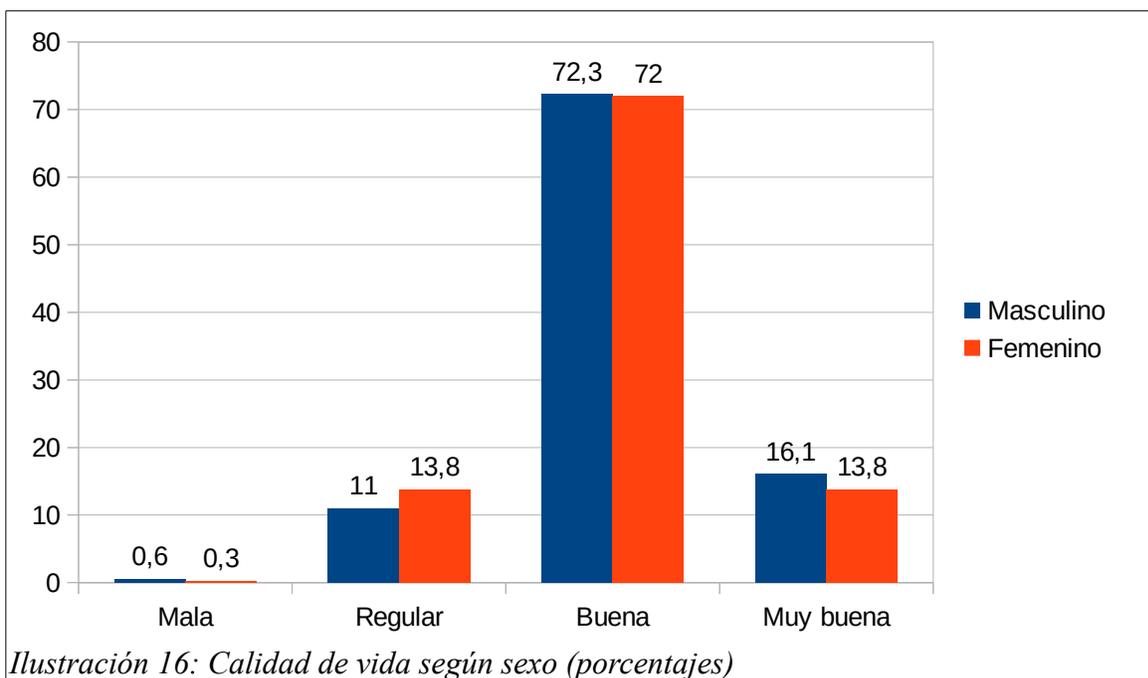
Al preguntar sobre el nivel de autoestima, el 20,8% (n=157) de los estudiantes valoran tener una autoestima baja o muy baja, el 51,5% (n=389) normal, y el 27,7% (n=209) manifiestan tener una autoestima alta o muy alta (ilustración 15).



Existen diferencias significativas por sexos ($\chi^2=21,666$; $p<0,001$). Así, el 7,1% (n=11) de los hombres perciben que tiene un nivel de autoestima muy alto comparado con el 2,7% (n=16) en el caso de las mujeres. No existen diferencias significativas según grupos de edad.

Calidad de vida

El 14,3% (n=108) del alumnado refiere tener una calidad de vida “muy buena”, un 72,1% (n=544) “buena”, el 13,2% (n=100) “regular” y, por último, el 0,4% (n=3) “mala”. En la siguiente ilustración se pueden observar la distribución según el sexo:



No se observan diferencias significativas entre la calidad de vida y la edad, ni con el género.

Enfermedades y problemas de salud

El 11,8% (n=89) del alumnado refiere padecer una enfermedad crónica, siendo el 13% mujeres (n=78) y el 7,1% hombres (n=11). No se muestran diferencias significativas

en cuanto al género (p. exacto fisher=0,05), pero sí en cuanto a grupos de edad adultos y jóvenes ($\chi^2= 5,010$; $p=0,033$), siendo el 22,2% (n=10) del primer grupo que manifiesta padecer una enfermedad crónica frente a los 11,1% (n=79) del segundo.

Además, el 2,1% (n=16) del alumnado refiere padecer alguna discapacidad, siendo el 0,5% auditiva (n=4), el 0,4% visual (n=3) y el 0,5% (n=4) motora, en relación con la población total. No se observan diferencias significativas según el género, aunque sí en grupos de edad ($\chi^2=18,652$, $p=0,002$), pues el 11,1% (n=5) del grupo de adultos afirman tener una discapacidad, frente al 1,5% (n=11) del grupo de jóvenes.

Talla (altura), peso e IMC

La **altura** media de los alumnos es de 166,76 cm y existen diferencias notables entre hombres (176,4 cm) y mujeres (164,2 cm). Igualmente se observa con la variable **peso**, siendo 63,3 kg como promedio global (75,4 kg en hombres y 60,1 kg en mujeres), y con la variable IMC, 22,68 kg/m² como promedio global (22,27 kg/m² en mujeres y 24,26 kg/m² en hombres). El IMC presenta un rango de 15,24 kg/m² y 44,98 kg/m².

Tabla 31: Talla (altura), peso e IMC

	Total		Hombres		Mujeres		T	p
	Media	DE	Media	DE	Media	DE		
Altura	166,76	8,04	176,4	6,35	164,2	6,38	-16,043	<0,001
Peso	63,31	12,24	75,47	10,49	60,17	10,6	-21,12	<0,001
IMC	22,68	3,58	24,26	3,26	22,27	3,54	-6,334	<0,001

Así pues, entre los hombres, la media de IMC era 24,26 kg/m² (DT=3,26) y entre las mujeres era 22,27 (DT=3,54).

El 20,4% (n=154) del alumnado presenta un exceso de peso (el 16,2% -n=122- sobrepeso -IMC entre 25 y 29,9 Kg/m²- y el 4,2% -n=32- obesidad), mientras que el 7,9% (n=60) presenta peso insuficiente. Por último, el 71,7% (n=541) se encuentran en el normopeso.

En la tabla 32 se especifican los porcentajes y frecuencias sobre el IMC según el género. Se observan diferencias significativas según el género (χ^2 corrección estadístico exacto de Fisher=14,969; $p=0,014$) y según grupos de edad (χ^2 corrección estadístico exacto de Fisher=24,586; $p=0,000$).

Tabla 32: Porcentajes y frecuencias sobre el IMC según el género

Género y grupo edad	Rangos IMC						
	Peso insufic.	Normo-peso	Sobrepeso I	Sobrepeso II	Obesidad tipo I	Obesidad tipo II	Obesidad tipo III (mórbida)
Masculino	3,2% (n=5)	69,7% (n=108)	9,7% (n=15)	11% (n=17)	5,8% (n=9)	-	0,6% (n=1)
Femenino	9,2% (n=55)	72,2% (n=433)	9,3% (n=56)	5,7% (n=34)	3,3% (n=20)	0,2% (n=1)	0,2% (n=1)
Adultos	2,2% (n=1)	53,3% (n=24)	13,3% (n=6)	17,8% (n=8)	11,1% (n=5)	2,2% (n=1)	-
Jóvenes	8,3% (n=59)	72,8% (n=517)	9,2% (n=65)	6,1% (n=43)	3,4% (n=24)	-	0,3% (n=2)

Se han empleado las respuestas de los ítems Talla y Peso para describir el IMC del alumnado. Para definir la obesidad en grados según el IMC en adultos se ha empleado los Criterios SEEDO (ver tabla 8).

Como se expresó con anterioridad, el IMC global de la población es de 22,68 kg/m², mostrándose diferencias entre hombres (24,26 kg/m²) y mujeres (22,27 kg/m²). Presenta un rango de 15,24 kg/m² a 44,98 kg/m². En la siguiente ilustración se puede observar las diferencias de IMC según los criterios SEEDO y atendiendo al sexo.

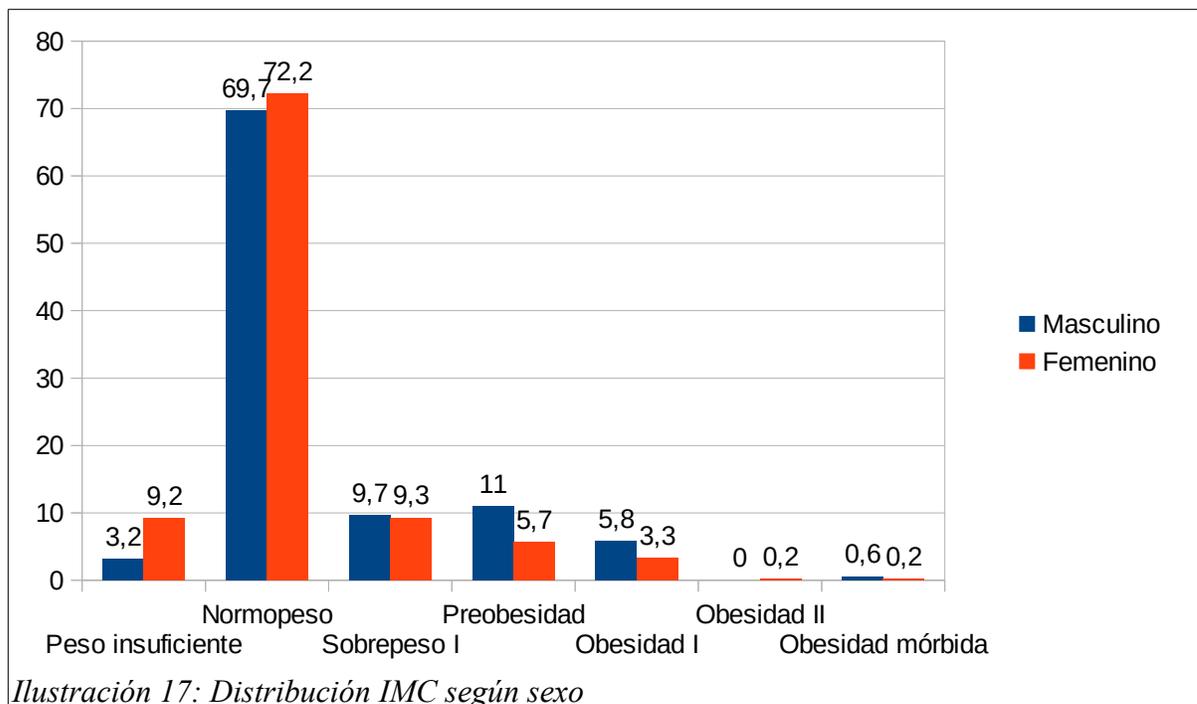


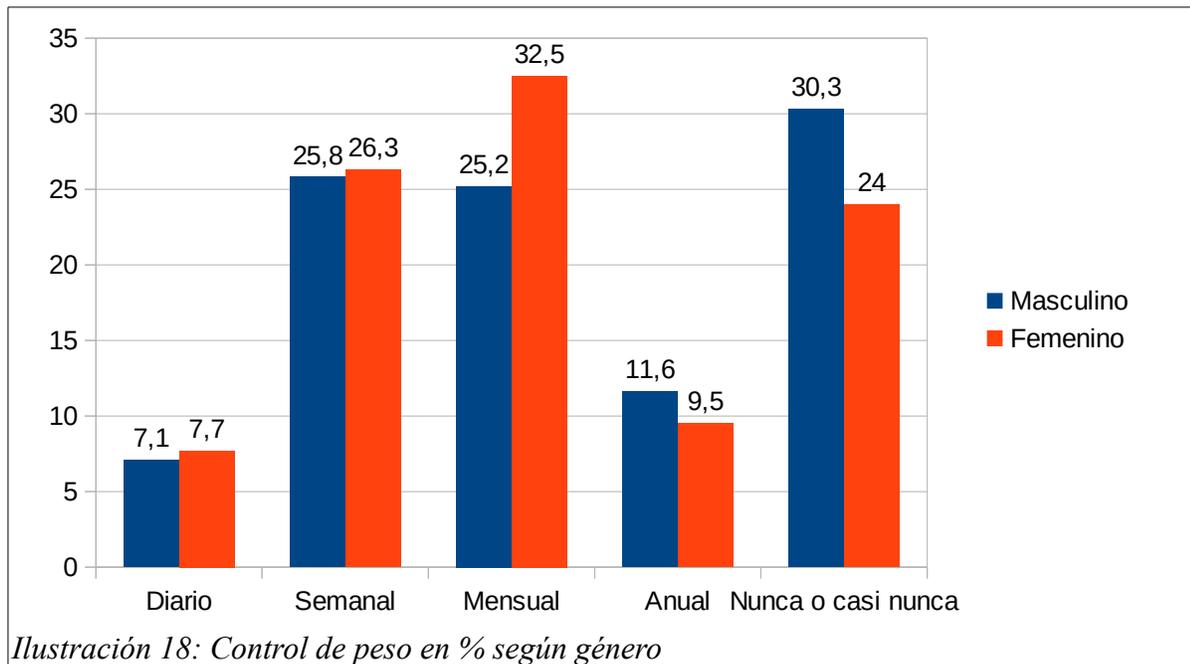
Ilustración 17: Distribución IMC según sexo

Por tanto, el 7,9% (n=60) de los alumnos consideran tener un peso insuficiente, el 71,7% (n=541) un peso normal, el 16,2% (n=122) manifiestan tener sobrepeso y el 4,2% (n=32) algún tipo de obesidad. No se han observado ningún valor referente a la obesidad extrema o de tipo IV.

El 7,4% cuyo IMC indica peso insuficiente valoran su peso como normal, frente al 52,1% con IMC normal que creen tener menos peso. El 41,3% con IMC normal creen tener un peso algo por encima de lo normal en comparación con el 11,5% que valoran estar bastante superior a lo normal. Cabe destacar también que el 3,1% de los individuos que

presentan sobrepeso grado I valoran su peso como normal.

Al preguntar **cada cuánto controlan su peso**, el 7,5% (n=57) indican hacerlo de forma diaria, el 26,2% (n=198) semanalmente, el 31% (n=234) mensualmente, el 9,9% (n=75) anualmente y, por último, el 25,3% (n=191) manifiesta que no lo hace nunca o casi nunca. En relación al género, excepto los casos en los que controlan su peso anualmente, las mujeres controlan más su peso que los hombres, aunque no se observan diferencias significativas. En la siguiente ilustración se refleja los tantos por ciento de frecuencia en el control del peso según el género.



En cuanto a si **han cambiado de peso en el último año**, el 24,5% (n=185) expresa que no, el 28,8% (n=218) ha perdido de 1 a 4 kg y el 15,4% (n=116) 5 kg o más. Por otro lado, el 26,8% (n=203) manifiesta que ha ganado entre 1 y 4 kg, frente al 4,4% (n=33) que

han ganado 5 kg o más. A pesar de que no se observan diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo, el 7,7% (n=12) de los hombres manifiestan una ganancia de 5 o más kg frente al 3,5% (n=21) de las mujeres. La misma tendencia ocurre a la inversa, ya que el 14,7% (n=88) de las mujeres manifiestan una pérdida de 5 kg o más frente al 18,1% de los hombres (n=28).

Según la **percepción del peso** en relación con la altura, el 6,4% (n=48) considera tener un peso inferior a lo normal, un 64,2% (n=485) normal, el 26% (n=196) piensa que tiene un peso algo superior a lo normal y, por último, el 3,4% (n=26) un peso bastante superior a lo normal.

En la tabla 33 se observa la preocupación en relación a la autopercepción del peso:

Tabla 33: Preocupación en relación a la autopercepción del peso

Preocupación peso	Estatura/peso			
	Inferior a lo normal	Normal	Algo superior	Bastante superior
Sí	58,3% (n=28)	47% (n=228)	86,7% (n=170)	92,3% (n=24)
No	41,7% (n=20)	53% (n=257)	13,3% (n=26)	7,7% (n=2)

La preocupación por la obesidad está justificada por la relación que tiene con la calidad de vida y, más concretamente, con la reducción de la esperanza de vida (Oliva, 2009).

Así pues, en lo que respecta al total, hay un mayor porcentaje de alumnos indicando que no les preocupa su peso, pero es debido a que un mayor número de mujeres sí se preocupan por su peso a diferencia de los hombres. De hecho, se observan diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en lo que respecta a la

preocupación en relación a su peso ($\chi^2=16,894$; $p<0,001$).

Tabla 34: Preocupación por el peso según sexo

Preocupación peso	Femenino	Masculino	Total
Sí (% dentro sexo)	50,3% (n= 380) 84,4%	9,3% (n= 70) 15,3%	40,4% 100%
No (% dentro sexo)	29,1% (n= 220) 72,1%	11,3% (n= 85) 11,3%	59,6% 100%

Curiosamente, las personas con normopeso muestran preocupación por su peso en mayor porcentaje (65,8%; n=296) que las que refieren sobrepeso ($\chi^2=48,543$; $p<0,001$).

Tabla 35: Preocupación por el peso

Preocupación peso	Estatura/peso			
	Inferior a lo normal	Normal	Algo superior	Bastante superior
Sí	58,3% (n=28)	47% (n=228)	86,7% (n=170)	92,3% (n=24)
No	41,7% (n=20)	53% (n=257)	13,3% (n=26)	7,7% (n=2)

Las personas que manifiestan preocupación por su peso tienden a controlarlo con mayor frecuencia ($\chi^2=64,460$; $p<0,001$). A pesar de que el 34,6% piensan que su peso es bastante superior a lo normal no acostumbran a controlarlo (categorías de respuesta “nunca o casi nunca”). No se observan diferencias estadísticamente significativas en lo que respecta al género.

La preocupación por el peso está significativamente relacionada con los cambios de peso en el último mes, mostrándose preocupados en mayor porcentaje las personas que han

perdido 5 kg o más ($\chi^2=51,107$; $p<0,001$).

Horas de sueño

El 66% (n=498) del alumnado refiere que **las horas sueño le permiten descansar lo suficiente**, frente al 34% (n=257) que no. No se observan diferencias significativas en cuanto al sexo, aunque sí existen en relación a los grupos de edad ($\chi^2=9,866$; $p<0,005$)

El 73,9% (n=558) refiere **dificultad para dormir en las últimas semanas**. De estos, el 46,1% (n=348) indican dificultad algún día, el 18,8% (n=142) varios días, el 7,3% (n=55) la mayoría de los días y el 1,7% (n=13) todos los días. El 26,1% (n=197) refiere no tener nunca problemas a la hora de conciliar el sueño.

Respecto a **cuántas veces a la semana suele salir de noche**, el 11,7% (n=88) manifiesta no salir nunca, el 25% (n=189) sale ocasionalmente, el 58,8% (n=444) sale una o dos veces, y, por último, el 4,5% (n=34) sale de 3 a más de 4 noches semanales.

No existe relación entre las veces que se sale por semana y la dificultad para dormir en las últimas semanas, y tampoco existe relación entre las horas de sueño que permiten el descanso y la dificultad para dormir. Tampoco se observa relación entre las veces que sale de noche y el descanso.

La mediana de **horas que duermen** a la semana es de 10 horas, coincidiendo con la mediana de entre semana y fin de semana. Si bien, tal y como podemos observar en la tabla 36, el rango intercuartílico (RI) es más amplio en fin de semana que entre semana. Si analizamos por percentiles, podemos ver cómo entre semana solo el 61,9% de todo el

alumnado duerme más de 8 horas mientras que en fin de semana este porcentaje aumenta al 72,6%. En este mismo sentido, la media de horas al día que los estudiantes universitarios duermen a la semana se sitúa en 9,655 horas (9,66 h. entre semana y 9,65 h. el fin de semana).

Tabla 36: Horas de sueño de los estudiantes

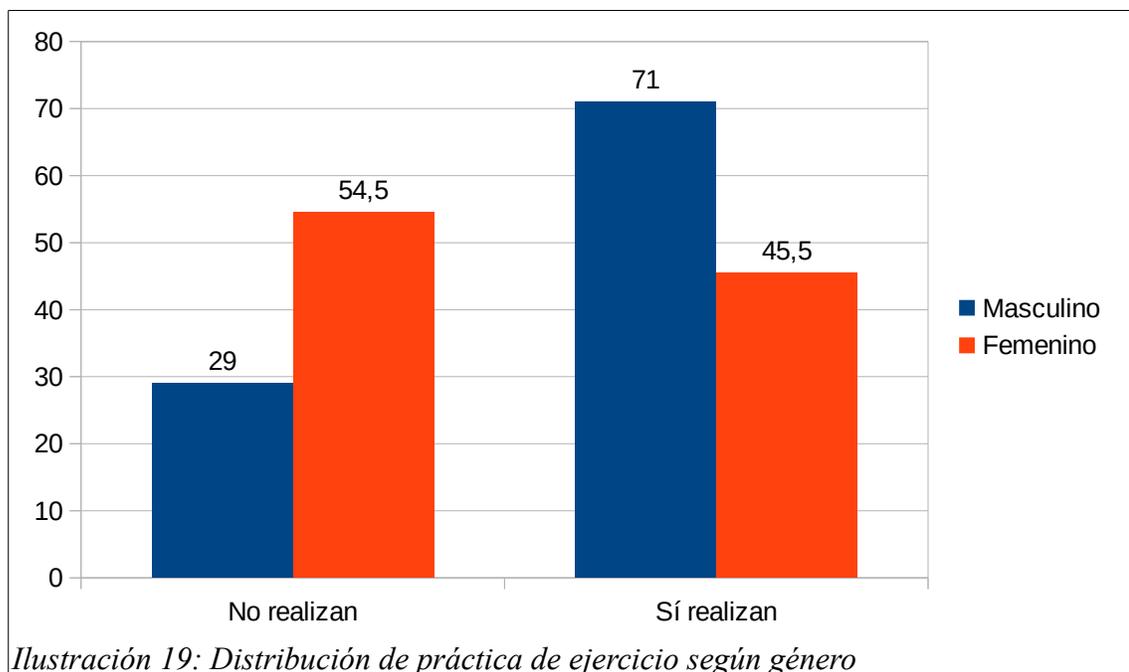
	Media (DE)	Mediana	RI		Z*	P
			P25	P75		
Entre semana	9,66 (1,080)	10,0	9,0	10,0	-1,322	0,186
Fin de semana	9,68 (1,936)	10,0	9,0	11,0		
A la semana	9,66 (1,164)	10,0	9,28	10,28		

No se han encontrado diferencias significativas entre las horas que duermen a la semana en relación al sexo (U de Mann-Whitney=43326,000; p=0,186).

