



ESCUELA DE PSICOLOGÍA

CONDUCTAS SALUDABLES EN UNIVERSITARIOS QUITIÑOS

Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos establecidos
para optar por el título de Psicóloga mención clínica

Profesor Guía

Dr. René Jacobo Recalde Recalde

Autora

Ana Sofía Andrade Dávila

Año
2015

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con el (los) estudiante(s), orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación.

René Jacobo Recalde Recalde nombres completos
Psicólogo clínico
Especialista en psicoterapia individual y grupal
CI: 1715918155

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE:

Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.

Ana Sofía Andrade Dávila
C.C. 1715512685

AGRADECIMIENTOS

A mi padre por hacer posible la culminación de mis estudios universitarios.

RESUMEN

La presente investigación es un análisis descriptivo de los hábitos de vida y conductas saludables en jóvenes universitarios quiteños. Se tomaron en cuenta factores como el ejercicio físico, la alimentación, el consumo de sustancias y el autocuidado, además de las diferencias por género, edad y frecuencia de realización de las conductas. Para esta investigación se realizó un análisis descriptivo de corte transversal, con una muestra de 205 estudiantes con edades entre los 18 y los 21 años, pertenecientes a universidades privadas de la ciudad de Quito, para lo cual se construyó y aplicó una encuesta basada en los parámetros, recomendaciones, y datos obtenidos de la Organización Mundial de la Salud acerca de hábitos saludables y consumo de sustancias. Los resultados obtenidos presentaron diferencias en cuanto al género en algunos de los ítems de la encuesta, así mismo se encontró algunas diferencias en cuanto a la edad de los participantes y la realización de ciertas actividades. En general se puede determinar que los hábitos de salud y el consumo de sustancias son conductas que se ven influenciadas por las variables mencionadas, siendo así que en términos generales las mujeres realizan mayor ejercicio que los hombres durante la semana. En cuanto a la alimentación se encontró que los jóvenes tienen, en general, hábitos alimenticios sanos, ya que muchos de ellos consumen una dieta saludable y balanceada, preparada en el hogar. A pesar de estos datos, se encontró que el consumo de alcohol representa algunos de los índices más elevados en cuanto al consumo de sustancias, siendo un 60% tanto en hombres como en mujeres. A su vez se puede pensar que muchas de las conductas están determinadas por la influencia de pares así como por la etapa evolutiva en la que se encuentra este grupo etario.

Palabras clave: Hábitos, salud, alimentación, consumo de sustancias, ejercicio, estudiantes universitarios.

ABSTRACT

The following investigation is based on the description of health life habits of private university students regarding exercise, feeding, substance consumption and self-care based in age, gender, and frequency of the developed conduct. For this investigation, a transversal descriptive analysis with a sample of 205 students attending private universities in Quito was carried out. The survey was developed and applied following the World Health Organization recommendations, data and parameters in regard to health living habits and substance consumption. The results showed various differences regarding gender on some items of the survey. At the same time, it was found some differences concerning the age and the caring out of certain conducts among the participants. In general it can be determined that the healthy habits and substance consumption are influenced by above mentioned variables, since women prove to make more physical exercise than men during the week. In regard to feeding it was found that in general youngsters have healthy feeding habits based on the fact that they consume more balanced and healthier diet usually fixed at home. In addition to this it was found that alcohol consumption represents one of the highest indexes in regard to substance consumption representing 60% on men as well as women. At the same time seem that various conducts are determined by the pairs influence as well as evolutionary stage of this age group.

Key words: Habits, health, nutrition, substance consumption, exercise, university students.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	4
OBJETIVOS	4
OBJETIVO GENERAL	4
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
1. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL Y DISCUSIÓN	
TEMÁTICA	5
1.1 SALUD, ESTILOS DE VIDA Y HÁBITOS.	5
1.1.1 Conductas Saludables.....	5
1.1.2 Estilos de vida saludables y hábito.....	5
1.1.3 Plan Nacional del Buen Vivir	7
1.1.4 Juventud y Estilos de Vida	7
1.2 SURGIMIENTO DE LA PSICOLOGÍA DE LA	
SALUD.....	11
1.3 AUTOCUIDADO	15
1.4 ALIMENTACIÓN.....	16
1.5 EJERCICIO FÍSICO.....	21
1.6 CONSUMO DE ALCOHOL, CIGARRILLO, Y OTRAS	
DROGAS.....	25
1.6.1 Consumo de Alcohol	25
1.6.2 Consumo de Cigarrillo	26
1.6.3 Consumo de otras Drogas.....	28
2. MÉTODO	31
2.1 TIPO DE DISEÑO Y ENFOQUE.....	31
2.2 MUESTREO/ PARTICIPANTES.....	31
2.3 RECOLECCIÓN DE DATOS.....	33
2.4 PROCEDIMIENTO.....	34
2.5 ANÁLISIS DE DATOS	36
3. RESULTADOS	39
3.1 CV RATIO	39
3.2 ALPHA DE CROMBACH	39
3.3 ACTIVIDAD FÍSICA	40
3.4 ALIMENTACIÓN.....	44
3.5 CONSUMO DE ALCOHOL, CIGARRILLO, Y OTRAS	
DROGAS.....	52
3.6 OTRAS PRÁCTICAS.....	57

3.7	COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE SPEARMAN.....	62
3.8	CHI CUADRADO.....	63
4.	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	64
	REFERENCIAS.....	76
	ANEXOS.....	90

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Porcentajes por género.	32
Figura 2. Porcentajes por edad y género.	32
Figura 3. Ítem 1 global.....	40
Figura 4. Ítem 2 global.....	41
Figura 5. Ítem 3 global.....	42
Figura 6. Ítem 4 global.....	43
Figura 7. Ítem 5 global.....	44
Figura 8. Ítem 6 global.....	45
Figura 9. Ítem 7 global.....	46
Figura 10. Ítem 8 global.....	47
Figura 11. Ítem 9 global.....	48
Figura 12. Ítem 10 global.....	49
Figura 13. Ítem 11 global.....	50
Figura 14. Ítem 12 global.....	51
Figura 15. Ítem 13 global.....	52
Figura 16. Ítem 14 global.....	53
Figura 17. Ítem 15 global.....	54
Figura 18. Ítem 16 global.....	55
Figura 19. Ítem 17 global.....	56
Figura 20. Ítem 18 global.....	57
Figura 21. Ítem 19 global.....	58
Figura 22. Ítem 20 global.....	59
Figura 23. Ítem 21 global.....	60
Figura 24. Ítem 22 global.....	61
Figura 25. Consumo de cigarrillo diario.	96
Figura 26. Consumo de cigarrillo semanal.	96
Figura 27. Consumo de cigarrillo mensual.	97
Figura 28. Consumo de alcohol diario.	98
Figura 29. consumo de alcohol semanal.....	98
Figura 30. Consumo de alcohol mensual.	99

Figura 31. Consumo diario de drogas naturales.....	100
Figura 32. Consumo semanal de drogas naturales.....	100
Figura 33. Consumo mensual de drogas naturales.....	101

ÍNDICE DE TABLAS:

Tabla 1. Porcentajes por edad y género.	32
Tabla 2. Criterios de inclusión y de exclusión.....	33
Tabla 3. Forma de calificación utilizada para análisis de datos.....	37
Tabla 4. Forma de calificación utilizada para coeficiente de correlación.....	38
Tabla 5. Datos más relevantes del estudio.	38
Tabla 6. Coeficiente de validez.	39
Tabla 7. Valores Alpha de Crombach.....	39
Tabla 8. Frecuencia por edad ítem 1.....	40
Tabla 9. Frecuencia por edad ítem 2.....	41
Tabla 10. Frecuencia por edad ítem 3.....	42
Tabla 11. Frecuencia por edad ítem 4.....	43
Tabla 12. Frecuencia por edad ítem 5.....	44
Tabla 13. Frecuencia por edad ítem 6.....	45
Tabla 14. Frecuencia por edad ítem 7.....	46
Tabla 15. Frecuencia por edad ítem 8.....	47
Tabla 16. Frecuencia por edad ítem 9.....	48
Tabla 17. Frecuencia por edad ítem 10.....	49
Tabla 18. Frecuencia por edad ítem 11.....	50
Tabla 19. Frecuencia por edad ítem 12.....	51
Tabla 20. Frecuencia por edad ítem 13.....	52
Tabla 21. Frecuencia por edad ítem 14.....	53
Tabla 22. Frecuencia por edad ítem 15.....	54
Tabla 23. Frecuencia por edad ítem 16.....	55
Tabla 24. Frecuencia por edad ítem 17.....	56
Tabla 25. Frecuencia por edad ítem 18.....	57
Tabla 26. Frecuencia por edad ítem 19.....	58
Tabla 27. Frecuencia por edad ítem 20.....	59
Tabla 28. Frecuencia por edad ítem 21.....	60
Tabla 29. Frecuencia por edad ítem 22.....	61
Tabla 30. Coeficiente de correlación de Spearman.....	62

Tabla 31. Chi cuadrado ítems 1-12.	63
Tabla 32. Chi cuadrado ítems 13-17.	63
Tabla 33. Chi cuadrado ítems 18-22.	63
Tabla 34. Consumo de cigarrillo diario.	96
Tabla 35. Consumo de cigarrillo semanal.	97
Tabla 36. Consumo de cigarrillo mensual.	97
Tabla 37. Consumo de alcohol diario.	98
Tabla 38. Consumo de alcohol semanal.	99
Tabla 39. Consumo de alcohol mensual.	99
Tabla 40. Consumo diario de drogas naturales.	100
Tabla 41. Consumo semanal de drogas naturales.	101
Tabla 42. Consumo mensual de drogas naturales.	101
Tabla 43. Consumo diario de drogas semi sintéticas.	102
Tabla 44. Consumo semanal de drogas semi sintéticas.	102
Tabla 45. Consumo mensual de drogas semi sintéticas.	102
Tabla 46. Consumo semanal de drogas sintéticas.	103
Tabla 47. Consumo mensual de drogas sintéticas.	103

INTRODUCCIÓN

El autocuidado se entiende como “una conducta ante la vida dirigida hacia uno mismo en beneficio de la salud y el bienestar” (Instituto catalán de la salud, 2006, p. 264). Varios problemas de salud que se manifiestan en la adultez son consecuencia de hábitos perjudiciales en las etapas de adolescencia y juventud (Pastor, Balaguer y García, 2006, p.23; González, 2003, p.89).

La tasa de mortalidad en los jóvenes generalmente es muy baja, siendo así 10.000 veces menos probable que mueran de alguna enfermedad antes de los 25 años de edad, sin embargo debe tomarse en cuenta que los hábitos poco saludables en la juventud desembocan en problemas de salud graves a la edad adulta (Stassen, 2009, p. 8).

A finales del siglo XX se realizaron campañas enfocadas en la mejora de un estilo de vida saludable, estas campañas estaban basadas en cómo los hábitos saludables pueden evitar ciertas patologías. El objetivo principal era fomentar comportamientos que conllevan a un estado de salud general, como puede ser el mantener una alimentación sana y el realizar ejercicio físico de forma periódica. (Reinozo y Seligson, 2005, pp. 14, 15).

La alimentación es parte primordial de una buena salud, ya que, malos hábitos alimenticios pueden traer consigo enfermedades cardiovasculares, diabetes, caries, trastornos gastrointestinales, entre otros. Benages (2009, p. 11) plantea que la alimentación saludable influye directamente en las funciones cognitivas, previniendo enfermedades neurodegenerativas y permitiendo la detención o modulación del deterioro cognitivo. En lo referente a los jóvenes Alvarado y Luyando (2013, p.160) encontraron que generalmente, en este grupo etario, no existe una alimentación adecuada y poseen una percepción poco clara de lo que es una buena alimentación. De igual manera Páez y Castaño (2010, p.170) encontraron que solamente el 13,6% de la muestra que estudiaron mantenía

hábitos alimenticios saludables, e identificaron que la variable de género cumple un papel importante en cuanto a esta práctica.

El ejercicio físico por su parte, previene enfermedades crónicas, beneficia al humor, al sueño y al autoestima. (Pastor, Balaguer y García, 2006, p.23; González, 2003, p.89). Varela, Duarte, Salazar, Lema y Tamayo (2011, p. 274), en su estudio acerca de la actividad física y sedentarismo en jóvenes colombianos, determinaron que en general la realización de ejercicio físico en este grupo era poco saludable, siendo así que la mayoría de jóvenes no realizaban algún tipo de ejercicio o práctica corporal por lo menos 30 minutos tres veces por semana, y plantean que este factor aumenta el riesgo de adquirir enfermedades cardiovasculares, síndromes metabólicos y problemas emocionales. Otro aspecto importante a tomar en cuenta a la hora de hablar de la realización de ejercicio físico es que este disminuye el índice de consumo de cigarrillo y alcohol (Pastor, Balaguer y García, 2006, p.23; González, 2003, p.89).

El consumo de alcohol, cigarrillo, y otras drogas pueden generar daños orgánicos, dependencia psicológica, problemas respiratorios, circulatorios, cáncer, entre otros (Richardson, 2004, pp. 62, 65). Referente a esto en el estudio de Salazar y Arrivillaga (2004, p. 80) realizado en Colombia acerca del consumo de alcohol y tabaco en jóvenes con una edad promedio de 20,8 años, se encontró que de la muestra estudiada, compuesta por 754 personas, el 61%, se consideran fumadores pasivos, y en lo referente al alcohol, el 78% manifestó que habitualmente consume esta sustancia en situaciones sociales. El consumo habitual de alcohol y tabaco, así como el ejercicio físico, la alimentación, entre otros factores, han sido tomados en cuenta para la medición de campañas de prevención en salud y para la medición de hábitos de autocuidado (Recio, 2012, p. 248). Respecto a este punto en el estudio de Escobar y Pico (p. 2013, p.184) realizado en Colombia, se encontró que los estudiantes de la muestra tenían hábitos saludables referentes al autocuidado, y se explica que la muestra de mujeres obtuvo una puntuación mayor en cuanto a esta variable.

Los jóvenes y adolescentes, con edades entre los 10 y los 24 años, representan el 24,5% de la población Regional Panamericana, es decir 232 millones (Pastor, Balaguer y García, 2006, p.23; González, 2003, p.89). A pesar de la existencia de estudios a nivel latinoamericano, cabe mencionar que no se han encontrado estudios en Quito respecto a los hábitos de salud en jóvenes universitarios, con lo cual, este es un campo que debe ser investigado y tomado en cuenta para con ello identificar las posibles conductas riesgosas, que pueden desembocar en enfermedades a largo plazo. La población de jóvenes cuyas edades están entre los 18 y 21 años de edad, en la provincia de Pichincha es de 195.053, es decir el 7,53% de la población de esta provincia y el 1,3% de la población ecuatoriana (Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC], 2010 a). En la última encuesta demográfica realizada por el INEC (2010 b) se encontró que 43% de hombres y el 39% de mujeres acuden de manera regular a establecimientos privados de instrucción superior.

Con esta investigación se busca promover la reflexión acerca del tema de salud e incitar investigaciones más profundas en Ecuador acerca del tema en este grupo etario. Como lo demuestra la bibliografía y estudios citados, los hábitos saludables, se han modificado con el tiempo, trayendo consigo enfermedades crónicas no infecciosas, siendo un punto importante a tomar en cuenta ya que como se ha mencionado anteriormente los hábitos en etapas tempranas desembocan en el estado de salud en años posteriores (Stassen, 2009, p. 8, Blanco y Rodríguez, 2010, p. 544, Ham, et al, 2005, p.32). Es por esta razón el interés de realizar un estudio transversal descriptivo, que determine cuáles con las prácticas de salud que realizan los jóvenes entre 18 y 21 años de edad pertenecientes a universidades privadas de Quito, en torno a la alimentación, ejercicio físico, consumo de sustancias tanto legales como ilegales, y autocuidado, para lo cual se utilizó una encuesta relacionada con los hábitos de salud mencionados.

DESARROLLO DEL TEMA

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las prácticas en torno a la alimentación, ejercicio físico, consumo de sustancias psicoactivas, y autocuidado, que realizan los jóvenes entre 18 y 21 años de edad pertenecientes a universidades privadas de Quito?

Objetivos

Objetivo general:

Determinar cuáles son las prácticas que realizan los jóvenes entre 18 y 21 años de edad pertenecientes a universidades privadas de Quito, en torno a la alimentación, ejercicio físico, consumo de sustancias psicoactivas, y autocuidado.

Objetivos Específicos:

- Determinar, por grupo de edad, qué tipo de prácticas realizan los jóvenes entre 18 y 21 años de edad pertenecientes a universidades privadas de Quito, en torno a la alimentación, ejercicio físico, consumo de sustancias psicoactivas, y autocuidado.
- Determinar la frecuencia con la que los jóvenes universitarios entre 18 y 21 años de edad pertenecientes a universidades privadas de Quito, realizan prácticas saludables y no saludables en torno a alimentación, ejercicio físico, consumo de sustancias psicoactivas, y autocuidado.
- Determinar la incidencia por género de prácticas saludables y no saludables que realizan los jóvenes entre 18 y 21 años de edad pertenecientes a universidades privadas de Quito, en torno a la alimentación, ejercicio físico, consumo de sustancias psicoactivas, y autocuidado.
-

CAPÍTULO I

1. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL Y DISCUSIÓN TEMÁTICA

1.1 Salud, estilos de vida y hábitos.

1.1.1 Conductas Saludables

La salud es definida por la Organización Mundial de la Salud ([OMS] s.f. a) como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Partiendo de esto se debe remarcar que “los factores que determinan la salud están relacionados con los estilos de vida” (Tuero del Prado y Márquez, 2012, p. 35), y varios problemas médicos, están directamente relacionados con este aspecto. Las autoras Tuero del Prado y Márquez (2012, p. 35) plantean que la alimentación, la actividad física, los hábitos de consumo de alcohol y tabaco son determinantes en los aspectos relacionados a la salud; además plantean que los estilos de vida que las personas mantienen pueden ser específicos de una etapa evolutiva, pero a la vez están determinados por el ámbito sociocultural. Los estilos de vida saludables y los hábitos adquiridos determinan las conductas que el individuo toma frente a la cotidianidad.

1.1.2 Estilos de vida saludables y hábito

El estilo de vida parte desde una perspectiva social e individual, es decir que son “procesos sociales, tradicionales, hábitos, conductas y comportamientos de los individuos” (Riviera, 2010, p. 33). Oblitas (2009, p. 29) define el estilo de vida desde una perspectiva de salud como “una moral saludable que cae bajo la responsabilidad del individuo o bajo una mezcla de responsabilidad del individuo y administración pública, según el ámbito cultural” (Oblitas, 2009, p. 29). Kiesel (2008, p. 1), por su parte, determina la salud como parte de la capacidad de cada individuo de construir un estilo de vida saludable, lo cual a su vez depende de la existencia de factores de riesgo y factores de protección

que determinan la salud de los individuos (Riviera, 2010, p. 33). La OMS en el “Plan de Acción 2008-2013 para la Estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles - en inglés” (OMS, 2008b, p. 19 - 21) remarca que los principales factores de riesgo son el consumo de cigarrillo, inactividad física, una alimentación malsana, y el uso dañino de alcohol, por lo que la modificación de estos hábitos desembocan en factores de protección, es decir, la realización de ejercicio de manera periódica, una alimentación saludable, el no consumo de cigarrillo y el consumo de alcohol de manera no dañina ayudan en la prevención de enfermedades no transmisibles.

La Real Academia Española de la Lengua [RAE] (2001) define hábito como un “modo especial de proceder o conducirse adquirido por repetición de actos iguales o semejantes, u originado por tendencias instintivas”. Los hábitos, actitudes y conductas, son aspectos que se basan en costumbres y valores que se han adquirido a lo largo de la vida a partir de los que se considera socialmente correcto e incorrecto, dentro de lo cual se incluyen las normas de comportamiento y las actividades del día a día. Es por esta razón que los hábitos, y en general el estilo de vida incluyen las actividades cotidianas como la alimentación, los hábitos de sueño, higiene, y cuidado personal (Llanes y Castro, 2002, p. 36), y se debe mencionar que el mantenimiento de hábitos saludables y el fomento de los mismos, están contemplados como un factor relacionado a la calidad de vida de los individuos.

La calidad de vida se relaciona directamente con el bienestar del sujeto, y toma en cuenta aspectos sociales, psicológicos y físicos. Siguiendo esta línea se entiende que la calidad de vida “es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social” (Ardila, 2003, p. 163), la misma que está compuesta de aspectos subjetivos y objetivos, siendo de esta manera se dice que los aspectos subjetivos comprenden la intimidad, la expresión emocional, seguridad percibida, productividad personal y salud objetiva, los mismos que se determinan como aspectos relacionados al bienestar psicológico. Por su parte los aspectos objetivos se identifican como el bienestar material, las relaciones

armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida, este último evidentemente relacionado al bienestar físico (Ardila, 2003, p.163). A partir de esto se habla de que la calidad de vida implica la satisfacción general de la persona.

1.1.3 Plan Nacional del Buen Vivir

El Plan tiene como objetivo la mejora de la calidad de vida de la población, en cuanto a lo que se plantean los derechos del Buen Vivir (acceso a agua, alimentación, salud, educación, y vivienda) (Senplades, 2013, p. 136). Este plan tiene como base la consolidación de políticas de promoción de salud y prevención de enfermedades mediante hábitos saludables, acceso universal a servicios de salud, promoción de salud sexual y reproductiva, hábitos alimenticios, y fomento de actividad física (Senplades, 2013, p. 137).

La primera causa de muerte en el Ecuador está directamente relacionada con las enfermedades crónicas, siendo las más comunes las dolencias cardiovasculares, cerebrovasculares, y diabetes, generalmente derivadas de hábitos poco saludables, los mismos que suelen ser adquiridos en la juventud (Senplades, 2013, p.138).

1.1.4 Juventud y Estilos de Vida

La RAE (2001) define juventud como el “período de la vida humana que precede inmediatamente a la madurez”. Según Cornachione (2006, p. 16) la transición a la edad adulta se da aproximadamente entre los 17 y los 22 años. En esta etapa existe cercanía a la vida adulta debido a que los jóvenes experimentan gran necesidad de autonomía e independencia, a la vez que se sienten alejados de la familia. Por su parte en la teoría de Levinson (1977, en Cornachione 2006, p.21) se plantea que los jóvenes entre los 17 y los 24 años de edad experimentan la “salida del hogar” refiriéndose que a esta edad la persona se vuelve más independiente tanto económica como emocionalmente. Con este planteamiento concuerdan los estudios de Gould, los cuales

demonstraron que los jóvenes con entre 18 y 22 años experimentaban gran sensación de independencia, necesidad de salir de su hogar de manera definitiva y orientación hacia el grupo de compañeros. Finalmente se puede mencionar la teoría de Erikson la cual plantea que esta etapa evolutiva pertenece a lo que él llamo “intimidación frente al aislamiento”, en la cual el joven tiende a involucrarse en relaciones amorosas y existe una mayor intimidación en cuanto a amistad con los demás. Estas teorías reflejan que los jóvenes con edades entre los 17 y los 24 años tienden a volverse más independientes, y a su vez alejarse de la familia, dándole más tiempo a las relaciones interpersonales fuera del hogar, lo que trae consigo una mayor influencia por parte del entorno social, modificaciones en la rutina diaria, y por consiguiente cambios en los hábitos relacionados a la salud. (Cornachiones, 2006, p. 19, 24, 25, 85).

Según la OMS (2004 a, p. 2) los hábitos poco saludables a edades tempranas, como la mala alimentación y la inactividad física, promueven el desarrollo de enfermedades no transmisibles como cardiopatías, diabetes tipo 2, y algunos tipos de cáncer. En el mismo informe se plantea que este tipo de enfermedades tienen un gran peso en el ámbito de la salud, y el índice de afección tiende a ser más alto en los países en desarrollo, a la vez que afecta a personas más jóvenes en relación a los países desarrollados.

Pobres hábitos de autocuidado, mala alimentación, inactividad física, consumo de alcohol y tabaco, es decir, un estilo de vida con hábitos poco saludables, desembocan en enfermedades crónico-degenerativas y no infecciosas, como se mencionó en un principio. Este tipo de enfermedades tiene una carga tanto social como psicológica, en cuanto que la persona que las padece se puede enfrentar a pérdida de control personal, baja autoestima, sensación de vulnerabilidad, modificaciones en la identidad y en cuanto al entorno puede vivirse como un gran impacto emocional para la familia (Blanco y Rodríguez, 2010, p. 544).

La alimentación se vincula directamente a la salud, siendo así, una alimentación poco saludable desemboca en la aparición de enfermedades crónicas no infecciosas (cardiopatías, enfermedades cardiovasculares, diabetes, caries, trastornos gastrointestinales, entre otros) OMS (2000, pp. 10, 11). En el estudio realizado por Alvarado y Luyando (2013, p.160) se encontró que los adolescentes entrevistados tiene una percepción poco clara acerca de una buena alimentación, y concluye que generalmente no se alimentan sanamente. En otra investigación, realizada con una muestra de adolescentes, los resultados obtenidos reflejan que solamente el 13, 6% mantienen hábitos alimenticios saludables (Páez y Castaño, 2010, p.170), lo cual puede deberse a la necesidad de cumplir con los horarios laborales o de estudios (Francisco y Jiménez-Díaz, 2013, p. 689). En el mismo estudio se plantea que la variable de género juega un papel importante en cuanto a los hábitos de salud, evidenciando que las mujeres presentan mayor sedentarismo y mayor riesgo para trastornos alimenticios.

En la población Regional Panamericana el 24,5% son jóvenes y adolescentes, con edades entre los 10 y los 24. Uno de los inconvenientes de salud que se manifiestan en este grupo, es la obesidad, sobre todo en países como Estados Unidos y Canadá. A su vez la desnutrición es un factor que afecta de manera importante, presentándose los mayores índices en El Salvador, Bolivia y Haití (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2010, pp. 7 - 14).

El sedentarismo está estrechamente relacionado con la falta de actividad física y con la alimentación poco sana, generando problemas de salud y a su vez “favorece la intensidad del hábito de fumar” (Más, Alberti y Espeso, 2005). Es importante remarcar que para mantener un estado de salud adecuado, los adolescentes y los niños necesitan realizar por lo menos 60 minutos de actividad física (Rodés y Piqué, 2007, p. 77). Un estudio realizado acerca del estilo de vida saludable en adolescentes plantea que la actividad física genera de manera indirecta cierta influencia en cuanto a la alimentación sana, y el consumo de sustancias (alcohol, tabaco), de esta manera se encontró que

aquellos jóvenes que realizan una mayor práctica deportiva poseen una alimentación más sana y menores índices en relación al consumo de las sustancias mencionadas (Pastor, Balaguer y García, 2006, p.23). En el estudio de Salazar y Arrivillaga (2004, p. 80) se encontró que el 37,5% de la muestra había consumido tabaco alguna vez y que el 83,8% había consumido alcohol por lo menos una vez en su vida. El consumo de alcohol y tabaco genera perjuicios para la salud, y ambas sustancias son consideradas de alto riesgo sobre todo al llegar a la edad adulta, por tanto, el consumo de estas sustancias se considera un hábito poco saludable. (Ham, Gutiérrez y González, 2005, p.32).

La predicción de hábitos poco saludables, la evaluación del rol del comportamiento en la etiología de las enfermedades, la evaluación de la interacción entre la psicología y la fisiología, el entendimiento del papel psicológico en la enfermedad y en el tratamiento de la misma, son aspectos de los que se encarga la psicología de la salud, siendo los objetivos principales la prevención de enfermedades y promoción de conductas de salud (Ogden, 2012, p. 9).

1.2 SURGIMIENTO DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Para poder hablar de la psicología de la salud es importante, en primer lugar, tomar en cuenta las características del modelo biomédico, ya que esta rama de la psicología se origina a causa de la insuficiencia del modelo biomédico para explicar la salud y la enfermedad (Reinozo y Seligson, 2005, p.15).

Existen dos principios que determinan el modelo biomédico: el reduccionismo biológico y el dualismo cartesiano. El primero se enfoca en que la enfermedad puede ser explicada, y entendida como un mal funcionamiento fisiológico, donde la patología parte, ya sea de una falla orgánica interna causada por desequilibrios bioquímicos, o por agentes externos como bacterias o virus. El dualismo cartesiano toma en cuenta a la mente y al cuerpo por separado, es decir, que la mente no tiene influencia en el cuerpo, y por tanto deben ser estudiadas de manera independiente, ya que su funcionamiento es distinto, y siguiendo esta línea, los problemas de salud son vistos como un aspecto apartado a los psicológico y social, y más bien son tomados como algo netamente biológico (León, Medina, Barriga, Ballesteros y Herrera, 2004, p.16).

