



**UNIVERSIDAD NACIONAL
HERMILIO VALDIZÁN
ESCUELA DE POSTGRADO**

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA Y GESTIÓN SANITARIA

INFORME DE TESIS

=====

**“PREDICTORES BIOSOCIOCULTURALES Y
ESTILOS DE VIDA DE LOS ESTUDIANTES
UNIVERSITARIOS DE UNA UNIVERSIDAD
DE HUÁNUCO”**

=====

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAGÍSTER EN:
SALUD PÚBLICA Y GESTIÓN SANITARIA

TESISTA:

Lic. Enf. Mely M. Ruiz Aquino

ASESOR

Dra. María Luz Ortiz Cruz

HUÁNUCO – PERÚ

2015

**“PREDICTORES BIOSOCIOCULTURALES
Y ESTILOS DE VIDA DE LOS
ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE UNA
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO”**

Dedicatoria

Ha sido el todopoderoso, quien ha iluminado mi sendero. El que me ha dado fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado; aún sin merecerlo, me regala su inmenso amor y misericordia; por ello, dedico los logros de mi vida a Dios.

BENDICE AL SEÑOR, ALMA MIA, ALABE TODO MI SER SU SANTO NOMBRE, por este regalo inmerecido dado por ti mi DIOS Y SEÑOR JESUSCRISTO.

PORQUE DIOS DA LA SABIDURIA, Y DE SU BOCA VIENE EL CONOCIMIENTO Y LA INTELIGENCIA.

También, la presente tesis la dedico a los seres que más amo en la vida: A mi hijo Matias, por ser una fuente inagotable, de satisfacciones y alegrías. A mi esposo Fujitsu, por apoyarme en todo. Los momentos más felices de mi vida, muchos de mis logros se los debo a ellos.

A mis hermanos, y a tantos amigos que han soportado con cariño mis malos momentos, y sin cuyo apoyo todo habría sido más difícil.

A los estudiantes de Enfermería, quienes son la razón de ser de la universidad y motivo de esmero. Mi orgullo es que el estudiante supere al maestro.

Agradecimientos

Agradezco en principio a Dios, por la fortaleza que me da día a día y por todas las bendiciones que me ha dado, aun sin merecerlo.

A mi hijo, por ser mi motor y motivo de superación continúa.

A mi esposo por su amor, cariño y apoyo incondicional.

A mis hermanos, que son parte importante de mi desarrollo profesional.

También, quiero expresar mi más sincero agradecimiento a mi asesora de tesis, Dra. María Luz Ortiz Cruz, por su gran labor; pues a lo largo de mi vida he podido llevar a la práctica sus numerosos consejos y enseñanzas, sin los cuales este trabajo nunca habría visto la luz. Le admiró hoy, mañana y siempre. Gracias por ser una maestra muy humana y un gran ejemplo a seguir.

A los estudiantes de la Universidad Privada de Huánuco, quienes participaron de la presente investigación.

Finalmente, a todos aquellos que de alguna u otra forma fueron participes.

¡Gracias!

La autora

Resumen

El objetivo del estudio fue determinar la relación entre los predictores biosocioculturales y los estilos de vida de los estudiantes universitarios de una universidad de Huánuco. El estudio fue cuantitativo, de tipo transversal, analítico, prospectivo y observacional, con diseño relacional. La población fue 3, 261 estudiantes de la Universidad de Huánuco, con una muestra de 343. 7 estudiantes, seleccionados probabilísticamente por estratos, a quienes se les aplicó un cuestionario de predictores y una escala de estilos de vida, previamente validados. Se tuvo en cuenta los aspectos éticos de la investigación. Se realizó un análisis bivariado mediante la prueba Chi Cuadrada, con $p \leq 0,05$; apoyados en el PASW V20.0. En los resultados, se halló relación entre la condición de pertenecer al grupo adolescente [$X^2 = 15,54$; GL 3 y $p = 0.00$] con el estilo de vida poco saludable; el ser del género masculino [$X^2 = 13,35$; GL 3 y $p = 0.00$] y la tenencia de trabajo paralelo al estudio [$X^2 = 18,8$; GL 3 y $p = 0.00$] con el estilo de vida saludable de los estudiantes. No hubo relación entre el hecho de proceder de la zona urbana [$X^2 = 1,00$; $X^2 = 13,35$; GL 3 y $p = 0.80$], la tenencia de algún compromiso conyugal [$X^2 = 13,35$; GL 3 y $p = 0.44$], la tenencia de alguna religión [$X^2 = 2,86$; GL 3 y $p = 0.41$] y la condición de cursar más del VI ciclo académico [$X^2 = 1,10$; GL 3 y $p = 0.781$] con el estilo de vida. Se concluye que los predictores biológicos están relacionados con los estilos de vida saludable de los estudiantes universitarios.

Palabras claves: *factores; predictores biológicos, sociales, culturales; estilos de vida; universitarios; promoción de la salud.*

Summary

The aim of the study was to determine the relationship between predictors and biosocioculturales lifestyles of college students at a university in Huanuco. The study was quantitative , transversal , analytical, prospective, observational , correlational design with type . The population was 3 261 students at the University of Huanuco, with a sample of 343. 7 students , probabilistically selected by strata , who were applied a questionnaire and a scale predictors lifestyles , previously validated . the ethical aspects of the research was taken into account . A bivariate analysis was performed by Chi Square test , with $p \leq 0.05$; supported by the PASW V20.0 . In the results , the relationship between the condition of belonging to the teen group [$X^2 = 15.54$ was found ; GL 3 and $p = 0.00$] ; with the style of unhealthy lifestyle, male gender [$X^2 = 13.35$; GL 3 and $p = 0.00$] and holding parallel work to study [$X^2 = 18.8$; GL 3 and $p = 0.00$] with the healthy lifestyle of students. There was no relationship between fact come from the urban area [$X^2 = 1.00$; $X^2 = 13.35$; GL 3 and $p = 0.80$] , possession of a marital commitment [$X^2 = 13.35$; GL 3 and $p = 0.44$] , possession of any religion [$X^2 = 2.86$; GL 3 and $p = 0.41$] and the condition of pursuing academic year more than VI [$X^2 = 1.10$; GL 3 and $p = 0.781$] with lifestyle . It is concluded that biological predictors are related to healthy lifestyles of college students .

Keywords : *factors ; biological, social , cultural predictors ; lifestyles ; academics; health promotion .*

Introducción

Esta tesis sobre los predictores biosocioculturales de los estilos de vida de los estudiantes universitarios, se aborda en una época donde se están operando cambios de tipo educativos, económicos, sociales y políticos a nivel global, los que se comportan como determinantes, y que cuyo análisis provee información sistematizada para las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en grupos vulnerables.

En efecto, se entiende a los estilos de vida como un conjunto de patrones que estructuran la organización temporal, el sistema social de relaciones, y las pautas de consumo y/o actividades (culturales y de ocio) propiciado por un entorno concreto y que, a su vez, es influido por la acción consciente y coparticipada de los miembros que integran dicho entorno/sistema (1). Este concepto es muy asimilado por la población de estudiantes universitarios, pero el interés por practicarlo es mínimo, repercutiendo así en su estado de salud. Este hecho planteó el cuestionamiento sobre los aspectos que se comportan como predictores biosocioculturales de los estilos de vida; y para dar respuesta a esta investigación, el presente estudio consta de cinco capítulos, los cuales se describen a continuación:

En el primer capítulo, se aborda el problema, los objetivos, las hipótesis, tanto el general como los específicos, el propósito, la justificación e importancia de la investigación, las variables y su operacionalización.

En el segundo capítulo, se exhibe el marco teórico, en la que se analiza la información que fue recopilada durante la investigación, se contempla los antecedentes de la investigación que guardan proximidad con el estudio que se abordó, las bases teóricas y las bases conceptuales de las variables implicadas.

En el tercer capítulo, se consideró el marco metodológico de la investigación, el cual se compone del tipo de estudio, método de estudio, población y muestra, los instrumentos de recolección de datos y el análisis de los datos.

En el cuarto capítulo, se presenta los resultados descriptivos e inferenciales de la investigación con su respectiva interpretación. Y, en el quinto capítulo, se muestra la discusión de los resultados.

Por último, se presenta las conclusiones y recomendaciones, asimismo los anexos respectivos.

La autora.

Índice de contenido

Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Resumen	v
Summary	vi
Introducción	vii
Índice de contenido.....	ix
Índice de tablas	xii
Índice de figuras	xiv
CAPÍTULO I.....	1
1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1. Descripción del problema	1
1.2. Formulación del problema	9
1.3. Objetivos.....	10
1.4. Hipótesis.....	11
1.5. Variables.....	12
1.6. Operacionalización de variables	13
1.7. Justificación de la investigación	14
1.8. Viabilidad	18
1.9. Limitaciones.....	18
CAPÍTULO II.....	19
2. MARCO TEÓRICO.....	19
2.1. Antecedentes del estudio.....	19
2.2. Bases teóricas	26
2.2.1. Modelo de creencias en salud.....	26
2.2.2. Modelo de la promoción de la salud	27

2.2.3.	Modelo de las universidades saludables	29
2.2.4.	Modelo de desarrollo humano	31
2.2.5.	Modelo de las determinantes sociales de la salud.....	32
2.3.	Bases conceptuales.....	34
2.3.1.	Bases conceptuales: estilo de vida de los estudiantes universitarios	34
2.3.1.1.	Estilo de vida.....	34
2.3.1.2.	Estilos de vida saludables	38
2.3.1.3.	Estilo de vida en los estudiantes universitarios	39
2.3.1.4.	Dimensiones del estilo de vida.....	41
2.3.2.	Bases conceptuales: predictores del estilo de vida	45
2.3.2.1.	Definición de predictores.....	45
2.3.2.2.	Predictores biosocioculturales del estilo de vida	46
2.3.2.2.1.	Predictores biológicos.....	47
2.3.2.2.2.	Predictores sociales.....	49
2.3.2.2.3.	Predictores culturales	52
2.4.	Bases epistémicos.....	54
2.4.1.	El estilo de vida desde el enfoque de la teoría socio- antropológica.....	54
2.4.2.	Los estilos de vida saludables y la calidad de vida.....	55
CAPÍTULO III.....		58
3.	MARCO METODOLÓGICO	58
3.1.	Tipo de estudio	58
3.2.	Método de estudio	58
3.3.	Diseño de estudio	59
3.4.	Población.....	59
3.5.	Muestra y muestreo	61
3.6.	Métodos y técnicas de recolección de datos.....	65
3.7.	Validación de los instrumentos de recolección de datos	67
3.8.	Procedimientos de recolección de datos.....	72

3.9. Elaboración de los datos.....	74
3.10. Consideraciones Éticas	75
3.11. Análisis e interpretación de datos	76
CAPÍTULO IV	79
4. RESULTADOS.....	79
4.1. Resultados descriptivos	79
4.2. Resultados inferenciales.....	103
CAPÍTULO V	110
5. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	110
CONCLUSIONES.....	121
RECOMENDACIONES.....	124
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	129
ANEXOS	137

Índice de tablas

Tabla 1. Aspectos de la biología humana de los estudiantes universitarios de una Universidad de Huánuco, 2014.	79
Tabla 2. Aspectos sociales de los estudiantes de una Universidad de Huánuco, 2014.	80
Tabla 3. Aspectos culturales de los estudiantes de una Universidad de Huánuco, 2014.	82
Tabla 4. Distribución de frecuencias de la actividad física y ejercicio como estilo de vida de los estudiantes de una Universidad de Huánuco, 2014.....	83
Tabla 5. Distribución de las frecuencias de la recreación y manejo del tiempo libre como estilo de vida de los estudiantes de una Universidad de Huánuco, 2014.	85
Tabla 6. Distribución de frecuencias del autocuidado y cuidado médico como estilo de vida de los estudiantes de una Universidad de Huánuco, 2014.	87
Tabla 7. Distribución de frecuencias de los hábitos alimenticios como estilo de vida de los estudiantes de una Universidad de Huánuco, 2014.....	91
Tabla 8. Distribución de frecuencias del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas como estilo de vida de los estudiantes de una Universidad de Huánuco, 2014.....	94
Tabla 9. Distribución de frecuencias del sueño como estilo de vida de los estudiantes universitarios de una Universidad de Huánuco, 2014.	97
Tabla 10. Dimensiones de estilos de vida que practican los estudiantes de una Universidad de Huánuco, 2014.	99
Tabla 11. Nivel del estilo de vida practicado por los estudiantes de una universidad de Huánuco; 2014.....	102
Tabla 12. Relación entre el predictor biológico: la condición de pertenecer al grupo de edad adolescente y el estilo de vida de los estudiantes de una universidad de Huánuco; 2014.....	103
Tabla 13. Relación entre el predictor biológico: condición de pertenecer al género masculino y el estilo de vida de los estudiantes de una universidad de Huánuco; 2014.....	104
Tabla 14. Relación entre el predictor social: la procedencia urbana y los estilos de vida de los estudiantes universitarios de una Universidad de Huánuco, 2014.	105

Tabla 15. Relación entre el predictor social: tenencia de algún compromiso conyugal y el estilo de vida de los estudiantes universitarios de una Universidad de Huánuco, 2014.	106
Tabla 16. Relación entre el predictor social: tenencia de trabajo paralelo al estudio y el estilo de vida de los estudiantes de una Universidad de Huánuco, 2014.....	107
Tabla 17. Relación entre el predictor cultural: la tenencia de alguna religión y el estilo de vida de los estudiantes universitarios de una Universidad de Huánuco, 2014.	108
Tabla 18. Relación entre predictor cultural: condición de cursar más del VI ciclo de grado académico y el estilo de vida de los estudiantes de una Universidad de Huánuco, 2014.	109
Tabla 19. Características demográficas de los estudiantes de una Universidad de Huánuco, 2014.	147
Tabla 20. Edad de los estudiantes de una Universidad de Huánuco, 2014.	149
Tabla 21. Características sociales de los estudiantes de una Universidad de Huánuco, 2014.	150
Tabla 22. Características culturales de los estudiantes de una Universidad de Huánuco, 2014.....	151
Tabla 23. Características académicas de los estudiantes de una Universidad de Huánuco, 2014.	152

Índice de figuras

Figura 1. Representación gráfica de los aspectos de la biología humana de los estudiantes de una Universidad de Huánuco, 2014.....	79
Figura 2. Representación gráfica de la proporción de los aspectos sociales de los estudiantes universitarios de una Universidad de Huánuco, 2014.....	80
Figura 3. Representación gráfica de la proporción de los predictores culturales de los estudiantes de una Universidad de Huánuco, 2014.....	82
Figura 4. Representación gráfica de las profesiones de realización de actividad física como estilo de vida de los estudiantes de una Universidad de Huánuco, 2014.	83
Figura 5. Representación gráfica de la recreación y manejo del tiempo libre como estilo de vida de los estudiantes de una Universidad de Huánuco, 2014.....	85
Figura 6. Representación gráfica de las proporciones de las prácticas de autocuidado de la salud y cuidado médico como estilo de vida de los estudiantes de una Universidad de Huánuco, 2014.....	88
Figura 7. Representación gráfica de las proporciones de los hábitos alimenticios como estilo de vida de los estudiantes de una Universidad de Huánuco, 2014.	92
Figura 8. Representación gráfica de las proporciones del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas como estilo de vida de los estudiantes de una Universidad de Huánuco, 2014.	95
Figura 9. Representación gráfica de las proporciones del sueño como estilo de vida de los estudiantes de una Universidad de Huánuco, 2014.	97
Figura 10. Representación gráfica de las dimensiones de los estilos de vida de los estudiantes universitarios de una Universidad de Huánuco, 2014.....	100
Figura 11. Representación gráfica del nivel del estilo de vida de los estudiantes de una universidad de Huánuco; 2014.	102
Figura 12. Representación gráfica del promedio de las edades de los estudiantes de una Universidad de Huánuco, 2014.	149

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema

La mayoría de los países a nivel mundial se encuentran en una etapa de transición epidemiológica, la cual se caracteriza por el cambio de las enfermedades transmisibles a las crónicas no transmisibles(2). Al respecto, Cerón, Muñoz, Oviedo, Rosero (3), afirman que tal transición del estado de salud hacia la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles están asociadas a comportamientos de los individuos y a la presión del consumismo. Hasta hace poco tiempo este fenómeno se había reconocido en las sociedades industrializadas; sin embargo, esta nueva situación representa una doble carga para los países en desarrollo, pues, no solo deben atender las patologías por enfermedades infecciosas sino que deben asumir los altos costos de estas enfermedades que afectan al individuo, la familia, la comunidad y el Estado.

El informe del 2014 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles (ENT) (4), hace referencia a una epidemia de estas enfermedades, siendo necesaria la reducción de la carga de ENT y prevenir los 16 millones de defunciones prematuras (antes de los 70 años), por cardiopatías y neumopatías,

accidentes cerebrovasculares, cáncer y diabetes. Tal informe señala que la mayor parte de las defunciones prematuras por ENT son prevenibles. De los 38 millones de vidas perdidas en el 2012 por ENT, 16 millones, o sea el 42%, fueron defunciones prematuras y evitables (un aumento respecto de los 14,6 millones en el 2000).

Una alternativa para reducir la vulnerabilidad a los riesgos por estas enfermedades, consiste en promover cambios mediante estilos de vida saludables (5), cuyos resultados en el mediano y largo plazo éxito en la salud, tal como lo han reportado diferentes investigaciones en casos particulares relacionados con el consumo de tabaco y alcohol, y otras intervenciones en segmentos de la población como niños y jóvenes con acciones favorables para la salud (3).

Los estilos de vida saludables propician la adquisición y mantenimiento en la cotidianidad de pautas de conducta, creencias, conocimientos, hábitos como la práctica habitual de actividad y ejercicios, una alimentación adecuada y saludable, goce del tiempo libre, realización de actividades de socialización y autoestima alta (6). También, existen comportamientos que disminuyen el riesgo de enfermar, como el control y el adecuado manejo de las tensiones y emociones negativas, buenos hábitos de sueño; control y evitación del abuso de alcohol, cafeína, tabaco y sustancias psicoactivas; sexo seguro, autocuidado en salud y cuidado médico, finalmente estos estilos de comportamiento practicados de manera individual y colectiva, mejoran la calidad de vida de manera integral.

Asimismo, es muy conocido que el cambio a estilos de vida saludables (EVS) disminuye la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), las cuales son consideradas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la principal causa de mortalidad y discapacidad mundial (2). Según Caballero, Alonso (7) las ECNT son la causa de alrededor del 60% de las muertes, de las cuales el 80% ocurren en países de bajos y medianos ingresos.

Cada año, las enfermedades no transmisibles provocan 16 millones de defunciones prematuras, a nivel mundial en 2015, ello debido a las ECNT, principalmente por cardiopatías y neumopatías, accidentes cerebrovasculares, cáncer y diabetes (8). Según Alwan, citado por Bustillo, Hernández, Ramírez, Madrid (2), para el 2030 la proporción del total mundial de defunciones debidas a enfermedades crónicas llegará a 70%, y la carga mundial de morbilidad a 56%.

En Perú, en el 2012, el Ministerio de la Salud (MINSA) (9), indicó que, entre las principales causas de mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles están la enfermedad isquémica del corazón (44,8 por 100.000 habitantes), las enfermedades cerebrovasculares (31,4), el tumor maligno de estómago (21,0), la diabetes mellitus (20,4), la enfermedad hipertensiva (17,1), el tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón (10,7), el tumor maligno de próstata (10,4), el tumor maligno de cuello del útero y parte no especificada (8,3), y el tumor maligno de mama de la mujer (4,7).

La OMS, citado por Bastías, Stieповich (10), señala que de un conjunto de 25 grandes riesgos evitables seleccionados y estudiados en detalle, los más importantes a nivel mundial son: prácticas sexuales sin protección, presión arterial elevada, tabaco, alcohol, niveles de colesterol elevados, y sobrepeso/obesidad, todos vinculados a estilos de vida que implica esta epidemia moderna.

Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU) (11), los jóvenes se consideran como un grupo poblacional relativamente sano; sin embargo, algunos de sus problemas de salud, generalmente, se asocian a comportamientos relacionados con el estilo de vida. En consecuencia, muchas de las enfermedades tienen su origen en la adolescencia por la adopción de estilos de vida no saludables y conductas de riesgo (12). Esto, porque el adolescente empieza a experimentar, desafiar y a comprobar su dominio sobre su cuerpo y sobre los demás.

En particular los jóvenes latinoamericanos presentan un perfil epidemiológico caracterizado por un sinnúmero de conductas de riesgo y estilos de vida propios que conllevan a una serie de problemáticas de salud, tanto física como psíquica, que ha tomado auge a lo largo del tiempo (13).

Por su parte, García, Alfaro (14), indica que la población juvenil tiene características que conlleva a diferentes problemas de todo tipo, lo que hace de esta época de la vida un periodo extremadamente sensible, trascendente y de cambios muy acentuados, tanto orgánica como psicológicamente. Los problemas de salud en los jóvenes se hacen evidentes en la ocurrencia de

accidentes, el consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas, las infecciones de transmisión sexual, trastornos alimentarios y del sueño, entre otros.

