

Miquel Bennassar Veny

**ESTILOS DE VIDA Y SALUD
EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS**



Universitat de les Illes Balears

ESTILOS DE VIDA Y SALUD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS:

LA UNIVERSIDAD COMO ENTORNO PROMOTOR DE LA SALUD

Tesis doctoral para optar al grado de
Doctor por la Universitat de les Illes Balears



Programa de Doctorado en Ciencias Biosociosanitarias
Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut (IUNICS)

Doctorando
Miquel Bennassar Veny



Universitat de les Illes Balears

ESTILOS DE VIDA Y SALUD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS:

LA UNIVERSIDAD COMO ENTORNO PROMOTOR DE LA SALUD

Tesis doctoral para optar al grado de
Doctor por la Universitat de les Illes Balears

Programa de Doctorado en Ciencias Biosociosanitarias

Línea de Investigación en Estilos de Vida y Salud

Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut (IUNICS)

Presentada por

Miquel Bennassar Veny

Directores de la tesis

Dr. Antoni Aguiló Pons

Dr. Lluís Ballester Brage

Dr. Jordi Pericàs Beltrán



**Universitat de les
Illes Balears**

Tesis doctoral para optar al grado de
Doctor por la Universitat de les Illes Balears

ESTILOS DE VIDA Y SALUD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS:

LA UNIVERSIDAD COMO ENTORNO PROMOTOR DE LA SALUD

El Interesado

Miquel Bennassar Veny

Directores de la tesis

Dr. Antoni Aguiló Pons

Dr. Lluís Ballester Brage

Dr. Jordi Pericàs Beltrán

*“Todo el mundo piensa en cambiar a la humanidad,
pero nadie piensa en cambiarse a sí mismo”*

León Tolstoi

*“Estamos ante la globalización de un estilo de vida no saludable.
Las acciones y la inercia deben ser relevadas por acciones concretas sin esperar”*

Margaret Chan, 2011

*“La Salud no tiene precio.
La educación cuesta poco y vale mucho...”*

Domingo Martín Rivas

A mis padres,
a mi esposa Joana y a mi hijo Tomeu,
las personas más importantes de mi vida.

AGRADECIMIENTOS

Son tantos los que me han apoyado a lo largo de estos años para que esta investigación haya llegado a su fin que no quiero olvidarme de nadie. Gracias a todos los que habéis compartido conmigo vuestros conocimientos y vuestro tiempo.

A mis directores de tesis Dr. Antoni Aguiló Pons, Dr. Lluís Ballester Brage y Dr. Jordi Pericas Beltrán por guiarme a lo largo de este camino, apoyarme y confiar en mí desde el primer momento. No sabría como agradecerles la paciencia infinita que han tenido durante estos años y la cantidad de tiempo y esfuerzo que me han dedicado. Este trabajo es únicamente una pequeña muestra de lo aprendido durante estos años juntos. Gracias Antoni por empujarme e ilusionarme a iniciar y finalizar este camino. Gracias Luis por tu capacidad de trabajo inagotable, por tu talante encantador y por haber sido mi brújula en esta caminata, marcando el norte de mi caminar. Gracias Jordi por el buen consejo, por tus minuciosas revisiones, tus comentarios, aportaciones y sobretodo por el ánimo transmitido. Ha sido un lujo trabajar con vosotros. Me resulta difícil pensar que sería posible haber tenido unos directores mejores. Gracias por todo.

También, reconocer la inestimable colaboración de la Dra. Aina Yañez Juan, por su implicación, sus consejos metodológicos, por estar siempre dispuesta a resolver mis dudas de estadística, por disponer de esa habilidad llamada “paciencia”, por su tiempo y amistad.

No puedo dejar de hacer una mención especial a la profesora y amiga Berta Artigas Lelong, responsable y partícipe de que yo iniciara mi andadura académica y quien con cariño siempre me ha recordado la importancia de doctorarme.

Detrás de las personas están las instituciones que han colaborado en mi formación y en mi tarea investigadora. Por ello, quiero mostrar mi agradecimiento a la Universitat de les Illes Balears y especialmente, a la Facultad y al Departamento de Enfermería y Fisioterapia que me han permitido cursar los estudios de doctorado y convivir con un equipo de profesores con los que me he formado como investigador y docente.

Estoy en deuda con todas la personas que participaron en la realización del Delphi de forma totalmente altruista, con todos los alumnos que de manera voluntaria y anónima cumplieron los cuestionarios, y con los profesores que me facilitaron administrar el cuestionario, ya que sin ellos este trabajo no hubiera podido salir adelante.

Mi agradecimiento a la Dirección General de Universidades, Investigación y Transferencia del Conocimiento del Govern de les Illes Balears por facilitarme el apoyo económico necesario para terminar este proyecto.

Finalmente, y lo más importante para mí, gracias a mi familia.

A mis padres, Tomeu i Margarita, por su apoyo constante y confianza en mí desde el inicio de mis estudios. Por haberme dejado crecer y por haberme dado alas, aunque ello significara no tenerme cerca.

A mi hijo, Tomeu, que nació en la mitad del proceso, ha sido lo mejor que me ha pasado en mi vida, y es lo que más quiero.

Y, especialmente, a ti Joana, por darme la familia que llena mi vida, por tantas y tantas horas, que junto con Tomeu, habéis sufrido mi ausencia, y sobre todo, porque sin ti a mi lado nada de esto hubiera sido posible.

¡Gracias a todos!

ÍNDICE

Relación de acrónimos, códigos, siglas y abreviaturas utilizadas	16
Introducción	17
Estructura de la tesis doctoral	21
Capítulo 1. Antecedentes y estado actual del tema.	23
1.1. La salud y sus determinantes.	23
1.1.1. Los determinantes de la salud.	26
1.1.2. Los determinantes sociales y las desigualdades en salud.	29
1.2. Estilos de Vida y salud.	34
1.2.1. Factores condicionantes de los estilos de vida	38
1.2.1.1. Alimentación y dieta.	38
1.2.1.2. Actividad física.	46
1.2.1.3. Tabaquismo.	68
1.2.1.4. Consumo de alcohol.	76
1.2.1.5. Consumo de otras drogas.	79
1.2.1.6. Otros hábitos, comportamientos y estilos de vida conducta sexual, higiene dental y seguridad vial	90
1.2.2. Clustering o asociación de factores de riesgo	98
1.3. Prevención y promoción de la salud.	100
1.3.1. La Educación para la salud.	104
1.3.2. La promoción de la salud basada en el entorno o contexto.	109
1.4. La Universidad como entorno promotor de la salud.	114
1.5. Pertinencia del estudio: justificación y planteamiento	122
Capítulo 2. Hipótesis	123
Capítulo 3. Objetivos	125
3.1. Objetivos generales	125
3.2. Objetivos específicos.	125
Capítulo 4. Metodología	127
4.1. Diseño del estudio.	127
4.2. Sujetos del estudio y muestra.	127
4.2.1. Selección de la muestra.	128
4.2.2. Reclutamiento.	131
4.2.3. Criterios de inclusión y de exclusión.	131
4.3. Diseño del cuestionario.	131

4.3.1. Procedencia y codificación de las preguntas del cuestionario.	133
4.3.2. Base conceptual y definición de las variables: recogida y mediciones. 135	
4.3.2.1. Datos sociodemográficos y socioeconómicos.	135
4.3.2.2. Estado de salud y calidad de vida..	138
4.3.2.3. Estilos de vida: Actividad física..	143
4.3.2.4. Estilos de vida: Tabaco.	145
4.3.2.5. Estilos de vida: Alcohol y otras drogas.	150
4.3.2.6. Estilos de vida: Hábitos alimentarios.	153
4.3.2.7. Otros hábitos, comportamientos y estilos de vida:	
conducta sexual, higiene dental y seguridad vial.	156
4.3.2.8. Universidad y promoción de la salud.	158
4.3.2.9. Servicios y campus universitario.	158
4.3.3. Estructura del cuestionario, tipo de encuesta y recogida de datos. . 158	
4.4. Validación del cuestionario.	159
4.4.1. Validación de Expertos mediante técnica Delphi	160
4.4.1.1. Concepto del método Delphi.	160
4.4.1.2. Características del método Delphi.	160
4.4.1.3. Metodología del panel de expertos (Delphi).	161
4.4.2. Prueba piloto	162
4.4.3. Estudios de validación..	162
4.5. Análisis estadístico de los datos.	165
4.5.1. Validación del cuestionario	165
4.5.2. Análisis y diagnóstico de los estilos de vida.	166
4.6. Rigor metodológico y límites del estudio..	168
4.7. Consideraciones y/o aspectos éticos.	170
4.8. Difusión de los resultados..	170
Capítulo 5. Resultados.	171
5.1. Validación del cuestionario ESVISAUN: panel de Expertos (Delphi).	171
5.2. Características sociodemográficas de los estudiantes universitarios	179
5.3. Validación del cuestionario ESVIASUN: análisis crítico de los ítems	
y análisis de las sub-escalas del cuestionario..	188
5.4. Estilos de vida de los estudiantes universitarios	221
Capítulo 6. Discusión.	261
6.1. Validación del cuestionario ESVISAUN: panel de expertos (Delphi),	
análisis crítico de los ítems y análisis de las sub-escalas del cuestionario. . .	261
6.2. Estilos de vida de los estudiantes universitarios..	265
6.2.1. Estado de salud en general y calidad de vida.	265
6.2.2. Actividad física.	266

6.2.3. Frecuencia de consumo de alimentos, hábitos alimentarios y calidad de la dieta.	269
6.2.4. Hábito tabáquico	274
6.2.5. Consumo de alcohol y drogas.	277
6.2.6. Conducta sexual.	280
6.2.7. Higiene dental.	281
6.2.8. Universidad y promoción de la salud.	282
6.2.9. Asociación y conglomeración de los factores de riesgo en estudiantes universitarios.	283

Capítulo 7. Conclusiones y consideraciones finales.287

Referencias bibliográficas289

Anexos.

Anexo 1. Estrategia de búsqueda bibliográfica.	311
Anexo 2. Acuerdo Marco de Colaboración entre el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, el Ministerio de Educación, y la Conferencia de Rectores de Universidades Españolas para el desarrollo de la Red Española de Universidades Saludables.	313
Anexo 3. Convenio Marco de Colaboración entre la Conselleria de Salut, Família i Benestar Social del Govern de les Illes Balears y la Universitat de les Illes Balears por el que se regula el proyecto de Universidad Saludable.	330
Anexo 4. Clasificación de la clase social a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones (CNO).	335
Anexo 5. Consentimiento informado y hoja de información al participante.	336
Anexo 6. Cuestionario Estilos de Vida y Salud en Estudiantes Universitarios (ESVISAUN): versión 1.	340
Anexo 7. Primera carta de invitación a los expertos para participar en el Delphi.	344
Anexo 8. Modelo de informe de los expertos que conforman el panel Delphi para la validación del cuestionario.	345
Anexo 9. Instrucciones para la cumplimentación del cuestionario ESVISAUN.	350
Anexo 10. Cuestionario Estilos de Vida y Salud en Estudiantes Universitarios (ESVISAUN): versión 2.	352
Anexo 11. Cuestionario Estilos de Vida y Salud en Estudiantes Universitarios (ESVISAUN): versión 3.	356
Anexo 12. Segunda carta a los expertos que conforman el panel Delphi.	360
Anexo 13. Concesión de una Ayuda del Govern de les Illes Balears. Conselleria d'Eucació, Cultura i Universitats. Direcció General d'Universitats, Recerca i Transferència del Coneixement al proyecto "Validación del cuestionario ESVISAUN".	361
Anexo 14. Ponencias y presentaciones a congresos a raíz de la presente tesis doctoral.	362

RESUMEN

Existen algunos estudios sobre estilos de vida de los estudiantes universitarios que demuestran un predominio de estilos de vida poco saludables, además se ha postulado que la etapa universitaria es una de las que se abandonan ciertos hábitos saludables. Actualmente, está ampliamente demostrado que determinadas conductas de riesgo como el tabaquismo, una dieta poco saludable, una conducta sedentaria o un excesivo consumo de alcohol pueden contribuir de forma independiente a incrementar la morbimortalidad. No obstante, se ha estudiado poco la agrupación entre los diferentes factores de riesgo.

En este estudio se pretende conocer y analizar los estilos de vida del alumnado de la Universitat de les Illes Balears. Para ello, hemos diseñado y validado un instrumento que evalúe los estilos de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios (cuestionario ESVISAUN).

Éste ha sido diseñado a partir de la revisión bibliográfica de los indicadores de salud más comúnmente utilizados, que recoge aspectos como: características sociodemográficas, datos socioeconómicos, estado de salud y calidad de vida, actividad física, tabaco, alcohol y otras drogas, hábitos alimentarios, conducta sexual, seguridad vial, higiene dental y entorno universitario. Y, para la validación del mismo, se ha realizado un panel de expertos mediante la técnica Delphi, una prueba piloto y se han analizado las propiedades de validez y fiabilidad.

Entre los resultados obtenidos podemos destacar que 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. Y, en relación a los estilos de vida de los estudiantes universitarios, destacar que existen diferencias en cuanto a los estilos de vida saludables y no saludables según el género, pero no se observan diferencias según la clase social. Además, se observa que son determinantes de una dieta saludable, el realizar ejercicio físico, no fumar, desayunar todos los días y realizar un mayor número de comidas. Los resultados reafirman la idea de que los comportamientos de salud no deben de considerarse de forma aislada unos de otros, ya que se observa una tendencia a la conglomeración de factores de riesgo como fumar, baja adherencia a la dieta mediterránea e inactividad física en estudiantes universitarios.

Finalmente, con estos datos hemos planteado una serie de implicaciones, tanto en el ámbito de intervención como en el ámbito de la investigación.

Palabras clave: Construcción, validación, encuesta de salud, estilos de vida, hábitos, conducta, factores de riesgo, promoción de la salud, universidad, estudiantes, ejercicio físico, estrés, dieta, alcohol, tabaco.

ABSTRACT

There are some studies about the university student lifestyles that show a predominance of unhealthy lifestyles, also it has been postulated that in the university stage is where some healthy habits are left. Currently, there is ample evidence that certain risk behaviours such as smoking, poor diet, sedentary behaviour or excessive alcohol consumption may contribute independently to increased morbidity and mortality.

In this study we pretend to know and analyse the lifestyles of the Balearic Islands University students. So, we have designed and validated an instrument to assess the lifestyle and health status of university students (questionnaire ESVISAUN).

It has been designed from the literature review of health indicators most commonly used, which includes aspects such as demographic characteristics, socioeconomic data, health status and quality of life, physical activity, smoking, alcohol and other drugs, diet habits, sexual behaviour, traffic safety, dental hygiene and academic environment. And, for validation, we have designed a technique query experts named Delphi method, a pilot and we have analysed the properties of validity and reliability. Among the obtained results we emphasize that ESVISAUN questionnaire can be considered a valid and reliable instrument to identify healthy lifestyles and health problems in order to design interventions in the context of health promotion in the university. And in relation to the lifestyles of university students, noting that there are genders differences about healthy lifestyles and unhealthy, but no differences by social class. We have also perceived that healthy diet, physical exercise, not smoking, eating breakfast every day, and an increased number of meals are determinants of a healthy diet. These results confirm the idea that health behaviours should not be considered in isolation from each other, since there is a tendency to clustering of risk factors like smoking, poor adherence to the Mediterranean diet and physical inactivity among university students.

Finally, with these data we have raised a number of implications for intervention and research ambits.

Keywords: *Questionnaire design, validation studies, health surveys, lifestyles, habits, behaviour, risk factors, health promotion, universities, student's health, physical activity, diet, alcohol, smoking.*

RELACIÓN DE ACRÓNIMOS, CÓDIGOS, SIGLAS Y ABREVIATURAS UTILIZADAS

AFE	Análisis Factorial Exploratorio
AHA	<i>American Heart Association</i>
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CNO	Clasificación Nacional de Ocupaciones
CSD	Consejo Superior de Deportes
DM	Dieta Mediterránea
EDADES	Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España
ENS	Encuesta Nacional de Salud
ESIB	Encuesta de Salud de las Islas Baleares
ESTUDES	Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanza Secundaria
ESVISAUN	Estilos de Vida y Salud en Estudiantes Universitarios
HAT	Humo ambiental de tabaco
HHS	<i>US Department of Health and Human Services</i>
IMC	Índice de Masa Corporal
INE	Instituto Nacional de Estadística
IPAQ	<i>International Physical Activity Questionary</i>
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
IUNICS	Instituto Universitario de Investigación en Ciencias de la Salud
MDS	<i>Mediterranean Diet Score</i>
METS	<i>Metabolic Energetic Turnover o equivalente metabólico</i>
NCHS	<i>National Health Care Surveys</i>
OED	Observatorio Español sobre Drogas
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAPPS	Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud
PND	Plan Nacional sobre Drogas
REUS	Red Universitaria de Universidades Saludables
RI	Rango Intercuartílico
SENC	Sociedad Española de Nutrición Comunitaria
UBES	Unidad de Bebida Estándar
UE	Unión Europea
UIB	Universitat de les Illes Balears
UPS	Universidad Promotora de Salud
US	Universidad Saludable

INTRODUCCIÓN

La salud es un derecho esencial y necesario para el conjunto de la sociedad. Se trata del estado de bienestar físico, psíquico y social que implica una mejora constante de las condiciones personales y sociales en las que se desarrolla el individuo, con la finalidad de lograr un nivel de calidad de vida cada vez mejor. En consecuencia, debe protegerse. De este modo, la propia Constitución Española, en su artículo 43, insta a los poderes públicos a potenciar y promocionar estilos de vida saludables, por lo que es necesario tomar conciencia efectiva de la eficacia de la educación y promoción de la salud.

Se sabe que durante la adolescencia se aprenden comportamientos que tienen una importante repercusión sobre la salud de las personas. Éstos se consolidan en la juventud y son difíciles de modificar en la edad adulta. Por lo que la enseñanza de hábitos de vida saludables ocupa un papel muy importante en la infancia y la adolescencia, ya que es en este momento cuando deben adquirirse unos conocimientos, habilidades y actitudes, que permitan el desarrollo de unos comportamientos sanos. Está plenamente asumido que los principales problemas de salud en los jóvenes están relacionados con sus estilos de vida. Cuando hablamos de estilos de vida nos referimos a una serie de comportamientos que modulan la salud, a los cuales los individuos se exponen deliberadamente y sobre los que podría ejercer un mecanismo de control, evitándolos o reforzándolos.

Debemos tener en cuenta que el análisis de los problemas de salud no se puede disociar de las causas que los determinan. El conocimiento de los aspectos sociales y económicos, de los factores ambientales y de las condiciones de vida y del medio en el que se desarrolla la vida de las personas adquiere tanta importancia como las actuaciones preventivas y asistenciales. La crisis financiera mundial, iniciada en la segunda mitad de 2008, no ha hecho más que evidenciar las desigualdades de nuestras sociedades, provocando que únicamente los más privilegiados disfruten de mejores posibilidades.

Como ya hemos mencionado, la salud es un derecho individual, pero debemos remarcar también, que la salud es un deber colectivo, por lo que es muy importante que las instituciones y la ciudadanía tomen consciencia del mismo. La familia y su entorno, el lugar de trabajo, las condiciones laborales, las diferencias sociales, el estrés, la educación recibida, los alimentos, los espacios o zonas verdes, el transporte, el entorno físico y ambiental, etc., todo, absolutamente todo, incide en nuestra salud. Esta visión integral de la salud es absolutamente necesaria para comprender y poder hacer frente a los problemas de salud que la población padece y por los cuales muere de forma prematura.

Desde una perspectiva social y económica hay motivos suficientes para que la sociedad se organice para preservar y mejorar la salud sus ciudadanos. La salud es una fuente de

bienestar y un recurso indiscutible para el progreso de la sociedad. Se gana o se pierde, dependiendo de las condiciones del entorno, de vida y de trabajo en que se desarrolla la sociedad.

La salud no solo afecta a individuos sino que afecta al conjunto de la sociedad. Por lo que la salud pública constituye una de las principales preocupaciones de los ciudadanos de nuestro país. Se entiende por salud pública, el esfuerzo organizado de la sociedad para prevenir la enfermedad y promover y restaurar la salud. La salud pública debe ser entendida como la salud de la población en todo su conjunto y su calidad de vida, y aunque hay evidencia científica de que las mayores ganancias en salud se deben a la acción de la salud pública, ésta permanece invisible y desconocida en nuestra sociedad.

El objetivo de la salud pública se basa en el conocimiento del estado de salud de las personas y del medio físico y social en el que desarrollan su vida, actuando sobre éstos, a la vez que fomenta que otros actores creen las condiciones más favorables para la salud. Es importante que el conjunto de la sociedad tome conciencia del impacto que las políticas no sanitarias, como son, la vivienda, el transporte, el urbanismo, la ocupación, etc., tienen sobre la salud y sobre las desigualdades en salud. Es por tanto de vital importancia, que en todas las políticas se tenga en cuenta la salud.

La responsabilidad que la ciudadanía puede asumir respecto a la salud está condicionada por el entorno que nos rodea. Los cambios de comportamiento a nivel individual solo pueden ocurrir en un entorno que favorezca unos estilos de vida saludables. Además, los esfuerzos para conseguir cambios de comportamiento son más efectivos cuando se realizan a diferentes niveles: sociedad, instituciones, organizaciones, grupos de interés... Por ello, lo importante es construir un entorno biopsicosocial que promueva como opción más fácil unos estilos de vida saludables. Para ello, tenemos la promoción de la salud, que permite a las personas incrementar el control sobre los determinantes de salud. Por tanto, constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con la finalidad de mitigar su impacto en la salud pública y en la individual.

Una de las herramientas fundamentales de la promoción de la salud es la educación para la salud, que aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud.

La OMS ha desarrollado e implantado diversos programas y proyectos para trasladar los conceptos y estrategias de promoción de la salud a acciones prácticas. Entre ellos podemos

citar los proyectos de ciudades saludables, red de escuelas promotoras de salud, hospitales saludables, mercados saludables y lugares de trabajo promotores de salud.

La Universidad puede y debe desempeñar un papel fundamental para la promoción de estilos de vida saludables, ya que la juventud es el grupo mayoritario que la conforma. La mayoría de estudiantes universitarios se encuentran en una etapa de la vida de gran importancia para la salud (entre la edad adolescente y la edad adulta), en la que se desarrollan y se consolidan los estilos de vida (saludables o perjudiciales), crece la toma de decisiones y la independencia. Además, la Universidad en sí, es una institución con un gran poder de influencia social, y por tanto, puede favorecer la promoción de la salud en la sociedad. En ella se forman los futuros profesionales que configurarán los servicios de la comunidad.

El concepto de Universidad Saludable o Institución de Educación Superior Promotora de Salud, se basa en los principios de *ciudades saludables* de la OMS que prioriza iniciativas de promoción de la salud dirigidas a la Universidad como entorno, más que las estrategias de cambios de hábitos de cada persona en particular. Es decir, se desarrolla en el marco de un modelo de promoción de la salud basado en el entorno o contexto (*setting-based approach*).

La promoción de la salud en la Universidad será un valor añadido para la mejora de la calidad de vida y el bienestar de los que allí estudien o trabajen y además, permitirá formarlos con la finalidad de que actúen como modelos o promotores de conductas saludables en sus familias, en sus futuros entornos laborales, en su comunidad y en la sociedad en general.

Debemos remarcar, que siguiendo las líneas generales de las Universidades Promotoras de Salud de la OMS y de la Red Española y Europea de Universidades Saludables, este trabajo forma parte de un proyecto más amplio en el que se trata de integrar en la estructura, procesos y cultura universitaria, un compromiso hacia la salud y el bienestar, y por consiguiente, desarrollar el potencial que tiene la Universidad como agente promotor de salud en la comunidad.

La tesis doctoral que se presenta a continuación se ha centrado en el análisis de los estilos de vida de los universitarios, cuyo principal objetivo es identificar variables relacionadas con la salud que permitan definir a posteriori propuestas de intervención. Para ello, hemos elaborado y validado un cuestionario sobre estilos de vida y salud en estudiantes universitarios (ESVISAUN).

Las encuestas de salud son un espejo que nos refleja lo que tenemos, lo que hacemos y lo que somos. Son un elemento esencial para la toma de decisiones, ya que proporcionan conocimiento sobre la magnitud, distribución y tendencias de los estilos de vida y la salud. Además permiten detectar los principales problemas para la identificación de prioridades, para el diseño y desarrollo de estrategias de intervención y evaluación.

Finalmente, decir que el cuestionario ESVISAUN puede ser una herramienta útil, ya que nos permite relacionar la información sobre ciertos determinantes sociales de la salud (como la posición socioeconómica, la situación laboral, las condiciones de trabajo, el lugar de residencia, etc.) con la salud percibida y los estilos de vida (ejercicio físico, alimentación, consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, etc.) de los universitarios.

ESTRUCTURA DE LA TESIS DOCTORAL

La presente tesis doctoral se compone de dos partes, una primera de revisión bibliográfica y de fundamentación teórica y, una segunda, empírica, donde se exponen el planteamiento de la investigación, los análisis realizados, la descripción de los resultados y la discusión y conclusiones resultantes.

En el capítulo primero, se abordan los antecedentes y estado actual del tema objeto de estudio, a partir de la revisión de la literatura. Se realiza una conceptualización de la salud y sus determinantes, los estilos de vida, la prevención de los factores de riesgo y la promoción de la salud. A continuación se describen todas y cada una de las variables analizadas de los estilos de vida (alimentación y dieta, actividad física, tabaquismo, consumo de alcohol y otras drogas, conducta sexual, así como otros hábitos y/o comportamientos), para finalmente, hablar de la importancia de los entornos saludables y de la promoción de la salud en la universidad. Teniendo en cuenta los hallazgos obtenidos en la búsqueda bibliográfica se describe la importancia de los determinantes sociales de la salud y que los cambios de comportamiento a nivel individual sólo pueden ocurrir en un entorno que favorezca unos estilos de vida saludables. Por ello, lo importante es construir un entorno social y físico que promueva como opción más fácil unos estilos de vida saludables, es decir, una Universidad saludable. Y, finalmente, se describe la pertinencia del estudio.

En la parte empírica, capítulos segundo, tercero y cuarto, se definen las hipótesis y los objetivos (generales y específicos) que se pretenden alcanzar y, se describen las características metodológicas de la investigación y el posterior análisis de resultados. Se explica el diseño del estudio, se describen los participantes y la muestra, así como el proceso de reclutamiento, la recogida de datos y la metodología de análisis. También se explica el rigor metodológico y las limitaciones del estudio, sin obviar las consideraciones o aspectos éticos, de vital importancia en cualquier tipo de investigación.

En el capítulo quinto y sexto, se exponen los resultados y la discusión de los mismos. Se discuten los resultados más destacados que se han obtenido en la investigación y se reflexiona sobre sus conclusiones e implicaciones tanto para la intervención como para la investigación. En función de la prevalencia y relevancia de los diferentes problemas de salud detectados, se proponen alternativas factibles y eficientes que puedan contribuir o reforzar algunas iniciativas que se puedan poner en práctica para conseguir la mejora de la salud de los estudiantes universitarios. El presente trabajo se cierra con el capítulo séptimo, de conclusión y consideraciones finales.

En último lugar, se presentan las referencias bibliográficas consultadas y los anexos entre los que se encuentran: la estrategia de búsqueda bibliográfica; el acuerdo marco de colaboración y el convenio para el desarrollo del proyecto de Universidad Saludable; el cuestionario en sus diferentes fases de diseño y validación, así como las instrucciones para la cumplimentación del mismo; el modelo de informe de los expertos que participaron en el panel Delphi; el consentimiento informado y la hoja de información al participante; la concesión de la ayuda por parte del Govern Balear para desarrollar el proyecto; y las ponencias y presentaciones a congresos a raíz de la presente tesis doctoral.

1 ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

1.1. LA SALUD Y SUS DETERMINANTES

El concepto de salud ha experimentado una importante transformación en los últimos decenios. Hasta mediados del siglo XX, estuvo vigente un concepto de salud de carácter negativo y reduccionista, basado en la ausencia de enfermedad, incapacidad o invalidez, en el que la salud es restaurada a través de intervenciones médicas. Pero a mediados del siglo pasado, se pusieron de manifiesto algunas de las dificultades a la hora de hacer operativa esta definición. Estas dificultades se debían fundamentalmente a que para definir la salud desde una perspectiva negativa, hay que establecer el límite entre lo “normal” y lo patológico, es decir, entre lo que es enfermedad y lo que no lo es, lo cual no está exento de problemas; y la limitación de esta definición debido a que no tiene en cuenta aspectos que cada vez son más relevantes en las sociedades modernas, como es la relación entre salud y bienestar.

Al amparo de las dificultades operativas que presentaba el concepto “negativo” de salud, a partir de la década de los 40 comenzó a gestarse una perspectiva de la salud que trascendía el binomio salud-enfermedad, y se comenzó a definir la salud en sentido positivo, al considerar sano al individuo o colectivo que siente bienestar en ausencia de malestar. Así, en 1941, Sigerist estableció que “la salud no es simplemente la ausencia de enfermedad; es algo positivo, una actitud gozosa y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida impone al individuo”. Posteriormente, en 1956 René Dubos da un paso más y propone un concepto de salud bidimensional, al diferenciar entre bienestar físico y mental. Este autor llega a plantear que la salud es un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona desarrollar sus actividades en el ambiente en el que viven a lo largo del mayor tiempo posible. Esta idea bidimensional de la salud fue ampliada en 1959 por Herbert Dunn que incorporó la dimensión social al concepto de salud, considerando que la salud tiene tres dimensiones: orgánica o física, psicológica y social. En esta nueva concepción, más positiva y holística, se han incluido diferentes dimensiones como el bienestar, el ajuste psicosocial, la calidad de vida, la capacidad de funcionamiento, la protección hacia posibles riesgos de enfermedad, el desarrollo personal, entre otras (Godoy, 1999; Singer & Ryff, 2001).

En 1945, Stampar presentó una definición de salud que incorporaba de manera sencilla las tres dimensiones, al definir la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedades o invalideces”. Esta definición ha sido admitida universalmente y recogida por la OMS en 1946, en el punto uno de su carta fundacional.

Dicha definición supuso un gran avance y generó multitud de críticas que se han convertido a lo largo de los años en objeto de debate.

La definición de la OMS tiene una serie de ventajas, como el hecho de considerar la salud en un sentido positivo, superando todas las concepciones anteriores que la reducían a ausencia de enfermedad y de comprender no sólo los aspectos físicos de la salud, sino también los psíquicos y sociales, dando así una visión más completa e integral al concepto de salud. Además de contemplar al individuo como un todo y no meramente como la suma de sus partes, propiciando una visión de la salud que atiende tanto al ambiente personal-individual como al externo, ya que hay una concesión de importancia al ambiente y al contexto. No obstante, dicha definición se ha visto expuesta a una serie de críticas, ya que equipara bienestar a salud, lo cual no es del todo exacto, además de que el término “completo” es más una declaración de intenciones, pues rara vez o nunca se alcanza; asimismo, es una definición estática, que no permite gradaciones, cuando la salud es en realidad dinámica, cambiante, y además subjetiva (López-Fernández & Aranda-Regules, 1994).

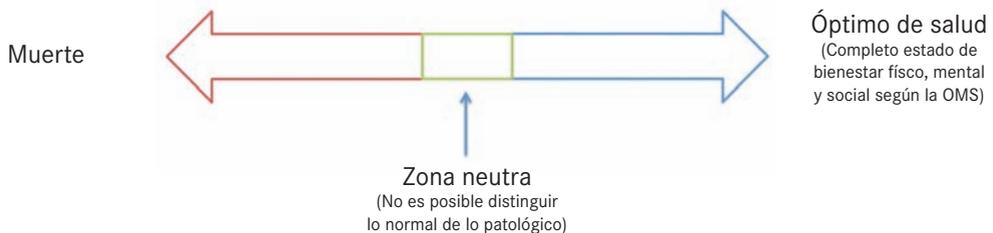
En los años setenta se inicia un cambio al vislumbrar la salud no como algo estático, sino como un fenómeno dinámico. En este sentido, Sigerist adopta la perspectiva dinámica y afirma que el individuo está determinado por la naturaleza, la cultura y los hábitos y que la salud se hace presente mediante un ritmo constante e inalterado que sólo es interrumpido por la enfermedad. Asimismo, la relación de factores socioambientales con la salud permite adoptar definiciones de salud en relación al medioambiente. En particular, se encuentra el concepto “ecológico” que considera a la salud como la capacidad del individuo para adaptarse a su entorno y funcionar.

Con el fin de corregir parte de los defectos detectados en la definición de salud de la OMS, Milton Terris en 1975, sugirió que hay distintos grados de salud como los hay de enfermedad. Según Terris, la salud tendría dos polos: uno de carácter subjetivo que consiste en la sensación de bienestar y otro objetivo (capacidad de funcionamiento), los cuales pueden manifestarse en diferentes grados a lo largo del continuo entre salud y enfermedad. De acuerdo con estos conceptos, propuso modificar la definición de la OMS, evitando el criticado adjetivo de completo por dar carácter utópico a la definición, manteniendo el concepto de bienestar y añadiendo la capacidad de funcionamiento (capacidad de trabajar, de estudiar, de gozar de la vida, etc.), en definitiva, introduciendo la posibilidad de medir el grado de salud. Con tales modificaciones se establecen las bases para pasar de un concepto estático a otro dinámico, y definir la salud como “un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento, y no sólo la ausencia de enfermedades e invalideces” (Piedrola, 2008).

Salleras en 1990, afirma que en el carácter continuo de la salud, la muerte no es evitable por razones biológicas, y además el estado óptimo de salud es difícilmente alcanzable, por lo que

considera necesario sustituir esos estados por muerte prematura y elevado nivel de bienestar con capacidad de funcionar, ya que el primero se puede evitar y el segundo se puede alcanzar en grados altos de salud positiva (figura 1). Además, establece que las diferentes graduaciones de estos dos estados están muy influenciadas por las condiciones sociales en que viven los individuos. Desde esta perspectiva se establece el concepto dinámico de salud, afirmando que “la salud es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, y la capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos los individuos y la colectividad” (Girón-Daviña, 2010; Salleras, 1986).

Figura 1. Continuo salud-enfermedad. Correlación de los aspectos subjetivo y objetivo con la salud y la enfermedad.



Fuente: Adaptación de Salleras, 1986.

En este sentido, Antonovsky, un crítico del modelo tradicional patogénico, desarrolló en los años 70 la conocida teoría salutogénica humana, entendiendo la salud desde una perspectiva holística e integral, que se centra en las condiciones generales implicadas en la salud teniendo en cuenta los factores que la rodean (Antonovsky, 1979, 1987). Por lo que la salud no es una variable de intervención médica sino un producto socioecológico, fruto de la interrelación compleja de factores comportamentales, genéticos, ambientales, económicos, políticos y sociales. A pesar de que esta teoría empezó a forjarse en los años 70, su desarrollo real y expansión están sucediendo en los últimos años (Rivera de los Santos, Ramos Valverde, Moreno Rodríguez, & Hernan Garcia, 2011). El modelo salutogénico se centra en los recursos para la salud y en los procesos promotores de salud en los diferentes entornos y contextos (Alvarez-Dardet & Ruiz Cantero, 2011; Antonovsky, 1996).

De acuerdo con el concepto de la salud como derecho fundamental, en 1986 se llevó a cabo en Ottawa (Canadá) la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, en la que se elaboró la conocida Carta de Ottawa dirigida a la consecución del objetivo “Salud para Todos en el año 2000”. En ella, se resalta la importancia del papel de las personas y las organizaciones en la creación de oportunidades y elecciones saludables (OMS, 1986). La conferencia, tomó como punto de partida, el debate sobre la acción intersectorial para la salud que había tenido lugar en la Asamblea Mundial de Salud de 1977 y que señaló la consecución de un grado de salud para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva (es la denominada Estrategia de Salud Para Todos en el Año 2000)

como la meta principal de todos los gobiernos y de la OMS, además de los progresos alcanzados como consecuencia de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en la ciudad de Alma-Ata (antigua URSS) en 1978, como respuesta a la necesidad de una acción urgente para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.

La carta de Ottawa pone de manifiesto la estrecha relación que existe entre las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y la salud. Estos vínculos constituyen la clave para una comprensión holística de la salud, una visión integral de la salud supone que todos los sistemas y estructuras que rigen las condiciones sociales y económicas, al igual que el entorno físico, deben tener en cuenta las implicaciones y el impacto de sus actividades en la salud y el bienestar individual y colectivo. Estos vínculos constituyen la clave para una comprensión holística de la salud que es primordial en la definición de la promoción de la salud. Por lo tanto, la salud es vista como un recurso para la vida diaria y no el objetivo de la vida (como un medio y no solo como un fin), un concepto positivo que enfatiza los recursos sociales y personales, así como las capacidades físicas (OMS, 1998).

En la actualidad, se entiende que promover la salud desde un enfoque más amplio no es solo un derecho deseable para los ciudadanos, sino también un freno a la enfermedad (Seligman, 2008). De hecho, hay estudios que demuestran la existencia de correlación entre medidas relacionadas con la salud positiva, como por ejemplo la sensación de bienestar y un correcto funcionamiento de múltiples sistemas biológicos, medidos a través de diversos biomarcadores, como el nivel de cortisol salival, las citoquinas proinflamatorias, el riesgo cardiovascular o la duración de la fase REM del sueño (Ryff, Singer, & Love, 2004).

1.1.1. DETERMINANTES DE LA SALUD

A partir de la segunda mitad del siglo XX, con el desarrollo de la conceptualización de la salud, se plantea el estudio de los determinantes de la salud como un conjunto de factores personales, sociales, culturales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones.

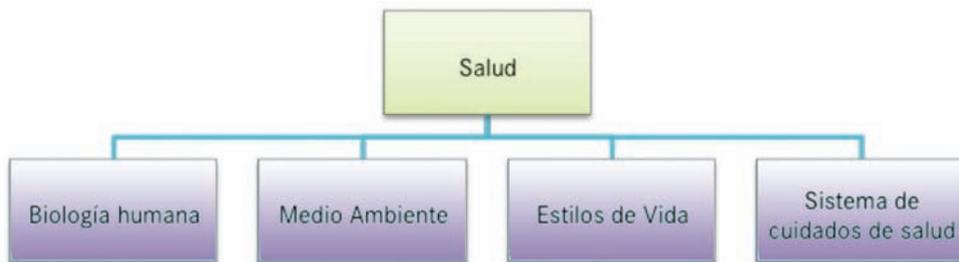
Aparecieron varios modelos para intentar explicar los determinantes de la salud, entre los que destacan el modelo holístico de Laframboise (1973), el ecológico de Austin y Werner (1973) y el de bienestar de Travis (1977).

En nuestro caso, usaremos como orientación teórica el esquema de Laframboise, que fue desarrollado por Marc Lalonde (ex ministro de Sanidad canadiense) en el informe “*A new perspective on the health of Canadians*” (1974). El citado informe afirma que un gran número de muertes prematuras y de incapacidades, ocurridas en su país, podrían ser prevenidas.

Según Lalonde, el nivel de salud de una comunidad estaría influido por cuatro grandes grupos de determinantes (figura 2):

- 1) Biología humana: condicionada por la constitución, carga genética, crecimiento y desarrollo y envejecimiento. Este grupo de factores han sido considerados hasta finales del siglo XX, como aquellos que presentaban menor capacidad de modificación. Sin embargo, con los avances de la ingeniería genética y su implicación en el desarrollo preventivo de enfermedades crónicas, se dota al conjunto de factores asociados a la biología humana de una mayor responsabilidad como causa de salud.
- 2) Medio ambiente: contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural. La acción individual o colectiva de cada uno de ellos origina un gran número de patologías, por tanto, el control de sus efectos reduce la proporción de enfermedad y mortalidad.
- 3) Estilos de vida y conductas de salud: drogas, sedentarismo, alimentación, estrés, conducta sexual insana, conducción peligrosa y mala utilización de los servicios sociosanitarios. Debemos tener en cuenta que determinadas conductas de riesgo pueden influir negativamente en la salud. Se trata de comportamientos que actúan negativamente sobre la salud, a los que el sujeto se expone voluntariamente y sobre los que podría ejercer un mecanismo de control. Como veremos posteriormente, este es el grupo que más influencia tiene en la salud.
- 4) Sistema de cuidados de salud: beneficios de las intervenciones preventivas y terapéuticas, sucesos adversos producidos por la asistencia sanitaria, listas de espera excesivas y burocratización de la asistencia.

Figura 2. Modelo de Determinantes de Salud según Lalonde.



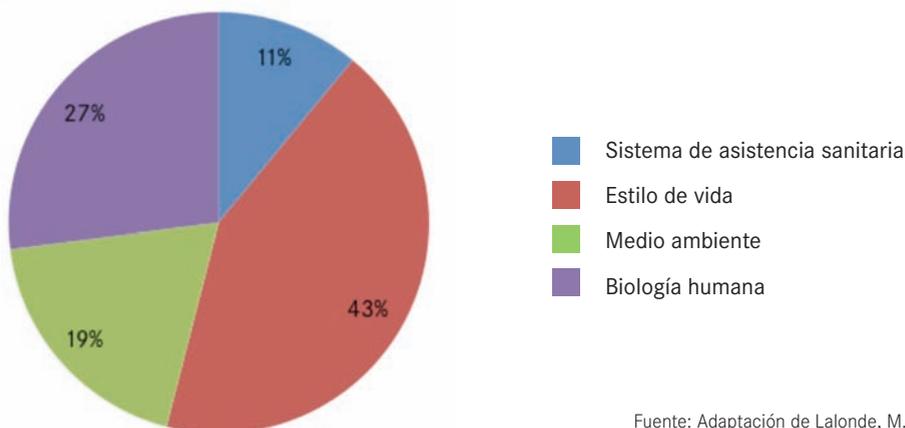
Debemos remarcar que en el momento actual se considera que casi todos los factores que integran los determinantes de la salud son modificables. Incluso, la biología humana, considerada hasta hace relativamente poco tiempo como poco influenciada, puede modificarse gracias a los nuevos descubrimientos genéticos, diagnósticos y de terapias basadas en la biotecnología.

Además, según Girón-Daviña (2010), estos conjuntos de determinantes de salud no son disjuntos, es más, a veces es difícil separarlos y asignarlos a un único grupo, pues de hecho suelen estar relacionados, como por ejemplo, la clase social del individuo y ciertos hábitos saludables o factores de riesgo. En este sentido podríamos referirnos a la drogadicción, que es un hábito de conducta

negativo de salud, pero a la vez es una contaminación sociocultural del ambiente. El modelo de Lalonde supone situaciones en las que varias causas pueden producir varios efectos simultáneamente, aunque ninguna por sí sola es suficiente para originar un determinado efecto; es decir, se establece el tránsito de un modelo causal determinístico a un modelo causal probabilístico que pretende ser integrador, al tratar de incluir todos los determinantes conocidos de la salud.

Según el informe Lalonde, la influencia de los determinantes de salud se distribuiría del siguiente modo (figura 3):

Figura 3. Influencia de los determinantes de salud en la morbimortalidad (%).



Fuente: Adaptación de Lalonde, M. (1974).

Cuando, Lalonde, analizó la adecuación entre las inversiones en salud o gasto sanitario y los distintos determinantes (figura 4), comprobó la inadecuación de la distribución de los recursos sanitarios, hecho ratificado por Dever (1977) al valorar la distribución de la mortalidad y la correspondiente distribución del gasto sanitario de Estados Unidos entre los distintos determinantes.

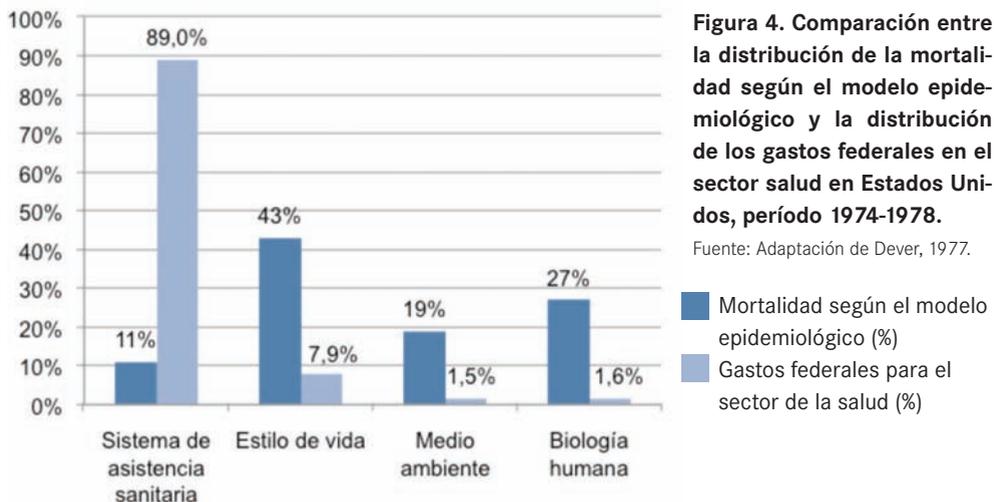


Figura 4. Comparación entre la distribución de la mortalidad según el modelo epidemiológico y la distribución de los gastos federales en el sector salud en Estados Unidos, período 1974-1978.

Fuente: Adaptación de Dever, 1977.

Numerosos estudios efectuados en Estados Unidos y Europa después de la aparición del informe Lalonde han confirmado la importancia de los estilos de vida como determinantes de la salud en los países desarrollados y la existencia de una distribución sesgada de los recursos hacia la asistencia sanitaria. Dichos estudios proponen dedicar un mayor porcentaje de los recursos a la prevención y la promoción de la salud, con el fin de corregir el importante sesgo observado entre las prioridades marcadas por la epidemiología y la distribución de los recursos monetarios de la salud mencionados en el informe Lalonde (Piedrola, 2008).

Numerosos estudios efectuados en Estados Unidos y Europa después de la aparición del informe Lalonde han confirmado la importancia de los estilos de vida como determinantes de la salud en los países desarrollados y la existencia de una distribución sesgada de los recursos hacia la asistencia sanitaria. Dichos estudios proponen dedicar un mayor porcentaje de los recursos a la prevención y la promoción de la salud, con el fin de corregir el importante sesgo observado entre las prioridades marcadas por la epidemiología y la distribución de los recursos monetarios de la salud mencionados en el informe Lalonde (Piedrola, 2008).

1.1.2. LOS DETERMINANTES SOCIALES Y LAS DESIGUALDADES EN SALUD

“El ser humano, en calidad de ser social no necesita solamente contar con unas buenas condiciones materiales, sino que ya desde la primera infancia necesitamos sentirnos valorados y estimados. Necesitamos amigos, necesitamos sociedades más sociables, necesitamos sentirnos útiles y necesitamos un cierto nivel de control sobre un trabajo valioso. Sin todo ello, nos volvemos más propensos a la depresión, al uso de las drogas, a la ansiedad, la hostilidad y a la desesperación, y todo ello repercute en la salud física. Confiamos en que al tratar de resolver algunas de las injusticias sociales y materiales, las políticas no sólo mejorarán la salud y el bienestar sino que además, reducirán una serie de problemas sociales que florecen junto con la mala salud y que también encuentran sus raíces en algunos de esos mismos procesos socioeconómicos”.

Así, justificaban la importancia de la influencia de los determinantes sociales en la salud, los profesores Richard Wilkinson y Michael Marmot en el documento de la oficina regional de la OMS en Europa *“Los Determinantes Sociales de la Salud. Los Hechos Probados”* (OMS, 1998).

En las dos últimas décadas, la investigación científica ha puesto de manifiesto el enorme impacto que tienen sobre la salud determinantes sociales como la renta, la pobreza, el desempleo, la precariedad laboral, la calidad de la vivienda, el barrio de residencia, el nivel educativo, la clase social o el género, entre otros; manifestándose en desigualdades en salud muy diversas (Marmot, 2005; Marmot & Wilkinson, 2006; OMS, 2009). Los estudios muestran que la salud difiere mucho y sistemáticamente entre los distintos grupos sociales. Por ejemplo, los individuos con niveles socioeconómicos más altos tienden no solo a tener más esperanza de vida,

sino también a tener menos enfermedades crónicas, más años libres de discapacidad y mejor salud autopercibida, en comparación con los individuos con niveles socioeconómicos más bajos (Ramos-Valverde, 2009). Por todo ello, podemos afirmar, tal y como dice Graham (2004), que la desigual distribución de los determinantes sociales de la salud lleva a desigualdades en salud.

En los últimos años se han publicado varios modelos conceptuales sobre los determinantes sociales de la salud y su contribución, con el fin de crear marcos analíticos que faciliten su análisis y el diseño de políticas dirigidas a reducir las desigualdades en salud.

El clásico modelo de capas de Dahlgren y Whitehead (1991), ha sido ampliamente utilizado y muestra los determinantes de la salud en capas concéntricas, desde los determinantes estructurales (capa externa) hasta los estilos de vida individuales (capa interna), reservando el centro para las características de las personas que no se pueden modificar, como la edad, el sexo o los factores hereditarios (figura 5).

Figura 5. Modelo de capas de Dahlgren y Whitehead.



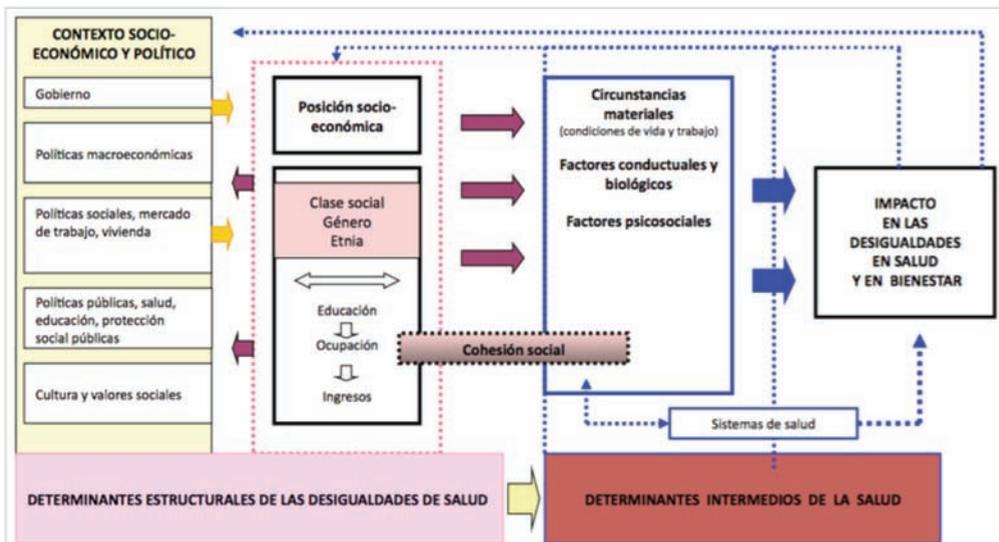
Fuente: Modificada de Dahlgren y Whitehead, 1991.

Como podemos apreciar en la figura 5, los individuos están en la base del modelo con sus características y factores genéticos que ejercen influencia sobre sus condiciones de salud. Por encima de la base está la primera capa constituida por los estilos de vida de los individuos, es decir, los comportamientos individuales elegidos libremente. Por encima de esta capa se encuentra otra formada por las redes sociales y comunitarias que constituyen el conjunto de relaciones solidarias y de confianza entre grupos que establecen la cohesión social de la población. En un nivel superior se encuentran las condiciones de vida y trabajo de las personas, las cuales proporcionan acceso a distintos servicios como salud, educación, condiciones de habitabilidad, etc.; de

forma que las personas con desventaja social corren mayor riesgo de acceder a peores servicios y condiciones de trabajo. En el último nivel están situados los macrodeterminantes relacionados con las condiciones políticas, económicas, culturales y ambientales de la sociedad y que poseen gran influencia sobre las capas inferiores del modelo (Dahlgren & Whitehead, 1991).

Existen otros modelos que intentan explicar los determinantes de las desigualdades en salud. El modelo propuesto recientemente en el informe de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (figura 6), explica que las desigualdades sociales en salud son el resultado de la actuación de los llamados determinantes estructurales de las desigualdades y de los determinantes intermedios. Los primeros incluyen los aspectos relacionados con el contexto socioeconómico y político que modelan la estructura social de una sociedad y su sistema de estratificación, es decir, la tradición política de los gobiernos y sus políticas macroeconómicas y sociales (mercado, vivienda, educación, bienestar social). Las características de este contexto socioeconómico y político influyen en la posición social que ocupan en la sociedad según su nivel socioeconómico, género, nivel de estudios, lugar de nacimiento y otros ejes de desigualdad social. A pesar de que todavía son pocos los estudios que relacionan directamente el contexto político con la salud, ya existen datos sobre la influencia que ejerce el tipo de estado de bienestar en la mortalidad (Navarro, et al., 2003; Navarro, et al., 2006). Asimismo, Chung y Muntaner (2006) mostraron que en los 18 países ricos de Europa, América del Norte y la región de Asia-Pacífico estudiados, el 20% de las diferencias entre los países en las tasas de mortalidad infantil y el 10% de las relativas a los nacimientos de bajo peso podrían ser explicadas por diversas características del estado del bienestar, tales como transferencias sociales, porcentaje de la población con cobertura sanitaria y porcentaje de voto a partidos de izquierdas.

Figura 6. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud.



Fuente: OMS (Solar & Irwin, 2007).

Esta posición social desigual genera desigualdades en la distribución de los determinantes intermedios, que son precisamente los factores que median la relación entre los determinantes estructurales (condiciones de vida y trabajo, factores psicosociales, estilos de vida) y la salud. Tal y como se muestra en la figura 6, el sistema sanitario también juega un papel importante en la generación de las desigualdades sociales en salud, ya que, incluso en aquellos lugares en los que su cobertura es universal y gratuita, las personas de menor nivel socioeconómico encuentran mayores barreras para el acceso (Aldasoro, et al., 2007; Benach, 1997; Benach & Muntaner, 2005).

Las desigualdades en salud según la clase social son importantes debido a su gran magnitud, ya que estas desigualdades causan un exceso de casos de enfermedad y muerte superior a los debidos a los factores de riesgo conductuales (consumo de tabaco, alcohol, sedentarismo, etc.). Además, son desigualdades graduales, pues afectan a toda la población y no sólo a los sectores más pobres. En general, los estudios científicos ponen en evidencia como a medida que se disminuye en la escala social, empeoran los niveles de salud.

Debemos remarcar también, la adaptabilidad de las desigualdades en salud, que significa que las personas de clases aventajadas se benefician antes y en mayor proporción de las intervenciones sanitarias, lo que hace que las desigualdades aumenten. Así, por ejemplo, las personas de clases aventajadas abandonan antes el consumo de tabaco, lo cual ha provocado mayores desigualdades entre clases. Los dos teóricos clásicos de la clase social fueron Karl Marx y Max Weber. Según Marx, las relaciones de clase se producen a través de las relaciones sociales de producción y, más concretamente, de la propiedad de los medios de producción. Para Marx, las clases sociales son fuerzas que transforman las sociedades a lo largo de la historia. La aportación conceptual de Weber postula que, además de los medios de producción también eran importantes el poder, las diferencias económicas, los conocimientos técnicos y las cualificaciones, el prestigio social y la identificación con los valores culturales. En este sentido, las situaciones de clase reflejarían las distintas oportunidades vitales derivadas del mercado y del consumo. En el siglo XX, estos marcos conceptuales han sido revisados y actualizados para adaptar el análisis de clases y de la estructura social a las sociedades actuales. A nivel empírico, el indicador de clase social más utilizado en los estudios sociológicos ha sido la ocupación. Pero en salud pública también se usan otros indicadores de posición socioeconómica, como son el nivel de estudios o de ingresos (Piedrola, 2008).

Existen otros modelos de los determinantes sociales que se han utilizado para explicar las desigualdades en salud según el género, como son el modelo de Arber o el modelo de la comisión de género de los determinantes sociales de la salud de la OMS.

El modelo de Arber (1997), describe la influencia de la posición en el mercado de trabajo, los recursos materiales y los roles familiares en la salud de la mujer, pero a su vez señala la influencia de la posición en el mercado de trabajo de su pareja y de la división del trabajo doméstico en el hogar. Mientras, que el modelo descrito por la comisión de género de los determinantes sociales de la salud de la OMS (Sen & Östin, 2007), señala cómo el género, que es un estratificador social, y sus intersecciones con la clase social, la casta o la raza y también con los procesos estructurales en su conjunto, constituyen los determinantes estructurales de género. Algunos de estos factores son, por ejemplo, el menor nivel educativo de las mujeres, la explotación doméstica de las mujeres, la desigual repartición del poder en todos los niveles de la sociedad, etc. Este modelo también considera factores intermediarios, que habitualmente perjudican a las mujeres, las prácticas y los valores discriminatorios, la exposición diferencial a la enfermedad, la discapacidad y la lesión, los sesgos en los sistemas de salud y los sesgos en la investigación, ya que se ha investigado mucho más sobre la salud y la enfermedad de los hombres (Borrell & Malmusi, 2010). A pesar de que actualmente los cambios sociales han provocado que las diferencias de género no sean tan marcadas como hace dos décadas, aún siguen dándose en los comportamientos de estilos de vida entre hombres y mujeres. De hecho, Whitfield, Weidner, Clark y Anderson (2003) categorizaron los factores responsables de las diferencias de salud entre hombres y mujeres, coincidiendo en gran parte con la categorización realizada por Verbrugge (1989), aunque en su caso los agrupan en cuatro bloques: biológicos, comportamentales, psicosociales y biocomportamentales.

Desde el inicio del estudio de las desigualdades de salud entre hombres y mujeres, se ha tenido en cuenta tanto la construcción biológica como la sociocultural de las diferencias sexuales, teniendo en cuenta de este modo las diferencias entre los conceptos de sexo (diferencias físicas, anatómicas y fisiológicas entre hombres y mujeres) y género (se refiere tanto a las ideas y representaciones como a las prácticas sociales de hombres y mujeres, que implican una diferenciación jerarquizada de espacios y funciones sociales). Tanto el género como el sexo se relacionan con la salud y lo hacen de forma simultánea, ya que las personas no viven siendo de un género o de un sexo, sino de ambos a la vez. Así, las diferencias de sexo y género determinan diferencias en los determinantes de la salud, la vulnerabilidad, la naturaleza, la severidad y la frecuencia de los problema de salud, la forma en la que se perciben los síntomas, la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios, el esfuerzo diagnóstico y terapéutico, el cumplimiento del tratamiento y de los mensajes preventivos y el pronóstico de los problemas de salud entre hombres y mujeres. Sin embargo, la naturaleza del término género es polémica, ya que en las últimas décadas su uso se ha extendido más allá de su significado original, encontrando con frecuencia una sustitución del término sexo por el de género, incluso cuando se trata de connotaciones biológicas (Ramos-Valverde, 2009). En este trabajo, utilizaremos el término sexo y género de manera indiferente, ya que la población objeto de estudio está desagregada por sexo,

pero sus diferentes estilos de vida se relacionan con las diferentes influencias socioculturales que han ido recibiendo a lo largo de su vida.

Si bien las desigualdades en salud se han reducido sustancialmente a lo largo del siglo XX en términos absolutos, debido al descenso generalizado de las tasas de mortalidad, han aumentado en términos relativos. Así lo demuestran diversos estudios realizados recientemente en Europa sobre esperanza de vida, percepción subjetiva del estado de salud o acceso a los servicios sanitarios (Kunst, et al., 2005; Murphy, Bobak, Nicholson, Rose, & Marmot, 2006; Shaw, Davey Smith, & Dorling, 2005).

En España, según la Comisión para reducir las desigualdades en salud (2010), los últimos informes señalan las desigualdades socioeconómicas y de género en salud como dos de las desigualdades más frecuentes y con peores repercusiones en la sociedad.

1.2. ESTILOS DE VIDA Y SALUD

El interés por el estudio de los estilos de vida saludables tuvo su punto más álgido en la década de los 80 del siglo pasado. Según una revisión realizada por Menéndez (1998), el concepto “estilo de vida” se constituyó a partir de corrientes teóricas como el marxismo, el comprensivismo weberiano, el psicoanálisis y el culturalismo antropológico. El objetivo era producir un concepto que a partir de las dimensiones materiales y simbólicas posibilitara la articulación entre sectores macro (estructura social) y de los grupos intermedios expresados en sujetos cuyo comportamiento se caracterizaba por un determinado estilo ejercitado en la vida personal y colectiva. Era un concepto holístico, ya que por medio del sujeto pretendía observarse la globalidad de la cultura expresada mediante estilos particulares. La epidemiología, también utilizó este concepto, eliminando la perspectiva holística y reduciéndolo a conducta de riesgo. Ahora bien, según la perspectiva antropológica, el comportamiento de un alcohólico o de un fumador no debe ser reducido al riesgo en sí, escindido de las condiciones en las que el sujeto produce/reproduce su vida. El estilo del sujeto es su vida, y no sólo un riesgo específico. Aislar los comportamientos de los alcohólicos, y convertirlos en riesgos puede ser eficaz para intervenir en las conductas individuales, pero limita o anula la comprensión del comportamiento en términos de estilo de vida. Aunque, desde la perspectiva epidemiológica lo importante sería la eliminación del riesgo, por el cual si realmente se logra la disminución de la incidencia del daño, pasa a ser secundario que el concepto se maneje o no en términos holísticos. En consecuencia la cuestión radica en observar si el tipo de aplicación sirve realmente para reducir el riesgo. Todo indicaría que para algunos problemas como el alcoholismo, salvo en lo referente a la relación alcohol/riesgo/accidentes de tránsito, no tiene demasiada eficacia, o si la tiene, opera en determinados sectores sociales. Esto es lo que también se observa en el caso de los fumadores, los que abusan de grasas animales o los sedentarios.

En el enfoque sociológico se consideraba que las variables sociales eran los principales determinantes de la adopción y del mantenimiento de un estilo de vida determinado, mientras que desde el psicoanálisis los determinantes se desplazaron desde la sociedad al individuo y a su personalidad. A mediados del siglo XX, la antropología abordó el estudio de los estilos de vida desde un enfoque cultural y la medicina desde una perspectiva médico-epidemiológica con un enfoque biologicista, defendiendo que las personas tienen estilos de vida sanos o insanos por su propia voluntad, recayendo por lo tanto la responsabilidad sobre las personas y no sobre las instituciones (Erben, Franzkowiak, & Wenzel, 1992). Desde el paradigma biomédico se culpabilizaba en exceso a los ciudadanos de su pérdida de la salud, ya que se coloca en el sujeto (en el estilo de vida del sujeto) la responsabilidad de su enfermedad y no se reconoce la importancia del contexto social ni de otros factores como condicionantes de la adquisición de los estilos de vida. Todo ello, constituye una variante de la “culpabilización de la víctima”, que no sólo coloca la responsabilidad de la desnutrición exclusivamente en el desnutrido, sino que correlativamente exime de responsabilidades que le son propias a los gobiernos y reduce la responsabilidad de las empresas productoras de enfermedades (Mechanic, 1979).

Los estilos de vida individuales, caracterizados por patrones de comportamiento identificables, pueden ejercer un efecto profundo en la salud de un individuo y en la de otros. Si la salud ha de mejorarse permitiendo a los individuos cambiar sus estilos de vida, la acción debe ir dirigida no solamente al individuo, sino también a las condiciones sociales de vida que interactúan para producir y mantener esos patrones de comportamiento. Sin embargo, es importante reconocer que no existe un estilo de vida “óptimo” al que puedan adscribirse todas las personas. La cultura, los ingresos, la estructura familiar, la edad, la capacidad física, el entorno doméstico y laboral, harán más atractivas, factibles y adecuadas determinadas formas y condiciones de vida. Por ello, la estrategia de crear ambientes favorables para la salud se centra en gran medida en la necesidad de mejorar y cambiar las condiciones de vida para apoyar la salud (OMS, 1998).

En este sentido, la OMS, en la 31 sesión de su comité regional para Europa, definió “estilo de vida” como una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales. Además, se comentó la necesidad de diferenciar entre estilo de vida y estilo de vida saludable y se enfatizó sobre la importancia de abordar el estudio del estilo de vida saludable desde un enfoque más social que médico (Kickbusch, 1986).

El estilo de vida es uno de los mayores condicionantes sobre el estado de salud de la población, y tal y como hemos comentado en el apartado anterior, teóricamente, la adopción generalizada de un estilo de vida saludable podría reducir la mortalidad global hasta en un 43%.

La intervención en los estilos de vida

Las intervenciones que intentan ayudar a las personas a adoptar (o mantener) un estilo de vida saludable comparten una serie de principios comunes (Marqués Molías, et al., 2009). Algunos de ellos son:

- Las personas deben tener un papel proactivo en el proceso del cambio.
- Adquirir una nueva conducta es un proceso, no un hecho puntual, que, a menudo, requiere un aprendizaje basado en aproximaciones sucesivas.
- Los factores psicológicos, como creencias y valores, influyen en la conducta y ésta, a su vez, influye en los valores y en la experiencia de las personas.
- Las relaciones y las normas sociales tienen una influencia sustantiva y persistente.
- La conducta depende del contexto en que ocurre; la gente influye y está influenciada por su entorno físico y social.
- Cuanto más beneficiosa o gratificante es una experiencia, más posibilidades hay de que se repita; cuanto más perjudicial o displacentera, menos probable es que se repita.

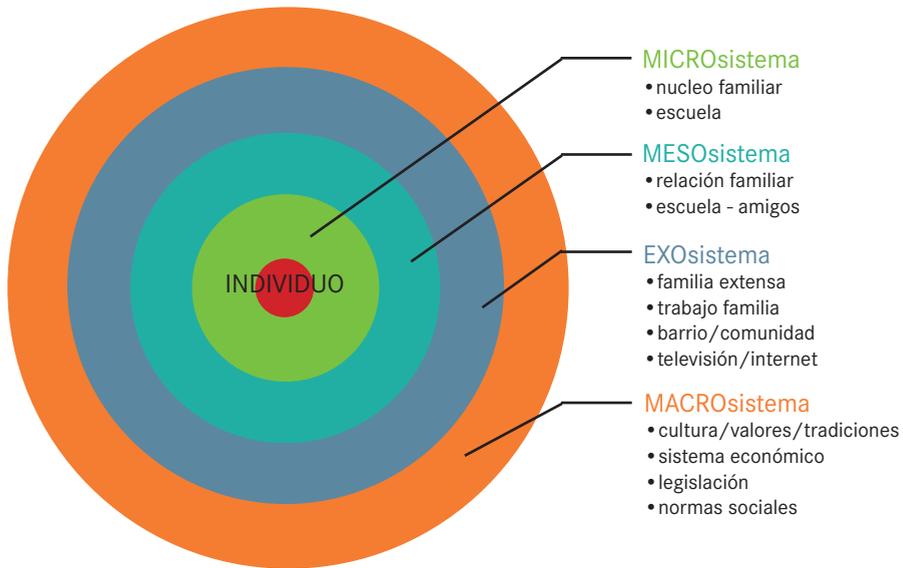
Para intentar explicar por qué las personas se comportan de una manera determinada es importante conocer los modelos y teorías del cambio de conductas en salud, ya que nos proporcionan algunos elementos claves para comprender los mecanismos subyacentes y la manera de intervenir en los estilos de vida relacionados con la salud.

Aspectos claves de los diferentes modelos y teorías del cambio de conducta en salud^a

La socialización del estilo de vida puede ser considerada como un proceso por el cual las personas adquieren los patrones de conductas y de hábitos que constituyen su estilo de vida, así como las actitudes, los valores y las normas relacionadas con el mismo. Este proceso implica el aprendizaje de roles relacionados con los estilos de vida y las conductas de salud específicos de una sociedad. Existen tres modelos explicativos sobre la adquisición y el mantenimiento de un estilo de vida saludable: la teoría ecológica del desarrollo, la teoría del interaccionismo simbólico y la teoría del aprendizaje social.

Una de las teorías clave en la explicación de las condiciones estructurales que rodean y fundamentan el proceso de socialización es la Teoría Ecológica del Desarrollo (Bronfenbrenner, 1987). Según esta teoría, cada persona es afectada de modo significativo por las interacciones de una serie de sistemas que se superponen. Estos son, el microsistema, el mesosistema, el exosistema y el macrosistema (figura 7).

^a En este apartado se explican tres modelos y teorías del cambio de conducta en salud: la teoría ecológica del desarrollo, la teoría del interaccionismo simbólico y la teoría del aprendizaje social. Los modelos aplicados en educación para la salud: modelo de Prochaska y DiClemente y modelo PRECEDE-PROCEED se explican en el apartado 1.3.1.

Figura 7. Teoría ecológica del desarrollo (Bronfenbrenner, 1987).

El microsistema es el entorno inmediato en el que se sitúa la persona en desarrollo. En la socialización del estilo de vida, algunos de los agentes socializadores de este nivel son la familia, los padres, la escuela, los vecinos, el trabajo y los medios de comunicación. En el segundo nivel del ambiente ecológico se encuentra el mesosistema, que incluye las interrelaciones entre la familia y la escuela o la familia y el trabajo. El exosistema, tercer nivel, constituye el entorno más amplio. Aquí podemos situar las instituciones sociales: sistema escolar, sistema sanitario, contexto laboral, etc. Y como último nivel, el macrosistema, que corresponde con la cultura en la cual el individuo nace y se desarrolla.

Esta teoría nos ofrece una organización de los contextos y sistemas que afectan al proceso de socialización de los estilos de vida. Cabe señalar, no obstante, que la investigación sobre estilos de vida se ha centrado fundamentalmente en estudiar al individuo y su entorno más inmediato, es decir, el microsistema, presentándose menos atención al resto de estructuras del ambiente ecológico.

Otra teoría es, el Interaccionismo Simbólico (Blumer, 1982), que nos permite entender el proceso de cambio, es decir, cómo se produce el desarrollo y cambio de conducta. Sus aportaciones sirven para comprender cómo las personas adquirimos las normas, los valores, las actitudes y los hábitos de los grupos sociales o la cultura a la cual pertenecemos. Considera que un individuo se convierte en persona cuando es capaz de verse a sí mismo desde la perspectiva del otro. A partir de esta asunción del otro generalizado, adquirimos los valores de la cultura que nos envuelve, lo que marcará el estilo de vida.

Finalmente, la Teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1977; Rotter, 1966) que analiza los procesos de aprendizaje que se dan en el individuo. Concretamente, los procesos de imitación y modelado sirven de base para entender la socialización del estilo de vida. Observando el modo en que los demás se comportan así como las consecuencias de su comportamiento nos formamos una idea de cómo ejecutar determinadas conductas y en el futuro la información codificada nos sirve de guía para nuestro propio comportamiento. Así por ejemplo, la conducta de los padres, los amigos, los iguales y los profesores influye en el aprendizaje del estilo de vida de los adolescentes.

Según Marqués Molías, et al. (2009), los aspectos claves de la Teoría del Aprendizaje Social son:

- Tener en cuenta la credibilidad de los modelos sociales.
- Potenciar la autoeficacia: objetivos pequeños y progresivos, fijando explícitamente estos objetivos y siguiendo los resultados, es decir, dando retroalimentación y refuerzo.
- El refuerzo positivo ayuda a retener o repetir la conducta. La falta de refuerzo ayuda a extinguir la conducta.

Estos modelos explicativos del proceso de socialización de los estilos de vida saludables son fundamentales, ya que explican las claves básicas en relación con la adquisición y el mantenimiento de un estilo de vida saludable.

1.2.1. FACTORES CONDICIONANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

Un estilo de vida saludable está integrado por un conjunto de factores que deben funcionar de forma armoniosa y completa. A continuación vamos a describir las variables que la investigación ha demostrado como más influyentes en un estilo de vida saludable como son: los hábitos alimentarios, la actividad física, el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas y los comportamientos sexuales.

1.2.1.1. ALIMENTACIÓN Y DIETA

Los hábitos alimentarios constituyen un factor determinante del estado de salud, tanto a nivel individual como poblacional (Hu, 2002). La modernización de la sociedad ha supuesto una serie de cambios sociológicos y/o culturales que afectan inevitablemente a los hábitos y preferencias alimentarias (Dura Trave & Castroviejo Gandarias, 2011). Por ejemplo, cada vez se dedica menos tiempo a la compra de alimentos y elaboración de las comidas y, en contraposición, se prefieren los alimentos procesados que, generalmente, conllevan un consumo excesivo de alimentos de origen animal, especialmente de carnes y derivados, y de azúcares refinados, con el consecuente incremento de grasas saturadas y colesterol en la dieta y, al mismo tiempo, un bajo consumo de alimentos de origen vegetal. Todo ello se traduce en una disminución en el aporte porcentual de energía a partir de hidratos de carbono complejos y

proteínas de origen vegetal, y un aumento en la proporción de grasas saturadas e hidratos de carbono simples (Aranceta, 2001; Sanchez-Villegas, Martinez, De Irala, & Martinez-Gonzalez, 2002; Sofi, et al., 2005; Tur, Romaguera, & Pons, 2005).

Los hábitos alimentarios inadecuados, tanto por exceso como por defecto, se relacionan con numerosas enfermedades de elevada prevalencia y mortalidad (enfermedades cardiovasculares, algunos tipos de cáncer, obesidad, osteoporosis, anemia, caries dental, cataratas y ciertos trastornos inmunitarios, entre otras). Estas modificaciones en la dieta se acompañan de importantes cambios en el entorno, en los estilos de vida y en una progresiva disminución de la actividad física y el gasto energético derivado de la deambulación, el trabajo y el mantenimiento del equilibrio térmico. Los factores que determinan la selección de los alimentos que integrarán la dieta de un individuo son de naturaleza compleja y no están del todo bien definidos. No obstante, podemos asumir que en la selección de unos determinados alimentos, y no otros, estarían implicados numerosos factores, aunque básicamente la tipología alimentaria está supeditada a factores socioculturales y familiares junto con la capacidad de elección, determinada por la disponibilidad económica, el grado de educación nutricional y el estado de salud del individuo. Dentro de los condicionantes socioculturales se englobarían diversos factores, como creencias religiosas, costumbrismo y tradiciones, modas y las campañas de publicidad y marketing que pretenden promocionar una determinada cultura o modelo alimentario (Serra Majem, Ribas Barba, Álvarez León, & Ramon Torrell, 2008).

Por todo ello, conocer y profundizar sobre qué componentes de la dieta pueden desempeñar un papel importante en la prevención de enfermedades podría permitir desarrollar acciones de educación nutricional encaminadas a modificar el patrón alimentario de la población hacia dietas más equilibradas, saludables y cardioprotectoras (Gómez Candela, Loria Kohen, & Dassen, 2009).

Las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, dos de las primeras causas de morbimortalidad en la actualidad, se ven influenciadas en gran medida, por comportamientos nutricionales inadecuados. Se sabe que un mayor consumo de frutas y/o verduras se ha asociado, en la mayoría de los estudios epidemiológicos, con un menor riesgo de cáncer de pulmón, de la cavidad oral, de esófago, de estómago y de colon (Marqués Molías, et al., 2009). La evidencia es menor para los cánceres que se consideran hormonodependientes, como el de mama y próstata, aunque para este último, al igual que en el caso del cáncer de páncreas, las recomendaciones de la *American Cancer Society* en 2006, incluyen el consumo diario de cinco o más raciones de fruta y verduras. La alimentación puede ser también un factor modulador importante en la aparición de algunos tipos de cáncer relacionados estrechamente con otros factores. Así, por ejemplo, la alimentación modifica el riesgo de cáncer de pulmón, tanto en fumadores como en no fumadores (Kushi, et al., 2006).

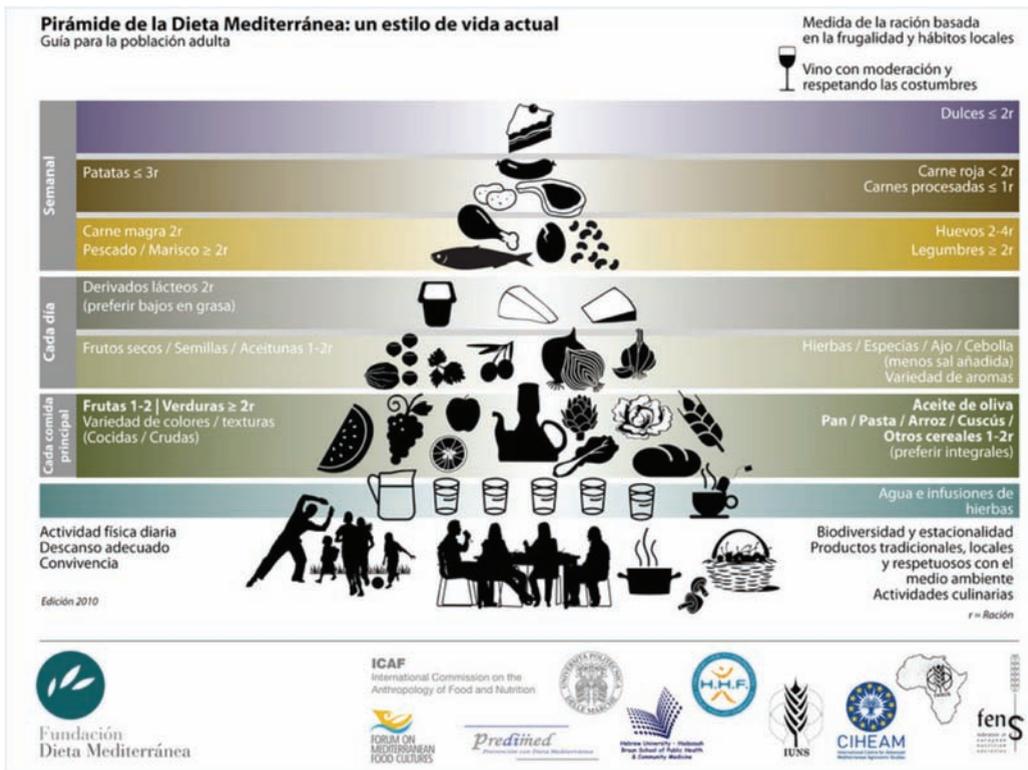
Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en el mundo en el siglo XXI. Los países occidentales, incluidos los EEUU, continúan teniendo una tasa absoluta de morbimortalidad cardiovascular alta (Reddy, 2004). Clásicamente, la incidencia de la enfermedad coronaria ha sido más baja en algunos países como Francia, España, Grecia, Italia y Portugal. Estas diferencias se han explicado sobre todo por el patrón de alimentación propio de los países mediterráneos, conocido como dieta mediterránea (Kastorini, et al., 2011; Trichopoulou, Costacou, Bamia, & Trichopoulos, 2003; Tunstall-Pedoe, et al., 1999).

Sin embargo, la globalización ha provocado, especialmente entre los más jóvenes, la adopción de un patrón alimentario de tipo occidental en los países mediterráneos, con la consiguiente pérdida de la dieta mediterránea tradicional. Ello ha provocado un aumento del consumo de carnes rojas y otros productos cárnicos, junto a alimentos y bebidas ricas en azúcares. Además también se observa que el aceite de oliva virgen está siendo sustituido por otros aceites vegetales de calidad inferior (Costacou, et al., 2003; Sanchez-Villegas, Delgado-Rodriguez, Martinez-Gonzalez, & De Irala-Estevez, 2003).

Se considera dieta mediterránea, al patrón tradicional de alimentación de finales de la década de los años 50 y principios de los 60, en los países en los que típicamente crecen los olivos como son Creta, Grecia y Sur de Italia. Las principales características de esta dieta son: un alto consumo de cereales, legumbres, frutos secos, frutas y verduras; un consumo relativamente alto de alimentos ricos en grasa (hasta un 40% del total de ingesta energética); el empleo de aceite de oliva como fuente principal de grasa; consumo moderado o alto de pescado; consumo en cantidades moderadas o bajas de pollo y derivados lácteos (generalmente en forma de yogurt o queso fresco); bajo consumo de carnes rojas y productos derivados de la carne; y, consumo moderado de alcohol, principalmente en forma de vino tinto consumido con las comidas (figura 8) (Martinez-Gonzalez & Estruch, 2004).

Este patrón de alimentación y su valor nutricional se distingue por una adecuada aportación energética de los macronutrientes: 55-60% de hidratos de carbono, 10-15% de proteínas y 25-30% de grasas. También destaca por la calidad de las grasas ingeridas, mayoritariamente monoinsaturadas debido al consumo de aceite de oliva. Es una alimentación de base vegetal que la hace rica en hidratos de carbono complejos, en vitaminas y minerales, muchos de ellos de carácter antioxidante. Recientemente, además se ha puesto énfasis en los factores no nutritivos que aporta, que son micronutrientes bioquímicamente activos, la mayoría de ellos con una alta capacidad antioxidante como, por ejemplo, los esteroides, la fibra, los flavonoides, el ácido fólico, poliaminas, fitoestrógenos, isoflavonas, saponinas e inhibidores enzimáticos (Serra Majem, et al., 2008).

Figura 8. Pirámide de la dieta mediterránea.



Fuente: Fundación Dieta Mediterránea (<http://predimed.weebly.com/piraacutemide.html>)

Por todos estos motivos, el patrón de dieta mediterránea se considera un patrón de alimentación saludable y se ha trasladado a innumerables guías dietéticas de todo el mundo. Así, las políticas nutricionales de muchos países promueven el consumo de grasas de alta calidad procedente del aceite de oliva y pescados azules en detrimento de las grasas *trans* y las grasas saturadas. De igual manera, la estrategia de promoción del consumo de cinco piezas de fruta y verduras al día pretende transportar el patrón mediterráneo a otros países.

Según los datos procedentes de las hojas de balance alimentario, datos sobre presupuestos familiares y encuestas individuales que analizan el patrón alimentario actual y su evolución en el tiempo, se demuestra que, a pesar de que la dieta de los países europeos del Mediterráneo aún conserva algunos rasgos característicos de la dieta mediterránea tradicional, existe una clara tendencia hacia la occidentalización de la misma. Entre los rasgos mediterráneos cabe destacar la elevada disponibilidad y/o consumo de aceite de oliva, frutas y verduras comparado con otros países europeos y, en algunos países como en España y Portugal, destaca el consumo de pescado. Por otro lado, el aumento de la disponibilidad y/o consumo de otros aceites vegetales de calidad inferior al aceite de oliva, grasas animales, carnes rojas, productos lácticos, azúcares

simples y alcohol de alta graduación y la disminución en el consumo de cereales y legumbres, implica que la dieta actual se asemeje cada vez más a un patrón diferente de la dieta mediterránea. Entre los países mediterráneos, tal vez Grecia sea el que aún conserva un patrón de alimentación más cercano a lo que era la dieta mediterránea tradicional debido al mayor consumo de frutas, verduras y aceite de oliva, comparado con países como España o Francia. Por otro lado, en un mismo país o región, la adherencia a la dieta mediterránea también puede variar en función del área, nivel socioeconómico y educativo. Por ejemplo, se ha visto que en las zonas rurales de España y Grecia la presencia del patrón típico mediterráneo es mayor que en las ciudades (Aran-ceta, 2001; Costacou, et al., 2003; Garcia-Closas, Berenguer, & Gonzalez, 2006; Gonzalez, et al., 2002; L. A. Moreno, Sarria, & Popkin, 2002; Rumm-Kreuter, 2001; Serra Majem, Garcia Alvarez, & Ngo de la Cruz, 2004; Serra-Majem, et al., 2004; Tessier & Gerber, 2005; Trichopoulou, 2001; Trichopoulou, et al., 2005).

La dieta mediterránea se considera el modelo de alimentación más saludable (Fung, et al., 2009; Mitrou, et al., 2007; Trichopoulou, et al., 2003). Los beneficios sobre la salud de la dieta mediterránea se han puesto de manifiesto en numerosos estudios. Estudios de cohortes y ensayos clínicos han demostrado los efectos positivos de la dieta mediterránea sobre la salud y la prevención de numerosas enfermedades (de Lorgeril, et al., 1999; Esposito, Kastorini, Panagiotakos, & Giugliano, 2011; Fidanza, Alberti, Lanti, & Menotti, 2004; Kastorini, Milionis, Goudevenos, & Panagiotakos, 2010; Kastorini & Panagiotakos, 2010; Katsarou, et al., 2010; Keys, et al., 1986; Martinez-Gonzalez, et al., 2009; Panagiotakos, et al., 2004; Tourlouki, et al., 2010; Trichopoulou, 2004; Trichopoulou & Vasilopoulou, 2000; Tyrovolas, et al., 2009).

Hoy sabemos que la dieta mediterránea aumenta la longevidad y protege contra el infarto de miocardio, determinados tumores (cáncer de mama, colorectal, próstata), la hipertensión, la diabetes y el síndrome metabólico, algunas patologías digestivas e incluso infecciones. También contribuye a la disminución de la complicación en diversas enfermedades (como la aparición de un segundo infarto de miocardio o de complicaciones vasculares en la diabetes mellitus). La *American Heart Association* (AHA) llamó la atención acerca de que la dieta mediterránea podría ser una herramienta potencialmente útil en la prevención de la enfermedad coronaria, pero advirtió que era necesario realizar más estudios. Un meta-análisis publicado en 2008 ha destacado los efectos beneficiosos de una mayor adherencia a una dieta mediterránea tradicional sobre la mortalidad global y la mortalidad de origen cardiovascular (Sofi, Cesari, Abbate, Gensini, & Casini, 2008). Un reciente estudio de la Universidad de Navarra muestra que una dieta mediterránea enriquecida con aceite de oliva virgen o con frutos secos puede revertir la arterioesclerosis en las arterias carotídeas en sólo un año (Murie-Fernandez, et al., 2011). Actualmente, está en marcha a nivel estatal el estudio PREDIMED, que es el primer gran ensayo clínico, que aleatoriza pacientes de alto riesgo cardiovascular a una intervención con una dieta mediterránea tradicional o a un grupo control a los que se les aconseja seguir una dieta baja en todo tipo de grasa, para valorar sus efectos sobre la pre-

vención primaria de la enfermedad coronaria y, de este modo, evitar las limitaciones de otros estudios previos y conseguir el máximo grado de evidencia científica. En 2008, los resultados preliminares sugieren que la dieta mediterránea previene episodios cardiovasculares en sujetos de alto riesgo, pero no será hasta finales de 2012 cuando se finalice el estudio y se publiquen sus resultados (PREDIMED, 2009).

Objetivos y recomendaciones nutricionales

Por todos los motivos citados anteriormente, se necesitan unos objetivos y recomendaciones nutricionales que expresen cuáles son las ingestas deseables que pueden contribuir a un estado óptimo de nutrición y salud. Dichos objetivos y recomendaciones se basan en evidencias indirectas, por ello están sometidos a continuas revisiones y adaptaciones para hacerlos más reales y alcanzables por la mayoría de consumidores. En la tabla 1 se muestran los objetivos nutricionales para España propuesta por la SENC y por la FAO/OMS así como, la situación actual estimada.

Tabla 1. Objetivos nutricionales para España (SENC) y el comité de expertos FAO/OMS.

	Situación actual estimada en España ^a	Objetivos nutricionales FAO/OMS ^b	Objetivos nutricionales SENC ^c
IMC (kg/m ²)	IMC 25-26	IMC 18,5-24,9	IMC 20-25
Grasa total (% energía)	38-42 ^d	20-30	<35-40 ^e <30 ^f
Grasas saturadas y trans (% energía)	14-15	<10	<10
AGPI (% energía)	7	8-10%	5%
Omega-6		5-8%	
Omega-3		1-2%	2 g linolénico + 200 mg DHA
<i>Trans</i>		<1%	
Colesterol (mg/1.000 kcal)	165-170	<100	<100
Azúcares simples	10% energía	<10% energía	<4 veces/día
HC complejos (% energía)	33	↑45-65	>50
Fibra (g/día)	20-22	>25	>25
Sal (g/día)	9	<5	<6
Proteínas (% energía)	15	12-15	13
Alcohol (% energía)	6		<2 vasos vino/día
Fluoruros en agua (mg/l)	<1	0,7-1,2	1 mg/día

	Situación actual estimada en España ^a	Objetivos nutricionales FAO/OMS ^b	Objetivos nutricionales SENC ^c
Frutas	279	≥400 g/día	>300 g/día
Verduras y hortalizas	187		>250 g/día
Actividad física		1h/día intensidad moderada	PAL > 1,75

AGPI, ácidos grasos poliinsaturados; DHA, docosahexaenoico; HC, hidratos carbono; IMC, índice de masa corporal; PAL, nivel de actividad física (relación gasto energético/tasa de metabolismo basal).

^aDatos modificados de "La alimentación en España". MAPA; 2004; ^bFAO/OMS, 2003; ^cAranceta-Bartrina, J. Objetivos nutricionales y guías dietéticas. Propuesta de la SENC para la población española, 2001; ^dEnergía sin alcohol; ^eEn caso de utilizar habitualmente aceite de oliva; ^fEn caso de no utilizar habitualmente aceite de oliva.

Fuente: Modificado de Piédrola-Gil, 2008.

Para conseguir que los objetivos nutricionales planteados lleguen a la población y se hagan efectivos, es necesario desarrollar e implementar programas de promoción de la salud que contemplen distintos tipos de estrategias de intervención en la comunidad. Con tal finalidad, se publican las guías alimentarias, que expresan en alimentos los nutrientes y el valor energético recomendado, por medio de cantidades orientativas y recomendaciones sobre la frecuencia de consumo de raciones estándar de los alimentos (figuras 9 y 10).

En la figura 9 podemos ver la pirámide alimentaria de la SENC sobre una alimentación saludable. Como vemos es un triángulo donde se indica cómo alimentarse, desde la base, lo más recomendable para la salud hasta lo menos recomendable. En la base, muestra los alimentos que deben ser ingeridos diariamente como son los derivados de los cereales y patatas, verduras, hortalizas, frutas, leche y derivados lácteos, y aceite de oliva. Otros alimentos, como legumbres, frutos secos, pescados, huevos y carnes magras, se deben tomar varias veces a la semana, pero no diariamente. Por último y en la cúspide de la pirámide, podemos observar los alimentos que se aconseja moderar (consumo de carnes grasas, pastelería, bollería, azúcares y bebidas refrescantes). La SENC también recomienda ingerir como mínimo dos litros de agua diarios y la realización de, al menos, 30 minutos de actividad física. Finalmente, en la figura 10, podemos ver de forma más específica dichas recomendaciones y con un ejemplo de las raciones de cada grupo de alimentos.

A modo de resumen, podemos decir que las principales recomendaciones incluidas en las guías alimentarias se refieren a mantener el peso adecuado; moderar el consumo de grasas y de carnes rojas (particularmente la de vacuno y sobre todo las carnes procesadas); aumentar el consumo de cereales, preferentemente integrales, y aumentar el consumo de frutas, verduras y pescado; utilizar productos lácteos, total o parcialmente desnatados; moderar el consumo de alcohol y sal, y promocionar la práctica de ejercicio físico.

Figura 9. Pirámide de Alimentación Saludable (SENC, 2004).

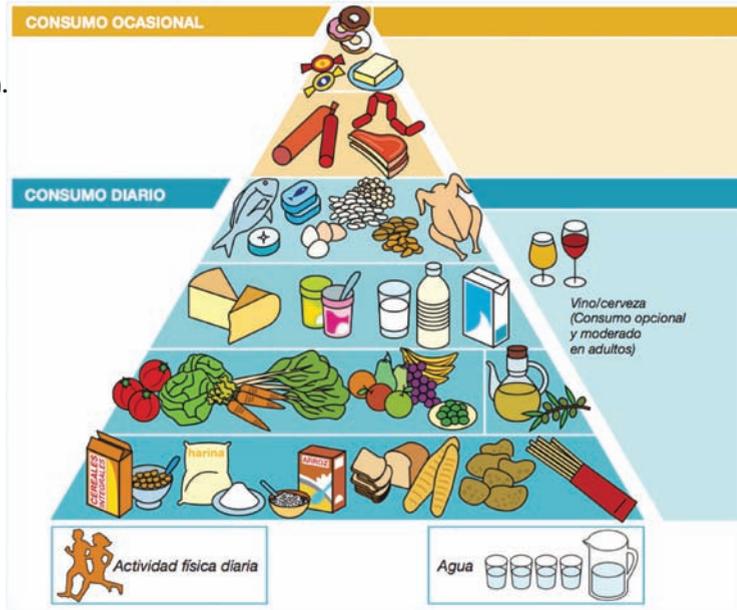


Figura 10. Pesos de raciones de cada grupo de alimentos y medidas caseras.

Grupos de alimentos	Frecuencia recomendada	Peso de cada ración (en crudo y neto)	Medidas caseras
Patatas, arroz, pan, pan integral y pasta	4-6 raciones al día ↑ formas integrales	60-80 g de pasta, arroz 40-60 g de pan 150-200 g de patatas	1 plato normal 3-4 rebanadas o un panecillo 1 patata grande o 2 pequeñas
Verduras y hortalizas	≈ 2 raciones al día	150-200 g	1 plato de ensalada variada 1 plato de verdura cocida 1 tomate grande, 2 zanahorias
Frutas	≈ 3 raciones al día	120-200 g	1 pieza mediana, 1 taza de cerezas, fresas..., 2 rodajas de melón...
Aceite de oliva	3-6 raciones al día	10 ml	1 cucharada sopera
Leche y derivados	2-4 raciones al día	200-250 ml de leche 200-250 g de yogur 40-60 g de queso curado 80-125 g de queso fresco	1 taza de leche 2 unidades de yogur 2-3 lonchas de queso 1 porción individual
Pescados	3-4 raciones a la semana	125-150 g	1 filete individual
Carnes magras, aves y huevos	3-4 raciones de cada a la semana. Alternar su consumo	100-125 g	1 filete pequeño, 1 cuarto de pollo o conejo, 1-2 huevos
Legumbres	2-4 raciones a la semana	60-80 g	1 plato normal individual
Frutos secos	3-7 raciones a la semana	20-30 g	1 puñado o ración individual
Embutidos y carnes grasas	Ocasional y moderado		
Dulces, snacks, refrescos	Ocasional y moderado		
Mantequilla, margarina y bollería	Ocasional y moderado		
Agua de bebida	4-8 raciones al día	200 ml aprox.	1 vaso o 1 botellín
Cerveza o vino	Consumo opcional y moderado en adultos	Vino: 100 ml Cerveza: 200 ml	1 vaso o 1 copa
Práctica de actividad física	Diario	> 30 minutos	

Fuente: Guía de Alimentación Saludable (SENC, 2004).

1.2.1.2. ACTIVIDAD FÍSICA

En los últimos 40 años ha habido un incremento muy importante del sedentarismo, ligado a una disminución progresiva de la cantidad de ejercicio físico que realizan las personas.

Los avances tecnológicos y en el transporte (multitud de ingenios mecánicos que nos hacen la vida más cómoda pero más sedentaria como por ejemplo, los ascensores y las escaleras mecánicas) han provocado que las personas reduzcan progresivamente su actividad física en las actividades de la vida diaria, disminuyendo el gasto energético asociado a ello y por tanto, se conviertan en sedentarios. Además, es difícil imaginar que esta tendencia no vaya a continuar en el futuro.

A todo ello, hay que añadir un entorno urbanístico poco favorable a la práctica de actividad física. Por lo que, se necesitan urgentemente medidas de salud pública eficaces para promover la actividad física y mejorar la salud pública en todo el mundo (Douglas, et al., 2006).

Conceptos Generales

La actividad física y el ejercicio no son términos intercambiables y, aunque se trata de conceptos diferentes, sus límites son a veces imprecisos (Caspersen, Powell, & Christenson, 1985).

La actividad física se define como el movimiento corporal producido por la contracción del músculo esquelético que aumenta el gasto energético por encima del nivel basal. Así pues, al hablar de actividad física debemos valorar las actividades que la persona realiza durante las 24 horas del día (como, por ejemplo, el trabajo, las tareas del hogar, las actividades de ocio o de tiempo libre y el transporte). Se trata, por tanto, de un término amplio que engloba al de ejercicio físico.

Mientras que el término "ejercicio físico" se utiliza para indicar la actividad física que es programada, estructurada y repetitiva que produce un mayor o menor consumo de energía, y cuyo principal objetivo es la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la forma física.

Tanto el ejercicio físico como la actividad física se definen por 4 componentes: tipo (modalidad del ejercicio), intensidad (consumo energético por unidad de tiempo), frecuencia (número de veces que se realiza la actividad física durante una semana) y duración (tiempo durante el cual se realiza la actividad física).

La forma física, consiste en una serie de atributos que las personas tienen o adquieren y que están relacionados con la capacidad de realizar actividad física. También se puede definir como la capacidad de realizar trabajo físico. La forma física es necesaria para todas las

actividades de la vida diaria y constituye un indicador de primer orden del estado de salud, además de ser un factor protector independiente de riesgo cardiovascular. Una persona con buena forma física tiene mayor capacidad para tolerar los desafíos físicos que plantea la vida diaria, mientras que la que no está en forma se verá obligada a interrumpir la actividad a causa de la fatiga.

Se distinguen cinco componentes de la forma física: resistencia cardiorrespiratoria (corazón y pulmones), fuerza muscular, resistencia muscular, composición corporal y flexibilidad. La resistencia cardiorrespiratoria es la capacidad para efectuar una actividad física prolongada. La fuerza y resistencia musculares están relacionadas y mejoran con ejercicios de carga. Las proporciones de músculo, tejido adiposo (grasa) y agua conforman la composición corporal. La flexibilidad guarda relación con la amplitud de movimientos y mejora con ejercicios suaves y sistemáticos de estiramiento muscular y del tejido conjuntivo que rodea los músculos.

El deporte, es un tipo de ejercicio que lleva implícito la competición con otras personas o contra uno mismo. El deporte se puede definir como un juego o un sistema ordenado de prácticas corporales en el que se hacen pruebas de agilidad, destreza o fuerza. El deporte tiene dos vertientes, el deporte de competición y el deporte de ocio.

En cambio, el sedentarismo, es la falta de actividad física. En realidad, todos los individuos tienen un cierto gasto energético, por lo que de forma operativa el sedentarismo se deberá definir como la falta de una cantidad determinada de actividad física, bien de forma diaria o semanal. Se acepta que un gasto menor de 500 kcal/semana, en los dos tipos de actividad física (laboral y de ocio) determinará el concepto de sedentarismo.

Evaluación del nivel de actividad física

El gasto energético asociado a la actividad física es uno de los componentes del gasto energético total de la persona (TEE; *Total Energy Expenditure*), junto con el gasto energético de reposo (RMR; *Resting Metabolic Rate*) y el debido a la termogénesis alimentaria (DIT; *Diet-induced thermogenesis*). En ausencia de patología, siguiendo una dieta normal, el RMR contribuye en un 60-70% al TEE y el DIT en un 10%. Así como el RMR depende de la edad y el peso de la persona, parece ser que el DIT es independiente de la edad (Maffeis, Schutz, Schena, Zaffanello, & Pinelli, 1993). El gasto energético asociado al ejercicio es el parámetro más variable del total, oscilando entre el 25-30% hasta el 75% del TEE, en situaciones de esfuerzo muy intenso (Trappe, Gastaldelli, Jozsi, Troup, & Wolfe, 1997).

Existen diferentes formas de medir la intensidad del ejercicio físico: METs, Kilocalorías, consumo de oxígeno, frecuencia cardíaca, test del habla o escala subjetiva de Borg.

El MET (*Metabolic Energy Turnover*) o equivalente metabólico, es una unidad que se utiliza para estimar el costo metabólico (consumo de oxígeno) de la actividad física. Un MET es igual a la tasa metabólica en reposo de aproximadamente 3,5 mL O₂/kg/min, y representa la tasa aproximada de consumo de oxígeno de un adulto de unos 70 kg sentado en reposo. La actividad física incluye la actividad realizada a una intensidad de tres a seis MET, o el equivalente a caminar rápidamente, de 4,8 a 6,4 kilómetros por hora. Pasear en bicicleta, nadar de forma moderada, jugar al golf, hacer limpieza general en casa, o cortar el césped también constituyen una actividad física moderada (Pate, et al., 1995).

$$\text{Valor en MET} = \frac{\text{Gasto energético/kg de peso/hora en esa actividad}}{\text{Gasto energético/kg peso/hora en reposo}}$$

También se pueden utilizar las kilocalorías para determinar el gasto de energía. Así por ejemplo, caminar 1 Km implica un gasto energético equivalente a consumir aproximadamente 140 kcal. Correr 1 Km supone gastar unas 200 kcal. Se da la equivalencia de que una actividad física que requiera una intensidad de 1 MET supone un gasto de energía de 1 kcal/kg de peso/h (figura 11). Ahora bien, el gasto de energía tiene un amplio margen de variabilidad, dependiendo de la composición corporal y de la eficacia metabólica del sujeto.

Figura 11. Tipos de ejercicio físico según el gasto calórico.

Ejercicio moderado ligero (gasto <7 Cal/min)	Ejercicio moderado-fuerte (gasto 8-12 Cal/min)	Ejercicio fuerte (gasto >12 Cal/min)
<ul style="list-style-type: none"> •Tiro al arco •Bicicleta (8-16 km/h) •Billar •Bolos •Bailar •Golf •Montar a caballo •Nadar (18-23m/min) •Caminar (3-6 km/h) 	<ul style="list-style-type: none"> •Baloncesto •Bicicleta (17-22 km/h) •Bailar, aerobio •Frontón •Correr (5-7 km/h) •Fútbol •Nadar (27-46 m/min) •Tenis •Voleibol •Caminar (7-9 km/h) 	<ul style="list-style-type: none"> •Bicicleta (24-28 km/h) •Correr (11-15 km/h) •Esquí de fondo •Nadar (50-64 m/min)

Según la OMS (2010), se entiende por actividad física moderada la que requiere un ejercicio físico moderado, que acelera de forma perceptible el ritmo cardiaco, y requiere aproximadamente entre 3 y 6 MET. Ejemplos de ejercicio moderado serían: caminar a paso rápido, bailar, realizar tareas domésticas, etc. En cambio, una actividad física intensa requiere una gran cantidad de esfuerzo y provoca una respiración rápida y un aumento sustancial de la frecuencia cardiaca (aproximadamente > 6 MET). Ejemplos de ejercicios vigorosos serían: footing, ascen-

der a paso rápido, desplazamientos rápidos en bicicleta, aeróbic, natación rápida, deportes y juegos competitivos (fútbol, voleibol, baloncesto ...). Ahora bien, debemos tener en cuenta que la intensidad de las diferentes formas de actividad física varía de una persona a otra. La intensidad de la actividad física depende de lo ejercitado que esté cada uno y de su forma física. Por consiguiente, los ejemplos anteriores son orientativos y variarán de una persona a otra.

Para la población adulta están cuantificadas más de 600 actividades relacionadas con el gasto energético que suponen (Ainsworth, et al., 2011; Ainsworth, et al., 1993; Ainsworth, et al., 2000). Estas actividades están definidas a partir de pruebas realizadas a individuos jóvenes, sanos y en condiciones de laboratorio. Cuando se debe calcular el gasto energético a partir de un método subjetivo, por ejemplo mediante un cuestionario, se utilizan estos valores de MET asignados a cada actividad física para, juntamente con la frecuencia y la duración de la misma, realizar este cálculo.

La intensidad suele definirse también en términos categóricos como: ligera, moderada y vigorosa. En general se define la actividad física moderada como aquella que “hace respirar un poco más fuerte de lo normal” o que supone “empezar a sudar”. La actividad vigorosa es aquella que supone “respirar mucho más fuerte de lo normal” o “que aumenta la respiración dificultando el mantener una conversación”. Estas intensidades han sido catalogadas en valores de MET, tanto en población adulta como en niños y jóvenes. En población adulta la actividad moderada equivale a un intervalo de 3 a 6 METs, la intensa a más de 6 METs. En niños y jóvenes se ha definido la actividad física ligera como aquella que supone un gasto energético inferior a 5 METs, la moderada entre 5 y 8 METs y la intensa superior a 8 METs. Evidentemente, esta definición está sometida a la percepción individuo que es examinado y, por tanto, depende de la edad, sexo, nivel de condición física de la persona así como de la duración total de la actividad física que se está evaluando (HHS, 1996).

Beneficios del ejercicio físico

El vínculo entre actividad física y los beneficios sobre la salud son ampliamente conocidos. Así como, que el sedentarismo provoca problemas importantes de salud y se convierte en el germen de muchas enfermedades, tanto de forma directa como indirecta.

La actividad física regular es una parte importante del estilo de vida saludable que comporta beneficios que contribuyen al bienestar de las personas en los ámbitos físico, psíquico y social (Duncan, Al-Nakeeb, & Nevill, 2004; Gray & Leyland, 2008; Hagger, Chatzisarantis, & Biddle, 2001; HHS, 2000; Puhl & Brownell, 2003; Telama, et al., 2005; WHO, 2007). Los resultados son tan evidentes, que cada vez existe un mayor consenso por impulsar la actividad física como fuente de salud. La evidencia científica se ha acumulado de tal modo que los estudios actuales se enfocan ya más al estudio de la naturaleza de las relaciones entre

ambos elementos, que en determinar si estas relaciones existen. Además, debemos tener en cuenta que la importancia de la práctica de ejercicio físico es doble, ya que además de ser un hábito saludable en sí mismo es un impulsor de otros hábitos de salud.

Las personas que presentan un estilo de vida activo tienen tasas más bajas de mortalidad y una mayor longevidad que las que mantienen una actividad sedentaria (Knoops, et al., 2004; I. M. Lee, Paffenbarger, & Hennekens, 1997; Paffenbarger, et al., 1994). Es más, aquellas que en un determinado momento de su vida abandonan el sedentarismo e inician una forma de vida físicamente activa, también reducen de forma significativa sus tasas de mortalidad (Blair, et al., 1995; Paffenbarger, et al., 1993), aunque hay que tener presente que la protección que otorga el ejercicio físico no es permanente si se deja de practicar. Sus beneficios se dan mientras la actividad física se mantenga en el tiempo (Paffenbarger, Hyde, Jung, & Wing, 1984), y se produce además una reducción de la mortalidad a medida que el nivel de forma física aumenta (Balady, 2002; Myers, et al., 2002).

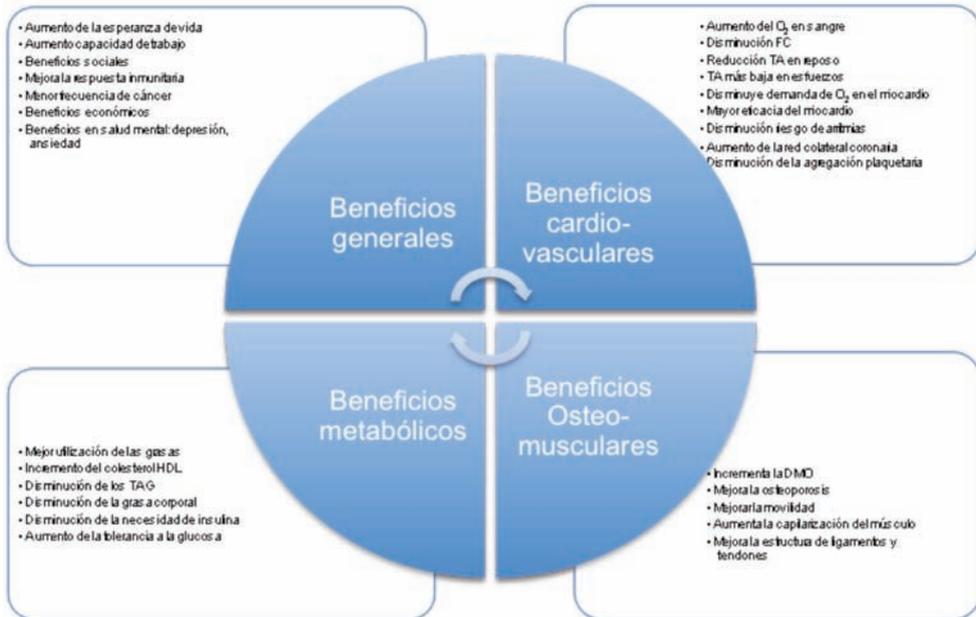
Un reciente estudio publicado en la revista *Lancet* demuestra que 15 minutos al día o 90 minutos a la semana de ejercicio físico produce una reducción en todas las causas de muerte, incluidos todos los tipos de cáncer, así como un aumento de la vida útil de las personas de 3 años (Wen, et al., 2011).

Los estudios epidemiológicos analíticos han ido acumulando evidencias no sólo del efecto protector de la actividad física sobre diversas enfermedades, sino de que la buena forma física supone una reducción del riesgo de muerte por todas las causas, independientemente de la presencia de otros factores de riesgo, además de mejorar la calidad de vida de forma considerable (Abu-Omar & Rutten, 2008). Asimismo, el sector de la población que puede beneficiarse de esta posibilidad es amplísimo, lo que incrementa considerablemente el impacto potencial de las intervenciones. Así, adoptar un estilo de vida físicamente más activo se ha asociado, entre otras cosas, con un menor riesgo de hipertensión arterial (Chobanian, et al., 2003; Fagard, 2001; Pescatello, et al., 2004), cardiopatía isquémica (Fletcher, et al., 2001; M. L. Pollock, et al., 2000; Sesso, Paffenbarger, & Lee, 2000; Tanasescu, et al., 2002; Thompson, et al., 2003), osteoporosis (Vuori, 2001; Wolff, van Croonenborg, Kemper, Kostense, & Twisk, 1999), obesidad (Force, 2003; Wing & Hill, 2001), diabetes (Knowler, et al., 2002; Kriska, et al., 2003; Sigal, Kenny, Wasserman, & Castaneda-Sceppa, 2004) y otras enfermedades y afecciones tales como la modificación del nivel de tolerancia a la glucosa, de la sensibilidad a la insulina o del perfil lipídico (Varo Cerna-ruzabeitia, Martínez Hernández, & Martínez González, 2003), así como, ansiedad, depresión (Brosse, Sheets, Lett, & Blumenthal, 2002; K. M. Pollock, 2001), insomnio y los trastornos del ánimo. Aunque menos sólidas, también existen pruebas de un efecto favorable sobre la incidencia de algunos cánceres, especialmente el de colon, próstata, mama, endometrio, ovario y testículo (R. A. Breslow, Ballard-Barbash, Munoz, & Graubard, 2001; Mao, Pan, Wen, & Johnson, 2003; Slaterry & Potter, 2002) y sobre la litiasis renal. Estudios recientes, han demostrado que la pérdida de peso inducida por el ejercicio, reduce significativamente la grasa total y la visceral,

además de mejorar la condición respiratoria. La actividad física que no se acompaña de reducción de peso también tiene los mismos efectos beneficiosos (Ross, et al., 2004). Pueden verse de forma esquemática los beneficios del ejercicio físico en la figura 12.