El modelo biomédico parte de que la enfermedad física, o biológica, puede generar malestar psicológico (por ejemplo infelicidad), sin embargo, considera que la enfermedad no parte de aspectos psicológicos o sociales. Incluso se habla de que es imposible que el estado de ánimo influya en la mejora o decaimiento de la enfermedad (León, Medina, Barriga, Ballesteros y Herrera, 2004, p.16).

Una persona enferma, *debe* reconocer que se encuentra con problemas de salud, acudir en búsqueda de ayuda médica y cooperar con el tratamiento, de lo contrario se dice que el sujeto mismo es considerado como el agente principal, y responsable, del mantenimiento de su enfermedad. Esta conducta social es regulada – de manera implícita - por el médico, al ser visto y aceptado por la sociedad como un ente de autoridad en cuestiones de salud, por lo que a su vez actúa como agente de control social. Tomando esto en cuenta, el

modelo biomédico se ve cuestionado, ya que, la salud empezó a ser vista desde un panorama basado en el desempeño de roles sociales, y por tanto la enfermedad gana un proceso de índole social. De esta manera la enfermedad adquiere un matiz no solamente orgánico, sino social, y a partir de ello nace la diferenciación de los significados que la profesión médica da a la enfermedad y los signos corporales en el contexto sociocultural (León, Medina, Barriga, Ballesteros y Herrera, 2004, p.19).

Siguiendo la misma línea, Vega y González (2009, p.8, 9) recalcan la importancia de las redes de apoyo en cuanto a la enfermedad crónica. Mencionan que el apoyo de las redes sociales, siendo la más importante la familia, desempeñan un papel fundamental en el bienestar, no solamente de los cuidadores primarios disminuyendo el estrés y la carga emocional, sino también en el enfermo. (León, Medina, Barriga, Ballesteros y Herrera, 2004, p.23).

Desde el siglo XX el concepto de enfermedad ha cambiado, aumentando la preocupación en cuanto a las dolencias relacionadas a estilos de vida poco saludables y dejando de lado las aquellas afecciones de origen infeccioso, esto se debe al avance en cuanto a la medicina y la erradicación de algunas de las enfermedades infecciosas más comunes mediante la inmunización. Junto con este avance médico se han encontrado tratamientos efectivos para erradicar algunas enfermedades no infecciosas, sin embargo, estos son altamente costosos, por lo que se ha subrayado la importancia de educar a los individuos en cuanto a cómo el comportamiento relacionado a los hábitos de salud puede disminuir o aumentar el riesgo de enfermarse (Brannon y Feist, 2009, p.2).

La esperanza de vida en la actualidad ha aumentado. Según el Banco Mundial (2013) la esperanza de vida al nacer en el año 2005 era de 75 años, mientras que en el año 2012 el promedio subió 76 años. Brannon y Feist (2009, p.6) plantean que este aumento en la esperanza de vida – a nivel mundial – se ha dado como consecuencia del control de enfermedades infecciosas mediante la

vacunación, acceso a agua potable, eliminación de aguas residuales, hábitos más saludables, por ejemplo el fomento en cuanto a la adquisición de una mejor nutrición. Las personas, al tener una esperanza de vida mayor, tienden a contraer enfermedades crónicas en la adultez o en la tercera edad (Brannon y Feist 2009, p.8, 9).

La División de Psicología de la Salud apareció oficialmente en el año 1978 en la *American Psychological Association*, [APA]. La Psicología de la Salud se define como “el aporte profesional de diferentes áreas de la ciencia psicológica a la promoción, fortalecimiento y mantenimiento de la salud integral” (Oblitas, 2000, p.9), y sus objetivos principales están enfocados hacia la prevención, modificación de las conductas y estilos de vida que perjudican la salud de las personas, como el alcoholismo, el tabaquismo, la dieta, el estrés, el ejercicio, entre otros. Cabe denotar que el primer texto que habla sobre la psicología de la salud en Latinoamérica es publicado por Oblitas en el año 2000, por lo que se puede decir que es relativamente reciente el estudio de esta rama de la psicología en la región latinoamericana (Oblitas, 2009, p. 15).

Reinozo y Seligson (2005, p.15) concuerdan con la definición de Oblitas (2009) y plantean que la psicología clínica de la salud se enfoca principalmente en la modificación de las conductas inapropiadas de los sujetos con el fin de mejorar su salud, y con ello disminuir los riesgos de la posible aparición de enfermedades. Oblitas (2009, p. 16) plantea que la psicología de la salud tiene 4 ejes principales en base a los que trabaja:

1. Modificar actitudes promoviendo y mejorando la salud.
2. Modificar procesos fisiológicos, previniendo y tratando la enfermedad.
3. Implementar campañas de educación dirigidas a la comunidad.
4. Mejorar el sistema sanitario a través de la creación de políticas sanitarias adecuadas.

A pesar de los grandes avances en la medicina, los cuidados médicos no tienen la capacidad de sustituir los hábitos y las condiciones ambientales perjudiciales para la salud, y con ello va de la mano la aparición de enfermedades crónicas, resultado de estos dos factores: ambiente y conducta. (Oblitas, 2009, p.4).

Así mismo aspectos emocionales y cognitivos tienen una gran influencia a la hora de adoptar y mantener conductas saludables o no saludables. Con ello se habla de que un alto grado de distrés emocional puede generar que el individuo muestre desinterés y falta de motivación a la hora de llevar a cabo comportamientos saludables, sin embargo, si el estrés es alto, existe una mayor propensión por parte del sujeto a adoptar conductas perjudiciales o patogénicas (Oblitas,. 2009, p.6).

Como los estudios lo expresan, los estilos de vida poco saludables, y las políticas de salud insuficientes ante la vida actual, han dado lugar a patologías importantes como la obesidad, enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, cáncer, entre otras, mencionadas ya anteriormente (Quirantes, López, Hernández, y Pérez, 2009, p. 6).

Se sabe que las principales causas de muerte en la actualidad son aquellas que parten de los estilos de vida poco saludables, es decir, de las enfermedades no infecciosas, y con esto se plantea que los profesionales de la salud están conscientes de la influencia que ejerce la conducta diaria en la salud. De la misma manera las enfermedades crónicas traen consigo consecuencias no sólo a nivel físico, sino también a nivel psicológico, familiar, y social, por lo que conductas poco saludables deben ser modificadas con el fin de promover el bienestar en el sujeto y en el entorno que lo rodea (Oblitas, 2009, p. 84 - 130).

1.3 AUTOCUIDADO

El autocuidado es inherente al humano y está estrechamente relacionado con el cuidado de la salud, son aquellas prácticas cotidianas para mantener un estado saludable, las mismas que son de libre decisión y parten del aprendizaje y la aplicación de habilidades con el fin de fortalecer o restablecer la salud a la vez que se busca prevenir enfermedades. Cabe recalcar que el autocuidado está relacionado con la cultura y la sociedad. Al hablar de autocuidado se habla de hábitos en relación a la alimentación, ejercicio y actividad física, higiene personal, manejo del estrés, control del consumo de medicamentos, seguimiento de las prescripciones médicas, y manejo del tiempo libre. Se habla de que “el autocuidado se apoya en un sistema formal como es el de la salud, e informal como el apoyo social” (Tabón y García, 2004, p. 33 – 35.).

Las conductas de salud basadas en el autocuidado están determinadas por aspectos tanto internos como externos. En cuanto a los determinantes personales del autocuidado se habla de los hábitos aprendidos y las actitudes que la persona toma a favor o en contra en una situación específica, lo cual se relaciona con la motivación, los valores y los principios. Los determinantes externos están ligados a la cultura, como ya se mencionó, al género, a lo económico, político y social, y a lo científico y tecnológico (Tabón y García, 2004, p. 39 – 41). El autocuidado abarca todas las conductas y hábitos de salud que evitan enfermedades y promueven el bienestar.

1.4 ALIMENTACIÓN

En los últimos años los hábitos alimenticios han cambiado, dando lugar a una dieta basada en la carga energética, con alimentos que generalmente tienen un valor nutricional pobre. Estos cambios en la alimentación han desembocado en el surgimiento de problemas de salud como es la obesidad infantil y del adolescente, y el aumento de algunos tipos de cáncer (Rodríguez y Magro, 2008, p. 395).

La alimentación en etapas tempranas de la vida, es uno de los factores determinantes en cuanto a la salud en edades futuras, es decir, que las características de alimentación y el estado nutricional en las primeras etapas de la vida determina la aparición de enfermedades crónicas en la edad adulta. Partiendo de esta perspectiva se entiende que cada etapa evolutiva tiene sus características y necesidades en cuanto a la alimentación y nutrición, las mismas que están determinadas por la socialización y la maduración psicológica del individuo en la etapa evolutiva que se encuentre. Los hábitos alimenticios adquiridos en la infancia tienden a mantenerse a lo largo de la vida, es por esta razón la importancia de fomentar la adquisición de este tipo de conductas de salud, con el fin de mejorar el estado de salud y mantener una mejor calidad de vida en edades posteriores (Rodríguez, Aranceta y Serra, 2008, p. 1, 2).

Rodríguez, Aranceta y Serra (2008, p. 8) plantean ciertas características que se dan en los jóvenes que se encuentran entre los 13 y los 20 años de edad referente a la alimentación. Durante la adolescencia se generan varios cambios físicos que por sus características requieren de una alimentación saludable, pero es común que durante esta etapa los hábitos alimenticios se vean influenciados por la crisis madurativa característica de esta etapa evolutiva. De esta manera la influencia de su entorno social, sobretodo de la influencia de los pares, cumple un papel fundamental en cuanto a la adopción de hábitos saludables, ya que, por su necesidad de aceptación grupal, el joven adquiere determinadas conductas de alimentación (Rodríguez, Aranceta y Serra, 2008,

p. 8). A esto se suma lo planteado por Carcamo y Mena (2006, p. 5) donde las autoras afirman que “esta es una etapa, donde el joven busca independencia y la identificación de sí mismo, por lo que gusta experimentar y sobretodo tomar decisiones con la mayor libertad posible” lo que implica, de manera directa, el descuido de la alimentación.

Es común que los jóvenes coman fuera de su hogar, y con ello se rompe a su vez el esquema de comida, es decir, que en ocasiones suelen saltarse las comidas, omitiendo más comúnmente el desayuno o el almuerzo, a la vez que se ve un aumento en el consumo de comida rápida. De la misma manera el consumo de alcohol (como la cerveza), refrescos y otras bebidas altas en azúcares generan repercusiones nutricionales importantes (Rodríguez, Aranceta y Serra, 2008, p. 8, 9).

Se debe tomar especial atención en las etapas de la juventud a aspectos como la alimentación frente a las prácticas deportivas de competición, ya que, los jóvenes atletas necesitarán de una alimentación balanceada y saludable sobre todo en las fases de entrenamiento y competición (Rodríguez, Aranceta y Serra, 2008, p. 8, 9).

Referente a la alimentación en jóvenes Arrivillaga, Salazar y Correa (2003, p. 194) en el estudio donde se aborda el tema de las “creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios”, un estudio descriptivo, transversal, cuya muestra fue compuesta por 754 estudiantes de un total de 4.416 personas (adultos y jóvenes), donde se plantea que a pesar de que los jóvenes de la muestra presentaban creencias favorables frente a la importancia de alimentarse saludablemente, el 73% no mantenían hábitos saludables en cuanto a su dieta alimenticia.

Por su parte en un estudio realizado en Chile, se determinó que los estudiantes universitarios tenían hábitos alimenticios poco sanos, primando el consumo de “colaciones” entre las comidas principales del día lo que puede desembocar la

sobre ingesta de alimentos durante el día. Además se encontró que los estudiantes tenían poco conocimiento en cuanto a nutrición, generando así el consumo habitual de comida rápida y de bebidas altas en azúcares. Finalmente en el estudio se plantea que la autoevaluación acerca de los conocimientos nutricionales que poseen, la nota promedio obtenida fue de 4,8, en una escala de 1 a 7 (Rodríguez, Palma, Romo, Escobar, Aragú, Espinoza, et al, 2013, p. 452). Frente a esto Martínez y García (2006, p. 317) concuerdan, y recalcan que el estudiante generalmente se alimenta de manera poco saludable, planteando que aquellos universitarios que residen en su hogar, al menos mantienen una alimentación sana en la cena y en algunas ocasiones en el desayuno, sin embargo, aquellos estudiantes que residen en habitaciones particulares son los que peores hábitos alimenticios poseen, ya que, generalmente tienden a consumir alimentos en panaderías o en sitios de comida de venta al público, donde comúnmente no ofrecen una dieta balanceada.

En el Resumen Ejecutivo de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2011-2013 [ENSANUT-ECU] (Freire, Ramírez, Belmont, Mendieta, Silva, Romero, et al, 2013, p.69) se encontró que en la población de jóvenes entre los 15 y los 19 años de edad, el 84% ha consumido bebidas gaseosas y otras bebidas azucaradas, el 53,7% ha consumido comida rápida y el 60% ha consumido *snacks* en los últimos siete días. En el mismo informe los datos muestran que en la provincia de pichincha, entre el 20% y el 29% de la población con edades entre los 12 y los 19 años, tienen retardo en la talla, siendo mayor la prevalencia en el grupo femenino, mostrando así un déficit nutricional. Por lo contrario, la prevalencia de sobrepeso y obesidad a nivel nacional, en este mismo grupo de edad es del 26%. En lo referente a la población con edades entre los 19 y los 60 años, se encontró que la delgadez es del 1,3%, mientras que la obesidad y sobrepeso representan el 62,8% de la población, siendo mayor la prevalencia en mujeres que en hombres, lo que evidencia claramente un factor importante acerca de los hábitos poco saludables de la población

ecuatoriana en cuanto a la alimentación, sobretodo en etapas tempranas (Freire, et al, 2013, pg. 38 - 40).

Según Benages (2009, p. 11) una alimentación adecuada, es decir, equilibrada con todos los nutrientes necesarios y saludables, tienen una influencia directa en las funciones cognitivas, y de esta manera, previenen la aparición de enfermedades neurodegenerativas, al igual que permite la detención o modulación del deterioro cognitivo. Siguiendo esta línea, una alimentación balanceada fomenta el rendimiento intelectual, y beneficia a la memoria, la atención, y el razonamiento viso-espacial (Riba, 2009, p. 369, 370). En el estudio de Zamora y Pérez (2013, p. 110) se plantea que una nutrición saludable permite la mantención de la funcionalidad y estructura neuronal, generando así una influencia directa en las funciones cognitivas y el mantenimiento de las mismas, previniendo la aparición de enfermedades como el Alzheimer, e incluso otro tipo de trastornos psicológicos como la depresión, y la esquizofrenia, es por esta razón que la alimentación adecuada influye directamente en el bienestar tanto físico como psicológico del sujeto.

Con base en lo mencionado, la OMS (s.f. b, p. 3, 4) plantea ciertas recomendaciones a seguir para mantener una dieta saludable, las mismas que se detallan a continuación:

- “Aumentar el consumo de frutas y hortalizas, así como de legumbres, cereales integrales y frutos secos.”
- “Aumentar sustancialmente la cantidad de actividad física a lo largo de toda la vida.”
- “Dejar de consumir grasas saturadas y ácidos grasos de tipo trans y sustituirlos por grasas sin saturar y, en algunos casos, reducir la ingesta total de grasas.”
- “En cuanto a los alimentos de origen animal, se debe fomentar el consumo de pescado, carnes magras y productos lácteos pobres en grasas.”

- “Reducir la ingesta de azúcares «libres».”
- “Reducir el consumo de sal de cualquier origen y procurar que esté yodada.”
- “Informar adecuadamente a los consumidores acerca de los alimentos para que puedan hacer «elecciones sanas».”
- “Reducir la comercialización intensiva de alimentos ricos en grasas y/o azúcares destinados a los niños.”
- “Apoyar la lactancia natural exclusiva durante seis meses y las prácticas sanas de alimentación del lactante y del niño pequeño, combinadas con la lactancia natural, hasta los dos años.”

La alimentación saludable está basada en los hábitos adquiridos y en la aplicación de ellos en el día a día, sin embargo, los hábitos alimenticios actuales degeneran del cambio en la dinámica familiar. Respecto a esto se habla que el hecho de que ambos padres de familia trabajen, ha llevado a que la comida casera sea dejada de lado, y el aumento de las opciones de comida precocinada y restaurantes de comida rápida han generado que las personas aumenten el consumo de este tipo de alimentación poco saludable (Francisco y Jiménez-Díaz, 2013, p. 689, 690).

Otro punto que ha dado paso a la modificación de los hábitos alimenticios actuales tiene base en algunos aspectos sociales, como es la necesidad de cumplir con los horarios laborales o de estudios, influenciando a que las personas ya no coman en casa (Francisco y Jiménez-Díaz, 2013, p. 689, 690), y consuman alimentos poco saludables, lo cual a su vez se ve reforzado e influenciado por la industrialización y la globalización (entendiendo este último factor como la incorporación de varios países al mercado mundial), lo cual permite un mayor acceso a alimentos que sean fáciles de conservar y a su vez baratos, es decir los alimentos procesados pero que son dañinos para la salud (OMS, 2000, p. 132).

1.5 EJERCICIO FÍSICO.

La actividad física y el ejercicio han sido tomados en cuenta desde hace varios siglos, desde la época de la antigua Roma y Grecia hasta la actualidad, dándose en el siglo XIX un importante avance en cuanto al deporte y la importancia del ejercicio tanto para la salud como un aspecto de culto al cuerpo humano, y fomentando los juegos deportivos. En la actualidad el ser humano está influenciado desde su nacimiento a ciertos factores tanto ambientales como genéticos que determinan las condiciones de vida, por lo que se dice que cada sujeto controla la cantidad y calidad de actividad física que realiza (Bermúdez, 2007, p. 11 - 20).

El sedentarismo se entiende como un factor en el cual la cantidad de actividad física que se realiza no es suficiente para mantener un estado de salud adecuado, y es justamente uno de los factores de riesgo determinantes y característicos en la actualidad (Bermúdez, 2007, p. 21). Según la OMS (2011, p. 2) 3,2 millones de personas a nivel mundial mueren a causa del sedentarismo, esto se debe a que entre el 20% y el 30% de las personas que realizan poca actividad física tienen mayores probabilidades de morir por cualquier causa.

Los nuevos hábitos de vida así como el desarrollo tecnológico y socioeconómico, han generado una mayor facilidad en la realización de las tareas cotidianas generando que las tasas de sedentarismo aumenten. Otro factor determinante de la vida actual y el sedentarismo es el aumento en cuanto a la horas de trabajo, que actualmente suele ser normativo en trabajos de oficina (Fernández, Fernández, y Querol, 2014, 2. Factores relacionados con el sedentarismo infantil.).

Es importante definir las diferencias entre actividad física, ejercicio físico, actividad de tiempo libre o de ocio, y deporte:

- Actividad Física: “Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos (músculos voluntarios) que provoca un gasto energético sustancial”, es decir, que son aquellos movimientos no planificados ni cuantificados (Salinas, 2007, p.17).
- Ejercicio físico: “Conjunto de movimientos corporales planificados, estructurados y repetitivos desarrollados para mejorar o mantener uno o más componentes de la forma física” (González, 2003, p. 29).
- Actividad de tiempo libre o de ocio: “actividades físicas desarrolladas durante los momentos de no ocupación” (González, 2003, p. 29).
- Deporte: Parte del ejercicio pero en este implica la incorporación de normas, reglas y competitividad (Salinas, 2007, p.19).

El ejercicio físico cumple con un rol importante dentro de la salud. Referente a esto se ha encontrado que el realizar ejercicio de manera regular ayuda a disminuir la ansiedad, depresión, aumenta el autoestima, e interviene de manera positiva en el humor y en el sueño. Incluso se plantea que el ejercicio puede ser una alternativa al tratamiento farmacológico o a la psicoterapia, o por otro lado puede ser un factor “coadyuvante a esos tratamientos”. Así como el ejercicio rutinario puede ser beneficiosos para varios aspectos psicológicos, el sobreentrenamiento puede a su vez producir un aumento en algunas patologías, como en el caso de la depresión, donde el exceso de ejercicio físico puede empeorar esta condición (González, 2003, p. 89, 91).

Así mismo se ha encontrado que el mantener una rutina de ejercicio físico permite un aumento en el tiempo total del sueño reparador, disminuyendo el sueño REM, generando así un mayor descanso y restauración en la persona al momento de dormir. Sin embargo el exceso de ejercicio genera una disminución en la calidad de sueño (González, 2003, p.93).

La OPS (2010, p. 24 b) recomienda que las personas cuyas edades se encuentran entre los 18 y los 64 años, deberían cumplir con los siguientes

parámetros para obtener beneficios en cuanto a la salud como consecuencia de la realización de ejercicio:

- “Acumular un mínimo de 150 minutos semanales de actividad física aeróbica moderada, o bien un mínimo de 75 minutos semanales de actividad aeróbica vigorosa, o bien una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa.”
- “La actividad aeróbica se realizará en sesiones de 10 minutos, como mínimo.”
- “Para obtener mayores beneficios, los adultos deberían incrementar esos niveles hasta 300 minutos semanales de actividad aeróbica moderada, o bien 150 minutos de actividad aeróbica vigorosa cada semana, o bien una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa.”
- “Deberían realizar ejercicios de fortalecimiento muscular de los grandes grupos musculares dos o más días a la semana.”

Según (González, 2003, p. 46) el ejercicio, el deporte y la actividad física en el grupo de adolescentes y jóvenes tienen varios beneficios para la salud, tanto física como psicológica, los mismos que son descritos a continuación:

- Ayuda al crecimiento de músculos y articulaciones.
- Ayuda a controlar el peso.
- Previene o retrasa el desarrollo de hipertensión arterial y ayuda a reducir la tensión arterial en algunos casos de hipertensión.
- Ayuda a controlar y reducir los niveles de colesterol en la sangre.
- Mejora la forma física.
- Facilita la adquisición de otros hábitos saludables.
- Facilita las relaciones sociales.

A pesar de las ventajas que trae consigo el ejercicio físico para la salud, y las recomendaciones de la OMS, en la actualidad, como se mencionó

anteriormente, los niveles de sedentarismo se han incrementado, trayendo consigo enfermedades degenerativas y no transmisibles. A pesar de esto, la actividad física tiene una connotación importante en la sociedad a la hora de hablar de conductas saludables, sobre todo en los jóvenes (Márquez y Garatachea, 2013, p. 34, 42). En un estudio descriptivo, observacional y transversal, realizado en España por Ledo, et al (2011, p. 815, 817) se encontró que de una muestra de 111 estudiantes universitarios, el 82% realizaban algún tipo de actividad física, lo que denota un porcentaje alto en esta muestra. Por otro lado un estudio de corte descriptivo, transversal, realizado en el año 2000 y 2007, mediante encuesta a 580 y 1090 estudiantes universitarios respectivamente, se encontró que el porcentaje más bajo en relación a la actividad física fue de 30%, mientras que el más alto fue de 60% en la muestra estudiada (Gil, González, Pastor y Fernández, 2010, p. 151, 152, 154).

Respecto al hecho de practicar ejercicio físico Revuelta y Esnaola (2011, p. 22, 27, 28) en su estudio acerca del clima familiar deportivo y la influencia en el adolescente, con una muestra de 355 adolescentes con edades entre los 12 y los 22 años, se encontró que el clima deportivo familiar, principalmente la influencia paterna, fomenta o limita la actividad física en los jóvenes. Así mismo lo plantean Nuviala, Ruiz, y García (2003, p. 15) afirmando que el aspecto socializante por parte de la familia en los hijos, determina en cierta medida la adquisición de una conducta deportiva, lo que demuestra claramente que la adquisición de una conducta deportiva parte de edades tempranas y de la educación recibida.

1.6 CONSUMO DE ALCOHOL, CIGARRILLO, Y OTRAS DROGAS

1.6.1 Consumo de Alcohol

El alcohol es una droga que ha sido consumida desde hace varios miles de años, desde aproximadamente el año 300 a.c., y actualmente es una de las drogas legales que más se consume en el mundo (Rosa, 2003, p. 17). En la actualidad existen al menos unos 2000 millones de personas que lo consumen a nivel mundial, y se habla de que en el último decenio el consumo mundial se ha incrementado, siendo mayor su porcentaje en los países en desarrollo. Se debe tomar en cuenta que los efectos nocivos del consumo de alcohol son un factor de riesgo para la salud, por lo que se dice que su consumo tiene repercusiones sanitarias y sociales, sobre todo en lo que respecta a la intoxicación y a la dependencia, lo que trae consigo consecuencias a nivel bioquímico.

La intoxicación se refiere a la embriaguez como tal, mientras que la dependencia es tomada como “consumo abundante de alcohol de manera habitual, compulsiva, y prolongada” y es considerado un trastorno clínico (OMS, 2002, p. 19).

Entre los efectos que trae consigo la embriaguez se encuentran la violencia doméstica y los accidentes de tránsito. Además el consumo no moderado de alcohol se ha considerado una causa de más de 60 tipos de enfermedades y traumatismos, pero por su parte, si el consumo de alcohol es de moderado a bajo, se considera que es beneficiosos para la salud, sobre todo en lo referente a la prevención de enfermedades cardiovasculares. A pesar de ello, en 2002 el alcohol causó 3,2% de muertes y se estima que de los efectos directos de la embriaguez y la adicción se derivan entre el 20% y el 30% de enfermedades como el cáncer de esófago, cirrosis hepática, cáncer de hígado, epilepsia, además de otros problemas de orden social como homicidios y accidentes de tránsito (OMS, 2002, p. 19). El consumo de alcohol puede generar pérdida de

la memoria e incluso demencia alcohólica, además de dependencia psicológica (Richardson, 2004, pp. 62, 65).

Los jóvenes perciben al consumo del alcohol como un facilitador para relacionarse con sus pares además de ser un factor de cohesión grupal. A medida que crecen muchos de ellos deciden dejar de lado el consumo compulsivo por el alcohol, pero está claro que algunos de ellos mantienen el nivel elevado de consumo (Rossi, Carbajal, Bottrill, 2014, s.n.).

Según el *Global Status report on alcohol and Health 2014* de la OMS (2014, p. 65) en el Ecuador hasta el año 2010, en la población de mayores de 15 años de edad de zonas urbanas, el 67% de la población bebe cerveza, el 32% licores, y el 1% vino. Por su parte la prevalencia de consumo elevado de alcohol (al menos 60 gramos de alcohol puro consumidos en los últimos 30 días) en la misma muestra, representa el 8%. Tomando esto en cuenta, la OMS en el mismo informe recalca que el Ecuador se encuentra en el nivel 3 de patrones de consumo del alcohol donde 5 representa altamente riesgoso y 1 lo menos riesgoso. Finalmente se puede mencionar que el consumo de alcohol puede traer consigo consecuencias a nivel psicológico, ya que se relaciona con la depresión, ansiedad, y otros problemas emocionales (Salazar y Arrivillaga, 2004, p. 80).

1.6.2 Consumo de Cigarrillo

El cigarrillo trae consigo consecuencias a nivel físico y psicológico. En lo que a lo orgánico se refiere, el consumo regular de tabaco en cualquier presentación (fumar, inhalar, masticar) trae consigo problemas relacionados al peso: las personas que fuman de manera habitual tienden a ser más delgadas, esto se atribuye a que genera cambios en la mucosa oral, creando así cambios en la percepción de saciedad al comer. Otro factor que se vincula a este punto es el hecho de que el cigarrillo representa una gratificación oral, lo que trae como consecuencia menos apetito.

Por otro lado, los consumidores de tabaco tienen mayores índices de adquirir enfermedades gastrointestinales y cambios hormonales. (Ayuntamiento de Madrid, 2003, p. 45, 46), además de producir muerte prematura, problemas respiratorios, circulatorios, cáncer, entre otras enfermedades de alto riesgo (Richardson, 2004, pp. 62, 65). Según la OMS (2010, p. 11). “Alrededor de 6 millones de personas mueren a causa del tabaco cada año, tanto por el consumo directo como por el pasivo” (Richardson, 2004, pp. 62, 65). Según la OMS (2010, p. 11). Igualmente se habla de que aproximadamente el 71% de los casos de cáncer de pulmón, 42% de las enfermedades respiratorias crónicas, y el 10% de las enfermedades cardiovasculares están directamente relacionadas al consumo de tabaco. A pesar de ello el consumo de cigarrillo en los jóvenes universitarios se mantiene, en el estudio de Patiño, Zapata y Olaya (2014, p. 338, 339) se encontró que de los estudiantes que declararon haber consumido al menos alguna vez cigarrillo, alrededor del 60% conocen los efectos nocivos del consumo de éste. Así mismo en este estudio se encontró que no existen diferencias significativas de consumo en relación al género, sin embargo, expresa que la mayoría de hombres se consideraron fumadores habituales mientras que la mayoría de mujeres fumadoras pasivas. Este mismo estudio plantea que la nuevas experiencias y vivencias adquiridas al momento de ingresar a una institución educativa, están ligadas a ciertos factores que impulsan el consumo de cigarrillo (Patiño, Zapata, Olaya, 2014, p. 338, 339).