En tanto Espinoza, Rodríguez, Gálvez, MacMillan (15), señalan que una etapa crítica en la adquisición de los buenos hábitos a parte de la infancia, es en la vida universitaria, donde los estudiantes pasan de una rutina regular de actividad física y hábitos de vida saludables a nivel escolar, a una rutina cargada de inactividad física, típica de la vida universitaria. Aunque la población universitaria representa un capital humano importante para la sociedad, las propias universidades y las políticas de salud carecen de lineamientos concretos que favorezcan el estilo de vida saludable en esta población en riesgo (16). Además la falta de apoyo de las redes familiares establece relación de causalidad circular que puede llevar a la intensificación del riesgo.

En Chile, en el 2014 Aranda, Cruz (16), hallaron que 25,5% de los estudiantes universitarios de la carrera de enfermería, mostraron bajos niveles de conducta promotora de salud (estilo de vida), siendo esta, una población vulnerable a adquirir diversas afecciones.

En tanto, Figueroa (17) determinó que 7,6% de la población universitaria, percibió un mal estado de salud mental como estrés, síndrome ansioso, síndrome tensional y diarrea funcional (las que requirieron atención médica); 37,3% declaró haber consumido drogas alguna vez, de los cuáles el 79,16% había consumido marihuana; 9,72%, anfetaminas; 4,16%,

benzodiazepinas; y la cifra es idéntica para la cocaína. El 60,12% declaró fumar en promedio cinco cigarrillos diarios; y 82,27% optaba por ingerir bebidas alcohólicas.

Otro estudio de los estilos de vida de los estudiantes de Chile, estimó respecto a la confianza en las instituciones 38,8% tiene alta confianza en las Universidades, 62,5% se identifica o pertenece a alguna religión, en tanto que 45,4% señala que nunca asisten a la iglesia. Son sexualmente activos 75,7% y la edad de inicio de relaciones sexuales promedio de la muestra fue 16,7 años (en varones 16,4 años y en mujeres 17,1 años). Cuando son consultados respecto al tipo de parejas durante los últimos doce meses, la mayoría refiere relaciones heterosexuales (hombres 94,5 y 97,6% de las mujeres), las relaciones homosexuales en hombres es de 4,7% y en mujeres 1,7%. El método utilizado en la última relación sexual tanto para condón preservativo y píldora anticonceptiva fue de 44,2%, siendo mayor el uso de preservativo en varones (55,9%) y en el grupo de 15 a 19 años (65,1%). La píldora anticonceptiva es más usada en mujeres (46,8%) y su uso se incrementa con la edad. Las razones para el uso de condón: 90,6% para prevenir un embarazo; 39,7% para proteger de VIH/SIDA y 38,3% para proteger de otras infecciones de transmisión sexual. Quienes no utilizan métodos de anticoncepción y/o prevención señalan que fue por irresponsabilidad (23,4%), no le gusta usar ninguno de los métodos que conoce (15,3%), quería quedar embarazada (10,6%), no pudo conseguir un método anticonceptivo (9,6%), su pareja no quería usar ningún método

(9,1%). Respecto al consumo de drogas, el 59,2% señalaron que consumen drogas lícitas, 22% no consume drogas, 18,5% consume drogas lícitas e ilícitas. Respecto al consumo de alcohol es referido por 82,5% de los universitarios, 76,7% del grupo de jóvenes entre 20 y 24 años (10).

En Colombia, el Ministerio de la Salud, estimó que un 70,3% de los jóvenes universitarios estuvieron de acuerdo que consumir de uno a dos cigarrillos al día porque no afectaba la salud, un 66,1% aseguró que se disfruta más de una fiesta con alcohol y drogas, un 56,2% estuvo de acuerdo que el consumo de alcohol favorece la sociabilidad, el 59,9% coincidieron en que el café ayuda a estar despierto, el 55,2% concordó que emborracharse de vez en cuando no hace daño, un 54,3% indicó que tomar alcohol es menos dañino que consumir drogas, el 73,9% consideró que la comida grasa es más sabrosa y un 65,9% concordó que la comida chatarra permite aprovechar mejor el tiempo (18).

A nivel mundial es preocupante el incremento de hábitos sedentarios, con repercusión en el estado emocional y físico. A nivel físico, una persona sedentaria tiene un mayor riesgo de padecer múltiples enfermedades crónicas no transmisibles como las cardiovasculares; hipertensión arterial; cáncer de colon, mama y endometrio; diabetes mellitus y enfermedades osteomusculares que están relacionadas con el sobrepeso y la obesidad (6). Del mismo modo, es mayor la probabilidad de tener niveles altos de colesterol y pérdida de densidad ósea. En cuanto al impacto emocional, se ha encontrado que una persona sedentaria tiene mayor probabilidad de

padecer insomnio, depresión, ansiedad, estrés, entre otros, transformándose en factores de riesgo para el desarrollo de esas enfermedades llamadas por la OMS como las “enfermedades de los estilos de vida” (19).

En su conjunto, estos riesgos representan un tercio de los años de vida sana perdidos en todo el mundo. Los principales riesgos examinados en el informe dan lugar a importantes reducciones de la esperanza de vida sana: en promedio, unos cinco años en los países en desarrollo y diez años en los países desarrollados. El número de años de vida sana perdidos a causa de esos riesgos varía según las regiones; es así como en la mayor parte de América Latina se calcula esta pérdida en 6,9 años (10).

En Perú, en Chimbote, 2014 Cotrina, Rodríguez (5), encontraron que 67,3% de adultos jóvenes, tienen un estilo de vida no saludable. En el 2010 en Trujillo, Gamarra, Rivera, Alcalde, Cabellos (20), mostraron un nivel bajo en el estilo de vida de los estudiantes de Enfermería que alcanzó un 23,5%.

En Huánuco, Ruiz, Arce, Ambicho, Casimiro, Bueno (21), determinaron que 52,9%(182) de la muestra de estudiantes evidenciaron prácticas no saludables, en la dimensión actividad física, y en la dimensión autocuidado y cuidados médicos con 56,4%(194). En la misma línea, Daza (22), en el 2014 halló que 7,2% de los estudiantes tenían prácticas no saludables en relación a los estilos de vida. En ese sentido, dado las escasas publicaciones sobre los predictores de los estilos de vida de los estudiantes universitarios a nivel de Huánuco, se requiere de información sistemática al respecto; por tanto, el presente estudio tuvo el objetivo de analizar los

predictores de los estilos de vida de tipo biosociocultural de los estudiantes universitarios de una Universidad de Huánuco. Se toma en consideración la población universitaria, ya que ellos forman parte del motor de desarrollo de una región y país. Por ende, se hace necesario promover los estilos de vida saludables y sostenibles, para un futuro saludable prometedor. De igual forma, las universidades de Huánuco, no cuenta con una evaluación de los predictores biosocioculturales de sus estudiantes, siendo esta investigación el preámbulo de la ejecución periódica de dicha actividad. Se espera que este estudio sirva como insumo para las intervenciones de salud pública local.

1.2. Formulación del problema

Se planteó los siguientes problemas de investigación:

Problema general

¿Los predictores biosocioculturales se relacionan a los estilos de vida de los estudiantes universitarios de una Universidad de Huánuco?

Problemas específicos

Predictores biológicos

- ¿El pertenecer al grupo de edad adolescente se relacionan con los estilos de vida de la muestra en estudio?
- ¿El pertenecer al género masculino se relacionan con los estilos de vida de la muestra en estudio?

Predictores sociales

- ¿El proceder de la zona urbana guarda relación con los estilos de vida de la muestra en estudio?
- ¿La tenencia de algún compromiso conyugal guarda relación con los estilos de vida de la muestra en estudio?
- ¿La realización de trabajo paralelo al estudio guarda relación con los estilos de vida de la muestra en estudio?

Predictores culturales

- ¿La tenencia de alguna religión guarda relación con los estilos de vida de la muestra en estudio?
- ¿La condición de cursar más del VI ciclo de estudios guarda relación con los estilos de vida de la muestra en estudio?

1.3. Objetivos

Objetivo general

Determinar la relación entre los predictores biosocioculturales y los estilos de vida de los estudiantes universitarios de una Universidad de Huánuco.

Objetivos específicos

Predictores biológicos

- Analizar la relación entre el grupo de edad adolescente y los estilos de vida de la muestra en estudio.

- Determinar la relación entre el género masculino y los estilos de vida de la muestra en estudio.

Predictores sociales

- Valorar la relación entre la procedencia de la zona urbana con los estilos de vida de la muestra en estudio.
- Identificar la relación entre la tenencia de algún compromiso conyugal con los estilos de vida de la muestra en estudio.
- Determinar la relación entre la realización de trabajo paralelo al estudio y los estilos de vida de la muestra en estudio.

Predictores culturales

- Relacionar la tenencia de alguna religión con los estilos de vida de la muestra en estudio.
- Determinar la relación entre la condición de cursar más del VI ciclo de estudios y los estilos de vida de la muestra en estudio.

1.4. Hipótesis

En base a los trabajos previos existentes y en función de los objetivos planteados, se formularon las siguientes hipótesis:

Predictores biológicos

Hi₁: El hecho de pertenecer al grupo de edad adolescente tiene relación con los estilos de vida de la muestra en estudio.

Hi₂: El pertenecer al género masculino está relacionado con los estilos de vida de la muestra en estudio.

Predictores sociales

Hi₃: El hecho de proceder de la zona urbana tiene relación con los estilos de vida de la muestra en estudio.

Hi₄: La tenencia de algún compromiso conyugal está relacionado con los estilos de vida de la muestra en estudio.

Hi₅: La realización de trabajo paralelo al estudio tiene relación con los estilos de vida de la muestra en estudio.

Predictores culturales

Hi₆: La tenencia de alguna religión guarda relación con los estilos de vida de la muestra en estudio.

Hi₇: La condición de cursar más del VI ciclo de estudios guarda relación con los estilos de vida de la muestra en estudio.

1.5. Variables

Variable principal

Predictores biosocioculturales

Variable secundaria

Estilos de vida de los estudiantes universitarios

1.6. Operacionalización de variables

Variable	Dimensión	Tipo de variable	Indicador	Escala de medición
VARIABLE PRINCIPAL				
Predictores biosocioculturales	Predictor biológico	Categórica	Pertenecer al grupo adolescente Sí No Pertenecer al género masculino Sí No	Nominal Dicotómica
	Predictor social	Categórica	Zona de procedencia urbana Sí No Tenencia de algún compromiso conyugal Sí No Tenencia de trabajo paralelo al estudio Sí No	Nominal Dicotómica
	Predictor cultural	Categórica	Tenencia de alguna religión Sí No Cursar más del VI ciclo del grado académico Sí No	Nominal Dicotómica
VARIABLE SECUNDARIA				
Estilo de vida	Nivel de estilos de vida	Categórica	Muy saludable= 96-116 Saludable= 117-137 Poco saludable= 138-158 No saludable= 159-180	Ordinal politómica
	Condición de actividades físicas	Categórica	Muy saludable= 6-10 Saludable= 11-15 Poco saludable= 16-20 No saludable= 21-24	Ordinal politómica
	Recreación y manejo del tiempo libre	Categórica	Muy saludable= 7-10 Saludable= 11-14 Poco saludable= 15-17 No saludable= 18-20	Ordinal politómica
	Autocuidado y cuidado médico	Categórica	Muy saludable= 21-29 Saludable= 30-38 Poco saludable= 39-47 No saludable= 48-55	Ordinal politómica
	Hábitos	Categórica	Muy saludable= 24-32	Ordinal

	alimenticios		Saludable= 33-41 Poco saludable= 42-50 No saludable= 51-59	politómica
	Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas	Catagórica	Muy saludable= 8-12 Saludable= 13-17 Poco saludable= 18-22 No saludable= 23-28	Ordinal politómica
	Sueño	Catagórica	Muy saludable= 11-14 Saludable= 15-18 Poco saludable= 19-21 No saludable= 22-24	Ordinal politómica

1.7. Justificación de la investigación

Este estudio se justifica, por las siguientes razones:

Teórica

Damon (23) y Moreno, Del Barrio (24), señalan que en el grupo etario entre los 15 y 24 años existe una mayor predisposición a la exposición a riesgos, lo que coincide con las características propias de este grupo poblacional. La población universitaria no perciben el riesgo como cercano, o se perciben como invulnerables y, por tanto, presentan conductas insanas que afectan la salud a mediano o largo plazo (25); por ello la comunidad científica muestra interés por conocer los predictores o determinantes biosocioculturales del estilo de vida, más aun en una población joven, dado a que pocos estudios se ocupan de abordar este complejo fenómeno en tal grupo etario (26).

Se plantea un estudio a fin de analizar los predictores de los estilos de vida en estudiantes de la universidad de Huánuco, a través de un diseño correlacional, por cuanto dichas universidades requieren de estos estudios en los jóvenes que son los motores del desarrollo del país, por lo que la

presente investigación es el preámbulo de que dicha actividad sea ejecutada periódicamente.

Práctica

A partir de esta investigación, se podrían desarrollar programas de sensibilización o concienciación, si fuera necesario, orientados a mejorar el estilo de vida saludable; y por lo tanto, la calidad de vida, de allí la relevancia social del mismo, ello fomentará que los jóvenes se conviertan en promotores de la salud, por lo que tendrán que ser modelos de comportamientos saludables (27). Del mismo modo, la presente investigación servirá como punto de partida para que las autoridades universitarias interioricen esta problemática.

En base a los resultados de este estudio, se podrán diseñar “Programas de Salud” que ayuden a la prevención de los estilos de vida no saludables de los universitarios, cuya conducta futura deberá ser un modelo a imitar.

Resulta importante abordar los predictores de los estilos de vida de los estudiantes universitarios, por cuanto los resultados otorgan la posibilidad de la aplicación de procesos de mejoramiento hacia la formación de potencialidades conscientes de crecimiento humano con responsabilidad (mediante programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades), de tal forma que se constituyan en ciudadanos capaces de transformar la realidad, llevando a cabo la elevación de la profesionalidad, la

conducta ética y la satisfacción personal y social. Esto lo corrobora Páez, Castaño (6), señalando que es importante ahondar en el análisis de los predictores de los estilos de vida, ello puede servir como insumo no sólo a los mismos programas y planes en relación con la promoción y la prevención en el contexto universitario, sino que pueda alentar y orientar a las instituciones educativas en la implementación y evaluación del impacto de programas de universidades saludables dirigidos a favorecer la adopción de prácticas saludables, lo que contribuirá a que los estudiantes identifiquen sus factores de riesgo y generen cambios en sus conductas de salud, disminuyendo el riesgo de padecer enfermedades, favorecer su salud y el bienestar de los mismos.

En suma, los hallazgos de este estudio tienen importancia e implicaciones para la promoción de estilos de vida saludables, siendo los profesionales de enfermería quienes enfocan su atención al individuo sano o enfermo (por ejemplo los estudiantes universitarios), enfatizando hábitos de vida saludable. La formación de hábitos saludables favorece el bienestar de los profesionales y de la sociedad en general, al incrementar sus capacidades, disminuir el riesgo de enfermedad y aumentar su productividad. Tal como sostiene la OMS citado por Moreno, Del Barrio (24), es evidente la necesidad de desarrollar políticas globales, multisectoriales y multidisciplinarias, con la participación de todas las áreas implicadas, en el que jugamos un papel importante los profesionales de enfermería.

Social

A la luz de diferentes estudios publicados a nivel internacional y nacional, se sabe que la universidad no ejerce el papel que podría significar en cuanto a la potenciación de estilos de vida sanos y abandono de estilos nocivos para la salud, pero se identifican factores que podrían atenuar el impacto de la presentación de estilos de vida no saludable, propiciando su abandono, tal es el caso del fomento de la actividad física. Según Acuña, Cortes (19), la salud es algo más que una dimensión biológica, y no sólo depende de tener o no tener una enfermedad. Para considerar que un individuo es saludable debe existir un equilibrio entre la dimensión biológica, psicológica y social. Más aún si se considera el bajo acceso a los servicios de salud (seguridad social), programas especializados, el alto costo de los tratamientos, y las irreparables pérdidas ocasionadas por enfermedad que son prevenibles (2).

El cuidado de la salud de los futuros profesionales de nuestro país debe ser una prioridad para las autoridades universitarias, la sociedad y el propio individuo, ya que éstos representarán un recurso humano importante para la economía y desarrollo del país (16). La temática de los estilos de vida saludable resulta cardinal, pues el impacto sobre la salud pública es doble: además de impactar a un grupo en particular (población joven), su calidad y estilo de vida recaen en las acciones de salud de su entorno al convertirse en modelos de vida para estos.

1.8. Viabilidad

Este estudio fue viable en términos de costo, frente a ellos se contó con el apoyo logístico del trabajo de campo de la Escuela Académico Profesional de Enfermería. También se contó con el apoyo de los jóvenes estudiantes de dicha escuela durante el proceso de recolección de datos.

1.9. Limitaciones

Se tuvo limitaciones durante el proceso del trabajo de campo en lo que respecta a la disponibilidad de los recursos financieros básicos para la concretización del estudio de investigación, ello fue superado con el apoyo de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco.

Hubo limitaciones de acceso a la muestra, en tanto los tiempos de los estudiantes universitarios son muy reducidos, el que se superó con visitas reiterativas en las aulas o espacios de descanso.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

Una vez presentado el planteamiento del problema, estructurado los objetivos en los cuales se desarrolló la investigación, así como su justificación; es necesario ubicarla en un contexto teórico conceptual. En base a esto, se presentan a continuación algunas investigaciones que incluyen aspectos que sirvieron de referentes en el desarrollo de este estudio.

Antecedentes internacionales

En Chile, 2014 Aranda, Cruz (16), ejecutaron un estudio cuantitativo, descriptivo–correlacional, de corte transversal denominado “Factores biopsicológicos y socioculturales como predictores de la conducta promotora de salud en los estudiantes de Enfermería de la Universidad Adventista”, cuyo objetivo fue determinar si los factores biológicos, psicológicos y socioculturales de los estudiantes son predictores de las conductas promotoras de salud. La muestra lo conformo 137 alumnos, quienes fueron seleccionados con un muestreo probabilístico aleatorio, estratificado. Los instrumentos fueron: un cuestionario semiestructurado, escala de estilo de vida promotor de salud, una escala de percepción de autoeficacia y una

escala de autoestima. Concluyeron indicando que la autoestima y la autoeficacia percibida son predictores de la conducta promotora de salud en los estudiantes de enfermería.

Este antecedente, mostró similitud con el presente estudio, puesto que proporcionó elementos teóricos y metodológicos en el abordaje de los estilos de vida.

En Colombia (Barranquilla) 2013, Muñoz, Uribe (28), realizaron un estudio transversal descriptivo, titulado “Estilos de vida en estudiantes universitarios”, cuyo objetivo fue identificar el estilo de vida a partir de las prácticas y las creencias, así como analizar la variable estrato socioeconómico en el contexto universitario. La muestra estuvo constituida por 180 estudiantes universitarios, quienes fueron seleccionados mediante muestreo aleatorio por conglomerado y sistemático, a quienes les aplicaron un cuestionario de prácticas y creencias sobre el estilo de vida. Los resultados evidenciaron la prevalencia del estilo de vida saludable, con discrepancias entre prácticas y creencias. En relación con el estrato socioeconómico, no hubo diferencias significativas.

Este antecedente, mostró proximidad con el presente guio en la metodología de la variable estilo de vida de los universitarios.

En Colombia (Bogotá), 2012, García, García, Tapiero, Ramos (29), desarrollaron un estudio denominado “Determinantes de los estilos de vida y

su implicación en la salud de jóvenes universitarios”, cuyo propósito fue describir los estilos de vida (actividad física, hábitos alimenticios, consumo de tabaco y alcohol) en la población universitaria, a su vez analizaron los factores que los influyen, consecuencias en la salud y las estrategias de cambio. En el proceso de recolección de datos, revisaron la literatura científica que contemplaron artículos indexados en bases de datos PubMed, HINARI, EBSCO, Scielo y páginas Web oficiales. Concluyeron que los jóvenes universitarios estuvieron expuestos a una serie de factores que los predisponen a adoptar conductas nocivas para la salud y aumentar el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles.

Este antecedente de investigación presentó similitud con el estudio desarrollado, puesto que orienta en la metodología de la variable estilo de vida, además fue un aporte para analizar el problema de investigación.