III.4. Actividad física

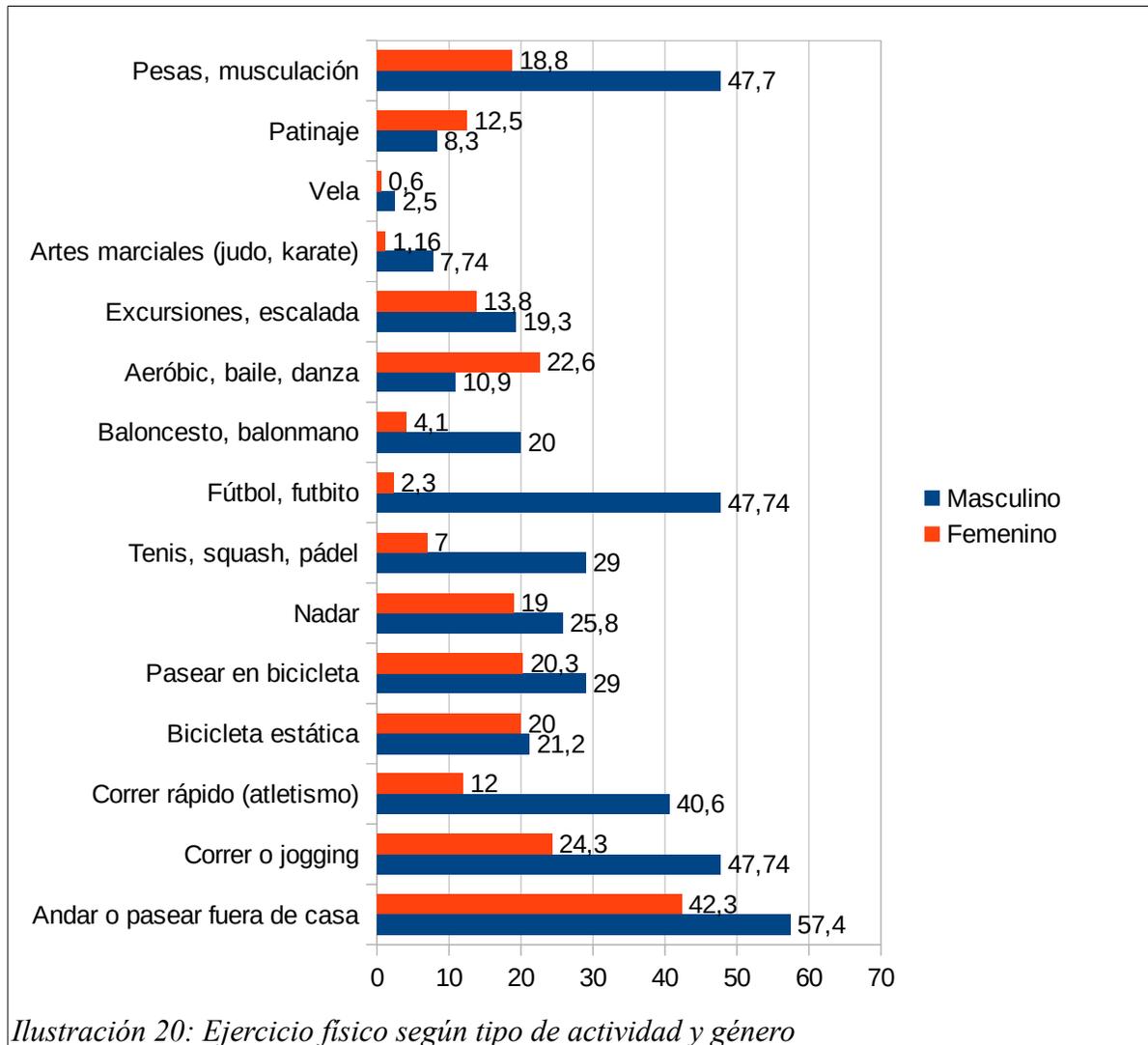
El 50,7% (n=383) mencionan **hacer ejercicio físico**, frente al 49,3% (n=372) que indican que no.

Al comparar la práctica deportiva por sexos, encontramos que existen diferencias significativas, ya que el porcentaje de hombres que practican ejercicio físico (71,0%; n=110) es mayor que el de las mujeres (45,5%; n=273) (ilustración 19). En cambio, no se encuentran diferencias significativas en cuanto a la práctica o no de ejercicio físico y la edad.



En relación a **cuánto tiempo hace que realiza deporte o ejercicio físico**, el 25,6% (n=98) indica que desde hace menos de 6 meses, el 8,4% (n=32) desde hace 6 meses a un año, y el 66,1% (n=253) desde hace más de un año. Por otro lado, el 6,3% (n=24) realiza ejercicio una vez a la semana, el 19,6% (n=75) dos veces, el 29,2% (n=112) tres veces, frente al 31,6% (n=121) que realiza 4-5 días de deporte semanales y el 13,3% (n=51) que indican realizarlo de forma diaria.

Sobre la **práctica de ejercicio físico a la semana** la mediana de 180 min, mostrándose una diferencia entre los rangos promedios según el sexo (171,71 min. en las mujeres y 242,37 en los hombres).



En la ilustración 20 se pueden observar los porcentajes de realización de actividad física según los **diferentes tipos de actividad** y según el sexo en la muestra obtenida en el estudio. Se puede contemplar comportamientos diferenciales significativos en hombres y mujeres en las siguientes actividades: pesas/musculación, patinaje, aeróbic/baile, baloncesto, fútbol, tenis/squash/pádel y correr.

Teniendo en cuenta el índice energético de las actividades, el cual hemos calculado a través de la siguiente fórmula: Índice energético = Σ intensidad (METS) x duración (minutos) x frecuencia (días), se ha construido una escala en MET-minutos. Es a partir de dicho índice donde se han clasificado al 49,3% (n=372) de los estudiantes como inactivos (no realizan ninguna actividad en tiempo libre), al 0,5% como que realizan una actividad física ligera (≤ 499 total MET-minutos/semana), al 2,4% como que realizan una actividad física moderada (500 – 999 total MET-minutos/semana) y al 47,8% como que realizan una actividad física intensa (≥ 1.000 total MET-minutos/semana).

Se observan diferencias significativas por sexos en cuanto al índice energético ($\chi^2=28354,5$; $p<0,001$), de forma que el 71%% de los hombres realizan una actividad física intensa frente al 40,8% de las mujeres, mientras que para la actividad física moderada o ligera el porcentaje de mujeres que la practican es mayor.

Tabla 37: Índice energético por sexos

	Media (DE)	Mediana	RI		U de Mann-Whitney	P
			P25	P75		
Hombres	4962,29 (5248,75)	4265	0	7165	28354,5	$p<0,001$
Mujeres	2042,56 (3680,05)	0	0	3060		
Total	2641,98 (4216,42)	525	0	3915		

En la pregunta referente a **por qué no practican ejercicio o por qué no tanto**

como quisieran, el 64,5% (n=487) indican que es por falta de tiempo, el 37,7% (n=285) por falta de voluntad, el 30,5% (n=230) porque los horarios de clase o trabajo no se lo permiten, el 17,6% (n=133) por motivos económicos, el 6,8% (n=51) por no disponer de un lugar adecuado y el 3,3% (n=25) debido a problemas de salud se lo impiden.

El 11,5% (n=87) de los encuestados dejaron de practicar ejercicio desde que están en la Universidad y el 31,1% (n=235) lo disminuyeron, frente al 13,9% (n=105) que incrementaron la práctica de ejercicio. Además, el 6,1% (n=46) empezó a hacer deporte o ejercicio y el 37,4% (n=282) no ha cambiado sus rutinas en cuanto a actividad física.

Al preguntarles sobre la **práctica habitual de ejercicio por parte de los progenitores**, el 55,4% (n=418) indica que no, el 19,6% (n=148) que ambos progenitores realizan ejercicio, el 12,1% (n=91) solo la madre y el 13% (n=98) solo el padre.

En relación a la pregunta sobre **dónde practican habitualmente ejercicio físico**, el 4,4% (n=33) menciona estar inscrito en el gimnasio de la Universidad, el 15% (n=113) en un gimnasio privado, el 10,3% (n=78) en un gimnasio público (pero ajeno a la Universidad) y el 37,9% (n=286) indica realizar deporte al aire libre.

En la tabla 38 se puede observar la **valoración por parte de los alumnos sobre el servicio de actividades deportivas de la Universidad**. Recalcar que, en la opción de instalaciones, ninguna persona ha marcado la opción de “Muy bien”.

Tabla 38: Valoración del servicio de actividades deportivas

	Nc/Na*	Muy mal	Mal	Regular	Bien	Muy bien
Oferta de actividades	53,2% (n=402)	1,3% (n=10)	2,6% (n=20)	9,1% (n=69)	24,4% (n=184)	9,3% (n=70)
Instalaciones	33,2% (n=251)	15,8% (n=119)	0,4% (n=3)	7,5% (n=57)	43% (n=325)	-----
Precio	46,2% (n=349)	5,6% (n=42)	5,8% (n=44)	18,9% (n=143)	18,7% (n=141)	4,8% (n=36)
Horario	48,7% (n=368)	2,6% (n=20)	4,9% (n=37)	13,5% (n=102)	25,2% (n=190)	5% (n=38)

*Nc/Na: No las conoce y por eso no las valora

Actividades de ocio y tiempo libre

Las tablas 39 y 40 muestran el tiempo dedicado a la semana a actividades de ocio y tiempo libre. Como actividades destacadas tenemos estar delante del ordenador y salir con los amigos y la que menos las actividades solidarios, los videojuegos, conducir y las tareas domésticas.

Se aprecian diferencias significativas por género en algunas de ellas como las tareas domésticas (mujeres), estudiar (mujeres), los videojuegos (más tiempo dedicado por los hombres).

Tabla 39: Tiempo medio a la semana (minutos/día) dedicado a actividades de ocio y tiempo libre según el sexo

	Hombres		Mujeres		χ^2	p
	Mediana	RI (P25-P75)	Mediana	RI (P25-P75)		
Ver TV	77,14	38 - 137	94,29	51 - 154	1,931	0,165
Estar ante ordenador	162,86	102 - 240	145,71	94 - 214	0,842	0,359
Tareas domésticas	30	4,28 - 60	60	17 - 120	22,642	<0,001
Salir con los amigos	137,14	60 - 214	128,57	68 - 222	0,577	0,448
Estudiar	120	51 - 197	180	120 - 248	36,481	<0,001
Conducir	17,14	0 - 77	6,42	0 - 55		
Internet, chats...	120	60 - 197	101,78	55 - 180	4,804	0,028
Ir a clase	34,28	25 - 42	34,28	34 - 51	8,829	0,003
Videojuegos	6,42	0 - 66	0	0	151,659	<0,001
Actividades culturales	17,14	0 - 77	17,14	0 - 77	0,191	0,662
Leer libros, prensa...	78,91	0 - 60	45	0 - 60	4,661	0,031
Actividades solidarias	0	0	0	0	1,038	0,308

Tabla 40: Tiempo medio a la semana (minutos/día) dedicado a actividades de ocio y tiempo libre

	Total			Hombres	Mujeres
	Mediana	RI (P25-P75)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)
Ver TV	94,29	45 – 154,29	107,40 (78,53)	100,04 (79,09)	109,3 (78,34)
Estar ante ordenador	154,29	94,29 – 222,86	165,92 (107,32)	174,31 (108,19)	163,75 (107,07)
Tareas domésticas	60	8,57 - 120	77,03 (80,25)	51,31 (71,15)	83,68 (81,18)
Salir con los amigos	128,57	60 – 222,86	150,19 (107,48)	148,60 (101,28)	150,6 (109,1)
Estudiar	162,86	102,86 - 240	179,38 (112,95)	133,54 (108,8)	191,22 (111,05)
Internet, chats...	111,43	55,71 - 180	137,98 (113,76)	148,13 (105,59)	135,36 (115,71)
Ir a clase	34,28	34,28 – 51,42	40,25 (15,37)	36,95 (16,58)	41,1 (14,94)
Videojuegos	0	0	13,82 (41,26)	43,61 (66,58)	6,13 (26,72)
Actividades culturales	17,14	0 – 77,14	49,53 (60,72)	48,28 (57,75)	49,85 (61,51)
Leer libros, prensa...	17,14	0 - 60	49,61 (71,29)	45,8 (78,91)	50,5 (69,22)
Actividades solidarias	0	0	14,12 (47,69)	13,18 (54,52)	14,36 (45,81)
Conducir	8,57	0 - 60	41,83 (69,81)	57,88 (81,46)	37,69 (65,91)

III.5. Tabaco, alcohol y otros

Las drogas, legales e ilegales, constituyen un problema de salud preocupante, sobre todo teniendo en cuenta que un colectivo en el que inciden especialmente es el de la juventud, en el que únicamente una minoría exhibe buenos hábitos de salud por encima de los niveles recomendados (El Ansari et al., 2011).

En lo que respecta a las drogas legales (en este estudio nos centraremos en el alcohol y el tabaco), su consumo a edad temprana aumenta la probabilidad de que la costumbre se mantenga y agudice durante la vida adulta y se convierta en un problema de dependencia. Según la OMS (2011d)

Casi dos tercios de las muertes prematuras y un tercio de la carga total de morbilidad en adultos se asocian a enfermedades o comportamientos que comenzaron en su juventud, entre ellas el consumo de tabaco, la falta de actividad física, las relaciones sexuales sin protección y la exposición a la violencia.

Representa, por tanto, uno de los principales factores de riesgo para la salud, tanto en países en vías de desarrollo como en países desarrollados (Cnossen, 2007), aunque en los últimos se aprecia una disminución lenta, pero constante (MSSCI, 2013; OMS, 2002).

En la juventud el consumo de drogas legales representa un hecho preocupante, particularmente de alcohol los fines de semana, pues la borrachera se está convirtiendo para parte de este colectivo en un fin, no en una consecuencia; dicho consumo incide, debido a su efecto desinhibitorio, en la consumación de diversos delitos (MSSCI, 2010), en accidentes de tráfico (WHO, 2013b) y en el paso a drogas ilegales.

Por otra parte, no hay que perder de vista que entre los factores de riesgo principales a nivel mundial de la carga de morbilidad se encuentra el tabaco y el alcohol (Baggett et al.,

2014; C. Huang et al., 2014). En España las enfermedades incluidas en la tasa de mortalidad por enfermedades crónicas son mayoritariamente resultado de malos hábitos; alimentación desequilibrada, obesidad, sedentarismo, consumo de drogas, tabaco y alcohol (MSSCI, 2015). En los últimos doce meses el 76% de la población española afirma haberlo consumido tabaco y el 40% alcohol (MSSCI, 2013). En esta misma línea se encuentran resultados de otras investigaciones (Coppari et al., 2012; OMS, 2002; Rodríguez, Hernández, y Fernández, 2007).

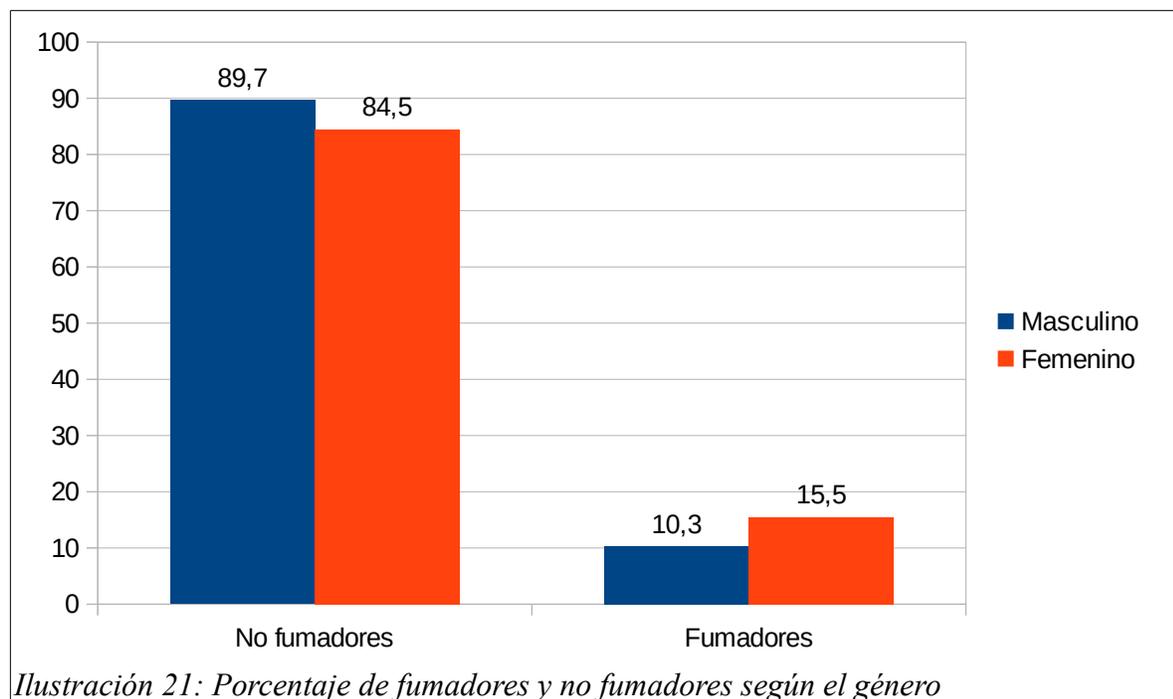
Hay factores que influyen en el consumo de drogas legales, reduciéndolo, como la religiosidad de las personas (Ford y Hill, 2012) y, en el caso de la población de nuestro estudio (alumnado universitario), también influye el paso de la escuela secundaria a la universidad, pues supone generalmente un incremento de las oportunidades de interacción entre pares (y su importancia) y de relaciones con los mismos en ámbitos diferentes (Mercken, Steglich, Sinclair, Holliday, y Moore, 2012; Molina et al., 2012; Read, Wood, Davidoff, McLacken, y Campbell, 2002). Esa importancia a veces es negativa, ya que el inicio en el consumo de drogas legales puede venir por presiones del grupo (Caraveo, Colmenares y Saldívar, 1999), por las expectativas de dichas drogas como facilitadoras de la interacción grupal (Mora y Natera, 2001), por la interacción entre las normas sociales sobre el consumo de drogas (Halim, Hasking y Allen, 2012) o por percepción diferente de la importancia de su consumo una vez dentro de la universidad (Stappenbeck, Quinn, Wetherill y Fromme, 2010).

Hábito tabáquico

En los ítems relacionados con el hábito tabáquico el 78,5% (n=593) de los estudiantes menciona no **haber fumado 100 o más cigarrillos en toda su vida** y el 7%

(n=53) indica ser exfumador, por lo que únicamente el 14,4% (n=109) continúa fumando.

Según los criterios especificados en la definición de variables, se establecen las siguientes categorías de fumador/a: el 2,1% (n=16) fuma de forma ocasional y el 19,4% de forma regular o habitual. Según al número de cigarrillos fumados al día, en la ilustración 21 se observan los porcentajes de fumadores y no fumadores según el género.

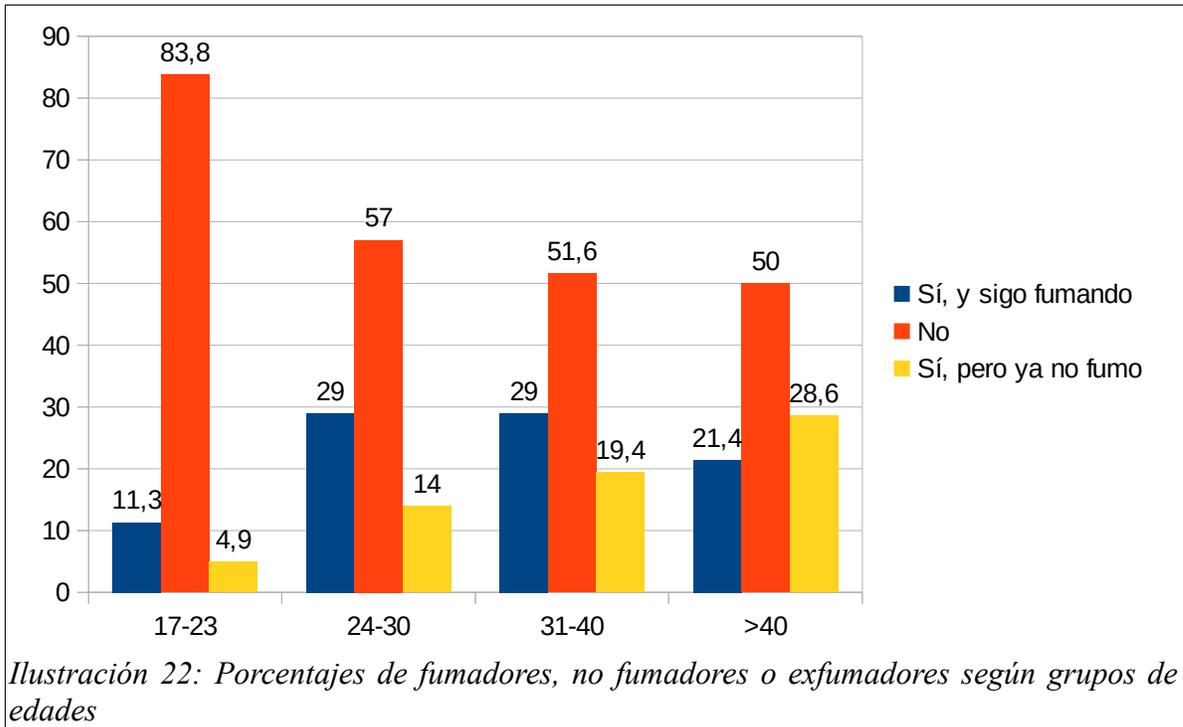


No se observan diferencias significativas entre consumo de tabaco con otras variables como sexo, creencia religiosa o clase social, así como tampoco cambios de consumo desde la entrada en la Universidad.

Por contra, sí se aprecia diferencias entre consumo de tabaco y tramos de edad: $\chi^2=61.32$, $p<0,001$, habiendo un mayor número de fumadores entre el alumnado de más edad que entre los más jóvenes; también entre consumo de tabaco y vivir con los padres o

fuera de casa: $\chi^2=17.938$, $p <0,001$), habiendo un mayor número de fumadores entre el alumnado que no vive con sus padres.

En la ilustración 22 se muestran los porcentajes de fumadores, no fumadores o exfumadores según grupos de edades.



La mediana de **cigarrillos fumados al día** es de 3,0 (2,0 en el caso de las mujeres y 3,0 en el caso de los hombres) y la media, de 3,03 cigarrillos (3,07 en el caso de los hombres y 2,83 en el caso de las mujeres) (ilustración 23).

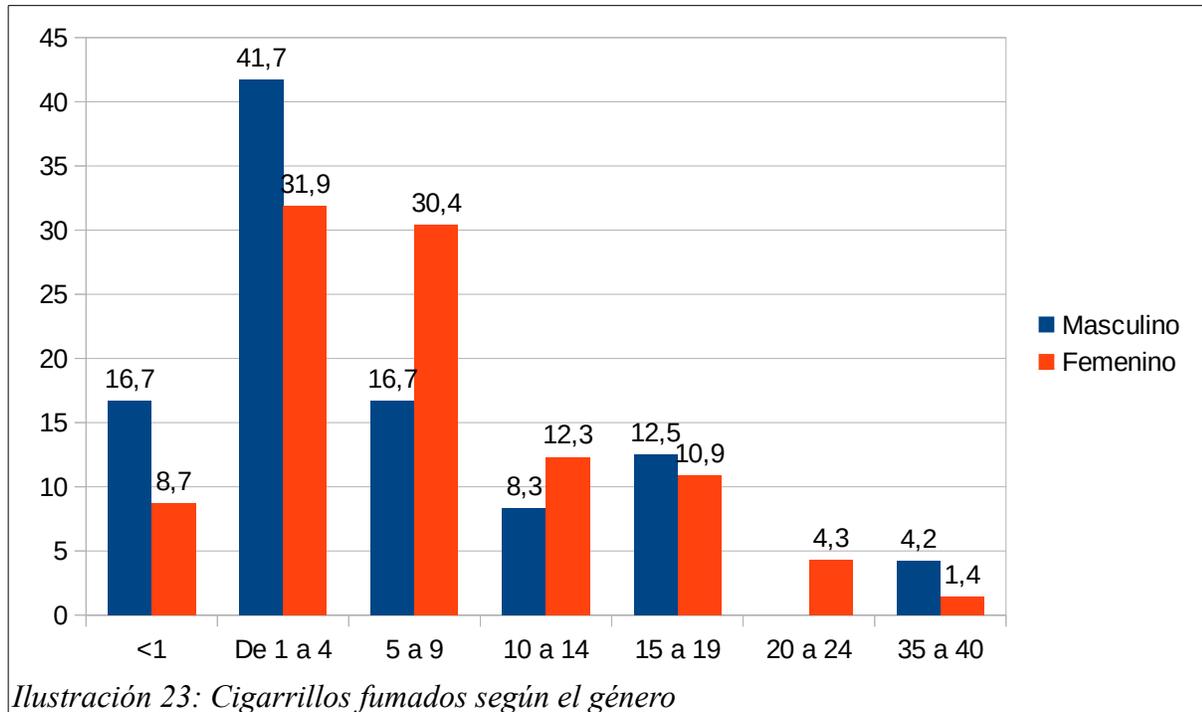


Ilustración 23: Cigarrillos fumados según el género

En el caso de los **exfumadores** (n=53), el 22,6% (n=12) hace menos de 6 meses que lo ha dejado, el 9,4% (n=5) entre 6 y 11 meses, el 26,4% (n=14) entre 1 y 2 años, el 24,5% (n=13) entre 3 y 5 años, el 0,8% (n=6) hace 6-9 años y, por último, el 5,7% (n=3) hace 10 años o más.