El consumo de cigarrillo en jóvenes universitarios está supeditado al refuerzo social ejercido en este contexto institucional, a pesar de que el hábito se haya adquirido previamente al ingreso a la universidad, es decir, que el factor social refleja uno de los principales promotores a la hora del consumo de cigarrillo entre la población de universitarios. El consumo de cigarrillo reduce estados emocionales como la ansiedad y el cansancio, lo que genera a su vez un refuerzo negativo en los universitarios (Novoa, Barreto y Silva, 2012, p. 108, 109).

En el Ecuador, aproximadamente 521.220 millones de personas mayores a 12 años consumen cigarrillo, de las cuales el 8,5% son mujeres mientras que el 91,5% son hombres (INEC, 2013). Además se estima que de los adolescentes entre 10 y 19 años de edad, un 14% han probado cigarrillo alguna vez en su vida, de los cuales el 19,8% son hombres y 9,1% mujeres. De aquellos que declararon haber consumido, el 28,4% expresó haberlo hecho, al menos un cigarrillo, en el último mes (Freire, Ramírez, Belmont, Mendieta, Silva, Romero, et al, 2013, p. 71).

1.6.3 Consumo de otras Drogas

Según la OMS (2008a, p. 33) el término *droga* se refiere a aquella sustancia química que modifica los procesos tanto fisiológicos como bioquímicos, y en términos más coloquiales se entiende como cualquier sustancia psicoactiva, relacionándola comúnmente con drogas ilegales. Existen varias clasificaciones de las drogas, una de ellas es según su origen. Este tipo de clasificación divide a las sustancias en tres grupos: Naturales (hoja de coca, marihuana, etc.), semisintéticas (opíáceos, cannabis, cocaína, etc.), sintéticas (anfetaminas y derivados, alcoholes, psicofármacos, drogas de diseño, etc.) (Ortiz, Alonso, González, Ruiz, 2011, p.8).

En términos generales el consumo de drogas de manera prolongada puede traer consigo consecuencias importantes en la salud. A nivel cerebral se habla de la disminución de producción y/o recepción de forma natural de algunos neurotransmisores sobretodo de dopamina, limitando así la capacidad de sentir placer y bienestar, generando estados emocionales como tristeza prolongada, o incluso depresión. Así mismo el abuso de sustancias, o el uso a largo plazo de las mismas puede deteriorar las funciones cognitivas del consumidor. Al hablar de abuso de sustancias, o drogadicción, generalmente la persona padece de problemas médicos asociados al consumo prolongado de la sustancia, como enfermedades pulmonares, cardiovasculares, apoplejía o ataques cerebrales, cáncer, sida, hepatitis B y C, y trastornos mentales (National Institute of Drug Abuse [NIDA], 2008, p.19, 21). De igual manera las

consecuencias sociales relacionadas con el consumo y abuso de sustancias se ven reflejadas en casos como rupturas de relaciones amorosas, arrestos, incumplimiento de obligaciones laborales y familiares (OMS, 2004 b, p. 12). La mayor parte de los consumidores de drogas comienza a utilizar la sustancia en su juventud, lo que se ve directamente relacionado con problemas para la salud y problemas sociales a largo plazo (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC], 2014, p.18).

En el año 2012 se calcula que al rededor del 3,5% al 7% de la población mundial con edades entre los 15 y los 64 años, ha probado al menos una vez alguna droga ilícita, siendo las más comunes el cannabis, los opioides, la cocaína y las anfetaminas, en ese orden. En el mismo año se calculó que alrededor de 183.000 muertes estuvieron relacionadas al consumo de drogas. El cannabis es la droga con mayor importancia en cuanto a tratamiento y consumo en América del Sur y otras regiones (Europa y Oceanía) desde el año 1990, y se estima que el 11% de adolescentes entre 11 y 17 años de edad han consumido esta sustancia al menos una vez en la vida. (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC], 2014, p. 3, 14; Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes [JIFE], 2010, p. 88).

En el Ecuador se encontró que el 13,6% de varones han consumido alguna droga a lo largo de su vida, mientras que las mujeres representan el 3,3%. El 4,3% de la población ha consumido marihuana al menos una vez en la vida, el 1,3% cocaína, 0,8% pasta base, 0,3% hachís, 0,2% éxtasis, y 0,1% alucinógenos, heroína e inhalables. En la ciudad de Quito el consumo de marihuana sigue siendo el más alto, con un porcentaje de 7,84%, tomando en cuenta que esta sustancia es la más consumida, cabe denotar que la edad promedio del primer consumo es de 18,6 años, sin embargo, la edad de primer consumo de inhalantes es la más temprana siendo esta aproximadamente a los 14,2 años. Entre las edades de 18 a 21 años, el primer consumo de alguna sustancia es de cigarrillos, alcohol, heroína, marihuana, base, alucinógenos, cocaína hachís, lo que demuestra que es este rango de edad se da el primer

consumo de la mayor parte de drogas tanto legales como ilegales. Respecto al inicio en el consumo, el 60,9% de la población manifestó haber sido iniciada por algún amigo, o conocido del barrio, el 19,6% solo (por sí mismo), el 7,1% por algún compañero de estudio, el 5,2% por un compañero de trabajo, 4,2% por un familiar, el 1,4% por la pareja, y el 1,3% por otro (Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas [CONSEP], 2007, p. 75 - 77, 82). En el estudio de Saldivia y Vizcarra (2012, p. 46). En el mismo informe se determinó que de la muestra estudiada el 22,22% de los jóvenes habían consumido marihuana, 2,6% otros alucinógenos, 1,5% anfetaminas, 1% cocaína, y 5,7% otras drogas.

Generalmente el consumo de drogas se ve influenciado por el componente simbólico que trae consigo la droga, en unos casos puede ser diversión, entretenimiento, cohesión social, la capacidad de hacer amigos o conseguir pareja, o conseguir ciertos estados emocionales y sensoriales, a lo que se suma el hecho de consumir una sustancia prohibida por los adultos, generando así un sentido de independencia y de paso de la vida adolescente a la adulta (García y Sánchez, 2011, p.143, 144).

En general los hábitos saludables desempeñan un papel fundamental en el bienestar, siendo así que el realizar ejercicio físico de manera regular, alimentarse con una dieta balanceada y saludable, evitar el consumo de sustancias como alcohol, cigarrillo y otras drogas, y mantener conductas de higiene y en general de autocuidado desembocan en una mejor calidad de vida y en la prevención de enfermedades en edades futuras.

2. MÉTODO

2.1 Tipo de diseño y enfoque

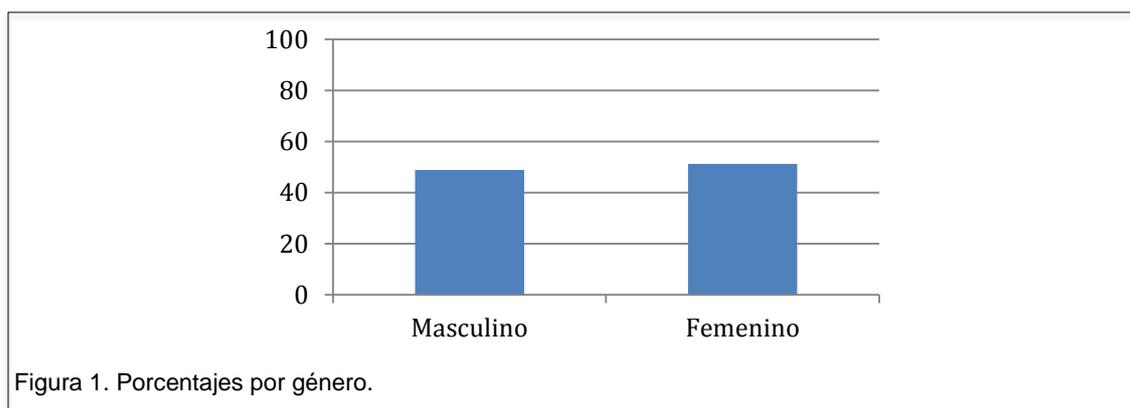
El estudio está planteado desde un enfoque cuantitativo y posee un diseño transversal, descriptivo inferencial, tomando en cuenta que como su nombre lo indica este diseño se basa en “describir fenómenos, situaciones, contextos y eventos; esto es detallar cómo son y se manifiestan” (Pineda y Alvarado, 2008, p.102), desde esta perspectiva se debe denotar que lo que se busca con la presente investigación es determinar los niveles de hábitos saludables en jóvenes universitarios, es por esta razón esta investigación esta direccionada a describir las conductas de los jóvenes en cuanto al autocuidado, consumo de tabaco/alcohol, realización de ejercicio físico, y alimentación, determinando a su vez la frecuencia de consumo. Se busca recoger información y describir las tendencias acerca de este tipo de comportamiento en la muestra planteada. Además de esto se debe plantear claramente que esta investigación se realizará en un momento único en el tiempo, teniendo una duración máxima de 10 meses, siendo así un estudio de corte transversal (Pineda y Alvarado 2008, p. 209).

2.2 Muestreo/ participantes

Los participantes que formaron parte de ese estudio fueron jóvenes pertenecientes a universidades privadas de la ciudad de Quito, con edades entre los 18 y los 21 años. Se utilizó un tipo de muestra no probabilística, la misma que “se caracteriza porque el investigador selecciona la muestra siguiendo algunos criterios identificados para los fines del estudio”, los mismos que son llamados criterios de inclusión y exclusión (Pineda y Alvarado, 2008, p.134) los cuales se presentan en la tabla 2. Tomando esto en cuenta cabe recalcar que esta investigación es intencional/con criterio, ya que “el investigador decide, según los objetivos, los elementos que integrarán la muestra” (Pineda y Alvarado, 2008, p.135).

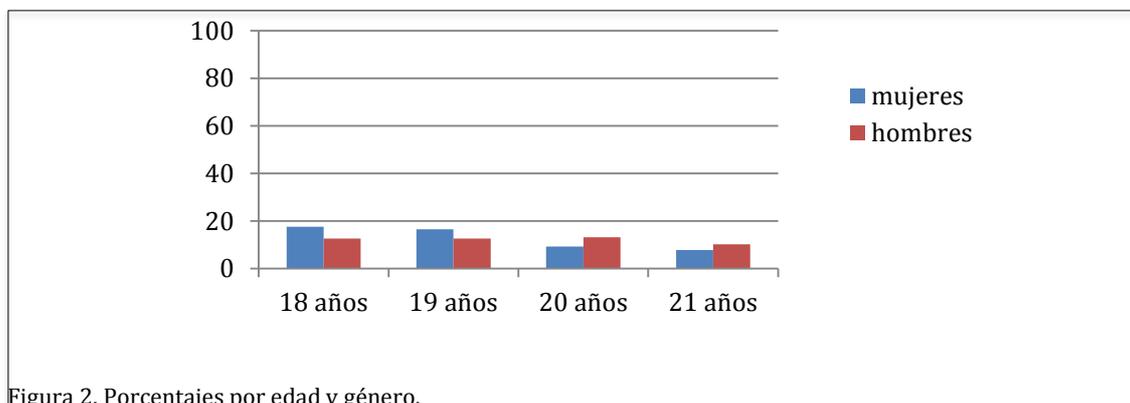
Se plantea entrevistar a una muestra de 205 estudiantes de manera individual, basándose en la cantidad de estudiantes universitarios de la Provincia de Pichincha, los mismos que representan el 7,53% de la población de esta provincia, siendo aproximadamente 195.053. Los porcentajes relacionados a la edad y género de la muestra estudiada se presentan a continuación.

GÉNERO:



La muestra se compuso de 52,11% de mujeres, 48,78% de varones.

EDAD:



Los porcentajes según la edad y el género se muestran en la tabla 1:

Tabla 1. Porcentajes por edad y género.

	Masculino	Femenino
18 años	12,68%	17,56%
19 años	12,68%	16,58%
20 años	13,17%	9,26%
21 años	10,24%	7,80%

Cabe denotar que factores demográficos como la etnia y el estado socioeconómico no fueron contemplados en la encuesta, debido a que no se buscaba relacionar los datos obtenidos con estas variables. Los criterios de inclusión y exclusión tomados en cuenta para la selección de la muestra se presentan en la Tabla 2. Los criterios de inclusión permitieron delimitar la muestra en cuanto a ciertas características que se contemplaron para el estudio (rango de edad, lugar de estudio), por su parte los criterios de exclusión fueron determinados con base en que tales factores externos no interfirieran con los reportes de los participantes:

Tabla 2. Criterios de inclusión y de exclusión.

<i>Criterios de Inclusión</i>	<i>Criterios de Exclusión</i>
Estudiantes, hombre y mujeres pertenecientes a universidades privadas	Jóvenes con trastornos mentales diagnosticados
Estudiantes con edades entre los 18 y 21 años	Mujeres en estado de gestación
Cualquier estado civil	Jóvenes con trastornos físicos diagnosticados, por un facultativo

2.3 Recolección de datos

Se construyó y aplicó una encuesta acerca de hábitos saludables en jóvenes universitarios la misma que está compuesta de 4 factores: ejercicio físico (compuesto por 4 ítems), alimentación (compuesto por 8 ítems), consumo de sustancias (compuesto por 5 ítems), y otras prácticas (relacionadas al autocuidado, compuesto por 5 ítems). En la primera hoja de la encuesta se pide a al participante que señale su género, edad, y si ha sido diagnosticado con alguna enfermedad crónica, de ser así debe especificar cuál. En la encuesta se pide a los participantes responder a cada una de las preguntas basando su respuesta de acuerdo a su realidad en cuanto a los últimos 6 meses

Para la construcción de la encuesta se utilizaron las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para mantener un estado físico saludable y las investigaciones de la misma institución que demuestran las repercusiones del consumo de sustancias. La encuesta tiene un formato de respuesta basado en intervalos de frecuencia para cada uno de los ítems, y respuestas dicotómicas.

El punto de partida para la construcción de la encuesta fueron las investigaciones de Arrivillaga y Salazar (2004, 2005), la primera enfocada en la medición de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en jóvenes universitarios de la Ciudad de Cali en Colombia, mientras que el estudio de 2005 se utilizó para medir las creencias y comportamientos saludables en jóvenes latinoamericanos.

En cuanto a la devolución de los resultados se agregó al final de la encuesta una sección donde cada participante pudo escribir su dirección de correo electrónico de manera opcional con el fin de recibir en formato digital los resultados de la investigación en cuestión.

2.4 Procedimiento

Los pasos a seguir para esta investigación fueron los siguientes:

1. Construcción del instrumento (encuesta): En la presente investigación se realizó en primer lugar la revisión bibliográfica de algunos factores determinantes relacionados a los hábitos saludables, principalmente aquellos relacionados a la alimentación, ejercicio físico, consumo de sustancias tanto legales como ilegales y prácticas de autocuidado. A continuación se formularon los ítems para la encuesta, los mismos que surgieron de la revisión bibliográfica mencionada, sobre todo de las recomendaciones de la OMS, y del formato de encuesta de los estudios de Arrivillaga y Salazar (2004,

2005). Por otro lado se tomaron en cuenta las recomendaciones propuestas por Pineda y Alvarado (2008, p.151 – 161) para la construcción del cuestionario.

2. Revisión de la encuesta con tutor designado: Una vez formulados los ítems se realizó una revisión con el tutor con el fin de determinar aquellos más importantes y relevantes, así como la redacción de los mismos, tomando en cuenta las características de la muestra a la cual fue aplicada. A partir de esta revisión se eliminaron y/o modificaron algunos ítems, y se determinó el tipo de respuesta para cada uno de ellos (intervalos de frecuencia, y respuestas dicotómicas).
3. Revisiones de la encuesta por expertos: En total se realizaron 3 revisiones por 5 expertos en el campo de la psicología pertenecientes a la Universidad de las Américas, los mismos que emitieron observaciones, recomendaciones y calificación de los ítems, a partir de lo cual se calculó el CV ratio (coeficiente de validez). La calificación se basó en los siguientes rangos: “esencial”, “útil”, “no necesario”. Una vez obtenidos los puntajes del Cvratio mayor a 0,5, se procedió a calcular la medida de consistencia interna mediante el índice de Alfa de Cronbach utilizando el programa R (The R Project for Statistical Computing). Cabe recalcar que en la última revisión de expertos, el CVratio que se obtuvo en la mayoría de los ítems fue la más alta (=1).
4. Prueba piloto de la encuesta a una muestra mínima: Se realizó una prueba piloto a una muestra de 10 personas. Se observaron los resultados obtenidos, y se determinó que la encuesta estaba lista para ser aplicada a la muestra final.
5. Aplicación de la encuesta: Se acudió a diferentes sitios de encuentro de jóvenes universitarios, como cafeterías, restaurantes, etc., donde se les preguntó si pertenecen a alguna universidad privada de Quito y se determinó si cumplen los criterios de inclusión mencionado anteriormente, a partir de esto se planteó una reunión en un lugar

neutral donde la persona pudiera responder a la encuesta de manera anónima. Esta reunión se llevó a cabo en diferentes bibliotecas tanto universitarias como municipales.

6. Tabulación de resultados: Una vez obtenidos los resultados se tabularon los mismos en Excel.
7. Análisis de datos
8. Redacción de resultados obtenidos y realización de gráficos.
9. Redacción de conclusiones y observaciones.

2.5 Análisis de datos

En la presente investigación en primer lugar, se utilizaron intervalos de frecuencia para la construcción de la encuesta, los mismos que se determinaron de la siguiente manera para los ítems 1 al 12, y 21: “nunca”, “1 a 3 veces por semana”, “3 a 5 veces por semana”, “todos los días”. En los ítems de consumo (13 al 17) la forma de calificación es dicotómica “si/no” seguida de intervalos de frecuencia de manera diaria, semanal y mensual, y en cada uno se divide de la siguiente manera: “1 a 2 veces”, “3 a 5 veces”, “5 o más”. Los ítems 18 al 20 poseen respuestas dicotómicas “si/no”. Finalmente el ítem 22 tiene un intervalo de frecuencia de la siguiente manera: “más de 3 veces al día”, “3 veces al día”, “2 veces al día”, y “1 vez al día”.

A partir de cada una de las revisiones de expertos, se obtuvo el puntaje del coeficiente de validez (CVratio) para cada uno de los ítems, con el fin de determinar como su nombre lo indica, la validez de contenido de la encuesta a realizarse (López, 2007, p188). Esta medida se obtuvo mediante el programa estadístico R commander (The R Project for Statistical Computing), donde se cargaron los paquetes “psych” y “psychometric”. A continuación se colocó el siguiente comando: CVratio (# de expertos ; # de expertos que calificaron el ítem como esencial, útil o no necesario), donde se obtuvo el puntaje para cada ítem. Es importante destacar que la validez de contenido permite identificar si los ítems de la encuesta son relevantes y miden directamente lo que se busca medir (U.S Department of Labor, 2000, p.27).

Con el mismo programa se calculó el Alpha de Crombach, medida que permite “calcular la confiabilidad de una prueba que consiste en reactivos a los que se asignan dos o más valores estimados de calificación a las respuestas” (Lewis, 1998, p. 90).

Una vez aplicada la encuesta, se tabularon los resultados en Excel. La calificación que se asignó a los intervalos de frecuencia fueron del 1 al 4, siendo 1 = a “nunca” y 4 “todos los días”. En las preguntas dicotómicas el valor que se les designo es 0 para las respuestas “no” y 1 para las respuestas “sí”. Para los ítems de consumo (ítems 13, 14, 15, 16, 17) relacionados a la frecuencia de consumo se calificó como lo muestra la tabla 3.

Tabla 3. Forma de calificación utilizada para análisis de datos.

Diaria	CALIFI	Semanal	CALIFI	Mensual	CALIFI
1 a 2 veces	1	1 a 2 veces	1	1 a 2 veces	1
3 a 5 veces	2	3 a 5 veces	2	3 a 5 veces	2
5 o más	3	5 o más	3	5 o más	3

En el ítem 22 la forma de ponderación fue del 1 al 4 siendo 1 “más de 3 veces al día”, y 4 “1 vez al día”.

A continuación se contabilizaron y analizaron los resultados obtenidos en Excel, utilizando las siguientes fórmulas:

=CONTAR.SI

=MODA.UNO

=CONTAR

=MEDIANA

=SUMA

=PROMEDIO

Se determinaron los porcentajes en cuanto a los hábitos de salud reflejados en la encuesta aplicada se realizaron los gráficos correspondientes. Seguido se determinó el coeficiente de correlación de Spearman, que “mide la asociación o interdependencia entre dos variables discretas medidas, al menos una de ellas, en escala ordinal” (Sábado, 2010, p. 104). Para obtener estos resultados se

utilizó Excel y la ponderación en los ítems de consumo en cuanto a la frecuencia fue diferente, lo cual se muestra en la tabla 4:

Tabla 4. Forma de calificación utilizada para coeficiente de correlación.

Diaria	CALIFI	Semanal	CALIFI	Mensual	CALIFI
1 a 2 veces	7	1 a 2 veces	4	1 a 2 veces	1
3 a 5 veces	8	3 a 5 veces	5	3 a 5 veces	2
5 o más	9	5 o más	6	5 o más	3

Finalmente se calculó el chi cuadrado, el mismo que permite “analizar si existe relación entre dos variables nominales que pertenecen a una misma población” (Icart, Pulpón, Garrido, Delgado, 2012, p. 173, 174). Este análisis se realizó con el programa R commander.

Tabla 5. Datos más relevantes del estudio.

DATOS MÁS RELEVANTES			
Factor	Ítem	Porcentajes	Frecuencia
Ejercicio físico	Ítem 2	Mujeres: 37,14% Hombres: 58%	“de 1 a 3 veces por semana”.
	Ítem 5	Mujeres: 44,76% Hombres: 50%	“de 1 a 3 veces por semana”.
Alimentación	Ítem 7	Mujeres: 76,19% Hombres: 60%	“de 1 a 3 veces por semana”
	Ítem 9	Mujeres: 46,66 %	“todos los días”
		Hombres: 44%	“1 a 3 veces por semana”
Consumo de sustancias	Consumo de alcohol	Mujeres: 60,95% consumen Hombres: 69% consumen	
	Consumo de cigarrillo	Mujeres: 23,80% consumen Hombres: 30% consumen	

3. RESULTADOS

A partir de las encuestas realizadas se encontraron algunos datos. Los más relevantes y aquellos que comprenden los objetivos de esta investigación se presentan a continuación.

3.1 CV RATIO:

El coeficiente de validez obtenido en la última revisión de expertos para cada uno de los ítems se presenta en la tabla 5:

Tabla 6. Coeficiente de validez.

ítem 1	1	ítem 12	1
ítem 2	1	ítem 13	0,2
ítem 3	1	ítem 14	1
ítem 4	1	ítem 15	1
ítem 5	1	ítem 16	1
ítem 6	1	ítem 17	1
ítem 7	1	ítem 18	1
ítem 8	1	ítem 19	0,2
ítem 9	1	ítem 20	0,6
ítem 10	1	ítem 21	0,6
ítem 11	1	ítem 22	0,6

3.2 ALPHA DE CROMBACH:

Los valores para el Alpha de Crombach obtenidos en cada uno de los factores, y de acuerdo al tipo de respuesta de cada ítem son los siguientes:

Tabla 7. Valores Alpha de Crombach.

Factor	Ítems	Valor Alpha
Ejercicio físico, alimentación, otras prácticas	1 – 12 21, 22	0,515721315
Consumo de sustancias:	13 - 17	0,71619453
Otras prácticas (ítems 18, 19, 20):	18, 19, 20	0,5438079

La muestra estuvo compuesta de 52,11% de mujeres, 48,78% de varones. En lo referente a la edad, en la muestra de 18 años el 12,68% fueron mujeres y el 17,56% varones. Los jóvenes de 19 años de edad fueron 12,68% mujeres y 16,58% varones. Los jóvenes de 20 años fueron 13,17% mujeres y 9,25% varones. Y de la muestra de jóvenes de 21 años, el 10,24% fueron mujeres y el 7,80% fueron varones.

3.3 ACTIVIDAD FÍSICA:

ÍTEM 1: ¿Te movilizas en patines, bicicleta, caminando, etc. de un lugar a otro, al menos 20 minutos diarios, con el fin de realizar actividad física? (no incluyen vehículos motorizados).

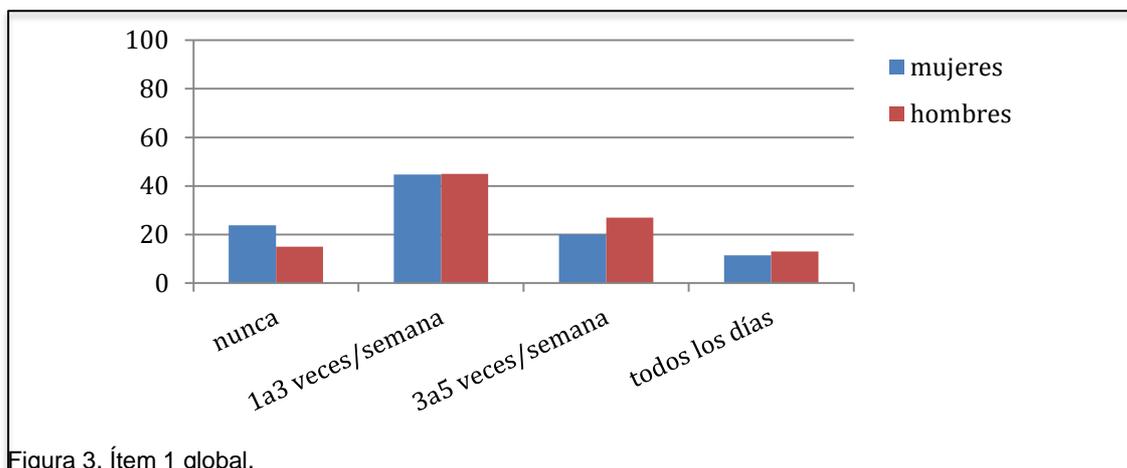


Figura 3. Ítem 1 global.

Global: 23,80% de mujeres y 15% de hombres respondieron “nunca”. 44,76% de mujeres y 45% de hombres respondieron “de 1 a 3 veces por semana”. 20% de mujeres respondieron y 27% de hombres respondieron “de 3 a 5 veces por semana”. 11,42% de mujeres y 13% de los hombres respondieron “todos los días”.

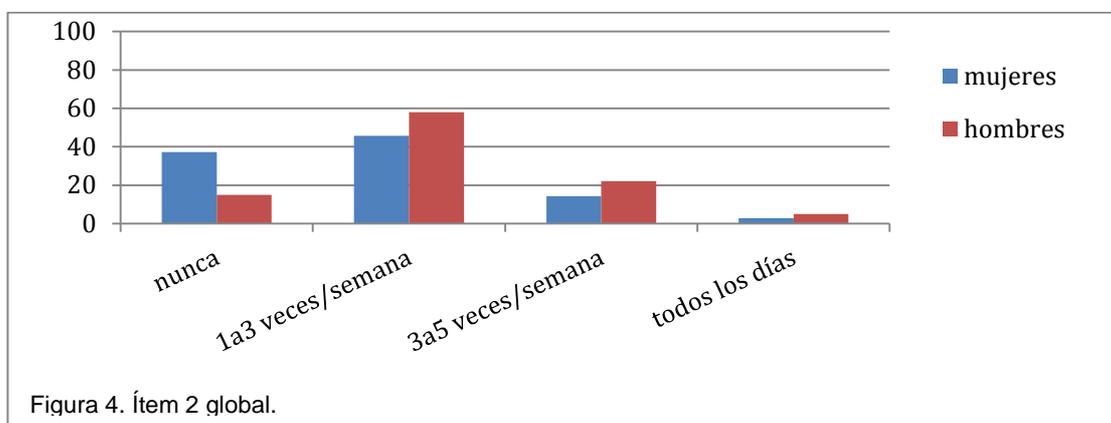
Tabla 8. Frecuencia por edad ítem 1.