En Brasil , 2012, Lucas, Santos, Pinheiro, Bianchini, Luiz (30), ejecutaron un estudio titulado “Determinantes sociodemográficos del estilo de vida en universitarios”, cuyo objetivo fue analizar la asociación entre el estilo de vida y los determinantes sociodemográficos de individuos recién matriculados en una universidad pública del sur. La muestra estuvo conformada por 716 universitarios (56,6 % del sexo femenino). Para la evaluación del estilo de vida utilizaron el “Cuestionario Fantástico”. En el análisis estadístico, aplicaron la regresión logística para examinar las asociaciones entre el estilo de vida y los aspectos sociodemográficos,

considerando un $p < 0,05$. Los resultados evidenciaron que la prevalencia del estilo de vida inadecuado fue de 5,3 %. Los resultados en el análisis ajustado demostraron que los universitarios mayores de 20 años (OR=2,87; IC95 %:1,37-6,03) y con baja escolaridad materna (de 9 años) (OR=2,23; IC95 %:1,29-3,88) presentaron un mayor riesgo de adoptar un estilo de vida inadecuado. Entre sus recomendaciones señalaron el desarrollo de programas de promoción de la salud en la universidad, priorizando a los recién matriculados y aquellos que tengan baja escolaridad materna.

Este antecedente, tuvo proximidad con el estudio desarrollado, puesto que aborda las determinantes o predictores de los estilos de vida, razón por la cual fue uno de los antecedentes más específico que guio el proceso de esta investigación.

En España (Murcia), 2010, Martínez, Balanza, Leal, Martínez, Conesa, Abéllan (31), ejecutaron un estudio descriptivo transversal titulado “Influencia del género en los estilos de vida asociados a enfermedades vasculares en Universitarios”, cuyo objetivo fue conocer las posibles diferencias de género en los hábitos y estilos de vida. La muestra fueron 1179 alumnos, a quienes les aplicaron un cuestionario autocumplimentado y anónimo. Concluyeron revelando que las mujeres fuman más y realizan menos ejercicio que los varones, aunque consumen menos alcohol y tienen mayor percepción de su daño sobre la salud.

El presente antecedente, tuvo alguna proximidad con este estudio, puesto que aborda un predictor específico del estilo de vida, ello orientó e marco de análisis de los resultados

Antecedente nacional

En Chimbote, 2014, Cotrina, Rodríguez (5), desarrollaron un estudio cuantitativo, transversal, con diseño descriptivo, correlacional, titulado “Estilo de vida y factores biosocioculturales del adulto joven. HUP (Habilitaciones Urbanas Progresistas). Lomas del sur - Nuevo Chimbote”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre el estilo de vida y los factores biosocioculturales del adulto joven. La muestra estuvo conformada por 110 adultos jóvenes, a quienes les aplicaron dos instrumentos para la recolección de datos: la escala del estilo de vida y el cuestionario de los factores biosocioculturales, los cuales fueron garantizados en su confiabilidad y validez. En el análisis bivariado aplicaron la prueba de independencia de criterios Chi cuadrado. Concluyeron indicando que la mayoría de los adultos jóvenes presenta un estilo de vida no saludable, y un porcentaje significativo tiene estilo de vida saludable; en relación a las variables de estudio, mostraron que no existe relación entre ellas.

Este antecedente de investigación también fue un antecedente específico, pues proporcionó un amplio marco sobre la descripción del problema y la metodología a seguir.

Antecedentes locales

En el 2014, Daza (22), ejecutó un estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo, correlacional, titulado “Creencias y prácticas sobre estilos de vida en estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre las creencias y prácticas de estilos de vida. La población muestral estuvo conformada por 223 estudiantes de enfermería, a quienes les aplicaron una guía de entrevista sociodemográfica y una escala de creencias y prácticas sobre estilos de vida. El análisis estadístico usado fue la r de Pearson. Las conclusiones evidenciaron que a medida que las creencias sobre estilos de vida son favorables, aumentan las prácticas saludables en los estudiantes.

Este antecedente, orientó el estudio en la descripción de la magnitud local del problema en estudio.

En el 2013, Grados (32), realizó un estudio descriptivo simple titulado “Conocimientos, actitudes y prácticas de estilos de vida de enfermeros Docentes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco”, cuyo objetivo fue determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de los estilos de vida de los(as) enfermeros(as) docentes en estudio; la muestra lo constituyeron 20 de ellos. Para la recolección de datos emplearon cuestionarios. En el análisis inferencial utilizaron la prueba binomial para la comparación de proporciones de una

sola muestra. Concluyeron que las enfermeras (os) docentes cuentan con un conocimiento óptimo y una actitud poco positivo; pero las prácticas de estilo de vida no son adecuadas como para mantener un bienestar físico mental y social que puede repercutir de forma negativa en su salud.

Este antecedente de investigación orientó en la discusión de los resultados y en la descripción del problema en estudio.

En el 2009, Campos (33), desarrolló un estudio descriptivo correlacional denominado “Los estilos de vida y los valores interpersonales según la personalidad en jóvenes del Departamento de Huánuco”, cuyo objetivo fue determinar la medida en que los estilos de vida y los valores interpersonales difieren según la categoría en la que se ubican dentro de cada factor de personalidad de Caprara y Barbaranelli. La muestra estuvo conformada por 374 jóvenes de ambos sexos a quienes les aplicaron: el Cuestionario BFQ “Big Five”, el Cuestionario de Valores Interpersonales “SIV” y el Cuestionario de Estilos de Vida. La validez y confiabilidad de dichos instrumentos fueron debidamente demostradas adaptando a baremos peruanos. Los resultados evidenciaron que los factores de personalidad del Big Five, no plantean diferencias significativas sobre los estilos de vida y los valores interpersonales.

Este estudio aportó un amplio panorama, puesto que aborda la temática de los estilos de vida y los valores interpersonales según la

personalidad en jóvenes, ello sirvió para la descripción del problema en estudio.

2.2. Bases teóricas

A continuación se presentan los principales enfoques teóricos que sustentan la investigación, analizándolos según su relación con la temática abordada.

2.2.1. Modelo de creencias en salud

Este modelo, según Arrivillaga, Salazar, Correa (34), es uno de los referente teóricos más usados en Psicología de la Salud, fue desarrollado en 1950 por un grupo de especialistas en psicología social del departamento de Salud Pública norteamericano, encabezado por Hochbaum, en su interés por buscar una explicación a la falta de participación pública en los programas de detección precoz y prevención de enfermedad, posteriormente fue adaptado para explicar una variedad de conductas relacionadas con la salud, la respuesta individual ante ciertos síntomas de enfermedad, el cumplimiento de pacientes con los tratamientos y las recomendaciones médicas, la práctica de auto exámenes exploratorios, el uso del tabaco, la participación de inmigrantes latinos en los Estados Unidos en programas de prevención de la tuberculosis, entre otros.

Básicamente este modelo propone dos factores que determinan la conducta de salud: la percepción de amenazas sobre la propia salud y las creencias de los individuos sobre la posibilidad de reducir esas amenazas.

La percepción de amenazas sobre la propia salud se encuentra determinada por los valores generales sobre la salud, las creencias específicas sobre la propia vulnerabilidad ante la enfermedad (34).

En tanto Bréton, citado por Maté, González, Trigueros (35), refiere que la combinación de las dos primeras variables, denominadas por algunos investigadores como amenaza de enfermedad, proporcionará al sujeto la motivación para actuar. La conducta preventiva concreta que el sujeto adopte será aquella que comporte mayores beneficios percibidos y menos costes de cara a reducir la amenaza de enfermedad. La idea principal que defiende el modelo es que las conductas de una persona están determinadas por la amenaza percibida a su salud. Esta vulnerabilidad que se experimenta, a su vez, está condicionada por la percepción acerca de la susceptibilidad hacia la enfermedad y la severidad percibida de las consecuencias de adquirirlas. Un incremento en la percepción de vulnerabilidad ante una amenaza para la salud, produce una motivación y un fortalecimiento de las conductas de protección hacia esa amenaza. Además se hace una estimación de los costes/beneficios de llevar a cabo la conducta, de manera que la persona utilizará una serie de claves o señales bien externas o internas que le ayudará a determinar la decisión de puesta en práctica de la conducta.

2.2.2. Modelo de la promoción de la salud

La promoción de la salud, como estrategia de salud pública, es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los

determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. Se entiende por determinantes al conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que condicionan el estado de salud de los individuos o poblaciones (19).

El modelo de la promoción de la salud fue propuesta por Nola J. Pender, citado por Aristizábal, Blanco, Sánchez, Ostiguín (36), quien basa su modelo en la educación de las personas, sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable con el objetivo de integrar tanto al profesional de enfermería como a la persona respecto a las conductas que promueven el bienestar humano, tanto físico, mental y social; ya que el profesional en enfermería debe ser el principal motivador de los pacientes, en cuánto a mantener su salud personal destinadas a mejorar la calidad de vida a nivel de salud.

Del mismo modo, este modelo identifica en el individuo factores cognitivo-perceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de la salud, cuando existe una pauta para la acción (37).

Pender, considera a la salud como un estado positivo de alto nivel, y lo toma como objetivo, hacia el cual debe esforzarse la persona para poder llevar una vida saludable (36)

A través de este modelo, tal como señalan Acuña, Cortes (19), podemos comprender que las personas, familias y comunidades logran mejorar su nivel de salud, al asumir un mayor control sobre sí mismas. Se

incluyen las acciones de educación, prevención y fomento de salud, donde la población actúa coordinadamente en favor de políticas, sistemas y estilos de vida saludables, por medio de la abogacía, empoderamiento y construcción de un sistema de soporte social que le permita vivir más sanamente.

Pender, también expresó que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud (36).

Según este modelo los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están divididas en factores cognitivos-perceptuales, entendidos como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados favorecedoras de la salud. La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud (38).

2.2.3. Modelo de las universidades saludables

El Ministerio de Salud de Argentina (39), resalta la temática de “universidades saludables” el cual es relativamente nuevo y se basa en el trabajo, experiencia y aprendizajes a nivel internacional de ciudades, lugares de trabajo y escuelas saludables. Las universidades saludables son universidades que realizan acciones sostenidas destinadas a promover la salud integral de la comunidad universitaria, actuando sobre el entorno social

y físico, así como en la formación de estilos de vida saludables. Incorpora estratégicamente la promoción de la salud en las funciones de docencia, investigación y extensión universitaria.

Las personas pasan gran parte de sus vidas dentro de la universidad (ya sea por trabajo o por estudio). Asimismo, las características del entorno físico y social afectan la salud de las personas, el desempeño académico y el rendimiento. Las características del entorno tienen impacto en la formación de las personas. Los universitarios lideran las innovaciones y tienen un rol modélico en la sociedad (39).

Al respecto Becerra (40), argumenta que una universidad saludable es la que provee un ambiente saludable, favoreciendo el aprendizaje a través de sus áreas y edificaciones, zonas de recreación, bienestar universitario y medidas de seguridad. A su vez, este modelo, incorpora ejes temáticos de promoción de la salud en las mallas curriculares de todas las carreras de pregrado, e impulsa cursos de post grado, diplomados y maestrías relacionados a promoción de la salud. Asimismo, fomenta la actividad física: deportes, ciclismo, caminatas, etc., como parte de los programas curriculares y extra-curriculares de la institución y las prácticas saludables de alimentación y nutrición en el comedor y los lugares de expendio de alimentos, incluyendo normas que rigen la naturaleza de la alimentación ofrecida dentro de sus instalaciones.

Es importante recalcar que una universidad saludable también implica promover el cumplimiento de las políticas públicas como la ley 28705, Ley

General para la Prevención y Control del Consumo del Tabaco: ambientes 100% libres de humo de tabaco (en el caso del Perú), realizando campañas de sensibilización sobre el tema e, inclusive, ofreciendo programas para dejar los hábitos nocivos; facilitando el consumo de agua segura, el fomento y consejería de la alimentación y nutrición saludable, salud sexual y reproductiva, salud mental y prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, sueño saludable, autocuidado y cuidado médico (40).

Finalmente, la buena salud es uno de los recursos para el progreso personal, económico y social, que contribuye de manera importante a mejorar la calidad de vida en las comunidades. Las personas saludables y mejor preparadas son indispensables para el desarrollo individual y colectivo. El Banco Mundial en 1999, indicó que una mejor educación lleva a mejores resultados en salud, y que una mejor salud, lleva a mejores logros académicos (39).

2.2.4. Modelo de desarrollo humano

Respecto al modelo de desarrollo humano, Casares, Siliceo (41), resalta que entre los modelos educativos que tratan del cambio y aprendizaje como condición de un crecimiento personal, se encuentran los enfoques reeducativos que han surgidos de las distintas corrientes terapéuticas, y cuya diferencia principal con los modelos tradicionales es que se fundamentan en un modelo educativo de aprendizaje, en el que se considera al hombre como

un ser en continuo aprendizaje de conductas, valores, sentimientos y conocimientos.

La persona es un ser en proceso, esto es, en continuo desarrollo, cambio y aprendizaje. La experiencia misma es el centro de la existencia, la posibilidad de vitalidad y crecimiento. Este contacto con la experiencia es lo que da sentido a la vida, trascendiéndola en nuestro compromiso existencial.

El proceso de conciencia vital, esto es, de sentir, conocer y experimentar, debe estar caracterizado por el darse cuenta y ser consciente de lo que sucede dentro y fuera de la persona en un proceso de continua reflexión, y como un acto de intuición, sensibilidad y razón. El ser congruente en la expresión del verdadero yo; es decir, de los sentimientos, emociones, ideas, valores, conductas y objetivos vitales, es una condición de encuentro y crecimiento que asegura una relación humana rica y significativa (41).

2.2.5. Modelo de las determinantes sociales de la salud

Este modelo fue propuesto por Lalonde, quien considera a los estilos de vida como la forma de vivir de las personas, que al igual que el medio ambiente, están determinados por un conjunto de factores (físicos, sociales o laborales) que dependerán tanto del individuo como del complejo entorno que le rodea, dando lugar a estilos de vida más o menos saludables, refiere Tejada (42). Los determinantes sociales de la salud hacen referencia a las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud; es así, que los determinantes

sociales de la salud repercuten directamente en la salud. Permiten predecir la mayor proporción de la varianza del estado de salud (inequidad sanitaria). Estructuran los comportamientos relacionados con la salud. Interactúan mutuamente en la generación de salud (43).

La conducta del individuo, sus creencias, valores, bagaje histórico y percepción del mundo, su actitud frente al riesgo y la visión de su salud futura, su capacidad de comunicación, de manejo del estrés y de adaptación y control sobre las circunstancias de su vida, determinan sus preferencias y estilo de vivir. Las conductas y estilos de vida están condicionados por los contextos sociales que los moldean y restringen. De esta forma, problemas de salud como el tabaquismo, la desnutrición, el alcoholismo, la exposición a agentes infecciosos y tóxicos, la violencia y los accidentes; aunque tienen sus determinantes proximales en los estilos de vida y las preferencias individuales, tienen también sus macrodeterminantes en el nivel de acceso a servicios básicos, educación, empleo, vivienda e información, en la equidad de la distribución del ingreso económico y en la manera como la sociedad tolera, respeta y celebra la diversidad de género, etnia, culto y opinión.

2.3. Bases conceptuales

2.3.1. Bases conceptuales: estilo de vida de los estudiantes universitarios

2.3.1.1. Estilo de vida

Según Hederich (44), el estilo se basa en un conjunto de regularidades consistentes en la forma de la actividad humana, como es el caso del estilo de vida que se lleva a cabo, con todos los dominios propios de la actividad.

Fue Simmel el primero en utilizar el concepto clásico de «estilización» en el sentido de la necesidad que poseen los individuos y las clases sociales de «estilizar la vida». Estilización supone e implica, según este autor, y siguiendo el enfoque simmeliano, «modelización» y «sistematización» (1).

La OMS, citado por Muñoz, Uribe (28), considera al estilo de vida como una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, y determinados por la interacción entre características personales, socioeconómicas y ambientales. De esta manera, sintetiza el concepto como un estilo general de vida, basado en la interacción entre las condiciones socioeconómicas y culturales en un amplio sentido, y patrones individuales de conducta determinados por factores personales.

Desde el punto de vista epidemiológico, el estilo de vida son un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que unas veces son saludables y otras nocivas para la salud, pues son causantes

de enfermedades; entre las más importantes que afectan la salud encontramos: consumo de sustancias tóxicas (hoja de coca, alcohol), estrés, dieta, manipulación de los alimentos y relaciones interpersonales. En sociología, un estilo de vida es la manera en que vive una persona (o un grupo de personas). Esto incluye la forma de las relaciones personales, del consumo de la hospitalidad y la forma de vestir. Una forma de vida típicamente también refleja las actitudes, los valores o la visión del mundo de un individuo (45).

Por su parte, Pérez, Simeón (46), refieren que el estilo de vida se relacionan estrechamente con la esfera conductual y motivacional del ser humano; y por tanto, alude a la forma personal en que el hombre se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares.

Para Ramírez (47), el estilo de vida es el conjunto de pautas y hábitos cotidianos de comportamiento de una persona, es una forma de diferenciación social; agregado a esto, lo saludable implica una serie de conductas que no influyen negativamente en la salud, acorde con cada cultura y su entorno.

En tanto, Ayerdi, citado por Rodríguez, Agulló (1), señalan que el concepto de estilo de vida ha sido utilizado fundamentalmente con una concepción descriptiva, clasificatoria y evaluadora; en cambio, se le ha contemplado muy escasamente como variable explicativa. Incluso, ha llegado a emplearse de un modo muy limitado como modelo o patrón de consumo («el modo en que una persona gasta su dinero»). Sin embargo,

existen «otras áreas de la vida de una persona» que, por su vinculación, modelización y sistematización, llegan a conformar un estilo de vida. Se trataría, por ejemplo, del grupo (o grupos) de pertenencia, actividades, gustos, intereses, etc.

El estilo de vida, tal como Arrivillaga, Salazar, Correa, citado por Lacruz (13) lo definen, es un conjunto de hábitos actitudes, tradiciones, actividades y decisiones de una persona (el estilo de vida va siempre «inscrito en una biografía personal».) que demuestran consistencia a través del tiempo, bajo condiciones más o menos constantes, y que pueden constituirse en dimensiones de riesgo o de seguridad dependiendo de su naturaleza. Por lo tanto, el estilo de vida se va conformando a lo largo de la historia de la vida del individuo, y en su constitución juegan un papel decisivo los procesos de aprendizaje de diversos contextos (imitación de modelos familiares o de grupos formales o informales) en la que se desarrollan en sociedad o mediante su faena diaria y son susceptibles de ser modificadas (13).

Los estilos de vida están referidas a los hábitos de vida, la forma de vida, al conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas que unas veces son saludables y otras nocivas para la salud (48). Representan el conjunto de decisiones que asume el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales ejerce un cierto control, que determinan en gran parte de las acciones frente a la salud o la enfermedad.

Para fines de investigación, los estilos de vida se definen según lo planteado por Arguello, Bautista, Carvajal, De Castro, Díaz, Escobar, et al (49), quienes lo consideraron como patrones conductuales, relativamente estables, que se establecen a partir de preferencias que se arraigan con inclinaciones básicas del ser humano. Interactúan con factores de tipo biosociocultural, y se constituyen en el mejor predictor de la conducta futura, de tal manera que la conducta actual está predicha por el hábito y por la influencia que éste ejerce sobre la actitud, la norma, la percepción de control y la intención.

De los anteriores planteamientos se deduce, que los estilos de vida están determinados por la presencia de factores de riesgo o de factores protectores para el bienestar (predictores), por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no sólo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social (13).

En suma Rodríguez, Agulló (1), argumenta que el estilo de vida va siempre inscrito en una biografía personal. De esta manera, el estilo de vida sin estar determinado por la pertenencia individual a un nicho concreto de la estructura social, es, al mismo tiempo, resultado de una acción intencionada y respuesta a la situación de la estructura social.

2.3.1.2. Estilos de vida saludables

Específicamente el término “estilos de vida saludables”, hace referencia a un conjunto de patrones conductuales o actitudes favorables para la salud; de tal forma, que la conducta que cada individuo realiza, será un factor altamente condicionante de su propio estado de salud. Estos se van conformando a lo largo de la vida del sujeto, ya sea por aprendizaje o imitación de modelos familiares o sociales (13).

Según Maya, citado por Lacruz (13), los estilos de vida saludables involucran el hecho de tener sentido de vida, objetivos de vida y plan de acción; mantener la autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad; mantener la autodecisión, la autogestión y el deseo de aprender; brindar afecto y mantener la integración social y familiar; tener satisfacción con la vida; promover la convivencia, solidaridad, tolerancia y negociación; capacidad de autocuidado, seguridad social en salud y control de factores de riesgo como: obesidad, vida sedentaria, tabaquismo, alcoholismo, abuso de medicamentos, estrés y algunas patologías como hipertensión y diabetes. Adecuada ocupación de tiempo libre y disfrute del ocio, comunicación y participación a nivel familiar y social; accesibilidad a programas de bienestar, salud, educación, culturales, recreativos, entre otros (13).