A la hora de preguntar por cómo creen que **ha cambiado su consumo de tabaco desde que están en la Universidad**, el 3,1% (n=5) empezó a fumar, el 29% (n=47) fuma igual que antes, el 22,8% (n=37) fuma más frente al 15,4% (n=25) que menciona fumar menos y, por último, el 29,6% (n=48) indican que dejaron de fumar (ilustración 24).

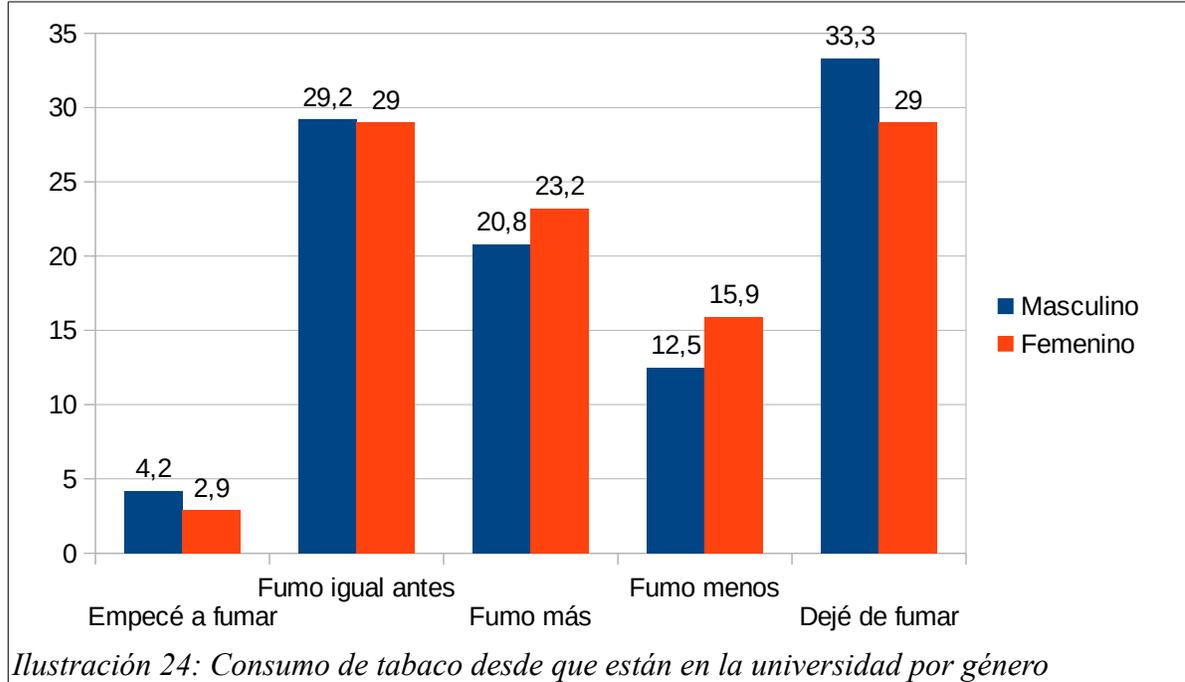


Ilustración 24: Consumo de tabaco desde que están en la universidad por género

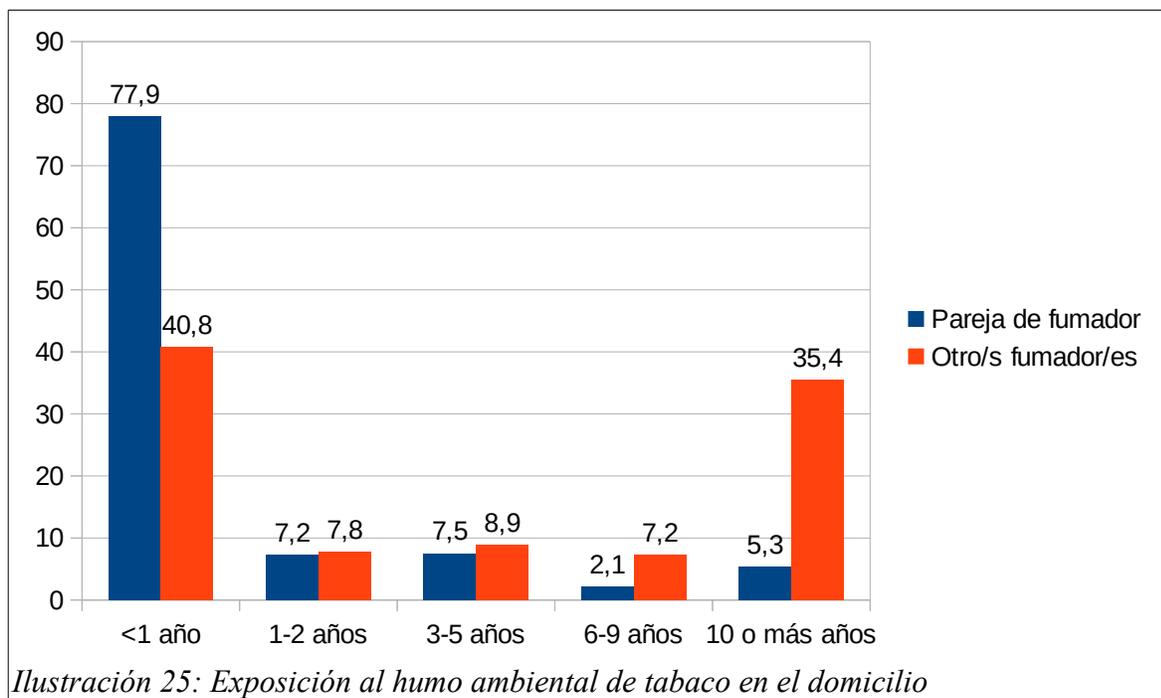
En lo referente a si **han intentado dejar de fumar**, el 45% no lo ha intentado frente al 55,1% (el 35,% lo había intentado una o dos veces y el 19,3% más de dos veces). De estos, el 81,7% había intentado dejar de fumar en el último año.

Según al ítem de si **les gustaría dejar de fumar**, el 32,1% (n=35) afirma que no, frente al 67,9% (n=74) que indican querer dejar de fumar. En cuanto al **interés en dejarlo**, el 19,3% (n=21) expone que no tienen ningún interés, el 49,5% (n=54) algo, el 21,1% (n=23) tiene bastante interés, frente al 10,1% (n=11) que exponen tener mucho interés en dejar el hábito tabáquico.

A la hora de preguntar sobre los **motivos de recaída** entre los que han intentado abandonar el hábito tabáquico (n=60), el 1,7% (n=1) mencionan que es por problemas de peso, frente al 18,3% (n=11) que afirman que es por la ansiedad y el 26,7% (n=16) por el

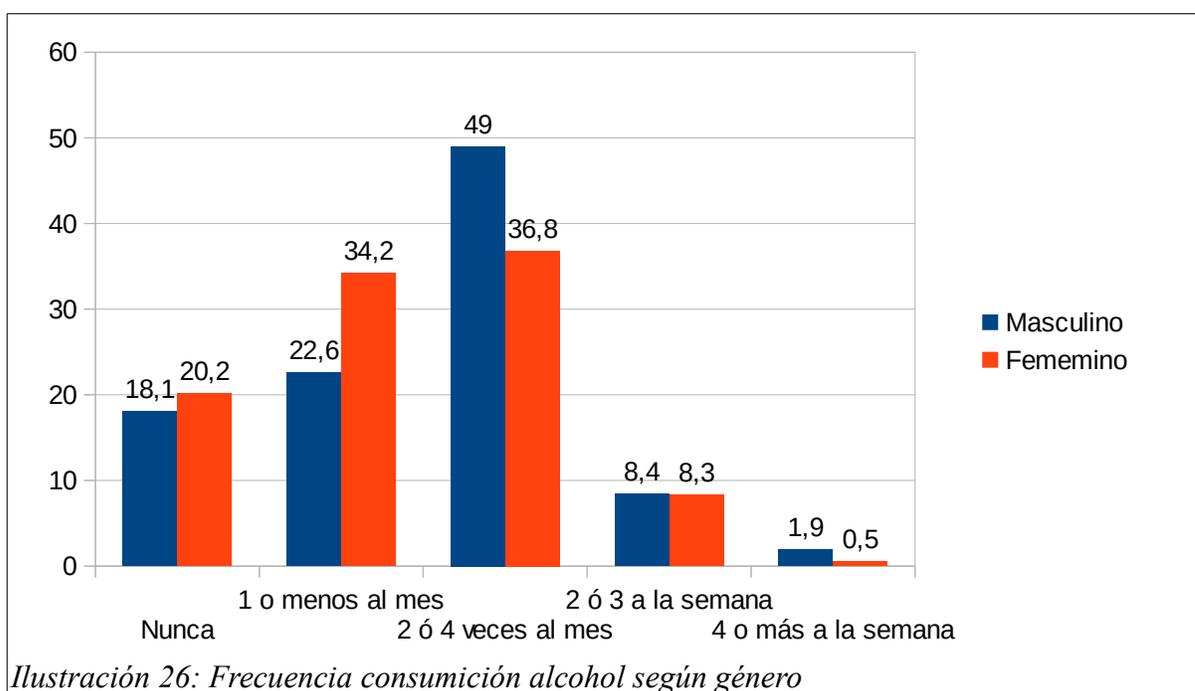
estrés. Sin embargo, la principal opción ha sido por motivos sociales con un 45% (n=27), osea, salir con amigos, comidas familiares, etc. El 8,3% han mencionado otros motivos de recaída como: problemas familiares (n=1), pareja fumadora (n=1) y porque el tabaco les proporciona placer (n=3).

En relación a la **exposición al humo ambiental de tabaco**, el 33,2% (n=251) de los encuestados refiere no haber estado expuesto en el domicilio habitual frente a un 66,8% (n=504) que sí. En los casos en los que han estado expuestos, en la ilustración 25 se pueden observar las diferencias en cuanto a si es debido a una pareja fumadora o por otro/s fumador/es que conviven en el domicilio y el número de años en que ha ocurrido.



Consumo de alcohol

Un 48,6% (n=367) de los estudiantes son **consumidores habituales** de alcohol, frente al 19,6% (n=148) que indica no consumir nunca y el 31,8% (n=240) que afirma que consume una o menos veces al mes. En relación al género, en la ilustración 26 se puede observar la distribución de la frecuencia en la que consumen alguna bebida alcohólica.



Así pues, el consumo más frecuente es de 1 o menos veces al mes y entre 2 y 4 veces al mes (tabla 41). Se observan diferencias significativas por género ($\chi^2=13,150$; $p=0,011$)

Tabla 41: Frecuencia consumo alcohol según género

	Total (n= 755)	Hombres (n= 155)	Mujeres (n= 600)	χ^2	p
4 o más veces semana	0,8% (n=6)	1,9% (n=3)	0,5% (n=3)	13,150	0,011
2 o 3 veces semana	8,3% (n=63)	8,4% (n=13)	8,3% (n=50)		
2 o 4 veces al mes	39,5% (n=298)	49% (n=76)	37% (n=222)		
1 o menos veces mes	31,8% (n=240)	22,6% (n=35)	34,2% (n=205)		
Nunca	19,6% (n=148)	18,1% (n=28)	20% (n=120)		

También se observan diferencias según edades ($\chi^2=18,959$; $p=0,001$), habiendo un mayor consumo en el grupo de adultos (mayores de 30), que de jóvenes.

En cuanto al ítem sobre el **número de consumiciones de bebidas alcohólicas que suelen realizar en un día de consumo normal**, del total de consumidores (el 80,3%; $n=606$), la mayoría (54,1%; $n=328$) indican consumir 1 o 2 bebidas alcohólicas, un 34% ($n=206$) de 3 a 4 bebidas, frente al 9,4% ($n=57$) que afirma realizar entre 5 y 6 consumiciones, el 2% ($n=12$) de 7 a 9 consumiciones y una minoría (0,5%; $n=3$) 10 o más bebidas alcohólicas. Se observan diferencias significativas en cuanto al género ($\chi^2=38,072$; $p<0,001$), de forma que las mujeres toman un menor número de consumiciones de alcohol en comparación a los hombres (tabla 42), a excepción del caso en el que mencionan realizar 1 o 2 consumiciones.

Tabla 42: Consumiciones en un día de consumo normal según género

	Total (n=606)	Hombres (n=127)	Mujeres (n=479)	χ^2	p
1 o 2 consumiciones	54,1%	38,6% (n=49)	58,2% (n=279)	38,072	<0,001
3 o 4 consumiciones	34%	35,4% (n=45)	33,6% (n=161)		
5 o 6 consumiciones	9,4%	18,9% (n=24)	6,9% (n=33)		
7 o más	2%	6,3% (n=8)	0,8% (n=4)		
10 o más	0,5%	0,8% (n=1)	0,4% (n=2)		

No se observan diferencias estadísticamente significativas en relación al número de consumiciones y grupos de edad.

Al preguntar con **cuánta frecuencia toman seis o más bebidas alcohólicas en una ocasión de consumo**, el 4,3% (n=26) indica que semanalmente, el 8,9% (n=54) mensualmente, frente al 24,6% (n=149) que indica que lo hace menos de una vez al mes y el 62,2% (n=377) que refiere no haberlo hecho nunca. Se observan diferencias significativas en cuanto a género ($\chi^2=33,488$; $p<0,001$), ya que es más frecuente que los hombres tomen un mayor número de consumiciones en una ocasión de consumo (tabla 43). Por ejemplo, el 68,1% (n=326) de las mujeres nunca han tomado 6 o más consumiciones en un día de consumo normal frente a un 40,2% (n=51) de los hombres.

Tabla 43: Frecuencia consumo 6 o más bebidas alcohólicas en una ocasión de consumo según género

	Total (n=606)	Hombres (n=127)	Mujeres (n=479)	χ^2	p
Semanalmente	4,3% (n=26)	7,1% (n=9)	3,5% (n=17)	33,488	<0,001
Mensualmente	8,9% (n=54)	15% (n=19)	7,3% (n=35)		
Menos de 1 vez al mes	24,6% (n=149)	37,8% (n=48)	21,1% (n=101)		
Nunca	62,2% (n=377)	40,2% (n=51)	68,1% (n=326)		

Consumo de drogas

La droga de mayor consumo admitido es el cannabis, ya que el 21,7% (n=164) la ha consumido en alguna ocasión, a continuación los tranquilizantes (10,7%; n=81), el éxtasis (1,6%; n=12), la cocaína (1,5%; n=11), los alucinógenos y las anfetaminas (0,7%; n=5). La heroína figura en último lugar con un consumo del 0,1% y no hay ningún consumo en el último año ni en los últimos 30 días (tabla 44).

Tabla 44: Porcentaje consumo de drogas en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días.

	En la vida		Últimos 12 meses				Últimos 30 días			
	Nunca	Ocasionalmente	Diariamente	Semanalmente	Ocasional	Nunca	Diariamente	Semanalmente	Ocasionalmente	Nunca
a) Tranquilizantes	89,3% (674)	10,7% (81)	-	0,7% (5)	9% (68)	90,3% (682)	0,1% (1)	0,7% (5)	3,8% (29)	95,4% (720)
b) Cannabis	78,3% (591)	21,7% (164)	1,5% (11)	5% (38)	15,2% (115)	78,3% (591)	4% (30)	9,9% (75)	6,4% (48)	79,7% (602)
Cocaína	98,5% (744)	1,5% (11)	-	0,1% (1)	1,3% (10)	98,5% (744)	-	-	0,4% (3)	99,6% (752)
c) Éxtasis	98,4% (743)	1,6% (12)	-	0,3% (2)	1,3% (10)	98,4% (743)	-	-	0,5% (4)	99,5% (751)
d) Alucinógenos	99,3% (750)	0,7% (5)	-	-	0,3% (2)	99,7% (753)	-	-	0,1% (1)	99,9% (754)
e) Anfetaminas	99,3% (750)	0,7% (5)	-	-	0,7% (5)	99,3% (750)	-	-	0,1% (1)	99,9% (754)
Heroína	99,9% (754)	0,1% (1)	-	-	-	100% (755)	-	-	-	100% (755)

a) Tranquilizantes o pastillas para dormir; b) Cannabis, marihuana o hachís; c) Éxtasis u otras drogas de diseño; d) Alucinógenos (LSD, tripis, ácido, ketamina); e) Anfetaminas o speed.

Las únicas drogas que tienen un consumo regular son el cannabis (4% de estudiantes que lo consumen diariamente) y los tranquilizantes (0,1%). No existe consumo

regular de los restantes tipos de drogas.

Al preguntarles por cómo creen que ha cambiado su consumo de drogas desde que están en la Universidad, el 2,1% (n=16) dejó de consumir, el 6,5% (n=49) consume menos, el 11,8% consumo igual, el 5,8% (n=44) consume más. Por su parte, el 1,9% (n=14) empezó a consumir, frente al 71,9% (n=543) que menciona que no consume ni ha consumido (ilustración 27) ($\chi^2= 9,815$; $p=0,081$).

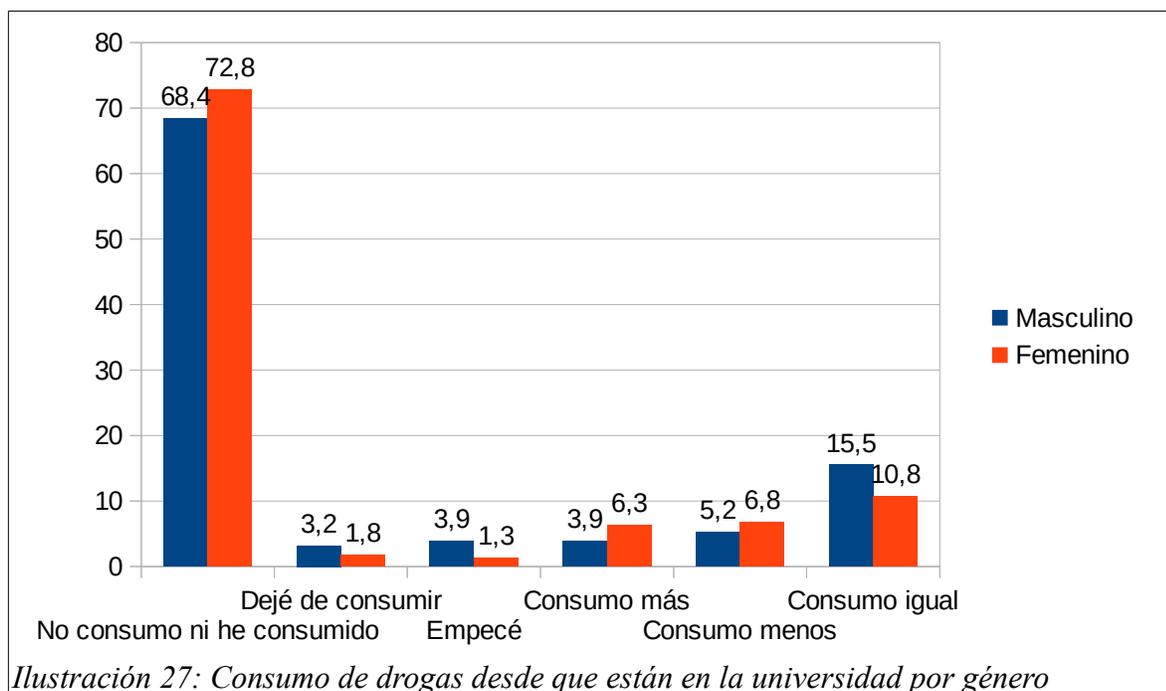


Ilustración 27: Consumo de drogas desde que están en la universidad por género

En cuanto a la frecuencia con que consumen drogas, el 93,2% (n=704) casi nunca o nunca consumen drogas solos. Y, en relación al lugar dónde las consumen, en el caso de la Universidad el 1,6% (n=12) de los estudiantes refiere consumir “a veces” y el 0,1% (n=1) “a menudo”.

III.6. Alimentación

En relación con el ítem de **si estaba realizando alguna dieta o un régimen especial** en el momento del estudio, el 77,6% indica que no (n=586). De los que manifestaron que sí (22,4%, n=169), el 17,4% (n=131) es para perder peso, el 2,6% (n=20) para ganarlo, y, por último, el 2,4% (n=18) que indican que es por un problema de salud. En relación al género ($\chi^2=42,198$; $p<0,001$), se observan diferencias puesto que los hombres (9,7%, n=15) realizan una dieta para ganar peso, frente a las mujeres (0,8%, n=5). De igual forma ocurre al perder peso, siendo las mujeres (18,2%, n=109) las que realizan más dieta para perder peso en comparación con los hombres (14,2%, n=22). Por último, nombrar que el 2,4% de la población que realiza dieta por una enfermedad son mujeres (3% de las mujeres en total, n=18).

En relación al consumo de alimentos, y teniendo en cuenta recomendaciones de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) basadas en la guía de la alimentación saludable (SENC, 2015) en la tabla 45 mostramos los datos de raciones de alimentos por hombres y mujeres.