MUJERES					HOMBRES				
Frec.	nunc a	1 a 3 veces/ semana	3 a 5 veces/ semana	Todos los días	Frec.	nunc a	1 a 3 veces/ semana	3 a 5 veces/ semana	Todos los días
Edad					Edad				
18	13,88	58,33	16,66	11,11	18	7,69	46,15	38,46	7,69
19	29,41	44,11	14,70	11,74	19	11,53	53,84	19,23	15,38
20	26,31	26,31	31,57	15,78	20	18,51	33,33	25,92	22,22
21	31,25	37,5	25	6,25	21	23,80	47,61	23,80	4,76

Nota: Los valores están expresados en porcentajes (%).

Se evidencia que los valores más elevados en este ítem son las mujeres y los hombres de 19 años que realizan la actividad 1 a 3 veces. Los valores más bajos son las mujeres y los hombres de 21 años que realizan la actividad todos los días.

ÍTEM 2: ¿Realizas al menos 2 horas y media de actividad física, ya sea de manera seguida o fraccionada durante la semana (aeróbicos, natación, bicicleta, trotar, etc.)?



Global: 37,14% de mujeres y 15% de hombres respondieron “nunca”. 45,71% de mujeres y 58% de hombres respondieron “de 1 a 3 veces por semana”. 14,28% de mujeres y 22% de hombres respondieron “de 3 a 5 veces por semana”. 2,87% de mujeres y 5% de hombres respondieron “todos los días”.

Tabla 9. Frecuencia por edad ítem 2.

MUJERES					HOMBRES				
Frec.	nunca	1 a 3 veces/semana	3 a 5 veces/semana	Todos los días	Frec.	nunca	1 a 3 veces/semana	3 a 5 veces/semana	Todos los días
Edad					Edad				
18	44,44	44,44	8,33	2,77	18	15,38	73,07	11,53	0
19	29,41	50	20,58	0	19	19,23	42,30	34,61	3,84
20	47,36	31,57	15,78	5,26	20	11,11	51,85	22,22	14,81
21	25	56,25	12,5	6,25	21	14,28	66,66	19,04	0

Nota: Los valores están expresados en porcentajes (%).

Se evidencia que los valores obtenidos más elevados representan a las mujeres de 21 años y a los hombres de 18 años que realizan la actividad de 1 a 3 veces por semana. Por su parte los valores más bajos representan a las mujeres de 19 años, y a los hombres de 18 y 21 años que realizan la actividad todos los días, siendo así que estos grupos no realizan esta actividad de manera diaria.

Ítem 3: ¿Realizas alguna actividad física con el fin de disminuir el estrés (yoga, caminatas, thai chi, baile, entre otros)?

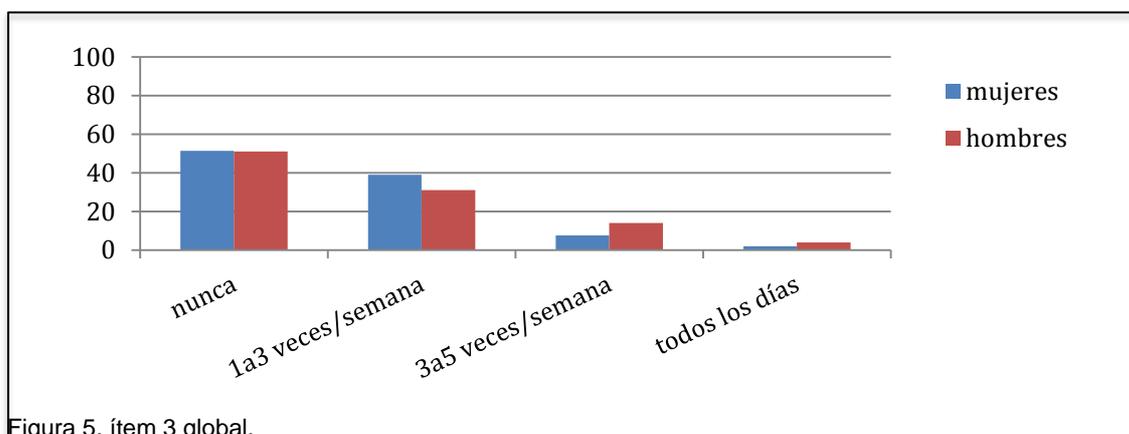


Figura 5. ítem 3 global.

Global: A este ítem el 51,42% de mujeres respondió “nunca”, frente a un 51% de hombres. El 39,04% de mujeres respondió “de 1 a 3 veces por semana”, frente a un 31% de hombres. El 7,61% de mujeres respondió “de 3 a 5 veces por semana”, frente a un 14% de hombres. El 1,90% de mujeres respondió “todos los días”, frente a un 4% de los hombres.

Tabla 10. Frecuencia por edad ítem 3.

MUJERES					HOMBRES				
Frec.	nunc a	1 a 3 veces/ semana	3 a 5 veces/ semana	Todos los días	Frec.	nunc a	1 a 3 veces/ semana	3 a 5 veces/ semana	Todos los días
Edad					Edad				
18	58,33	33,33	5,55	2,77	18	53,84	26,92	15,38	3,84
19	44,11	47,05	8,82	0	19	50	26,92	23,07	0
20	57,89	31,57	10,52	0	20	51,85	37,03	3,70	70,40
21	43,75	43,75	6,25	6,25	21	47,61	33,33	14,28	4,76

Nota: Los valores están expresados en porcentajes (%).

Se evidencia que los valores obtenidos más elevados están representados por el grupo de mujeres de 18 años de edad que reportaron “nunca” realizar la actividad. En cuanto a los hombres el porcentaje más elevado está representado por los jóvenes de 20 que realizan la actividad de manera diaria. Los valores más bajos obtenidos son de las mujeres de 19 y 20 años y de los hombres de 19 años que no realizan esta actividad de manera diaria.

Ítem 4: ¿Realizas al menos 20 minutos diarios de ejercicios de fortalecimiento y/o tonificación muscular?

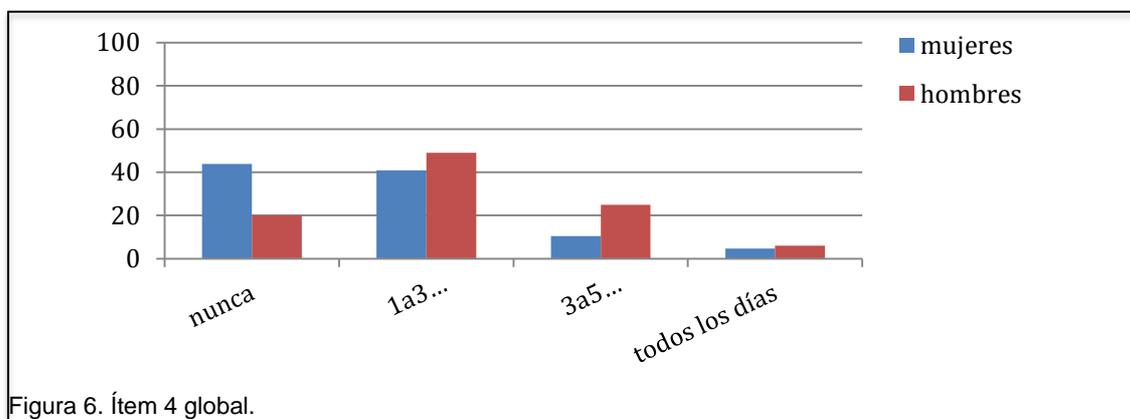


Figura 6. Ítem 4 global.

Global: 43,80% de mujeres y 20% de hombres respondieron “nunca”. 40,95% de mujeres y 49% de hombres respondieron “de 1 a 3 veces por semana”. 10,47% de mujeres y 25% de hombres respondieron “de 3 a 5 veces por semana”. 4,76% de mujeres y 6% de hombres respondieron “todos los días”.

Tabla 11. Frecuencia por edad ítem 4.

MUJERES					HOMBRES				
Frec.	nunca	1 a 3 veces/semana	3 a 5 veces/semana	Todos los días	Frec.	nunca	1 a 3 veces/semana	3 a 5 veces/semana	Todos los días
Edad					Edad				
18	44,44	47,22	5,55	2,77	18	11,53	53,85	30,76	3,84
19	38,23	41,17	14,70	5,88	19	30,79	46,15	23,07	0
20	63,15	15,78	15,78	5,26	20	22,22	51,85	14,81	11,11
21	31,25	56,25	6,25	6,25	21	14,28	42,86	33,33	9,52

Nota: Los valores están expresados en porcentajes (%).

Se evidencia que los valores obtenidos más elevados representan a las mujeres de 20 años que nunca realiza la actividad, y a los hombres de 18 años que realizan la actividad de 1 a 3 veces por semana. Por su parte los valores más bajos representan a las mujeres de 18 años que realizan la actividad todos los días, y a los hombres de 19 años de los cuales ninguno realiza la actividad de manera diaria.

3.4 ALIMENTACIÓN

Ítem 5: ¿Desayunas, almuerzas y meriendas alimentos cocinados en casa y bajos en sal, grasas, y azúcares?

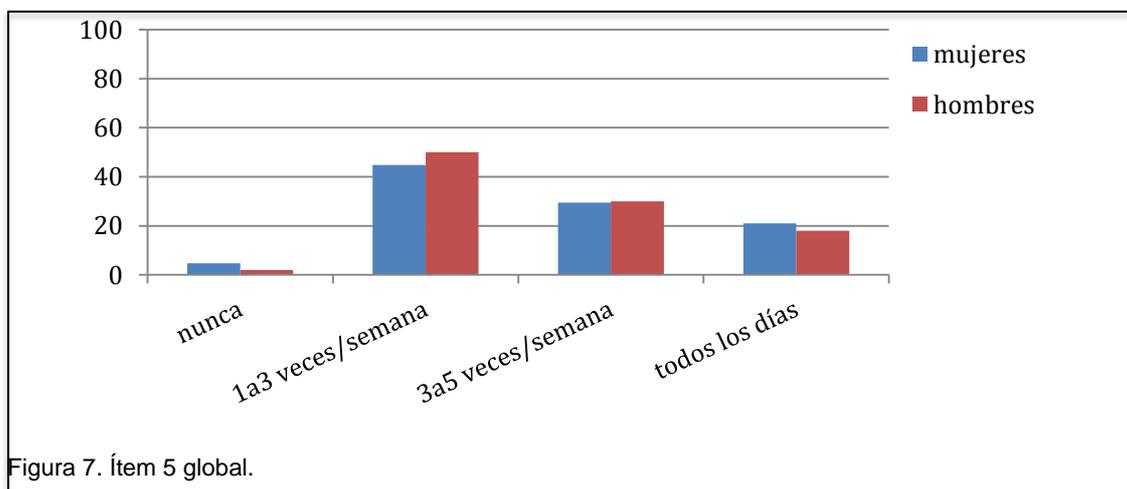


Figura 7. Ítem 5 global.

Global: 4,76% de mujeres y 2% de hombres respondieron “nunca”. 44,76% de mujeres y 50% de hombres respondieron “de 1 a 3 veces por semana”. 29,52% de mujeres y 30% de hombres respondieron “de 3 a 5 veces por semana”. 20,95% de mujeres y 18% de hombres respondieron “todos los días”.

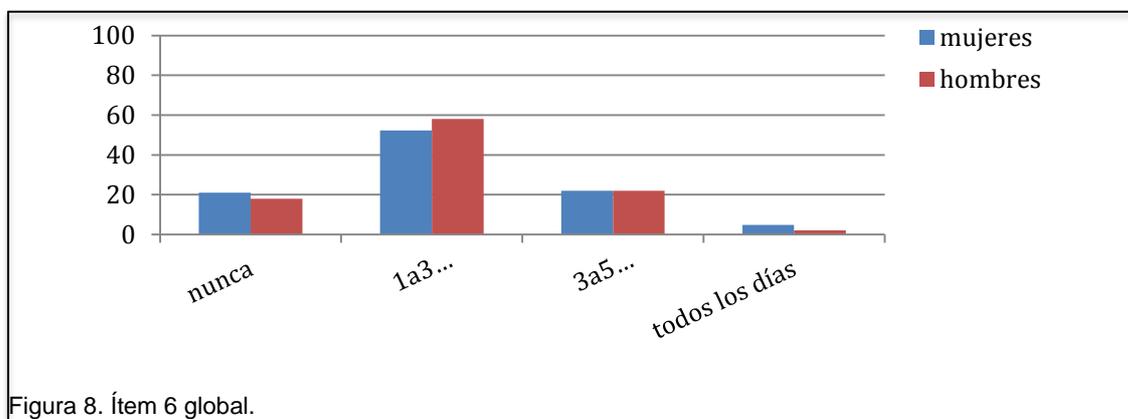
Tabla 12. Frecuencia por edad ítem 5.

MUJERES					HOMBRES				
Frec.	nunca	1 a 3 veces/semana	3 a 5 veces/semana	Todos los días	Frec.	nunca	1 a 3 veces/semana	3 a 5 veces/semana	Todos los días
Edad					Edad				
18	5,55	33,33	36,11	25	18	3,84	53,85	23,07	19,23
19	5,88	55,88	23,53	14,71	19	0	53,85	23,08	23,08
20	5,26	36,84	31,58	26,32	20	0	55,55	29,63	14,81
21	0	56,25	25	18,75	21	4,76	33,33	57,61	14,28

Nota: Los valores están expresados en porcentajes (%).

Se evidencia que los valores obtenidos más elevados representan a las mujeres y a los hombres de 21 años que mantienen este hábito de 1 a 3 veces por semana. Por su parte los valores más bajos representan a las mujeres de 21 años y a los hombres de 19 y 20 años que nunca se alimentan de esta manera.

Ítem 6: ¿Desayunas, almuerzas y meriendas alimentos cocinados en restaurantes y bajos en sal, grasas, y azúcares?



Global: 20,95% de mujeres y 18% de hombres respondieron “nunca”. 52,38% de mujeres y 58% de hombres respondieron “de 1 a 3 veces por semana”. 21,90% de mujeres y 22% de hombres respondieron “de 3 a 5 veces por semana”. 4,76% de mujeres y 2% de hombres respondieron “todos los días”.

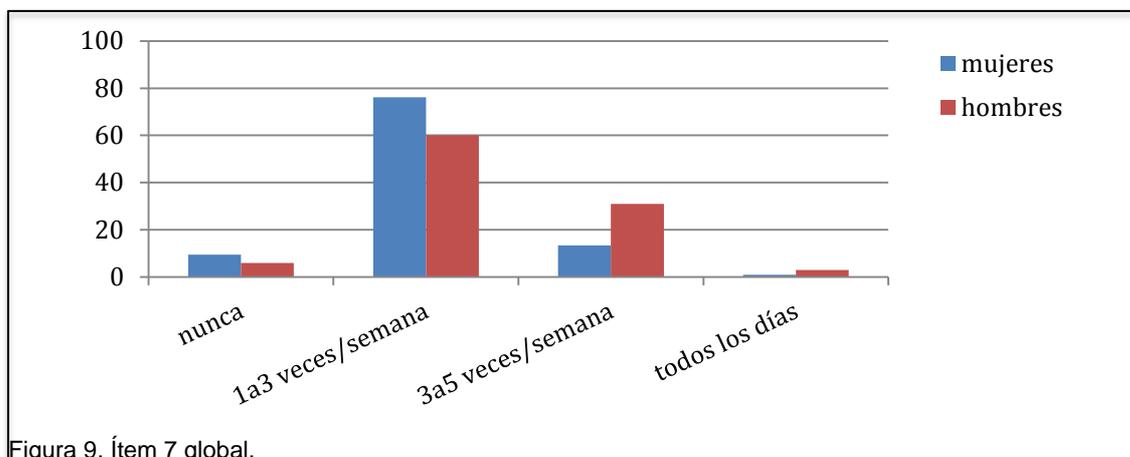
Tabla 13. Frecuencia por edad ítem 6.

MUJERES					HOMBRES				
Frec.	nunca	1 a 3 veces/semana	3 a 5 veces/semana	Todos los días	Frec.	nunca	1 a 3 veces/semana	3 a 5 veces/semana	Todos los días
Edad					Edad				
18	25	47,22	13,88	13,88	18	19,23	61,54	19,23	0
19	14,71	52,94	32,35	0	19	7,69	65,38	26,92	0
20	31,58	47,37	21,05	0	20	18,52	66,66	11,11	3,70
21	12,5	68,75	18,75	0	21	28,57	33,33	33,33	4,76

Nota: Los valores están expresados en porcentajes (%).

Se evidencia que los valores obtenidos más elevados representan a las mujeres de 21 años y los hombres de 20 años, los cuales mantienen este hábito de 1 a 3 veces por semana. Por su parte los valores más bajos representan a las mujeres de 19, 20, y 21 años, y los hombres de 18 y 19 años los cuales no mantienen este hábito de manera diaria.

Ítem 7: ¿Comes comida rápida (pizza, hamburguesas, hot dogs, etc.)?



Global: 9,52% de mujeres y 6% de hombres respondieron “nunca”. 76,19% de mujeres y 60% de hombres respondieron “de 1 a 3 veces por semana”. 13,33% de mujeres y 31% de hombres respondieron “de 3 a 5 veces por semana”. 0,95% de mujeres y 3% de hombres respondieron “todos los días”.

Tabla 14. Frecuencia por edad ítem 7.

MUJERES					HOMBRES				
Frec.	nunc a	1 a 3 veces/ semana	3 a 5 veces/ semana	Todos los días	Frec.	nunc a	1 a 3 veces/ semana	3 a 5 veces/ semana	Todos los días
18	11,76	75	11,11	2,77	18	3,85	57,69	38,46	0
19	11,76	76,47	11,76	0	19	3,85	53,84	38,46	3,85
20	5,26	68,42	26,32	0	20	7,40	74,07	18,52	0
21	6,25	87,5	6,25	0	21	9,52	52,38	28,57	9,52

Nota: Los valores están expresados en porcentajes (%).

Se evidencia que los valores obtenidos más elevados representan a las mujeres de 21 años y los hombres de 20 años, los cuales mantienen este hábito de 1 a 3 veces por semana. Por su parte los valores más bajos representan a las mujeres de 19, 20, y 21 años, y los hombres de 18 y 20 años los cuales no mantienen este hábito de manera diaria.

Ítem 8: ¿Consumes alimentos precocinados (comida congelada, enlatada, alimentos de sobre)?

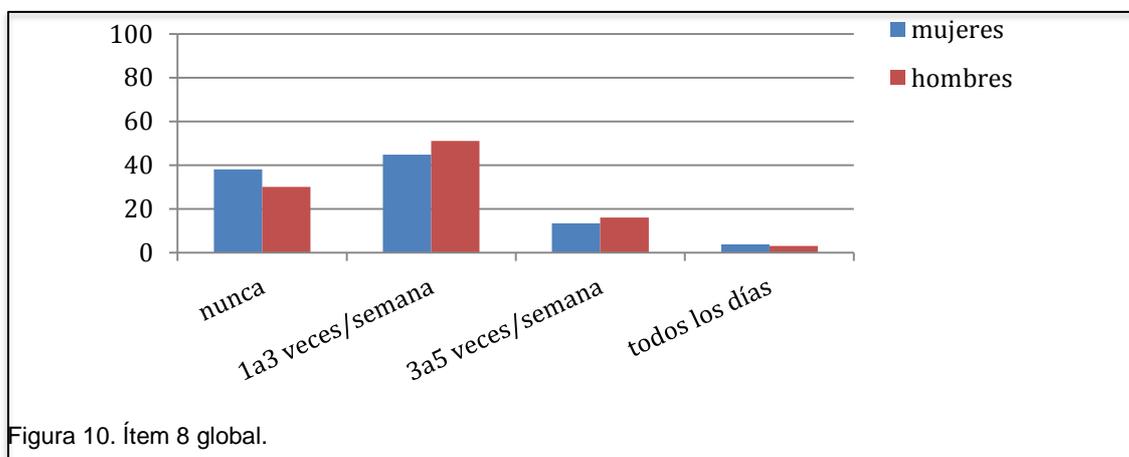


Figura 10. Ítem 8 global.

Global: 38,10% de mujeres y 30% de hombres respondieron “nunca. 44,76% de mujeres y 51% de hombres respondieron “de 1 a 3 veces por semana”. 13,33% de mujeres y 16% de hombres respondieron “de 3 a 5 veces por semana”. 3,80% de mujeres y 3% de los hombres respondieron “todos los días”.

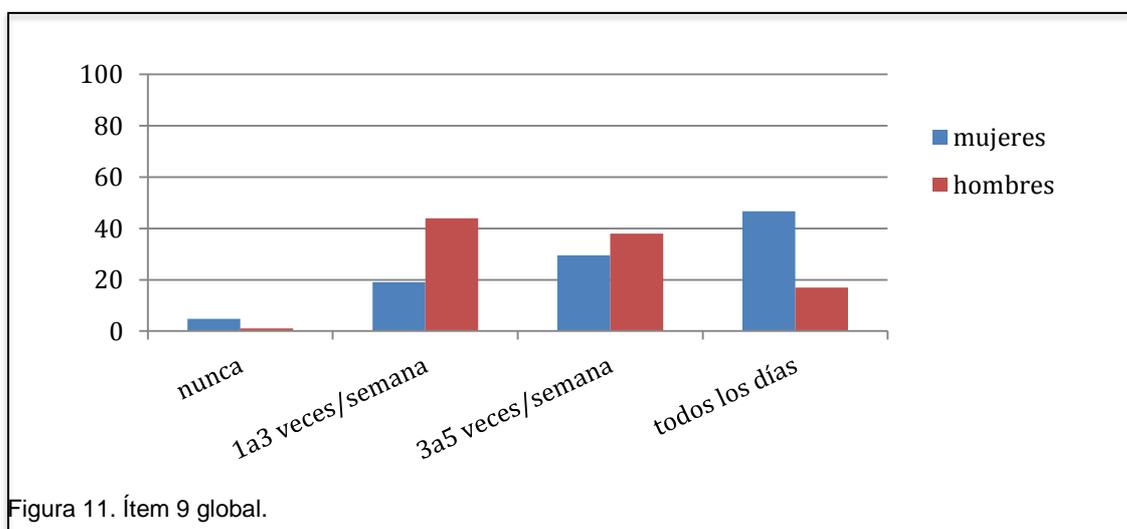
Tabla 15. Frecuencia por edad ítem 8.

MUJERES					HOMBRES				
Frec.	nunca	1 a 3 veces/semana	3 a 5 veces/semana	Todos los días	Frec.	nunca	1 a 3 veces/semana	3 a 5 veces/semana	Todos los días
Edad					Edad				
18	41,66	50	5,55	2,77	18	26,92	57,69	15,38	0
19	29,41	47,05	20,58	2,94	19	30,77	50	19,23	0
20	47,37	26,32	21,05	5,26	20	22,22	55,55	18,51	3,70
21	37,5	50	6,25	6,25	21	42,85	38,09	9,52	9,52

Nota: Los valores están expresados en porcentajes (%).

Se evidencia que los valores obtenidos más elevados representan a las mujeres de 21 años y los hombres de 18 años, los cuales mantienen este hábito de 1 a 3 veces por semana. Por su parte los valores más bajos representan a las mujeres de 18 años que mantienen este hábito de manera diaria, y los hombres de 18 y 20 años los cuales no mantienen este hábito de manera diaria.

Ítem 9: ¿Ingieres frutas, vegetales, cereales, legumbres, en tu alimentación diaria?



Global: 4,76% de mujeres y 1% de hombres respondieron “nunca”. 19,04% de mujeres y 44% de hombres respondieron “de 1 a 3 veces por semana”. 29,52% de mujeres y 38% de hombres respondieron “de 3 a 5 veces por semana”. 46,66% de mujeres y 17% de hombres respondió “todos los días”.

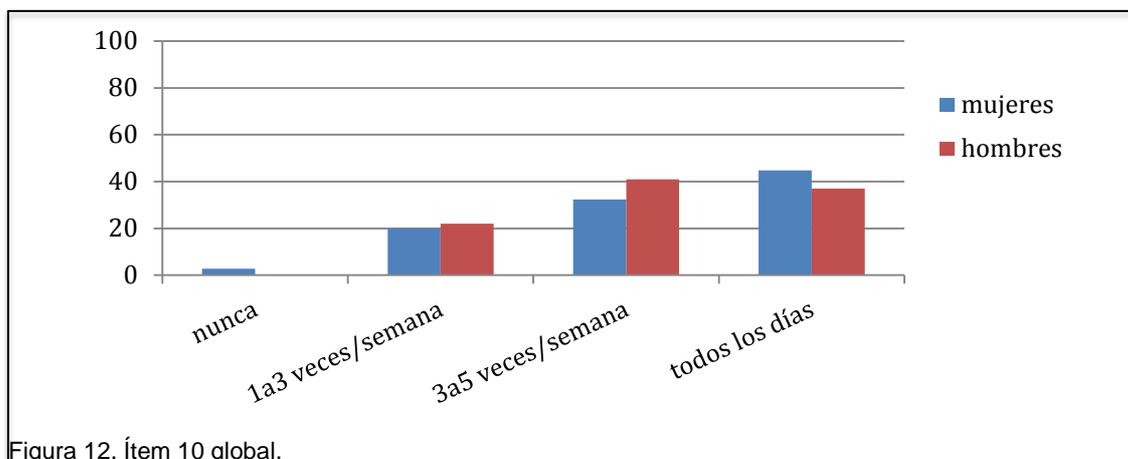
Tabla 16. Frecuencia por edad ítem 9.

MUJERES					HOMBRES				
Frec.	nunca	1 a 3 veces/semana	3 a 5 veces/semana	Todos los días	Frec.	nunca	1 a 3 veces/semana	3 a 5 veces/semana	Todos los días
Edad					Edad				
18	2,77	2,77	25	44,44	18	0	50	30,77	19,23
19	0	8,82	41,18	50	19	0	38,46	50	11,53
20	15,79	21,05	10,52	52,63	20	3,70	40,74	37,03	18,51
21	6,25	18,75	37,5	37,5	21	0	47,42	33,33	19,04

Nota: Los valores están expresados en porcentajes (%).

Se evidencia que los valores obtenidos más elevados representan a las mujeres de 20 años que mantienen este hábito de manera diaria, y los hombres de 18 años, los cuales mantienen este hábito de 1 a 3 veces por semana. Por su parte los valores más bajos representan a las mujeres de 19 años, y a los hombres de 18, 19, y 21 años de los cuales nadie respondió “nunca” a este ítem.

Ítem 10: ¿Consumes carnes blancas y/o carne roja?



Global: 2,85% de mujeres y 0% de hombres respondieron “nunca”. 20% de mujeres y 22% de hombres respondieron “de 1 a 3 veces por semana”. 32,38% de mujeres y 41% de hombres respondieron “de 3 a 5 veces por semana”. 44,76% de mujeres y 37% de hombres respondieron “todos los días”.

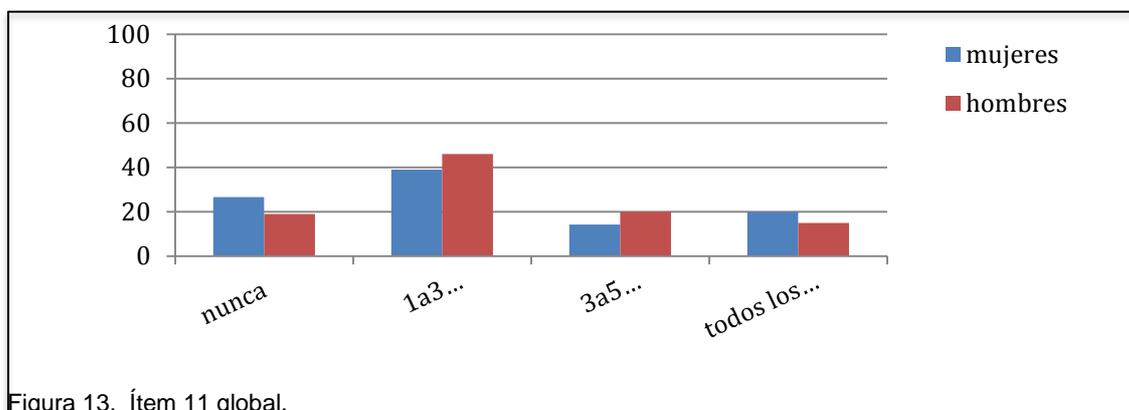
Tabla 17. Frecuencia por edad ítem 10.