Figura 12. Beneficios de la actividad física.

Fuente: Elaboración propia.



A partir de los estudios epidemiológicos descritos anteriormente a continuación se exponen algunas enfermedades y procesos en los que existe un potencial preventivo o terapéutico al adoptar un estilo de vida que incluya la práctica de actividad física.

a) Enfermedades cardiovasculares: La actividad física regular reduce el riesgo de mortalidad por enfermedad cardiovascular en general y cardiopatía coronaria en particular, con un nivel similar al de otros factores relacionados con el estilo de vida, como por ejemplo el tabaquismo. Respecto a la enfermedad cerebrovascular, aunque parece disminuir el riesgo, no hay datos concluyentes. Además, el ejercicio físico regular previene o retrasa el desarrollo de la hipertensión y mejora la situación de las personas que ya la padecen. Se pueden lograr unas disminuciones medias de 10 mmHg en la presión arterial tras 6 meses de práctica de ejercicio aeróbico. Por otra parte, el entrenamiento aeróbico induce efectos beneficiosos sobre las lipoproteínas, incrementando las HDL y disminuyendo las LDL y los triglicéridos (Warburton, Nicol, & Bredin, 2006).

El riesgo relativo de padecer un evento cardiovascular es el doble en individuos sedentarios que en activos. En el estudio Framingham se demostró que tras 14 años de seguimiento la morbimortalidad cardiovascular era inversamente proporcional al nivel de actividad física.

Se ha podido demostrar que un gasto entre 500-2.000 Kcal/semana provoca beneficios cardiovasculares, no obteniéndose beneficios mayores incrementando el gasto. Para que nos hagamos una idea, un gasto de unas 2.000 Kcal supone correr o caminar a buen ritmo unos 30 km a la semana.

Los mecanismos por los que el ejercicio previene la cardiopatía isquémica son diversos, desatancando los siguientes (Gielen, Schuler, & Hambrecht, 2001):

- Se consume menos oxígeno, ya que el trabajo cardiovascular y respiratorio se hace más eficiente. De esta forma hay más oxígeno para abastecer el miocardio.
- Aumento del flujo coronario.
- Descenso de la frecuencia cardíaca con mayor volumen diastólico, y por tanto sistólico, reduce el trabajo del miocardio que disminuye el consumo intrínseco de oxígeno.
- Se favorece la circulación colateral coronaria debido al entrenamiento.

b) Obesidad: La actividad física puede afectar favorablemente tanto a la disminución como a la distribución de la grasa corporal. El papel de la actividad física en la prevención del sobrepeso y la obesidad es esencial, ya que es un problema muy frecuente en las sociedades industrializadas. El sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo muy importantes y causa de muchas enfermedades como la cardiopatía coronaria, los accidentes cerebrovasculares, la diabetes, la artrosis, el dolor lumbar, algunos cánceres, además de numerosos problemas de carácter psicológico y social. Los estudios demuestran de forma convincente que, sin una actividad física regular, el control de peso suele resultar imposible de lograr. Además, se ha demostrado que el ejercicio físico resulta más efectivo que la dieta para el control de peso a largo plazo (Wing & Phelan, 2005).

c) Diabetes Mellitus tipo 2: La actividad física regular reduce el riesgo de desarrollar la diabetes mellitus tipo 2, además de aumentar la tolerancia a la glucosa. El ejercicio físico tiene una serie de efectos sobre la diabetes:

- De forma directa: aumento del número y de la sensibilidad de los receptores a la insulina a nivel del músculo y adipocitos, aumento del transporte de glucosa y mejor modulación en la secreción de la insulina.
- Y, de forma indirecta: disminución del peso, disminución del porcentaje de grasa, mejor flujo vascular, disminución de la concentración de glucosa, mayor resíntesis de glucógeno, y disminución de los lípidos sanguíneos.

d) Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y asma: El ejercicio en personas con EPOC mejora los síntomas respiratorios y mejora la habilidad para llevar a cabo las tareas diarias. Aunque, en este caso, debe tenerse en cuenta el grado de alteración respiratoria a la hora de aconsejar el ejercicio.

También se han podido comprobar mejorías importantes con programas de ejercicio en niños asmáticos como disminuciones del umbral de la crisis asmática y del número de crisis asmáticas, así como una mejora del estatus asmático.

e) **Cáncer:** La actividad física se asocia a una reducción del cáncer de colon (reduciéndose en un 20-30%). Se ha visto que el ejercicio físico afecta al control del tránsito del colon y estimula su peristaltismo. Existen evidencias científicas aunque no suficientes que muestran menor incidencia de cáncer de próstata y de mama en sujetos activos respecto a los no activos. Los datos de que se dispone son muy escasos para extraer conclusiones relativas a los cánceres de endometrio, ovario o testículos (I. M. Lee, 2003).

i) **Área psicosocial:** La actividad física parece aliviar los síntomas de depresión y ansiedad, y mejorar el estado de ánimo. Es muy probable que algunos efectos psicológicos beneficiosos estén relacionados con un incremento de endorfinas, que produce un aumento de la sensación de bienestar y de euforia. La actividad física o el ejercicio además de producir una sensación de bienestar, incide en el nivel de autosatisfacción, el aumento de la seguridad y la confianza en uno mismo; lo que hace que mejoren las funciones a nivel personal, social y laboral. Los sujetos que practican ejercicio, mejoran las funciones intelectuales, reducen el tiempo de reacción para labores mentales en las que participa la memoria. El ejercicio físico ha sido utilizado como apoyo en programas de deshabituación de drogodependencias y alcoholismo (Warburton, et al., 2006).

Niveles de evidencia de cada uno de los efectos positivos del ejercicio

El Departamento de Salud del Gobierno de los Estados Unidos recoge en sus recientes directrices *Physical Activity Guidelines for Americans* (US Department of Health and Human HHS, 2008) los niveles de evidencia de cada uno de los efectos positivos del ejercicio sobre la salud en los diferentes estratos poblacionales (tabla 2).

Tabla 2. Niveles de Evidencia de cada uno de los efectos positivos del ejercicio.

	Niños y adolescentes	Adultos y mayores
Fuerte Evidencia	Mejor condición física cardiorrespiratoria	Menor riesgo de muerte prematura
	Mejor condición muscular	Menor riesgo de enfermedad coronaria
	Mejor salud ósea	Menor riesgo de ictus
	Mejores marcadores de salud cardiovascular	Menos riesgo de hipertensión arterial
		Menor riesgo de dislipemias adversas
		Menor riesgo de diabetes tipo 2
		Menor riesgo de síndrome metabólico

	Niños y adolescentes	Adultos y mayores
Fuerte Evidencia		Menor riesgo de cáncer de colón Menor riesgo de cáncer de mama Prevención del aumento de peso Mejor condición física cardiorrespiratoria Mejor condición muscular Prevención de caídas Mejor función cognitiva (ancianos)
Evidencia Moderada A fuerte		Mejor salud funcional Menor obesidad abdominal
Evidencia Moderada	Menos síntomas de depresión	Menor riesgo de fractura de cadera Menor riesgo de cáncer de pulmón Menor riesgo de cáncer endometrial Mantenimiento del peso después del adelgazamiento Mejor densidad ósea Mejor calidad del sueño

Modificado de *Physical Activity Guidelines for Americans* (Gobierno EEUU, 2008).

La evidencia científica disponible con respecto al grupo de edades de 5 a 17 años respalda la conclusión de que la actividad física reporta en general beneficios fundamentales para la salud de niños y jóvenes. Esta conclusión está basada en los resultados de varios estudios, que han observado que el aumento de actividad física estaba asociado a unos parámetros de salud más favorables, y de trabajos experimentales que han evidenciado una asociación entre las intervenciones de actividad física y la mejora de los indicadores de salud. Algunos de los beneficios documentados son: mejora de la forma física (tanto de las funciones cardiorrespiratorias como de la fuerza muscular), reducción de la grasa corporal, perfil favorable de riesgo de enfermedades cardiovasculares y metabólicas, mayor salud ósea, y menor presencia de síntomas de depresión (Janssen, 2007; OMS, 2010).

Epidemiología

En la investigación epidemiológica, es fundamental, una medida precisa de la actividad física para determinar sus potenciales beneficios en la salud. Se han utilizado, diferentes técnicas para calcular el gasto energético asociado a la actividad física, tales como los cuestionarios, diarios, recuerdo 7-días, etc. Ahora bien, los cuestionarios son el método más ampliamente utilizado para obtener información sobre la actividad física, debido a su bajo costo, sencillez y brevedad.

En Europa, la encuesta del Eurobarómetro llevada a cabo en 2004, en los 15 países que componían entonces la Unión Europea, muestra la situación del sedentarismo en Europa. Un 57,14% de los encuestados no habían realizado ninguna actividad física intensa en los 7 días anteriores, y un 40,8% de ellos no habían realizado ni siquiera una actividad física moderada en dicho período. La encuesta confirma una tendencia inexorable de la sociedad hacia la automatización y la inmovilidad, e identifica a los grupos de riesgo. La actividad física variaba de forma significativa entre los grupos de edad, así, el 80% de las personas mayores no habían realizado ninguna actividad física intensa durante la semana anterior, mientras que este porcentaje descendía hasta el 43% en el caso de los jóvenes entre 15 y 25 años. Respecto a la diferencia por sexos, uno de cada dos hombres no había realizado ninguna actividad física intensa durante la semana anterior, al igual que dos de cada tres mujeres. Además, las diferencias socioeconómicas, culturales y demográficas entre países del norte de Europa y mediterráneos siguen siendo muy importantes, hecho que podría explicar una gran parte de las amplias diferencias en el nivel de sedentarismo en Europa. Portugal, Bélgica, España, Italia y Grecia tienen la prevalencia de sedentarismo más elevada. Mientras que en el lado opuesto se encuentran países del norte de Europa, con niveles mayores de actividad física: Dinamarca, Finlandia, Suecia y Alemania (Piedrola, 2008).

En España, la Encuesta Nacional de Salud del 2006, refleja que el 59,6% de los encuestados practicaban ejercicio físico en el tiempo libre. De este porcentaje, las mujeres participan en una proporción algo menor que los hombres, 56,3% frente al 63,1%, en el género masculino. Las personas de 16 a 24 años mostraban el mayor porcentaje (63,8%) y el grupo de edad de 25 a 44 años, el menor (57,1%). En la población infantil, el porcentaje alcanza el 80,3%, aunque un 17,6% de los niños y un 21,9% de las niñas mantienen una conducta sedentaria. Pero lo que es realmente preocupante, es que a medida que aumenta la edad va perdiéndose el hábito de realizar actividad física (INE, 2008). Además, la mayor parte de la población desarrolla su actividad laboral en puestos de trabajo que producen consumos energéticos bajos y, en consecuencia, no obtienen ninguna protección frente al riesgo de desarrollar enfermedades, y es por tanto, en su tiempo libre cuando deberían dedicar un tiempo a desarrollar esos niveles de actividad física.

En este mismo sentido, la Encuesta de Salud de les Illes Balears del 2007, refleja que el 57,2% de la población (58,8% de los hombres y 55,6% de las mujeres) manifestaban que realizaban algún tipo de actividad física en su tiempo libre, porcentaje que disminuía con la edad. La actividad física en el tiempo libre era más frecuente entre los hombres más jóvenes que entre las mujeres de su misma edad y, dedicaban más tiempo a ella las personas de clase social alta. El 54,4% de la población adulta manifestaba que no realizaba todo el ejercicio deseado (57,3% de las mujeres y 51,5% de los hombres) y el motivo más frecuente era la falta de tiempo (49%), superior entre las mujeres (51,1%) que entre los hombres (46,8%) seguido de la falta de voluntad. Dichos motivos variaban con la edad,

así, un 36,5% de los jóvenes de 16-24 años manifestaban no tener fuerza de voluntad para realizar ejercicio físico, mientras que la falta de tiempo era el motivo más frecuente entre las personas de entre 25 y 44 años. En el caso de niños y niñas de edades comprendidas entre 5 y 15 años, el 11,3% de los/as niños/as no realizaba ningún tipo de actividad física en su tiempo libre, el 33,7% la realizaba de manera ocasional, el 29,6% regularmente y el 25,4% hacia algún deporte o actividad física varias veces a la semana. En esta franja de edad había también claras diferencias de género, ya que los niños practicaban más actividad física que las niñas. El porcentaje de niñas que no practicaban habitualmente ningún tipo de actividad era más del doble que el de los niños (Cabeza, Artigues, Pujol, Tortella, & Yañez, 2009).

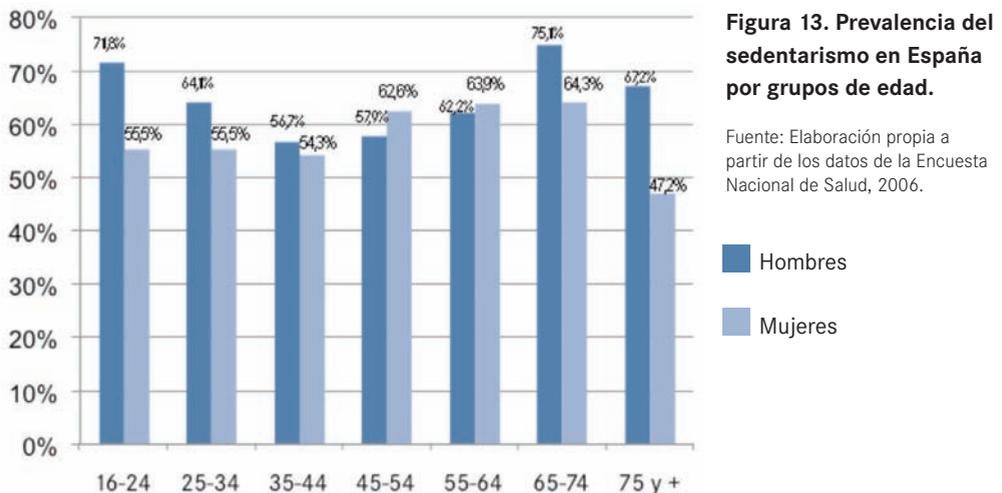
Conseguir que las personas adopten una vida activa es un proceso complejo que se ve influenciado por varios factores, incluyendo factores personales, sociales y ambientales (Pan, et al., 2009). Se cree que un estilo de vida saludable en la etapa adulta se consigue con los hábitos adquiridos a edades tempranas, sobre todo durante la adolescencia (R. L. Lee & Loke, 2005). Diversos estudios han demostrado que la actividad física disminuye de manera significativa entre la adolescencia y la juventud, y esto puede ser explicado por el hecho de que la práctica de ejercicio físico se convierte en una actividad voluntaria cuando las personas abandonan la escuela secundaria y empiezan a trabajar o estudiar en la universidad (Bauer, Nelson, Boutelle, & Neumark-Sztainer, 2008; Molina-Garcia, Castillo, & Pablos, 2009). Un metanálisis de estudios previos sobre las conductas de los estudiantes universitarios en relación a la actividad física y a los factores determinantes encontró que alrededor del 40-50% de los estudiantes universitarios son físicamente inactivos (Keating, Guan, Pinero, & Bridges, 2005). Cambios en los niveles de actividad física y en la aptitud física entre la adolescencia y la juventud se han relacionado con el aumento de peso (Economos, Hildebrandt, & Hyatt, 2008; Edmonds, et al., 2008; Pullman, et al., 2009), y con un mayor riesgo de desarrollar factores de riesgo cardiovascular en la edad adulta (Boreham, et al., 2002; Hasselstrom, Hansen, Froberg, & Andersen, 2002).

La universidad es un contexto ideal en el que aprender y consolidar la vida personal y profesional, incluyendo un estilo de vida que va a determinar la salud futura (Keller, Maddock, Hannover, Thyrian, & Basler, 2008; Molina-Garcia, et al., 2009; Quintiliani, Allen, Marino, Kelly-Weeder, & Li, 2010). Sin embargo, muchos estudiantes se enfrentan a una creciente presión debido a la participación en actividades académicas, sin tiempo ni la motivación suficiente para el desarrollo de actividad física (Ulla-Diez & Perez-Fortis, 2009). De hecho se ha informado de que la inactividad física es un problema grave entre los estudiantes universitarios, lo que podría contribuir a los inconvenientes de no ser suficientemente activos (Irwin, 2007), destacando la importancia de los programas de actividad física en estas instituciones. Debe ser responsabilidad de las universidades el promover la práctica de actividad física

y la participación en actividades deportivas entre sus estudiantes. Para ello, es necesario examinar los patrones de actividad física y los factores determinantes de los estudiantes con múltiples enfoques.

Sedentarismo, sobrepeso y obesidad

El Eurobarómetro de 2009, nos muestra que la práctica de actividad física y deportiva en España se encuentra por debajo de la media de los 27 países europeos encuestados y presenta un elevado índice de sedentarismo (EC-UE, 2009). En este sentido, los resultados de la Encuesta Nacional de Salud, muestran que un 17,6% de hombres y un 21,9% de mujeres no realizan actividad física en tiempo libre. En la figura 13 podemos observar la prevalencia de sedentarismo en España por grupos de edad.



El sedentarismo es una de las 10 causas fundamentales de mortalidad y discapacidad. La OMS estima que la inactividad física causa en conjunto 1,9 millones de defunciones a nivel mundial y está relacionada con la prevalencia del cáncer de mama, cáncer colorrectal y diabetes mellitus, y aproximadamente un 22% de los casos de cardiopatía isquémica (OMS, 2003). En este mismo sentido, el estudio sobre la Carga Global de Enfermedad (*Global Burden of Disease Study*) estima que la inactividad física representa la 8ª causa de muerte en el mundo y supone un 1% de la carga total de enfermedad, medida como años de vida ajustados por discapacidad en el mundo (*Disability Adjusted Life Years, DALY*) (Murray & López, 2002). La Encuesta Nacional de Salud, relaciona la inactividad con un 7% del total de las muertes en España (INE, 2008). Por lo que podemos concluir que el sedentarismo es el factor de riesgo, asociado a los hábitos de vida actuales, que más impacto tiene sobre la salud por su clara implicación en el desarrollo de numerosas enfermedades.

La OMS, en su informe anual sobre la salud en el Mundo de 2002, destaca que un 47% de la mortalidad puede atribuirse a sólo 20 factores de riesgo principales y, más de una tercera parte a los 10 primeros. En la tabla 3 puede apreciarse que en los países desarrollados el sedentarismo es el 7º factor de riesgo, y con evidencia científica de su incidencia sobre el 2º, 4º y 5 factores (hipertensión, dislipemias y exceso de peso).

Tabla 3. Factores de impacto sobre la mortalidad en los países desarrollados.

FACTOR DE RIESGO	
Tabaquismo	12,2%
Hipertensión Arterial	10,9%
Consumo de alcohol	9,2%
Dislipemias	7,6%
Exceso de peso	7,4%
Bajo consumo de frutas y verduras	3,9%
Inactividad física	3,3%
Drogas ilícitas	1,8%
Prácticas sexuales de riesgo	0,8%
Carencia de hierro	0,7%

Fuente: Modificado del Informe sobre la Salud en el Mundo de 2002 (OMS).

En este sentido, los resultados del estudio de la Cohorte de Canarias muestran que el sedentarismo se asocia directamente con el síndrome metabólico, el índice de masa corporal, las circunferencias abdominales y pélvica, la presión arterial sistólica, la frecuencia cardiaca, los triglicéridos, e inversamente con el colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad (HDL-col) (Cabrera De León, et al., 2007). Y, en el estudio Seguimiento Universidad de Navarra (SUN) muestra la relación directa entre sedentarismo y riesgo de hipertensión (Beunza, et al., 2007).

Las consecuencias económicas del sedentarismo todavía no se conocen con exactitud. En Estados Unidos sabemos que significan entre el 2,4 y el 5% de su gasto público anual en salud (Colditz, 1999; Pratt, Macera, & Wang, 2000).

La patología que tiene mayor relación con el sedentarismo es la obesidad. Según la OMS, la obesidad y el sobrepeso han alcanzado caracteres de epidemia a nivel mundial, por lo que representan uno de los principales problemas de la salud pública.

Se calcula que en la Unión Europea la obesidad representa hasta un 7% de los gastos de salud pública, cifra que seguirá aumentando debida cuenta de su tendencia al alza. Aunque no se dispone de datos pormenorizados para todos los Estados miembros de la UE, los estu-

dios realizados ponen de relieve el alto coste económico de este factor de riesgo. Distintos estudios señalan que los gastos anuales en asistencia sanitaria de un adulto medio obeso son un 37% superiores a los de una persona de peso normal, y los gastos de medicación un 77% más altos. Estos costes directos no tienen en cuenta la reducción de la productividad debida a las discapacidades y a la mortalidad prematura (CSD, 2010).

En España, según la Encuesta Nacional de Salud de 2006, el sobrepeso en los mayores de 17 años afecta a un 44,42% de los hombres y un 30,27% de las mujeres; un 15,54% y un 14,95%, respectivamente, sufren obesidad. En la población infantil (entre 2 y 17 años) el sobrepeso afecta a un 19,67% de los hombres y a un 17,24% de mujeres, mientras que un 9,39% y un 8,86%, respectivamente, presentan obesidad. Los datos aportados por la OMS para los países europeos, sitúan a España como segundo de 32 países, tras Malta, en sobrepeso (25%) y obesidad (13%) en niños y niñas de 13 años; y el cuarto en sobrepeso (21%), y obesidad (12%), en niños y niñas de 15 años. En cuando a las Islas Baleares, según la ESIB-07, el 47,9% de la población presentaba un exceso de peso (el 12,2% de la población era obesa y el 35,7% presentaba sobrepeso). La frecuencia de sobrepeso era superior en hombres (42,5%) que en mujeres (28,6%). La prevalencia de bajo peso era inapreciable en hombres (0,4%) y ligeramente más elevada en mujeres (4,9%).

La obesidad tiene importantes consecuencias para la salud, como un aumento de las enfermedades cardiovasculares (tanto enfermedad coronaria como accidentes cerebrovasculares), hipertensión arterial, diabetes tipo 2, algunos tipos de tumores (endometrio, mama, colon, próstata, riñón y vesícula biliar) y enfermedades musculoesqueléticas (Fernández-Crehuet Navajas, Martínez González, & Gómez-Aracena, 2008).

Los enfermos obesos tienen un mayor riesgo de morbimortalidad. Según la OMS (2002a) los riesgos relativos (RR) aproximados para diferentes patologías serían los siguientes:

- a) RR ≥ 3 para la diabetes tipo 2, enfermedades de la vesícula biliar, dislipemia, mayor resistencia a la insulina, disnea y apnea del sueño.
- b) RR 2-3 para enfermedades cardiovasculares, hipertensión, osteoartritis, hiperuricemia y gota.
- c) RR 1-2 para cáncer, patología hormonal reproductiva, ovario poliquístico, infertilidad, dolor de espalda, complicaciones y defectos fetales en madres con obesidad.

Además, debemos tener en cuenta que la esperanza de vida del individuo obeso disminuye en relación inversa al porcentaje de sobrepeso. El acortamiento de la esperanza de vida para una persona con sobrepeso del 25% se ha estimado en 4 años, con un riesgo de muerte súbita tres veces mayor que para la población no obesa. Cuando el IMC supera el valor 35, la mortalidad global se duplica, y al alcanzar un sobrepeso del 100% (IMC $>40\text{Kg}/\text{m}^2$), lo que se denomina obesidad mórbida, la disminución de la esperanza de vida se sitúa en 9,3 años y la muerte súbita en 13 veces más frecuente.

Aunque se sabe que los factores genéticos pueden influir en el aumento de peso de la población, son la dieta y el estilo de vida sedentario los determinantes más importantes para explicar los altos porcentajes de sobrepeso y obesidad registrados en los países desarrollados (Sanchez-Villegas, Martínez-Gonzalez, et al., 2002). En los países más desarrollados contrariamente a lo que pasa en los países en vías de desarrollo, la obesidad suele estar ligada a los grupos sociales con un menor nivel socioeconómico, lo que podría estar relacionado con una mayor ingesta calórica, con predominio de los hidratos de carbono simples, así como la frecuentación de los restaurantes de comida rápida.

En la última década se ha descrito ampliamente el desarrollo de un ambiente “obesogénico” en el mundo. Se trata del aumento del número de restaurantes de comida rápida, de máquinas expendedoras de bebidas azucaradas, de alto consumo de comida precocinada y del aumento de la ingesta de snacks entre las comidas. También existe el denominado “ambiente construido” (del inglés, *built environment*) incluye diversos factores que participan en la obesidad: espacios de trabajo y recreacionales, las características del transporte entre los centros de trabajo o estudio y los centros comerciales, además de una serie de factores relacionados con el urbanismo y la salud (Fernández-Crehuet Navajas, Martínez González, et al., 2008).

En España, el estudio ENKID (Serra Majem & Ribas Barba, 2001) pone de manifiesto que la obesidad en edad infantil y juvenil está adquiriendo dimensiones que merecen una especial atención. La prevalencia de obesidad entre los 2 y los 24 años en España se estima en un 13,9% y la prevalencia de sobrepeso, en un 12,4%. Así, por encima de valores de sobrepeso encontraríamos al 26,3% de la población infantil y juvenil española. La prevalencia de obesidad es más elevada en los varones (15,6%) que en las mujeres (12%), con una diferencia estadísticamente significativa. En este estudio también se incluyó la evaluación de la actividad física en dicha población y se observó que más del 60% de los jóvenes españoles no practicaba ejercicio o lo hacía menos de dos veces a la semana. En las chicas ese porcentaje superó el 75%. Con ello se pudo concluir que un alto porcentaje de niños y adolescentes españoles no practicaba ejercicio físico fuera de la escuela de manera regular. Además, debemos tener en cuenta que la práctica de la educación física escolar ha disminuido y la práctica de la actividad física y deportiva infantil se ha estabilizado y presenta valores muy por debajo de lo deseable.

La prevalencia de obesidad en la edad infantil y juvenil, en los que no practican ningún deporte habitualmente es más elevada en comparación con los que sí tienen este hábito, especialmente entre los chicos y chicas que practican actividades deportivas 3 veces a la semana. Existen diversos estudios que confirman el aumento del riesgo de sobrepeso y obesidad en aquellos chicos y chicas que pasan más horas realizando alguna actividad sedentaria (Andersen, Crespo, Bartlett, Cheskin, & Pratt, 1998; DeMattia, Lemont, & Meurer, 2007; Ochoa, Moreno-Aiaga, Martínez-González, Martínez, & Martí, 2007; Vicente-Rodríguez, et al., 2008). En este caso, en el estudio ENKID, se observó que la prevalencia de obesidad es más elevada

en los menores que dedican mayor tiempo a actividades sedentarias (estudio, TV, ordenador, videojuegos...). En concreto, se observó que la prevalencia de obesidad es más elevada en las chicas que dedican más de dos horas diarias a ver la televisión en comparación con las que dedican menos de 1 hora a esta actividad.

La conducta de ver la televisión ha sido la actividad sedentaria más estudiada hasta el momento, y a pesar de que los resultados de los diferentes estudios muestran una clara controversia entre la relación de las conductas sedentarias con el volumen de actividad física y el riesgo de sobrepeso y obesidad, diversos organismos oficiales, nacionales e internacionales, han hecho recomendaciones al respecto, limitando las horas que los chicos y chicas dedican a ver la televisión (Biddle, Gorely, Marshall, & Cameron, 2009; Borraccino, et al., 2009; den Bluck & Hojman, 2009; Koezuka, et al., 2006; Samdal, et al., 2006). Por otra parte, debemos tener en cuenta que actualmente existen otras actividades sedentarias, como por ejemplo el uso del ordenador, en la que los chicos y chicas pasan la mayor parte de su tiempo libre y que, por tanto necesitan ser estudiadas (Hardy, Bass, & Booth, 2007; Ho & Lee, 2001).

Un estudio realizado en adolescentes sugirió que la infrecuente participación en deportes extraescolares a los 14 años, sumado a un bajo grado de actividad física escolar, se asoció a inactividad física a los 31 años, independientemente de las condiciones de adultez (Tammelin, Nayha, Laitinen, Rintamaki, & Jarvelin, 2003).

Estrategias de intervención

Podemos diferenciar dos tipos de estrategias de intervención: las estrategias a nivel individual y las estrategias a nivel poblacional. Aunque a continuación se describen algunas estrategias a nivel individual nos centraremos más en las estrategias a nivel población.

El incremento de la actividad física en la vida de las personas puede realizarse de dos formas (Marqués Molías, et al., 2009):

1. Mediante un aumento del esfuerzo físico en las actividades de la vida diaria. Llegando a acumular un mínimo de 30 minutos de actividad física de intensidad moderada-alta todos los días de la semana mediante la actitud de incorporar a la vida diaria hábitos como salir a pasear, ir a bailar, subir escaleras siempre que sea posible, desplazarse andando o en bicicleta dentro de la ciudad, etc.
2. Otra posibilidad es realizar algún tipo de ejercicio o deporte de tipo aeróbico en el tiempo libre, al menos 3 días no consecutivos a la semana, con una duración mínima de 40 a 60 minutos por día según el deporte, y con una intensidad que lleve a trabajar en una frecuencia cardíaca que oscile entre el 60 y el 85% de la máxima teórica.

Instituciones de referencia como la OMS, el *American College of Sport Medicine* y la *American Heart Association* (AHA) han propuesto recomendaciones mínimas de actividad física asociada a un buen estado de salud (Blair, LaMonte, & Nichaman, 2004). Estas instituciones señalan que en personas de 18 a 65 años se logran beneficios saludables realizando al menos:

- a) 30 minutos de ejercicio aeróbico moderado (por ejemplo, caminar rápido o *brisk walking*) cinco días a la semana;
- b) 20 minutos de ejercicio aeróbico intenso (por ejemplo, footing) tres días a la semana;
- c) o una combinación de ambos tipos de ejercicio.

Además señalan que se pueden mejorar estos resultados si se aumenta la duración de las actividades aeróbicas y si se complementan con trabajo de fuerza y resistencia muscular al menos uno o dos días por semana, así como ejercicios de flexibilidad todos los días de la semana con un mínimo de 10 minutos al día (Haskell, et al., 2007; Nelson, et al., 2007).

En mayo de 2004, la 57ª Asamblea General de la OMS aprobó la resolución 57.17 en torno a la Estrategia mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud (DPAS). En la misma se recomendaba a los Estados miembros la formulación de planes nacionales y políticas concretas para incrementar el nivel de práctica de actividad física de sus poblaciones. Así mismo, en 2008, la resolución 61.14 establece una Estrategia Global y un Plan de acción contra las enfermedades no contagiosas. En ella se remarca que la inactividad física es el 4º factor de riesgo de mortalidad, responsable directo del 6% de las muertes en el mundo, y con influencia en otros factores. De tal forma, que en el Plan de Acción (WHO, 2010) se urge a los Estados miembros a implementar y a poner en marcha recomendaciones para la promoción de la actividad física asociada a la salud y específicamente a (tabla 4):

- Desarrollar e implementar guías nacionales de actividad física asociada a la salud.
- Introducir políticas activas y seguras de transporte para el acceso a los lugares de trabajo y centros educativos (andando o en bicicleta).
- Asegurar entornos saludables y seguros para la actividad física y crear espacios deportivos y recreacionales.

Tabla 4. Descripción de los indicadores básicos y avanzados propuestos por la OMS para la consecución de entornos de apoyo en la actividad física.

Indicadores básicos	Indicadores avanzados
Existencia de políticas nacionales que promuevan el transporte activo, tales como caminar o ir en bicicleta al colegio y al trabajo	% de la población con acceso a lugares seguros para caminar
Énfasis de la actividad física en la políticas laborales y los lugares de trabajo	Kilómetro lineal de carril bici por kilómetro cuadrado (o por 100 km ²)

Indicadores básicos	Indicadores avanzados
Contemplar en las políticas escolares la dotación de instalaciones y equipos deportivos	Km ² de áreas libre de coches % de centros educativos y lugares de trabajo equipados con instalaciones y equipamiento deportivo adecuado % de centros educativos con rutas seguras para “ir andando”

Fuente: Estrategia Mundial de Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud (DPAS); OMS, 2004.

Al igual que las acciones preventivas dirigidas al individuo, las dirigidas a la comunidad requieren de pruebas científicas de su efectividad. De todas formas, para algunas intervenciones, sobre todo las más altas en los niveles de decisión e intervención (políticas de transporte, urbanismo, regulaciones, etc.), nunca habrá pruebas experimentales de su efectividad, lo cual no debe usarse como coartada para la inacción ya que sus efectos en otros ámbitos, además de la salud son indudablemente positivos. En la *Guide to Community Preventive Services del U.S. Preventive Services Task Force* (2005) se muestra el grado de evidencia de las estrategias de intervención. La mayoría se centran más en la intervención individual que en la comunitaria, y el número de intervenciones recogidas ilustra la escasez de investigación en prevención comunitaria comparada con la prevención individual (tabla 5).

Tabla 5. Grado de evidencia de las estrategias de intervención propuestas a escala comunitaria para aumentar el nivel de actividad física.

Enfoque	Intervención	Metodología	Grado*
Información y educación	Carteles con puntos de información	Concienciar del uso de escaleras en lugar del ascensor	A
	Campañas a nivel comunitario	Combinación de mensajes a través de los medios de comunicación con otras estrategias como apoyo social o educación	A
	Campañas a través de los medios	Difusión de mensajes que promuevan la actividad física a través de los medios de comunicación	B
	Educación para la salud en colegios	Aportan información de aspectos relacionadas con la salud como la realización de actividad física	B
Social y del Comportamiento	Clases de educación física en los colegios	Aumento del tiempo dedicado por los estudiantes a la educación física, así como del grado de actividad realizado	A

Enfoque	Intervención	Metodología	Grado*
	Intervenciones de apoyo social en la comunidad	Redes de apoyo social para el individuo que quiere cambiar y mantener sus hábitos de vida saludables	A
	Programas de cambio de comportamiento en salud adaptados individualmente		A
	Educación para la salud y educación física en los colegios	Combinación de clases didácticas, recomendaciones y técnicas educativas encaminadas a instaurar cambios de comportamiento	B
	Educación para reducir el tiempo dedicado a ver la televisión	Clases teóricas donde se informa del aspecto perjudicial de actividades sedentarias	B
	Apoyo social basado en la familia	Sesiones de educación a las familias y organización de actividades físicas	B
Políticas que mejoran el entorno comunitario	Lugares para la realización de actividad física e información de actividades que hay que realizar	Crear o facilitar el acceso a centros deportivos y facilitar la existencia de paseos, además de incorporar contenido educacional en comportamientos saludables y programas deportivos	A
	Diseño urbano de las calles y políticas del uso del terreno	Proximidad de las áreas residenciales a centros de recreo, colegios y centros de trabajo, y mejora de la estructura de calles y pasos de peatones	A
	Políticas de transporte	Políticas dirigidas a aumentar el uso del transporte público y de la bicicleta en detrimento del transporte particular	C

Fuente: *Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force*, 2005.

* Grado de evidencia (A: Recomendado, ya que existen pruebas sólidas; B: Pruebas insuficientes para determinar su efectividad; C: En estudio).

Diversas iniciativas europeas han puesto de manifiesto la estrecha relación entre la actividad física y la salud de la población:

- La Red Europea sobre la Nutrición y la Actividad Física (2003), cuyo objetivo es asesorar a la Comisión Europea sobre el desarrollo de acciones comunitarias destinadas a promover una alimentación saludable y la actividad física.
- La Plataforma de la Unión Europea de acción sobre Alimentación, Actividad Física y Salud (2005) cuyo objetivo es ofrecer un marco de actuación común que catalice la

acción voluntaria del sector privado (empresas), la sociedad civil y el sector público de la Unión Europea. Se centra en cinco áreas: información a consumidores, educación, fomento de la actividad física, marketing y composición de los alimentos.

- El Libro Verde (2005) titulado “Fomentar una alimentación sana y la actividad física: una dimensión europea para la prevención del exceso de peso, la obesidad y las enfermedades crónicas”. La consulta del Libro Verde reflejó un amplio consenso entorno a la idea de que la UE debe trabajar con diversos agentes a escala nacional, regional y local.
- La creación en 2005 del *European Environment and Health Committee* (EEHC), cuyo propósito es proteger el entorno como medio para mejorar la salud, y entre cuyas recomendaciones se incluyen políticas que favorezcan un entorno propicio para la actividad física.
- El Comité Económico y Social Europeo propuso en 2006 una campaña titulada “*Obesity Check*” destinada a la lucha contra la obesidad, a la sensibilización sobre la alimentación saludable y al fomento del ejercicio físico. En este mismo año, la Conferencia Ministerial Europea de la OMS contra la obesidad creó la “Carta Europea Contra la Obesidad” en la que se reconoce a la obesidad como un problema de salud pública a escala global y que existen pruebas suficientes que justifican una intervención inmediata. Además los gobiernos nacionales reconocen que no se puede responsabilizar exclusivamente a las personas de su obesidad y que hay que encontrar un equilibrio entre la responsabilidad de las personas y la de los gobiernos y la sociedad.
- En 2007, la Comisión de las Comunidades Europeas redactó el Libro Blanco “Estrategia europea sobre problemas de salud relacionados con la alimentación, el sobrepeso y la obesidad” y el Libro Blanco sobre el Deporte.
- El Programa de Salud Pública de la UE (2007-2013) incluye estrategias y medidas sobre nutrición y actividad física como determinantes de salud relacionados con el estilo de vida.

En el año 2005, el Ministerio de Sanidad y Consumo, del Gobierno de España, establece la Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y prevención de la Obesidad (NAOS). Dicha estrategia tiene como finalidad mejorar los hábitos alimentarios e impulsar la práctica regular de la actividad física en todos los ciudadanos, poniendo especial atención en la prevención durante la etapa infantil. En relación con la práctica de la actividad física, las intervenciones definidas por esta estrategia incluyen el fomentar políticas y planes de acción destinados a aumentar la actividad física en la población, sensibilizar e informar a la población del impacto positivo que tiene para su salud la práctica regular de actividad física, así como estimular la práctica de actividad física regular en la población, especial-

mente los escolares. Para poder lograr resultados, deben involucrarse distintos ámbitos, como son el familiar y el comunitario, el escolar, el empresarial y el ámbito sanitario (*Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS)*, 2005; Piedrola, 2008). Dentro de la estrategia NAOS, conviene destacar el programa PERSEO que consiste en promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y estimular la práctica de actividad física regular entre los escolares, para prevenir la aparición de obesidad y otras enfermedades. Este programa consiste en un conjunto de intervenciones sencillas en los centros escolares, dirigidas al alumnado de entre 6 y 10 años, implicando asimismo a las familias y actuando sobre el comedor y el entorno escolar para facilitar la elección de las opciones más sanas.

Recientemente, a finales del 2010, el Consejo Superior de Deportes del Gobierno de España, creó el Plan A+D, Plan Integral para la Actividad Física y el Deporte (CSD, 2010). Éste es un instrumento creado a fin de garantizar al conjunto de la población española el acceso universal a la práctica deportiva de calidad, ayudando así a combatir el elevado nivel de sedentarismo y obesidad y a promover hábitos de vida activos y saludables. Dicho plan está enmarcado en una estrategia más decidida a implantar políticas que modifiquen el entorno y las relaciones sociales y laborales a fin de facilitar una mayor actividad física. Para ello, el plan cuenta con un diseño a medio y largo plazo, con un alcance previsto para 2010-2020 y trabaja fundamentalmente sobre cuatro líneas:

- 1) La Actividad Física y la práctica deportiva asociada y relacionada con la salud de la población.
- 2) La práctica deportiva y su relación con la educación.
- 3) Igualdad efectiva entre hombres y mujeres.
- 4) Deporte como elemento de inclusión social y territorial.

Actividad Física y Deporte en el ámbito universitario

El contexto universitario es un entorno ideal para la promoción de la actividad física. Además, estar físicamente activo durante el período universitario es una forma de garantizar un buen estado de salud físico y mental.

A pesar de las evidentes ventajas, la práctica de ejercicio físico no es tan frecuente entre los jóvenes –y, especialmente los universitarios– como sería deseable. Las conclusiones de los diferentes estudios realizados muestran la tendencia descrita en la Encuesta Nacional de Salud. Según un estudio realizado en la Universidad de Alicante sólo el 37% de los estudiantes realiza la cantidad de ejercicio físico adecuado para su edad, además el mismo estudio alerta sobre el sedentarismo de los universitarios, indicando que cerca del 60% de los estudiantes estudia entre seis y diez horas al día sentado y alrededor del 75% camina tres o menos kilómetros al día (Reig, Cabrero, Ferrer, & Richart, 2001). En otro estudio, rea-

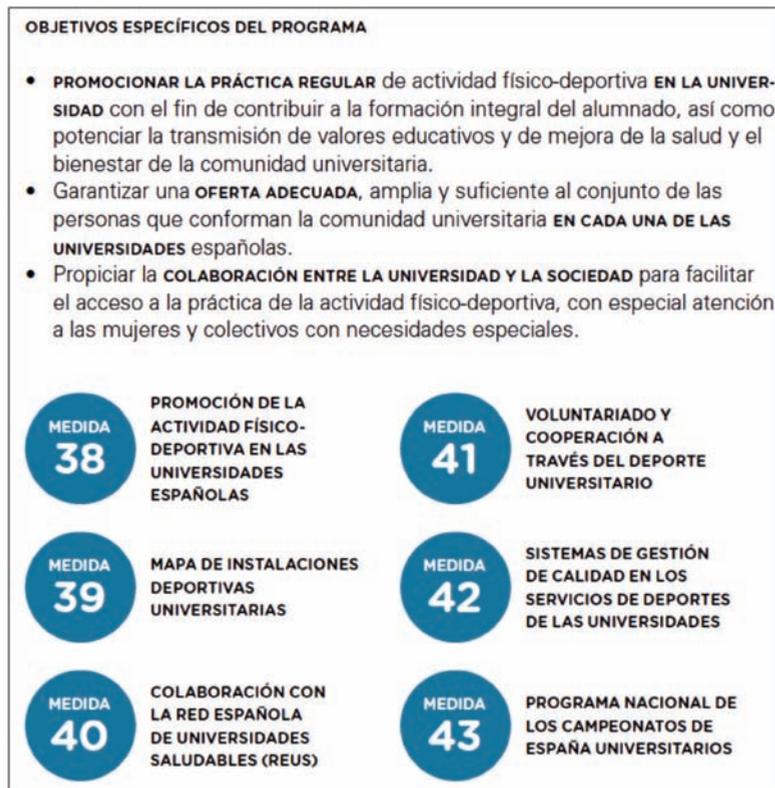
lizado en la Universidad de Girona, el 42% de los estudiantes declara no realizar ejercicio o hacerlo de modo muy ocasional (Villar, 2001). En este mismo sentido, un reciente estudio en nuestra universidad (UIB) muestra que sólo el 43% de los estudiantes realiza 3 o más horas por semana de actividad física, a pesar de que un 68,4% de los hombres y un 48,4% de las mujeres manifiestan que realizan ejercicio físico (Romaguera, et al., 2011). Dicho porcentaje de estudiantes es similar al observado en otros estudios anteriores (Keating, et al., 2005), como por ejemplo, el de Haase et al. (2004), realizado en estudiantes universitarios de 23 países, en el que se observó que la prevalencia de la inactividad en tiempo de ocio fue de alrededor de 25% en hombres y 50% en las mujeres de España.

Según el Plan A+D, la Universidad española se encuentra inmersa en un proceso de cambio, la convergencia con Bolonia, que nos lleva al escenario del Espacio Europeo de Educación Superior y está suponiendo una actividad intensa en la elaboración de los nuevos títulos de Grado y de Máster. Así mismo, este cambio en la Universidad deriva de la Ley de Ordenación Universitaria (LOU), que permite entrever un incremento en la práctica deportiva del alumnado universitario, pues los 6 créditos ECTS, que hace referencia el artículo 46.2 de la misma, son un apartado que el estudiante podrá utilizar para configurar su currículum con actividades deportivas, entre otras cosas. Significa un reconocimiento, desde la propia ley, del valor formativo de la actividad físico-deportiva. En consecuencia, los Servicios o Unidades administrativas o de gestión de la oferta deportiva van a tener que regular y sistematizar estas actividades para que el estudiante que las curse se beneficie de su programa y pueda mejorar su formación básica en la titulación correspondiente. Esto va a implicar una mayor importancia de estos programas en los servicios y unidades de deportes de manera que tendrán una actuación académica reconocida (CSD, 2010). Además, la LOU en dos de sus artículos (90 y 91) reconoce la importancia del deporte en la Universidad.

Desde el punto de vista del fomento de la práctica de la actividad física y deportiva de la población española, propósito fundamental del Plan A+D (figura 14) el soporte legal de la práctica deportiva en la Universidad es fundamental por dos motivos (CSD, 2010):

- La Universidad es la última etapa educativa de los y las estudiantes, y puede representar un último intento para conseguir mejorar su futura calidad de vida y ayudar a prevenir la obesidad y el sedentarismo.
- A través de la práctica de actividad físico-deportiva los estudiantes tienen la oportunidad de adquirir y reforzar aspectos importantes de su formación integral, en diferentes habilidades, competencias, destrezas, actitudes y valores (liderazgo, trabajo en equipo, comunicación, valor de la planificación y de la constancia, la resolución de problemas bajo presión, la capacidad de análisis y autocrítica, el valor del esfuerzo, la autosuperación, el respeto a las normas y al contrario, la valoración de la salud y la calidad de vida) que serán útiles y necesarios para su futuro profesional y para su vida.

Figura 14. Programa de Actividad Física y Deporte en la Universidad.



Fuente: Plan A+D
(Consejo Superior de Deportes, 2010)

1.2.1.3. TABAQUISMO

El tabaquismo es un importante factor de riesgo para la salud y es la primera causa de muerte evitable en los países desarrollados. Está ampliamente estudiada la relación entre el consumo de tabaco y la mortalidad. El consumo de tabaco favorece la aparición de numerosas enfermedades, como cáncer de pulmón, cardiopatía isquémica, bronquitis crónica y enfisema, entre otras (Burns, 2003; K. Fagerstrom, 2002; Ferrando, Plasencia, Oros, Borrell, & Kraus, 2000; Haussmann, 2007; Sasco, Secretan, & Straif, 2004). No hay un umbral de consumo por debajo del cual los riesgos para la salud desaparezcan: fumar cualquier cantidad de tabaco comporta riesgos para la salud (Ezzati & Lopez, 2003; HHS, 2004). Ahora bien, según el *US Department of Health and Human Services* (2004) el riesgo de padecer enfermedades causadas por tabaco se incrementa al aumentar el número de cigarrillos fumados.

Aunque la composición exacta de los cigarrillos se desconoce, en el humo del tabaco se han aislado hasta 4.500 sustancias diferentes, muchas de ellas tóxicas para la salud. Algunas tienen capacidad de producir cáncer, otras causan lesiones irreversibles en el aparato

respiratorio y en el sistema cardiovascular o tienen efectos irritantes (Rodés, Piqué, & Trilla, 2007). Las sustancias químicas del humo de tabaco más relevantes son: nicotina, monóxido de carbono, alquitranes y radicales libres.

- a) Los cigarrillos tienen entre un 1 y un 3% de nicotina. En cada inhalación se consumen alrededor de 0,12 miligramos, aunque gran parte de estos se pierden con la combustión del cigarrillo. La dosis acumulada en el cigarrillo no es tóxica en sí misma, aún así, es la causante de la adicción.
- b) El monóxido de carbono (CO) es un tóxico que tiene gran afinidad por la hemoglobina y está relacionado con enfermedades cardíacas y vasculares. En la tabla 6 pueden observarse las puntuaciones de CO en personas fumadoras y no fumadoras.
- c) Los alquitranes son un conjunto de hidrocarburos aromáticos causantes de la mayoría de los diferentes tipos de cáncer.
- d) Los oxidantes son un grupo de productos químicos capaces de producir bronquitis crónica, enfisema pulmonar e irritación en ojos, nariz y garganta.

Tabla 6. Puntuaciones medias de monóxido de carbono (CO), en partículas por millón, en no fumadores y fumadores según el consumo de tabaco.

Tipo de fumador	Media de CO
No fumador	2
Fumador de 1-19 cigarrillos / día	9
Fumador de 11-20 cigarrillos / día	16
Fumador de 21-30 cigarrillos / día	23
Fumador de 30 cigarrillos / día	29

Según la Clasificación Internacional de las Enfermedades publicada por la OMS, la dependencia del tabaco o tabaquismo se considera una enfermedad crónica adictiva. El tabaquismo, a pesar de ser un hábito aceptado por una parte importante de nuestra sociedad, es una forma de drogodependencia, puesto que la nicotina es una sustancia adictiva que presenta las características de las demás drogas, es decir, crea tolerancia, dependencia física y psicológica, a la vez que síndrome de abstinencia tras abandonar el consumo.

El consumo de tabaco, por sus características y dimensiones actuales, es el problema sanitario que mayor mortalidad y morbilidad causa en España, ya que produce una pérdida enorme de años de vida potenciales, además de invalideces, jubilaciones prematuras, hospitalizaciones y actos sanitarios de todo tipo, y ocasiona el coste sanitario y social más elevado al que tiene que hacer frente la sociedad española (Gonzalez-Enriquez, et al., 2002; Pardell, Salto, Jane, & Salleras, 2001). Según el Consejo de Estado (2005), los gastos que debe destinar el

Gobierno de España para sufragar el coste sanitario y social del tabaquismo exceden a lo recaudado en impuestos especiales asignados a los productos de tabaco.

El consumo de tabaco está muy extendido tanto en países industrializados como en países en vías de desarrollo. En España, según los datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) del 2006, el 29,5% de la población adulta fuma (26,4% regularmente y 3,1% esporádicamente), con una tendencia temporal clara hacia una disminución del consumo diario en hombres (ha pasado del 44 al 31,6% de 1993 al 2006) y un incremento en mujeres (del 20,8 al 21,5%). En general fuman más los hombres que las mujeres, excepto en el tramo de edad de 15 a 24 años que fuman más las mujeres (28,9% frente al 24,9% de los hombres). En cuanto a las variaciones geográficas del consumo de tabaco en España, existen diferencias en la prevalencia de tabaquismo según la comunidad autónoma. La Comunidad Valenciana y les Illes Balears son las dos comunidades con mayor prevalencia de fumadores.

En este sentido, la Encuesta de Salud de les Illes Balears del 2007, refleja una prevalencia de consumo de tabaco en las personas mayores de 15 años del 30,3% (27% diariamente y el 3,3% de forma ocasional), mientras que el 69,7% se declaraban no fumadores (el 51,7% no había fumado nunca y el 18% había dejado el hábito tabáquico). En relación al género, los hombres fumaban más (33,7%) que las mujeres (20,3%), excepto en los más jóvenes (16-24 años), que la prevalencia de fumadores era más elevada entre las mujeres. La media diaria de cigarrillos consumidos entre la población fumadora era de 16, y la edad media de inicio de consumo era de 17,5 años, edad similar en ambos sexos.

España es uno de los países desarrollados donde el consumo en jóvenes es más alto, con porcentajes del 24% en jóvenes hombres y del 32% en jóvenes mujeres frente a porcentajes respectivos en EEUU (18 y 12%) o de Francia (26 y 27%), Suecia (11 y 19%), Italia (22 y 25%) o Portugal (18 y 26%) (J. Mackay & Eriksen, 2006). Según los últimos datos de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias el consumo de tabaco se ha estabilizado tras el descenso experimentado en 2006 (ESTUDES, 2008). La proporción de fumadores diarios de entre 14 y 18 años pasó del 21% en 2004 al 15% en 2006, manteniéndose en el 14,8% en 2008 (el 16,4% de las chicas y el 13,3% de los chicos fuman diariamente). Porcentaje que asciende al 31,7% entre los estudiantes de 18 años. La media edad de inicio parece haberse estabilizado en 13 años, que corresponde a la más temprana de todas las drogas consumidas por los jóvenes.

La prevalencia del hábito tabáquico en estudiantes universitarios de las universidades españolas, considerados en general, puede oscilar entre el 17% en el caso de la Universidad de Valladolid y el 39% en el de la Universidad de Santiago. Si bien, las cifras habituales se sitúan alrededor del 26%, con un prevalencia significativamente mayor en mujeres que en hombres. No obstante, pueden existir grandes diferencias en pequeños colectivos de estu-

diantes, como por ejemplo, entre los hombres que estudiaban nutrición en la Universidad de Valladolid en 2008, cuya prevalencia de tabaquismo era apenas del 7%. En contraste, podríamos situar a las mujeres que estudiaban en la Universidad de Murcia el 2008 (todas las carreras) que alcanzaban el 43,7% de prevalencia (Alberdi-Erice, Huizi-Egilegor, Barandiaran-Lasa, Zupiria-Gorostidi, & Uranga-Iturrioz, 2007; Basterra-Gortari, et al., 2010; Chelet-Marti, Escriche-Saura, Garcia-Hernandez, & Moreno-Bas, 2011; Fernandez Garcia, et al., 2007; Garcia de Albeniz, Guerra-Gutierrez, Ortega-Martinez, Sanchez-Villegas, & Martinez-Gonzalez, 2004; Jimenez-Muro Franco, Beamonte San Agustin, Marqueta, Gargallo Valero, & Nerin de la Puerta, 2009; Ledo-Varela, de Luis Roman, González-Sagado, Izada Jauregui, & Aller de la Fuente, 2011; Martin, et al., 2008; Martinez Pastor, et al., 2010; Rial Boubeta, Lamas Veiga, Brana Tobio, & Varela Mallou, 2009).

Estudios previos realizados por nuestro grupo de investigación muestran que en el año 2003 la prevalencia de tabaquismo en estudiantes de la UIB era de 35,3% (Pericas, Bauza, & Ponsell, 2004) y en 2006 de 26,1% (Pericas, et al., 2009). Existe un estudio realizado en universidades portuguesas que revela que, aunque la mayoría de los universitarios ha iniciado el consumo de tabaco en la enseñanza secundaria (adolescencia), un porcentaje elevado de estudiantes (29%) empiezan a fumar en la universidad (Precioso, 2004).

Actualmente, la evolución del tabaquismo en España tiende hacia una disminución paulatina del consumo en varones independientemente del nivel educativo, mientras que entre las mujeres de menor nivel educativo ha aumentado el consumo en tanto que ha disminuido entre las universitarias (Garcia de Albeniz, et al., 2004; Paluzie, et al., 2001). Determinadas características sociodemográficas se han asociado consistentemente con el consumo de tabaco. Así, se ha comunicado una relación inversa con el nivel de estudios, aunque los resultados no son siempre coincidentes (Garcia de Albeniz, et al., 2004). Una clase social baja o una situación laboral o económica desfavorable pueden contribuir a perpetuar el hábito tabáquico. Se ha objetivado una mayor prevalencia del tabaquismo entre los parados (Stronks, van de Mheen, Looman, & Mackenbach, 1997). Pero la evidencia sobre la relación entre la situación económica y el consumo de tabaco es limitada, incoherente e, incluso, contradictoria, de modo que algunos investigadores no encuentran diferencias socioeconómicas, o solo las encuentran con una fuerza de asociación muy débil (Morgan, Malam, Muir, & Barker, 2006; Richter & Leppin, 2007).

Tabaquismo pasivo o exposición al Humo Ambiental de Tabaco (HAT)

El tabaquismo pasivo (o involuntario), también llamado exposición al humo ambiental de tabaco (HAT) es una mezcla del humo exhalado por los fumadores y del humo que emana de los cigarrillos. Dicho humo, contiene nicotina y varios carcinógenos y toxinas. Según un estudio de la *International Agency for Research on Cancer* (2002), las concentraciones de

nicotina en el aire en los lugares de trabajo donde está permitido fumar y en los hogares de fumadores varía entre 2 y 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$.

El humo de tabaco está reconocido como un importante contaminante medioambiental. La evidencia científica establece que la exposición al HAT causa enfermedades, discapacidad y mortalidad, incluso entre los no fumadores (Fernandez, et al., 2009; Lightwood & Glantz, 2009; Lopez, et al., 2007; D. Mackay, Haw, Ayres, Fischbacher, & Pell, 2010; Moncada, Schiaffino, & Basart, 2011; Nebot, et al., 2011). Además, diversos estudios han demostrado que el tabaquismo pasivo es uno de los agentes contaminantes de espacios interiores, más frecuentes y nocivos (Brownson, Figgs, & Caisley, 2002; Nebot, Lopez, et al., 2004; Samet, 2004).

Estrategias de intervención en la prevención del tabaquismo

Fumar es al mismo tiempo una adicción física y psicológica, una conducta aprendida y una dependencia social. Dejar de fumar, supone, por lo tanto, superar la adicción, desprenderse de una conducta y modificar la influencia del entorno (Physicians, 2000).

Por lo que la adicción desempeña un papel primordial en el mantenimiento del hábito tabáquico, ahora bien, debemos tener en cuenta que los sujetos no empiezan a fumar porque sean adictos a la nicotina. Uno de los principales problemas con el que nos encontramos es la gran accesibilidad que existe al producto y la intensa publicidad de la que éste es objeto. Las industrias tabaqueras, uno de los grupos de presión más poderosos del mundo, realizan una gran inversión publicitaria destinada al mantenimiento y a la captación de nuevos fumadores en grupos de población vulnerables (niños y adolescentes), tanto a través de la publicidad directa como indirecta. Durante años, estas campañas masivas de propaganda han inyectado agresivamente el mensaje de que fumar es glamuroso, excitante, maduro, una declaración de independencia y de reafirmación de la personalidad y, en definitiva, una forma deseable de comportamiento; sin embargo, los casi 5 millones de muertes que se producen en el mundo anualmente debidas al tabaco no se mencionan en esas campañas, y la composición de los cigarrillos tampoco se declara, acogiéndose al “secreto empresarial”. Además la industria del tabaco financia una decisiva y continuada presión para cuestionar, negar y manipular las evidencias científicas acumuladas en las últimas décadas sobre los efectos del consumo de tabaco sobre la salud, las características adictivas de la nicotina y los efectos de la exposición al HAT (Piedrola, 2008).

Según Piédrola (2008) dos son los ejes principales en torno a los que hay que articular las intervenciones para la prevención y el control del tabaquismo: 1) impedir la iniciación al consumo, y 2) fomentar y facilitar el abandono del consumo. Por ello, se establecen unos requisitos o condiciones básicas necesarias para el buen funcionamiento de un plan de prevención y control del tabaquismo (tabla 7).

Tabla 7. Prevención y control del tabaquismo.

Condiciones básicas necesarias para el éxito y el buen funcionamiento de un plan para la prevención y el control del tabaquismo:

Abordaje integral del problema

Buen conocimiento técnico del problema y concreción técnica para el desarrollo de las medidas e intervenciones: qué hacer, por qué y cómo (implementación efectiva)

Decisivo liderazgo y apoyo político e institucional, sensible al problema y consciente de su gravedad

Marco legal adecuado

Adecuada dotación de recursos

Prevención y dotación presupuestaria no sólo para implantar las medidas, sino también para su seguimiento, evaluación y mejora

Participación social

Integración y coordinación adecuadas de todas las instancias implicadas en el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación del programa

Intervenciones

Tipos de medidas:

Políticas

Legislativas

Educativas

Sanitarias:

Vigilancia epidemiológica

Medidas de salud pública

Medidas asistenciales y terapéuticas

Investigación

Ámbitos de intervención:

Centros educativos

Centros de trabajo

Medio sanitario

Lugares de ocio

Hogar

Medio ambiente

Ejemplos de intervenciones de eficacia y efectividad demostradas:

Aumento del precio de los productos de tabaco (políticas fiscales que incidan sobre el incremento de los impuestos sobre los productos de tabaco)

Prohibición de la publicidad (directa e indirecta) y cualquier otra forma de promoción o patrocinio

Prohibición del consumo de tabaco en centros educativos, de trabajo, lugares de ocio, etc. (en el marco de políticas de “espacios sin humo”, para la protección de la salud frente al aire contaminado por aire ambiental de tabaco y la protección de un medio ambiente limpio)

Campañas informativas y de sensibilización dirigidas a la población (a través de los medios de comunicación)

En el ámbito legislativo, es importante señalar que, en España, desde 1988 hasta 2005, estuvo vigente el Real Decreto 192/88 sobre limitaciones en la venta y uso de tabaco para protección de la salud de la población, pero apenas tuvo repercusión en el consumo de tabaco en público, ya que ni autoridades ni ciudadanos velaron por su cumplimiento. En enero de 2006, como consecuencia de las presiones internacionales y la concienciación social acerca de la nocividad del tabaco entró en vigor la “Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco”, que provocó un gran debate social con defensores y detractores, tanto entre los ciudadanos como entre los políticos. Y, en enero de 2011, entró en vigor la Ley 42/2010, que modifica la Ley 28/2005, prohibiendo fumar en espacios cerrados y en nuestro caso prohibiendo fumar en los accesos inmediatos a los edificios universitarios y en las aceras que rodean los edificios. De forma que las políticas de control del tabaquismo han vivido un importante impulso, especialmente en lo que se refiere a la protección de la población frente a la exposición involuntaria al HAT.

A pesar de que en los últimos años se observa una disminución de la prevalencia del consumo de tabaco, un incremento del número de fumadores que se plantean dejarlo, así como el desarrollo de políticas públicas de prevención del tabaquismo, de control y regulación, todavía es un hábito bastante prevalente en la población más joven y en los grupos sociales más desfavorecidos (CNPT, 2008; INE, 2008).

Prevención del inicio del tabaquismo en los jóvenes

La prevención del inicio del tabaquismo en los jóvenes constituye uno de los mayores retos de la salud pública en la actualidad. Es innegable que la adolescencia es un momento crítico en el establecimiento del comportamiento de fumar.

La adicción a la nicotina se establece rápidamente, por ello la prevención del tabaquismo en adolescentes constituye un elemento clave en la actual epidemia de tabaquismo (Warren, Jones, Eriksen, Asma, & Global Tobacco Surveillance System collaborative, 2006). En concreto, la duración del hábito de fumar y el número de cigarrillos necesarios para establecer la adicción a la nicotina es menor en esta etapa evolutiva que en los adultos (Prokhorov, et al., 2006), lo que puede explicar el hecho de que alrededor del 80% de los adultos fumadores empezaron a fumar antes de los 18 años (Ramos-Valverde, 2009).

Los factores asociados al inicio del consumo de tabaco en adolescentes son múltiples y se pueden agrupar en tres niveles (Flay, 1999):

- 1) Individual: corresponde a factores intrínsecos de la persona, como edad, factores cognitivos, emocionales y biológicos.
- 2) Contexto social inmediato: corresponde al ámbito más cercano del adolescente como son las actitudes y conductas relacionadas con el tabaquismo de familiares y amigos.

3) Ambiente sociocultural: es el ambiente social más ampliamente entendido como la política escolar sobre tabaquismo del centro al que asiste el adolescente o el grado de privación socioeconómica de la familia.

Según Ramos-Valverde (2009) a pesar de todas las consecuencias negativas del consumo de tabaco, los adolescentes pueden centrarse en los aspectos positivos de dicha conducta, como el control de estados de ánimo negativos y la depresión (relajarse, concentrarse, reducir el estrés o reducir el aburrimiento), la facilidad para contactar y permanecer en un grupo (utilizando el tabaco como un vehículo para entrar en un grupo de amistad deseado, tener contacto con el otro sexo...), el control del peso (especialmente en las chicas) o la identificación con una determinada imagen de madurez y confianza en sí mismo (Arnett, 2007; Cavallo, Duhig, McKee, & Krishnan-Sarin, 2006).

Los diversos estudios longitudinales establecen claramente que el tabaquismo de los padres, hermanos y amigos se asocia con el inicio del tabaquismo adolescente (Nebot, Tomas, et al., 2004; O'Loughlin, Karp, Koulis, Paradis, & Difranza, 2009). Además, existen algunas evidencias sobre la asociación entre la falta de supervisión de los padres (Tyas & Pederson, 1998), bajo rendimiento académico (O'Loughlin, et al., 2009), asistir a una escuela tolerante con el tabaquismo (Aveyard, Markham, & Cheng, 2004; Barnett, et al., 2007; Moore, Roberts, & Tudor-Smith, 2001; O'Loughlin, et al., 2009; Piontek, et al., 2008) y el inicio del consumo de tabaco.

Numerosos proyectos han analizado el efecto de las intervenciones preventivas del tabaquismo en adolescentes. Existe una revisión Cochrane sobre programas escolares para la prevención del hábito tabáquico que indica que los programas basados sólo en el suministro de información no han proporcionado resultados positivos; por otro lado los programas que incorporan los modelos de influencias sociales, centradas en la identificación de las presiones sociales y habilidades de rechazo, han alcanzado algún resultado relevante (Thomas & Perera, 2006).

A pesar de las evidencias y recomendaciones que indicarían que los programas preventivos de base escolar no son efectivos de forma aislada, sino que deberían ser de base comunitaria con impacto sobre el aula, el entorno escolar y la comunidad, existen muy pocos estudios que analicen rigurosamente el efecto de este tipo de intervenciones; la mayoría de experiencias previas se fundamentan en la intervención directa realizada en el aula y dejando de forma anecdótica la intervención y evaluación sobre el entorno (Muller-Riemenschneider, et al., 2008). Ahora bien, los proyectos con un componente comunitario proporcionan en general mejores resultados (Ariza, et al., 2008; Brown, et al., 2002; Campbell, et al., 2008; Perry, Kelder, Murray, & Klepp, 1992; Vartiainen, Paavola, McAlister, & Puska, 1998).

Una revisión bibliográfica, en la que se compara la efectividad de diferentes intervenciones (escolares, comunitarias y mixtas), indica que las intervenciones multisectoriales (aula,

centro escolar, actividades extraescolares, familia, comunidad) presentan resultados más prometedores (Muller-Riemenschneider, et al., 2008).

1.2.1.4. CONSUMO DE ALCOHOL

El alcohol representa una inusual paradoja desde la perspectiva de la salud porque la humanidad lo ha ingerido durante milenios con un aceptable margen de seguridad y con gran satisfacción, ocupando, incluso, un importante papel en numerosas ceremonias religiosas y seculares. Por si fuera poco, múltiples estudios evidencian que un consumo moderado y habitual de alcohol de entre 10 y 30 g/día, reduce el riesgo de padecer enfermedad isquémica (Baer, et al., 2002; Hvidtfeldt, et al., 2010; Mukamal & Rimm, 2008; E. Rimm, 2000; E. B. Rimm, Williams, Fosher, Criqui, & Stampfer, 1999).

Sin embargo, un porcentaje significativo de bebedores desarrollarán complicaciones relacionadas con el consumo de bebidas alcohólicas, constituyendo uno de los principales factores de riesgo relacionados con la salud tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. El abuso de las bebidas alcohólicas se ha erigido en un problema de gran magnitud para los individuos por su efecto sobre el orden físico y psíquico, así como para las sociedades por las repercusiones laborales y familiares, gravado todo ello con un enorme coste social y económico (OMS, 2005).

En Europa, en general, y en España, en particular, el arraigo sociocultural al consumo de alcohol, así como el papel que se le ha otorgado dentro del modelo alimentario, y la elevada producción de diversas bebidas alcohólicas han determinado que dicho consumo se consolide como uno de los factores determinantes de la salud más importantes en los países europeos, siendo el continente en que más alcohol se consume por persona del mundo.

El alcohol, es sin duda, después del tabaco, la sustancia psicoactiva que causa un mayor número de muertes en España. Además, es el tercer factor de riesgo para la salud en importancia por detrás del consumo de tabaco y la hipertensión arterial, provocando una morbi-mortalidad prematura. Como factor de riesgo para la salud es 3 veces más importante que la diabetes y 5 veces más importante que el asma (Anderson & Baumberg, 2006).

El alcoholismo es una enfermedad multifactorial que probablemente se debe a una alteración del funcionamiento de determinados circuitos cerebrales que intervienen en el autocontrol de la conducta de ingerir bebidas alcohólicas. Si no se detiene el curso de esta enfermedad aparecerán, de manera progresiva, sus consecuencias médicas, psiquiátricas y adictivas, que van a conducir al paciente a recaídas sucesivas y a que esta enfermedad se convierta en crónica. Además, las personas que inician el consumo de bebidas alcohólicas durante la adolescencia tienen una mayor probabilidad de sufrir las consecuencias del consumo excesivo

de alcohol al llegar a la vida adulta, entre las cuales se encuentran el riesgo de desarrollar alcoholismo o dependencia al alcohol (Guardia Serecigni, 2007).

Según la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), realizada en el año 2009 por el Plan Nacional sobre Drogas, el alcohol sigue siendo la sustancia psicoactiva con un consumo más extendido entre la población española. Los consumos se mantienen relativamente estables con respecto a años anteriores aunque se observa un ligero repunte de consumo con respecto a 2007. La ingesta de alcohol se concentra en fines de semana y la bebida más consumida es la cerveza. De hecho, en el año 2009, un 63,3% había consumido alcohol en los últimos 30 días. El porcentaje de bebedores de riesgo, entendiéndose por tal, consumos superiores o iguales a 40 g/día en hombres y a 24 g/día en mujeres, es del 7,5%. El 23,1% de la población de 15 a 64 años se emborrachó en los últimos 12 meses (67% hombres y 33% mujeres).

La media de edad del primer consumo de alcohol es de 16,8 años, siendo más temprana en hombres (16,1 años) que en mujeres (17,6 años). En cuanto a las diferencias por edad, la prevalencia mensual de ingesta fue ligeramente superior en los jóvenes de 15-34 años (61,7%) que en la población de más edad (59,4%). Lo mismo ocurre con los consumos intensivos, estados etílicos (15-34 años el 31,8% frente a 10,1% en los de más edad) y en la ingesta puntual de 5 o más consumiciones en la misma ocasión (18,0% en 15-34 años frente a 8,8% en población de más edad).

Según la Encuesta de Salud de les Illes Balears de 2007, el 74,1% de la población mayor de 15 años declara haber consumido alcohol en el año previo a la entrevista (81,7% de los hombres y 66,5% de las mujeres). La mitad de la población consumidora lo hacía de forma habitual, el 44,6% de manera moderada, y el 6,1% eran consumidores de riesgo. La prevalencia de consumo era más elevada en hombres (56,3% de bebedores moderados y un 7% de riesgo), que en las mujeres (32,9% de consumo moderado y el 5,2% de riesgo).

Por otro lado, centrando el análisis en el caso de los adolescentes españoles, de nuevo destaca el alcohol como la sustancia cuyo consumo está más extendido entre los jóvenes. Así, según los últimos datos de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES, 2008), el 81,2% de los estudiantes de entre 14 y 18 años han probado el alcohol alguna vez, el 72,9% lo han consumido en el último años y el 58,5% en el último mes. Su consumo se concentra en el fin de semana, de esta forma, de los estudiantes que han consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, prácticamente todos (99,8%) han bebido en fin de semana, mientras que solo un 39,3% lo ha hecho en días laborables. Además, el 23% del conjunto de estudiantes encuestados afirman beber todos los fines de semana. Si se comparan estos datos con la edición anterior (ESTUDES, 2006), se aprecia una estabilización del consumo de alcohol en la adolescencia.

Para poder identificar cuál es el consumo habitual de alcohol entre la población, se utilizan cuestionarios de frecuencias de consumo cuantitativos. Existen diferentes modelos incluyendo, todos ellos, preguntas sobre cuál es la frecuencia habitual de consumo de bebidas alcohólicas durante un período de tiempo determinado (día, semana o mes), los tipos de bebidas ingeridas y la cantidad habitual de cada bebida consumida a diario. A partir de los datos recogidos puede realizarse una estimación de cuál es la cantidad de alcohol ingerida diariamente. Por otra parte, mencionar también que actualmente el alcoholismo es reconocido por la OMS como una enfermedad. Sus criterios diagnósticos están claramente definidos por la Sociedad Americana de Psiquiatría y de hecho, existen varios cuestionarios validados para su identificación (Blázquez, 2001). Algunos de los más utilizados son:

- Cuestionario autoadministrado de alcoholismo de CAGE.
- Test identificador de desórdenes por consumo de alcohol (AUDIT).
- Prueba de detección para el alcoholismo de Michigan (MIST).
- Prueba autoadministrada de detección para el alcoholismo (SAAST).
- Escala de dependencia de alcohol (ADS).

Estrategias de prevención de los problemas relacionados con el consumo de alcohol

Las estrategias de prevención primaria se dirigen a la población bebedora, pero su objetivo fundamental es la disminución del consumo per cápita de alcohol. Esas estrategias pueden dividirse en dos (tabla 8). La primera se refiere a las medidas de protección de la salud y comprende las estrategias que los gobiernos y las autoridades sanitarias, junto con la industria, tienen que ejecutar para reducir el consumo per cápita, esencialmente mediante el establecimiento de barreras que reduzcan la disponibilidad de alcohol. El segundo grupo de medidas son las destinadas a la promoción de la salud y comprenden las estrategias que favorecen la adopción de estilos de vida saludables en los individuos y en la población. Las dos aproximaciones son complementarias y cada una refuerza a la otra (Piédrola, 2008).

Tabla 8. Estrategias de prevención de los problemas relacionados con el consumo de alcohol.

Objetivos	Medidas tomadas por los gobiernos y la industria con el propósito de limitar la disponibilidad de alcohol	Actividades encaminadas a promover la adopción de estilos de vida saludables
Ejemplos de medidas	Aumento del precio Control de la publicidad Limitar el horario de venta Limitar los puntos de venta Establecer límites de edad	Información y educación al público en general Medidas de promoción sobre: Poblaciones específicas Problemas específicos

En la prevención basada en la evidencia, se ha comprobado que las medidas preventivas más eficaces son las que controlan el precio y la disponibilidad de bebidas alcohólicas. Es decir, un aumento del precio, una restricción de los días, los horarios y el número de establecimientos de venta de las mismas, consigue una reducción de las consecuencias del consumo excesivo de alcohol; mientras que un aumento de la edad legal para poder tomar bebidas alcohólicas consigue reducir, no sólo el consumo de alcohol sino incluso la tasa de accidentes de tráfico en los jóvenes (Room, Babor, & Rehm, 2005).

1.2.1.5. CONSUMO DE OTRAS DROGAS

El consumo de drogas (ilegales) es uno de los problemas que mayor interés ha despertado en las últimas décadas debido a la creciente implicación de los adolescentes y jóvenes en estas conductas. Además, constituye un auténtico problema de salud pública y social debido a los costes humanos, sociales y económicos que conlleva, y que se confirma por los datos epidemiológicos sobre el consumo. Debemos tener en cuenta que la juventud de los países desarrollados está expuesta desde muy temprana edad a entrar en contacto con la oferta de diferentes tipos de drogas.

Siguiendo la clásica definición de la OMS, entendemos por droga “toda sustancia (terapéutica o no) que, una vez introducida en el organismo, es capaz de modificar una o más funciones de éste” y, por droga de abuso “cualquier sustancia, tomada a través e cualquier vía de administración que altera el estado de ánimo, el nivel de percepción o el funcionamiento cerebral”. Se trata de un concepto intencionadamente amplio, sólo delimitado por los conceptos de dependencia, tolerancia y abstinencia (Schuckit, 2000).

En este sentido, se entiende por drogodependencia, el estado psíquico, y a veces físico, resultante de la interacción de un organismo vivo y una droga, caracterizado por un conjunto de respuestas comportamentales que incluyen la compulsión a consumir la sustancia de forma continuada con el fin de experimentar los efectos psíquicos o, en ocasiones, de evitar la sensación desagradable que su falta ocasiona. Los fenómenos de tolerancia pueden o no estar presentes (OMS, 1964).

Debido a la diversidad de significados, la OMS completa su definición en 1981 indicando que debe contemplarse la dependencia utilizando los siguientes criterios de referencia para delimitar el problema:

- a) Una evidencia subjetiva de compulsión para la utilización de las drogas durante los intentos de abandono del consumo.
- b) El deseo de abandonar el consumo.
- c) Un hábito de consumo relativamente estereotipado.
- d) Evidencia de neuroadaptación, con fenómenos de tolerancia y dependencia.

- e) El consumo de drogas para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- f) El predominio de conductas de búsqueda de la droga por encima de otras prioridades.
- g) Una rápida instauración de la dependencia después de un período de abstinencia.

Cada sustancia produce en el organismo diversos efectos, pero éstos pueden variar según su administración. Hay que considerar que el uso de cualquier sustancia supone necesariamente la aparición de problemas para el consumidor. Este uso puede ser meramente circunstancial, con un objetivo experimental o en un momento determinado de la historia del individuo, y no acarrear modificaciones en su personalidad, en el funcionamiento de su sistema nervioso o en su estilo de vida. La repetición de estos usos experimentales o circunstanciales es lo que pueden conducir a una dependencia.

Por regla general, el uso y abuso de drogas puede generar dependencia debido al fenómeno de la neuroadaptación. Éste consiste en un cambio permanente (pero reversible) de la estructura y funcionamiento de las neuronas sobre las cuales se localizan los efectos de las drogas. En niveles más complejos, hay otros mecanismos de adaptación: emocional, conductual, cognitivo, relacional, etc. Los cambios que se producen en una persona por el uso de drogas no se limitan a la mera acción de la sustancia sobre la célula nerviosa, sino que suponen una transformación que se define en el marco de la relación entre el individuo, la sustancia y el contexto (Fernández-Crehuet Navajas, Gomez-Aracena, & Gómez-Gracia, 2008).

Adicción y dependencia son términos prácticamente análogos. La adicción está integrada básicamente por un impulso que no se puede autocontrolar, una tendencia a la reiteración y una implicación nociva para el sujeto.

Cuando la adicción se acompaña de otras implicaciones biológicas, manifestadas en forma de reacciones de tolerancia y abstinencia, se puede hablar de dependencia. La dependencia es la necesidad imperiosa e incontrolable que tiene una persona de ingerir una determinada sustancia. Sería por tanto, la predisposición a la utilización de manera continuada, debido a una serie de estados (psicológicos, bioquímicos, sociales o ambientales), que la administración de la droga desencadena. De forma que hay dos tipos de dependencia claramente definidos: la dependencia psicológica y la dependencia física.

La dependencia psicológica hace referencia a la necesidad creada por el contacto con la droga y que lleva a buscar compulsivamente los efectos que produce. La consecución y el consumo de la sustancia se convierte en la conducta prioritaria, desplazando cualquier actividad o centro de interés que hubiera sido importante para el individuo. Dicha compulsión a consumir periódicamente puede ser para conseguir un estado afectivo positivo (placer, bienestar...) o bien para liberarse de un estado afectivo negativo (aburrimiento, timidez, estrés...). Debemos tener en cuenta que todas las drogas producen dependencia psicológica.

La dependencia física se presenta en el organismo acostumbrado a un consumo continuado de una sustancia, de tal forma que necesita mantener un determinado nivel en la sangre para funcionar con normalidad. La interrupción del consumo habitual genera una serie de trastornos físicos que varían de intensidad según el tipo de droga, la cantidad de la sustancia y el estado del organismo y que constituyen lo que se conoce como el síndrome de abstinencia.

Los patrones de consumo son un conjunto de variables que definen la relación entre los individuos y la sustancia que se autoadministran. Así, se puede considerar:

- Qué sustancia es la droga principal.
- Qué otras drogas se presentan asociadas.
- Cuáles son las vías por la que se administran (oral, fumada, inhalada, inyectada y otras).
- Qué cantidades se suelen consumir.
- En qué estado físico se produce el consumo.
- Si la administración se produce en forma individual o en el marco grupal.
- En qué período temporal se produce el consumo.
- A qué pautas de comportamiento van asociadas.
- Qué normas y valores ejercen de soporte cultural al consumo.

Tipos de consumo de drogas

Existen diferentes tipos de consumo de drogas (experimental, ocasional, habitual y abusivo o compulsivo). A continuación se presenta una descripción de cada uno de ellos:

a) Consumo experimental: Corresponde a las situaciones de contacto inicial con una o varias sustancias, de las cuales puede pasarse a un abandono de las mismas o a la continuidad en el consumo. El consumo de carácter experimental es propio de adolescentes y jóvenes, que al desconocer los efectos de distintas drogas, tienen deseos de experimentar con ellas. Las motivaciones pueden ser varias: curiosidad, presión del grupo, atracción de lo prohibido y del riesgo, búsqueda del placer y de lo desconocido, entre otras. Como indicadores de evaluación para caracterizar este tipo de consumo se considera que el individuo desconoce los efectos de la sustancia y que su consumo se realiza, generalmente, en el marco de un grupo que le invita a probarla.

b) Consumo ocasional: Es el uso esporádico de una sustancia, sin frecuencia ni intensidad fija y con largos intervalos de abstinencia. Entre las motivaciones principales está facilitar la comunicación, la búsqueda de placer, relajación, o transgredir las normas, entre otras.

Algunas características generales que definen este tipo de consumo son: el individuo continúa utilizando la sustancia en grupo, aunque es capaz de realizar las mismas actividades sin necesidad de drogas; ya conoce la acción de la misma en su organismo y por este motivo la consume.

c) **Consumo habitual:** Supone una utilización frecuente de la droga. Esta práctica puede conducir a las otras formas de consumo, dependiendo de la sustancia, la frecuencia con que se emplee, las características de la persona, el entorno que le rodea, etc. Entre las motivaciones expresadas para mantener el uso de las drogas están: intensificar las sensaciones de placer; vivencia de pertenencia al grupo y necesidad de reconocimiento dentro de éste; mitigar la soledad, el aburrimiento o la ansiedad; reafirmar la independencia o la aversión hacia la sociedad, y también reducir el hambre, el frío, la debilidad o el cansancio.

Algunos indicadores que definen esta forma de consumo son: el sujeto amplía las situaciones en las que recurre a las drogas; éstas se usan tanto individualmente como en grupo; sus efectos son perfectamente conocidos y buscados por el usuario. Puesto que no ha perdido el control sobre su conducta, manifiesta poder abandonar el hábito en caso de proponérselo.

d) **Consumo abusivo o compulsivo:** El individuo necesita la sustancia y toda su vida gira en torno a ésta a pesar de las complicaciones que le pueda ocasionar.

Se trata de un consumo recurrente de drogas que:

- Acarrea el incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa.
- Se produce en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (conduciendo un automóvil o accionando una máquina).
- Provoca problemas legales reiterados con la sustancia.
- Pese a tener problemas sociales recurrentes o líos interpersonales causados o exacerbados por los efectos de las drogas, se produce un consumo continuado de la sustancia.

Clasificación de las drogas

Existen diferentes tipos de clasificación de las drogas. A continuación, expondremos una clasificación según su mecanismo de acción. Así, las drogas pueden actuar como depresoras del sistema nervioso central (SNC), psicoestimulantes y, psicodélicas o alucinógenas.

a) **Depresoras del SNC:** son aquellas que actúan inhibiendo los mecanismos cerebrales que mantienen el estado de vigilia y producen diferentes grados de depresión, desde la sedación y la somnolencia hasta la anestesia y el coma. Ahora bien, a dosis pequeñas pueden generar euforia. Entre ellas se encuentran el alcohol, opiáceos (heroína, morfina, opio...), derivados del cannabis (hachís y marihuana), hipnóticos y sedantes (barbitúricos, benzodiazepinas) y sustancias inhalables (disolventes, colas, pinturas, barnices, lacas, gasolina...).

b) **Psicoestimulantes o estimulantes del SNC:** son sustancias que producen euforia, manifestada con bienestar y mejoría del humor, y aumentan el estado de alerta y la actividad

motriz. Disminuyen la sensación de fatiga y el apetito, y pueden mejorar el rendimiento intelectual. También producen la estimulación del sistema cardiovascular. Entre las más conocidas se encuentran la cocaína, las anfetaminas (algunas de venta en farmacias y otras ilegales, como el speed o metaanfetamina y el éxtasis o MDMA), la cafeína, las xantinas y la nicotina.

c) Alucinógenas o psicodélicas: son sustancias que se encuentran en plantas, en hongos, o bien son productos de síntesis. Dependiendo del tipo de sustancia, distorsionan aspectos relacionados con la percepción, con los estados emocionales y con la organización del pensamiento, llegando a producir alucinaciones. Entre ellas se encuentran el LSD, la mesalina y la psicolibina.

Epidemiología de la drogadicción

En este apartado se pretende ofrecer una visión global de la situación y las tendencias relacionadas con el consumo de drogas a partir de los datos del último informe del Observatorio Español sobre Drogas (2009). Dicho informe, incorpora los resultados de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) de 2007 y de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) de 2008.

- Cannabis: Actualmente, el cannabis es la droga ilegal más frecuentemente consumida tanto por adolescentes como por adultos. En España, el consumo de cannabis está muy extendido, incluso en el consumo diario, cuya prevalencia en la población de 15-64 años alcanzaba en 2007 el 1,5%. Así mismo, el cannabis es la droga ilegal consumida por un mayor número de adolescentes, con bastante diferencia sobre las demás. Concretamente, el 35,2% de los estudiantes de 14 a 18 años lo han probado alguna vez en la vida, el 30,5% lo han consumido en el último año y el 20,1% en los últimos 30 días; siendo estas cifras algo mayores en el caso de los chicos en comparación con las chicas. Además, el cannabis es también la droga ilegal que se empieza a consumir a una edad más temprana, específicamente a los 14,6 años. Como es de esperar, la extensión y frecuencia de consumo de cannabis aumenta desde los 14 a los 18 años, sin embargo el mayor aumento se registra entre los 14 y los 15 años. A los 18 años, casi un tercio de los estudiantes ha consumido cannabis en los últimos 30 días.

Sin embargo, comparando dichos datos con los mismos estudios de años anteriores, hay evidencias que indican que a partir de 2003-2004 puede haberse producido un cambio de tendencia en la evolución del consumo por cannabis (figura 15). De hecho, la prevalencia anual de consumo de esta droga en la población de 15-64 años ha pasado del 11,3% en 2003 al 11,2% en 2005 y al 10,1% en 2007, la prevalencia anual entre los estudiantes de 14-18 años del 36,6% en 2004 al 29,8% en 2006 y al 30,5% en 2008.

Figura 15. Proporción de consumidores de cannabis entre la población de 15-64 años (%). España, 1995-2007.

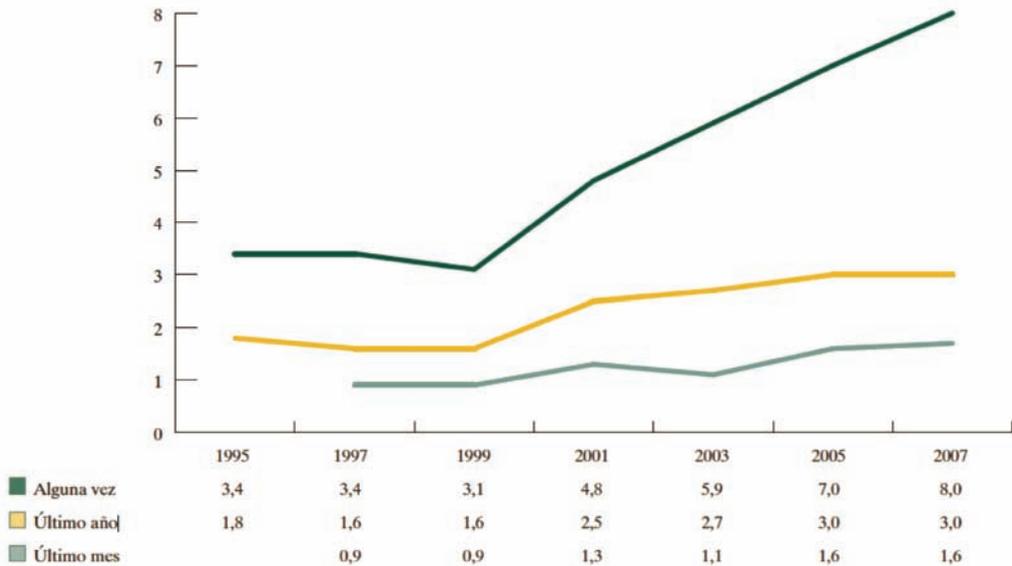


Fuente: PNSD. OED. Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

- **Cocaína:** La prevalencia anual de consumo entre la población de 15-64 años pasó del 1,8% en 1995 al 2,7% en 2003 y al 3,0% en 2005; mientras que la prevalencia anual entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias (de 14-18 años) pasó del 1,8% en 1994, al 2,7% en 1996, al 6,2% en 2002 y al 7,2% en 2004 (figura 16). Sin embargo, al igual que sucedía con el cannabis, hay evidencias que indican que a partir de 2004-2005 puede haberse producido un cambio positivo en la evolución temporal del consumo de cocaína. Por ejemplo, la prevalencia anual de consumo de cocaína ha descendido entre los estudiantes de 14-18 años (7,2% en 2004, 4,1% en 2006 y 3,6% en 2008) y, se ha estabilizado entre la población de 15-64 años (1,6% en 1997, 2,7% en 2003, 3% en 2005 y 3% en 2007).

Por otra parte, es probable que en España esté aumentando el uso de cocaína fumada (conocida aquí como base o cocaína-base). De hecho en la población de 15-64 años, entre 1999 y 2005 se había producido un discreto incremento en la prevalencia de consumo alguna vez en la vida, sin embargo en 2007 el aumento fue muy acusado, lo que nos informa de una mayor experimentación con este tipo de cocaína. Además, ha aumentado también de forma importante la prevalencia de consumo en los últimos 12 meses (0,1% en 2003, 0,2% en 2005 y 0,5% en 2007). Por otra parte, la experimentación con este tipo de cocaína parece relativamente elevada entre los estudiantes de 14-18 años (prevalencia de consumo alguna vez en la vida: 2,6% en 2006 y 2,4% en 2008).

Figura 16. Evolución de las prevalencias de consumo de cocaína entre la población de 15-64 años (%). España, 1995-2007.



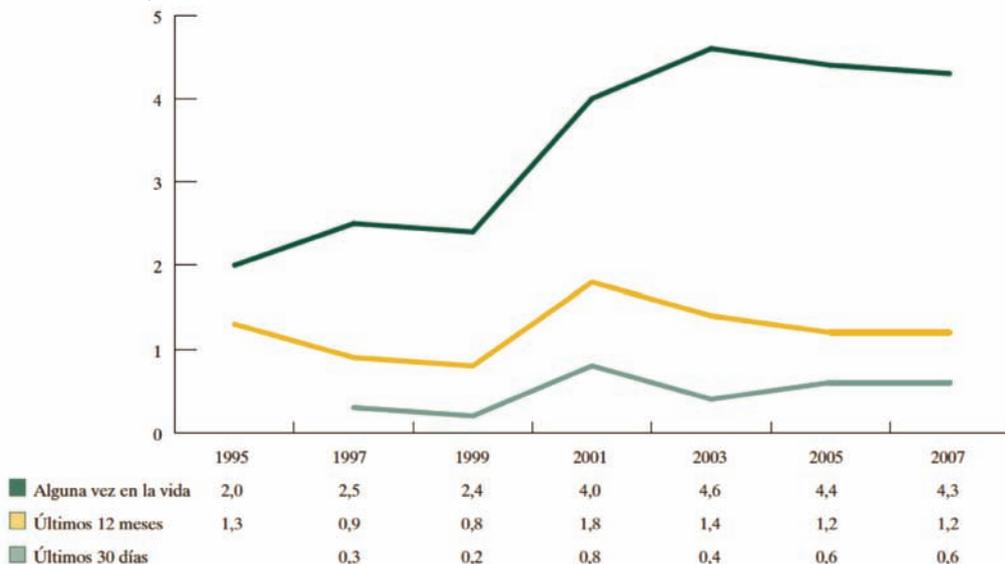
Fuente: PNSD. OED. Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

- Estimulantes tipo anfetaminas o éxtasis: En España, al contrario que en otros países europeos, la prevalencia del consumo de estos estimulantes es menor que la cocaína. En las encuestas domiciliarias o escolares la prevalencia de consumo desciende lentamente desde 2000-2001 (figuras 17 y 18). La mayor parte de consumidores toman las anfetaminas o éxtasis de forma esporádica.

El 4,3% de la población de 15-64 años ha probado el éxtasis alguna vez, el 1,2% lo ha consumido el último año y el 0,6% el último mes. La prevalencia de consumo durante el último año fue mayor entre los hombres (1,7%) que entre las mujeres (0,6%), y entre la población de 15-34 años (2,3%) que entre la de mayor edad (0,3%). Por tanto, se trata de una droga de consumo muy esporádico, donde la edad media de primer consumo fue de 20,8 años.

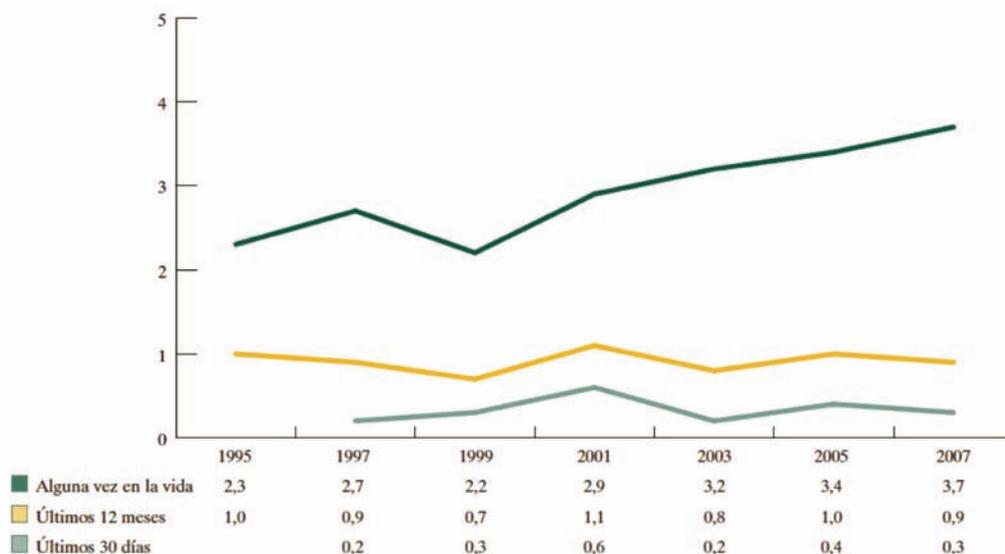
Mientras que en 2007 el 3,7% de la población de 15-64 años había probado las anfetaminas alguna vez, el 0,9% las había consumido en el último año y el 0,3% en el último mes. El consumo estaba bastante más extendido en hombres que en mujeres y en el grupo de 15-34 años que en el de 35-64 años. En este caso, la edad media de primer consumo fue de 19,7 años.

Figura 17. Evolución de la proporción de consumidores de extasis entre la población de 15-64 años. España, 1995-2007.



Fuente: PNSD. OED. Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Figura 18. Evolución de las prevalencias de anfetaminas en la población de 15-64 años. España, 1995-2007.



Fuente: PNSD. OED. Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

- **Heroína:** Aunque históricamente la heroína ha sido la responsable de la mayoría de problemas graves relacionados con las drogas ilegales detectados en España, desde el comienzo de la década de los años 90, su consumo ha disminuido de forma importante. Sin embargo, debemos destacar que a partir de 2004-2006 se ha notado cierto aumento de la prevalencia de consumo de heroína alguna vez en la vida entre los estudiantes de 14-18 años (0,5% en 1994, 0,7% en 2004, 1% en 2006 y 0,9% en 2008).
- **Alucinógenos:** La prevalencia de consumo de estas sustancias es muy baja. Así, en la población de 15-64 años la prevalencia anual de consumo fue del 0,8% en 1995 y del 0,6% en 2007, y en los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años del 4,4% en 1994, del 3,1% en 2004, del 2,8% en 2006 y del 2,7% en 2008 (tabla 9).
- **Hipnosedantes:** Con este término nos referimos tanto a los tranquilizantes como a los somníferos, sustancias que son consumidas por un número importante de personas en España, en la mayor parte de los casos, prescritas por los médicos. La prevalencia anual de consumo era del 8,6% (1,3% si se considera sólo el consumo sin receta médica) entre la población de 15-64 años en 2007 y del 10,1% (5,7% si se considera sólo el consumo sin receta médica) entre los estudiantes de 14-18 años en 2008, siendo en ambos casos más alta en las mujeres (tabla 9).

En cuanto a las diferencias genéricas en el consumo de drogas, encontramos que los hipnosedantes son las únicas drogas consideradas en que la prevalencia de consumo es más elevada en las mujeres que en los varones. Por lo que respecta a las drogas de comercio ilegal, las prevalencias de consumo de los hombres continúan siendo varias veces más elevadas que las de las mujeres, sin que se aprecie una reducción de las diferencias. Así, por ejemplo, en 2007 en la población de 15-64 años, la prevalencia mensual de consumo de cannabis fue del 10,0% en hombres y del 4,2% en mujeres y la de cocaína en polvo del 2,5% en hombres y del 0,8% en mujeres. En los jóvenes las diferencias relativas se reducen, sobre todo en el caso del cannabis. Por lo que respecta a los problemas relacionados con drogas de comercio ilegal, se reproduce el sentido de las diferencias intersexuales, pero las diferencias son mayores (PNSD, 2009).

La relación entre variables sociodemográficas y consumo de drogas ilegales no ha sido estudiada en demasiada profundidad. En concreto, la mayor parte de estudios muestran una frecuencia ligeramente mayor en chicos en comparación con chicas en este tipo de drogas, a excepción del consumo de sustancias tranquilizantes, donde son las chicas las que destacan de manera muy clara, tanto en España como en el resto de Europa y EEUU (Hilbell, et al., 2009; Kloos, Weller, Chan, & Weller, 2009; PNSD, 2009). A pesar de que existen muy pocos estudios que analicen la relación entre nivel socioeconómico y consumo de drogas ilegales en jóvenes, algunos expertos señalan que el consumo de drogas ilegales es más habitual entre los adolescentes de nivel socioeconómico bajo (Guxens, Nebot, Ariza, & Ochoa, 2007; Miech & Chilcoat, 2005; Ramos-Valverde, 2009).

Tabla 9. Evolución de las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de enseñanzas secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2008.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008
Prevalencia de consumo alguna vez en la vida								
Tabaco	60,6	64,4	63,4	61,8	59,8	60,4	46,1	44,6
Alcohol	84,1	84,2	86,0	78,0	76,6	82,0	79,6	81,2
Tranquilizantes o pastillas para dormir							12,6	17,3
Tranquilizantes o pastillas para dormir sin receta	6,1	6,1	6,4	6,9	6,5	7,0	7,6	9,4
Cannabis	20,9	26,4	29,5	33,2	37,5	42,7	36,2	35,2
Éxtasis	3,6	5,5	3,6	6,2	6,4	5,0	3,3	2,7
Alucinógenos	5,1	6,8	5,5	5,8	4,4	4,7	4,1	4,1
Anfetaminas	4,2	5,3	4,3	4,5	5,5	4,8	3,4	3,6
Cocaína	2,5	3,4	5,4	6,5	7,7	9,0	5,7	5,1
Heroína	0,5	0,5	0,9	0,6	0,5	0,7	1,0	0,9
Inhalables volátiles	3,1	3,3	4,2	4,3	3,7	4,1	3,0	2,7
GHB								1,1
Prevalencia de consumo en los 12 últimos meses								
Tabaco							34,0	38,1
Alcohol	82,7	82,4	83,8	77,3	75,6	81,0	74,9	72,9
Tranquilizantes o pastillas para dormir							7,4	10,1
Tranquilizantes o pastillas para dormir sin receta	4,4	4,5	4,7	5,0	4,5	4,7	4,8	5,7
Cannabis	18,2	23,4	25,7	28,8	32,8	36,6	29,8	30,5
Éxtasis	3,2	4,1	2,5	5,2	4,3	2,6	2,4	1,9
Alucinógenos	4,4	5,6	4,0	4,2	3,2	3,1	2,8	2,7
Anfetaminas	3,5	4,4	3,4	3,5	4,1	3,3	2,6	2,5
Cocaína	1,8	2,7	4,5	4,8	6,2	7,2	4,1	3,6
Heroína	0,3	0,4	0,6	0,4	0,3	0,4	0,8	0,7
Inhalables volátiles	1,9	2,0	2,6	2,5	2,2	2,2	1,8	1,6
GHB								0,8
Prevalencia de consumo en los últimos 30 días								
Tabaco	31,1	32,5	31,9	32,1	29,4	37,4	27,8	32,4
Alcohol	75,1	66,7	68,1	60,2	56,0	65,6	58,0	58,5
Tranquilizantes o pastillas para dormir							3,6	5,1
Tranquilizantes o pastillas para dormir sin receta	2,6	2,2	2,3	2,5	2,4	2,4	2,4	2,9
Cannabis	12,4	15,7	17,2	20,8	22,5	25,1	20,1	20,1
Éxtasis	2,1	2,3	1,6	2,8	1,9	1,5	1,4	1,1
Alucinógenos	2,6	2,8	2,0	2,0	1,2	1,5	1,3	1,2
Anfetaminas	2,3	2,6	2,0	2,0	2,0	1,8	1,4	1,2
Cocaína	1,1	1,6	2,5	2,5	3,2	3,8	2,3	2,0
Heroína	0,2	0,3	0,4	0,3	0,2	0,4	0,5	0,6
Inhalables volátiles	1,1	1,2	1,8	1,5	1,1	1,1	1,1	0,9
GHB								0,5

Fuente: PNSD. OED. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

En resumen, según el Observatorio Español sobre Drogas (2009), podemos decir que las conclusiones más destacadas sobre la evolución del consumo de drogas en España en los años más recientes son las siguientes:

- Se ha detenido el descenso de consumo de tabaco observado hasta 2007.
- Está estabilizada o en descenso la proporción de consumidores de bebidas alcohólicas, aunque ha aumentado la frecuencia de episodios de consumo intensivos (borracheras).
- Después de muchos años de descenso, puede haberse estabilizado el consumo de heroína, e incluso puede haber comenzado a ascender.
- Se han estabilizado o pueden haber comenzado a descender el consumo de cocaína y cannabis, tras muchos años de aumento continuado.
- Ha aumentado el consumo de hipnosedantes, mientras continúa descendiendo el consumo de éxtasis, anfetaminas y alucinógenos.

Estrategias de prevención

Parece existir un consenso acerca de la necesidad de resolver el problema del consumo de drogas desde el desarrollo de programas de prevención eficaces dirigidos a promover el crecimiento de individuos capaces de decidir de forma libre y responsable la abstinencia, en una realidad donde la existencia, la disponibilidad y la oferta de sustancias de abuso es un hecho cotidiano.

Las actuaciones preventivas hacia la demanda se fundamentan en el cambio de actitudes ante la oferta. Pero, no se trata sólo de informar, sino también de educar para facilitar el desarrollo (especialmente en los jóvenes) de rasgos de carácter que deriven en el rechazo de las drogas. El rechazo ha de basarse en un criterio firme, pero no en el miedo. Se trata de enseñar a defender sus propios valores, de mostrar otros caminos diferentes del consumo para superar los momentos de desánimo y desesperanza que todos experimentan. Por tanto, se focaliza la acción en el robustecimiento de la resistencia a la presión de grupo, ya que, el inicio del consumo es un fenómeno grupal. La mayor parte de los adolescentes empiezan a fumar, a beber o a experimentar con otras drogas en el seno del grupo. Por consiguiente, un objetivo prioritario en la prevención es el aprendizaje de estrategias para afrontar la presión de grupo. La prevención debe seguir el objetivo de sensibilizar a la sociedad para generar una cultura de rechazo a las drogas mediante el fomento de sus propios valores y recursos. Además, tiene que informar y educar sobre todo a los jóvenes, para que desarrollen estilos de vida positivos, saludables y autónomos (entrenamiento en habilidades para la vida). Por otra parte, centrarse en reducir los riesgos derivados del consumo, cuando ya no existan otras posibilidades es solo un complemento necesario. De las diversas encuestas realizadas en el ámbito escolar, incluso en los casos más pesimistas, se desprende que en torno al 10% de los escolares son consumidores. Sin embargo, actualmente la mayoría de las acciones que están llevándose a cabo se encaminan a políticas de disminución del daño en consumidores (Fernández-Crehuet Navajas, Gomez-Aracena, et al., 2008).

1.2.1.6. OTROS HÁBITOS, COMPORTAMIENTOS Y ESTILOS DE VIDA: CONDUCTA SEXUAL, HIGIENE DENTAL Y SEGURIDAD VIAL

En este apartado describiremos aspectos relacionados con los estilos de vida que no hemos comentado en ninguno de los apartados anteriores como son la conducta sexual, la higiene dental y los accidentes de tráfico y seguridad vial.

Conducta sexual

La sexualidad es una dimensión importante de la personalidad y estado de salud, que se expresa a lo largo de la vida de manera diversa y diferente en cada una de las personas. No todos tenemos el mismo concepto de lo que es la sexualidad ni la expresamos de la misma forma. Cada grupo social y cultural construye y recrea imaginarios sociales particulares. Esta complejidad hace difícil su estudio y en parte justifica la falta de una robusta evidencia sobre la efectividad de las intervenciones (Colomer-Revuelta, 2011).

La OMS define la sexualidad humana como “un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales”.

Aunque la sexualidad tiene importancia a lo largo de toda la vida, en la adolescencia adquiere una mayor dimensión. Alcanzar la sexualidad madura, con todas las implicaciones físicas y psicológicas, es uno de los muchos retos a los que deben hacer frente los adolescentes. En los países desarrollados, una alta proporción de jóvenes que finalizan la escuela obligatoria, informan haber participado en comportamientos sexuales de riesgo (Godeau, et al., 2008). Por tanto, abordar las relaciones sexuales tempranas y mal protegidas sigue siendo un problema importante para la salud pública.

Las intervenciones en salud sexual en la adolescencia tienen como objetivo, tanto reducir las posibles consecuencias adversas del comportamiento sexual, como mejorar la calidad de las relaciones sexuales de los jóvenes para una vida actual y también para su vida adulta.

Como base de la planificación de las intervenciones preventivas, se vienen realizando muchos esfuerzos por parte de los investigadores para establecer modelos coherentes de los determinantes del comportamiento sexual que permitan identificar factores de riesgo y de protección.

Basándose en un modelo derivado de la teoría socio-cognitiva (Bandura, 1994) que intenta explicar los comportamientos sexuales de los adolescentes, Kirby (2001) ha identificado más de cien precursores relacionados con algunas de las conductas de riesgo. A continuación, en la figura 19 puede observarse un listado con los 43 factores de riesgo y de protección más importantes.

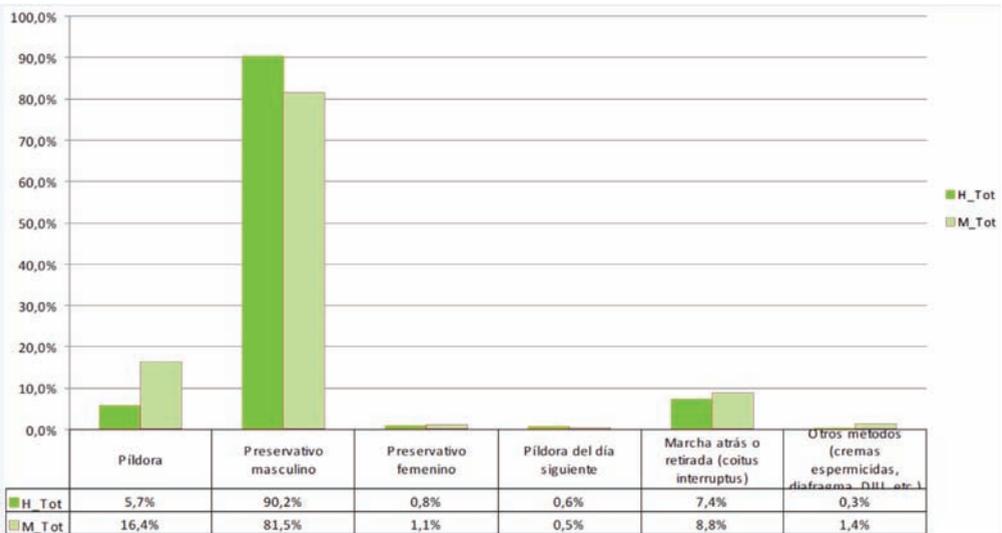
Figura 19. Indicadores de riesgo y de protección que pueden afectar al comportamiento sexual del adolescente.