Tabla 45: Raciones de alimentos

		Recomendaciones SENC, 2004	Total (n=755) Mediana (RI)*	Hombres (n=155) Mediana (RI)	Mujeres (n=600) Mediana (RI)	p*1
Consumo diario (raciones/día)	Pan, cereales, arroz, pasta, patata	4-6 ración/día	1,92 (1,28 - 2,95)	2,5 (1,48 - 3,5)	1,83 (1,25 - 2,69)	p<0,001
	Leche y derivados	2-4 ración/día	2,45 (1,45 - 3,7)	2,64 (1,5 - 4,89)	2,35 (1,42 - 3,64)	0,041
	Verduras y hortalizas	2 o más ración/día	0,89 (0,28 - 1,25)	0,81 (0,28 - 1,25)	0,89 (0,28 - 1,25)	0,626
	Frutas	3 o más ración/día	1,39 (0,7 - 2,5)	1,5 (0,7 - 3)	1,39 (0,71 - 2,25)	0,344
	Aceite de oliva	3-6 ración/día	0,75 (0,5 - 1)	0,5 (0,5 - 1)	0,75 (0,5 - 1)	0,225
	Legumbres	2-4 ración/semana	1 (1 - 3)		1 (1 - 3)	0,260
	Frutos secos	3-7 ración/semana	0,5 (0 - 1)	1 (0,5 - 3)	0,5 (0 - 1)	p<0,001
	Pescados y mariscos	3-4 ración/semana	2,5 (1,5 - 5)	3,5 (2 - 6,5)	2,5 (1,5 - 5)	p<0,001
	Carnes magras, aves	3-4 ración/semana	7 (4,5 - 10)	8 (5,5 - 12)	6,5 (4 - 9,5)	p<0,001
	Huevos	3-4 ración/semana	3 (1 - 3)	3 (1 - 3)	3 (1 - 3)	0,004
	Embutidos y carnes grasas	Ocasional y moderado	3 (1 - 6)	3,4 (1,5 - 6)	2 (1 - 5,12)	0,059
	Dulces, snacks, refrescos	Ocasional y moderado	12,5 (7 - 22)	13 (7 - 22,5)	12 (7,12 - 22)	0,698

Consumo semanal o esporádico (raciones/semana)	Margarina, mantequilla, bollería	Ocasional y moderado	4,5 (2 - 9)	4,5 (2 - 9)	4,5 (2 - 9)	0,808
--	----------------------------------	----------------------	-------------	-------------	-------------	-------

* Mediana (Rango Intercuartílico: Percentil 25 – Percentil 75)

*1 Significación Prueba U de Mann-Whitney

Se puede apreciar en la tabla 45 diferencias significativas por género en el consumo de frutos secos, pescados y mariscos y carnes magras y aves.

Se decide realizar un análisis factorial para explorar la agrupación en cuanto al consumo de alimentos. La idoneidad de la matriz se realiza mediante el índice de KMO (0,852) y el test de esfericidad de Bartlett ($\chi^2(1225)=9942,785$; $p<0,01$); ambos indican la pertinencia de realizar análisis factorial. El análisis factorial presenta una agrupación de los ítems en doce factores que explican un 53,1492% de la varianza. Para conocer qué ítems conforman cada factor se ha realizado una matriz de componentes principales con rotación Varimax como se observa en la tabla 46.

Tabla 46: Matriz de componentes rotados: componente n.º de veces promedio consumo de

	Componentes											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Bollería comercial: croissant, donuts... (uno/a, 50 gr)	,753											
Chocolates y bombones (30gr)	,695											
Snacks:patatilla, ganchitos... (una bolsa pequeña)	,690											
Golosinas (30 gr)	,678											
Bollería casera	,642											
Galletas tipo María (4-6 unid, 50gr)	,411											
Bebidas carbonatadas con azúcar (coca-cola...)	,355											
Frutas no cítricas: manzana, melón, plátano		,749										
Frutas cítricas: naranja, kiwis, piña (1 pieza)		,744										
Verduras y hortalizas crudas: lechuga, tomate...		,701										
Verduras y hortalizas cocidas: col, zanahoria (un plato)		,657										
Aceite de oliva		,528										
Legumbres: lentejas, garbanzos, alubias (un plato)		,450										
Carne de pollo / pavo			,708									
Carne de cerdo, cordero			,598									
Huevos de gallina (uno)			,555									
Carne de ternera (una ración - 150 gr)			,520									
Hamburguesa / Salchicha (unidad)			,366									
Pasta integral				,787								
Arroz integral				,783								
Cereales desayuno integrales				,440								
Leche / Yogur desnatado/a					,662							

Pasta integral				,787									
Arroz integral				,783									
Quesos desnatados					,620								
Pan moreno / integral					,493								
Leche semidesnatada					,466								
Helados (uno)						,589							
Margarina (1 cucharada)						,545							
Natillas, flan, puding (1 unidad)						,492							
Zumo de frutas comercial (1 vaso)						,412							
Pizza (1 ración, 200 gr)						,371							
Pescado blanco: merluza, lubina, dorada, mero...							,700						
Marisco (1 ración)							,635						
Pescado azul: sardinas, atún, salmón (1 ración)							,568						
Arroz blanco (60 gr en seco)								,711					
Pasta: fideos, macarrones, espaguetis								,647					
Cereales desayuno (30 gr en seco)								,559					
Frutos secos: almendras, cacahuetes (1 puñado)								,343					
Mermelada									,682				
Miel									,541				
Mantequilla									,527				
Sopas y cremas de sobre (plato o ración)									,428				
Manteca de cerdo									,374				
Jamón serrano o similar (1 ración)										,736			
Embutidos: salchichón, mortadela, chorizo										,683			
Quesos (1 porción - 50 gr)										,517			
Leche / Yogur entero/a (1 taza - 1 yogur)											,652		

Respecto a otra serie de actividades relacionadas con los hábitos alimenticios y la frecuencia con la que la realizan, destacar que solo el 65,8% de los encuestados desayunan todos los días, y que el 15,9% revisan siempre las etiquetas de los alimentos (tabla 48):

Tabla 48: Actividades relacionadas con los hábitos alimenticios

	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Siempre
Desayunar	1,5% (11)	6,9% (52)	10,9% (82)	15% (113)	65,8% (497)
Revisar etiquetas de alimentos	15,9% (120)	21,5% (162)	25,8% (195)	20,9% (158)	15,9% (120)
Comer entre horas/picotear	6,6% (50)	25,6% (193)	40,4% (305)	20,3% (153)	7,2% (54)
Comer alimentos fritos	4,6% (35)	20,5% (155)	43,3% (327)	29% (219)	2,5% (19)
Comer alimentos hervidos	2% (15)	12,8% (97)	47,3% (357)	34,2% (258)	3,7% (28)
Comer alimentos asados/plancha	-	2,8% (21)	26% (196)	59,3% (448)	11,9% (90)
Me sirvo la cantidad que quiero	8,1% (61)	20,7% (156)	22,4% (169)	26,6% (201)	22,3% (168)

Se observan diferencias significativas según sexo, siendo un mayor número de mujeres (12,3%) frente al 10,3% de los hombres que siempre comen alimentos asados o a la plancha, ocurriendo igual a la inversa, mencionando “casi nunca” el 4,5% de los hombres frente al 2,3% de las mujeres ($\chi^2= 2,370 / p=0,668$). Por último, y teniendo en cuenta que, aunque no se han observado diferencias estadísticamente significativas, las mujeres controlan más su peso que los hombres, así como tener una mayor preocupación respecto al mismo, siendo un número menor de mujeres (19,7%) las que dicen servirse la cantidad que quieren, frente al 32,3% de los hombres.

- Desayunar ($\chi^2=3,856 / p=0,426$)

- Revisar etiquetas ($\chi^2=1,079 / p=0,898$)
- Picotear ($\chi^2=2,598 / p=0,627$)
- Alimentos fritos ($\chi^2=6,526 / p=0,163$)
- Alimentos hervidos ($\chi^2= 2,370 / p=0,668$)
- Alimentos plancha ($\chi^2=2,590 / p=0,459$)
- Me sirvo lo que quiero ($\chi^2=15,298 / p=0,004$)

Acerca del lugar donde suelen comer durante el período lectivo (tabla 49), se muestra un mayor índice de respuesta en “un piso con otros estudiantes”, seguido de “siempre” o “a menudo” en el domicilio familiar, y, en tercer lugar, llevarse la comida preparada a la Universidad.

Tabla 49: Lugar donde suelen comer durante el período lectivo

	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Siempre
Bar/cafetería	32,1% (242)	42,9% (324)	21,9% (165)	2,8% (21)	0,4% (3)
En casa con tu familia	6,1% (46)	4,4% (33)	11,5% (87)	25% (189)	53% (400)
En un piso con otros estudiantes	58,4% (441)	16,3% (123)	5,3% (40)	7,4% (56)	12,6% (95)
En la Universidad, pero me traigo la comida preparada de casa	48,5 (366)	23,3 (176)	21,5 (162)	4,2 (32)	2,5 (19)

Teniendo en cuenta que “en un piso con otros estudiantes” es la opción más indicada, también se hace hincapié en el ítem relacionado en el caso de si vive con otros estudiantes (20,3%; n=153), cuáles son los hábitos a la hora de preparar la comida. De estos, el 49% (n=75) cocinan ellos mismos, el 43,1% (n=66) se traen la comida preparada de casa y tan solo un 7,8% (n=12) establecen turnos con sus compañeros de piso para preparar la comida.

Centrándonos en la Facultad de Ciencias de la Educación, en la siguiente tabla se pueden observar las valoraciones del servicio de bar y cafetería:

Tabla 50: Valoración servicio bar/cafetería

	Muy mal	Mal	Regular	Bien	Muy bien
Variedad de la oferta	2,1% (16)	3,4% (26)	24,8% (187)	58,3% (440)	11,4% (86)
Oferta de productos saludables	2,5% (19)	7,4 % (56)	35,4% (267)	49% (370)	5,7% (43)
Precio	2,8% (21)	6,1% (46)	24,1% (182)	55,5% (419)	11,5% (87)
Calidad	1,7% (13)	3,2% (24)	22% (166)	63,2% (477)	9,9% (75)
Presentación	2,3% (17)	2,9% (22)	24,8% (187)	63,4 (479)	6,6 (50)
Horario					

III.7. Sexualidad, seguridad e higiene

Sexualidad

Cuando se ha preguntado en relación a si **han tenido alguna vez relaciones sexuales**, el 13,5% manifiesta que no. En relación con las diferencias según género ($\chi^2=6,865$; $p=0,009$) se aprecian diferencias significativas.

Tabla 51: ¿Ha tenido alguna vez relaciones sexuales?

		Total (N=755)	Hombres (n=155)	Mujeres (n=600)	χ^2	p
Relaciones sexuales	Sí	86,5% (653)	92,9% (144)	84,8% (509)	6,865	0,009
	No	13,5% (102)	7,1% (11)	15,2% (91)		

Sobre si consideran **tener suficiente formación** en materia relacionada con la

sexualidad, el 80,9% (n=611) manifiesta que sí.

En relación al uso de **métodos anticonceptivos**, en las siguientes tablas se puede observar que el más usado es el preservativo, seguido de las anticonceptivas (píldora, parche o inyección):

Tabla 52: Frecuencia de uso de preservativo según género

	Total (N=755)	Hombres (n=155)	Mujeres (n=600)	χ^2	p
Siempre	45% (340)	51,6% (80)	43,3% (260)	6,063	0,195
A menudo	9,8% (74)	11,6% (18)	9,3% (56)		
A veces	8,3% (63)	7,7% (12)	8,5% (51)		
Casi nunca	10,2% (77)	7,1% (11)	11% (66)		
Nunca	26,6% (201)	21,9% (34)	27,8% (167)		

Tabla 53: Frecuencia uso de píldora anticonceptiva (y otras) según género

	Total (N=755)	Hombres (n=155)	Mujeres (n=600)	χ^2	p
Siempre	27,9% (211)	18,1% (28)	30,5% (183)	9,866	0,043
A menudo	4,9% (37)	6,5% (10)	4,5% (27)		
A veces	2,3% (17)	2,6% (4)	2,2% (13)		
Casi nunca	4,4% (33)	4,5% (7)	4,3% (26)		
Nunca	60,5% (457)	68,4% (106)	58,5% (351)		

Además de estos métodos, mencionar que el 0,8% (n=6) usa o ha usado “siempre” y el 0,3% (n=2) “a menudo” el DIU, el 0,1% (n=1) “siempre” y el 1,1% (n=8) “a menudo” las cremas espermicidas y, por último, el 0,3% (n=2) métodos naturales (Ogino, Billings).

En relación al *coitus interruptus* o marcha atrás, resulta llamativo el dato de que el

2,4% (n=18) lo continúan haciendo siempre, y el 4,8% (n=36) a menudo.

Tabla 54: Frecuencia uso del coitus interruptus según género

	Total (N=755)	Hombres (n=155)	Mujeres (n=600)	χ^2	p
Siempre	2,4% (18)	1,9% (3)	2,5% (15)	1,014	0,908
A menudo	4,8% (36)	4,5% (7)	4,8% (29)		
A veces	9,1% (69)	8,4% (13)	9,3% (56)		
Casi nunca	11,5% (87)	13,5% (21)	11% (66)		
Nunca	72,2% (545)	71,6% (111)	72,3% (434)		

A la hora de preguntar sobre los **problemas relacionados con la sexualidad**, el 29,4% (n=222) ha tenido que recurrir a la píldora del día después, y el 3% (n=23) padece o ha padecido alguna ETS.

En relación a cómo considera la **manera de vivir su sexualidad**, en la tabla 55 se puede observar que existen diferencias significativas en cuanto al género ($\chi^2=21,361$; $p<0,001$), considerándose las mujeres (con un 64,2%, n=385) que viven la sexualidad de una forma “bastante” o “muy satisfactoria”, frente al 54,2% (n=84) de los hombres.

Tabla 55: Cómo considera la manera de vivir su sexualidad

	Total (N=755)	Hombres (n=155)	Mujeres (n=600)	χ^2	p
Muy satisfactoria	28,5% (215)	25,8% (40)	29,2% (175)	21,361	<0,001
Bastante	33,6% (254)	28,4% (44)	35% (210)		
Satisfactoria	22,9% (173)	31% (48)	20,8% (125)		
Poco satisfactoria	5,4% (41)	10,3% (16)	4,2% (25)		
Nada satisfactoria	9,5% (72)	4,5% (7)	10,8% (65)		

Seguridad vial

Sobre **cómo realizan habitualmente el trayecto** hacia la Universidad, el 50,5% (n=381) lo hace en un vehículo particular, seguido de 32,2% (n=243) que usa un transporte público, el 15,5% (n=117) andando y, por último, el 1,9% en bicicleta (n=14). Se aprecian diferencias significativas en cuanto al sexo en la opción *Andando*.

Tabla 56: *Cómo realiza trayecto hacia la Universidad*

	Total (N=755)	Hombres (n=155)	Mujeres (n=600)	χ^2	p
Andando	15,5% (117)	12,3% (19)	16,3% (98)	16,017	0,001
En bicicleta	1,9% (14)	4,5% (7)	1,2% (7)		
Vehículo particular	50,5% (381)	59,4% (92)	48,2% (289)		
Transporte público	32,2% (243)	23,9% (37)	34,3% (206)		

Acerca de normas de seguridad vial:

- El 92,5% (n=669) de los que dicen tener un vehículo, utiliza el **cinturón** de seguridad.
- El 40,9% (n=309) no **habla nunca por teléfono mientras conduce**, el 27,8% (n=210) de forma ocasional y el 0,6% (n=5) a menudo o siempre. El 30,6% menciona no usar vehículo (n=231).
- De las personas que manifiestan tener vehículo (54,8%, n=414) indica no **conducir nunca bajo el efecto de las drogas**, frente al 2,7% (n=20) que lo hacen a veces o a menudo ($\chi^2=35,138$; $p<0,001$). Se muestran diferencias significativas en relación al sexo.

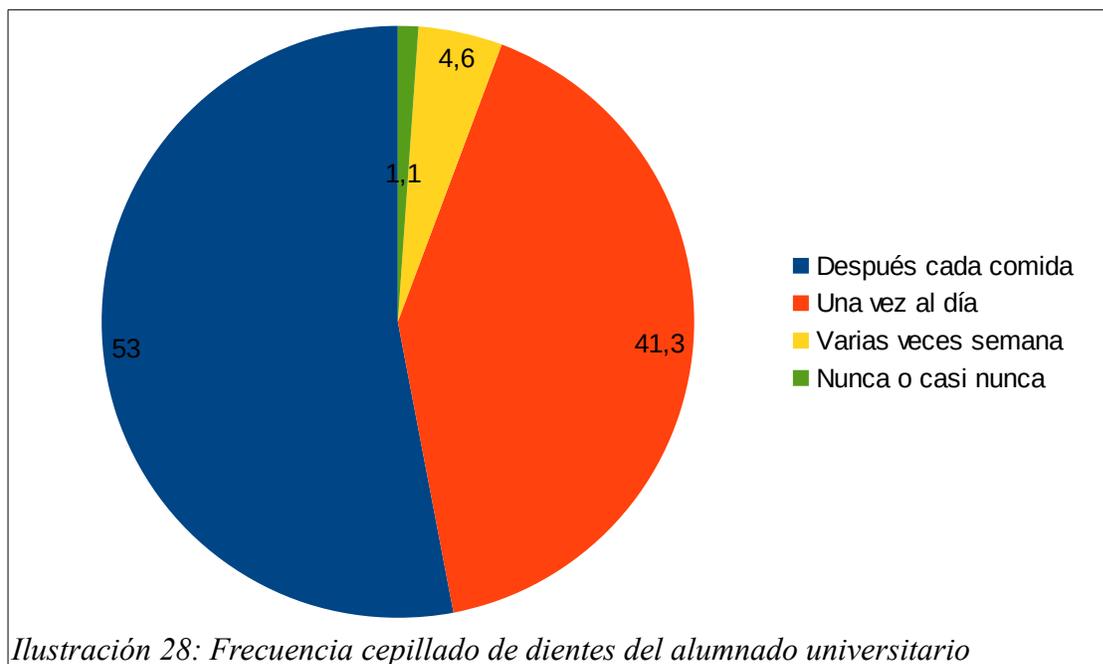
Tabla 57: Conducir bajo el efecto de las drogas

	Total (N=755)	Hombres (n=155)	Mujeres (n=600)	χ^2	p
Nunca	54,8% (414)	47,7% (74)	56,7% (340)	35,138	<0,001
Casi nunca	9% (68)	20% (31)	6,2% (37)		
A veces	2,4% (18)	4,5% (7)	1,8% (11)		
A menudo	0,3% (2)	0,6% (1)	0,2% (1)		
No uso vehículo	33,5% (253)	27,1% (42)	35,2% (211)		

- También se muestran diferencias significativas en cuanto al sexo en relación a si **superan el límite de velocidad** o no ($\chi^2=71,131$, $p<0,001$), siendo un 20,2% (n=121) de mujeres frente a un 6,5% (n=10) de los hombres que nunca superan el límite de velocidad.
- Igualmente ocurre con el ítem de si **respetan las señales de tráfico** o no, siendo un 52,3% (n=314) de las mujeres frente al 31,6% (n=49) de los hombres que mencionan respetarlas siempre ($\chi^2=42,494$; $p<0,001$).
- De los usuarios que usan motocicletas, el 45,8% (n=323) mencionan **utilizar el casco** siempre, el 3% (n=12) a menudo y el 1,5% (n=11) a veces o nunca. En el caso de las personas que mencionan usar la bicicleta, el 27,5% (n=208) no lo hace nunca y el 32,6% (n=38) que lo hace casi nunca, frente al 41,1% que lo hace siempre (n=37).

Higiene dental

Al preguntar sobre la **frecuencia en la que se cepillan los dientes**, el 53% (n=400) menciona hacerlo prácticamente después de la comida, el 41,3% (n=312) al menos una vez al día, frente al 4,6% (n=35) indican hacerlo varias veces a la semana aunque no diariamente y, por último, el 1,1% (n=8) que dice no hacerlo nunca o casi nunca (ilustración 28).



Se observan diferencias significativas en cuanto al sexo ($\chi^2=25,908$; $p<0,001$) en cepillarse los dientes prácticamente después de cada comida (55,8%, n=335, de mujeres frente al 41,9%, n=65, de los hombres). El 3,9% (n=6) de los hombres afirman no cepillarse los dientes nunca o casi nunca, frente al 0,3% (n=2) de las mujeres.

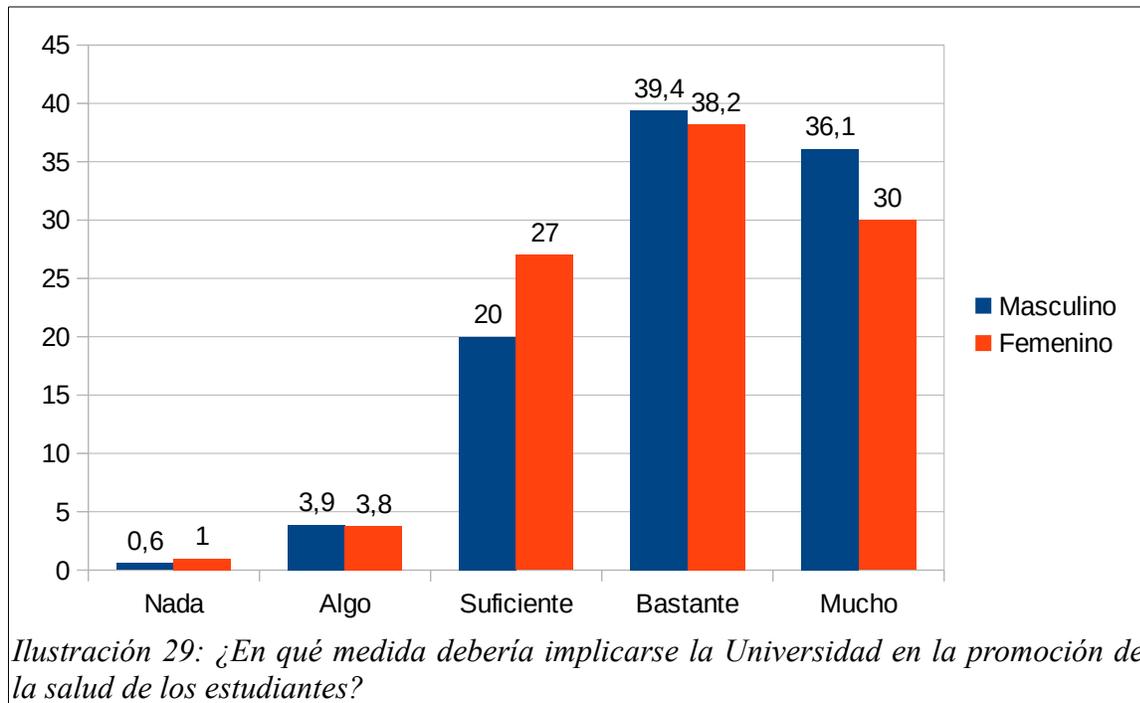
Tabla 58: Frecuencia de cepillado por género

	Total	Hombres	Mujeres	χ^2	p
Nunca o casi nunca	1,1% (8)	3,9% (6)	0,3% (2)	25,908	<0,001
Varias veces a la semana	4,6% (35)	8,4% (13)	3,7% (22)		
Una vez al día	41,3% (312)	45,8% (71)	40,2% (241)		
Después de cada comida	53% (400)	41,9% (65)	55,8% (335)		

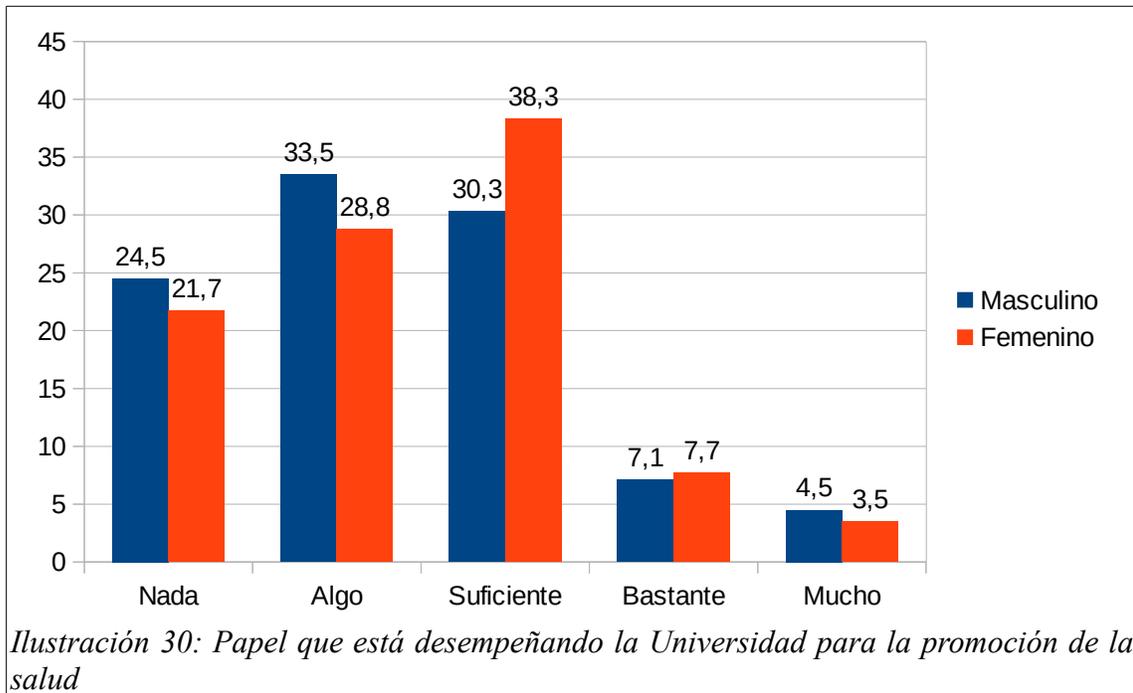
Universidad y promoción de la salud

Para finalizar, se pretende conocer la opinión de los estudiantes sobre cómo creen que la Universidad está desarrollando e implicándose en temas relacionados con la promoción de la salud entre sus estudiantes.