MUJERES					HOMBRES				
Frec.	nunca	1 a 3 veces/semana	3 a 5 veces/semana	Todos los días	Frec.	nunca	1 a 3 veces/semana	3 a 5 veces/semana	Todos los días
18	2,77	25	27,77	44,44	18	0	19,23	42,30	38,46
19	2,94	17,64	29,41	50	19	0	23,76	42,30	34,61
20	5,26	10,53	42,10	42,10	20	0	18,51	48,15	33,33
21	0	25	37,50	37,50	21	0	28,57	28,57	42,85

Nota: Los valores están expresados en porcentajes (%).

Se evidencia que los porcentajes más elevados están representados por las mujeres de 18 años de edad, las mismas que mantienen este hábito de manera diaria. En los hombres los valores más elevados corresponden a los jóvenes de 21 años los mismos que mantienen este hábito de manera diaria. Los valores más bajos están representados por las mujeres de 21 años donde ninguna mujer de ellas respondió “nunca” a este ítem. Se puede ver que en la muestra de hombres ningún hombre de la muestra respondió “nunca” a este ítem.

Ítem11: ¿Consumes lácteos bajos en grasas? (como leche semi descremada, queso con poca grasa, etc.)



Global: 26,66% de mujeres y 19% de hombres respondieron “nunca”. 39,04% de mujeres y 46% de hombres respondieron “de 1 a 3 veces por semana”. 14,28% de mujeres y 20% de hombres respondieron “de 3 a 5 veces por semana”, 20% de mujeres y 15% de hombres respondieron “todos los días”.

Tabla 18. Frecuencia por edad ítem 11.

MUJERES					HOMBRES				
Frec.	nunca	1 a 3 veces/semana	3 a 5 veces/semana	Todos los días	Frec.	nunca	1 a 3 veces/semana	3 a 5 veces/semana	Todos los días
18	25	36,11	16,66	22,22	18	23,07	50	11,53	15,38
19	17,64	55,88	8,82	17,64	19	23,07	38,46	26,92	11,53
20	36,84	15,79	26,32	21,05	20	22,22	37,03	25,93	14,81
21	37,5	37,5	6,25	18,75	21	4,76	61,90	14,28	19,04

Nota: Los valores están expresados en porcentajes (%).

Se evidencia que los valores más elevados corresponden a la muestra de mujeres de 19 años, y los hombres de 21 años los cuales mantienen este hábito de 1 a 3 veces por semana. Los valores más bajos corresponden a la muestra de mujeres de 21 años que mantienen este hábito de 3 a 5 veces por semana, y a los hombres de 21 años los cuales respondieron “nunca” a este ítem.

Ítem 12: ¿Consumes dulces y snacks (colas, cachitos, doritos, chocolates, caramelos, helados, etc.)?

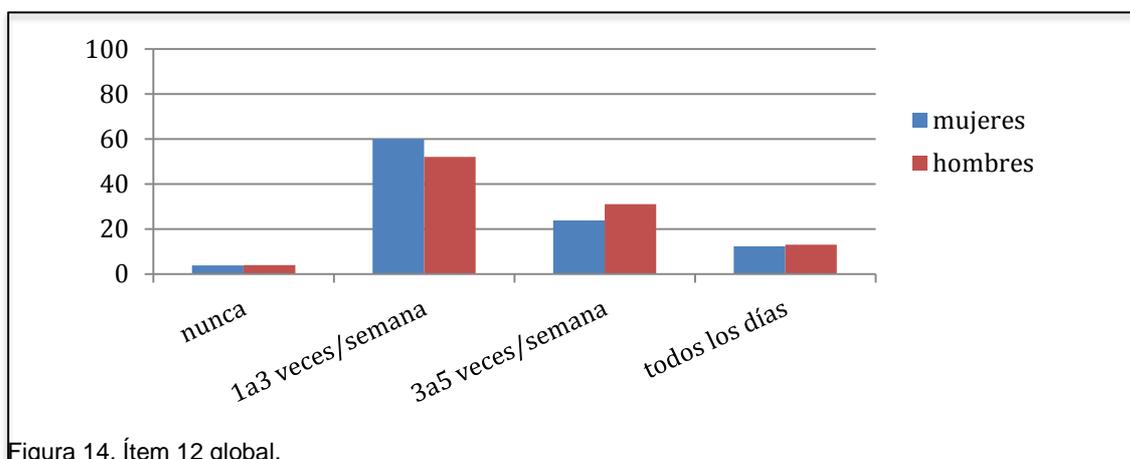


Figura 14. Ítem 12 global.

Global: 3,81% de mujeres y 4% de hombres respondieron “nunca”. 60% de mujeres y 52% de hombres respondieron “de 1 a 3 veces por semana”. 23,81% de mujeres y 31% de hombres respondieron “de 3 a 5 veces por semana”. 12,38% de mujeres y 13% de hombres respondieron “todos los días”.

Tabla 19. Frecuencia por edad ítem 12.

MUJERES					HOMBRES				
Frec.	nunca	1 a 3 veces/semana	3 a 5 veces/semana	Todos los días	Frec.	nunca	1 a 3 veces/semana	3 a 5 veces/semana	Todos los días
Edad					Edad				
18	2,77	58,33	25	13,88	18	3,84	38,46	42,30	15,38
19	2,94	55,88	29,41	11,76	19	0	53,85	30,77	15,38
20	10,53	68,41	5,26	15,78	20	7,40	55,55	25,93	11,11
21	0	62,5	31,25	6,25	21	4,76	61,90	23,80	9,52

Nota: Los valores están expresados en porcentajes (%).

Se evidencia que de la muestra estudiada los valores más elevados representan a las mujeres y a los hombres de 20 años, los cuales mantienen este hábito con una frecuencia de 1 a 3 veces por semana. Los valores más bajos corresponden a la muestra de mujeres de 21 años y hombres de 19 años, en donde ninguna persona respondió “nunca” a este ítem.

3.5 CONSUMO DE ALCOHOL, CIGARRILLO, Y OTRAS DROGAS

Ítem 13: ¿Consumes cigarrillo?

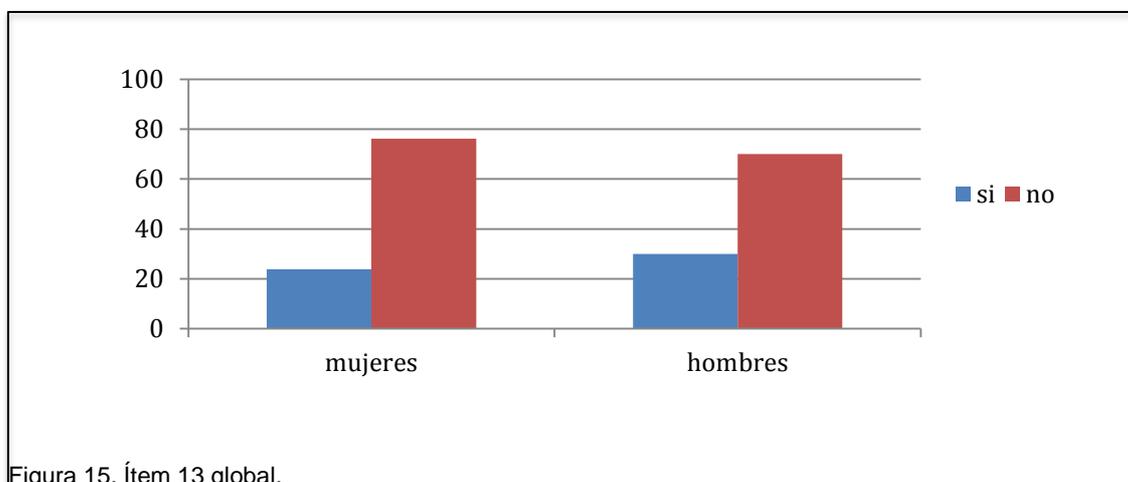


Figura 15. Ítem 13 global.

Global: 23,80% de mujeres y 30% de hombres respondieron “si”. 76,19% de mujeres y 70% de hombres respondieron “no”.

Tabla 20. Frecuencia por edad ítem 13.

MUJERES			HOMBRES		
Edad	SI	NO	Edad	SI	NO
18	8,33	91,66	18	26,92	73,03
19	29,41	70,58	19	30,77	69,23
20	31,58	68,42	20	25,93	74,07
21	37,5	62,50	21	30,10	61,90

Nota: Los valores están expresados en porcentajes (%).

Se evidencia que el consumo más elevado se encuentra en las mujeres de 21 años y en los hombres de 19 años. Los datos más elevados del no consumo son las mujeres de 18 años los hombres de 20 años.

Los resultados de frecuencia de consumo por edad y género se observan en el anexo 2.1.

Ítem 14: ¿Consumes alcohol?

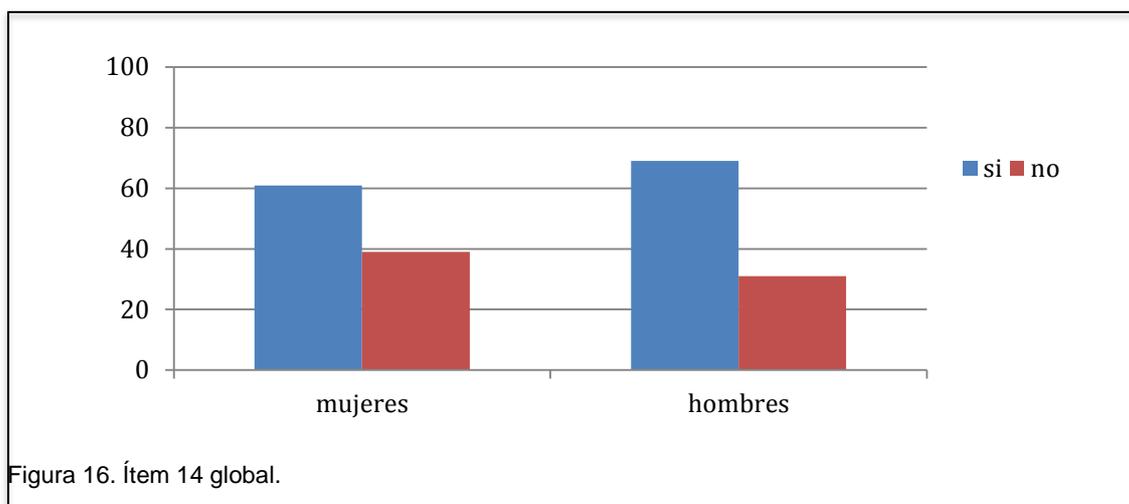


Figura 16. Ítem 14 global.

Global: 60,95% de mujeres y 69% de hombres respondieron “si”. 30,04% de mujeres y 31% de hombres respondieron “no”.

Tabla 21. Frecuencia por edad ítem 14.

MUJERES			HOMBRES		
Edad	SI	NO	Edad	SI	NO
18	41,66	58,33	18	61,54	38,46
19	67,65	32,35	19	69,23	30,77
20	68,42	31,58	20	70,37	29,63
21	81,25	18,75	21	76,19	23,80

Nota: Los valores están expresados en porcentajes (%).

Se evidencia que el consumo más elevado se encuentra en las mujeres y en los hombres de 21 años. Los datos más elevados del no consumo son las mujeres y los hombres de 18 años.

Los resultados de frecuencia de consumo por edad y género se observan en el anexo 2.2.

Ítem 15: ¿Has consumido o consumes algún tipo de droga natural como marihuana, hongos, hojas de coca, ayahuasca, san pedro, etc.?

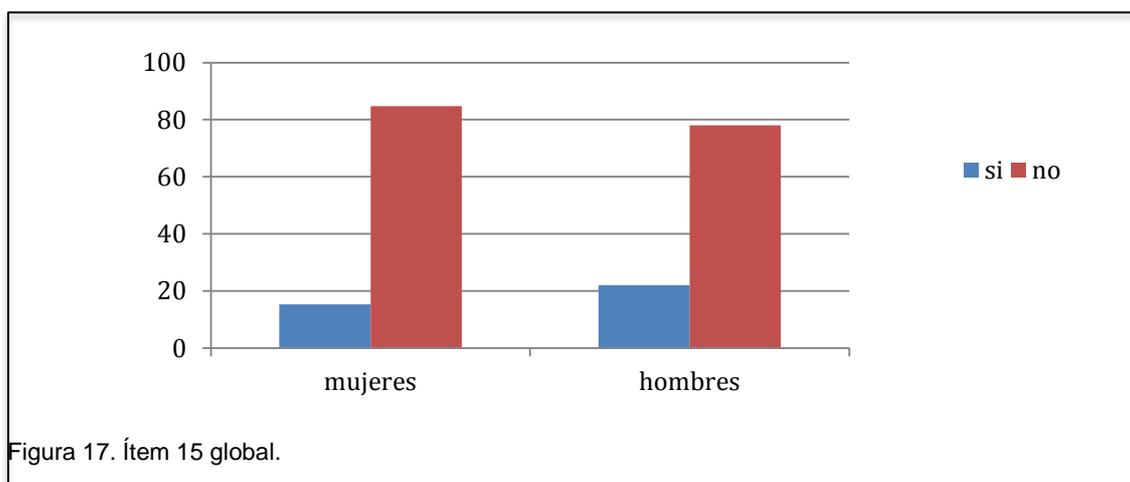


Figura 17. Ítem 15 global.

Global: 15,23% de mujeres y 22% de hombres respondieron “si”. 84,76% de mujeres y 78% de hombres respondieron “no”.

Tabla 22. Frecuencia por edad ítem 15.

MUJERES			HOMBRES		
Edad	SI	NO	Edad	SI	NO
18	11,11	88,88	18	15,38	84,62
19	11,74	88,24	19	30,77	69,23
20	15,78	84,21	20	11,11	88,88
21	31,25	68,75	21	33,33	66,66

Nota: Los valores están expresados en porcentajes (%).

Se evidencia que el consumo más elevado se encuentra en las mujeres y en los hombres de 21 años. Los datos más elevados del no consumo son las mujeres y los hombres de 20 años.

Los resultados de frecuencia de consumo por edad y género se observan en el anexo 2.3.

Ítem 16: ¿Has consumido o consumes algún tipo de droga semi sintética como cocaína, base de cocaína, opio, heroína, etc.?

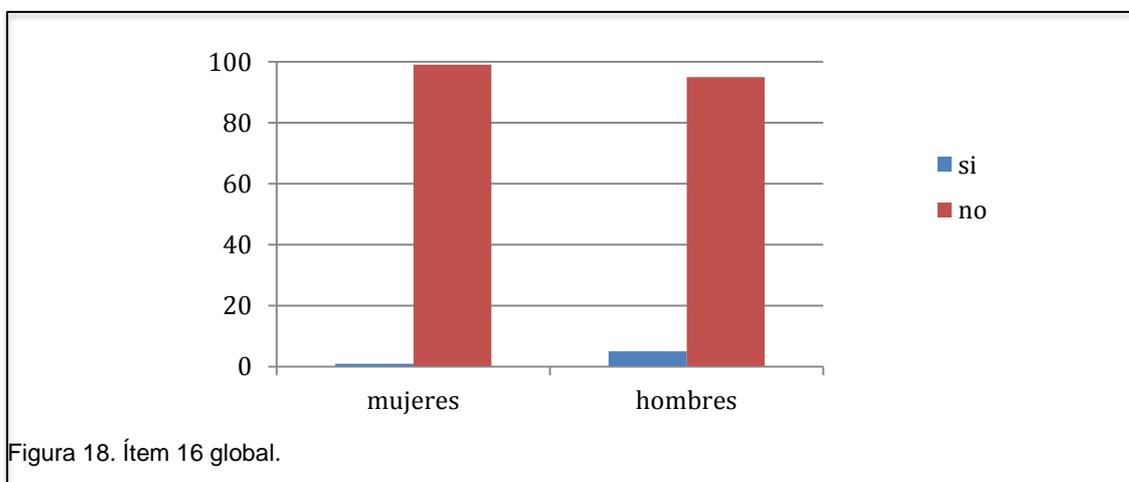


Figura 18. Ítem 16 global.

Global: 0,95% de mujeres y 5% de hombres respondieron “si”. 99,04% de mujeres y 95% de hombres respondieron “no”.

Tabla 23. Frecuencia por edad ítem 16.

MUJERES			HOMBRES		
Edad	SI	NO	Edad	SI	NO
18	2,77	97,22	18	3,84	96,15
19	0	100	19	7,69	92,30
20	0	100	20	0	100
21	0	100	21	9,52	90,47

Nota: Los valores están expresados en porcentajes (%).

Se evidencia que de la muestra de mujeres solamente existe cierto consumo en la muestra de 18 años de edad, mientras que el resto de las mujeres no consume esta sustancia. En la muestra de hombres los datos obtenidos demuestran que el grupo de 21 años de edad son el grupo que más consume esta sustancia, mientras que los jóvenes de 20 años reportaron no consumir esta sustancia.

Los resultados de frecuencia de consumo por edad y género se observan en el anexo 2.4.

Ítem 17: ¿Has consumido o consumes algún tipo de droga sintética como LSD, éxtasis, medicamentos psiquiátricos, etc.?

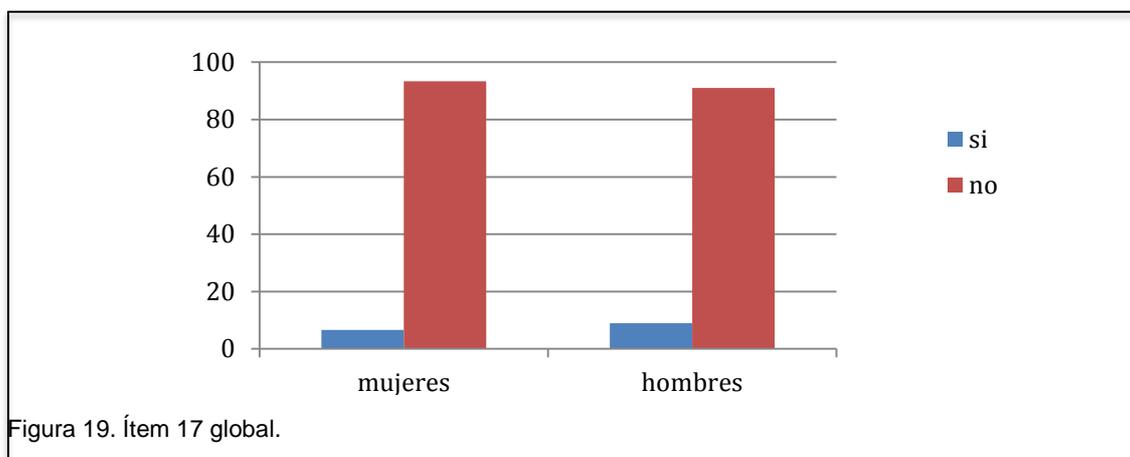


Figura 19. Ítem 17 global.

Global: 6,66% de mujeres y 9% de hombres respondieron “si”. 93,33% de mujeres y 91% de hombres respondieron “no”.

Tabla 24. Frecuencia por edad ítem 17.

MUJERES			HOMBRES		
Edad	SI	NO	Edad	SI	NO
18	2,77	97,22	18	11,53	88,46
19	5,88	94,11	19	11,53	88,46
20	10,52	89,47	20	0	100
21	12,50	87,50	21	14,28	85,71

Nota: Los valores están expresados en porcentajes (%).

Se evidencia que de la muestra estudiada el porcentaje más elevado en cuanto al consumo de esta sustancia es en la muestra de mujeres y de hombres de 21 años. Los porcentajes de consumo más bajos obtenidos son en la muestra de mujeres de 18 años y se evidencia un consumo nulo en la muestra de hombres de 20 años.

Los resultados de frecuencia de consumo por edad y género se observan en el anexo 2.5.

3.6 OTRAS PRÁCTICAS:

Ítem 18: ¿Acudes al médico para un chequeo de salud al menos una vez al año?

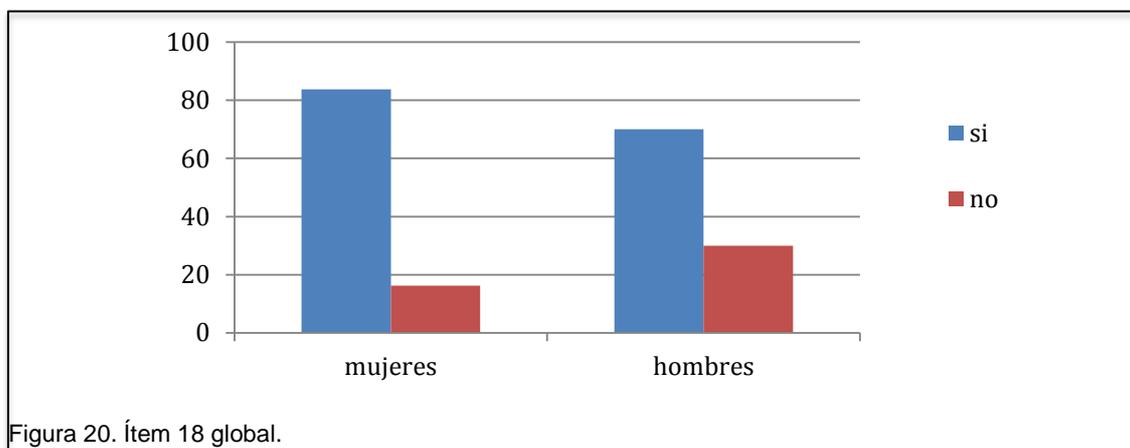


Figura 20. Ítem 18 global.

Global: 83,30% de mujeres y 70% de hombres respondieron “sí”. 16,19% de mujeres y 30% de hombres respondieron “no”.

Tabla 25. Frecuencia por edad ítem 18.

MUJERES			HOMBRES		
Edad	SI	NO	Edad	SI	NO
18	88,88	11,11	18	69,23	30,76
19	79,41	20,58	19	69,23	30,76
20	84,21	15,78	20	66,66	33,33
21	81,25	18,75	21	76,19	23,08

Nota: Los valores están expresados en porcentajes (%).

Se evidencia que de la muestra estudiada los valores más elevados en cuanto a la realización de esta práctica son las mujeres de 18 años y los hombres de 21 años de edad. Por su parte los valores más elevados de los jóvenes que no realizan esta práctica son las mujeres de 19 años y los hombres de 20 años.

Ítem 19: ¿Acudes al dentista al menos una vez al año?

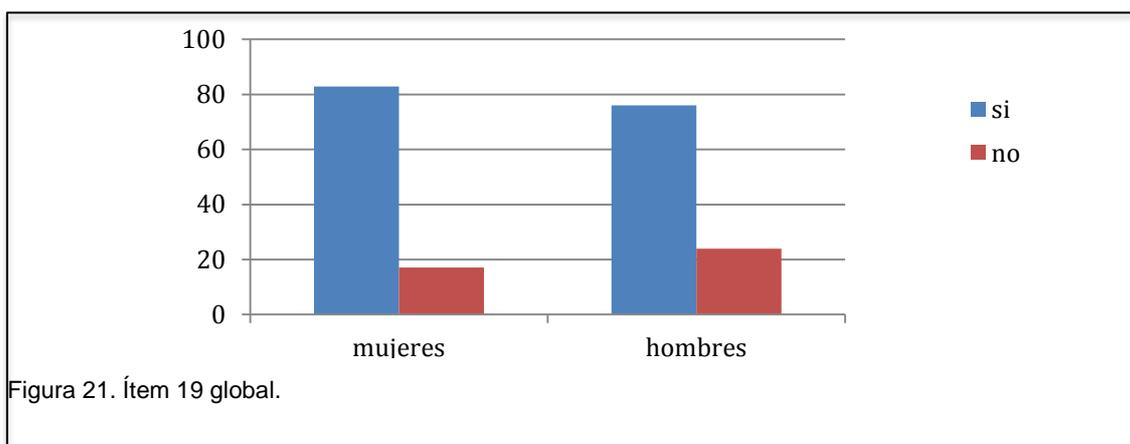


Figura 21. Ítem 19 global.

Global: 82,85% de mujeres y 76% de hombres respondieron “si”. 17,14% de mujeres y 24% de hombres respondieron “no”.

Tabla 26. Frecuencia por edad ítem 19.

MUJERES			HOMBRES		
Edad	SI	NO	Edad	SI	NO
18	80,55	19,44	18	69,23	30,76
19	94,11	5,88	19	80,76	19,23
20	78,94	21,05	20	77,77	22,22
21	68,75	31,25	21	76,19	23,08

Nota: Los valores están expresados en porcentajes (%).

Se evidencia que de la muestra estudiada los valores más elevados en cuanto a la realización de esta práctica son las mujeres y los hombres de 19 años. Por su parte los valores más elevados de los jóvenes que no realizan esta práctica son las mujeres de 21 años y los hombres de 18 años.

Ítem 20: ¿Sigues las prescripciones médicas al pie de la letra?

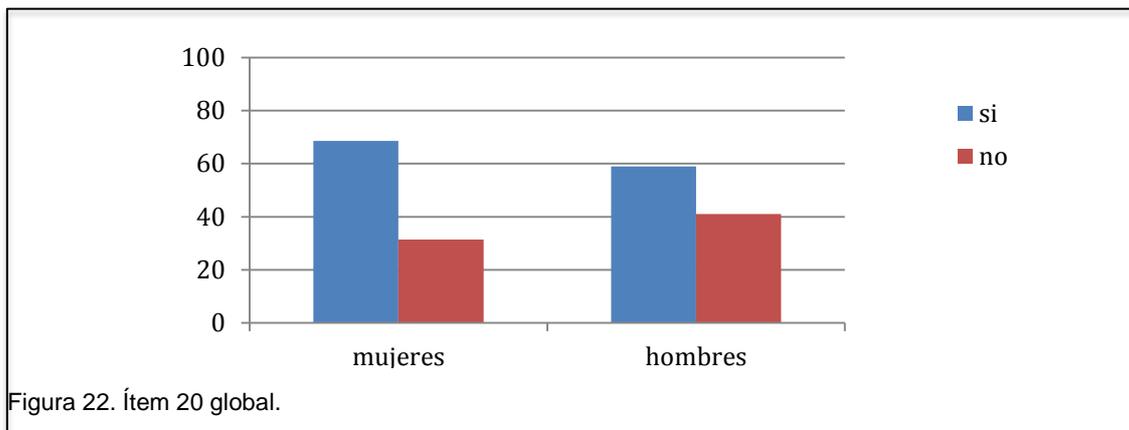


Figura 22. Ítem 20 global.

Global: 68,57% de mujeres y 59% de hombres respondieron “si”. 31,42% de mujeres y 41% de hombres respondieron “no”.

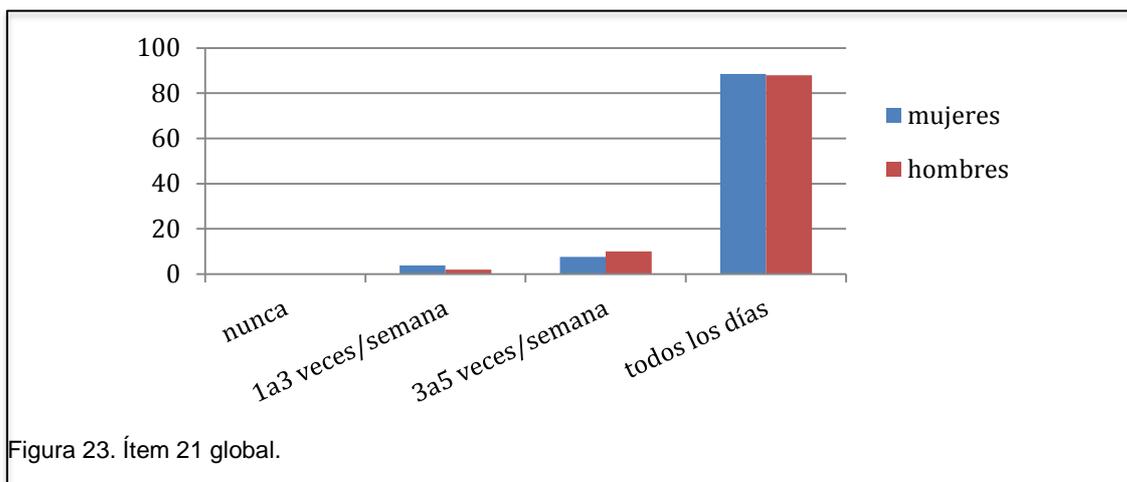
Tabla 27. Frecuencia por edad ítem 20.