2.3.1.3. Estilo de vida en los estudiantes universitarios

Lema, Salazar, Varela, Tamayo, Rubio, Botero (50), resaltan que las conductas de las personas, tienen un impacto muy importante en la salud, en la medida que, su presencia o ausencia, puede constituir un factor de riesgo o de protección para el individuo, según sea el caso.

De acuerdo con Reig, Cabrera, Ferrer, Richart, citado por Ríos (51), las universidades son instituciones peculiares debido a que, entre otras cosas, son centros de enseñanza con papeles de formación, educación e investigación; son centros de creatividad e innovación en los que se aplica el conocimiento desde enfoques disciplinarios e interdisciplinarios; proporcionan un contexto en el que los estudiantes se independizan al pasar tiempo fuera de su hogar; al igual que un ambiente en el que los estudiantes maduros se comprometen a aprender; son recursos existentes a nivel local, nacional y global, y son instancias cada vez más preocupadas por su imagen y prestigio.

La universidad, además de sus funciones sustantivas prepara al hombre para la vida, en la que debe garantizar el mantenimiento y desarrollo de su cultura, en su concepción más amplia, que abarca las tradiciones, costumbres, creencias, profesión y creación artística y de conocimientos; de forma tal, que la apropiación de estos conceptos sea en forma permanente, de tal manera que conlleve a la realización personal y de valores éticos y estéticos y hagan de su actividad, ya sea profesional, intelectual, doméstica o

de otro tipo, un acto de creación, cooperación y de reafirmación de valores humanos, lo que, entre otros factores, contribuye al desarrollo y mejoramiento profesional, humano y de la calidad de vida, constituyendo el capital básico de la sociedad (52).

La etapa universitaria ha sido señalada como una fase de cambios en la dimensión biopsicosociocultural que pueden repercutir negativamente en la práctica de vida saludable, como por ejemplo la actividad física que suele verse reducida, y los hábitos alimenticios se ven afectados negativamente que en muchos casos se van a mantener a lo largo de la vida (53); esto, debido al comienzo de los estudios universitarios, abandono del hogar familiar en numerosas ocasiones, comienzo de una vida adulta, etc.

Al respecto, Gamarra, Rivera, Alcalde, Cabellos (20), señalan que el estilo de vida en los jóvenes universitarios son susceptibles a sufrir cambios durante su etapa de maduración, porque se enfrentan a nuevos escenarios de trabajo intelectual, los mismos que le exigen realizar ajustes y desarrollar nuevas estrategias de afrontamiento, así como conductas promotoras de salud, que tengan como punto de partida un autoconocimiento, lo cual va a ser beneficioso para su salud.

Lema, Salazar, Varela, Tamayo, Rubio, Botero (50), argumentan que en el campo de la salud del adolescente y del joven, los estilos de vida aparecen relacionados con problemas sociales de gran relevancia. Por ejemplo, embarazos precoces, abortos, infección por VIH/SIDA y contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS), debidos a sus prácticas sexuales;

las incapacidades, lesiones o muertes, debidas a accidentes de tráfico; trastornos por el consumo y abuso de drogas; trastornos de la conducta alimentaria, a causa del sedentarismo y la dieta a largo plazo; estos jóvenes presentan también un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles que tienen como factores asociados los estilos de vida poco saludables (los problemas cardiacos, la diabetes mellitus tipo II y el cáncer).

Según Varela, Duarte, Salazar, Lema, Tamayo (54), al conformar hábitos establecen una relación directa con la manera de vivir y con la salud que se refleja en hábitos de vida poco saludables en la vida adulta profesional.

2.3.1.4. Dimensiones del estilo de vida

A continuación, se describen las principales dimensiones del estilo de vida relacionadas con la salud de los jóvenes universitarios, desde la perspectiva de Lema, Salazar, Varela, Tamayo, Rubio, Botero (50).

2.3.1.4.1. Condición de actividades físicas

La actividad física a través del acondicionamiento es parte integral de cualquier plan para asegurar a las personas una vida saludable. Las personas debe integrar en su vida unos hábitos saludables que le permitan facilitar la pérdida de peso, disminuir la presión arterial, combatir las dislipidemias, y en términos generales reducir el riesgo cardiovascular y de todas las causas de mortalidad (47).

También, la actividad física hace referencia a aquellos movimientos corporales y actividades que requieren consumo energético mayor al que se produce en estado de reposo, o al realizar alguna actividad cognitiva y que favorecen la salud. Realizar ejercicio o tener actividad física como parte del estilo de vida disminuye el riesgo de enfermedad coronaria y prevención de enfermedades crónicas. A nivel psicológico también tiene un efecto positivo, puesto que ayuda a la regulación emocional, reduce la ansiedad, la tensión y la depresión, y aumenta la sensación de bienestar (50).

2.3.1.4.2. Recreación y manejo del tiempo libre

Es aquél en el que las personas desarrollan actividades orientadas a satisfacer sus gustos e intereses, al placer, al descanso, al desarrollo y la integración social; tales actividades son elegidas libremente según las preferencias. El tiempo de ocio ha sido reconocido en la última década como un factor importante para el desarrollo y bienestar de los jóvenes, puesto que en él aumentan las probabilidades de la inclusión social, de participar en la comunidad, de hacer deporte, recrearse y tener programas culturales, a la vez que disminuye las posibilidades de implicarse en otros problemas como la delincuencia y el consumo de drogas (50).

2.3.1.4.3. Autocuidado y cuidado médico

Al respecto Lema, Salazar, Varela, Tamayo, Rubio, Botero (50), hacen referencia a aquellos comportamientos voluntarios que realiza la persona

para beneficio de su salud, en el sentido que implica cuidarla o hacer cuanto esté en sus manos (cuidar la higiene, tomarse los medicamentos según la prescripción médica, realizarse exámenes, explorar el propio cuerpo, llevar a cabo medidas de seguridad, como el uso de cinturón de seguridad, atender a las señales de tránsito, etc.) para impedir que aparezcan las lesiones, detectar a tiempo síntomas o señales de enfermedad o que se facilite una pronta recuperación en caso de que exista una afectación. Todos estos comportamientos implican un mayor nivel de responsabilidad personal.

2.3.1.4.4. Hábitos alimenticios

En esta dimensión se consideran los aspectos relacionados con la selección e ingestión de los alimentos; el tipo y la cantidad de alimentos, los horarios y espacios en los que se consumen y algunas prácticas referidas al control del peso. Estas acciones permiten satisfacer las necesidades físicas del organismo, favorecen el funcionamiento diario del organismo, el desarrollo de las funciones vitales y el estado de salud, y previenen la aparición de algunas enfermedades. Los hábitos alimentarios inadecuados, así como los valores culturales que destacan los estereotipos de lo bello, lo atractivo y la liberación sexual, han permeado los hábitos alimentarios de los jóvenes, contribuyendo al desarrollo de varios trastornos alimenticios y a la aparición de graves consecuencias, como las alteraciones endocrinas y metabólicas que originan, posteriormente, miocardiopatía, arritmias cardíacas y la muerte (50).

En lo que respecta a la calidad y frecuencia de consumo de los alimentos, ello está orientado a mantener una nutrición adecuada o que no afecten la salud. Para el presente estudio, se han considerado los tres grupos de alimentos que conforman el llamado “plato del buen comer”: verduras y frutas (frutas frescas, cocidas o en lata; vegetales de hojas crudas, cocidos y cortados crudos), cereales, tubérculos (pan, arroz, maíz, trigo, pastas, papa, camote, yuca, etc.) y leguminosas, y alimentos de origen animal (carne de ave, res, cerdo y pescado; huevos y menestras, lácteos y derivados) (55).

2.3.1.4.5. Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas

Hace referencia a la ingestión, aplicación u absorción de dichas sustancias, generando alteraciones en el sistema nervioso central y en el comportamiento. Tales alteraciones están relacionadas con los efectos agudos del consumo, que también producen consecuencias negativas para la salud, como las alteraciones cardiovasculares, de colon, problemas académicos y/o laborales, accidentes de tránsito, violencia, contagio de enfermedades infecciosas, embarazos no deseados, suicidio y problemas de salud mental (50).

2.3.1.4.6. Sueño

Es el estado de reposo del organismo durante el cual la persona presenta bajos niveles de actividad fisiológica y no hay respuesta activa a

estímulos del ambiente. El sueño contribuye al estado de salud en la medida en que, al lentificarse los sistemas corporales después de las actividades cotidianas, permite al organismo recuperar la energía vital requerida. Por el contrario, la falta de sueño repercute en la capacidad de concentración, el estado anímico, el tiempo de reacción, el rendimiento físico e intelectual (50). Algunas prácticas, como llevar una alimentación equilibrada, realizar ejercicio físico y manejar apropiadamente el estrés, combinadas con factores ambientales adecuados (temperatura, luz), favorecen un patrón estable y conveniente de sueño.

Según Grimaldo (55), el sueño es una necesidad esencial para la supervivencia humana, cuya principal función es reparar al organismo para tener una vida saludable; la cantidad necesaria de sueño en el ser humano es una magnitud que depende de factores biológicos, conductuales y ambientales.

2.3.2. Bases conceptuales: predictores del estilo de vida

2.3.2.1. Definición de predictores

De acuerdo con la Real Academia Española (56), los predictores se define como algo que predice o ayuda a predecir. Por ende los predictores son un conjunto de variables que incluyen ideas, emociones y comportamientos que permiten la aproximación o anticipación de una potencial situación de riesgo en un determinado colectivo objeto de estudio;

todo ello, con el propósito de guiar una intervención que incida en la reducción de dichas consecuencias (57).

En tanto, Coronado (58), indica que un predictor es una característica detectable en individuos o en grupos, asociada a una probabilidad incrementada de indicadores, y estas pueden ir asociadas a la salud. Los factores pueden usar tres connotaciones distintas: un atributo o exposición que se asocia con una probabilidad mayor de desarrollar un resultado específico, tal como la ocurrencia de una enfermedad; este atributo no necesariamente constituye un factor causal, un atributo o exposición que aumenta la probabilidad de la ocurrencia de una enfermedad u otro resultado específico, y un determinante que puede ser modificado por alguna intervención, logrando disminuir la probabilidad de la ocurrencia de una enfermedad u otro daño específico a la salud.

2.3.2.2. Predictores biosocioculturales del estilo de vida

Según Guerrero, León (26), existen diferentes predictores que influyen en el estilo de vida de las personas. Al respecto Rodríguez (57), plantea la existencia de los predictores biosocioculturales, que toma en cuenta tres grupos: predictores biológicos (incluye la edad y el género); predictores sociales (se considera el lugar de procedencia, el estado civil y la ocupación); y predictores culturales (el grado académico y la religión a su vez), los principales rasgos distintivos del predictor son: incluye tres elementos básicos para promover el cambio de actitudes en relación con una potencial

conducción de riesgo: las ideas, las emociones y los comportamientos; el predictor requiere de la información previa, proporcionada en gran medida por los diferentes factores; el predictor deriva de aquellos aspectos que pueden comportar un riesgo en una determinada población; permite una intervención de carácter preventivo que incida un estilo de vida saludable de los estudiantes universitarios.

También, existen otros predictores personales, pueden incluirse los psíquicos (conocimientos, actitudes, comportamientos, habilidades, autoestima o emociones), así como los biológicos (genéticos, metabólicos). Los predictores externos son también diversos y se refieren al medio físico y social. Pueden considerarse diversos niveles de influencia del entorno sobre los estilos de vida de las personas: desde un nivel inmediato (familia, medio laboral, grupos de amigos), hasta un nivel más amplio del entorno que corresponde al conjunto de elementos sociales, así como a los valores y creencias que influyen en el individuo y en todos los componentes del sistema social. A continuación se describen los predictores biosocioculturales:

2.3.2.2.1. Predictores biológicos

Grupo de edad: hace referencia a la etapa específica del ciclo vital en la cual se encuentre la persona (59). La edad se relaciona con factores socioculturales y estilos de comportamiento. En este sentido no existe una única forma de vivir, sino diferentes estilos de vida, dependientes de la

particular constitución subjetiva y de la modalidad de relación con el medio ambiente inmediato y mediato (60).

En relación al estudio, el grupo etario considerado fue el de la adolescencia, este período es uno de los más decisivos para la adquisición de estilos de vida. La importancia de la adolescencia para el establecimiento de éstos, tiene que ver con los importantes cambios psicológicos y contextuales que tienen lugar durante estos años en los que “chicos y chicas” realizan sus primeras salidas y reuniones con sus pares, sin la presencia de sus padres y en los que van ganando autonomía para tomar algunas decisiones relacionadas con el ocio y el estilo de vida (actividades extraescolares, consumo de sustancias, prácticas sexuales, etc.) (61).

Género: es una determinante del comportamiento de la persona, ya que el ser hombre o ser mujer hará que el individuo adopte determinada postura respecto a cómo actuar, además de lo que implica la prevalencia de algunas enfermedades que se verán reflejadas en mayor proporción en un género en específico (59).

Distintas investigaciones realizadas a nivel nacional e internacional han aportado evidencia científica que indican la existencia de diferencias significativas entre “chicos y chicas” en muchas de las conductas estudiadas (61).

2.3.2.2.2. Predictores sociales

Procedencia: la mayoría de la población se concentra en ciudades como consecuencia del desarrollo económico. El ámbito de residencia (zona geográfica, clima, altitud, tipo de agua de bebida, densidad poblacional, grado de contaminación ambiental) también influiría sobre el modus vivendi de las personas (alimentación, tipo de ocupación laboral, estrés) (62).

En el siglo XX, el número de habitantes aumentó considerablemente, y muchas llegaron a albergar a millones; así que el espacio urbano creció por la emigración procedente del rural, y su estilo de vida se extendió por todo el mundo. Al respecto, Rivadeneira (63), señala que las zonas urbanas se caracterizan por tener mayor densidad de población y diversidad de humanos, en comparación con las zonas rurales. Generalmente, a las ciudades y pueblos grandes se les clasifica como áreas urbanas.

Por otro lado, las zonas rurales se caracterizan por tener las comunidades pequeñas muy unidas y porque los espacios; a diferencia de lo que ocurre en las ciudades, no son reducidos. Las zonas rurales son más dependientes de los recursos naturales y materiales orgánicos.

Estado civil: es la condición particular de la persona, en los que se establece vínculos personales con individuos del otro sexo los cuales queda determinada por sus relaciones de familia, proveniente del matrimonio o del

parentesco que establece ciertos derechos y deberes, así lo refiere Salas, Rodríguez (64).

“El estado civil condicionaría determinados hábitos de vida, que podrían repercutir sobre los indicadores de riesgo aterogénico. La circunstancia de estar casado, soltero, viudo o separado implicaría diferencias en la dieta, actividad física, horas de sueño y consumo de alcohol y tabaco. Se asevera que el cambio de estado civil provocaría importantes modificaciones del estilo de vida. Así, la viudez y el divorcio implicarían estados de estrés que frecuentemente conducirían a desarreglos en la dieta y los hábitos cotidianos. En las mujeres la separación matrimonial suele inducir intentos de reducción de sobrepeso y en los hombres estimularía el mayor consumo de tabaco y alcohol” (65).

“La investigación realizada por la Universidad de Valencia (UV) demuestra que las personas que no viven acompañadas podrían sufrir de problemas de salud, ansiedad o depresión crónica. Además, Carles Simó-Nogueras, uno de los miembros del equipo investigador dice: “La clave no está en el estado civil por él mismo, sino que la encontramos en la interacción entre ello y la situación de convivencia. Por lo que después de una ruptura o incluso un divorcio, la clave para un estado anímico y de salud sean óptimos es la convivencia”. Finalmente, la conclusión obtenida que la vida diaria sin compañía incrementa la posibilidad de contraer alguna enfermedad y podría producir que la persona se empiece a aislar de la sociedad” (66).

Ocupación: Según Salas, Rodríguez (64), sin duda alguna, la ocupación ama de casa se trata del trabajo menos reconocido en nuestra sociedad actual, a pesar de la gran importancia que tiene el papel de la mujer dentro del hogar.

Este desprestigio por la profesión ama de casa, hace que cada vez existan más y más mujeres que busquen su realización fuera del hogar incorporándose al sector laboral sin caer en la cuenta de que ahora todo se complicará un poco más para ellas, pues tendrán que combinar sus labores fuera y dentro del hogar (67).

El estilo de vida según Meza, Miranda, Núñez, Orozco, Quiel, Zuñiga (68), es un concepto que va más allá de hábitos, costumbres, creencias y patrones de crianza, puesto que el contexto socio-laboral u ocupacional donde se desenvuelva la persona también incide. Es importante tener en cuenta que el grado de estrés que deviene de la realización de diferentes ocupaciones podría estar asociada con la alteración del patrón de sueño e ir en detrimento de la calidad de vida de las personas trabajadoras y por ende verse reflejada en el ausentismo, incapacidades y otras alteraciones en la salud de los trabajadores de una empresa.

Por otro lado, se considera que el nivel alto de sedentarismo es de acuerdo al tipo de ocupación laboral y las pocas horas dedicadas al autocuidado y recreación.

En el estudio de Ratner, Sabal, Hernández, Romero, Atalah (69), hallaron que quienes trabajaron con empleados y empleadas de empresas públicas y privadas en dos regiones de Chile; tuvieron alta incidencia de problemas y alteraciones nutricionales que devenían de los estilos propios de vida que exigía cada ambiente laboral; esto lo asociaron fuertemente con la incidencia de problemas de sobrepeso y obesidad.

Por otro lado, el nivel socioeconómico, también es un predictor social que al momento de llevar un estilo de vida saludable, ya que si se pertenece a una clase media o alta se tendrán muchas más alternativas al momento de poder elegir una alimentación adecuada, y no sólo la alimentación sino también el acceso a la salud; mientras que para una persona de un nivel socioeconómico bajo, sus opciones se verán limitadas por la escasez de sus recursos económicos (59).

2.3.2.2.3. Predictores culturales

Religión: es un grupo de personas organizado alrededor de un conjunto de normas de cumplimiento obligatorio, por las cuales las personas pretenden acercarse a Dios o ganar su favor, exhibiendo su propia justicia y sus buenas obras como medio para ser recibidas por Dios; y por lo tanto, implica que las obras y el esfuerzo humano son la base primordial de la aceptación de la persona por Dios (70).

Los estilos de vida y la religión tienen estrecha relación, tal como lo señala Sastre (71), las personas cristianas, suelen mantener una actitud

religiosa, caracterizada por actitudes que tiene en la vida cotidiana. Los diferentes ámbitos de la vida humana exigen maneras adecuadas de situarse; estos comportamientos estables se aprenden a través de las relaciones interpersonales; las experiencias de confianza, aceptación y ternura que tenemos en los primeros años de nuestra existencia configuran, en gran medida, nuestras actitudes básicas ante la vida. Las relaciones educativas, cívicas y laborales influyen en el tipo de persona que vamos siendo; igualmente, el modelo de persona y sociedad que se tiene y por el que se trabaja también configura grandemente nuestro estilo de persona.

De todas las actitudes, la ética y la actitud religiosa tienen una característica propia que las distingue del resto de actitudes. En los creyentes la actitud religiosa conlleva determinados comportamientos éticos, aunque la fe no se reduzca a una moral.

Ciclo de estudios: la alta escolaridad protege al sujeto de riesgos específicos para su salud, resalta Espinosa (72), pues le permite una vida más higiénica, disciplinada y sistemática, favorecida por su asistencia a la escuela durante un período de tiempo largo, con su efecto socializador, le facilita un círculo de amistades con quienes retroalimentar la educación adquirida, el uso del tiempo libre y la recreación. Una alta escolaridad amplía los aspectos cognoscitivos de la salud y de la enfermedad, lo cual favorece las actividades de promoción de salud.

Por su parte, Cuervo (73), señala que la escolaridad, entre otros factores, se relacionan con algunos de los estilos de vida como ejercicio, nutrición, manejo del estrés y responsabilidad en salud en personas enfermas.

2.4. Bases epistémicos

2.4.1. El estilo de vida desde el enfoque de la teoría socio-antropológica

En la actualidad existen diferentes conceptualizaciones del “estilo de vida”, ello ha generado distintos problemas, el concepto pierde su poder analítico a la hora de ir más allá de la descripción empírica de los grupos sociales, es por ello la necesidad de abordar la definición de los estilos de vida desde el enfoque de la teoría socio antropológica quien lo conceptualiza como el resultado de un proceso de negociación individual y colectiva entre estructura social y disposiciones, donde la relación práctica no está meramente ligada a la práctica, sino que la práctica es, en realidad, una relación reflexiva de ella (74).

El estilo de vida es un conjunto coherente de elementos sociales ubicados en un espacio y tiempo concreto. Estos elementos están incorporados en un individuo o en un grupo de individuos, en la frontera entre las limitaciones de las condiciones sociales y las disposiciones individuales. Estas limitaciones y las disposiciones son los factores que permiten a los individuos pensar en su estilo de vida. Esta reflexividad es debida al

conocimiento de la existencia de otros estilos de vida alrededor, aunque no todos son visibles (74).