En la ilustración 29 se puede observar que el 31,3% (n=236) de los estudiantes opina que la **Universidad debería implicarse “mucho” en relación con la promoción de la salud**, y el 38,4% (n=290) “bastante”.



Con respecto al **papel que en tu opinión está desempeñando actualmente la Universidad para la promoción de la salud** (ilustración 30) es mayor el número de estudiantes que indican *Algo* o *Nada* que *Bastante* o *Mucho*. Sorprende que el 36,7% (n=277) menciona que *Suficiente*, el 29,8% (n=225) *Algo* y el 22,3 (n=168) *Nada*.





CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN

IV.1. Características sociodemográficas y socioeconómicas

La mayoría de la muestra objeto de estudio son mujeres (79,5%), frente al 20,5% que son hombres, con 21,78 años de media. Un porcentaje elevado (78%) están solteros y residiendo en el domicilio paterno (67%).

Prácticamente la mitad (55%) se autodefinen como creyente no practicante, dato que contrasta con el 12,1% que indica ser creyente practicante.

8 de cada 10 no trabaja, dependiendo para la financiación de sus estudios de becas (50%) y de los padres o familiares (40%).

IV.2. Situación de salud

La mayor parte del alumnado (90,4%) considera tener un estado de salud general bueno o muy bueno, en la línea del trabajo de Moreno, Gómez y Marín (2009), 15 puntos por encima de la media española según INE (2013); un nivel de autoestima normal (51%) o alta o muy alta (28%) y una calidad de vida buena o muy buena (86%).

- **Nivel de estrés.** El 41% expresan haber tenido un nivel de estrés alto o muy alto en el último mes, siendo más las mujeres que los hombres quienes así lo manifiestan, datos coincidentes con otros estudios (Iglesias, 2011; López y Sánchez, 2005; Martín y Trujillo, 2012).
- **Enfermedades y problemas de salud.** El 12,8% del alumnado refiere padecer una

enfermedad crónica, 5 puntos por debajo de la media de la población española (INE, 2013).

- **Talla (altura).** La altura media del alumnado es de 166,76 cm, con cifras similares en Moreno, Gómez y Marín (2009), existiendo diferencias notables entre hombres (176,4 cm) y mujeres (164,2 cm) (Arbinaga, García, Vázquez, Joaquín y Pazos, 2011; Irazusta et al., 2007).
- **Peso:** El 20% presenta un exceso de peso (3 puntos por encima de la media española [INE, 2013]) tal y como ocurre en otros estudios (Irazusta et al., 2007; Sanabria-Ferrand, González y Urrego, 2007), el 8% presenta peso insuficiente (Iglesias et al., 2013) y el 72% se encuentran en el normopeso (Karlen, Masino, Fortino y Martinelli, 2011).

Aunque el 60% indica que sí les preocupa el peso y presentan una actitud negativa hacia la obesidad y el sobrepeso (Sampedro, Quiñones, Márquez y Robles, 2012) estudios de diversos países indican un sobrepeso de los estudiantes universitarios entre el 12% y el 26% (Caballero, Sánchez y Delgado, 2015; Gomariz, Herrero, Eustaquio, Navarro y Llamas, 2013; Moreno et al., 2009; Salinas, Rivera y Meza, 2014; Sánchez y De Luna, 2015) a pesar de conocer que el peso excesivo, los hábitos alimentarios incorrectos y la concentración de grasa abdominal son factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares (Bustos et al., 2003; Gasparotto, da Silva, Medeiros y de Campos, 2015; Llapur y González, 2006).

- **Horas de sueño.** El 66% del alumnado refiere que las horas sueño le permiten descansar lo suficiente, frente al 34% que no. El 74% manifiesta dificultad para dormir en las últimas semanas, no existiendo relación entre este hecho y las veces

que se sale por semana. La media de horas al día que los estudiantes universitarios duermen a la semana se sitúa en 9,6 horas, por encima de otros estudiantes según Moreno et al. (2009).

IV.3. Actividad física

Aunque es un hecho contrastado que la práctica de **ejercicio físico** genera hábitos saludables que mejoran la calidad de vida y que, por contra, el sedentarismo es un factor de riesgo de enfermedad cardiovascular (Bustos et al., 2003) únicamente el 51% mencionan hacer ejercicio físico y solo el 35% manifestó realizar actividad física de forma habitual (3-4 horas/semana), en la línea de otros estudios (Castillo, 2006; Gomariz et al., 2013; Moreno et al., 2009; Sánchez y De Luna, 2015). El porcentaje de hombres que practican ejercicio físico (71%) es mayor que el de las mujeres (45%) (Arbinaga et al., 2011; García y Llopis, 2011; INE, 2013; Pavón y Moreno, 2008).

En la pregunta referente a por qué no practican ejercicio o por qué no tanto como quisieran, el 64% indican que es por falta de tiempo, el 38% por falta de voluntad, el 30% porque los horarios de clase o trabajo no se lo permiten, el 18% por motivos económicos, el 7% por no disponer de un lugar adecuado y el 3% debido a problemas de salud se lo impiden, datos coincidentes con el estudio de Castañeda y Campos (2012).

En relación a la pregunta sobre dónde practican habitualmente ejercicio físico, el 4% menciona estar inscrito en el gimnasio de la Universidad, el 15% en un gimnasio privado, el 10% en un gimnasio público (pero ajeno a la Universidad) y el 38% indica realizar deporte al aire libre.

Como **actividades de ocio y tiempo libre** destacadas tenemos estar delante del

ordenador y salir con los amigos y la que menos las actividades solidarias, los videojuegos, conducir y las tareas domésticas.

Se aprecian diferencias significativas por género en algunas de ellas como las tareas domésticas, estudiar o los videojuegos (más tiempo dedicado por los hombres).

IV.4. Tabaco, alcohol y otros

El consumo de drogas legales es minoritario en el alumnado de la Facultad, ya que el 85% no fuma en la actualidad, porcentaje similar al encontrado por Vivan, Pereira, Luciane y Limberger (2014) y el 15% tampoco bebe, unido este último dato al 57% que indica consumir 4 o menos bebidas alcohólicas al mes.

Se aprecia relación entre ambos consumos, siendo significativo que el 18% ni fume ni beba o que el 29% no fume y consuma 1 o 2 bebidas al mes.

No existe relación entre el hábito de fumar con el sexo, al contrario que otros estudios (Rodríguez et al., 2007), ni con creencias religiosas o la entrada en la universidad. Sí que se observa relación con la edad (aumentando el hábito entre los de más años) y con el hecho de vivir fuera del domicilio paterno.

La media de cigarrillos consumidos al día es de 3,03 cigarrillos (3,07 en el caso de los hombres y 2,83 en el caso de las mujeres), muy por debajo de otros estudios (Cabrera et al., 2004; Franco, Agustín, Baile, Valero y Puerta, 2009; Gómez, Herde, Laffee, Lobo y Martín, 2007).

Los fumadores indican de forma mayoritaria querer dejar el hábito, en la línea de estudios como Cabrera et al. (2004). Los que lo han hecho hace menos de dos años

representan el 58%.

Con respecto al alcohol, su consumo está más extendido que el tabaco, ya que únicamente el 15% de los estudiantes nunca consume alcohol frente al 85% que sí lo hace; estos datos coinciden con los de Martín-Montañez et al. (2011).

Hay un mayor número de bebedores que de bebedoras (Castañeda-Vázquez y Romero-Granados, 2014; Rodríguez et al., 2007; Vivan et al., 2014) e incluso estas últimas consumen un menor número de veces que los hombres (Garciga, Surí y Rodríguez, 2015) y, cuando lo hacen, el número de consumiciones también es menor (Cortés, Espejo, Martín y Gómez, 2010), datos coincidentes con los estudios referidos anteriormente.

Por otra parte, los estudiantes de más edad consumen más alcohol que los más jóvenes y el consumo, independientemente de la edad o el género, aumenta los fines de semana. Por último, se aprecia relación con vivir fuera del domicilio paterno.

Aunque los datos de consumo sean bajos, habría que realizar periódicamente campañas de concienciación que contribuyan a modificar la percepción del riesgo y la aceptación social de las drogas legales y hábitos de vida saludable, como la práctica de ejercicio físico, en el alumnado de la facultad por la repercusión que los futuros educadores tendrán en la población en general. Todo ello sin descuidar la necesidad de dotar a los jóvenes de habilidades sociales que les ayuden a enfrentarse a situaciones de grupo y a afirmar su personalidad, lo que contribuirá a no iniciarse en el consumo de drogas por motivos sociales.

La droga de mayor consumo admitido es el cannabis, ya que el 22% la ha consumido en alguna ocasión, hecho que coincide con los resultados de otros estudios

(Jiménez-Mejías, Medina-García, Martínez-Ruiz, Pulido-Manzanero y Fernández-Villa, 2015; Martín-Montañez et al., 2011).

IV.5. Alimentación

A pesar de que la mayoría de los estudiantes no estaban realizando ninguna dieta, se observan diferencias en lo que respecta al género, siendo las mujeres las que suelen realizar dieta, fundamentalmente para perder peso (Arbinaga, García, Vázquez, Joaquín y Pazos, 2011)

En lo que respecta al hábito alimentario, concretamente, en el número de comidas al día, tanto los hombres como las mujeres realizan cuatro comidas al día, seguidas de tres, en la misma línea que (Capita y Alonso, 2003; Pérez et al., 2015; Rodríguez, Fernández, Quintana y Jiménez, 2011), a pesar de que las recomendaciones de la SENC sean de 5 comidas al día.

En lo que respecta a otra serie de actividades relacionadas con los hábitos alimenticios y la frecuencia con la que la realizan, solo el 65,8% de los encuestados desayunan todos los días, encontrando resultados similares en otros estudios (Oliveras et al., 2006) y mejores resultados en otros (Ortiz-Moncada, Norte, Zaragoza, Fernández y Davó, 2012). Hay trabajos que también reflejan la preocupación y los riesgos de no tener el hábito de desayunar al observar en sus resultados una escasa frecuencia de la actividad (Irazusta et al., 2007; Oliveras et al., 2006).

Tal y como se observa en nuestro estudio, así como en otros (Oliveras et al., 2006; Palenzuela, Pérez, Pérula, Fernández y Maldonado, 2014; Sánchez y De Luna, 2015; Secchi et al., 2015), la población universitaria tiende a llevar a cabo una alimentación con

un elevado consumo de carne y baja ingesta de leguminosas, frutas y verduras, lo que supone una elección incorrecta si atendemos a las guías, destinadas a la población española, elaboradas para llevar a cabo una dieta equilibrada que cubra todas las necesidades.

Se observan diferencias significativas según sexo, siendo un mayor número de mujeres que de hombres consumidores de alimentos asados o a la plancha, en la línea de lo manifestado por Friedman, Portela, Rodríguez, Almajano y Sicart (2008). Por último, las mujeres controlan más su peso que los hombres y manifiestan una mayor preocupación por el mismo (Rodríguez, Calado, Fernández y Lameiras, 2003).

Comen mayoritariamente en su domicilio (compartido y en el domicilio familiar), aunque también suelen llevar comida preparada a la Universidad (Martins, Castro, Santana y Oliveira, 2008).

Como conclusión de este apartado, no se debe olvidar que influyen factores de todo tipo que afectan a los hábitos alimenticios: individuales (autodisciplina, tiempo, etc.), sus redes sociales (amigos, compañeros, etc.), entorno físico (disponibilidad, accesibilidad, precio de los alimenticios, etc.) y el ambiente (medios de comunicación, publicidad, etc.) (Deliens, Clarys, De Bourdeaudhuij y Deforche, 2014; Osorio-Murillo y Amaya-Rey, 2011).

IV.6. Sexualidad, seguridad e higiene

Sexualidad

La mayoría del alumnado (8 de cada 10) indica tener suficiente formación en esta materia (Luengo-Arjona, Orts-Cortés, Arcángel y Arroyo-rubio, 2007). Del 87% que han

mantenido relaciones sexuales (Pulido et al., 2013) el método anticonceptivo más usado es el preservativo, seguido de las anticonceptivas (píldora, parche o inyección) (Luengo-Arjona et al., 2007; Puerta et al., 2011). Resulta llamativo en relación al *coitus interruptus* o marcha atrás, al menos en nuestro entorno ya que puede ser en otros una práctica mayoritaria (Kulczycki, 2003), el dato de que el 7% lo continúan haciendo a menudo o siempre o que uno de cada tres alumnos haya tenido que recurrir a la píldora del día después, como también se refleja en el estudio de Campo-Arias, Ceballo y Herazo (2010).

Seguridad vial

Los estudiantes acceden a la Universidad mayoritariamente en vehículo particular y en transporte público (Seguí-Pons, Ruiz y Luna, 2013). Únicamente un 15% lo hace andando y un 2% en bicicleta, dato condicionado sin duda por la ausencia de carriles bici, como también ponen de relieve Albertos, Noguera, Pitarch y Salom (2008) y por la ubicación del campus fuera del núcleo urbano.

El 92% de los que dicen tener un vehículo utiliza el cinturón de seguridad, el 41% no habla nunca por teléfono mientras conduce, el 55% indica no conducir nunca bajo el efecto de las drogas. Se muestran diferencias significativas en cuanto al sexo en lo que respecta al respeto por las señales de tráfico, mayor en mujeres que en hombres, datos coincidentes con el estudio de Jiménez-Mejías et al. (2015).

De los usuarios que usan motocicletas, el 46% mencionan utilizar el casco siempre, frente al 60% que no lo hace nunca o casi nunca cuando usan la bicicleta.

Higiene dental

Al preguntar sobre la frecuencia en la que se cepillan los dientes, el 53% menciona hacerlo prácticamente después de la comida (González et al., 1996), el 41% al menos una vez al día (con resultados similares a Almagro-Nievas, Benítez-Hita, García-Aragón y López-Lorca (2001), frente al 5% que indican hacerlo varias veces a la semana aunque no diariamente y, por último, el 1% que dice no hacerlo nunca o casi nunca.

Universidad y promoción de la salud

Para finalizar, el 70% de los estudiantes opina que la Universidad debería implicarse más con la promoción de la salud y que en la actualidad no lo hace suficientemente.

IV.7. Limitaciones del estudio

En este estudio no hemos tenido limitaciones en lo que respecta al acceso a la población objeto de estudio, debido a la actitud positiva del Decanato de la Facultad de la inmensa mayoría del profesorado de la misma.

Sí que presenta, como cualquier estudio de las características del que presentamos, una serie de limitaciones:

- Al ser un estudio realizado exclusivamente en la Facultad de Ciencias de la Educación, es complicado generalizar los resultados obtenidos (tampoco lo pretendíamos) a otras facultades de la Universidad.
- Con respecto al instrumento, su cumplimentación requería una dedicación de

tiempo importante (por el número de ítems que contiene), lo que puede haber provocado en algunas preguntas respuestas aleatorias.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y PROSPECTIVA

V.1. Conclusiones

La respuesta a algunos de los objetivos planteados de este estudio no está localizada en un apartado concreto del mismo, sino que se ubica a lo largo de varios epígrafes del trabajo; otras se localizarán, por su concreción, en alguno de ellos.

En general la calidad de vida del alumnado es apreciada por ellos mismos como buena o muy buena en su mayoría.

En lo que respecta al **género** podemos concluir que se confirman parcialmente algunos estereotipos. El porcentaje de hombres que practican ejercicio físico es mayor que el de las mujeres, apreciándose diferencias significativas en algunas actividades de ocio y tiempo libre, como las tareas domésticas y estudiar (mayor número de mujeres) o los videojuegos (más tiempo dedicado por los hombres).

Aunque no se observan con respecto al tabaco; sí con respecto al alcohol (bebiendo más los hombres que las mujeres).

En lo referente a las dietas los hombres la realizan para ganar peso y las mujeres para perderlo. No es extraño, por tanto, apreciar diferencias significativas en el consumo de frutos secos, pescados y mariscos y carnes magras y aves (consumiendo más los hombres) y en el consumo de alimentos asados o a la plancha (mayor en las mujeres). En la misma línea es comprensible la mayor preocupación en las mujeres por su peso, un mayor nivel de estrés o una autoestima más baja.

Con respecto a relaciones sexuales, son más los hombres que lo han practicado alguna vez, aunque son más las mujeres que indican vivir la sexualidad de una forma más satisfactoria.

En el tema de la conducción son más los hombres que las mujeres los que tienen conductas peligrosas: conducir bajo el efecto de las drogas, no respetar los límites de velocidad o las señales de tráfico.

Por último, se aprecian diferencias en lo que respecta a higiene dental, siendo más las mujeres que se cepillan los dientes casi después de cada comida y más los hombres que no lo hacen nunca o casi nunca.

La mayoría indica **dormir** lo suficiente, aunque 7 de cada 10 manifiesta dificultad para hacerlo en las últimas semanas, hecho que puede estar asociado a que casi la mitad se ha encontrado **estresado** en dicho período. El nivel de autoestima es normal o alto.

Únicamente el 51% manifiesta hacer **ejercicio físico**. Como actividades destacadas de **ocio** tenemos estar delante del ordenador y salir con los amigos y la que menos las actividades solidarios, los videojuegos, conducir y las tareas domésticas

Con respecto al consumo de **tabaco**, **alcohol** y **otras drogas** el primero no tiene prácticamente incidencia. No se puede decir lo mismo con el alcohol, ya que la mitad de los estudiantes son consumidores habituales. Tampoco otras drogas tienen incidencia, ya que la que tiene un consumo regular (el cannabis) afecta a 4 de cada 100 estudiantes (que la consumen diariamente).

En lo que respecta a la **alimentación**, la mayoría no está realizando dieta y algo más de la mitad desayunan todos los días. La población universitaria tiende a llevar a cabo una

alimentación con un elevado consumo de carne y baja ingesta de leguminosas, frutas y verduras. Comen mayoritariamente en su domicilio (compartido y en el domicilio familiar), aunque también suelen llevar comida preparada a la Universidad.

Con respecto a la **sexualidad**, el alumnado tiene formación sobre el tema, siendo el método anticonceptivo más usado el preservativo. Sorprende, por tanto, que el 7% siguen utilizando siempre o a menudo el *coitus interruptus*.

Se **desplazan** a la Universidad mayoritariamente en vehículo particular y transporte público. De forma masiva hacen uso del cinturón de seguridad en sus vehículos, mientras que la mitad utiliza el casco cuando utilizan motocicletas y 4 de cada 10 cuando van en bicicleta.

9 de cada 10 se **cepillan** los dientes al menos una vez al día.

Para finalizar, el 7 de cada 10 estudiantes opina que la Universidad debería implicarse más con la promoción de la salud y que en la actualidad no lo hace suficientemente.

V.2. *Prospectiva*

A partir de los resultados obtenidos en este estudio se proponen las siguientes líneas de acción e investigación:

- Realizar un estudio comparativo con el alumnado de la misma Facultad pasando de nuevo el cuestionario y comprobando la evolución de diversos apartados a lo largo de varios cursos académicos.

- Realizar una ampliación de dicho estudio a todo el alumnado de la Universidad para tener una visión completa de la situación, con respecto a los estilos de vida y salud, de dicho colectivo.
- Llevar a cabo un análisis de la situación de salud de los integrantes de la comunidad universitaria, aparte del alumnado (profesorado e integrantes del personal de administración y servicios). La información obtenida permitirá identificar problemas prioritarios a trabajar por parte de la Universidad de Málaga y, por otra parte, contar con un referente al evaluar la efectividad de los programas de promoción de salud en el ámbito universitario.
- Evaluar la efectividad de las campañas de información, concientización y sensibilización hacia los conceptos de promoción de la salud dirigidas a toda la población en general (promovidas por diversas administraciones) y a la comunidad universitaria en especial (fruto de iniciativas de la misma Universidad).
- Promover, planificar e implementar programas de promoción de la salud en las Universidad sobre los apartados que más lo necesiten.
- La divulgación y publicación de los resultados de las acciones de creación, de investigación y de evaluación vinculadas con las universidades promotoras de la salud.

CAPÍTULO VI. REFERENCIAS

- Ainsworth, B. E., Haskell, W. L., Whitt, M. C., Irwin, M. L., Swartz, A. M., Strath, S. J., ...
Emplaincourt, P. O. (2000). Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. *Medicine and science in sports and exercise*, 32(9; SUPP/1), S498-S504.
- Albertos, J. M., Noguera, J., Pitarch, M. D. y Salom, J. (2008). *Los hábitos de movilidad en la Universitat de València (2005-2006): Problemas de acceso a los campus y sostenibilidad* (Vol. 3). Universitat de València. Recuperado a partir de <https://books.google.es/books?hl=es&lr=yid=ecodrlthzwwCyoi=fndypg=PA9ydq=H%C3%A1bitos+de+movilidad+en+la+Universitat+de+Val%C3%A8nciayots=liqC-OGkAjysig=xhTsSyjsLOjT72IY7dBcWlgzzoU>
- Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens: Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93-107.
- Al-Kandari, F. y Vidal, V. (2007). Correlation of the health-promoting lifestyle, enrollment level, and academic performance of College of Nursing students in Kuwait. *Nursing y Health Sciences*, 9(2), 112-9.
- Allende, M. J. (2008). *Operaciones Administrativas y Documentación Sanitaria* (1ª ed.). Madrid: Paraninfo.