MUJERES			HOMBRES		
Edad	SI	NO	Edad	SI	NO
18	72,22	27,77	18	69,23	30,76
19	70,58	29,41	19	57,69	42,30
20	73,68	26,31	20	55,55	44,44
21	50	50	21	52,30	47,61

Nota: Los valores están expresados en porcentajes (%).

Se evidencia que de la muestra estudiada los valores más elevados en cuanto a la realización de esta práctica son las mujeres de 20 años y los hombres de 18 años. Por su parte los valores más elevados de los jóvenes que no realizan esta práctica son las mujeres de 19 años y los hombres de 21 años.

Ítem 21: ¿Tomas un baño, o una ducha?



Global: 0% de mujeres y 0% hombres respondieron “nunca”. 3,80% de mujeres y 2% de hombres respondieron “de 1 a 3 veces por semana”. 7,61% de mujeres y 10% de hombres respondieron “de 3 a 5 veces por semana”. 88,57% de mujeres y 88% de hombres respondieron “todos los días”.

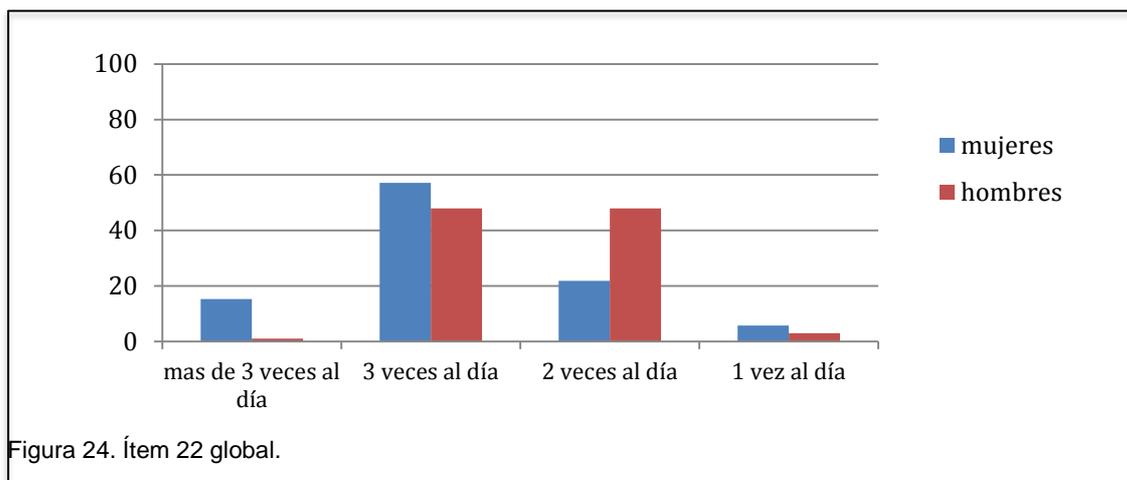
Tabla 28. Frecuencia por edad ítem 21.

MUJERES					HOMBRES				
Frec.	nunca	1 a 3 veces/semana	3 a 5 veces/semana	Todos los días	Frec.	nunca	1 a 3 veces/semana	3 a 5 veces/semana	Todos los días
18	0	2,77	5,55	91,66	18	0	3,84	7,69	88,46
19	0	5,88	2,94	91,17	19	0	0	23,07	76,92
20	0	5,26	15,78	78,94	20	0	3,70	3,70	92,59
21	0	0	12,5	87,5	21	0	0	4,76	95,23

Nota: Los valores están expresados en porcentajes (%).

Se evidencia que de la muestra estudiada los valores más elevados en cuanto a la realización de esta práctica son las mujeres de 18 años, y los hombres de 21 años, donde ambas muestras realizan la actividad con una frecuencia diaria. Por su parte los datos reflejan que en el total de la muestra nadie reportó “nunca” en este ítem.

Ítem 22: ¿Te cepillas los dientes?



Global: 15,23% de mujeres y 1% de los hombres respondieron “más de 3 veces al día”. 57,14% de mujeres y 48% de hombres respondieron “3 veces al día”. 21,90% de mujeres y 48% de hombres respondieron “2 veces al día”. 5,71% de mujeres y 3% de hombres respondieron “1 vez al día”.

Tabla 29. Frecuencia por edad ítem 22.

MUJERES					HOMBRES				
Frec.	nunca	1 a 3 veces/día	3 a 5 veces/día	Más de 3 veces/día	Frec.	nunca	1 a 3 veces/día	3 a 5 veces/día	Más de 3 veces/día
Edad					Edad				
18	19,44	50	25	5,55	18	0	53,84	42,30	3,84
19	11,76	64,70	20,58	2,94	19	0	57,69	38,46	3,84
20	15,78	57,89	15,78	10,52	20	3,70	40,74	51,85	3,70
21	12,50	56,25	25	6,25	21	0	38,09	61,90	0

Nota: Los valores están expresados en porcentajes (%).

Se evidencia que de la muestra estudiada los valores más elevados en cuanto a la realización de esta práctica son las mujeres de 19 años, y los hombres de 21 años, donde ambas muestras realizan la actividad con una frecuencia de 1 a 3 veces al día. Por su parte los datos más bajos son representados por el grupo de mujeres de 19 años con una frecuencia de “más de 3 veces al día”, y los hombres de 18, 19, y 21 años de edad donde nadie respondió “nunca”.

3.7 COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE SPEARMAN:

En el presente estudio se encontraron los siguientes coeficientes de correlación basados en la edad y la respuesta obtenida por parte de la muestra en cada uno de los factores (ejercicio físico, alimentación, consumo de sustancias y autocuidado), esto quiere decir que la obtención de una correlación directa (positiva) indica que en la muestra estudiada, los jóvenes a mayor edad realizan en mayor porcentaje cierto tipo de hábito.

Tabla 30. Coeficiente de correlación de Spearman.

FACTOR/GÉNERO	MUJERES	Significación	HOMBRES	Significación
Ejercicio físico	0,11149181	Débil	0,045463546	No hay correlación
Alimentación:	-0,039125026	No hay correlación	0,045376538	No hay correlación
Consumo de cigarrillo	0,434439146	Moderada	0,250816082	Débil
Consumo de alcohol	0,298038227	Débil	0,161809181	Débil
Consumo de drogas naturales	0,440016587	Moderada	0,319312931	Moderada
Consumo de drogas semi-sintéticas	0,508889695	Fuerte	0,473009301	Moderada
Consumo drogas sintéticas	0,508430956	Fuerte	0,391884188	Moderada
Otras prácticas (ítems 18, 19, 20)	-0,000269542	No hay correlación	0,074986499	No hay correlación
Otras prácticas (ítem 21)	0,340138399	Moderada	0,96969697	Fuerte
Otras prácticas (ítem 22)	0,166338379	Débil	0,247841284	Débil

3.8 CHI CUADRADO:

A continuación se presentan los valores de chi cuadrado obtenidos en cada uno de los ítems, estos resultados están basados en las variables de género y respuesta obtenida por parte de los encuestados.

Tabla 31. Chi cuadrado ítems 1-12.

Ítem	Chi cuadrado	Ítem	Chi cuadrado
Ítem 1	0.3599	Ítem 7	0.01087
Ítem 2	0.003993	Ítem 8	0.6265
Ítem 3	0.3009	Ítem 9	4.027e-06
Ítem 4	0.001104	Ítem 10	0.1912
Ítem 5	0.6427	Ítem 11	0.3074
Ítem 6	0.6444	Ítem 12	0.6653

Tabla 32. Chi cuadrado ítems 13-17.

Ítems de consumo	Chi cuadrado			
	Global	diario	semanal	mensual
Ítem 13	0,3173	0,8803	0,07136	0,2326
Ítem 14	0,2276	1	0,2504	0,6833
Ítem 15	0,213	0,4142	0,4945	0,05973
Ítem 16	0,08569	n/a	n/a	0,3173
Ítem 17	0,5336	n/a	n/a	0,1573

Tabla 33. Chi cuadrado ítems 18-22.

Ítem	Chi cuadrado	Ítem	Chi cuadrado
Ítem 18	0,01872	Ítem 21	0,1004
Ítem 19	0,224	Ítem 22	2,2e-16
Ítem 20	0,1538		

Bajo la hipótesis (H_0) de que el género no genera influencia en cuanto a los hábitos de salud en los jóvenes encuestados, y con un nivel de significancia $\alpha=0,05$, se determinó que en los valores p de los ítems 2, 4, 7, 9, 13 consumo semanal, 15 consumo mensual, 16, 18, y 22, rechazan la hipótesis nula, siendo $p<0,05$, entendiendo esto como que los hábitos de salud de los jóvenes universitarios muestran diferencias significativas en relación al género.

Los valores presentados como n/a determinan que de la muestra obtenida, ninguna, o por el contrario, solamente una persona realiza ese hábito, por lo cual no puede determinarse relación en cuanto al género.

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

A partir de los resultados obtenidos se pueden determinar ciertos aspectos importantes en cuanto a los hábitos de salud de los jóvenes pertenecientes a universidades privadas de la ciudad de Quito.

EJERCICIO FÍSICO:

1. Los resultados indican que de la muestra estudiada muy pocos estudiantes universitarios realizan ejercicio físico todos los días, sin embargo cabe destacar que existe en alguna medida esta conducta de salud, siendo así que los resultados más elevados están relacionados a la realización de ejercicio físico de manera seguida o fraccionada (ítem 2) con una frecuencia de 1 a 3 veces por semana, mientras que las actividades relacionadas a la disminución de estrés y tonificación muscular son las menos practicadas, ésta mostrando porcentajes más elevados en la muestra de mujeres que en la de hombres. A pesar de ello se evidencia que gran parte de la muestra realiza ejercicio físico, siendo de esta manera concordante al estudio de Ledo, et.al (2011, p. 815, 817), donde el 80% de los jóvenes tenían este hábito. Por su parte en el estudio de Gil, González, Pastor y Fernández (2010, p. 151, 152, 154) se encontró que este hábito no era realizado en gran medida, siendo el porcentaje más alto un 60%. Cabe destacar que los índices encontrados pueden determinar una conducta saludable en cuanto a la realización de ejercicio físico, siguiendo las recomendaciones de la OPS (2010, p. 24 b), donde se plantea la importancia de realizar al menos 150 minutos semanales de actividad física, ya sea todos los días o de manera fraccionada.
2. Uno de los factores que puede determinar la conducta de realización de ejercicio en la muestra estudiada podría deberse a la creciente concepción acerca de la importancia de mantenerse sano, generando así una conciencia de autocuidado cada vez mayor. Por otro lado se podría decir que la influencia de los pares en estas etapas de la vida es importante, trayendo, quizá, consigo la realización de ejercicio físico o la necesidad de movilizarse en medios como la bicicleta, con el fin de

lograr la integración en un grupo determinado, mostrándose así en este estudio los valores elevados en el ítem 1 relacionados al factor de movilización, donde los porcentajes más elevados se encuentran en un frecuencia de 1 a 3 veces por semana. En lo referente a este mismo punto se puede hablar de la posibilidad de que los jóvenes, al realizar diferentes actividades físicas, a su vez generan vínculos con nuevas amistades, lo cual es característico de esta etapa evolutiva y de la necesidad de la aprobación del grupo de pares, o por su parte también a causa de que muchas veces los estudiantes de la muestra estudiada no poseen trabajo fijo que les permita la adquisición de un automóvil por poner un ejemplo, lo que genera que muchos de ellos busquen medios de transporte alternativos y económicos.

Edad, género y hábito de ejercicio:

1. En cuanto a la realización de ejercicio físico de manera fraccionada, donde se encuentran los puntajes más elevados, cabe destacar que la edad juega un factor determinante, siendo así que los hombres de 18 y de 21 años representan el porcentaje más elevado en la realización de esta actividad, mientras que en la muestra de mujeres los porcentajes más elevados se muestran en las edades de 21 y 19.
2. Frente a esto podemos determinar que el género es un factor importante en cuanto a la realización de ejercicio físico, sobre todo en los ítem 2 y 4, donde el cálculo del chi cuadrado demostró este punto, siendo así que el género influye en cuanto a la realización de estas actividades (realizar al menos 2 horas a la semana de actividad física, y realizar al menos 20 minutos diarios de fortalecimiento muscular), siendo la muestra de varones aquella que posee los niveles más elevados. Con esto concuerda el estudio de Páez y Castaño (2010, p.170) donde se encontró que esta variable determinaba los resultados obtenidos y mostró diferencias significativas.
3. Los resultados obtenidos en el coeficiente de correlación de Spearman indicaron que en el grupo de mujeres existe una significación débil en cuanto al factor de ejercicio físico, lo que denota que en el género

indicado, a mayor edad tienden a realizar mayor actividad y ejercicio físico. Por su parte en el grupo de hombres no se encontró correlación.

ALIMENTACIÓN

Consumo en el hogar y en restaurantes

1. En cuanto a la alimentación se encontraron índices altos en lo referente al consumo de alimentos saludables en el hogar siendo la frecuencia más elevada de 1 a 3 veces por semana, seguida de 3 a 5 veces, lo cual demuestra que en su mayoría los estudiantes universitarios tienden a alimentarse en el hogar, pero a su vez consumen alimentos fuera de éste como en restaurantes donde la comida está basada en una dieta baja en grasas, azúcares y sal, siendo así saludable.
2. En cuanto al consumo de alimentos en restaurantes con este tipo de característica, la frecuencia más elevada es de 1 a 3 veces por semana. Esto puede denotar que muchas veces, al ser estudiantes universitarios y de acuerdo a esta etapa evolutiva donde el joven busca mayor independencia y autoidentificación, tiende a adquirir cierto tipo de hábitos alimenticios, tal y como mencionan Carcamo y Mena (2006, p. 5).
3. Frente al consumo de comida en el hogar y en restaurantes los resultados obtenidos con el test del chi cuadrado demostraron que no existe una relación significativa en cuanto a la práctica de este hábito en relación al género.

Comida rápida

4. Los índices relacionados al consumo de comida rápida y *snacks* son bastante elevados, lo cual concuerda con el Resumen Ejecutivo de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2011-2013 [ENSANUT-ECU] (Freire, Ramírez, Belmont, Mendieta, Silva, Romero, et al, 2013, p.69) donde se encontró que porcentajes elevados de los jóvenes encuestados habían consumido bebidas gaseosas, *snacks* y comida rápida en los últimos siete días previos a la encuesta. En el presente estudio se encontró que el consumo de comida rápida es más elevado

en la frecuencia de 1 a 3 veces por semana, es importante mencionar que los porcentajes más elevados en cuanto a esto mostraron ser las mujeres de 21, 19 y 18 años, en ese orden, seguidas de los hombres de 20 años de edad.

5. Frente al consumo de comida rápida los resultados obtenidos con el test del chi cuadrado demostraron que existe una relación significativa en cuanto a la práctica de este hábito en relación al género.

Consumo de frutas, vegetales, cereales y legumbres

3. Referente a la ingesta de frutas, vegetales, cereales y legumbres es importante destacar que los índices se mostraron elevados, siendo los más elevados en una frecuencia de consumo diario, de igual manera la frecuencia de 1 a 3 veces por semana y de 3 a 5 veces por semana se muestran índices importantes, tanto en hombres como en mujeres, pero cabe destacar que en porcentaje más elevado se presentó en la muestra de mujeres de 20 años con una frecuencia de consumo diaria seguida de las mujeres de 19 años, lo cual concuerda con el test de chi cuadrado. Las recomendaciones de la OMS (s.f. b, p. 3, 4) plantean la importancia de aumento en el consumo de frutas, vegetales, cereales y legumbres, lo cual indica que la muestra posee buenos hábitos en cuanto al consumo de este tipo de alimentos.
4. Esta práctica podría deberse al tipo de educación recibida en el hogar, es decir, el conocimiento por parte de los padres de la importancia de comer este tipo de alimentos, generando así desde edades tempranas, hábitos de consumo de frutas, legumbres y cereales. Otro factor que puede determinar este resultado es que en la sociedad ecuatoriana los costos de estos alimentos no son demasiado elevados, lo que trae consigo tales índices de consumo de los mismos, es decir, probablemente es más económico consumir este tipo de alimentación que comprar comida fuera del hogar, creándose así esta conducta alimenticia.
5. El coeficiente de correlación de Spearman determinó que no existe una correlación entre los hábitos de alimentación y la edad de los participantes.

Tomando esto en cuenta se determina que los hábitos saludables relacionados a la alimentación no son especialmente adecuados, evidenciándose en los altos índices obtenidos en cuanto al consumo de comida rápida y *snacks*, esto concuerda con la investigación de Arrivillaga, Salazar y Correa (2003, p. 194) donde se encontró que 73% de los jóvenes pertenecientes a la muestra de tal estudio, no mantenían hábitos de alimentación saludables, a pesar de que los mismos conocían la importancia de comer saludablemente. Esta misma característica se evidenció en el estudio de Rodríguez, et al (2013, p. 452) donde se encontró que los universitarios consumían habitualmente comida rápida y bebidas altas en azúcares, así como en el estudio de Páez y Castaño (2010, p.170) donde apenas un 13,6% de los jóvenes mantenían hábitos de alimentación saludables. Esto va de la mano con la influencia social por parte de los pares y la adopción de hábitos en relación al entorno en el que el joven se desenvuelve (Rodríguez, Aranceta y Serra, 2008, p. 8).

CONSUMO DE SUSTANCIAS

El consumo de sustancias en la muestra estudiada varía de acuerdo a la edad, el género y al tipo de sustancia.

Consumo de Cigarrillo

1. En cuanto al consumo de cigarrillo los datos obtenidos demostraron que el índice de consumo de esta sustancia no es tan elevado en la muestra obtenida, en relación a otros estudios donde los índices en cuanto al consumo de cigarrillo eran más elevados, como es el caso del estudio realizado por Salazar y Arrivillaga (2004, p. 80) donde el 61% de jóvenes declaró consumir cigarrillo. Los datos obtenidos demuestran que apenas el 30% de hombres y el 23,80% de mujeres consumen cigarrillo, lo que demuestra esta diferencia con otros estudios similares, siendo los hombres y las mujeres de 21 años de edad los índices más elevados en cuanto al consumo, mientras que los índices más elevados en cuanto al no consumo de cigarrillo son las mujeres de 18 años y los hombres de 20 años.

2. Lo mencionado anteriormente concuerda con los datos obtenidos en el test de chi cuadrado, donde se demostró que el género influye en cuanto al consumo semanal de cigarrillo. Sin embargo de manera global el género no influye en el consumo.
3. Los datos obtenidos pueden compararse con el estudio de (Patiño, Zapata, Olaya, 2014, p. 338, 339) donde se plantea que la vivencias experimentadas al ingresar a una institución educativa impulsa el consumo de cigarrillo, sin embargo, los bajos índices que se encontraron en el presente estudio pueden demostrar que este factor no se cumple en todos los casos.
4. Con el coeficiente de correlación de Spearman se logró determinar que existe una correlación moderada y débil, en hombres y en mujeres respetivamente, siendo así que a mayor edad el consumo también incrementa.

Consumo de Alcohol

1. En cuanto al consumo de alcohol en el presente estudio se encontró que el índice de consumo es elevado, siendo así un 60% de mujeres y un 69% de hombres, lo cual concuerda con el estudio de Arrivillaga (2004, p. 80) donde se encontró que 78% manifestó que habitualmente consume alcohol en situaciones sociales, así como en otro estudio donde el 83,8% de jóvenes declararon haber consumido alcohol al menos una vez en la vida (Salazar y Arrivillaga (2004, p. 80).
2. El elevado consumo de alcohol puede deberse en parte a que muchas veces esta sustancia es vista como un facilitador social y como un factor de cohesión grupal entre los jóvenes (Rossi, Carbajal, Bottrill, 2014, s.n.), además que puede entenderse que debido a los altos índices de consumo de alcohol en el Ecuador este hábito es visto como un factor socialmente aceptado desde edades tempranas, siendo así que el 67% de la población mayor a 15 años consume en su mayoría cerveza (*Global Status report on alcohol and Health 2014* de la OMS, 2014, p. 65).
3. El test de chi cuadrado demostró que el género no influye en cuanto al consumo alcohol.

4. En cuanto al consumo de alcohol se encontró una correlación débil tanto en hombres como en mujeres mediante el coeficiente de correlación de Spearman, indicando así que a mayor edad el consumo de alcohol incrementa en alguna medida.

Drogas naturales

1. El consumo de drogas en relación a la muestra estudiada es relativamente bajo, en cuanto a la drogas naturales se encontró que el 15,23% de mujeres y el 22% de hombres han consumido en los últimos 6 meses, siendo este tipo de droga el índice más elevado, lo cual demuestra resultados muy similares a los obtenidos en el estudio de Saldivia y Vizcarra (2012, p. 46), donde se encontró que el 22,22% de los jóvenes entrevistados habían consumido marihuana, clasificada como una droga natural.
2. Los resultados del chi cuadrado demostraron que el género tiene una relación directa en cuanto al consumo semanal de drogas naturales en la muestra estudiada.
3. El test de chi cuadrado no muestra relación de del consumo de drogas naturales en cuanto al género.
4. La correlación de Spearman encontrada tiene una significación débil tanto en la muestra de hombres como en la de mujeres, lo que indica que a mayor edad el consumo de este tipo de drogas incrementa.
5. Los datos obtenidos el CONSEP (2007, p. 75-77, 82) declaran que el consumo de marihuana es el más alto en la ciudad de Quito siendo la edad promedio del primer consumo a los 18,6 años, justamente la edad de promedio de ingreso a la universidad y el rango inicial de edad del presente estudio.

Consumo de drogas Semi-sintéticas

1. En lo referente a las drogas semi-sintéticas se encontró que el porcentaje de consumo en la muestra es considerablemente menor siendo el 0,95% de mujeres y 5% de hombres, lo que se puede contraponer con los datos del CONSEP (2007, p. 75-77, 82) donde se muestra que el 1,3% de la población ha consumido cocaína, y el 0,8%

ha consumido base de cocaína, ambas clasificadas como drogas semi-sintéticas, y se evidencia que el consumo es bajo, pero cabe recalcar que la existencia de consumo de estas sustancias es importante tomando en cuenta los efectos nocivos para la salud, los mismos que ya se han hablado anteriormente.

2. El género, en este ítem, es determinante en cuanto al consumo, como lo demostró el test del chi cuadrado, obteniéndose un valor $p=0.05973$.
3. La correlación de Spearman encontrada tiene una significación fuerte en la muestra de mujeres y moderada en la muestra de hombres, lo que indica que a mayor edad el consumo de este tipo de drogas incrementa.

Consumo de drogas sintéticas

1. El consumo de drogas sintéticas se representa en un 6,66% de mujeres y 9% de hombres. Tomando en cuenta que el consumo de drogas se ve influenciado por la cohesión social, entretenimiento o diversión, y la necesidad de independencia como paso de la adolescencia a la vida adulta (García y Sánchez, 2011, p. 143, 144), se puede entender que el inicio de consumo de sustancias ilegales y el mantenimiento de consumo de algunas sustancias legales como el alcohol o el cigarrillo se ven influenciadas en el contexto universitario, ya que como plantea Cornachione (2006, p.16) los jóvenes con edades entre 17 y 22 años tienden a alejarse de la familia y acercarse a sus pares con el fin de obtener mayor independencia.
2. El coeficiente de correlación de Sparman indicó que tanto en el consumo de drogas semi-sintéticas, como en el consumo de drogas sintéticas existe una correlación fuerte en mujeres, y moderada en hombres, lo que indica que a mayor edad el índice de consumo aumenta.

Una posible razón del consumo de sustancias puede deberse, como se ha mencionado ya anteriormente, a la necesidad de aceptación por parte de los pares, generándose así, en ocasiones, la necesidad de aprobación a la vez que puede mostrarse presión social o grupal en cuanto al consumo de cualquier sustancia. Por otro lado se puede pensar que la necesidad de sentir independencia por parte del joven y la entrada a una nueva etapa con mayores

“libertades” e independencia puede generar el aumento o mantenimiento del consumo, lo que trae consigo conductas poco saludables e incluso se puede entender que este hábito trae consigo un bajo nivel de autocuidado.

Otras Prácticas

El autocuidado está estrechamente relacionado con las habilidades aprendidas y aplicadas para mantener o restablecer un estado saludable. Como ya se ha mencionado, dentro de este aspecto se encuentran tanto las prácticas de alimentación como de ejercicio físico, y la evitación de consumo de sustancias, pero a su vez el autocuidado incluye prácticas de higiene personal, control del consumo de medicamentos y seguimiento de las prescripciones médicas (Tabón y García, 2004, p. 33 – 35.).

1. En el presente estudio se encontró que los índices de autocuidado referentes a estos últimos tres factores (prácticas de higiene personal, control del consumo de medicamentos y seguimiento de las prescripciones médicas) son considerablemente elevados, siendo así que los porcentajes tanto de hombres como de mujeres sobrepasan el 70% sobretodo en cuanto a chequeos médicos y visitas al dentistas anuales (ítems 18 y 19). Para estos dos ítems el test de chi cuadrado demostró que no existe relación en cuanto al género.
2. En lo relacionado al cumplimiento de las prescripciones médicas (ítem 20) los porcentajes son menores, pero tanto en hombres como en mujeres no bajan del 59%, lo cual sigue siendo considerable.
3. El coeficiente de correlación de Sparman para los ítems (18, 19 y 20) indicó que no existe relación tanto en hombres como en mujeres, lo que indica que no necesariamente a mayor edad el índice de estas prácticas aumenta.
4. Lo hábitos de higiene del ítem 21 (tomar un baño o una ducha, y cepillarse los dientes) son a su vez elevados, mostrándose así un alto nivel de realización de estas actividades beneficiosas para la salud y la higiene personal.
5. El coeficiente de correlación de Spearman demostraron que en el ítem 21 existe una correlación moderada en la muestra de mujeres y fuerte

- en la de hombres, siendo así que a mayor edad los jóvenes tienden a tener mejor hábitos de higiene en cuando a tomar una ducha o un baño.
6. En el ítem 22 (cepillarse los dientes) se encontró que en la mayoría de jóvenes tanto hombres como mujeres realizan este hábito 3 veces al día, lo que indica índices adecuados en cuando a la salud.
 7. El test de chi cuadrado en el ítem 22 demostró que existe una relación en cuando al género y la realización de este hábito, obteniéndose un valor $p=2.2e-16$.
 8. La correlación de Spearman en el ítem 22 muestra ser débil tanto en hombres como en mujeres, es decir, que a mayor edad los jóvenes cuidan más de su higiene bucal, al menos en alguna mediada.

Los datos obtenidos coinciden con el estudio de Escobar y Pico (2013, p.184) en donde se encontró que los resultados relacionados al autocuidado arrojaron índices bastante altos, siendo mayor en la muestra de mujeres que en la de hombres, lo cual concuerda con el ítem 18 mencionado anteriormente, y a su vez con el ítem 22, donde así mismo se encontró que el género influye en estos hábitos de higiene.

Hábitos saludables

Las prácticas saludables son de suma importancia ya que permiten prevenir enfermedades crónicas, problemas sociales, familiares, psicológicos, etc. Como lo plantea (Pastor, Balaguer y García, 2006, p.23) un estilo de vida saludable como por ejemplo la realización de ejercicio físico previene, de manera indirecta, el inicio de consumo de sustancias y fomenta una alimentación saludable, con lo cual podemos determinar que todos los hábitos de salud propuesto en esta investigación se relacionan entre sí, y permiten un estado saludable. Finalmente se puede decir que en cuanto a las conductas de salud adoptadas por los jóvenes se debe tomar en cuenta que el ser humano es un ser biopsicosocial, lo que indica que tanto el influye en su entorno como el entorno en su comportamiento. Partiendo de esto se puede pensar que en los jóvenes universitarios el hecho de ingresar a un nuevo entorno, en este caso la institución educativa universitaria, genera en ellos varios cambios en cuanto a su conducta, adoptando así nuevo hábitos, o modificando algunos de

ellos, lo que una vez más trae consigo la importancia de estudiar el comportamiento de salud en este grupo etario con el fin de tener un mayor conocimiento al respecto.

En general se puede decir que el estudio cumple con los objetivos planteados en un principio. Se ha logrado determinar los índices más importantes en cuanto a la realización de conductas saludables, la frecuencia de las mismas, y la variabilidad en cuanto al género. En términos globales los jóvenes realizan algún tipo de actividad física y mantiene hábitos de higiene y salud médica de acuerdo a lo recomendable, lo que se puede determinar cómo hábitos saludables. A pesar de lo mencionado, los jóvenes en general consumen alimentos procesados y una gran cantidad de *snacks* y comida rápida, a la par que se evidenció un elevado consumo de alcohol, conductas que se consideran poco saludables.