Comunidad	Individuales
<p>Desventaja y desorganización</p> <ul style="list-style-type: none"> + Nivel alto de educación - Elevada tasa de desempleo + Alto nivel de renta - Alta tasa de criminalidad 	<p>Antecedentes biológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Precocidad en maduración física
<p>Familia</p> <p>Estructura y situación económica</p> <ul style="list-style-type: none"> + Biparental (frente a uniparental) - Cambios en el estado marital de los padres + Nivel alto de educación en padres - Bajo nivel de ingresos paternos <p>Dinámica familiar y apego</p> <ul style="list-style-type: none"> + Soporte parental y conexión familiar + Supervisión y control familiar suficiente <p>Actitud familiar y modelo de conducta sexual y de fecundidad</p> <ul style="list-style-type: none"> - Precocidad materna en relaciones sexuales y maternidad - Madre soltera y comportamientos de cohabitación + Actitud conservadora de los padres respecto a relaciones sexuales + Actitud positiva de los padres respecto a la anticoncepción - Precocidad hermanos mayores relaciones sexuales y maternidad 	<p>Apego y éxito escolar</p> <ul style="list-style-type: none"> + Buenos resultados escolares + Aspiraciones y planes de futuro en educación <p>Apego a instituciones religiosas</p> <ul style="list-style-type: none"> + Participación en actividades religiosas <p>Problemas o comportamientos de riesgo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uso de alcohol o drogas - Problemas de comportamiento o delincuencia - Otros comportamientos de riesgo
<p>Iguales</p> <p>Actitud y comportamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> + Calidad de los amigos/as - Comportamiento de riesgo respecto a delincuencia y drogas - Actividad sexual de iguales (real o percibida) + Normas positivas de uso de preservativos y anticoncepción 	<p>Distrés emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alto nivel de estrés - Depresión - Ideas suicidas
<p>Pareja</p> <ul style="list-style-type: none"> + Soporte en el uso de preservativos y contracepción 	<p>Características de la relación de pareja</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compromiso precoz y frecuentes - Mantener una relación muy cerrada - Mayor número de compañeros románticos - Compañero 3 ó mas años mayor
<p>+ Factor de protección - Factor de riesgo</p> <p>Fuente: PrevInfad (AEPapa) / PAPPS infancia y adolescencia.</p>	<p>Abuso sexual</p> <ul style="list-style-type: none"> - Historia previa de abuso o coacción <p>Deseos, actitudes y habilidades sexuales</p> <ul style="list-style-type: none"> + Actitud conservadora respecto a relaciones prematrimoniales + Mayor percepción de susceptibilidad a embarazo o infecciones sexuales + Importancia de protegerse de embarazo o infecciones sexuales + Mayor conocimiento sobre preservativos y anticonceptivos + Actitud positiva sobre preservativos y anticonceptivos + Alta percepción de barreras y coste de utilización de preservativos + Mayor grado de percepción de auto eficacia en el uso de protección

Epidemiología

De la Encuesta Nacional de Salud Sexual de 2009 (encuesta de base poblacional a partir de 16 años) se pueden extraer los siguientes resultados:

- El tipo de prácticas sexuales referidas son bastante similares para ambos sexos e incluyen fundamentalmente besos y caricias (casi el 90%), sexo vaginal para casi la mitad de las mujeres (48%) y los hombres (46,6%), seguido de masturbación mutua y sexo oral, aproximadamente 10 puntos porcentuales más en los hombres que en las mujeres en ambas respuestas.
- En general, los hombres inician sus relaciones sexuales más tempranamente que las mujeres. La media de edad de inicio más frecuente para los hombres es la categoría de la de 17-18 años, seguida de 15-16 años. Las mujeres también inician en 17-18 años siendo en cambio la segunda respuesta 21-25 años con el 20,8% de los casos. En cuanto a la persona con la que iniciaron sus relaciones sexuales: los hombres se dividen entre la pareja estable y una pareja ocasional, mientras que las mujeres afirman haberlo hecho con su pareja estable en el 85,6% de los casos. Cabe destacar que el 5,3% de los hombres refieren haber iniciado sus relaciones sexuales pagando.
- Debemos remarcar que cerca del 40% de los casos, tanto de hombres como de mujeres, no han utilizado ninguna protección para la prevención de embarazos en las primeras relaciones sexuales. Y, el 25% de ambos sexos refiere no haber utilizado ningún método por no considerarlo necesario.
- Los métodos anticonceptivos más utilizados con la pareja estable tanto en mujeres como en hombres son el preservativo masculino seguido de la píldora (figura 20). El uso de preservativos es mayoritariamente fruto de una decisión negociada (la decisión se toma conjuntamente) en la pareja. Los datos reflejan que la responsabilidad en la prevención sigue recayendo mayoritariamente en las mujeres, si bien el 24% de ellas afirma que lo deciden solas, frente al 13% de los hombres. Esta tendencia se aplica a todas las edades. Respecto a la píldora de urgencia, tan solo el 0,5% de la población refiere haber hecho uso de ella en su primera relación sexual. Únicamente el 1,1% de la población la ha utilizado en los últimos doce meses con su pareja estable. Este uso se concentra en la población juvenil, en el intervalo de 16 a 34 años, siendo el 1,9% de los casos. El 8,1% de la población utiliza la “marcha atrás” para prevenir embarazos.

Figura 20. Uso de métodos anticonceptivos en hombres y mujeres (ENSS, 2009).

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Sexual, 2009. Ministerio de Sanidad y Política Social.

- La mitad de hombres y mujeres coinciden en valorar como buena la información que tienen sobre sexualidad, algo más los hombres en el 60,2% de los casos que las mujeres con el 54,5%. Esta es “mala” y “muy mala” para el 10,5% de las mujeres y el 7,9% de los hombres. En cuanto a las fuentes de información preferidas, la primera elección es dentro de la familia y es sexuada, es decir, los hombres prefieren al padre y las mujeres a la madre. Además, los hombres refieren más a la madre con el 12,7% que las mujeres al padre con el 2,4%. Coinciden después ambos sexos en indicar al profesorado y al personal sanitario.

Por otra parte, en el estudio “*Salud y Juventud*” realizado por el Consejo de la Juventud en España en 2001, con una muestra de 1.693 jóvenes entre los 13 y 29 años (49,7% varones y 50,3% mujeres), se afirma que hablar de los problemas de salud de los jóvenes es hablar sobre todo de accidentes de tráfico, de problemas de salud relacionados con la sexualidad, el consumo de drogas y la alimentación. Pero también es hablar de otros temas que causan menos alarma social, como la actividad física, la salud mental y la promoción de estilos de vida saludables.

El estudio informa que la mayor parte de los jóvenes (90,3%) declara que su salud es buena o muy buena. No se observan diferencias significativas respecto a la edad, sexo o ámbito en cuanto al inicio de los jóvenes en las relaciones sexuales con penetración, los jóvenes de menos edad iniciaron sus relaciones de forma más temprana que los que tienen más de 18 años. De estos últimos, el 8% ha declarado tener a diario relaciones sexuales con penetración, el 38% al menos una vez a la semana, el 9% al menos una vez al mes y el 27%

esporádicamente. Aún cuando declaran que para ellos (70%) era fácil tener un preservativo a mano en el momento de tener una relación sexual con penetración, el 46,5% no utilizó el preservativo en sus tres últimas relaciones sexuales con penetración.

Una de cada cuatro chicas que viven en una zona urbana, menores de 18 años considera que la marcha atrás es útil para prevenir el embarazo. El embarazo adolescente es frecuente: el 20,4% de las chicas que viven en una zona rural y el 10% de las chicas que viven en una zona urbana de 18 años en adelante han estado alguna vez embarazadas; además, el 2% refiere haberse sometido a una interrupción voluntaria de embarazo (IVE).

Al preguntarle a los jóvenes a quién acudirían si tuvieran un problema relacionado con la sexualidad, la opción más señalada ha sido los amigos, y la segunda los padres.

Finalmente, en el ámbito de nuestra Comunidad Autónoma, según la Encuesta de Hábitos Sexuales realizada el año 2003 mostraba que en las Islas Baleares la edad de inicio de la primera relación sexual era más baja en hombres (17,3 años) que en mujeres (18,4 años) y más baja en ambos (17,8 años; DE 3,0) que en el conjunto de todo el Estado (18,6 años; DE 3,3). El 44,3% de la población encuestada declaraba haber utilizado preservativo en su última relación sexual (47,1% de los hombres y 41,1% de las mujeres). El 39,7% de los hombres de entre 18 y 49 años declaraban haber mantenido relaciones sexuales con prostitutas, porcentaje mucho más elevado que la media nacional (25,8%), la mayoría de ellos (88,2%) habían usado preservativo en la última relación sexual de prostitución. El porcentaje de personas diagnosticadas de una enfermedad de transmisión sexual era más elevada en Baleares (9,1% frente al 5,4% del total estatal), con porcentajes similares en ambos sexos (8,5% en el caso de los hombres y 9,7% en el caso de las mujeres).

A modo de conclusión, podemos afirmar que en general, la literatura ha apoyado la existencia de un perfil de riesgo diferente en chicos y chicas, de modo que se viene registrando desde hace décadas, en el caso de los chicos, un inicio anterior en las relaciones sexuales y mayor número de parejas ocasionales, mientras que las chicas suelen tener relaciones sexuales en el marco de una relación estable y asociada a una relación afectiva y de confianza (Ramos-Valverde, 2009). Además, los indicios sobre la sexualidad de los adolescentes y jóvenes españoles muestran que los adolescentes inician cada vez más temprano su actividad sexual, que viven su vida sexual de manera activa, que lo hacen sin usar las protecciones adecuadas y necesarias, y que ello conduce a infecciones de transmisión sexual y a embarazos no deseados.

Higiene dental

Las enfermedades bucodentales constituyen un problema de salud pública frecuentemente subestimado, pero de importante relevancia por su posible morbilidad, elevada prevalencia,

por el coste del tratamiento y por su impacto en términos de dolor, malestar y limitación funcional, así como de su efecto sobre la calidad de vida (Sheiham, 2005).

La fluoración en el suministro de aguas por la red de alcantarillado público es el método preventivo más rentable utilizado para prevenir las enfermedades bucodentales. Éste, junto al uso de flúor tópico, son los métodos más usados para prevenir la caries en las últimas décadas. Pero, a pesar de que se ha reducido drásticamente la incidencia de caries dental en niños, este problema se encuentra muy lejos de ser erradicado (WHO, 1994).

A pesar de que son varias las recomendaciones para protegerse de las enfermedades bucodentales, como son el uso racional de los productos con azúcar, la fluoración del agua, la reducción del consumo de tabaco y alcohol y el uso adecuado de atención dental, es la higiene bucodental eficaz es uno de los factores de protección más importantes para la prevención, siendo la recomendación universal cepillarse los dientes al menos dos veces al día (Loe, 2000).

El cepillado dental con pasta fluorada es el método más importante de aplicación de flúor en la superficie dental y ha demostrado ser una medida efectiva en la prevención de caries (Moynihan & Petersen, 2004; Sutcliff, 1996). El cepillado dental es fundamental para la prevención de las enfermedades de las encías como la gingivitis y la periodontitis. Una buena higiene dental comienza por un correcto cepillado, que conviene realizar después de cada comida o ingesta (bebidas azucaradas y carbonatadas, golosinas...). El cepillado más importante y, el que no debe faltar, es el de después de la cena o de la última ingesta antes de dormir. Ahora bien, debemos tener en cuenta que un cepillado excesivo puede desgastar el esmalte, por lo que lo ideal son 2 o 3 cepillados al día. Se recomienda también limpiar el espacio interdentario con seda al menos una vez al día, usando una parte distinta de la seda para cada espacio. Y, tras pasar el cepillo y la seda dental, puede ser conveniente un enjuague con un colutorio, aunque sin abusar (Cuenca-Sala & Baca-García, 2005).

En este mismo sentido, debemos remarcar que el uso de chicles y de xilitol puede ser adecuado, ya que la acción de masticar estimula la secreción de saliva que evita que el pH de la boca sea excesivamente ácido, y el uso de xilitol inhibe el crecimiento de la bacteria *streptococcus mutans*, que causa la caries.

Según los datos nacionales de la edición de 2006 del estudio *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC), solo el 56,8% de los adolescentes españoles decía cepillarse los dientes más de una vez al día (Ramos-Valverde, 2009), mientras que en la edición del 2002, dicho porcentaje disminuía hasta el 51% de los adolescentes (C. Moreno, Muñoz, Pérez, & Sánchez, 2005). En España, aún existen pocos estudios que relacionen la salud bucodental con las desigualdades socioeconómicas, pero existe un estudio realizado por Jiménez et al. (2004) que demuestra que aquellos niños que habían tenido padres o cuidadores con un

nivel educativo más bajo tenían mucha más probabilidad de no haber recibido atención a sus condiciones bucodentales que aquellos otros con nivel educativo más alto.

Seguridad vial

Los accidentes de tráfico constituyen uno de los problemas de salud pública más preocupantes en los países occidentales por la magnitud del problema y porque afecta en mayor proporción a personas jóvenes. Según estimaciones de la OMS, las lesiones por accidente de tráfico ocuparán en el año 2020, el tercer lugar entre las diez principales causas de muerte en todo el mundo.

Existen gran cantidad de medidas para prevenir los accidentes y también muchas medidas de promoción y educación para la salud para modificar aquellas conductas que pueden ayudar a que los accidentes no se produzcan o que, en caso de que se produzcan, repercutan lo menos posible en la salud de quienes los sufran.

En el mundo se producen cada año más de 750.000 muertos y más de 20 millones de heridos debido a los accidentes de tráfico, de éstos, más de 10 millones padecen con discapacidades permanentes. En la Unión Europea, a causa del tránsito, cada año mueren más de 40.000 personas, se producen 1,1 millones de heridos y más de 150.000 de estos heridos, quedan discapacitados de por vida. En España, se producen unas 4.500 muertes y más de 130.000 heridos anuales.

Se estima que los accidentes de tráfico y sus consecuencias representan un coste aproximado entre el 1 y el 2% del Producto Interior Bruto (PIB). Frente a este importante coste económico que suponen los accidentes de tráfico para cualquier país, la inversión en medidas preventivas y de promoción de la salud no es equiparable a la de otros problemas de salud, a pesar de que se conocen estas medidas y su aplicación ha demostrado que son efectivas.

En la Encuesta Nacional de Salud en España (ENS-2006), se observa que el 70% de las personas afectadas por accidente de tráfico y el 41,5% de las personas fallecidas por esta misma causa, estaban comprendidas en el grupo de edad entre 15 y 44 años, y también a este grupo de edad pertenecían el 41,5% de las personas fallecidas en estos accidentes. Esta frecuencia se incrementa si solo se considera el grupo de edad de 15 a 24 años. Se trata pues, de un problema de salud que afecta a población joven y que tiene una gran mortalidad, aunque éste es un indicador parcial del problema, ya que se estima que por cada víctima mortal se producen alrededor de 7 heridos graves y 15 leves. En 2006, en España, la tasa ajustada de mortalidad fue de 8,8 decesos por 100.000 habitantes, con una relación hombre/mujer de 2/1, ya que la tasa de hombres fue de 14,2 frente a la de 6,1 para mujeres. El grupo de edad más afectado fue el de 15 a 24 años.

Para muchos autores, en el período comprendido entre los 15 y 24 años, aproximadamente, existe una mayor predisposición a la exposición a distintos riesgos. Dentro de estos podría mencionarse, por ejemplo, la realización de conductas relacionadas con una conducción arriesgada. Al parecer, aspectos de tipo psicológico y social podrían resultar relevantes en la prevención y disminución de los accidentes de tráfico en jóvenes, tales como son las actitudes frente a la propia conducción y a la de los demás, las creencias, los valores ante la vida, la influencia del grupo de iguales, las habilidades sociales para hacer frente a la presión de dicho grupo, la intención de comportarse de manera segura ante el volante, las consecuencias positivas y negativas de mantener una conducción segura, etc. (Marqués Molías, et al., 2009).

La presión ejercida por parte del grupo de iguales para comportarse de forma arriesgada, es clave a la hora de explicar los comportamientos de riesgo en los jóvenes. En un estudio de adolescentes conductores, la presencia de un pasajero aumentó en el 50% el riesgo de sufrir un accidente fatal, comparado con ir conduciendo solo (Williams, 2001). Con dos o más pasajeros, el riesgo de un accidente fatal es cinco veces más alto que el ir conduciendo solo. En un estudio realizado en población estudiantil, el 31,9% de los adolescentes informaron haber sido pasajeros en un automóvil llevado por un conductor ebrio; el 15,1% de los estudiantes habían conducido una hora después de beber y un porcentaje mayor, el 19,7% había conducido una hora después de fumar marihuana (Adlaf, Mann, & Paglia, 2003).

Como hemos comentado anteriormente, los chicos tienen mayor riesgo de sufrir accidentes graves que las chicas, y esto se relaciona con el consumo de alcohol y drogas ilegales. Es más probable que los chicos manifiesten conducir después de beber que las chicas. La percepción de peligro al conducir bajo los efectos del alcohol es mayor en mujeres jóvenes que en hombres. Además, las mujeres jóvenes tienen menos accidentes de tráfico bajo los efectos del alcohol (Marqués Molías, et al., 2009).

Estrategias de prevención de accidentes de tráfico

La solución a los accidentes de tráfico reside en la prevención primaria. Según Piédrola-Gil (2008) para que tenga efecto se deben tener en cuenta una serie de aspectos:

a) Fomentar la educación vial: consiste en potenciar las actitudes positivas (prudencia, cortesía, anticipación al problema, etc.) y eliminar las negativas (sobre todo el alcohol y las drogas).

Por ejemplo, numerosos estudios ponen de manifiesto que las personas que consumen cannabis creen que la marihuana no disminuye la capacidad para conducir. Además, estas personas están más dispuestas a conducir bajo los efectos de esta droga, incluso creen que conducen mejor. En cambio, se ha demostrado que el consumo de cannabis provoca el mismo riesgo de sufrir un accidente de tráfico que el uso de alcohol (Laberge & Ward, 2004).

En este sentido, también existen datos indicativos de que cuando se utilizan teléfonos móviles de tipo manual, los conductores corren un riesgo de choque cuatro veces superior al de los demás conductores y se ponen en peligro a sí mismos y a otros usuarios de la vía pública (Redelmeier & Tibshirani, 1997).

Por todo ello, se debe fomentar la educación vial, que debe iniciarse en la edad escolar y continuar en la autoescuela.

- b) Prevención de la fatiga: normas acerca del descanso obligatorio. Está demostrado que conducir más de 4 horas seguidas tiene una relación directa con el déficit de atención a causa de la fatiga y, por tanto, hay un mayor riesgo de accidente.
- c) Reducción de la tasa de alcoholemia permitida: A partir de mayo de 1999 se fijó en 0,3 g/l durante los 2 años siguientes a la obtención del permiso de conducir, y siempre para los conductores profesionales, mientras que para el resto de los conductores se permite llegar a 0,5 g/l. Cabe recordar que el riesgo, con esa tasa legal, es superior (el doble para 0,3 g/l o el triple para 0,5 g/l) del que presentan los conductores sin alcoholemia, por lo que el mensaje debe ser más claro e intenso para lograr que no se conduzca con alcohol en sangre, es decir, “objetivo: tasa cero”.

Para ello se dispone de medidas punitivas, que aunque son las más impopulares, en algunas ocasiones, como es en este caso, son las más eficaces: multas, retirada del permiso de conducir por infracción grave o por acumulación de infracciones (carnet por puntos), etc.

- d) Finalmente, también se podrían tener en cuenta otros aspectos como la adecuación de las vías (señalización, eliminación de obstáculos en el entorno, etc.) y los sistemas de seguridad en el vehículo (avisos de mal funcionamiento del vehículo, aviso de frenada, control de la distancia entre vehículos, etc.).

1.2.2. CLUSTERING O ASOCIACIÓN DE FACTORES DE RIESGO

Actualmente está ampliamente demostrado que determinadas conductas de riesgo, tales como, tabaquismo, un consumo excesivo de alcohol, una dieta poco saludable (bajo consumo de frutas y verduras) y la inactividad física (conducta sedentaria), pueden contribuir a incrementar la morbimortalidad desarrollando patologías tales como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes tipo 2 y el cáncer, entre otras (Mokdad, Marks, Stroup, & Gerberding, 2004; WHO, 2002b). El seguimiento de los factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares desde la infancia hasta la edad adulta, sugiere que la adopción de estilos de vida saludables desde los inicios de la vida tiene el potencial de influenciar la salud cardio-

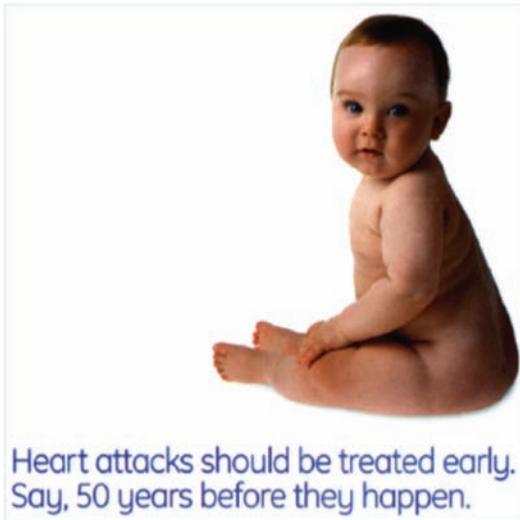


Figura 21. Campaña para el fomento de estilos de vida saludables desde el inicio.

vascular a largo plazo (figura 21). Además, los comportamientos iniciados en la adolescencia tienden a seguir en la edad adulta (Escobedo, Marcus, Holtzman, & Giovino, 1993).

A pesar de que está ampliamente descrito el efecto de los factores de riesgo de forma independiente, se ha estudiado poco el posible efecto sinérgico resultante de la combinación de los mismos. No obstante, algunos estudios revelan que los estilos de vida no saludables raramente se presentan aislados, sino que tienden a asociarse entre ellos (conglomerarse) (Chou, 2008; Dodd, Al-Nakeeb, Nevill, & Forshaw, 2010; Moreno-Gomez, et al., 2012; Poortinga, 2007b; Schuit, van Loon, Tijhuis, & Ocke, 2002; Tobias, Jackson, Yeh, & Huang, 2007). Este hecho puede tener profundas implicaciones, tanto a nivel de morbimortalidad como en la aplicación de intervenciones de prevención más enfocadas al conjunto que a las conductas individuales. Por tanto, teniendo en cuenta los efectos aditivos de los mismos, las intervenciones orientadas a promocionar múltiples hábitos saludables simultáneamente podrían tener un mayor impacto sobre la salud pública que las intervenciones que promueven hábitos aislados.

Varios autores han examinado la relación existente entre comportamientos de riesgo para la salud en adultos, adolescentes y niños, utilizando un amplio rango de variables, entre las que destacan el consumo de alcohol y tabaco, la dieta y la actividad física. Para examinar este tipo de asociaciones se han aplicado diversos métodos, entre los que destacan la regresión logística, el análisis de los conglomerados o el análisis de los componentes principales (Haftenberger, et al., 2002; Poortinga, 2007a, 2007b; Tobias, et al., 2007). Los resultados sugieren que los estilos de vida que comúnmente se asocian a la salud o a la enfermedad se conglomeran en la población, existiendo una tendencia a la clusterización de los estilos de vida saludables versus los estilos de vida no saludables.

1.3. PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

La prevención se utiliza a veces como término complementario al de promoción de la salud. Pese a que a menudo se produce una superposición del contenido y las estrategias, la prevención se define como una actividad distinta. La prevención siempre se dirige a la enfermedad, evitando que ésta aparezca. En cambio, la promoción de la salud se dirige a la salud.

Algo similar ocurre con la promoción de la salud y la educación para la salud, que al compartir la misma filosofía, son hasta cierto punto, no diferenciables. No obstante, es preciso tener en cuenta que la promoción de la salud puede tratar de aspectos más generales, más estratégicos, mientras que la educación para la salud trata de aspectos más concretos, de diseños tácticos y precisos dirigidos a la solución de problemas de salud previamente detectados. Por lo que a continuación vamos a hacer una descripción de qué entendemos por cada uno de estos términos.

La prevención abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

La prevención de la enfermedad es la acción que normalmente emana del sector sanitario, y que considera a los individuos y poblaciones como expuestos a factores de riesgo identificables que suelen estar a menudo asociados a diferentes comportamientos de riesgo.

Las actividades preventivas, según el momento de la historia natural de la enfermedad en el que actúan, se clasifican en cuatro niveles: prevención primaria, secundaria, terciaria o cuaternaria.

La *prevención primaria*, intenta evitar el inicio o la incidencia de la enfermedad, por lo que se centra en disminuir los factores de riesgo y en aumentar los factores de protección, y va dirigida a la población en general. Se incluyen por lo tanto, las políticas destinadas a promover la salud mediante cambios sociales y ambientales, campañas contra el consumo de tabaco y la promoción de la actividad física, acciones poblacionales para reducir los perfiles de riesgo y las acciones individuales de detección, evaluación y reducción de los factores de riesgo.

En cambio, la *prevención secundaria*, intenta evitar la progresión de la lesión biológica o enfermedad, ya que consiste en detectar precozmente la enfermedad para impedir o retardar su desarrollo y facilitar cambios de conductas o aplicar tratamiento. No puede reducir la incidencia de la enfermedad, puesto que ésta ya se ha iniciado, pero puede reducir su prevalencia. La prevención secundaria actúa cuando la primaria no ha existido o ha fracasado. Su objetivo es reducir la morbilidad. El núcleo fundamental de actividades lo forman

los programas de cribado o detección precoz (por ejemplo, autoexploraciones de mama, la citología vaginal o test de Papanicolau a mujeres que consuman anticonceptivos orales, el examen de salud, etc.).

Mientras que la *prevención terciaria*, se define como aquellas actividades que están dirigidas al tratamiento y rehabilitación de una enfermedad ya previamente establecida. Intenta, por tanto, prevenir las discapacidades en los pacientes que presentan una enfermedad en fase sintomática, disminuyendo las secuelas y consecuencias de las enfermedades. Se incluyen aquí, la educación sanitaria a enfermos crónicos, rehabilitación, etc.

Y, finalmente, la *prevención cuaternaria*, que serían el conjunto de actividades que atenúan o evitan las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas del sistema sanitario. Se incluyen aquí, actividades como evitar pruebas complementarias innecesarias, evitar el uso de antibióticos indiscriminadamente, evitar el tratamiento farmacológico de la hipercolesterolemia en la prevención primaria, evitar el sobrediagnóstico y sobretratamiento de algunas enfermedades, como por ejemplo el TDAH.

Podemos observar por tanto, cómo la prevención en sus distintas formas y momentos siempre se dirige a la enfermedad, evitando que ésta aparezca, se desarrolle, se reproduzca o se haga crónica. Sin embargo, la promoción se dirige a la salud, a crear condiciones para que ésta se desarrolle, se amplíe o se consolide y no sólo a evitar la enfermedad (González-Alfaya, 2008).

Según la OMS (1998) “la promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla”.

Como ya hemos apuntado en el primer capítulo de esta tesis, uno de los hitos más importantes en promoción de la salud ha sido la I Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. En ella se elaboró la Carta de Ottawa, en la cual se identifican tres estrategias básicas para la promoción de la salud, como son: la abogacía por la salud, con el fin de crear las condiciones sanitarias esenciales; facilitar que todas las personas puedan desarrollar su completo potencial de salud; y meditar a favor de la salud entre los distintos intereses encontrados en la sociedad.

Estas estrategias se apoyan en cinco áreas de acción prioritarias, también contempladas en la Carta de Ottawa, sobre las cuales se deberá actuar para poder conseguir lo dicho anteriormente:

1. *Establecer una política pública saludable.* Desde la conciencia de que no es suficiente con cuidar la salud para promocionarla, se insiste en la necesidad de que en todos los niveles y sectores las decisiones políticas de cualquier tipo, no sólo del ámbito sanitario, tengan en cuenta su influencia y repercusión en la salud. Sería algo como “la salud en todas las políticas”.
2. *Crear entornos que apoyen la salud.* Los medios ambientes físicos y sociales influyen en la salud. Pueden influir directamente –como cuando hay químicos nocivos en el ambiente– o bien indirectamente, como cuando promueven ciertos hábitos de alimentación. Un ejemplo de ello es el concepto de ambiente obesogénico.
3. *Fortalecer la acción comunitaria para la salud.* La participación activa de la comunidad se puede dar en la definición de prioridades, de programas de acción, la toma de decisiones y la ejecución de los programas de promoción de la salud. Sin esta acción comunitaria, se puede caer en programas asistencialistas, que no son de promoción de la salud.
4. *Desarrollar las habilidades personales.* Mediante el aprendizaje, el desarrollo de aptitudes y conductas en la población, también se puede realizar promoción de la salud. Estas actividades se pueden realizar a través de ciertos canales, como las escuelas, los lugares de trabajo y la familia.
5. *Reorientar los servicios sanitarios.* Se debe poner énfasis en la atención preventiva y promotora en lugar de la atención curativa. Esto se puede ver en los presupuestos, en la distribución del personal y en otros indicadores. Es necesario que los servicios y los sistemas de salud se reorienten hacia la atención promotora de la salud.

A esta conferencia le siguieron otras que examinaron los temas más destacados tratados en la Carta de Ottawa, como son:

- La II Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Adelaida (Australia), celebrada en 1988 y titulada “Política Sana. Estrategias de acción”. En ella se destaca sobre todo la importancia del compromiso político para conseguir la equidad social. Se defiende la importancia de las políticas saludables desde los diferentes ámbitos de la política.
- La III Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Sundsvall (Suecia) celebrada en 1991, en la que de manera especial se incide en la importancia de los ambientes o entornos saludables y promotores de salud. En ella, también está muy presente el concepto de desarrollo sostenible.
- La IV Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Yakarta (Indonesia), celebrada en 1997 y titulada “Nuevos Actores para una Nueva Era: Guiando la Promoción de

la Salud hacia el siglo XXI". En ella se adoptó la declaración de Yakarta, en la que se señalan como principales prioridades: la promoción de la responsabilidad social en la salud, el incremento de inversiones en salud, la consolidación y expansión de los recursos que promueven la salud, la consolidación de una infraestructura para promoción de la salud y el incremento de las capacidades de la comunidad y el fortalecimiento (*empowerment*) de los individuos. Este último es entendido como el proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y las acciones que afectan a su salud.

- La V Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de México (2000), en la que se insiste en la importancia de la promoción de la salud para conseguir una mayor equidad y por tanto reducir desigualdades. La educación para la salud y la participación de la comunidad se revelan como fundamentales para la consecución de los objetivos de la promoción.
- La VI Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud de Bangkok (Tailandia), celebrada en 2005, dio como resultado la Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. En ella se identifican los nuevos factores críticos y desafíos determinantes para la salud (desigualdades crecientes en los países y entre ellos, nuevas formas de consumo y comunicación, medidas de comercialización, cambios ambientales mundiales, urbanización y cambios sociales, económicos y demográficos rápidos y con frecuencia adversos) y las nuevas oportunidades que se presentan para mejorar la salud y aumentar la colaboración (los avances de las tecnologías de la información y las comunicaciones y los mejores mecanismos disponibles para el gobierno mundial y el intercambio de experiencias).

Asimismo, en esta carta se señalan cuatro compromisos clave a favor de la Salud para Todos, para lograr que la promoción de la salud sea:

- Un componente primordial de la agenda de desarrollo mundial.
 - Una responsabilidad esencial de todo gobierno.
 - Un objetivo fundamental de las comunidades y de la sociedad civil.
 - Un requisito de las buenas prácticas empresariales.
- Y, finalmente la VII Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud de Nairobi (Kenia), celebrada en 2009, hizo una llamada a la acción de todos los Estados miembros. Refleja la visión de la Declaración de Alma Ata y se apoya en las recomendaciones de la Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud. En dicha conferencia, se reafirman los valores, principios y estrategias de acción de promoción de la salud codificadas en la Carta de Ottawa y en el resto de conferencias. Se hace mención también a que la promoción de la salud ha demostrado su eficacia y rentabilidad.

Diversos autores señalan dos categorías fundamentales en la promoción de la salud. Por un lado, estarían los estilos de vida, de los que hemos hablado anteriormente y por otro, las con-

diciones de vida, que la OMS define como “el entorno cotidiano de las personas, donde éstas viven, actúan y trabajan (...) son el producto de las circunstancias sociales y económicas del entorno físico, todo lo cual puede ejercer impacto en la salud, estando en gran medida fuera del control inmediato del individuo”.

La responsabilidad social para la salud se refleja en las acciones de los responsables en la toma de decisiones tanto del sector público como privado, para establecer políticas y prácticas que promuevan y protejan la salud. Las políticas y prácticas que aplican los sectores público y privado deben evitar perjudicar la salud de los individuos; proteger el medio ambiente garantizando el uso sostenible de recursos; restringir la producción y el comercio de productos y sustancias inherentemente perjudiciales y desalentar las prácticas de marketing nocivas para la salud; proteger al ciudadano en el mercado y al individuo en el lugar de trabajo, e incluir evaluaciones del impacto sanitario centradas en la equidad como parte integral del desarrollo de las políticas (OMS, 1997).

1.3.1. LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

El concepto de educación para la salud está fuertemente vinculado al de promoción de la salud, de forma que se considera a ésta como un medio para conseguirla.

La práctica totalidad de definiciones de educación para la salud hacen referencia a la modificación de conocimientos y comportamientos de los individuos integrantes de la comunidad hacia unos estilos de vida saludables.

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 colectiva. La educación para la salud aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La educación para la salud incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitaria. Es decir, la educación para la salud supone comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestran la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud (OMS, 1998).

Dentro del contexto de la promoción de la salud, la salud ha sido considerada no como un estado abstracto sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a

las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas.

En este sentido, la educación para la salud, se trata de un proceso educativo dirigido fundamentalmente a potenciar, promover y educar aquellos factores que inciden directamente sobre la población en general y el ciudadano en particular. Además, la garantía de todos estos aspectos no solo pretende afectar al individuo, sino que debe implicarse también en su entorno, de manera que se evite la sola acción sobre el individuo. Esto se debe a que, aunque se modifiquen favorablemente las actitudes y conductas de las personas, todo ello no se podrá mantener si esos factores externos no son favorables a esos cambios (Tobón-Correa & García-Ospina, 2004). Está claro que esta situación, que refleja claramente la actualidad en el tema que nos ocupa, requiere de una definición que incluya la referencia a los aspectos comentados. A principios de los 80, Salleras (1985) definía los siguientes objetivos básicos de la educación para la salud:

- Facilitar a los individuos y grupos la adopción de la salud como un valor fundamental, hacerla patrimonio individual y humano.
- Modificar las situaciones causantes y/o mantenedoras de comportamientos insanos y peligrosos para la salud individual o colectiva.
- Promover la ejecución de comportamientos sanos en la población.

Pero la definición más completa puede ser la propuesta por Sommers en 1989, en la que define la educación para la salud como “un proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar, mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugna cambios ambientales necesarios para facilitar la consecución de estos objetivos y dirige la formación de los profesionales y la investigación hacia ellos” (Sanchez-Gomez, Gómez-Salgado, & Gonzalo-Duarte, 2008). Por ello, los objetos que debe perseguir cualquier proceso de educación para la salud deben integrar los siguientes aspectos:

- Cambiar comportamientos y creencias.
- Cambiar actitudes y valores.
- Aumentar la habilidad para la toma de decisiones.
- Cambiar comportamientos.
- Establecer ambientes saludables.
- Conseguir cambios sociales hacia la salud.
- Favorecer la capacidad y el poder de individuos, grupos y comunidades.

Numerosos estudios epidemiológicos en el campo de la educación para la salud, han demostrado que una actuación limitada al individuo no logra mantener conductas, aún con una actitud individual positiva en este sentido, si los factores sociales no son favorables para ello.

Modelos aplicados en educación para la salud^b

Existen diferentes modelos cuyo objetivo es facilitar la aplicación práctica de los conocimientos existentes y servir como guía para la elaboración de programas y actividades de intervención. A continuación describiremos brevemente los dos modelos más utilizados en educación para la salud: el modelo de Prochaska y DiClemente y el modelo PRECEDE-PROCEED.

Modelo de Prochaska y Diclemente

De las diversas teorías que han intentado explicar porqué las personas se comportan de una manera determinada, cabe resaltar el modelo de los estadios del cambio o modelo transteórico del cambio de Prochaska y Diclemente (1983).

Este modelo fue inicialmente utilizado para predecir el abandono del tabaquismo en fumadores. Sin embargo, en los últimos años, el modelo ha ido adquiriendo consistencia y ha sido aplicado en un amplio espectro de cambios de conducta, tales como la disminución de prácticas de riesgo para la infección por el VIH, fomento de la actividad física, dieta saludable, etc.

Según este modelo, cambiar una conducta es un proceso por el cual las personas generalmente se mueven a través de una serie de etapas o estadios, tal y como puede observarse en la tabla 10.

Tabla 10. Etapas o estadios del proceso del cambio de una conducta.

-
- Precontemplación: no se ha planteado seriamente la idea del cambio
 - Contemplación: hay un planteamiento serio de cambio en los próximos meses
 - Preparación: es capaz de fijar una fecha y pensar un plan para cambiar
 - Acción: se inicia el cambio y se mantiene la conducta por un tiempo
 - Mantenimiento: la persona mantiene la nueva conducta durante más de 6 meses
 - Recaída: la persona recae de forma permanente en la conducta anterior
-

Las características de las etapas del cambio son las siguientes:

a) **Precontemplación:** es el estado en el cual el sujeto no tiene intención de cambiar. La persona puede estar en este estado porque está desinformada o poco informada sobre las consecuencias de su conducta, o porque ha intentado cambiarla varias veces y está desmoralizada porque no ha sido capaz.

^b El modelo de las 5Aes, creado por el USPSTF, para las intervenciones de asesoramiento en salud no se explica aquí, ya que a pesar de ser un modelo recomendado por la mayoría de las instituciones internacionales que realizan recomendaciones sobre actividades preventivas, su uso es más frecuente en el ámbito clínico ya que las intervenciones se basan más en el consejo y asesoramiento de una intervención personalizada

- b) **Contemplación:** es el estado en el cual el sujeto tiene intención de cambiar en los próximos seis meses. La persona empieza a tener algunas dudas sobre su conducta. Empieza a sopesar los pros y contras, aunque todavía no se ve con ánimo de intentar un cambio.
- c) **Preparación:** es el estado en el cual el sujeto tiene la intención de cambiar en un futuro próximo, generalmente medido como el próximo mes. Además, ya ha realizado alguna acción significativa durante el pasado año como consultar a alguien, comprar un libro de autoayuda, reducir la conducta de riesgo, etc.
- d) **Acción:** es el estado en el cual la persona ya ha realizado modificaciones específicas en su estilo de vida en el curso de los seis meses pasados.
- e) **Mantenimiento:** es el estado en el cual la persona se esfuerza en prevenir las recaídas. Está menos tentada y tiene mucha más autoeficacia que los sujetos en el estado de acción. Se estima que este estado dura desde seis meses a cinco años.
- f) **Recaída:** se vuelve a la conducta anterior y a estadios anteriores de precontemplación o contemplación.

En muchas ocasiones, las personas intentan varias veces el cambio de conducta, recayendo y volviendo a intentarlo, antes de cambiar definitivamente.

Modelo PRECEDE-PROCEED

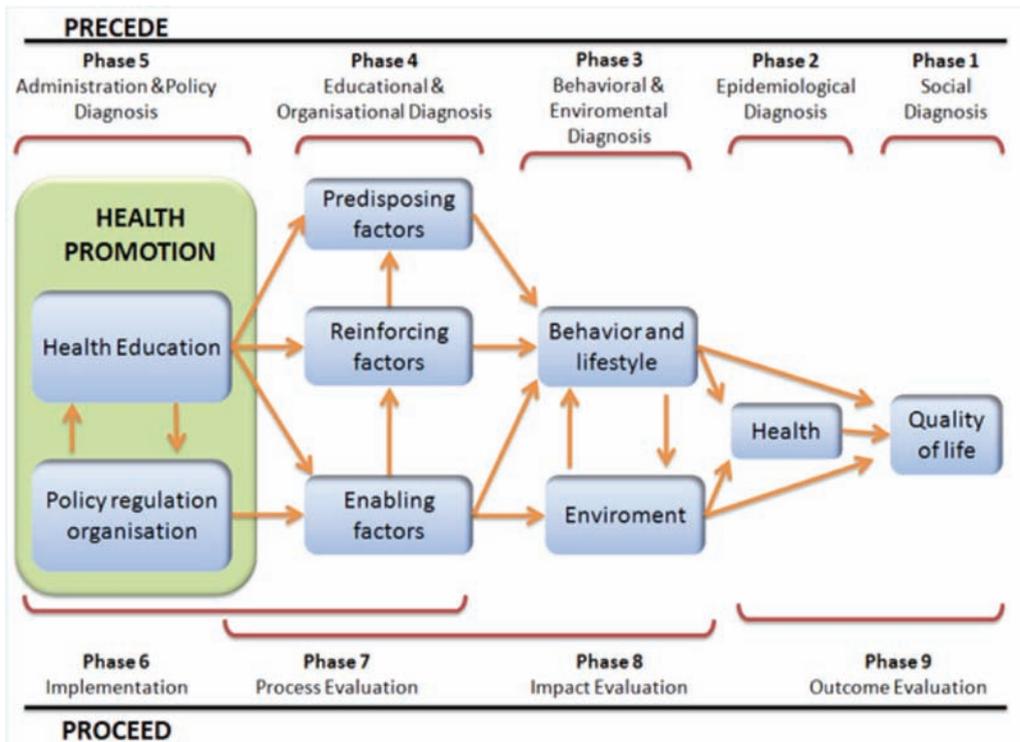
Como hemos comentado anteriormente, el estilo de vida es uno de los principales determinantes de nuestra salud. Sin embargo, sabemos que resulta muy difícil modificar hábitos y comportamientos previamente adquiridos. Es muy fácil decirle a alguien que actúe de manera saludable, pero llevarlo a la práctica exige de la confluencia de muchos factores, ya que nuestro comportamiento está mediatizado por numerosos aspectos y circunstancias.

Uno de los principales modelos de prevención en salud pública que ha sabido valorar y operativizar este conjunto de factores es el denominado modelo PRECEDE (acrónimo en inglés de *predisposing, reinforcing, and enabling causes in educational diagnosis and evaluation*), PROCEED (acrónimo en inglés de *policy, regulatory, organizational, constructs in, educational, environmental, development*). Este modelo, desarrollado por L.W. Green y M.W. Kreuter (1999), parte de diversas disciplinas para analizar los problemas sociales, de salud y factores del comportamiento (figura 22). Estos últimos se analizan más a fondo distinguiendo los factores que facilitan y predisponen la aparición de una conducta no saludable o refuerzan su existencia. Estos factores son los que constituyen el centro de una intervención en educación para la salud dirigida siempre a la adopción voluntaria de una conducta saludable.

El modelo completo consta de nueve fases que pueden resumirse en cuatro básicas:

- Diagnóstico de la situación.
- Programación de la intervención educativa.
- Implementación o ejecución de la acción educativa.
- Evaluación.

Figura 22. Modelo PRECEDE-PROCEED.



Fuente: *Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice*, National Cancer Institute, U.S. National Institutes of Health, 2005.

Podemos identificar tres categorías de factores que afectan a la conducta individual o colectiva, cada uno de los cuales tiene un tipo diferente de influencia en la conducta:

1. **Factores Predisponentes:** son aspectos internos de la persona que inciden en su motivación para realizar la conducta que se busca promover, ya sea la información con que cuenta, las actitudes, percepción de riesgo, y sensación de eficacia para realizarla, así como los valores y creencias en torno a las prácticas sobre las que se busca influir. Son factores que anteceden a la conducta y que proveen aspectos racionales o motivacionales para realizarla. Son aquéllos que aparecen en las fases de precontemplación, contemplación y preparación de las etapas del cambio.

2. **Factores Facilitadores:** son las facilidades que existen para que la persona realice la conducta una vez que está motivada para realizarla, apuntando hacia las habilidades que tiene para efectuar la conducta y para influir en su entorno, a modo de disminuir las dificultades o amenazas para llevarla a cabo, como también a la existencia y exceso de recursos y servicios.
3. **Factores Reforzantes:** son los elementos posteriores a la realización de la conducta que constituyen premios o sanciones para la persona, provenientes de otras personas significativas y/o del logro de beneficios físicos o recompensas tangibles. Son la consecuencia de la acción que determina si la persona recibe un feedback positivo o negativo y si ese feedback es apoyado socialmente después de ocurrir. Por tanto, son factores posteriores a la conducta. Aparecen en la fase de acción y mantenimiento de la etapas del cambio.

Green sostiene que es necesario actuar primero sobre los factores predisponentes, para lograr que la persona quiera efectuar el cambio, luego sobre los facilitadores, de modo que la persona se sienta capaz de efectuar este cambio, para finalmente concentrarse en los reforzantes que hacen que la persona se sienta recompensada por haber efectuado el cambio.

1.3.2. LA PROMOCIÓN DE LA SALUD BASADA EN EL ENTORNO O CONTEXTO (*SETTINGS FOR HEALTH*)

El término *settings for health* (traducido al español como entorno, contexto, ambiente o escenario) se define como “el lugar o contexto social en que las personas desarrollan las actividades diarias y en el cual interactúan factores ambientales, organizativos y personales que afectan la salud y el bienestar” (OMS, 1998). Un escenario es también el lugar donde las personas usan y moldean activamente el entorno, creando o resolviendo problemas relacionados con la salud. Los escenarios normalmente pueden identificarse por tener unos límites físicos, una serie de personas con papeles definidos, y una estructura organizativa.

En este sentido, las acciones para promover la salud a través de distintos escenarios, pueden adoptar muchas formas diferentes que a menudo consisten en algún tipo de modificación, incluido el cambio del entorno físico, de la estructura de la organización, de la administración o de la gestión. Los escenarios también se pueden utilizar para promover la salud llegando a las personas que trabajan en ellos, usándolos para acceder a los servicios, y haciendo que interactúen con la comunidad. Como ejemplos de escenarios se pueden citar los centros de enseñanza, los lugares de trabajo, los hospitales, las poblaciones y las ciudades.

El enfoque de promoción de la salud en el entorno surgió en los años 80 y se desarrolló a partir de diferentes iniciativas de la OMS como son la declaración de Alma-Ata (1978), la estrategia de Salud para Todos en el año 2000 (1981) y la Carta de Ottawa (1986). A partir de la declaración de Alma-Ata, se acentúa la importancia de la atención primaria integrando

la salud pública, las características ambientales y la población. De forma que las políticas de salud evolucionan desde un énfasis ambientalista hacia un pensamiento ecológico, focalizado en los contextos. Mientras que con la estrategia de Salud para Todos en el año 2000 se pone énfasis en la equidad, la participación pública, la colaboración intersectorial, y la necesidad de reorientar los sistemas y servicios de salud, para que en el año 2000, todos los lugares de vida y de actividad social, tales como las ciudades, lugares de trabajo, comunidades y hogares proporcionasen amplias oportunidades de promoción de la salud. Y, finalmente, la Carta de Ottawa, que reivindica que se centre la atención sobre el ambiente, afirmando que “la salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana; en los centros de enseñanza, trabajo y recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa así mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud” (OMS, 1986).

Las políticas de salud recientes, y el modelo de salud pública concretamente, han evolucionado desde un marcado énfasis ambientalista (con focalidad geográfica y acusado pensamiento mecanicista) hacia un acercamiento caracterizado por un pensamiento ecológico, focalizado en los contextos y preocupado por los aspectos de salud, bienestar y calidad de vida, en definitiva, los contextos saludables (Ashton, 1998). La salud, por tanto, es entendida como un producto socio-ecológico, resultado de la interacción compleja de factores sociales, políticos, económicos, ambientales, genéticos y comportamentales. Por ello, lo importante no es evitar la enfermedad, sino crear salud, es decir, fomentar los activos en salud o lo que Antonovsky (1996) llamó “salutogénesis”.

Siguiendo a Dooris, M. et al. (1998) citado por González-Alfaya (2008) podemos señalar los siguientes principios en los que se basa la estrategia de promoción de la salud en el contexto:

- 1) Una comprensión holística y socio-ecológica de la salud: una visión que toma en consideración la interacción dinámica de los factores personales y ambientales, entendidos en un sentido amplio como determinantes de la salud.
- 2) La construcción y elección de políticas que potencien la creación de ambientes favorables para las comunidades.
- 3) Equidad y justicia social.
- 4) Sostenibilidad: las organizaciones tendrán que intentar un desarrollo sostenible ambiental y social, teniendo en cuenta cuál es el impacto de sus políticas y acciones sobre las personas y el ambiente. La Conferencia de las Naciones Unidas sobre ambiente y desarrollo de 1992 y la resultante “Agenda 21”, pusieron de manifiesto la convergencia del desarrollo sostenible y de las acciones promotoras de salud.
- 5) La participación de la comunidad: haciendo valer y defendiendo sus derechos y necesidades y participando de modo activo en todas las fases del proceso de promoción de la salud.

- 6) La adquisición de habilidades y de poder: los individuos de las diferentes comunidades deben tener la posibilidad de controlar sus propias vidas y cambiar los aspectos que consideren necesarios.
- 7) La cooperación: aprovechando el apoyo recíproco, construir una colaboración interdisciplinar, interdepartamental e intersectorial.
- 8) El consenso y la mediación: será importante que se favorezcan nuevos modos de tomar decisiones que den prioridad al proceso de cambio, a la solución del conflicto y a la construcción de consenso.
- 9) El patrocinio y divulgación: la capacidad y la responsabilidad de las organizaciones de patrocinar y divulgar públicamente las cuestiones de sanidad pública deben ser conocidas y desarrolladas.
- 10) Los ambientes como sistemas sociales: que se caracterizan por una particular cultura organizativa, una estructura, funciones, normas y valores compartidos, en la cual la salud debe tener un punto de acceso prioritario.
- 11) Las acciones integradas sostenibles: activando mecanismos que aseguren que el impacto vaya más allá de la duración del proyecto, a través de acciones integradas en programas o proyectos ya existentes.
- 12) Los ambientes como parte de un ecosistema interdependiente: ya que muchos ambientes están relacionados entre ellos y a su vez forman parte de un ecosistema más amplio e interdependiente.

El hecho de que la promoción de la salud en el entorno se viese tan claramente influida por una orientación ecológica ha permitido importantes progresos. Siguiendo a L.W. Green y M.W. Kreuter (1999) citado por González-Alfaya (2008) podemos señalar las siguientes contribuciones:

- Sostiene que el funcionamiento está mediado por la interacción comportamiento-ambiente, lo cual, por una parte el ambiente controla y pone límites al comportamiento que se produce dentro de él y por otra, las modificaciones de las variables ambientales tienen como consecuencia la modificación del comportamiento.
- Indica la necesidad de tener clara la especificidad del ambiente y el hecho de que una misma persona se comporte de forma distinta en ambientes diferentes. Esto tendrá una gran importancia, ya que la eficacia de un método de promoción de la salud dependerá siempre de su adaptación y de su idoneidad respecto a las características de las personas, del problema de salud de que se trate y del ambiente en el cual deba ser aplicado. Esto justifica que se ponga como centro de las intervenciones de promoción de la salud a las comunidades y no a las personas individualmente.

- Llama la atención sobre la oportunidad de desarrollar intervenciones sectoriales. Dada la complejidad y la interdependencia existente entre los elementos que componen la red ecológica, se necesitan intervenciones dirigidas a niveles diferentes.

De todo ello, se puede concluir que las intervenciones sobre el entorno pueden alcanzar a muchas más personas que las intervenciones individuales, y como hemos visto en el modelo PROCEED, todas ellas intervienen sobre los tres tipos de determinantes del comportamiento (factores de predisposición, facilitadores y de refuerzo) haciendo así, que su efectividad y eficiencia sea mayor. Podemos observar por tanto, como se reconoce el gran potencial que tienen las organizaciones, instituciones, centros de trabajo o cualquier otro lugar organizado, escenario o entorno en la mejora de la salud.

En este sentido, la OMS ha impulsado varios programas basados en entornos saludables. El primero de ellos, y por consiguiente, el más influyente, ha sido el de ciudades saludables, posteriormente surgieron otros como el de escuelas promotoras de salud, el de hospitales promotores de salud y el de prisiones saludables, dejando siempre la puerta abierta a nuevas iniciativas.

A continuación describiremos las principales características de los dos programas más importantes e influyentes: el de ciudades saludables y el de las escuelas promotoras de salud.

Ciudades saludables

Precisamente, la ciudad como lugar de convivencia y de vida, tiene un papel determinante en la salud de las personas que viven en ella, ya que es en la ciudad donde se desarrollan las actividades que condicionan la vida del individuo (económicas, sociales, culturales, educativas, de ocio...) y donde se toman las decisiones sobre políticas de vivienda, urbanismo, tráfico, etc. En este sentido, el entorno urbano, como espacio de relación y de actividad, y el entorno físico como espacio o soporte natural adaptado y modificado por el ser humano, marcan unas pautas que habilitan un modo de vida y de utilización del tiempo (ocio, trabajo, obligaciones, necesidades) que no siempre favorecen el mayor bienestar y equilibrio del individuo (tanto por las dificultades de relación como por la degradación medioambiental que el desarrollo incontrolado puede provocar). Se puede decir que la promoción de la salud debe incidir en dos campos de actuación:

- 1) Social y colectivo: creando un medio ambiente y entornos favorables al desarrollo del ser humano.
- 2) Individual: desarrollando las aptitudes personales en el camino de adoptar estilos de vida saludables.

El proyecto de Ciudades Saludables (*Healthy Cities*) comenzó en Europa en 1986 por el empuje de la OMS. En España, el proyecto se le conoce como Red Española de Ciudades Saluda-

bles (RECS) y fue constituido en 1988 por la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP). Su principal objetivo es el de la promoción y protección de la salud y el bienestar de los ciudadanos. Este objetivo se persigue a partir de un principio fundamental: la necesaria interrelación de los diversos aspectos que influyen en la salud y la necesaria intervención de los sectores, tanto políticos, como económicos, culturales, sociales y medioambientales.

Escuelas Promotoras de Salud

La Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud (REEPS) o *European Network of Health Promoting Schools – ENHPS* surge como iniciativa de la OMS en 1992. En la actualidad, más de 40 países de la región europea de la OMS están integrados en ella. Su principal objetivo es lograr estilos de vida saludables para la totalidad de la población escolarizada, desarrollando ambientes de apoyo directamente relacionados con la promoción de la salud.

Con el fin de lograr este objetivo, una escuela promotora de salud implica al personal de salud y de educación. Fomenta la salud y el aprendizaje con todos los medios a su alcance, y ofrece ambientes favorables para la salud, así como una serie de programas y servicios clave de promoción y educación para la salud. Una escuela promotora de la salud aplica políticas, prácticas y otras medidas que respetan la autoestima del individuo, ofrece oportunidades múltiples de desarrollo y reconoce sus esfuerzos e intenciones, al igual que los logros personales. Hace, por tanto, todo lo que está en su mano por mejorar la salud del personal del centro, las familias y los miembros de la comunidad, además de los estudiantes, y trabaja con los líderes de la comunidad para ayudarles a comprender cómo puede la comunidad contribuir a la salud y a la educación (OMS, 1998).

La escuela promotora de salud (REEPS, 1998) responde a los objetivos siguientes:

- Favorecer modos de vida sana y ofrecer al alumnado y al profesorado opciones, realistas y atractivas a la vez, en materia de salud.
- Definir objetivos claros de promoción de la salud para el conjunto de la comunidad escolar.
- Ofrecer un marco de trabajo y de estudio dirigido a la promoción de la salud, en el cual se tengan en cuenta las condiciones del edificio escolar, las condiciones de los espacios y de recreo, los comedores escolares y los aspectos de seguridad de los accesos.
- Desarrollar el sentido de la responsabilidad individual, familiar y social con relación a la salud.
- Posibilitar a todo el alumnado el completo desarrollo físico, psíquico y social y la adquisición de una imagen positiva.
- Integrar de manera coherente la educación para la salud en el proyecto curricular, utilizando metodologías que fomenten la participación del alumnado en el proceso educativo.
- Proporcionar a los alumnos los conocimientos y las habilidades indispensables para adoptar decisiones responsables en salud.

- Identificar y utilizar los recursos existentes en la sociedad para elaborar acciones a favor de la promoción de la salud.

La promoción de salud mediante la educación escolar tiene una especial importancia, puesto que los momentos más apropiados para acoger y adaptar nuevos modelos de vida son la infancia y la adolescencia. Todas las personas pasan, a lo largo de su vida, una etapa en la escuela, por lo que es la institución en la que la sociedad confía la socialización, es decir, la transmisión de la cultura, los conocimientos y los valores por los cuales se rige. También es el lugar apropiado para preparar a los ciudadanos para la vida, formarlos para que sean capaces de tomar, de manera razonada y formada, las decisiones que tendrán consecuencias claras sobre su salud y la de los que los rodean (Gavidia, 2003; IUHPE, 2000).

Es evidente que el papel principal de las escuelas es la enseñanza-aprendizaje del contenido curricular. Pero la escuela también tiene un gran potencial en la promoción de la salud y el desarrollo de la infancia, de la juventud, de las familias y, en general, de toda la comunidad educativa. Existe cada vez más evidencia acerca de la mayor efectividad de los programas de salud cuando incluyen las actividades promotoras de salud dentro de un enfoque global de la escuela, implicando actividades en más de un ámbito (Sewart-Brown, 2006). Estos enfoques crean un entorno de apoyo físico, social y de aprendizaje, que involucra al alumnado, a las familias, a las comunidades y a las organizaciones.

Hasta el momento, hemos analizado la relevancia que ha adquirido la promoción de la salud en entornos en los que las personas desarrollan su vida, tales como las ciudades saludables o las escuelas promotoras de salud. A continuación veremos que son muchos los puntos en los que basta hacer pequeñas aportaciones para poder extender las claves de dichos entornos al de universidades promotoras de salud.

No debemos olvidar que aunque muchas actitudes y comportamientos para una vida más o menos saludable se crean en la infancia y se desarrollan en la adolescencia, no se consolidarán hasta la época universitaria. Por tanto, muchos de los aspectos que ya hemos comentado se podrán aplicar en la educación superior.

1.4. LA UNIVERSIDAD COMO ENTORNO PROMOTOR DE LA SALUD

En concordancia con lo expuesto anteriormente, la propuesta de Reig, A et al. (2001), portavoces del modelo de promoción de la salud en el contexto, reconoce que las universidades pueden favorecer de manera importante la promoción de la salud y la mejora del bienestar de la población universitaria en particular, y de la misma manera la de la sociedad en general. Por tanto, adoptan la concepción de que las universidades, configuran un contexto conveniente de actividad laboral, social y cultural. Del mismo modo, la salud, es considerada

desde una perspectiva salutogénica, concebida como una riqueza que se crea y se vive en los contextos de la vida cotidiana de las personas (Antonovsky, 1996; Raphael, et al., 1999), tales como las universidades (Beltrán Guzmán, Torres Fermán, Ayulia Beltrán, Lin Ochoa, & Barrientos Gómez, 2011).

Siguiendo las indicaciones de Tsouros, A.G. et al. (1998) en el informe publicado por la OMS como guía para las Universidades promotoras de salud, podemos señalar que el enfoque de promoción de la salud en el contexto tiene el potencial de incrementar la contribución de las universidades a la salud y de aumentar también su valor de los siguientes modos:

- Las universidades son grandes instituciones en las que mucha gente vive y experimenta muchos aspectos de su vida: aprende, trabaja, se socializa y goza de su tiempo libre; en muchos casos la gente utiliza una amplia variedad de servicios (alojamientos, comedores, transportes, etc.). Por eso dentro de las universidades se esconde un enorme potencial para proteger la salud y promover el bienestar de los estudiantes, docentes y resto de personal de la universidad y de la comunidad entera, que puede ser desarrollado a través de sus políticas y prácticas.
- Las universidades tienen un gran número de estudiantes que son o serán profesionales y/o políticos, con capacidad para cambiar las condiciones que influyen en la salud de los demás. Desarrollando conjuntamente currícula e investigación, las universidades pueden incrementar el conocimiento y el compromiso con la salud de un amplio número de personas capacitadas y formadas en un enorme abanico de disciplinas.
- Como ostentadora de un papel principal dentro de la comunidad, las universidades gozan de la oportunidad de establecer ejemplos de buenas prácticas en relación a la promoción de la salud y pueden utilizar su influencia para favorecer la salud comunitaria a nivel local, nacional e internacional.

Es por ello, que las universidades pueden potencialmente aportar una contribución al incremento de la salud en tres áreas diferentes:

- 1) Creando condiciones saludables en los ambientes de trabajo, de aprendizaje y de vida, tanto para los estudiantes como para el resto de la comunidad universitaria.
- 2) Fomentando actitudes favorables hacia los temas relacionados con la salud en la enseñanza y la investigación.
- 3) Desarrollando colaboraciones para la promoción de la salud en las que se implique a toda la comunidad.

Señalan también, cómo las universidades que se implican en proyectos de promoción de la salud pueden obtener muchos beneficios incluyendo mejoras en la imagen pública, en el

carácter de la universidad como institución, en el bienestar de los estudiantes y del resto de la comunidad universitaria y en las condiciones de vida y trabajo.

Siguiendo a Abercrombie, Gatrell y Thomas (1998) existen una serie de papeles que hacen de la universidad una organización peculiar (Reig, et al., 2001):

- Es un centro de enseñanza y de desarrollo, con papeles en formación, educación e investigación.
- Es también un centro de creatividad y de innovación, que se manifiesta en los procesos de aprendizaje, y en la aplicación, manejo y combinación del conocimiento y comprensión disciplinar e interdisciplinar.
- Más ampliamente, una universidad proporciona un contexto en el que los estudiantes desarrollan independencia y aprenden habilidades para la vida, a través de vivir o pasar tiempo lejos del hogar y frecuentemente a través de experimentar y explorar.
- Se trata de un recurso tanto para la comunidad local, como para el conjunto nacional e internacional.
- Finalmente, es una organización, preocupada cada vez más por su imagen, su rendimiento y su resultado de gestión económica dentro de un mercado competitivo.

En consecuencia, y para que la Universidad pueda atender adecuada y eficientemente las demandas que la sociedad le requiere, esta institución debe procurar un contexto físico y social saludable y de calidad, que posibilite la cumplimentación óptima de sus obligaciones sociales, incorpore la promoción de la salud en los currícula formativos y entre los objetivos de investigación, así como que ofrezca diversos programas para impulsar la creación de una cultura saludable, potenciando la participación de las personas y redes sociales en la programación y difusión de los logros alcanzados (Reig, et al., 2001). Entre las demandas sociales exigibles a la Universidad se pueden enumerar, además de las ya mencionadas, las siguientes (Michavila & Calvo, 1998):

- a) Crear, desarrollar, transmitir y criticar la ciencia, la técnica y la cultura;
- b) Preparar para el mundo profesional;
- c) Apoyar científica y técnicamente para el desarrollo cultural, social y económico de su entorno y de la sociedad; y
- d) Transmitir la cultura universitaria.
- e) Ofrecer modelos de buenas prácticas en salud.

Como señalan Reig, A et al. (2001), en su informe sobre la calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios, la idea de Universidad Promotora de Salud (UPS) no es nueva y citando a O'Donnell, T. y Gray, G. (1993) y Peterken, C. (1996) destacan que las instituciones de enseñanza superior se han comprometido desde hace tiempo en la promoción de la salud y del bienestar de los estudiantes. Lo novedoso, no obstante, consiste en un nuevo marco con una metodología de trabajo.

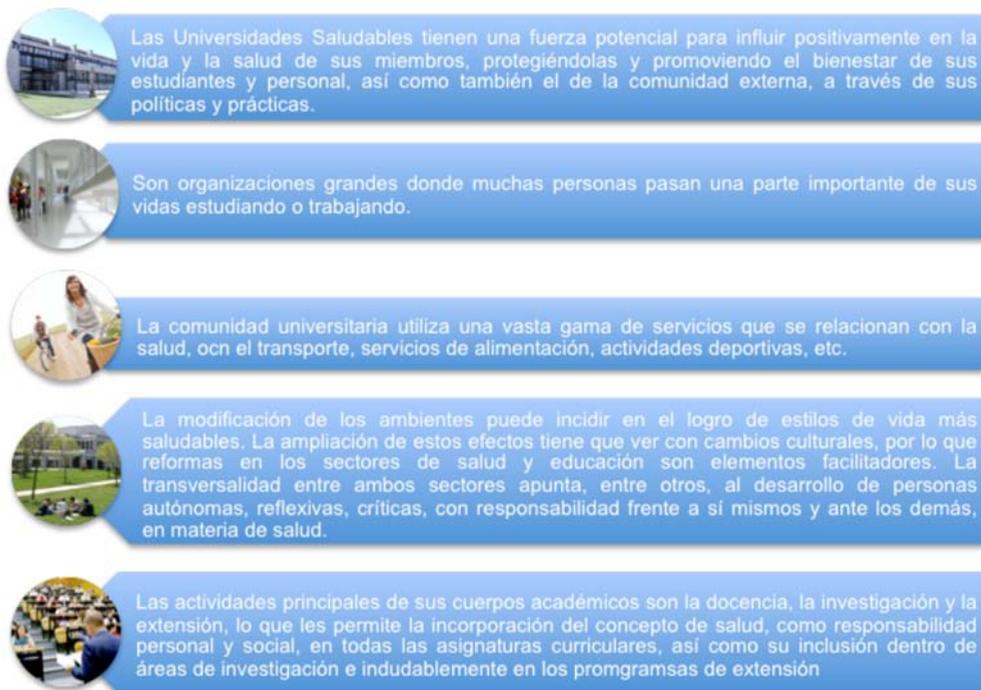
Se puede definir la Universidad Saludable o Promotora de Salud (Tsouros, A.G., 1998) como:

“El concepto de Universidad saludable significa mucho más que ejecutar intervenciones de educación sanitaria y de promoción de la salud para los estudiantes y para el personal. Significa integrar la salud en la cultura, en los procesos y en las políticas universitarias. Significa comprender y tratar la salud de un modo diferente y desarrollar un cuadro de acción que una factores como el fortalecimiento del poder de acción de los individuos (empowerment), el diálogo, la elección y la participación, con el objetivo de favorecer la equidad, sostenibilidad y ambientes para la vida, de trabajo y de aprendizaje favorables para la salud.

Las universidades pueden potencialmente transformarse en un modelo de lugar que promueve la salud, pues tienen las capacidades intelectuales, las habilidades, la autoridad y la credibilidad necesaria para alcanzar este propósito. Las universidades son además un valiosísimo recurso para la comunidad en la cual se encuentran. Invertir en universidades saludables es, sobre todo, una inversión para el futuro. Las universidades –con su peculiar cultura, su posición en la sociedad y su entramada de habilidades, que resulta único- ofrecen un terreno ideal de prueba para aplicar, evaluar y desarrollar ulteriormente la promoción de la salud.

Por consiguiente, y de acuerdo con Gallardo-Pino, Martínez-Pérez y Peñacoba-Puente (2010) se entiende por Universidad Saludable a toda aquella institución de educación superior, que de forma continua se encuentre mejorando el ambiente físico y social, y que a su vez, permita que se potencien los recursos comunitarios que proporcionen a su población llevar a cabo todas las funciones de la vida y desarrollarse hasta su máximo potencial. Asimismo, señalan que tales universidades deben ser capaces de involucrar de manera directa todos los niveles de la cultura universitaria en el ámbito de la salud y bienestar. De igual manera, dichos autores reconocen que todas estas características que definen a las universidades como entornos saludables permiten que dichas instituciones educativas no sólo acrediten profesionales que se incorporen al mercado laboral con las máximas garantías, sino que además asuman la responsabilidad social de ofertar a los estudiantes un aprendizaje que les será de beneficio social a lo largo de toda su vida (figura 23).

Figura 23. ¿Por qué implementar una Universidad Saludable?



Fuente: Modificado de Lange, I., Vio, F. Guía para Universidades Saludables y otras Instituciones de Educación Superior. OMS/OPS; INTA, Universidad de Chile; UC Saludable, Pontificia Universidad Católica; Consejo Nacional para la Promoción de la Salud, Vida Chile; 2006.

Las universidades no sólo han de integrarse en la comunidad, ciudad y el contexto social en el cual se encuentran, sino que también deben contribuir a promocionar y potenciar los valores que permiten incrementar el bienestar, la autonomía y el completo desarrollo de la persona.

Cómo ha señalado Agis D. Tsouros (1998), coordinador del proyecto Ciudades Saludables y representante de la oficina europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS):

“Las universidades pueden hacer muchas cosas para promover y proteger la salud de los estudiantes y del equipo universitario; para crear ambientes de vida, de aprendizaje, y de trabajo conducentes a la salud; para proteger el ambiente y promover el desarrollo humano sostenible; para promover la promoción de la salud en la enseñanza y en la investigación; para promover la salud de la comunidad, y ser un recurso para la salud de la comunidad”.

En Europa se producen dos eventos importantes en relación a la promoción de la salud en la universidad: la I Conferencia Internacional sobre Universidades Promotoras de Salud celebrada en 1996 en Lancaster, y un segundo evento auspiciado por la Oficina Regional de la OMS en 1997, en el que se fijaron los criterios y estrategias para un Red Europea de Universidades Promotoras de Salud.

Como fruto de estos encuentros, las Universidades Promotoras de Salud se plantearon (Tsouros, 1998):

- Integrar en la estructura, procesos y cultura universitaria, un compromiso hacia la salud y el bienestar.
- Desarrollar el potencial de la Universidad como agente promotor de salud en la Comunidad.
- Promover la salud y la calidad de vida del alumnado, profesorado, personal de Administración y Servicios y de la comunidad en general.

En la II Conferencia Internacional de Universidades Promotoras de Salud, celebrada en Edmonton (Canadá) en octubre de 2005 se redactó la *Carta de Edmonton para universidades e instituciones de educación superior promotoras de la salud*, en la que se proponen los siguientes objetivos:

- Modelar a nivel institucional una cultura de promoción de la salud y un entorno laboral, de vida y de aprendizaje, sostenible.
- Actuar para mejorar el ambiente de trabajo, de aprendizaje y de vida de todos los estudiantes y del resto de la comunidad universitaria.
- Permitir y apoyar a los individuos para que vivan una vida útil y productiva con elecciones de estilos de vida saludables.
- Mejorar los servicios de salud para los estudiantes y para el resto de la comunidad universitaria.
- Fomentar que los estudiantes y el resto de la comunidad universitaria asuman responsabilidades en su propia salud y bienestar.
- Dar apoyo a los alumnos para que participen en la vida institucional, defendiendo la promoción de la salud.
- Formar a los estudiantes como ciudadanos comprometidos con la promoción de la salud en las comunidades u organizaciones a las que pertenezcan.
- Apoyar la promoción de la salud dentro de la comunidad a nivel local, nacional y global.

En España, el 22 de septiembre de 2008, se crea la Red Española de Universidades Saludables (REUS) con el objetivo de reforzar el papel de las universidades como entidades promotoras de la salud y el bienestar de sus estudiantes, de su personal, y de la sociedad en su conjunto, liderando y apoyando procesos de cambio social (figura 24).

Figura 24. Objetivos y líneas estratégicas de la REUS.

Objetivos de la REUS
<ul style="list-style-type: none"> • 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 la 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 de universidad promotora de salud. • Posibilitar la elaboración y el desarrollo de proyectos comunes en las líneas estratégicas de la Red. • Potenciar la participación internacional. • Fomentar la oferta de servicios y actividades dirigidos a promocionar la salud de la Comunidad Universitaria.
Líneas estratégicas de la REUS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Entornos universitarios que promuevan la salud. 2. Incorporación en los planes de estudio universitarios de formación en promoción de la salud a nivel de grado y postgrado. 3. Investigación en promoción de la salud. 4. Participación y colaboración entre los organismos de salud pública, las instituciones comunitarias y las universidades. 5. La oferta de servicios y actividades en el campus dirigidas a promocionar la salud de la Comunidad Universitaria.

La REUS es una iniciativa a favor de la salud en la que actualmente participan universidades de toda España. Además, actualmente existe un Acuerdo Marco de Colaboración entre el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, el Ministerio de Educación, y la Conferencia de Rectores de las Universidades Españolas para el desarrollo de dicha red (anexo 2 y 3).

En octubre de 2009 se celebra en Pamplona el IV Congreso de Universidades Promotoras de Salud. En el cual se elabora la *Declaración de Pamplona/Iruña*, una declaración de intenciones que permita continuar con el trabajo a diario a favor de la promoción de la salud y, además, tender a incardinarlo en un marco más amplio relacionado con la sostenibilidad y la Responsabilidad Social Universitaria (figura 25).

Figura 25. Principios y objetivos de la Declaración de Pamplona/Iruña: Retos de las Universidades Saludables, Sostenibles y Responsables para el siglo XXI.

- Lograr el compromiso decidido de los órganos de Gobierno de cada Universidad, así como su constancia en sus respectivos Planes Estratégicos, para alcanzar el óptimo desarrollo de una Universidad Saludable, Sostenible y Responsable.
- Consolidar una infraestructura participativa para la coordinación de acciones en Responsabilidad Social, Sostenibilidad y Promoción de Salud, integrando al personal más cualificado, sensibilizado y multidisciplinar.
- Estar atentos a las patologías y nuevos estilos de vida emergentes, así como a las directrices autonómicas, nacionales e internacionales relacionadas con la prevención y promoción de la salud, y el fomento de la sostenibilidad y Responsabilidad Social.
- Redactar un Plan integrado de Universidad Saludable, Sostenible y Responsable, que defina las necesidades, prioridades y estrategias a seguir, con sus correspondientes Programas anuales de acciones.
- Evaluar anualmente las actividades de los sucesivos programas, con el fin de mejorar sus resultados y tratando de lograr una mayor transparencia de los resultados obtenidos mediante la publicación de las respectivas Memorias.
- Incorporar en los currículos universitarios aquellos conocimientos y competencias relacionadas con la prevención y promoción de la salud, así como el fomento de la sostenibilidad y la Responsabilidad social, tanto de forma transversal como de forma explícita.
- Fomentar la realización de investigaciones en áreas sociosanitarias, preventivas, sostenibles y responsables, profundizando y desarrollando nuevas metodologías y estrategias más apropiadas.
- Establecer cauces y dinámicas de coordinación y de participación en todos los momentos y procesos clave, tratando de integrar a representantes de los tres ámbitos que componen la comunidad universitaria junto con personas procedentes de otras entidades relacionadas y de la sociedad en general.
- Continuar fomentando el trabajo mediante redes y alianzas, tanto entre universidades como con otras instituciones del ámbito local, regional y nacional, para lograr sinergias en los temas abarcados y promover la difusión de las experiencias alcanzadas.

En definitiva, podemos decir que una Universidad Saludable o Universidad Promotora de Salud es aquella que incorpora la promoción de la salud a su proyecto educativo y laboral, con el fin de propiciar el desarrollo humano y mejorar la calidad de vida de los que allí estudien o trabajen y además, formarlos con el fin de que actúen como modelos o promotores de conductas saludables con sus familias, en sus futuros entornos laborales y en la sociedad en general.

1.5. PERTINENCIA DEL ESTUDIO

Existen algunos estudios sobre estilos de vida en jóvenes universitarios de universidades norteamericanas, británicas y del Norte de Europa que demuestran un predominio de estilos de vida poco saludables, relacionados principalmente con el consumo de tabaco y bebidas alcohólicas, la adopción de dietas poco equilibradas en las que predomina la comida rápida y, la falta de ejercicio físico.

Actualmente, está ampliamente demostrado que determinadas conductas de riesgo como por ejemplo el tabaquismo, una dieta poco saludable, una conducta sedentaria o un excesivo consumo de alcohol pueden contribuir de forma independiente a incrementar la morbimortalidad. No obstante, se ha estudiado poco la agrupación entre los diferentes factores de riesgo, por lo que existen justificadas razones para estudiar la asociación entre dichos factores, ya que este hecho puede tener profundas implicaciones, tanto a nivel de morbimortalidad como en la aplicación de intervenciones de prevención más enfocadas al conjunto o entorno que a las conductas individuales.

Debemos tener en cuenta, que existen muchos factores que pueden afectar a la validez de una información obtenida a partir de cuestionarios, tanto por el cuestionario en sí como por los participantes en el estudio o por el manejo de los datos. Por todo ello, es muy importante que antes de acometer un proyecto de análisis de datos obtenidos mediante cuestionario se compruebe su utilidad, validez y fiabilidad, dado que en la actualidad existen pocos instrumentos validados y fiables para conocer y analizar los estilos de vida en jóvenes universitarios.

De lo expuesto anteriormente se puede decir que la principal justificación de este trabajo radica en la necesidad de disponer de instrumentos de medida de los estilos de vida y salud validados en estudiantes universitarios, así como arrojar conocimiento sobre los mismos y sobre el nivel de conglomeración de los factores de riesgo.

2 HIPÓTESIS

Una vez revisada la literatura y planteado el problema, se plantean las siguientes hipótesis:

Plantearemos dos hipótesis generales:

- El cuestionario “Estilos de Vida y Salud en Universitarios (ESVISAUN)” será un instrumento válido y fiable.
- El cuestionario ESVISAUN permitirá analizar la prevalencia de los principales problemas de salud, así como determinar los estilos de vida, el estado de salud y los factores de riesgo de los estudiantes universitarios.

Estableceremos como hipótesis específicas:

- Las diferentes variables que conforman los estilos de vida de los estudiantes universitarios están asociadas tanto con variables sociodemográficas (sexo, edad y la combinación de ambas) como con variables socioeconómicas (clase social y nivel de estudios).
- La población de estudiantes universitarios del campus de la UIB se aleja de las recomendaciones alimentarias y de los estilos de vida saludables.
- El cuestionario tendrá capacidad para identificar individuos con factores de riesgo e individuos que no presenten factores de riesgo.
- Los estilos de vida no saludables tienden a asociarse entre ellos, o sea, tienden a la conglomeración.

3 OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

El presente trabajo tiene como objetivo general conocer los estilos de vida y los determinantes sociales de la salud de los estudiantes universitarios de la Universitat de les Illes Balears para poder identificar problemas de salud autodeclarados y por consiguiente planificar, en un futuro, actuaciones en la Universidad en el marco de los entornos promotores de salud.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Elaborar y diseñar un instrumento de evaluación del estado de salud y de los estilos de vida en estudiantes universitarios a partir de la revisión bibliográfica.
- Validar el instrumento de evaluación del estado de salud y de los estilos de vida de los estudiantes universitarios mediante metodologías cualitativas y cuantitativas.
- Describir y conocer el estado de salud de los estudiantes universitarios mediante los comportamientos de riesgo y los hábitos no saludables autodeclarados que tienen que ver con su bienestar y calidad de vida.
 - a) Conocer los determinantes demográficos y socioeconómicos de la salud así como de los estilos de vida.
 - b) Identificar los hábitos alimentarios y la dieta realizada.
 - c) Determinar la práctica de ejercicio físico.
 - d) Explicar la relación de dependencia entre la realización de ejercicio físico, la adherencia a la dieta mediterránea y otros factores significativos.
 - e) Estimar la prevalencia del consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas.
- Determinar el grado de conglomeración o asociación (*clustering*) de los mayores factores de riesgo (fumar, consumo de alcohol, baja adherencia a la dieta mediterránea y realización de poco ejercicio físico).

4 METODOLOGÍA

El presente estudio consta de dos fases. Una primera, que consiste en el diseño y validación de un cuestionario sobre estilos de vida y salud de los estudiantes universitarios a partir de una revisión bibliográfica, un panel de expertos Delphi y un estudio de validación (análisis factorial y pruebas de validez). Y, una segunda fase, en la que se analizan los estilos de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios.

4.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

Para la validación del cuestionario se ha realizado un panel de expertos mediante la técnica Delphi, una prueba piloto y se han analizado las propiedades de validez y fiabilidad.

Y, para conocer los estilos de vida de los estudiantes universitarios se ha diseñado un estudio observacional, transversal, descriptivo.

4.2. SUJETOS DEL ESTUDIO Y MUESTRA

El tamaño muestral necesario para un valor del alfa de Cronbach de 0,80 y detectar una diferencia de 0,05 unidades, aceptando una potencia estadística del 90% y un nivel de significación del 5%, en función de los 92 ítems del cuestionario ESVISAUN, considerando una sobreestimación del 20% adicional para cubrir posibles pérdidas muestrales debido al absentismo entre los estudiantes universitarios, es de 507 sujetos (tabla 11) (Bonett, 2002).

Este tamaño muestral también nos permite, determinar la prevalencia de diferentes estilos de vida, según diferentes escenarios. Por ejemplo, con 506 individuos se puede determinar la prevalencia de tabaquismo con un error absoluto inferior al 4%, si se asume un porcentaje esperado del 20%.

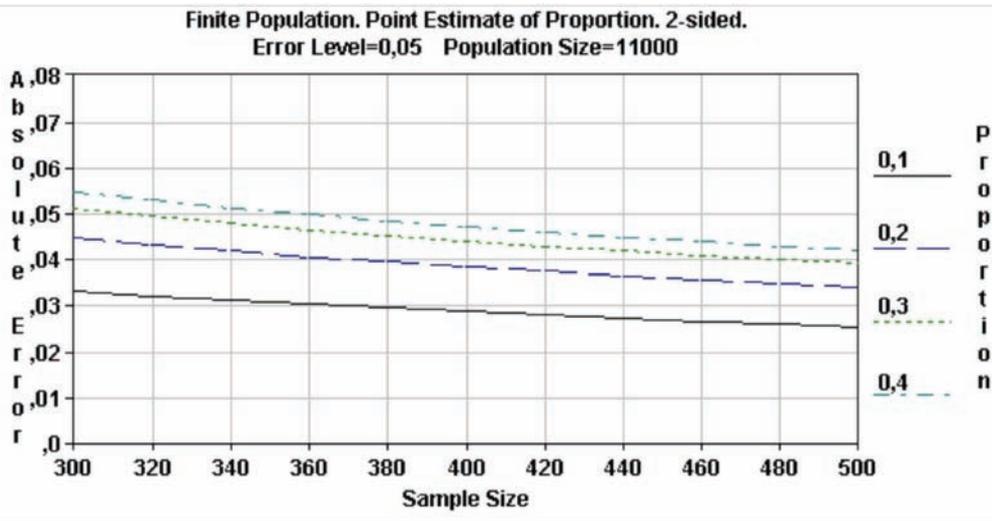
Para el cálculo se utilizó el software StudySize 2.0 (*Software for analysis of sample size and power in study design*, CreoStat HB, Sweden).

Tabla 11. Cálculo del tamaño muestral para la validación del cuestionario ESVISAUN.

Reliability test (Cronbach's Alpha). 2-sided.			
Significance Level:	0,05	Power:	0,9
H0: Cronbach's Alpha:	0,8	H1:Cronb's alpha-H0:Cronb's alpha:	0,04
Number of Items:	92	Sample Size:	422,17

En la figura 26 se presentan diferentes escenarios en función del tamaño muestral final alcanzado y de la proporción esperada de la condición analizada, se puede observar que para condiciones poco prevalentes, con un mismo tamaño muestral, se consigue un menor error absoluto que en condiciones más prevalentes.

Figura 26. Escenarios en función del tamaño muestral y el error absoluto.



Teniendo en cuenta el peor escenario, es decir cuando la prevalencia se acerca al 50%, considerando un porcentaje de participación del 80% se necesitarán al menos 400 individuos para poder obtener una precisión absoluta de al menos el 5%.

4.2.1. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra se ha seleccionado mediante un procedimiento aleatorio, polietápico por conglomerados, estratificado por rama de conocimiento y proporcional al tamaño de la rama.

En nuestro caso, a partir de la propuesta de ramas de conocimiento de la LOU y teniendo en cuenta las características de las titulaciones y el número de alumnos, hemos agrupado a las diferentes titulaciones en 4 ramas de conocimiento: Arte y Humanidades, Ciencias y Ciencias de la Salud, Ciencias Sociales y Jurídicas e Ingeniería y Arquitectura (tabla 12).

En cada una de las ramas de conocimiento se han seleccionado aleatoriamente el total de estudios necesarios para alcanzar la muestra diana de cada rama. Esta selección ha sido realizada de forma estratificada y proporcional al tamaño de la rama. La unidad de aleatorización ha sido, en una primera etapa, el estudio universitario y, en una segunda etapa, el curso.

Tabla 12. Población de la UIB por ramas de conocimiento (curso 2010-11).

RAMAS CONOCIMIENTO	ESTUDIOS	CURSOS					Total
		1º	2º	3º	4º	5º	
Arte y	Estudios ingleses	70	83	37	27	61	278
Humanidades	Lengua y literatura Catalanas	64	22	22	13	38	159
	Lengua y literatura Españolas	58	32	21	17		128
	Filosofía	54	16	21	26	32	149
	Geografía	64	29	23	40		156
	Historia	86	51	40	23	29	229
	Historia del Arte	63	33	27	40	39	202
	Total	459	266	191	186	199	1.301
Ciencias y Ciencias de la Salud	Biología	139	66	114	113		432
	Bioquímica	108	46				154
	Física	28	26	15	7	20	96
	Matemáticas	30	13	16			59
	Química	42	23	26	23	37	151
	Fisioterapia	68	54	116			238
	Psicología	117	100	99	88	159	563
	Enfermería	125	120	228			473
	Total	310	274	443	88	159	2.166
Ciencias Sociales y Jurídicas	Admin. y Dirección de Empresas	300	205	160	234		899
	Ciencias Empresariales	12	50	476			538
	Derecho	237	191	139	122	221	910
	Economía	176	68	52	126		422
	Educación Social	51	54	61			166
	Relaciones Laborales	41	94	169			304
	Trabajo Social	130	115	232			477
	Educación Infantil	105	116	79			300
	Educación Primaria	255	272				527
	Magisterio de Educación Especial			66			66
	Magisterio de Educación Física			91			91
	Magisterio de Educación Musical			59			59
	Magisterio de Educación Primaria			58			58
	Magisterio de Lengua Extranjera			69			69
	Pedagogía	76	46	102	163		387
	Psicopedagogía				35	53	88
	Turismo	148	105	334			587
		Total	1.531	1.316	2.147	680	274

RAMAS CONOCIMIENTO	ESTUDIOS	CURSOS					Total
		1º	2º	3º	4º	5º	
Ingenierías y Arquitectura	Arquitectura Técnica	75	57	234			366
	Ingeniería Informática	176					176
	Ingeniería Agroalimentaria	59	25	76			160
	Telemática	42	21	32			95
	Ing. Téc. en Informática-Gestión	12	44	91			147
	Ing. Téc. en Inform. - Sistemas	9	51	47			107
	Ingeniería Técnica Electrónica	129	55	58			242
Total		502	253	538	0	0	1.293
TOTAL		2.802	2.109	3.319	954	632	10.708

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de matrícula facilitados por la Universitat de les Illes Balears.

A partir de los criterios anteriores y teniendo en cuenta la distribución porcentual de la población de la UIB por ramas de conocimiento se calculó el tamaño de cada estrato muestral (tabla 13):

Tabla 13. Distribución de la población UIB y del cálculo de la muestra por rama de conocimiento.

RAMAS CONOCIMIENTO	Población UIB		Muestra teórica	
	N	Porcentaje (%)	n	Porcentaje (%)
Arte y Humanidades	1.301	12,15%	62	12,15%
Ciencias y Ciencias de la Salud	2.166	20,23%	103	20,23%
Ciencias Sociales y Jurídicas	5.948	55,55%	281	55,55%
Ingenierías y Arquitectura	1.293	12,07%	61	12,07%
Total	10.708	100%	507	100%

Para la rama de conocimiento de Artes y Humanidades se calculó que eran necesarios 62 sujetos, teniendo en cuenta que en esta rama el tamaño medio de alumnos por estudio y curso era de 37 sujetos, se necesitaban un mínimo de 2 estudios. Al aleatorizar en la primera etapa, se obtienen los estudios de historia y geografía, y al aleatorizar por curso se obtiene 3º y 2º respectivamente.

Para la rama de conocimiento de Ciencias y Ciencias de la Salud se calculó que eran necesarios 103 sujetos, teniendo en cuenta que en esta rama el tamaño medio de alumnos por estudio y curso era de 54 sujetos, se necesitaban un mínimo de 2 estudios. Al aleatorizar en la primera etapa, se obtienen los estudios de enfermería y fisioterapia, y al aleatorizar por curso se obtiene 1º y 2º respectivamente.

Para la rama de conocimiento de Ciencias Sociales y Jurídicas se calculó que eran necesarios 281 sujetos, teniendo en cuenta que en esta rama el tamaño medio de alumnos por estudio

y curso era de 135 sujetos, se necesitaban un mínimo de 3 estudios. Al aleatorizar en la primera etapa, se obtienen los estudios de pedagogía, economía y trabajo social, y al aleatorizar por curso se obtiene 4^º, 2^º y 3^º respectivamente.

Para la rama de conocimiento de Ingenierías y Arquitectura se calculó que eran necesarios 61 sujetos, teniendo en cuenta que en esta rama el tamaño medio de alumnos por estudio y curso era de 61 sujetos, se necesitaban un mínimo de 1 estudio. Al aleatorizar en la primera etapa, se obtiene el estudio de ingeniería informática, y al aleatorizar por curso se obtiene 2^º curso.

4.2.2. RECLUTAMIENTO

El reclutamiento de los estudiantes se ha realizado en el aula, en un día normal de clase y en un período no cercano a exámenes. A partir del estudio (titulación) y del curso obtenido en el cálculo muestral, se contactaba con los profesores responsables de la asignatura que tuviera un mayor número de matriculados y se les pedía que cediesen una hora de clase para que los alumnos que voluntariamente quisiesen respondieran a los diferentes ítems y preguntas del cuestionario.

Previamente a la distribución del cuestionario y al consentimiento informado, se facilitaba a los estudiantes la hoja de información al participante (anexo 5) y se daban una serie de instrucciones generales explicando el motivo del estudio, las características del instrumento, el modo de responder a éste y lo que supondría su participación, así como que dicha participación era voluntaria y anónima (ver apartado 4.3.3 sobre estructura del cuestionario, tipo de encuesta y recogida de datos). El hecho de disponer de una hora de clase facilitó sin duda la colaboración de los participantes.

4.2.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN

Hemos incluido a todos aquellos participantes que han querido contestar el cuestionario y han aceptado participar en el estudio.

Y se han establecido los siguientes criterios de exclusión: edad inferior a 18 años y superior a 54 años, un mal dominio de la lengua castellana, padecer un trastorno visual severo que dificulte la lectura o escritura, dislexia, alumnado no permanente (considerando permanente llevar más de un año en la UIB) y, alumnado visitante o de programas de intercambio como SENECA, ERASMUS o becas de cooperación.

4.3. DISEÑO DEL CUESTIONARIO

La homogeneización y la armonización de los diferentes indicadores en las encuestas o cuestionarios de salud es una acción estratégica, necesaria e ineludible que facilita una mejor compa-

rabilidad de los principales indicadores de salud y genera un conocimiento en profundidad del estado de salud a nivel individual y colectivo (Aromaa, Koponen, Tafforeau, & Vermeire, 2003).

En esta línea de trabajo, para la construcción del presente cuestionario se ha revisado la definición operativa de los indicadores de salud comúnmente utilizados en los sistemas de información de la OMS, EUROSTAT-Salud, Eurobarometer y las propuestas y requerimientos técnicos de la Encuesta Europea de Salud y de la Encuesta Nacional de Salud.

Para ello, se han consultado los siguientes documentos:

- *Guidelines for the Collection o data on 18 HIS items. European Commission. Statistical Office of the European Communities.* Eurostat, 2004.
- *EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys.* WHO, 2003.
- *Health Interview Surveys: Towards International harmonization of methods and instruments.* WHO, 1996.
- *Health in the European Union: Trends and analysis. European Observatory on Health Systems and Polices.* WHO, 2009.
- Encuesta Nacional de Salud (ENS 2006). Ministerio de Sanidad y Política Social e Instituto Nacional de Estadística. Gobierno de España.
- *National Health Interview Survey 2009. National Centre for Health Statistics.* USA.
- *National Health and Nutrition Examination Survey Questionnaire. Centres for Disease Control and Prevention (CDC). National Centre for Health Statistics (NCHS).* Hyattsville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, 1999-2010.
- Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES 2008). Plan Nacional Sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Cuestionario del estudio PREDIMED sobre “efectos de la dieta mediterránea en la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular”. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Política Social, 2003.
- Encuesta de Salud de Barcelona (ESB 2006). Agencia de Salud Pública. Consorci Sanitari de Barcelona.
- *Health Survey for England, 2008.*
- Encuesta sobre salud, bienestar y calidad de vida del alumnado de la Universidad Pública de Navarra, 2006.
- Cuestionario del estudio “La calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios”. Universidad de Alicante, 2002.
- Cuestionario sobre hábitos de vida del proyecto SUN. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Navarra, 1999.

Tras revisar la literatura sobre el tema de estudio, se ha confeccionado un cuestionario en el que se han incluido los principales indicadores sobre estilos de vida, hábitos y comporta-

mientos de salud así como las evidencias epidemiológicas publicadas sobre determinantes sociales relacionados con los principales problemas de salud en nuestro medio.

Se han realizado modificaciones tanto por omisión de cuestiones o ítems como por inclusión de otros. Pero al mismo tiempo nos ha interesado tener un cuerpo común con otros cuestionarios (*core*) para poder realizar comparaciones. Por tanto, intentamos hemos intentado mantener algunas de las escalas utilizadas en otros estudios similares para poder comparar los resultados.

El cuestionario final se divide en 11 dimensiones: datos sociodemográficos, datos socioeconómicos, estado de salud y calidad de vida, actividad física, tabaco, alcohol y otras drogas, hábitos alimentarios, conducta sexual, seguridad vial, higiene dental y entorno universitario.

4.3.1. PROCEDENCIA Y CODIFICACIÓN DE LAS PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO

En primer lugar se presenta la distribución del cuestionario ESVISAUN y la procedencia de las preguntas que lo conforman (tabla 14).

Tabla 14. Apartados que se incluyen en el cuestionario ESVISAUN y origen de las preguntas.

DIMENSIONES / FACTORES		ÍTEMS	Observaciones
Datos socio-demográficos	Estudios	1, 4-6, 18	Elaboración propia y preguntas modificadas de la ENS-2006 (Ministerio de Sanidad y Consumo)
	Residencia habitual	2, 3, 12, 13	
	Lugar de nacimiento	7	
	Estado civil	8	
	Número de hijos	9	
	Número de hermanos	10	
	Creencias religiosas	11	
	Trabajo	14-16	
	Sexo	17	
	Edad	29	
Datos socio-económicos	Clase social	16, 18	Elaboración propia a partir de la clasificación de la Sociedad Española de Epidemiología (Domingo-Salvany et al. 2000)
	Nivel de ingresos	19-21	Elaboración propia
Estado de salud percibido y calidad de vida	Estado de salud percibido	22-24-89-90	Preguntas modificadas de la ENS-2006 y ESB-2006 (Agencia de Salud Pública de Barcelona)
	Calidad de vida	25	
	Horas de sueño	26-28	
	Peso y talla	30-35	

DIMENSIONES / FACTORES		ÍTEMS	Observaciones
Actividad física	Ejercicio físico	36-41, 43-47	Elaboración propia a partir del International Physical Activity Questionary (IPAQ) (Craig et al. 2003) y del cuestionario actividad física del estudio SUN (Martínez-González et al. 2005)
	Hábitos de actividad física familiares	42	Elaboración propia
	Servicio Actividades Deportivas de la Universidad	48	
Tabaco	Consumo de tabaco	49, 50, 51, 52	Modificadas del Cuestionario C_0 estudio SUN (Martínez-González et al. 2005)
	Grado de adicción	50, 59-64	Test de Fagërstrom modificado (Fagerstrom & Schneider, 1989).
	Motivación para el cese y determinación de la fase de cambio	53-58	Test de Richmond (Richmond et al. 1993) Estadios / Fases de cambio (Prochaska & DiClemente, 1983)
	TP o Exposición a humo ambiental de tabaco	65	Cuestionario C_0 del estudio SUN (Martínez-González et al. 2005)
Alcohol y otras drogas	Consumo de alcohol	66-68	AUDIT-C (Gual et al. 2000)
		69, 70	Modificado del ESTUDES-2008
Hábitos alimentarios	Consumo de alimentos	74	Modificación a partir del cuestionario del estudio PREDIMED
	Hábitos	76-79	Elaboración propia
	Servicios de Restauración de la Universidad	80	
Sexualidad	Conocimiento	81	Modificado INE (Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales).
	Uso métodos anticonceptivos - Satisfacción	82-85 86	
Seguridad vial		87	Elaboración propia
Higiene dental		88	Elaboración propia
Enfermedad y discapacidad		89, 90	Elaboración propia
Entorno Universitario	- Promoción de la salud en la universidad	91, 92	Elaboración propia

4.3.2. BASE CONCEPTUAL Y DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES: RECOGIDA Y MEDICIÓN

A partir de los objetivos planteados en la investigación así como de los hallazgos en la revisión bibliográfica sobre las variables utilizadas en otros estudios de temática similar y de la opinión de los expertos en el tema, seleccionamos las variables que se describen a continuación, siguiendo la máxima de “recoger tantas variables como sean necesarias y tan pocas como sea posible”.

Una vez seleccionadas las variables se las ha definido a nivel conceptual y operativo, especificando la escala de medida que se ha utilizado en la recogida y en el análisis de los datos. En la mayoría de los casos, hemos adoptado definiciones que ya habían sido usadas y validadas por otras investigaciones, para poder comparar los resultados con otros trabajos.

4.3.2.1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y SOCIOECONÓMICOS

En este apartado se ha obtenido la información respecto a las características demográficas, sociales, económicas y del trabajo de la persona entrevistada así como de otros miembros que vivieran en el núcleo familiar que pudieran ser relevantes como determinantes de salud. 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 (Borrell, Rohlfs, Artazcoz, & Muntaner, 2004; Krieger, Williams, & Moss, 1997; Lahelma, Martikainen, Laaksonen, & Aittomaki, 2004). La finalidad del análisis descriptivo de los datos sociodemográficos es la de describir y caracterizar la muestra.

- **Datos demográficos**

En este apartado se han solicitado datos demográficos como la edad, el sexo, el estado civil, el país de nacimiento, el número de hijos, el número de hermanos y las creencias religiosas.

- **Vivienda**

Se ha preguntado sobre el tipo de residencia durante el curso académico y el número de personas que pernoctan en el domicilio regularmente.

- **Nivel de estudios**

El nivel de estudios se considera un indicador del nivel de educación de una persona. Se utiliza como variable aproximada al nivel socioeconómico de los individuos por su fuerte

asociación con los ingresos y el nivel de vida, muy probablemente, porque el nivel de estudios se considera la cualificación más importante en el mercado de trabajo. Además, está altamente correlacionada con la clase social según la ocupación (Alonso, Perez, Saez, & Murillo, 1997).

Diferentes autores han determinado una relación entre el nivel de estudios y el estado de salud. Se ha señalado que la capacidad explicativa de esta variable se debe a que 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 (Domingo-Salvany, Regidor, Alonso, & Alvarez-Dardet, 2000). 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 (Kuh & Wadsworth, 1993).

La forma más común de medir el nivel de estudios es mediante la titulación de mayor nivel alcanzada. Siguiendo la clasificación utilizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), se han codificado 6 ítems de respuesta (Sin estudios; Primarios completos, Certificado escolar; Graduado Escolar, EGB, ESO, FP de grado medio; Estudios universitarios; Estudios universitarios superiores de máster o doctorado). También se han utilizado otras variables como media aproximada del expediente académico, vía de acceso a la universidad y tipo de centro en el que hubieran estudiado antes de la universidad (público, privado o concertado).

- **Nivel de ingresos**

Para conocer el nivel de ingresos se ha solicitado a las personas encuestadas que indicaran cuáles eran sus ingresos netos mensuales. Se han codificado 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**

Se ha considerado que tanto la situación como las condiciones laborales (trabajo eventual o fijo anual, horas trabajadas a la semana, tipo de ocupación, etc.) tienen una relación directa con el estado de salud (Artazcoz, Borrell, Cortes, Escriba-Aguir, & Cascant, 2007).

- **La clase social**

Una de las medidas de la posición socioeconómica es la clase social, siendo un importante determinante de la salud. Múltiples estudios demuestran que las personas de clase social menos privilegiada presentan un peor estado de salud y unas conductas relacionadas con

la salud que comportan más riesgo que las personas de clases sociales altas (Blane, 1995; Borrell & Malmusi, 2010; Lahelma, et al., 2004).

Está ampliamente demostrado que las personas pertenecientes a clases sociales bajas no sólo tienen más enfermedades y peores oportunidades de supervivencia sino que además inician las enfermedades crónicas y las incapacidades a edades más tempranas. Lo mismo ocurre con las conductas de riesgo para la salud (malos hábitos alimentarios, consumo de tabaco y alcohol, inactividad física, etc.), son más frecuentes en personas de clases sociales más desfavorecidas (Domingo-Salvany, et al., 2000; Marmot, Ryff, Bumpass, Shipley, & Marks, 1997; Townsend, Davidson, & Whitehead, 1988).

La medida de la clase social se puede obtener a partir de diferentes indicadores o variables (ocupación, educación, ingresos, propiedades materiales, etc.) (Berkman & Macintyre, 1997; Krieger, et al., 1997; Susser, 1997). De hecho, la variable más utilizada para medir la clase social en los estudios empíricos del ámbito de la sociología es la ocupación. En nuestro cuestionario la clase social la obtendremos a partir de la propuesta de la Sociedad Española de Epidemiología (Domingo-Salvany, et al., 2000), que introduce dos indicadores ampliamente usados para medir la clase social (ocupación y nivel de estudios). Son indicadores que han sido utilizados frecuentemente y que han demostrado su validez, fiabilidad y factibilidad tanto en la observación como en el análisis.

Para la obtención de la clase social, se tomó como referencia la adaptación española de la clasificación de clase social británica propuesta por Domingo y Marcos (1989) a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones (CNO) de 1994 (anexo 4). Las clases obtenidas a partir de la ocupación, siguiendo una clasificación exhaustiva, han sido:

- Clase I: Directivos de la administración y de empresas con más de 10 asalariados. Profesiones asociadas a titulaciones de segundo y tercer ciclo universitario.
- Clase II: Directivos de empresas con menos de 10 trabajadores. Profesiones asociadas a titulaciones de primer ciclo universitario. Técnicos y profesionales de apoyo. Artistas y deportistas.
- Clase IIIa: Empleados de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa y financiera. Trabajadores de los servicios personales y de seguridad.
- Clase IIIb: Trabajadores por cuenta propia.
- Clase IIIc: Supervisores de trabajadores manuales.
- Clase IVa: Trabajadores manuales cualificados.
- Clase IVb: Trabajadores manuales semi-cualificados.
- Clase V: Trabajadores no cualificados.

Existe también una clasificación abreviada, que es una modificación de la anterior, agrupando únicamente la clase IIIa, la clase IIIb y la clase IIIc en una única clase III.

En nuestro caso, para el análisis de los datos, se ha agrupado la clase social formando tres grupos: Clase I y II, Clase III y Clase IV y V. Tal y como presentan otras encuestas de salud como por ejemplo la de las Illes Balears (ESIB-07).

Para obtener esta información no sólo se ha preguntado por la profesión del individuo a estudio, sino que también se ha preguntado por la profesión del padre y de la madre, así como del nivel de estudios de todos ellos, para así poder catalogar con mayor precisión. Posteriormente, para obtener una puntuación conjunta (clase social familiar), se ha seleccionado la información que presentaba mayor puntuación para la clase social en el índice de clasificación de ocupaciones, siempre y cuando el individuo a estudio no fuera independiente económicamente.

4.3.2.2. ESTADO DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA

El cuestionario proporciona indicadores del estado de salud y la calidad de vida de la población de estudio subjetivos y basados en la percepción de las personas.

- **Estado de salud percibido**

La salud percibida es una medida global, a diferencia de otros indicadores de salud como los de mortalidad y morbilidad, que incluye diferentes dimensiones de la salud: física, emocional, social y síntomas y signos biomédicos. Gracias a la naturaleza intrínseca de la salud, ésta puede observarse como un fenómeno continuo, es decir, la salud no es siempre buena o mala; los individuos a lo largo del tiempo experimentan que su salud se encuentra distribuida entre un continuo de estados que van de la salud excelente a la muerte. Es de esperar que los individuos realicen diversas transiciones entre los distintos estados de salud (en ambas direcciones: de mejor a peor y viceversa) para terminar en el estado final que es la muerte. Uno de los problemas de la naturaleza continua de la salud es la dificultad práctica de aproximarse de forma empírica a los infinitos estados de salud que puede experimentar un individuo a lo largo de su vida, lo cual hace necesario establecer unos umbrales que hagan operativa la definición. Una manera de resolver estas dificultades es utilizar la información disponible en algunas encuestas sobre el estado subjetivo de salud, también conocido como valoración subjetiva de la salud, salud percibida o salud autopercibida (Girón-Daviña, 2010).

La autovaloración del estado de salud es un indicador relacionado con la información y la percepción que tiene el individuo de la calidad de vida a través de un juicio subjetivo. Es usado como indicador global de salud y predictor de la mortalidad en diversos estudios (Pietz & Petersen, 2007; Robine, Jagger, & Egidi, 2000; Sanderson, Norlev, Iburg, Gispert, & Rasmussen, 2002). Una de sus mayores ventajas consiste en sintetizar en un solo indicador diferentes aspectos subjetivos y objetivos relacionados con la idea que las personas tienen de su salud. La autovaloración de la salud ha demostrado además, estar relacionada con otros indicado-

res, como las enfermedades clínicamente diagnosticadas, el uso de servicios sanitarios o la mortalidad (Idler & Benyamini, 1997; Patrick & Bergner, 1990; Simon, De Boer, Joung, & Mackenbach, 2005; Taghrid, et al., 2007; Wang, Smith, Cumming, & Mitchell, 2006).

En el estudio de las desigualdades sociales en salud diversas investigaciones han demostrado su relación con variables socioeconómicas tanto en el ámbito internacional (Mackenbach, 2006) como nacional (Benach & Muntaner, 2005; Regidor, et al., 1999; Regidor, Gutiérrez-Fisac, & Rodríguez, 1994). La autovaloración de la salud ha sido utilizada también para el estudio de la evolución de las desigualdades en salud, y ha demostrado que éstas parecen estar aumentando en los últimos años.

La salud percibida se obtiene a partir de una pregunta genérica sobre la salud que suele expresarse de la siguiente manera: “¿Consideras que tu estado de salud en general es...?”. En la autovaloración del estado de salud se distinguen cinco categorías: “muy bueno”, “bueno”, “regular”, “malo” y “muy malo”, considerando a efectos del análisis como ausencia de buena salud a las personas que manifestaron tener un estado de salud “regular”, “malo” o “muy malo”. En la mayoría de las ocasiones la pregunta está referida a un período de tiempo concreto (por ejemplo, en los últimos doce meses) con el fin de que el individuo elabore una respuesta que resuma la salud en dicho período y no fije la respuesta por su situación de salud en el instante de la encuesta. Diversos organismos como la Oficina Regional Europea o el Ministerio de Sanidad y Consumo de España consideran, a partir del estado de salud percibido, un nuevo indicador resumen del anterior que se denomina “autovaloración negativa del estado de salud” y se define como la proporción de personas que señalan que su estado de salud es regular, malo o muy malo. Existen estudios que han mostrado una buena fiabilidad test-retest de las medidas de salud autoinformadas, incluso mejor que la encontrada en cuestiones de salud más específicas (Lundberg & Manderbacka, 1996; Manor, Matthews, & Power, 2001).

• **Enfermedades y problemas de salud**

Se trata de investigar qué tipo de enfermedades o problemas de salud crónicos padece la población a estudio. Entendemos por enfermedad crónica cuando la enfermedad es de larga duración y no se debe a procesos agudos aislados.

• **Discapacidad**

A toda la población de estudio se le ha preguntado por la limitación funcional, tanto física como sensorial.

Adoptamos la definición de discapacidad propuesta por la OMS en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, en la que define las discapacidades

como trastornos de la persona respecto a su rendimiento funcional y actividad, como consecuencia de las deficiencias, y son toda restricción o ausencia, debida a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma que se considera normal.

- **Enfermedad crónica**

Las enfermedades crónicas representan uno de los principales problemas de salud pública. Podemos definir enfermedad crónica como “enfermedades de larga duración, con lesiones o secuelas definitivas y anomalías estructurales, sensoriales y de la comunicación de carácter permanente. Estos trastornos son, por su naturaleza, físicos o mentales (cognitivos y emocionales) y su inicio varía entre un período inferior al nacimiento a períodos más tardíos de la vida. Su aspecto definitorio es la duración, ya que estos trastornos son esencialmente condiciones permanentes para toda la vida, puesto que las pautas de cuidados y tratamiento pueden en algunos casos controlar los trastornos crónicos, pero raramente los curan (Verbrugge & Patrick, 1995).

- **Estrés**

Siguiendo a la OMS, que postula que el estrés es el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción. En nuestro caso adoptaremos la definición propuesta por R. Lazarus (1986) en la que define el estrés como “el resultado de la relación entre el individuo y el entorno, evaluado por aquél como amenazante, que desborda sus recursos y pone en peligro su bienestar”.

Se trata de medir la percepción que tiene la persona sobre su estado de estrés en los últimos doce meses. En la autovaloración del nivel de estrés se usa una escala tipo Likert que va del 1 al 5 (1 como un nivel de estrés muy bajo y 5 como un nivel de estrés muy alto). Considerando a efectos del análisis como estrés a los niveles 3, 4 y 5.