- Almagro-Nievas, D., Benítez-Hita, J. A., García-Aragón, M. A. y López-Lorca, M. T. (2001). Incremento del índice de dientes permanentes cariados, perdidos por caries y obturados, entre escolares de Loja, España. *salud pública de méxico*, 43(3), 192-198.
- Alorda, C. (2012). Adultez. Recuperado 15 de marzo de 2012, a partir de <http://www.infermeravirtual.com/es-es/situaciones-de-vida/adultez/informacion-relacionada.html#adultojoven>
- Antoine-Jonville, S., Sinnapah, S., Laviolle, B., Paillard, F. y Hue, O. (2010). Heterogeneity of dietary profiles in highly sedentary young Guadeloupean women. *International Journal of sport nutrition and exercise metabolism*, 20(5), 401-8.
- Arbinaga, F., García, D., Vázquez, I., Joaquín, M. y Pazos, E. (2011). Actitudes hacia el ejercicio de una muestra de estudiantes universitarios: relaciones con los hábitos alimenticios y la insatisfacción corporal. *Revista iberoamericana de psicología del ejercicio y el deporte*, 6(1), 97-112.
- Báez, G. F., Flores, N. N., González, T. P. y Horrisberger, H. S. (2005). Calidad del sueño en estudiantes de medicina. *Revista de posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*, 141(4), 14-17.
- Baggett, T. P., Chang, Y., Singer, D. E., Porneala, B. C., Gaeta, J. M., O'Connell, J. J. y Rigotti, N. A. (2014). Tobacco-, Alcohol-, and Drug-Attributable Deaths and Their

- Contribution to Mortality Disparities in a Cohort of Homeless Adults in Boston. *American Journal of Public Health*, e1-e9. <http://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302248>
- Becoña, E., Vázquez, F. y Oblitas, L. (2004). Promoción de los estilos de vida saludables. *Investigación en Detalle*, 5. Recuperado a partir de http://www.alapsa.org/detalle/05/id_05_promocion.pdf
- Bennàssar, M. (2012). *Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios: la universidad como entorno promotor de la salud*. Universitat de les Illes Balears, Palma de Mallorca. Recuperado a partir de www.tdx.cat/bitstream/10803/84136/1/tmbv1de1.pdf
- Berg, C., Parelkar, P., Lessard, L., Escoffery, C., Kegler, M., Sterling, K. y Ahluwalia, J. (2010). Defining «smoker»: college student attitudes and related smoking characteristics. *Nicotine y tobacco research: official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 12(9), 963-9.
- BOJA. (s. f.). Ley 2/1198, de 15 de junio, de Salud de Andalucía. Recuperado a partir de <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/general/conocer/sas/LeySaludBoja.pdf>
- Boletín Oficial del Estado. (1978). Constitución Española. Recuperado a partir de <http://www.boe.es/boe/dias/1978/12/29/pdfs/A29313-29424.pdf>

- Briones, G. (2003). *Metodos y tecnicas de investigacion para las ciencias sociales / Research Methods and Techniques for the Social Sciences*. Editorial Trillas Sa De Cv. Recuperado a partir de <http://books.google.es/books?id=jupEAAAACAAJ>
- Bustos, P., Amigo, H., Arteaga, A., Acosta, B., María, A. y Rona, R. J. (2003). Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en adultos jóvenes. *Revista médica de Chile*, 131(9), 973-980. <http://doi.org/10.4067/S0034-98872003000900002>
- Caballero, L. G. R., Sánchez, L. Z. R. y Delgado, E. M. G. (2015). Sobrepeso y obesidad en estudiantes universitarios colombianos y su asociación con la actividad física. *Nutrición hospitalaria: Organo oficial de la Sociedad española de nutrición parenteral y enteral*, 31(2), 629-636.
- Cabrera, A. C., Novella, M. P., Cajal, P. R. y Puerta, I. N. de la, Sobradiel, N. y Lizalde, R. G. (2004). Encuesta sobre tabaquismo en estudiantes universitarios en relación con la práctica de ejercicio físico. *Archivos de bronconeumología: Organo oficial de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica SEPAR y la Asociación Latinoamericana de Tórax (ALAT)*, 40(1), 5-9.
- Campo-Arias, A., Ceballo, G. A. y Herazo, E. (2010). Prevalence of pattern of risky behaviors for reproductive and sexual health among middle-and high-school students. *Revista latino-americana de enfermagem*, 18(2), 170-174.
- Cancino, J., Urzua, R. y Ulloa, D. (2009). Estilos de vida y nivel de actividad física de los

- alumnos de kinesiología de la Universidad de las Américas (Chile) durante el primer semestre del año 2008. *Kronos: revista universitaria de la actividad física y el deporte*, VIII(16), 39-44.
- Capita, R. y Alonso, C. (2003). Frecuencia de comidas en adultos jóvenes de la provincia de León (I): diferencias entre días de la semana. *Alimentaria: Revista de tecnología e higiene de los alimentos*, (349), 11-16.
- Caraveo, J. J., Colmenares, E. y Saldívar, G. J. (1999). Diferencias por género en el consumo de alcohol en la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 41(3), 177-188.
- Caricote, E., Figueroa, E. y Granado, M. (2009). La salud y los estilos de vida. *Revista Educación en Valores*, 2(12), 86 - 103.
- Castañeda, C. y Campos, M. del C. (2012). Motivación de los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Educación (Universidad de Sevilla) hacia la práctica de actividad físico-deportiva. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, (22), 57-61.
- Castañeda-Vázquez, C. y Romero-Granados, S. (2014). University students' eating habits and substance consumption (alcohol, tobacco, and drugs) according to gender and sport practice. *cultura_ciencia_deporte*, 9(26), 95-105.
<http://doi.org/10.12800/ccd.v9i26.426>

- Castillo, E. (2006). *Hábitos de práctica de actividad física y estilo de vida saludable del alumnado de la Universidad de Huelva*. Universidad de Huelva. Recuperado a partir de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=24345>
- Castillo, E. y Sáenz, P. (2008). Hábitos relacionados con la práctica de actividad física de las alumnas de la Universidad de Huelva a través de historias de vida. *Revista de currículum y formación del profesorado*, 11(2), 1-18.
- Castillo, M. D., Naranjo, J. A., Gil, B. y León, M. T. (2003). Implicación del profesorado en educación para la salud en los centros docentes. *Revista de la SEMG*, 52, 181-189.
- Castro, A. y Sánchez, M. del P. (2000). Objetivos de vida y satisfacción autopercebida en estudiantes universitarios. *Psicothema*, 12(1), 87-92.
- Castro, Y., Calado, M., Fernández, M. y Lameiras, M. (2003). Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 3(1), 23-33.
- Cnossen, S. (2007). Alcohol taxation and regulation in the European Union. *International Tax and Public Finance*, 14(6), 699-732. <http://doi.org/10.1007/s10797-007-9035-y>
- Consejería de Salud. (s. f.-a). Red Andaluza de Universidades Promotoras de Salud. Recuperado 27 de julio de 2013, a partir de <http://www.saludpublicaandalucia.es/nuestro-trabajo/promocion-de-la-salud/red->

andaluza-de-universidades-promotoras-de-salud

- Consejería de Salud. (s. f.-b). Retos VIII legislatura (2008-2012). Recuperado 27 de julio de 2013, a partir de <http://www.saludpublicaandalucia.es/retos-que-nos-planteamos>
- Contreras, K., Caballero, C., Palacio, J. y Pérez, A. (2008). Factores asociados al fracaso académico en estudiantes universitarios de Barranquilla (Colombia). *Psicología desde el Caribe*, 22, 110-135.
- Coppari, N., Aguilera, M., Batura, R., Campos, F., Canese, M. E., González, A., ... Zanotti, R. (2012). Presión de grupo y consumo de alcohol en estudiantes del curso probatorio de ingreso de universidad privada. *Eureka*, 9(2), 196-216.
- Cortés, M. T., Espejo, B., Martín, B. y Gómez, C. (2010). Tipologías de consumidores de alcohol dentro de la práctica del botellón en tres ciudades españolas. *Psicothema*, 22(Número 3), 363-368.
- Craig, C., Marshall, A., Sjöström, M., Bauman, A., Booth, M., Ainsworth, B. E., ... Oja, P. (2003). International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med sci sports Exerc*, 195(9131/03), 3508-1381.
- Curi, P. y Gomes, C. (2004). Reliability and validity of the international physical activity questionnaire (IPAQ). *Medicine and science in sports and exercise*, 36(3), 556-556.
- Declaración de Pamplona/Iruña. (2009). Recuperado a partir de

<http://www.um.es/reus/docs/Declaraci%C3%B3n%20de%20Pamplona.pdf>

Deliens, T., Clarys, P., De Bourdeaudhuij, I. y Deforche, B. (2014). Determinants of eating behaviour in university students: a qualitative study using focus group discussions. *BMC Public Health*, 14, 53-65. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-14-53>

Edwards, P. y Tsouros, A. (2008). *A healthy city is an active city: a physical activity planning guide*. Copenhagen: World Health Organization. Recuperado a partir de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/99975/E91883.pdf

Egea, C. y Sarabia, A. (2001). Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. Recuperado a partir de http://www.um.es/discatif/METODOLOGIA/Egea-Sarabia_clasificaciones.pdf

El Ansari, W., Stock, C., John, J., Deeny, P., Phillips, C., Snelgrove, S., ... Mabhala, A. (2011). Health promoting behaviours and lifestyle characteristics of students at seven universities in the UK. *Central European Journal of Public Health*, 19(4), 197-204.

Feldman, L., Goncalves, L., Chacon-Puignau, G., Zaragoza, J., Bagés, N. y De Pablo, J. (2008). Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Universitas Psychologica*, 7(3), 739-752.

- Fernández-Ballart, J. D., Piñol, J. L., Zazpe, I., Corella, D., Carrasco, P., Toledo, E., ... Martín-Moreno, J. M. (2010). Relative validity of a semi-quantitative food-frequency questionnaire in an elderly Mediterranean population of Spain. *British journal of nutrition*, 103(12), 1808-1816.
- Ford, J. A. y Hill, T. D. (2012). Religiosity and Adolescent Substance Use: Evidence From the National Survey on Drug Use and Health. *Substance Use y Misuse*, 47(7), 787-798. <http://doi.org/10.3109/10826084.2012.667489>
- Franco, A. J.-M., Agustín, A. B. S., Baile, A. M., Valero, P. G. y Puerta, I. N. de la. (2009). Consumo de drogas en estudiantes universitarios de primer curso. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 21(1), 21-28.
- Friedman, S. M., Portela, M. L., Rodríguez, P. N., Almajano, M. P. y Riba, M. M. (2008). Estudio comparativo entre los hábitos alimentarios de estudiantes universitarios argentinos y catalanes: aspectos nutricionales. *Revista española de nutrición comunitaria = Spanish journal of community nutrition*, 14(4), 240-246.
- García, M. y Llopis, R. (2011). *Ideal democrático y bienestar personal: encuesta sobre los hábitos deportivos en España 2010*. Madrid: Consejo Superior de Deportes, Centro de Investigaciones Sociológicas.
- García, S., Abadía, M. B., Durán, A., Hernández, C. y Bernal, E. (2010). Spain: Health system review 2010. *Health Systems in Transition*, 12(4). Recuperado a partir de

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/128830/e94549.pdf

García, T. (2003). El cuestionario como instrumento de investigación/evaluación. Recuperado a partir de http://www.univsantana.com/sociologia/El_Cuestionario.pdf

Gárciga, O., Surí, C. y Rodríguez, R. (2015). Consumo de drogas legales y estilo de vida en estudiantes de medicina. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(1). Recuperado a partir de <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/292>

Gasparotto, G. da S., da Silva, M. P., Medeiros Cruz, R. M. y de Campos, W. (2015). Overweight and Physical Activity Practice Associated with Eating Behavior of Brazilian College Students. *Nutricion Hospitalaria*, 32(2), 616-621. <http://doi.org/10.3305/nh.2015.32.2.9159>

Gavidia, V. (2009). El profesorado ante la educación y promoción de la salud en la escuela. *Didáctica de las ciencias experimentales y sociales*, (23), 171-180.

Gomariz, A. B. C., Herrero, E., Eustaquio, A. de S., Navarro, S. Z. y Llamas, F. P. (2013). Prevalencia de peso insuficiente, sobrepeso y obesidad, ingesta de energía y perfil calórico de la dieta de estudiantes universitarios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (España). *Nutrición hospitalaria: Organó oficial de la Sociedad española de nutrición parenteral y enteral*, 28(3), 683-689.

Gómez, A., Herde, J., Laffee, A., Lobo, S. y Martín, E. (2007). Consumo de drogas lícitas e

- ilícitas por estudiantes universitarios. Facultad de Ingeniería. Universidad de Carabobo, 2006. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo*, 11(3), 41-45.
- González, J., Moneris, E., Ortega, E., Quesada, C., Gómez, R., Calpena, M., ... Moya, M. (1996). Estudio de hábitos de higiene bucodental en preadolescentes y adolescentes de dos colegios urbanos y dos rurales. *Anales Españoles de Pediatría*, 45(1), 14-20.
- González, M. D. (2008). La Educación para la salud: «asignatura pendiente» para la escuela. *XXI. Revista de educación*, (10), 123-136.
- Grajales, T. (2000). Diseños de investigación. Recuperado a partir de <http://tgrajales.net/invesdisenos.pdf>
- Grimaldo, M. P. (2005). Estilos de vida saludables en un grupo de estudiantes de una universidad particular de la ciudad de Lima. *Liberabit*, (11), 75-82.
- Halim, A., Hasking, P. y Allen, F. (2012). The role of social drinking motives in the relationship between social norms and alcohol consumption. *Addictive Behaviors*, 37(12), 1335-1341. <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.07.004>
- Hernández, M., Pérez, H. y Vargas, E. (2012). Enfermedades que padecen los estudiantes universitarios durante la carrera de Enfermería. *Revista de Medicina y Ciencias de la Salud*. Recuperado a partir de

<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/3990/9/Enfermedades-que-padecen-los-estudiantes-universitarios-durante-la-carrera-de-Enfermeria>

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. MacGraw-Hill/Interamericana.

Huang, C., Zhan, J., Liu, Y.-J., Li, D.-J., Wang, S.-Q. y He, Q.-Q. (2014). Association Between Alcohol Consumption and Risk of Cardiovascular Disease and All-Cause Mortality in Patients With Hypertension: A Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *Mayo Clinic Proceedings*, 89(9), 1201-1210. <http://doi.org/10.1016/j.mayocp.2014.05.014>

Huang, J., DeJong, W., Schneider, S. y Towvim, L. (2011). Endorsed reasons for not drinking alcohol: a comparison of college student drinkers and abstainers. *Journal of behavioral medicine*, 34(1), 64-73.

Iglesias, M. R. (2011). *Estudio del estrés percibido por alumnos noveles de ciencias de la salud*. Universidad de Málaga, Málaga. Recuperado a partir de <http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/4906/TDR%20IGLESIA%20PARRA.pdf?sequence=1>

Iglesias, M. T., Mata, G., Pérez, A., Hernández, S., García-Chico, R. y Papadaki, C. (2013). Estudio nutricional en un grupo de estudiantes universitarios madrileños. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 33(1), 23-30.

- INE. (2009). Instituto Nacional de Estadística. (National Statistics Institute). Recuperado a partir de <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxisypath=%2Ft20%2Fp319a%2Fserieyfile=pcaxisyN=yL=0>
- INE. (2013). Encuesta Nacional de Salud 2011 - 2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado a partir de <http://www.ine.es/prensa/np770.pdf>
- Intra, M. V., Roales, J. y Moreno, E. (2011). Cambio en las conductas de riesgo y salud en estudiantes universitarios argentinos a lo largo del periodo educativo. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11(1), 139-147.
- Irazusta, A., Hoyos, I., Díaz, E., Irazusta, J., Gil, J. y Gil, S. (2007). Alimentación de estudiantes universitarios. *Osasunaz*, 8, 7-18.
- Jiménez-Mejías, E., Medina-García, M. Á., Martínez-Ruiz, V., Pulido-Manzanero, J. y Fernández-Villa, T. (2015). Consumo de drogas e implicación en estilos de conducción de riesgo en una muestra de estudiantes universitarios. Proyecto uniHcos. *Gaceta Sanitaria*, 29, Supplement 1, 4-9. <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.04.008>
- Karlen, G., Masino, M. V., Fortino, M. A. y Martinelli, M. (2011). Consumo de desayuno en estudiantes universitarios: hábito, calidad nutricional y su relación con el índice de masa corporal. *Diaeta*, 29(137), 23-30.

- Kulczycki, A. (2003). ¿Acuerdo de pareja o decisión individual?: La utilización del coitus interruptus en Turquía. *Inguruak: Soziologia eta zientzia politikoaren euskal aldizkaria = Revista vasca de sociología y ciencia política*, (36), 85-110.
- Lafond, L. J., Heritage, Z., Farrington, J. y Tsouros, A. (2003). *National healthy cities networks: A powerful force for health and sustainable development in Europe*. Copenhagen: WHO. Recuperado a partir de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/98416/E82653.pdf
- Larouche, R. (1998). Determinants of college students' health-promoting lifestyles. *Clinical excellence for nurse practitioners: the international journal of NPACE*, 2(1), 35-44.
- Lee, R. y Loke, A. (2005). Health-promoting behaviors and psychosocial well-being of university students in Hong Kong. *Public Health Nursing*, 22(3), 209-20.
- Lema, L. F., Salazar, I. C., Varela, M. teresa, Tamayo, J. A. y Rubio, A. (2009). Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida. *Pensamiento Psicológico*, 12, 71-88.
- Llapur Milián, R. y González Sánchez, R. (2006). Comportamiento de los factores de riesgo cardiovascular en niños y adolescentes con hipertensión arterial esencial. *Revista Cubana de Pediatría*, 78(1), 0-0.

- López, I. M. y Sánchez, V. (2005). Percepción del estrés en estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. *Enfermería clínica*, 15(6), 307-313.
- López, L. I. y Rabanaque, M. J. (2006). Concepto de salud. En C. Colomer y C. Álvarez-Dardet (Eds.), *Promoción de la salud y cambio social* (2ª ed., pp. 3-11). Barcelona: Masson.
- Luengo-Arjona, P., Orts-Cortés, M. I., Arcángel, R. y Arroyo-rubio, O. I. (2007). Comportamiento sexual, prácticas de riesgo y anticoncepción en jóvenes universitarios de Alicante. *Enfermería Clínica*, 17(2), 85-89. [http://doi.org/10.1016/S1130-8621\(07\)71774-6](http://doi.org/10.1016/S1130-8621(07)71774-6)
- Lum, C., Corliss, H., Mays, V., Cochran, S. y Lui, C. (2009). Differences in the drinking behaviors of Chinese, Filipino, Korean, and Vietnamese college students. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 70(4), 568-74.
- Martínez, N. (2013). Diseño de la investigación. Recuperado 10 de diciembre de 2013, a partir de http://www.aniorte-nic.net/apunt_metod_investigac4_4.htm
- Martín, I. M. (2007). Estrés académico en estudiantes universitarios. *APUNTES DE PSICOLOGÍA*, 25(1), 87-99.
- Martín-Montañez, E., Barón-López, F. J., Lamia, L. R., Pavía, J., Miranda, J. y Santos, I. (2011). Consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras sustancias psicoactivas en

- estudiantes de la Universidad de Málaga. *Trastornos adictivos*, 13(4), 160-166.
- Martín-Moreno, J. M., Boyle, P., Gorgojo, L., Maisonneuve, P., Fernández-Rodríguez, J. C., Salvini, S. y Willett, W. C. (1993). Development and validation of a food frequency questionnaire in Spain. *International Journal of Epidemiology*, 22(3), 512-519.
- Martín, M. y Trujillo, F. D. (2012). Evaluación del estrés académico percibido por estudiantes de grado de ingenierías industriales en la universidad de Málaga. En *I Congreso Virtual Internacional sobre Innovación Pedagógica y Praxis Educativa INNOVAGOGÍA 2012* (p. -). Recuperado a partir de <http://www.upo.es/ocs/index.php/innovagogia2012/Iinnovagogia2012/paper/view/154/157>
- Martins, F., Castro, M. H. de, Santana, G. de y Oliveira, L. G. (2008). Estado nutricional, medidas antropométricas, nivel socioeconómico y actividad física en universitarios brasileños. *Nutrición Hospitalaria*, 23(3), 234-241.
- Mercken, L., Steglich, C., Sinclair, P., Holliday, J. y Moore, L. (2012). A longitudinal social network analysis of peer influence, peer selection, and smoking behavior among adolescents in British schools. *Health Psychology*, 31(4), 450-459.
- Merino, T. (2007). Indicadores en salud. Recuperado 22 de abril de 2013, a partir de <http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/insintrod6.htm#ref>

- Miguel, M., Miguel, P., Ollero, R. M., Ruiz, L., Suárez, J. y Torres, L. (s. f.). El cuestionario. Recuperado a partir de http://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Cuestionario.pdf
- Ministerio de Salud - Perú. (2010). *Promoviendo universidades saludables* (p. 38). Lima: Ministerio de Salud. Recuperado a partir de <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/documentos/promovUniverSaludables.pdf>
- Molina, A. J., Varela, V., Fernandez, T., Martin, V., Ayan, C. y Cancela, J. M. (2012). Unhealthy habits and practice of physical activity in spanish college students: the role of gender, academic profile and living situation. *Adicciones*, 24(4), 319-328.
- Mora, J. y Natera, G. (2001). Expectativas, consumo de alcohol y problemas asociados en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud pública de México*, 43(2), 89-96.
- Moreno, G. A., Gómez, J. G. M. y Marín, L. S. G. (2009). Hábitos y estilos de vida en estudiantes de segundo y noveno semestre de Medicina de la Universidad Tecnológica de Pereira. *Revista Médica de Risaralda*, 15(1), 2-.
- MSSCI. (2010). *Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias*. Recuperado a partir de http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/ESTUDES_2010.pdf

MSSCI. (2013). *Encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España. Edades 2011-2012*. Madrid. Recuperado a partir de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/EDADES2011.pdf>

MSSCI. (2015, febrero 4). Indicadores de Salud. Recuperado 4 de febrero de 2015, a partir de <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/indicadoresSalud2009.htm#mortalidad>

Naciones Unidas. (2012). Declaración Universal de Derechos Humanos. Recuperado 20 de septiembre de 2012, a partir de <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

Oliva, J. (2009). Obesidad y calidad de vida relacionada con la salud. *Documentos de Trabajo DAEF*, (3), 1-.

Oliveras, M. ^a. J., Nieto, P., Agudo, E., Martínez, F., López, H. y López, M. C. (2006). Evaluación nutricional de una población universitaria. *Nutrición Hospitalaria*, 21(2), 179-183.