Algunas de las limitaciones que se encontraron en la realización de este estudio son principalmente el tamaño de la muestra, ya que al ser no probabilística no se considera una muestra representativa de acuerdo a la población quiteña y menos ecuatoriana, por otro lado los factores demográficos que no fueron incluidos en este estudio como el nivel socioeconómico y la etnia pueden traer consigo ciertos cambios en cuanto a los resultados obtenidos, de la misma manera el hecho de que la muestra fue perteneciente solamente a universidades privadas trae consigo cierta limitación en cuanto a los datos obtenidos en relación a la realidad quiteña. Otro punto importante es que al no encontrarse estudios de este tipo en Ecuador esta investigación está basada en estudios a nivel latinoamericano, lo cual no refleja la realidad de Ecuador concretamente.

Para futuras investigaciones se recomienda tomar en cuenta aspectos socioeconómicos como la etnia, el nivel socioeconómico, y la inclusión de estudiantes de universidades públicas, ya que ello puede arrojar datos importantes en cuanto a los hábitos saludables. Por otro lado sería importante tomar en cuenta aquellos estudiantes que viven con sus familia o en su defecto viven solos, y aquellos estudiantes que acuden a universidades en la capital

pero que provienen de provincia, ya que los datos podrían variar bajo estos criterios. Así mismo se recomienda un estudio longitudinal el mismo que arroje resultados de acuerdo a un período de tiempo para con ello determinar las posibles diferencias en cuanto a los datos obtenidos. Sería importante realizar un estudio enfocado a los hábitos de salud en personas que padecen alguna enfermedad física o mental, para con ello determinar si estos factores traen consigo diferencias significativas. Finalmente una recomendación adicional sería tomar en cuenta los hábitos de salud de aquellos estudiantes que a su vez trabajan y determinar si este aspecto influye de alguna manera en el estilo de vida de la persona.

REFERENCIAS

- Alvarado, E. y Luyando, R. (2013). Alimentos saludables: la percepción de los jóvenes adolescentes en Monterrey, Nuevo León. *Estudios sociales*, 21(41), 143-164. Recuperado en 24 de mayo de 2014 de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-45572013000100006&lang=pt
- Antolín, C., Galadí, D., Llofriu, M., Méndez, A., Pascual, L., Pertusa, J., Tuñón, I. y Quintás, G. (2011). *Ciencias del mundo contemporáneo: Reflexiones sobre los contenidos de las ciencias y sobre nuestra forma de vida*. España: JPM. Recuperado en junio de 2014 de: http://books.google.com.ec/books?id=KgbVnYyJdKsC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 35 (2) 161 – 164. Recuperado en noviembre de 2015 de: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>
- Arrivillaga, M. y Salazar, C. (2004). El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, como parte del estilo de vida de jóvenes universitarios. *Revista Colombiana de Psicología*, (s.n) 13, 74-89. Recuperado en junio de 2014 de: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/1211/1763>
- Arrivillaga, M., Salazar, C. y Correa, D. (2003). Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colombia médica*, 34 (4), 186 – 195. Recuperado en mayo de 2014 de: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/273/276>
- Arrivillaga, M. y Salazar, I. (2005). Creencias relacionadas con el estilo de vida de jóvenes latinoamericanos. *Psicología Conductual*, 13 (1), 19 – 36. Recuperado en junio de 2014 de: http://javeriana.edu.co/redcups/Investigacion_Creencias_y_%20Estilos_de_vida.pdf

- Ayuntamiento de Madrid. (2003). *Tabaquismo: Programa para dejar de fumar*. (2. ed.). España: Días de Santos. Recuperado en enero de 2015 de: https://books.google.com.ec/books?id=yPWXcQFV8n0C&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Banco Mundial. (2013). World Development Indicators: Mortality. Data Catalog. Data. Recuperado en noviembre de 2014 de: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN/countries/EC-XJ-XT?display=graph>
- Benages, I. (2009). Nutrientes y función cognitiva. *Nutrición Hospitalaria*, 2(2) 3-12. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309226754002>
- Bermúdez, S. (2007). *Actividad física y salud*. España: Editorial Lulu. Recuperado en noviembre de 2014 de: http://books.google.com.ec/books?id=3L0IzRSEuQMC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Blanco, E. y Rodríguez, S. (2010). *Síndrome de Intestino Irritable y otros Trastornos Relacionados*. México: Editorial Médica Panamericana. Recuperado en mayo de 2014 de: http://books.google.com.ec/books?id=jtye3Q__EYwC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Brannon, L. y Feist, J. (2009). *Health Psychology: An Introduction to Behavior and Health*. (7ª ed.). EEUU: Cenage Learning. Recuperado en noviembre de 2014 de: http://books.google.com.ec/books?id=NfCDR_YI7f0C&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Carcamo, G. y Mena, P. (2006). Alimentación Saludable. *Horizontes Educativos*. (11). Recuperado en noviembre de 2014 de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=97917575010>
- Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas [CONSEP] (2007). *Informe del estudio nacional a hogares sobre consumo de drogas 2007*. Ecuador. Recuperado en junio de 2015 de: http://www.drogasinfo.gob.ec/investigaciones_institucionales/III_Informe_encuesta_poblacion_general.pdf
- Escobar, M. y Pico, M. (2013). Autocuidado de la salud en jóvenes universitarios, Manizales. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*,

- 31(2), 178-186. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12028113003>
- Fernández, M., Fernández, R., y Querol, M. (2014). Influencia de las conductas sedentarias en las salud infantil. En E, Soriano, J. González, y V. Cala. (editores) *Retos actuales de educación y salud transcultural TOMO I, Volumen 1*. España: Universidad de Almería. Recuperado en diciembre de 2014 de: http://books.google.com.ec/books?id=rdzLAWAAQBAJ&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Francisco, E. y Jiménez-Díaz, J. (2013). La producción social de los hábitos alimenticios. Una aproximación desde la sociología del consumo. *Revista de Ciencias Sociales (Ve)*, XIX (4), 683-693. Recuperado en mayo de 2014 de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28029474007>
- Freire W, Ramírez M., Belmont P., Mendieta M., Silva M., Romero N., Sáenz K., Piñeiros P., Gómez L., Monge R. (2013). Resumen ejecutivo. Tomo I. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Ecuador [ENSANUT-ECU 2011-2013]*. Ministerio de Salud Pública/Instituto Nacional de Estadística y Censos. Quito, Ecuador. Recuperado en noviembre de 2014 de: <http://www.salud.gob.ec/encuesta-nacional-de-salud-y-nutricion-ensanut/>
- García, A. y Sánchez, A. (2011). *Drogas, sociedad y educación*. (2.ed.) España: Ediciones de la Universidad de Murcia. Recuperado en junio de 2015 de: https://books.google.es/books?id=cKBq5sUzun0C&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Gil, P., González, S., Pastor, J. y Fernández, J. (2010). Actividad física y hábitos relacionados con la salud en los jóvenes: estudio en España. *Reflexiones*, 89(2), 147-161. Recuperado en mayo de 2014 de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72918027011>
- González, J. (2003). *Actividad física, deporte y vida: beneficios, perjuicios y sentido de la actividad física y del deporte*. España: Grafo. Recuperado en mayo de 2014 de: http://books.google.es/books?id=soNTH__9HIIC&pg=PA88&dq=beneficios+psicológicos+del+deporte&hl=es&sa=X&ei=A2qBU-

- 7SDqjjsATkjYHwBg&ved=0CDMQ6AEwAA#v=onepage&q=beneficios%20psicológicos%20del%20deporte&f=false
- Ham, R., Gutiérrez, L. y González, R. (2005). *Salud y bienestar del adulto mayor en la ciudad de México*. Recuperado en mayo de 2014 de: http://books.google.com.ec/books?id=1DwgJPzNLacC&printsec=frontcover&dq=alud+y+bienestar+del+adulto+mayor+en+la+ciudad+de+México.&hl=es&sa=X&ei=7ByFU5ipH8TgsASk1oC4AQ&redir_esc=y#v=onepage&q=alud%20y%20bienestar%20del%20adulto%20mayor%20en%20la%20ciudad%20de%20México.&f=false
- Ibáñez, B. (2009). Nutrientes y función cognitiva. *Nutrición Hospitalaria*, 2 (2), 3-12. Recuperado en mayo de 2014 de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309226754002>
- Icart, M., Pulpón, A., Garrido, E., Delgado, P. (2012). *Cómo elaborar y presentar un proyecto de investigación, una tesina y una tesis*. España: Universidad de Barcelona. Recuperado en mayo de 2015 de: https://books.google.com.ec/books?id=G1uoLCfnhZoC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Instituto Catalán de la Salud. (2006). *Atención Especializada ATS/DI*. Temario, Volumen 1. España: Mad-Eduforma. Recuperado en mayo de 2014 de: <http://books.google.com.ec/books?id=YmsrTfafbrQC&pg=PA264&dq=autocuidado+de+la+salud&hl=es&sa=X&ei=5OCEU-WhE9WksQSd1oC4BQ&sqi=2&ved=0CDEQ6AEwAQ#v=onepage&q=autocuidado%20de%20la%20salud&f=false>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC]. (2010 a). Publicaciones. Biblioteca. Anuarios Estadísticos. Anuario Estadístico 2012. Recuperado en julio de 2014 de: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/anuarios-estadisticos/>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC]. (2010 b). *Censo de Educación y Vivienda 2010*. Capítulo Educación. Recuperado en agosto de 2014 de: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Presentaciones/capitulo_educacion_censo_poblacion_vivienda.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC]. (2010 c). Resultados del censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador. Fascículo Provincia

- de Pichincha. Características generales de la población. Recuperado en julio de 2014 de: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/pichincha.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC]. (2013). *Ecuador gasta semanalmente 1,2 millones de dólares en cigarrillos*. Noticias. Recuperado en junio de 2015 de: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/ecuador-gasta-semanalmente-12-millones-de-dolares-en-cigarrillos/>
- Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes [JIFE]. (2010). Informe 2010. Recuperado en junio de 2015 de: http://www.drogasinfo.gob.ec/estadisticas_internacionales/INFORME_D E_JIFE_2010.pdf
- Ledo, M., Luis, D., Gonzáles, M., Izaola, O., Conde, R. y Aller, R. (2011). Características nutricionales y estilo de vida en universitarios. *Nutrición Hospitalaria*, 26 (4), 814 - 818. Recuperado en junio de 2014 de: http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v26n4/22_original_17.pdf
- León, J., Medina, S., Barriga, S., Ballesteros, A. y Herrera, I. (2004). *Psicología de la salud y de la calidad de vida*. Barcelona, España: Editorial UOC. Recuperado en julio de 2014 de: http://books.google.com.ec/books?id=esM3UUnq9kcC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Llanes, J. y Castro, E. (2002). *Como Proteger A Los Preadolescentes De Una Vida Con Riesgos*. México: Pax. Recuperado en mayo de 2014 de: http://books.google.com.ec/books?id=hPG65CEFiM0C&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Lema, L., Salazar, I., Varela, M., Tamayo, J., Rubio, A. y Botero, A. (2009). Comportamiento y salud en los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida. *Pensamiento Psicológico*, 5 (12), 71 – 88. Recuperado en mayo de 2014 de: <http://revistas.javerianacali.edu.co/javevirtualoj/index.php/pensamientopsicologico/article/view/106/316>
- Lewis, A. (1998). *Tests psicológicos y evaluación*. (8ª.ed). México: Prentice Hall.

- Llanes, J. y Castro, E. (2002). *Como Proteger A Los Preadolescentes De Una Vida Con Riesgos*. México: Pax. Recuperado en mayo de 2014 de: http://books.google.com.ec/books?id=hPG65CEFiM0C&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- López, M. (2007). *La evaluación de la competencia léxica: Test de vocabulario. Su fiabilidad y validez*. España: Ministerio de educación y ciencia. Recuperado en junio de 2015 de: https://books.google.com.ec/books?id=F_BypNFqXeUC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Malagón, G. (2004). *Manejo Integral de Urgencias*. (3º ed.). Bogotá, Colombia: Editorial Médica Internacional. Recuperado en junio de 2014 de: http://books.google.com.ec/books?id=pvh75t3FamwC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Márquez, R. y Garatachea, N. (2013). *Actividad física y salud*. España: Días de Santos. Recuperado en junio de 2014 de: http://books.google.com.ec/books?id=isxZr7nS2n8C&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Martínez, J. y García, P. (2006). *Nutrición Humana*. Valencia, España: Editorial de la Universidad Politécnica de Valencia. Recuperado en noviembre de 2014 de: http://books.google.com.ec/books?id=Y1_WtSayNscC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Más, M., Alberti, L. y Espeso, N. (2005). Estilos saludables de vida y su relevancia en la salud del individuo. *Humanidades Médicas*, 5 (2) s.n. Recuperado en mayo de 2014 de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202005000200006
- National Institute of Drug Abuse [NIDA]. (2008). *Las drogas, el cerebro y el comportamiento: la ciencia de la adicción*. Estados Unidos: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Recuperado en junio de 2015 de: https://books.google.com.ec/books?id=MGQT0OswXVMC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

- Novoa, M., Barreto, I. y Silva, L. (2012). Consumo de cigarrillo y prácticas culturales en contextos universitarios. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44(1) 97-110. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80524017010>
- Nuviala, A., Ruiz, F. y García, E. (2003). Tiempo libre, ocio y actividad física en los adolescentes. La influencia de los padres. Retos. *Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, 6 (s.n), 13 – 20. Recuperado en junio de 2014 de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2282437>
- Oblitas, L. y Becoña E. (2000). *Psicología de la salud*. México: Plaza y Valdés. Recuperado en mayo de 2014 de: http://books.google.es/books?id=Blc6XLCFcVsC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Oblitas, L. (2009). *Psicología de la salud y calidad de vida*. (3ªed.). México: Cengage Learning. Recuperado en mayo de 2014 de: http://books.google.com.ec/books?id=LXR_dkV_XNcC&printsec=frontcover&dq=psicologia+de+la+salud&hl=es&sa=X&ei=JSmFU93KlKzLsASu5YK4Bw&ved=0CC0Q6AEwAA#v=onepage&q=psicologia%20de%20la%20salud&f=false
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC]. (2014). *Informe Mundial sobre las Drogas: Resumen ejecutivo*. Recuperado en junio de 2015 de: http://www.unodc.org/documents/wdr2014/V1403603_spanish.pdf
- Ogden, J. (2012). *Health Psychology: A Textbook*. (5ª ed.). Inglaterra: McGraw-Hill. Recuperado en octubre de 2015 de: https://books.google.com.ec/books?id=MYzFQWZ6GxQC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Organización Mundial de la Salud. (s.f). Preguntas más frecuentes. ¿Cómo define la OMS la salud? Recuperado en junio de 2014 de: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (s.f). *Documento de consulta para la preparación de una estrategia mundial OMS sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. Recuperado en julio de 2014 de: http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gskon_doc_sp.pdf?ua=1

- Organización Mundial de la Salud. (s.f). *Subsanar las Desigualdades en una Generación: Alcanzar la Equidad Sanitaria Actuando Sobre los Determinantes Sociales de la Salud*. Argentina: Journal. Recuperado en mayo de 2014 de: http://books.google.com.ec/books?id=2XmAITQj6ksC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2000). *Dieta, nutrición, y prevención de enfermedades crónicas*. España: Gráficas Reunidas. Recuperado en mayo de 2014 de: [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_797_\(part1\)_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_797_(part1)_spa.pdf)
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2002). *Informe sobre la salud en el mundo: Reducir los riesgos y promover una vida sana*. Recuperado en enero de 2015 de: <http://www.who.int/whr/2002/en/Chapter4S.pdf?ua=1>
- Organización Mundial de la Salud. (2004, a). *Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. Recuperado en noviembre de 2014 de: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2004, b). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Suiza. Recuperado en junio de 2015 de: http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_S.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud. [OMS]. (2008a). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado en junio de 2015 de: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud. [OMS]. (2008b). *2008-2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases*. Recuperado en noviembre de 2015 de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44009/1/9789241597418_eng.pdf

- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Estrategias de Plan de Acción Regional sobre los Adolescentes y Jóvenes*. Estados Unidos. Recuperado en mayo de 2014 de: <http://www.paho.org/salud-mujeres-ninos/wp-content/uploads/2012/06/estrategia-y-plan-de-accion-regional-sobre-los-adolescentes-y-jovenes.pdf?ua=1>
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*. Suiza. Recuperado en julio de 2014 de: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243599977_spa.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2011). Informe sobre la situación mundial de enfermedades no transmisibles 2010: Resumen de orientación. Suiza: Servicio de producción de documentos de la OMS. Recuperado en noviembre de 2014 de: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014). Individual Country Profiles, en *Global Status report on alcohol and Health 2014*. Recuperado en enero de 2014 de: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msb_gsr_2014_2.pdf?ua=1
- Ortiz, A., Alonso, I., González, A. y Ruiz, M. (2011). *Adicciones*. (vol.6) España: Elsevier Masson. Recuperado en junio de 2015 de: https://books.google.com.ec/books?id=fg7UHH82o0wC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Páez, L. y Castaño, J. (2010). Estilos de vida y salud en estudiantes de una facultad de Psicología. *Psicología desde el Caribe*, 25 (s.n), 155 – 178. Recuperado en junio de 2014 de: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/42/611>
- Pastor, Y., Balaguer, I. y García, E. (2006). Relaciones entre el autoconcepto y el estilo de vida saludable en la adolescencia media: un modelo exploratorio. *Psicothema*, 18 (1), 18 – 24. Recuperado en mayo de 2014 de: <http://www.psycothema.com/pdf/3170.pdf>

- Patiño, L., Zapata, D. y Olaya, Á. (2014). Conocimientos y actitudes de los universitarios sobre el consumo de cigarrillo y las normas que lo regulan con respecto a sus prácticas, Medellín, 2013. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 13(27) 334-347. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54533007019>
- Pineda, E. y Alvarado, E. (2008). Metodología de la investigación. Washington, EE.UU.: Organización Panamericana de la Salud.
- Quirantes, A., López, M., Hernández, E. y Pérez, A. (2009). Estilo de vida, desarrollo científico-técnico y obesidad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35 (3). Recuperado en mayo de 2014 de: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v35n3/spu14309.pdf>
- Real Academia de la Lengua Española. (2001). Diccionarios. Diccionario de la Lengua Española [DRAE]. (22º ed.). Recuperado en junio de 2014 de: <http://lema.rae.es/drae/?val=habito>
- Real Academia de la Lengua Española. (2001). Diccionarios. Diccionario de la Lengua Española [DRAE]. (22º ed.). Recuperado en junio de 2014 de: <http://dle.rae.es/?w=juventud&o=h>
- Recio, J. (2012). En Religión y Valores Últimos en Madrid. En A, Marín, C. Cortéz y M. Cáceres (Coord.). *La realidad social: una perspectiva sociológica*. Madrid, España: Editorial Fragua. Recuperado en mayo de 2014 de: http://books.google.com.ec/books?id=_DJR4dV525QC&pg=PA248&dq=alcohol+y+tabaco+autocuidado&hl=es&sa=X&ei=Q-2EU6ODDcTesATt2oGgBQ&ved=0CEAQ6AEwBA#v=onepage&q=alcohol%20y%20tabaco%20autocuidado&f=false
- Reinozo, E. y Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual*. México: Manual Moderno. Recuperado en mayo de 2014 de: <http://books.google.com.ec/books?id=Te75iok5oAgC&printsec=frontcover&dq=psicologia+de+la+salud&hl=es&sa=X&ei=SmOCU9-NFZCzsATd7IDwBw&ved=0CFEQ6AEwBg#v=onepage&q=psicologia%20de%20la%20salud&f=false>
- Revuelta, L. y Esnaola, I. (2011). Clima familiar y autoconcepto físico en la adolescencia. *European Journal of Education and Psychology*, 4 (1), 19 –

31. Recuperado en junio de 2014 de:
<http://ejep.es/index.php/journal/article/view/74/pdf>
- Riba, M. (ed.). (2009). *Pautas prácticas para una dieta sana*. Estados Unidos: Erasmus. Recuperado en mayo de 2014 de:
<http://books.google.com.ec/books?id=CjfaspWr6bgC&pg=PA57&dq=dieta+saludable+ayuda+a+la+memoria&hl=es&sa=X&ei=iHyGU7m1MOzisAS844JY&ved=0CEwQ6AEwAg#v=onepage&q=dieta%20saludable%20ayuda%20a%20la%20memoria&f=false>
- Richardson, M. (2004). *Enciclopedia de la salud: Qué debemos hacer para disfrutar de una buena salud*. España: Amat. Recuperado en mayo de 2014 de:
<http://books.google.com.ec/books?id=PZFTqbW1ndkC&pg=PA61&dq=efectos+tabaco+en+la+salud&hl=es&sa=X&ei=Mp2CU-ihMuHhsATFooLoCQ&ved=0CCsQ6AEwAA#v=onepage&q=efectos%20tabaco%20en%20la%20salud&f=false>
- Riviera, R. (2010). *Estilos de vida de los adolescentes peruanos*. Lima, Perú: Aleph Impresiones. Recuperado en noviembre de 2014 de:
http://books.google.com.ec/books?id=yLZLXfcxtUIC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Roca, V., y Ladero, M. (2009). En Complicaciones orgánicas generales del consumo de drogas. Hepatitis en drogadictos. En P., Lorenzo, M., Ladero, C., Leza, I., Lizasoain (coord.) *Drogodependencias: farmacología, patología, psicología, legislación*. (3º ed.). España: Editorial Panamericana. Recuperado en agosto de 2014 de:
http://books.google.com.ec/books?id=O01ERd98HhsC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Rodés, J. y Piqué, A. (2007). *Libro de la salud del Hospital Clínic de Barcelona y la Fundación BBVA*. España: Fundación BBVA. Recuperado en mayo de 2014 de:
http://books.google.com.ec/books?id=SsMyl7M0nZYC&pg=PA77&dq=los+jovenes+deben+realizar+ejercicio+fisico&hl=es&sa=X&ei=u_KEU-vfB8ucqAal-oDoCA&redir_esc=y#v=onepage&q=los%20jovenes%20deben%20realizar%20ejercicio%20fisico&f=false

- Rodríguez, F., Aranceta, J. y Serra, L. (2008). *Psicología y Nutrición*. Barcelona, España: Elsevier Masson. Recuperado en noviembre de 2014 de: http://books.google.com.ec/books?id=wQeGnfOH64MC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Rodríguez, F., Aranceta, J. y Serra, L. (2008). *Psicología y Nutrición*. Barcelona, España: Elsevier Masson. Recuperado en noviembre de 2014 de: http://books.google.com.ec/books?id=wQeGnfOH64MC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Rodríguez, Palma, Romo, Escobar, Aragón, Espinoza, et al. (2013). Hábitos alimenticios, actividad física y nivel socioeconómico en estudiantes universitarios de Chile. *Nutrición Hospitalaria*. 28 (2). 447 – 455. Recuperado en mayo de 2015 de: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v28n2/24original19.pdf>
- Rodríguez, V. y Magro, E. (2008). *Bases de la Alimentación Humana*. España: netbiblio. Recuperado en mayo de 2014 de: http://books.google.com.ec/books?id=c_f5eJ77PnwC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Rodríguez, V. y Magro, E. (2008). *Bases de la Alimentación Humana*. España: netbiblio. Recuperado en mayo de 2014 de: http://books.google.com.ec/books?id=c_f5eJ77PnwC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Rosa, M. (2003). *Los Efectos Y Las Consecuencias de Las Drogas Y El Alcohol*. Estados Unidos: AuthorHouse. Recuperado en mayo de 2015 de: https://books.google.com.ec/books?id=8yUwSF-TLyIC&pg=PA156&lpg=PA156&dq=Los+Efectos+Y+Las+Consecuencias+de+Las+Drogas+Y+El+Alcohol.+Estados+Unidos:+Matilde+Rosa&source=bl&ots=tIA1zvJZ5v&sig=fxDyIRzN70r_eBYul3IE2HvWDpo&hl=es&sa=X&ved=0OCB0Q6AEwAGoVChMljvfk5PwxgIVBCweCh097glW#v=onepage&q&f=false
- Rossi, G., Carbajal, M., Bottrill, A. (2014). El alcohol y los modos de consumo en los adolescentes. Percepción de los riesgos. *La previa: El consumo de alcohol entre los adolescentes*. Recuperado en enero de 2014 de:

http://books.google.com.ec/books?id=Me-zAgAAQBAJ&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Sábado, J. (2010). *Fundamentos de bioestadística y análisis de datos para enfermería*. España: Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado en junio de 2015 de:

https://books.google.com.ec/books?id=MHgap8IN124C&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Salazar, C. y Arrivillaga, M. (2004). El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, como parte del estilo de vida de jóvenes universitarios. *Revista Colombiana de Psicología*, (13), 74 – 89. Recuperado en junio de 2014 de:

<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/1211/1763>

Saldivia, C. y Vizcarra, B. (2012). Consumo de Drogas y Violencia en el Noviazgo en Estudiantes Universitarios del Sur de Chile. *Terapia Psicológica*. 30(2) 43-49. Recuperado en mayo de 2015 de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78523006004>

Salinas, N. (2007). *Manual para el técnico de sala de fitness*. España: Sagrafic. Recuperado en noviembre de 2014 de: http://books.google.com.ec/books?id=GUwRoCn5TmwC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2013). *Plan Nacional del Buen Vivir*. Ecuador. Recuperado en noviembre de 2014 de: <http://www.buenvivir.gob.ec/>

Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica [SEPAR]. (2002). *Manual del Tabaquismo*. (2^oed). España: Masson. Recuperado en junio de 2014 de: http://books.google.com.ec/books?id=kiETTHZaQJMC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Stassen, K. (2009). *Psicología del desarrollo: Adulthood y Vejez*. (7^o ed.). España: Editorial Panamericana. Recuperado en mayo de 2014 de: <http://books.google.com.ec/books?id=K8XALshsHLAC&printsec=frontcover&dq=psicolog%C3%ADa+del+desarrollo+adulthood+y+vejez&hl=es&sa=>

X&ei=IBSFU7-

PGabLsQTV_ICIDg&ved=0CC0Q6AEwAA#v=onepage&q=psicolog%C3%ADa%20del%20desarrollo%20adulter%20y%20vejez&f=false

- Tabón, O. y García, C. (2004). *Fundamentos teóricos y metodológicos para el trabajo comunitario en Salud*. Colombia: Universidad de Caldas. Recuperado en abril de 2015 de: https://books.google.com.ec/books?id=oq1pu6rq4KoC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Tuero del Prado, C. y Márquez, S. (2012). Estilos de vida y actividad física. En S. Márquez, y Garatachea, N (directoras). *Actividad física y salud*. Madrid, España: Ediciones Días de Santos. Recuperado en noviembre de 2014 de: http://books.google.com.ec/books?id=obmrUIHxAdcC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- U.S. Department of Labor (2000). *Testing and assessment: an employer's guide to good practices*. Estados Unidos: Employer and Training administration. Recuperado en junio de 2015 de: https://www.onetcenter.org/dl_files/empTestAsse.pdf
- Vaquero, P. (2008). *Genética, nutrición y enfermedad*. España: EDIMSA. Recuperado en junio de 2014 de: http://books.google.com.ec/books?id=Y3vp40XzrC0C&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Varela, M., Duarte, C., Salazar, I., Lema, L., Tamayo, J. (2011). Actividad física y sedentarismo en jóvenes universitarios de Colombia: prácticas, motivos y recursos para realizarlas. *Colombia Médica*. 42(3) 269 – 277. Recuperado en octubre de 2015 de: <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v42n3/v42n3a2.pdf>
- Zamora, S. y Pérez, F. (2013). Importancia de la sacarosa en las funciones cognitivas: conocimiento y comportamiento. *Nutrición Hospitalaria*, 28 (4), 106 – 111. Recuperado en mayo de 2014 de: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v28s4/13articulo13.pdf>

ANEXOS

Anexo 1

ENCUESTA SOBRE CONDUCTAS SALUDABLES EN JÓVENES UNIVERSITARIOS

Esta es una encuesta que se realiza como parte del trabajo de titulación de pregrado, de la escuela de Psicología de la Universidad de las Américas. El fin de esta encuesta es determinar algunas conductas saludables que se dan entre los jóvenes universitarios. La participación es voluntaria, anónima y los resultados son confidenciales.

Sexo: Masculino ___ Femenino ___

Edad: _____

Has sido diagnosticado con alguna enfermedad física crónica:

SI ___ NO ___

¿Cual? _____

Tomando en cuenta solamente los **últimos 6 meses** hasta la fecha actual, por favor responde con una X en los campos en blanco.