- **Autoestima**

La autoestima corresponde a la valoración positiva o negativa que uno hace de sí mismo. Es la confianza y el respeto por la propia persona. Es la predisposición a experimentarse apto para la vida y para sus necesidades, el sentirse competente para afrontar los desafíos que van apareciendo y como merecedor de felicidad (Braden, 1992).

Se trata de medir la percepción del nivel de autoestima que tiene la persona en los últimos doce meses. En la autovaloración del nivel de autoestima se usa una escala tipo Likert que va del 1 al 5 (1 como un nivel de autoestima muy baja y 5 como un nivel de autoestima muy alta). Considerando a efectos del análisis como ausencia de buena autoestima un nivel de 1, 2 ó 3.

• **Calidad de vida**

Definimos calidad de vida como la percepción del individuo en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas e intereses. Se trata de un concepto extenso sobre el que influyen de manera compleja la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y la relación con los aspectos principales de su entorno (Bowling, 1994).

Esta característica trata de medir la percepción que tiene la persona sobre su calidad de vida en los últimos doce meses.

En la autovaloración de la calidad de vida se han distinguido cinco categorías: “muy buena”, “buena”, “regular”, “mala” y “muy mala”, considerando a efectos del análisis como ausencia de buena calidad de vida a las personas que manifestaron tener una calidad de vida “regular”, “mala” o “muy mala”.

• **Horas de sueño**

Aquí se ha pretendido conocer el número de horas que duerme al día habitualmente, independientemente de si se hace en un período o en varios a lo largo del día, por lo que se deben incluir las horas de la siesta en caso de que se duerma. Así como, si las horas que duerme le permiten descansar lo suficiente.

La cantidad de horas de sueño está relacionada con la calidad de vida. Diversos estudios, demuestran que una persona adulta necesita entre 7 y 9 horas diarias de sueño para recuperarse y descansar tanto física como emocionalmente. La falta o exceso de horas de sueño puede conllevar problemas de salud. Estudios recientes, demuestran que los individuos con un defecto o exceso de horas de sueño presentan mayor riesgo de mortalidad, enfermedades cardiovasculares y diabetes (Alvarez & Ayas, 2004; Lenfant, 2006).

• **Peso y talla**

La obesidad es un problema muy importante de salud pública, en el que la prevención es muy importante, ya que una vez alcanzados los niveles de peso definidos como obesidad es difícil volver a un peso normal (L. Breslow, 2006; Swinburn & Egger, 2002). Aproximadamente una de cada doce muertes en España son atribuibles al exceso de peso (Banegas, Rodríguez-Artalejo, Graciani, Villar, & Herruzo, 2003). La evidencia actual confirma que la obesidad es un factor de riesgo cardiovascular, de diabetes mellitus tipo 2 y de algunos tipos de cáncer entre otras enfermedades (Canoy & Buchan, 2007; Pi-Sunyer, 2000).

Debemos tener en cuenta, que algunos estudios llevados a cabo respecto a la validez de este tipo de medidas autodeclaradas muestran que en la mayoría de casos la tendencia es a sobredeclarar la altura e infraponderar el peso, provocando una infradeclaración de la obesidad. Esta desviación de la medida real se produce más frecuentemente al aumentar la edad y en aquellas personas con sobrepeso (Gorber, Tremblay, Moher, & Gorber, 2007). Este hecho puede ser debido a un sesgo de deseabilidad social.

Debido a problemas de factibilidad y limitaciones de recursos, muchos estudios epidemiológicos intentan evaluar la presencia de sobrepeso u obesidad basándose en información declarada directamente por el participante (Galan, Rodríguez-Artalejo, & Zorrilla, 2004). El problema para usar estos datos es que pueden existir dudas sobre su fiabilidad y validez, aunque algunos estudios han hallado en nuestro país buenas correlaciones entre el peso corporal medido y el peso declarado (Bes-Rastrollo, Pérez Valdivieso, Sánchez-Villegas, Alonso, & Martínez González, 2005; Galan, Gandarillas, Febrel, & Meseguer, 2001; Quiles-Izquierdo & Vioque, 1996).

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: $IMC = \text{peso (kg)} / \text{talla (m}^2\text{)}$.

Aunque el IMC no es un excelente indicador de adiposidad ni en deportistas ni en ancianos, es el índice utilizado por la mayoría de estudios epidemiológicos y el recomendado por diferentes organizaciones de salud internacionales para el uso clínico dada su reproductibilidad, facilidad de utilización y capacidad de reflejar la adiposidad en la mayoría de la población. Se acepta como punto de corte para definir la obesidad valores para el $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$, aunque también se han definido valores superiores al percentil 85 de la distribución de la población de referencia. En nuestro caso hemos utilizado los criterios de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) para definir la obesidad (ver tabla 15) (Rubio, et al., 2007).

Tabla 15. 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

4.3.2.3. ESTILOS DE VIDA: ACTIVIDAD FÍSICA

Es importante identificar el grado de actividad física que realizan los individuos y estudiar si tiene relación con su estado de salud. Debemos diferenciar la actividad física del ejercicio físico. Como hemos comentado anteriormente, entendemos por actividad física “cualquier movimiento corporal producido por el sistema músculo-esquelético que produce un gasto de energía”. Mientras que el ejercicio físico es un tipo de actividad física definido como “un movimiento corporal planificado, estructurado y repetitivo realizado para conseguir o mantener una correcta forma física”. Por el hecho de ser un comportamiento planificado por la persona es más fácil de evaluar cuando se utilizan métodos subjetivos de medida (Chasan-Taber, et al., 2002), ya que la persona es más capaz de recordar aquellas situaciones que han necesitado una organización previa y no son espontáneas.

Las mediciones de la actividad física para estudios epidemiológicos se hacen usualmente a través de un autoinforme, mediante instrumentos de medición subjetiva como son los cuestionarios que incluyen: frecuencia (promedio de sesiones por unidad de tiempo), duración (tiempo por sesión), intensidad (costo metabólico), tipo de actividad (relacionado con el ocio o el trabajo) y entorno (donde se ejecuta la actividad).

Entre las ventajas de estos métodos destacan (Sallis & Saelens, 2000): no afectar al patrón habitual de actividad física del individuo, ser fáciles de administrar, no ser caros y permitir recoger información de grandes grupos de población. Además, obtienen datos sobre los diferentes patrones de actividad física. Pero también tienen ciertos inconvenientes, ya que dependen de la habilidad del participante en recordar el nivel de exposición a la variable y de su capacidad de interpretar las preguntas que se le plantean, así como de autovalorar algunos componentes de la actividad física como son la intensidad y la duración de la misma. El deseo de la persona de cumplir con las recomendaciones propuestas desde los organismos relacionados con la salud y con lo que socialmente está bien visto, puede también influir en las respuestas (Vanhees, et al., 2005).

Existen varios modelos de cuestionarios para registrar la actividad física. En nuestro caso, para la medición de la actividad física se ha utilizado una adaptación del cuestionario *International Physical Activity Questionary* (IPAQ) (Craig, et al., 2003; Hallal & Victora, 2004). El IPAQ es un instrumento para la vigilancia y monitorización de la actividad física consensuado y propuesto por el grupo d'EUROHIS (Pekka, 2003). El IPAQ se desarrolló en Ginebra en 1998 por un Grupo de Consenso Internacional que planteó la necesidad de proporcionar un instrumento óptimamente desarrollado que pudiese ser utilizado a escala internacional y que facilitase una herramienta que permitiese obtener estimaciones comparables de la actividad física. En el año 2000 se obtuvieron estudios de confiabilidad y validez en 12 países, por lo cual se aprobó en muchos de ellos su utilización para investigaciones de prevalencia

de participación en actividad física. Hay 2 versiones del cuestionario. La corta se utiliza en sistemas de vigilancia nacional y regional, y la larga proporciona información más detallada requerida para objetivos de evaluación.

En Europa mediante el *European Physical Activity Surveillance System* (EUPASS) se intentó analizar diferentes indicadores de la actividad física e investigar, testar y mejorar la utilización del IPAQ, llegando los autores a la conclusión de que aún son necesarias más investigaciones para poder mejorar la calidad del IPAQ (Rutten, Vuillemin, et al., 2003; Rutten, Ziemainz, et al., 2003). En realidad se plantean que la sobrevaloración de la actividad física en muestras poblacionales puede ser un problema serio que podría reducirse a través de introducir cambios en el procedimiento más que modificando las preguntas del cuestionario IPAQ (Rzewnicki, Vanden Auweele, & De Bourdeaudhuij, 2003).

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

Dichas actividades deportivas se clasificaban en tres categorías: caminar, actividades moderadas y actividades vigorosas. A partir del tipo de actividad y la energía requerida medida en METS, según la propuesta de Ainsworth y col. (Caminar= 3,3 METS, actividad moderada= 4 METS, actividad vigorosa= 8 METS), y los minutos destinados a estas actividades se construye una escala en MET-minutos (Ainsworth, et al., 2000). Un MET o equivalente metabólico es la cantidad de energía empleada por el organismo cuando está en sedestación y quieto en una determinada unidad tiempo. Equivale a un consumo de 3,5 ml de O₂ por kilogramo de peso y minuto para un adulto de 70 Kg. A partir de la intensidad medida en METS y de la duración y la frecuencia de la actividad se ha calculado el índice energético. Para medir el ejercicio físico deportivo, se ha calculado otro índice energético que excluye el caminar.

$$\text{Índice energético} = \Sigma \text{intensidad (METS)} \times \text{duración (minutos)} \times \text{frecuencia (días)}$$

A partir de este índice se clasifica 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 com-

puesta por 16 ítems en los que se reflejan las diferentes actividades, que posteriormente, se clasificaran en tres categorías según su intensidad: caminar, actividad moderada y vigorosa.

Otros aspectos que se ha evaluado son: el tiempo que hace que realizan ejercicio físico, dónde realizan habitualmente el ejercicio físico, si realizan todo el ejercicio físico 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 éstos se hubieran producido, conocer en qué sentido (positivos o negativos). Para ello, se ha formulado 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).

- **Actividades de tiempo libre**

Nos ha interesado conocer cuántas horas dedican a diferentes actividades de tiempo libre como por ejemplo, ver la televisión, jugar a la consola o videojuegos, salir con los amigos, navegar por la red y uso de redes sociales, leer libros, ir al cine o al teatro, actividades de voluntariado, etc. Para ello les hemos pedido el tiempo medio que destinan a estas actividades en un día típico de entre semana y en un día típico de fin de semana.

- **Conducta sedentaria**

Se ha evaluado el tiempo destinado a algunas actividades como por ejemplo, ver la televisión y jugar a la consola, que junto con una falta de ejercicio físico nos han permitido identificar si existe o no una conducta sedentaria.

4.3.2.4. ESTILOS DE VIDA: TABACO

Conocer la opinión acerca de la actitud adoptada frente a una conducta de riesgo supone un factor básico a la hora de abordar estrategias que permitan un cambio en la tendencia de la misma (Gonzalez-Torrente, et al., 2008).

- **Consumo de tabaco**

Se trata de investigar la prevalencia del consumo de tabaco, tipo de fumador/a, frecuencia de consumo, nivel de dependencia y la motivación para abandonar el hábito.

En la mayoría de estudios se aceptan como válidos los datos autodeclarados sobre consumo de tabaco para estimar su prevalencia, con una sensibilidad y especificidad por encima del 80% (tomando como estándares diferentes marcadores bioquímicos o el volumen de ventas de tabaco) (Barrueco, et al., 1999). Ahora bien, dichas cifras pueden tender a la infradeclaración dependiendo del rechazo social que tenga la población de estudio (Del Boca & Darkes, 2003; Patrick, et al., 1994; Puebla Molina & Buñuel Álvarez, 2008; Studts, et al., 2006).

Según los criterios diagnósticos de la OMS, fumador es la persona que fuma actualmente y que ha fumado al menos 1 cigarrillo diariamente durante 6 meses. Otros criterios muy usados actualmente, sobre todo en el campo de la investigación y las encuestas poblacionales, definen como fumadora a la persona que fuma actualmente y que ha fumado al menos 100 cigarrillos en su vida. Este último, será el criterio nosotros hemos usado para clasificar a una persona como fumadora.

Por tanto, las categorías de fumador/a (según ENS, NCHS y OMS) son:

- Fumador habitual: aquella persona que fuma diariamente 1 ó más cigarrillos.
- Fumador ocasional: persona que en la actualidad fuma, pero no diariamente.
- Exfumador: aquella persona que no fuma actualmente, pero ha fumado alguna vez a diario en una época anterior a seis meses.
- No fumador: aquella persona que no fuma ni ha fumado nunca de manera habitual o que ha fumado menos de 100 cigarrillos a lo largo de su vida.

Respecto a los fumadores se ha recogido información de variables como la intensidad (número de cigarrillos al día), número de intentos para dejar de fumar y el motivo principal de recaídas.

Para las personas exfumadoras se ha recogido el tiempo que hace que han dejado de fumar y la intensidad (cantidad de cigarrillos que consumían).

Hemos descartado preguntar la tipología de tabaco consumido, ya que diversos estudios demuestran que no se conoce con exactitud el grado de nicotina. Además, el nivel sanguíneo de nicotina también depende de la cantidad de humo que el fumador inhala, por lo que a veces los fumadores de cigarrillos light inhalan mucha más cantidad de humo hasta alcanzar los niveles de nicotina que interesan a su adicción. Los cigarrillos light tienen niveles de nicotina de 0,6 a 1 mg, mientras que los cigarrillos regulares contienen entre 1,2 y 1,4 mg. Las investigaciones sobre este tema demuestran que los cigarrillos light o bajos en nicotina al igual que los cigarrillos normales, ocupan un porcentaje significativo de los receptores de la nicotina del cerebro (Brody, Mandelkern, Costello, et al., 2009; Brody, Mandelkern, Olmstead, et al., 2009; Mendes, Kapur, Wang, Feng, & Roethig, 2008). Para conocer el grado de dependencia y la motivación para el abandono del consumo de cigarrillos se ha utilizado el test de Fagerström modificado (K. O. Fagerstrom & Schneider, 1989) y el de Richmond (Richmond, Kehoe, & Webster, 1993).

El test de Fagerström constituye un método confiable para el grado de adicción física. De acuerdo a éste, el grado de dependencia se clasificará en leve cuando posea un puntaje de 1 a 3, moderado de 4 a 6 y severa con un puntaje de 7 o más. Dentro de las preguntas incluidas en el test, las tres consideradas como más representativas son: 1) el tiempo que transcurre entre el despertar y el consumo del primer cigarrillo del día (si es menor de 30 minutos refleja adicción; considerar a ésta como la más significativa de las preguntas); 2) si el fumador considera ese primer cigarrillo como uno de los “más importantes” (ésta se considera la más significativa de las preguntas); 3) si el consumo diario es de 20 cigarrillos o más (tabla 16). Algunos autores consideran que no es necesaria la realización del test, y que preguntar sólo el tiempo que pasa entre que se levanta y fuma el primer cigarrillo y el número de cigarrillos fumados por día (o inclusive realizar sólo esta última pregunta) nos da una idea bastante aproximada del grado de dependencia de la persona (West, 2004).

Tabla 16. Test de Fagërstrom modificado.

	PUNTOS
1. ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo?	
Hasta 5 minutos	3
Entre 6 y 30 minutos	2
Entre 31 y 60 minutos	1
Más de 60 minutos	0
2. ¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido, como el cine?	
Sí	1
No	0
3. ¿Qué cigarrillo le molestaría más no fumar?	
El primero de la mañana	1
Cualquier otro	0
4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	
10 o menos	0
11-20	1
21-30	2
31 o más	3
5. ¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	
Sí	1
No	0
6. ¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama durante la mayor parte del día?	
Sí	1
No	0

Para conocer el grado de motivación para dejar de fumar se ha utilizado el test de Richmond, que consta de las preguntas que se recogen en la tabla 17. Al contestar cada una de las preguntas se obtiene una puntuación; la suma permite clasificar la motivación en baja, moderada o alta.

Tabla 17. Test de Richmond.

CUESTIONARIO	RESPUESTA	PUNTOS
1. ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?	No	0
	Sí	1
2. ¿Cuánto interés tiene en dejarlo?	Nada	0
	Algo	1
	Bastante	2
	Mucho	3
3. ¿Intentará dejar de fumar en las próximas dos semanas?	Definitivamente no	0
	Quizás	1
	Sí	2
	Definitivamente sí	3
4. ¿Cabe la posibilidad de que sea un “no fumador” en los próximos seis meses?	Definitivamente no	0
	Quizás	1
	Sí	2
	Definitivamente sí	3

Motivación baja (puntuación menor o igual a 4); Motivación media (entre 5 y 6); Motivación alta (más de 7)

Uno de los mejores modos que actualmente tenemos para conocer la motivación de los fumadores para dejar de fumar es conocer su fase de cambio o estadio. Las fases de cambio fueron formuladas por Prochaska y Diclemente (Prochaska & DiClemente, 1983). Aplicadas a fumadores son los siguientes:

- *Precontemplación*: Están en esta fase aquellos fumadores que no tienen intención de dejar de fumar (habitualmente evaluado para los próximos 6 meses).
- *Contemplación*: los que afirman que tienen la intención de dejar de fumar en los próximos 6 meses.
- *Preparación para la acción*: Aquellos que afirman que tienen la intención de dejar de fumar en los próximos 30 días y han hecho un intento serio de abandono en el último año, estando al menos un día abstinente en el año previo.
- *Acción*: Aquellos que han dejado de fumar al menos durante 24 horas y menos de 6 meses.
- *Mantenimiento*: Aquellos que llevan más de 6 meses sin fumar y menos de 5 años.
- *Finalización*: Aquellos que llevan más de 5 años sin fumar, no les apetece fumar ni piensan volver a fumar.

La evaluación de los estadios de cambio puede hacerse con unas sencillas preguntas (tabla 18). Resulta un buen indicador de la motivación para dejar de fumar (figura 27).

Tabla 18. Evaluación de los estadios de cambio.

1. En el último año, ¿cuántas veces dejó de fumar durante al menos 24 horas?

Ninguna

Una o más veces

2. Actualmente fumo, pero tengo la intención de dejarlo en los próximos 30 días

Sí

No

3. Actualmente fumo, pero tengo la intención de dejarlo dentro de los próximos 6 meses

Sí

No

4. Actualmente fumo, pero NO tengo la intención de dejarlo dentro de los próximos 6 meses

Sí

No

Precontemplación: Respuesta afirmativa a la pregunta 4; Contemplación: Respuesta afirmativa a la pregunta 3;

Preparación: Respuestas afirmativas a la pregunta 2 y a la 1 (una o más veces)

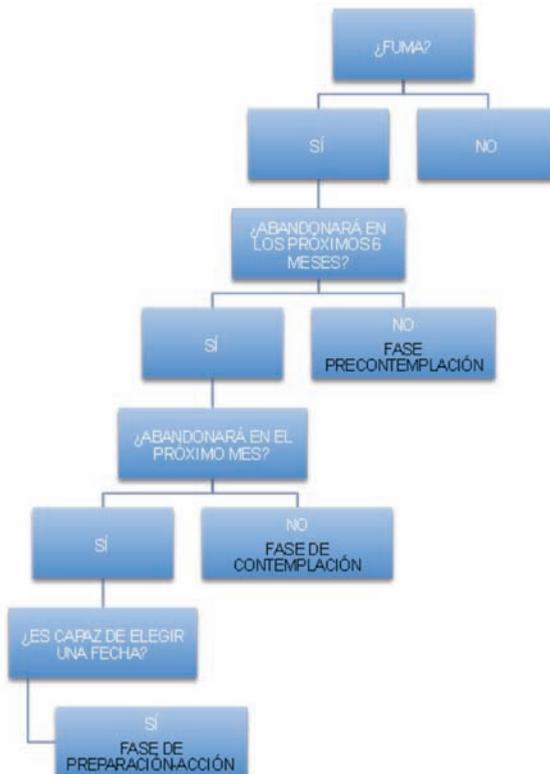


Figura 27. Fases del cambio para el abandono tabáquico (Motivación).

Para conocer si han percibido cambios en este aspecto desde que están en la universidad y conocer en que 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).

- **Tabaquismo pasivo o exposición ambiental al tabaco**

Se pretende conocer la exposición ambiental al tabaco e investigar el tiempo que la persona suele estar en ambientes cargados de humo de tabaco, como es el caso del domicilio habitual. Para ello, se les ha preguntado sobre los años de exposición y la media de horas al día de exposición.

4.3.2.5. ESTILOS DE VIDA: ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

Para conocer si perciben cambios en sus estilos de vida (alcohol y otras drogas) desde que están en la universidad y conocer en qué dirección van esos cambios, se ha formulado una pregunta codificada en 5 ítems de respuesta (Dejé de consumir; Empecé a consumir; Consumo más; Consumo menos; Consumo igual).

- **Consumo de alcohol**

La mejor forma de aproximarse al patrón de consumo de bebidas alcohólicas es mediante encuestas. En nuestro caso, para medir el consumo de alcohol se ha utilizado la autodeclaración, mediante el método de los índices de cantidad/frecuencia, que consiste en preguntar la frecuencia del consumo y la cantidad de alcohol habitualmente consumido. Esta información proporciona una medida global del consumo y nos permite conocer el patrón de consumo de la población encuestada (Embree & Whitehead, 1993; Giovannucci, et al., 1991; Midanik, 1989). Se ha decidido separar el consumo en días laborables (de lunes a jueves) y fines de semana (de viernes a domingo), para poder describir el cambio de comportamiento entre los dos períodos.

Respecto a la infradeclaración, la mayoría de estudios coinciden en que el grado de infradeclaración es más elevado en los más consumidores, aunque algunos estudios demuestran que tanto los individuos que no beben nunca o lo hacen esporádicamente como los consumidores excesivos suelen declarar el consumo real (Del Boca & Darkes, 2003; Hilton, 1989).

El cuestionario permite conocer el consumo de alcohol durante el último año, tanto entre semana como en fines de semana. Para clasificar a los individuos se ha seguido la propuesta del Plan Nacional Sobre Drogas (*Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias*, 2004). De forma que se ha tenido en cuenta la cantidad de alcohol consumido, en

gramos, o unidades de bebida (UBE) que varía según el tipo de bebida (Rodríguez-Martos, Gual, & Llopis, 1999), el nombre de consumiciones habitual cada vez, y también, las veces que se había consumido (frecuencia) que se convierte en un peso pre-establecido (tabla 19). La forma de calcular los gramos de alcohol se ha sustituido, en los últimos años, por el concepto de Unidad de Bebida Estándar (UBE). La UBE es el contenido medio de alcohol de una bebida habitual, habida cuenta su correspondiente graduación y volumen. En población española, la UBE, se ha establecido en 10 gr, que corresponde a una consumición de cerveza o vino y a media consumición de destilados (Rodríguez-Martos, et al., 1999).

Tabla 19. Cuantificación del consumo de alcohol según el tipo de bebida y la frecuencia de consumo.

Componente	Respuestas a las preguntas originales	Transformación para el cálculo
Cantidad de alcohol según el tipo de bebida	1 consumición de cerveza (vaso, jarra, botella o lata)	1 UBE
	1 consumición de vino, cava o similares (vaso o copa)	1 UBE
	1 consumición de carajillos, chupitos, licores de frutas, vermut (vaso o copa)	1 UBE
	1 consumición de whisky, coñac, ron, combinados o similares (vaso o copa)	2 UBE
Peso de frecuencia del consumo entre semana (lunes a jueves)	Ningún día entre semana	0
	1 día entre semana por mes o menos	0,25
	2-4 días entre semana por mes	0,5
	1 día de lunes a jueves por semana	1
	2 días de lunes a jueves por semana	2
	3 días de lunes a jueves por semana	3
Peso de la frecuencia del consumo en fines de semana (viernes, sábado y domingo)	Todos los días entre semana	4
	Nunca	0
	Menos de un fin de semana al mes	0,125
	1 fin de semana al mes	0,25
	2 fines de semana al mes	0,5
	3 fines de semana al mes	0,75
	Todos los fines de semana	1

UBE = Unidad de bebida estándar equivalente a 10 gramos de alcohol

Fuente: Manual de la Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

La Unidad de Consumo se ha calculado según la siguiente fórmula:

$$\text{Unidad de consumo} = \sum \text{UBE (10 gr.)} \times \text{número de consumiciones} \times \text{peso de frecuencia}$$

Posteriormente, los individuos se han clasificado siguiendo la clasificación operativa de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (Aubà, et al., 2000) en:

- **Abstemio – No bebedor/a:** persona que no ha consumido alcohol en los últimos 12 meses, o que nunca consume alcohol de forma habitual, aunque tome alguna cantidad de manera muy ocasional.
- **Bebedor moderado:** persona que consume alcohol de forma habitual pero por debajo del límite de riesgo:
 - ≤ 280 g/semana o ≤ 28 UBE en hombres
 - ≤ 168 g/semana o ≤ 17 UBE en mujeres
- **Bebedor de riesgo:** persona cuyo consumo semanal de alcohol supera el límite de riesgo:
 - > 280 g/semana o > 28 UBE en hombres
 - > 168 g/semana o > 17 UBE en mujeres
 5 ó más UBE por ocasión de consumo al menos 1 vez a la semana, durante el último mes.

Para facilitar la identificación del consumo de riesgo se ha utilizado el instrumento de cribado AUDIT-C, que se limita a los ítems de consumo (Bush, Kivlahan, McDonell, Fihn, & Bradley, 1998). Las preguntas son policotómicas de cinco grados (0 a 4). En este caso, el punto de corte de la versión española es ≥ 5 para los varones y ≥ 4 para las mujeres (Gual, Segura, Contel, Heather, & Colom, 2002). Se ha comprobado, en estudios realizados en atención primaria que su sensibilidad se sitúa entre un 54-98% y su especificidad entre un 57-93% (Gordon, et al., 2001).

• Consumo de otras drogas

Las actitudes y conductas en relación a las drogas cambian de forma rápida, en consecuencia es importante obtener información sobre el fenómeno de la drogadicción. Los objetivos que se pretenden alcanzar con la inclusión de preguntas sobre el consumo de drogas son estimar la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas a nivel de población estudiantil universitaria, obtener indicadores de prevalencia en población universitaria estudiantil que permitan la comparación interterritorial, tanto a nivel del Estado como a nivel internacional, conocer los perfiles de consumo y las características sociodemográficas de los usuarios de drogas psicoactivas e identificar factores asociados al consumo de las diferentes sustancias (factores socioeconómicos, estilos de vida, etc.).

Las encuestas de consumo de drogas son un indicador directo. Sin embargo, debe tenerse en cuenta la posibilidad de sesgos, pues se basan en la autodeclaración y hay cierta tendencia a negar el consumo.

El cuestionario recoge información sobre el consumo de diferentes tipos de drogas: tranquilizantes / pastillas para dormir; cannabis, marihuana, hachís; cocaína; éxtasis o drogas de

diseño; alucinógenos; anfetaminas o *speed* y heroína. Además, también se ha preguntado sobre la frecuencia de consumo (alguna vez en tu vida, alguna vez en los últimos 12 meses y alguna vez en los últimos 30 días).

4.3.2.6. ESTILOS DE VIDA: HÁBITOS ALIMENTARIOS

La conducta alimentaria es uno de los aspectos que más influyen en la salud. Diversos estudios han remarcado la importancia y la elevada prevalencia de estilos alimentarios inadecuados en todos los grupos de edad. Por tanto, conocer la opinión acerca de la actitud adoptada frente a los hábitos alimentarios supone un factor básico a la hora de abordar estrategias que favorezcan un cambio de tendencia hacia una conducta alimentaria más saludable.

Identificar los alimentos ingeridos, la frecuencia con que se consumen y su aporte energético y nutricional, son parámetros imprescindibles para planificar programas de intervención cuyo fin sea mejorar el estado nutricional y de salud de la población.

Antes de proceder a evaluar los diferentes ítems que componen este apartado se ha valorado si el encuestado sigue alguna dieta o régimen especial, tanto para ganar o perder peso, como por alguna enfermedad o problema de salud. Lo que puede ser un factor clave a la hora de valorar el consumo de alimentos.

• Consumo de alimentos

La dieta se ha valorado utilizando el cuestionario semicuantitativo de frecuencia de consumo de alimentos del estudio PREDIMED, previamente validado en España (Fernandez-Ballart, et al., 2010; Martin-Moreno, et al., 1993).

Al cuestionario original se le han realizado algunas pequeñas modificaciones para mejorar su adaptación a los objetivos del estudio y reducir el tiempo de cumplimentación.

Para cada uno de los alimentos incluidos en el cuestionario se especifica un tamaño de la ración y se ofrece la posibilidad de elegir entre 9 posibles frecuencias de consumo de alimentos: “nunca”, “de 1 a 3 veces al mes”, “1 vez a la semana”, “de 2 a 4 veces a la semana”, “de 5 a 6 veces a la semana”, “1 vez al día”, “2 ó 3 veces al día”, “4 ó 5 veces al día” y “6 o más veces al día”.

Se trata de una lista cerrada de alimentos con la que se puede obtener información cualitativa, cuando tan sólo se indica la frecuencia en que se consume el alimento o bebida en cuestión y, información cuantitativa, ya que se incorpora la ración habitual de consumo de cada uno de los ítems de alimentos incluidos en la lista.

Este apartado nos ha permitido estimar el patrón de consumo alimentario de un individuo o grupo. Mediante el uso del cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos, podremos clasificar la población en categorías de consumo –bajo, medio, alto– tanto de frecuencia como de cantidades de alimento. Este tipo de cuestionarios ofrecen una buena aproximación a la dieta habitual del individuo.

• **Determinación de la calidad de la dieta**

Como se ha comentado en el apartado 1.2.1 sobre alimentación y dieta (capítulo 1), hoy en día se da gran importancia a la evaluación de la calidad de la dieta. Para ello, se han formulado diferentes tipos de índices que evalúan diversos aspectos nutricionales que se asocian a un mejor estado de salud como son, la adecuación en el consumo de alimentos o nutrientes, la diversidad dietética o bien el grado de similitud a un patrón alimentario saludable (dieta mediterránea).

En nuestro caso, hemos decidido aplicar tres índices que evalúan la calidad de la dieta desde tres perspectivas diferentes:

- 1) En primer lugar, un índice que evalúa el grado de similitud con las directrices dietéticas formuladas para la población española de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC, 2004). En este caso, si el número de raciones diarias de los alimentos contemplados en la pirámide alimentaria (cereales, frutas, verduras, aceite de oliva, lácteos, carnes magras, legumbres, frutos secos, pescados, huevos, carnes grasas y embutidos, grasas de adición diferentes al aceite de oliva, snacks, refrescos y dulces) era similar al recomendado, se obtenía puntuación. Por el contrario, si el consumo era superior o inferior según el caso, la puntuación era nula. El rango de puntuación global del índice puede oscilar entre 0 y 12 puntos. Se considera una buena adherencia a las directrices de la SENC cuando la puntuación obtenida por dicho índice era igual o superior a 6 puntos.
- 2) En segundo lugar, una versión modificada del índice de adherencia a la dieta mediterránea (tabla 20) del estudio PREDIMED (Henríquez Sánchez, et al., 2012). El rango de puntuación global del índice oscila entre 0 y 12 puntos que se obtienen según los criterios descritos en la tabla 21. Se considera una buena adherencia a la dieta mediterránea cuando se obtiene una puntuación igual o superior a 7.
- 3) Y finalmente, una versión modificada del *Mediterranean Diet Score* (MDS) (Trichopoulou, et al., 2003) para determinar el grado de adherencia a la dieta mediterránea según la población de estudio. Para ello, se analizó el consumo de 10 productos típicos / atípicos de la dieta mediterránea, tales como cereales, cereales integrales, legumbres, frutos secos, frutas, verduras, pescado, aceite de oliva. Si el consumo es superior a la mediana de la

muestra por sexos, se otorga 1 punto por alimento; sin embargo si el consumo es inferior a la mediana, la puntuación es 0; por otro lado, si el consumo de productos lácteos o cárnicos es superior a la mediana se puntúa 0, mientras que se obtiene 1 punto, si el consumo es inferior a la mediana por sexos. El rango de puntuación del índice oscila entre 0 y 10 puntos. Esta puntuación es una variación del MDS original adaptado a los hábitos alimentarios y necesidades nutricionales del grupo de población a estudio (Beunza, et al., 2010; Moreno-Gomez, et al., 2012). A nivel de análisis, el MDS se ha dividido en dos categorías: alta adherencia si el MDS ≥ 5 y, baja adherencia si el MDS <5).

Tabla 20. Cuestionario de Adherencia a la Dieta Mediterránea.

NºPregunta	Modo de valoración
1 ¿Usa usted el aceite de oliva principalmente para cocinar?	Sí = 1 punto
2 ¿Cuánto aceite de oliva consume total al día?	Dos o más cucharadas = 1 punto
3 ¿Cuántas raciones de verdura u hortalizas consume al día?	Dos o más al día = 1 punto
4 ¿Cuántas piezas de fruta consume al día?	Tres o más al día = 1 punto
5 ¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consume al día?	Menos de una al día = 1 punto
6 ¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consume al día?	Menos de una al día = 1 punto
7 ¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas...) consume al día?	Menos de una al día = 1 punto
8 ¿Cuántas raciones de legumbres consume a la semana?	Tres o más por semana = 1 punto
9 ¿Cuántas raciones de pescado o mariscos consume a la semana?	Tres o más por semana = 1 punto
10 ¿Cuántas veces consume repostería comercial (no casera) como galletas, flanes, dulces o pasteles a la semana?	Menos de tres por semana = 1 punto
11 ¿Cuántas veces consume frutos secos a la semana?	Una o más por semana = 1 punto
12 ¿Consume preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesa o salchichas?	Sí = 1 punto

• Hábitos alimentarios

Para evaluar los hábitos alimentarios, hemos construido una tabla de 7 ítems con formato de respuesta Likert de 5 puntos (“nunca”, “casi nunca”, “a veces”, “a menudo” y “siempre”). En los ítems de respuesta se han diferenciado diferentes comportamientos alimentarios como: el hábito de desayunar, de revisar las etiquetas de los alimentos, de picotear, de comer alimentos fritos o hervidos y de tener en cuenta el tamaño de la ración de comida.

También se han evaluado otros aspectos como el lugar dónde frecuentemente comen durante el período lectivo (bar - cafetería, domicilio habitual o universidad) y, en caso de prepararse la comida la frecuencia con que usan platos de comida precocinada.

Finalmente, se les ha preguntado por el número de comidas que suelen realizar al día (una, dos, tres, cuatro, cinco o más de cinco).

4.3.2.7. OTROS HÁBITOS, COMPORTAMIENTOS Y ESTILOS DE VIDA

• Conducta Sexual

En este apartado tratamos de medir la percepción que tiene la persona sobre su formación en temas de sexualidad así como su manera de vivir la sexualidad. También, investigar sobre los tipos de métodos anticonceptivos utilizados así como si han tenido que recurrir a la píldora postcoital o si padecen o han padecido alguna enfermedad de transmisión sexual (ETS).

El término “relaciones sexuales” puede aplicarse a conceptos diversos. En nuestro caso, cuando se habla de relaciones sexuales se consideran sólo aquellas en las que haya penetración vaginal, anal u oral del órgano masculino, con o sin orgasmo. Esta definición se ha adoptado porque unos de los objetivos es conocer el riesgo de ETS y/o de embarazo.

Debemos precisar también, que cuando en el cuestionario se habla de pareja, no implica la existencia de una relación afectiva, si no que entendemos por pareja, aquella persona con la que han tenido relaciones sexuales, una o más veces, con o sin compromiso.

Para evaluar el uso de los diferentes métodos anticonceptivos, hemos construido una tabla de 6 ítems con formato de respuesta Likert de 5 puntos (desde nunca hasta siempre). En los ítems de respuesta se ha diferenciado los métodos de prevención de ETS (preservativo o condón) de los de prevención de embarazo (píldora, parches, inyección anticonceptiva, DIU y cremas u óvulos espermicidas) y otros métodos, que tienen riesgo de embarazo y ETS (marcha atrás o coito interrumpido y los métodos naturales como Ogino o Billings).

Se considera una embarazo no deseado a la concepción que ni la pareja ni ninguno de los que la forman desea conscientemente en el momento del acto sexual.

Las enfermedades o infecciones de transmisión sexual (ITS) se definen como aquellas producidas por agentes infecciosos específico para las que el mecanismo de transmisión sexual tiene relevancia epidemiológica, aunque en algunas de ellas no sea el principal mecanismo de transmisión.

Consideramos clave la formación en temas de sexualidad, por lo que a través del cuestionario formulamos una pregunta genérica para que la persona autoevaluara la información fiable que había recibido sobre temas sexuales, ya sea en centros escolares, de planificación familiar y/o centros sanitarios, entre otros.

La autopercepción de la forma de vivir la sexualidad se obtiene a partir de la siguiente pregunta genérica: “¿Consideras que la manera de vivir tu sexualidad es...?”. Para su valoración se utiliza una escala Likert que va del 1 al 5 (1 definido como una manera de vivir la sexualidad nada satisfactoria y 5 como muy satisfactoria). A efectos de análisis, hemos considerado a los niveles de respuesta 1, 2 ó 3, como una manera de vivir la sexualidad no satisfactoria.

Finalmente, hemos considerado una conducta sexual de riesgo alto, a aquella persona, que ha padecido o padece alguna ETS y, que ha recurrido alguna vez a la píldora del día después o postcoital.

• Seguridad vial

Las lesiones por accidente de tráfico son una de las principales causas de mortalidad y de morbilidad en la población joven (WHO, 2004). Entendemos por medidas de seguridad vial, aquellas que van dirigidas a prevenir lesiones causadas por accidentes de tráfico.

En este apartado se pretende conocer la frecuencia en que los universitarios cometen infracciones de tráfico como no usar el casco, no usar el cinturón de seguridad, conducir hablando por teléfono, conducir bajo el efecto del alcohol y/o de otras drogas, respetar las señales de tráfico y superar el límite de velocidad. Dicha pregunta se mide con una escala Likert de 1 a 5 (Nunca; Casi nunca; A veces; A menudo; Siempre).

• Higiene dental

El cepillado dental es un medio mecánico de higiene buco-dental que permite eliminar la placa bacteriana. Existen distintos métodos de cepillado. Cualquier método utilizado debe efectuarse utilizando una pasta dentífrica que contenga flúor.

Se mide la frecuencia con la que se cepillan los dientes. Se han codificado 4 opciones o ítems de respuesta (Nunca o casi nunca; Varias veces a la semana, pero no cada día; Por lo menos una vez al día; Prácticamente después de cada comida).

4.3.2.8. UNIVERSIDAD Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

En este apartado se ha pretendido conocer la opinión de los estudiantes sobre el papel que creen que la universidad está desarrollando en temas de promoción de la salud, pero también sobre el grado de implicación que consideran que la universidad debería tener en la promoción de la salud de sus estudiantes. Para ello, se han formulado dos preguntas:

- 1) “En qué medida consideras 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 (dónde 1 era nada / nada importante y 5 mucho / muy importante).

4.3.2.9. SERVICIOS Y CAMPUS UNIVERSITARIO

En este apartado hemos incluido la valoración de dos servicios universitarios que creemos que son fundamentales para el fomento de unos estilos de vida saludable, como son el servicio de deportes y el servicio de cafeterías. Además, se han valorado de manera general diferentes aspectos que fomentan un entorno más saludable en el campus universitario.

Para evaluar dichos servicios se ha usado, en el caso del servicio de actividades deportivas una tabla de 4 ítems en la que se evaluaba la oferta de actividades, las instalaciones, el precio y el horario; para el servicio de cafeterías, una tabla de 6 ítems en la que se evaluaba la variedad de la oferta, la oferta de productos saludables, el precio, la calidad, la presentación y los horarios; y, finalmente para el fomento de un entorno más saludable, una tabla con 5 ítems en la que se evaluaba la opinión sobre un futuro un carril bici, la eliminación de la circulación de automóviles por el campus, el transporte público, las zonas verdes y la posibilidad de establecer un circuito saludable. El formato de respuesta ha consistido en una escala Likert de 5 puntos (“muy mal”, “mal”, “regular”, “bien” y “muy bien”).

4.3.3. ESTRUCTURA DEL CUESTIONARIO, TIPO DE ENCUESTA Y RECOGIDA DE DATOS

El cuestionario ESVISAUN es un cuestionario estructurado en el que a todos los participantes se les formulan las mismas preguntas, de la misma forma y en la misma secuencia, para obtener así la máxima fiabilidad en la información. Es autoadministrado o autocumplimentado, ya que son los propios estudiantes universitarios quienes responden al cuestionario, para poder así, asegurar y respetar escrupulosamente el anonimato de las respuestas.

En nuestro caso hemos utilizado a encuestadores entrenados que han sido los encargados de la distribución y recolección de los cuestionarios para que la duración del estudio fuese menor y pudiéramos reclutar a un mayor número de sujetos.

Como hemos comentado anteriormente, el entrevistador en este caso no medió en el contenido del cuestionario (formulación preguntas, problemas de entendimiento, registro, etc.) para no producir sesgos. Únicamente podían contestar a preguntas relacionadas con el formato, pero no con el contenido. Nuestra estrategia ha sido administrar los cuestionarios personalmente al grupo de individuos seleccionado, en horario escolar, ocupando aproximadamente el espacio de una hora de clase.

Las instrucciones dadas a los encuestadores indicaban, que tras la entrada en el aula y una vez repartidas las encuestas, junto con la hoja de información y el consentimiento informado a los participantes, leyesen la hoja de información, que consistía en una breve explicación del objetivo del trabajo y el tipo de colaboración que solicitábamos.

Los encuestadores ofrecieron al alumnado garantías totales en el anonimato de sus respuestas, no solo a través de la explicación realizada al comienzo y en el consentimiento informado, sino también con la introducción de los cuestionarios en un sobre, que posteriormente era sellado.

4.4. VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO

La elaboración y validación de un cuestionario sobre estilos de vida y salud es un proceso complejo y laborioso. El rigor metodológico utilizado en su desarrollo redundará en los resultados obtenidos y en la posterior aplicabilidad del cuestionario.

En general se pueden destacar las siguientes fases para la elaboración del cuestionario:

- Delimitar las dimensiones, factores o atributos del rasgo o variable que se quiere medir y el carácter genérico o específico del instrumento.
- Elaboración o identificación de los ítems o preguntas que definan las dimensiones o atributos, mediante la revisión de publicaciones sobre el concepto de interés e instrumentos de medida ya existentes. En esta fase, se ha intentado evitar la redacción de preguntas que puedan inducir a una respuesta sesgada y se han eliminado las preguntas conflictivas en la parte inicial del cuestionario.
- Selección de las opciones de respuesta a cada ítem. Para evitar el sesgo de conveniencia social se han facilitado en primer lugar las opciones menos convenientes, de modo

que sea más fácil seleccionarlas. Se ha intentado evitar la tendencia sistemática a dar siempre la misma respuesta.

- Análisis de la calidad de los ítems y selección de los más adecuados.
- Comprobación que el instrumento desarrollado resulta comprensible, fiable y válido y que el tiempo de cumplimentación empleado es adecuado.

4.4.1. VALIDACIÓN DE EXPERTOS MEDIANTE TÉCNICA DELPHI

4.4.1.1. CONCEPTO DEL MÉTODO DELPHI

El método Delphi es una técnica desarrollada por la *RAND Corporation* en los años 50 para facilitar el acuerdo entre expertos, habitualmente con finalidades prospectivas. Está expresamente diseñado para resolver los problemas que se derivan de las situaciones en las que es preciso combinar opiniones individuales para llegar a una decisión de grupo (Helmer & Rescher, 1958).

La validación de expertos mediante la técnica Delphi es un procedimiento eficaz y sistemático, que tiene como objeto la recopilación de opiniones de un grupo de expertos (panelistas) sobre un tema particular, con el fin de incorporar dichos juicios en la configuración de un cuestionario y conseguir un consenso a través de la convergencia de las opiniones de expertos diseminados geográficamente (Landeta, 1999; Ludwig, 1997).

Se trata de una técnica de consulta a una muestra –no probabilística– de personas con un buen nivel de conocimientos sobre el tema objeto de análisis. La utilización del método Delphi como instrumento de validación de cuestionarios ha sido ampliamente utilizado en numerosos estudios y ámbitos de conocimientos (Blasco, López, & Mengual, 2010; Hung, Altschuld, & Lee, 2008; Y. Lee, 2009).

El método Delphi, por tanto, es un método sistemático e iterativo encaminado hacia la obtención de las opiniones, y si es posible del consenso, de un grupo de expertos.

4.4.1.2. CARACTERÍSTICAS DEL MÉTODO DELPHI

Las principales características que definen y configuran el método Delphi como una técnica grupal relevante y con aplicaciones propias son (Cruz, 2006; Goodman, 1987; Hasson, Keeney, & McKenna, 2000; Perez, 2000; Powell, 2003):

a) Garantizar la confidencialidad en las opiniones de cada uno de los integrantes: Esta característica implica que ningún miembro del grupo de expertos conozca las respuestas particulares del resto de participantes.

En nuestro caso, aplicando un sentido más estricto de esta norma, los diferentes expertos tampoco conocían quienes eran los otros expertos componentes del grupo. Esta finalidad tiene como objetivo reducir el efecto negativo que pueden ejercer algunos elementos dominantes del grupo para la comunicación efectiva.

b) Iteratividad: Los expertos que toman parte de un proceso Delphi tienen que emitir su opinión en más de una ocasión. La iteración entre los participantes provoca que los participantes a través de sucesivas rondas acostumbran a converger, por lo que el proceso finaliza en el momento en el que las opiniones se estabilizan. Las limitaciones temporales, presupuestarias y las dificultades de mantener el compromiso de los expertos raramente hacen que se llegue a una tercera ronda (Landeta, 1999).

c) Retroacción o feedback controlado: Antes de comenzar cada nueva ronda, los expertos conocen la posición general del grupo frente al problema analizado. La filtración o control de la comunicación entre los expertos por parte del coordinador tiene como finalidad evitar la aparición de “ruidos”, como información no relevante, redundante, e incluso errónea. Además garantiza la utilización de un lenguaje común y comprensible para todos, y desvincula las aportaciones de quien originariamente las realizó.

d) La respuesta del grupo: Las técnicas de consenso permiten obtener estimadores cuantitativos a partir de estrategias cualitativas, determinando el grado de acuerdo existente entre los participantes. Para evaluar el consenso entre los expertos utilizaremos la técnica estadística “Q de Cochran”, que nos permite calcular el coeficiente de concordancia, es decir, si hay acuerdo o no entre los diferentes jueces que conforman el panel de expertos.

e) La experiencia de los componentes del grupo: Para poder determinar el grupo de expertos que participaron en nuestro estudio se han establecido unos criterios de selección. Estos han sido principalmente el conocimiento o experiencia en metodología de la investigación para la validación de cuestionarios y/o conocimiento o experiencia en estilos de vida saludable, factores o conductas de riesgo, determinantes de la salud y promoción de la salud.

4.4.1.3. METODOLOGÍA DEL PANEL DE EXPERTOS (DELPHI)

Siguiendo los criterios de aplicación del Método Delphi (Blasco, et al., 2010; Hasson, et al., 2000; Y. Lee, 2009; Oñate, Ramos, & Díaz, 1998), suelen distinguirse tres etapas o fases fundamentales para la secuencia metodológica: fase preliminar, fase exploratoria y fase final.

En la fase preliminar se conforma el grupo coordinador cuya función principal es estudiar y aprobar el protocolo de trabajo, seleccionar el grupo de expertos, interpretar los resultados parciales y finales de la investigación y supervisar la marcha correcta de la investigación pudiendo realizar ajustes y correcciones.

En la fase exploratoria el grupo coordinador somete a análisis y discusión la primera versión del cuestionario. Una vez que se ha obtenido una versión del cuestionario consensuada, éste se somete en una segunda ronda, a la validación por el grupo de expertos seleccionados por el grupo coordinador con la intención de recabar los criterios cuantitativos y cualitativos más estables.

Y, en la fase final, se sintetizan los resultados de todo el proceso de validación mediante la consulta iterativa a los expertos con la versión definitiva del cuestionario para su posterior aplicación en el proceso de investigación.

4.4.2 PRUEBA PILOTO

Esta prueba consiste en evaluar el instrumento con personas de características semejantes a la muestra objeto de investigación. Se ha sometido a dicha prueba no sólo el instrumento de medición, sino también las condiciones de aplicación y los procedimientos involucrados.

Para ello, se planteó la cumplimentación del cuestionario a un grupo de unos 30 alumnos para valorar si la presentación, el diseño y el lenguaje utilizado eran correctos y comprensibles; si la redacción y extensión de las preguntas era la adecuada; si era correcta la categorización de las respuestas; si existían resistencias psicológicas o rechazo hacia algunas preguntas; y si el ordenamiento interno era lógico; y finalmente, si la duración estaba dentro de lo aceptable por los encuestados.

4.4.3 ESTUDIOS DE VALIDACIÓN

Antes de utilizar el instrumento de medida elaborado se debe comprobar que éste tenga las propiedades de validez y fiabilidad.

a) Validez:

La validez de un cuestionario se refiere a la capacidad de un cuestionario para medir aquello para lo que ha sido diseñado. Por tanto, diremos que un cuestionario es válido si sirve para medir adecuadamente aquello para lo que fue pensado como instrumento de medida.

La validez es un concepto del cual pueden tenerse diferentes tipos de evidencia: evidencia relacionada con el contenido, evidencia relacionada con el criterio y evidencia relacio-

nada con el constructo (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado, & Baptista-Lucio, 2006; W. Wiersma & Jurs, 2005).

- **Validez de contenido:** hace referencia a la capacidad de un instrumento de cubrir todas las dimensiones o áreas importantes que se quiere medir. Un instrumento de medición requiere tener representados prácticamente a todos o a la mayoría de los componentes del dominio de contenido de las variables a medir. En nuestro caso, dicho dominio es definido o establecido por:

1) En primer lugar, por la revisión de la bibliografía (estudios y/o encuestas realizados por organismos nacionales o internacionales y documentos de consenso para la elaboración de encuestas de salud). Para la revisión de la literatura se han utilizado los siguientes criterios: objetividad, alcance, exactitud, autoridad (entendida como autores y publicaciones líderes en el campo que estamos estudiando), cobertura (de ámbito mundial, aunque principalmente nos hemos centrado en el ámbito Europeo) y vigencia y relevancia en torno al tema que estamos investigando. Este paso puede seguirse de forma detallada en el apartado 4.3 de la presente tesis sobre diseño del cuestionario.

2) En segundo lugar, por una valoración cualitativa de investigadores y expertos a través de un panel Delphi en el que éstos deben juzgar la capacidad del cuestionario para evaluar las dimensiones que deseamos medir. En el apartado 5.1 puede seguirse de forma detallada el proceso de validación de expertos mediante técnica Delphi.

3) En tercer lugar, por una revisión crítica de los ítems, en la que se eliminaron todos los ítems con una tasa de respuesta muy baja (eliminados < 5%), ítems de varianza 0 o muy reducida y los ítems en el marco de las escalas de referencia.

4) Y, en cuarto lugar, por un análisis factorial, que explora las respuestas a las preguntas del cuestionario, intentando agruparlas en función de factores, lo que nos permitirá comprobar los constructos subyacentes. En el apartado 5.3 puede seguirse de forma detallada la revisión crítica de los ítems y el análisis factorial.

- **Validez de criterio:** se refiere a la capacidad de un instrumento de medida para obtener los mismos resultados que la medida considerada como patrón de referencia o *gold standard*. Si hay validez de criterio, las puntuaciones obtenidas por ciertos individuos en un instrumento deben estar correlacionadas y predecir las puntuaciones de estas mismas personas logradas en otro criterio (Bostwick & Kyte, 2005). Por lo que el principio de validez de criterio es sencillo, si diferentes instrumentos o criterios miden el mismo concepto o variable, deben arrojar resultados similares (Hernández-Sampieri, et al., 2006).

Cuando la escala de medida es cualitativa, los índices que se utilizan para evaluar la validez de criterio son la sensibilidad y la especificidad. Cuando se trata de una escala cuantitativa, se utiliza habitualmente el coeficiente de correlación intraclass. A veces resulta imposible evaluar la validez de criterio ya que no existe un criterio de referencia adecuado. En estos casos, el procedimiento más empleado es evaluar la validez de constructo (Martín Arribas, 2004).

- **Validez de constructo o concepto:** es probablemente la más importante, sobre todo desde una perspectiva científica, y se refiere a qué tan exitosamente un instrumento representa y mide un concepto teórico (Bostwick & Kyte, 2005). Las mediciones realizadas con un instrumento que trata de medir un constructo, deben satisfacer las hipótesis existentes sobre la relación entre constructo y las variables que se relacionan con aquél. Tenemos mayor confianza en la validez de constructo de una medición cuando sus resultados se correlacionan significativamente con un mayor número de mediciones de variables que, en teoría y de acuerdo con estudios antecedentes, están relacionadas (Hernández-Sampieri, et al., 2006).

Puede ser calculada por diversos métodos, pero los más frecuentes son el análisis factorial y la matriz multirrasgo-multimétodo. El análisis factorial permite conocer la relación entre atributos o variables que miden un constructo, así como determinar cual es la mejor manera de reorganizar los ítems. Y la matriz multirrasgo-multimétodo trata de comprobar empíricamente si se cumplen las hipótesis establecidas, si la relación entre los diferentes instrumentos es coherente con lo establecido a partir del conocimiento teórico.

b) Fiabilidad:

La fiabilidad es sinónimo de precisión, reproductibilidad, estabilidad, concordancia, consistencia u homogeneidad, y se refiere al grado en que pueden reproducirse los resultados obtenidos por un procedimiento de medición en momentos diferentes.

Básicamente hay dos formas de analizar la fiabilidad de un cuestionario. Tenemos, la fiabilidad interna o consistencia interna y la fiabilidad de la repetición, también denominada test-retest o reproductibilidad.

- **Fiabilidad interna o consistencia interna:** mide la homogeneidad de un cuestionario y la interdependencia de los ítems. La técnica estadística para su análisis es el alfa de Cronbach. Sus valores oscilan entre 0 y 1. Se considera que existe una buena consistencia interna cuando el valor de alfa es superior a 0,7. El alfa de Cronbach nos permite conocer:
 - Si las preguntas están midiendo un mismo fenómeno.
 - Si con una de las preguntas basta para medir el fenómeno, pues las demás están dando información redundante.

Por ello, se debe buscar un punto de correlación preciso que nos indique que las preguntas están midiendo dominios diferentes del mismo fenómeno.

Pueden calcularse diferentes valores del alfa de Cronbach excluyendo determinados ítems del cuestionario, de forma que puede evaluarse si la supresión de determinadas preguntas mejora la fiabilidad. De todas formas, antes de decidir eliminar algún ítem, debe evaluarse si ello afectaría a la validez del cuestionario, ya que podría ser preferible mantener éste, aún a costa de una consistencia menor.

- **Fiabilidad test-retest o reproductibilidad:** consiste en estudiar si un cuestionario proporciona resultados similares cuando se administra en dos ocasiones separadas por un intervalo de tiempo, es decir, si las condiciones de medición y el concepto medido no cambian con el tiempo. Este tipo de fiabilidad se debe utilizar siempre cuando el cuestionario es autoadministrado y no hay observadores de la medida. La comparación entre los dos cuestionarios se realiza a través del cálculo de la correlación entre ambas observaciones mediante el coeficiente de correlación de Pearson (en caso de distribución normal), o el de Spearman (para distribuciones no normales), o mediante el Coeficiente de Correlación Intraclase estimado a partir del análisis de la varianza (ANOVA).

4.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Una vez finalizado el trabajo de campo se ha procedido a la introducción (mediante lector óptico), depuración y preparación de los datos obtenidos, para así poder realizar el análisis estadístico.

Para el análisis estadístico se ha utilizado una base de datos y los programas estadísticos IBM SPSS Statistics 19 (SPSS/IBM, Chicago, IL, USA) y STATA 11 (StataCorp LP, Texas, USA). En todos los casos el nivel de significación se ha situado en 0,05.

4.5.1. VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO

La validación del cuestionario ESVISAUN se ha realizado en dos fases. En una primera fase, para comprobar la validez de contenido se ha realizado una revisión bibliográfica de los principales estudios sobre estilos de vida y salud en estudiantes universitarios, así como de las encuestas de salud realizadas tanto por organismos nacionales como internacionales. En la primera fase, también se ha realizado un análisis cualitativo, basado en la consulta de jueces expertos, mediante un panel Delphi.

En una segunda fase, se ha sometido a los ítems del cuestionario ESVISAUN a un análisis descriptivo exploratorio (tendencia central, dispersión, asimetría y apuntamiento) y a pruebas de normalidad uni y multivariante. Para estudiar el modelo de medida y la validez de constructo,

se han contrastado diversos modelos de estructura mediante análisis factorial exploratorio (AFE). Para la estimación de modelos AFE se ha comprobado previamente el test de esfericidad de Bartlett y el índice Kaiser-Mayer-Olkin (KMO), así como el criterio de Kaiser para la extracción de factores. Se ha aplicado el método Varimax de rotación ortogonal de la matriz factorial inicial y se ha realizado también un análisis cluster a partir de los factores del AFE.

Para el análisis de fiabilidad de las variables se ha utilizado el coeficiente alfa de Cronbach, comprobando la consistencia interna de los ítems que informaban de las variables preparadas como escalas. La fiabilidad de cada una de dichas escalas del cuestionario ESVISAUN ha sido también evaluada analizando su estabilidad temporal, mediante el procedimiento de test-retest (coeficiente de correlación de Spearman). La fiabilidad, finalmente, se ha comprobado mediante el análisis de Split-half.

4.5.2. ANÁLISIS Y DIAGNÓSTICO DE LOS ESTILOS DE VIDA

Se ha realizado un análisis descriptivo de las variables categóricas, calculando la frecuencia y distribución de respuestas de cada una de ellas. Para las variables cuantitativas, se calcularon la media y la desviación estándar cuando seguía una distribución normal, y la mediana y el rango intercuartílico (percentiles 25 y 75) cuando no tenían una distribución normal. Además, algunas variables cuantitativas fueron categorizadas para completar una parte de los análisis, sin perder la información numérica original.

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), la t de Student para muestras independientes (para la comparación de medias), o bien, las pruebas no paramétricas de U de Mann-Whitney, Willcoxon y H de Kruskal-Wallis, según procediera.

Para analizar la tendencia a la conglomeración de los estilos de vida, así como para establecer las variables asociadas a los factores de riesgo más significativos (práctica de ejercicio físico y calidad de la dieta) se utilizaron técnicas multivariantes.

Se ajustaron dos modelos de regresión logística múltiple en el que las variables dependientes fueron respectivamente la realización de ejercicio físico de forma habitual y la adherencia a la dieta mediterránea. En el primer caso, se consideraron las siguientes variables independientes: sexo, edad, IMC, clase social, adherencia a la dieta mediterránea (MDS), ejercicio físico en progenitores, horas al día ante el ordenador, tiempo de estudio, consumo de tabaco, consumo de alcohol y consumo de drogas. En el segundo caso, se consideraron como variables independientes, las siguientes: sexo, edad, IMC, clase social, realización de ejercicio físico de forma habitual, desayunar todos los días de la semana, número de comidas al día, consumo de tabaco, consumo de alcohol y consumo de drogas.

Para seleccionar las variables que entrarían finalmente en el modelo se realizó un análisis univariado para determinar que variables estaban asociadas con el ejercicio físico. Se seleccionaron para ser introducidas en el modelo todas aquellas que se consideraron relevantes (edad, sexo, clase social, IMC...) y aquellas con un nivel de significación $p < 0,25$.

Se ajustó un modelo de regresión logística múltiple con la totalidad de variables seleccionadas y se fueron extrayendo una a una, según el nivel de significación en el modelo (antes las de un valor p elevado). Se ajustó progresivamente un modelo más reducido y se comparó con el modelo anterior mediante el estadístico G que compara la verosimilitud de 2 modelos.

Posteriormente se evaluaron las posibles interacciones y su significación estadística. También se analizó la posible colinealidad y, finalmente para evaluar la bondad de ajuste del modelo se utilizó el estadístico C de Hosmer-Lemeshow (Hosmer & Lemeshow, 2000; Lemeshow & Hosmer, 1982) y el área bajo la curva ROC.

Uno de los problemas que se ha planteado, a lo largo de la investigación, es el de la posibilidad de identificar en el conjunto del alumnado universitario diferentes grupos de sujetos, en relación a la situación y hábitos de salud. Para responder a dicho problema de investigación se ha seleccionado la metodología del análisis de cluster.

En este tipo de análisis se trabaja con los valores de p variables significativas, para la muestra de sujetos, y el objetivo es agruparlos en K grupos ($K < N$), de tal manera que los individuos que pertenecen a un grupo se parezcan lo más posible entre sí con respecto a esas variables significativas, y a su vez difieran lo máximo posible de los individuos de otros grupos. Este planteamiento parte de una hipótesis previa de diferencia de grupos. Se espera comprobar la diferenciación entre los grupos a partir de las variables seleccionadas tratadas conjuntamente.

Existen diferentes procedimientos para construir los grupos, y diferentes formas de determinar cómo se mide la similitud y la diferencia entre los mismos. Para ello se introduce el concepto de distancia entre los valores de las variables, que a su vez también viene determinado por el tipo de variables que se analizan, ya sean éstas cuantitativas como por ejemplo el consumo de alcohol o cualitativas ordinales.

Los análisis de cluster se pueden realizar mediante los procedimientos de análisis de cluster jerárquicos o de K -medias. Cada uno de estos procedimientos emplea un algoritmo distinto en la creación de agrupaciones de sujetos y contiene opciones que no están disponibles en los otros. En esta investigación se ha decidido utilizar el procedimiento K -medias dado que, como confirmaron Hair et al. (1998) los procedimientos jerárquicos tienen el inconveniente

de ser muy inestables y poco fiables en muestras de más de 200 casos. Otra crítica aplicada a los métodos jerárquicos es la dificultad para decidir cuántos grupos hay que seleccionar tras el análisis (Martínez Ramos, 1984). Los métodos no jerárquicos son los que mejor se adaptan a los estudios que emplean muestras de más 200 casos y más de cinco variables.

El análisis de cluster, basados en K-medias, permiten formar grupos uniformes bajo la premisa de maximizar la varianza inter-grupos y minimizar la varianza dentro del grupo (intragrupo). La solución aportada está menos influida por la presencia de casos atípicos, por la medida de distancia utilizada y por la inclusión de variables irrelevantes (Hair, et al., 1998).

Las distancias se calculan utilizando la distancia euclídea simple. El escalamiento de variables es un criterio fundamental, por eso, dado que las variables consideradas utilizan diferentes escalas (por ejemplo, unas variables se expresa en unidades y decenas y otras en centenas y millares) y los resultados podrían ser equívocos, se ha decidido realizar una tipificación o estandarización de las variables antes de realizar el análisis de cluster.

Finalmente, destacar que actualmente el análisis de cluster se utiliza con cierta frecuencia en epidemiología, en especial en estudios territoriales de riesgos y de distribución de enfermedades.

4.6. RIGOR METODOLÓGICO Y LÍMITES DEL ESTUDIO

La principal limitación de nuestro estudio fue el uso de datos auto-referidos, al utilizar como instrumentos de recogida de datos un cuestionario auto-cumplimentado. Por ejemplo, en el caso de variables como el peso y la talla, existe una tendencia de los participantes a infraestimar su peso y sobrestimar su estatura. Por lo que se podría pensar que esta limitación pudiera tener repercusión en nuestros resultados infraestimando medidas de asociación, sin embargo, estudios previos con cuestionarios similares constatan la validez de los datos auto-referidos (Bes-Rastrollo, et al., 2005).

También, debemos tener en cuenta que en un estudio epidemiológico los participantes pueden dejarse llevar en algunos casos en sus respuestas por la deseabilidad social. Sin embargo, pocas bases de datos tienen información tan diversa y detallada sobre los estilos de vida como en nuestro caso.

En la realización de este estudio se debe tener en cuenta que la muestra se tomó entre los alumnos que asistieron a clase en un día concreto y, tal vez, es posible que exista alguna reducida relación entre el absentismo y el incremento de algunos factores de riesgo, como el consumo de tabaco, alcohol, drogas, etc. De esta forma se vería infravalorada la prevalencia de dichos factores de riesgo.

Por otro lado, aunque el cuestionario de ejercicio físico (Craig, et al., 2003; Hallal & Victora, 2004; Pekka, 2003) y el de frecuencia de consumo de alimentos (Fernandez-Ballart, et al., 2010; Martin-Moreno, et al., 1993) empleados han sido previamente validados, pueden presentar cierto error de medida. Este problema es inherente a la evaluación del ejercicio físico o la ingesta dietética, ya que estas variables, son de las más difíciles de medir en epidemiología, porque los individuos pueden cambiar su actividad física y su dieta de un día para otro y, aun más, en momentos diferentes del año académico. Debido a este hecho, reconocemos que es posible que se haya podido introducir un sesgo de mala clasificación en la exposición. De haberse presentado, dicho sesgo daría como resultado una atenuación de nuestras medidas de asociación.

Otra limitación, es que los análisis de cluster mejoran con posteriores y numerosos análisis de consistencia y significación. Ya que dichos análisis solo se podrán realizar en próximos cursos, tal vez se pueda dar un error tipo I (Wastell & Gray, 1987). Sin embargo, el análisis de cluster no se toma como base de una clasificación diagnóstica ni se pretende fundamentar una baremación de las puntuaciones de los diversos grupos; solo se interpreta como una aproximación a los tipos básicos presentes en la población estudiada. En ese sentido, la cautelas permiten aceptar los resultados del análisis de cluster como un primera propuesta de tipología.

Aunque los participantes en este trabajo son universitarios de los diferentes estudios pertenecientes a todas las ramas de conocimiento, no puede considerarse que la muestra sea representativa de la población universitaria española, ya que está formada por personas que han ingresado en la universidad y han iniciado estudios universitarios que no representa completamente todas las opciones presentes al Estado, por ejemplo, faltan entre otros, los estudios de medicina o de arquitectura.

Además, aunque un nivel educativo similar no implica unos ingresos similares, se ha comprobado que el nivel educativo influye mucho en el nivel socioeconómico (Irala-Estevez, et al., 2000). Los estudios que han tenido en cuenta la ocupación, los ingresos, el empleo y el nivel educativo han demostrado que la educación es el determinante más importante de las diferencias socioeconómicas en hábitos alimentarios y estilos de vida (Roos, Prattala, Lahelma, Kleemola, & Pietinen, 1996).

Debemos tener en cuenta que en la parte de validación del cuestionario, a pesar de haberse comprobado las propiedades de validez y de fiabilidad, no se ha realizado ningún análisis factorial confirmatorio.

Y, finalmente, dado que es un estudio observacional de tipo transversal no podemos establecer una relación de causalidad.

4.7. CONSIDERACIONES Y/O ASPECTOS ÉTICOS

En todo momento el equipo investigador se ha comprometido a respetar los principios éticos de la investigación en ciencias de la salud establecidos a nivel nacional e internacional (Declaración de Helsinki), poniendo especial atención en el anonimato de los participantes y en la confidencialidad de los datos recogidos.

Este proyecto tiene la conformidad de Comité Ético y de Investigación de les Illes Balears (CEI-IB). La participación en el estudio ha sido voluntaria de forma que los participantes consintieron, de forma oral y escrita, participar en el estudio después de haber recibido información suficiente sobre la naturaleza del mismo. Para ello, se les entregó una hoja de Consentimiento Informado así como una Hoja de Información (anexo 5), explicando en que consistía dicho estudio.

Los datos recogidos para el estudio están identificados mediante un código y solo el responsable del estudio puede relacionar dichos datos con los participantes. La identidad de los participantes no ha sido revelada en ningún informe de este estudio. Los investigadores no han difundido ni difundirán información alguna que pueda identificarles. En cualquier caso el equipo investigador se ha comprometido a cumplir estrictamente la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, garantizando al participante en este estudio que podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos recogidos ante el investigador principal.

4.8. DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Esta tesis se ha presentado en el formato tradicional, pero está prevista la difusión de sus resultados mediante la publicación de dos artículos en revistas internacionales de impacto como son *BMC Public Health* (Factor de Impacto de 2,36 según el JCR) y *Preventive Medicine* (Factor de Impacto de 3,29 según el JCR).

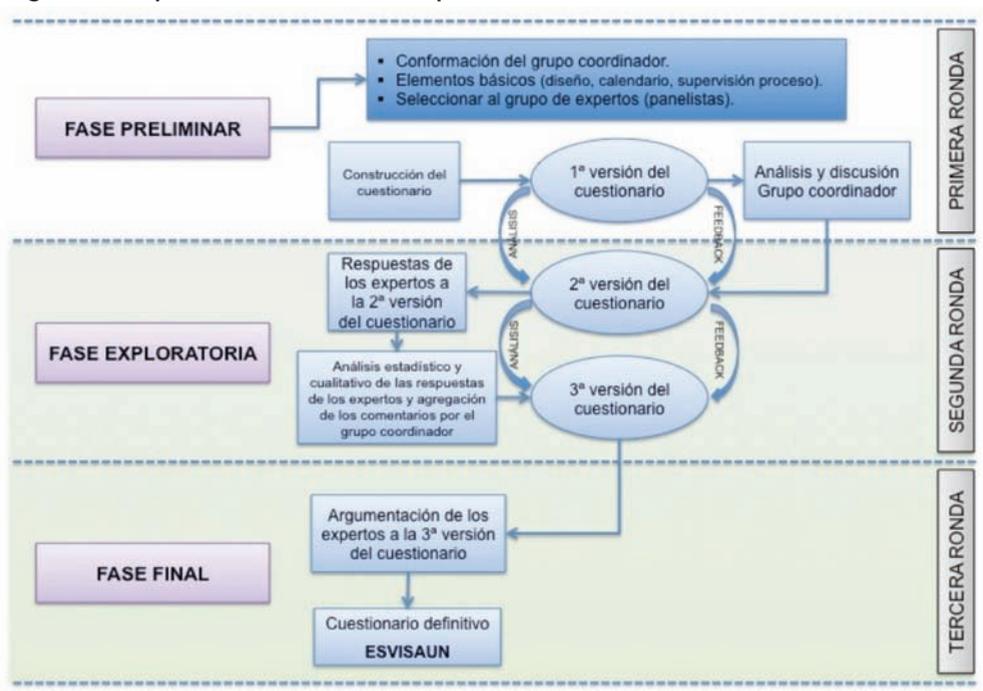
Asimismo, se ha presentado una comunicación en el V Congreso Internacional y I Congreso Nacional de Universidades Promotoras de la Salud, celebrado en Costa Rica en octubre de 2011 titulada “Validación del cuestionario estilos de vida y salud en estudiantes universitarios (ESVISAUN)” (anexo 14).

5 RESULTADOS

5.1. VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO ESVISAUN: PANEL DE EXPERTOS (DELPHI)

Tal y como hemos descrito en el apartado de metodología, siguiendo los criterios de aplicación del Método Delphi (Blasco, et al., 2010; Hasson, et al., 2000; Y. Lee, 2009; Oñate, et al., 1998), suelen distinguirse tres etapas o fases fundamentales para la secuencia metodológica: fase preliminar, fase exploratoria y fase final (figura 28).

Figura 28. Etapas o fases del método Delphi.



a) Fase preliminar:

En esta primera fase, se han conformado los dos grupos encargados de validar el instrumento diseñado, el grupo coordinador y el grupo de expertos o panelistas. La mayoría de estudios recomiendan que el grupo coordinador esté formado entre 2 y 5 miembros, preferiblemente por un número impar. En nuestro caso, ha estado formado por 5 miembros provenientes del Grupo de Investigación EVES “Evidencia, Estilos de Vida y Salud” del Instituto Universitario de Investigación en Ciencias de la Salud (IUNICS) de la UIB, de los cuales, uno era el doctorando y el resto eran doctores de las áreas de conocimiento de medicina, enfermería, sociología y antropología. Todos ellos, cumplían las siguientes características: buen conocimiento

del método Delphi, ser investigadores académicos con relación al tema a estudiar y tener gran facilidad de intercomunicación al trabajar conjuntamente con otros estudios.

La función principal del grupo coordinador ha sido estudiar y aprobar el protocolo de trabajo, lo cual implica asumir la responsabilidad de (Pashiardis, 1993):

- Seleccionar al grupo de expertos (panelistas) y conseguir su compromiso de participación. Para ello, el primer paso fue establecer como criterio fundamental de selección la competencia de los candidatos en el área de conocimiento en que se inserta la investigación, sobre la base de: experiencia en el campo, cantidad de investigaciones afines en que han participado, número de publicaciones sobre la materia analizada (especialmente de impacto) y formación académica y/o científica.

Respecto al número de expertos que deben configurar el panel no existe una norma generalizada para determinar cuál es el número exacto óptimo de expertos. Según la bibliografía revisada, los grupos de expertos normalmente constan entre 7 y 15 miembros. Los investigadores de la Rand Corporation, indicaban que era necesario un mínimo de 7 expertos (el error disminuía exponencialmente por cada experto añadido hasta integrar estos 7 elementos) y que más de 30 no era aconsejable (Landeta, 1999). En nuestro caso, se identificaron 15 posibles candidatos de los cuales se descartaron 6 por falta de disposición a participar o por no responder en los plazos marcados. Finalmente, el grupo de expertos ha estado formado por 9 participantes voluntarios que aceptaron la invitación a tomar parte en la consulta (tabla 21). La consulta fue realizada ha sido mediante el envío de los cuestionarios por correo electrónico.

- Y, analizar el calendario de trabajo, definir los medios a utilizar, y diseñar el informe; supervisar el proceso de investigación, pudiendo realizar ajustes y correcciones; e interpretar los resultados parciales y finales de la investigación así como, diseñar el informe final.

Tabla 21. Grupo de Expertos que participaron en la técnica Delphi.

Experto	Lugar de trabajo	Calificación profesional y categoría	Años de experiencia
1	Unidad de Soporte Metodológico de la Fundación de Investigación Sanitaria de les Illes Balears.	Doctora en Medicina. Master of Science in Clinical Epidemiology. Diplomada Superior en Metodología de la Investigación.	14
2	Profesora Titular de Medicina Preventiva y Salud Pública en la Facultad de Ciencias de la Salud y Vicerrectora de la Universidad Rey Juan Carlos. Coordinadora de la Red Española de Universidades Saludables. Vicepresidenta de la Asociación de Educación para la Salud (ADEPS).	Doctora en Epidemiología y Salud Pública.	20

Experto	Lugar de trabajo	Calificación profesional y categoría	Años de experiencia
3	Profesor Contratado Doctor de la Universidad de Málaga y profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Director de la Cátedra de Investigación en Cuidados de Salud.	Doctor en economía de la salud. Especialista en Salud Pública.	24
4	Profesora Titular en el Departamento de Enfermería de la Universitat de Girona. Directora de la Cátedra de Promoción de la Salud. Miembro constituyente de la Red Española de Universidades Saludables. Directora de la Cátedra de Promoción de la Salud de la Universitat de Girona.	Doctora. Máster en Promoción de la Salud.	30
5	Profesora Titular de Universidad en el Departamento de Enfermería de la Universidad Pública de Navarra. Miembro del Grupo de Investigación en Epidemiología de la UPN.	Doctora en Ciencias de la Salud.	25
6	Responsable de la Oficina del Plan de Salud de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Salud y Consumo del Govern de les Illes Balears.	Doctora en Medicina y Cirugía. Especialista en Salud Pública y Medicina Preventiva. Coordinadora de la Estrategia de Alimentación Saludable y Vida Activa.	25
7	Investigadora del Departamento de Epidemiología y Bioestadística de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina del Imperial College London (UK).	Doctora en Nutrición Humana. Máster en Salud Pública y Nutrición.	8
8	Epidemióloga en el Hospital Fundación de Alcorcón. Profesora Asociada en la Universidad Rey Juan Carlos (Madrid).	Doctora en Medicina Preventiva y Salud Pública. Máster en Salud Pública y Diplomada superior en Metodología de la Investigación y en Promoción de la Salud.	14
9	Jefa del Área de Promoción de la Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad del Gobierno de España. Miembro del Cuadro de Expertos de la OMS en promoción de la salud.	Doctora en Medicina Preventiva y Salud Pública. Máster en Epidemiología.	30

b) Fase exploratoria:

En ella, el grupo coordinador ha sometido a análisis y discusión la primera versión del cuestionario Estilos de Vida y Salud en Estudiantes Universitarios (ESVISAUN) (anexo 6). Se han realizado las siguientes correcciones y ajustes a partir de los criterios cualitativos que obtuvieron mayor consenso (primera ronda de análisis) (ver tabla 22):

Tabla 22. Principales correcciones y ajustes de la primera versión del cuestionario ESVISAUN por parte del grupo coordinador.

Ítem/s	Correcciones y ajustes efectuados
	Eliminar 2 columnas del recuadro para el número del cuestionario.
5	Colocar primero el recuadro para marcar la opción antes de la categoría de respuesta.
7	Añadir puntos suspensivos para que se pueda especificar el lugar.
9	Cambiar país por lugar.
11 y 12	Cambiar la opción "0" por "ninguno".
14	Añadir la categoría de respuesta "residencia universitaria".
15	Cambiar opción de respuesta "vivo solo" por "ninguna".
17	Cambiar enunciado de la pregunta por "En caso de trabajar, ¿cuántas horas trabajas a la semana?".
18	Cambiar enunciado de la pregunta por "Cuál es la ocupación que desempeñáis en la actualidad tú o tus padres o la última que habéis desempeñado?".
20 y 22	Modificar el orden de las preguntas, de tal forma que la 22 se incorpore en el cuestionario antes que la 20.
20 y 21	Añadir el símbolo de la moneda "euros" después de cada una de las opciones de respuesta.
21	Añadir dos opciones de respuesta más ("De 61 a 70" y "Más de 70").
24 y 25	Aumentar el espacio entre las categorías de respuesta.
23, 26, 27 y 29	Centrar en el texto las categorías de respuesta.
27	Añadir "ocasionalmente" como nueva opción de respuesta.
37	Añadir "No realiza" como nueva opción de respuesta.
38	Añadir "Nunca" como opción de respuesta.
40	Cambiar la aclaración que aparece a continuación de la pregunta por "Indica el número de días y el tiempo medio". Añadir también como opción de respuesta "otros".
43	Modificar enunciado de la pregunta y sustituir por "Por término medio, ¿cuánto tiempo dedicaste a las siguientes actividades en el último año?".
49	Cambiar la última opción de respuesta por "Si, pero ya no fumo".
50	Eliminar tabla y cambiar enunciado por "En caso de ser fumador/a o exfumador/a, indica el número aproximado de cigarrillos fumados al día".
51	Dividir la opción de respuesta "< 1 año" en dos opciones, "< 6 meses" y "6-11 meses".

Ítem/s	Correcciones y ajustes efectuados
55	Cambiar la opción de respuesta “ansiedad” por “motivo social”. Añadir también como opción de respuesta “otros”.
58	Eliminar sombras grises de las categorías de respuesta.
53-63	Sombrear todos los ítems de respuesta de las preguntas 53-63 de color magenta.
65	Sustituir del enunciado “Has testado...” por “Has estado...”.
66	Eliminar este ítem.
67	Cambiar el redactado de los ítems de respuesta de forma que se sustituya las letras por números. Por ejemplo, “Dos o cuatro veces al mes” por “2 o 4 veces al mes”.
76	Especificar en los ítems de respuesta la cantidad de comida. Modificar la opción de respuesta “café” por “Café o Té”.
77	Modificar la categoría de respuesta “Comer entre comidas / picotear” por “Comer entre horas / picotear”.
79	Modificar la opción de respuesta “Os turnáis” por “Os turnáis para preparar la comida”.
84	Eliminar la opción de respuesta “Ningún método anticonceptivo”.
86	Cambiar enunciado por “¿Has padecido o padeces alguna enfermedad de transmisión sexual?”.
87	Sustituir opciones de respuesta por escala Likert de 5 opciones.
89	Cambiar opción de respuesta “Por lo menos, dos veces al día” por “Por lo menos, una vez al día”.
92 y 93	Eliminar tabla.

La versión del cuestionario consensuada por los miembros del grupo coordinador (anexo 10) se ha sometido, en una segunda ronda, a la validación por parte del grupo de expertos seleccionado, con la intención de discutir, consensuar y valorar el diseño técnico. El envío y la recepción del cuestionario se ha realizado por correo electrónico para disminuir los tiempos de respuesta. Dicho correo contenía una carta de invitación a participar como experto (anexo 7) y un formulario con un modelo de informe (anexo 8) con preguntas abiertas que debían responder por escrito los expertos, y varios archivos adjuntos con la siguiente documentación: un resumen con los objetivos de la investigación y la metodología que se pretendía utilizar, las instrucciones para cumplimentar el cuestionario (anexo 9), la estructura del cuestionario por dimensiones o factores e ítems, y el correspondiente instrumento (cuestionario ESVISAUN). Este último consta de 92 ítems agrupados en 11 dimensiones o factores. El plazo máximo concedido a los expertos para responder fue de 15 días.

Los jueces o expertos valoraron los ítems en función de los siguientes criterios:

- **Relevancia:** se trata de responder a la siguiente pregunta, ¿el ítem es esencial o importante, es decir, debe ser incluido en el cuestionario o encuesta?

- **Coherencia:** juicios del grado de adecuación entre cada ítem y la dimensión que se pretende medir, es decir, el ítem que estamos evaluando tiene una relación lógica con la dimensión o indicador que estamos midiendo.
- **Suficiencia:** entendiéndose por suficiencia que los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de ésta.
- **Claridad:** el ítem se comprende fácilmente. Se hace una revisión detallada del contenido de los ítems, con el objetivo de determinar que el lenguaje utilizado se adecua al lenguaje estándar de nuestro medio.

El grupo de expertos ha propuesto las siguientes modificaciones (ver tabla 23):

Tabla 23. Recomendaciones del grupo de expertos.

Item/s	Observaciones / recomendaciones de los expertos	Aceptación por parte del grupo coordinador
2	Cambiar “Ciudad donde vives” por “Lugar de residencia”.	Sí
10,13	Especificar incluido tú o no. Ej. Número de hermanos (incluido tú).	Sí
11	Suprimir este ítem ya que no es relevante para el estudio “¿Cómo te defines en materia religiosa?”.	No se acepta, ya que creemos que es una variable que nos puede aportar información sociodemográfica.
15	Especificar opción de media jornada y + de 45 horas (50 o + y además estudiar en la UIB es mucho no?)	Sí. Se cambian los ítems de respuesta y se añade uno de menos de 20 horas y otro de 20 a 34 horas, además de los que ya había.
18	Remarcar completado (subrayar o negrita)	Sí
21	Problemas en estudios previos sobre dinero de gastos personales (excluyendo libros, alimentación, vivienda...)	Sí. Se modifica la pregunta especificando sin contar alojamiento.
23, 24	Poner números dentro de las casillas	Sí
32	Cambiar categoría de respuesta “peso normal” por “peso adecuado” y ordenar las categorías de respuesta (Inferior a lo adecuado / Adecuado / Algo superior a lo adecuado / Bastante superior a lo adecuado).	No se acepta. La categoría de respuesta “normal” es más descriptiva y sociológicamente tiene un patrón de comparación mayor.
39	Ordenar de forma diferente las categorías de respuesta (Nunca, 1 vez, 2 veces, 3 veces, 4-5 veces, cada día)	Sí
36, 38, 39, 40, 41	Definir si se está hablando de actividad física en el tiempo libre o de todo tipo de AF.	No, ya que creemos que en este caso no es necesario especificar.

Item/s	Observaciones / recomendaciones de los expertos	Aceptación por parte del grupo coordinador
42	Incluir opción de respuesta “no procede” (por ej. padres muertos). Definir “de forma habitual”	No. Al ser una pregunta orientativa y no determinante creemos que no se debe modificar “de forma habitual”.
46	Reformular la pregunta ¿Acudes con frecuencia a algún gimnasio? (estar inscrito no quiere decir que vayas al gimnasio)	Sí, se reformula la pregunta y se adaptan las categorías de respuesta.
50	Suprimir categoría de respuesta <1	No, ya que representa el consumo esporádico.
51	Ordenar categorías de respuesta (Empecé a fumar / Fumo igual que antes / Fumo más / Fumo menos / Dejé de fumar)	Sí
65	Suprimir	Sí, se suprime el ítem ya que la nueva ley de prevención del tabaquismo se prohíbe fumar en ambientes cerrados.
69, 70	Tal vez suscribir el consumo en el tiempo (último año, actual...)	No lo creemos adecuado.
74	Incluir la opción de respuesta “Sí, para ganar peso”	Sí, se añade el nuevo ítem de respuesta propuesto.
75	<i>Snacks</i> una bolsa (grande o pequeña?) Indicar 1 ración por cada alimento. Faltan carnes curadas (jamón / lomo)	Sí, se especifica una bolsa pequeña de snacks; se añade 1 ración a cada alimento y se añade jamón serrano como categoría de respuesta.
78	Irrelevante	No se acepta y por tanto se mantiene.
80	Incluir opción de respuesta “Oferta de productos saludables”	Sí, se añade un nuevo ítem que valore la oferta de productos saludables (nueva pregunta 49).
82	Puede haber relaciones de riesgo sin penetración	Sí, se acepta y se elimina “con penetración”.
83, 84	Especificar (parejas estables o esporádicas)	Sí
87	Incluir opción de respuesta “Usar casco cuando vas en bici” Lo mismo para “respetar las señales de tráfico”	Sí, se modifica la pregunta 87 y se añaden los ítems propuestos.
89	Debería ser más amplia (listado de enfermedades crónicas, factores de riesgo...)	No, ya que es una pregunta abierta.

Posteriormente, el grupo coordinador somete a análisis cualitativo y discusión las recomendaciones propuestas por el grupo de expertos. Se realiza un análisis cuantitativo de las opiniones expresadas por el grupo de expertos, mediante la prueba *Q* de Cochran. Esta prueba estadística, nos permite conocer, a través del coeficiente de concordancia,

el consenso de los expertos. La prueba Q de Cochran sigue aproximadamente una distribución ji cuadrado (χ^2) con $r-1$ grados de libertad. En nuestro caso, el resultado fue: $Q_{(10)}=47,143$ ($p=0,000$), por tanto, la Q de Cochran figura como estadísticamente significativa, por lo que se rechaza la hipótesis nula (H_0 = no hay concordancia) y se determina que hay acuerdo entre los expertos.

A partir de las opiniones obtenidas por los expertos en la segunda ronda y teniendo en cuenta las que fueron aceptadas por el grupo coordinador, se reformula el cuestionario con-teniendo una nueva propuesta (anexo 11). El cuestionario modificado se devuelve al grupo para una tercera ronda de consulta.

c) Fase final:

La tercera ronda de consulta, ha consistido en presentar los argumentos unificados de las opiniones de los expertos sobre el cuestionario, tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo, para que cada uno reconsiderara sus criterios o mantuviera su estabilidad. El envío y la recepción del cuestionario en esta tercera ronda, también se ha realizado por correo electrónico. Dicho correo contenía una carta solicitando nuevamente la participación del experto (anexo 12), el modelo de informe, los argumentos unificados de las opiniones de los expertos de la segunda ronda y la nueva versión del cuestionario. El plazo máximo que se ha dado a los expertos para responder ha sido de una semana.

El grupo coordinador somete nuevamente a análisis y discusión las opiniones expresadas por los expertos. En este caso, al coincidir todas las opiniones de los expertos, la concordancia ha sido máxima: $Q_{(10)}=90$ ($p=0,000$). Al observar saturación de los datos en las respuestas de los expertos en esta tercera ronda, el grupo coordinador decide no realizar más rondas. La mayoría de autores consultados que han estudiado el método Delphi, opina que se deben realizar más de dos vueltas o rondas y menos de cuatro, ya que a partir de la cuarta se mantienen los mismos resultados.

La versión inicial del cuestionario se ha obtenido en diciembre de 2010. La revisión se ha efectuado en 3 rondas. Una primera ronda, por el grupo coordinador durante enero de 2011 y las dos rondas restantes, por el grupo de expertos se han realizado entre febrero y marzo de 2011. Se ha obtenido la versión definitiva del cuestionario Estilos de Vida y Salud de los Estudiantes Universitarios (ESVISAUN) en abril de 2011 (anexo 11).

Prueba piloto

Como se ha comentado en el apartado de metodología, consideramos que era necesario contar con la aportación de un grupo de alumnos que valorase nuestra propuesta. De esta

forma, tras la realización del panel de expertos, se ha realizado una prueba piloto. Esta prueba ha consistido en la evaluación del cuestionario por parte de un grupo de 26 alumnos de los estudios de fisioterapia, siguiendo el mismo procedimiento de encuestación que se describe en el apartado de reclutamiento.

En primer lugar, se ha informado a los alumnos que el cuestionario es la experimentación final de una encuesta sobre los estilos de vida y estado de salud de los estudiantes universitarios y que su aportación es importante. Para ello, se les ha distribuido una copia del cuestionario junto con un dossier dónde se les ha planteado las siguientes preguntas: si las instrucciones les habían parecido claras, si habían tenido dificultades para comprender o utilizar alguna de las preguntas o respuestas, si habían tenido algún tipo de resistencias psicológicas o rechazo hacia algunas de las preguntas, si había alguna pregunta o respuesta que no comprendieron, etc.

Asimismo, y con el objetivo de calcular el tiempo que se necesita para responder al cuestionario, se ha solicitado a los alumnos que registrasen la hora de inicio y de finalización en la cumplimentación, para posteriormente poder calcular el tiempo que tardaban en responder al cuestionario. Esa información nos ha permitido determinar si la longitud del cuestionario es apropiada o no y, si es conveniente añadir o eliminar preguntas.

Y, finalmente, se han examinado los datos de los cuestionarios cumplimentados a fin de verificar si existe algún problema para que los alumnos sigan las instrucciones recibidas o respondan correctamente a las preguntas. Todo ello, nos ha permitido identificar problemas sobre el contenido y la claridad del cuestionario. Dichas modificaciones se han realizado a partir de la segunda versión del cuestionario y han sido revisadas por el panel de expertos en la tercera versión del cuestionario.

5.2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Con carácter previo a la codificación y grabación de la información, y para garantizar la calidad de la información recogida, se ha realizado una depuración de los cuestionarios, ya que todos han sido revisados por el investigador principal.

La muestra la conformaron 453 cuestionarios cumplimentados por los estudiantes universitarios de la UIB. De estos, se excluyeron 19 cuestionarios por estar mal cumplimentados y/o incompletos. Por lo que la muestra final quedó configurada por 444 cuestionarios. En la tabla 24 se puede observar la agrupación de la muestra por rama de conocimiento y la comparación con el cálculo de muestra teórica y de la población de la UIB.

Tabla 24. Distribución de la población UIB, de la muestra teórica y de la muestra obtenida.

Rama de conocimiento	Población UIB		Muestra teórica		Muestra obtenida		Prueba z *	
	N	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje	z ^a	p
Arte y Humanidades	1.301	12,15%	62	12,15%	49	11,04%	-0,2675	0,789
Ciencias y Ciencias de la Salud	2.166	20,23%	103	20,23%	100	22,52%	0,5785	0,563
Ciencias Sociales y Jurídicas	5.948	55,55%	281	55,55%	239	53,83%	-0,5802	0,562
Ingenierías y Arquitectura	1.293	12,07%	61	12,07%	56	12,61%	0,1295	0,897
Total	10.708	100%	507	100%	444	100%		

* Prueba z de comparación de proporciones entre la muestra obtenida y la población.

El análisis de la distribución de la muestra, según el sexo, permitió observar que las mujeres representan el 67,8% y los hombres el 32,2%. Esta distribución es similar a la población de la UIB, en la que las mujeres representan el 60,15% y los hombres el 39,85%. Aunque, como preveíamos, el porcentaje de mujeres en la muestra es superior que en la población ($z=3,2924$; $p=0,001$)^c.

En los últimos años, se ha detectado un incremento del absentismo en los estudiantes universitarios. Y, la asistencia a clase en relación al género, es estadísticamente significativa, al detectarse que las mujeres acuden más a clase que los hombres^d.

Los estadísticos descriptivos de la edad de los sujetos indican, como se puede observar en la tabla 25, una gran variabilidad que queda en evidencia en la diferencia entre la media y la mediana de la distribución, en la desviación típica de los mismos y en los índices de asimetría y apuntamiento. Todo ello nos lleva a establecer que el valor de la edad media está siendo afectado por la presencia de valores alejados que podemos identificar a través del gráfico de caja de la figura 29.

^c Prueba z de comparación de proporciones muestra-población. Cálculos realizados con el programa estadístico PEPI v.3.0 (*Computer programs for epidemiologists by J.H. Abramson and Paul M. Gahlinger, 2001*).

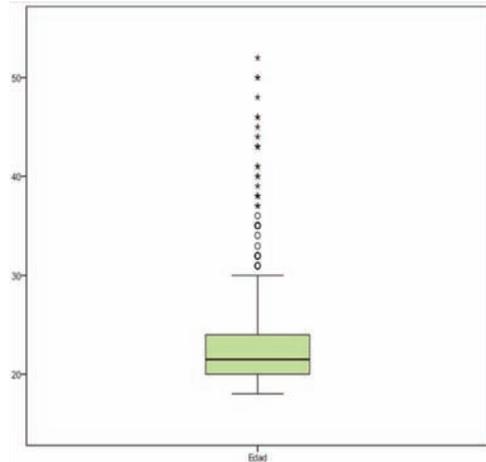
^d En el estudio *"Absentismo y resultados de los alumnos"* de los profesores Gracia, E. y de la Iglesia, M. C. de la Universidad Complutense de Madrid (2008). Se observó que sólo acudían a clase el 59% del alumnado. Y, en el absentismo por género, en concreto el 62,5% de las estudiantes acude a clase regularmente por sólo un 55,7% en el caso de los varones. En el estudio realizado por la Universidad de Vigo (2007-08) titulado *"Absentismo estudiantil universitario"*. Se observó que la asistencia global era del 51,26%, y cuando analizaban la asistencia a clase por género, detectaban una relación estadísticamente significativa ($p<0,05$) al detectarse que las mujeres (el 52,4% del alumnado universitario) tienden a asistir más a clase que los hombres. Las mujeres entrevistadas poseen mayores frecuencias de asistencia "siempre" (25,1% frente al 18,9% de los hombres) y la menor frecuencia de asistencia "nunca" (3,9% frente al 9,3% de los hombres).

<http://www.cedu.es/files/absentismoestudiantil.pdf>

http://www.congresos.ulpgc.es/aeet_aede/Descargas/Sesion4Sala5/Gracia-Delalglesia1.pdf

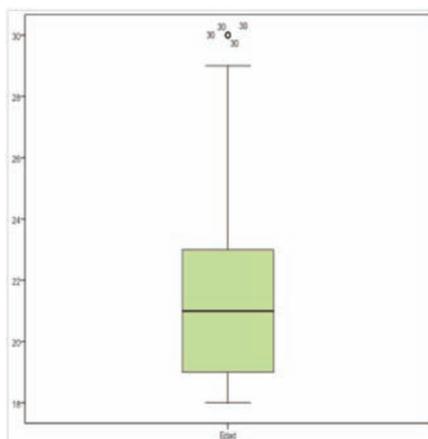
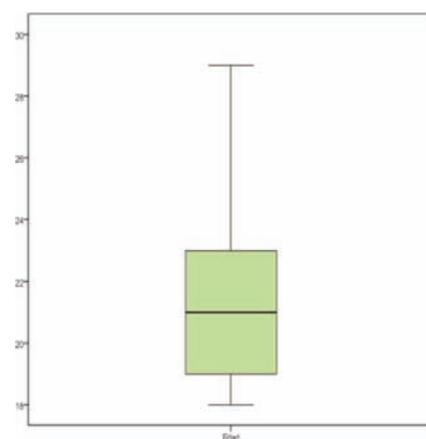
Tabla 25. Estadísticos descriptivos de la edad.

N	Válidos	444
	Perdidos	0
Media		23,01
Mediana		21,50
Desviación típica		5,660
Asimetría		2,515
Error típico de asimetría		,116
Curtosis		7,216
Error típico de curtosis		,231
Coefficiente de Variación		24,59%

Figura 29. Edad de los sujetos.

Los datos pues, hacen pertinente establecer grupos homogéneos de edad para una descripción correcta de la variable por un lado, y por otro, para poder utilizarla como variable independiente si es preciso, con las categorías que resulten del proceso de “depuración” de los valores alejados. Para ello, teniendo en cuenta que el valor 31 sería el primero de dichos valores, volvemos a analizar la variable con valores inferiores al mismo, y así, sucesivamente, hasta que obtengamos un gráfico de caja que no presente valores alejados y nos permita establecer el primer grupo homogéneo para la variable analizada.

La figura 30 muestra que seleccionando los casos cuya edad es inferior a 31, se vuelve a obtener un gráfico con presencia de valores alejados iguales o mayores a 30, y sólo cuando la edad toma como valor máximo 29 obtenemos un gráfico sin ningún valor alejado (figura 31).

Figura 30. Edad de los sujetos inferior a 31 años.**Figura 31. Edad de los sujetos inferior a 29 años.**

Se puede hablar entonces de un primer grupo de edad que englobaría a 404 personas con edades comprendidas entre los 18 y los 29 años. Los estadísticos para este grupo, que agrupa al 91% de los sujetos de la muestra, se presentan en la tabla 26.

Tabla 26. Estadísticos descriptivos para el grupo de edad de 18 a 29 años.

N	Válidos	404
	Perdidos	0
Media		21,52
Mediana		21,00
Desviación típica		2,612
Asimetría		,769
Error típico de asimetría		,121
Curtosis		,052
Error típico de curtosis		,242
Coefficiente de Variación		1,21%

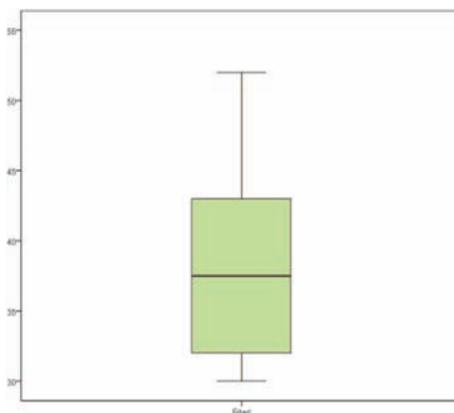
La edad media, que se situaba en 23 años para el total de sujetos disminuye de manera significativa en este grupo y se aproxima al valor de la mediana. Se observa además que los índices de dispersión y de forma también toman valores inferiores. Como se aprecia en el gráfico de caja que representa a este grupo, existe asimetría positiva en los extremos de la distribución, es decir, los sujetos de 24 a 29 años (un rango 5 años) representan aproximadamente una cuarta parte del total, mientras que de los 18 a los 23 años (intervalo de igual rango) se agrupan tres cuartas partes de los sujetos.

Al explorar la variable edad para las personas mayores de 29 años se obtiene el segundo grupo homogéneo, sin presencia de valores alejados (figura 32) y cuyos estadísticos se presentan en la tabla 27:

Tabla 27. Estadísticos descriptivos para mayores de 29 años.

N	Válidos	40
	Perdidos	0
Media		38,03
Mediana		37,50
Desviación típica		6,261
Asimetría		,535
Error típico de asimetría		,374
Curtosis		-,651
Error típico de curtosis		,733
Coefficiente de Variación		1,65%

Figura 31. Edad de los sujetos inferior a 29 años.



Se puede así concluir que para analizar la variable edad en la muestra y siempre que queramos utilizarla como variable independiente, hablaremos de dos grupos uno que incluye a los estudiantes más jóvenes y otro que incluye a los más mayores, éste último con mayor dispersión que el primero. A modo de resumen se presentan en la tabla 28 los datos de ambos grupos:

Tabla 28. Resumen datos para ambos grupos de edad.

	% del total	Edad media	DE
Jóvenes	91%	21,52	±2,61
Adultos	9%	38,03	±6,26

No se han hallado diferencias significativas entre la distribución de hombres y mujeres en ambos grupos.

Todos los sujetos de la muestra residen, durante el curso académico, en la isla de Mallorca. El 85,8% han nacido en la Comunidad Autónoma de las Illes Balears, el 9,1% en el resto del país, sólo el 0,7% en otro país de la Comunidad Europea y el 4,3% procede de países extra-comunitarios.

Al analizar la distribución según la vía de acceso a la universidad, podemos observar que el 18% proceden de formación profesional, el 5% de mayores de 25 años, el 1% de mayores de 40 años y el 82% de selectividad.

La tabla 29 refleja la distribución de la muestra según la vía de acceso a la universidad en relación con la población de la UIB y vemos que es equiparable en porcentajes.

Tabla 29. Distribución de la muestra según vía de acceso a la universidad en relación a la población de la UIB.

	Muestra		Población UIB		Prueba z	
	n	Porcentaje	N	Porcentaje	Z	p
Formación Profesional (FP)	51	11,5%	1.674	15,63%	-0,8122	0,417
Mayores de 25 años	23	5,2%	618	5,78%	-0,1192	0,905
Mayores de 40 años	2	0,5%	105	0,98%	-0,0689	0,945
Selectividad	362	81,4%	7.723	72,12%	3,9701	<0,001
Otras vías	6	1,4%	588	5,49%	-0,4398	0,660
Total	444	100%	10.708	100%		

El porcentaje de alumnos que asiste a clase proveniente de selectividad es mayor que el resto de vías de acceso, seguramente por el hecho de trabajar. Por ello, el porcentaje de alumnado encuestado proveniente de selectividad es superior que en la población ($z=3,9701$; $p<0,001$).

Al analizar la distribución porcentual de la muestra según el centro de procedencia vemos que el 66% de los encuestados proceden de un centro público, mientras que el 26% proceden de un centro concertado y el 8% de un centro privado. Y, en relación con la nota media del expediente académico, para el 53% fue de notable, para el 42% de aprobado y para el 5% de excelente.

Las figuras 33 y 34 muestran la distribución por estado civil y por estado de convivencia respectivamente.

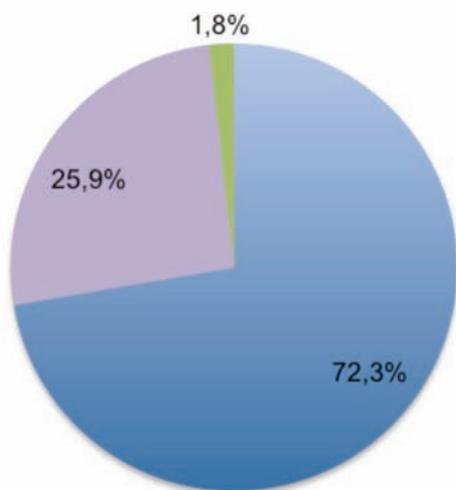


Figura 33. Distribución de la muestra por estado civil.

- Soltero
- Casado / Pareja estable
- Separado
- Otros

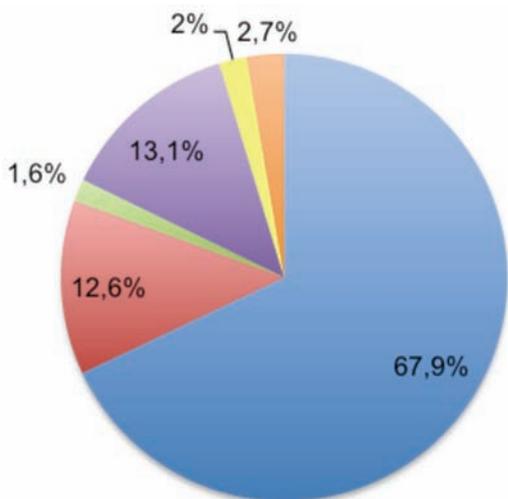


Figura 34. Distribución de la muestra por estado de convivencia

- Padres
- Pareja
- Otros familiares
- Piso amigos
- Residencia universitaria
- Solo

Estos datos muestran que no existe concordancia entre el estado civil y el estado de convivencia, en el sentido de que un 25,9% manifiesta estar casado o con pareja estable, pero sólo el 12,6% vive en pareja. Esta discordancia indica que el ítem sobre el estado civil debe ser modificado y adaptarse a las situaciones reconocidas socialmente: soltero, casado o pareja de hecho, separado o divorciado y viudo; situaciones que no llevan a confusión y que mejorarán la calidad de las respuestas.

El 5,6% de la muestra tiene hijos. El porcentaje de personas con hijos en el grupo de jóvenes es del 1%, mientras que el grupo de adultos son padres o madres un 52,5% de sus componentes, no se han observado diferencias significativas por sexo y en todos los casos el número de hijos es 1. Tampoco existen diferencias en el número de hijos en función del sexo.

Según el estado de convivencia, podemos observar que los estudiantes universitarios que viven en casa de sus padres es del 67,9%, porcentaje equiparable al conjunto de la población de las Illes Balears que según el informe “*Joves de les Illes Balears. Situació i expectatives 2010*”, realizado por el Gobierno de las Islas Baleares, es del 68%. Además, esta forma de convivencia viene siendo estable en la Comunidad Autónoma de les Illes Balears desde el año 2005.

Siguiendo con la descripción de la estructura familiar, en las figuras 35 y 36 se recogen el número de hermanos (incluido el encuestado) así como el número de personas con las que conviven.

La media del número de hermanos es significativamente superior en el caso de los adultos frente a los jóvenes ($t=-4,62$; $p<0,001$). Los jóvenes por su parte conviven como media con más personas que los adultos ($t=4,485$; $p<0,001$). En general convive una media de 3 ó 4 personas por casa, dato que puede deducirse además de la tabla anterior puesto que dicha opción reúne a un alto porcentaje de sujetos.

Figura 35. Distribución de la muestra según el número de hermanos (incluido el encuestado).

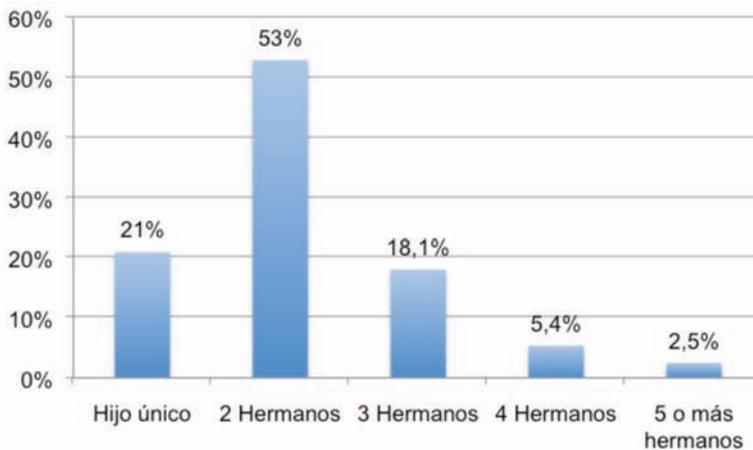
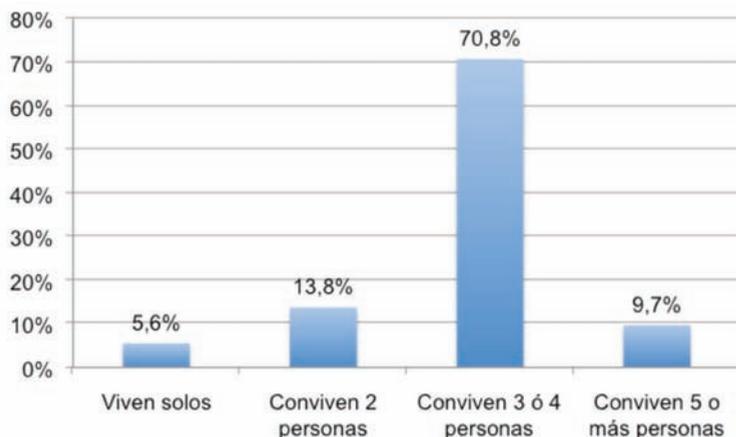


Figura 36. Distribución del número de personas con las que conviven (incluido el encuestado).

Respecto a la definición en materia religiosa el 4,3% de la muestra se define como creyente practicante, el 38% como creyente no practicante y el 57,7% como no creyente. No se han obtenido diferencias significativas en la distribución de la variable en función de la edad ni del sexo.

En relación con la situación laboral de los sujetos señalar que no trabaja el 70,6% de la muestra y que el porcentaje de sujetos que trabajan es significativamente mayor en el grupo de adultos (53,8%) que en el de jóvenes (27%) ($\chi^2=12,301$; $p<0,001$). De igual manera el número de horas semanales de trabajo es mayor en los adultos que en los jóvenes ($\chi^2=16,171$; $p<0,001$). En relación al sexo, no hay diferencias, ya que trabajan el 29,37% de los hombres y el 29,43% de las mujeres.

La distribución de las horas de trabajo entre las personas laboralmente activas (29,4%) se presenta en la tabla 30.

Tabla 30. Distribución de las horas de trabajo entre las personas activas.

	N	Porcentaje
Menos de 20 horas	51	39,2%
Entre 20 y 34 horas	45	34,6%
Entre 35 y 39 horas	22	16,9%
Entre 40 y 44 horas	7	5,4%
Entre 45 y 49 horas	2	1,5%
Más de 50 horas	3	2,3%
N	130	100%

La figura 37 muestra la clase social de referencia de los alumnos, variable obtenida a partir de las respuestas a los ítems 14, 16 y 18, por el procedimiento explicado en el apartado de definición de variables.