En suma, todos los estilos de vida requieren un compromiso por parte de los individuos. El compromiso se determina de diferentes maneras según la perspectiva que adoptemos.

2.4.2. Los estilos de vida saludables y la calidad de vida

La OMS, citado por Franco (75), ha identificado a la salud más que como la ausencia de enfermedad, como un “completo estado de bienestar físico, mental y social”, este estado de bienestar se logra en gran medida mediante la realización de conductas positivas que favorezcan el mantenimiento de ese estado, más que la responsabilidad o atención de salud. Esta modificación se ha dado, debido a que las causas de enfermedad y muerte en los últimos años se deben en su mayoría a estilos de vida y conductas poco saludables; en este sentido es importante desarrollar comportamientos y hábitos saludables para mantener la salud, ello implica por tanto desarrollar un estilo de vida saludable que propenda por nuestro bienestar.

Por otro lado Franco (75), argumenta que los estilos de vida dependen en parte de diversos factores no solo personales, sino además sociales; aspectos como: el ambiente social (vivienda, alimentación, vestuario), los grupos de apoyo primarios y secundario (familia, sistemas de soporte). Las

creencias personales, los valores, entre otros, van a determinar el curso y desarrollo de hábitos o “estilos de vida”.

El estilo de vida saludable, tal como lo sostienen Infiesta, Bimella, Garrucho, March, citado por Grimaldo (55), es el conjunto de pautas de conductas, que tanto individual como colectivamente de forma cotidiana mejoran la calidad de vida; por lo tanto, se relaciona directamente con las creencias acerca de las prácticas saludables, de riesgo y enfermedad. En tanto, la temática de la calidad de vida o de la "buena vida" está presente desde la época de los antiguos griegos (Aristóteles), la instalación del concepto dentro del campo de la salud es relativamente reciente, con un auge evidente en la década de los 90, que se mantiene en estos primeros años del siglo XXI.

La vida actual, caracterizada por un aumento en la longevidad, no está necesariamente asociada a mejor estilo de vida. El aumento de la frecuencia y velocidad de los cambios (revolución tecnológica), la inseguridad constante, el exceso de información, el desempleo o el multiempleo, los cambios en la estructura familiar (divorcios, uniones inestables, ambos padres en el mercado laboral), la pérdida de motivaciones, lealtades, valores, señalan los múltiples factores estresantes a que estamos sometidas la mayoría de los seres humanos (76).

La calidad y el estilo de vida son dos términos que se encuentran asociados; es así como la mejora de la calidad de vida de las personas podría ser posible a través de la adopción de un estilo de vida saludable (55).

Finalmente, las temáticas del estilo de vida saludable y el de calidad de vida resultan cruciales, cuando se trata de profesionales de la salud, pues la influencia sobre la salud pública es doble: “ya que además de impactar a un grupo en particular, la calidad y el estilo de vida recaen en las acciones de salud de sus pacientes, al convertirse en modelos de vida para ellos” (55).



CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de estudio

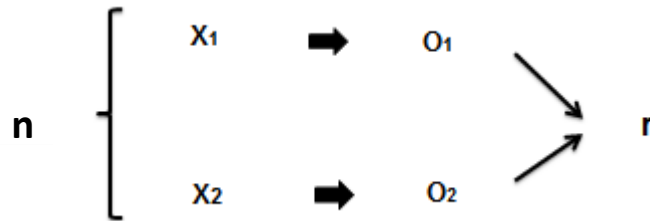
Por el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información, el estudio fue de tipo **prospectivo**, puesto que se recogieron datos del tiempo presente, de una fuente primaria. De acuerdo al período y secuencia del estudio; fue **transversal**, porque se estudió las variables en un solo período de tiempo. Según el número de variables el presente estudio fue **analítico**, puesto que se tuvo dos variables: variable dependiente e independiente. Y según la intervención de la investigadora el presente estudio fue **observacional**, solo se observaron las variables propuestas.

3.2. Método de estudio

Para alcanzar los objetivos de la investigación se utilizaron los métodos de inducción, deducción, análisis y síntesis. La inducción es el método de obtención de conocimientos que conduce de lo particular a lo general, de los hechos a las causas, y al descubrimiento de leyes. La deducción es el razonamiento que conduce de lo general a lo particular, y permite entender los conocimientos que se tienen sobre un tipo determinado de fenómenos o cualquier otro que pertenezca a la misma clase.

3.3. Diseño de estudio

El diseño del estudio corresponde a un diseño relacional, tal como se muestra a continuación:



Dónde:

n= Estudiantes universitarios

X₁= Predictores biosocioculturales

X₂= Estilos de vida

O₁= Observación 1

O₂= Observación 2

r = Relación

3.4. Población

La población estuvo constituida por 3261 estudiantes universitarios, matriculados en el ciclo de verano de la Universidad de Huánuco durante los meses de enero a marzo del 2014, según datos obtenidos de la oficina de registro de matrículas, tal como se presenta en la siguiente cuadro.

Cuadro 1. Número de estudiantes matriculados por Escuelas Académicos Profesionales de la Universidad de Huánuco

Escuela Académico Profesional	N° de estudiantes
1. Enfermería	198
2. Obstetricia	61
3. Odontología	100
4. Psicología	57
5. Ingeniería civil	851
6. Ingeniería ambiental	421
7. Ingeniería de sistemas e informática	110
8. Arquitectura	190
9. Derecho y ciencias políticas	540
10. Administración de empresas	316
11. Contabilidad y finanzas	247
12. Turismo, hotelería y gastronomía	49
13. Marketing negocios internacionales	54
14. Educación básica: inicial y primaria	67
Total	3261

Fuente. Elaboración propia

3.4.1. Criterios de inclusión. Se incluyeron a los estudiantes que:

- Se encontraron matriculados en el semestre del 2014-civlo verano
- Estuvieron presentes en el momento de la recolección de datos.
- Aceptaron firmar el consentimiento informado.

3.4.2. Criterios de exclusión. Se excluyó a los estudiantes que:

- No aceptaron firmar el consentimiento informado.
- Estuvieron en proceso de gestación.
- Se encontraron en las aulas de clases, durante el proceso de recolección de datos.

- **Ubicación en el espacio:** el estudio se llevó a cabo en la Universidad Privada de Huánuco, ubicada en la ciudad de Huánuco, Perú. Fue fundada en junio de 1984, con el nombre de «Universidad Privada Víctor Andrés Belaúnde». El 19 de junio de 1989, se crea la Universidad Privada de Huánuco mediante ley 26886, derogándose la anterior ley de creación, que daba a la universidad el nombre del político, escritor y educador peruano Víctor Andrés Belaúnde.
- **Ubicación en el tiempo:** el estudio fue desarrollado durante el periodo de enero del 2014 a diciembre del 2015.

3.5. Muestra y muestreo

Unidad de análisis

Los estudiantes universitarios

Unidad de información

Los estudiantes universitarios

Unidad de muestreo

La unidad seleccionada será igual que la unidad de análisis.

Marco muestral

Nómina de matrícula de la oficina de admisión y matriculas de la Universidad de Huánuco.

Tamaño de la muestra

Para determinar el tamaño de la muestra se aplicó la siguiente fórmula.

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$$

Tamaño de la población	N	3261
Error Alfa	α	0.05
Nivel de Confianza	1- α	0.95
Z de (1- α)	Z (1- α)	1.96
Probabilidad de éxito	p	0.50
Complemento de p	q	0.50
Precisión	d	0.05
Tamaño de la muestra	n	343.77

Se trabajó con un total de 344 estudiantes universitarios, cuyas características demográficas mostraron que más de la mitad de la muestra [54,7% (188)] estuvo constituida por las féminas, seguida de cerca del 50% que pertenecieron al género masculino [45,3% (156)].

El promedio de edades del género masculino fue alrededor de 23 años (DE +/-4,38) y la mediana 22 años; en tanto en las féminas fue alrededor de 22 años (DE +/-4,54) y la mediana fue 21 años. Asimismo, alrededor de las tres cuartas partes de ellos [75,9% (261)] pertenecieron al grupo de adultos jóvenes (20 a 39 años), seguido de un 23,0% (79) que pertenecieron a los adolescentes (17 a 19 años).

En cuanto a la condición civil, se observó que la mayor proporción fueron solteros(as) [93,0% (320)] y 4,4% (15) de ellos se hallaban en la condición de convivientes.

En relación a la realización de trabajo paralelo a los estudios, más de la mitad afirmaron que sí trabajaban [65,1% (224)]; mientras que 34,9% (120) únicamente se dedicaban a los estudios. Y, respecto al lugar de procedencia de los estudiantes universitarios, la mayor proporción [83,1% (286)] procedían del departamento de Huánuco, frente a un 6,7% (23) que procedían de la ciudad de Lima, entre otros departamentos.

Sobre las características culturales; se observó que la mayoría profesaban la religión católica [71,5% (246)], seguida de cerca de alrededor de un décimo de ellos, que refirieron profesar la religión evangélica [16,9% (58)].

Respecto al ciclo universitario que cursaban los estudiantes, alrededor de la quinta parte de ellos [20,6% (71)] indicaron cursar el III ciclo, y en similar proporción cursaban el VI ciclo [20,3% (70)]. Los demás estudiantes cursaban los diferentes ciclos académicos en proporciones de alrededor o por debajo de la décima parte. Del mismo modo, alrededor de una cuarta parte de ellos, pertenecían a la carrera de Ingeniería civil [26,2% (90)], seguido de 16,6% (57) a la carrera de Derecho; el resto de los estudiantes pertenecían a las diferentes carreras universitarias que ofrece la universidad en estudio.

En cuanto al rendimiento académico autopercebida por la muestra de estudio, más de la mitad de ellos [66,0% (227)] refirieron un nivel regular, mientras que alrededor de un tercio de ellos [32,0% (110)] consideraron tener un buen nivel, fue mínimo [2,0% (7)] la percepción de rendimiento deficiente.

3.4.5. Tipo de muestreo

La selección de la muestra fue obtenida mediante el muestreo probabilístico aleatorio, por estratos. Fue extraída de un total de 3261 estudiantes, matriculados en las 14 Escuelas Académico profesionales que se presentan en el siguiente cuadro N° 2.

Cuadro 2. Muestreo aleatorio estratificado

N°	Escuela Académico Profesional	N	N_1 th	n_1
1	Enfermería	198	$198/3261*344$	21
2	Obstetricia	61	$61/3261*344$	6
3	Odontología	100	$100/3261*344$	11
4	Psicología	57	$57/3261*344$	6
5	Ingeniería civil	851	$851/3261*344$	90
6	Ingeniería ambiental	421	$421/3261*344$	44
7	Ingeniera de sistemas e informática	110	$110/3261*344$	12
8	Arquitectura	190	$190/3261*344$	20
9	Derecho y ciencias políticas	540	$540/3261*344$	57
10	Administración de empresas	316	$316/3261*344$	33
11	Contabilidad y finanzas	247	$247/3261*344$	26
12	Turismo, hotelería y gastronomía	49	$49/3261*344$	5

13	Marketing negocios internacionales	54	54/3261*344	6
14	Educación básica: inicial y primaria	67	67/3261*344	7
	Total	3261		344

Fuente. Elaboración propia

En total se trabajó con 344, estudiantes, en los cuales se consideraron los criterios de inclusión y exclusión, para cada estrato. La muestra fue representativa en todos sus aspectos y niveles.

La determinación del tamaño de la muestra responde al nivel de confianza del 95.5%, con un margen de error de $\pm 5\%$. Posteriormente, se distribuyeron los elementos de la muestra según el número de estudiantes de cada Facultad o Escuela Académico Profesional de la Universidad de Huánuco.

3.6. Métodos y técnicas de recolección de datos

3.6.1. Métodos

El método usado en el presente estudio fue la encuesta; y los instrumentos documentales, fueron los siguientes:

- **Cuestionario de predictores biosocioculturales (Anexo 01).**

Este instrumento consta de 7 reactivos y 3 dimensiones: predictores biológicos (2 reactivos); predictores sociales (3 reactivos) y predictores culturales (2 reactivos), y se adicionó 2 preguntas como datos informativos; este instrumento fue autoadministrado a la muestra en estudio.

- **Escala de estilos de vida (Anexo 02).**

Esta escala fue elaborada por Arrivillaga, Salazar y Gómez, en el 2002, y adaptada por la investigadora para fines de la presente investigación; inicialmente este instrumento constaba de 68 reactivos, clasificados en 6 dimensiones. Estas preguntas tuvieron respuestas politómicas (siempre, frecuentemente, algunas veces, nunca). Esta escala fue modificada durante el proceso de validación, quedando finalmente una escala con 60 reactivos y 06 dimensiones, denominados condición de actividades físicas (6 reactivos), recreación y manejo del tiempo libre (5 reactivos), autocuidado y cuidado médico (17 reactivos), hábitos alimenticios (16 reactivos), consumo de alcohol, tabaco y otras drogas (8 reactivos) y sueño (8 reactivos). Para la baremación de esta escala, se usó los siguientes criterios:

Cuadro 3. Baremación de la escala de los estilos de vida.

Nivel de los estilos de vida	Muy saludable= 96-116 Saludable= 117-137 Poco saludable= 138-158 No saludable= 159-180
Condición de actividades física	Muy saludable= 6-10 Saludable= 11-15 Poco saludable= 16-20 No saludable= 21-24
Recreación y manejo del tiempo libre	Muy saludable= 7-10 Saludable= 11-14 Poco saludable= 15-17 No saludable= 18-20
Autocuidado y cuidado médico	Muy saludable= 21-29 Saludable= 30-38 Poco saludable= 39-47

	No saludable= 48-55
Hábitos alimenticios	Muy saludable= 24-32 Saludable= 33-41 Poco saludable= 42-50 No saludable= 51-59
Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas	Muy saludable= 8-12 Saludable= 13-17 Poco saludable= 18-22 No saludable= 23-28
Sueño	Muy saludable= 11-14 Saludable= 15-18 Poco saludable= 19-21 No saludable= 22-24

Fuente. Elaboración propia.

3.7. Validación de los instrumentos de recolección de datos

Los instrumentos de medición fueron sometidos a los siguientes procedimientos de validación:

a. Revisión del conocimiento disponible (Validez racional)

Para asegurar la mejor representatividad de los ítems de los instrumentos de recolección de datos, se realizó la revisión de diversos antecedentes de investigación referidos a las variables en estudio; en este sentido, se consultó la referencia de Arrivillaga, Salazar y Gómez (2002), para la variable estilo de vida, y para determinar los predictores biosocioculturales se consultó las referencias de Cotrina, Rodríguez, entre otros autores.

b. Juicio de expertos (Validación por jueces)

Los instrumentos de recolección de datos fueron sometidos a la revisión de expertos y jueces, quienes evaluaron de manera independiente

cada reactivo considerado en los instrumentos de medición, para lo cual se tuvo en cuenta los siguientes criterios:

- Pertinencia: los ítems tienen relación lógica con la dimensión o indicador de la variable o variables en estudio.
- Suficiencia: los ítems de cada dimensión son suficientes.
- Claridad: los ítems son claros, sencillos y comprensibles para la muestra en estudio.
- Vigencia: los ítems de cada dimensión son vigentes.
- Objetividad: los ítems se verifican mediante una estrategia
- Estrategia: el método responde al objetivo del estudio.
- Consistencia: los ítems se pueden descomponer adecuadamente en variables e indicadores.

Los expertos y jueces revisores fueron seleccionados de modo interdisciplinario según el dominio de la temática en estudio [expertos en el tema de estilos de vida y promoción de la salud: Dr. Guillermo Renjijo (Jefe de la Dirección de Promoción de Salud de la Red de Salud Huánuco), Dra. María Salcedo Zuñiga (Directora Ejecutiva de Salud de las Personas DIRESA - Huánuco), Psc. Jacqueline Vazquez Escobal (responsable del Programa Presupuestal Control y Prevención en Salud Mental de la DIRESA Huánuco), Lic. Marina Santamaria Trujillo (Jefe de la Unidad de Investigación DIRESA Huánuco)]. Se les entregó la matriz de consistencia del proyecto, la hoja de

instrucciones, y los instrumentos de recolección de datos para la revisión respectiva. Al final los jueces y expertos firmaron una constancia de validación indicando su conformidad con los instrumentos de medición.

Validación por aproximación a la población

Los instrumentos de recolección de datos fueron sometidos a un primer piloto, para el cual se eligió una pequeña muestra de 10 universitarios con características similares a la muestra en estudio, con la finalidad de identificar si la redacción de los reactivos, son adecuadas para una buena comprensión de las mismas por parte de las personas entrevistadas. Igualmente, sirvió para detectar valores inesperados de las variables, considerar si la duración de los instrumentos es la adecuada, o para superar otras dificultades que pueden presentarse en el proceso de recolección de datos y así evitar el sesgo de información.

2. Consistencia interna (Validez Cuantitativa)

Para determinar la consistencia interna de los instrumentos de recolección de datos de las variables de interés, se realizó un segundo piloto a una muestra de 40 universitarios elegidos según muestreo no probabilístico y según criterios de la investigadora, con las características similares de la muestra en estudio, con el fin de elaborar una base de datos, con el cual se calculó la confiabilidad a través de la prueba Alfa de Crombach; para la variable estilo de vida. Inicialmente se contó con la escala original de 68

reactivos, todos ellos fueron sometidos a la prueba de confiabilidad, del cual se obtuvo los siguientes valores:

Cuadro 04: cálculo de la confiabilidad de la escala de los estilos de vida.

DIMENSIONES Y/O REACTIVOS		Valor alfa
I. CONDICIÓN DE ACTIVIDADES FÍSICAS		0,73
1	Hace ejercicio, camina, trota o juega algún deporte	,882
2	Termina el día con vitalidad y sin cansancio	,884
3	Mantiene estable el peso corporal	,884
4	Realiza ejercicios que le ayuden al funcionamiento cardiaco (aeróbicos, baile. etc.)	,881
5	Practica ejercicios que le ayuden a estar tranquilo (taichí, kun fu, yoga, danza, meditación, relajación).	,884
6	Participa en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión	,884
II. RECREACIÓN Y MANEJO DEL TIEMPO LIBRE		0,74
7	Practica actividades físicas de recreación (caminar, nadar, montar en bicicleta)	,882
8	Incluye momentos de descanso en su rutina diaria	,885
9	Comparte con su familia y/o amigos el tiempo libre	,884
10	En su tiempo libre realiza actividades de recreación (cine, leer, etc.)	,882
11	Destina parte de su tiempo libre para actividades académicas laborales	,885
III. AUTOCUIDADO Y CUIDADO MÉDICO		0,76
12	En los últimos 6 meses, ¿ha ido al odontólogo?	,884
13	En los últimos 6 meses, ¿ha ido al médico?	,882
14	Cuando se expone al sol, usa bloqueadores solares	,882
15	Evita las exposiciones prolongadas a los rayos solares	,883
16	Chequea al menos una vez al año su presión arterial	,887
17	Lee y sigue las instrucciones cuando utiliza algún medicamento	,883
18	En los últimos 6 meses, ¿se ha realizado exámenes de colesterol, triglicéridos y glicemia?	,885
19	Se automedica y en caso de dolores musculares, de cabeza o estados gripales.	,889
20	¿Consumo medicamentos ansiolíticos, tranquilizantes o estimulantes sin prescripción médica?	,890
21	Observa su cuerpo con detenimiento para detectar cambios físicos	,883
22	En los últimos 6 meses, ¿se ha realizado exámenes de urología o ginecología? Según sea el caso	,888
23	PARA MUJERES: Se practica la prueba el Papanicolaou	,006
24	PARA HOMBRES: Se examina los testículos en búsqueda de nódulos u otros cambios, al menos una vez al mes	,231

25	PARA HOMBRES MAYORES DE 40 AÑOS: Se realiza exámenes de próstata anualmente	,0344
26	Cuando realiza una actividad física (levanta pesas, monta bicicleta, bucea, nada, etc.) utiliza las medidas de protección respectivas	,883
27	Maneja bajo efectos de licor u otras drogas	,888
28	Aborda un vehículo manejado por algún conductor bajo efectos del licor u otras drogas	,885
29	¿Obedece a las normas de tránsito, sea peatón o conductor?	,883
30	Como conductor o pasajero usa cinturón de seguridad	,884
31	Atiende las señales de seguridad (extinguidores, cintas amarillas, letreros como «zona de seguridad», etc.)	,883
32	PARA ESTUDIANTES QUE TRABAJAN: Toma las medidas preventivas (guantes, cascos, cinturones, botas, protectores de pantalla, etc.) relacionadas con su trabajo	,431
IV. HÁBITOS ALIMENTICIOS		0,73
33	¿Consume entre cuatro y ocho vasos de agua al día?	,889
34	¿Añade sal a las comidas en la mesa?	,885
35	¿Añade azúcar a las bebidas en la mesa?	,883
36	¿Consume más de 4 gaseosas a la semana?	,882
37	¿Consume dulces (golosinas), helados y pasteles más de dos veces en la semana?	,887
38	¿Su alimentación incluye alimentos balanceados?	,889
39	¿Limita su consumo de grasas (mantequilla, queso crema, carnes grasosas, mayonesas y salsas en general)?	,883
40	¿Come pescado y pollo, más que carnes rojas?	,883
41	¿Come carne más de cuatro veces a la semana?	,883
42	¿Consume embutidos (jamón, salchichas, etc.)?	,888
43	¿Mantiene un horario regular en las comidas?	,885
44	¿Consume productos ahumados?	,887
45	¿Evita las dietas y los métodos que le prometen una rápida y fácil pérdida de peso?	,886
46	¿Desayuna antes de iniciar su actividad diaria?	,887
47	¿Consume comidas que contienen ingredientes artificiales o químicos (colorantes y preservantes)?	,887
48	¿Consume comidas rápidas (pizza, hamburguesa, salchipapa, etc.)?	,886
V. CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS		0,83
49	¿Fuma más de 2 cigarrillos al día?	,885
50	¿Prohíbe que fumen en su presencia?	,888
51	¿PARA NO FUMADORES: Prohíbe que fumen en su presencia?	,211
52	¿Consume licor al menos dos veces en la semana?	,888
53	¿Cuándo empieza a beber puede reconocer en qué momento debe parar?	,888
54	¿Consume licor o alguna otra droga cuando se enfrenta a situaciones de angustia o problemas en su vida?	,321
55	¿Consume drogas (marihuana, cocaína, bazuco, Éxtasis entre otras)?	,889
56	¿Dice «no» a todo tipo de droga?	,886
57	¿Consume más de dos tazas de café al día?	,888
58	¿Consume más de tres coca-colas en la semana?	,886

VI. SUEÑO		1,0
59	¿Duerme al menos 7 horas diarias?	,889
60	¿Se trasnocha?	,888
61	¿Se levanta cansado luego de haber dormido?	,885
62	¿Le cuesta trabajo quedarse dormido?	,888
63	¿Se despierta en varias ocasiones durante la noche?	,890
64	¿Se levanta en la mañana con la sensación de una noche mal dormida?	,421
65	¿Hace siesta?	,870
66	¿Se mantiene con sueño parte del día?	,800
67	¿Utiliza pastillas para dormir?	,880
68	¿Respeto sus horarios de sueño, teniendo en cuenta la planeación de sus actividades? (ej. No se trasnocha previamente a un parcial o a la entrega de un trabajo)	,356
	Total	0,88

Fuente elaboración propia

Tal como se muestra en este cuadro, se tuvo que eliminar a 08 reactivos por la baja confiabilidad que obtuvieron en este proceso de validación cuantitativa. Por otro lado, cada una de las dimensiones de la escala de los estilos de vida tuvieron una confiabilidad aceptable y alta, ello garantizó su aplicabilidad a la muestra en estudio.