ACTIVIDAD FÍSICA/EJERCICIO/DEPORTE		Nunca	1 a 3 veces por semana	3 a 5 veces por semana	Todos los días
1	¿Te movilizas en patines, bicicleta, caminando, etc. de un lugar a otro, al menos 20 minutos diarios, con el fin de realizar actividad física? (no incluyen vehículos motorizados)				
2	¿Realizas al menos 2 horas y media de actividad física, ya sea de manera seguida o fraccionada durante la semana (aeróbicos, natación, bicicleta, trotar, etc.)?				
3	¿Realizas alguna actividad física con el fin de disminuir el estrés (yoga, caminatas, tai chi, baile, entre otros)?				
4	¿Realizas a menos 20 minutos diarios de ejercicios de fortalecimiento y/o tonificación muscular?				

ALIMENTACIÓN		Nunca	1 a 3 veces por semana	3 a 5 veces por semana	Todos los días
5	¿Desayunas, almuerzas y meriendas alimentos cocinados en casa y bajos en sal, grasas, y azúcares?				
6	¿Desayunas, almuerzas y meriendas alimentos cocinados en restaurantes y bajos en sal, grasas, y azúcares?				
7	¿Comes comida rápida (pizza, hamburguesas, hot dogs, etc.)?				
8	¿Consumes alimentos precocinados (comida congelada, enlatada, alimentos de sobre)?				
9	¿Ingieres frutas, vegetales, cereales, legumbres, en tu alimentación diaria?				
10	¿Consumes carnes blancas y/o carne roja?				

		Nunca	1 a 3 veces por semana	3 a 5 veces por semana	Todos los días
11	¿Consumes lácteos bajos en grasas? (como leche semi descremada , queso con poca grasa , etc.)				
12	¿Consumes dulces y snacks (colas, cachitos, doritos, chocolates, caramelos, helados, etc.)?				

CONSUMO DE ALCOHOL/TABACO/DROGAS		SI		NO		
13	¿Consumes cigarrillo?					
	<i>En caso de responder sí en la pregunta anterior, ¿cuál es la frecuencia aproximada de tu consumo de cigarrillo?</i>	<i>Diaria</i>		<i>Semanal</i>		
		1 a 2 veces		1 a 2 veces		1 a 2 veces
		3 a 5 veces		3 a 5 veces		3 a 5 veces
	5 o más		5 o más		5 o más	
14	¿Consumes alcohol?	SI		NO		
	<i>En caso de responder si a la pregunta anterior, ¿cuál es la frecuencia aproximada de tu consumo de alcohol, llegando a la embriaguez?</i>	<i>Diaria</i>		<i>Semanal</i>		
		1 a 2 veces		1 a 2 veces		1 a 2 veces
		3 a 5 veces		3 a 5 veces		3 a 5 veces
	5 o más		5 o más		5 o más	

15	¿Has consumido o consumes algún otro tipo de droga natural como marihuana, hongos, hojas de coca, ayahuasca, san pedro, etc.?	SI			NO		
	En caso de responder si a la pregunta anterior, ¿Cuál es la frecuencia aproximada de tu consumo?	<i>Diaria</i>		<i>Semanal</i>		<i>Mensual</i>	
		1 a 2 veces		1 a 2 veces		1 a 2 veces	
		3 a 5 veces		3 a 5 veces		3 a 5 veces	
		5 o más		5 o más		5 o más	
16	¿Has consumido o consumes algún otro tipo de droga semi-sintética, como cocaína, base de cocaína, opio, heroína, etc.?	SI			NO		
	En caso de responder si a la pregunta anterior, ¿Cuál es la frecuencia aproximada de tu consumo?	<i>Diaria</i>		<i>Semanal</i>		<i>Mensual</i>	
		1 a 2 veces		1 a 2 veces		1 a 2 veces	
		3 a 5 veces		3 a 5 veces		3 a 5 veces	
		5 o más		5 o más		5 o más	
17	¿Has consumido o consumes algún otro tipo de droga sintética como LSD, éxtasis, medicamentos psiquiátricos, etc.)?	SI			NO		
	En caso de responder si a la pregunta anterior, ¿Cuál es la frecuencia aproximada de tu consumo?	<i>Diaria</i>		<i>Semanal</i>		<i>Mensual</i>	
		1 a 2 veces		1 a 2 veces		1 a 2 veces	
		3 a 5 veces		3 a 5 veces		3 a 5 veces	
		5 o más		5 o más		5 o más	

OTRAS PRÁCTICAS		SI		NO	
18	¿Acudes al médico para un chequeo de salud al menos una vez al año?				
19	¿Acudes al dentista al menos una vez al año?				
20	¿Sigues las prescripciones médicas al pie de la letra?				
		Nunca	1 a 3 veces por semana	3 a 5 veces por semana	Todos los días
21	¿Tomas un baño, o una ducha?				
22	¿Te cepillas los dientes?	Más de 3 veces al día	3 veces al día	2 veces al día	1 vez al día

Si deseas recibir los resultados de la investigación coloca tu correo electrónico en la parte inferior y se te enviarán, de manera digital, los resultados obtenidos. Recuerda que es **opcional**.

Correo Electrónico_____.

MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

Anexo 2

Resultados de Frecuencia de consumo de sustancias por edad y género.

Anexo 2.1: Ítem 13 Consumo de cigarrillo

Consumo diario

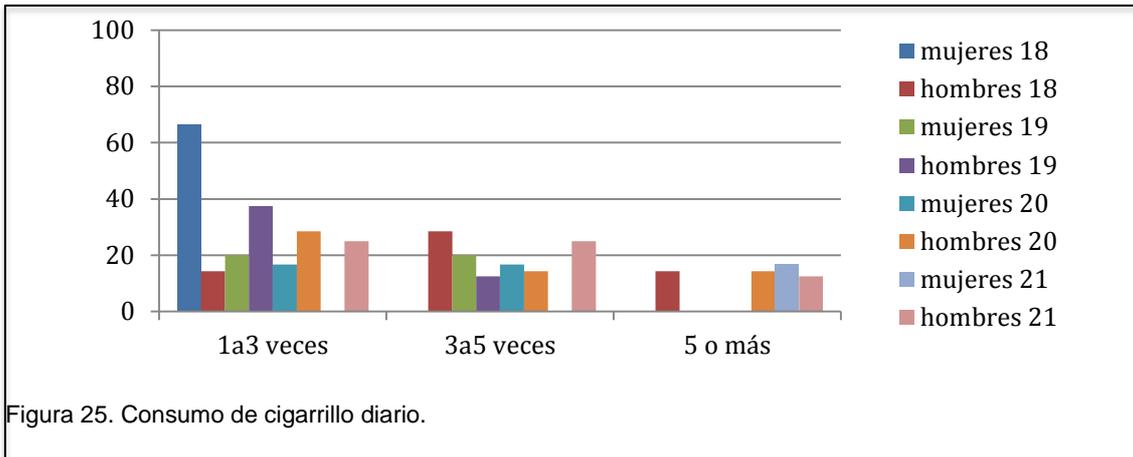


Figura 25. Consumo de cigarrillo diario.

Tabla 34. Consumo de cigarrillo diario.

MUJERES				HOMBRES			
Frec.	1 a 3	3 a 5	5 o más	Frec.	1 a 3	3 a 5	5 o más
Edad				Edad			
18	66,66	0	0	18	14,28	28,57	14,28
19	20	20	0	19	37,5	12,5	0
20	16,66	16,66	0	20	28,57	14,28	14,28
21	0	0	16,66	21	25	25	12,50

Nota: Los valores están expresados en porcentajes

Consumo semanal

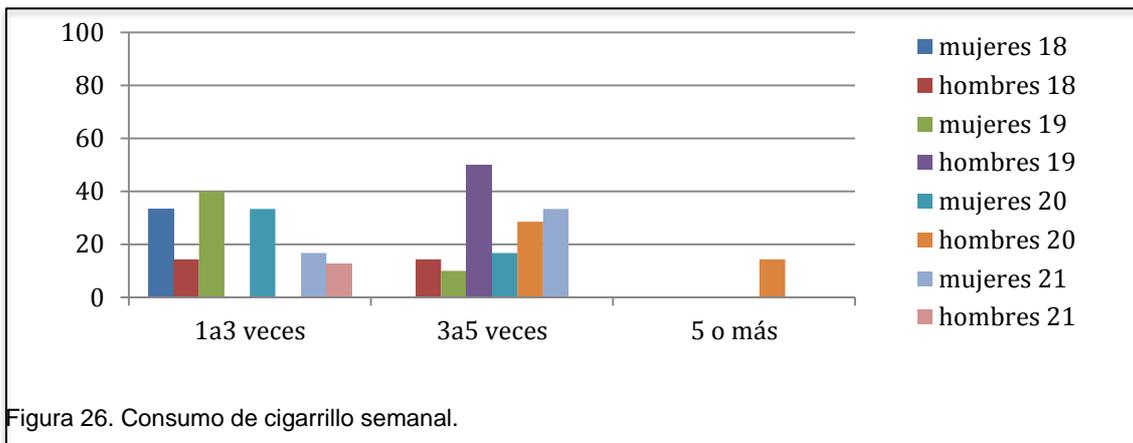


Figura 26. Consumo de cigarrillo semanal.

Tabla 35. Consumo de cigarrillo semanal.

MUJERES				HOMBRES			
Frec.	1 a 3	3 a 5	5 o más	Frec.	1 a 3	3 a 5	5 o más
Edad				Edad			
18	33,33	0	0	18	14,28	14,28	0
19	40	10	0	19	0	50	0
20	33,33	16,66	0	20	0	28,57	14,28
21	16,66	33,33	0	21	12,5	0	0

Nota: Los valores están expresados en porcentajes

Consumo mensual

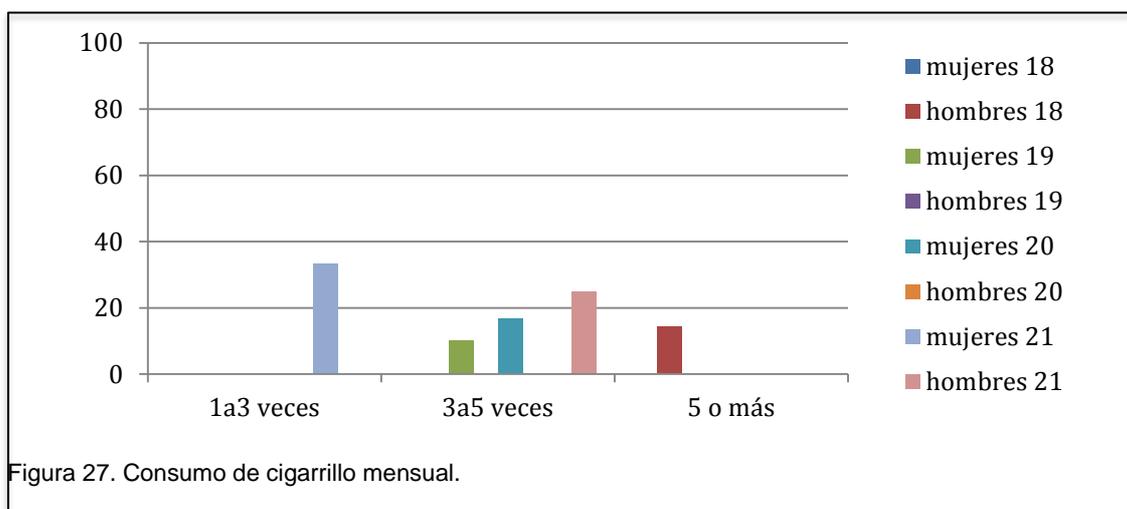


Figura 27. Consumo de cigarrillo mensual.

Tabla 36. Consumo de cigarrillo mensual.

MUJERES				HOMBRES			
Frec.	1 a 3	3 a 5	5 o más	Frec.	1 a 3	3 a 5	5 o más
Edad				Edad			
18	0	0	0	18	0	0	14,28
19	0	10	0	19	0	0	0
20	0	16,66	0	20	0	0	0
21	33,33	0	0	21	0	25	0

Nota: Los valores están expresados en porcentajes

Anexo 2.2: Ítem 14 Consumo de alcohol

Consumo diario

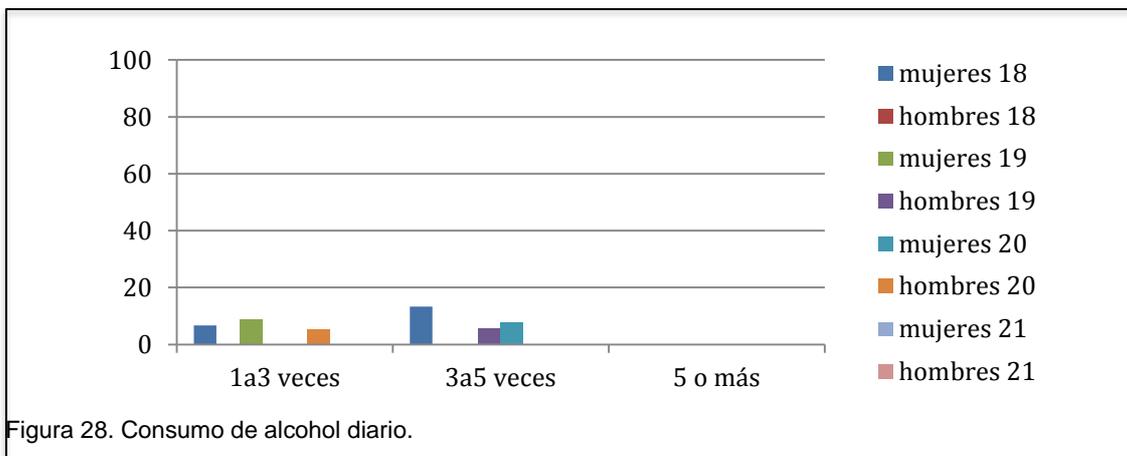


Tabla 37. Consumo de alcohol diario.

MUJERES				HOMBRES			
Frec.	1 a 3	3 a 5	5 o más	Frec.	1 a 3	3 a 5	5 o más
Edad				Edad			
18	6,66	13,33	0	18	0	0	0
19	8,69	0	0	19	0	5,55	0
20	0	7,69	0	20	5,26	0	0
21	0	0	0	21	0	0	0

Nota: Los valores están expresados en porcentajes

Consumo semanal

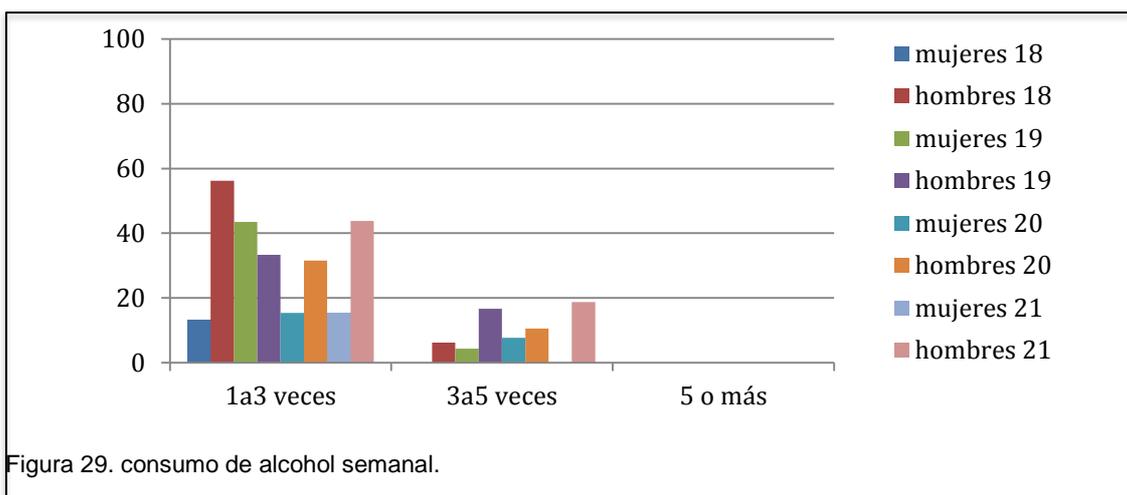


Tabla 38. Consumo de alcohol semanal.

MUJERES				HOMBRES			
Frec.	1 a 3	3 a 5	5 o más	Frec.	1 a 3	3 a 5	5 o más
Edad				Edad			
18	13,33	0	0	18	56,25	6,25	0
19	43,48	4,35	0	19	33,33	16,66	0
20	15,38	7,69	0	20	31,57	10,52	0
21	15,38	0	0	21	43,75	18,75	0

Nota: Los valores están expresados en porcentajes

Consumo mensual

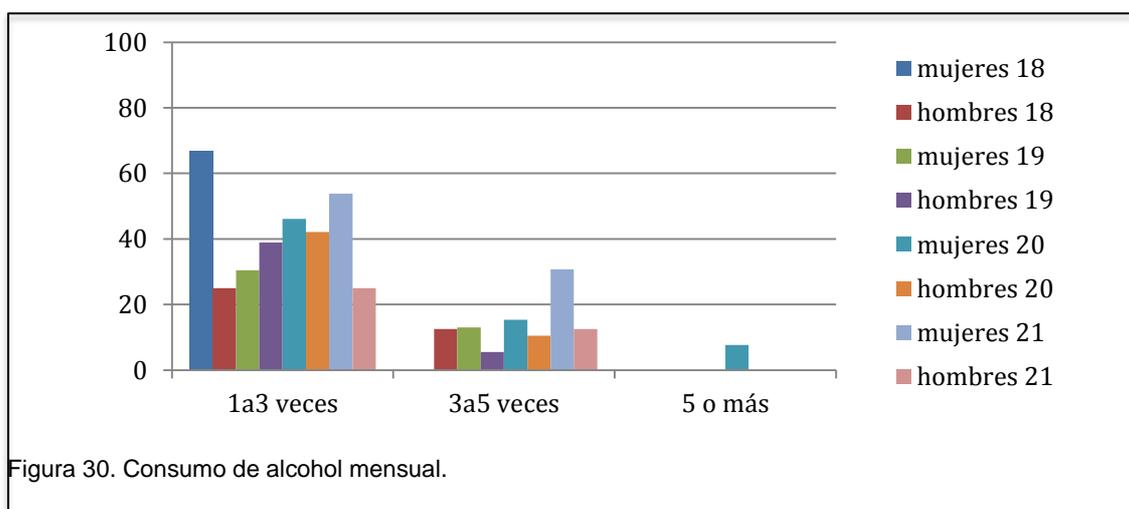


Figura 30. Consumo de alcohol mensual.

Tabla 39. Consumo de alcohol mensual.

MUJERES				HOMBRES			
Frec.	1 a 3	3 a 5	5 o más	Frec.	1 a 3	3 a 5	5 o más
Edad				Edad			
18	66,66	0	0	18	25	12,50	0
19	30,43	13,04	0	19	38,88	5,55	0
20	46,15	15,38	7,69	20	42,10	10,52	0
21	53,84	30,79	0	21	25	12,50	0

Nota: Los valores están expresados en porcentajes

Anexo 2.3: Ítem 15 Consumo de drogas naturales

Consumo diario

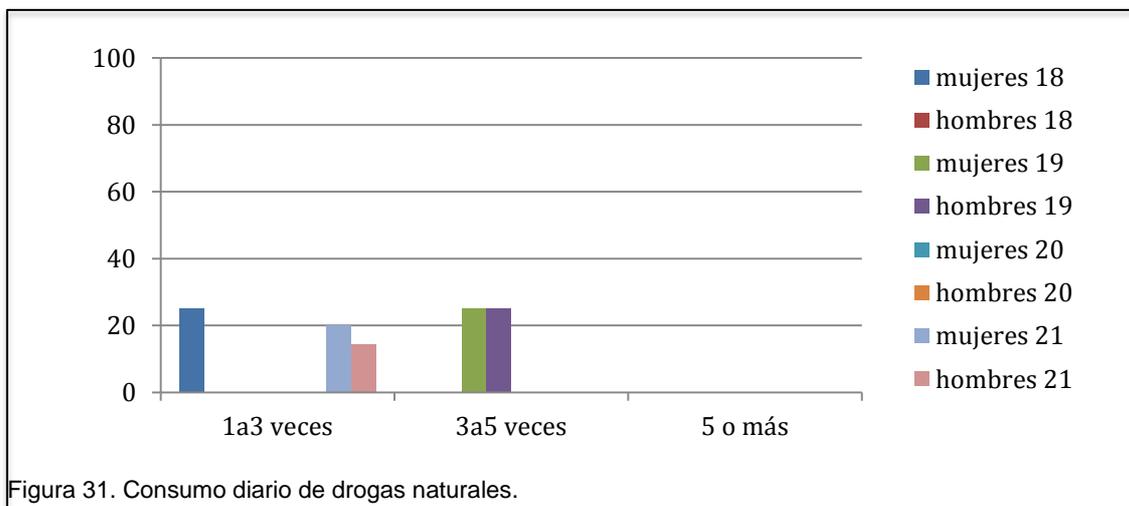


Tabla 40. Consumo diario de drogas naturales.

MUJERES				HOMBRES			
Frec.	1 a 3	3 a 5	5 o más	Frec.	1 a 3	3 a 5	5 o más
Edad				Edad			
18	25	0	0	18	0	0	0
19	0	25	0	19	0	25	0
20	0	0	0	20	0	0	0
21	20	0	0	21	14,28	0	0

Nota: Los valores están expresados en porcentajes

Consumo semanal

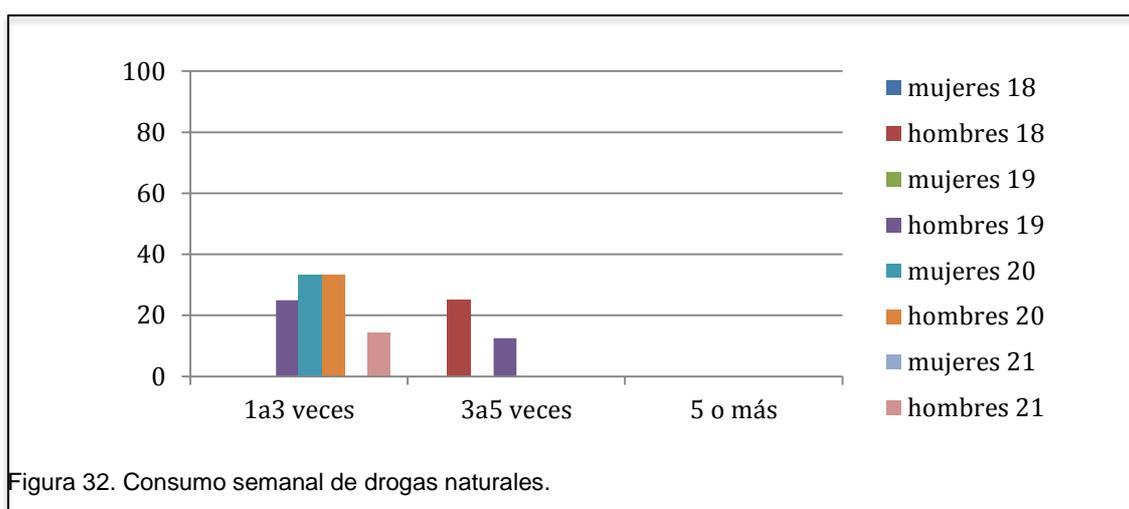


Tabla 41. Consumo semanal de drogas naturales.

MUJERES				HOMBRES			
Frec.	1 a 3	3 a 5	5 o más	Frec.	1 a 3	3 a 5	5 o más
Edad				Edad			
18	0	0	0	18	0	25	0
19	0	0	0	19	25	12,5	0
20	33,33	0	0	20	33,33	0	0
21	0	0	0	21	14,28	0	0

Nota: Los valores están expresados en porcentajes

Consumo mensual

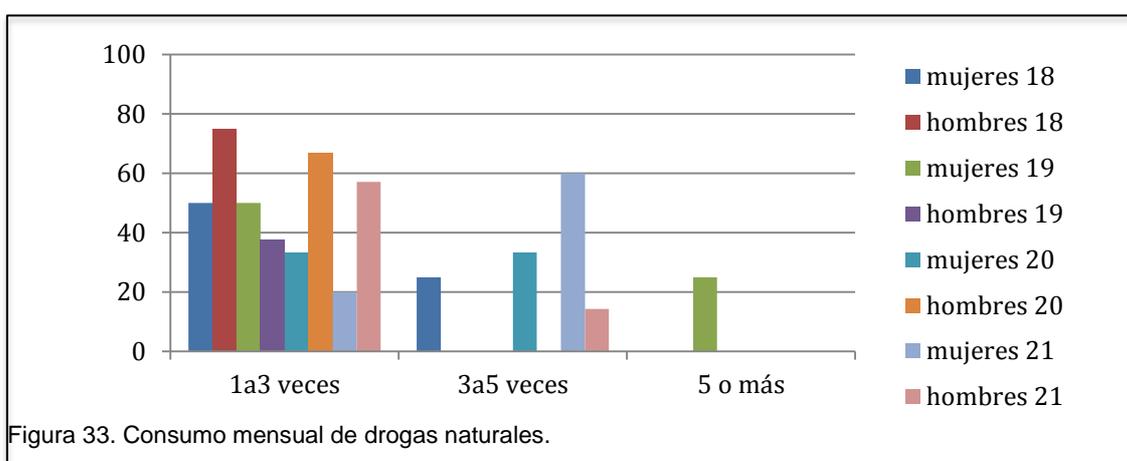


Figura 33. Consumo mensual de drogas naturales.

Tabla 42. Consumo mensual de drogas naturales.

MUJERES				HOMBRES			
Frec.	1 a 3	3 a 5	5 o más	Frec.	1 a 3	3 a 5	5 o más
Edad				Edad			
18	50	25	0	18	75	0	0
19	50	0	25	19	37,5	0	0
20	33,33	33,33	0	20	66,66	0	0
21	20	60	0	21	57,14	14,28	0

Nota: Los valores están expresados en porcentajes

Anexo 2.4: Ítem 16 Consumo de drogas semi sintéticas

Consumo diario

Tabla 43. Consumo diario de drogas semi sintéticas.

MUJERES				HOMBRES			
Frec.	1 a 3	3 a 5	5 o más	Frec.	1 a 3	3 a 5	5 o más
Edad				Edad			
18	0	0	0	18	0	0	0
19	0	0	0	19	50	0	0
20	0	0	0	20	0	0	0
21	0	0	0	21	0	0	0

Nota: Los valores están expresados en porcentajes

Consumo semanal

Tabla 44. Consumo semanal de drogas semi sintéticas.

MUJERES				HOMBRES			
Frec.	1 a 3	3 a 5	5 o más	Frec.	1 a 3	3 a 5	5 o más
Edad				Edad			
18	0	0	0	18	0	0	0
19	0	0	0	19	0	0	0
20	0	0	0	20	0	0	0
21	0	0	0	21	50	0	0

Nota: Los valores están expresados en porcentajes

Consumo mensual

Tabla 45. Consumo mensual de drogas semi sintéticas.

MUJERES				HOMBRES			
Frec.	1 a 3	3 a 5	5 o más	Frec.	1 a 3	3 a 5	5 o más
Edad				Edad			
18	100	0	0	18	100	0	0
19	0	0	0	19	50	0	0
20	0	0	0	20	0	0	0
21	0	0	0	21	50	0	0

Nota: Los valores están expresados en porcentajes

Anexo 2.5: Ítem 16 Consumo de drogas sintéticas

Consumo diario

Ninguna persona reportó un uso diario de este tipo de sustancia.

Consumo semanal

Tabla 46. Consumo semanal de drogas sintéticas.

MUJERES				HOMBRES			
Frec.	1 a 3	3 a 5	5 o más	Frec.	1 a 3	3 a 5	5 o más
Edad				Edad			
18	0	0	0	18	33,33	0	0
19	0	0	0	19	0	0	0
20	0	0	50	20	0	0	0
21	0	0	0	21	0	0	0

Nota: Los valores están expresados en porcentajes

Consumo mensual

Tabla 47. Consumo mensual de drogas sintéticas.

MUJERES				HOMBRES			
Frec.	1 a 3	3 a 5	5 o más	Frec.	1 a 3	3 a 5	5 o más
Edad				Edad			
18	100	0	0	18	66,66	0	0
19	100	0	0	19	100	0	0
20	50	0	0	20	0	0	0
21	100	0	0	21	100	0	0

Nota: Los valores están expresados en porcentajes