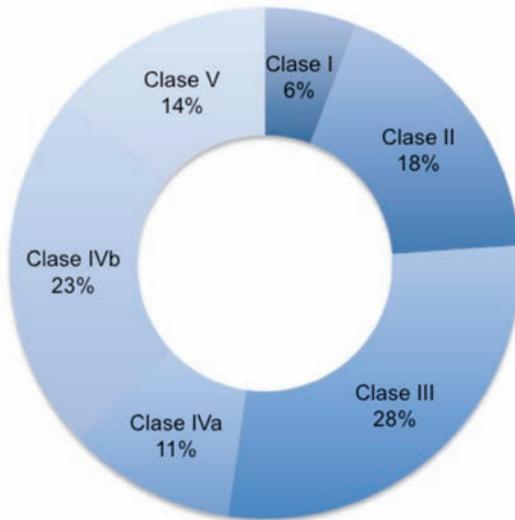


Figura 37. Clase Social de referencia del alumnado.

Al preguntar a los alumnos sobre la principal vía de financiación de sus estudios se observa que para la mitad de los mismos (50,7%) son sus padres, el 18,7% los financia a través de becas, un 11,7% con ingresos procedentes de su trabajo durante el verano y el 15,1% con ingresos procedentes de su trabajo estable. Un 3,8% ha indicado más de una fuente de financiación. Los datos indican que el 28,8% de los estudiantes financian sus estudios principalmente con su trabajo, coincidiendo prácticamente el porcentaje con el de los sujetos que indicaron trabajar. Se observa que en el grupo de jóvenes es mayor el porcentaje de sujetos que financian sus estudios a través de sus padres y becas, mientras que los adultos en mayor porcentaje lo hacen a través de sus ingresos ($\chi^2=75,994$; $p<0,001$).

Cuando se pregunta acerca de los ingresos que obtienen mensualmente por su actividad laboral, podemos observar que el 46,5% perciben un salario superior a los 600 euros y de éstos el 16,1%, superior a 1.200 euros. Mientras que más de la mitad perciben como salario 600 euros o menos (tabla 31).

Tabla 31. Ingresos mensuales derivados por trabajo.

	N	Porcentaje
Menos 300 €	25	19,2%
Entre 301 y 600 €	43	33,1%
Entre 601 y 900 €	21	16,2%
Entre 901 y 1.200 €	18	13,8%
Entre 1.201 y 1.500 €	15	11,5%
Más 1.500 €	6	4,6%
Perdidos	2	1,5%
Total	130	100%

Finalmente, el dinero con el que cuentan para sus gastos semanales no supera los 50€ en la mayoría de las personas entrevistadas y no se obtienen diferencias significativas entre los jóvenes y los adultos (tabla 32).

Tabla 32. Dinero disponible para gastos semanales.

	Porcentaje
Menos de 30€	46,3%
Entre 31€ y 40€	16,0%
Entre 41€ y 50€	12,2%
Entre 51€ y 60€	13,9%
Entre 61€ y 70€	4,7%
Más de 70€	6,8%

5.3. VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO ESVISAUN: ANÁLISIS CRÍTICO DE LOS ÍTEMS Y ANÁLISIS DE LAS SUB-ESCALAS DEL CUESTIONARIO

Los resultados que se presentan a continuación corresponden a la validación del cuestionario ESVISAUN en su 3ª versión (anexo 11) una vez desarrollada la fase de validación de expertos mediante panel Delphi.

Para facilitar la comprensión de la estructura del cuestionario se recogen a continuación, las dimensiones y/o factores que hemos pretendido analizar y el conjunto de ítems destinados a tal fin (tabla 33).

Tabla 33. Agrupación de dimensiones/factores e ítems del cuestionario ESVISAUN.

DIMENSIONES / FACTORES	ÍTEMS	Observaciones
Estudios	1, 4-6, 18	
Residencia habitual	2, 3, 12, 13	
Lugar de nacimiento	7	
Estado civil	8	
Datos socio-demográficos	Número de hijos	9
	Número de hermanos	10
	Creencias religiosas	11
	Trabajo	14-16
	Sexo	17
	Edad	29

DIMENSIONES / FACTORES		ÍTEMS	Observaciones
Datos socio-económicos	Ocupación	16	Obtención de la Clase Social a partir de la clasificación de la SEE (Domingo-Salvany et al. 2000)
	Nivel formativo	18	
	Nivel de ingresos	19-21	
Estado de salud y calidad de vida	Estado de salud percibido	22	Fiabilidad test-retest (Lundberg & Manderback, 1996; Manor, Matthews, & Power, 2001)
	Estrés	23	
	Autoestima	24	ENS, 2006
	Calidad de vida	25	
	Enfermedad crónica	89	
	Discapacidad	90	
	Horas de sueño	26-28	
	Peso y talla	30-35	
Actividad física	Actividad / ejercicio físico	36-41, 43-47	IPAQ (Craig et al. 2003) y cuestionario actividad física del estudio SUN (Martínez-González et al. 2005) ambos validados
	Hábitos familiares de AF	42	
Tabaco	Consumo de tabaco	50, 51, 52	Test de Fagerstrom modificado (Fagerstrom & Schneider, 1989). Test de Richmond (Richmond et al. 1993). Estadios / Fases de cambio (Prochaska & DiClemente, 1983).
	Grado de adicción	50, 59-64	
	Motivación para el cese y determinación de la fase de cambio	53-58	
	TP o Exposición a humo ambiental de tabaco	65	
Alcohol y otras drogas	Consumo alcohol de riesgo	66-68	AUDIT-C (Gual et al. 2000).
	Consumo de alcohol	69-70	
	Consumo otras drogas	71-73	
Hábitos alimentarios	Consumo de alimentos	75	Modificación a partir del cuestionario del estudio PREDIMED, 2009
	Hábitos	74, 76-79	
Conducta sexual	Conocimiento	81	
	Uso métodos anticonceptivos	82-85	
	Nivel satisfacción	86	

DIMENSIONES / FACTORES		ÍTEMS	Observaciones
Seguridad vial		87	
Higiene dental		88	
Entorno Universitario	Promoción de la salud en la universidad	91, 92	
	Servicios (cafeterías + Deportes)	48, 80	
	Campus universitario (entorno)	49	

Ítems relacionados con características sociodemográficas

Los ítems del 1 al 21 y 29 están relacionados con datos sociodemográficos y datos socioeconómicos (figura 38). Son ítems de elaboración propia a partir de los documentos de consenso en la elaboración de encuestas “*Guidelines for the Collection o data on 18 HIS ítems, European Commission, Statistical Office of the European Communities*” (Eurostat, 2004) y “*Health Interview Surveys: Towards International harmonization of methods and instruments*” (WHO, 1996).

Para la identificación de Clase Social (ítems 14, 16 y 18) se ha utilizado la clasificación de la Sociedad Española de Epidemiología (Domingo-Salvany et al. 2000).

Los ítems 1 al 29 han obtenido unos porcentajes de respuesta altos, de entre el 98,4% y el 100%. De cara a una futura modificación del cuestionario se recomienda suprimir la pregunta 3 sobre el tiempo de residencia ya que la mayoría (92% de los encuestados) ha reflejado en este ítem el mismo valor que la edad y por tanto, al no ser un ítem que no nos ayuda a discriminar se puede suprimir del cuestionario.

Tal y como se describe en el apartado de descripción de la muestra, se detecta que no existe concordancia entre el estado civil y el estado de convivencia. Por lo que se recomienda también modificar el ítem sobre el estado civil y adaptarse a las situaciones reconocidas socialmente: soltero, casado o pareja de hecho, separado o divorciado y viudo.

Finalmente, en el caso de la pregunta 21, sobre la cantidad de dinero de la que disponen a la semana para sus gastos personales, se recomienda modificar las categorías de respuesta manteniendo intervalos de las mismas dimensiones y simétricos. De forma que las categorías de respuesta definitivas serían: Menos de 30 euros; De 31 a 50 euros; De 51 a 70 euros; y más de 70 euros.

Figura 38. Ítems relacionados con las características sociodemográficas y socioeconómicas.

1. Indica el código de los estudios o de la titulación a la que perteneces: (ver anexo 1 en la hoja adjunta)			2. Lugar de residencia:			3. Años de residencia			17. Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		N° Cuestionario		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ítems relacionados con el estado de salud percibido y la calidad de vida

Las preguntas 22, 23, 24 y 25 se han extraído de la ENS-2006 (figura 39).

Figura 39. Ítems relacionados con el estado de salud y la calidad de vida.

22. ¿Consideras que tu estado de salud en general es...?

Muy bueno Bueno Regular Malo Muy malo

23. Valora del 1 al 5 tu nivel de estrés en el último mes:

Muy bajo Muy alto

24. Valora del 1 al 5 tu nivel de autoestima en el último mes:

Muy baja Muy alta

25. ¿Consideras que tu calidad de vida en general es...?

Muy buena Buena Regular Mala Muy mala

En la tabla 34 se resumen las características de dichos ítems.

Tabla 34. Características de los ítems 22 a 25.

ÍTEM	% DE RESPUESTA	TIPO DE RESPUESTA
22	99,3%	Escala
23	99,3%	Escala
24	99,8%	Escala
25	99,8%	Escala

La tabla 35 recoge los coeficientes de correlación (Rho de Spearman^e) entre los diferentes ítems de la escala. Al analizarlos, se observa una correlación baja entre ellos pero significativa ($p < 0,01$). Cabe destacar la correlación entre el estado de salud y la calidad de vida ($r = 0,445$, $p < 0,01$).

Tabla 35. Correlaciones entre el estado de salud, nivel de estrés, nivel de autoestima y calidad de vida según Rho de Spearman.

	Estado de salud	Nivel de estrés	Nivel de autoestima	Calidad de vida
Estado de salud	1			
Nivel de estrés	-,226**	1		
Nivel de autoestima	,249**	-,186**	1	
Calidad de vida	,445**	-,214**	,351**	1

** La correlación es significativa al nivel $p < 0,01$

^e Se ha utilizado el coeficiente de correlación de Spearman porque esta prueba estadística permite medir la correlación o asociación de dos variables y es aplicable cuando las mediciones se realizan en una escala ordinal, aprovechando la clasificación por rangos.

Ítems relacionados con el sueño

Se procede a analizar las respuestas de los sujetos a los 3 ítems relacionados con el patrón de sueño, procedentes de la ENS-2006 y modificados en este cuestionario (figura 40).

Figura 40. Ítems relacionados con el sueño.

26. ¿Cuántas veces a la semana sueles salir de noche?
 Nunca 1 2 3 4 o más veces Ocasionalmente

27. ¿Las horas que duermes te permiten descansar lo suficiente?
 Sí No

28. ¿Cuántas veces en las últimas semanas has tenido dificultad para conciliar el sueño?
 Nunca Algún día Varios días La mayoría de los días Todos los días

Tabla 36. Características de los ítems 26 a 28.

ÍTEM	% DE RESPUESTA	TIPO DE RESPUESTA
26	97,3%	Escala
28	97,3%	Escala
27	97,3%	Dicotómica

Los datos iniciales muestran que no existe relación entre las respuestas al ítem 26 y al 28 ($r=-0,033$, $p=0,490$).

En este caso, se recomienda modificar el orden de las opciones de respuesta del ítem 26, pasando la opción ocasionalmente después de nunca y antes de 1 vez a la semana, entendiéndose que no responde a un patrón establecido y que es una frecuencia menor que 1 vez por semana.

Ítems relacionados con el peso corporal

Los ítems que tienen que ver con el peso corporal también se han extraído de la ENS-2006 y han sido modificados para la elaboración del presente cuestionario (figuras 41 y 42). Las preguntas 30 y 31 corresponden a datos autoreferenciados de talla y peso.

Figura 41. Ítems para el peso y talla.

Figura 42. Ítems relacionados con la autoevaluación del peso.

En la tabla 37 se resumen las características de dichos ítems. En este caso, se trata de variables descriptivas, por lo que no se necesita ninguna escala diagnóstica. Los ítems 30 y 31 se refieren a datos objetivos que han sido utilizados posteriormente para calcular el IMC de cada una de las personas de la muestra tal y como se describe en el apartado de descripción de las variables.

Tabla 37. Características de los ítems 30 a 35.

ÍTEM	% DE RESPUESTA	TIPO DE RESPUESTA
30	100,0%	Métrica
31	99,1%	Métrica
32	99,8%	Nominal
33	100,0%	Nominal
34	98,9%	Nominal
35	98,4%	Dicotómica

La tabla 38 recoge los coeficientes de correlación entre los diferentes ítems de la escala. Como podemos observar, esta relación es, en general, baja aunque estadísticamente significativa.

Tabla 38. Correlaciones entre el peso en relación con la altura, el control de peso y el cambio de peso en el último año según Rho de Spearman.

	Peso / altura (32)	Control de peso (33)	Cambio peso últ. año (34)
Peso / altura (32)	1		
Control de peso (33)	-,126**	1	
Cambio peso últ. año (34)	,265**	-,191**	1

** La correlación es significativa al nivel $p < 0,01$

Ítems sobre la actividad física que realizan los sujetos de la muestra

Para la valoración de la actividad física de los sujetos de la muestra se utilizan el conjunto de ítems que van desde el ítem 36 al ítem 47. Al tratarse de ítems dirigidos a medir diferentes aspectos de dicha actividad se procede a realizar varios análisis que facilitarán la interpretación de los datos. En primer lugar hemos trabajado sobre los ítems 36 al 42 (figura 43).

Figura 43. Ítems del 37 al 42 sobre ejercicio físico.

37. Durante el último año, ¿cuántas veces y durante cuánto tiempo has practicado las actividades que aparecen en la tabla? (Indica el nº de días y el tiempo medio)

	Nº de días a la semana que lo practicas							Tiempo medio (minutos al día) cada vez que lo practicas							
	Nunca	1	2	3	4	5	6	7	<20	20-39	40-59	60-79	80-99	100-119	120 o más
Andar o pasear fuera de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Correr o hacer jogging despacio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Correr rápido (atletismo, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bicicleta estática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasear en bicicleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nadar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenis, squash, pádel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fútbol, fútbol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baloncesto, balonmano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aeróbic, baile, danza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Excursiones al monte, escalada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Judo, karate u otras artes marciales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patinaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gimnasia - pesas - musculación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras actividades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. ¿Cuánto tiempo hace que realizas deporte / ejercicio físico?

No realizo < 6 meses De 6 meses a 1 año Más de 1 año

39. ¿Cuántas veces a la semana practicas ejercicio físico?

Nunca 1 vez 2 veces 3 veces 4-5 veces Cada día

40. ¿Cuántas horas sueles practicar ejercicio físico a la semana?

Ninguna < 2 horas 2-3 horas 4-5 horas 5-6 horas > 6 horas

41. En caso de no realizar todo el ejercicio físico que desearías indica ¿por qué?

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

42. ¿Practican tus padres algún tipo de deporte / ejercicio físico de forma habitual?

No Sí, ambos Sólo mi madre Sólo mi padre

Nota: La pregunta 36 no aparece en la imagen ya que es ítem general de clasificación para saber si practican o no ejercicio físico.

Iniciamos el análisis de la primera parte del ítem 37 en la que los sujetos contestan con qué frecuencia semanal realizan cada una de las quince actividades físicas que se exponen, más una última opción de "otras actividades". El valor de α de Cronbach que se obtiene para las 16 preguntas es de 0,692 y este no mejora de manera significativa si se elimina alguna de las actividades.

Se procede al análisis factorial exploratorio de las respuestas para conocer las dimensiones en las que se agrupan las principales actividades físicas.

Se determina la idoneidad de la matriz de correlaciones para realizar un análisis factorial mediante la obtención del índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) (0,746) y el test de esfericidad de Bartlett ($\chi^2_{(120)}=898,961$; $p<0,01$) que indicaron pertinencia de realizar el análisis factorial. El análisis factorial ha presentado una agrupación de 5 factores que explican un 50,81% de la varianza. La agrupación de los ítems se muestra en la solución rotada (tabla 39) en la que se ha modificado el orden de presentación de las variables para facilitar la interpretación de los resultados.

Tabla 39. Matriz de componentes rotados.

	1	2	Componente 3	4	5
Nº días excursiones	,778				
Nº días nadar	,744				
Nº días bicicleta paseo	,623				
Nº días andar o pasear	,519				
Nº días bicicleta estática	,380				
Nº días fútbol		,726			
Nº días correr rápido		,718			
Nº días correr		,511			
Nº días musculación		,528			
Nº días patinaje			,572		
Nº días aeróbic			,533		
Nº días otras actividades			,528		
Nº días vela				,761	
Nº días tenis				,584	
Nº días artes marciales					,668
Nº días baloncesto					-,621

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

En la matriz de componentes se observa un comportamiento anómalo de la variable relativa a los días de práctica de baloncesto que se agrupa con las artes marciales, y además presenta un peso factorial negativo, lo que indicaría una relación inversa entre ambas variables. La matriz de correlaciones nos permite observar que el número de días de práctica de baloncesto sólo se relaciona con el número de días de práctica de aeróbic, tomando esta relación un valor bajo e inverso ($r=-0,129$; $p<0,01$).

Al realizar las tablas de contingencia para conocer si la distribución de días de práctica de las diferentes actividades varía en función del sexo (tabla 40), se observan comportamientos

diferenciales en hombres y mujeres en las siguientes actividades: correr rápido, tenis, fútbol, baloncesto, aeróbic y musculación.

Tabla 40. Comportamientos de la práctica de ejercicio físico en función del sexo.

Actividad	χ^2	Significación	Observaciones
Correr rápido	39,683	p<0,01	Más frecuente en hombres
Tenis	25,985	p<0,01	Más frecuente en hombres
Fútbol	88,259	p<0,01	Más frecuente en hombres
Baloncesto	25,005	p<0,01	Más frecuente en hombres
Aeróbic	22,219	p<0,01	Más frecuente en mujeres
Musculación	27,336	p<0,01	Más frecuente en hombres

Estas diferencias significativas nos llevan a repetir el análisis factorial anterior para cada uno de los sexos.

En primer lugar se procede a efectuar el análisis en el grupo de hombres, una vez establecida la pertinencia del análisis a través de los índices KMO (0,758) y test de esfericidad de Bartlett ($\chi^2_{(120)}=436,124$; p<0,01). En este caso se obtendrían 6 factores que explicarían el 61,68% de la varianza y que agruparían a las variables tal como muestra la tabla 41.

Tabla 41. Matriz de componentes rotados.

	1	2	3Componente	4	5	6
Nº días bicicleta paseo	,808					
Nº días excursiones	,784					
Nº días bicicleta estática	,683					
Nº días nadar	,646					
Nº días correr rápido	,552					
Nº días fútbol	,503					
Nº días aeróbic		,684				
Nº días correr		,671				
Nº días andar o pasear		,644				
Nº días vela			,747			
Nº días tenis			,710			
Nº días otras actividades				,880		
Nº días patinaje					,801	
Nº días baloncesto					,456	
Nº días artes marciales						,894
Nº días musculación						,448

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

Para el grupo de mujeres, que dedican una media de horas de práctica deportiva semanal significativamente inferior que los hombres ($t=3,705$; $p<0,01$) se realiza el mismo análisis ($KMO=0,671$; $\chi^2_{(120)}=689,516$; $p<0,01$) y se obtienen también 6 factores que explican el 58,765% de la varianza (tabla 42).

Tabla 42. Matriz de componentes rotados.

	Componente					
	1	2	3	4	5	6
Nº días nadar	,672					
Nº días excursiones	,661					
Nº días artes marciales	,605					
Nº días tenis	,595					
Nº días correr rápido		,827				
Nº días fútbol		,808				
Nº días correr		,644				
Nº días bicicleta paseo			,774			
Nº días andar o pasear			,620			
Nº días musculación				,819		
Nº días bicicleta estática				,723		
Nº días patinaje					,667	
Nº días vela					,614	
Nº días aeróbic					,605	
Nº días baloncesto						,860
Nº días otras actividades						-,369

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

De estos análisis se desprende que las actividades se agrupan de forma significativamente diferente para los hombres y para las mujeres y que existen, además, algunas peculiaridades en la forma de agrupación. Ninguna de las soluciones factoriales ha agrupado las actividades según su gasto calórico o nivel de intensidad. Es decir, no se han asociado entre actividad física ligera, moderada o intensa.

Observamos, también, que tanto el formato como el diseño de la pregunta no facilitan la cumplimentación de la misma y se produce una sobreestimación del tiempo de realización de las actividades. Además, con esta pregunta tampoco podemos establecer el número de días totales a la semana que los sujetos realizan actividades deportivas. Todo ello nos lleva a recomendar una variación del enunciado para una futura modificación del cuestionario, especificando más la modalidad de las actividades así como una modificación de la forma

de respuesta, para evitar así las dificultades derivadas del formato utilizado en esta versión. Se propone por tanto, reformular el ítem 37 de forma que las categorías de respuesta sólo agrupen el tiempo medio (horas a la semana) que los estudiantes universitarios dedican a la realización de ejercicio físico.

Una vez analizada la pregunta 37, se procede a la revisión de los ítems 36, y del 38 al 42. En la tabla 43 se resumen las principales características de dichos ítems.

Tabla 43. Análisis de los ítems 36 y 38-42.

ÍTEM	% DE RESPUESTA	TIPO DE RESPUESTA	α
36	100%	Dicotómica	-
38	100%	Escala	
39	100%	Escala	0,903
40	100%	Escala	
41	100%	Selección respuesta única	-
42	90,5%	Selección respuesta única	-

Se observa un valor de α alto y la relación entre los ítems es positiva y moderada-alta (tabla 44).

Tabla 44. Correlaciones entre los ítems 38, 39 y 40 según Rho de Spearman.

	ÍTEM 38	ÍTEM 39	ÍTEM 40
ITEM 38	1	,770**	,786**
ITEM 39		1	,876**
ITEM 40			1

** La correlación es significativa al nivel $p < 0,01$

Al factorizar los ítems después de comprobar la pertinencia del análisis factorial ($KMO=0,734$; $\chi^2_{(3)}=924,510$; $p < 0,01$), todas las respuestas se agrupan en un único factor que explica el 84,55% de la varianza y con un elevado peso factorial (tabla 45).

Tabla 45. Matriz de componentes rotados.

	Componente 1
Tiempo que realizas EF (ITEM 38)	,892
Veces a la semana EF (ITEM 39)	,942
Horas a la semana EF (ITEM 40)	,924

Método de extracción: Análisis de componentes principales.
Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

Se recomienda también modificar el ítem 39, incorporando como opciones de respuesta todos los posibles días a la semana en que se realiza ejercicio físico, así se contaría con una variable discreta. De forma que las opciones de respuesta serían: ningún día a la semana, 1 día por semana, 2, 3, 4, 5, 6 y diariamente o 7 días por semana.

En el ítem 40 se observa que no coinciden los valores finales de un intervalo con los iniciales de otro, así que se propone modificarlos para una nueva versión del cuestionario. De tal forma que quedan de la siguiente manera: Nunca; <1 hora; 1-2 horas; 3-4 horas; 5-6 horas; 7-8 horas y ≥ 9 horas. Además, podríamos valorar de nuevo la concordancia entre las respuestas a éste último ítem y los valores de la respuesta a la segunda parte de la pregunta 37, puesto que tal y como está codificado actualmente el ítem 40 se observa una sobreestimación del tiempo de práctica deportiva obtenido a través de las respuestas al ítem 37 ($t=22,126$; $p<0,01$ y $\kappa=0,446^f$; $p<0,01$).

Se procede a continuación a analizar el ítem 43, destinado a establecer patrones diferenciados en las actividades de tiempo libre que los sujetos realizan habitualmente (figura 44). Lo que nos permitirá determinar un perfil más o menos sedentario de los sujetos.

Figura 44. Actividades de tiempo libre (diferenciando entre semana y fin de semana).

43. Por término medio, ¿cuánto tiempo dedicaste a las siguientes actividades en el último año?
(Distingue entre semana y fin de semana)

	DÍA TÍPICO ENTRE SEMANA										DÍA TÍPICO DE FIN DE SEMANA																	
	Nunca <30 min		30-59 min		1 hora o más (indica el número de horas)						Nunca <30 min		30-59 min		1 hora o más (indica el número de horas)													
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	o+					1	2	3	4	5	6	7	8	9	o+
Ver la televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Estar sentado ante el ordenador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Dormir (noche + siesta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Tareas domésticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Salir con los amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Estudiar o realizar trabajos de asignaturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Conducir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Internet (navegar por la red, redes sociales, chats...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Ir a clase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Jugar a la consola / videojuegos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Actividades culturales: cine, teatro, exposiciones...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Leer libros (no relacionados con el estudio), prensa...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Actividades solidarias o de voluntariado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

El valor de α de Cronbach que se obtiene es de 0,708, valor de consistencia interna que mejora si eliminamos el ítem relacionado con el tiempo dedicado a dormir. En la tabla 46 podemos observar que si se elimina dicho ítem el valor de α aumenta a 0,728. Además, si analizamos la matriz de correlaciones observamos que no existe ninguna correlación significativa del ítem de dormir en relación a cualquiera de los otros ítems.

^f Se ha utilizado el coeficiente kappa de cohen para evaluar la concordancia de los 2 métodos para medir el tiempo de práctica deportiva. Este estadístico evalúa la concordancia corrigiendo por el efecto del azar.

Tabla 46. Valores del Alfa de Cronbach si se elimina el ítem de respuesta.

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Ver TV	28,7824	98,320	,370	,687
Ordenador	26,6009	85,688	,404	,682
Dormir	23,0279	107,021	,028	,728
Tareas domésticas	28,9372	96,679	,423	,681
Salir con amigos	28,4879	94,458	,358	,687
Estudiar	26,7760	85,887	,446	,673
Conducir	28,9181	94,995	,345	,689
Internet	27,9619	86,513	,502	,663
Ir a clase	25,1662	91,583	,382	,683
Videojuegos	29,9683	106,433	,176	,706
Activ. Culturales	29,5901	101,637	,366	,691
Leer libros	29,4118	99,867	,404	,686
Activ. Solidarias	30,1326	108,792	,115	,710

Se procede al análisis factorial exploratorio de las respuestas, ya que se ha determinado la idoneidad de la matriz de correlaciones mediante la obtención del índice de KMO (0,717) y la prueba de esfericidad de Bartlett ($\chi^2_{(78)}=903,769$; $p<0,01$). El análisis factorial ha presentado una agrupación de los ítems en cinco factores que explican el 61,88% de la varianza.

Tabla 47. Matriz de componentes rotados.

	1	2	Componente 3	4	5
Actividades culturales	,791				
Leer libros	,752				
Tareas domésticas	,620				
Actividades solidarias	,578				
Salir con amigos	,429				
Ordenador		,829			
Internet		,733			
Ver TV		,605			
Ir a clase			,814		
Estudiar			,707		
Conducir			,631		
Videojuegos				,837	
Dormir					,938

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

La tabla 47 muestra como los comportamientos de jugar a videojuegos y dormir no se agrupan con ninguna de las otras variables y constituyen un factor cada uno por sí mismo. Como además pensamos que conducir no es una actividad opcional, y que no permite regularla en la mayoría de los casos, se procede a repetir el análisis eliminando estas tres opciones. El análisis, que es pertinente ($KMO=0,699$; $\chi^2_{(45)}=775,533$; $p<0,01$), proporciona así tres factores que explican el 55,4% de la varianza y que se agrupan tal y como se presenta en la tabla 48.

Tabla 48. Matriz de componentes rotados.

	Componente		
	1	2	3
Actividades culturales	,798		
Leer libros	,738		
Actividades solidarias	,595		
Tareas domésticas	,541		
Salir con amigos	,514		
Internet		,773	
Ordenador		,706	
Ver TV		,661	
Estudiar			,847
Ir a clase			,758

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

Los datos muestran unos patrones bien diferenciados que agruparían por un lado las actividades variadas de tiempo libre, por otro, actividades sedentarias y por último las referentes a la responsabilidad académica.

De igual manera se procede a analizar la distribución de las respuestas de los sujetos relativas a sus comportamientos durante el fin de semana, omitiendo en este caso, además de los ítems ya omitidos, el relativo al de ir a clase, dado que habitualmente el fin de semana no hay clases. Los resultados muestran (tabla 49) la obtención de tres factores que explican el 56,71% de la varianza ($KMO=0,615$; $\chi^2_{(36)}=577,086$; $p<0,01$).

En este caso se observa una primera agrupación de actividades sedentarias, otra de actividades de ocupación de tiempo libre variadas, y por último lugar, una única variable en un factor "salir con amigos", razonable puesto que habitualmente se aprovecha el fin de semana para dicha actividad.

Debemos recalcar aquí, que se usarán una parte de los ítems de la pregunta 43 como escala, pero que se seguirán manteniendo el resto de ítems en la versión definitiva del cuestionario ya que nos aportan información sociológica relevante.

Tabla 49. Matriz de componentes rotados.

	Componente		
	1	2	3
Ordenador	,892		
Internet	,778		
Estudiar	,628		
Ver TV	,535		
Leer libros		,779	
Actividades culturales		,651	
Tareas domésticas		,584	
Actividades solidarias		,576	
Salir con amigos			,853

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

Los últimos ítems referentes a la evaluación de la actividad física están destinados a valorar aspectos del entorno de la universidad y su posible relación con la realización de ejercicio físico (figura 45).

Figura 45. Aspectos del entorno universitario relacionados con la actividad física.

44. ¿Cómo realizas habitualmente el trayecto desde tu casa a la universidad?

En bicicleta

En vehículo particular (automóvil, motocicleta)

En transporte público (bus, metro)

45. ¿Cómo te desplazas habitualmente por el campus universitario?

Andando En bicicleta En vehículo particular En bus

46. ¿Dónde realizas habitualmente tu ejercicio físico?

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

47. Desde que estás en la universidad:

Dejaste de hacer ejercicio / deporte Empezaste a hacer ejercicio / deporte

Haces más ejercicio / deporte Haces menos ejercicio / deporte

Haces igual ejercicio / deporte

48. ¿Cómo valorarías de manera general los siguientes aspectos de la universidad en cuanto a actividades deportivas?

	No las conozco y no las puedo valorar	Muy mal	Mal	Regular	Bien	Muy bien
Oferta de actividades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Instalaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Precio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Horario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La tabla 50 muestra las principales características de los ítems 44 a 48.

Tabla 50. Características de los ítems 44 a 48.

ÍTEM	% DE RESPUESTA	TIPO DE RESPUESTA	α
44	99,3%	Selección respuesta única	
45	97,5%	Selección respuesta única	
46	99,3%	Selección respuesta única	
47	99,5%	Selección respuesta única	
48.1	100%	Escala	0,885
48.2	99,8%	Escala	
48.3	99,8%	Escala	
48.4	99,5%	Escala	

De las respuestas a los ítems se desprende, en primer lugar y en relación al ítem 45, que el motivo de la bajada en el porcentaje de respuestas a dicha pregunta, tal vez se podría minimizar si modificáramos el enunciado, de forma que se sustituya “por el campus” por “entre los edificios del campus”.

El ítem 48 está destinado a valorar el tipo de oferta, las instalaciones, el precio y los horarios de las actividades deportivas del campus universitario. En la tabla 51, podemos observar un valor de α alto, por lo que existe una alta consistencia interna en las respuestas de los sujetos. Al factorizar los ítems después de comprobar la pertinencia del análisis factorial ($KMO=0,837$; $\chi^2_{(6)}=955,215$; $p<0,01$), todas las respuestas se agrupan en un único factor que explica el 74,39% de la varianza y con un elevado peso factorial (tabla 51).

Tabla 51. Matriz de componentes rotados.

	Componente 1
Horario instalaciones deportivas	,889
Precio instalaciones deportivas	,879
Oferta actividades deportivas	,843
Instalaciones	,839

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

Al analizar el ítem 49, que valora aspectos del entorno universitario como zonas verdes, transporte público, carril bici o circuito saludable (figura 46). El valor de α que se obtiene es de 0,713, valor de consistencia interna que no mejoraría si se eliminase alguno de los ítems (tabla 52).

Figura 46. Valoración del entorno universitario.

49. ¿Cómo valorarías de manera general los siguientes aspectos de la universidad?

	Muy mal	Mal	Regular	Bien	Muy bien
Carril bici	<input type="checkbox"/>				
Circulación de coches y motos en el Campus	<input type="checkbox"/>				
Transporte público (Bus en el Campus)	<input type="checkbox"/>				
Circuito saludable	<input type="checkbox"/>				
Zonas verdes	<input type="checkbox"/>				

Tabla 52. Características del ítem 49.

ÍTEM	% DE RESPUESTA	TIPO DE RESPUESTA	α
49.1	97,5%	Escala	0,713
49.2	99,5%	Escala	
49.3	98,9%	Escala	
49.4	92,8%	Escala	
49.5	99,3%	Escala	

Se procede al análisis factorial exploratoria de las respuestas, ya que se ha determinado la idoneidad de la matriz de correlaciones mediante la obtención del índice de KMO (0,754) y la prueba de esfericidad de Bartlett ($\chi^2_{(10)}=361,052$; $p<0,01$). El análisis factorial ha presentado una agrupación de los ítems en un solo factor que explicó el 47,38% de la varianza (tabla 53).

Tabla 53. Matriz de componentes.

	Componente 1
Carril bici	,652
Coches en el campus	,685
Bus en campus	,632
Circuito saludable	,773
Zonas verdes campus	,691

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

Los ítems 91 y 92 son de elaboración propia y están relacionados con la promoción de la salud en el entorno. Ambos, presentan un porcentaje de respuesta del 99,5%. Decidimos mantenerlos como ítems descriptivos, ya que si los agrupamos con los ítems de la pregunta 49 que también valoran el entorno el valor α baja a 0,604. Además hemos observado que no existe correlación entre ellos.

Figura 47. Ítems relacionados con la promoción de la salud en la universidad.

91. En qué medida consideras que debería implicarse la universidad en la promoción de la salud de sus estudiantes:

Nada Mucho

92. Puntúa globalmente el papel que en tu opinión está desempeñando actualmente la universidad para la promoción de la salud de sus estudiantes:

Nada importante Muy importante

Ítems destinados a valorar el hábito tabáquico

Las preguntas de la 50 a la 64 se destinan al estudio de los comportamientos relacionados con el hábito de fumar, mientras que la pregunta 65 valora la exposición al humo ambiental de tabaco (HAT). Como ya se ha explicado en el apartado de diseño del cuestionario algunos de estos ítems proceden de pruebas validadas. En la figura 48 pueden observarse los diferentes ítems y en la tabla 54 las principales características de estos ítems.

Los primeros ítems (50 al 53) están destinados a estudiar las características del consumo de tabaco de los sujetos, así como la posible influencia del entorno universitario en el hábito de fumar (ítem 52) y por tanto, se usarán como variables descriptivas.

Figura 48. Preguntas destinadas a evaluar el consumo de tabaco.

50. ¿Has fumado 100 cigarrillos o más en toda tu vida?

No Sí, y sigo fumando Sí, pero ya no fumo

(Si has contestado NO, pasa a la pregunta 65)

51. En caso de ser fumador/a o exfumador/a, indica el n° aprox. de cigarrillos fumados al día

< 1 1-4 5-9 10-14 15-19 20-24 25-29 30-34 35-40 > 40

52. En caso de ser fumador/a o exfumador/a, ¿cómo crees que ha cambiado tu consumo desde que estás en la universidad?

Empecé a fumar Fumo igual que antes Fumo más

Fumo menos Dejé de fumar

53. En caso de ser exfumador/a, ¿cuánto hace que dejaste de fumar?

< 6 meses 6-11 meses 1-2 años 3-5 años 6-9 años 10 o + años

Tabla 54. Características de los ítems 50 a 53.

ÍTEM	% DE RESPUESTA	TIPO DE RESPUESTA
50	99,5%	Selección respuesta única
51	98,6%	Escala
52	94,3%	Selección respuesta única
53	100%	Escala

En las respuestas al ítem 51, se observa que el porcentaje de sujetos con un consumo de tabaco superior a 14 cigarrillos diarios es del 15,1% repartido en 4 categorías de respuesta, mientras que gran parte de los fumadores (84,9%) están representados en las categorías de menor consumo (tabla 55). Por tanto, se recomienda que en una futura modificación del cuestionario, se agrupen las respuestas en intervalos más amplios que permitan discriminar a los fumadores de bajo consumo de los grandes fumadores. Así, la nueva propuesta de intervalos sería: < 1 cig/día; 1-4; 5-14; 15-24; 25-34; 35-44; y 45 o más.

Tabla 55. Porcentaje de respuestas según ítems de respuesta a la pregunta 51.

		Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	< 1 día	15,1%	15,1%
	1-4	33,1%	48,2%
	5-9	23,0%	71,2%
	10-14	13,7%	84,9%
	15-19	5,0%	89,9%
	20-24	8,6%	98,6%
	25-29	0,0%	98,6%
	30-34	0,0%	98,6%
	35-40	0,7%	99,3%
	> 40	0,7%	100,0%
	Total		100,0%

Las preguntas 54 a 64 (excepto pregunta 56), proceden de instrumentos validados, y están diseñadas para evaluar el grado de adicción (Test de Fagërstrom), así como la motivación al cese (Test de Richmond) y la determinación de la fase de cambio (Modelo de Prochaska y DiClemente).

Figura 49. Preguntas destinadas a evaluar el grado de adicción al tabaco, motivación al cese.

Las preguntas 54 a 64 solo deben contestarlas las personas fumadoras				
54. ¿Has intentado dejar de fumar?				
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, una o dos veces	<input type="checkbox"/> Sí, más de dos veces		
55. En el último año, ¿cuántas veces dejaste de fumar durante al menos 1 día?				
<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Una o más veces			
56. ¿Cuál fue el motivo de la recaída?				
<input type="checkbox"/> Estrés	<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Motivo social (cenas con amigos, etc.)		
<input type="checkbox"/> Problemas de peso	<input type="checkbox"/> Otros:			
57. ¿Te gustaría dejar de fumar?				
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí			
58. ¿Cuánto interés tienes en dejarlo?				
<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Algo	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Mucho	
59. ¿Piensas dejar de fumar en...?				
Las próximas 2 semanas	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Quizás	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Definitivamente sí
El próximo mes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Quizás	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Definitivamente sí
Los próximos 6 meses	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Quizás	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Definitivamente sí
60. ¿Fumas más durante las primeras horas después de levantarte?				
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
61. ¿Cuánto tiempo pasa desde que te levantas hasta que te fumas el primer cigarrillo?				
<input type="checkbox"/> Hasta 5 minutos	<input type="checkbox"/> De 6 a 30 minutos	<input type="checkbox"/> De 31 a 60 minutos	<input type="checkbox"/> Más de 1 hora	
62. ¿Encuentras difícil abstenerte de fumar en lugares donde está prohibido?				
		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
63. ¿Qué cigarrillo te costaría más dejar de fumar?				
<input type="checkbox"/> El primero de la mañana	<input type="checkbox"/> Los de después de las comidas	<input type="checkbox"/> Cualquier otro		
64. ¿Fumas aunque estés tan enfermo que tengas que estar en cama?				
		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	

El ítem 56, destinado a conocer los motivos de recaída, se mantiene como ítem descriptivo, pero se valora la posibilidad de especificar en el enunciado solo una opción de respuesta, ya que se observa que solo el 13,7% de los sujetos han seleccionado más de una opción. De forma, que en una futura modificación del cuestionario el formato definitivo de la pregunta pasaría a ser el siguiente: “56. ¿Cuál fue el PRINCIPAL motivo de la recaída? (marca sólo una opción de respuesta)”.

Respecto al ítem 65, cuya estructura inicial se recoge en la figura 50, se decide agrupar las dos situaciones de exposición al HAT al considerar relevante el tiempo y el número medio de horas de exposición, pero no la relación entre el fumador y la persona expuesta al HAT. De tal forma que se agrupan los dos ítems de respuesta en una única categoría que englobaría al padre/madre, hermano/a, pareja, compañero/a de piso, otros/as.

Figura 50. Pregunta destinada a valorar la exposición al HAT.

65. ¿Has estado expuesto/a al humo ambiental de tabaco en tu domicilio alguna vez?
Si es así, señala aproximadamente el número de años y la media de horas que has estado expuesto.

<input type="checkbox"/> Nunca he estado expuesto	Años de exposición	Media de horas al día expuesto
Pareja de fumador/a	<input type="checkbox"/> < 1 año	<input type="checkbox"/> < 1 hora
	<input type="checkbox"/> 1-2 años	<input type="checkbox"/> 1-2 horas
	<input type="checkbox"/> 3-5 años	<input type="checkbox"/> 3-5 horas
	<input type="checkbox"/> 6-9 años	<input type="checkbox"/> 6-9 horas
	<input type="checkbox"/> 10 o + años	<input type="checkbox"/> 10 o + horas
Otro/s fumador/es que conviven en el domicilio (compañero/a de piso, familiar...)	<input type="checkbox"/> < 1 año	<input type="checkbox"/> < 1 hora
	<input type="checkbox"/> 1-2 años	<input type="checkbox"/> 1-2 horas
	<input type="checkbox"/> 3-5 años	<input type="checkbox"/> 3-5 horas
	<input type="checkbox"/> 6-9 años	<input type="checkbox"/> 6-9 horas
	<input type="checkbox"/> 10 o + años	<input type="checkbox"/> 10 o + horas

Ítems destinados a la media del consumo de alcohol y otras drogas

Para la medida del consumo de alcohol se destinan los ítems del cuestionario del 66 al 70. Los tres primeros ítems (figura 51) se han extraído del AUDIT-C (Gual et al., 2000), un test validado para identificar el consumo de alcohol de riesgo.

Figura 51. Preguntas para la detección de un consumo de riesgo de alcohol.

66. ¿Con qué frecuencia consumes alguna bebida alcohólica?

Nunca 1 o menos veces al mes 2 o 4 veces
 2 o 3 veces a la semana 4 o más veces a la semana

67. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas sueles realizar en un día de consumo normal?

Una o dos Tres o cuatro Cinco o seis
 De siete a nueve Diez o más

68. ¿Con qué frecuencia tomas seis o más bebidas alcohólicas en una ocasión de consumo?

Nunca
 Menos de una vez al mes
 Mensualmente
 Semanalmente
 A diario o casi a diario

Los dos últimos ítems (69 y 70) se han modificado sobre los originales de la Encuesta sobre drogas del Plan Nacional Sobre Drogas (ESTUDES, 2008). A partir de éstos se calcula la cantidad en gramos de alcohol consumido entre semana y los fines de semana (figura 52), tal y como se describe en el apartado de descripción de las variables.

Figura 52. Cálculo de la cantidad de consumo de alcohol (entre semana y fin de semana).

69. Indica a continuación tu consumo de alcohol y el número habitual de consumiciones que realizas entre semana.	Frecuencia de consumo en días laborables (de lunes a jueves)						Número habitual de consumiciones al día						
	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	1 consumición	2 consumiciones	3 consumiciones	4 consumiciones	5 consumiciones	6 o más consumiciones
Cerveza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vino, cava o similares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carajillos, chupitos, licores de frutas...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Whisky, ginebra, vodka, ron, combinados...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. Indica a continuación tu consumo de alcohol y el número habitual de consumiciones que realizas en fines de semana, días festivos o salidas de noche.	Frecuencia de consumo en fin de semana (de viernes a domingo) o salida de noche						Número habitual de consumiciones al día						
	Nunca	Menos de 1 fin de semana al mes	1 fin de semana al mes	2 fines de semana al mes	3 fines de semana al mes	Todos los fines de semana al mes	1 consumición	2 consumiciones	3 consumiciones	4 consumiciones	5 consumiciones	6 o más consumiciones	
Cerveza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vino, cava o similares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Carajillos, chupitos, licores de frutas...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Whisky, ginebra, vodka, ron, combinados...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

En la tabla 56 se presentan las principales características de los ítems 66 a 70.

Tabla 56. Características de los ítems 66 a 70.

ÍTEM	% DE RESPUESTA	TIPO DE RESPUESTA	α
66	99,8%	Escala (variable discreta)	0,749
67	99,3%	Escala (variable discreta)	
68	99,5%	Escala (variable discreta)	
69	99,8%	Escala (variable continua)	
70	99,8%	Escala (variable continua)	

El valor de α para los ítems 66, 67 y 68 es de 0,749. Cuando se procede a factorizar, una vez establecida la pertinencia del análisis a través de los índices KMO (0,651) y la prueba de esfericidad de Bartlett ($\chi^2_{(3)}=357,937$; $p<0,01$), obtenemos un único factor que explica el 67,4% de la varianza (tabla 57).

Ítems destinados a valorar la alimentación

El porcentaje de respuestas al ítem 74 es del 97,1%. Se procede a la revisión de los ítems de la pregunta 75 (figura 55), sobre frecuencia de consumo de alimentos. Destacar que el porcentaje de respuesta de los 50 ítems oscila entre el 99,8% y el 94,1%. El valor de α que se obtiene es de 0,857, valor de consistencia interna que no mejoraría si se eliminase alguno de los ítems.

74. En el momento actual, ¿sigues alguna dieta o régimen especial? No
 Sí, para ganar peso Sí, para perder peso Sí, por enfermedad/problema de salud

75. Señala el número de veces que en promedio has consumido los siguientes alimentos:

	Consumo medio durante el año pasado (nº de veces)									
	Nunca o casi nunca	A los meses	A la semana				Al día			
	1-3	1	2-4	5-6	1	2-3	4-5	6 o +		
Leche / Yogur enteros (1 taza - 1 yogur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leche semidesnatada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leche / Yogur desnatado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutillas, flan, pudding (1 unidad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quesos (1 porción - 50 gr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quesos desnatados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hielados (uno)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huevos de gallina (uno)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carne de ternera (una ración - 150 gr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carne de pollo / pavo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carne de cerdo, cordero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hamburguesas / Sándwich (unidad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embutidos: salchichón, mortadela, chorizo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jamón serrano o similar (1 ración)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pescado azul: sardinas, atún, salmón (1 ración)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pescado blanco: merluza, lubina, dorada, mero...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marisco (1 ración)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frutas cítricas: naranja, kiwi, piña (1 pieza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frutas no cítricas: manzana, melón, plátano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zumo de frutas comercial (1 vaso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frutos secos: almendras, cacahuets (1 puñado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verduras y hortalizas cocidas: col, zanahoria (un plato)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verduras y hortalizas crudas: lechuga, tomate...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legumbres: lentejas, garbanzos, alubias (un plato)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pan blanco (3 rodajas, 60 gr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pan moreno / integral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cereales desayuno (30 gr en seco)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cereales desayuno integrales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arroz blanco (60 gr en seco)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arroz integral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasta: fideos, macarrones, espaguetis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasta integral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pizza (1 ración, 200 gr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sopas y cremas de sobre plato o ración)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Margarina (1 cucharada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aceite de oliva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mantequilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manteca de cerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Azúcar (1 cucharadita)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mermelada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Golosinas (30 gr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bollería comercial: croissant, donuts... (uno, 50 gr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bollería casera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chocolates y bombones (30 gr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Galletas tipo María (4-6 unid, 50 gr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snacks: patatilla, ganchibris... (una bolsa pequeña)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bebidas carbonatadas con azúcar (coca-cola...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bebidas carbonatadas Light o bajas en calorías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Café o té (una taza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Figura 55. Respuesta a los ítems 74 y 75.

Se decide realizar un análisis factorial para explorar la agrupación en cuanto al consumo de alimentos. Se determina la idoneidad de la matriz de correlaciones mediante la obtención del índice de KMO (0,808) y el test de esfericidad de Bartlett ($\chi^2_{(990)}=4549,695$; $p<0,01$) que indican la pertinencia de realizar análisis factorial. El análisis factorial presenta una agrupación de los ítems en once factores con autovalores mayores de 1 que explican un 56,42% 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 58.

Tabla 58. Matriz de componentes rotados.

	Componente										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Carne ternera (150gr)	,709										
Carne cerdo/cordero	,702										
Hamburguesa/Salchicha	,587										
Arroz blanco (60gr)	,578										
Carne pollo/pavo	,577										
Pasta	,559										
Pizza	,464										
Coca cola con azúcar	,431										
Huevos gallina (uno)	,406										
Coca cola light	,381										
Bollería comercial (unid)		,705									
Chocolates/bombones		,698									
Bollería casera		,643									
Golosinas (30gr)		,629									
Snaks (bolsa pequeña)		,544									
Galletas tipo María 4-6 u		,449									
Pescado azul			,709								
Pescado blanco			,699								
Marisco (1 ración)			,561								
Miel			,428								
Helados (uno)			,376								
Verduras y hortalizas cru.				,695							
Aceite oliva				,683							
Verduras y hortalizas coc.				,575							
Legumbres (1 plato)				,339							
Frutas cítricas (1 pieza)					,787						
Frutas no cítricas					,726						

	Componente										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Zumo de frutas comercial					,477						
Frutos secos (1 puñado)					,417						
Margarina						,648					
Mantequilla						,605					
Azúcar						,495					
Mermelada						,358					
Café o té						,306					
Cereales desayuno (30gr)							,706				
Cereales desay. Integrales							,635				
Pan moreno / integral								,552			
Pan blanco (60 gr)								-,493			
Pasta integral								,436			
Embutidos									,738		
Jamón Serrano									,708		
Sopas y cremas sobre										,680	
Arroz integral										,493	
Leche / Yogur entero											,631
Quesos (50gr)											,567

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

La composición de los factores, en base al perfil alimentario sería la siguiente: dieta de cafetería (F1); bollería, dulces y snacks (F2); pescado (F3); verduras (F4); frutas (F5); grasas y azúcares (F6); cereales (F7); productos integrales (F8); embutidos (F9); sopas de sobre (F10); y, lácteos (F11).

En relación a la pregunta 76, que hace referencia a los hábitos relacionados con la alimentación (figura 56), dado el mal funcionamiento de los ítems (α de 0,089) se considera oportuno utilizarlos sólo como variables descriptivas.

76. Señala la frecuencia con la que consumes o realizas las siguientes actuaciones:

	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Siempre
Desayunar	<input type="checkbox"/>				
Revisar las etiquetas de los alimentos	<input type="checkbox"/>				
Comer entre horas / picotear	<input type="checkbox"/>				
Comer alimentos fritos	<input type="checkbox"/>				
Comer alimentos hervidos	<input type="checkbox"/>				
Comer alimentos asados o a la plancha	<input type="checkbox"/>				
Me sirvo la cantidad que quiero y no miro si es mucho o poco	<input type="checkbox"/>				

Figura 56. Ítem 76.

El ítem 77 es un ítem descriptivo que está destinado a discriminar entre los que comen en casa y los que comen en las cafeterías/bares del campus, y por otro lado, los que comen en los campus pero llevan la comida preparada de casa (figura 57). El ítem 79 también nos aporta información descriptiva sobre el número de comidas que se realizan al día. Asimismo, se decide eliminar el ítem 78 debido al bajo porcentaje de respuesta (tabla 59) y al no aportar información relevante.

Figura 57. Ítems 77, 78 y 79 del cuestionario ESVISAUN.

77. Señala con qué frecuencia comes en los siguientes lugares durante el período lectivo:

	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Siempre
Bar / Cafetería	<input type="checkbox"/>				
En casa con tu familia	<input type="checkbox"/>				
En un piso con otros estudiantes	<input type="checkbox"/>				
En la universidad, pero me traigo la comida de casa	<input type="checkbox"/>				

78. En caso de vivir en un piso con otros estudiantes:

Te traes la comida preparada de casa Cocinas tú

Os turnáis para preparar la comida Compras comida precocinada

79. ¿Cuántas comidas realizas al día?

Una Dos Tres Cuatro Cinco + de cinco

Tabla 59. Características de los ítems 77 a 78.

ÍTEM	% DE RESPUESTA	TIPO DE RESPUESTA
77.1	98,9%	Escala
77.2	99,3%	Escala
77.3	97,1%	Escala
77.4	98,9%	Escala
78	31,5%	Escala
79	97,5%	Escala

En relación a la valoración del servicio de cafeterías de la universidad, pregunta 80 (figura 58). Los datos muestran un valor de α de 0,820. En la tabla 60 podemos observar que si se elimina la opción de respuesta “horarios” el valor de α aumenta a 0,824, probablemente porque la mayoría de los encuestados (84,5%) valoran de forma muy positiva esta opción (68% bien; 15,5% muy bien), ya que el horario de las caferías cubre toda la franja horaria del día y los períodos lectivos.

Figura 58. Valoración del servicio de cafetería de la universidad.

80. Como valorarías los siguientes aspectos de esta universidad en cuanto a bares / cafeterías:					
	Muy mal	Mal	Regular	Bien	Muy bien
Variedad de la oferta	<input type="checkbox"/>				
Oferta de productos saludables	<input type="checkbox"/>				
Precio	<input type="checkbox"/>				
Calidad	<input type="checkbox"/>				
Presentación	<input type="checkbox"/>				
Horarios	<input type="checkbox"/>				

Tabla 60. Valores del Alfa de Cronbach si se elimina el ítem de respuesta.

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Variedad oferta bar universidad	12,13	9,189	,718	,762
Oferta product. saludables bar	12,61	9,406	,604	,788
Precio bar	12,40	9,540	,484	,822
Calidad bar	12,05	9,647	,695	,770
Presentación comida bar	12,00	10,112	,661	,779
Horarios bar	11,63	11,269	,411	,824

Al factorizar los ítems después de comprobar la pertinencia del análisis factorial ($KMO=0,836$; $\chi^2_{(15)}=939,933$; $p<0,01$), todas las respuestas se agrupan en un único factor que explica el 54,33% de la varianza (tabla 61). En el análisis factorial podemos ver que la opción de respuesta “horarios” es la opción que menos pondera en el factor. Por lo que finalmente consideramos oportuno eliminar dicha opción de respuesta. De tal forma, que al eliminar dicha opción de respuesta, el porcentaje de varianza explicada aumenta a 60,47%.

Tabla 61. Matriz de componentes.

	Componente 1
Variedad oferta bar uib	,832
Calidad bar uib	,826
Presentación comida bar uib	,800
Oferta productos saludables bar uib	,747
Precio bar uib	,621
Horarios bar uib	,548

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

Ítems relacionados con la sexualidad

Los ítems del 81 al 86, son ítems de elaboración propia y están relacionadas con la sexualidad (figura 59).

Figura 59. Ítems 81 a 86 sobre sexualidad.

81. ¿Consideras que tienes la suficiente formación en cuanto a temas de sexualidad?
 Sí No

82. ¿Has tenido alguna vez relaciones sexuales?
 Sí No

83. Señala con que frecuencia utilizáis, tú o tu pareja (estable o esporádica), los siguientes métodos anticonceptivos:

	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Siempre
Preservativo o condón	<input type="checkbox"/>				
Pildora/parche/inyección anticonceptiva	<input type="checkbox"/>				
Marcha atrás (coito interrumpido)	<input type="checkbox"/>				
DIU (dispositivo intrauterino)	<input type="checkbox"/>				
Cremas / óvulos espermicidas	<input type="checkbox"/>				
Métodos naturales: Ogino, Billings, T°...	<input type="checkbox"/>				

84. Tú o tu pareja ¿habéis tenido que recurrir alguna vez a la pildora del día después?
 Sí No

85. ¿Has padecido o padeces alguna enfermedad de transmisión sexual?
 Sí No

86. ¿Consideras que la manera de vivir tu sexualidad es...?
 Nada satisfactoria Muy satisfactoria

En la tabla 62 se resumen las principales características de dichos ítems, que nos aportan información descriptiva sobre la conducta sexual de los sujetos.

Tabla 62. Características de los ítems 81 al 86.

ÍTEM	% DE RESPUESTA	TIPO DE RESPUESTA
81	98,2%	Dicotómica
82	99,1%	Dicotómica
83.1	91,9%	Escala
83.2	90,8%	Escala
83.3	90,5%	Escala
83.4	90,3%	Escala
83.5	90,3%	Escala
83.6	90,5%	Escala
84	94,1%	Dicotómica
85	95,5%	Dicotómica
86	95,0%	Escala

Al analizar la correlación entre los ítems de la pregunta 83 (tabla 63), destacar simplemente, una correlación negativa y significativa entre el uso del preservativo y la píldora anticonceptiva ($r=-0,457$, $p<0,01$).

Tabla 63. Correlaciones entre los diferentes métodos anticonceptivos.

	Preservativo	Píldora anticonceptiva	Marcha atrás	DIU	Cremas espermicidas	Métodos naturales
Preservativo	1					
Píldora anticonceptiva	-,450**	1				
Marcha atrás	-,096	,011	1			
DIU	-,182**	-,133**	-,055	1		
Cremas espermicidas	,026	,008	-,064	-,022	1	
Métodos naturales	-,018	-,063	-,040	-,014	-,309**	1

** La correlación es significativa al nivel $p<0,01$

Ítems relacionados con la seguridad vial

Las conductas relacionadas con la seguridad vial se analizan a través del ítem 87, que consiste en una escala Likert de 5 puntos (figura 60).

Figura 60. Ítems sobre seguridad vial.

87. ¿Con qué frecuencia...?	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Siempre
Usas el cinturón de seguridad delantero	<input type="checkbox"/>				
Usas el cinturón de seguridad trasero	<input type="checkbox"/>				
Conduces bajo los efectos del alcohol u otras drogas	<input type="checkbox"/>				
Conduces hablando por teléfono	<input type="checkbox"/>				
Superas el límite de velocidad	<input type="checkbox"/>				
Usas el casco al circular en moto	<input type="checkbox"/>				
Usas el casco al circular en bici	<input type="checkbox"/>				
Respetas las señales de tráfico	<input type="checkbox"/>				

El porcentaje de respuestas es alto en la mayoría de los ítems, pero cabe destacar que cae ligeramente en los dos ítems sobre uso de casco, tanto al circular en bici como al circular en moto (tabla 64).

El análisis de los datos arroja un valor de α muy bajo (0,293), probablemente debido a la poca varianza que proporcionan los ítems de respuesta. Además, podemos observar en la tabla 65 que el valor de α no aumenta considerablemente si se elimina alguno de los ítems. Esto podría explicarse debido al sesgo de deseabilidad social o de ocultación de la conducta de riesgo.

Tabla 64. Características del ítem 87.

ÍTEM	% DE RESPUESTA	TIPO DE RESPUESTA	α
87.1	99,5%	Escala	0,293
87.2	99,8%	Escala	
87.3	98,4%	Escala	
87.4	99,1%	Escala	
87.5	98,6%	Escala	
87.6	89%	Escala	
87.7	89,6%	Escala	
87.8	98,6%	Escala	

Tabla 65. Valores del Alfa de Cronbach si se elimina alguno de los ítems.

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Uso cinturón delantero	13,18	9,490	,129	,284
Uso cinturón trasero	13,63	8,906	-,012	,335
Conducción bajo efecto drogas	16,90	9,020	,137	,267
Conducción hablando telf.	16,49	8,224	,158	,244
Superación límite velocidad	16,14	7,726	,157	,239
Usar casco en moto	13,78	6,114	,236	,163
Usar casco bici	16,40	6,930	,145	,249
Respetar señales tráfico	13,56	9,123	,028	,304

La matriz de correlaciones nos permite observar que las correlaciones son bajas pero la mayoría significativas (tabla 66). Cabe destacar la correlación entre conducir hablando por teléfono y conducir bajo el efecto de las drogas ($r=0,452$; $p>0,01$) y la superación del límite de velocidad y conducir bajo el efecto de las drogas ($r=0,381$, $p>0,01$).

Todo ello, nos sugiere que debemos suprimir esta dimensión, ya que en el momento actual no nos permite construir una escala de conducta de riesgo de accidente de tráfico. Ahora bien, en nuestro caso decidimos mantener la pregunta como parámetro sociológico. El hecho de utilizar dichos ítems como variables descriptivas no hace que se elimine el sesgo, pero nos va a permitir evaluar tendencias en dichas conductas.

Tabla 66. Correlaciones entre los ítems de la pregunta 87 según Rho Spearman.

	Uso cinturón delantero	Uso cinturón trasero	Conducir bajo drogas	Conducir hablando teléfono	Superación límite velocidad	Usar casco moto	Usar casco bici	Respetar señales tráfico
Uso cinturón delantero	1							
Uso cinturón trasero	,280**	1						
Conducir bajo drogas	-,003	-,234**	1					
Conducir hablando teléfono	,057	-,223**	,462**	1				
Superación límite velocidad	,050	-,177**	,351**	,520**	1			
Usar casco moto	,119*	,076	-,008	,032	,103*	1		
Usar casco bici	-,018	,104**	-,053	-,005	-,008	,245**	1	
Respetar señales tráfico	,104*	,128*	-,200**	-,247**	-,324**	,078	,103*	1

* La correlación es significativa al nivel $p < 0,05$

** La correlación es significativa al nivel $p < 0,01$

Ítem relacionado con la higiene dental

El ítem 88, es un ítem descriptivo (figura 88), relacionado con la medición de la frecuencia con que se cepillan los dientes. Responden a este ítem el 98,9% de los encuestados.

Figura 61. Ítem relacionado con la higiene dental

88. ¿Cuántas veces te cepillas los dientes?

Nunca o casi nunca

Varias veces a la semana, pero no cada día

Por lo menos, una vez al día

Prácticamente después de cada comida

Ítems relacionados con enfermedad o discapacidad

Los ítems 89 y 90, son ítems descriptivos, cuya finalidad es medir presencia o ausencia tanto de enfermedad crónica como de discapacidad y en caso de respuesta afirmativa ofrecen la opción de poder especificar tanto la enfermedad crónica como la discapacidad. El porcentaje de respuesta del ítem 89 fue del 99,3% mientras que del ítem 90 fue del 98,9%.

Fiabilidad del cuestionario (test-retest)

Para el estudio de la fiabilidad se han analizado los datos con un test-retest realizado a una submuestra de 29 alumnos de los estudios de psicopedagogía y fisioterapia, en dos ocasiones con un intervalo de cinco semanas. Se eligió a estos estudios por dos motivos, en primer lugar, porque tenían una relación académica con el equipo investigador, lo que nos aportaba una mayor credibilidad al tener que pedirles que repitiesen la cumplimentación del cuestionario y, en segundo lugar, para evitar más distorsiones en la docencia al tener que utilizar otra hora de clase. A todos ellos se les ha identificado con el mismo código en los dos momentos de medida (intervalo de tiempo entre el test y el retest de 30 días).

En el estudio de validez se presenta el estudio de la consistencia interna de las diferentes dimensiones analizadas y del valor correlacional que también informa de la fiabilidad de las escalas utilizadas.

Equivalencia y estabilidad de las puntuaciones:

Se ha seleccionado a las variables métricas más representativas de cada uno de los grandes bloques del cuestionario. El procedimiento para el cálculo ha consistido en la correlación de Spearman entre las puntuaciones de ambas aplicaciones, y el resultado obtenido se interpreta como un coeficiente de fiabilidad. El resultado obtenido se puede denominar, de forma más específica como coeficiente de estabilidad, al servir de indicador de hasta qué punto son estables las mediciones realizadas durante la aplicación del cuestionario.

En la tabla 67 se muestran los valores de fiabilidad (prueba test-retest) de una selección de 11 variables del cuestionario.

Tabla 67. Valores obtenidos de la fiabilidad del cuestionario ESVISAUN (test-retest).

Variables	Coefficiente Correlación Spearman	p	t test muestras relacionadas	p	Media diferencias (DE)	Hipótesis de diferencia
Edad	0,996	<0,001	-1,797	0,083	-0,103 (0,310)	Hipótesis nula
Peso	0,996	<0,001	0,648	0,522	0,103 (0,860)	Hipótesis nula
Altura	0,998	<0,001	0,441	0,663	0,034 (0,421)	Hipótesis nula
Ejercicio físico (min./sem.)	0,919	<0,001	0,722	0,477	6,207 (46,323)	Hipótesis nula
TV (h/día)	0,886	<0,001	-1,211	0,237	-0,095 (0,399)	Hipótesis nula
Ordenador (h/día)	0,964	<0,001	-1,049	0,303	-0,054 (0,275)	Hipótesis nula
Dormir (h/día)	0,903	<0,001	-1,065	0,297	-0,088 (0,421)	Hipótesis nula

Variables	Coefficiente Correlación Spearman	p	t test muestras relacionadas	p	Media diferencias (DE)	Hipótesis de diferencia
Cigarrillos/día	0,978	<0,001	-1,440	0,161	-0,310 (1,160)	Hipótesis nula
Alcohol ES (g/día)	0,998	<0,001	0,926	0,362	0,862 (5,012)	Hipótesis nula
Alcohol FS (g/día)	0,925	<0,001	-1,193	0,243	-6,207 (28,012)	Hipótesis nula
METS	0,994	<0,001	0,198	0,845	6,724 (183,027)	Hipótesis nula

ES: Entre semana, de lunes a jueves; FS: Fin de semana, de viernes a domingo; METS: equivalente metabólico de la realización de ejercicio físico.

Nota: Para completar la información que aporta el coeficiente de correlación de Spearman, se aporta el t-test de muestras relacionadas.

Los resultados, por tanto, dan cuenta de la estabilidad y la equivalencia de las puntuaciones. Así, podemos afirmar que el cuestionario cumple con la propiedad de fiabilidad.

5.4. ESTILOS DE VIDA DE LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

En este apartado de resultados se va a presentar la descripción y clasificación de los estudiantes universitarios en relación a los estilos de vida y en función de variables demográficas y socioeconómicas. En primer lugar se presentarán los análisis estadísticos para cada uno de los estilos de vida, a continuación se realizará un análisis mediante técnicas de regresión logística univariante y multivariante para conocer las variables determinantes de la calidad de la dieta y de la práctica de ejercicio físico y, finalmente, se realizará un análisis clúster para conocer la asociación de factores de riesgo.

Estado de salud en general

El 91% de los estudiantes universitarios consideraba que su estado de salud era bueno o muy bueno, frente a un 9% que lo considera regular, malo o muy malo (figura 62). Cabe destacar que no se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres.

En cambio, se encuentran diferencias significativas en relación a la edad (χ^2 corrección estadístico exacto de Fisher = 19,801; p=0,041). De forma, que a partir de los 30 años de edad, la percepción de un estado de salud “regular” o “malo” era más frecuente (23,7%) que en edades inferiores (5,1% de 26 a 29 años; 7,7% de 22 a 25 años; y, 8,2% de 18 a 21 años) (figura 63).

Figura 62. Percepción del estado de salud por sexo.

Hombre ■
Mujer ■

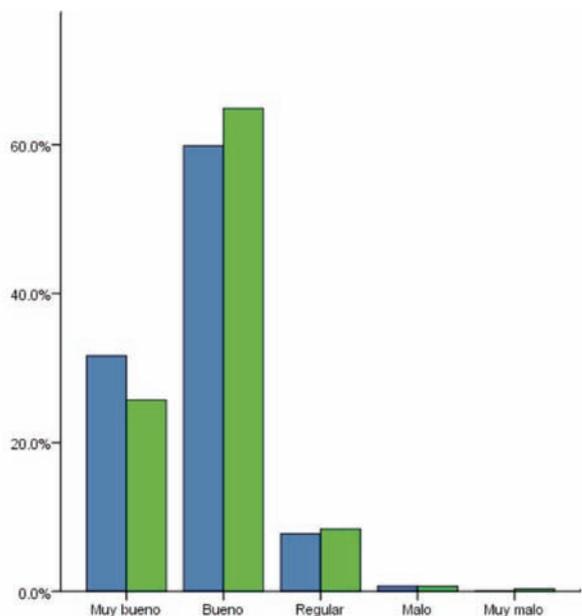
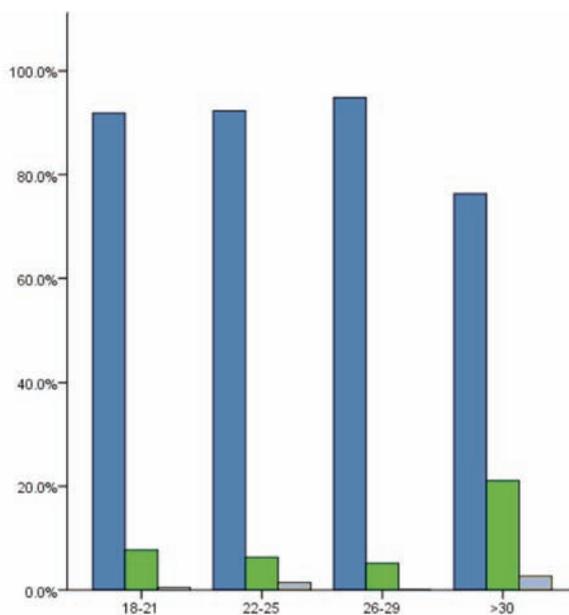
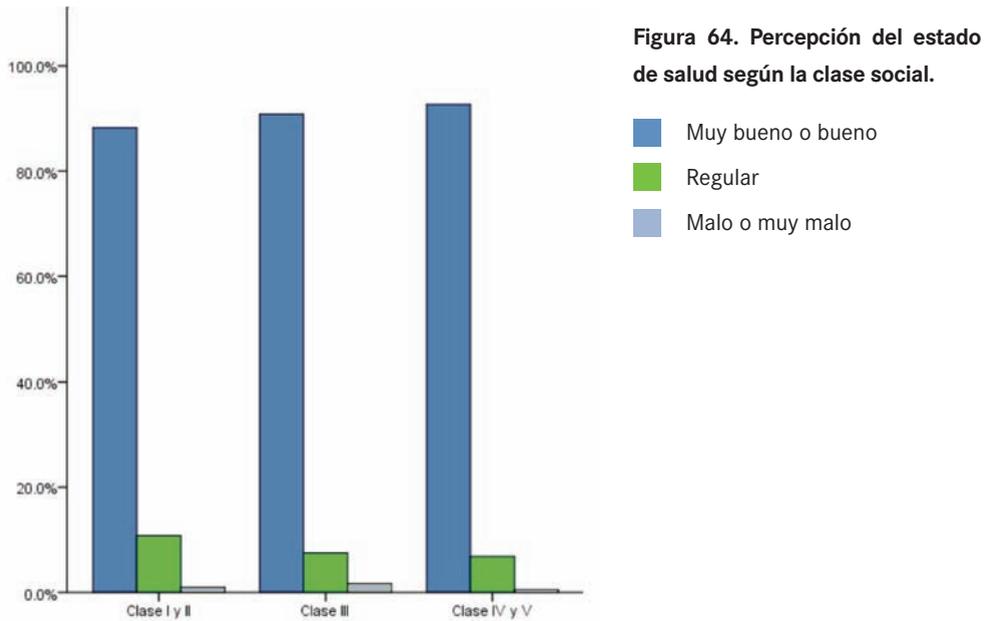


Figura 63. Percepción del estado de salud por grupo de edad.

Muy bueno o bueno ■
Regular ■
Malo o muy malo ■



En cuanto a la percepción del estado de salud según la clase social (aunque no existen diferencias significativas), el 88,2% de la clase I y II considera su estado de salud bueno o muy bueno, frente al 90,8% de la clase III y el 92,7% de la clase IV y V. Mientras que consideraban el estado de salud como negativo (“regular”, “malo” o “muy malo”) el 11,8% de la clase I y II frente al 9,2% de la clase III y al 7,3% de la clase IV y V (figura 64).



Nivel de estrés

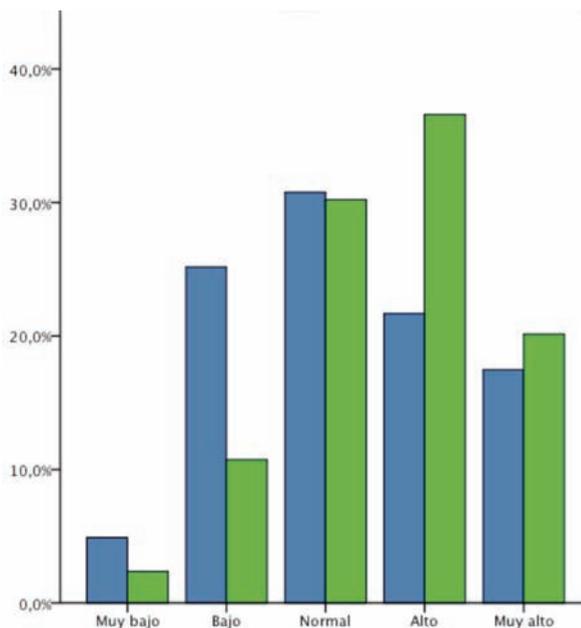
El 81,4% de los estudiantes se sienten estresados y, de éstos, el 51% considera que su nivel de estrés es alto o muy alto.

Se observan diferencias significativas por sexos ($\chi^2_{(4)}=22,153$; $p<0,001$). Así, el porcentaje de mujeres que se sienten estresadas es del 86,9% frente al 69,9% en el caso de los hombres. Dichas diferencias se mantienen considerando únicamente las categorías de nivel de estrés alto o muy alto ($\chi^2_{(1)}=20,832$; $p<0,001$). El 56,7% de las mujeres afirma tener un nivel de estrés alto o muy alto, mientras que en los hombres ese porcentaje se sitúa en el 39,2% (figura 65).

No se observan diferencias significativas entre el nivel de estrés y la edad o la clase social.

Figura 65. Nivel de estrés según el sexo.

Hombre ■
 Mujer ■

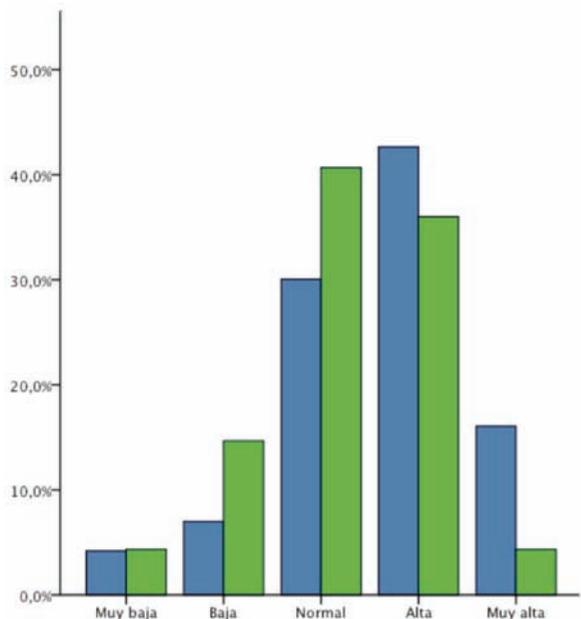


Nivel de autoestima

El 46,3% de los estudiantes universitarios consideraba que tenían un nivel de autoestima positiva (figura 66).

Figura 66. Nivel de autoestima según el sexo.

Hombre ■
 Mujer ■

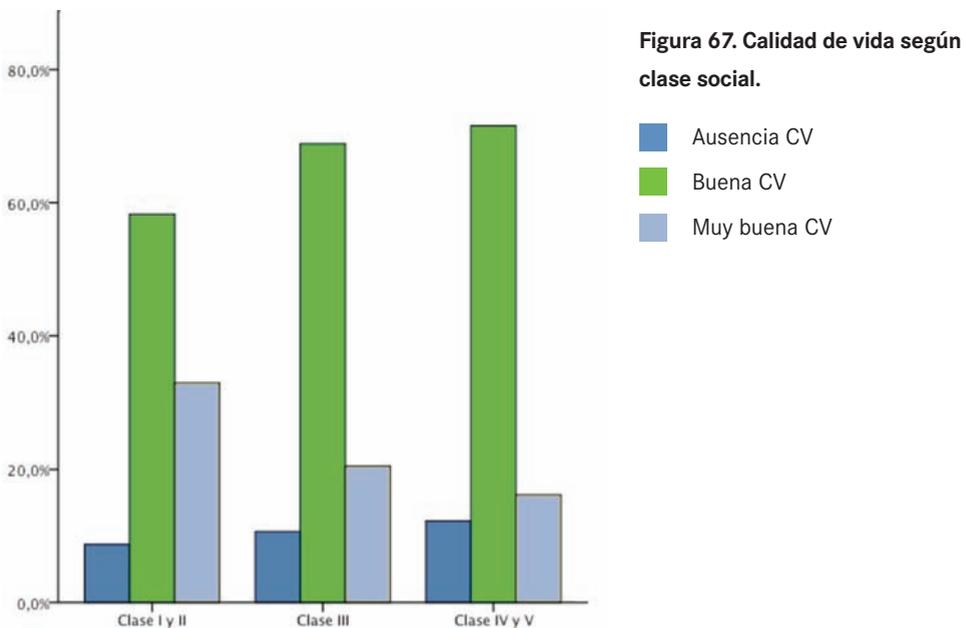


Existen diferencias significativas por sexos ($\chi^2_{(4)}=25,181$; $p<0,001$). Así, el 16,1% de los hombres perciben que tiene un nivel de autoestima muy alto comparado con el 4,3% en el caso de las mujeres. No se observan diferencias con la edad ni la clase social.

Calidad de vida

El 21,2% del alumnado refiere tener una “muy buena” calidad de vida, el 67,7% “buena”, el 9% “regular” y el 2% “mala”.

No se observan diferencias significativas entre la calidad de vida, el sexo y la edad, pero sí con la clase social ($\chi^2_{(4)}=11,737$; $p=0,019$). Así, el 33% de personas de clase social I y II manifiesta una muy buena calidad de vida frente al 20,5% de la clase social III y el 16,2% de la clase social IV y V (figura 67). Lo mismo ocurre a la inversa, el 12,3% de la clase social IV y V manifiesta ausencia de buena calidad de vida, frente al 10,7% de la clase social III y el 8,7% de la clase social I y II.



Enfermedades y problemas de salud

El 13,4% de los estudiantes universitarios refiere padecer una enfermedad crónica.

El 7,0% de los estudiantes refiere padecer una discapacidad, de éstos el 94,0% padecen una discapacidad sensorial (el 88,0% es visual y el 6,0% es auditiva), mientras que el 6,0% padece una discapacidad motora.

Altura, peso e IMC

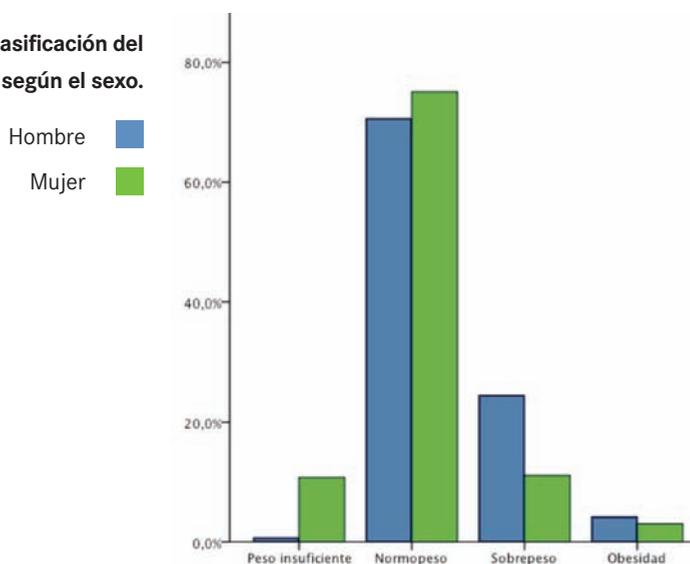
La altura media del grupo es de 168,5 cm y, existen diferencias notables entre hombres (177,5 cm) y mujeres (164,1 cm). Lo mismo ocurre con la variable peso, 64,21 Kg como promedio global (75,8 Kg en hombres y 58,7 Kg en mujeres), y con la variable IMC, 22,5 Kg/m² como promedio global (24,0 Kg/m² en hombres y 21,8 Kg/m² en mujeres). El IMC presenta un rango de 15,76 a 43,21 Kg/m². Dichos resultados antropométricos pueden verse en la tabla 68.

Tabla 68. Altura, peso e IMC.

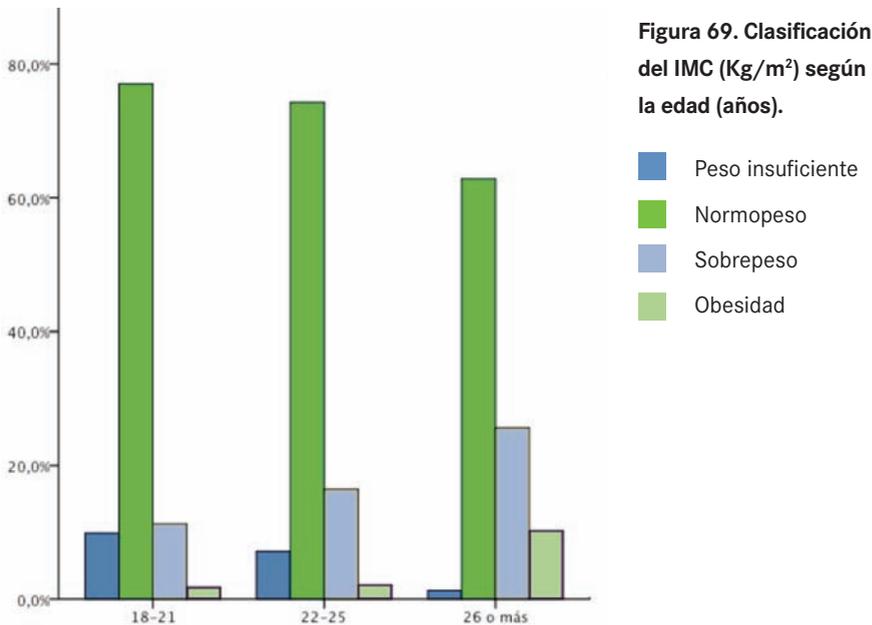
	Total		Hombres		Mujeres		T	p
	Media	DE	Media	DE	Media	DE		
Altura (m)	168,5	8,7	177,5	6,6	154,1	5,8	16,574	<0,001
Peso (Kg)	64,2	12,9	75,8	11,5	58,7	9,4	21,726	<0,001
IMC (Kg/m ²)	22,5	3,5	24,0	3,5	21,8	3,2	6,405	<0,001

El 18,9% del alumnado presenta un exceso de peso, el 15,5% sobrepeso (IMC entre 25 y 29,9 Kg/m²) y el 3,4% obesidad, mientras que el 7,5% presenta peso insuficiente. Existen diferencias significativas por sexos (χ^2 corrección estadístico exacto de Fisher =27,873; p<0,001). Así, el porcentaje de frecuencia de exceso de peso era del doble en hombres (28,7%) que en mujeres (14,1%). En cambio, la prevalencia de bajo peso era del 10,8% en mujeres y del 0,7% en hombres (figura 68).

Figura 68. Clasificación del IMC (Kg/m²) según el sexo.



Se observan diferencias significativas entre el IMC y la edad ($\chi^2_{\text{corrección estadístico exacto de Fisher}} = 25,296$; $p < 0,001$), de forma que a medida que aumenta la edad mayor es la frecuencia de sobrepeso y obesidad y menor la de normopeso, tal y como se puede apreciar en la figura 69.



Se observan también diferencias significativas entre el índice de masa corporal y la pertenencia a una determinada clase social ($\chi^2_{\text{corrección estadístico exacto de Fisher}} = 15,731$; $p = 0,013$). Aunque la tendencia no es muy clara, parece que a medida que disminuye la clase social hay un IMC mayor (tabla 69).

Tabla 69. Clasificación del IMC (Kg/m²) según la clase social (porcentajes).

	Total	Clase I y II	Clase III	Clase IV y V	χ^2 *	p
Peso Insuficiente	7,7%	5,0%	7,4%	9,3%	15,731	0,013
Normopeso	73,5%	77,2%	71,9%	72,5%		
Sobrepeso	15,3%	15,8%	20,7%	11,8%		
Obesidad	3,5%	2,0%	0,0%	6,4%		

* χ^2 corrección estadístico exacto de Fisher

En cuanto a la percepción del peso en relación a la altura, el 6,3% refiere un peso “inferior a lo normal”, el 65,9% lo percibe como “normal”, el 24,6% lo percibe como “algo superior a lo normal” y el 3,2% “bastante superior a lo normal”. Destacar, que las personas que perciben su peso como “algo o bastante superior a lo normal” son los que manifiestan mayor porcentaje de preocupación por su peso ($\chi^2_{(1)} = 44,912$; $p < 0,001$).

El 63,6% de los que su IMC indica peso insuficiente valoran su peso como normal, frente al 4,9% con IMC normal que creen tener menos peso. El 16,4% con IMC normal creen estar algo por encima de los normal frente al 0,3% que valoran estar bastante superior a lo normal. Cabe destacar también que el 25% de los individuos que presentan sobrepeso grado I valoran su peso como normal.

El 33,6% de los encuestados manifiesta no controlar el peso (nunca o casi nunca), frente al 5,9% que lo controla de forma anual, el 23,9% de forma mensual, el 29,1% de forma semanal y el 7,7% diariamente.

En cuanto a si les preocupa su peso, el 61,3% manifiesta preocupación por su peso (66,7% en las mujeres y 50% en hombres) frente al 38,7% que no (33,3% en las mujeres y el 50% en hombres). Existen diferencias significativas en hombres y mujeres ($\chi^2_{(1)} = 11,144$; $p=0,001$)

En cuanto a si ha cambiado de peso en el último año, el 27,8% manifiesta que “no”, frente al 35,5% que manifiestan una pérdida de peso (el 14,1% de 1-2 Kg, el 12,3% de 3-4 Kg y el 9,1% de 5 o más Kg) y un 36,7% que manifiestan una ganancia de peso (el 20,1% de 1-2 Kg, el 12,5% de 3-4 Kg y el 4,1% de 5 o más Kg). Se observan diferencias significativas en cuanto al sexo ($\chi^2_{(6)} = 16,815$; $p=0,01$), ya que el 7,7% de los hombres manifiestan una ganancia de 5 ó más Kg frente al 2,4% de las mujeres. La misma tendencia ocurre a la inversa, ya que el 15,2% de las mujeres manifiestan una pérdida de 3-4 Kg frente al 6,3% de los hombres.

Las personas con sobrepeso muestran preocupación por su peso en mayor porcentaje que las que refieren normopeso o peso insuficiente ($\chi^2_{(1)} = 28,880$; $p<0,001$). Llama la atención que el 75,8% de personas con peso insuficiente manifiestan que no tienen preocupación por su peso. Las personas que manifiestan preocupación por su peso tienden a controlarlo con mayor frecuencia ($\chi^2_{(1)} = 39,466$; $p<0,001$). El 57,1% de personas que piensan que su peso es bastante superior a lo normal no acostumbran a controlarlo -categorías de respuesta “nunca o casi nunca”- ($\chi^2_{(1)} = 22,127$; $p<0,05$).

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 variado 3 Kg o más, ya sea ganándolos o bien perdiéndolos ($\chi^2_{(1)} = 41,427$; $p<0,001$).

No se observan diferencias significativas entre ambos sexos en lo referente a la percepción del peso en relación con la altura. Tampoco en la frecuencia en el control de peso. Aunque, las mujeres se preocupan en mayor porcentaje por su peso que los hombres.

En general, las mujeres son las que han experimentado más cambios de peso en el último año en todas las categorías, exceptuando el caso de “ganancia de 5 Kg o más”.

Horas de sueño

El 63,2% del alumnado refiere que las horas sueño le permiten descansar lo suficiente, frente al 36,8% que no. No existen diferencias significativas en cuanto a sexo, edad ni clase social.

El 77,4% refiere dificultad para dormir en las últimas semanas. De estos, el 49,4% refieren dificultad algún día, el 16,3% varios días, el 9,7% la mayor parte de los días y el 2% todos los días.

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

La mediana de horas que duermen a la semana es de 8 horas, coincidiendo con la mediana de entre semana y fin de semana. Si bien, tal y como podemos observar en la tabla 70 el rango intercuartílico (RI) es más amplio en fin de semana que entre semana y si analizamos por percentiles podemos ver como entre semana sólo el 10% duerme más de 8 horas mientras que en fin de semana este porcentaje aumenta al 40%. En este mismo sentido, la media de horas al día que los estudiantes universitarios duermen a la semana se sitúa en 7,6 horas (7,8 h entre semana y 8,0 h el fin de semana).

Tabla 70. Horas al día que duermen los estudiantes universitarios a la semana, entre semana y fin de semana.

	Media (DE)	Mediana	RI		Z*	p
			P25	P75		
Entre semana (n=416)	7,6 (0,9)	8,0	8,0	8,0	-8,773	<0,001
Fin de semana (n=408)	8,0 (1,0)	8,0	8,0	9,0		
A la semana (n=407)	7,8 (0,8)	8,0	7,4	8,4		

* Prueba de rangos con signo de Wilcoxon.

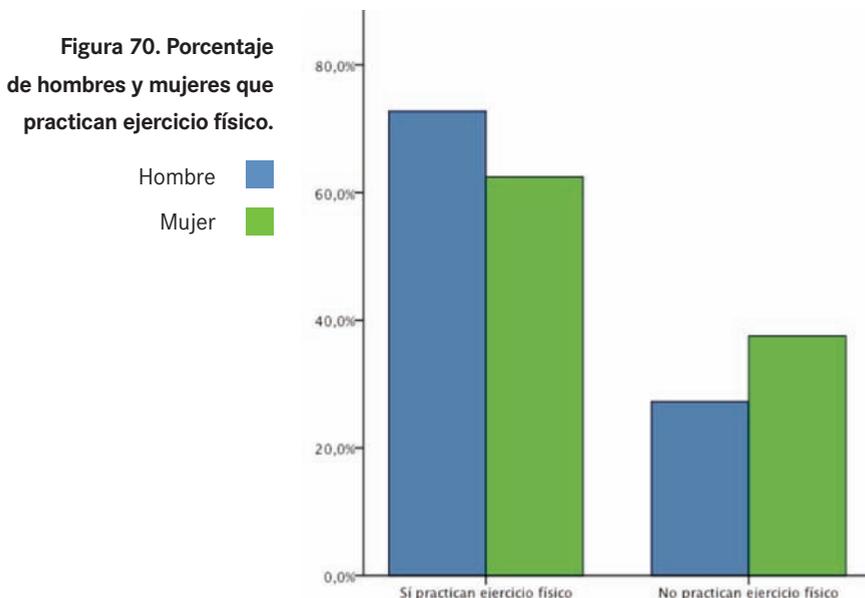
RI: Rango Intercuartílico; P25: Percentil 25; P75: Percentil 75; DE: Desviación Estándar.

No se han encontrado diferencias significativas entre las horas que duermen a la semana en relación al sexo (U de Mann-Whitney=16013,000; p=0,092).

Actividad física

El 66,2% refiere practicar ejercicio físico o deporte frente a un 33,8% que indica que no. Si se elimina como categoría de ejercicio físico “andar o pasear fuera de casa” el porcentaje de alumnado que realiza ejercicio físico desciende al 65,8%.

Al comparar la práctica deportiva por sexos, encontramos que existen diferencias significativas, ya que el porcentaje de hombres que practican ejercicio físico (72,7%) es mayor que el de las mujeres (63,5%) (figura 70). En cambio, no se encuentran diferencias significativas en cuanto a la práctica o no de ejercicio físico y la clase social o la edad.



De los que afirman realizar ejercicio físico, el 25,7% refiere que lo practica físico hace menos de 6 meses, el 11,1% entre 6 meses y 1 año y el 63,2% hace más de un año. Y, el 10,3% realizan ejercicio físico “1 vez por semana”, el 22,0% “2 veces”, el 28,7% “3 veces”, el 29,0% “entre 4 y 5 veces” y, el 10,0% “cada día”.

En la mediana de práctica de ejercicio físico a la semana de los estudiantes universitarios (150 min) se han observado diferencias significativas (U de Mann-Whitney=4584,500, $p=0,009$) entre hombres (210 min) y mujeres (150 min), lo que significa que los hombres refieren practicar un 40,0% más de minutos a la semana de ejercicio que las mujeres (tabla 71). No se encuentran diferencias significativas en relación a la edad ni a la clase social.

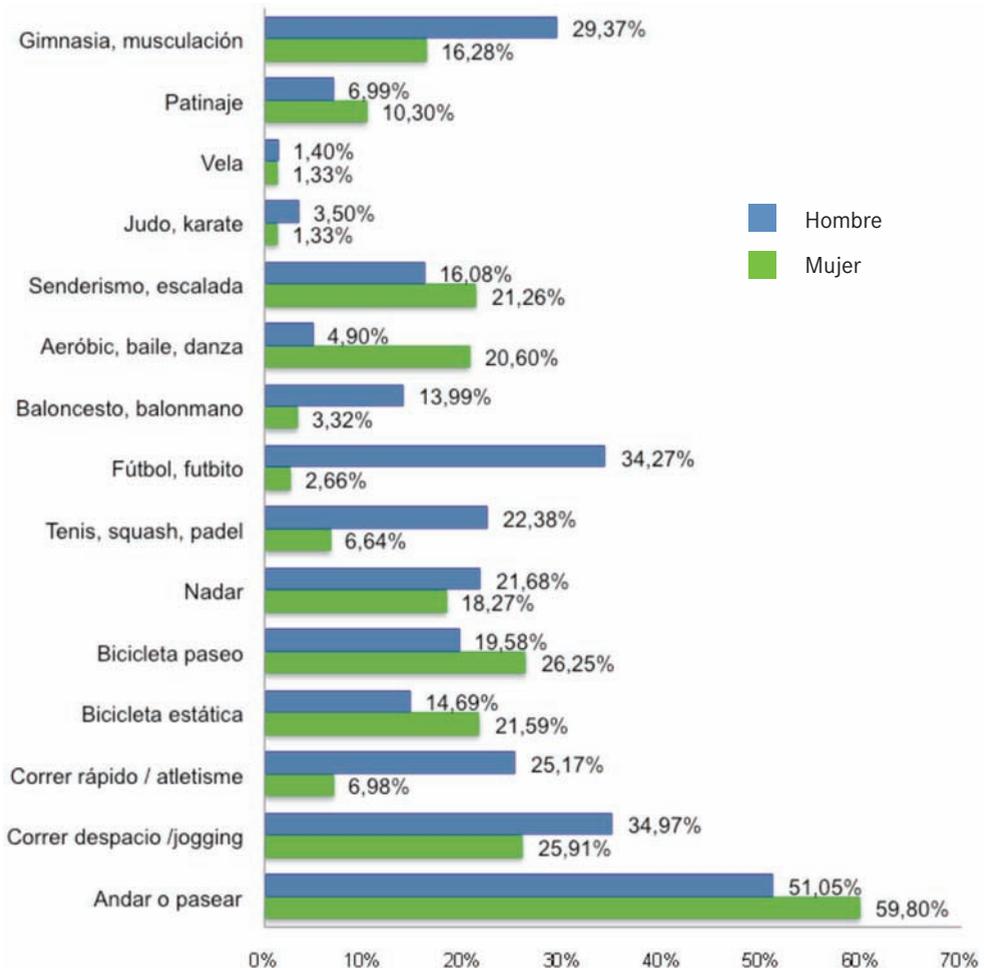
Tabla 71. Práctica de ejercicio físico del alumnado universitario (minutos a la semana).

	Media (DE)	Mediana	RI		U de Mann-Whitney	p
			P25	P75		
Hombres (n=78)	210,0 (99,4)	210,0	150,0	330,0	4584,500	0,009
Mujeres (n=148)	174,3 (80,9)	150,0	90,0	210,0		
Total (n=226)	186,6 (89,1)	150,0	90,0	270,0		

RI: Rango Inter cuartílico; P25: Percentil 25; P75: Percentil 75; DE: Desviación Estándar.

En la figura 71 podemos observar los porcentajes de realización de actividad física según los diferentes tipos de actividad y según el sexo. En ella podemos observar, tal y como hemos comentado en el apartado de estudios de validación, comportamientos diferenciales estadísticamente significativos en hombre y mujeres en las siguientes actividades: correr rápido, tenis, fútbol, baloncesto, aeróbic y musculación.

Figura 71. Porcentaje de realización de ejercicio físico según el tipo de actividad y el sexo.



A partir del índice energético, obtenido a partir de la intensidad medida en METS y de la duración y la frecuencia de cada una de las actividades realizadas, hemos clasificado al 34,5% de los individuos como inactivos (no realizan ninguna actividad en tiempo libre), al 8,1% como que realizan una actividad física ligera (≤ 499 total MET-minutos/semana), al 10,1% como que realizan una actividad física moderada (500 – 999 total MET-minutos/semana) y al 47,1% como que realizan una actividad física intensa (≥ 1.000 total MET-minutos/se-

mana). Si contemplamos la categoría “andar o caminar fuera de casa” como ejercicio físico el porcentaje de individuos inactivos disminuye ligeramente hasta el 31,5% de los estudiantes universitarios. Se observan diferencias significativas por sexos en cuanto al índice energético ($\chi^2_{(3)}=18,051$; $p<0,001$), de forma que el 60,8% de los hombres realizan una actividad física intensa frente al 40,5% de las mujeres, mientras que para la actividad física moderada o ligera el porcentaje de mujeres que la practican es mayor (tabla 72).

Tabla 72. Índice Energético por sexos.

	Total (N=444)	Hombres (n=143)	Mujeres (n=301)	χ^2	p
Inactivo	34,7%	28,7%	37,5%	18,051	<0,001
Actividad Física Ligera	8,1%	5,6%	9,3%		
Actividad Física Moderada	10,1%	4,9%	12,6%		
Actividad Física Intensa	47,1%	60,8%	40,5%		

* Para el cálculo del índice energético se ha eliminado la categoría de “andar o caminar fuera de casa”.

Al preguntarle al alumnado por los motivos por los que no practican ejercicio físico, el 33,6% manifiesta falta de tiempo, el 19,8% falta de voluntad, el 13,5% debido al trabajo o a los horarios de clase y el 1,4% por motivos económicos. El 15,4% de los encuestados dejaron de practicar ejercicio desde que están en la universidad y el 33,0% lo disminuyeron, frente al 18,8% que incrementaron la práctica de ejercicio, bien porque empezaron a realizarlo (8,8%) o bien porque lo incrementaron (10,0%). No existen diferencias significativas en relación a la edad, sexo o clase social.

Al preguntarles sobre la práctica de ejercicio físico de forma habitual por parte de los progenitores, nos informan de que el 52,5% de ellos no practican ejercicio físico. En el 19,7% de los casos lo practican ambos, en el 15,7% sólo el padre y en el 12,2% sólo la madre.

Cabe destacar la relación existente entre la práctica de ejercicio físico del alumnado y sus progenitores (figura 72). De tal forma que si ambos progenitores -o al menos la madre- realizan ejercicio físico es más probable que los hijos también lo realicen ($\chi^2_{(3)}=9,126$; $p=0,028$).

En relación al lugar dónde practican habitualmente el ejercicio físico el 15,4% de los encuestados lo hace en el gimnasio de la universidad, el 10,9% en un gimnasio privado, el 8,2% en un gimnasio público y el resto en un entorno abierto o al aire libre. No se observan diferencias significativas entre el lugar de realización del ejercicio físico y la edad, el sexo o la clase social.

En la tabla 73 puede observarse la valoración del servicio de actividades deportivas de la universidad. En ella, vemos como mayoritariamente es valorado de forma positiva, aunque existe un porcentaje de entre un 20 y un 30%, que lo hacen de forma negativa.

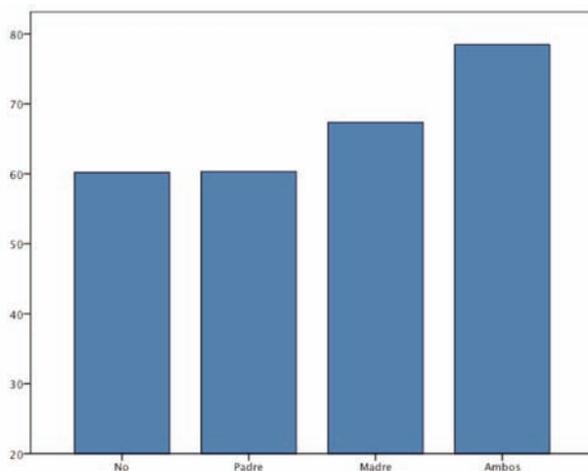


Figura 72. Relación entre la práctica de ejercicio físico (EF) del alumnado (en porcentaje) y la práctica habitual de EF por parte de los progenitores.

Tabla 73. Valoración del servicio de actividades deportivas.

	Nc/Na*	Muy mal	Mal	Regular	Bien	Muy bien
Oferta de actividades	32,4%	1,4%	2,5%	16,7%	36,0%	11,0%
Instalaciones	22,3%	1,4%	3,6%	18,7%	42,4%	11,5%
Precio	21,9%	4,3%	7,4%	18,7%	33,0%	14,7%
Horario	26,0%	4,3%	6,8%	17,9%	37,1%	7,9%

*Nc/Na: no contesta / no aplicable. N=444.

Actividades de ocio y tiempo libre

De un conjunto de once actividades de ocio y tiempo libre, existen diferencias de género en relación a “tareas domésticas”, “videojuegos” y “leer libros no relacionados con el estudio”. En el caso de las tareas domésticas hay una mayor dedicación horaria por parte de la mujeres, igual que a leer libros no relacionados con el estudio. Mientras que en el caso de los videojuegos son los hombres los que tienen una mayor dedicación (tablas 74 y 75).

Los estudiantes universitarios dedican una media de 1,7 horas al día a ver la televisión en su tiempo libre (1,5 horas entre semana y 2,0 horas durante el fin de semana).

Si se analizan las horas que los estudiantes universitarios pasan en su tiempo libre ante el ordenador, se registra una media de 3,4 horas al día, algo mayor en el caso de los hombres en comparación con las mujeres. En cambio, las mujeres dedican una media de horas superior a los hombres en actividades culturales y en estudio, así como a la lectura no relacionada con el estudio.

Tabla 74. Tiempo medio a la semana (horas / 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	1,3	0,8 - 2,0	1,4	0,8 - 2,4	2,359	0,125
Estar ante ordenador	3,1	1,9 - 5,2	3,0	1,6 - 4,4	1,600	0,206
Tareas domésticas	0,8	0,5 - 1,4	1,0	0,7 - 2,0	16,787	<0,001
Salir con los amigos	2,3	1,3 - 3,9	2,7	1,7 - 3,9	1,873	0,171
Estudiar	3,0	1,4 - 4,4	3,0	2,0 - 4,6	2,832	0,092
Internet, chats...	2,0	1,0 - 3,3	1,6	0,8 - 3,0	1,874	0,171
Ir a clase	5,0	4,0 - 6,0	5,0	4,0 - 6,0	2,172	0,141
Videojuegos	0,4	0,0 - 1,2	0,0	0,0 - 0,0	89,525	<0,001
Actividades culturales	0,9	0,2 - 1,4	0,9	0,4 - 0,9	1,114	0,291
Leer libros, prensa...	0,5	0,0 - 1,0	0,8	0,3 - 1,3	5,077	0,024
Actividades solidarias	0,0	0,0 - 0,0	0,0	0,0 - 0,0	0,413	0,521

* Prueba de Kruskal-Wallis; RI: Rango Intercuartílico; P25: Percentil 25; P75: Percentil 75.

Tabla 75. Tiempo medio a la semana (horas / día) dedicado a actividades de ocio y tiempo libre.

	Total			Hombres	Mujeres
	Mediana	RI (P25 - P75)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)
Ver TV	1,4	0,8 - 2,4	1,7 (1,3)	1,6 (1,3)	1,7 (1,3)
Estar ante ordenador	3,0	1,6 - 4,6	3,4 (2,2)	3,6 (2,3)	3,2 (2,1)
Tareas domésticas	1,0	0,6 - 1,9	1,5 (1,3)	1,2 (1,2)	1,6 (1,4)
Salir con los amigos	2,6	1,5 - 3,9	2,8 (1,7)	2,7 (1,9)	2,8 (1,6)
Estudiar	3,0	2,0 - 4,4	3,4 (2,0)	3,2 (2,2)	3,5 (2,0)
Internet, chats...	1,6	0,9 - 3,0	2,2 (1,9)	2,4 (2,1)	2,1 (1,8)
Ir a clase	5,0	4,0 - 6,0	5,1 (2,1)	4,9 (2,2)	5,2 (2,0)
Videojuegos	0,0	0,0 - 0,4	0,4 (0,9)	0,8 (1,1)	0,2 (0,6)
Actividades culturales	0,9	0,4 - 1,4	1,0 (1,1)	1,0 (1,0)	1,0 (0,9)
Leer libros, prensa...	0,7	0,3 - 1,1	0,9 (1,1)	0,8 (1,0)	1,0 (1,1)
Actividades solidarias	1,0	0,0 - 1,0	0,25 (0,7)	0,3 (0,8)	0,2 (0,6)

RI: Rango Intercuartílico; P25: Percentil 25; P75: Percentil 75.

Si analizamos la correlación entre los diferentes ítems agrupados como actividades sedentarias (ordenador, estudiar y ver TV) con las horas dedicadas a la práctica de ejercicio físico, podemos observar que existen diferencias en cuanto al sexo. Por ejemplo, en el caso de los hombres existe una correlación significativa y negativa con la práctica de ejercicio físico y el uso del ordenador, cosa que no ocurre en las mujeres. Además, esta correlación disminuye

con las horas de estudio y es prácticamente nula con la relación de las horas de ver la TV (tabla 76). En cambio en las mujeres, existe una correlación negativa y significativa con la práctica de ejercicio físico y ver la TV, pero no con el ordenador y estudiar (tabla 77).

Tabla 76. Correlación entre el tiempo de práctica de ejercicio físico (EF) y el tiempo dedicado a ver la TV, al ordenador y a estudiar en hombres según Rho de Spearman.

	Práctica de EF	Ver TV	Ordenador	Estudiar
Práctica de EF	1			
Ver TV	-0,075	1		
Ordenador	-0,324**	0,089	1	
Estudiar	-0,182*	0,196*	0,384**	1

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 77. Correlación entre el tiempo de práctica de ejercicio físico y el tiempo dedicado a ver la TV, al ordenador y a estudiar en mujeres según Rho de Spearman.

	Práctica de EF	Ver TV	Ordenador	Estudiar
Práctica de EF	1			
Ver TV	-0,155**	1		
Ordenador	-0,059	0,305**	1	
Estudiar	-0,064	0,160**	0,329**	1

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Hábito tabáquico

En la actualidad, el 80,5% no fuma tabaco (de éstos, el 12,4% son exfumadores y el 68,1% no han consumido más de 100 cigarrillos a lo largo de su vida), el 2,3% fuma de forma ocasional y el resto, es decir un 17,2% lo hace de forma regular. Aunque no alcanza el nivel de significación estadística, tal y como puede observarse en la figura 73 la prevalencia de tabaquismo en mujeres (21,3%) es superior a los hombres (15,5%).

En cambio sí que se observan diferencias significativas con la edad ($\chi^2_{(3)} = 17,646$; $p=0,001$), de forma que el porcentaje de fumadores en el grupo de mayores de 30 años (46,2%) es mayor que el de 18 a 21 años (15,6%), el de 22 a 25 años (29,3%) o el de 26 a 29 años (18,2%) (figura 74). No se observan diferencias significativas entre el consumo de tabaco y la clase social.

Figura 73. Porcentaje de fumadores y no fumadores según el sexo.

Hombre ■
Mujer ■

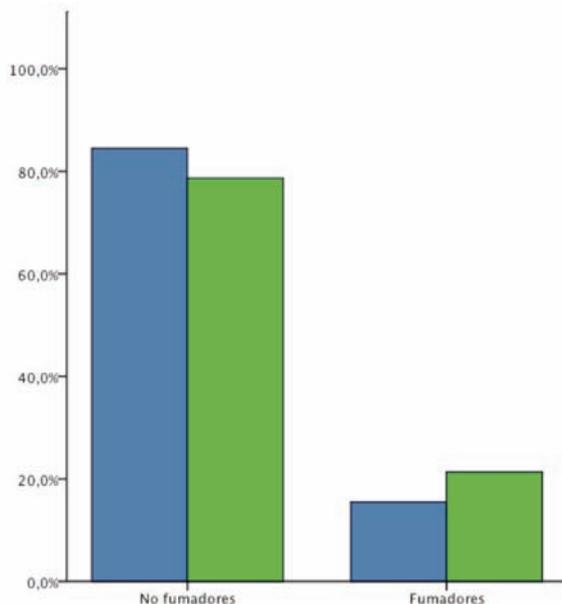
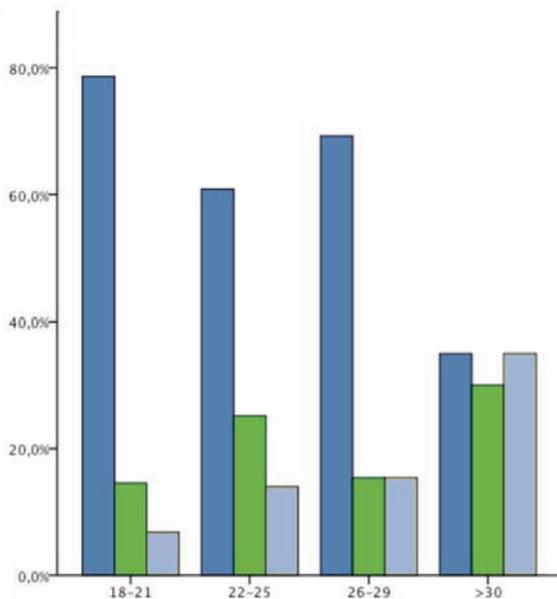


Figura 74. Porcentaje de fumadores, no fumadores y exfumadores según la edad.

No fumador ■
Fumador ■
Exfumador ■



La mediana de cigarrillos fumados al día es de 7,0 (4,8 en el caso de las mujeres y 7,0 en el caso de los hombres) y la media, de 7,1 cigarrillos (8,4 en el caso de los hombres y 6,6 en el caso de las mujeres). Si observamos el rango intercuartílico, podemos ver que es mucho más amplio en hombres que en mujeres. Y, aunque no existen diferencias significativas se observa que los hombres fuman más cigarrillos al día que las mujeres (tabla 78).