3.8. Procedimientos de recolección de datos

El procedimiento se desarrolló en varias etapas:

En primera instancia, se solicitó la autorización respectiva para la aplicación de los instrumentos de investigación durante el trabajo de campo, se realizó las coordinaciones respectivas con las autoridades responsables de la Universidad de Huánuco, a través de la emisión de una solicitud, dirigidas a las autoridades anteriormente mencionadas.

Se solicitó el número de matriculados al responsable de asuntos académicos de la oficina de admisión y matrícula, para poder proceder al muestreo aleatorio, según número de estudiantes inscritos en cada Escuela Académico Profesional. Seguidamente, se solicitó permiso a los Directores de las Escuelas Académicas Profesionales, para la ejecución del estudio dentro de su escuela respectiva.

En cada escuela, se solicitó el permiso a cada coordinador y al docente del aula.

El trabajo de campo propiamente dicho; es decir, la recogida de todos los cuestionarios cumplimentados fue realizada durante los meses de febrero y marzo del 2014, con el apoyo de un grupo de encuestadores (estudiantes de enfermería); según el cronograma de actividades establecido; teniendo en consideración que el tiempo promedio para la aplicación del instrumento fue de 15 minutos a 20 aproximadamente.

Se tomó en cuenta a 344 estudiantes, según el estrato de forma aleatoria, a quienes se les aplicó los instrumentos de recolección de datos previo al consentimiento informado, firmado por escrito. Sólo se consideraron en el estudio aquellos estudiantes que dieron su consentimiento, en los casos de menores de 18 años, se solicitó la autorización de los padres y/o tutores.

Los instrumentos de recolección de datos se repartieron a los sujetos durante una hora lectiva, en las aulas de clases respectivas previa autorización los docentes de cada aula. Se les explicó que los mismos

alumnos rellenaran los formularios, bajo la presencia de los encuestadores, que se ofrecían a solucionar cualquier tipo de duda. Se recalcó el carácter voluntario del cuestionario, si bien nos sorprendió la enorme colaboración de los entrevistados.

Se les explicó el objetivo de la investigación, haciendo énfasis en que se trata de un trabajo de investigación, con fines académicos; por ende, el manejo de la información fue confidencial. A los participantes se les pidió datos demográficos como edad, sexo y semestre que cursaba actualmente. En tal sentido, fueron dadas las instrucciones como: todas las preguntas deben ser contestadas, deben ser honestos, no existen respuestas correctas e incorrectas. De igual forma, se informó a la muestra que no existe límite de tiempo para llenar los cuestionarios.

Una vez recogidos todos los instrumentos de recolección de datos se procedió a las tareas de control de calidad de datos, con el fin de comprobar su perfecta realización y preparar las encuestas para su procesamiento posterior.

Finalmente, se realizó la captura de datos, la tabulación y el análisis de la información obtenida. El procesamiento estadístico de los datos se llevó a cabo utilizando el paquete estadístico SPSS V22 para Windows.

3.9. Elaboración de los datos

En primer lugar, se realizó la revisión de los datos, donde se examinó en forma crítica cada uno de los instrumentos que se utilizó; asimismo, se

hizo el control de calidad a fin de hacer las correcciones necesarias. Seguido a ello, se efectuó la codificación de los datos, de acuerdo a las respuestas esperadas en los instrumentos respectivos según las variables del estudio. Después de ello, se llevó a cabo la clasificación de los datos de acuerdo a las variables de forma categórica, numérica y ordinal. Finalmente, se presentaron los datos en tablas académicas y en figuras de las variables en estudio.

3.10. Consideraciones Éticas

La presente investigación se establece en base a los preceptos del Código de Ética y Deontología Profesional del Colegio de Enfermeros del Perú. Con lo cual, se tomó en consideración los siguientes aspectos:

El respeto a la confidencialidad de los datos, confiriéndole seguridad, así como reserva a la información obtenida acerca de los sujetos con respecto a las variables medidas en ellos. En este sentido, los datos reportados por los sujetos están exceptos de identificación personal, lo cual resalta la condición de anonimato.

La investigadora asume la responsabilidad de todos los aspectos de la investigación; por ende, es éste quien debe responder todas las inquietudes e interrogantes que puedan presentarse.

La investigadora ya se cercioró de que cada uno de los participantes se encuentre libre de coacción indicando el carácter voluntario de su participación.

Además se remarcó el empleo de los siguientes principios:

- **Beneficencia:** esta investigación será de beneficio para los estudiantes universitarios, para que más adelante se implementen programas de bienestar universitario enfocados a la mejora de los estilos de vida saludables en el marco de las universidades saludables.
- **No maleficencia:** no se puso en riesgo la dignidad, ni los derechos y el bienestar de los participantes, ya que el estudio fue no experimental.
- **Autonomía:** se respetó este principio, ya que se les explicó que podían retirarse en el momento que lo desearan, y se considera la aceptación voluntaria del consentimiento informado.
- **Justicia:** se aplicó el consentimiento informado de carácter escrito y se solicitó en el momento de abordar al participante en estudio.

3.11. Análisis e interpretación de datos

Análisis descriptivo. Los datos fueron analizados de acuerdo a las características de cada una de las variables; de acuerdo al tipo de variable con que se trabajó (categórica o numérica), se tuvo en cuenta las medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas y de frecuencias para las variables categóricas. Se emplearon figuras para facilitar la comprensión, en cada caso trataremos de que el estímulo visual sea simple, resaltante y fácilmente comprensible.

Comprobación de hipótesis. Se consideró el análisis bivariado a nivel categórico para determinar las relaciones entre las variables; con ello, se pudo aplicar la prueba no paramétrica de X^2 , teniendo en cuenta el valor de la significancia estadística $p \leq 0,05$ con el 95% de confianza para determinar la relación que existe entre las variables.

Específicamente en el análisis inferencial, se desarrolló teniendo en cuenta los pasos del ritual de la significancia estadística, tal como se muestra a continuación:

1. Formulación de hipótesis

En el presente estudio, las hipótesis (solo mencionaremos una, ya que el procedimiento en las demás son las mismas) a contrastar fueron de tipo:

H₀: No existe relación entre las dos variables.

H_i: Existe relación entre las dos variables.

2. Nivel de significancia

El nivel de significancia es el convenido para las ciencias de la salud ($\alpha = 5\%$); hablando en términos de unidad, es de 0,05; lo cual denota la probabilidad de rechazar la hipótesis nula cuando es verdadera siendo denominada error de tipo I; es decir, el error que estamos dispuestos a correr, al rechazar una hipótesis nula siendo esta verdadera. Su complemento, el nivel de confianza, es del 95% (en términos de unidad 0,95) cuyo Z (o valor tipificado) es 1,96.

3. Elección de la prueba estadística

El estadístico de prueba no paramétrica elegido fue el chi cuadrado, según frecuencias esperadas; este estadístico de contraste se empleó para identificar diferencias entre las variables dicotómicas en tabla 2x2.

4. Toma de la decisión

Luego de desarrollar la prueba estadística elegida, tomamos la decisión (de rechazar o aceptar la hipótesis nula) en función al p-valor la cual debe ser mayor a la significación estadística ($\alpha = 5\%$).

5. Interpretación de acuerdo al p-valor y el IC 95%

En este último paso del ritual de la significancia estadística para la asociación, ya hemos decidido si rechazamos la hipótesis nula y nos quedamos con la alterna o aceptamos la nula.

El procesamiento de los datos se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS versión 22.0 para Windows.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS

4.1. Resultados descriptivos

Tabla 1. Aspectos de la biología humana de los estudiantes universitarios de una Universidad de Huánuco, 2014

Aspectos de la biología humana	n=344			
	Si		No	
	fi	%	fi	%
Pertenecer al grupo adolescente	79	23,0	265	77,0
Pertenecer al género masculino	156	45,3	188	54,7

Fuente. Cuestionario de los predictores biosocioculturales (Anexo 1).

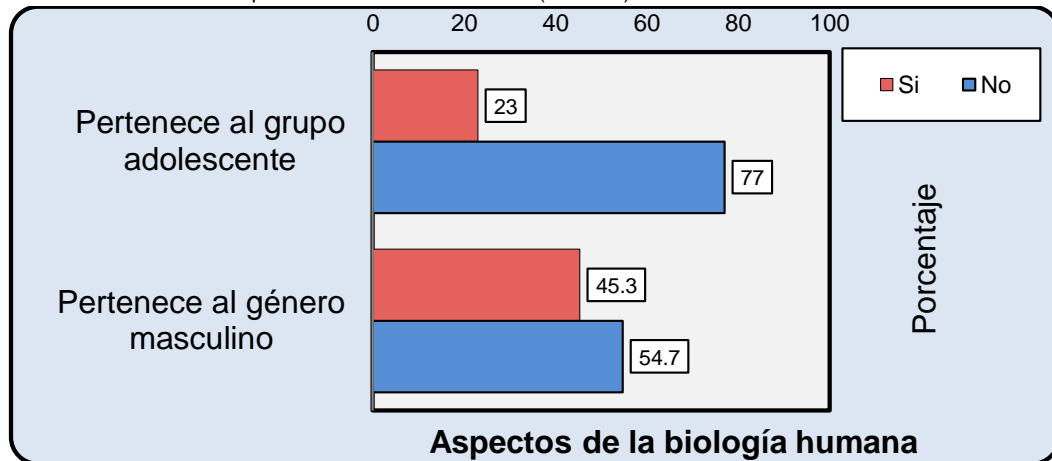


Figura 1. Representación gráfica de los aspectos de la biología humana de los estudiantes de una Universidad de Huánuco, 2014

Observando la tabla 1 y figura 1, acerca de los aspectos de la biología humana de la muestra de estudio, se halló que cerca de la cuarta parte de ellos pertenecían al grupo adolescente [23,0% (79)]; en tanto un 45,3% (156), al género masculino.

Tabla 2. Aspectos sociales de los estudiantes de una Universidad de Huánuco, 2014

Aspectos sociales	n=344			
	Sí		No	
	fi	%	fi	%
Procede de la zona urbana	286	83,1	58	16,9
Tenencia de algún compromiso conyugal	24	7,0	320	93,0
Tenencia de trabajo paralelo al estudio	120	34,9	224	65,1

Fuente. Cuestionario de los predictores biosocioculturales (Anexo 1).

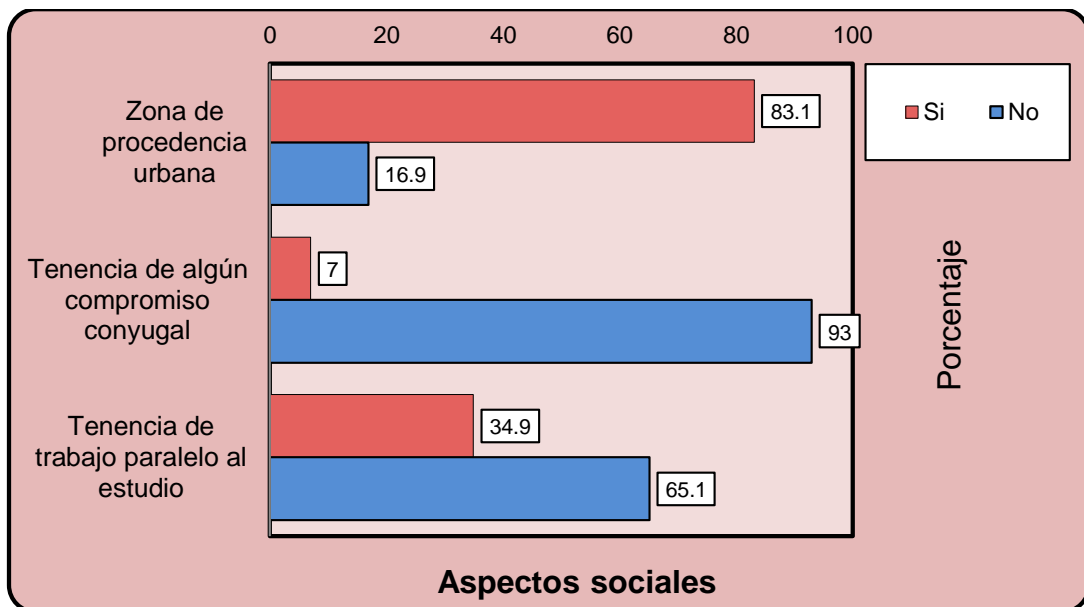


Figura 2. Representación gráfica de la proporción de los aspectos sociales de los estudiantes universitarios de una Universidad de Huánuco, 2014

Al observar la tabla 2 y figura 2, sobre los aspectos sociales de la muestra de estudio, se halló que la gran mayoría procedían de la zona urbana [83,1% (286)].

Respecto a la tenencia de algún compromiso conyugal, una mínima proporción de los estudiantes [7,0% (24)] afirmó tener tal compromiso. De otro lado, un 34,9% (120) realizaba trabajo paralelo a sus estudios.

Tabla 3. Aspectos culturales de los estudiantes de una Universidad de Huánuco, 2014

Aspectos culturales	n=344			
	Sí		No	
	fi	%	fi	%
Profesa alguna religión	304	88,4	40	11,6
Cursa el VI ciclo de estudios	90	26,2	254	73,8

Fuente. Cuestionario de los predictores biosocioculturales (Anexo 1).

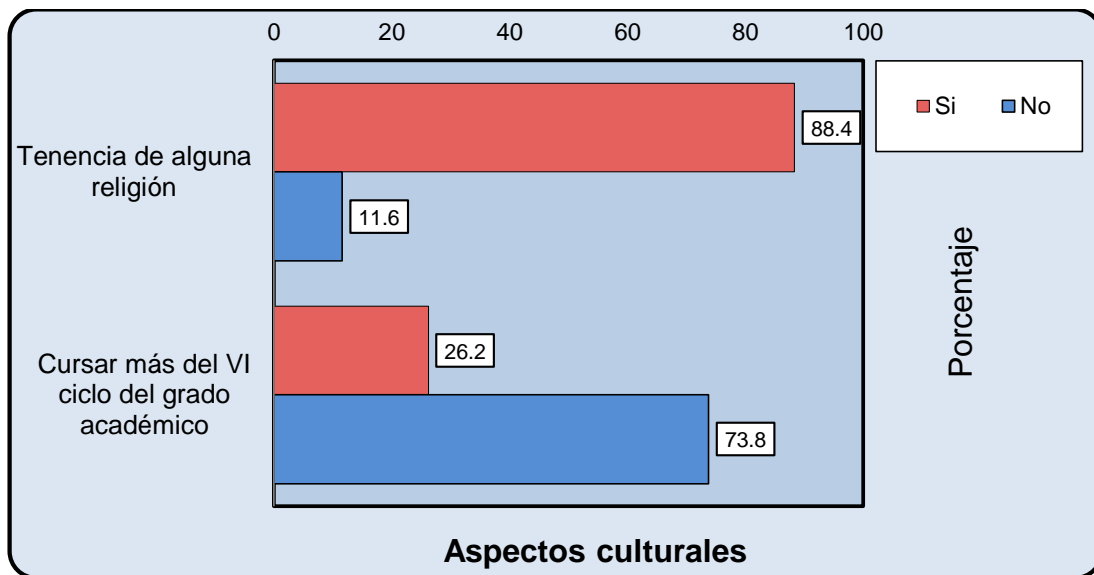


Figura 3. Representación gráfica de la proporción de los predictores culturales de los estudiantes de una Universidad de Huánuco, 2014

Analizando la tabla 3 y figura 3, acerca de los aspectos culturales de la muestra en estudio, se aprecia que un 88,4% (304) profesaban alguna religión; mientras que alrededor de la cuarta parte de la muestra [26,2% (90)] pertenecían al VI ciclo de estudios.

RESULTADOS DESCRIPTIVOS DE LOS ESTILOS DE VIDA

Tabla 4. Distribución de frecuencias de la actividad física y ejercicio como estilo de vida de los estudiantes de una Universidad de Huánuco, 2014

Actividad física y ejercicio como estilo de vida de los estudiantes	n=344			
	Si		No	
	fi	%	fi	%
Realiza ejercicio, camina, trota o juega algún deporte	197	57,3	147	42,7
Termina el día con vitalidad y sin cansancio	221	64,2	123	35,8
Mantiene estable su peso corporal	158	45,9	186	54,1
Realiza ejercicios que le ayuden al funcionamiento del corazón (aeróbicos, baile. etc.)	231	67,2	113	32,8
Practica algún tipo de ejercicio que le ayuden a estar tranquilo (taichí, yoga, danza, meditación, relajación, entre otros).	290	84,3	54	15,7
Participa en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión	297	86,3	47	13,7

Fuente. Escala de estilos de vida (Anexo 02).

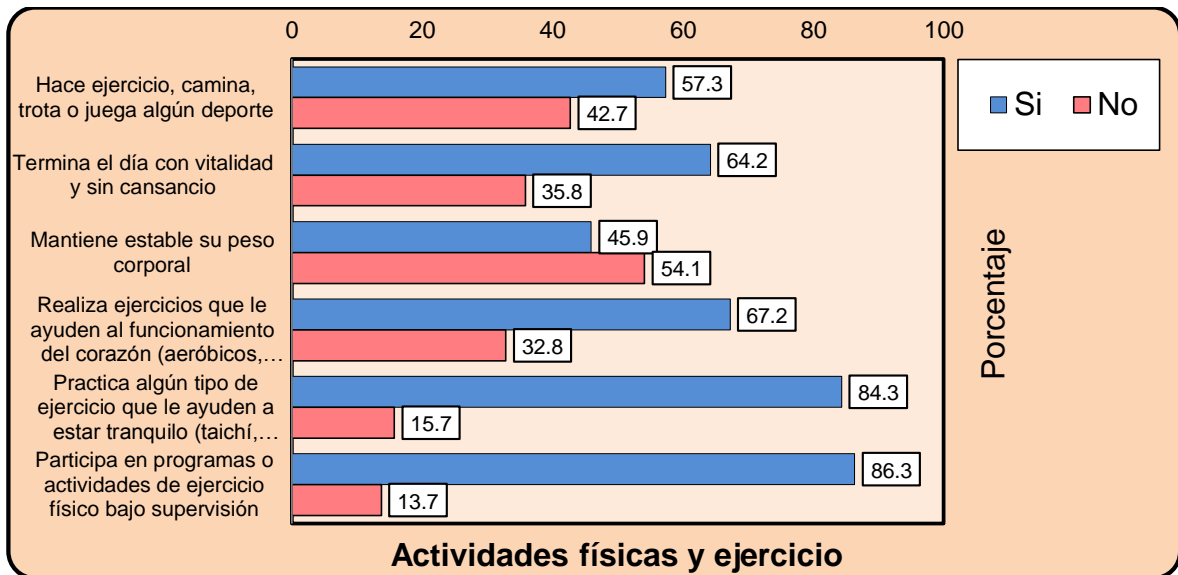


Figura 4. Representación gráfica de las profesiones de realización de actividad física como estilo de vida de los estudiantes de una Universidad de Huánuco, 2014

Al observar la presente tabla 4 y figura 4, sobre la realización de actividad física como estilo de vida de la muestra en estudio, se evidenció que 57,3% (197) realizaban ejercicios, caminaban, trotaban o jugaban algún deporte; más de la mitad [64,2% (221)] terminaban el día con vitalidad y sin cansancio; así mismo, un 67,2% (231) realizaban ejercicios que le ayudan al buen funcionamiento del corazón (aeróbicos, baile. etc.).