OMS. (1998). Promoción de la salud. Glosario. WHO. Recuperado a partir de www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf

OMS. (2002). *Informe sobre la salud en el mundo 2002*. Recuperado a partir de <http://www.who.int/whr/2002/es/index.html>

- OMS. (2011a). Determinantes sociales de la salud. Recuperado 16 de marzo de 2011, a partir de http://www.who.int/social_determinants/es/
- OMS. (2011b). *Estadísticas sanitarias mundiales 2011*. Francia: Organización Mundial de la Salud. Recuperado a partir de http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2011_Full.pdf
- OMS. (2011c). OMS | Prevención de las enfermedades crónicas. Recuperado 31 de enero de 2011, a partir de http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index4.html
- OMS. (2011d). Riesgos para la salud de los jóvenes. Recuperado 26 de julio de 2013, a partir de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
- OMS. (2012). *Estadísticas sanitarias mundiales 2012*. Suiza: Organización Mundial de la Salud. Recuperado a partir de http://www.who.int/healthinfo/ES_WHS2012_Full.pdf
- OMS | Enfermedades crónicas. (s. f.). Recuperado 7 de septiembre de 2015, a partir de http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
- OMS | ¿Qué se entiende por actividad moderada y actividad vigorosa? (s. f.). Recuperado 23 de septiembre de 2015, a partir de

http://www.who.int/dietphysicalactivity/physical_activity_intensity/es/

OPS. (2009). Una nueva mirada al movimiento de Universidades Promotoras de Salud en las Américas. Recuperado a partir de http://new.paho.org/saludyuniversidades/index.php?option=com_docmanytask=doc_download&id=3&Itemid=y&lang=es

Ortiz-Moncada, R., Norte, A. I., Zaragoza, A., Fernández, J. y Davó, M. (2012). ¿Siguen patrones de dieta mediterránea los universitarios españoles? *Nutrición Hospitalaria*, 27(6), 1952-1959.

Osorio-Murillo, O. y Amaya-Rey, M. C. del P. (2011). La alimentación de los adolescentes: el lugar y la compañía determinan las prácticas alimentarias. *Aquichan*, 11(2), 199-216.

PAHO. (1978). Declaración de Alma-Ata. Recuperado 26 de julio de 2013, a partir de http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

Palenzuela, S. M., Pérez, A., Pérula, L. A., Fernández, J. A. y Maldonado, J. (2014). La alimentación en el adolescente. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 37(1), 47-58. <http://doi.org/10.4321/S1137-66272014000100006>

Pavón, A. y Moreno, J. A. (2008). Actitud de los universitarios ante la práctica físiodeportiva: diferencias por géneros. *Revista de Psicología del Deporte*, 17(1).

Recuperado a partir de <http://www.rpd-online.com/article/view/245>

- Pérez, L. L., Mingo, M. T., Bayona, I., Ferrer, M. Á., Márquez, E., Ramírez, R., ... Navas, F. J. (2015). Calidad de la dieta en estudiantes universitarios con distinto perfil académico. *Nutrición hospitalaria: Organo oficial de la Sociedad española de nutrición parenteral y enteral*, 31(5), 2230-2239.
- Ponte, C. (2012, septiembre 20). Conceptos fundamentales de la salud a través de su historia reciente. Recuperado a partir de http://www.fedicaria.org/miembros/fedAsturias/Apartado_7/CONCEPTOS_FUNDAMENTALES_SALUD_HISTORIA_PONTE.pdf
- Public Health Agency of Canada. (2011). What Determines Health? - Population Health - Public Health Agency of Canada. Recuperado 24 de enero de 2012, a partir de <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-eng.php#determinants>
- Puerta, W. A., Acosta, S., López, A., Suárez, J., Melo, A. y Carrascal, S. (2011). Conocimiento métodos anticonceptivos en estudiantes de pregrado. *Revista Ciencia y Cuidado*, 8(1), 47-54.
- Pulido, M. A., Ávalos, C., Fernández, J. C., García, L., Hernández, L. y Ruiz, A. K. (2013). Conducta sexual de riesgo en tres universidades privadas de la Ciudad de México. *Psicología y Salud*, 23(1), 25-32.

Read, J. P., Wood, M. D., Davidoff, O. J., McLacken, J. y Campbell, J. F. (2002). Making the transition from high school to college: the role of alcohol-related social influence factors in students' drinking. *Substance abuse : official publication of the Association for Medical Education and Research in Substance Abuse*, 23(1), 53-65. <http://doi.org/10.1023/A:1013682727356>

Rebollo, J. A. (2007). *La formación del animador deportivo en el marco de la Asociación Española de Deportes para Todos*. Huelva. Recuperado a partir de <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/73/12735310.pdf?sequence=1>

Regidor, E. y Gutiérrez-Fisac, J. J. (2012). *Patrones de mortalidad en España, 2009*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado a partir de http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/docs/Patrones_de_Mortalidad_en_Espana_2009.pdf

Regidor, E., Gutiérrez-Fisac, J. L. y Alfaro, M. (2009). *Indicadores de salud 2009. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Recuperado a partir de http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Indicadores_2009.pdf

- REUSUMU. (s. f.). ¿Qué es la REUS? Recuperado 27 de julio de 2013, a partir de <http://www.um.es/reus/?mod=queeslareus>
- Riou França, L., Dautzenberg, B., Falissard, B. y Reynaud, M. (2009). Are social norms associated with smoking in French university students? A survey report on smoking correlates. *Substance Abuse Treatment, Prevention and policy*, 2(4), 4.
- Rodríguez, A., Fernández, R., Quintana, I. y Jiménez, S. (2011). Estado nutricional, imagen corporal y prácticas alimentarias, en un grupo de estudiantes universitarios cubanos. Provincia de Sancti Spíritus. *Revista española de nutrición comunitaria = Spanish journal of community nutrition*, 17(2), 66-72.
- Rodríguez, J., Hernández, E. y Fernández, A. M. (2007). Descripción del consumo de drogas lícitas e ilícitas por género a través de la metodología de pares. *Revista médica de Chile*, 135(4), 449-456. <http://doi.org/10.4067/S0034-98872007000400006>
- Rodríguez, Y., Calado, M., Fernández, M. y Lameiras, M. (2003). Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud = International journal of clinical and health psychology*, 3(1), 23-33.
- Rosales Mayor, E., Egoavil Rojas, M. T., La Cruz Dávila, C. C. y Rey de Castro Mujica, J. (2008). Somnolencia y calidad de sueño en estudiantes de medicina durante las

- prácticas hospitalarias y vacaciones. *Acta Médica Peruana*, 25(4), 199-203.
- Rubio, M. A., Salas-Salvadó, J., Barbany, M., Moreno, B., Aranceta, J., Bellido, D., ... Foz, M. (2007). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Rev Esp Obes*, 5(3), 135-75.
- Ruiz, J. F. y García, M. E. (2005). *Hábitos saludables y estilos de vida de los almerienses* (Almería 2005). Almería: Universidad de Almería.
- Salanova, M., Martínez, I. M., Bresó, E., Llorens, S. y Grau, R. (2005). Bienestar psicológico en estudiantes universitarios, facilitadores y obstaculizadores del desempeño académico.
- Salazar, I. C., Varela, M. T., Lema, L. F., Tamayo, J. A. y Duarte, C. (2010). Evaluación de las conductas de salud en jóvenes universitarios. *Revista Salud Pública*, 12(4), 599-611.
- Salinas, S., Rivera, J. P. y Meza, D. B. (2014). Niveles de presión arterial, circunferencia abdominal y sobrepeso/obesidad en los estudiantes universitarios de la Universidad Peruana Unión – Tarapoto. *Apuntes Universitarios*, 4(2), 107-116.
- Salleras Sanmarti, L. (1985). *Educación Sanitaria: principios y aplicaciones*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

- Sampedro, J. G., Quiñones, I. T., Márquez, J. C. y Robles, Á. S. (2012). Actitudes hacia la obesidad de los estudiantes de Magisterio de la Universidad de Huelva. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, (22), 38-42.
- Sanabria-Ferrand, P.-A., González, L. A. y Urrego, L. (2007). Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos. Estudio exploratorio. *Revista Med*, 15(2), 207-217.
- Sánchez del Río, R. (2005). Diseño tipos estudio. Recuperado 11 de diciembre de 2013, a partir de <http://www.uv.es/invsalud/invsalud/disenyo-tipo-estudio.htm#disestudio>
- Sánchez, M. A. y De Luna, E. (2015). Hábitos de vida saludable en la población universitaria. *Nutrición hospitalaria: Organo oficial de la Sociedad española de nutrición parenteral y enteral*, 31(5), 1910-1919.
- Sapag, J. y Poblete, F. (2007). Promoción de la Salud. Recuperado 22 de abril de 2013, a partir de http://medicinafamiliar.uc.cl/html/promocion_salud.html
- Scharager, J., Zuzulic, M. S. y Reyes, P. (2009). Estrategia de promoción de la salud en población universitaria: una actividad docente como estrategia de promoción en jóvenes universitarios de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Recuperado a partir de <http://www2.uacj.mx/universidadsaludable/memorias/documentos/PDF%20Resumenes/-Estrategia%20de%20promocion%20de%20la%20salud%20en%20la%20poblacion%20universitaria.pdf>

Secchi, D. G., Aballay, L. R., Galíndez, M. F., Piccini, D., Lanfranchi, H. y Brunotto, M. (2015). Red meat, micronutrients and oral squamous cell carcinoma of Argentine adult patients. *Nutrición hospitalaria: Organo oficial de la Sociedad española de nutrición parenteral y enteral*, 32(3), 1214-1221.

Seguí-Pons, J. M., Ruiz, M. y Luna, M. (2013). Movilidad y transportes en el acceso al Campus de la Universitat de les Illes Balears: una perspectiva de género. En *XIII Congreso de Geógrafos Españoles. Espacios Insulares y de frontera, una visión geográfica* (pp. 685-695). Palma de Mallorca: AGE y Dept. de Ciències de la Terra, UIB. Recuperado a partir de http://www.uibcongres.org/imgdb/archivo_dpo13254.docx

SENC. (2015). Estilos de vida saludable: nuevas recomendaciones de la pirámide nutricional SENC 2015. Recuperado a partir de <http://www.efesalud.com/noticias/estilos-de-vida-saludable-nuevas-recomendaciones-de-la-piramide-nutricional-senc-2015/>

Sierra, R. (1992). Cuestionarios. En *Técnicas de investigación social* (pp. 305-350). Madrid: Paraninfo. Recuperado a partir de <http://metodologiaii.homestead.com/Unidad4.SierraBravoCuestionario.pdf>

Solano, R. y Serón, P. (s. f.). Diseños de investigación clínica. Recuperado a partir de <http://www.med.ufro.cl/Recursos/GISIII/linkedddocuments/dise%F1os>

%20cuantitativos.pdf

- Stake, R. E. (1999). *Investigación con Estudio de Casos*. Ediciones Morata, S.L.
Recuperado a partir de <http://books.google.es/books?id=gndJ0eSkGckC>
- Stappenbeck, C. A., Quinn, P. D., Wetherill, R. R. y Fromme, K. (2010). Perceived Norms for Drinking in the Transition From High School to College and Beyond. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71(6), 895-903.
- Talavera, M. (2010). El concepto de salud, definición y evolución. Recuperado a partir de <http://ebookbrowse.com/el-concepto-de-salud-marta-talavera-doc-d40168899>
- Talavera, M. y Gavidia, V. (2007). Dificultades para el desarrollo de la educación para la salud en la escuela. Opiniones del profesorado. *Didáctica de las ciencias experimentales y sociales*, (21), 119-128.
- Tamayo, M. (2004). *El proceso de la investigación científica* (4ª ed.). México: Limusa.
- Tirodimos, I., Georgouvia, I., Savvala, T., Karanika, E. y Noukari, D. (2009). Healthy lifestyle habits among Greek university students: differences by sex and faculty of study. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 15(3), 722-8.
- Ulla, S. M. y Pérez, A. (2009). Socio-demographic predictors of health behaviors in Mexican college students. *Health Promotion International*, 25(1), 85-93.

- UMA. (2012). Memoria Académica Curso 2011-2012. Recuperado 18 de diciembre de 2013, a partir de <http://www.uma.es/secretariageneral/memoria1112/page.html>
- Urner, M., Tornic, J. y Bloch, K. (2009). Sleep patterns in high school and university students: a longitudinal study. *Chronobiology international*, 26(6), 1222-34.
- Valencia, C. P., Canaval, G. E., Reyes, L. F., Hassan, S. y García, Á. (2011). Reconociendo mi salud sexual. Encuesta asistida por computadora para la identificación de factores protectores y de riesgo para VIH/SIDA en jóvenes universitarios. *Cultura del Cuidado Enfermería*, (Nº Extra 1), 45.
- Valenzuela, M. T. (2005). Indicadores de Salud: Características, Uso y Ejemplos, 7(17), 118-122.
- Vivan, M. A., Pereira, M., Luciane, T. y Limberger, A. (2014). Diagnóstico de comportamientos y de hábitos de salud de los estudiantes universitarios. *Paradigma*, 35(1), 167-179.
- Whittembury, Á. (s. f.). Diseños de investigación. Recuperado a partir de http://www.epiredperu.net/epired/eventos/eve_socimep-redaccion-08/socimep_redaccion08_20.pdf
- WHO. (2002). Capítulo 1: Proteger a la población. En *Informe sobre la salud en el mundo 2002 - Reducir los riesgos y promover una vida sana*. WHO. Recuperado a partir de

<http://www.who.int/whr/2002/es/>

WHO. (2008). European Detailed Mortality Database (DMDB). Recuperado 18 de noviembre de 2011, a partir de <http://data.euro.who.int/dmdb/>

WHO. (2011). WHO | Global Health Observatory Data Repository. Recuperado 2 de febrero de 2011, a partir de <http://apps.who.int/ghodata/?vid=140001>

WHO. (2013a). 8th Global Conference on Health Promotion. Recuperado 27 de julio de 2013, a partir de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/en/index.html>

WHO. (2013b). *Status Report on Alcohol and Health in 35 European Countries 2013*. Copenhagen: World Health Organization. Recuperado a partir de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/190430/Status-Report-on-Alcohol-and-Health-in-35-European-Countries.pdf

WHO. (s. f.). Skills for Health. Skills-based health education including life skills: An important component of a Child-Friendly/Health-Promoting School. WHO. Recuperado a partir de http://www.who.int/school_youth_health/media/en/sch_skills4health_03.pdf



ANEXOS

Cuestionario ESVIASUN (adaptado a LimeSurvey)

Estilos de vida y salud en el alumnado de la facultad de CC. de la Educación de la UMA

LimeSurvey - Cuestionario sobre estilos de vida y salud en estudiantes... <http://www.salud.uma.es/encuestas/admin/admin.php?action=showprin...>

9 [09_NumHijos]Número de hijos *

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 o más

10 [10_NumHermanos]Número de hermanos (incluido usted) *

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 o más

11 [11_MatReligiosa]¿Cómo se define en materia religiosa? (no se refiere a ninguna religión en concreto) *

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Creyente practicante
- Creyente no practicante
- No creyente

12 [12]¿Cuál es su residencia habitual durante el curso académico? *

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Con sus padres
- Con su pareja
- Con otros familiares
- Piso compartido con estudiantes
- Residencia universitaria
- Vive usted solo/a

13 [13_NumVives]Número de personas con las que vive (incluido usted): *

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7 o más

14 [14_trabaja]¿Trabaja actualmente? *

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Sí
- No

15 [15_HorasTrabaja]En caso de trabajar, ¿cuántas horas trabaja a la semana? *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

[14_trabaja]=SI

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Menos de 20 h.
- De 20 a 34 h.
- De 35 a 39 h.
- De 40 a 44 h.
- De 45 a 49 h.
- 50 o más horas

16 [16a_OcuEstudiante]

¿Cuál es la ocupación (trabajo) que desempeña en la actualidad usted (aparte de ser estudiante) o la última que ha desempeñado?

*

Por favor, escriba su respuesta aquí:

En caso negativo especifique Ninguna

17 [16b_OcuPadre]

¿Cuál es la ocupación que desempeña en la actualidad su padre o la última que ha desempeñado?

*

Por favor, escriba su respuesta aquí:

LimeSurvey - Cuestionario sobre estilos de vida y salud en estudiantes... <http://www.salud.uma.es/encuestas/admin/admin.php?action=showprin...>

En caso de fallecimiento paterno responda "fallecido", en caso de familia monoparental indique "desconocido", en otros casos indique "otros"

18 [16c_OcuMadre]¿Cuál es la ocupación que desempeña en la actualidad su madre o la última que ha desempeñado? *

Por favor, escriba su respuesta aquí:

En caso de fallecimiento materno responda "fallecida", en caso de familia monoparental indique "desconocida", en otros casos indique "otros"

19 [17_Sexo]Sexo *

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Femenino
 Masculino

20 [18_NivelEstudios]¿Cuál es el nivel más alto de estudios que han completado usted y sus padres? *

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	Usted	Su padre	Su madre
Sin estudios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Primarios completos, Certificado escolar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grad. Escolar, EGB hasta 8º, ESO, FP grado medio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bachillerato, BUP, CCU, FP grado superior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estudios universitarios (diplomado, Ingeniero, licenciado)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estudios universitarios de máster o doctorado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21 [19_Financiaci]¿Cuál es la principal vía de financiación de sus estudios? *

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Padres/familiares
 Becas
 Trabajo durante verano
 Trabajo durante todo el año

22 [20_IngresosNetos]Aproximadamente, ¿cuáles son sus ingresos netos mensuales por trabajo? *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:
 (E=1, S=1, N=1, A=1, D=1, T=1)

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- No tengo ingresos
 Menos de 300 €
 De 301 a 500 €
 De 601 a 900 €
 De 901 a 1.200 €
 De 1201 a 1500 €
 Más de 1500 €

23 [21_DineroSemana]En caso de no disponer de ingresos por trabajo, ¿de cuánto dinero dispone a la semana para sus gastos? (Sin contar alojamiento) *

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Menos de 30 €
 De 31 a 40 €
 De 41 a 50 €
 De 51 a 60 €
 De 61 a 70 €
 Más de 70 €

Estilos de vida y salud en el alumnado de la facultad de CC. de la Educación de la UMA

LimeSurvey - Cuestionario sobre estilos de vida y salud en estudiantes... <http://www.salud.uma.es/encuestas/admin/admin.php?action=showprin...>

Situación de salud

24 [22_EstadoSalud]¿Consideras que tu estado de salud en general es...? *

Por favor selección solo una de las siguientes opciones:

- Muy bueno
 Bueno
 Regular
 Malo
 Muy malo

25 [23_NivelEstres]Valore su nivel de estrés en el último mes *

Por favor selección solo una de las siguientes opciones:

- Muy bajo
 Bajo
 Normal
 Alto
 Muy alto

26 [24_NivelAutoestima]Valore su nivel de autoestima en el último mes *

Por favor selección solo una de las siguientes opciones:

- Muy baja
 Baja
 Normal
 Alta
 Muy alta

27 [25_CalidadVida]¿Considera que su calidad de vida en general es...? *

Por favor selección solo una de las siguientes opciones:

- Muy buena
 Buena
 Regular
 Mala
 Muy mala

28 [26_SalirNoche]¿Cuántas veces a la semana suele salir de noche? *

Por favor selección solo una de las siguientes opciones:

- Nunca
 1
 2
 3
 4 o más veces
 Ocasionalmente

29 [27_HorasSueño]¿Las horas que duerme le permiten descansar lo suficiente? *

Por favor selección solo una de las siguientes opciones:

- Si
 No

30 [28_DificultadSueño]¿Cuántas veces en las últimas semanas ha tenido dificultad para conciliar el sueño? *

Por favor selección solo una de las siguientes opciones:

- Nunca
 Algún día
 Varios días
 La mayoría de los días
 Todos los días

31 [29_Edad]Edad *

Each answer must be between 10 and 60

Por favor, escriba su respuesta aquí:

32 [30_Peso] Peso actual (en kilogramos) *

Each answer must be between 20 and 250

Por favor, escriba su respuesta aquí:

33 [31_Talla]Talla actual (altura en centímetros) *

Each answer must be between 20 and 250

Por favor, escriba su respuesta aquí:

LimeSurvey - Cuestionario sobre estilos de vida y salud en estudiantes... <http://www.salud.uma.es/encuestas/admin/admin.php?action=showprin...>

34 [32_RelEstaturaPeso]En relación a su estatura diría que su peso es: *

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Inferior a lo normal
- Normal
- Algo superior a lo normal
- Bastante superior a lo normal

35 [33_ControlPeso]¿Cada cuánto controla su peso? *

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Diariamente
- Semanalmente
- Mensualmente
- Anualmente
- Nunca o casi nunca

36 [34_CambioPeso]¿Ha cambiado de peso en el último año? *

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- No
- Pérdida de peso de 1-2 Kg.
- Pérdida de peso de 3-4 Kg.
- Pérdida de 5 Kg. o más
- Ganancia de 1-2 Kg.
- Ganancia de 3-4 Kg.
- Ganancia de 5 Kg. o más

37 [35_PrecupaPeso]¿Le preocupa su peso? *

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Sí
- No

Estilos de vida y salud en el alumnado de la facultad de CC. de la Educación de la UMA

LimeSurvey - Cuestionario sobre estilos de vida y salud en estudiantes... <http://www.salud.uma.es/encuestas/admin/admin.php?action=showprin...>

Actividad física

38 [36_HaceEjercicio]¿Hace ejercicio físico? *

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Sí
 No

39 [37_Veces]Durante el último año, ¿cuántos días a la semana (1ª parte) y durante cuánto tiempo medio (minutos cada vez que lo realiza) has practicado las actividades siguientes? *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:
*(39_HaceEjercicio.NADK == "Y")

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	Nunca	1	2	3	4	5	6	7	0	<20	20-39	40-59	60-79	80-99	100-119	120 o más
Andar o pasear fuera de casa	<input type="radio"/>															
Correr o hacer jogging/despacio	<input type="radio"/>															
Correr rápido (ataletismo, etc.)	<input type="radio"/>															
Bicicleta estática	<input type="radio"/>															
Pasear en bicicleta	<input type="radio"/>															
Nadar	<input type="radio"/>															
Tenis, squash, pádel	<input type="radio"/>															
Fútbol, fútbol	<input type="radio"/>															
Baloncesto, balonmano	<input type="radio"/>															
Aeróbic, baile, danza	<input type="radio"/>															
Excursiones al monte, escalada	<input type="radio"/>															
Judo, karate u otros artes marciales	<input type="radio"/>															
Vela	<input type="radio"/>															
Patinaje	<input type="radio"/>															
Gimnasia - pesas - musculación	<input type="radio"/>															
Otras actividades	<input type="radio"/>															

40 [38_TiempoHace]¿Cuánto tiempo hace que realiza deporte / ejercicio físico? *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:
*(38_HaceEjercicio.NADK == "Y")

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- No realiza
 < 6 meses
 De 6 meses a 1 año
 Más de 1 año

41 [39_VecesSemana]¿Cuántas veces a la semana practica ejercicio físico? *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:
*(39_HaceEjercicio.NADK == "Y")

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Nunca
 1 vez
 2 veces
 3 veces
 4-5 veces
 Cada día

42 [40_HorasSemana]¿Cuántas horas suele practicar ejercicio físico a la semana? *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:
*(40_HaceEjercicio.NADK == "Y")

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Ninguna
 < 2 horas
 2-3 horas
 4-5 horas
 5-6 horas
 > 6 horas

43 [41_MotivoNo]En caso de no realizar todo el ejercicio físico que desearía indique el motivo *

Por favor, marque las opciones que correspondan:

- Por falta de tiempo
 Porque me lo impiden mis problemas de salud
 Por falta de voluntad
 Porque no dispongo de un lugar adecuado
 Porque los horarios de clase o trabajo no me lo permiten
 Por motivos económicos
 Otro:

44 [42_Padres]¿Practican sus padres algún tipo de deporte / ejercicio físico de forma habitual? *

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- No
 Sí, ambos
 Sólo mi madre
 Sólo mi padre

45 [43a_Actividades]Por término medio, ¿cuánto tiempo dedicó a las siguientes actividades en el último año? (un día típico ENTRE SEMANA) *



LimeSurvey - Cuestionario sobre estilos de vida y salud en estudiantes... <http://www.salud.uma.es/encuestas/admin/admin.php?action=showprin...>

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	Nunca	<30 min.	30-59 min.	1 h.	2 h.	3 h.	4 h.	5 h.	6 h.	7 h.	8 h.	9 h. o +
Ver la televisión	<input type="radio"/>											
Estar sentado ante el ordenador	<input type="radio"/>											
Dormir (noche + siesta)	<input type="radio"/>											
Tareas domésticas	<input type="radio"/>											
Salir con los amigos	<input type="radio"/>											
Estudiar o realizar trabajos de asignaturas	<input type="radio"/>											
Conducir	<input type="radio"/>											
Internet (navegar por la red, redes sociales, chats...)	<input type="radio"/>											
Ir a clase	<input type="radio"/>											
Jugar a la consola / videojuegos	<input type="radio"/>											
Actividades culturales: cine, teatro, exposiciones...	<input type="radio"/>											
Leer libros (no relacionados con el estudio), prensa...	<input type="radio"/>											
Actividades solidarias o de voluntariado	<input type="radio"/>											

46 [43B_ActividFinDe] Por término medio, ¿cuánto tiempo dedicó a las siguientes actividades en el último año? (un día típico DE FIN DE SEMANA) *

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	Nunca	<30 min.	30-59 min.	1 h.	2 h.	3 h.	4 h.	5 h.	6 h.	7 h.	8 h.	9 h. o +
Ver la televisión	<input type="radio"/>											
Estar sentado ante el ordenador	<input type="radio"/>											
Dormir (noche + siesta)	<input type="radio"/>											
Tareas domésticas	<input type="radio"/>											
Salir con los amigos	<input type="radio"/>											
Estudiar o realizar trabajos de asignaturas	<input type="radio"/>											
Conducir	<input type="radio"/>											
Internet (navegar por la red, redes sociales, chats...)	<input type="radio"/>											
Ir a clase	<input type="radio"/>											
Jugar a la consola / videojuegos	<input type="radio"/>											
Actividades culturales: cine, teatro, exposiciones...	<input type="radio"/>											
Leer libros (no relacionados con el estudio), prensa...	<input type="radio"/>											
Actividades solidarias o de voluntariado	<input type="radio"/>											

47 [44_Trayecto] ¿Cómo realiza habitualmente el trayecto desde su casa a la universidad? *

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Andando
- En bicicleta
- En vehículo particular (automóvil, motocicleta)
- En transporte público

48 [45_Desplaza] ¿Cómo se desplaza habitualmente por el campus universitario? *

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Andando
- En bicicleta
- En vehículo particular (automóvil, motocicleta)
- En transporte público

49 [46_Donde] ¿Dónde realiza habitualmente ejercicio físico? *

Por favor, marque las opciones que correspondan:

- Estoy inscrito en el gimnasio de la universidad
- En un gimnasio privado
- En un gimnasio público pero no de la universidad
- Practico ejercicio al aire libre
- No practico ningún deporte
- Otro: _____

50 [47_DesdeEstar]

Desde que está en la universidad

*
Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Empeño a hacer ejercicio / deporte
- Hace más ejercicio / deporte
- Hace menos ejercicio / deporte
- Hace igual ejercicio / deporte
- Dejó de hacer ejercicio / deporte

51 [48_ValoraUni] ¿Cómo valoraría de manera general los siguientes aspectos de la universidad en cuanto a actividades deportivas?