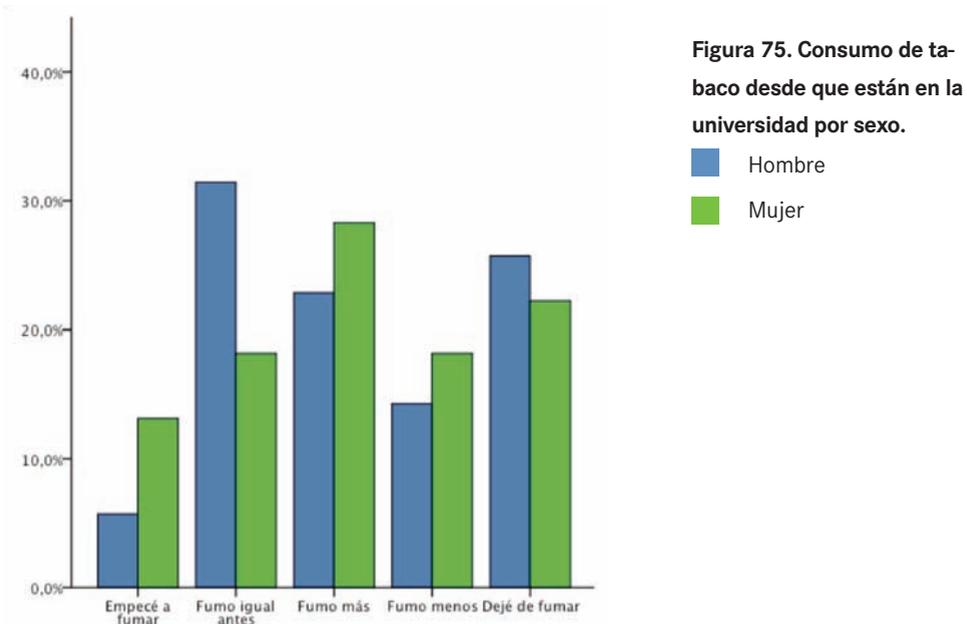
Tabla 78. Número de cigarrillos fumados al día según el sexo.

	Media (DE)	Mediana	RI		U de Mann-Whitney	p
			P25	P75		
Hombres (n=22)	8,4 (9,2)	7,0	2,0	12,0	681,500	0,818
Mujeres (n=64)	6,6 (6,1)	4,8	2,5	7,0		
Total (n=86)	7,1 (7,0)	7,0	2,5	12,0		

RI: Rango Intercuartílico; P25: Percentil 25; P75: Percentil 75; DE: Desviación Estándar.

En el caso de los exfumadores, el 32,1% hace menos de 6 meses que lo ha dejado, el 16,1% entre 6 y 11 meses, el 17,9% entre 1 y 2 años, el 17,9% entre 3 y 5 años, el 7,1% entre 6 y 9 años y el 8,9% diez o más años.

Al preguntarles por cómo creen que ha cambiado su consumo de tabaco desde que están en la universidad, el 11,2% refiere que empezó a fumar en ella, el 21,6% que fuma igual que antes, el 26,9% fuma más, el 17,2% fuma menos y el 23,1% dejó de fumar (figura 75).



En cuanto a si habían intentado dejar de fumar, nos encontramos que el 37,2% nunca lo había intentado frente al 62,8% (el 44,2% lo había intentado una o dos veces y el 18,6% más de dos veces). De éstos el 48,8% había intentado dejar de fumar en el último año.

A la pregunta de si les gustaría dejar de fumar, el 74,4% de los fumadores responde afirmativamente, frente al 26,9% que no. Y, en cuanto al interés en dejar de fumar, el 16,3% refieren que no tienen interés en dejarlo, el 48,8% refieren algo de interés, el 23,3% refieren bastante

interés y el 11,6% que refieren mucho interés. El 80% no encuentra difícil abstenerse de fumar en lugares donde está prohibido frente al 20% que sí encuentra dificultad. El 15,1% fuma incluso cuando está enfermo.

En cuanto a los motivos de recaída entre los que han intentado abandonar el hábito tabáquico, dan igual importancia al estrés (30,8%), a la ansiedad (30,8%) o a la motivación social (32,7%), es decir, salir a cenar con los amigos, salir de marcha, etc. El 5,8% refiere otros motivos que no especifican. Ninguno de los encuestados ha seleccionado como motivo de recaída “problemas de peso”.

Según el test de Fagerstrom, el 77,5% de los fumadores posee un grado de dependencia leve frente al 15,0% que posee un grado de dependencia moderado y al 7,5% que posee un grado severo.

En cuanto al grado de motivación para el cese del hábito tabáquico (Test de Richmond), el 69,8% de los fumadores presenta una motivación baja, frente a un 24,4% que presenta una motivación media o el 5,8% que presenta una motivación alta.

Según el modelo de Prochaska y Diclemente, el 69,8% de los fumadores se encontraban en fase de precontemplación, el 20,9% en fase de contemplación y el 9,3% en fase de preparación para la acción.

En relación a la exposición al humo ambiental de tabaco, el 45,0% de los encuestados refiere no haber estado expuesto en el domicilio habitual frente a un 55,0% que sí. Entre éstos últimos, un 58,8% refiere una exposición de 10 ó más años, un 12,7% una exposición de 6-9 años, un 11,3% una exposición de 3 a 5 años, un 10,9% una exposición de 1 a 2 años y un 6,3% una exposición inferior a 1 año.

Consumo de alcohol

El 58,0% de los estudiantes universitarios son consumidores habituales de bebidas alcohólicas. El consumo más frecuente suele ser entre una vez a la semana y dos veces al mes, no existiendo diferencias significativas por sexo (tabla 79).

En cuanto al número de consumiciones de bebidas alcohólicas que suelen realizar en un día de consumo normal, la mayoría (61,5%) suelen tomar entre 1 o 2 consumiciones, frente al 25,2% que toma entre 3 o 4, el 9,5% que toma entre 5 o 6 y finalmente el 3,6% que toma 7 o más consumiciones. Se observan diferencias significativas en cuanto al sexo ($\chi^2_{(3)}=26,077$; $p<0,001$), de forma que las mujeres toman un menor número de consumiciones de alcohol que los hombres (tabla 80). Sin embargo, no se observan diferencias significativas en relación a la clase social y a la edad.

Tabla 79. Frecuencia de consumo de alcohol.

	Total (N=443)	Hombres (n=143)	Mujeres (n=300)	χ^2	p
4 ó más veces semana	2,7%	4,9%	1,7%	5,869	0,209
2 ó 3 veces semana	19,9%	21,0%	19,3%		
2 ó 4 veces al mes	35,4%	37,8%	34,3%		
1 ó menos veces al mes	28,2%	23,8%	30,3%		
Nunca	13,8%	12,6%	14,3%		

Tabla 80. Frecuencia de consumiciones de bebidas alcohólicas en un día de consumo normal según el sexo.

	Total (N=441)	Hombres (n=143)	Mujeres (n=298)	χ^2	p
1 o 2 consumiciones	61,5%	53,8%	65,1%	26,077	<0,001
3 o 4 consumiciones	25,4%	22,4%	26,8%		
5 o 6 consumiciones	9,5%	14,7%	7,0%		
7 o más consumiciones	3,6%	9,1%	1,0%		

Y, finalmente en cuanto a la frecuencia con la que suelen tomar seis o más bebidas alcohólicas en una ocasión de consumo, el 20,4% lo hace menos de 1 vez al mes, el 8,4% mensualmente, el 6,6% semanalmente, frente al 64,7% que nunca lo ha realizado (tabla 81). Aquí también se observan diferencias significativas en cuanto al sexo ($\chi^2_{(3)}=25,048$; $p<0,001$), ya que es más frecuente que los hombres tomen un mayor número de consumiciones en una ocasión de consumo. Por ejemplo, el 72,2% de las mujeres nunca han tomado 6 o más consumiciones en un día de consumo normal frente a un 49,0% de los hombres.

Tabla 81. Frecuencia de consumo de 6 o más bebidas alcohólicas en una ocasión de consumo según el sexo.

	Total (N=442)	Hombres (n=143)	Mujeres (n=299)	χ^2	p
Semanalmente	6,6%	10,5%	4,7%	25,048	<0,001
Mensualmente	8,4%	14,0%	5,7%		
Menos de 1 vez al mes	20,4%	26,6%	17,4%		
Nunca	64,7%	49,0%	72,2%		

Según el instrumento de cribado AUDIT-C, el 27,3% de los estudiantes universitarios presentan un consumo de riesgo (32,2% en el caso de los hombres y 24,9% en el caso de las mujeres). No existen diferencias significativas en cuanto al sexo.

La mediana de consumo de alcohol a la semana es de 30,0 gramos (0,0 gramos entre semana y 20,0 gramos los fines de semana). Como podemos ver en las tablas 82, 83 y 84 existen diferencias significativas entre el consumo de alcohol semanal, entre semana y de fin de semana entre hombres y mujeres. Podemos observar también, como el consumo de gramos de alcohol es mayor en hombres que en mujeres, y que dicho consumo se produce los fines de semana.

Tabla 82. Consumo de alcohol (en g) a la semana según el sexo.

	Media (DE)	Mediana	RI		U de Mann-Whitney	P
			P25	P75		
Hombres (n=125)	64,3 (75,6)	40,0	15,6	84,4	12245,500	<0,001
Mujeres (n=257)	39,8 (51,9)	23,7	10,0	52,5		
Total (n=382)	47,8 (61,7)	30,0	10,0	60,0		

RI: Rango Inter cuartilico; P25: Percentil 25; P75: Percentil 75; DE: Desviación Estándar.

Tabla 83. Consumo de alcohol (en g) entre semana (de lunes a jueves) según el sexo.

	Media (DE)	Mediana	RI		U de Mann-Whitney	P
			P25	P75		
Hombres (n=125)	23,8 (51,7)	2,5	0,0	25,0	12903,000	0,001
Mujeres (n=257)	11,5 (31,4)	0,0	0,0	10,0		
Total (n=382)	15,5 (39,5)	0,0	0,0	15,0		

RI: Rango Inter cuartilico; P25: Percentil 25; P75: Percentil 75; DE: Desviación Estándar.

Tabla 84. Consumo de alcohol (en g) en fin de semana (de viernes a domingo) según el sexo.

	Media (DE)	Mediana	RI		U de Mann-Whitney	P
			P25	P75		
Hombres (n=125)	40,4 (39,0)	27,5	10,0	61,9	13573,500	0,014
Mujeres (n=257)	28,3 (28,3)	20,0	8,7	41,2		
Total (n=382)	32,3 (32,7)	20,0	10,0	45,0		

RI: Rango Inter cuartilico; P25: Percentil 25; P75: Percentil 75; DE: Desviación Estándar.

El 1,5% son bebedores ocasionales, es decir, que consumen bebidas alcohólicas en una frecuencia inferior a un día por semana. El 13,8% de los encuestados se declara abstemio (el 12,6% de los hombres y el 14,3% de las mujeres) y el 84,7% declara haber consumido alcohol. Entre estos últimos, y según la clasificación operativa de la SEMFYC, el 82,4% son bebedores moderados (82,5% de los hombres y el 82,3% de las mujeres) y el 2,3% bebedores de riesgo (3,5% de los hombres y el 1,7% de las mujeres). No existen diferencias significativas entre la clasificación operativa de la SEMFYC y el sexo, la edad o la clase social.

Consumo de drogas

La droga de mayor consumo admitido es el cannabis, ya que el 26,5% la ha consumido en alguna ocasión, a continuación los tranquilizantes (13,8%), la cocaína (5,9%), los alucinógenos (4,5%), el éxtasis (2,9%) y las anfetaminas (2,3%). La heroína figura en último lugar con un consumo del 0,5% y no hay ningún consumo en el último año ni en los últimos 30 días (tabla 85).

Tabla 85. Porcentaje de consumo de drogas en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días.

	En la vida		En los últimos 12 meses				En los últimos 30 días			
	Nunca	Ocasionalmente	Diariamente	Semanalmente	Ocasionalmente	Nunca	Diariamente	Semanalmente	Ocasionalmente	Nunca
Tranquilizantes ^a	86,2%	13,8%	1,1%	0,8%	20,7%	77,4%	0,4%	0,4%	11,5%	87,7%
Cannabis ^b	73,5%	26,5%	2,7%	3,1%	29,2%	65,0%	3,1%	2,7%	18,6%	75,6%
Cocaína	94,1%	5,9%	-	-	5,8%	94,2%	-	-	2,3%	97,7%
Éxtasis ^c	97,1%	2,9%	-	-	2,7%	97,3%	-	-	0,4%	99,6%
Alucinógenos ^d	95,5%	4,5%	-	-	1,9%	98,1%	-	-	-	100%
Anfetaminas ^e	97,7%	2,3%	-	-	1,2%	98,8%	-	-	0,4%	99,6%
Heroína	99,5%	0,5%	-	-	-	100%	-	-	-	100%

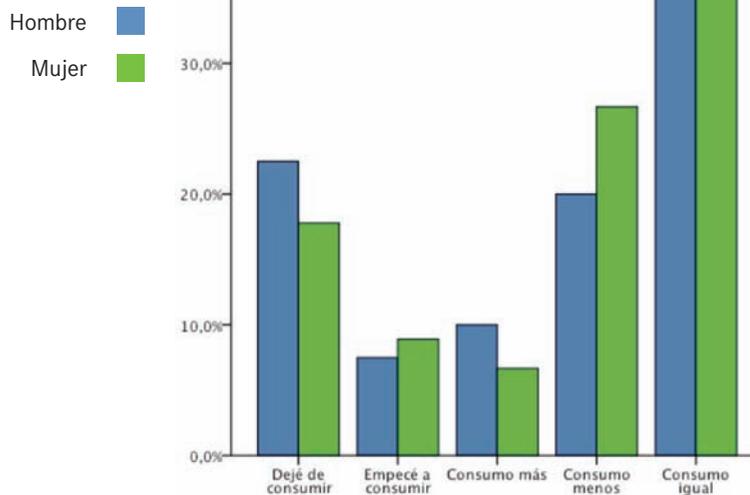
^a Tranquilizantes o pastillas para dormir; ^b Cannabis, marihuana o hachís; ^c Éxtasis u otras drogas de diseño; ^d Alucinógenos (LSD, trípis, ácido, ketamina); ^e Anfetaminas o speed.

Las únicas droga que tienen un consumo regular son el cannabis (3,1% de estudiantes que lo consumen diariamente) y los tranquilizantes (0,4%). 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 19,2% dejó de consumir, el 24,6% consume menos, el 40% consumo igual, el 7,7% consume más y el 8,5% empezó a consumir (figura 76).

En cuanto a la frecuencia con que consumen drogas, el 82,5% casi nunca o nunca consumen drogas solos. Y, en relación al lugar dónde las consumen, en el caso de la universidad el 2,1% de los estudiantes refiere consumir “a veces” y el 1,1% “a menudo”.

Figura 76. Consumo de drogas desde que están en la universidad por sexo.



Frecuencia de consumo de alimentos y determinación de la calidad de la dieta

En el momento de realizar el estudio el 78,4% de los estudiantes universitarios no realizaba ninguna dieta o régimen especial frente al 21,6% que sí. De estos últimos, el 1,2% realizaba una dieta especial para ganar peso, el 17,6% para perderlo y el 2,8% por algún problema de salud. Se observan diferencias significativas entre la realización de alguna dieta o régimen especial y el sexo, de forma que el doble de mujeres (22,1%) que de hombres (10,5%) realizan una dieta o régimen para perder peso ($\chi^2_{(1)}=8,018$; $p=0,006$).

A pesar de que algunos rasgos de la dieta mediterránea están presentes, el patrón de consumo de alimentos detectado, corresponde a un patrón de alimentación de tipo occidental. Como se aprecia en la tabla 86, la dieta de la muestra estaba compuesta por unas tres raciones de productos farináceos al día, de los cuales sólo media ración diaria corresponde a productos integrales; unas dos raciones a lácteos y una ración a frutas y verduras. Destaca el consumo frecuente de embutidos y carnes grasas así como el de dulces, snacks y refrescos, de los que se toman unas cuatro raciones a la semana. Destaca asimismo, la toma de una ración a la semana de legumbres y media de frutos secos; dos de pescados y mariscos; cuatro de carnes magras y tres de huevos. El consumo de aceite de oliva se sitúa en torno a una ración diaria, mientras que el consumo de otros tipos de grasas supera las dos raciones semanales.

Al comparar los resultados entre sexos, detectamos algunas diferencias significativas en el patrón de consumo de alimentos. Los hombres consumen más carnes magras, embutidos, carnes grasas y frutos secos que las mujeres, mientras que las mujeres tienen un consumo superior de verduras y hortalizas. No hay diferencias en lo que respecta al consumo de cereales, leche y derivados, frutas, aceite de oliva, legumbres, pescados y mariscos, huevos, dulces, snacks y refrescos y mantequilla, margarina y bollería. Por tanto, a nivel general podemos decir que las mujeres de la muestra presentan un mayor consumo de productos vegetales, mientras que los varones se decantan más por los alimentos proteicos y los ricos en grasas saturadas.

Tabla 86. Frecuencia de consumo de alimentos en hombres y mujeres de la muestra en relación con las recomendaciones de la SENC^a.

		Recomendaciones SENC, 2004	Total (n=443) Mediana (RI) ^b	Hombres (n=143) Mediana (RI)	Mujeres (n=300) Mediana (RI)	p ^c
Consumo diario (raciones/día)	Pan, cereales, arroz, pasta, patata	4-6 raciones/día	2,9 (1,9-4,6)	3,4 (2,2-4,7)	2,7 (1,8-4,6)	0,069
	Leche y derivados	Aumentar integrales	0,4 (0,1-1,0)	0,4 (0,1-0,9)	0,4 (0,1-1,1)	0,160
	Verduras y hortalizas	2-4 raciones/día	2,2 (1,2-3,7)	2,2 (1,2-3,6)	2,2 (1,1-3,7)	0,765
	Frutas	2 o + raciones/día	0,9 (0,4-1,6)	0,6 (0,3-1,2)	0,9 (0,5-1,6)	0,001
	Aceite de oliva	3 o + raciones/día	0,9 (0,5-2,0)	0,9 (0,4-1,8)	0,9 (0,5-2,0)	0,450
			3-6 raciones/día	0,8 (0,4-1,0)	0,8 (0,4-1,0)	0,8 (0,4-1,0)
Consumo semanal o esporádico (raciones/semana)	Legumbres	2-4 rac./semana	1,0 (0,5-3,0)	1,0 (0,5-3,0)	1,0 (0,5-3,0)	0,847
	Frutos secos	3-7 rac./semana	0,5 (0,5-3,0)	1,0 (0,5-3,0)	0,5 (0,0-1,0)	0,014
	Pescados y mariscos	3-4 rac./semana	2,0 (1,3-4,4)	2,0 (1,0-4,0)	2,0 (1,5-6,0)	0,131
	Carnes magras, aves	3-4 rac./semana	4,0 (3,0-6,0)	6,0 (3,5-6,0)	4,0 (3,0-6,0)	0,021
	Huevos	3-4 rac./semana	3,0 (1,0-3,0)	3,0 (1,0-3,0)	3,0 (1,0-3,0)	0,842
	Embutidos y carnes grasas	Ocasional y moderado	4,0 (2,0-7,0)	5,0 (2,5-9,0)	3,5 (2,0-6,5)	<0,001
	Dulces, snacks, refrescos	Ocasional y moderado	4,5 (2,0-8,0)	5,5 (2,0-8,5)	4,0 (2,0-8,0)	0,113
	Margarina, mantequilla, bollería	Ocasional y moderado	2,4 (1,0-5,5)	2,5 (1,0-5,0)	2,5 (1,0-5,9)	0,960

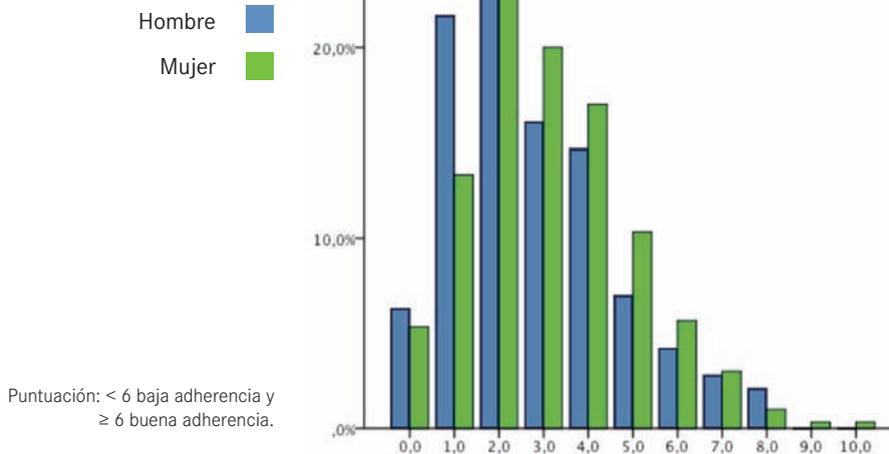
^a Guías alimentarias para la población Española por la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria.

^b Mediana (Rango Inter cuartílico: Percentil 25 – Percentil 75).

^c Significación Prueba U de Mann-Whitney.

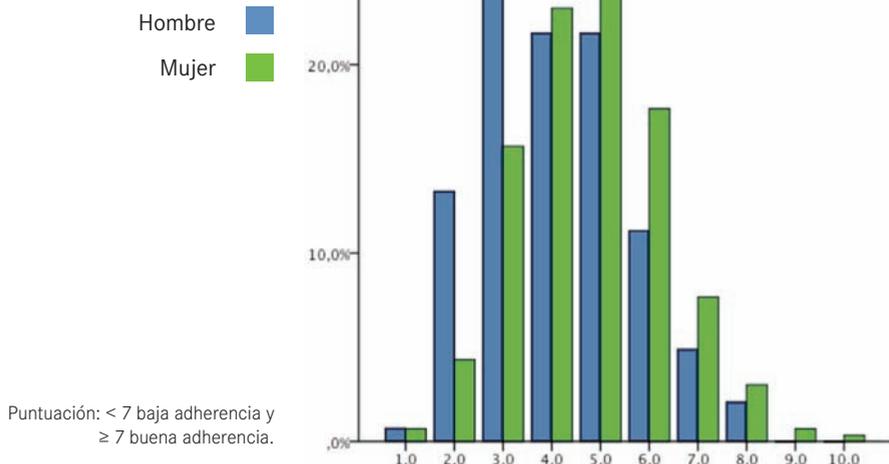
Tal y como podemos observar en la figura 77, sólo el 9,9% de los estudiantes universitarios tiene una alta adherencia a una alimentación saludable, puntuación obtenida a partir del grado de similitud de la dieta realizada con las directrices dietéticas formuladas para la población española por la SENC.

Figura 77. Adherencia a las directrices dietéticas de la SENC para población española (en porcentaje).



Remarcar, que se observan diferencias significativas en relación a la puntuación obtenida en la adherencia a una alimentación saludable según las recomendaciones de la SENC en cuanto al sexo (U de Mann-Whitney=18807,000; $p=0,033$), de forma que las mujeres tienen mejores puntuaciones que los hombres (figura 77). No existen diferencias significativas según la clase social o la edad.

Figura 78. Índice de adherencia a la dieta mediterránea (PREDIMED modificado).



En el caso del índice de adherencia a la dieta mediterránea sólo el 10,2% de los estudiantes universitarios obtiene una buena adherencia. Como se puede observar, dicho porcentaje es muy similar al obtenido en el índice de adherencia a las recomendaciones de la SENC. Remarcar, que también se observan diferencias significativas en relación al sexo y a la puntuación obtenida en la adherencia a la dieta mediterránea (U de Mann-Whitney=16447,000; $p < 0,001$), de forma que las mujeres tienen mejores puntuaciones que los hombres (figura 78). En este caso, tampoco existen diferencias significativas según la clase social o la edad.

Si analizamos la correlación de los tres índices utilizados para determinar la calidad de la dieta (tabla 87), podemos observar que entre ellos existe una correlación moderada-alta y significativa.

Tabla 87. Correlación de los índices para la evaluación de la dieta.

	DMPredimed	SENC	MDS
DMPredimed	1		
SENC	0,553**	1	
MDS	0,709**	0,585**	1

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

En relación a los hábitos alimentarios, los hombres realizan mayoritariamente tres comidas frente a las mujeres que realizan entre tres y cuatro comidas (tabla 88). Podemos observar en la tabla también como la frecuencia en la realización de cinco comidas es muy baja.

Tabla 88. Número de comidas realizadas al día según el sexo.

	Total (N=443)	Hombres (n=137)	Mujeres (n=296)	χ^2	p
Una	0,2%	0,7%	0,0%	14,506	0,013
Dos	7,9%	8,8%	7,4%		
Tres	39,3%	47,4%	35,5%		
Cuatro	33,0%	26,3%	36,1%		
Cinco	17,8%	13,1%	19,9%		
Más de cinco	1,8%	3,6%	1,0%		

En cuanto a hábitos alimentarios (tabla 89) es de destacar que sólo el 63,1% de los encuestados desayunan todos los días. Y, sólo un 31,1% revisan las etiquetas de los alimentos “siempre o a menudo”.

Tabla 89. Frecuencia de consumo y actuaciones hábitos alimentarios.

	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Siempre
Desayunar	1,8%	8,4%	13,6%	13,1%	63,1%
Revisar etiquetas alimentos	20,2%	21,5%	27,2%	20,4%	10,7%
Comer entre horas / picotear	4,3%	20,9%	44,5%	22,5%	7,7%
Comer alimentos fritos	2,0%	21,8%	50,2%	24,1%	1,8%
Comer alimentos hervidos	0,9%	8,9%	44,1%	43,4%	2,7%
Comer alimentos asados / plancha	0,2%	1,8%	24,1%	64,3%	9,5%
Me sirvo la cantidad que quiero	6,1%	17,0%	24,9%	23,8%	28,3%

Se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres en algunos ítems. Por ejemplo, las mujeres mayoritariamente “nunca o casi nunca” se suelen servir la cantidad que quieren (26,4%) frente al 16,1% de los hombres y lo mismo ocurre a la inversa, en la categoría “a menudo – siempre” me sirvo la cantidad que quiero se da en un 58,7% de los hombres frente a un 48,8% de mujeres ($\chi^2_{(2)}=6,313$; $p=0,042$). Lo mismo ocurre en el ítem de “revisar las etiquetas de los alimentos” de forma que mayoritariamente son las mujeres que las revisan “a menudo – siempre” (35,2%) frente a un 22,4% en los hombres ($\chi^2_{(2)}=9,585$; $p=0,008$). También encontramos diferencias significativas en relación al sexo en los ítems “comer alimentos fritos” y “comer alimentos hervidos”. De forma que son las mujeres las que mayoritariamente comen “a menudo – siempre” alimentos hervidos (50,0%) frente al 38,0% en los hombres ($\chi^2_{(2)}=13,936$; $p=0,001$). Mientras que en el caso de “comer alimentos fritos” son mayoritariamente los hombres los que comen “a menudo – siempre” alimentos fritos (34,3%) frente al 21,9% de las mujeres ($\chi^2_{(2)}=10,229$; $p=0,006$).

En cuanto al lugar donde suelen comer durante el período lectivo encontramos que el 62,8% acuden “a menudo – siempre” al domicilio familiar, seguido de comer en la universidad pero con la comida preparada previamente en casa. Mientras que la opción de comer en el bar / cafetería de la universidad suele ser un recurso para comer algunas veces (tabla 90).

Tabla 90. Frecuencia del lugar donde suelen comer durante el período lectivo.

	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Siempre
Bar / Cafetería	16,4%	33,0%	37,6%	11,6%	1,4%
En casa con tu familia	6,1%	11,6%	19,5%	32,7%	30,2%
En la universidad pero me traigo la comida preparada de casa	19,6%	16,4%	29,8%	24,6%	9,6%

En el caso de los estudiantes que viven compartiendo piso (n=82), el 46,3% cocinan ellos, mientras que el 31,7% de ellos se trae la comida preparada de casa (madre, padre, abuelos...), el 14,6% se turnan para cocinar entre los compañeros y el 7,3% compra comida precocinada.

En cuanto a la valoración del servicio de bares y cafeterías de la universidad podemos observar que la peor valoración se encuentra en la oferta de productos saludables (tabla 91).

Tabla 91. Valoración del servicio de bares / cafeterías de la universidad.

	Nc/Na	Muy mal	Mal	Regular	Bien	Muy bien
Variedad de la oferta	0,5%	3,2%	9,2%	33,7%	47,5%	6,1%
Oferta de productos saludables	0,5%	7,7%	19,6%	42,8%	27,7%	1,8%
Precio	0,9%	8,6%	14,2%	35,6%	34,2%	6,5%
Calidad	0,7%	2,0%	7,2%	33,3%	51,4%	5,4%
Presentación	0,7%	1,6%	4,5%	34,0%	54,3%	5,0%
Horario	0,9%	0,9%	3,2%	12,4%	67,3%	15,3%

*Nc/Na: no contesta / no aplicable. N=444.

Conducta sexual

El 91,6% refiere haber mantenido alguna vez relaciones sexuales y el 8,4% no. Tener o no haber tenido relación sexual presenta el mismo patrón de prevalencia en mujeres que en hombres por lo que no se encuentran diferencias significativas en cuanto a este comportamiento (tabla 92).

Tabla 92. Prevalencia de relaciones sexuales según el sexo.

		Total (N=442)	Hombres (n=142)	Mujeres (n=300)	χ^2	p
Relaciones sexuales	Sí	91,6%	88,7%	93,0%	2,274	0,136
	No	8,4%	11,3%	7%		

Sin embargo, en función del aumento de la edad, aumenta el número de quienes han tenido relaciones sexuales con penetración y descende el de quienes no las han tenido (tabla 93).

Tabla 93. Prevalencia de relaciones sexuales según la edad.

		Total (N=440)	18-21 (n=219)	22-25 (n=142)	26-29 (n=39)	< 30 años (n=40)	χ^2 *	p
Relaciones sexuales	Sí	91,6%	85,4%	97,2%	97,4%	100%	21,659	<0,001
	No	8,4%	14,6%	2,8%	2,6%	0,0%		

* χ^2 corrección estadístico exacto de Fisher

En relación a la formación en temas de sexualidad, el 92,4% de los encuestados manifiesta tener suficiente formación. No se encuentran diferencias significativas en cuanto a la edad, sexo o clase social.

En cuanto al usos de métodos anticonceptivos (tablas 94 y 95), el más usado es el preservativo seguido por la píldora anticonceptiva.

Tabla 94. Frecuencia de uso del preservativo en las relaciones sexuales con su pareja (estable o esporádica).

	Total (N=408)	Hombres (n=131)	Mujeres (n=277)	χ^2	p
Siempre	49,3%	58,0%	45,1%	10,062	0,039
A menudo	11,0%	12,2%	10,5%		
A veces	6,6%	6,9%	6,5%		
Casi nunca	11,3%	6,1%	13,7%		
Nunca	21,8%	16,8%	24,2%		

Tabla 95. Frecuencia de uso de la píldora anticonceptiva* en las relaciones sexuales con su pareja (estable o esporádica).

	Total (N=403)	Hombres (n=127)	Mujeres (n=276)	χ^2	p
Siempre	33,3%	19,7%	39,5%	16,985	0,002
A menudo	3,2%	3,9%	2,9%		
A veces	5,0%	7,9%	3,6%		
Casi nunca	5,2%	5,5%	5,1%		
Nunca	53,3%	63,0%	48,9%		

* Se incluyen en esta categoría de píldora anticonceptiva otros métodos hormonales como son el parche y la inyección.

El 3,7% usa o ha usado el DIU, el 1,2% cremas espermicidas y el 0,4% métodos naturales (Ogino, Billings...).

En cuanto al uso de la marcha atrás o *coitus interruptus* llama la atención que actualmente sigue practicándose de forma esporádica entre el 25% de los encuestados (tabla 96).

Tabla 96. Frecuencia de uso de la marcha atrás o *coitus interruptus* en las relaciones sexuales con su pareja (estable o esporádica).

	Total (N=402)	Hombres (n=126)	Mujeres (n=276)	χ^2	p
Siempre	2,7%	2,4%	2,9%	3,439	0,487
A menudo	3,0%	1,6%	3,6%		
A veces	8,2%	7,9%	8,3%		
Casi nunca	10,9%	7,9%	12,3%		
Nunca	75,1%	80,2%	75,1%		

En cuanto a los problemas relacionados con la sexualidad, el 31,1% de los encuestados refiere haber tenido que recurrir alguna vez a la píldora postcoital o del día después, y un 2,3% de los encuestados refiere que ha padecido o padece alguna enfermedad de transmisión sexual. No se observan diferencias significativas ni por sexos, ni por edad ni por clase social.

El 92,0% del alumnado considera satisfactoria la manera de vivir su sexualidad (33,9% bastante satisfactoria; 37,0% muy satisfactoria) frente al 8,1% que la considera poco o nada satisfactoria. Se observan diferencias significativas en relación al sexo ($\chi^2_{(4)} = 12,972$; $p=0,011$), así, el porcentaje de mujeres que considera que la manera de vivir la sexualidad es bastante o muy satisfactoria es del 76,3%, frente al 59,7% en los hombres (tabla 97).

Tabla 97. Nivel de satisfacción en cuanto a sexualidad por sexos.

	Total (N=422)	Hombres (n=139)	Mujeres (n=283)	χ^2	p
Muy satisfactoria	37,0%	30,2%	40,3%	12,972	0,011
Bastante satisfactoria	33,9%	29,5%	36,0%		
Satisfactoria	21,1%	30,2%	16,6%		
Poco satisfactoria	5,7%	7,2%	4,9%		
Nada satisfactoria	2,4%	2,9%	1,4%		

No se encuentran diferencias significativas en cuanto a la edad ni a la clase social en relación a la manera de vivir la sexualidad.

Conductas viarias y seguridad vial

El 64,9% de los estudiantes universitarios se desplaza a la universidad en vehículo particular y, el 33,6% lo hace en transporte público (bus o metro). Debemos destacar que ninguno de los encuestados realiza dicho trayecto en bicicleta. No se encuentran diferencias significativas en la forma de realizar el trayecto desde casa a la universidad en relación al sexo ni a la clase social. Aunque en este último caso el porcentaje de alumnos que acuden en transporte público es mayor en clase social IV y V (36,5%) frente al 24,5% de la clase social I y II. Y a la inversa ocurre con el uso de vehículo particular (75,5%) en el caso de la clase social I y II frente al 63,5% de la clase social IV y V (figura 79).

En cambio, sí que se observan diferencias significativas en relación a la edad ($\chi^2_{(3)} = 29,285$; $p < 0,001$). De forma que a mayor edad mayor uso del coche y menor uso del transporte público (figura 80).

Figura 79. Medio utilizado para el trayecto a la universidad según clase social.

Bici ■
 Vehículo particular ■
 Bus / metro ■

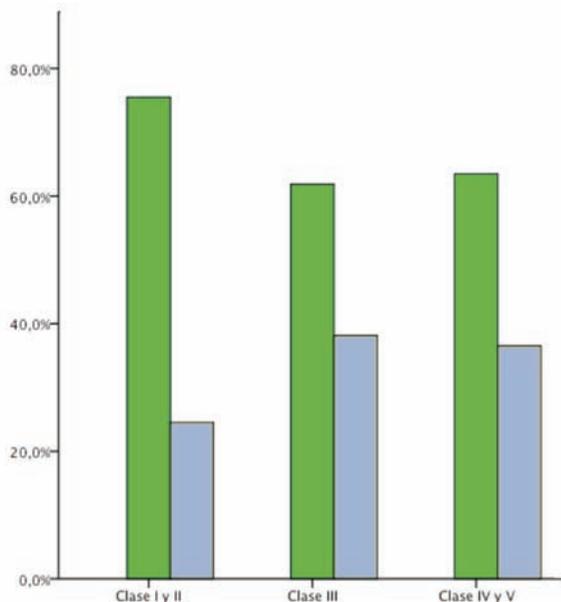
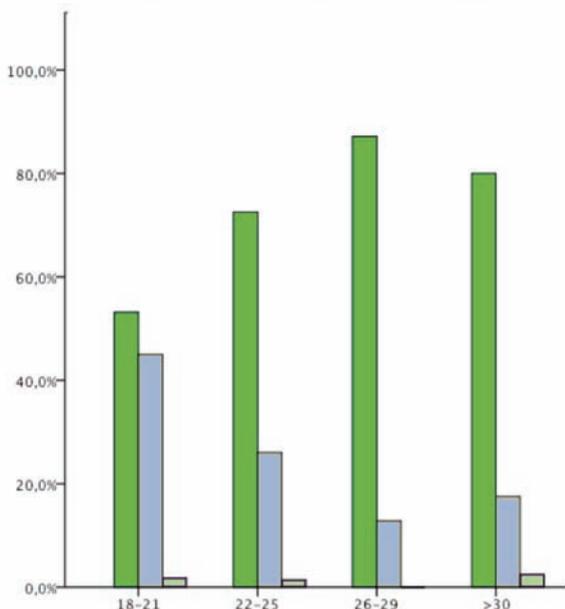


Figura 80. Medio utilizado para el trayecto a la universidad según edad (años).

Bici ■
 Vehículo particular ■
 Bus / metro ■
 Mixto (vehículo part. y trans. público) ■



En relación a como se desplazan habitualmente por el campus universitario, el 88,7% refiere desplazarse andando, y el 10,9% lo hace en vehículo.

El 97,5% de los estudiantes universitarios dice utilizar siempre el cinturón de seguridad (tabla 98). Mientras que en cuanto al uso del cinturón trasero su uso baja al 73,8% y un 5,8% de los estudiantes refiere que casi nunca o nunca lo usan. No se observan diferencias en cuanto al sexo en estas conductas preventivas.

Tabla 98. Uso del cinturón de seguridad delantero según el sexo.

	Total (N=442)	Hombres (n=142)	Mujeres (n=300)	χ^2	p
Siempre	97,5%	95,8%	98,3%	6,509	0,089
A menudo	1,8%	3,5%	1,0%		
A veces	0,5%	0,7%	0,0%		
Casi nunca	0,2%	0,7%	0,0%		
Nunca	0,0%	0,0%	0,0%		

Entre los usuarios de motocicletas, el 81,5% utiliza siempre casco y, un 14,2% no lo utiliza nunca. Tampoco hay diferencias significativas en cuanto al sexo. Entre los usuarios de bicicleta, el 68,3% de los usuarios de bicicleta nunca usa el casco y un 11,6% casi nunca, frente a un 10,8% que lo usa siempre.

El 55,5% de los estudiantes universitarios nunca usa el teléfono conduciendo, frente a un 41,8% que lo usan de forma ocasional y un 2,7% que lo usan a menudo o siempre. No se dan diferencias significativas en cuanto al sexo.

En cambio sí existen diferencias significativas en cuanto al sexo en si se supera o no el límite de velocidad al conducir, según puede verse en la tabla 99.

Tabla 99. Superar el límite de velocidad al conducir según el sexo.

	Total (N=438)	Hombres (n=143)	Mujeres (n=295)	χ^2	p
Siempre	1,6%	4,2%	0,2%	18,156	0,001
A menudo	8,4%	11,2%	7,1%		
A veces	21,0%	25,9%	18,6%		
Casi nunca	26,9%	26,6%	27,1%		
Nunca	42,0%	32,2%	46,8%		

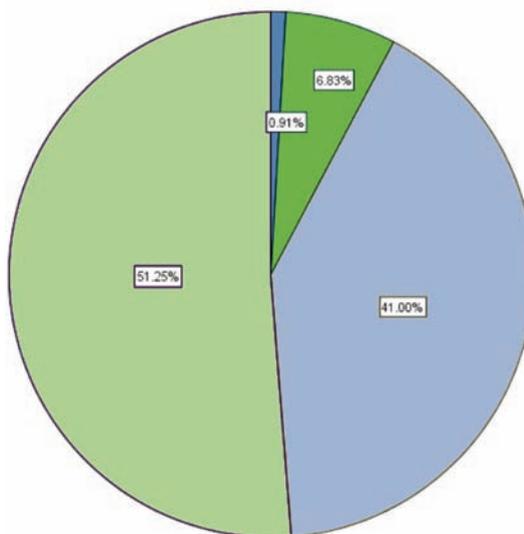
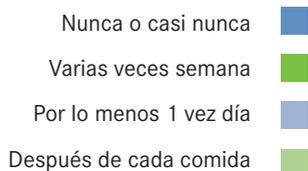
Se observan también diferencias significativas en cuanto al sexo a si se respetan o no las señales de tráfico ($\chi^2_{(4)}=21,768$; $p<0,001$). Así, el 72,6% de las mujeres dice respetar las señales de tráfico, mientras que el caso de los hombres este porcentaje se sitúa en el 54,9%.

Cabe destacar que el 81,4% de las mujeres manifiesta no haber conducido nunca bajo los efectos del alcohol u otras drogas, mientras que en el caso de los hombres este porcentaje baja al 74,5%.

Higiene dental

En figura 81 se presenta la distribución en función de la frecuencia con que los estudiantes universitarios se cepillan los dientes. Como se puede observar, la mitad de ellos (50,7%), se cepillan los dientes prácticamente después de cada comida (3 veces al día), el 40,5% se cepillan los dientes por lo menos una vez al día, mientras que casi el 8% lo hacen menos de una vez al día.

Figura 81. Frecuencia con que los estudiantes universitarios se cepillan los dientes (porcentaje).



No se observan diferencias significativas por clase social ni por edad. Sin embargo, existen diferencias en la frecuencia del cepillado dental por sexos ($\chi^2_{(3)}$ corrección estadístico exacto de Fisher = 10,082; $p=0,013$). Así, el 55,4% de las mujeres dice cepillarse los dientes después de cada comida, mientras que el caso de los hombres este porcentaje se sitúa en el 42,6%. El 2,1% de los hombres afirma no cepillarse “nunca o casi nunca” los dientes (tabla 100).

Tabla 100. Frecuencia de cepillado dental según el sexo.

	Total (N=439)	Hombres (n=141)	Mujeres (n=298)	χ^2^*	p
Después de cada comida	51,3%	42,6%	55,4%	10,082	0,013
Por lo menos 1 vez al día	41,0%	45,4%	38,9%		
Varias veces a la semana	6,8%	9,9%	5,4%		
Nunca o casi nunca	0,9%	2,1%	0,3%		

* χ^2 corrección estadístico exacto de Fisher

Universidad y promoción de la salud

En este apartado se pretende conocer la opinión de los estudiantes sobre el papel que creen que la universidad está desarrollando y sobre el grado de implicación que debería tener en temas de promoción de la salud entre sus estudiantes.

El 43,7% de los estudiantes universitarios cree que actualmente la universidad está desempeñando un papel poco o nada importante en relación a la promoción de la salud de sus estudiantes, frente a un 17,2% que cree que es bastante o muy importante (figura 82).

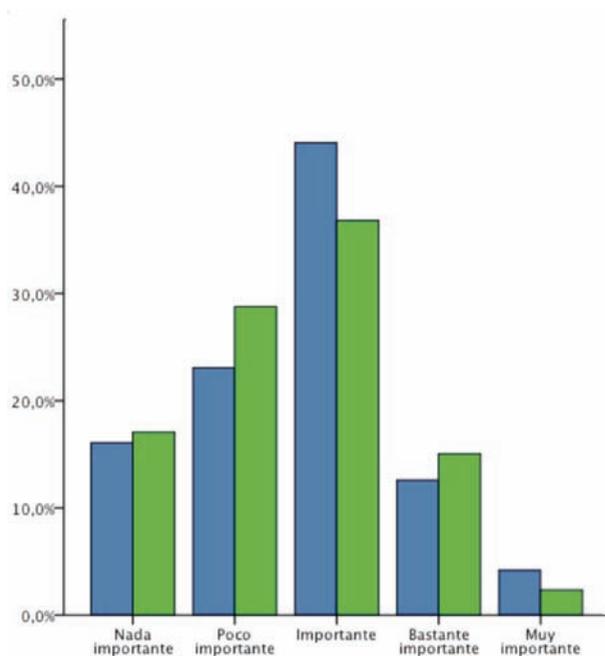


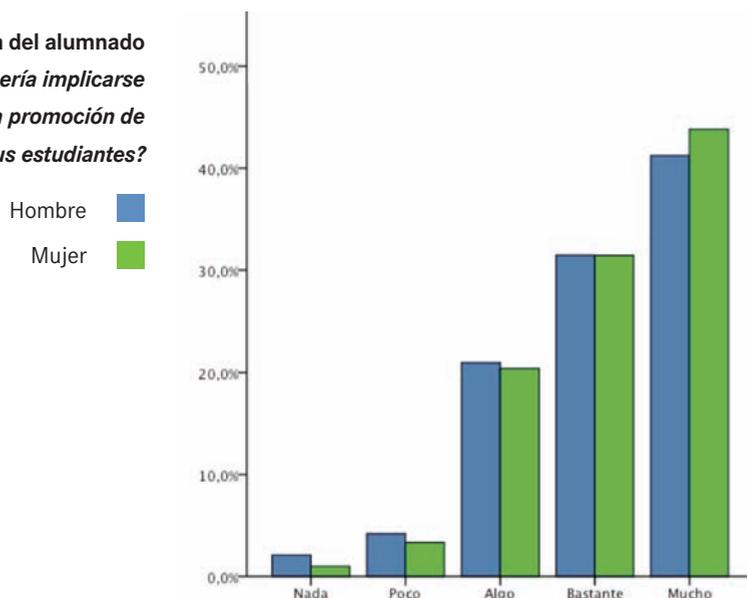
Figura 82. Opinión del alumnado sobre el papel que está desempeñando actualmente la UIB en la promoción de la salud de sus estudiantes.

■ Hombre
■ Mujer

En cambio, el 74,4% de los estudiantes universitarios cree que la universidad debería implicarse bastante o mucho en la promoción de la salud de sus estudiantes, frente a un 5,0% que cree que la universidad no debería implicarse (figura 83).

No existen diferencias significativas por sexos en la opinión del alumnado en ninguna de las dos preguntas sobre la implicación de la universidad en la promoción de la salud de sus estudiantes.

Figura 83. Opinión del alumnado sobre ¿Cómo debería implicarse la universidad en la promoción de sus estudiantes?



Asociación de los factores de riesgo en estudiantes universitarios: la relación entre la práctica de ejercicio físico y la calidad de la dieta (según la adherencia a la dieta mediterránea) con otros estilos de vida.

En la tabla 101 pueden observarse los determinantes de la práctica de ejercicio físico. En el análisis univariante se observa que los individuos más activos son los del sexo masculino, los que tienen una mejor adherencia a la dieta mediterránea según el *MDS-score*, así como, los que tienen una menor dedicación de horas de estudio y, que están menos horas ante el ordenador y, los individuos en los cuales ambos progenitores realizan ejercicio físico. Cuando todas estas variables fueron incluidas en el modelo multivariante se observó que solo la mejor adherencia a la dieta mediterránea, el dedicar menos horas al día a estar sentado ante el ordenador y pertenecer al sexo masculino se mantenían significativamente asociados con la práctica de ejercicio físico.

Tabla 101. Determinantes de la práctica de ejercicio físico en la muestra de estudiantes universitarios de la UIB.

Ejercicio Físico	Sí Media (DE)	No Media (DE)	OR cruda	IC 95%	OR ajustada	IC 95%
Sexo (%)						
Hombres	35,6%	25,7%	1		1	
Mujeres	64,4%	74,3%	0,62*	0,40-0,96	0,49*	0,29-0,85
Edad (años)	22,9 (5,6)	23,3 (5,7)	0,99	0,96-1,02	0,99	0,95-1,04
IMC (kg/m ²)	22,6 (3,1)	22,4 (4,2)	1,01	0,96-1,07	1,02	0,95-1,09

Ejercicio Físico	Sí Media (DE)	No Media (DE)	OR cruda	IC 95%	OR ajustada	IC 95%
Clase Social (%)						
Clase social I y II	24,4%	23,1%	1			
Clase social III	28,3%	28,6%	1,07	0,65-1,77		
Clase social IV y V	47,3%	48,3%	1,01	0,63-1,62		
MDS	5,5 (1,8)	5,0 (1,7)	1,13*	1,01-1,26	1,16*	1,02-1,32
EF en padres (%)						
No	48,8%	59,2%	1		1	
Sí, ambos	23,5%	12,7%	2,24**	1,24-4,06	1,82	0,96-3,47
Sí, solo madre	13,1%	10,6%	1,50	0,77-2,92	1,78	0,83-3,82
Sí, solo padre	14,6%	17,6%	1,00	0,57-1,79	0,84	0,45-1,55
Ordenador (h/día)	3,1 (2,1)	3,8 (2,2)	0,87***	0,80-0,96	0,85**	0,76-0,95
Estudiar (h/día)	3,3 (2,0)	3,7 (2,0)	0,89*	0,81-0,98	0,92	0,81-1,04
Consumo tabaco (%)						
No	80,4%	80,8%	1			
Sí	19,6%	19,2%	1,02	0,62-1,69		
Consumo alcohol (%)						
No	13,4%	19,2%	1			
Sí	86,6%	80,8%	1,54	0,91-2,61		
Consumo drogas (%)						
No	82,5%	80,9%	1			
Sí	17,5%	19,1%	0,90	0,54-1,49		

EF: Ejercicio físico; IMC: Índice de Masa Corporal; MDS: *Mediterranean Diet Score*.

Nivel de significación de la OR cruda o de la OR ajustada según regresión logística univariante o multivariante: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

La variable ejercicio físico (sí, no) se ha calculado excluyendo la categoría "andar o pasear fuera de casa".

Área bajo la curva ROC del modelo de regresión logística = 0,68.

Nota: Las variables explicativas cualitativas que tienen más de dos categorías han sido transformadas en variables dummy para la inclusión en el modelo logístico.

Un análisis similar se llevó a cabo para determinar las características sociodemográficas y los estilos de vida determinantes de la adherencia a la dieta mediterránea (tabla 102). Para ello, el MDS fue dividido en dos categorías (alta adherencia: $MDS \geq 5$; baja adherencia: $MDS < 5$).

Los determinantes de una buena adherencia a la dieta mediterránea en el análisis univariante fueron ser mujer, la edad, realizar ejercicio físico, desayunar todos los días y realizar un mayor número de comidas al día. En el análisis multivariante se decidió incluir el consumo de tabaco ya que a pesar de no ser significativo, el valor de p ($p = 0,055$) rozaba la significación estadística. Finalmente, en el análisis multivariante se obtienen los mismos determinantes de una buena adherencia a la dieta mediterránea junto con el consumo de tabaco, que pasa a ser significativo, y por tanto, el consumir tabaco es indicativo de una baja adherencia a la dieta mediterránea.

Tabla 102. Determinantes de la calidad de la dieta (según la adherencia a la dieta mediterránea) en la muestra de estudiantes universitarios de la UIB.

MDS Mediterranean Diet Score	Baja Adherencia (MDS < 5)	Alta adherencia (MDS ≥ 5)	OR cruda	IC 95%	OR ajustada	IC 95%
Sexo (%)						
Hombres	45,4%	26,9%	1		1	
Mujeres	54,6%	73,1%	2,26***	1,47-3,47	2,98***	1,80-4,93
Edad (años)						
Media (DE)	21,9 (4,4)	23,4 (5,9)	1,06*	1,01-1,11	1,08**	1,02-1,14
IMC (kg/m ²)						
Media (DE)	22,4 (3,8)	22,6 (3,4)	1,02	0,96-1,08	1,05	0,98-1,13
Clase Social (%)						
Clase social I y II	22,1%	25,3%	1			
Clase social III	32,0%	26,0%	0,71	0,40-1,27		
Clase social IV y V	45,9%	48,6%	0,93	0,54-1,58		
Ejercicio físico (%)						
No	41,5%	30,6%	1		1	
Sí	58,5%	69,4%	1,61*	1,05-2,47	1,75*	1,09-2,80
Desayunar todos los días de la semana (%)						
No	49,6%	30,6%	1		1	
Sí	50,4%	69,4%	2,24***	1,46-3,42	1,70*	1,05-2,76
Número de comidas/día						
	2,4 (0,9)	2,8 (0,9)	1,61***	1,27-2,05	1,43**	1,10-1,87
Consumo tabaco (%)						
No	75,4%	83,3%	1		1	
Sí	24,6%	16,7%	0,61	0,37-1,01	0,52*	0,30-0,91
Consumo alcohol (%)						
No	13,8%	15,3%	1			
Sí	86,2%	84,7%	0,89	0,49-1,60		
Consumo drogas (%)						
No	80,8%	83,1%	1			
Sí	19,2	16,9%	0,86	0,50-1,46		

Nivel de significación de la OR cruda o de la OR ajustada según regresión logística univariante o multivariante: *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001.

La variable ejercicio físico (sí, no) se ha calculado excluyendo la categoría "andar o pasear fuera de casa".

Área bajo la curva ROC del modelo de regresión logística= 0,67.

Nota: Las variables explicativas cualitativas que tienen más de dos categorías han sido transformadas en variables dummy para la inclusión en el modelo logístico.

Clustering de los estilos de vida en los estudiantes universitarios

En el análisis de conglomerados (cluster) se ha buscado agrupar las variables principales más representativas de los estilos de vida de los estudiantes universitarios, tratando de lograr la máxima homogeneidad en cada grupo y la mayor diferencia entre los grupos.

Para ello, se ha analizado que dichas variables no presenten colinealidad, es decir, que no estuvieran correlacionadas entre ellas. Para una clasificación óptima, los casos dentro de cada grupo (conglomerado) deben ser similares entre sí (alta homogeneidad interna) y diferentes a los casos de los otros conglomerados o clusters (alta heterogeneidad externa). Es decir, que los casos de cada cluster estarán cercanos unos de otros y los clusters diferentes estarán apartados.

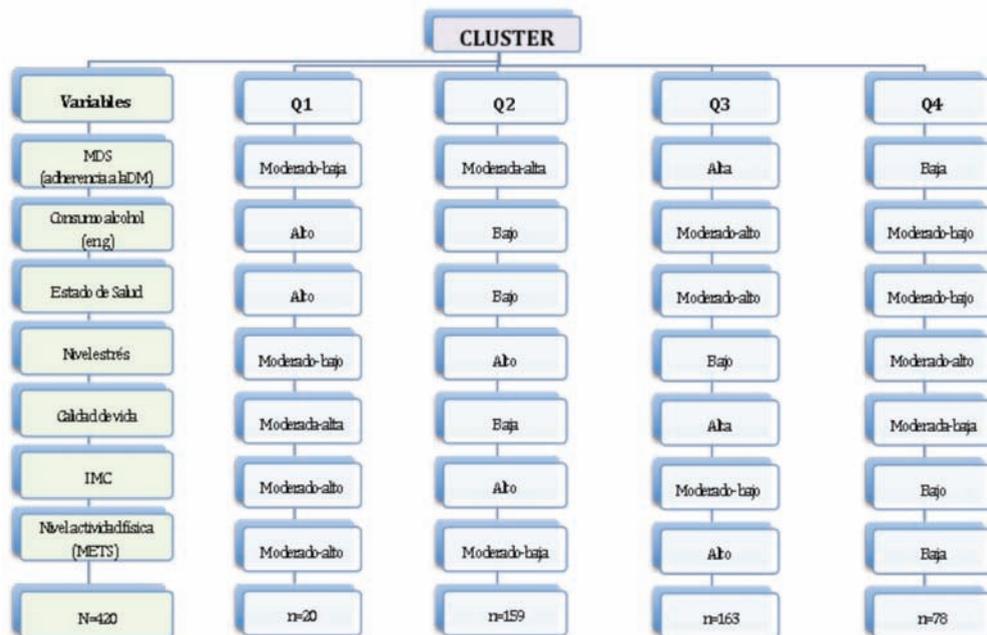
Lo más importante, es la selección de las variables en las que se basará la agrupación. Ya que, el conjunto de variables seleccionado debe describir la similitud entre los casos en términos relevantes para el problema de investigación, es decir, los estilos de vida de los estudiantes universitarios. Estas variables, por tanto, se han seleccionado en base a los resultados del análisis de regresión logística, así como de la teoría y de las hipótesis que se prueban.

El conglomerado agrupa sujetos similares, por lo que se necesita una medida para evaluar las diferencias y similitudes entre los sujetos. La *similitud* o similitud es una medida de correspondencia o semejanza entre los casos que van a ser agrupados. Para ello hemos medido la equivalencia en términos de la distancia entre los pares de casos. De este modo, los casos con distancias reducidas entre ellos son más parecidos entre sí que aquellos con distancias mayores y se agruparán por lo tanto, dentro del mismo cluster.

En nuestro caso hemos usado variables métrica, y como las medidas de distancia son sensibles a la diferencia de escalas o de magnitudes hechas entre variables, éstas se han estandarizado. Mediante el análisis de la varianza (ANOVA) se seleccionaron las variables significativas para la diferenciación de los grupos.

Una vez seleccionadas las variables, se realizó el proceso de agrupación para formar los clusters. En este caso se ha utilizado el criterio de “el mayor número de grupos posibles y el mayor número de casos explicados”, por lo que finalmente los resultados del análisis ponen de manifiesto la existencia de cuatro clusters sobre los estilos de vida de los estudiantes universitarios (figura 84). A continuación puede observarse, que a cada una de las agrupaciones se le ha asignado un nombre, según las características de las variables que la conforman. Estos cuatro clusters han permitido explicar la agrupación de 420 casos, sin embargo, han quedado 24 casos sin agrupar.

Figura 84. Análisis cluster de los estilos de vida en estudiantes universitarios.



Cluster 1 (Moderadamente saludables / Grupo de riesgo moderado): Estudiantes universitarios que presentan una adherencia a la dieta mediterránea moderada-baja; un consumo de alcohol elevado; una percepción del nivel de estrés moderada-baja, un muy buen estado de salud y, una buena calidad de vida; un IMC moderado-alto y, un nivel de actividad física moderado.

Cluster 2 (No saludables / Grupo de riesgo moderado): Estudiantes universitarios que presentan una moderada-alta adherencia a la dieta mediterránea; un bajo consumo de alcohol; una percepción del nivel de estrés alto, una mala calidad de vida y un estado de salud malo; un IMC alto y, un nivel de actividad física moderado-bajo.

Cluster 3 (Saludables / Grupo de riesgo bajo): Estudiantes universitarios con una muy buena adherencia a la dieta mediterránea; un IMC moderado-bajo; un nivel de actividad física alto; un consumo de alcohol moderado-alto; y, una percepción del nivel de estrés baja, así como una muy buena calidad de vida y un buen estado de salud.

Cluster 4 (No saludables / Grupo de riesgo alto): Estudiantes universitarios con una baja adherencia a la dieta mediterránea; un moderado-bajo consumo de alcohol; un bajo IMC; un nivel de actividad física bajo; así como, una percepción moderada-alta del nivel de estrés y, una calidad de vida y estado de salud regular.

El patrón de pertenencia al cluster difiere según el género ($\chi^2_{(3)}=36,830$, $p<0,001$) y la edad ($F=7,523$, $p<0,001$), pero no se observan diferencias significativas entre los clusters por clase social, vía de acceso a la universidad, media del expediente académico o creencias religiosas. De forma que el cluster 1 está formado mayoritariamente por hombres (70,0%) y jóvenes, con una media de edad de 21,50 años ($DE= \pm 2,21$); el cluster 2 está formado mayoritariamente por mujeres (82,2%) y también jóvenes, con una media de edad de 21,94 años ($DE= \pm 4,52$); el cluster 3 está formado prácticamente por mujeres (82,2%) y con una media de edad de 22,83 años ($DE= \pm 4,85$); y, finalmente el cluster 4 está formado por ambos sexos de forma proporcional y con una media de edad mayor de 25,32 años ($DE= \pm 7,85$). Por lo que se observa que en general las mujeres tienen unos estilos de vida más saludables, especialmente en el grupo de edad de 22 a 25 años, mientras que estos empeoran en el grupo de 18 a 21 años o en el grupo de 26 o más años.

6 DISCUSIÓN

A continuación se discuten los resultados obtenidos en relación a cada uno de los apartados: validación del cuestionario y estilos de vida de los estudiantes universitarios.

6.1. VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO ESVISAUN: PANEL DE EXPERTOS (DELPHI), ANÁLISIS CRÍTICO DE LOS ÍTEMS Y ANÁLISIS DE LAS SUB-ESCALAS DEL CUESTIONARIO

La aplicación de la técnica Delphi a través de medios electrónicos (correo electrónico) es una de las aportaciones metodológicas de esta tesis. Y, aunque ya ha sido validada en diversos trabajos que requerían el consenso de expertos (Jiménez Pernet, García Gutiérrez, Bermúdez Tamayo, Silva Castro, & Tuneu i Valls, 2009), no existen muchas publicaciones al respecto. En cualquier caso, está firmemente establecido que el método Delphi permite obtener el consenso de un panel de expertos evitando la interacción personal y sin necesidad de reunir físicamente a los expertos (Delp, 1977).

Para que el proceso de validación mediante panel de expertos sea satisfactorio, se requiere que tanto el grupo coordinador como el grupo de expertos siga la metodología Delphi y, que los dos grupos estén formados por un número de miembros impar (Blasco, et al., 2010; Hasson, et al., 2000; Y. Lee, 2009). Al hablar de jueces o expertos, se debe indicar que éstos deben adecuarse a la materia de estudio para validar el instrumento y que no existan posibles sesgos, además de justificar porqué han sido elegidos (Landeta, 1999; Zhu, Ennis, & Chen, 1998). La mayoría de estudios Delphi cuentan con una muestra intencional, pero en nuestro caso podemos decir que ésta no podría considerarse como tal, ya que la selección de los expertos se ha realizado en base a los criterios de experiencia en el campo de estudio, número de investigaciones afines en las que han participado, formación académica y número de publicaciones sobre la materia de estudio. Aunque, tampoco podría considerarse estructural, ya que no se basa en la representatividad de la población de expertos.

Por otro lado, es necesario que el panel de expertos sea lo suficientemente amplio como para estabilizar las respuestas a cada uno de los ítems (L. D. Wiersma, 2001). La mayoría de los autores consultados indican entre 7 y 15 jueces o expertos por panel (Landeta, 1999; Oñate, et al., 1998; Pashiardis, 1993). El cumplimiento de estos aspectos da mayor potencia y solidez al proceso de validación. A modo de referencia, para futuros estudios debe tenerse en cuenta que se solicitó la participación de 15 jueces expertos, de los cuales finalmente respondieron 9. Por lo que se recomienda sobreestimar la solicitud de participación en al menos un 40% de los jueces necesarios. A pesar de las limitaciones del Delphi, derivadas de su carácter cualitativo y de la subjetividad de los participantes y los investigadores, las conclusiones de un panel de expertos obtenidas a través de este método tienen la suficiente

validez a pesar del relativamente escaso número de participantes, cuando el panel de expertos es homogéneo, como en el presente estudio (Akins, Tolson, & Cole, 2005).

Los jueces o expertos de forma general realizaron importantes aportaciones, para la mejora del cuestionario. Las aportaciones cualitativas aportadas por los jueces expertos giraron en torno a la mejora de la comprensión de los ítems por parte de los estudiantes universitarios, a la ampliación de categorías para una mayor riqueza en las respuestas de los alumnos y, a la eliminación o inclusión de nuevos ítems (Bulger & Housner, 2007; Carretero-Dios & Pérez, 2005; Padilla, Gómez, Hidalgo, & Muñiz, 2007). Por otro lado, los análisis cuantitativos de las opiniones expresadas por el grupo de expertos, mediante la prueba Q de Cochrane, mostraron que había concordancia entre los jueces, tanto en la segunda como en la tercera ronda. Esta información cuantitativa nos ha ofrecido información relevante para eliminar o modificar posibles ítems (Caballero Martínez, et al., 2010; Jiménez Pernet, et al., 2009).

La concordancia de criterio de los panelistas participantes en este estudio es superior a la de otros estudios con metodología similar. Aunque la legitimidad de tal comparación es discutible, ya que la capacidad de concitar unanimidad de opinión es propia de cada estudio (según la heterogeneidad del panel, y el grado de controversia existente en el tema a debate), debe destacarse que los resultados de este proyecto se han logrado con un grupo de expertos interdisciplinar y con diferentes intereses, ya que algunos respondían en su expertía a la parte de metodología de la investigación y específicamente a la validación de cuestionarios, y otros a la temática de estilos de vida en estudiantes universitarios.

Por otra parte, si se aceptan como suficientes las precauciones adoptadas para la selección de los participantes en el estudio (Landeta, 1999; Zhu, et al., 1998), los panelistas podrían considerarse como una muestra válida y no intencional de la población teórica de expertos en estilos de vida en estudiantes universitarios y expertos en metodología de la investigación –especialmente, en la temática de validación de cuestionarios–.

En definitiva, podemos afirmar que la valoración externa por parte de los expertos que han formado parte del panel Delphi de este estudio constata un elevado nivel de acuerdo en la mayoría de ítems que conforman el cuestionario “Estilos de vida en estudiantes universitarios (ESVISAUN)”, y respaldan el trabajo de recopilación y síntesis bibliográfica realizada para la creación del instrumento.

La fase de validación no solo corresponde al análisis de las respuestas del panel de expertos sobre la valoración inicial, ítems, escalas de medida y valoración global del cuestionario, también se involucra en el proceso a los sujetos para que modifiquen mediante su opinión los diferentes componentes del cuestionario (W. Wiersma & Jurs, 2005). De ahí la necesidad de realizar una prueba piloto a un grupo de alumnos de características similares a la muestra

de estudio y, donde éstos opinen sobre las diferentes partes del cuestionario. De los datos emanados del presente estudio se discierne que la opinión del grupo de estudiantes en los que se realizó la prueba piloto se acerca a las aportaciones del panel de expertos: preguntas adecuadas y comprensibles. Por lo que el cuestionario no sufrió cambios significativos una vez realizada la prueba piloto.

La validez de un cuestionario no puede medirse única y exclusivamente por la metodología Delphi, ya que debemos tener en cuenta no sólo la validez de contenido sino también la validez de criterio y de constructo.

Tal y como se ha comentado en el apartado de resultados, no se ha realizado ningún tipo de análisis para la validación de criterio, ya que las escalas y subescalas disponían de estudios previos sobre sensibilidad y especificidad, por lo que únicamente se ha evaluado la validez de constructo (Martín Arribas, 2004).

En la tabla 103 se presentan las escalas diagnósticas utilizadas en el presente cuestionario. En ella, podemos observar como finalmente se han utilizado nueve escalas diagnósticas, así como, la fundamentación y los valores de fiabilidad de cada una de ellas.

Tabla 103. Escalas diagnósticas del cuestionario ESVISAUN.

DIMENSIONES / FACTORES	ESCALAS	ÍTEMS	Fundamentación
Estado de salud percibido	Estado de salud	22	Escala recomendada por la OMS Estudio de validez: Simon et al. 2005; Taghrid et al. 2007 Estudio de fiabilidad: Lundberg et al. 1996; Manor et al. 2001
Actividad física	Intensidad de ejercicio físico (EF)	37.1 a 37.16	Elaboración propia a partir: IPAQ – Validación por Craig et al. 2003 y Pekka, 2003 Cuestionario actividad física del estudio SUN – Validación por Martínez-González et al. 2005 (α de Cronbach 0,692)
	Servicio actividades deportivas	48.1, 48.2, 48.3, 48.4	Elaboración propia (α de Cronbach 0,885)
Actividades de tiempo libre o de ocio	Tipo de actividad y tiempo dedicado	43.1 a 43.13	Elaboración propia (α de Cronbach 0,728)
Tabaco	Grado de adicción al tabaco	50, 59-64	Test de Fagerstrom modificado (Fagerstrom & Schneider, 1989).
	Motivación para el cese del hábito tabáquico	53-58	Test de Richmond (Richmond et al. 1993) Estadios / Fases de cambio (Prochaska & DiClemente, 1983)
Alcohol	Consumo de alcohol de riesgo	66-68	AUDIT-C (Gual et al. 2000) Sensibilidad 54-98% y Especificidad 57-93% (Gordon et al. 2001) (α de Cronbach 0,749)

DIMENSIONES / FACTORES	ESCALAS	ÍTEMS	Fundamentación
Hábitos alimentarios	Adherencia dieta mediterránea	75.1 a 75.50	Modificación a partir del cuestionario del estudio PREDIMED – Validación por Fernández-Ballart et al. 2010; Martín-Moreno et al. 1993 (α de Cronbach 0,857)
	Servicio cafeterías	80.1, 80.2, 80.3, 80.4	Elaboración propia (α de Cronbach 0,824)

Finalmente, el análisis factorial respaldó la consistencia interna del cuestionario con las dimensiones o factores que previamente se habían establecido, tanto en la revisión bibliográfica como en el panel de expertos Delphi. También nos ha permitido hacer una primera observación sobre la agrupación de ciertas variables.

Para el cálculo de la fiabilidad (estabilidad de la comprensión de los individuos), se utilizó el método test-retest (Conroy & Metzler, 2003). Los objetivos de la utilización de dicha prueba son: a) Conocer el coeficiente de fiabilidad para indicar el grado en el que un persona verdaderamente puntúa igual en dos momentos diferentes de tiempo; b) evitar que el individuo cumplimente el cuestionario por azar; y c) eliminar posibles sesgos sobre el nivel de habilidad que debe poseer el sujeto para rellenar el cuestionario (Zhu, et al., 1998).

En el estudio de la fiabilidad, los valores medios fueron altos, ya que giraron entorno a 0,90. Estos datos indican buenos valores de fiabilidad del cuestionario (Altman, 1991). Para el cálculo estadístico se utilizó el Coeficiente de Correlación de Spearman, que junto con el coeficiente de correlación intra-clase (normalmente empleado en procesos de validación de mediciones psicológicas) y el coeficiente de correlación de Pearson son los más apropiados para cuantificar la concordancia entre mediciones de una variable numérica. La baja estabilidad en las respuestas de algunos ítems, es atribuible a la mala formulación de las preguntas o de la puntuación de las preguntas para su cumplimentación (Conroy & Metzler, 2003).

En resumen, la construcción de cualquier instrumento de medición, como es el caso del cuestionario ESVISAUN es un proceso arduo y laborioso, y el rigor metodológico utilizado en su desarrollo redundará en su posterior aplicabilidad. Por lo que para la validación de un cuestionario se deben seguir las siguientes fases: a) revisión bibliográfica; b) validación del contenido mediante un panel de expertos Delphi; c) cálculo de otros tipos de validez, en caso de que se necesite, como es la validez de criterio o la validez de constructo (a través del análisis factorial); y, d) cálculo de los valores de la fiabilidad (a través de la consistencia interna y del test-retest). Si bien, sería conveniente completar los estudios de validación realizados con un análisis factorial confirmatorio.

Finalmente, resaltar la importancia del presente cuestionario ya que permite en un mismo instrumento combinar multitud de variables sociológicas con escalas diagnósticas en el ám-

bito de la salud, lo que permite abordar el diagnóstico de los estilos de vida desde una perspectiva más amplia y por consiguiente, la explicación o la mejor comprensión de cuáles son los motivos y las relaciones de unos estilos de vida más o menos saludables, para poder programar así, mejores intervenciones de promoción de la salud en el entorno universitario.

6.2. ESTILOS DE VIDA DE LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

6.2.1. ESTADO DE SALUD EN GENERAL Y CALIDAD DE VIDA

La salud subjetiva es un indicador que adopta un enfoque multidimensional del concepto de salud (física, social, emocional, etc.) y, que a pesar de los sesgos propios de los datos recogidos, como por ejemplo la subjetividad de la respuesta, se considera un buen indicador para describir el estado de salud de una población (Cabeza, et al., 2009; Girón-Daviña, 2010; Pietz & Petersen, 2007; Simon, et al., 2005; Taghrid, et al., 2007).

La autovaloración del estado de salud es un indicador relacionado con la información y la percepción que tiene el individuo de la calidad de vida a través de un juicio subjetivo ($r=0,445$; $p<0,001$). En este sentido, el 88,1% del alumnado refiere una buena o muy buena calidad de vida, valor correlacionado con el estado de salud, ya que el 91,0% de los estudiantes universitarios de la UIB considera que su estado de salud es bueno o muy bueno.

Estos datos son similares a los obtenidos en otros estudios, como por ejemplo el de la Universidad de Alicante, en el que el 85% de sus estudiantes califica su salud de buena, muy buena o excelente (Reig, et al., 2001). Asimismo, presentan la misma tendencia que los datos obtenidos en la Encuesta de Salud de las Islas Baleares (ESIB, 2007) en la que el 74,4% de la población consideraba que su salud era buena o muy buena. Tanto en nuestra población de estudio como en la de la ESIB, a medida que aumenta la edad, la percepción de una salud regular o mala es más frecuente. En cambio, y contrariamente a lo que ocurre en la ESIB, en nuestro estudio las personas de clases sociales más desfavorecidas no percibían un peor estado de salud. Esto, tal vez se pueda explicar porque los estudiantes universitarios son un grupo más homogéneo y en cierta medida elitista o privilegiado.

Destacar que el 81,4% de los estudiantes se sienten estresados, y lo que más llama la atención es que de éstos, más de la mitad consideran que su nivel de estrés es alto o muy alto. En este sentido, existen otros estudios que muestran resultados similares (Dodd, et al., 2010; Reig, et al., 2001). Tal vez, se podría hipotizar que la causa de dicho estrés es el resultado de varios estresores a los que los estudiantes están sometidos durante todo el curso académico, entre los que podemos mencionar la evaluación (exámenes, trabajos), la sobrecarga de tareas y la limitación del tiempo para realizarlas. Cabe remarcar que el porcentaje de mujeres que se sienten estrasadas es mayor al de los hombres. Podríamos decir que esto va

en relación al tiempo dedicado al estudio y a la asistencia a clases, ya que ellas destinan más horas al día a la actividad académica que los hombres.

6.2.2. ACTIVIDAD FÍSICA

La importancia de un adecuado nivel de actividad física viene avalada por la multitud de estudios que muestran su relación con la salud. Además, practicada regularmente, es una parte importante del estilo de vida que comporta beneficios que contribuyen al bienestar de las personas en los ámbitos, físico, psíquico y social (Abu-Omar & Rutten, 2008; Gray & Leyland, 2008; Wen, et al., 2011; WHO, 2007).

En nuestro estudio, el porcentaje de estudiantes universitarios que manifestaron realizar ejercicio físico es del 65,8% (el 72,7% en hombres y el 63,5% en mujeres), porcentaje superior al observado en otros trabajos con muestras similares (Haase, et al., 2004; Irwin, 2007; Keating, et al., 2005; Moreno-Gomez, et al., 2012). Si comparamos la realización de ejercicio físico de los estudiantes universitarios con la de la última Encuesta de Salud de las Islas Baleares de 2007, podemos afirmar que en nuestra población el porcentaje de individuos que practican ejercicio físico es mayor que el referido a nivel autonómico, en el que practican ejercicio físico el 57,2% de la población (el 58,8% de los hombres y el 55,6% de las mujeres), si bien dicho porcentaje disminuía con la edad (ESIB, 2007). No obstante, si lo comparamos con el grupo de edad de 16-24 años, el porcentaje de individuos que realiza ejercicio físico coincide con el de nuestra población (65,8%), de los cuales el 76,9% son hombres y el 54,3% son mujeres. En nuestro trabajo no se observan diferencias significativas en la realización de ejercicio físico por parte de los estudiantes universitarios y la clase social, contrariamente a lo que ocurre en la Encuesta de Salud de las Islas Baleares (ESIB, 2007) en la que se observa que la personas pertenecientes a una clase social alta dedican más tiempo libre a la actividad física. O, como en el estudio sobre las conductas saludables de los jóvenes escolarizados (HBSC, 2008) en el que se describe una relación clara entre capacidad adquisitiva familiar y nivel de actividad física en la etapa adolescente (Ramos-Valverde, 2011).

Al igual que otros estudios (Eisenmann, Bartee, Smith, Welk, & Fu, 2008; Molina-Garcia, et al., 2009; Moreno-Gomez, et al., 2012; Romaguera, et al., 2011) hemos observado que los hombres realizan más actividad física que las mujeres. Una posible razón explicativa de esta diferencia entre géneros, es que las mujeres tienden a abandonar la práctica de ejercicio físico a edades más tempranas (Molina-Garcia, et al., 2009). En concreto, en el estudio longitudinal de Ruiz y García (2001), se puede confirmar el creciente proceso de abandono de la práctica deportiva entre las mujeres universitarias pasados dos años del inicio de los estudios universitarios.

En este sentido, el estudio HBSC en su edición de 2008 corrobora que el nivel de actividad física en los adolescentes varones es mayor. En él, se explica que las desigualdades entre

sexos referidas al nivel de actividad física podrían entenderse por la actitud diferencial que chicos y chicas tienen hacia esta actividad. Concretamente, porque los chicos consideran las actividades deportivas congruentes con el rol masculino, y adquieren prestigio a través de la competición, además de estar ligadas a la interacción social con los compañeros, mientras que las chicas es menos probable que relacionen la actividad deportiva con el proceso de ser mujer (Ramos-Valverde, 2009).

Diversos estudios han demostrado que la actividad física disminuye de manera significativa entre la adolescencia y la juventud. Esto puede ser explicado por el hecho de que se convierte en una actividad voluntaria cuando las personas abandonan la escuela secundaria y empiezan a trabajar o estudiar en la universidad. Hay observaciones que muestran que el comienzo de la vida universitaria favorece la disminución o retirada del ejercicio físico o deporte, algunas veces por el aumento en la exigencia y dedicación de este nivel educativo y otras por el traslado de localidad que puede conllevar el inicio de estudios universitarios (Pavón Lores & Moreno Murcia, 2006; Ulla-Diez & Perez-Fortis, 2009). En este sentido, en nuestro análisis, observamos que el 15,4% de los estudiantes universitarios encuestados dejaron de practicar ejercicio físico y el 33,0% lo disminuyeron desde que están en la universidad, frente al 8,8% que empezaron a realizarlo.

En concreto, observamos como los estudiantes universitarios se decantan por la práctica de natación, fútbol, ciclismo, gimnasia y senderismo, coincidiendo con otros trabajos realizados en universitarios y con las últimas tendencias de cambio en la práctica deportiva en España (García Ferrando, 2005; Pavón Lores & Moreno Murcia, 2006). Asimismo, observamos comportamientos diferenciales en relación al sexo, de forma que existen diferencias significativas en las siguientes actividades: correr rápido, tenis, fútbol, baloncesto, aeróbic y musculación.

Por otro lado, entre las razones que los estudiantes universitarios aluden para no practicar ejercicio físico, encontramos en primer lugar la falta de tiempo (33,6%), seguido de la falta de voluntad (19,8%) y la carga de trabajo en la universidad (13,5%). Dichos motivos coinciden con otras investigaciones realizadas en estudiantes universitarios (Romaguera, et al., 2011) y con la Encuesta Nacional de Salud de 2006.

Los resultados de este trabajo muestran la relación existente entre la práctica de ejercicio físico de los estudiantes universitarios y la de sus progenitores. Hay autores que han sugerido que el fomento de la actividad física en el seno familiar está especialmente influenciado por el progenitor del mismo sexo, mientras que otros han encontrado que el nivel educativo materno es particularmente relevante, tanto para la práctica de ejercicio físico, como de otros comportamientos saludables entre sus hijos de ambos sexos. En el estudio de Romaguera et al. (2011) la práctica de ejercicio físico fue influenciada por el nivel educativo y los hábitos de actividad física de sus madres, con una mayor correlación en los hombres con

la educación de la madre y en las mujeres con la práctica de actividad física de la madre. En nuestro caso, la práctica de ejercicio físico por parte de los estudiantes universitarios estuvo influenciada por la práctica de ejercicio físico de sus progenitores. De tal forma, que si ambos progenitores –o al menos la madre– realizan ejercicio físico es más probable que los hijos también lo realicen.

En general, las instalaciones preferidas por los estudiantes universitarios son los lugares públicos, los gimnasios privados o los espacios públicos al aire libre. Estos datos van en relación a los obtenidos en otras investigaciones, si bien, no existe una evidencia clara al respecto de si los factores infraestructurales influyen en la práctica o si provocan el abandono (Pavón Lores & Moreno Murcia, 2006).

El Eurobarómetro de 2009, nos muestra que la práctica de actividad física y deportiva en España se encuentra por debajo de la media de los 27 países europeos y presenta un elevado índice de sedentarismo (EC-UE, 2009). En este sentido, los resultados de nuestro estudio muestran que un 33,8% de los estudiantes universitarios no realiza ejercicio físico en su tiempo libre (36,5% de las mujeres y el 28,0% de los hombres), o sea, el doble de individuos que en la Encuesta Nacional de Salud (2006) en la que el 17,6% de los hombres y el 21,9% referían no realizar ejercicio físico.

Por otro lado, y en relación a las conductas sedentarias más comunes, nuestro estudio muestra, tal y como se observa en otros estudios, que son las actividades de ver la TV, estar sentado ante el ordenador y estudiar (Moreno-Gomez, et al., 2012; Romaguera, et al., 2011). Además, hay estudios que demuestran que la falta de ejercicio físico y las horas dedicadas a actividades sedentarias como ver la televisión están asociadas con el riesgo de padecer sobrepeso u obesidad en adultos jóvenes (Eisenmann, et al., 2008; Samdal, et al., 2006). En este sentido, también existen estudios que confirman el aumento del riesgo de sobrepeso y obesidad en aquellos chicos y chicas que pasan más horas realizando alguna actividad sedentaria (Andersen, et al., 1998; DeMattia, et al., 2007; Ochoa, et al., 2007; Vicente-Rodríguez, et al., 2008). Así, en el estudio ENKID, se observó que la prevalencia de obesidad es más elevada en los menores que dedican mayor tiempo a actividades sedentarias (estudio, TV, ordenador, videojuegos...). En nuestra investigación no se ha podido estudiar la relación entre las conductas sedentarias y la obesidad, ya que el porcentaje de obesos de la muestra es bajo para establecer relaciones, por lo que sería recomendable estudiar dicha relación en un posterior estudio longitudinal.

La inactividad física supone un determinante cada vez más importante para la salud, este problema es el resultado del cambio de patrones de conducta que derivan hacia estilos de vida más sedentarios. Este trabajo muestra una clara relación inversa entre el tiempo que un individuo pasa delante del ordenador con ser más activo físicamente. Aunque no se puede demostrar el efecto de otras conductas sedentarias como las horas dedicadas al estudio o a ver

la televisión. Por lo que se hace evidente la conveniencia de profundizar en el análisis de conductas sedentarias y realizar más investigaciones, ya que no existe un consenso al respecto.

El contexto universitario es un entorno propicio para la promoción de la actividad física, ya que es una manera de garantizar un buen estado de salud físico y mental y de consolidar un hábito saludable en sí y promotor de otros estilos de vida saludables en la etapa adulta. Por lo que se recomienda que la universidad realice programas de intervención dirigidos a fomentar la práctica de ejercicio físico en el tiempo libre de los estudiantes.

A través de la práctica física-deportiva, los estudiantes tienen la oportunidad de adquirir y reforzar aspectos importantes de su formación integral, en diferentes habilidades, competencias, destrezas, actitudes y valores (liderazgo, trabajo en equipo, comunicación, valor de la planificación y de la constancia, la resolución de problemas bajo presión, la capacidad de análisis y autocrítica, el valor del esfuerzo, la autosuperación, el respeto a las normas y al contrario, la valoración de la salud y de la calidad de vida) que serán útiles y necesarios para su futuro profesional y para su vida (CSD, 2010).

6.2.3. FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS, HÁBITOS ALIMENTARIOS Y CALIDAD DE LA DIETA

Se ha postulado que los hábitos alimentarios adquiridos durante la edad infantil y mantenidos durante la adolescencia persisten en la edad adulta (Klepp, Oygard, Tell, & Vellar, 1994; Ramos-Valverde, 2009). Además, cada vez se dedica menos tiempo a la compra de alimentos y a la elaboración de comidas y, en contraposición, se prefieren los alimentos procesados que, generalmente conllevan un consumo excesivo de alimentos de origen animal ricos en grasas, azúcar y colesterol (Aranceta, 2001; Sofi, et al., 2005). Al analizar el registro de consumo de alimentos observamos que el patrón de consumo corresponde a un patrón occidental, a pesar de estar presentes algunos rasgos de la dieta mediterránea. Como hemos podido ver en el apartado de resultados se destaca un alto consumo de productos de la parte superior de la pirámide alimentaria, como son los embutidos y carnes grasas, dulces, snacks y refrescos, de los que se toman unas cuatro raciones a la semana, así como de margarina, mantequilla y bollería de los que se toman más de dos raciones. Por otro lado, el consumo de verduras, hortalizas, frutas, legumbres y frutos secos es mucho menor al recomendado (Moreno-Gomez, et al., 2012; Tur, Puig, Benito, & Pons, 2004; Tur, Romaguera, & Pons, 2004b).

El elevado consumo de alimentos ricos en grasa saturada y azúcares simples, así como el bajo consumo de vegetales, refleja la modificación de los hábitos tradicionales de la población. La occidentalización de la dieta, alejándose del patrón de alimentación de la dieta mediterránea, es una tendencia que viene observándose en los últimos años (L. A. Moreno, et al., 2002; Moreno-Gomez, et al., 2012; Serra Majem, Ribas Barba, Perez Rodrigo, Roman

Vinas, & Aranceta Bartrina, 2003; Serra-Majem, Garcia-Closas, Ribas, Perez-Rodrigo, & Aranceta, 2001; Serra-Majem, Ribas, Garcia, Perez-Rodrigo, & Aranceta, 2003; Tur, Romaguera, & Pons, 2004a).

En relación a las recomendaciones establecidas por la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) (Aranceta, 2001; Serra Majem, et al., 2008) los participantes presentan una ingesta de cereales (3 raciones/día) inferior a la recomendada (4-6 raciones/día), detectándose además una preferencia por los cereales refinados, siendo este un indicio más del alejamiento de la dieta mediterránea. En el consumo de lácteos sí se cumplen las recomendaciones, si bien, éste se encuentra en la parte baja de la horquilla (2-4 raciones/día).

Se detecta también un consumo muy inferior a lo recomendado en cuanto a verduras y hortalizas, ya que éste se encuentra cercano a 1 ración al día, cuando lo recomendado son 2 ó más raciones. Lo mismo ocurre con las frutas, hecho que podría comprometer el aporte de antioxidantes y fibra. Por lo que se aconseja que se enfatice la recomendación del aumento de consumo de frutas y verduras. Otros autores, en muestras de características similares a la del presente trabajo, también han observado que un elevado porcentaje de sujetos no consumen las cantidades adecuadas de frutas y verduras (Arroyo Izaga, et al., 2006; Baska, Straka, & Mad'ar, 2000; Moreno-Gomez, et al., 2012; Schuette, Song, & Hoerr, 1996). En este sentido, resulta interesante comentar que estudios realizados en población adolescente tienen una tendencia similar, en la que se observa un bajo consumo de fruta y verdura. El estudio HBSC muestra en su edición de 2008 que el 13,7% de jóvenes consumen fruta en una frecuencia óptima, observándose una disminución de dicho consumo con respecto a la edición del 2002, en la que éste era del 19,3% (Ramos-Valverde, 2009).

Aunque existe un consumo diario de aceite de oliva las cantidades son inferiores a los aconsejadas, contrariamente a lo que ocurre con la margarina, mantequilla o bollería con un consumo casi diario y completamente alejado de las recomendaciones en las que se establece una ingesta moderada u ocasional de este tipo de productos, ya que son ricos en grasas saturadas.

Todos estos datos nos llaman la atención ya que deberíamos tener en cuenta que los hábitos alimentarios de una población mediterránea incluyen, en una gran mayoría de técnicas culinarias, la incorporación de hortalizas en su preparación, ya sea para preparar los clásicos sofritos o para la utilización de verduras y/o hortalizas como base de muchos platos, salsa y caldos. Por lo que al ser alimentos incorporados en tantas preparaciones, puede ser que se produzca una infradeclaración de dichos alimentos.

Se cumplen las recomendaciones en el consumo de carnes magras (4 raciones/semana) y huevos (3 raciones/semana) y casi se cumplen en el caso de pescados y mariscos (2 racio-

nes/semana) cuando lo ideal son entre 3 y 4 raciones a la semana. Pero, es preocupante el elevado consumo de embutidos y carnes grasas, ya que casi se realiza a diario.

Son muchos los factores que condicionan unos hábitos alimentarios inadecuados, desde los factores sociales, culturales y económicos, hasta las preferencias alimentarias (Montero Bravo, Ubeda Martin, & Garcia Gonzalez, 2006). El consumo de alimentos fuera del hogar es una práctica muy habitual en el colectivo de estudiantes, y en muchas ocasiones existe una amplia disponibilidad de alimentos de alto contenido graso y elevado valor calórico, a un precio asequible y servidos en raciones cada vez mayores (Rolls, Morris, & Roe, 2002).

Existe una importante y creciente influencia de agentes externos al individuo, más relacionados con factores estructurales, como el alto precio de los productos naturales (como es el caso de la fruta y la verdura) y su baja disponibilidad, en comparación con otros productos menos naturales y de elaboración rápida (S. A. French & Wechsler, 2004). De hecho, parece que el consumo de estos últimos productos se está generalizando cada vez más en una sociedad donde, por una parte, las familias tienen menos tiempo para realizar compras de productos naturales con la frecuencia que estos alimentos requieren y por otra parte, las empresas invierten grandes cantidades de dinero en la publicidad de alimentos industriales (Ramos-Valverde, 2009).

La valoración de la dieta desde una perspectiva global se utiliza ampliamente en el campo de la epidemiología nutricional como una manera de tener en cuenta varios aspectos nutricionales relacionados con su calidad (Bach, et al., 2006). Los índices de valoración de la calidad de la dieta mediterránea surgieron ante la necesidad de disponer de herramientas que permitieran determinar el grado de adherencia a los patrones alimentarios de la población a la dieta mediterránea (Gonzalez, et al., 2002; Kontogianni, et al., 2008; Sanchez-Villegas, Martinez, et al., 2002; Trichopoulou, et al., 2003; Tur, Romaguera, et al., 2004a). Aunque su especificidad ha sido cuestionada ya que el término “dieta mediterránea” es relativamente impreciso y, además, su laxitud conceptual se incrementa en relación con sus variantes conocidas; los estudios epidemiológicos, que no experimentales, han corroborado la trascendencia de la adherencia a la dieta mediterránea en la salud humana (Gonzalez, et al., 2002; Sanchez-Villegas, Martinez, et al., 2002; Trichopoulou, et al., 2003; Tur, Romaguera, et al., 2004a) y su interrelación con determinados estilos de vida (Gonzalez, et al., 2002; Kontogianni, et al., 2008; Sanchez-Villegas, et al., 2003; Sanchez-Villegas, Martinez, et al., 2002).

Como se ha comentado en el apartado de metodología, para evaluar la calidad de la dieta desde perspectivas diferentes, por una parte hemos usado un índice que compara la concordancia con las directrices formuladas para la población española por la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) y por otra parte, dos índices que evalúan la adherencia a la dieta mediterránea.

Vemos que el índice que evalúa el grado de ajuste a las guías dietéticas de la SENC es el que obtiene peores resultados, ya que sólo el 9,9% de la población tiene buena adherencia a una alimentación saludable según los criterios para población española. Esto coincide con la frecuencia de consumo de alimentos, donde hemos visto que ésta se aleja de las recomendaciones de las guías dietéticas. Y, lo mismo ocurre con el índice de adherencia a la dieta mediterránea que muestra que sólo el 10,2% de los estudiantes universitarios tienen una buena adherencia.

Tanto en un índice como en otro se obtienen diferencias significativas entre el grado de adherencia y el sexo, siendo, las mujeres las que mejores puntuaciones obtienen. Estudios previos han demostrado que las mujeres presentan patrones de alimentación más saludables, posiblemente como consecuencia de su mayor concienciación o interés por la salud y la alimentación (Arroyo Izaga, et al., 2006; Guo, Warden, Paeratakul, & Bray, 2004; Moreno-Gomez, et al., 2012; Romaguera, et al., 2011; Serra Majem, et al., 2003).

En nuestro estudio no hemos encontrado una relación significativa entre la calidad de la dieta y la clase social, contrariamente al estudio HBSC (2008) que demuestra una influencia clara de los factores socioeconómicos en los hábitos de alimentación durante la adolescencia. En dicho estudio se demuestra un mayor consumo de fruta y mayor regularidad del desayuno en los adolescentes que pertenecen a familias con un nivel socioeconómico más alto. Así como un mayor consumo de refrescos azucarados en las familias con bajo poder adquisitivo (Ramos-Valverde, 2009).

En relación a los hábitos alimentarios, los datos sobre el número de comidas al día han sido similares a los de otros estudios realizados en muestras similares, en los que el porcentaje de alumnos que realizaban cinco o más comidas al día oscilaba entre el 10% y el 20% (Arroyo Izaga, et al., 2006; Montero Bravo, et al., 2006; Moreno-Gomez, et al., 2012). En nuestro caso, los alumnos mayoritariamente realizaban tres comidas diarias (desayuno, comida y cena), y sólo el 8,1% de los encuestado realizaba menos de tres comidas al día. Al preguntarles acerca del desayuno, la mayoría de los alumnos (63,1%) afirmaba desayunar todos los días y el 13,1% a menudo, pero llama la atención que el 13,6% sólo desayune “a veces y el 10,2% “casi nunca o nunca”. El desayuno está considerado como una de las ingestas más importantes del día, y el aporte energético de esta comida debería permitir un adecuado rendimiento físico e intelectual (Sweeney & Horishita, 2005). Sin embargo, numerosos autores coinciden que es una de las ingestas que con mayor frecuencia se omite o se realiza de manera insuficiente (Siega-Riz, Popkin, & Carson, 1998) y que parece que la falta de tiempo es la razón por la cual los desayunos presentan una baja calidad nutricional (Montero Bravo, et al., 2006). En este sentido, el estudio HBSC muestra como la omisión del desayuno es una práctica relativamente frecuente en la adolescencia. De hecho, el informe de comparaciones de los datos HBSC de 2002 y 2006, muestran un aumento del porcentaje de adolescen-

tes que dice desayunar todos los días entre semana, del 69,2% en 2002 al 73,2% en 2006 (Ramos-Valverde, 2009).

Por otro lado, y en relación a lo que se observa en otros estudios, otro determinante de la calidad de la dieta es el número de comidas realizadas al día. De forma que un mayor número de comidas al día se correlaciona con una mayor puntuación tanto en el índice de adherencia a la dieta mediterránea como en el índice que evalúa el grado de ajuste a las guías dietéticas de la SENC.

En relación a otros hábitos alimentarios comentar que sólo el 31,1% de los alumnos revisan frecuentemente las etiquetas de los alimentos, el 52,1% se sirve la cantidad de comida que quiere sin evaluar si es mucha o poca y el 30,2% frecuentemente picotea o come entre horas. Estos datos coinciden con numerosas encuestas nutricionales que reflejan un consumo inadecuado de los alimentos en la edad infantil y juvenil. Se señalan como aspectos negativos la incorrecta distribución de alimentos durante el día, desayuno deficiente, monotonía alimentaria, escaso consumo de verduras, ensaladas, frutas y pescado, preferencia por los fritos sobre cualquier preparación culinaria, abuso de snacks, que introducen presencia excesiva de sal y estimulan el picoteo, además del consumo de refrescos entre otros (Montero Bravo, et al., 2006; Serra Majem, et al., 2008).

En la población juvenil, diferentes estudios han descrito una disconformidad entre la imagen actual y la deseada. Este fenómeno ha alcanzado especial relevancia en el género femenino que tiende a seguir un método de control de peso con más frecuencia que la población masculina (Cuadrado, Carbajal, & Moreiras, 2000; Eisenberg, Neumark-Sztainer, Story, & Perry, 2005). De hecho, en el presente trabajo el 17,6% de los estudiantes universitarios realizaba alguna dieta o régimen especial para perder peso y de estos había el doble de mujeres que de hombres. Hay autores que han intentado explicar estas diferencias de género, haciendo referencia a la mayor probabilidad de las mujeres a llevar a cabo prácticas, muchas veces perjudiciales para su salud, con la intención de perder peso (Montero Bravo, et al., 2006; Ortega, et al., 1997; Ramos-Valverde, 2009; Wu, Rose, & Bancroft, 2006).

De los resultados obtenidos, y en relación a lo que demuestran otros estudios, se desprende la necesidad que tienen los estudiantes universitarios de una educación nutricional. Este grupo poblacional debería conocer que la dieta mediterránea, como prototipo de alimentación saludable, contribuye al mantenimiento de un óptimo estado de salud y que, aunque incluye todos los alimentos, su frecuencia de consumo debe seguir las pautas indicadas en la pirámide nutricional. Por tanto, las normas dietéticas aplicables a estos universitarios consistirían básicamente en incrementar el consumo diario de frutas, verduras y hortalizas, pasta, arroz y cereales (con especial hincapié en los integrales), frutos secos, lácteos (principalmente yogur y/o queso), así como legumbres y pescados por lo menos 2 ó 3 veces por

semana; además de fomentar el consumo de aceite de oliva como única grasa culinaria. Por otro lado, habría que recomendar el consumo ocasional de bollería industrial y dulces; además de insistir en la importancia de un desayuno diario, que incluya cereales, lácteos y frutas. Las meriendas saludables a media mañana o a media tarde, tal vez serían una oportunidad de elegir y consumir alimentos tales como frutas, frutos secos, lácteos o bocadillos tradicionales de pan integral, lo cual nos permite aumentar el número de comidas y la calidad de la dieta. Y, por otra parte, se deberían realizar una serie de modificaciones en el entorno universitario que promuevan las condiciones de consumir una alimentación saludable.

6.2.4. HÁBITO TABÁQUICO

El consumo de tabaco es, sin duda, un factor de riesgo para la salud crítico en términos de morbimortalidad. En nuestro caso, la prevalencia de fumadores (19,5%) fue menor a la de otros estudios realizados con anterioridad en la misma población de estudiantes universitarios de la UIB, en los que la prevalencia en el año 2003 era del 35,3% y en 2006 del 26,1% (Pericas, et al., 2004; Pericas, et al., 2009). Si bien, aunque se mantiene dentro del rango de la prevalencia del hábito tabáquico en estudiantes de universidades españolas, que oscila entre el 17% y el 39%, es inferior a las cifras habituales, que sitúan la prevalencia alrededor del 26% (Alberdi-Erice, et al., 2007; Basterra-Gortari, et al., 2010; Chelet-Marti, et al., 2011; Fernandez Garcia, et al., 2007; Garcia de Albeniz, et al., 2004; Jimenez-Muro Franco, et al., 2009; Ledo-Varela, et al., 2011; Rial Boubeta, et al., 2009).

En lo que respecta al consumo de tabaco, cabe mencionar, que los últimos datos de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) muestran una estabilización del consumo de tabaco entre adolescentes de 14 a 18 años en el año 2008 respecto al 2006 (PND, 2009).

Si comparamos la prevalencia de fumadores de nuestro estudio (19,5%, de los cuales el 17,2% fuma regularmente y el 2,3% esporádicamente) con la de la última Encuesta Nacional de Salud de 2006, podemos afirmar que en nuestra población el porcentaje de fumadores es menor que el referido a nivel nacional (en la que de un total del 29,5%; el 26,4% regularmente y el 3,1% lo hace esporádicamente) y que la autonómica (en la que de un total del 30,3%; el 27% fuma diariamente y el 3,3% lo hace de forma ocasional). Esta diferencia se mantiene si la comparamos con un estudio nacional promovido por la Conferencia Nacional de Prevención del Tabaquismo (CNPT), realizado en 2008, en el que la prevalencia global de fumadores era del 24,1% (CNPT, 2008). Por tanto, la prevalencia de tabaquismo en los participantes de este estudio es inferior a la prevalencia del tabaquismo en España, pero también es inferior a la prevalencia de otros países vecinos como Portugal, Francia e Italia (Bogdanovica, Godfrey, McNeill, & Britton, 2011). Además, presenta la tendencia generalizada, de acuerdo con la mayoría de estudios (Bogdanovica, et al., 2011; Howat, et al., 2010), a ser mayor en mujeres

(21,3%) que en hombres (15,5%). Estudios sobre la evolución del tabaquismo en adolescentes encuentran también estas diferencias entre sexos en el incremento de la proporción de fumadores diarios en función de la edad, siendo las chicas las que más incrementan este consumo a los 17 y 18 años (Mendoza, Lopez Perez, & Sagrera, 2007). Este dato, refleja el avance a lo largo del estadio III del modelo evolutivo de la epidemia tabáquica (López, Collishaw, & Piha, 1994) en el que se encuentra nuestro país y confirma la tendencia de los últimos años del elevado consumo de tabaco por parte de las mujeres españolas (Jimenez-Muro Franco, et al., 2009).

Muchos autores han relacionado estas diferencias de género en el patrón de consumo de tabaco con varios factores psicosociales clave, como la mayor influencia de la conducta de fumar de padres, madres, iguales u otros adultos significativos en las chicas; la asociación del tabaquismo con el estereotipo de poder e independencia relacionado con la masculinidad y el deseo por parte de las mujeres de conseguir dicho estatus, la apertura de las estrategias de marketing de las empresas tabaqueras para incluir a las mujeres; o la creencia relacionada con el uso del tabaco como un método eficaz para reducir el hambre y el peso (Grunberg, 1991; Grunberg, Winders, & Wewers, 1991; Ramos-Valverde, 2009; Schiaffino, et al., 2003).

Según nuestros resultados, debemos destacar que la prevalencia de tabaquismo (19,5%) oscila significativamente con la edad, de forma que en el grupo de mayores de 30 años es del 46,2%, mientras que en el grupo de 18 a 21 años es del 15,6%, contrariamente a lo que ocurre en el estudio nacional de la CNPT de 2008, en el cual la prevalencia en el grupo de 18 a 29 años es del 26,0%, ligeramente superior que en el grupo de 30-44 años que es del 23,7% y del grupo de 45-59 años que es del 21,8% (CNPT, 2008).

Los resultados de esta tesis doctoral no muestran diferencias significativas en relación al consumo de tabaco y la clase social de pertenencia, contrariamente a lo que ocurre en la Encuesta de Salud de las Islas Baleares en la que los hombres de clases sociales más desfavorecidas fuman más y la prevalencia de exfumadores era más elevada entre la clase social alta (grupo I y II) sobre todo en hombres (ESIB, 2007). Algunos estudios han objetivado una mayor prevalencia del hábito entre los que pertenecen a una clase social baja, pero la evidencia sobre la situación económica y el consumo de tabaco es limitada, incoherente e, incluso contradictoria (Morgan, et al., 2006; Richter & Leppin, 2007; Stronks, et al., 1997).

En nuestro estudio, la media de cigarrillos fumados al día era de 7,1 (8,4 cig./día en el caso de los hombres y 6,6 cig./día en las mujeres), y ligeramente inferiores a los hallados en otros estudios, con una media de cigarrillos fumados al día de 10,9 cig./día en hombres y de 10,3 cig./día en mujeres (Jimenez-Muro Franco, et al., 2009; Moreno-Gomez, et al., 2012) y, bastante inferiores a la media de 16 cig./día de la población de les Illes Balears

(ESIB, 2007). Respecto al sexo se observa un menor consumo de cigarrillos al día en las mujeres, aspecto que ya ha sido descrito en general en el colectivo femenino (Boyle, et al., 2000; Nerin, et al., 2004).

La incorporación al consumo de tabaco es un proceso largo y complejo de formación de las actitudes frente al tabaco, proceso en general poco conocido, para el que se han propuesto diversos modelos teóricos (Nerin, et al., 2004). En la iniciación y consumo de tabaco en jóvenes se han identificado varios factores de riesgo, como la sensación de relajación y placer, la imagen personal, curiosidad, estrés, aburrimiento, autoafirmación, rebeldía y presión por pares, entre otros (Soto Mas, Villalbi, Balcazar, & Valderrama Alberola, 2002; Tyas & Pederson, 1998).

Algunos estudios han puesto de manifiesto que en la etapa universitaria se incorporan al consumo entre el 20% y el 30% de aquellos alumnos que se definen como fumadores a diario al final los estudios (Jimenez-Muro Franco, et al., 2009; Mas, et al., 2004; Pastor, et al., 2009; Precioso, 2004). Sin embargo, en nuestro trabajo el 11,2% de los estudiantes refiere que empezó a fumar en la universidad y el 23,1% que lo dejó. Por tanto, en nuestro caso el balance fue positivo en el sentido de abandono del hábito tabáquico.

La alta proporción de fumadores que quieren abandonar el hábito y no pueden (74,4%), ya sea por una baja motivación (69,8%) o por el grado de dependencia (el 77,5% presenta dependencia leve, el 15,0% moderada y el 7,5% severa), es superior a la reportada en otros estudios realizados en ámbitos parecidos e incluso en esta misma universidad, lo que confirma el poder adictivo del tabaco (Hyland, Rezaishiraz, Bauer, Giovino, & Cummings, 2005; Pericas, et al., 2009). Destacar, respecto a la disonancia (intención de dejar de fumar) que presenta la población estudiada, que es mayor en mujeres fumadoras (79,7%) que en hombres fumadores (59,1%).

En relación al tiempo de exposición al humo ambiental de tabaco (HAT), el 55,0% refiere haber estado expuesto en el domicilio habitual y de éstos, el 12,7% durante más de 6 años. La evidencia científica reconoce que la exposición al HAT causa morbilidad importante, además de ser uno de los agentes contaminantes de espacios interiores, más frecuente y nocivo (Fernandez, et al., 2009; Lightwood & Glantz, 2009; Lopez, et al., 2007; D. Mackay, et al., 2010; Moncada, et al., 2011; Nebot, Lopez, et al., 2004). Por tanto, los elevados niveles de exposición al HAT, tanto en nuestro caso como en relación a otras encuestas como la del Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo (CNPT, 2008) dejan entrever que a pesar del importante impulso que las políticas de prevención del tabaquismo han tenido en los últimos años (Ley 28/2005 y Ley 42/2010) sobre la protección a la población, respecto al humo de tabaco en espacios públicos cerrados, el resultado no ha funcionado de igual manera en el ámbito familiar. De hecho, en la última Encuesta de Salud de las Islas Baleares sólo el 62,9% afirmaba que nadie de la familia fumaba en casa delante de los niños (ESIB, 2007).

Pensamos que la política de edificios libres de humo seguida en esta universidad desde 2001, la implantación de la Ley de Drogodependencias de la Comunidad Autónoma de les Illes Balears en 2005, la entrada en vigor en 2006 de la Ley de Prevención del Tabaquismo y en 2011 de la Ley 42/2010, que modifica la de 2006, prohibiendo fumar en espacios cerrados y en nuestro caso prohibiendo fumar en los accesos inmediatos a los edificios universitarios y en las aceras que los rodean, han jugado un papel decisivo en el descenso de la prevalencia de tabaquismo de nuestros estudiantes, y constituyen un estímulo para velar por el seguimiento y el cumplimiento de las leyes vigentes en nuestro ámbito. Además, dichas políticas de control del tabaquismo han realizado un importante impulso en lo que se refiere a la concienciación sobre la necesidad de proteger a la población frente a la exposición involuntaria al HAT. Debemos remarcar, que en el último estudio de la CNPT, el 53,9% reconoce como “muy importante” la influencia del entorno (CNPT, 2008).

Finalmente, remarcar que es posible un sesgo de clasificación, ya que al basarnos solamente en la declaración de los encuestados, podemos subestimar la cantidad de cigarrillos consumidos por ocultación o minimización del hábito que tiene cada vez más censura social. En todo caso, de producirse, probablemente sería conservador y ocultaría las asociaciones realmente existentes (García de Albeniz, et al., 2004). Aunque no hay datos disponibles sobre este posible sesgo en este estudio, otras investigaciones, entre las que destaca un metaanálisis que revisó las publicaciones sobre este tema, llegaron a la conclusión de que la declaración es un método de investigación válido del hábito tabáquico (Barrueco, et al., 2005; Patrick, et al., 1994).

6.2.5. CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

Según la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) de 2009, el alcohol sigue siendo la sustancia psicoactiva con un consumo más extendido entre la población española, aunque su consumo se mantiene relativamente estable con respecto a años anteriores.

En nuestro caso el porcentaje de estudiantes universitarios que son consumidores habituales de bebidas alcohólicas es del 58,0%, siendo el consumo más frecuente entre una vez a la semana y dos veces al mes. Dicha prevalencia es inferior a la detectada en los años 2006 (68,6%) y 2003 (69,1%) en la misma población de estudiantes universitarios (González-Torrente, et al., 2007).

En los últimos años, en España se ha producido un cambio en los patrones y los estilos de diversión de los jóvenes (Calafat, et al., 2005). Respecto al alcohol, según datos confirmados por el Observatorio Español sobre Drogas (OED), el modelo de consumo de bebidas alcohólicas entre los jóvenes es más frecuente los fines de semana y en días festivos, y para

conseguir los efectos de embriaguez (Pascual, 2002). En este sentido, los resultados de este trabajo demuestran que el consumo de alcohol de los estudiantes universitarios se centra fundamentalmente en los fines de semana, de forma que la mediana de consumo de alcohol entre semana es de 0,0 gramos, mientras que en los fines de semana es de 20,0 gramos.

En nuestro caso, la proporción de bebedores de riesgo, según los criterios de clasificación de la SEMFyC (Aubà, et al., 2000), es del 2,3% (de los cuales, el 3,5% son hombres y el 1,7% mujeres), inferior a la proporción del estudio EDADES de 2009 que fue del 7,5% y a la de la Encuesta de Salud de las Islas Baleares de 2007 que fue del 6,1% (7,0% hombres y 5,2% mujeres). También, es inferior a la de otros estudios realizados anteriormente en la misma población universitaria (González-Torrente, et al., 2007).