Por último, un 84,3% (290) y 86,3% (297) respectivamente, practicaban algún tipo de ejercicio que le ayudaban a estar tranquilos (taichí, yoga, danza, meditación, relajación, entre otros) y participaban en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión.

Por otro lado, se apreció en más de la mitad de la muestra [54,1% (186)] que no mantenía estable su peso corporal.

Tabla 5. Distribución de las frecuencias de la recreación y manejo del tiempo libre como estilo de vida de los estudiantes de una Universidad de Huánuco, 2014

Recreación y manejo del tiempo libre	n=344			
	Sí		No	
	fi	%	fi	%
Practica actividades físicas de recreación (caminar, nadar, montar en bicicleta)	198	57,6	146	42,4
Incluye momentos de descanso en su rutina diaria	177	51,5	167	48,5
Comparte con su familia y/o amigos el tiempo libre	115	33,4	229	66,6
En su tiempo libre realiza actividades de recreación (cine, leer, bailar, etc.)	155	45,1	189	54,9
Destina parte de su tiempo libre para actividades académicas y/o laborales	141	41,0	203	59,0

Fuente. Escala de estilos de vida (Anexo 02).

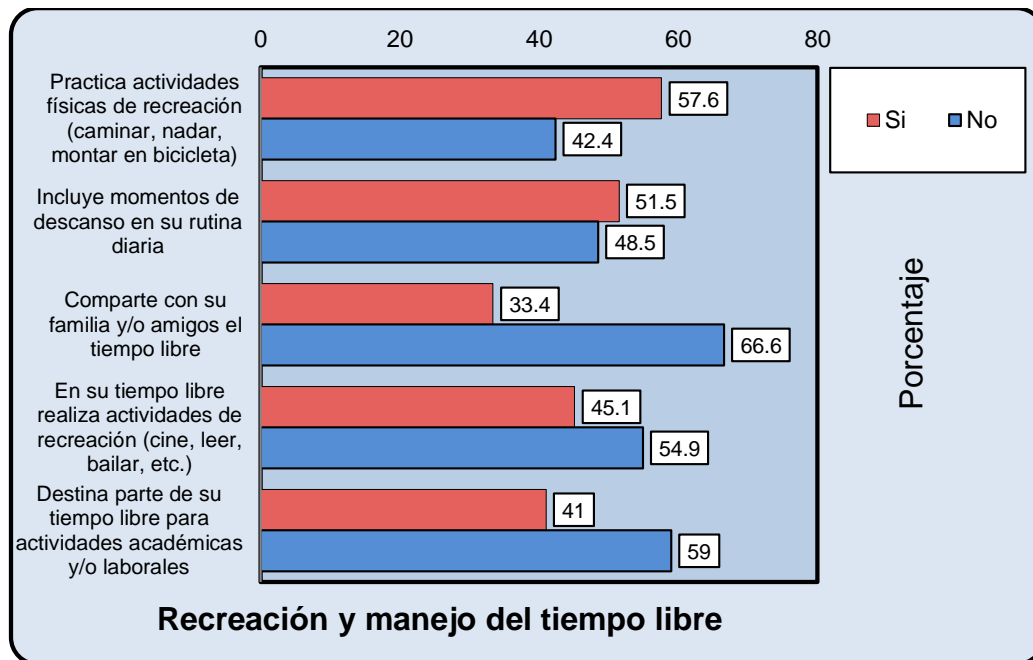


Figura 5. Representación gráfica de la recreación y manejo del tiempo libre como estilo de vida de los estudiantes de una Universidad de Huánuco, 2014

Acerca de las frecuencias de la participación en actividades de recreación y manejo del tiempo libre como estilo de vida de la muestra en estudio, se aprecia en la tabla 5 y figura 5, que más de la mitad [57,6% (198) y 51,5% (177) respectivamente] de ellos practicaban actividades físicas de recreación (caminar, nadar, montar en bicicleta) e incluyen momentos de descanso en su rutina diaria.

Por otro lado, 66,6% (229) no compartía con su familia y/o amigos el tiempo libre; alrededor de la mitad [54,9% (189)] de los universitarios no realizaban actividades de recreación durante el tiempo libre (cine, leer, bailar, etc.); por último, el 59,0% (141) no destinaba parte de su tiempo libre para actividades académicas y/o laborales.

Tabla 6. Distribución de frecuencias del autocuidado y cuidado médico como estilo de vida de los estudiantes de una Universidad de Huánuco, 2014

Autocuidado de la salud y cuidado médico	n=344			
	Si		No	
	fi	%	fi	%
En los últimos 6 meses, ¿ha ido al odontólogo?	195	56,7	149	43,3
En los últimos 6 meses, ¿ha ido al médico?	224	65,1	120	34,9
Cuando se expone al sol, usa bloqueadores solares	210	61,0	134	39,0
Evita las exposiciones prolongadas a los rayos solares	150	43,6	194	56,4
Controla al menos una vez al año su presión arterial	286	83,1	58	16,9
Lee y sigue las instrucciones cuando utiliza algún medicamento	141	41,0	203	59,0
En los últimos 6 meses, ¿se ha realizado exámenes de colesterol, triglicéridos y glicemia?	296	86,0	48	14,0
Evita auto medicarse en caso de dolores musculares, de cabeza o estados gripales.	211	61,3	133	38,7
Evita consumir medicamentos ansiolíticos, tranquilizantes o estimulantes sin prescripción médica	262	76,2	82	23,8
Observa su cuerpo con detenimiento para detectar cambios físicos	157	45,6	187	54,4
En los últimos 6 meses, ¿se ha realizado exámenes de urología o ginecología? Según sea el caso	268	77,9	76	22,1
Cuando realiza alguna actividad física (levanta pesas, monta bicicleta, manejo de algún vehículo, nada, etc.) utiliza las medidas de protección respectivas	246	71,5	98	28,5
Evitar manejar bajo efectos de licor u otras drogas	332	96,5	12	3,5
Evita abordar un vehículo manejado por algún conductor bajo efectos del licor u otras drogas	323	93,9	21	6,1
Obedece a las normas de tránsito, sea como peatón o conductor	106	30,8	238	69,2
Como conductor o pasajero usa cinturón de seguridad	193	56,1	151	43,9
Toma en cuenta las señales de seguridad (prohibido fumar, peligro, a foro, etc.)	139	40,4	205	59,6

Fuente. Escala de estilos de vida (Anexo 02).

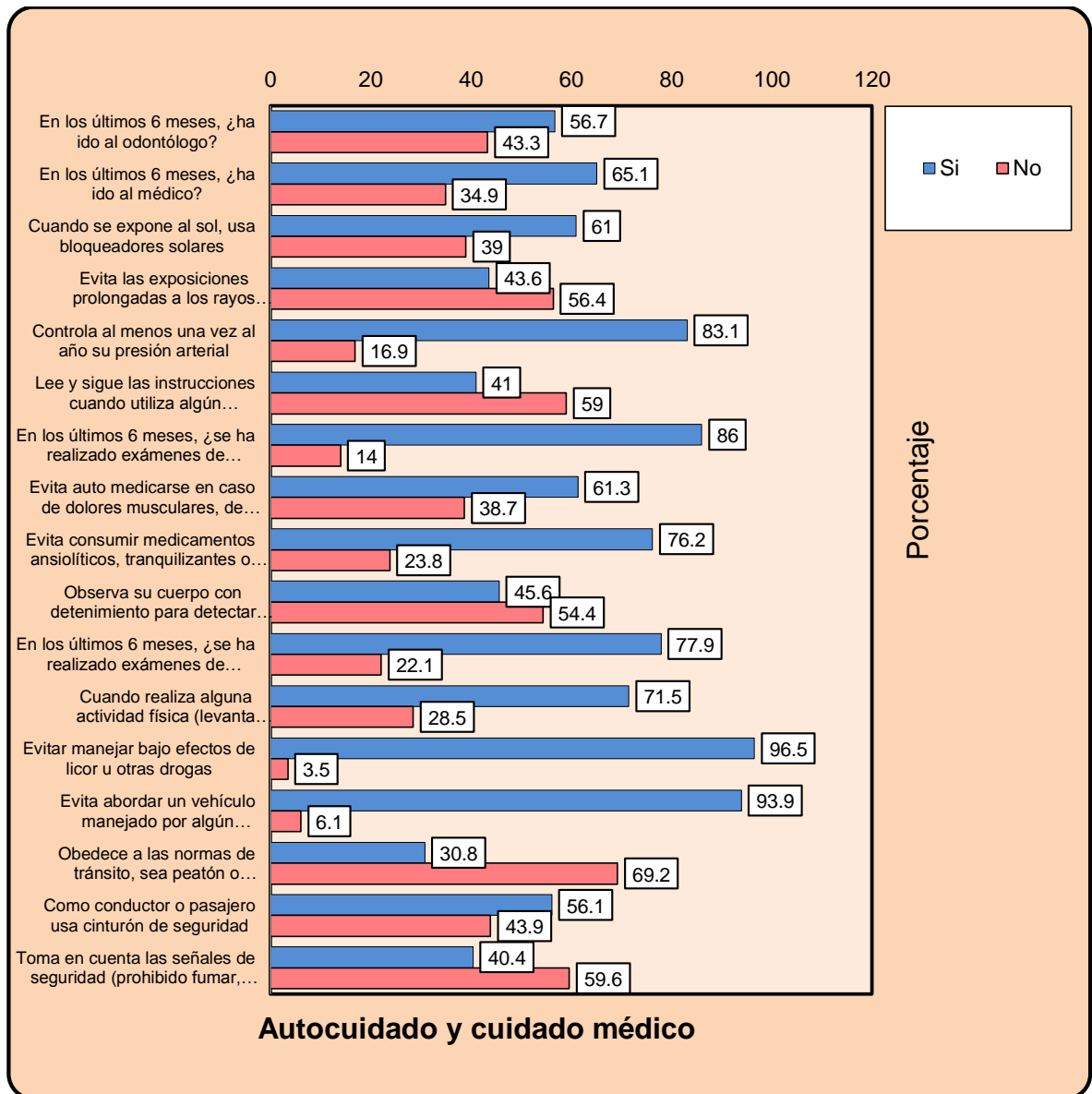


Figura 6. Representación gráfica de las proporciones de las prácticas de autocuidado de la salud y cuidado médico como estilo de vida de los estudiantes de una Universidad de Huánuco, 2014

En la presente tabla 6 y figura 6, se muestra las frecuencias de las prácticas de autocuidado de la salud y cuidado médico como estilo de vida de la muestra en estudio, donde, alrededor de la mitad de ellos visitaron al odontólogo en los últimos seis meses [56,7% (195)]; así

mismo, un porcentaje útil visitaron al médico en los últimos seis meses [65,1% (224)]; 61,0 % (210) usaba bloqueadores al exponerse al sol; la mayor proporción [83,1% (286)] controlaba su presión arterial al menos una vez al año; en tanto el 86,0% (296) realizaba exámenes de colesterol, triglicéridos y glicemia en los últimos seis meses; más de la mitad [61,3% (211)] evitaba auto-medicarse en caso de dolores musculares, cefaleas o síndromes gripales.

También, la mayoría evitaban consumir ansiolíticos, tranquilizantes o estimulantes sin prescripción médica [76,2% (262)]; alrededor de las tres cuartas partes [77,9% (268) y 71,5% (246) respectivamente] realizaron exámenes de urología o ginecología (según su caso) en los últimos seis meses y realiza alguna actividad física (levanta pesas, monta bicicleta, manejo de algún vehículo, nada, etc.).

Casi en su totalidad, los estudiantes evitaban manejar bajo efectos del alcohol y no abordaban un vehículo manejado por algún conductor bajo efectos del licor u otras drogas [96,5% (332) y 93,9% (323) respectivamente]; por último, 56,1% (193) usaron el cinturón de seguridad al conducir.

Por otro lado, alrededor de la mitad de los estudiantes, no evitaban las exposiciones prolongadas a los rayos solares [56,4% (194)]; 59,0% (203) no leían ni seguían las instrucciones de los medicamentos cuando los utilizaban; más de la mitad [54,4% (187)] no observaban su cuerpo con detenimiento para detectar cambios físicos; en tanto 69,2%

(238) no obedecían las normas de tránsito, sea como peatón o conductor, y 59,6% (205) de los estudiantes no tomaban en cuenta las señales de seguridad (prohibido fumar, peligro, a foro, etc.).

Tabla 7. Distribución de frecuencias de los hábitos alimenticios como estilo de vida de los estudiantes de una Universidad de Huánuco, 2014

Hábitos alimenticios	n=344			
	Sí		No	
	fi	%	fi	%
¿Consume entre cuatro y ocho vasos de agua al día?	168	48,8	176	51,2
¿Evita añadir sal a las comidas en la mesa?	241	70,1	103	29,9
¿Evita añadir azúcar a las bebidas en la mesa?	250	72,7	94	27,3
¿Evita consumir más de 4 gaseosas a la semana?	305	88,7	39	11,3
¿Evita el consumo de dulces (golosinas), helados y pasteles más de dos veces en la semana?	235	68,3	109	31,7
¿Su alimentación incluye alimentos balanceados?	70	20,3	274	79,7
¿Limita su consumo de grasas (mantequilla, queso crema, carnes grasosas, mayonesas y salsas en general)?	193	56,1	151	43,9
¿Come pescado y pollo, más que carnes rojas?	87	25,3	257	74,7
¿Come carne más de cuatro veces a la semana?	214	62,2	130	37,8
¿Limita su consumo de embutidos (jamón, salchichas, etc.)?	240	69,8	104	30,2
¿Mantiene un horario regular en las comidas?	179	52,0	165	48,0
¿Consume productos ahumados?	282	82,0	62	18,0
¿Evita las dietas y los métodos que le prometen una rápida y fácil pérdida de peso?	221	64,2	123	35,8
¿Desayuna antes de iniciar su actividad diaria?	136	39,5	208	60,5
¿Evita consumir comidas que contienen ingredientes artificiales o químicos (colorantes y perseverantes)?	266	77,3	78	22,7
¿Limita su consumo de comidas rápidas (pizza, hamburguesa, salchipapa, etc.)?	249	72,4	95	27,6

Fuente. Escala de estilos de vida (Anexo 02).

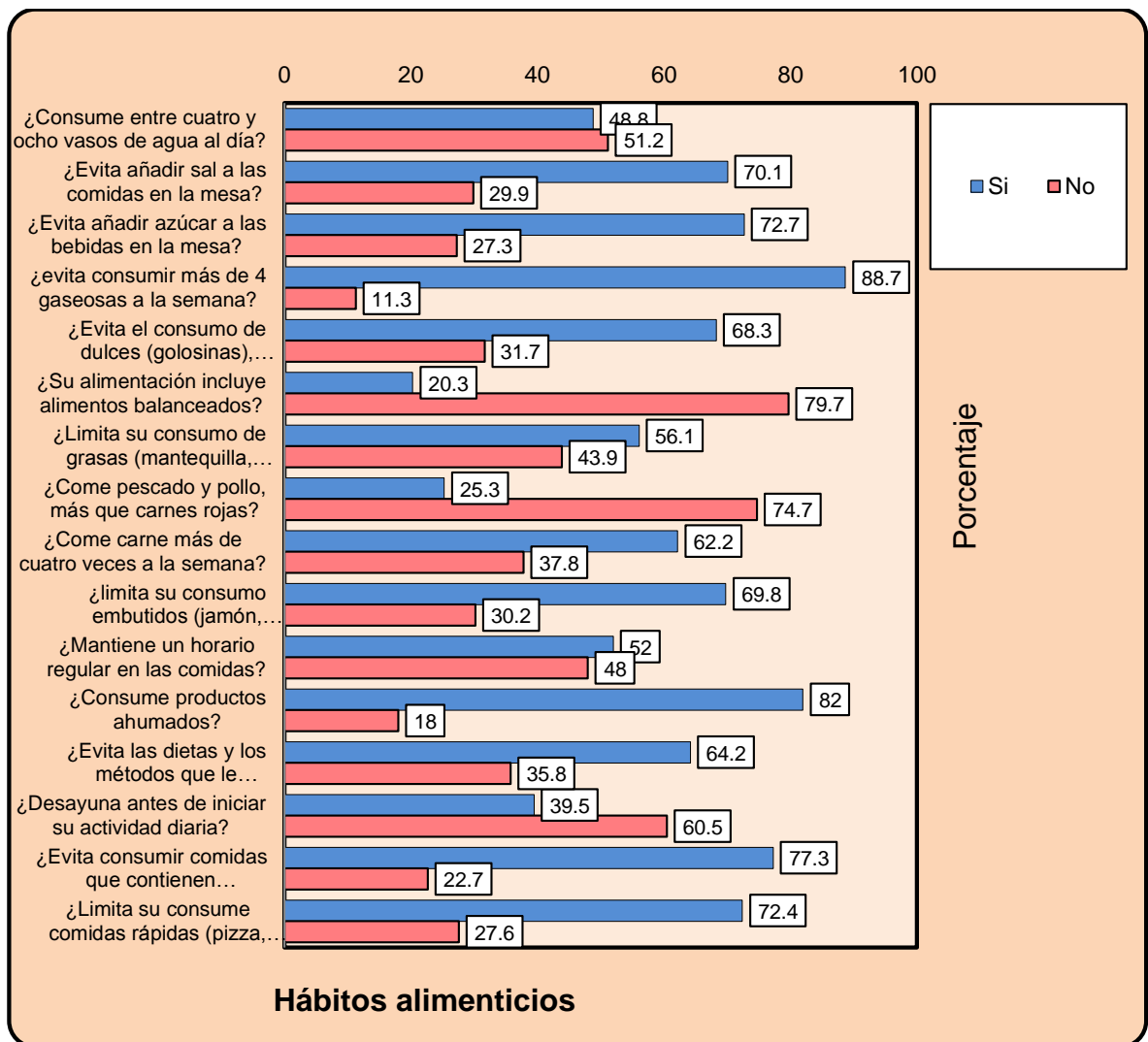


Figura 7. Representación gráfica de las proporciones de los hábitos alimenticios como estilo de vida de los estudiantes de una Universidad de Huánuco, 2014

En relación a las frecuencias de los hábitos alimenticios como estilo de vida de la muestra en estudio, se apreció que una gran proporción de ellos, evitaban añadir sal a las comidas de mesa [70,1% (241)]; del mismo modo, evitaban añadir azúcar a las bebidas en la mesa [72,7% (250)]; no consumían más de 4 gaseosas a la semana el 88,7 % (305); más de la mitad [68,3,1% (235)] evitaban el consumo de

dulces (golosinas), helados y pasteles más de dos veces en la semana; el 56,1% (193) limitaba su consumo de grasas (mantequilla, queso crema, carnes grasosas, mayonesas y salsas en general); más de la mitad [62,2% (214)] consumían carnes más de cuatro veces a la semana; los estudiantes limitaban su consumo de embutidos (jamón, salchichas, etc. [69,8% (240)]).

Alrededor de mitad [52,0% (179)] mantenían un horario regular en las comidas; una gran parte de los estudiantes [82,0% (282)] consumía productos ahumados; un 64,2% (221) evitaban las dietas y los métodos que le prometían una rápida y fácil pérdida de peso; y evitaban consumir comidas que contienen ingredientes artificiales o químicos (colorantes y perseverantes); y un 77,3 (266) y 72,4% (249) respectivamente limitaban la ingesta de comidas (pizza, hamburguesa, salchipapa, etc.).

Llama la atención que alrededor de la mitad la muestra en estudio señaló no consumir entre cuatro y ocho vasos de agua al día [51,2% (176)]; también, una importante mayoría no incluía alimentos balanceados en su dieta [79,7% (274)]; casi las tres cuartas partes de la muestra no consumían carne de pescado y de pollo más que las carnes rojas [74,7% (257)]; en tanto, llama la atención que el 60,5% (208) no desayunaba antes de iniciar su actividad diaria.