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	No los conozco y no los puedo valorar	Muy mal	Mal	Regular	Bien	Muy bien
Oferta de actividades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Instalaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Precio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Horario	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Estilos de vida y salud en el alumnado de la facultad de CC. de la Educación de la UMA

LimeSurvey - Cuestionario sobre estilos de vida y salud en estudiantes... <http://www.salud.uma.es/encuestas/admin/admin.php?action=showprin...>

52 [49_ValoraUni2]¿Cómo valoraría de manera general los siguientes aspectos de la universidad? *

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	Muy mal	Mal	Regular	Bien	Muy bien
Cerri bici	<input type="radio"/>				
Circulación de coches y motos en el Campus	<input type="radio"/>				
Transporte público (Bus en el Campus)	<input type="radio"/>				
Zonas verdes	<input type="radio"/>				



LimeSurvey - Cuestionario sobre estilos de vida y salud en estudiantes... <http://www.salud.uma.es/encuestas/admin/admin.php?action=showprin...>

Tabaco, alcohol y otros

53 [50_Fuma100]¿Ha fumado 100 cigarrillos o más en toda tu vida? *

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Sí, y sigo fumando
 No
 Sí, pero ya no fumo

54 [51_FumadosDia]En caso de ser fumador/a o exfumador/a, indique el nº aprox. de cigarrillos fumados al día *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:
 *(50_Fuma100.NAOK == "1" or 50_Fuma100.NAOK == "3")

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- < 1
 1-4
 5-9
 10-14
 15-19
 20-24
 25-29
 30-34
 35-40
 > 40

55 [52_CambioConsumo]En caso de ser fumador/a o exfumador/a, ¿cómo cree que ha cambiado su consumo desde que está en la universidad? *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:
 *(50_Fuma100.NAOK == "1" or 50_Fuma100.NAOK == "3")

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Empecé a fumar
 Fumo igual que antes
 Fumo más
 Fumo menos
 Deje de fumar

56 [53_TiempoDejoFumar]En caso de ser exfumador/a, ¿cuánto hace que dejó de fumar? *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:
 *(50_Fuma100.NAOK == "3")

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- < 6 meses
 6-11 meses
 1-2 años
 3-5 años
 6-9 años
 10 o + años

57 [54_IntentoDejar]¿Ha intentado dejar de fumar? *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:
 *(50_Fuma100.NAOK == "1")

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- No
 Sí, una o dos veces
 Sí, más de dos veces

58 [55_UltimoAño]En el último año, ¿cuántas veces dejó de fumar durante al menos 1 día? *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:
 *(50_Fuma100.NAOK == "1") and (54_IntentoDejar.NAOK == "2" or 54_IntentoDejar.NAOK == "3")

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Ninguna
 Una o más veces

59 [56_Recaida]¿Cuál fue el motivo de la recaída? *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:
 *(50_Fuma100.NAOK == "1") and (54_IntentoDejar.NAOK == "2" or 54_IntentoDejar.NAOK == "3")

Please also fill in the `ajyo:other comment:input` field.

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Estrés
 Ansiedad
 Problemas de peso
 Motivo social (cenas con amigos, etc.)
 Otro _____

60 [57_GustariaDejar]¿Le gustaría dejar de fumar? *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:
 *(50_Fuma100.NAOK == "1")

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

Estilos de vida y salud en el alumnado de la facultad de CC. de la Educación de la UMA

LimeSurvey - Cuestionario sobre estilos de vida y salud en estudiantes... <http://www.salud.uma.es/encuestas/admin/admin.php?action=showprin...>

- Sí
 No

61 [58_Interes]¿Cuánto interés tiene en dejarlo? *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:
*(59_Fuma190.NACK == "1")

Por favor, seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Nada
 Algo
 Bastante
 Mucho

62 [59_DejarTiempo]¿Piensa dejar de fumar en...? *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:
*(59_Fuma190.NACK == "1")

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

- | | No | Quizás | Sí | Definitivamente sí |
|------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Las próximas 2 semanas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| El próximo mes | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Los próximos 6 meses | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

63 [60_Mañanas]¿Fuma más durante las primeras horas después de levantarse? *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:
*(59_Fuma190.NACK == "1")

Por favor, seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Sí
 No

64 [61_TiempoMañanas]¿Cuánto tiempo pasa desde que se levanta hasta que fuma el primer cigarrillo? *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:
*(59_Fuma190.NACK == "1")

Por favor, seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Hasta 5 minutos
 De 6 a 30 minutos
 De 31 a 60 minutos
 Más de 1 hora

65 [62_Abstenerse]¿Encuentra difícil abstenerse de fumar en lugares donde está prohibido? *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:
*(59_Fuma190.NACK == "1")

Por favor, seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Sí
 No

66 [63_MasDificil]¿Qué cigarrillo le costaría más dejar de fumar? *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:
*(59_Fuma190.NACK == "1")

Por favor, seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- El primero de la mañana
 Los de después de las comidas
 Cualquiera otro

67 [64_EnfermoCama]¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que estar en cama? *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:
*(59_Fuma190.NACK == "1")

Por favor, seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Sí
 No

68 [65a_ExpuestoDomicil]¿Ha estado expuesto/a al humo ambiental de tabaco en su domicilio alguna vez? *

Por favor, seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Sí
 No

69 [65b_ExpuestoHoras] Señale aproximadamente el número de años y la media de horas que ha estado expuesto *

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

- | | < 1 año | 1-2 años | 3-5 años | 6-9 años | 10 o + años | < 1 hora | 1-2 horas | 3-5 horas | 6-9 horas | 10 o + horas |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Pareja de fumador/a | <input type="radio"/> |
| Otros fumadores que conviven en el domicilio (compañer/a de piso, familiar...) | <input type="radio"/> |

70 [66_FrecAlcohol]¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? *

Por favor, seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Nunca



LimeSurvey - Cuestionario sobre estilos de vida y salud en estudiantes... <http://www.salud.uma.es/encuestas/admin/admin.php?action=showprin...>

- 1 o menos veces al mes
- 2 o 4 veces al mes
- 2 o 3 veces a la semana
- 4 o más veces a la semana

71 [67_ConsumoDia]¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal? *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:
 * ((66_FrecAlcohol.NAOK == "2" or 66_FrecAlcohol.NAOK == "3" or 66_FrecAlcohol.NAOK == "4" or 66_FrecAlcohol.NAOK == "5"))

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Una o dos
- Tres o cuatro
- Cinco o seis
- Do solo o nueve
- Diez o más

72 [68_Mas]¿Con qué frecuencia toma seis o más bebidas alcohólicas en una ocasión de consumo? *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:
 * ((66_FrecAlcohol.NAOK == "2" or 66_FrecAlcohol.NAOK == "3" or 66_FrecAlcohol.NAOK == "4" or 66_FrecAlcohol.NAOK == "5"))

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario o casi a diario

73 [69_ConEntSem]Indique su consumo de alcohol y el número habitual de consumiciones que realiza entre semana (de LUNES a JUEVES) *

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	Ningún día laborable	1 día al mes o menos	2-4 días al mes	1 día a la semana	2 días a la semana	3 días a la semana	Todos los días	0 consumiciones	1 consumición	2 consumiciones	3 consumiciones	4 consumiciones	5 consumiciones	6 o más consumiciones
Cerveza	<input type="radio"/>													
Cervejitas, chupitos, licores de frutas...	<input type="radio"/>													
Whisky, ginebra, vodka, ron, combinados...	<input type="radio"/>													
Vino, cava o similares	<input type="radio"/>													

74 [70_ConFinesSemana]

Indique su consumo de alcohol y el número habitual de consumiciones que realiza fines de semana (de VIERNES a DOMINGO), días festivos o salidas de noche *

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	Ningún día laborable	1 día al mes o menos	2-4 días al mes	1 día a la semana	2 días a la semana	3 días a la semana	Todos los días	0 consumiciones	1 consumición	2 consumiciones	3 consumiciones	4 consumiciones	5 consumiciones	6 o más consumiciones
Cerveza	<input type="radio"/>													
Cervejitas, chupitos, licores de frutas...	<input type="radio"/>													
Whisky, ginebra, vodka, ron, combinados...	<input type="radio"/>													
Vino, cava o similares	<input type="radio"/>													

75 [71a_SusVida]

Señale con qué frecuencia consume las siguientes sustancias (a lo largo de su vida) *

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	Nunca	Ocasionalmente
Tranquilizantes / pastillas para dormir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cannabis, Marihuana, hachis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cocaína	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Éxtasis o drogas de diseño (pítesis, pírules)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alucinógenos (LSD, trips, ácido, ketamina)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anfetaminas o Speed	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heroína	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

76 [71b_Sus12Meses]

Señale con qué frecuencia consume las siguientes sustancias (en los últimos 12 meses) *

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	Diariamente	Semanalmente	Ocasionalmente	Nunca
Tranquilizantes / pastillas para dormir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cannabis, Marihuana, hachis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cocaína	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Éxtasis o drogas de diseño (pítesis, pírules)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alucinógenos (LSD, trips, ácido, ketamina)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anfetaminas o Speed	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Estilos de vida y salud en el alumnado de la facultad de CC. de la Educación de la UMA

LimeSurvey - Cuestionario sobre estilos de vida y salud en estudiantes... <http://www.salud.uma.es/encuestas/admin/admin.php?action=showprin...>

	Diariamente <input type="radio"/>	Semanalmente <input type="radio"/>	Ocasionalmente <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>	
77 [71c_Sus30Dias]					
Señale con qué frecuencia consume las siguientes sustancias (en los últimos 30 días)					
*					
Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:					
	Diariamente	Semanalmente	Ocasionalmente	Nunca	
Tranquilizantes / pastillas para dormir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Cannabis, Marihuana, hachís	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Cocaína	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ecstasy o drogas de diseño (pastillas, píldoras)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Alucinógenos (LSD, trips, ácido, ketamina)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Anfetaminas o Speed	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Harcina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
78 [72_VariaConsumo] Si consume alguna de las sustancias de la pregunta anterior, ¿cómo cree que ha variado su consumo desde que empezó en la universidad? *					
Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:					
<input type="radio"/> No consumo ni he consumido					
<input type="radio"/> Deje de consumir					
<input type="radio"/> Empecé a consumir					
<input type="radio"/> Consumo más					
<input type="radio"/> Consumo menos					
<input type="radio"/> Consumo igual					
79 [73_Frec] Señala con qué frecuencia consume la/s sustancia/s que ha señalado en las siguientes situaciones: *					
Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:					
	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Muy a menudo
Estando solo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estando en compañía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En bares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En pubs y discotecas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En la universidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En fiestas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Residencia de estudiantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Alimentación

80 [74_Dieta]En el momento actual, ¿sigue alguna dieta o régimen especial? *

Por favor, seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- No
- Sí, para ganar peso
- Sí, para perder peso
- Sí, por enfermedad/problema de salud

81 [75_Alimentos]Señale el número de veces que en promedio has consumido los siguientes alimentos: *

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	Nunca o casi nunca	1-3 al mes	1 a la semana	2-4 a la semana	5-6 a la semana	1 al día	2-3 al día	4-5 al día	6 o + al día
Leche / Yogur entera(s) (1 lata - 1 yogur)	<input type="radio"/>								
Leche semidesnatada	<input type="radio"/>								
Leche / Yogur desnatada(s)	<input type="radio"/>								
Natilles, flan, puding (1 unidad)	<input type="radio"/>								
Quesos (1 porción - 50 gr)	<input type="radio"/>								
Quesos desnatados	<input type="radio"/>								
Hielados (uno)	<input type="radio"/>								
Huevos de gallina (uno)	<input type="radio"/>								
Carne de ternera (una ración - 150 gr)	<input type="radio"/>								
Carne de pollo / pavo	<input type="radio"/>								
Carne de cerdo, cordero	<input type="radio"/>								
Hamburguesa / Salsichón (unidad)	<input type="radio"/>								
Embutidos: salchichón, mortadela, chorizo	<input type="radio"/>								
Jamón serrano o similar (1 ración)	<input type="radio"/>								
Pescado azul: sardinas, atún, salmón (1 ración)	<input type="radio"/>								
Pescado blanco: merluza, lubina, dorada, mojarra	<input type="radio"/>								
Mariisco (1 ración)	<input type="radio"/>								
Frutas cítricas: naranja, kiwis, piña (1 pieza)	<input type="radio"/>								
Frutas no cítricas: manzana, melón, plátano	<input type="radio"/>								
Zumo de frutas comercial (1 vaso)	<input type="radio"/>								
Frutas secas: almendras, cacahuates (1 puñado)	<input type="radio"/>								
Verduras y hortalizas cocidas: col, zanahoria (un plato)	<input type="radio"/>								
Verduras y hortalizas crudas: lechuga, tomate	<input type="radio"/>								
Legumbres: lentejas, garbanzos, alubias (un plato)	<input type="radio"/>								
Pan blanco (3 rodajas. 60 gr)	<input type="radio"/>								
Pan moreno / integral	<input type="radio"/>								
Cereales de desayuno (30 gr en seco)	<input type="radio"/>								
Cereales de desayuno integrales	<input type="radio"/>								
Arroz blanco (60 gr en seco)	<input type="radio"/>								
Arroz integral	<input type="radio"/>								
Pasta: fideos, macarrones, espaguetis	<input type="radio"/>								
Pasta integral	<input type="radio"/>								
Pizza (1 ración, 200 gr)	<input type="radio"/>								
Sopas y cremas de sobre (plato o ración)	<input type="radio"/>								
Margarina (1 cucharada)	<input type="radio"/>								
Aceite de oliva	<input type="radio"/>								
Mantequilla	<input type="radio"/>								
Mantequilla de cerdo	<input type="radio"/>								
Azúcar (1 cucharadita)	<input type="radio"/>								
Mermelada	<input type="radio"/>								
Miel	<input type="radio"/>								
Golosinas (30 gr)	<input type="radio"/>								
Bolchería comercial: croissant, donuts... (uno(s). 50 gr)	<input type="radio"/>								
Bolchería casera	<input type="radio"/>								
Chocolates y bombones (30 gr)	<input type="radio"/>								
Galletas tipo María (4-6 unid., 50 gr)	<input type="radio"/>								
Snacks: patatilla, garchitos... (una bolsa pesada)	<input type="radio"/>								
Bebidas carbonatadas con azúcar (coca-cola...)	<input type="radio"/>								
Bebidas carbonatadas Light o bajas en calorías	<input type="radio"/>								
Café o té (una taza)	<input type="radio"/>								

82 [76_FrecActuaciones]Señala la frecuencia con la que consume o realiza las siguientes actuaciones: *

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Siempre
Destapar	<input type="radio"/>				
Revivir las etiquetas de los alimentos	<input type="radio"/>				
Comer entre horas / picotear	<input type="radio"/>				
Comer alimentos fritos	<input type="radio"/>				
Comer alimentos hervidos	<input type="radio"/>				
Comer alimentos asados o a la plancha	<input type="radio"/>				
Me sirvo la cantidad que quiero y no miro si es mucha o poco	<input type="radio"/>				

83 [77_DondeCome]Señale con qué frecuencia come (almuerzo) en los siguientes lugares durante el período lectivo *

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Siempre
Barcafetería	<input type="radio"/>				
En casa con tu familia	<input type="radio"/>				
En un piso con otros estudiantes	<input type="radio"/>				
En la universidad, pero me traigo la comida de casa	<input type="radio"/>				



Estilos de vida y salud en el alumnado de la facultad de CC. de la Educación de la UMA

LimeSurvey - Cuestionario sobre estilos de vida y salud en estudiantes... <http://www.salud.uma.es/encuestas/admin/admin.php?action=showprin...>

84 [78_VivirPiso]En caso de vivir en un piso con otros estudiantes *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:
(12.NADOK==7A4)

Por favor seleccione **sólo** una de las siguientes opciones:

- Se trae la comida preparada de casa
- Cocina usad
- Hacen turnos para preparar la comida
- Compra comida precocinada

85 [79_NumComidas]¿Cuántas comidas realiza al día? *

Por favor seleccione **sólo** una de las siguientes opciones:

- Una
- Dos
- Tres
- Cuatro
- Cinco
- + de cinco

86 [80_ValoraBar]Cómo valoraría los siguientes aspectos de esta universidad en cuanto a bares / cafeterías *

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	Muy mal	Mal	Regular	Bien	Muy bien
Variedad de la oferta	<input type="radio"/>				
Oferta de productos saludables	<input type="radio"/>				
Precio	<input type="radio"/>				
Calidad	<input type="radio"/>				
Presentación	<input type="radio"/>				

Sexualidad, seguridad e higiene**87 [81_FormSex]¿Considera que tiene la suficiente formación en cuanto a temas de sexualidad? ***

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Sí
 No

88 [82_RelSex]¿Ha tenido alguna vez relaciones sexuales? *

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Sí
 No

89 [83_MetAntic] Señale con qué frecuencia utiliza, usted o su pareja (estable o esporádica), los siguientes métodos anticonceptivos *

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Siempre
Preservativo o condón	<input type="radio"/>				
Píldora/parche/inyección anticonceptiva	<input type="radio"/>				
Marcha atrás (coito interrumpido)	<input type="radio"/>				
DIU (dispositivo intrauterino)	<input type="radio"/>				
Cremas / óvulos espermicidas	<input type="radio"/>				
Métodos naturales: Ogino, Billings, Td...	<input type="radio"/>				

90 [84_DisDespues]Usted o su pareja ¿han tenido que recurrir alguna vez a la píldora del día después? *

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Sí
 No

91 [85_Enf]¿Ha padecido o padece alguna enfermedad de transmisión sexual?

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Sí
 No

92 [86_VivirSex]¿Considera que la manera de vivir tu sexualidad es...? (Valore de 1: Nada satisfactoria a 5: Muy satisfactoria) *

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- 1
 2
 3
 4
 5

93 [87_FrecVehic]¿Con qué frecuencia...? (en un vehículo) *

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	No uso vehículo	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Siempre
Usa el cinturón de seguridad delantero	<input type="radio"/>					
Conduco bajo los efectos del alcohol u otras drogas	<input type="radio"/>					
Conduco hablando por teléfono	<input type="radio"/>					
Supera el límite de velocidad	<input type="radio"/>					
Usa el casco al circular en moto	<input type="radio"/>					
Usa el casco al circular en bici	<input type="radio"/>					
Respeto las señales de tráfico	<input type="radio"/>					

94 [88_VecesCepillaD]¿Cuántas veces se cepilla los dientes? *

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Nunca o casi nunca
 Varies veces a la semana, pero no cada día
 Por lo menos, una vez al día
 Prácticamente después de cada comida

95 [89_EnfCronica]¿Le han diagnosticado alguna enfermedad crónica? En caso afirmativo indique cuál *

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Sí
 No

Comente su elección aquí:

Estilos de vida y salud en el alumnado de la facultad de CC. de la Educación de la UMA

LimeSurvey - Cuestionario sobre estilos de vida y salud en estudiantes... <http://www.salud.uma.es/encuestas/admin/admin.php?action=showprin...>

96 [90a_Discap]¿Tiene alguna discapacidad? *

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Sí
 No

97 [90b]¿De qué tipo? *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:
*(96a_Discap_Audic = "Y")

Por favor, marque las opciones que correspondan:

- Auditiva
 Visual
 Motora
 Otro: |

98 [91_ImplicaUniv]¿En qué medida considera que debería implicarse la universidad en la promoción de la salud de sus estudiantes? (Valore de 1: Nada a 5: Mucho) *

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- 1
 2
 3
 4
 5

99 [92_Gobal]Puntúa globalmente el papel que en tu opinión está desempeñando actualmente la universidad para la promoción de la salud de sus estudiantes. (Valore de 1: Nada importante a 5: Muy importante) *

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- 1
 2
 3
 4
 5

LimeSurvey - Cuestionario sobre estilos de vida y salud en estudiantes... <http://www.salud.uma.es/encuestas/admin/admin.php?action=showprin...>

Gracias por su tiempo y dedicación
01/01/1970 - 01/01/00
Enviar su encuesta.
Gracias por completar esta encuesta.