Por otro lado, si comparamos estos datos con los adolescentes españoles, según los últimos datos del ESTUDES (2008), el 81,2% de los estudiantes de entre 14 y 18 años han probado el alcohol alguna vez, el 72,9% lo han consumido en el último año y el 58,5% en el último mes. Además, el consumo de alcohol en adolescentes se centra en el fin de semana, de hecho, de los estudiantes que han consumido alcohol, prácticamente todos han bebido en fin de semana, mientras que este porcentaje se reduce considerablemente entre los que han bebido en días laborales.

En nuestro estudio, y en relación a lo que muestran tanto la Encuesta Nacional de Salud (2006) como la Encuesta de Salud de las Islas Baleares (2007) y los estudios en población adolescente, HBSC (2008) y ESTUDES (2008), las mujeres presentan un patrón de consumo menor y diferente al de los hombres, de forma que ellas toman un menor número de consumiciones en un día normal de consumo, prácticamente su consumo se centra en el fin de semana, consumen menos gramos de alcohol, es decir, toman menos consumiciones en una ocasión de consumo, y, el consumo de riesgo muy inferior al de los hombres. Estas diferencias de género se podrían atribuir a una menor aceptación social del consumo de alcohol por parte de las mujeres (Jimenez-Muro Franco, et al., 2009).

En este sentido, tal y como apunta Ramos-Valverde (2009) en su tesis doctoral sobre estilos de vida y salud en la adolescencia, que siguiendo a Wilsnack et al. (2000), afirma que los hombres consumen alcohol en grandes cantidades con más frecuencia que las mujeres, ya que esto les ayuda a ejercer su masculinidad a través de la demostración de resistencia, inconformidad y asunción de riesgos. Sin embargo, los episodios de embriaguez en las mujeres aún parecen estar asociados a la estigmatización y a la desaprobación social (Kloos, et al., 2009). Esto podría ser explicado por el diferente patrón de socialización. Así, mientras que para los hombres beber está habitualmente asociado con un propósito social, es decir, se utiliza para conseguir amistad y crear cercanía entre los individuos; las relaciones sociales de las mujeres se caracterizan por un mayor grado de intimidad, sin que el alcohol tenga un

papel tan relevante (Bellis, et al., 2008; Calafat, Juan, Becoña, & Mantecón, 2008; Capone, Wood, Borsari, & Laird, 2007).

La normalización existente sobre el consumo de alcohol no es extraña en nuestro país, ya que en muchas ocasiones el inicio del consumo está ligado a la propia familia, en acontecimientos sociales y/o fiestas señaladas debido al contexto cultural (Calafat, et al., 2005). Por lo que el alto nivel de tolerancia y permisividad hacia el consumo de tabaco y alcohol que ha habido en los últimos años en España contribuye a una menor percepción del riesgo que conlleva fumar y beber. Todo ello, junto a la falsa sensación de control que tienen al inicio, disminuye la percepción del riesgo que supone consumir estas sustancias, lo que favorece el consumo. Además, los jóvenes consideran que la enfermedad y la muerte son fenómenos muy lejanos en sus vidas por lo que no valoran el riesgo que conlleva consumir estas sustancias (Calafat, et al., 2005; Guallar-Castillon, et al., 2001; Jimenez-Muro Franco, et al., 2009; Pascual, 2002).

En lo que respecta al consumo de drogas ilegales, el cannabis es la sustancia ilegal cuyo consumo es más frecuente. En nuestra población, la prevalencia de individuos que consumen cannabis diariamente es del 3,1%, prácticamente el doble de proporción que la aportada por la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES, 2007). En cambio, el porcentaje de consumidores de cannabis en el último año es del 35,0%, algo superior al de la Encuesta Estatal sobre Alcohol y Drogas (30,5%) (ESTUDES, 2008).

Desde el punto de vista de salud pública, resulta muy preocupante el incremento del consumo de cannabis entre los jóvenes, al igual que sucede con la mayoría de los países europeos (Font-Mayolas, Gras, & Planes, 2006; Kashdan, Vetter, & Collins, 2005). Aunque a partir de los datos de 2009 se observa una estabilización en el consumo de cannabis en los adolescentes españoles (OED, 2009; ESTUDES, 2008), no se ha conseguido la disminución que ya se está observando en la mayoría de países europeos y Canadá (Kuntsche, Simons-Morton, Fotiou, ter Bogt, & Kokkevi, 2009).

Con respecto a la prevalencia del consumo de otras drogas ilegales, el porcentaje de estudiantes universitarios que ha referido haberlas probado en la vida es del 5,9% en el caso de la cocaína, del 4,5% en el caso de alucinógenos, del 2,9% en el caso del éxtasis u otras drogas de diseño y del 2,3% en el caso de las anfetaminas o speed. Porcentajes, similares a los últimos datos de prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de enseñanzas secundarias (5,1% en el caso de la cocaína, 4,1% en alucinógenos y, 2,7% en extasis), excepto en el caso de las anfetaminas en el cual la prevalencia de consumo en adolescentes es del 3,6% y por tanto, ligeramente superior a la obtenida en nuestra población (ESTUDES, 2008).

Finalmente, llama la atención el alto uso de tranquilizantes, ya que el 11,5% de los estudiantes universitarios refiere haberlos usado de forma ocasional en el último mes. Aunque, si observamos los datos del OED (2009) vemos que la prevalencia anual de consumo era del 8,6% en el año 2007 y en población general, y del 10,1% entre los estudiantes de 14-18 años (ESTUDES, 2008). Por lo que podríamos afirmar que los tranquilizantes son más usados en población joven estudiantil, tal vez se pueda hipotetizar que es debido a los elevados niveles de estrés que acarrearán los estresores del ámbito estudiantil (Casero, 1998).

Como ya se ha observado en otros estudios existe cierto grado de rechazo social a admitir que consumen o han consumido drogas distintas al alcohol y al tabaco. Por tanto, es probable que los datos obtenidos en dicho cuestionario supongan una estimación a la baja del consumo real de estas sustancias. Sin embargo, debemos resaltar que el porcentaje de no respuesta ha sido inferior al 6% en los ítems referidos al consumo de los diferentes tipos de drogas en la vida.

6.2.6. CONDUCTA SEXUAL

El estudio piloto previo de este cuestionario confirmó que los estudiantes entienden por relación sexual las relaciones en las que haya penetración vaginal, anal u oral del órgano masculino. A pesar de que a veces los estudiantes son reacios a contestar este tipo de preguntas íntimas (Reig, et al., 2001), en nuestro caso menos del 1% dejó este apartado sin contestar.

Los datos obtenidos muestran que 9 de cada 10 universitarios afirman haber mantenido relaciones sexuales. Tener o no haber tenido relación sexual hasta el momento actual presenta el mismo patrón de prevalencia en mujeres que en hombres, por lo que tal y como demuestran otros estudios en universitarios (Navarro Bravo, et al., 2010; Reig, et al., 2001), no existen diferencias significativas en este comportamiento y en esta población.

Tanto hombres como mujeres se muestran satisfechos con su vida sexual (91,6%) frente al 8,4% que la considera poco o nada satisfactoria. Estos datos van en consonancia con otros estudios, en los que tampoco aparecieron diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de satisfacción de hombres y mujeres ni en relación a la clase social (Colson, Lemaire, Pinton, Hamidi, & Klein, 2006; Navarro Bravo, et al., 2010; Sierra, Buena-Casal, Bermudez, & Santos-Iglesias, 2009).

En relación a los métodos anticonceptivos el 49,3% de los estudiantes usa siempre preservativo frente al 33,3% que usa siempre un método hormonal (píldora, parche o inyección anticonceptiva). Tal y como se observa en otros estudios (Navarro Bravo, et al., 2010; Reig, et al., 2001), los resultados muestran que son los hombres los que hacen un mayor uso del preservativo (58,0% hombres y 45,1% mujeres).

Sin embargo, en relación con el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes, España se caracteriza por contar con el mayor porcentaje de adolescentes bien protegidos, concretamente en el último estudio del HBSC de 2008, un 85,8% de los que han mantenido relaciones coitales, dice haber utilizado el preservativo o la combinación del preservativo y la píldora en su última relación (Ramos-Valverde, 2009). En cambio, es el país con la prevalencia de usos de píldora anticonceptiva más baja, en comparación con otros países de Europa y Norteamérica (Nic Gabhainn, Baban, Boyce, & Godeau, 2009).

Finalmente, comentar que llama la atención que aproximadamente un 25% de los estudiantes universitarios practique la marcha atrás o el *coitus interruptus* como método anticonceptivo, aunque sea de forma esporádica. Mientras que dicho porcentaje disminuye hasta el 8,1% en la población general según la Encuesta Nacional de Salud Sexual de 2009.

En cuanto a los problemas relacionados con la sexualidad el 2,3% de los estudiantes universitarios refiere haber padecido alguna infección de transmisión sexual (ITS), porcentaje muy inferior al obtenido en la Encuesta sobre Hábitos Sexuales (2003), dónde ascendía al 9,1% para Baleares frente al 5,4% del total estatal.

El 31,1% de las parejas, refiere haber tenido que recurrir alguna vez en su vida a la píldora postcoital, porcentaje superior al del último informe de la Sociedad Española de Contracepción de 2011 en el que dicho porcentaje descendía al 21,4% para los grupos de edad de 25-34 años y al 19,9% para el grupo de edad de 14-24 años. Debemos reconocer además, que contrasta con la referencia de que el 92,4% de los estudiantes universitarios opina tener una suficiente formación en temas de sexualidad.

La mayoría de estudios refieren que los factores predisponentes más asociados con el uso o no del profiláctico en el coito vaginal son las actitudes, los valores y las creencias, todos ellos relacionados con el tipo de pareja con la que llevan a cabo la práctica. Por lo que sugieren intervenciones basadas en la participación activa de los jóvenes, encaminadas a conseguir que perciban la compatibilidad entre la confianza en la pareja y el uso del condón, y a que cuestionen la “falsa seguridad” que parece proporcionarles una pareja percibida como habitual (Bimbela, Jimenez, Alfaro, Gutierrez, & March, 2002).

6.2.7. HIGIENE DENTAL

De entre todas las recomendaciones existentes para protegerse de las enfermedades bucodentales, la más importante y universal es la referente a cepillarse los dientes con una frecuencia de dos a tres veces al día (Loe, 2000). Aunque el cepillado más importante y, el que no debe faltar es el de después de la cena o de la última ingesta antes de dormir (Cuenca-Sala & Baca-García, 2005).

En nuestro trabajo, la frecuencia con que los estudiantes universitarios se lavan los dientes prácticamente después de cada comida (dos a tres veces al día) es del 50,7% y, al menos una vez al día, del 40,5%. Como se ha observado en otros estudios (Reig, et al., 2001) en nuestro caso se demuestra que existe una mayor higiene dental en las mujeres, en comparación con los chicos, ya que 6 de cada 10 mujeres se lavan los dientes de dos a tres veces al día frente a 4 de cada 10 hombres. Además, resulta llamativo que el 2,1% de los hombres afirme no cepillarse nunca los dientes.

El problema de la higiene dental de los españoles está lejos de erradicarse, ya que como ocurre en este estudio, casi la mitad de los adolescentes (43,3%) no cumple la recomendación sanitaria de cepillarse los dientes al menos dos veces al día (Ramos-Valverde, 2009).

Desde la OMS se están potenciando cada vez más las políticas y estrategias dirigidas a la salud oral, así como su integración en programas de salud comunitarios (Erik, 2008). Es especialmente importante que esta concienciación se generalice entre los expertos y políticos españoles, ya que nuestro país se caracteriza actualmente por ser uno de los países europeos más alejados de los estándares de salud dental tanto en población adulta como en población adolescente (Maes, Vereecken, Vanobbergen, & Honkala, 2006).

6.2.8. UNIVERSIDAD Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Tal y como hemos comentado en el capítulo 1 de la presente tesis, las universidades pueden favorecer de manera importante la promoción de la salud y la mejora del bienestar de la población universitaria en particular (Reig, et al., 2001). Según la OMS y siguiendo a Tsouros, A.G. et al. (1998), dentro de las universidades se esconde un enorme potencial para proteger la salud y promover el bienestar de los estudiantes, además las universidades tienen un gran número de estudiantes que son o serán profesionales y/o políticos, con capacidad para cambiar las condiciones que influyen en la salud de los demás. Es por ello, que las universidades pueden incrementar la salud, creando condiciones saludables en los ambientes de trabajo, de aprendizaje y de vida, tanto para los estudiantes como para el resto de la comunidad y finalmente, fomentado actitudes favorables hacia los temas relacionados con la salud.

En este sentido, destacar que en nuestro estudio el 43,7% de los estudiantes cree que actualmente la universidad está desempeñando un papel poco o nada importante en relación a la promoción de la salud y, un 74,4% de ellos cree que la universidad debería implicarse bastante o mucho en la promoción de la salud de sus estudiantes. Lo que nos permitiría demostrar que existe una buena predisposición de los estudiantes universitarios para participar en las actividades que se desarrollen en el entorno universitario para promocionar la salud.

6.2.9. ASOCIACIÓN Y CONGLOMERACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Los resultados de esta tesis doctoral demuestran que hay relación entre una dieta saludable (entendida ésta como una buena adherencia a la dieta mediterránea) y la prevalencia de tabaquismo. En este sentido, otros estudios similares confirman dicha relación (Dyer, et al., 2003; Elizondo, Guillen, & Aguinaga, 2006; Pisinger, Toft, & Jorgensen, 2009). De hecho, hay estudios recientes que demuestran que la pertenencia a grupos de alto riesgo (no saludables) o de bajo riesgo (sanos) se correlaciona con la prevalencia del tabaquismo, la práctica de ejercicio, el consumo de alcohol y la dieta de calidad, con una tendencia a la agrupación de dichos factores (Dodd, et al., 2010; Moreno-Gomez, et al., 2012; Romaguera, et al., 2011).

Pero no debemos obviar que hay algunas investigaciones que muestran que no existe relación entre la calidad de la dieta y la prevalencia de tabaquismo (Arroyo Izaga, et al., 2006; M. T. French, Popovici, & Maclean, 2009; Guo, et al., 2004), por lo que existe una cierta controversia en la literatura en lo que respecta a este tema (Arabshahi, Lahmann, Williams, Marks, & van der Pols, 2010).

En este sentido, nuestros resultados no muestran una asociación entre la práctica de ejercicio físico y una menor prevalencia del hábito tabáquico, del consumo de alcohol u otras drogas. Contrariamente a lo que demuestran otros autores y la encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES, 2008), que sí han asociado la práctica de actividad física con un menor consumo de alcohol, tabaco y otras drogas (Dodd, et al., 2010; Moreno-Gomez, et al., 2012; Romaguera, et al., 2011).

El hecho de que el consumo de alcohol no esté relacionado con ser más o menos activo físicamente ni con tener una mejor o peor adherencia a la dieta mediterránea, puede ser debido a que éste está muy arraigado en nuestra sociedad y además, la mayoría de guías nutricionales recomiendan un consumo moderado del mismo (R. A. Breslow, Guenther, Juan, & Graubard, 2010).

Sin embargo, los resultados sí muestran una asociación entre la práctica de ejercicio físico y la calidad de la dieta. Hay pocos trabajos que evalúen esta relación (Bellisle, 1999; Dowler, 2001; Moreno-Gomez, et al., 2012). En ellos se afirma que los estudios epidemiológicos, a menudo, informan de que las personas habitualmente activas comen más e ingieren más frutas y verduras que las menos activas de igual condición. Dichos trabajos llegan a la conclusión de que se desconoce hasta qué punto esta selección alimentaria está inducida por necesidades biológicas o por factores sociales y psicológicos. El Workshop Europeo ILSI (Rodrigo, Van Praagh, Gibney, & Sjostrom, 1999) concluyó que las personas que son más activas cambian sus hábitos dietéticos hacia una alimentación más equilibrada y variada.

En este sentido, Lahti-Koski M. et al (2002) en el estudio FINRISK, analizaron durante 15 años, entre otras cosas, la elección de alimentos en relación con otros factores de salud en una muestra de más de 24.000 mujeres y hombres de entre 25 y 64 años de edad. Observaron que la percepción de su salud general, la actividad física realizada en el tiempo de ocio y un mayor consumo de vegetales, en general, estuvo inversamente asociado con la obesidad.

Sin embargo, cabe mencionar que no se encontraron asociaciones entre las horas semanales de ejercicio físico y la adherencia a una dieta saludable, lo que indica que entre los estudiantes que realizaron alguna actividad física, la dieta la calidad no fue mayor en aquellos que realizan más horas de la actividad física. Hecho, que también se observa en otros estudios (Moreno-Gomez, et al., 2012; Romaguera, et al., 2011).

El análisis de cluster es una técnica estadística que permite construir una clasificación sensible e informativa a partir de un grupo inicial de datos sin clasificar, de manera que los individuos que conforman un cluster son similares respecto a las variables empleadas y diferentes de los individuos incluidos en otro cluster. En cada paso del proceso de cluster, los individuos o grupos de individuos que son más similares, es decir, que tienen más variables independientes en común, se fusionan en un solo cluster, siendo la principal dificultad escoger el número adecuado de cluster para interpretar los resultados con coherencia (Ruano Ruano & Serra Pujol, 1997).

En el presente estudio, se han identificados cuatro clusters dentro de la muestra de estudiantes universitarios basada en las variables de interés (adherencia a la dieta mediterránea, consumo de alcohol, estado de salud, nivel de estrés, calidad de vida, IMC y nivel de actividad física): Cluster 1 (Moderadamente saludables / Grupo de riesgo moderado); Cluster 2 (No saludables / Grupo de riesgo moderado); Cluster 3 (Saludables / Grupo de riesgo bajo); y, Cluster 4 (No saludables / Grupo de riesgo alto).

Los resultados reafirman la idea de que los comportamientos de salud no deben considerarse de forma aislada unos de otros, ya que demuestran una tendencia a la conglomeración de los estilos de vida saludables versus los estilos de vida no saludables. Esta tendencia no es clara, por lo que se recomienda para futuras investigaciones contrastar, en la medida de lo posible, los resultados de este trabajo.

Estos resultados son comparables a un estudio reciente sobre estudiantes universitarios alemanes (Keller, et al., 2008) y a otro sobre estudiantes universitarios ingleses (Dodd, et al., 2010). Sería interesante realizar esta misma investigación con un diseño longitudinal, tal vez siguiendo una cohorte de estudiantes universitarios durante un cierto período de tiempo para poder evaluar los impactos del entorno sobre sus comportamientos de salud.

Finalmente, comentar que los resultados obtenidos en este estudio permiten tener una aproximación a los estilos de vida de los estudiantes universitarios, reconociendo no sólo los comportamientos en cada una de las dimensiones evaluadas, sino conocer las diferencias de género, clase social y grupo de edad y la percepción del nivel de estrés y del estado de salud, así como de la calidad de vida.

Además, los resultados tendrán importantes implicaciones prácticas. Ya que la forma de agrupación de los conglomerados nos permitirá desarrollar intervenciones más concretas y a grupos más específicos. El entorno universitario puede desempeñar un papel influyente en la adhesión o no de estilos de vida saludables. Los hallazgos reafirman además que las conductas no saludables no se producen de forma aislada. Por tanto, las intervenciones deben considerar o tener en cuenta cómo se agrupan los comportamientos entre sí y diseñar por tanto, programas efectivos que reflejen los patrones de los grupos.

Por tanto, teniendo en cuenta los efectos sinérgicos de los mismos, las estrategias de intervención que se realicen en la universidad deberían ir enfocadas a la promoción de múltiples estilos de vida saludables y no a conductas individuales, ya que así podrían tener un mayor impacto sobre la salud pública.

7 CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES FINALES

Tras haber discutido los principales resultados obtenidos en esta tesis doctoral, en este apartado se van a exponer de manera resumida las conclusiones más importantes.

En relación al diseño y validación de un instrumento, podemos concluir que:

1. El cuestionario “Estilos de Vida en Estudiantes Universitarios (ESVISAUN)” puede considerarse un instrumento válido y fiable. Así lo demuestra el consenso entre los expertos que formaron parte del Delphi, así como la validez de criterio o la validez de constructo (a través del análisis factorial) y la fiabilidad (a través de la consistencia interna y del test-retest).
2. Dicho cuestionario, sirve para conocer los estilos de vida de los estudiantes universitarios, y nos permite 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.

En relación a los estilos de vida de los estudiantes universitarios, podemos concluir que:

3. Existen diferencias en cuanto a los estilos de vida saludables y no saludables según el género. Así, los hombres consumen más alcohol, tienen una dieta menos saludable, presentan mayor sobrepeso y realizan más ejercicio físico. En cambio, las mujeres fuman más, presentan un índice mayor de bajo peso (según el IMC) y realizan menos ejercicio físico.
4. No se observan diferencias significativas entre la clase social y los estilos de vida, contrariamente a lo que suele ocurrir en las encuestas de salud o estudios que se basan en población general, debido a que los estudiantes universitarios no son una muestra representativa de la población.
5. La prevalencia del consumo de drogas es similar al de la población general. Excepto en el caso del tabaco, en el que se confirma una importante tendencia progresiva en la disminución de dicho hábito durante la última década entre los estudiantes universitarios.
6. A pesar de que 9 de cada 10 estudiantes universitarios refieran un buen estado de salud y una buena calidad de vida, la mitad de ellos refiere sufrir un nivel de estrés alto o muy alto.

7. Sólo la mitad de los estudiantes universitarios se cepilla los dientes con la frecuencia correcta, lo que indicaría que las campañas de sensibilización que se realizan en la infancia y la adolescencia no están funcionando correctamente.
8. A pesar de que 9 de 10 estudiantes universitarios manifiesta tener suficiente formación en temas de sexualidad, llama la atención la prevalencia de conductas de riesgo como la marcha atrás o el coitus interruptus y la elevada frecuencia de uso de la píldora poscoital o del día después.
9. Un tercio de los estudiantes universitarios no practican ejercicio físico y/o deporte en su tiempo libre. Se observa una relación inversa entre el tiempo que un individuo pasa ante el ordenador y ser más activo físicamente. Un factor que influye positivamente en la práctica de ejercicio físico es que ambos progenitores lo realicen de forma habitual.
10. La población de estudiantes universitarios tiene un perfil nutricional poco saludable, ya que presentan una baja adherencia a la dieta mediterránea y se alejan de las recomendaciones alimentarias para la población española.
11. Se da un consumo excesivo de alimentos con elevado contenido de grasas saturadas, azúcares y sal, tales como carnes grasas, embutidos, snacks, refrescos, duces, bollería industrial, margarina y mantequilla. El consumo de frutas, verduras, legumbres, frutos secos y cereales es muy inferior al recomendado.
12. Son determinantes de una dieta saludable, realizar ejercicio físico, no fumar, desayunar todos los días y realizar un mayor número de comidas al día. Una mayor práctica de ejercicio físico determina una mayor calidad dietética y viceversa. Las mujeres y los individuos de más edad independientemente del género, muestran mayor calidad dietética.
13. El análisis de cluster muestra una fuerte asociación entre los estilos de vida de alimentación y actividad física, destacando que una buena adherencia a la dieta mediterránea se asocia con unos niveles más altos de ejercicio físico, con un menor nivel de estrés, un buen estado de salud y una buena calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abercrombie, N., Gatrell, T., & Thomas, C. (1998). Universities and health in the twenty-first century. In A. G. Tsouros, G. Dowling, J. Thompson & M. Dooris (Eds.), *Health Promotion Universities. Concept, experience and framework for action*. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Abu-Omar, K., & Rutten, A. (2008). Relation of leisure time, occupational, domestic, and commuting physical activity to health indicators in Europe. *Prev Med*, 47(3), 319-323.
- Adlaf, E. M., Mann, R. E., & Paglia, A. (2003). Drinking, cannabis use and driving among Ontario students. *CMAJ*, 168(5), 565-566.
- Ainsworth, B. E., Haskell, W. L., Herrmann, S. D., Meckes, N., Bassett, D. R., Jr., Tudor-Locke, C., et al. (2011). 2011 Compendium of Physical Activities: a second update of codes and MET values. *Med Sci Sports Exerc*, 43(8), 1575-1581.
- Ainsworth, B. E., Haskell, W. L., Leon, A. S., Jacobs, D. R., Jr., Montoye, H. J., Sallis, J. F., et al. (1993). Compendium of physical activities: classification of energy costs of human physical activities. *Med Sci Sports Exerc*, 25(1), 71-80.
- Ainsworth, B. E., Haskell, W. L., Whitt, M. C., Irwin, M. L., Swartz, A. M., Strath, S. J., et al. (2000). Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. *Med Sci Sports Exerc*, 32(9 Suppl), S498-504.
- Akins, R. B., Tolson, H., & Cole, B. R. (2005). Stability of response characteristics of a Delphi panel: application of bootstrap data expansion. [Validation Studies]. *BMC Med Res Methodol*, 5, 37.
- Alberdi-Erice, M. J., Huizi-Egilegor, X., Barandiaran-Lasa, M., Zupiria-Gorostidi, X., & Uranga-Iturrioz, M. J. (2007). [Trends in smoking and alcohol consumption among nursing students]. *Enferm Clin*, 17(2), 63-70.
- Aldasoro, E., Calvo, M., Esnaola, S., Hurtado de Saracho, I., Alonso, E., Audicana, C., et al. (2007). [Gender differences in early reperfusion treatment after myocardial infarction]. *Med Clin (Barc)*, 128(3), 81-85.
- Alonso, J., Perez, P., Saez, M., & Murillo, C. (1997). [Validity of the occupation as an indicator of social class, according to the British Registrar General classification]. *Gac Sanit*, 11(5), 205-213.
- Altman, D. G. (1991). *Practical statistics for medical research*. New York: Chapman and Hall.
- Alvarez, G. G., & Ayas, N. T. (2004). The impact of daily sleep duration on health: a review of the literature. *Prog Cardiovasc Nurs*, 19(2), 56-59.
- Alvarez-Dardet, C., & Ruiz Cantero, M. T. (2011). [Assets health model: are possible salutogenic policies?]. *Rev Esp Salud Publica*, 85(2), 123-127.
- Andersen, R. E., Crespo, C. J., Bartlett, S. J., Cheskin, L. J., & Pratt, M. (1998). Relationship of physical activity and television watching with body weight and level of fatness among children: Results from de Third National Health and Nutrition Survey. *Journal of the American Medical Association*, 279, 938-942.
- Anderson, P., & Baumberg, B. (2006). El alcohol en Europa. *Una perspectiva de salud pública*. Institute of Alcohol Studies.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling th Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promot Int*, 11, 11-18.
- Arabshahi, S., Lahmann, P. H., Williams, G. M., Marks, G. C., & van der Pols, J. C. (2010). Longitudinal change in diet quality in Australian adults varies by demographic, socio-economic, and lifestyle characteristics. *J Nutr*, 141(10), 1871-1879.
- Aranceta, J. (2001). Spanish food patterns. *Public Health Nutr*, 4(6A), 1399-1402.
- Arber, S. (1997). Comparing inequalities in women's and men's health: Britain in the 1990s. *Soc Sci Med*, 44, 773-787.
- Ariza, C., Nebot, M., Tomas, Z., Gimenez, E., Valmayor, S., Tarilonte, V., et al. (2008). Longitudinal effects of the European smoking prevention framework approach (ESFA) project in Spanish adolescents. *Eur J Public Health*, 18(5), 491-497.
- Arnett, J. J. (2007). The myth of peer influence in adolescent smoking initiation. *Health Educ Behav*, 34(4), 594-607.
- Aromaa, A., Koponen, P., Tafforeau, J., & Vermeire, C. (2003). Evaluation of Health Interview Surveys and Health Examination Surveys in the European Union. *Eur J Public Health*, 13(3 Suppl), 67-72.
- Arroyo Izaga, M., Rocandio Pablo, A. M., Ansoategui Alday, L., Pascual Apalauza, E., Salces Beti, I., & Rebato Ochoa, E. (2006). [Diet quality, overweight and obesity in university students]. [Comparative Study]. *Nutr Hosp*, 21(6), 673-679.

- Artazcoz, L., Borrell, C., Cortes, I., Escriba-Aguir, V., & Cascant, L. (2007). Occupational epidemiology and work related inequalities in health: a gender perspective for two complementary approaches to work and health research. *J Epidemiol Community Health, 61* Suppl 2, ii39-45.
- Ashton, J. (1998). The historical shift in public health. In A. G. Tsouros, G. Dowding, J. Thompson & M. Dooris (Eds.), *Health Promoting Universities. Concept, experience and framework for action* (pp. 5-9). Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Aubà, J., Barranco, J. F., Córdoba, R., Ledesma, A., Mosquera, J., Picó, M. V., et al. (2000). *Recomendaciones semFYC Alcohol*. Barcelona: semFYC.
- Aveyard, P., Markham, W. A., & Cheng, K. K. (2004). A methodological and substantive review of the evidence that schools cause pupils to smoke. *Soc Sci Med, 58*(11), 2253-2265.
- Bach, A., Serra-Majem, L., Carrasco, J. L., Roman, B., Ngo, J., Bertomeu, I., et al. (2006). The use of indexes evaluating the adherence to the Mediterranean diet in epidemiological studies: a review [Meta-analysis]. *Public Health Nutr, 9*(1A), 132-146.
- Baer, D. J., Judd, J. T., Clevidence, B. A., Muesing, R. A., Campbell, W. S., Brown, E. D., et al. (2002). Moderate alcohol consumption lowers risk factors for cardiovascular disease in postmenopausal women fed a controlled diet. *Am J Clin Nutr, 75*(3), 593-599.
- Balady, G. J. (2002). Survival of the fittest—more evidence. *N Engl J Med, 346*(11), 852-854.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Nueva Jersey, EEUU: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1994). Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. In R. DiClemente & R. J. Peterson (Eds.), *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions* (pp. 25-60). New York: Plenum.
- Banegas, J. R., Rodríguez-Artalejo, F., Graciani, A., Villar, F., & Herruzo, R. (2003). Mortality attributable to cardiovascular risk factors in Spain. *Eur J Clin Nutr, 57* Suppl 1, S18-21.
- Barnett, T. A., Gauvin, L., Lambert, M., O'Loughlin, J., Paradis, G., & McGrath, J. J. (2007). The influence of school smoking policies on student tobacco use. *Arch Pediatr Adolesc Med, 161*(9), 842-848.
- Barrueco, M., Cordovilla, R., Hernandez-Mezquita, M. A., Gonzalez, J. M., de Castro, J., Rivas, P., et al. (1999). [The truthfulness of the answers of children, adolescents and young people to surveys on tobacco consumption conducted in schools]. *Med Clin (Barc), 112*(7), 251-254.
- Barrueco, M., Jimenez Ruiz, C., Palomo, L., Torrecilla, M., Romero, P., & Riesco, J. A. (2005). [Veracity of smokers' reports of abstinence at smoking cessation clinics]. *Arch Bronconeumol, 41*(3), 135-140.
- Baska, T., Straka, S., & Mad'ar, R. (2000). Smoking habits in university students in Slovakia. *Cent Eur J Public Health, 8*(4), 245-248.
- Basterra-Gortari, F. J., Forga, L., Bes-Rastrollo, M., Toledo, E., Martinez, J. A., & Martinez-Gonzalez, M. A. (2010). Effect of smoking on body weight: longitudinal analysis of the SUN cohort. *Rev Esp Cardiol, 63*(1), 20-27.
- Bauer, K. W., Nelson, M. C., Boutelle, K. N., & Neumark-Sztainer, D. (2008). Parental influences on adolescents' physical activity and sedentary behavior: longitudinal findings from Project EAT-II. *Int J Behav Nutr Phys Act, 5*, 12.
- Bellis, M. A., Hughes, K., Calafat, A., Juan, M., Ramon, A., Rodriguez, J. A., et al. (2008). Sexual uses of alcohol and drugs and the associated health risks: a cross sectional study of young people in nine European cities. *BMC Public Health, 8*, 155.
- Bellis, F. (1999). Food choice, appetite and physical activity. [Review]. *Public Health Nutr, 2*(3A), 357-361.
- Beltrán Guzmán, F. J., Torres Fermán, I. A., Ayulia Beltrán, A., Lin Ochoa, D., & Barrientos Gómez, M. C. (2011). Universidades Saludables una utopía para nuestra época. *Rev Electrónica Medicina, Salud y Sociedad, 2*(1).
- Benach, J. (1997). [Social inequality seriously compromises health]. *Gac Sanit, 11*(6), 255-258.
- Benach, J., & Muntaner, C. (2005). *Aprender a mirar la salud. Cómo la desigualdad social daña nuestra salud*. Barcelona: El Viejo Topo.
- Berkman, L. F., & Macintyre, S. (1997). The measurement of social class in health studies: old measures and new formulations. *IARC Sci Publ*(138), 51-64.
- Bes-Rastrollo, M., Pérez Valdivieso, J. R., Sánchez-Villegas, A., Alonso, A., & Martínez González, M. (2005). Validación del peso e índice de masa corporal auto-declarados de los participantes en una cohorte de graduados universitarios. *Rev Esp Obes, 3*(6), 352-358.
- Beunza, J. J., Martínez-Gonzalez, M. A., Ebrahim, S., Bes-Rastrollo, M., Nunez, J., Martínez, J. A., et al. (2007). Sedentary behaviors and the risk of incident hypertension: the SUN Cohort. *Am J Hypertens, 20*(11), 1156-1162.

- Beunza, J. J., Toledo, E., Hu, F. B., Bes-Rastrollo, M., Serrano-Martinez, M., Sanchez-Villegas, A., et al. (2010). Adherence to the Mediterranean diet, long-term weight change, and incident overweight or obesity: the Seguimiento Universidad de Navarra (SUN) cohort. *Am J Clin Nutr*, 92(6), 1484-1493.
- Biddle, S., Gorely, T., Marshall, S., & Cameron, N. (2009). The prevalence of sedentary behavior and physical activity in leisure time: A study of Scottish adolescents using ecological momentary assessment. *Prev Med*, 48, 151-155.
- Bimbela, J. L., Jimenez, J. M., Alfaro, N., Gutierrez, P., & March, J. C. (2002). [Condom use among the young engaging in vaginal intercourse]. *Gac Sanit*, 16(4), 298-307.
- Blair, S. N., Kohl, H. W., 3rd, Barlow, C. E., Paffenbarger, R. S., Jr., Gibbons, L. W., & Macera, C. A. (1995). Changes in physical fitness and all-cause mortality. A prospective study of healthy and unhealthy men. *JAMA*, 273(14), 1093-1098.
- Blair, S. N., LaMonte, M. J., & Nichaman, M. Z. (2004). The evolution of physical activity recommendations: how much is enough? *Am J Clin Nutr*, 79(suppl), 913S-920S.
- Blane, D. (1995). Social determinants of health—socioeconomic status, social class, and ethnicity. *Am J Public Health*, 85(7), 903-905.
- Blasco, J., López, A., & Mengual, S. (2010). Validación mediante método Delphi de un cuestionario para conocer las experiencias e interés hacia las actividades acuáticas con especial atención al Windsurf. *Ágora para la EF y el Deporte* 12(1), 75-96.
- Blázquez, E. (2001). Alcoholismo. In J. A. Martínez, I. Astiasarán & H. Madrigal (Eds.), *Alimentación y Salud Pública* (pp. 213-217). Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Blumer, H. (1982). *El interaccionismo simbólico, perspectiva y método*. Barcelona: Hora D.L.
- Bogdanovica, I., Godfrey, F., McNeill, A., & Britton, J. (2011). Smoking prevalence in the European Union: a comparison of national and transnational prevalence survey methods and results. *Tob Control*, 20(1), e4.
- Bonett, D. (2002). Sample Size Requirements for Testing and Estimating Coefficient Alpha. *J Educ Behav Stat*, 27, 335-340.
- Boreham, C., Twisk, J., Neville, C., Savage, M., Murray, L., & Gallagher, A. (2002). Associations between physical fitness and activity patterns during adolescence and cardiovascular risk factors in young adulthood: the Northern Ireland Young Hearts Project. *Int J Sports Med*, 23 Suppl 1, S22-26.
- Borraccino, A., Lemma, P., Iannotti, R., Zambon, A., Dalmaso, P., & Lazzeri, G., et al. (2009). Socioeconomic effects on meeting physical activity guidelines: Comparisons among 32 countries. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 41, 749-756.
- Borrell, C., & Malmusi, D. (2010). [Research on social determinants of health and health inequalities: evidence for health in all policies]. *Gac Sanit*, 24 Suppl 1, 101-108.
- Borrell, C., Rohlf, I., Artazcoz, L., & Muntaner, C. (2004). [Inequalities in health related to social class in women. What is the effect of the measure used?]. *Gac Sanit*, 18 Suppl 2, 75-82.
- Bostwick, G. J., & Kyte, N. S. (2005). Measurement. In R. M. Grinnell & Y. A. Unrau (Eds.), *Social work: Research and evaluation. Quantitative and qualitative approaches* (7a ed., pp. 97-111). Nueva York: Oxford University Press.
- Bowling, A. (1994). *La medida de la salud. Revisión de escalas de medida de la calidad de vida. Cuestionario de salud general* (GHQ). Barcelona: Masson.
- Boyle, P., Gandini, S., Robertson, C., Zatanoski, W., Fagerström, K., Slama, K., et al. (2000). Characteristics of smokers' attitudes towards stopping. *Eur J Public Health*(10), 5.
- Braden, N. (1992). *El poder de la autoestima. Cómo potenciar este importante recurso psicológico*. Barcelona: Ed. Paidós Ibérica.
- Breslow, L. (2006). Public health aspects of weight control. 1952. *Int J Epidemiol*, 35(1), 10-12; discussion 12-14.
- Breslow, R. A., Ballard-Barbash, R., Munoz, K., & Graubard, B. I. (2001). Long-term recreational physical activity and breast cancer in the National Health and Nutrition Examination Survey I epidemiologic follow-up study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 10(7), 805-808.
- Breslow, R. A., Guenther, P. M., Juan, W., & Graubard, B. I. (2010). Alcoholic beverage consumption, nutrient intakes, and diet quality in the US adult population, 1999-2006. *J Am Diet Assoc*, 110(4), 551-562.
- Brody, A. L., Mandelkern, M. A., Costello, M. R., Abrams, A. L., Scheibal, D., Farahi, J., et al. (2009). Brain nicotinic acetylcholine receptor occupancy: effect of smoking a denicotinized cigarette. *Int J Neuropsychopharmacol*, 12(3), 305-316.

- Brody, A. L., Mandelkern, M. A., Olmstead, R. E., Allen-Martinez, Z., Scheibal, D., Abrams, A. L., et al. (2009). Ventral striatal dopamine release in response to smoking a regular vs a denicotinized cigarette. *Neuropsychopharmacology*, 34(2), 282-289.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Brosse, A. L., Sheets, E. S., Lett, H. S., & Blumenthal, J. A. (2002). Exercise and the treatment of clinical depression in adults: recent findings and future directions. *Sports Med*, 32(12), 741-760.
- Brown, K. S., Cameron, R., Madill, C., Payne, M. E., Filsinger, S., Manske, S. R., et al. (2002). Outcome evaluation of a high school smoking reduction intervention based on extracurricular activities. *Prev Med*, 35(5), 506-510.
- Brownson, R. C., Figgs, L. W., & Caisley, L. E. (2002). Epidemiology of environmental tobacco smoke exposure. *Oncogene*, 21(48), 7341-7348.
- Bulger, S. M., & Housner, L. D. (2007). Modified delphi investigation of exercise science in physical educations teacher education. *Journal of Teaching in Physical Education*(26), 521-551.
- Burns, D. M. (2003). Epidemiology of smoking-induced cardiovascular disease. *Prog Cardiovasc Dis*, 46(1), 11-29.
- Bush, K., Kivlahan, D. R., McDonell, M. B., Fihn, S. D., & Bradley, K. A. (1998). The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. *Arch Intern Med*, 158(16), 1789-1795.
- Caballero Martinez, F., Plaza, V., Quirce Gancedo, S., Fernandez Benitez, M., Gomez Ruiz, F., Lopez Vina, A., et al. (2010). [External assessment of the GEMA2009 recommendations by a multidisciplinary expert panel on asthma]. *Arch Bronconeumol*, 46(8), 411-419.
- Cabeza, E., Artigues, G., Pujol, A., Tortella, G., & Yañez, A. (2009). *Enquesta de Salut de les Illes Balears 2007 (ESIB07)*. Palma: Conselleria de Salut i Consum.
- Cabrera De León, A., Rodríguez, M. A., Rodríguez, L. M., Anía, B., Brito, B., Muros De Fuentes, M., et al. (2007). Sedentarismo: tiempo de ocio activo frente a porcentaje de gasto energético. *Rev Esp Cardiol*, 60, 244-250.
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., & Mantecón, A. (2008). Qué drogas se prefieren para las relaciones sexuales en contextos recreativos. *Adicciones*, 20(1), 37-48.
- Calafat, A., MJuan, M., Becoña, E., Castillo, A., Fernández, C., & Franco, M. (2005). El consumo de alcohol en la lógico del botellón. *Adicciones*(17), 193-202.
- Campbell, R., Starkey, F., Holliday, J., Audrey, S., Bloor, M., Parry-Langdon, N., et al. (2008). An informal school-based peer-led intervention for smoking prevention in adolescence (ASSIST): a cluster randomised trial. *Lancet*, 371(9624), 1595-1602.
- Canoy, D., & Buchan, I. (2007). Challenges in obesity epidemiology. *Obes Rev*, 8 Suppl 1, 1-11.
- Capone, C., Wood, M. D., Borsari, B., & Laird, R. D. (2007). Fraternity and sorority involvement, social influences, and alcohol use among college students: a prospective examination. *Psychol Addict Behav*, 21(3), 316-327.
- Carretero-Dios, H., & Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 521-551.
- Casero, A. (1998). Exàmens: ¡Quin estrés! *Tresquarts: Revista Especialitzada en Joventut i Lleure*(5), 54-60.
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep*, 100(2), 126-131.
- Cavallo, D. A., Duhig, A. M., McKee, S., & Krishnan-Sarin, S. (2006). Gender and weight concerns in adolescent smokers. *Addict Behav*, 31(11), 2140-2146.
- Chasan-Taber, L., Erickson, J. B., McBride, J. W., Nasca, P. C., Chasan-Taber, S., & Freedson, P. S. (2002). Reproducibility of a self-administered lifetime physical activity questionnaire among female college alumnae. *Am J Epidemiol*, 155(3), 282-289.
- Chelet-Marti, M., Escriche-Saura, A., Garcia-Hernandez, J., & Moreno-Bas, P. (2011). Consumo de tabaco en población universitaria de Valencia. *Trastornos adictivos*, 13(1), 5-10.
- Chobanian, A. V., Bakris, G. L., Black, H. R., Cushman, W. C., Green, L. A., Izzo, J. L., Jr., et al. (2003). The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA*, 289(19), 2560-2572.
- Chou, K. L. (2008). The prevalence and clustering of four major lifestyle risk factors in Hong Kong Chinese older adults. *J Aging Health*, 20(7), 788-803.

- Chung, H., & Muntaner, C. (2006). Political and welfare state determinants of infant and child health indicators: an analysis of wealthy countries. *Soc Sci Med*, 63(3), 829-842.
- CNPT. (2008). *Encuesta sobre conocimientos, actitudes, creencias y conductas en relación al consumo de tabaco*. Comisión Nacional de Prevención del Tabaquismo.
- Colditz, G. A. (1999). Economic costs of obesity and inactivity. *Med Sci Sports Exerc*, 31(11 Suppl), S663-667.
- Colomer-Revuelta, J. (2011). Prevención de embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual en adolescentes. In F. J. Soriano (Ed.), *Manual de actividades preventivas en la infancia y la adolescencia* (2ª edic. ed.). Madrid: AEPap y Exlibris ediciones.
- Colson, M. H., Lemaire, A., Pinton, P., Hamidi, K., & Klein, P. (2006). Sexual behaviors and mental perception, satisfaction and expectations of sex life in men and women in France. *J Sex Med*, 3(1), 121-131.
- Conroy, D. E., & Metzler, J. (2003). Temporal stability of performance failure appraisal inventory items. *Measurement in Physical Education and Exercise Science*, 7(4), 243-261.
- Costacou, T., Bamia, C., Ferrari, P., Riboli, E., Trichopoulos, D., & Trichopoulou, A. (2003). Tracing the Mediterranean diet through principal components and cluster analyses in the Greek population. *Eur J Clin Nutr*, 57(11), 1378-1385.
- Craig, C. L., Marshall, A. L., Sjostrom, M., Bauman, A. E., Booth, M. L., Ainsworth, B. E., et al. (2003). International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc*, 35(8), 1381-1395.
- Cruz, M. (2006). El Método Delphi en las investigaciones educacionales (pp. 1-40). Cuba: Instituto Superior Pedagógico de Holguín.
- CSD. (2010). *Plan Integral para la Actividad Física y el Deporte*. Madrid: Presidencia del Gobierno de España Retrieved from <http://www.planamasd.es>.
- Cuadrado, C., Carbajal, A., & Moreiras, O. (2000). Body perceptions and slimming attitudes reported by Spanish adolescents. *Eur J Clin Nutr*, 54 Suppl 1, S65-68.
- Cuenca-Sala, E., & Baca-García, P. (2005). *Odontología preventiva y comunitaria: principios, métodos y aplicaciones*. Barcelona: Masson.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Polices and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Estocolmo: Institute of Future Studies.
- de Lorgeril, M., Salen, P., Martin, J. L., Monjaud, I., Delaye, J., & Mamelle, N. (1999). Mediterranean diet, traditional risk factors, and the rate of cardiovascular complications after myocardial infarction: final report of the Lyon Diet Heart Study. *Circulation*, 99(6), 779-785.
- Del Boca, F. K., & Darkes, J. (2003). The validity of self-reports of alcohol consumption: state of the science and challenges for research. *Addiction*, 98 Suppl 2, 1-12.
- Delp, P. (1977). System tools for project planning. *Program Advanced Studies in Institution Building and Technical Assistance methodology*. Los Angeles: UCLA.
- DeMattia, L., Lemont, L., & Meurer, L. (2007). Do interventions to limit sedentary behaviours change behaviour and reduce childhood obesity? A critical review of the literature. *Obesity Reviews*, 8, 69-81.
- den Bluck, J. V., & Hojman, A. (2009). The television-to-exercise ratio is a predictor of overweight in adolescents: Results from a prospective cohort study with a two year follow up. *Prev Med*, 48, 368-371.
- Dever, G. E. A. (1977). An epidemiological model for health policy analysis. *Soc Ind Res*, 2, 453-466.
- Dodd, L. J., Al-Nakeeb, Y., Nevill, A., & Forshaw, M. J. (2010). Lifestyle risk factors of students: a cluster analytical approach. *Prev Med*, 51(1), 73-77.
- Domingo-Salvany, A., Regidor, E., Alonso, J., & Alvarez-Dardet, C. (2000). [Proposal for a social class measure. Working Group of the Spanish Society of Epidemiology and the Spanish Society of Family and Community Medicine]. *Aten Primaria*, 25(5), 350-363.
- Dooris, M. (1998). The university as a setting for a sustainable Health. In A. G. Tsouros, G. Dowding, J. Thompson & M. Dooris (Eds.), *Health Promotion Universities. Concept, experience and framework for action*. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Douglas, F., van Teijlingen, E., Torrance, N., Fearn, P., Kerr, A., & Meloni, S. (2006). Promoting physical activity in primary care settings: health visitors' and practice nurses' views and experiences. *J Adv Nurs*, 55(2), 159-168.
- Dowler, E. (2001). Inequalities in diet and physical activity in Europe. [Review]. *Public Health Nutr*, 4(2B), 701-709.
- Duncan, M. J., Al-Nakeeb, Y., & Nevill, A. M. (2004). Body esteem and body fat in British school children from different ethnic groups. *Body Image*, 1(3), 311-315.

- Dura Trave, T., & Castroviejo Gandarias, A. (2011). [Adherence to a Mediterranean diet in a college population]. *Nutr Hosp*, 26(3), 602-608.
- Dyer, A. R., Elliott, P., Stamler, J., Chan, Q., Ueshima, H., & Zhou, B. F. (2003). Dietary intake in male and female smokers, ex-smokers, and never smokers: the INTERMAP study. *J Hum Hypertens*, 17(9), 641-654.
- EC-UE. (2009). *Eurobarómetro especial 334: Deporte y Actividad Física*. Bruselas: UE Retrieved from http://ec.europa.eu/public_opinion/inex.
- Economos, C. D., Hildebrandt, M. L., & Hyatt, R. R. (2008). College freshman stress and weight change: differences by gender. *Am J Health Behav*, 32(1), 16-25.
- Edmonds, M. J., Ferreira, K. J., Nikiforuk, E. A., Finnie, A. K., Leavey, S. H., Duncan, A. M., et al. (2008). Body weight and percent body fat increase during the transition from high school to university in females. *J Am Diet Assoc*, 108(6), 1033-1037.
- Eisenberg, M. E., Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Perry, C. (2005). The role of social norms and friends' influences on unhealthy weight-control behaviors among adolescent girls. *Soc Sci Med*, 60(6), 1165-1173.
- Eisenmann, J. C., Bartee, R. T., Smith, D. T., Welk, G. J., & Fu, Q. (2008). Combined influence of physical activity and television viewing on the risk of overweight in US youth. *Int J Obes (Lond)*, 32(4), 613-618.
- Elizondo, J. J., Guillen, F., & Aguinaga, I. (2006). [Disparities in food consumption and nutrient intake among in relation to smoking]. *An Sist Sanit Navar*, 29(1), 37-46.
- Embree, B. G., & Whitehead, P. C. (1993). Validity and reliability of self-reported drinking behavior: dealing with the problem of response bias. *J Stud Alcohol*, 54(3), 334-344.
- Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias*. (2004). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo Retrieved from <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-2004.pdf>.
- Erben, R., Franzkowiak, P., & Wenzel, E. (1992). Assessment of the outcomes of health intervention. *Soc Sci Med*, 35(4), 359-365.
- Erik, P. (2008). World Health Organization global policy for improvement of oral health. *International Dental Journal*(58), 115-121.
- Escobedo, L. G., Marcus, S. E., Holtzman, D., & Giovino, G. A. (1993). Sports participation, age at smoking initiation, and the risk of smoking among US high school students. *JAMA*, 269(11), 1391-1395.
- España, Comisión de los Determinantes Sociales en. (2010). *Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervención para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Esposito, K., Kastorini, C. M., Panagiotakos, D. B., & Giugliano, D. (2011). Mediterranean diet and weight loss: meta-analysis of randomized controlled trials. *Metab Syndr Relat Disord*, 9(1), 1-12.
- Estado, Consejo de. (2005). Dictamen sobre el anteproyecto de *Ley reguladora de la venta, publicidad, promoción y consumo público de tabaco*. Madrid: Consejo de Estado.
- Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS)*. (2005). Madrid.
- Ezzati, M., & Lopez, A. D. (2003). Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet*, 362(9387), 847-852.
- Fagard, R. H. (2001). Exercise characteristics and the blood pressure response to dynamic physical training. *Med Sci Sports Exerc*, 33(6 Suppl), S484-492; discussion S493-484.
- Fagerstrom, K. (2002). The epidemiology of smoking: health consequences and benefits of cessation. *Drugs*, 62 Suppl 2, 1-9.
- Fagerstrom, K. O., & Schneider, N. G. (1989). Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *J Behav Med*, 12(2), 159-182.
- Fernandez, E., Fu, M., Pascual, J. A., Lopez, M. J., Perez-Rios, M., Schiaffino, A., et al. (2009). Impact of the Spanish smoking law on exposure to second-hand smoke and respiratory health in hospitality workers: a cohort study. *PLoS One*, 4(1), e4244.
- Fernandez Garcia, D., Martin Sanchez, V., Vazquez Casares, A. M., Liebana Presa, C., Fernandez Martinez, M. E., & De Luis Gonzalez, J. M. (2007). Tobacco use amongst nursing and physiotherapy students: a cross sectional questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*, 44(5), 780-785.
- Fernandez-Ballart, J. D., Pinol, J. L., Zazpe, I., Corella, D., Carrasco, P., Toledo, E., et al. (2010). Relative validity of a semi-quantitative food-frequency questionnaire in an elderly Mediterranean population of Spain. *Br J Nutr*, 103(12), 1808-1816.

- Fernández-Crehuet Navajas, J., Gomez-Aracena, J., & Gómez-Gracia, E. (2008). Epidemiología y prevención de las drogodependencias. In Piédrola-Gil (Ed.), *Medicina Preventiva y Salud Pública* (pp. 1117-1131). Barcelona: Elsevier.
- Fernández-Crehuet Navajas, J., Martínez González, M., & Gómez-Aracena, J. (2008). Obesidad. Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia y Bulimia. In P. Gil (Ed.), *Medicina Preventiva y Salud Pública* (11ª ed., pp. 1045-1055). Barcelona, España: Elsevier.
- Ferrando, J., Plasencia, A., Oros, M., Borrell, C., & Kraus, J. F. (2000). Impact of a helmet law on two wheel motor vehicle crash mortality in a southern European urban area. *Inj Prev*, 6(3), 184-188.
- Fidanza, F., Alberti, A., Lanti, M., & Menotti, A. (2004). Mediterranean diet score: correlation with 25-year mortality from coronary heart disease in the Seven Countries Study. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*, 14(6), 397.
- Flay, B. R. (1999). Understanding environmental, situational and intrapersonal risk and protective factors for youth tobacco use: the Theory of Triadic Influence. *Nicotine Tob Res*, 1 Suppl 2, S111-114; discussion 569-170.
- Fletcher, G. F., Balady, G. J., Amsterdam, E. A., Chaitman, B., Eckel, R., Fleg, J., et al. (2001). Exercise standards for testing and training: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *Circulation*, 104(14), 1694-1740.
- Font-Mayolas, S., Gras, M. E., & Planes, M. (2006). Análisis del patrón de consumo de cannabis en estudiantes universitarios. *Adicciones*(18), 337-344.
- Force, U. S. P. S. T. (2003). Screening for obesity in adults: recommendations and rationale. *Ann Intern Med*, 139(11), 930-932.
- French, M. T., Popovici, I., & Maclean, J. C. (2009). Do alcohol consumers exercise more? Findings from a national survey. *Am J Health Promot*, 24(1), 2-10.
- French, S. A., & Wechsler, H. (2004). School-based research and initiatives: fruit and vegetable environment, policy, and pricing workshop. *Prev Med*, 39 Suppl 2, S101-107.
- Fung, T. T., Rexrode, K. M., Mantzoros, C. S., Manson, J. E., Willett, W. C., & Hu, F. B. (2009). Mediterranean diet and incidence of and mortality from coronary heart disease and stroke in women. *Circulation*, 119(8), 1093-1100.
- Galan, I., Gandarillas, A., Febrel, C., & Meseguer, C. (2001). [Validation of self-reported weight and height in an adolescent population]. *Gac Sanit*, 15(6), 490-497.
- Gallardo-Pino, C., Martínez-Pérez, A., & Peñacoba-Puente, C. (2010). Promoción de la salud en la universidad: la Universidad Rey Juan Carlos, una universidad saludable. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10115/3126>
- García de Albeniz, X. A., Guerra-Gutierrez, F., Ortega-Martinez, R., Sanchez-Villegas, A., & Martinez-Gonzalez, M. A. (2004). [Smoking among a cohort of Spanish university graduates. The SUN Project]. *Gac Sanit*, 18(2), 108-117.
- García Ferrando, M. (2005). *Encuesta sobre hábitos deportivos en españoles*. Madrid: Consejo de Investigaciones Sociológicas y Consejo Superior de Deportes.
- García-Closas, R., Berenguer, A., & Gonzalez, C. A. (2006). Changes in food supply in Mediterranean countries from 1961 to 2001. *Public Health Nutr*, 9(1), 53-60.
- Gavidia, V. (2003). La educación para la salud en los manuales escolares españoles. *Rev Esp Salud Publica*, 77(2), 275-285.
- Gielen, S., Schuler, G., & Hambrecht, R. (2001). Exercise training in coronary artery disease and coronary vasomotion. *Circulation*, 103(1), E1-6.
- Giovannucci, E., Colditz, G., Stampfer, M. J., Rimm, E. B., Litin, L., Sampson, L., et al. (1991). The assessment of alcohol consumption by a simple self-administered questionnaire. *Am J Epidemiol*, 133(8), 810-817.
- Girón-Daviña, P. (2010). *Los determinantes de la salud percibida en España*. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Godeau, E., Nic Gabhainn, S., Vignes, C., Ross, J., Boyce, W., & Todd, J. (2008). Contraceptive use by 15-year-old students at their last sexual intercourse: results from 24 countries. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 162(1), 66-73.
- Godoy, J. (1999). Psicología de la Salud: delimitación conceptual. In M. A. Simón (Ed.), *Manual de psicología de la salud: Fundamentos, metodología y aplicaciones* (pp. 39-75). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Gómez Candela, C., Loria Kohen, V., & Dassen, C. (2009). Elementos relevantes de la dieta en la prevención de la enfermedad cardiovascular. *Form Med Contin Aten Prim*, 16(1), 5-13.
- Gonzalez, C. A., Argilaga, S., Agudo, A., Amiano, P., Barricarte, A., Beguiristain, J. M., et al. (2002). [Sociodemographic differences in adherence to the Mediterranean dietary pattern in Spanish populations]. *Gac Sanit*, 16(3), 214-221.

- González-Alfaya, M. E. (2008). *Intervención de la universidad en la promoción de la salud de sus estudiantes*. Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.
- Gonzalez-Enriquez, J., Salvador-Llivina, T., Lopez-Nicolas, A., Anton De Las Heras, E., Musin, A., Fernandez, E., et al. (2002). [The effects of implementing a smoking cessation intervention in Spain on morbidity, mortality and health care costs]. *Gac Sanit*, 16(4), 308-317.
- Gonzalez-Torrente, S., Bennasar-Veny, M., Pericas-Beltran, J., de Pedro-Gomez, J. E., Aguilo-Pons, A., & Bauza-Amengual Mde, L. (2008). [Smoking among nursing and physical therapy students of the University of the Balearic Islands: opinions on regulation of smoking in public places]. *Enferm Clin*, 18(5), 245-252. doi: 13126757 [pii]
- González-Torrente, S., Pericas-Beltran, J., Bennasar-Veny, M., Seguí-González, P., Aguiló-Pons, A., & de Pedro-Gomez, J. E. (2007). Tabaco, alcohol y marihuana entre los estudiantes de enfermería y fisioterapia de la UIB. *Evidentia*, 4(17).
- Goodman, C. M. (1987). The Delphi technique: a critique. *Journal Advanced Nursing*(12), 729-734.
- Gorber, S. C., Tremblay, M., Moher, D., & Gorber, B. (2007). A comparison of direct vs. self-report measures for assessing height, weight and body mass index: a systematic review. *Obes Rev*, 8(4), 307-326.
- Gordon, A. J., Maisto, S. A., McNeil, M., Kraemer, K. L., Conigliaro, R. L., Kelley, M. E., et al. (2001). Three questions can detect hazardous drinkers. *J Fam Pract*, 50(4), 313-320.
- Gray, L., & Leyland, A. H. (2008). Overweight status and psychological well-being in adolescent boys and girls: a multilevel analysis. *Eur J Public Health*, 18(6), 616-621.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1999). *Health promotion planning. An educational and ecological approach* (3 ed ed.). New York: McGraw-Hill.
- Grunberg, N. E. (1991). Smoking cessation and weight gain. *N Engl J Med*, 324(11), 768-769.
- Grunberg, N. E., Winders, S. E., & Wewers, M. E. (1991). Gender differences in tobacco use. *Health Psychol*, 10(2), 143-153.
- Gual, A., Segura, L., Contel, M., Heather, N., & Colom, J. (2002). Audit-3 and audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol Alcohol*, 37(6), 591-596.
- Gualar-Castillon, P., Rodriguez Artalejo, F., Diez Ganan, L., Ramon Banegas Banegas, J., Lafuente Urdinguio, P., & del Rey Calero, J. (2001). [Smoking and subjective health in Spain]. *Med Clin (Barc)*, 116(12), 451-453.
- Guardia Serecigni, J. (2007). *Guía clínica sobre alcoholismo*. Barcelona: SOCIDROGALCOHOL.
- Guo, X., Warden, B. A., Paeratakul, S., & Bray, G. A. (2004). Healthy Eating Index and obesity. *Eur J Clin Nutr*, 58(12), 1580-1586.
- Guxens, M., Nebot, M., Ariza, C., & Ochoa, D. (2007). Factors associated with the onset of cannabis use: a systematic review of cohort studies. *Gac Sanit*, 21(3), 252-260.
- Haase, A., Steptoe, A., Sallis, J. F., & Wardle, J. (2004). Leisure-time physical activity in university students from 23 countries: associations with health beliefs, risk awareness, and national economic development. *Prev Med*, 39(1), 182-190.
- Haftenberger, M., Schuit, A. J., Tormo, M. J., Boeing, H., Wareham, N., Bueno-de-Mesquita, H. B., et al. (2002). Physical activity of subjects aged 50-64 years involved in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC). *Public Health Nutr*, 5(6B), 1163-1176.
- Hagger, M. S., Chatzisarantis, N., & Biddle, S. J. (2001). The influence of self-efficacy and past behaviour on the physical activity intentions of young people. *J Sports Sci*, 19(9), 711-725.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (1998). *Multivariate data analysis* (5^a ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Hallal, P. C., & Victora, C. G. (2004). Reliability and validity of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). *Med Sci Sports Exerc*, 36(3), 556.
- Hardy, L., Bass, H., & Booth, M. (2007). Changes in sedentary behavior among adolescent girls: A 2.5-year prospective cohort study. *Journal of Adolescence Health*, 40, 158-165.
- Haskell, W. L., Lee, I. M., Pate, R. R., Powell, K. E., Blair, S. N., Franklin, B. A., et al. (2007). Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*, 116(9), 1081-1093.
- Hasselstrom, H., Hansen, S. E., Froberg, K., & Andersen, L. B. (2002). Physical fitness and physical activity during adolescence as predictors of cardiovascular disease risk in young adulthood. Danish Youth and Sports Study. An eight-year follow-up study. *Int J Sports Med*, 23 Suppl 1, S27-31.

- Hasson, F., Keeney, S., & McKenna, H. (2000). Research guidelines for the Delphi survey technique. *J Adv Nurs*, 32(4), 1008-1015.
- Hausmann, H. J. (2007). Smoking and lung cancer: future research directions. *Int J Toxicol*, 26(4), 353-364.
- Helmer, O., & Rescher, N. (1958). On Epistemology of Inexact Sciences. Santa Mónica, California: Rand Corporation.
- Henríquez Sánchez, P., Ruano, C., de Irala, J., Ruiz-Canela, M., Martínez-Gonzalez, M. A., & Sanchez-Villegas, A. (2012). Adherence to the Mediterranean diet and quality of life in the SUN Project. *European Journal of Clinical Nutrition*(66), 360-368.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, P. (2006). *Metodología de la Investigación* (4ª edición ed.). Mexico: McGraw Hill Interamericana.
- HHS. (1996). *Physical activity and health: A report of the surgeon general*. Atlanta, USA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.
- HHS. (2000). *Healthy People 2010*. Washington, DC: US Department of Health and Human Services.
- HHS. (2004). *The Health consequences of smoking: A report of the Surgeon General*. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health Retrieved from <http://www.surgeongeneral.gov/library/smokingconsequences/>.
- HHS. (2008). *Physical Activity Guidelines for Americans*. Washington, D.C.: US Department of Health and Human Services Retrieved from <http://www.health.gov/paguidelines>.
- Hilbell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., & Kokkevi, A., et al. (2009). *The 2007 ESPAD Report. Substance use among students in 35 European countries*. Estocolmo, Suecia: The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.
- Hilton, M. E. (1989). A comparison of a prospective diary and two summary recall techniques for recording alcohol consumption. *Br J Addict*, 84(9), 1085-1092.
- Ho, M. Y., & Lee, T. C. (2001). Computer usage and its relationship with adolescent lifestyle in Hong Kong. *Journal of Adolescence Health*, 29, 258-266.
- Hosmer, D. W., & Lemeshow, S. (2000). *Applied Logistic Regression*. New York, NY: John Willey and Sons.
- Howat, P., Hallett, J., Kypri, K., Maycock, B., Dhaliwal, S., & McManus, A. (2010). Tobacco smoking in an Australian university sample and implications for health promotion. *Prev Med*, 51(5), 425-426.
- Hu, F. B. (2002). Dietary pattern analysis: a new direction in nutritional epidemiology. *Curr Opin Lipidol*, 13(1), 3-9.
- Hung, H. L., Altschuld, J. W., & Lee, Y. (2008). Methodological and conceptual issues confronting a cross-country Delphi study of educational program evaluation. *Evaluation and Program Plannin*(31), 191-198.
- Hvidtfeldt, U. A., Tolstrup, J. S., Jakobsen, M. U., Heitmann, B. L., Gronbaek, M., O'Reilly, E., et al. (2010). Alcohol intake and risk of coronary heart disease in younger, middle-aged, and older adults. *Circulation*, 121(14), 1589-1597.
- Hyland, A., Rezaishiraz, H., Bauer, J., Giovino, G. A., & Cummings, K. M. (2005). Characteristics of low-level smokers. *Nicotine Tob Res*, 7(3), 461-468.
- IARC. (2002). *Tobacco Smoke and Involuntary Smoking*. Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) and WHO.
- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav*, 38(1), 21-37.
- INE. (2008). *Encuesta Nacional de Salud 2006*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- Irala-Estevez, J. D., Groth, M., Johansson, L., Oltersdorf, U., Prattala, R., & Martínez-Gonzalez, M. A. (2000). A systematic review of socio-economic differences in food habits in Europe: consumption of fruit and vegetables. *Eur J Clin Nutr*, 54(9), 706-714.
- Irwin, J. D. (2007). The prevalence of physical activity maintenance in a sample of university students: a longitudinal study. *J Am Coll Health*, 56(1), 37-41.
- IUHPE. (2000). *La Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Janssen, I. (2007). [Guidelines for physical activity in children and young people]. *Appl Physiol Nutr Metab*, 32 Suppl 2F, S122-135.

- Jiménez Pernet, J., García Gutiérrez, J. F., Bermúdez Tamayo, C., Silva Castro, M. M., & Tuneu i Valls, L. (2009). Evaluación de sitios web con información sobre medicamentos. *Aten Primaria*, *41*(7), 360-366.
- Jimenez, R., Tapias-Ledesma, M. A., Gallardo-Pino, C., Carrasco, P., & de Miguel, A. G. (2004). Influence of sociodemographic variables on use of dental services, oral health and oral hygiene among Spanish children. *Int Dent J*, *54*(4), 187-192.
- Jimenez-Muro Franco, A., Beamonte San Agustin, A., Marqueta, A., Gargallo Valero, P., & Nerin de la Puerta, I. (2009). [Addictive substance use among first-year university students]. *Adicciones*, *21*(1), 21-28.
- Kashdan, T. B., Vetter, C. J., & Collins, R. L. (2005). Substance use in young adults: associations with personality and gender. *Addict Behav*, *30*(2), 259-269.
- Kastorini, C. M., Milionis, H. J., Esposito, K., Giugliano, D., Goudevenos, J. A., & Panagiotakos, D. B. (2011). The effect of Mediterranean diet on metabolic syndrome and its components: a meta-analysis of 50 studies and 534,906 individuals. *J Am Coll Cardiol*, *57*(11), 1299-1313.
- Kastorini, C. M., Milionis, H. J., Goudevenos, J. A., & Panagiotakos, D. B. (2010). Mediterranean diet and coronary heart disease: is obesity a link? - A systematic review. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*, *20*(7), 536-551.
- Kastorini, C. M., & Panagiotakos, D. B. (2010). Mediterranean diet and diabetes prevention: Myth or fact? *World J Diabetes*, *1*(3), 65-67.
- Katsarou, A., Tyrovolas, S., Psaltopoulou, T., Zimbenekis, A., Tsakountakis, N., Bountziouka, V., et al. (2010). Socioeconomic status, place of residence and dietary habits among the elderly: the Mediterranean islands study. *Public Health Nutr*, *13*(10), 1614-1621.
- Keating, X. D., Guan, J., Pinero, J. C., & Bridges, D. M. (2005). A meta-analysis of college students' physical activity behaviors. *J Am Coll Health*, *54*(2), 116-125.
- Keller, S., Maddock, J. E., Hannover, W., Thyrian, J. R., & Basler, H. D. (2008). Multiple health risk behaviors in German first year university students. *Prev Med*, *46*(3), 189-195.
- Keys, A., Menotti, A., Karvonen, M. J., Aravanis, C., Blackburn, H., Buzina, R., et al. (1986). The diet and 15-year death rate in the seven countries study. *Am J Epidemiol*, *124*(6), 903-915.
- Kickbusch, I. (1986). Life-styles and health. *Soc Sci Med*, *22*(2), 117-124.
- Kirby, D. (2001). *Emerging Answers: Research Findings on Program to Reduce Teen Pregnancy*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.
- Klepp, K. I., Oygard, L., Tell, G. S., & Vellar, O. D. (1994). Twelve year follow-up of a school-based health education programme. The Oslo Youth Study. *Eur Public Health*(4), 195-200.
- Kloos, A., Weller, R. A., Chan, R., & Weller, E. B. (2009). Gender differences in adolescent substance abuse. *Curr Psychiatry Rep*, *11*(2), 120-126.
- Knoops, K. T., de Groot, L. C., Kromhout, D., Perrin, A. E., Moreiras-Varela, O., Menotti, A., et al. (2004). Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10-year mortality in elderly European men and women: the HALE project. *JAMA*, *292*(12), 1433-1439.
- Knowler, W. C., Barrett-Connor, E., Fowler, S. E., Hamman, R. F., Lachin, J. M., Walker, E. A., et al. (2002). Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med*, *346*(6), 393-403.
- Koezuka, N., Koo, M., Allison, K., Adlaf, E., Dwyer, J., & Faulkner, G., et al. (2006). The relation between sedentary activity and physical inactivity among adolescents: Results from the Canadian Community Health Survey. *Journal of Adolescence Health*, *39*, 515-522.
- Kontogianni, M. D., Vidra, N., Farmaki, A. E., Koinaki, S., Belogianni, K., Sofrona, S., et al. (2008). Adherence rates to the Mediterranean diet are low in a representative sample of Greek children and adolescents. *J Nutr*, *138*(10), 1951-1956.
- Krieger, N., Williams, D. R., & Moss, N. E. (1997). Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies, and guidelines. *Annu Rev Public Health*, *18*, 341-378.
- Kriska, A. M., Saremi, A., Hanson, R. L., Bennett, P. H., Kobes, S., Williams, D. E., et al. (2003). Physical activity, obesity, and the incidence of type 2 diabetes in a high-risk population. *Am J Epidemiol*, *158*(7), 669-675.
- Kuh, D. J., & Wadsworth, M. E. (1993). Physical health status at 36 years in a British national birth cohort. *Soc Sci Med*, *37*(7), 905-916.
- Kunst, A. E., Bos, V., Lahelma, E., Bartley, M., Lissau, I., Regidor, E., et al. (2005). Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries. *Int J Epidemiol*, *34*(2), 295-305.

- Kuntsche, E., Simons-Morton, B., Fotiou, A., ter Bogt, T., & Kokkevi, A. (2009). Decrease in adolescent cannabis use from 2002 to 2006 and links to evenings out with friends in 31 European and North American countries and regions. *Arch Pediatr Adolesc Med*, *163*(2), 119-125.
- Kushi, L. H., Byers, T., Doyle, C., Bandera, E. V., McCullough, M., McTiernan, A., et al. (2006). American Cancer Society Guidelines on Nutrition and Physical Activity for cancer prevention: reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity. *CA Cancer J Clin*, *56*(5), 254-281; quiz 313-254.
- Laberge, J. C., & Ward, N. J. (2004). Cannabis and driving—Research needs and issues for transportation policy. *Journal of Drug Issues*, *34*(4), 971-989.
- Lahelma, E., Martikainen, P., Laaksonen, M., & Aittomaki, A. (2004). Pathways between socioeconomic determinants of health. *J Epidemiol Community Health*, *58*(4), 327-332.
- Lahti-Koski, M., Pietinen, P., Heliövaara, M., & Vartiainen, E. (2002). Associations of body mass index and obesity with physical activity, food choices, alcohol intake, and smoking in the 1982-1997 FINRISK Studies. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Am J Clin Nutr*, *75*(5), 809-817.
- Landeta, J. (1999). *El método Delphi: Una técnica de previsión para la incertidumbre*. Barcelona: Ariel.
- Lazarus, R. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ed. Martínez Roca.
- Ledo-Varela, M. T., de Luis Roman, D. A., González-Sagado, M., Izada Jauregui, O., & Aller de la Fuente, R. (2011). Características nutricionales y estilo de vida en universitarios. *Nutr Hosp*, *26*(4), 814-818.
- Lee, I. M. (2003). Physical activity and cancer prevention—data from epidemiologic studies. *Med Sci Sports Exerc*, *35*(11), 1823-1827.
- Lee, I. M., Paffenbarger, R. S., Jr., & Hennekens, C. H. (1997). Physical activity, physical fitness and longevity. *Aging (Milano)*, *9*(1-2), 2-11.
- Lee, R. L., & Loke, A. J. (2005). Health-promoting behaviors and psychosocial well-being of university students in Hong Kong. *Public Health Nurs*, *22*(3), 209-220.
- Lee, Y. (2009). Competencies needed by Korean HRD master's graduates: A comparison between the ASTD WLP competency model and the Korean study. *Human Resource Development Quarterly*, *20*(1), 107-133.
- Lemeshow, S., & Hosmer, D. W., Jr. (1982). A review of goodness of fit statistics for use in the development of logistic regression models. *Am J Epidemiol*, *115*(1), 92-106.
- Lenfant, C. (2006). The interdependence of sleep and health—a commentary. *Metabolism*, *55*(10 Suppl 2), S50-53.
- Lightwood, J. M., & Glantz, S. A. (2009). Declines in acute myocardial infarction after smoke-free laws and individual risk attributable to secondhand smoke. *Circulation*, *120*(14), 1373-1379.
- Loe, H. (2000). Oral hygiene in the prevention of caries and periodontal disease. *Int Dent J*, *50*(3), 129-139.
- López, A. D., Collishaw, N. E., & Piha, T. (1994). A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tob Control*(3), 242-247.
- Lopez, M. J., Perez-Rios, M., Schiaffino, A., Nebot, M., Montes, A., Ariza, C., et al. (2007). Mortality attributable to passive smoking in Spain, 2002. *Tob Control*, *16*(6), 373-377.
- López-Fernández, L. A., & Aranda-Regules, J. M. (1994). *Promoción de la salud: un enfoque en salud pública*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Ludwig, B. P. (1997). Predicting the future: Have you considered using the Delphi methodology? *Journal of Extension*, *35*(5).
- Lundberg, O., & Manderbacka, K. (1996). Assessing reliability of a measure of self-rated health. *Scand J Soc Med*, *24*(3), 218-224.
- Mackay, D., Haw, S., Ayres, J. G., Fischbacher, C., & Pell, J. P. (2010). Smoke-free legislation and hospitalizations for childhood asthma. *N Engl J Med*, *363*(12), 1139-1145.
- Mackay, J., & Eriksen, M. P. (2006). The Tobacco Atlas W. H. O. a. A. C. Society (Ed.) Retrieved from <http://www.myriaditions.com/statmap>
- Mackenbach, J. P. (2006). *Health Inequalities: Europe in Profile*. Retrieved from <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/12/15/84/041221584.pdf>.
- Maes, L., Vereecken, C., Vanobbergen, J., & Honkala, S. (2006). Tooth brushing and social characteristics of families in 32 countries. *Int Dent J*, *56*(3), 159-167.
- Maffei, C., Schutz, Y., Schena, F., Zaffanello, M., & Pinelli, L. (1993). Energy expenditure during walking and running in obese and nonobese prepubertal children. *J Pediatr*, *123*(2), 193-199.

- Manor, O., Matthews, S., & Power, C. (2001). Self-rated health and limiting longstanding illness: inter-relationships with morbidity in early adulthood. *Int J Epidemiol*, 30(3), 600-607.
- Mao, Y., Pan, S., Wen, S. W., & Johnson, K. C. (2003). Physical activity and the risk of lung cancer in Canada. *Am J Epidemiol*, 158(6), 564-575.
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365, 1099-1104.
- Marmot, M., Ryff, C. D., Bumpass, L. L., Shipley, M., & Marks, N. F. (1997). Social inequalities in health: next questions and converging evidence. *Soc Sci Med*, 44(6), 901-910.
- Marmot, M., & Wilkinson, R. G. (2006). *Social determinants of health*. Oxford, Inglaterra: Oxford University Press.
- Marqués Molías, F., Cabezas Peña, C., Camarelles Guillem, F., Córdoba García, R., Gómez Puente, J., Muñoz Seco, E., et al. (2009). *Recomendaciones sobre el estilo de vida*. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria Retrieved from http://www.papps.org/upload/file/08_PAPPS_ACTUALIZACION_2009.pdf.
- Martín Arribas, M. C. (2004). Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Profesión*, 5(17), 23-29.
- Martin, V., Fernandez, D., Ordonez, C., Molina, A. J., Fernandez, E., & de Luis, J. M. (2008). [Smoking prevalence evaluation by three different methods among first-year health sciences students at the University of Leon, Spain, 2006]. *Rev Esp Salud Publica*, 82(2), 221-229.
- Martin-Moreno, J. M., Boyle, P., Gorgojo, L., Maisonneuve, P., Fernandez-Rodriguez, J. C., Salvini, S., et al. (1993). Development and validation of a food frequency questionnaire in Spain. *Int J Epidemiol*, 22(3), 512-519.
- Martinez Pastor, A., Balanga Galindo, S., Leal Hernandez, M., Martinez Navarro, A., Conesa Bernal, C., & Abellan Aleman, J. (2010). Influencia del género en los estilos de vida que se asocian a enfermedades vasculares en Universitarios. *Hipertension*, 27(4), 138-145.
- Martínez Ramos, E. (1984). Aspectos teóricos de Análisis de Cluster y aplicaciones. In S. Carrión (Ed.), *Introducción a las técnicas de Análisis Multivariable* (pp. 165-203). Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Martinez-Gonzalez, M. A., Bes-Rastrollo, M., Serra-Majem, L., Lairon, D., Estruch, R., & Trichopoulos, A. (2009). Mediterranean food pattern and the primary prevention of chronic disease: recent developments. *Nutr Rev*, 67 Suppl 1, S111-116.
- Martinez-Gonzalez, M. A., & Estruch, R. (2004). Mediterranean diet, antioxidants and cancer: the need for randomized trials. *Eur J Cancer Prev*, 13(4), 327-335.
- Mas, A., Nerin, I., Barrueco, M., Cordero, J., Guillen, D., Jimenez-Ruiz, C., et al. (2004). [Smoking habits among sixth-year medical students in Spain]. *Arch Bronconeumol*, 40(9), 403-408.
- Mechanic, D. (1979). The stability of health and illness behavior: results from a 16-year follow-up. *Am J Public Health*, 69(11), 1142-1145.
- Mendes, P., Kapur, S., Wang, J., Feng, S., & Roethig, H. (2008). A randomized, controlled exposure study in adult smokers of full flavor Marlboro cigarettes switching to Marlboro Lights or Marlboro Ultra Lights cigarettes. *Regul Toxicol Pharmacol*, 51(3), 295-305.
- Mendoza, R., Lopez Perez, P., & Sagrera, M. R. (2007). [Gender differences in the evolution of adolescent's tobacco consumption in Spain (1986-2002)]. *Adicciones*, 19(3), 273-287.
- Menéndez, E. L. (1998). Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos*, 46, 37-67.
- Michavila, F., & Calvo, B. (1998). *La universidad española hoy. Propuestas para una política universitaria*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Midanik, L. T. (1989). Perspectives on the validity of self-reported alcohol use. *Br J Addict*, 84(12), 1419-1423.
- Miech, R., & Chilcoat, H. (2005). Maternal education and adolescent drug use: a longitudinal analysis of causation and selection over a generation. *Soc Sci Med*, 60(4), 725-735.
- Mitrou, P. N., Kipnis, V., Thiebaut, A. C., Reedy, J., Subar, A. F., Wirfalt, E., et al. (2007). Mediterranean dietary pattern and prediction of all-cause mortality in a US population: results from the NIH-AARP Diet and Health Study. *Arch Intern Med*, 167(22), 2461-2468.
- Mokdad, A. H., Marks, J. S., Stroup, D. F., & Gerberding, J. L. (2004). Actual causes of death in the United States, 2000. *JAMA*, 291(10), 1238-1245.
- Molina-García, J., Castillo, I., & Pablos, C. (2009). Determinants of leisure-time physical activity and future intention to practice in Spanish college students. *Span J Psychol*, 12(1), 128-137.
- Moncada, A., Schiaffino, A., & Basart, E. (2011). [Smoke-free school environments: between health protection and health promotion.]. *Gac Sanit*.

- Montero Bravo, A., Ubeda Martin, N., & Garcia Gonzalez, A. (2006). [Evaluation of dietary habits of a population of university students in relation with their nutritional knowledge]. *Nutr Hosp*, 21(4), 466-473.
- Moore, L., Roberts, C., & Tudor-Smith, C. (2001). School smoking policies and smoking prevalence among adolescents: multilevel analysis of cross-sectional data from Wales. *Tob Control*, 10(2), 117-123.
- Moreno, C., Muñoz, M. V., Pérez, P. J., & Sánchez, I. (2005). *Los adolescentes españoles y su salud. Resumen del estudio Health Behaviour in School Aged Children (HBSC-2002)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Moreno, L. A., Sarria, A., & Popkin, B. M. (2002). The nutrition transition in Spain: a European Mediterranean country. *Eur J Clin Nutr*, 56(10), 992-1003.
- Moreno-Gomez, C., Romaguera-Bosch, D., Tauler-Riera, P., Bennisar-Veny, M., Pericas-Beltran, J., Martinez-Andreu, S., et al. (2012). Clustering of lifestyle factors in Spanish university students: the relationship between smoking, alcohol consumption, physical activity and diet quality. *Public Health Nutr*, 1-9.
- Morgan, A., Malam, S., Muir, J., & Barker, R. (2006). *Health and social inequalities in English adolescents: Exploring the importance of school, family and neighbourhood, findings from the WHO Health Behaviour in School-aged Children study*. Londres, Inglaterra: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Moynihan, P., & Petersen, P. E. (2004). Diet, nutrition and the prevention of dental diseases. *Public Health Nutr*, 7(1A), 201-226.
- Mukamal, K. J., & Rimm, E. B. (2008). Alcohol consumption: risks and benefits. *Curr Atheroscler Rep*, 10(6), 536-543.
- Muller-Riemenschneider, F., Bockelbrink, A., Reinhold, T., Rasch, A., Greiner, W., & Willich, S. N. (2008). Long-term effectiveness of behavioural interventions to prevent smoking among children and youth. *Tob Control*, 17(5), 301-302.
- Murie-Fernandez, M., Irimia, P., Toledo, E., Martinez-Vila, E., Buil-Cosiales, P., Serrano-Martinez, M., et al. (2011). Carotid intima-media thickness changes with Mediterranean diet: A randomized trial (PREDIMED-Navarra). *Atherosclerosis*.
- Murphy, M., Bobak, M., Nicholson, A., Rose, R., & Marmot, M. (2006). The widening gap in mortality by educational level in the Russian Federation, 1980-2001. *Am J Public Health*, 96(7), 1293-1299.
- Murray, C. J. L., & López, A. D. (2002). Assessing health needs: The global burden of disease study. In R. Detels, J. McEwen, R. Beaglehole & H. Tanaka (Eds.), *Oxford textbook of public health* (pp. 234-254). Oxford, Inglaterra: Oxford University Press.
- Myers, J., Prakash, M., Froelicher, V., Do, D., Partington, S., & Atwood, J. E. (2002). Exercise capacity and mortality among men referred for exercise testing. *N Engl J Med*, 346(11), 793-801.
- Navarro Bravo, B., Ros Segura, L., Latorre Postigo, J. M., Escribano Villafrauela, J. C., López Honrubia, V., & Romero Marchante, M. (2010). Hábitos, preferencias y satisfacción sexual en estudiantes universitarios. *Rev Clin Med Fam*, 3(3), 150-157.
- Navarro, V., Borrell, C., Benach, J., Muntaner, C., Quiroga, A., Rodriguez-Sanz, M., et al. (2003). The importance of the political and the social in explaining mortality differentials among the countries of the OECD, 1950-1998. *Int J Health Serv*, 33(3), 419-494.
- Navarro, V., Muntaner, C., Borrell, C., Benach, J., Quiroga, A., Rodriguez-Sanz, M., et al. (2006). Politics and health outcomes. *Lancet*, 368(9540), 1033-1037.
- Nebot, M., Lopez, M. J., Tomas, Z., Ariza, C., Borrell, C., & Villalbi, J. R. (2004). Exposure to environmental tobacco smoke at work and at home: a population based survey. *Tob Control*, 13(1), 95.
- Nebot, M., Manzanares, S., Lopez, M. J., Ariza, C., Galan, I., Moncada, A., et al. (2011). [Estimation of environmental tobacco smoke exposure: review of questionnaires used in Spain.]. *Gac Sanit*, 25(4), 322-328.
- Nebot, M., Tomas, Z., Ariza, C., Valmayor, S., Lopez, M. J., & Juarez, O. (2004). [Factors associated with smoking onset: 3-year cohort study of schoolchildren]. *Arch Bronconeumol*, 40(11), 495-501.
- Nelson, M. E., Rejeski, W. J., Blair, S. N., Duncan, P. W., Judge, J. O., King, A. C., et al. (2007). Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*, 116(9), 1094-1105.
- Nerin, I., Crucelaegui, A., Novella, P., Ramon y Cajal, P., Sobradie, N., & Gerico, R. (2004). [A survey on the relationship between tobacco use and physical exercise among university students]. *Arch Bronconeumol*, 40(1), 5-9.
- Nic Gabhainn, S., Baban, A., Boyce, W., & Godeau, E. (2009). How well protected are sexually active 15-year olds? Cross-national patterns in condom and contraceptive pill use 2002-2006. *Int J Public Health*, 54 Suppl 2, 209-215.

- O'Loughlin, J., Karp, I., Koulis, T., Paradis, G., & Difranza, J. (2009). Determinants of first puff and daily cigarette smoking in adolescents. *Am J Epidemiol*, 170(5), 585-597.
- Ochoa, M. C., Moreno-Aiaga, M. J., Martínez-González, M. A., Martínez, J. A., & Martí, A. (2007). Predictor factors of childhood obesity in a Spanish case-control study. *Nutrition*, 23, 379-384.
- OMS. (1986). *Carta de Ottawa sobre promoción de la salud*. Ginebra: OMS Retrieved from <http://www.paho.org/spanish/HPP/OttawaChapterSp.pdf>.
- OMS. (1997). *Declaración de Yakarta sobre la Conducción de la Promoción de la Salud hacia el Siglo XXI*. Ginebra: OMS.
- OMS. (1998). *Glosario de términos básicos en promoción de la salud*. Ginebra: OMS Retrieved from <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>.
- OMS. (2003). *Informe sobre la Salud en el Mundo 2002 - Reducir los Riesgos y Promover una Vida Sana*. Ginebra: OMS Retrieved from <http://www.who.int/whr/previous/es>.
- OMS. (2005). *Problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol*. Ginebra: OMS Retrieved from <http://www.who.int/features/2005/wha58/es/>.
- OMS. (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Ginebra, Suiza: Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Comisión Europea de la Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2010). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*. Ginebra, Suiza: OMS.
- Oñate, N., Ramos, L., & Díaz, A. (1998). Utilización del Método Delphi en la pronosticación: Una experiencia inicial. *Economía Planificada*, 3(4), 9-48.
- Ortega, R. M., Requejo, A. M., Quintas, E., Redondo, M. R., Lopez-Sobaler, M., & Andres, P. (1997). Concern regarding bodyweight and energy balance in a group of female university students from Madrid: differences with respect to body mass index. *J Am Coll Nutr*, 16(3), 244-251.
- Padilla, J. L., Gómez, J., Hidalgo, M. D., & Muñoz, J. (2007). Esquema conceptual y procedimientos para analizar la validez de las consecuencias del uso de los test. *Psicothema*, 19(19), 173-178.
- Paffenbarger, R. S., Jr., Hyde, R. T., Jung, D. L., & Wing, A. L. (1984). Epidemiology of exercise and coronary heart disease. *Clin Sports Med*, 3(2), 297-318.
- Paffenbarger, R. S., Jr., Hyde, R. T., Wing, A. L., Lee, I. M., Jung, D. L., & Kampert, J. B. (1993). The association of changes in physical-activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. *N Engl J Med*, 328(8), 538-545.
- Paffenbarger, R. S., Jr., Kampert, J. B., Lee, I. M., Hyde, R. T., Leung, R. W., & Wing, A. L. (1994). Changes in physical activity and other lifeway patterns influencing longevity. *Med Sci Sports Exerc*, 26(7), 857-865.
- Paluzie, G., Sans, S., Balana, L., Puig, T., Gonzalez-Sastre, F., & Balaguer-Vintro, I. I. (2001). [Secular trends in smoking according to educational level between 1986 and 1996: The MONICA study. Catalonia]. *Gac Sanit*, 15(4), 303-311.
- Pan, S. Y., Cameron, C., Desmeules, M., Morrison, H., Craig, C. L., & Jiang, X. (2009). Individual, social, environmental, and physical environmental correlates with physical activity among Canadians: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 9, 21.
- Panagiotakos, D. B., Pitsavos, C., Polychronopoulos, E., Chrysohoou, C., Zampelas, A., & Trichopoulos, A. (2004). Can a Mediterranean diet moderate the development and clinical progression of coronary heart disease? A systematic review. *Med Sci Monit*, 10(8), RA193-198.
- Pardell, H., Salto, E., Jane, M., & Salleras, L. (2001). [How to fight against the smoking epidemic today]. *Med Clin (Barc)*, 116(2), 60-62.
- Pascual, F. (2002). Percepción del alcohol entre los jóvenes. *Adicciones*(14), 123-131.
- Pashiardis, P. (1993). Group Decision-Making: The Role of the Principal. *International Journal of Educational Management*, 7(2), 8-11.
- Pastor, A. M., Galindo, S. B., Hernandez, M. L., Navarro, A. M., Bernal, C. C., & Aleman, J. A. (2009). [Association between the consumption of tobacco and alcohol and physical exercise while at university]. *Aten Primaria*, 41(10), 558-563.
- Pate, R. R., Pratt, M., Blair, S. N., Haskell, W. L., Macera, C. A., Bouchard, C., et al. (1995). Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA*, 273(5), 402-407.

- Patrick, D. L., & Bergner, M. (1990). Measurement of health status in the 1990s. *Annu Rev Public Health*, 11, 165-183.
- Patrick, D. L., Cheadle, A., Thompson, D. C., Diehr, P., Koepsell, T., & Kinne, S. (1994). The validity of self-reported smoking: a review and meta-analysis. *Am J Public Health*, 84(7), 1086-1093.
- Pavón Lores, A., & Moreno Murcia, J. A. (2006). Características de la práctica físico-deportiva en estudiantes universitarios. *Conexoes*, 4(1), 125-151.
- Pekka, O. (2003). *Development of a common instrument for physical activity*. Amsterdam: IOS Press.
- Perez, C. (2000). ¿Deben estar las técnicas de consenso incluidas entre las técnicas de investigación cualitativa? *Rev Esp Salud Pública*, 74(4), 319-322.
- Pericas, J., Bauza, M. L., & Ponsell, E. (2004). Epidemiología del Tabaquismo en la Universitat de les Illes Balears. *Prevención del Tabaquismo*, 6(2), 52-59.
- Pericas, J., Gonzalez, S., Bennisar, M., De Pedro, J., Aguilo, A., & Bauza, L. (2009). Cognitive dissonance towards the smoking habit among nursing and physiotherapy students at the University of Balearic Islands in Spain. *Int Nurs Rev*, 56(1), 95-101.
- Perry, C. L., Kelder, S. H., Murray, D. M., & Klepp, K. I. (1992). Communitywide smoking prevention: long-term outcomes of the Minnesota Heart Health Program and the Class of 1989 Study. *Am J Public Health*, 82(9), 1210-1216.
- Pescatello, L. S., Franklin, B. A., Fagard, R., Farquhar, W. B., Kelley, G. A., Ray, C. A., et al. (2004). American College of Sports Medicine position stand. Exercise and hypertension. *Med Sci Sports Exerc*, 36(3), 533-553.
- Physicians, R. C. o. (2000). *Nicotine addiction in Britain*. London: Royal College of Physicians.
- Pi-Sunyer, F. X. (2000). Obesity research and the new century. *Obes Res*, 8(1), 1.
- Piedrola. (2008). *Medicina Preventiva y Salud Pública* (11ª edición ed.). Barcelona: Elsevier.
- Pietz, K., & Petersen, L. A. (2007). Comparing self-reported health status and diagnosis-based risk adjustment to predict 1- and 2 to 5-year mortality. *Health Serv Res*, 42(2), 629-643.
- Piontek, D., Buehler, A., Rudolph, U., Metz, K., Kroeger, C., Gradl, S., et al. (2008). Social contexts in adolescent smoking: does school policy matter? *Health Educ Res*, 23(6), 1029-1038.
- Pisinger, C., Toft, U., & Jorgensen, T. (2009). Can lifestyle factors explain why body mass index and waist-to-hip ratio increase with increasing tobacco consumption? The Inter99 study. *Public Health*, 123(2), 110-115.
- PNSD. (2009). *Informe 2009 del Observatorio Español sobre Drogas. Situación de los problemas de drogas en España*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD). Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Pollock, K. M. (2001). Exercise in treating depression: broadening the psychotherapist's role. *J Clin Psychol*, 57, 1289-1300.
- Pollock, M. L., Franklin, B. A., Balady, G. J., Chaitman, B. L., Fleg, J. L., Fletcher, B., et al. (2000). AHA Science Advisory. Resistance exercise in individuals with and without cardiovascular disease: benefits, rationale, safety, and prescription: An advisory from the Committee on Exercise, Rehabilitation, and Prevention, Council on Clinical Cardiology, American Heart Association; Position paper endorsed by the American College of Sports Medicine. *Circulation*, 101(7), 828-833.
- Poortinga, W. (2007a). Associations of physical activity with smoking and alcohol consumption: a sport or occupation effect? *Prev Med*, 45(1), 66-70.
- Poortinga, W. (2007b). The prevalence and clustering of four major lifestyle risk factors in an English adult population. *Prev Med*, 44(2), 124-128.
- Powell, C. (2003). The Delphi technique: myths and realities. *J Adv Nurs*, 41(4), 376-382.
- Pratt, M., Macera, C. A., & Wang, G. (2000). Higher direct medical costs associated with physical inactivity. *Phys Sportsmed*, 28(10), 63-70.
- Precioso, J. (2004). Quando e porquê começam os estudantes universitários a fumar: Implicações para a prevenção. *Aná. Psicológica*, 22(3), 499-506.
- PREDIMED. (2009). Estudio PREDIMED. Efectos de la dieta mediterránea sobre la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular. Protocolo de investigación, abril 2009.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*, 51(3), 390-395.
- Prokhorov, A. V., Winickoff, J. P., Ahluwalia, J. S., Ossip-Klein, D., Tanski, S., Lando, H. A., et al. (2006). Youth tobacco use: a global perspective for child health care clinicians. *Pediatrics*, 118(3), e890-903.

- Puebla Molina, S., & Buñuel Álvarez, J. C. (2008). Los cuestionarios autocumplimentados tienen a producir una infradeclaración del consumo de tabaco en adolescentes. *Evid Pediatr.*, 4(78).
- Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2003). Psychosocial origins of obesity stigma: toward changing a powerful and pervasive bias. *Obes Rev*, 4(4), 213-227.
- Pullman, A. W., Masters, R. C., Zalot, L. C., Carde, L. E., Saraiva, M. M., Dam, Y. Y., et al. (2009). Effect of the transition from high school to university on anthropometric and lifestyle variables in males. *Appl Physiol Nutr Metab*, 34(2), 162-171.
- Quiles-Izquierdo, J., & Vioque, J. (1996). Validez de los datos antropométricos declarados para la determinación de la prevalencia de obesidad. *Med Clin (Barc)*, 106, 752-759.
- Quintiliani, L., Allen, J., Marino, M., Kelly-Weeder, S., & Li, Y. (2010). Multiple health behavior clusters among female college students. *Patient Educ Couns*, 79(1), 134-137.
- Ramos-Valverde, M. P. (2009). *Estilos de vida y salud en la adolescencia*. Universidad de Sevilla, Sevilla.
- Raphael, D., Steinmetz, B., Renwick, R., Rootman, I., Brown, I., Sehdev, H., et al. (1999). The Community Quality of Life Project: a health promotion approach to understanding communities. *Health Promot Int*(14), 197-210.
- Reddy, K. S. (2004). Cardiovascular disease in non-Western countries. *N Engl J Med*, 350(24), 2438-2440.
- Redelmeier, D. A., & Tibshirani, R. J. (1997). Association between cellular-telephone calls and motor vehicle collisions. *N Engl J Med*, 336(7), 453-458.
- REEPS. (1998). *Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud*. Madrid: Ministerio de Educación y Cultura.
- Regidor, E., Barrio, G., de la Fuente, L., Domingo, A., Rodríguez, C., & Alonso, J. (1999). Association between educational level and health related quality of life in Spanish adults. *J Epidemiol Community Health*, 53(2), 75-82.
- Regidor, E., Gutiérrez-Fisac, J. L., & Rodríguez, C. (1994). *Diferencias y desigualdades en salud en España*. Madrid: Díaz de Santos.
- Reig, A., Cabrero, J., Ferrer, R. I., & Richart, M. (2001). *La calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios*. Alicante: Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes.
- Rial Boubeta, A., Lamas Veiga, L., Brana Tobio, T., & Varela Mallou, J. (2009). [Assessing drug consumers' care from the user's viewpoint]. *Psicothema*, 21(2), 206-212.
- Richmond, R. L., Kehoe, L. A., & Webster, I. W. (1993). Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction*, 88(8), 1127-1135.
- Richter, M., & Leppin, A. (2007). Trends in socio-economic differences in tobacco smoking among German school-children, 1994-2002. *Eur J Public Health*, 17(6), 565-571.
- Rimm, E. (2000). Alcohol and cardiovascular disease. *Curr Atheroscler Rep*, 2(6), 529-535.
- Rimm, E. B., Williams, P., Fosher, K., Criqui, M., & Stampfer, M. J. (1999). Moderate alcohol intake and lower risk of coronary heart disease: meta-analysis of effects on lipids and haemostatic factors. *BMJ*, 319(7224), 1523-1528.
- Rivera de los Santos, F., Ramos Valverde, P., Moreno Rodríguez, C., & Hernan Garcia, M. (2011). [Salutogenic model analysis in Spain: application in public health and implications for asset health model]. *Rev Esp Salud Publica*, 85(2), 129-139.
- Robine, J. M., Jagger, C., & Egidi, V. (2000). *Selection of a coherent Set of Health Indicators. Final Draft. A first Step Towards A User's Guide to Health Experiences for the European Union*. Francia: Euro-REVES.
- Rodés, J., Piqué, J. M., & Trilla, A. (2007). *Libro de la Salud del Hospital Clinic de Barcelona y la Fundación BBVA*. Bilbao: Fundación BBVA.
- Rodrigo, C. P., Van Praagh, E., Gibney, M., & Sjoström, M. (1999). ILSI Europe workshop on Diet and Physical Activity-Interactions for Health: summary and conclusions. 22-24 March, 1999 in Chamonix, France. International Life Sciences Institute. *Public Health Nutr*, 2(3A), 321-325.
- Rodríguez-Martos, A., Gual, A., & Llopis, J. (1999). La unidad de bebida estándar como registro simplificado del consumo de bebidas alcohólicas y su determinación en España. *Med Clin (Barc)*(112), 446-450.
- Rolls, B. J., Morris, E. L., & Roe, L. S. (2002). Portion size of food affects energy intake in normal-weight and overweight men and women. [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Am J Clin Nutr*, 76(6), 1207-1213.
- Romaguera, D., Tauler, P., Bannasar, M., Pericas, J., Moreno, C., Martínez, S., et al. (2011). Determinants and patterns of physical activity practice among Spanish university students. *J Sports Sci*, 29(9), 989-997.
- Room, R., Babor, T., & Rehm, J. (2005). Alcohol and public health. *Lancet*, 365(9458), 519-530.

- Roos, E., Prattala, R., Lahelma, E., Kleemola, P., & Pietinen, P. (1996). Modern and healthy?: socioeconomic differences in the quality of diet. *Eur J Clin Nutr*, 50(11), 753-760.
- Ross, R., Janssen, I., Dawson, J., Kungl, A. M., Kuk, J. L., Wong, S., et al. (2004). Exercise-Induced Reduction in Obesity and Insulin Resistance in Women: a Randomized Controlled Trial. *Obes Res*, 12, 789-798.
- Rotter, J. B. (1966). Generalised expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1-28.
- Ruano Ruano, I., & Serra Pujol, E. (1997). Hábitos de vida en una población escolar de Mataró (Barcelona) asociados al número de veces diarias que se ve televisión y al consumo de azúcares. *Rev Esp Salud Pública*, 5(71), 487-485.
- Rubio, M. A., Salas-Salvadó, J., Barbany, M., Moreno, B., Aranceta, J., Bellido, D., et al. (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), 7-48.
- Ruiz, R., & García, E. (2001). El abandono y la ausencia de actividad físico-deportiva de tiempo libre del alumnado de la universidad de Almería: un estudio longitudinal. *Revista Digital Lecturas: Educación Física y Deportes*, 8(47).
- Rumm-Kreuter, D. (2001). Comparison of the eating and cooking habits of northern Europe and the Mediterranean countries in the past, present and future. *Int J Vitam Nutr Res*, 71(3), 141-148.
- Rutten, A., Vuillemin, A., Ooijendijk, W. T., Schena, F., Sjostrom, M., Stahl, T., et al. (2003). Physical activity monitoring in Europe. The European Physical Activity Surveillance System (EUPASS) approach and indicator testing. *Public Health Nutr*, 6(4), 377-384.
- Rutten, A., Ziemainz, H., Schena, F., Stahl, T., Stiggelbout, M., Auweele, Y. V., et al. (2003). Using different physical activity measurements in eight European countries. Results of the European Physical Activity Surveillance System (EUPASS) time series survey. *Public Health Nutr*, 6(4), 371-376.
- Ryff, C. D., Singer, B. H., & Love, D. G. (2004). Positive health: connecting well-being with biology. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*, 359(1449), 1383-1394.
- Rzewnicki, R., Vanden Auweele, Y., & De Bourdeaudhuij, I. (2003). Addressing overreporting on the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) telephone survey with a population sample. *Public Health Nutr*, 6(3), 299-305.
- Salleras, L. (1986). Le basi scientifiche de la Medicina Preventiva. *Rev Ital Med Com.*, 4, 5-11.
- Salleras Sanmartí, L. (1985). *Educación sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones*. Madrid: Díaz de Santos.
- Sallis, J. F., & Saelens, B. E. (2000). Assessment of physical activity by self-report: status, limitations, and future directions. *Res Q Exerc Sport*, 71(2 Suppl), S1-14.
- Samdal, O., Tynjälä, J., Roberts, C., Sallis, J., Villberg, J., & Wold, B. (2006). Trends in vigorous physical activity and TV watching of adolescents from 1986 to 2002 in seven European Countries. *European Journal of Public Health*, 17, 242-248.
- Samet, J. M. (2004). Adverse effects of smoke exposure on the upper airway. *Tob Control*, 13 Suppl 1, i57-60.
- Sanchez-Gomez, M. B., Gómez-Salgado, J., & Gonzalo-Duarte, C. (2008). *Educación para la salud*. Madrid: Enfo Ediciones.
- Sanchez-Villegas, A., Delgado-Rodriguez, M., Martinez-Gonzalez, M. A., & De Irala-Estevez, J. (2003). Gender, age, socio-demographic and lifestyle factors associated with major dietary patterns in the Spanish Project SUN (Seguimiento Universidad de Navarra). *Eur J Clin Nutr*, 57(2), 285-292.
- Sanchez-Villegas, A., Martinez, J. A., De Irala, J., & Martinez-Gonzalez, M. A. (2002). Determinants of the adherence to an "a priori" defined Mediterranean dietary pattern. *Eur J Nutr*, 41(6), 249-257.
- Sanchez-Villegas, A., Martinez-Gonzalez, M. A., Toledo, E., de Irala-Estevez, J., Martinez, J. A., & Equipo investigador del Proyecto, S. U. N. (2002). [Relative role of physical inactivity and snacking between meals in weight gain]. *Med Clin (Barc)*, 119(2), 46-52.
- Sanderson, D., Norlev, J., Iburg, K., Gispert, R., & Rasmussen, N. (2002). *Perceived health: Euro-REVES*.
- Sasco, A. J., Secretan, M. B., & Straif, K. (2004). Tobacco smoking and cancer: a brief review of recent epidemiological evidence. *Lung Cancer*, 45 Suppl 2, S3-9.
- Schiaffino, A., Fernandez, E., Borrell, C., Salto, E., Garcia, M., & Borrás, J. M. (2003). Gender and educational differences in smoking initiation rates in Spain from 1948 to 1992. *Eur J Public Health*, 13(1), 56-60.
- Schuckit, M. A. (2000). *Drug and alcohol abuse. A clinical guide to diagnosis and treatment* (5th ed ed.). New York: Plenum Medical Book Company.

- Schuette, L. K., Song, W. O., & Hoerr, S. L. (1996). Quantitative use of the Food Guide Pyramid to evaluate dietary intake of college students. *J Am Diet Assoc*, 96(5), 453-457.
- Schuit, A. J., van Loon, A. J., Tijhuis, M., & Ocke, M. (2002). Clustering of lifestyle risk factors in a general adult population. *Prev Med*, 35(3), 219-224.
- Seligman, M. (2008). Positive Health. *Applied Psychology: An international review*, 57 (Suppl.), 3-18.
- Sen, G., & Östin, P. (2007). Unequal, unfair, ineffective and inefficient. Gender inequality in health: why it exists and how we can change it. Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health, Women and Gender Equity Knowledge Network Retrieved from http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf
- Serra Majem, L., Garcia Alvarez, A., & Ngo de la Cruz, J. (2004). [Mediterranean diet. Characteristics and health benefits]. *Arch Latinoam Nutr*, 54(2 Suppl 1), 44-51.
- Serra Majem, L., & Ribas Barba, L. (2001). *Obesidad infantil y juvenil*. Estudio ENKID. Barcelona: Masson.
- Serra Majem, L., Ribas Barba, L., Álvarez León, E. E., & Ramon Torrell, J. M. (2008). Nutrición y Salud Pública. Problemas Nutricionales. In P. Gil (Ed.), *Medicina Preventiva y Salud Pública* (11ª ed., pp. 1019-1029). Barcelona, España: Elsevier.
- Serra Majem, L., Ribas Barba, L., Perez Rodrigo, C., Roman Vinas, B., & Aranceta Bartrina, J. (2003). [Dietary habits and food consumption in Spanish children and adolescents (1998-2000): socioeconomic and demographic factors]. *Med Clin (Barc)*, 121(4), 126-131.
- Serra-Majem, L., Garcia-Closas, R., Ribas, L., Perez-Rodrigo, C., & Aranceta, J. (2001). Food patterns of Spanish schoolchildren and adolescents: The enKid Study. *Public Health Nutr*, 4(6A), 1433-1438.
- Serra-Majem, L., Ribas, L., Garcia, A., Perez-Rodrigo, C., & Aranceta, J. (2003). Nutrient adequacy and Mediterranean Diet in Spanish school children and adolescents. *Eur J Clin Nutr*, 57 Suppl 1, S35-39.
- Serra-Majem, L., Trichopoulou, A., Ngo de la Cruz, J., Cervera, P., Garcia Alvarez, A., La Vecchia, C., et al. (2004). Does the definition of the Mediterranean diet need to be updated? *Public Health Nutr*, 7(7), 927-929.
- Sesso, H. D., Paffenbarger, R. S., Jr., & Lee, I. M. (2000). Physical activity and coronary heart disease in men: The Harvard Alumni Health Study. *Circulation*, 102(9), 975-980.
- Sewart-Brown, S. L. (2006). *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically what is the effectiveness of the health promoting schools approach*. Copenhagen: WHO Regional Office Europe's Health Evidence Network (HEN).
- Shaw, M., Davey Smith, G., & Dorling, D. (2005). Health inequalities and New Labour: how the promises compare with real progress. *BMJ*, 330(7498), 1016-1021.
- Sheiham, A. (2005). Oral health, general health and quality of life. *Bull World Health Organ*, 83(9), 644.
- Siega-Riz, A. M., Popkin, B. M., & Carson, T. (1998). Trends in breakfast consumption for children in the United States from 1965-1991. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Am J Clin Nutr*, 67(4), 748S-756S.
- Sierra, J. C., Buela-Casal, G., Bermudez, M. P., & Santos-Iglesias, P. (2009). [Sex differences in criteria and standards of scientific and teaching productivity of Spanish teaching staff]. *Psicothema*, 21(1), 124-132.
- Sigal, R. J., Kenny, G. P., Wasserman, D. H., & Castaneda-Sceppa, C. (2004). Physical activity/exercise and type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 27(10), 2518-2539.
- Simon, J. G., De Boer, J. B., Joung, I. M., & Mackenbach, J. P. (2005). How is your health in general? A qualitative study on self-assessed health. *European Journal of Public Health*, 15(2), 200-208.
- Singer, B. H., & Ryff, C. D. (2001). *New horizons in health: On integrative approach*. Washington DC, EEUU: National Academy Press.
- Slattery, M. L., & Potter, J. D. (2002). Physical activity and colon cancer: confounding or interaction? *Med Sci Sports Exerc*, 34, 913-919.
- Sofi, F., Cesari, F., Abbate, R., Gensini, G. F., & Casini, A. (2008). Adherence to Mediterranean diet and health status: meta-analysis. *BMJ*, 337, a1344.
- Sofi, F., Vecchio, S., Giuliani, G., Martinelli, F., Marcucci, R., Gori, A. M., et al. (2005). Dietary habits, lifestyle and cardiovascular risk factors in a clinically healthy Italian population: the 'Florence' diet is not Mediterranean. *Eur J Clin Nutr*, 59(4), 584-591.
- Solar, O., & Irwin, A. (2007). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Ginebra: WHO. Comisión on Social Determinants of Health.

- Soto Mas, F., Villalbi, J. R., Balcazar, H., & Valderrama Alberola, J. (2002). [Smoking initiation: epidemiology, research, and behavioral sciences]. *An Esp Pediatr*, *57*(4), 327-333.
- Stronks, K., van de Mheen, H. D., Looman, C. W., & Mackenbach, J. P. (1997). Cultural, material, and psychosocial correlates of the socioeconomic gradient in smoking behavior among adults. *Prev Med*, *26*(5 Pt 1), 754-766.
- Studts, J. L., Ghate, S. R., Gill, J. L., Studts, C. R., Barnes, C. N., LaJoie, A. S., et al. (2006). Validity of self-reported smoking status among participants in a lung cancer screening trial. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, *15*(10), 1825-1828.
- Susser, I. (1997). Social theory and social class. *IARC Sci Publ*(138), 41-50.
- Sutcliffe, P. (1996). Oral cleanliness and dental caries. In J. J. Murray (Ed.), *The prevention of oral disease* (pp. 68-77). Oxford: Oxford University Press.
- Sweeney, N. M., & Horishita, N. (2005). The breakfast-eating habits of inner city high school students. *J Sch Nurs*, *21*(2), 100-105.
- Swinburn, B., & Egger, G. (2002). Preventive strategies against weight gain and obesity. *Obes Rev*, *3*(4), 289-301.
- Taghrid, A., Balsam, A., Samer, R., Tanja, P., Kenneth, D., & Wasim, M. (2007). Self-rated health and its determinants among adults in Syria: a model from the Middle East. *BMC Public Health*, *7*, 177.
- Tammelin, T., Nayha, S., Laitinen, J., Rintamaki, H., & Jarvelin, M. R. (2003). Physical activity and social status in adolescence as predictors of physical inactivity in adulthood. *Prev Med*, *37*(4), 375-381.
- Tanasescu, M., Leitzmann, M. F., Rimm, E. B., Willett, W. C., Stampfer, M. J., & Hu, F. B. (2002). Exercise type and intensity in relation to coronary heart disease in men. *JAMA*, *288*(16), 1994-2000.
- Telama, R., Yang, X., Viikari, J., Valimaki, I., Wanne, O., & Raitakari, O. (2005). Physical activity from childhood to adulthood: a 21-year tracking study. *Am J Prev Med*, *28*(3), 267-273.
- Tessier, S., & Gerber, M. (2005). Factors determining the nutrition transition in two Mediterranean islands: Sardinia and Malta. *Public Health Nutr*, *8*(8), 1286-1292.
- Thomas, R., & Perera, R. (2006). School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database Syst Rev*, *3*, CD001293.
- Thompson, P. D., Buchner, D., Pina, I. L., Balady, G. J., Williams, M. A., Marcus, B. H., et al. (2003). Exercise and physical activity in the prevention and treatment of atherosclerotic cardiovascular disease: a statement from the Council on Clinical Cardiology (Subcommittee on Exercise, Rehabilitation, and Prevention) and the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity). *Circulation*, *107*(24), 3109-3116.
- Tobias, M., Jackson, G., Yeh, L. C., & Huang, K. (2007). Do healthy and unhealthy behaviours cluster in New Zealand? *Aust N Z J Public Health*, *31*(2), 155-163.
- Tobón-Correa, O., & García-Ospina, C. (2004). *Fundamentos teóricos y metodología para el trabajo comunitario en salud*. Manizales (Colombia): Editorial Universidad de Caldas.
- Tourlouki, E., Polychronopoulos, E., Zeimbekis, A., Tsakountakis, N., Bountziouka, V., Lioliou, E., et al. (2010). The 'secrets' of the long lived in Mediterranean islands: the MEDIS study. *Eur J Public Health*, *20*(6), 659-664.
- Townsend, P., Davidson, N., & Whitehead, M. (1988). *Inequalities in health: the Black Report and the Health Divide*. Londres: Penguin Books.
- Trappe, T. A., Gastaldelli, A., Jozsi, A. C., Troup, J. P., & Wolfe, R. R. (1997). Energy expenditure of swimmers during high volume training. *Med Sci Sports Exerc*, *29*(7), 950-954.
- Trichopoulou, A. (2001). Mediterranean diet: the past and the present. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*, *11*(4 Suppl), 1-4.
- Trichopoulou, A. (2004). Traditional Mediterranean diet and longevity in the elderly: a review. *Public Health Nutr*, *7*(7), 943-947.
- Trichopoulou, A., Costacou, T., Bamia, C., & Trichopoulos, D. (2003). Adherence to a Mediterranean diet and survival in a Greek population. *N Engl J Med*, *348*(26), 2599-2608.
- Trichopoulou, A., Orfanos, P., Norat, T., Bueno-de-Mesquita, B., Ocke, M. C., Peeters, P. H., et al. (2005). Modified Mediterranean diet and survival: EPIC-elderly prospective cohort study. *BMJ*, *330*(7498), 991.
- Trichopoulou, A., & Vasilopoulou, E. (2000). Mediterranean diet and longevity. *Br J Nutr*, *84* Suppl 2, S205-209.
- Tunstall-Pedoe, H., Kuulasmaa, K., Mahonen, M., Tolonen, H., Ruokokoski, E., & Amouyel, P. (1999). Contribution of trends in survival and coronary-event rates to changes in coronary heart disease mortality: 10-year results from 37 WHO MONICA project populations. Monitoring trends and determinants in cardiovascular disease. *Lancet*, *353*(9164), 1547-1557.

- Tur, J. A., Puig, M. S., Benito, E., & Pons, A. (2004). Associations between sociodemographic and lifestyle factors and dietary quality among adolescents in Palma de Mallorca. *Nutrition*, 20(6), 502-508.
- Tur, J. A., Romaguera, D., & Pons, A. (2004a). Adherence to the Mediterranean dietary pattern among the population of the Balearic Islands. *Br J Nutr*, 92(3), 341-346.
- Tur, J. A., Romaguera, D., & Pons, A. (2004b). Food consumption patterns in a mediterranean region: does the mediterranean diet still exist? *Ann Nutr Metab*, 48(3), 193-201.
- Tur, J. A., Romaguera, D., & Pons, A. (2005). Does the diet of the Balearic population, a Mediterranean-type diet, ensure compliance with nutritional objectives for the Spanish population? *Public Health Nutr*, 8(3), 275-283.
- Tyas, S. L., & Pederson, L. L. (1998). Psychosocial factors related to adolescent smoking: a critical review of the literature. *Tob Control*, 7(4), 409-420.
- Tyrovolas, S., Bountziouka, V., Papirakleous, N., Zeimbekis, A., Anastassiou, F., Gotsis, E., et al. (2009). Adherence to the Mediterranean diet is associated with lower prevalence of obesity among elderly people living in Mediterranean islands: the MEDIS study. *Int J Food Sci Nutr*, 1-14.
- Ulla-Diez, S. M., & Perez-Fortis, A. (2009). Socio-demographic predictors of health behaviors in Mexican college students. *Health Promot Int*, 25, 85-93.
- Vanhees, L., Lefevre, J., Philippaerts, R., Martens, M., Huygens, W., Troosters, T., et al. (2005). How to assess physical activity? How to assess physical fitness? *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*, 12(2), 102-114.
- Varo Cenarruzabeitia, J., Martínez Hernández, J., & Martínez González, M. (2003). Beneficios de la actividad física y riesgos del sedentarismo. *Medicina Clinica*, 121, 665-672.
- Vartiainen, E., Paavola, M., McAlister, A., & Puska, P. (1998). Fifteen-year follow-up of smoking prevention effects in the North Karelia youth project. *Am J Public Health*, 88(1), 81-85.
- Verbrugge, L. M. (1989). The twain meet: Empirical explanations of sex differences in health and mortality. *Journal of Health and Social Behaviour*, 30, 282-304.
- Verbrugge, L. M., & Patrick, D. L. (1995). Seven chronic conditions: their impact on US adults' activity levels and use of medical services. *Am J Public Health*, 85(2), 173-182.
- Vicente-Rodríguez, G., Rey-López, P., Martín-Matillas, M., Moreno, L., Wärnberg, J., & Redondo, C., et al. (2008). Televisión watching, videogames, and excess of body fat in Spanish adolescents: The AVENA study. *Nutrition*, 24, 654-662.
- Villar, E. (2001). *L'adaptació a la Universitat. Factors psicològics i socials*. Girona: Servei de Publicacions Universitat de Girona.
- Vuori, I. M. (2001). Dose-response of physical activity and low back pain, osteoarthritis, and osteoporosis. *Med Sci Sports Exerc*, 33(6 Suppl), S551-S586.
- Wang, J., Smith, W., Cumming, R., & Mitchell, P. (2006). Variables Determining Perceived Global Health Ranks: Findings from a Population-based Study. *Annals Academy of Medicine*, 35, 190-197.
- Warburton, D. E., Nicol, C. W., & Bredin, S. S. (2006). Health benefits of physical activity: the evidence. *CMAJ*, 174(6), 801-809.
- Warren, C. W., Jones, N. R., Eriksen, M. P., Asma, S., & Global Tobacco Surveillance System collaborative, g. (2006). Patterns of global tobacco use in young people and implications for future chronic disease burden in adults. *Lancet*, 367(9512), 749-753.
- Wastell, D. G., & Gray, R. (1987). The numerical approach to classification: a medical application to develop a typology for facial pain. *Stat Med*, 6(2), 137-146.
- Wen, C. P., Wai, J. P., Tsai, M. K., Yang, Y. C., Cheng, T. Y., Lee, M. C., et al. (2011). Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study. *Lancet*.
- West, R. (2004). Assessment of dependence and motivation to stop smoking. *BMJ*, 328(7435), 338-339.
- Whitfield, K. E., Weidner, G., Clark, R., & Anderson, N. (2003). Cultural Aspects of Health Psychology. In I. B. Weiner, A. M. Nezu, C. M. Nezu & P. A. Geller (Eds.), *Handbook of psychology* (Vol. 9, pp. 545-567). Nueva York, EEUU: Wiley.
- WHO. (1994). *Fluorides and oral health. Report of WHO Expert Committee on Oral Health Status and Fluoride Use*. Ginebra, Suiza: WHO.
- WHO. (2002a). *Diet, nutrition an the prevention of chronic disease: report of a joint WHO/FAO expert consultation*. Ginebra: WHO.

- WHO. (2002b). *The World Health Report: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva: WHO.
- WHO. (2004). *World report on road traffic injury prevention*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2007). *Promoting physical activity for health - a framework for action in the WHO European Region. Diet and physical activity for health. Conferencia de Ministros Europeos para Neutralizar la Obesidad*. Istanbul, Turquía.
- WHO. (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. Ginebra: WHO.
- Wiersma, L. D. (2001). Conceptualization and development of the sources of enjoyment in youth sport questionnaire. *Measurement in Physical Education and Exercise Science*, 5(3), 153-157.
- Wiersma, W., & Jurs, S. G. (2005). *Research methods in education* (8^a ed.). Boston: Pearson.
- Williams, A. (2001). *Teenagers Passengers in Motor Vehicle Crashes: A Summary of Current Research*. Insurance Institute for Highway Safety.
- Wilsnack, R. W., Vogeltanz, N. D., Wilsnack, S. C., Harris, T. R., Ahlstrom, S., Bondy, S., et al. (2000). Gender differences in alcohol consumption and adverse drinking consequences: cross-cultural patterns. *Addiction*, 95(2), 251-265.
- Wing, R. R., & Hill, J. O. (2001). Successful weight loss maintenance. *Annu Rev Nutr*, 21, 323-341.
- Wing, R. R., & Phelan, S. (2005). Long-term weight loss maintenance. *Am J Clin Nutr*, 82(1 Suppl), 222S-225S.
- Wolff, I., van Croonenborg, J. J., Kemper, H. C. G., Kostense, P. J., & Twisk, J. W. (1999). The effect of exercise training programs on bone mass: a meta-analysis of published controlled trials in pre and postmenopausal women. *Osteoporos Int*, 9, 1-12.
- Wu, T. Y., Rose, S. E., & Bancroft, J. M. (2006). Gender differences in health risk behaviors and physical activity among middle school students. *J Sch Nurs*, 22(1), 25-31.
- Zhu, W., Ennis, C. D., & Chen, A. (1998). Many-faceted rasch modelling expert judgement in test development. *Measurement in Physical Education and Exercise Science*, 2(1), 21-39.

ANEXOS

ANEXO 1. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

La estrategia de búsqueda bibliográfica se ha realizado en inglés y español. Para la traducción de las palabras clave a lenguaje documental hemos utilizado el Medical Subject Headings (MeSH) para los términos en inglés, que es el tesoro de la base de datos MEDLINE producida por la *National Library of Medicine* (NLM) de los Estados Unidos. Y para los términos en español hemos usado la base de datos Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En la tabla 104 pueden verse los descriptores mayores.

Tabla 104. Descriptores o palabras clave principales en las que se enmarca esta tesis.

Palabras clave - DeCS	Key words - MeSH
Construcción	<i>Questionnaire design</i>
Validación	<i>Validation studies</i>
Instrumento - Cuestionario	<i>Questionnaires</i>
Evaluación	<i>Evaluation</i>
Encuesta - Encuesta de salud	<i>Survey - Health surveys.</i>
Estilos de vida	<i>Life Style - Lifestyle</i>
Hábitos	<i>Habits</i>
Conducta - Comportamiento	<i>Behavior</i>
Factores de riesgo	<i>Risk factors</i>
Promoción de la Salud	<i>Health promotion</i>
Universidad	<i>Universities</i>
Estudiantes	<i>Students</i>
Conglomeración - Asociación factores de riesgo	<i>Clustering</i>

Para la búsqueda bibliográfica se ha utilizado el metabuscador EBSCOhost y posteriormente se han cruzado los datos con las siguientes bases de datos: Pubmed, IME (Base de datos de Biomedicina del CSIC), Ibecs (Biblioteca virtual en salud del Instituto Carlos III), Cuiden, Web of Knowledge, CINHALL y COCHRANE. Para localizar tesis doctorales relacionadas con el tema objeto de investigación se ha realizado una búsqueda en las siguientes bases de datos: *Proquest Dissertations & Theses Database* (PQDT), TESEO, Tesis doctorales en red (TDR) y Dialnet.

Además, se ha realizado una búsqueda de documentos no indexados en las anteriores bases de datos, a través de consultas de libros o revisiones sobre el tema, proyectos de investigación aprobados por agencias financiadoras públicas y que previamente hubieran sido sometidos a un riguroso *peer review*, tesis y literatura gris.

Para la optimización de la bibliografía hemos utilizado el gestor bibliográfico EndNote X4 (Thomson Reuters, NY, USA). Y, para las referencias bibliográficas se ha utilizado el estilo APA 6ta edición (*American Psychological Association*, 2009).

ANEXO 2. ACUERDO MARCO DE COLABORACIÓN ENTRE EL MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD, EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN, Y LA CONFERENCIA DE RECTORES DE LAS UNIVERSIDADES ESPAÑOLAS PARA EL DESARROLLO DE LA RED ESPAÑOLA DE UNIVERSIDADES SALUDABLES.



MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD



MINISTERIO
DE EDUCACIÓN



CRUE

Confederación de Rectores de
las Universidades Españolas

ACUERDO MARCO DE COLABORACIÓN ENTRE EL MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD, EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y LA CONFERENCIA DE RECTORES DE LAS UNIVERSIDADES ESPAÑOLAS PARA EL DESARROLLO DE LA RED ESPAÑOLA DE UNIVERSIDADES SALUDABLES

En Madrid, a *10 de octubre de 2011*

REUNIDOS

De una parte, D^a. Leire Pajín Iraola, Ministra de Sanidad, Política Social e Igualdad, nombrada por el Real Decreto 1329/2010, de 20 de octubre (B.O.E. n.º 255, de 20 de octubre de 2010), quien actúa en virtud de las facultades conferidas por el Artículo 13.3 de la Ley 6/1997, de 14 de abril, de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado.

AG
De otra, D. Ángel Gabilondo Pujol, Ministro de Educación, nombrado por el Real Decreto 556/2009, de 7 de abril (B.O.E. n.º 85, de 7 de abril de 2009), quien actúa en virtud de las facultades conferidas por el Artículo 13.3 de la Ley 6/1997, de 14 de abril, de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado.

AG
Y de otra parte, D. Federico Gutiérrez-Solana Salcedo, Presidente de la Conferencia de Rectores de las Universidades Españolas (en adelante, la CRUE), entidad con CIF G-81093072 y domicilio social en Plaza de las Cortes 2, planta 7 Madrid, en representación de ésta y conforme establecen sus propios Estatutos.

AG
En nombre y representación de las mencionadas instituciones,



MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD



MINISTERIO
DE EDUCACIÓN



CRUE

Conferencia de Rectores de
las Universidades Españolas

EXPONEN

Primero.-

Que corresponde al Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad la política del Gobierno en materia de salud, de planificación y asistencia sanitaria y de consumo, así como el ejercicio de las competencias de la Administración General del Estado para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud.

Segundo.-

Que corresponde al Ministerio de Educación la propuesta y ejecución de la política del Gobierno en materia de universidades.

Tercero.-

Que, la Conferencia de Rectores de las Universidades Españolas (CRUE), asociación sin ánimo de lucro formada por universidades públicas y privadas españolas, tiene, entre sus funciones: impulsar la promoción y desarrollo de la educación superior y la investigación universitaria; fomentar la cooperación entre las universidades españolas y extranjeras, así como con todas aquellas instituciones que contribuyan al mejor desarrollo de su actividad; intercambiar información, promover estudios, informes y recomendaciones que redunden en una mayor y más eficaz cooperación con las administraciones públicas y reforzar la proyección social de la universidad y su compromiso con la sociedad.

Cuarto.-

Que, las universidades deben contribuir a promocionar y potenciar todos aquellos valores que permiten el logro del bienestar, la autonomía y el pleno desarrollo de las personas.

Quinto.-

Que, como consecuencia de lo anterior, las universidades contribuyen notablemente a la promoción de la salud y bienestar de la población, ya que constituyen un marco idóneo de actividad laboral, social y cultural. La salud, desde una orientación salutogénica también se crea y se vive en los contextos de la vida cotidiana de las personas, como sucede en las universidades.

AG;
V.



MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD



MINISTERIO
DE EDUCACIÓN



CRUE

Conferencia de Rectores de
las Universidades Españolas

Sexto.-

Que, la universidad saludable es aquella que de forma continua está mejorando e interviniendo sobre aquellos factores que determinan su ambiente físico y social, facilitando el acceso y potenciando los recursos comunitarios que permiten a sus miembros realizar todas sus funciones vitales y autodesarrollarse hasta su máximo potencial desde una perspectiva de apoyo mutuo. El concepto de universidad promotora de salud no implica sólo sentar los medios que conduzcan a una educación para la salud y a la promoción de la salud de sus trabajadores y estudiantes, sino que conlleva, también, integrar la salud y el bienestar en la cultura universitaria, en los procesos y en el sistema universitario global.

Séptimo.-

Que, en la línea del compromiso de las instituciones de enseñanza superior con la promoción de la salud y el bienestar de los miembros de la comunidad universitaria, se constituyó, el día 22 de septiembre de 2008, la Red Española de Universidades Saludables (REUS), estableciéndose unos principios, objetivos, estructura y normas de funcionamiento (que se recogen en el ANEXO I del presente Acuerdo Marco). A fecha 31 de agosto de 2011 la red cuenta con la adhesión de 28 universidades y 9 Comunidades Autónomas y cuenta con el apoyo de la Conferencia de Rectores de las Universidades Españolas, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y el Ministerio de Educación, correspondiendo la coordinación a la Universidad Rey Juan Carlos.

Octavo.-

Que, a la vista de lo expuesto anteriormente, se hace necesario el establecimiento del marco de participación en la Red de los Ministerios de Sanidad, Política Social e Igualdad y Educación y de la Conferencia de Rectores de las Universidades Españolas; la definición de sus compromisos y la prestación de su cobertura institucional y financiera con una vocación de proyecto vivo, abierto y participativo.

Por tanto, existiendo interés por todas las partes en desarrollar el proyecto de Red de Universidades Saludables y reconociéndose mutuamente capacidad legal suficiente para suscribir el presente Acuerdo Marco de colaboración, lo formalizan aceptando que se registrá por las siguientes,

N.
V.

AG.



MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD



MINISTERIO
DE EDUCACIÓN



CRUE

Confederación de Rectores de
las Universidades Españolas

CLÁUSULAS

Primera.- Objeto del Acuerdo.

El objeto del presente Acuerdo es establecer el marco de colaboración en el ámbito de sus respectivas competencias, entre el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, el Ministerio de Educación y la Conferencia de Rectores de las Universidades Españolas, para el desarrollo de la Red Española de Universidades Saludables.

El objetivo del presente Acuerdo Marco es contribuir a la promoción de la salud y bienestar de la población universitaria ya que constituye un marco idóneo de actividad social, laboral y cultural.

Segunda.- Compromiso de las partes.

Las partes se comprometen a:

- Desarrollar las acciones necesarias para la implantación, difusión y ejecución de la Red Española de Universidades Saludables.
- Colaborar en la presentación de campañas de sensibilización así como actividades informativas y educativas de las comunidades universitarias.
- Celebrar reuniones de carácter técnico e intercambio de información para el desarrollo de los fines y objetivos del presente Acuerdo Marco.

Tercera.- Aportaciones de las partes.

- La firma del presente Acuerdo Marco no conlleva compromisos económicos para las partes.
- Los acuerdos específicos de desarrollo del presente Acuerdo Marco deberán incluir las aportaciones de las partes y, en su caso, las partidas presupuestarias con cargo a las cuales se llevarán a cabo las actuaciones previstas en los mismos.
- En cualquier caso, las partes se comprometen a adoptar las medidas oportunas que garanticen la correcta finalización de las actuaciones iniciadas como consecuencia de los citados acuerdos específicos.

Handwritten signature/initials



MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD



MINISTERIO
DE EDUCACIÓN



CRUE

Conferencia de Rectores de
Las Universidades Españolas

Cuarta.- Protección de datos.

Las partes firmantes se comprometen a cumplir las previsiones legales en materia de protección de datos así como a adoptar las medidas de seguridad oportunas.

Quinta.- Información y difusión.

Cada una de las partes dejará constancia de la participación de las otras en las acciones que realice para la información pública y la difusión de las actuaciones acordadas por la Comisión de Seguimiento.

Sexta.- Seguimiento y Evaluación.

Con el fin de garantizar la coordinación de actuaciones y el seguimiento del desarrollo del presente Acuerdo Marco, se constituirá una Comisión de Seguimiento que estará compuesta por dos miembros por cada institución firmante y se regirá en su funcionamiento por las previsiones del artículo 6.6 de la Ley 30/92, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, siendo sus funciones resolver cuantas dudas surjan en cuanto a la aplicación e interpretación del presente Acuerdo Marco.

Sus reuniones se celebrarán a petición de cualquiera de los firmantes.

Séptima.- Vigencia.

El presente Acuerdo Marco entrará en vigor desde el momento de su firma y tendrá una duración indefinida, salvo denuncia expresa de cualquiera de las partes que deberá ser comunicada con una antelación mínima de dos meses.

Octava.- Causas de resolución.

Serán causas de resolución:

- El mutuo acuerdo entre las partes.
- El incumplimiento grave de las obligaciones de cualquiera de las partes.
- La imposibilidad justificada de realizar los objetivos.

[Firma manuscrita]



MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD



MINISTERIO
DE EDUCACIÓN



CRUE

Conferencia de Rectores de
las Universidades Españolas

Novena.- Régimen Jurídico

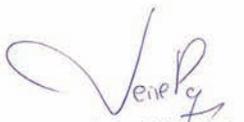
El presente Acuerdo Marco tiene naturaleza administrativa según lo previsto en el artículo 4.1.d) de la Ley de Contratos del Sector Público, por lo que queda fuera de su ámbito de aplicación, sin perjuicio de le resulten de aplicación los principios contenidos en dicho texto legal para resolver las dudas y lagunas que pudieran suscitarse en su interpretación y aplicación.

Las cuestiones litigiosas a que pueda dar lugar la interpretación del contenido del presente Acuerdo Marco, que no hayan sido resueltas en el seno de la Comisión de Seguimiento prevista en la Cláusula Sexta, se someterán a la jurisdicción contencioso-administrativa, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la citada jurisdicción.

Y en prueba de conformidad las partes firman el presente Acuerdo Marco por triplicado ejemplar en el lugar y fecha arriba indicados.

LA MINISTRA DE SANIDAD,
POLITICA SOCIAL E IGUALDAD,

EL MINISTRO DE EDUCACIÓN,



Leire Pajín Iraola



Ángel Gabilondo Pujol

POR LA CONFERENCIA DE RECTORES
DE LAS UNIVERSIDADES ESPAÑOLAS



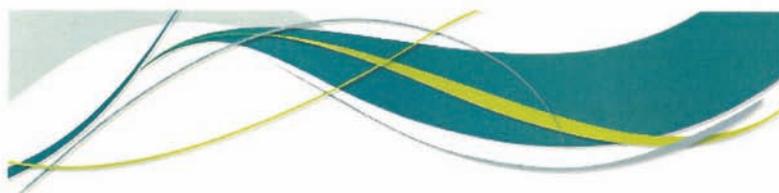
Federico Gutiérrez-Solana Salcedo

ANEXO I



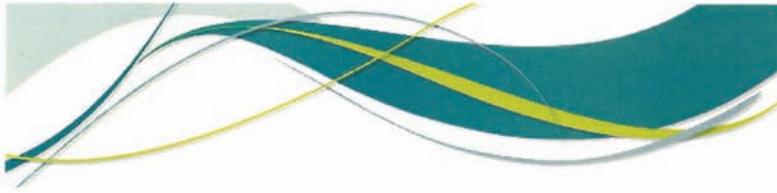
Red Española de
Universidades
Saludables
(Reus)

Principios, objetivos y estructura de la red



ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
2. OBJETIVOS DE LA RED	5
3. LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE LA REUS	6
4. POBLACIÓN DESTINATARIA	6
5. AMBITO TERRITORIAL	6
6. MIEMBROS DE LA RED	6
7. CRITERIOS DE PERTENENCIA	7
7.1 PARA UNIVERSIDADES	7
7.2 PARA LAS ESTRUCTURAS AUTONÓMICAS DE SALUD PÚBLICA	7
8. INSTITUCIONES PROMOTORAS DE LA RED	7
9. ORGANIZACIÓN DE LA RED: ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO	8
10. UNIVERSIDADES E INSTITUCIONES QUE CONSTITUYEN LA RED	9
11. COORDINADOR/A DATOS DE CONTACTO	11



1. INTRODUCCIÓN

En 1986, la Carta de Ottawa¹ para la Promoción de la Salud establecía como una de las cinco áreas de acción prioritarias para promocionar la salud "la creación de entornos que apoyen la salud".

Los **entornos o escenarios** son definidos como aquellos lugares y contextos sociales donde las personas desarrollan actividades diarias y en el cual interactúan factores ambientales, organizativos y personales que afectan la salud y el bienestar de los que viven, trabajan, aprenden,...en él.

Desde estas fechas se han desarrollado numerosos proyectos protectores y promotores de la salud en determinados entornos. Muchos de ellos, partían de la experiencia previa de esos entornos a favor de la salud como es el caso de las **escuelas promotoras de la salud**. Otros escenarios por excelencia, como las **ciudades** iniciaron su recorrido a la vez que aquella "carta" y cuentan en la actualidad con estrategias y metodologías que les permiten no sólo proteger la salud sino su creación. Otros más recientes, han avanzado enormemente en los últimos años acompañando a cambios legislativos y organizativos en nuestra sociedad como es el caso de los **centros de trabajo promotores de la salud**.

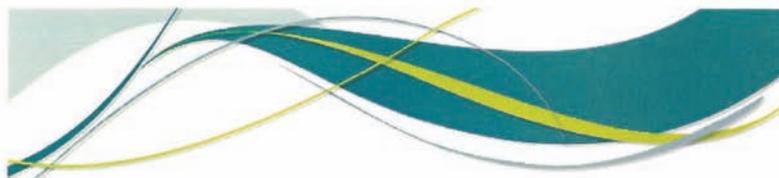
La universidad reúne varias de las características de estos entornos; por un lado, es un centro de trabajo, por otro es un centro educativo y, además, es una institución de especial relevancia en tanto que investiga y garantiza el avance de nuestra sociedad a través de la formación de los cuadros del futuro.

La universidad no es ajena al valor salud y de hecho ha venido formando profesionales relacionados con la salud y sus determinantes con gran efectividad. Sin embargo, tras las experiencias habidas en el campo nacional e internacional en proyectos específicos de universidades saludables parece llegado el momento de profundizar en una Universidad que, cumpliendo con sus principales misiones, es también capaz de iniciar, en su propio seno, en mayor profundidad, un proceso de creación de salud para la comunidad universitaria y la sociedad en su conjunto.

En los últimos años algunas Universidades y Estructuras de Salud Pública de CCAA han trabajado en este tema con el objetivo de lograr Universidades más saludables con diversas perspectivas, distintos enfoques, actividades y líneas de actuación. Estos proyectos se encuentran en diferentes grados de desarrollo y **la constitución de una**

¹ <http://www.iuhpeconference.org/archive/IUHPE2007/sp/conference/ottawa-charter-sp.pdf>

<http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/glosario/yakarta.htm>



red nacional que apoye este proceso parece el camino más adecuado para avanzar y profundizar en estos proyectos.

En un mundo globalizado el trabajo en red resulta imprescindible; *“la Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado”*² establece los principales retos, medidas y compromisos necesarios para abordar los determinantes de la salud en un mundo globalizado y pide involucrar a numerosos agentes e interesados directos que son fundamentales para alcanzar la salud para todos.

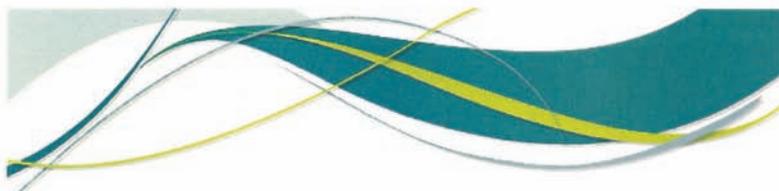
Para afrontar estos retos la ayuda de la universidad es imprescindible, y, más aún, si ésta adquiere el compromiso de impulsar los principios, valores y propuestas de Promoción de la Salud en y por la universidad que se recogen en la carta de Edmonton³.

La Red Española de Universidades Saludables se constituyó el 22 de septiembre de 2008. El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI), el Ministerio de Educación y la Conferencia de Rectores de las Universidades Españolas (CRUE) quieren apoyar y favorecer el desarrollo de esta red y potenciar el desarrollo de los proyectos de Universidades saludables e invitan a unirse a esta red a todas las universidades interesadas.

² http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf

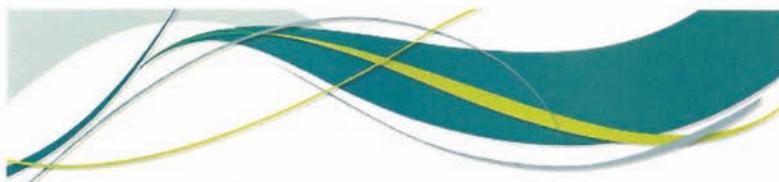
³ Carta de Edmonton para la Promoción de la Salud publicada en la Guía para Universidades Saludables y Otras Instituciones de Educación Superior, Ministerio de Salud, Santiago de Chile, Anexo 2, páginas 43-49, (2006) www.redups.cl

Guía de Universidades Saludables.
www.inta.cl/materialEducativo/guia_universidades_saludables2006.pdf



2. OBJETIVOS DE LA RED

- 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 la 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 de universidad promotora de salud.
- Posibilitar la elaboración y el desarrollo de proyectos comunes en las líneas estratégicas de la Red.
- Potenciar la participación internacional.
- Fomentar la oferta de servicios y actividades dirigidos a promocionar la salud de la Comunidad Universitaria.



3. LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE LA REUS.

Las líneas estratégicas de la Red son:

1. Entornos universitarios que promuevan la salud.
2. Incorporación en los planes de estudio universitarios de formación en promoción de la salud a nivel de grado y postgrado.
3. Investigación en promoción de la salud.
4. Participación y colaboración entre los organismos de salud pública, las instituciones comunitarias y las universidades.
5. La oferta de servicios y actividades en el campus dirigidos a promocionar la salud de la Comunidad Universitaria.

4. POBLACIÓN DESTINATARIA.

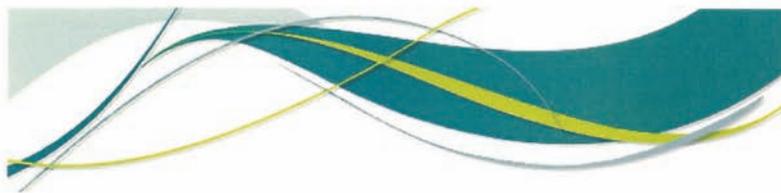
Los destinatarios son la comunidad universitaria (Estudiantes, Personal de Administración y Servicios, Personal Docente e Investigador) y la sociedad en su conjunto.

5. AMBITO TERRITORIAL.

Nivel Nacional.

6. MIEMBROS DE LA RED.

- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad como promotor e impulsor de esta red.
- Ministerio de Educación.
- Conferencia de Rectores de las Universidades Españolas.
- Universidades.
- Estructuras de Salud Pública de nivel autonómico.



7. CRITERIOS DE PERTENENCIA.

7.1 Para Universidades

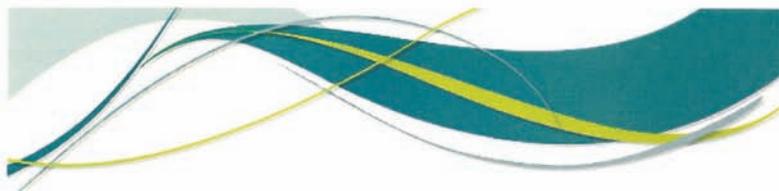
- Aprobación del documento de adhesión a la REUS en Consejo de Gobierno.
- Compromiso de iniciar un proyecto de trabajo que incorpore el concepto de Promoción de la Salud en la cultura universitaria, en sus políticas institucionales, estructura, procesos y planes de estudio e incluya la identificación de las necesidades de la comunidad universitaria, áreas de trabajo y estrategias de intervención
- Compromiso de constituir un equipo de trabajo designando un responsable a su cargo, destinando los recursos necesarios.

7.2 Para las estructuras autonómicas de Salud Pública

- Estar vinculadas al menos a un proyecto de Universidad Saludable y apoyar los objetivos de la REUS
- Compromiso de apoyar y participar activamente en el desarrollo concreto de los proyectos de su ámbito territorial designando a un responsable y destinando los recursos necesarios.

8. INSTITUCIONES PROMOTORAS DE LA RED.

Las principales instituciones que promueven la Red Española de Universidades Saludables son el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, el Ministerio de Educación y la Conferencia de Rectores de las Universidades Españolas (CRUE) siendo su función la de fomentar y facilitar el buen funcionamiento de la red.



9. ORGANIZACIÓN DE LA RED: ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO.

ESTRUCTURA:

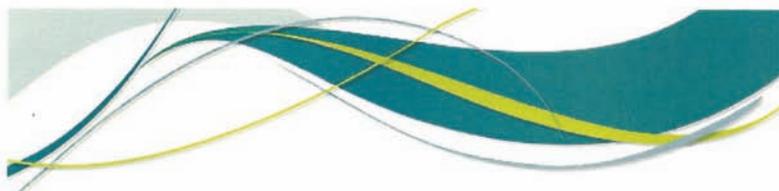
La red dispondrá de la siguiente **estructura organizativa**:

- Asamblea General de la REUS es el órgano supremo de decisión y elige un Consejo de Dirección.
- Un Consejo de Dirección que constará de:
 1. Una Presidencia ejercida por un miembro de la REUS.
 2. Una Vicepresidencia ejercida por el Director General de Salud Pública y Sanidad Exterior del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
 3. Una Vicepresidencia ejercida por el Ministerio de Educación.
 4. Una Vicepresidencia ejercida por la Conferencia de Rectores de las Universidades Españolas.
 5. Una coordinadora o coordinador técnico de la REUS que se responsabilizará de la Secretaría.
 6. Nueve vocalías ejercidas por:
 - Responsables del proyecto de Universidad Saludable de universidades miembro de la REUS (4 vocalías), Técnicos de las Comunidades Autónomas responsables del proyecto (2 vocalías), Técnico representante del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad responsable del proyecto (1 vocalía), Ministerio de Educación (1 vocalía), Conferencia de Rectores de las Universidades Españolas (1 vocalía).
- Grupos de trabajo.
- Secretaría

Una de las universidades miembro, albergará por el periodo que se defina la Secretaría de la red y la coordinadora de la REUS será la misma persona que coordine el proyecto en esa universidad

FUNCIONAMIENTO:

La Asamblea General aprobará unas normas de funcionamiento.

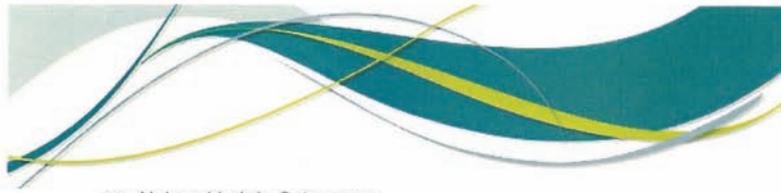


10. UNIVERSIDADES E INSTITUCIONES QUE CONSTITUYEN LA RED

Miembros de la Red Española de Universidades Saludables:

Universidades:

1. Universidad de Almería
2. Universidad de Cádiz
3. Universidad de Córdoba
4. Universidad de Huelva
5. Universidad Internacional de Andalucía
6. Universidad de Sevilla
7. Universidad Pablo Olavide de Sevilla
8. Universidad de Zaragoza
9. Universidad de Oviedo
10. Universidad Autónoma de Barcelona
11. Universidad de Girona
12. Universidad Rovira i Virgili de Tarragona
13. Universidad de Cantabria
14. Universidad de Vigo
15. Universidad de La Rioja
16. Universidad Complutense de Madrid
17. Universidad Rey Juan Carlos de Madrid
18. Universidad de Murcia
19. Universidad Pública de Navarra
20. Universidad de las Islas Baleares
21. Universidad Miguel Hernández de Elche (Alicante)
22. Universidad Autónoma de Madrid
23. Universidad de Alcalá de Henares de Madrid
24. Universidad de Valencia
25. Universidad de León



- 26 . Universidad de Salamanca
- 27 . Universidad Abat Oliva – CEU (Barcelona)
- 28 . Universidad de Barcelona

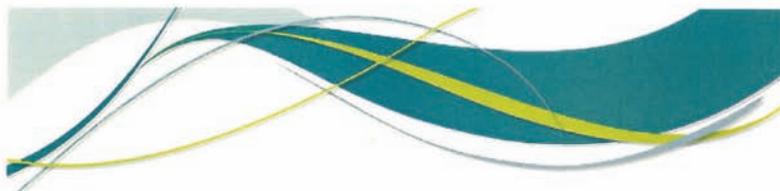
Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad

Estructuras de Salud Pública de las siguientes Comunidades Autónomas:

- Andalucía
- Cataluña
- Navarra
- La Rioja
- Madrid
- Murcia
- Aragón
- Valencia
- Baleares

Ministerio de Educación

Conferencia de Rectores de las Universidades Españolas



11. COORDINADOR/A DATOS DE CONTACTO

Carmen Gallardo Pino
Vicerrectora de Política Social, Calidad Ambiental y Universidad Saludable.
Universidad Rey Juan Carlos.
Carmen.gallardo@urjc.es
Tef. 914888488/8490
Edificio Rectorado
C/Tulipan S/N
Mostoles

(*) Este documento se irá actualizando a lo largo del tiempo según se adhieran nuevas universidades e instituciones a la misma, o a propuesta de la Asamblea General y con el posterior acuerdo de la misma.

ANEXO 3. CONVENIO MARCO DE COLABORACIÓN ENTRE LA CONSELLERIA DE SALUT, FAMILIA I BENESTAR SOCIAL DEL GOVERN DE LES ILLES BALEARS Y LA UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS POR EL QUE SE REGULA EL PROYECTO DE UNIVERSIDAD SALUDABLE (REF. 2204).



Ref. 2204

Conveni marc de col·laboració entre la Conselleria de Salut, Família i Benestar Social del Govern de les Illes Balears i la Universitat de les Illes Balears pel qual es regula el Projecte d'Universitat Saludable

Parts

Carmen Castro i Gandasegui, consellera de Salut, Família i Benestar Social del Govern de les Illes Balears, càrrec per al qual va ser nomenat mitjançant Decret 11/2011, de 18 de juny, del president de les Illes Balears, actuant en nom i representació de la Comunitat Autònoma, en virtut de la competència que li ha estat conferida, d'acord amb el que disposen els articles 11 i 80.4 de la Llei 3/2003, de 26 de març, de règim jurídic de l'Administració de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears.

Monserrat Casas Ametller, que actua en la seva condició de rectora de la Universitat de les Illes Balears com a representant d'aquesta, segons el que estableixen la Llei orgànica 6/2001, de 21 de desembre, d'universitats, modificada per la Llei orgànica 4/2007, de 12 d'abril, i el Decret 64/2010, de 14 de maig, pel qual s'aproven els Estatuts de l'esmentada universitat.

Antecedents

1. Ambdues parts desitgen desenvolupar i enfortir el Projecte Universitat Saludable, conscients de les grans oportunitats que la Universitat, com a forjadora de persones i de la societat, ofereix per a la promoció de la salut de l'alumnat, del professorat i del personal no docent. Per aconseguir-ho, és necessari el protagonisme de les estructures i dels departaments de la Universitat més relacionats amb la salut.
2. D'acord amb l'establert a l'article 30.48 de l'Estatut d'autonomia de les Illes Balears, en redacció donada per la Llei orgànica 1/2007, de 28 de febrer, correspon a la Comunitat Autònoma de les Illes Balears la competència exclusiva en matèria de promoció de la salut en tots els àmbits.
3. Des dels inicis fins a l'actualitat, la Universitat de les Illes Balears ha posat en marxa diferents iniciatives, projectes, serveis i activitats per millorar la salut de la comunitat universitària.



4. Amb aquest acord es pretén incidir en els pilars que sostenen una manera de vida saludable per a la joventut, i fer especial esment en les qüestions referents a:
- Estils de vida clau: alimentació, exercici físic i hàbits tòxics.
 - Recursos, activitats i habilitats bàsiques per desenvolupar-los:
 - En relació a un mateix i el maneig de la pròpia vida.
 - En la relació amb les altres persones (diversitat, cooperació, relacions interpersonals de qualitat, comunicació i maneig de conflictes).
 - Creació d'un entorn saludable que afavoreixi els canvis de comportament necessaris per adoptar un estil de vida saludable.
5. Es considera la idoneïtat del moment per plantejar la coordinació i el desenvolupament de les diferents iniciatives que sorgeixin en aquest àmbit, integrant-les totes en un Pla d'Universitat Saludable que permeti definir programes anuals, amb estratègies múltiples i variades, diverses comissions i grups de treball per a les diferents tasques, en col·laboració amb les distintes institucions i entitats relacionades.

Les dues parts ens reconeixem mútuament la capacitat legal necessària per formalitzar aquest Conveni, d'acord amb les següents

[Handwritten signature]
Clàusules

1. En el marc dels plantejaments proposats i les experiències de les escoles promotores de salut i les universitats saludables, OMS-OPS, Comissió de la Unió Europea, Consell d'Europa, la Universitat de les Illes Balears pretén dur a terme el Projecte d'Universitat Saludable a través de les línies de treball següents:

[Handwritten signature]

A. **Entorn universitari saludable**, inclosos el medi ambient físic, laboral, l'estructura, l'organització i el funcionament de la Universitat, així com el clima i les relacions que hi imperen i l'oferta de serveis del campus.

A aquests efectes, es pretén mantenir, aprofundir i/o avançar en possibles activitats que tendeixin a romandre o a incorporar-se de manera estable.



B. **Currículums universitaris promotors de salut**, referits tant a la incorporació i disseny curricular de la salut, com a línies de formació del professorat i d'investigació sobre la qüestió.

C. **Implantació de serveis, programes i activitats específiques de promoció i educació per a la salut**, tant educatives com dels serveis de Salut i Salut Laboral, sobre els diferents aspectes relacionats amb els estils de vida.

D. **Assessorament sobre estils de vida saludables en els serveis** següents:

- Alimentació en cafeteries i menjadors, amb possibilitat d'elecció de menú i de plats específics saludables per a la comunitat universitària.
- Promoció de l'exercici físic saludable.

E. **Interacció i col·laboració d'estructures i recursos** per a la programació de les línies de treball amb inclusió del professorat, alumnat i personal no docent.

2. Per dur a terme aquest projecte, la Universitat de les Illes Balears desitja comptar amb la col·laboració de la Direcció General de Salut Pública i Consum de la Conselleria de Salut, Família i Benestar Social, establint-se mecanismes de coordinació i cooperació en el Pla que s'aprovi.

Per això es constituïran diferents comissions i grups de treball:

1. Comissió de Direcció i Seguiment

Constituïda pels següents membres:

- La rectora de la UIB.
- La consellera de Salut, Família i Benestar Social.
- El vicerector d'Estudiants i Campus.
- El director general de Salut Pública i Consum.
- Dos membres de la Comissió Tècnica (un en representació de la UIB i un altre de la Conselleria de Salut, Família i Benestar Social).

Es reunirà com a mínim dues vegades a l'any, i es desenvoluparan les funcions següents:

- Aprovació del Pla, el programa anual i la memòria d'actuacions.
- Proposar els recursos necessaris per al desenvolupament del Pla.
- Coordinació i avaluació.

2. Comissió Tècnica

Es constituirà una comissió tècnica formada per tres representants de la Conselleria de Salut, Família i Benestar Social i tres representants de la Universitat de les Illes Balears.

Es reunirà, com a mínim, tres vegades a l'any i desenvoluparà les funcions següents:

- Elaboració del Pla d'Universitat Saludable i dels programes anuals d'actuacions.
- Programació, realització, seguiment i avaluació de les actuacions que cada any s'estableixin.
- Suport tècnic a la Comissió de Direcció i Seguiment.

Totes les funcions detallades anteriorment es desenvoluparan mitjançant addendes a aquest Conveni marc, en les quals s'indicanan:

1. L'acció a desenvolupar.
2. Les obligacions econòmiques que puguin sorgir de l'execució de l'activitat.
3. Les altres obligacions que assumeixen les parts.

3. El present Conveni marc tindrà una durada indefinida mentre que no sigui denunciat per cap de les parts, que haurà de ser comunicada a l'altra part amb una antelació mínima de tres mesos.

Així mateix, les modificacions que es pretenguin per qualsevol de les parts, haurà de ser proposada a la institució contrapart, amb una antelació mínima de tres mesos, i haurà de ser aprovada per ambdues parts en els mateixos termes i amb els mateixos requisits que el present Conveni.






4. Els dubtes i les controvèrsies que sorgeixin amb motiu de la seva interpretació i aplicació que no puguin ser resoltes amigablement per les parts es resoldran d'acord amb les normes reconegudes en dret i davant la jurisdicció contenciosa administrativa.

5. D'acord amb l'establert a l'article 4.1.c) de la Llei 30/2007, de 30 d'octubre, de contractes del sector públic, aquest Conveni marc queda exclòs de l'àmbit d'aplicació de l'esmentada Llei.

Com a mostra de conformitat, signam aquest Conveni en dos exemplars.

Palma, 1 de setembre de 2011

Per la consellera de Salut,
Família i Benestar Social


Carmen Castro i Gandasegui

Per la Universitat de les Illes Balears


Monserrat Cases Ametller

ANEXO 4. CLASIFICACIÓN DE LA CLASE SOCIAL A PARTIR DE LA CLASIFICACIÓN NACIONAL DE OCUPACIONES (CNO).

ANEXO 2: CÓDIGOS DE LA CLASIFICACIÓN DE LA OCUPACIÓN - PROFESIÓN

Código	Técnicos y Profesionales	Código	Artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras y la construcción
201	Físicos, Químicos, Matemáticos	701	Encargados y jefes de obra
204	Arquitectos	702	Encargados y jefes de taller (mecánico, carpintería...)
205	Ingenieros superiores	711	Albañiles, carpinteros, esayolistas, fontaneros, electricistas, pintores, ferrallistas y asimilados
211	Profesionales en ciencias naturales	742	Mineros, canteros
212	Médicos y odontólogos	752	Mecánicos de maquinaria, herreros, soldadores
213	Farmacéuticos y veterinarios	772	Trabajadores de artes gráficas
219	Otros profesionales de nivel superior de la sanidad	773	Ceramistas, vidrieros y asimilados
221	Profesores de Universidad	774	Artesanos de la madera, de textiles, del cuero y materiales similares
222	Profesores de Instituto de Secundaria	780	Trabajadores de la industria de la alimentación, bebidas, tabaco.
231	Abogados y fiscales	791	Trabajadores que tratan la madera, ebanistas y trabajadores asimilados
232	Jueces y magistrados	793	Trabajadores de la industria textil, la confección y asimilados
242	Economistas	794	Trabajadores de la industria de la piel, del cuero y del calzado
243	Sociólogos, historiadores, filósofos, filólogos, psicólogos		
251	Escritores y artistas de la creación o la interpretación	Código	Operadores de instalaciones y maquinaria y montadores
252	Archiveros, bibliotecarios	801	Encargados en instalaciones de procesamiento de metales o talleres (vidrería, cerámica, madera, papel)
261	Diplomados en estadística	802	Jefes de equipo en instalaciones de producción de energía o de tratamiento químico
263	Profesionales diplomados en informático - telemática	812	Operadores en instalaciones de obtención y transformación de metales, vidrio, cerámica y asimilados
264	Arquitectos técnicos, ingenieros técnicos y asimilados	814	Operadores en instalaciones para el trabajo de la madera, papel o industrias químicas
272	Enfermeros	816	Operadores en plantas de producción de energía y similares
281	Profesores de enseñanza primaria e infantil	825	Jefe de taller de imprenta, encuadernación y fabricación de productos de papel
282	Profesores de educación especial	826	Encargado de operadores de máquinas o de montadores
283	Profesores técnico de FP	831	Operadores para trabajar metales y otros productos minerales
291	Diplomados en contabilidad y graduados sociales	832	Operadores de máquinas para fabricar productos químicos, de madera, plástico
291	Diplomados en turismo	835	Operarios de máquinas para imprimir y/o encuadernar
293	Trabajadores sociales diplomados	836	Operadores de máquinas para fabricar productos textiles y artículos de piel o cuero
294	Ayudantes de archivo, biblioteca	837	Operadores de máquinas para elaborar productos alimenticios, bebidas y tabaco
295	Otros profesionales de las Administraciones Públicas	841	Montadores y ensambladores
Código	Empleos de tipo administrativo	851	Maquinistas de locomotoras y asimilados
401	Auxiliares administrativos, contables y financieros	852	Encargado de operadores de maquinaria de movimientos de tierra y de materiales
410	Empleados de correos	852	Operarios de maquinaria móvil (agrícola, construcción u otras)
451	Empleados de información y recepcionistas en oficinas	855	Marineros de cubierta de barco y asimilados
452	Empleados de agencias de viajes, recepcionistas de hotel y telefonistas	861	Taxistas y conductores de automóviles y furgonetas
460	Cajeros, taquilleros	862	Conductores de autobuses o camiones
		863	Conductores de motocicletas y ciclomotores
Código	Técnicos y Profesionales de Apoyo	Código	Trabajadores no cualificados
301	Delineantes y diseñadores técnicos	900	Vendedores ambulantes
302	Técnicos de las ciencias físicas, químicas y de la ingenierías	911	Empleados del hogar
303	Profesionales técnicos de la informática	912	Personal de limpieza, limpiacristales y asimilados
304	Operadores de equipos ópticos y electrónicos	921	Conserjes de edificios, vigilantes y asimilados
305	Profesionales de navegación marítima	931	Limpiabotas
306	Profesionales de navegación aeronáutica	932	Ordenanzas
307	Técnicos en edificación, seguridad en el trabajo y control de la calidad	933	Mozo de equipajes
312	Técnicos de sanidad	934	Lectores de contadores y recolectores de dinero de máquinas expendedoras
321	Técnicos en educación infantil y especial	935	Recogedores de basura y asimilados
322	Instructores de vuelo, navegación y conducción de vehículos	941	Peones agrícolas, ganaderos, forestales, pesca, construcción, transporte y descargadores, industria manufacturera
332	Representantes de comercio y técnicos de venta	Código	Dirección de las empresas y de las Administraciones Públicas
342	Profesionales de carácter administrativo de aduanas y tributos	102	Personal directivo de las administraciones públicas
352	Técnicos especialistas de las fuerzas de seguridad	103	Gobierno local
353	Profesionales de apoyo de promoción social	111	Dirección general y presidencia ejecutiva de empresas de 10 o más asalariados
354	Profesionales del mundo artístico, del espectáculo y de los deportes	112	Dirección de departamento de producción de empresas de 10 o más asalariados
Código	Trabajadores de servicios de restauración, personales, protección y vendedores de los comercios	113	Dirección de áreas y departamentos especializados de empresas de 10 o más asalariados
501	Cocineros, camareros y asimilados	121	Gerencia de empresas (restauración, comercio, hospedaje u otras) con menos de 10 asalariados
503	Jefe de cocina, camareros y asimilados	151	Gerencia de empresas de comercio al por mayor sin asalariados
511	Auxiliares de enfermería y trabajadores que se dedican al cuidado de personas	152	Gerencia de empresas de comercio al por menor sin asalariados
513	Peluqueros, especialistas en tratamientos de belleza y asimilados	161	Gerencia de empresas de hospedaje o restauración sin asalariados
514	Trabajadores que atienden a viajeros y asimilados	170	Gerencia de otras empresas sin asalariados
522	Policías, bomberos y funcionarios de prisiones		
001	Personal de las fuerzas armadas de las diferentes escalas	Código	Trabajadores cualificados en la agricultura y pesca
525	Guardas jurados y personal de seguridad privado	601	Trabajadores por cuenta propia en actividades agrícolas, ganaderas, agropecuarias, forestales y piscícolas
531	Modelos de moda, arte y publicidad	602	Trabajadores por cuenta ajena en actividades agrícolas, ganaderas, agropecuarias, forestales y piscícolas
532	Encargado de sección dentro de un comercio y asimilados		
533	Dependientes de tiendas, almacenes, quioscos y mercadillos		

ANEXO 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Código del Estudio:

Yo (nombre y apellidos)

-
- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
 - He podido hacer preguntas sobre el estudio.
 - He recibido suficiente información sobre el estudio.
 - He hablado con:(nombre del investigador)
 - Comprendo que mi participación es voluntaria.
 - Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 - 1º Cuando quiera
 - 2º Sin tener que dar explicaciones.
 - 3º Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.
 - Comprendo que si decido retirarme del estudio los resultados obtenidos hasta ese momento podrán seguir siendo utilizados pero que no se incorporarán nuevos datos.
 - Comprendo que tengo los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición a mis datos de carácter personal de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal.

Y, por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para manifestar mi deseo de participar en este estudio "VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO ESvisaUN SOBRE ESTILOS DE VIDA Y SALUD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS", hasta que decida lo contrario. Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos. Recibiré una copia de este consentimiento para guardarlo y poder consultarlo en el futuro.

Firma del participante:

Firma del investigador:

Nombre:

Fecha:

Nombre:

Fecha:

Nombre del investigador: Miguel Bennasar Veny, DNI 37338224R
Centro: Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universitat de les Illes Balears.
Edificio Guillem Cifre de Colonya, Cra. de Valldemossa Km 7,5, 07122 Palma
E-mail: miguel.bennasar@uib.es Telf. 971172367

HOJA DE INFORMACIÓN

TÍTULO DEL ESTUDIO: “VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO ESVISAUN SOBRE ESTILOS DE VIDA Y SALUD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS”.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Miguel Bennasar Veny. Profesor del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Universitat de les Illes Balears. Teléfono de contacto 971172367.

CENTRO: Universitat de les Illes Balears. Edificio Guillem Cifre de Colonya. Cra. de Valldemossa km 7,5, 07122 Palma.

INTRODUCCION

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de les Illes Balears, de acuerdo a la legislación vigente, y se lleva a cabo con respeto a los principios enunciados en la declaración de Helsinki.

Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento. Si usted decide revocar su consentimiento, no se recogerán nuevos datos, pero esta revocación no afectará a las investigaciones realizadas hasta el momento.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:

El presente trabajo tiene como objetivo general proporcionar información respecto a los estilos de vida y a los determinantes sociales de la salud de los estudiantes universitarios de la Universitat de les Illes Balears para poder identificar problemas de salud autodeclarados y por consiguiente planificar actuaciones en la Universidad en el marco de los entornos de promoción de la salud.

En la actualidad existen pocos instrumentos validados y fiables para conocer y analizar los estilos de vida en jóvenes universitarios. Por lo que, en un primer lugar se pretende diseñar y validar un instrumento de evaluación (cuestionario) del estado de salud y de los estilos de vida en estudiantes universitarios, para así, poder describir su estado de salud, mediante los comportamientos de riesgo y los hábitos no saludables autodeclarados que tienen que ver con su bienestar y calidad de vida.

Antes de cumplimentar el cuestionario (tiempo aproximado de cumplimentación de 30 minutos) recibirá información por escrito sobre el estudio, una copia del consentimiento informado en su lengua de preferencia (español o catalán) y firmará la copia del mismo que se quedará el profesor Miguel Bennasar Veny (Investigador Principal del estudio). El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética y de Investigación de les Illes Balears.

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Los beneficios del estudio no le repercutirán directamente, inicialmente, pero proporcionará información para realizar una mejor planificación universitaria en temas de promoción de la salud, además de mejorar la calidad de algunos servicios de la universidad. Su participación en este estudio no le supondrá ningún riesgo.

CONFIDENCIALIDAD

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal utilizados durante la realización de este estudio se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, y en su reglamento de desarrollo. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse al investigador principal.

Sus datos serán tratados informáticamente y se incorporarán a un fichero automatizado de datos de carácter personal cuyo responsable es Miguel Bennasar Veny, que será registrado en la Agencia Española de Protección de Datos.

Sus datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y solo el investigador del estudio podrá relacionar dichos datos con usted. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna salvo en caso de requerimiento legal.

El acceso a su información personal quedará restringido al investigador del estudio, al Comité de Ética y de Investigación de las Illes Balears y personal autorizado, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente.

COMPENSACIÓN ECONÓMICA

Su participación en el estudio no le supondrá ningún gasto. El investigador principal y colaboradores no recibirán compensación económica por su participación en el estudio y no existe ningún conflicto de interés.

OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE

Cualquier nueva información que pueda afectar a su disposición para participar en el estudio, que se descubra durante su participación, le será comunicada por el investigador principal.

Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos, si bien los responsables del estudio podrán seguir utilizando la información recogida sobre usted hasta ese momento, a no ser que usted se oponga expresamente.

Sr. Miquel Bennasar
departamento de enfermería
UIB

Palma, 21 de septiembre de 2011

El Comité Ético de Investigación Clínica de les Illes Balears, en su reunión 09/11 de día 21 de septiembre de 2011, evaluó el estudio N° **IB 1685/11 PI**, denominado **VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO ESvisaUN SOBRE ESTILOS DE VIDA Y SALUD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS** del investigador principal Sr. Miquel Bennasar del departamento de enfermería de la UIB.

Una vez presentado y evaluado, este Comité acuerda emitir informe favorable.

Lo que le comunica a los efectos oportunos.

Atentamente,

CEIC | comitè ètic
d'investigació
ILLES BALEARS
Conselleria de Salut i Consum
Gemma Melero Quiñonero
Secretaria del CEI Illes Balears

ANEXO 6. CUESTIONARIO ESTILOS DE VIDA Y SALUD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS (ESVISAUN): VERSIÓN 1.



Universitat de les Illes Balears

Cuestionario sobre estilos de vida y salud en estudiantes universitarios

1. Indica el código de los estudios o de la titulación a la que perteneces: (ver anexo 1 en la hoja adjunta)

2. Indica la vía de acceso a la universidad

Selección Profesional	Formación Mayor de 25 años	Mayor de 40 años	Otros
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. ¿En qué tipo de centro has estudiado el bachillerato o FP?

Público	Privado	Concertado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. ¿Cuál es la media aproximada de tu expediente académico?

Aprobado	Notable	Sobresaliente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Sexo: Hombre Mujer

19. ¿Cuál es el nivel más alto de estudios que habéis completado tú y tus padres?

	Tú	Madre	Padre
Sin estudios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Primarios completos, Certificado escolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grad. Escolar, EGB hasta 8º, ESO, FP grado medio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bachillerato, BUP, COU, FP grado superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estudios univ. medios (diplomado, ing. técnica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estudios univ. sup. (ingeniería sup., licenciad.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estudios univ. de tercer ciclo (doctorado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Edad

7. Lugar del domicilio habitual

Indica el Código Postal

8. Años de residencia

9. País de nacimiento:

Illes Balears

Resto de España

Resto de Europa, Noruega, Islandia, Suiza, EEUU, Canadá, Japón, Australia e Israel

Resto de países

10. Estado civil:

Soltero/a Casado/a o pareja estable Separado/a Otros

11. Número de hijos: 0 1 2 3 4 5 o más

12. Número de hermanos: 0 1 2 3 4 5 o más

13. ¿Cómo te defines en materia religiosa?

Creyente, católico o de otra confesión o religión No creyente, ateo o agnóstico

14. ¿Cuál es la residencia habitual durante el curso académico?

Con tus padres Con tu pareja Vivo sólo

Piso compartido con amigos/as residencia universitaria

15. Número de personas que comparten vivienda contigo:

Vivo solo 1 2 3 4 5 6 7 o más

16. ¿Trabajas actualmente? No Sí

17. ¿Cuántas horas trabajas a la semana?

Menos de 35 h De 35 a 39 h De 40 a 44 h De 45 a 49 h 50 o más horas

18. ¿Cuál es la ocupación que desempeñas en la actualidad tú y tus padres o la última que habéis desempeñado? (ver anexo 2 en la hoja adjunta al cuestionario para el catálogo de profesiones)

Tú	Madre	Padre																																																																																																																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>																																																			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>																																																			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>																																																		

20. Aproximadamente, ¿cuáles son tus ingresos netos mensuales por trabajo?

No tengo ingresos Menos de 300 De 301 a 600

De 601 a 900 De 901 a 1.200 De 1.201 a 1.500

Más de 1.500

21. En caso de no disponer de ingresos por trabajo, ¿de cuánto dinero dispones a la semana para tus gastos personales?

Menos de 30 De 31 a 40 De 41 a 50

De 51 a 60 Más de 60

22. ¿Cuál es la principal vía de financiación de tus estudios?

Padres Becas Trabajo durante verano Trabajo durante todo el año

23. ¿Consideras que tu estado de salud en general es...?

Muy bueno Bueno Regular Malo Muy malo

24. Valora del 1 al 5 tu nivel de estrés en el último mes:

Muy bajo Muy alto

25. Valora del 1 al 5 tu nivel de autoestima en el último mes:

Muy baja Muy alta

26. ¿Consideras que tu calidad de vida en general es...?

Muy buena Buena Regular Mala Muy mala

27. ¿Cuántas veces a la semana sueles salir de noche?

Nunca 1 2 3 4 o más veces

28. ¿Las horas que duermes te permiten descansar lo suficiente?

Sí No

29. ¿Cuántas veces en las últimas semanas has tenido dificultad para quedarte dormido?

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

30. Peso actual (Kg)

31. Talla actual (altura en cm)

32. En relación a tu estatura dirías que tu peso es:

Bastante superior a lo normal Algo superior a lo normal

Normal Infer

34. ¿Has cambiado de peso en el último año?

- 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

35. ¿Te preocupa tu peso? Sí No

36. ¿Haces ejercicio físico? Sí No

37. ¿Cuánto tiempo hace que realizas deporte / ejercicio físico?

- < 6 meses De 6 meses a 1 año Más de 1 año

38. ¿Cuántas veces a la semana practicas deporte / ejercicio físico?

- Cada día 4-5 veces 3 veces 2 veces 1 vez

39. ¿Cuántas horas sueles practicar deporte / ejercicio físico a la semana?

- Ninguna < 2 horas 2-3 horas 4-5 horas 5-6 horas > 6 horas

40. ¿Durante el último año ¿cuántas veces y durante cuánto tiempo has practicado las actividades que aparecen en la tabla? (Nos estamos refiriendo a ejercicio de forma continuada o seguida. Si el tiempo es variable hacer una media)

	Nº de días a la semana que lo practicas							Tiempo medio (minutos al día) cada vez							
	Nunca	1	2	3	4	5	6	7	<20	20-39	40-59	60-79	80-99	100-119	120 o más
Andar o pasear fuera de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Correr o hacer jogging despacio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Correr rápido (atletismo, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bicicleta estática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasear en bicicleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nadar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenis, squash, pádel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fútbol, fútbolito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baloncesto, balomnáo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aeróbic, baile, danza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Excursiones al monte, escalada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Judo, karate u otras artes marciales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patinaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gimnasia - pesas - musculación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. En caso de no realizar todo el ejercicio físico que desearías indica ¿por qué?

- 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 en la universidad no me lo permiten

42. ¿Practican tus padres algún tipo de deporte / actividad física de forma habitual?

- No
 Sí, ambos
 Sólo mi madre
 Sólo mi padre

43. ¿Cuánto tiempo por término medio dedicaste a las siguientes actividades en el último año? (Distingue entre semana y fin de semana)

	DÍA TÍPICO ENTRE SEMANA									DÍA TÍPICO DE FIN DE SEMANA														
	Nunca	<30 min	30-59 min	1 hora o más (indica el número de horas)						Nunca	<30 min	30-59 min	1 hora o más (indica el número de horas)											
				1	2	3	4	5	6	7	8	≥9				1	2	3	4	5	6	7	8	≥9
Ver la televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estar sentado ante el ordenador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dormir (noche + siesta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tareas domésticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salir con los amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estudiar o realizar trabajos asignaturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conducir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet (navegar por la red, redes sociales, chats...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ir a clase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jugar a la consola / videojuegos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actividades culturales: cine, teatro, exposiciones...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leer libros (no relacionados con el estudio), prensa...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actividades solidarias o de voluntariado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. ¿Cómo realizas habitualmente el trayecto desde tú casa a la universidad?

- En bicicleta
 En vehículo particular (automóvil, motocicleta)
 En transporte público (bus, metro)

45. ¿Cómo te desplazas habitualmente por el campus universitario?

- Andando En bicicleta En vehículo particular En bus

46. ¿Estás inscrito/a en algún gimnasio?

- Sí, estoy inscrito en el gimnasio de la universidad
 Sí, en un gimnasio privado
 Sí, en un gimnasio público pero no de la universidad
 No, pero practico ejercicio al aire libre
 No, no practico ningún deporte

47. Desde que estás en la universidad:

- Dejaste de hacer ejercicio / deporte Empezaste a hacer ejercicio / deporte
 Haces más ejercicio / deporte Haces menos ejercicio / deporte
 Haces igual ejercicio / deporte

48. ¿Cómo valorarías de manera general los siguientes aspectos de la universidad en cuanto a actividades deportivas?

	No las conozco y no puedo valorar	Muy mal	Mal	Regular	Bien	Muy bien
Oferta de actividades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Instalaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Precio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Horario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

49. ¿Has fumado 100 cigarrillos o más en toda tu vida?

- No Sí, y sigo fumando Sí, pero hace + de 6 meses que ya no fumo

Cuestionario sobre estilos de vida y salud en estudiantes universitarios

50. N° aprox. de cigarrillos fumados al día

< 1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-40	> 40
<input type="checkbox"/>									

51. ¿Cuánto hace que dejaste de fumar?

< 1 año 1-2 años 3-5 años 6-9 años 10 o + años

52. En caso de ser fumador o exfumador, ¿cómo crees que ha cambiado tu consumo desde que estas en la universidad?

Dejé de fumar Empecé a fumar Fumo más
 Fumo menos Fumo igual que antes

53. ¿Has intentado dejar de fumar?

No Sí, una o dos veces Sí, más de dos veces

54. En el último año, ¿cuántas veces dejaste de fumar durante al menos 1 día?

Ninguna Una o más veces

55. ¿Cuál fue el motivo de la recaída?

Estrés Ansiedad
 Problemas de peso Motivo social (cenas con amigos, etc.)

56. ¿Te gustaría dejar de fumar? No Sí

57. ¿Cuánto interés tienes en dejarlo?

Nada Algo Bastante Mucho

58. ¿Piensas dejar de fumar en ...?

Las próximas 2 semanas	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Quizás	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Definitivamente sí
El próximo mes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Quizás	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Definitivamente sí
Los próximos 6 meses	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Quizás	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Definitivamente sí

59. ¿Fumas más durante las primeras horas después de levantarte? Sí No

60. ¿Cuánto tiempo pasa desde que te levantas hasta que te fumas el primer cigarrillo?

Hasta 5 minutos De 6 a 30 minutos De 31 a 60 minutos Más de 1 hora

61. ¿Encuentras difícil abstenerse de fumar en lugares donde está prohibido?

Sí No

62. ¿Qué cigarrillo te costaría más dejar de fumar?

El primero de la mañana Los de después de las comidas Cualquier otro

63. ¿Fumas aunque estés tan enfermo que tengas que estar en cama?

Sí No

64. ¿Has estado expuesto/a al humo ambiental de tabaco en tu domicilio alguna vez? Si es así, señala aproximadamente el número de años y la media de horas has estado expuesto.

Nunca ha estado expuesto en el domicilio	Años de exposición	Media de horas al día expuesto
Pareja de fumador/a	<input type="checkbox"/> < 1 año	<input type="checkbox"/> < 1 hora
	<input type="checkbox"/> 1-2 años	<input type="checkbox"/> 1-2 horas
	<input type="checkbox"/> 3-5 años	<input type="checkbox"/> 3-5 horas
Otro/a fumador/es que conviven en el domicilio (compañero/a de piso, familiar...)	<input type="checkbox"/> 6-9 años	<input type="checkbox"/> 6-9 horas
	<input type="checkbox"/> 10 o + años	<input type="checkbox"/> 10 o + horas
	<input type="checkbox"/> < 1 año	<input type="checkbox"/> < 1 hora
	<input type="checkbox"/> 1-2 años	<input type="checkbox"/> 1-2 horas
	<input type="checkbox"/> 3-5 años	<input type="checkbox"/> 3-5 horas
	<input type="checkbox"/> 6-9 años	<input type="checkbox"/> 6-9 horas
	<input type="checkbox"/> 10 o + años	<input type="checkbox"/> 10 o + horas

65. ¿Has testado expuesto/a alguna vez a humo ambiental de tabaco en actividades de ocio, cafeterías, discotecas...?

<input type="checkbox"/> Nunca ha estado expuesto	De lunes a viernes	Fines de semana
	<input type="checkbox"/> < 1 hora	<input type="checkbox"/> < 1 hora
	<input type="checkbox"/> 1-2 horas	<input type="checkbox"/> 1-2 horas
	<input type="checkbox"/> 3-5 horas	<input type="checkbox"/> 3-5 horas
	<input type="checkbox"/> 6-9 horas	<input type="checkbox"/> 6-9 horas
	<input type="checkbox"/> 10 o + horas	<input type="checkbox"/> 10 o + horas

66. Indica tu grado de acuerdo según la siguiente afirmación "Una política de campus libre de humo (en el que no se pueda fumar ni en los espacios abiertos) reduciría el hábito tabaquico en la población universitaria".

Totalmente de acuerdo Más bien de acuerdo
 Más bien en desacuerdo En desacuerdo absoluto

67. ¿Con qué frecuencia consumes alguna bebida alcohólica?

Nunca Una o menos veces al mes Dos o cuatro veces al mes
 Dos o tres veces a la semana Cuatro o más veces a la semana

68. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas sueles realizar en un día de consumo normal?

Una o dos Tres o cuatro
 Cinco o seis De siete a nueve
 Diez o más

69. ¿Con qué frecuencia tomas seis o más bebidas alcohólicas en una ocasión de consumo?

Nunca
 Menos de una vez al mes
 Mensualmente
 Semanalmente
 A diario o casi a diario

N° Cuestionario

<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>									

70. Indica a continuación tu consumo de alcohol y el número habitual de consumiciones que realizas entre semana.

	Frecuencia de consumo en días laborables (de lunes a jueves)	Número habitual de consumiciones al día
Cerveza	<input type="checkbox"/> Ningún día laborable <input type="checkbox"/> 1 día al mes o menos <input type="checkbox"/> 2-4 días al mes <input type="checkbox"/> 1 día a la semana <input type="checkbox"/> 2 días a la semana <input type="checkbox"/> 3 días a la semana <input type="checkbox"/> Todos los días	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> >5
Vino, cava o similares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carajillos, chupitos, licores de frutas...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Whisky, ginebra, vodka, ron, combinados...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

71. Indica a continuación tu consumo de alcohol y el número habitual de consumiciones que realizas en fines de semana, días festivos o salidas de noche.

	Frecuencia de consumo en fin de semana (de viernes a domingo) o salida de noche	Número habitual de consumiciones al día
Cerveza	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Menos de 1 fin de semana al mes <input type="checkbox"/> 1 fin de semana al mes <input type="checkbox"/> 2 fines de semana al mes <input type="checkbox"/> 3 fines de semana al mes <input type="checkbox"/> Todos los fines de semana al mes	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> >5
Vino, cava o similares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carajillos, chupitos, licores de frutas...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Whisky, ginebra, vodka, ron, combinados...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

72. Señala con qué frecuencia consumes las siguientes sustancias:

	En tu vida	En los últimos 12 meses	En los últimos 30 días
	Nunca	Ocasionalmente	Ocasionalmente
Tranquilizantes / pastillas para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis, Marihuana, hachis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éxtasis o drogas de diseño (pastis, pirujas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alucinógenos (LSD, tripsi, ácido, ketamina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfetaminas o Speedy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

73. Si consumes alguna de las sustancias de la pregunta anterior, ¿cómo crees que ha variado tu consumo desde que empezaste en la universidad?

Dejé de consumir Empecé a consumir Consumo más
 Consumo menos Consumo igual

74. Señala con qué frecuencia consumes la/s sustancia/s que has señalado en las siguientes situaciones:

	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Muy a menudo
Estando solo	<input type="checkbox"/>				
Estando en compañía	<input type="checkbox"/>				
Piso de amigos/as	<input type="checkbox"/>				
Residencia de estudiantes	<input type="checkbox"/>				
En bares	<input type="checkbox"/>				
En pubs y discotecas	<input type="checkbox"/>				
En la universidad	<input type="checkbox"/>				

ANEXO 7. PRIMERA CARTA DE INVITACIÓN A LOS EXPERTOS PARA PARTICIPAR EN EL DELPHI.

Palma, 3 de febrero de 2011

Miquel Bennasar Veny
Universitat de les Illes Balears
Edificio Guillem Cifre de Colonya
Crta. Valldemosa Km.7,5
07122 Palma (Illes Balears)
miquel.bennasar@uib.es
Tel. 0034 - 971 172367 / 616830167

Estimado/a Dr/a:

Nos dirigimos a Ud. con el objeto de solicitar su colaboración en calidad de experto/a a fin de efectuar la revisión del cuestionario ESVISAUN (Cuestionario sobre Estilos de Vida y Salud en Estudiantes Universitarios) que acompaña a la presente y que tiene como objetivo proporcionar información respecto a los estilos de vida y a los determinantes sociales de la salud en estudiantes universitarios para poder identificar problemas de salud autodeclarados.

Con este cuestionario, se pretende conocer los determinantes demográficos y socioeconómicos de la salud y de los estilos de vida, así como la prevalencia del consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas, la prevalencia de obesidad y el nivel de realización de actividad física, los hábitos alimentarios y la dieta seguida.

El cuestionario adjunto forma parte de una consulta sobre la base de la aplicación del panel de expertos mediante el método Delphi para la validación del mismo. Con este fin solicitamos encarecidamente su colaboración en la cumplimentación del informe de expertos adjunto. Estamos convencidos de que su aportación contribuirá a mejorarlo sustancialmente, garantizándole en todo el proceso la confidencialidad de sus respuestas y de su participación. Para ello, le solicitamos envíe por correo electrónico sus observaciones y sugerencias antes del 19/02/2011.

Una vez recibidas todas las opiniones del panel de expertos, recibirá nuevamente el cuestionario reformulado con las observaciones que se hayan propuesto para una nueva revisión final.

Agradecemos sinceramente su valiosa colaboración y aprovechamos la oportunidad para saludarle muy atentamente.



Miquel Bennasar Veny

ANEXO 8. MODELO DEL INFORME DE LOS EXPERTOS QUE CONFORMAN EL PANEL DELPHI PARA LA VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO.

INFORME PANEL DE EXPERTOS CUESTIONARIO ESTILOS DE VIDA Y SALUD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS (ESVISAUN)

Fecha

Datos Personales

Nombre y apellidos:

Puesto de trabajo actual:

Calificación profesional:

Titulado/a Universitario de Grado Superior Master Doctor/a

Categoría Docente:

Años de Experiencia en la profesión:

Breve descripción curricular

1.- ¿Cree que es adecuado el orden en que están expuestos los ítems?

Sí No

Observaciones:

Modificaciones que propone:
Justificación:

2.- ¿Cree que es adecuada la forma de respuesta?

Sí No

Observaciones:

Modificaciones que propone:
Justificación:

3.- ¿Le parecen adecuadas las instrucciones de aplicación del cuestionario?

Sí No

Observaciones:

Modificaciones que propone:
Justificación:

Justificación:

7.- ¿Cree que puede ser un instrumento útil para conocer los estilos de vida de los estudiantes universitarios?

Sí No

¿Por qué?

8.- ¿Le parece adecuado el diseño del estudio piloto?

Sí No

Justificación:

9.- ¿Le parece adecuada la definición de la muestra propuesta para la validación?

Sí No

Justificación:

10.- ¿Le parece adecuado el estudio estadístico propuesto para realizar la validación del cuestionario?

Sí No

Modificaciones que propone:

11.- ¿Habría otros análisis de datos que considera importantes realizar?

Sí No

¿Cuáles?

12.- Otras observaciones y sugerencias:

ANEXO 9. INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DEL CUESTIONARIO ESVISAUN.



Universitat de les
Illes Balears

CUESTIONARIO SOBRE ESTILOS DE VIDA Y SALUD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS (ESVISAUN)

En la Universitat de les Illes Balears (UIB) estamos realizando una investigación sobre los estilos de vida y salud de los estudiantes universitarios.

El presente estudio tiene como objetivo principal proporcionar información respecto a los estilos de vida y a los determinantes sociales de la salud en estudiantes universitarios de la UIB con el fin de poder identificar problemas de salud. En este sentido, los resultados deberían ser útiles como instrumento de apoyo para planificar actuaciones de promoción de la salud en la Universidad.

Solicitamos tu ayuda y tu tiempo para la resolución de este cuestionario. La participación en este estudio es voluntaria y anónima. El tiempo de cumplimentación estimado es de aproximadamente 25 minutos.

Agradecemos sinceramente tu colaboración y nos comprometemos a difundir los resultados de esta investigación, que esperamos redunden en el beneficio de todos.

Muchas gracias por tu participación,

Miquel Bennasar Veny
Departamento de Enfermería y Fisioterapia
Universitat de les Illes Balears
Tel. 971172367
E-mail: miquel.bennasar@uib.es

INSTRUCCIONES PARA RELLENAR EL CUESTIONARIO:

- Emplear bolígrafo o rotulador de color azul o negro (**nunca rojo**).
- Marcar correctamente las casillas para asegurar una buena corrección.
- En caso de equivocación, asegúrate de borrar completamente la marca con líquido corrector, ya que **cualquier resto de marca puede invalidar la pregunta**.

BIEN ■■

MAL ○ ⊗ ⊘ ⊙ ⊚ ⊛ ⊜ ⊝

ANEXO 1: CÓDIGOS DE LA CLASIFICACIÓN DE LOS ESTUDIOS UNIVERSITARIOS DE LA UIB

Código: Arte y Humanidades

- 101 Estudios ingleses - Filología Inglesa
- 102 Lengua y literatura Catalanas - Filología Catalana
- 103 Lengua y literatura Españolas - Filología Hispánica
- 104 Filosofía
- 105 Geografía
- 106 Historia
- 107 Historia del Arte

Código: Ciencias

- 201 Biología
- 202 Bioquímica
- 203 Física
- 204 Matemáticas
- 205 Química

Código: Ingenierías y arquitectura

- 301 Ingeniería de Edificación - Arquitectura Técnica
- 302 Ingeniería Informática
- 303 Ingeniería Agroalimentaria y del medio rural
- 304 Ingeniería Técnica de Telecomunicaciones
- 305 Ingeniería Técnica en Informática de Gestión
- 306 Ingeniería Técnica en Informática de Sistemas
- 307 Ingeniería Técnica Industrial (Electrónica)

Código: Ciencias Sociales y Jurídicas

- 401 Administración y Dirección de Empresas
- 402 Ciencias Empresariales
- 403 Derecho
- 404 Economía
- 405 Educación Social
- 406 Relaciones Laborales
- 407 Trabajo Social
- 408 Educación Infantil - Magisterio de Educación Infantil
- 409 Educación Primaria - Grado
- 410 Magisterio de Educación Especial
- 411 Magisterio de Educación Física
- 412 Magisterio de Educación Musical
- 413 Magisterio de Educación Primaria
- 414 Magisterio de Lengua Extranjera
- 415 Pedagogía
- 416 Psicopedagogía
- 417 Turismo

Código: Ciencias de la Salud

- 501 Fisioterapia
- 502 Psicología
- 503 Enfermería

ANEXO 2: CÓDIGOS DE LA CLASIFICACIÓN DE LA OCUPACIÓN - PROFESIÓN

Código	Técnicos y Profesionales	Código	Artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras y la construcción
201	Físicos, Químicos, Matemáticos	701	Encargados y jefes de obra
204	Arquitectos	702	Encargados y jefes de taller (mecánico, carpintería...)
205	Ingenieros superiores	711	Albañiles, carpinteros, esayolistas, fontaneros, electricistas, pintores, ferrallistas y asimilados
211	Profesionales en ciencias naturales	742	Mineros, canteros
212	Médicos y odontólogos	752	Mecánicos de maquinaria, herreros, soldadores
213	Farmacéuticos y veterinarios	772	Trabajadores de artes gráficas
219	Otros profesionales de nivel superior de la sanidad	773	Ceramistas, vidrieros y asimilados
221	Profesores de Universidad	774	Artesanos de la madera, de textiles, del cuero y materiales similares
222	Profesores de Instituto de Secundaria	780	Trabajadores de la industria de la alimentación, bebidas, tabaco.
231	Abogados y fiscales	791	Trabajadores que tratan la madera, ebanistas y trabajadores asimilados
232	Jueces y magistrados	793	Trabajadores de la industria textil, la confección y asimilados
242	Economistas	794	Trabajadores de la industria de la piel, del cuero y del calzado
243	Sociólogos, historiadores, filósofos, filólogos, psicólogos		
251	Escritores y artistas de la creación o la interpretación	Código	Operadores de instalaciones y maquinaria y montadores
252	Archiveros, bibliotecarios	801	Encargados en instalaciones de procesamiento de metales o talleres (vidriería, cerámica, madera, papel)
261	Diplomados en estadística	802	Jefes de equipo en instalaciones de producción de energía o de tratamiento químico
263	Profesionales diplomados en informático - telemática	812	Operadores en instalaciones de obtención y transformación de metales, vidrio, cerámica y asimilados
264	Arquitectos técnicos, ingenieros técnicos y asimilados	814	Operadores en instalaciones para el trabajo de la madera, papel o industrias químicas
272	Enfermeros	816	Operadores en plantas de producción de energía y similares
281	Profesores de enseñanza primaria e infantil	825	Jefe de taller de imprenta, encuadernación y fabricación de productos de papel
282	Profesores de educación especial	826	Encargado de operadores de máquinas o de montadores
283	Profesores técnico de FP	831	Operadores para trabajar metales y otros productos minerales
291	Diplomados en contabilidad y graduados sociales	832	Operadores de máquinas para fabricar productos químicos, de madera, plástico
291	Diplomados en turismo	835	Operadores de máquinas para imprimir y/o encuadernar
293	Trabajadores sociales diplomados	836	Operadores de máquinas para fabricar productos textiles y artículos de piel o cuero
294	Ayudantes de archivo, biblioteca	837	Operadores de máquinas para elaborar productos alimenticios, bebidas y tabaco
295	Otros profesionales de las Administraciones Públicas	841	Montadores y ensambladores
Código	Empleos de tipo administrativo	851	Maquinistas de locomotoras y asimilados
401	Auxiliares administrativos, contables y financieros	852	Encargado de operadores de maquinaria de movimientos de tierra y de materiales
410	Empleados de correos	852	Operarios de maquinaria móvil (agrícola, construcción u otras)
451	Empleados de información y recepcionistas en oficinas	855	Marineros de cubierta de barco y asimilados
452	Empleados de agencias de viajes, recepcionistas de hotel y telefonistas	861	Taxistas y conductores de automóviles y furgonetas
460	Cajeros, taquilleros	862	Conductores de autobuses o camiones
460	Cajeros, taquilleros	863	Conductores de motocicletas y ciclomotores
Código	Técnicos y Profesionales de Apoyo	Código	Trabajadores no cualificados
301	Delineantes y diseñadores técnicos	900	Vendedores ambulantes
302	Técnicos de las ciencias físicas, químicas y de la ingeniería	911	Empleados del hogar
303	Profesionales técnicos de la informática	912	Personal de limpieza, limpiacristales y asimilados
304	Operadores de equipos ópticos y electrónicos	921	Conserjes de edificios, vigilantes y asimilados
305	Profesionales de navegación marítima	931	Limpiabotas
306	Profesionales de navegación aeronáutica	932	Ordenanzas
307	Técnicos en edificación, seguridad en el trabajo y control de la calidad	933	Mozo de equipajes
312	Técnicos de sanidad	934	Lectores de contadores y recolectores de dinero de máquinas expendedoras
321	Técnicos en educación infantil y especial	935	Recogedores de basura y asimilados
322	Instructores de vuelo, navegación y conducción de vehículos	941	Peones agrícolas, ganaderos, forestales, pesca, construcción, transporte y descargadores, industria manufacturera
332	Representantes de comercio y técnicos de venta		
342	Profesionales de carácter administrativo de aduanas y tributos	Código	Dirección de las empresas y de las Administraciones Públicas
352	Técnicos especialistas de las fuerzas de seguridad	102	Personal directivo de las administraciones públicas
353	Profesionales de apoyo de promoción social	103	Gobierno local
354	Profesionales del mundo artístico, del espectáculo y de los deportes	111	Dirección general y presidencia ejecutiva de empresas de 10 o más asalariados
Código	Trabajadores de servicios de restauración, personales, protección y vendedores de los comercios	112	Dirección de departamento de producción de empresas de 10 o más asalariados
501	Cocineros, camareros y asimilados	113	Dirección de áreas y departamentos especializados de empresas de 10 o más asalariados
503	Jefe de cocina, camareros y asimilados	121	Gerencia de empresas (restauración, comercio, hospedaje u otras) con menos de 10 asalariados
511	Auxiliares de enfermería y trabajadores que se dedican al cuidado de personas	151	Gerencia de empresas de comercio al por mayor sin asalariados
513	Peluqueros, especialistas en tratamientos de belleza y asimilados	152	Gerencia de empresas de comercio al por menor sin asalariados
514	Trabajadores que atienden a viajeros y asimilados	161	Gerencia de empresas de hospedaje o restauración sin asalariados
522	Policías, bomberos y funcionarios de prisiones	170	Gerencia de otras empresas sin asalariados
001	Personal de las fuerzas armadas de las diferentes escalas		
525	Guardas jurados y personal de seguridad privado	Código	Trabajadores cualificados en la agricultura y pesca
531	Modelos de moda, arte y publicidad	601	Trabajadores por cuenta propia en actividades agrícolas, ganaderas, agropecuarias, forestales y piscícolas
532	Encargado de sección dentro de un comercio y asimilados	602	Trabajadores por cuenta ajena en actividades agrícolas, ganaderas, agropecuarias, forestales y piscícolas
533	Dependientes de tiendas, almacenes, quioscos y mercadillos		

34. ¿Has cambiado de peso en el último año?

- 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

35. ¿Te preocupa tu peso? Sí No

36. ¿Haces ejercicio físico? Sí No (pasa a la pregunta 41)

37. Durante el último año, ¿cuántas veces y durante cuánto tiempo has practicado las actividades que aparecen en la tabla? (Indica el nº de días y el tiempo medio)

	Nº de días a la semana que lo practicas							Tiempo medio (minutos al día) cada vez que lo practicas							
	Nunca	1	2	3	4	5	6	7	<20	20-39	40-59	60-79	80-99	100-119	120 o más
Andar o pasear fuera de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Correr o hacer jogging despacio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Correr rápido (atletismo, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bicicleta estática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasear en bicicleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nadar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenis, squash, pádel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fútbol, futbito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baloncesto, balonmano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aeróbic, baile, danza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Excursiones al monte, escalada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Judo, karate u otras artes marciales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patinaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gimnasia - pesas - musculación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras actividades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. ¿Cuánto tiempo hace que realizas deporte / ejercicio físico?

- No realizo < 6 meses De 6 meses a 1 año Más de 1 año

39. ¿Cuántas veces a la semana practicas deporte / ejercicio físico?

- Nunca Cada día 4-5 veces 3 veces 2 veces 1 vez

40. ¿Cuántas horas sueles practicar deporte / ejercicio físico a la semana?

- Ninguna < 2 horas 2-3 horas 4-5 horas 5-6 horas > 6 horas

43. Por término medio, ¿cuánto tiempo dedicaste a las siguientes actividades en el último año?

(Distingue entre semana y fin de semana)

	DÍA TÍPICO ENTRE SEMANA										DÍA TÍPICO DE FIN DE SEMANA															
	Nunca	<30 min	30-59 min	1 hora o más (indica el número de horas)							Nunca	<30 min	30-59 min	1 hora o más (indica el número de horas)												
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	0+				1	2	3	4	5	6	7	8	9	0+
Ver la televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estar sentado ante el ordenador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dormir (noche + siesta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tareas domésticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salir con los amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estudiar o realizar trabajos de asignaturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conducir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet (navegar por la red, redes sociales, chats...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ir a clase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jugar a la consola / videojuegos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actividades culturales: cine, teatro, exposiciones...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leer libros (no relacionados con el estudio), prensa...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actividades solidarias o de voluntariado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. ¿Cómo realizas habitualmente el trayecto desde tú casa a la universidad?

- En bicicleta En vehículo particular (automóvil, motocicleta) En transporte público (bus, metro)

45. ¿Cómo te desplazas habitualmente por el campus universitario?

- Andando En bicicleta En vehículo particular En bus

46. ¿Estás inscrito/a en algún gimnasio?

- Sí, estoy inscrito en el gimnasio de la universidad Sí, en un gimnasio privado Sí, en un gimnasio público pero no de la universidad No, pero practico ejercicio al aire libre No, no practico ningún deporte

41. En caso de no realizar todo el ejercicio físico que desearias indica ¿por qué?

- 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

42. ¿Practicar tus padres algún tipo de deporte / actividad física de forma habitual?

- No Sí, ambos Sólo mi madre Sólo mi padre

47. Desde que estás en la universidad:

- Dejaste de hacer ejercicio / deporte Empezaste a hacer ejercicio / deporte Haces más ejercicio / deporte Haces menos ejercicio / deporte Haces igual ejercicio / deporte

48. ¿Cómo valorarías de manera general los siguientes aspectos de la universidad en cuanto a actividades deportivas?

- No las conozco y no puedo valorar

	Muy mal	Mal	Regular	Bien	Muy bien
Oferta de actividades	<input type="checkbox"/>				
Instalaciones	<input type="checkbox"/>				
Precio	<input type="checkbox"/>				
Horario	<input type="checkbox"/>				

74. En el momento actual, ¿sigues alguna dieta o régimen especial?

No Sí, para perder peso Sí, por una enfermedad o problema de salud

75. Señala el número de veces que en promedio has consumido los siguientes alimentos:

	Consumo medio durante el año pasado (nº de veces)					
	Nunca o casi nunca	Ai mes	A la semana			Al día
	1-3	1	2-4	5-6	1	2-3 4-5 6+
Leche / Yogur entero/a (1 taza - 1 yogur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leche semidesnatada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leche / Yogur desnatado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Natillas, flan, pudín (1 unidad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quesos (1 porción - 50 gr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quesos desnatados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helados (uno)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huevos de gallina (uno)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carne de ternera (una ración - 150 gr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carne de pollo / pavo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carne de cordero, cordero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hamburguesa / Salchicha (unidad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embutidos: salchichón, mortadela, chorizo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pescado azul: sardinas, atún, salmón (1 ración)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pescado blanco: merluza, lubina, dorada, merlu...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marisco (una ración)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frutas cítricas: naranja, kiwis, piña (1 pieza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frutas no cítricas: manzana, melón, plátano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zumo de frutas comercial (1 vaso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frutos secos: almendras, cacahuetes (1 puñado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verduras y hortalizas cocidas: col, zanahoria (un plato)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verduras y hortalizas crudas: lechuga, tomate...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legumbres: lentejas, garbanzos, alubias (un plato)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pan blanco (3 rodajas, 60 gr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pan moreno / integral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cereales desayuno (30 gr en seco)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cereales desayuno integrales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arroz blanco (60 gr en seco)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arroz integral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasta: fideos, macarrones, espaguetis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasta integral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pizza (1 ración, 200 gr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sopas y cremas de sobre (plato o ración)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Margarina (1 cucharadita)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aceite de oliva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mantequilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manteca de cerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Azúcar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mermelada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Golosinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bollería comercial: croissant, donuts... (uno/a, 50 gr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bollería casera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chocolates y bombones (30 gr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Galletas tipo María (4-6 unid., 50 gr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snacks: patatilla, ganchitos... (una bolsa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bebidas carbonatadas con azúcar (coca-cola...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bebidas carbonatadas Light o bajas en calorías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Café o té	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

76. Señala la frecuencia con la que consumes o realizas las siguientes actuaciones:

	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Siempre
Desayunar	<input type="checkbox"/>				
Revisar las etiquetas de los alimentos	<input type="checkbox"/>				
Comer entre horas / picotear	<input type="checkbox"/>				
Comer alimentos fritos	<input type="checkbox"/>				
Comer alimentos hervidos	<input type="checkbox"/>				
Comer alimentos asados o a la plancha	<input type="checkbox"/>				
Me sirvo la cantidad que quiero y no miro si es mucho o poco	<input type="checkbox"/>				

77. Señala con qué frecuencia comes en los siguientes lugares durante el periodo lectivo:

	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Siempre
Bar / Cafetería	<input type="checkbox"/>				
En casa con tu familia	<input type="checkbox"/>				
En un piso con otros estudiantes	<input type="checkbox"/>				
En la universidad, pero me traigo la comida de casa	<input type="checkbox"/>				

78. En caso de vivir en un piso con otros estudiantes:

Te traes la comida preparada de casa Cocinas tú
 Os turnáis para preparar la comida Compras comida precocinada

79. ¿Cuántas comidas realizas al día?

Una Dos Tres Cuatro Cinco + de cinco

80. Como valorarías los siguientes aspectos de esta universidad en cuanto a bares / cafeterías:

	Muy mal	Mal	Regular	Bien	Muy bien
Variedad de la oferta	<input type="checkbox"/>				
Precio	<input type="checkbox"/>				
Calidad	<input type="checkbox"/>				
Presentación	<input type="checkbox"/>				
Horarios	<input type="checkbox"/>				

81. ¿Consideras que tienes la suficiente formación en cuanto a temas de sexualidad?

Sí No

82. ¿Has tenido alguna vez relaciones sexuales con penetración?

Sí No

83. Señala con que frecuencia utilizáis, tú o tu pareja, los siguientes métodos anticonceptivos:

	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Siempre
Preservativo o condón	<input type="checkbox"/>				
Píldora/parche/inyección anticonceptiva	<input type="checkbox"/>				
Marcha atrás (coito interrumpido)	<input type="checkbox"/>				
DIU (dispositivo intrauterino)	<input type="checkbox"/>				
Cremas / óvulos espermicidas	<input type="checkbox"/>				
Métodos naturales: Ogino, Billings, T'...	<input type="checkbox"/>				

84. Tú o tu pareja ¿habéis tenido que recurrir alguna vez a la píldora del día después?

Sí No

85. ¿Has padecido o padeces alguna enfermedad de transmisión sexual?

Sí No

86. ¿Consideras que la manera de vivir tu sexualidad es...?

Nada satisfactoria 1 2 3 4 5 Muy satisfactoria

87. ¿Con qué frecuencia...?

	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Siempre
Usas el cinturón de seguridad delantero	<input type="checkbox"/>				
Usas el cinturón de seguridad trasero	<input type="checkbox"/>				
Conduces bajo los efectos del alcohol u otras drogas	<input type="checkbox"/>				
Conduces hablando por teléfono	<input type="checkbox"/>				
Superas el límite de velocidad	<input type="checkbox"/>				
Usas el casco al circular en moto	<input type="checkbox"/>				

88. ¿Cuántas veces te cepillas los dientes?

Nunca o casi nunca Varias veces a la semana, pero no cada día
 Por lo menos, una vez al día Prácticamente después de cada comida

89. ¿Te han diagnosticado alguna enfermedad crónica?

No Sí (Especificar: _____)

90. ¿Tienes alguna discapacidad?:

No Sí Auditiva Visual Motora Otra: _____

91. En qué medida consideras que debería implicarse la universidad en la promoción de la salud de sus estudiantes:

Nada 1 2 3 4 5 Mucho

92. Puntúa globalmente el papel que en tu opinión está desempeñando actualmente la universidad para la promoción de la salud de sus estudiantes:

Nada importante 1 2 3 4 5 Muy importante

74. En el momento actual, ¿sigues alguna dieta o régimen especial? No
 Sí, para ganar peso Sí, para perder peso Sí, por enfermedad/problema de salud

75. Señala el número de veces que en promedio has consumido los siguientes alimentos:

	Consumo medio durante el año pasado (nº de veces)									
	Nunca o casi nunca	A la semana	Al día							
	1-3	1	2-4	5-6	1	2-3	4-5	6 o +		
Leche / Yogur entero/a (1 taza - 1 yogur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leche semidesnatada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leche / Yogur desnatado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Natillas, flan, puding (1 unidad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quesos (1 porción - 50 gr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quesos desnatados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helados (uno)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huevos de gallina (uno)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carne de ternera (una ración - 150 gr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carne de pollo / pavo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carne de cerdo, cordero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hamburguesa / Salchicha (unidad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embutidos: salchichón, mortadela, chorizo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jamón serrano o similar (1 ración)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pescado azul: sardinas, atún, salmón (1 ración)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pescado blanco: merluza, lubina, dorada, mero...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marisco (1 ración)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frutas cítricas: naranja, kiwis, piña (1 pieza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frutas no cítricas: manzana, melón, plátano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zumo de frutas comercial (1 vaso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frutos secos: almendras, cacahuetes (1 puñado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verduras y hortalizas cocidas: col, zanahoria (un plato)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verduras y hortalizas crudas: lechuga, tomate...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legumbres: lentejas, garbanzos, alubias (un plato)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pan blanco (3 rodajas, 60 gr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pan moreno / integral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cereales desayuno (30 gr en seco)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cereales desayuno integrales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arroz blanco (60 gr en seco)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arroz integral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasta: fideos, macarrones, espaguetis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasta integral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pizza (1 ración, 200 gr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sopas y cremas de sobre (plato o ración)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Margarina (1 cucharada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aceite de oliva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mantequilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manteca de cerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Azúcar (1 cucharadita)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mermelada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Golosinas (30 gr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bollería comercial: croissant, donuts... (uno/a, 50 gr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bollería casera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chocolates y bombones (30 gr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Galletas tipo María (4-6 unid., 50 gr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snacks: patatilla, ganchitos... (una bolsa pequeña)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bebidas carbonatadas con azúcar (coca-cola...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bebidas carbonatadas Light o bajas en calorías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Café o té (una taza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

76. Señala la frecuencia con la que consumes o realizas las siguientes actuaciones:

	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Siempre
Desayunar	<input type="checkbox"/>				
Revisar las etiquetas de los alimentos	<input type="checkbox"/>				
Comer entre horas / picotear	<input type="checkbox"/>				
Comer alimentos fritos	<input type="checkbox"/>				
Comer alimentos hervidos	<input type="checkbox"/>				
Comer alimentos asados o a la plancha	<input type="checkbox"/>				
Me sirvo la cantidad que quiero y no miro si es mucho o poco	<input type="checkbox"/>				

77. Señala con qué frecuencia comes en los siguientes lugares durante el periodo lectivo:

	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Siempre
Bar / Cafetería	<input type="checkbox"/>				
En casa con tu familia	<input type="checkbox"/>				
En un piso con otros estudiantes	<input type="checkbox"/>				
En la universidad, pero me traigo la comida de casa	<input type="checkbox"/>				

78. En caso de vivir en un piso con otros estudiantes:
 Te traes la comida preparada de casa Cocinas tú
 Os turnáis para preparar la comida Compras comida precocinada

79. ¿Cuántas comidas realizas al día?
 Una Dos Tres Cuatro Cinco + de cinco

80. Como valorarías los siguientes aspectos de esta universidad en cuanto a bares / cafeterías:

	Muy mal	Mal	Regular	Bien	Muy bien
Variedad de la oferta	<input type="checkbox"/>				
Oferta de productos saludables	<input type="checkbox"/>				
Precio	<input type="checkbox"/>				
Calidad	<input type="checkbox"/>				
Presentación	<input type="checkbox"/>				
Horarios	<input type="checkbox"/>				

81. ¿Consideras que tienes la suficiente formación en cuanto a temas de sexualidad?
 Sí No

82. ¿Has tenido alguna vez relaciones sexuales?
 Sí No

83. Señala con qué frecuencia utilizáis, tú o tu pareja (estable o esporádica), los siguientes métodos anticonceptivos:

	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Siempre
Preservativo o condón	<input type="checkbox"/>				
Píldora/parche/inyección anticonceptiva	<input type="checkbox"/>				
Marcha atrás (coito interrumpido)	<input type="checkbox"/>				
DIU (dispositivo intrauterino)	<input type="checkbox"/>				
Cremas / óvulos espermicidas	<input type="checkbox"/>				
Métodos naturales: Ogino, Billings, Tª...	<input type="checkbox"/>				

84. Tú o tu pareja ¿habéis tenido que recurrir alguna vez a la píldora del día después?
 Sí No

85. ¿Has padecido o padeces alguna enfermedad de transmisión sexual?
 Sí No

86. ¿Consideras que la manera de vivir tu sexualidad es...?
 Nada satisfactoria Muy satisfactoria

87. ¿Con qué frecuencia...?

	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Siempre
Usas el cinturón de seguridad delantero	<input type="checkbox"/>				
Usas el cinturón de seguridad trasero	<input type="checkbox"/>				
Conduces bajo los efectos del alcohol u otras drogas	<input type="checkbox"/>				
Conduces hablando por teléfono	<input type="checkbox"/>				
Superas el límite de velocidad	<input type="checkbox"/>				
Usas el casco al circular en moto	<input type="checkbox"/>				
Usas el casco al circular en bici	<input type="checkbox"/>				
Respetas las señales de tráfico	<input type="checkbox"/>				

88. ¿Cuántas veces te cepillas los dientes?
 Nunca o casi nunca Varias veces a la semana, pero no cada día
 Por lo menos, una vez al día Prácticamente después de cada comida

89. ¿Te han diagnosticado alguna enfermedad crónica?
 No Sí (Especificar: _____)

90. ¿Tienes alguna discapacidad?:
 No Sí Auditiva Visual Motora Otra: _____

91. En qué medida consideras que debería implicarse la universidad en la promoción de la salud de sus estudiantes:
 Nada Mucho

92. Puntúa globalmente el papel que en tu opinión está desempeñando actualmente la universidad para la promoción de la salud de sus estudiantes:
 Nada importante Muy importante

ANEXO 12. SEGUNDA CARTA A LOS EXPERTOS QUE CONFORMAN EL PANEL DELPHI.

Palma, 8 de abril de 2011

Miquel Bennasar Veny
Universitat de les Illes Balears
Edificio Guillem Cifre de Colonya
Crta. Valldemosa Km.7,5
07122 Palma (Illes Balears)
miquel.bennasar@uib.es
Tel. 0034 - 971 172367 / 616830167

Estimado/a Dr/a:

Nos dirigimos a Ud. nuevamente adjuntándole la nueva versión del cuestionario ESVISAUN (Cuestionario sobre Estilos de Vida y Salud en estudiantes Universitarios) que acompaña a la presente.

En el mismo hemos recogido las observaciones y sugerencias que el grupo de expertos/as nos ha propuesto, y esperamos recibir ahora las que siga considerando necesarias para proceder a la elaboración de la versión pre-test y su posterior pilotaje.

En caso de que quiera proponer alguna modificación, esperamos contar con su valiosa respuesta por esta vía en lo posible antes del 17/04/2011.

Aprovechamos la oportunidad para saludarlo cordialmente y agradecer una vez más su colaboración.



Miquel Bennasar Veny

ANEXO 13. CONCESIÓN DE AYUDA DEL GOVERN DE LES ILLES BALEARS. CONSELLERIA D'EDUCACIÓ, CULTURA I UNIVERSITATS. DIRECCIÓ GENERAL D'UNIVERSITATS, RECERCA I TRANSFERÈNCIA DEL CONEIXEMENT AL PROJECTO
“VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO ESVISAUN: UNA HERRAMIENTA PARA LA TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO AL SECTOR EMPRESARIAL, CON EL FIN DE ADAPTAR SU OFERTA A ESTÁNDARES DE VIDA SALUDABLE”.



**Govern
de les Illes Balears**
Conselleria d'Innovació,
Interior i Justícia
Direcció General de Recerca,
Desenvolupament Tecnològic i Innovació

GOVERN DE LES ILLES BALEARS
C. INNOV. INT I JUST
REGISTRE: SORTIDES
Núm: 4685/2011
Data: 13/04/2011

Sr. Miquel Bennasar Veny
Universitat de les Illes Balears
Ctra. Valldemossa, Km. 7,5
07122-Palma

Exp: AAEE0163/09
Emissor: BT/Co
Document: ofici

Assumpte: tramesa de la Proposta de Resolució

En relació amb l'acció especial amb títol “Validación del cuestionario ESVISAUN: Una herramienta para la transferencia del conocimiento al sector empresarial, con el fin de adaptar su oferta a estándares de vida saludable.” de la qual es va comunicar la concessió d'una subvenció per l'import de "3.000 euros", en el marc de la convocatòria aprovada per Resolució de la consellera d'Innovació, Interior i Justícia de 27 de novembre de 2009 (BOIB núm. 181, de 12 de desembre de 2009), us adjunt la resolució definitiva signada.

Així mateix i amb la intenció de facilitar la justificació de l'ajuda, en el termini que s'especifica a la resolució, adjuntem com a annex I l'imprès corresponent al compte justificatiu.

Palma, 13 ABR. 2011

La cap de servei d'R+D



Bàrbara Terrasa Pont

ANEXO 14. PONENCIAS Y PRESENTACIONES A CONGRESOS A RAÍZ DE LA PRESENTE TESIS.



CONSTANCIA

Por este medio hacemos constar que, durante el **V Congreso Internacional y I Congreso Nacional de Universidades Promotoras de la Salud**, organizado por la Comisión de Vicerrectores de Vida Estudiantil (CMVIVE) del Consejo Nacional de Rectores (CONARE) de Costa Rica, con la participación de la Universidad de Costa Rica, la Universidad Nacional, la Universidad Estatal a Distancia y el Instituto Tecnológico de Costa Rica, en coordinación con la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud (RIUPS), y realizado del 5 al 7 de octubre de 2011 en el Hotel Ramada Herradura, **Miguel Bannasar Veny**, presentó la ponencia titulada **“VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO ESTILOS DE VIDA Y SALUD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS (ESVISAUN)”** y a la cual se le asignó el código de referencia ESP-27052011-VCEV.

Extendida en la ciudad de San José, Costa Rica, a los siete días del mes de octubre del año dos mil once.

Dr. Luis Bernardo Villalobos Solano
Coordinador - Comité Científico
V Congreso Internacional
I Congreso Nacional
Universidades Promotoras de la Salud