Tabla 8. Distribución de frecuencias del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas como estilo de vida de los estudiantes de una Universidad de Huánuco, 2014

Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas	n=344			
	Sí		No	
	fi	%	fi	%
¿Evita fumar más de 2 cigarrillos al día?	329	95,6	15	4,4
¿Prohíbe que fumen en su presencia?	338	98,3	6	1,7
¿Limita el consume licor al menos dos veces en la semana?	315	91,6	29	8,4
¿Cuándo empieza a beber puede reconocer en qué momento debe parar?	180	52,3	164	47,7
¿Evita consumir drogas (marihuana, cocaína, éxtasis, entre otras)?	340	98,8	4	1,2
¿Dice «no» a todo tipo de droga?	73	21,2	271	78,8
¿Limita su consumo en más de dos tazas de café al día?	286	83,1	58	16,9
¿Limita el consumo de más de tres gaseosas en la semana?	317	92,2	27	7,8

Fuente. Escala de estilos de vida (Anexo 02).

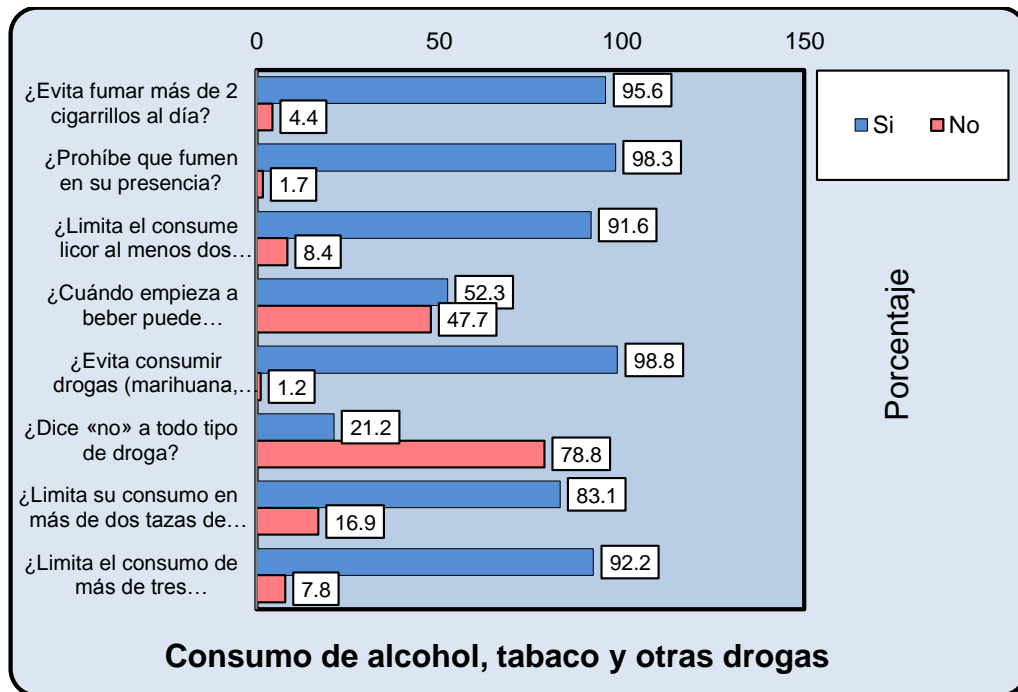


Figura 8. Representación gráfica de las proporciones del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas como estilo de vida de los estudiantes de una Universidad de Huánuco, 2014

Al observar la tabla 8 y figura 8 sobre la evitación del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas como estilo de vida de la muestra de estudio, se evidenció que 78,8% (271) respondieron con “no” ante la propuesta de consumo de todo tipo de drogas.

En tanto, se aprecia que los estudiantes evitaban fumar más de 2 cigarrillos al día [95,6% (329)]; casi en su totalidad [98,3% (338)] de los estudiantes prohibían que las personas fumen en su presencia; la gran mayoría limitaba su consumo de licor al menos dos veces en la semana [91,6% (315)]; alrededor de la mitad señaló reconocer cuándo empezar a beber y poder reconocer en qué momento debe parar [52,3% (180)]; un

98,8% (340) no consumía drogas (marihuana, cocaína, bazuco, éxtasis entre otras); así mismo, 83,1% (286) limita su consumo en más de dos tazas de café al día; y la mayor proporción [92,2% (317)] limita el consumo de más de tres gaseosas en la semana.

Tabla 9. Distribución de frecuencias del sueño como estilo de vida de los estudiantes universitarios de una Universidad de Huánuco, 2014

Dimensión sueño	n=344			
	Sí		No	
	fi	%	fi	%
¿Duerme al menos 7 horas diarias?	138	40,1	206	59,9
¿Evita trasnocharse?	222	64,5	122	35,5
¿Se levanta relajado luego de haber dormido?	178	51,7	166	48,3
¿Consigue el sueño fácilmente?	262	76,2	82	23,8
¿Mantiene el sueño permanente durante la noche?	279	81,1	65	18,9
¿Hace siesta?	254	73,8	90	26,2
¿Se mantiene lúcido durante el día?	274	79,9	70	20,3
¿Evita el uso de pastillas para dormir?	336	97,7	8	2,3

Fuente. Escala de estilos de vida (Anexo 02).

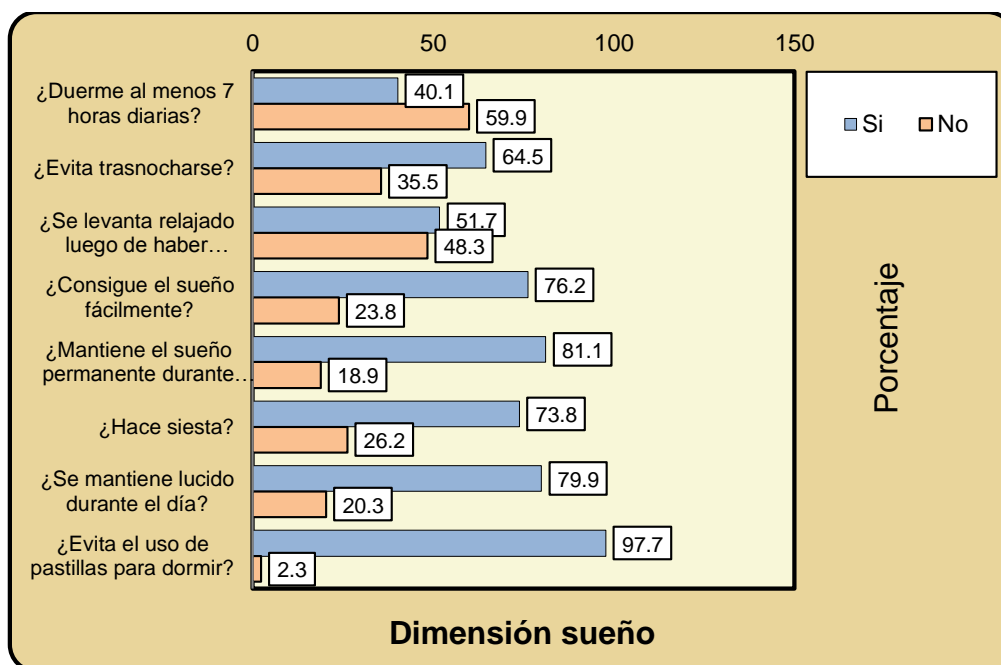


Figura 9. Representación gráfica de las proporciones del sueño como estilo de vida de los estudiantes de una Universidad de Huánuco, 2014

En relación a las proporciones de la conservación del sueño como estilo de vida de la muestra en estudio, se halló que 64,5% (222) de los

estudiantes evita trasnocharse; del mismo modo, más de la mitad se levanta relajado luego de haber dormido [51,7% (178)]; 76,2% (262) consigue el sueño fácilmente; en cuanto a mantener el sueño durante la noche se da en un 81,1% (279); casi la tres cuartas partes de los estudiantes hacen siesta [73,8% (254)]; la mayor proporción de ellos se mantiene lúcido durante el día [79,9 % (274)]; y el 97,9 % (336) evita el uso de pastillas para dormir.

Nótese, que más de la mitad de los estudiantes no dormían al menos 7 horas diarias [59,9% (206)].

Tabla 10. Dimensiones de estilos de vida que practican los estudiantes de una Universidad de Huánuco, 2014

Dimensiones de los estilos de vida	n=344							
	Muy saludable		Saludable		Poco saludable		No saludable	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Condición de actividad física	88	25,6	180	52,3	64	18,6	12	3,5
Recreación y manejo del tiempo libre	41	11,9	194	56,4	81	23,5	28	8,1
Autocuidado de la salud y cuidado medico	41	11,9	157	45,6	120	34,9	26	7,6
Hábitos alimenticios	51	14,8	205	59,6	83	24,1	5	1,5
Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas	125	36,3	185	53,8	32	9,3	2	0,6
Sueño	39	11,3	227	66,0	73	21,2	5	1,5

Fuente. Escala de estilos de vida (Anexo 02).

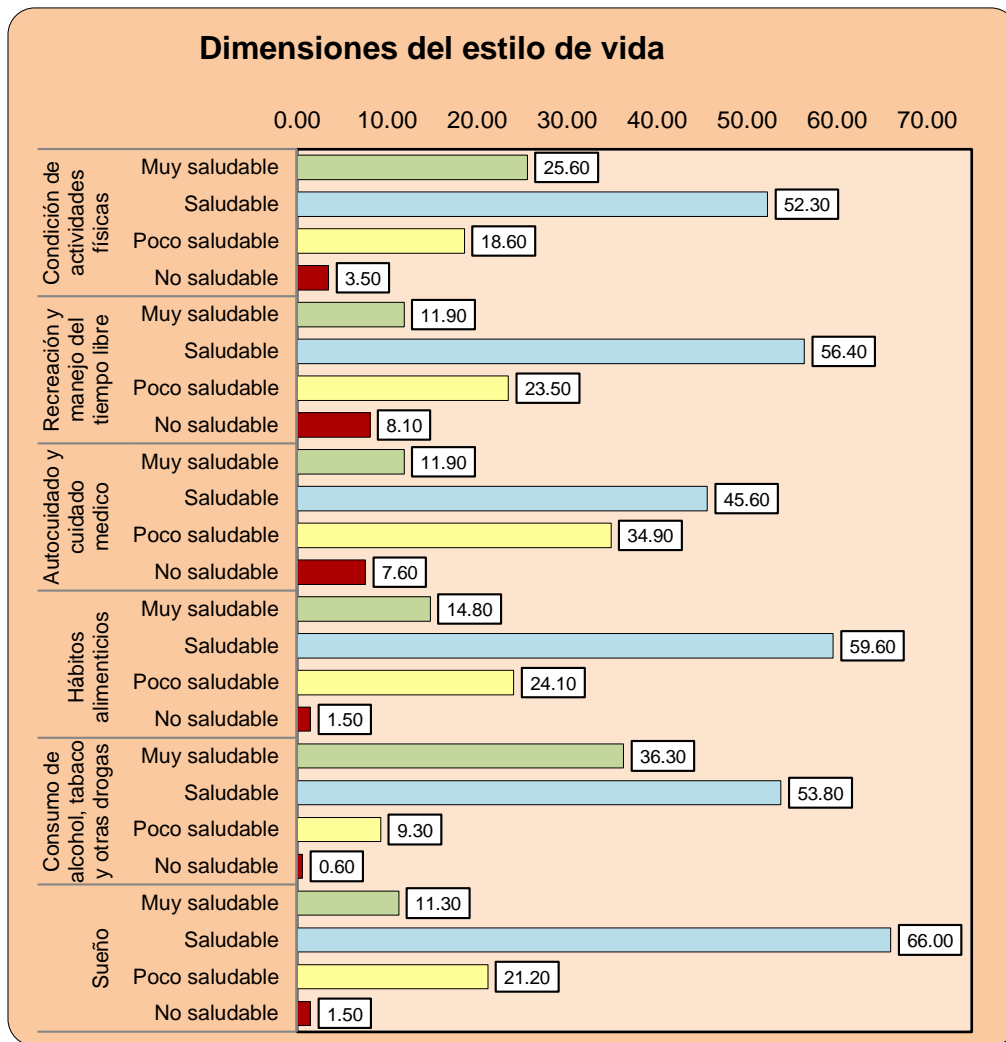


Figura 10. Representación gráfica de las dimensiones de los estilos de vida de los estudiantes universitarios de una Universidad de Huánuco, 2014

Al analizar las dimensiones del estilo de vida de la muestra en estudio, se evidenció que 52,3% (180) realizaba la actividad física y ejercicio; así mismo, más de la mitad se encontraban saludables en la participación de actividades de recreación y manejo del tiempo libre [56,4% (194)]; un 45,6% (157) practicaba el autocuidado y cuidado médico; alrededor de la mitad de los estudiantes refirieron que sus hábitos alimenticios fueron saludables

[59,6% (205)]; más de la mitad de la muestra evitaban el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas [53,8% (185)]; y por último, acerca de la conservación del sueño un 66,0% (227) de los estudiantes se encontraban en el nivel saludable.

Tabla 11. Nivel del estilo de vida practicado por los estudiantes de una Universidad de Huánuco; 2014

Nivel del estilo de vida	n=344	
	fi	%
Muy saludable	43	12,5
Saludable	177	51,5
Poco saludable	100	29,1
No saludable	24	7,0

Fuente. Escala de estilos de vida (Anexo 02).

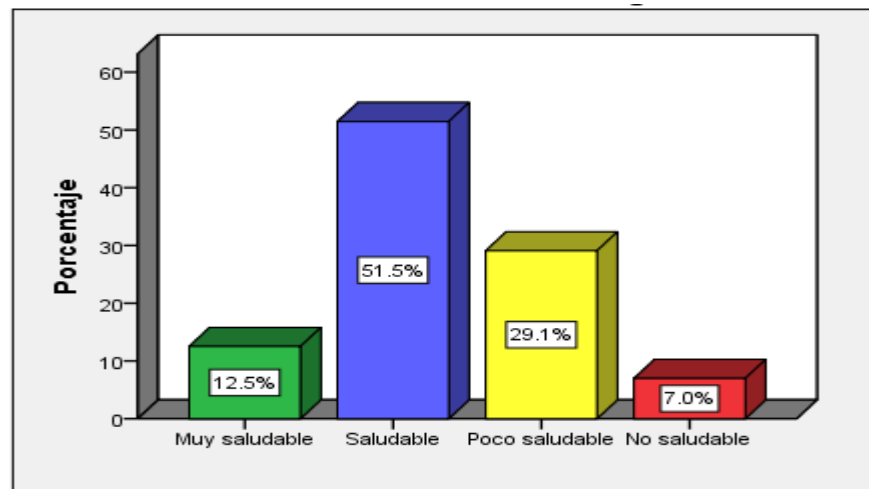


Figura 11. Representación gráfica del nivel del estilo de vida de los estudiantes de una Universidad de Huánuco; 2014

En la presente tabla 11 y figura 11, se aprecia a nivel categórico el nivel del estilo de vida que practicaban los universitarios en estudio, en la cual, alrededor de la mitad evidencio un estilo de vida saludable [51,5% (177)]; por otro lado, 29,1% (100) practicaban estilos de vida poco saludables; seguido de un 12,5% (43) que su estilo de vida fue muy saludables; y por último, una mínima proporción [7,0% (24)] practican estilos de vida no saludables.

4.2. Resultados inferenciales

Tabla 12. Relación entre el predictor biológico: la condición de pertenecer al grupo de edad adolescente y el estilo de vida de los estudiantes de una Universidad de Huánuco; 2014

Predictor biológico: condición de pertenecer al grupo de edad adolescente	Estilo de vida								X ²	GL	p-valor
	Muy saludable		Saludable		Poco saludable		No saludable				
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%			
Sí	8	2,3	29	8,4	31	9,0	11	3,2	15,54	3	0,00
No	35	10,2	148	43,0	69	20,1	13	3,8			
Total	43	12,5	177	51,4	100	29,1	24	7,0			

Fuente. Cuestionario de los predictores biosocioculturales (Anexo 1) y escala de estilos de vida (Anexo 2).

El análisis de la relación entre la condición de pertenecer al grupo de edad adolescente y el estilo de vida de la muestra en estudio, se evidenció que 9% (31) de ellos fueron adolescentes; a su vez, mantenían un estilo de vida poco saludable.

Al corroborar la relación entre estas dos variables, mediante la prueba de Chi-cuadrada, se halló un valor calculado de 15,54 para 3 grados de libertad y con significancia estadística de $p = 0.00$; con lo que se rechazó la hipótesis nula, determinando que el hecho de pertenecer al grupo de los adolescentes es un predictor del estilo de vida saludable de los estudiantes universitarios.

Tabla 13. Relación entre el predictor biológico: condición de pertenecer al género masculino y el estilo de vida de los estudiantes de una Universidad de Huánuco; 2014

Predictor biológico: condición de pertenecer al género masculino	Estilo de vida								X ²	GL	p-valor
	Muy saludable		Saludable		Poco saludable		No saludable				
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%			
Si	21	6,1	64	18,6	57	16,6	14	4,1	13,35	3	0,00
No	22	6,4	113	32,8	43	12,5	10	2,9			
Total	43	12,5	177	51,4	100	29,1	24	7,0			

Fuente. Cuestionario de los predictores biosocioculturales (Anexo 1) y escala de estilos de vida (Anexo 2).

Al analizar la relación entre la condición de pertenecer al género masculino y el estilo de vida de la muestra en estudio, se halló que el 18,6% (64) de ellos tenían un estilo de vida saludable, y a su vez fueron del género masculino.

Al comprobar la relación entre dichas variables de estudio, se evidenció mediante la prueba Chi-cuadrada, un valor calculado de 13,35 para 3 grados de libertad y un nivel de significancia de $p = 0.00$; por lo que se rechazó la hipótesis nula, y se admite la existencia de relación de dichas variables; lo que indica que el hecho de pertenecer al género masculino es un predictor del estilo de vida saludable de los estudiantes universitarios.

Tabla 14. Relación entre el predictor social: la procedencia urbana y los estilos de vida de los estudiantes universitarios de una Universidad de Huánuco, 2014

Predictor social: procedencia urbana	Estilo de vida								X ²	GL	p- valor
	Muy saludable		Saludable		Poco saludable		No saludable				
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%			
Sí	36	10,5	144	41,9	86	25,0	20	5,8	1,00	3	0,80
No	7	2,0	33	9,6	14	4,1	4	1,2			
Total	43	12,5	177	51,4	100	29,1	24	7,0			

Fuente. Cuestionario de los predictores biosocioculturales (Anexo 1) y escala de estilos de vida (Anexo 2).

Al considerar el hecho de proceder de la zona urbana y el nivel del estilo de vida de la muestra en estudio, se halló que 41,9% (144) de los estudiantes proceden de la zona urbana, y a la vez practican un estilo de vida saludable.

Al contrastar tal relación, se obtuvo mediante la prueba de Chi-cuadrada un valor de 1,00 para 3 grados de libertad, y con un nivel de significancia estadística de $p = 0.80$; con lo que no se pudo rechazar la hipótesis nula que indica ausencia de relación. En consecuencia, el hecho de proceder de la zona urbana no se comporta como predictor del estilo de vida de los estudiantes universitarios en estudio.

Tabla 15. Relación entre el predictor social: tenencia de algún compromiso conyugal y el estilo de vida de los estudiantes Universitarios de una Universidad de Huánuco, 2014

Predictor biológico: tenencia de algún compromiso conyugal	Estilo de vida								X ²	GL	p-valor
	Muy saludable		Saludable		Poco saludable		No saludable				
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%			
Sí	1	0,3	15	4,4	6	1,7	2	0,6			
No	42	12,2	162	47,1	94	27,3	22	6,4	2,26	3	0,44
Total	43	12,5	177	51,4	100	29,1	24	7,0			

Fuente. Cuestionario de los predictores biosocioculturales (Anexo 1) y escala de estilos de vida (Anexo 2).

Analizando la tenencia de algún compromiso conyugal y su relación con el estilo de vida de la muestra estudio, se apreció que solo 4,4% (15) de ellos tenían un compromiso conyugal, y a su vez poseían un estilo de vida saludable.

Al contrastar la relación entre la tenencia de algún compromiso conyugal y el estilo de vida de la muestra, se encontró ausencia de relación entre ambas variables, ello comprobado mediante la prueba de Chi-cuadrada, con un valor calculado de 2,26 y 3 grados de libertad y $p = 0.44$; por lo que se aceptó la hipótesis nula, que expresa ausencia de relación entre las dos variables.

Tabla 16. Relación entre el predictor social: tenencia de trabajo paralelo al estudio y el estilo de vida de los estudiantes de una Universidad de Huánuco, 2014

Predictor biológico: tenencia de trabajo paralelo al estudio	Estilo de vida								X ²	GL	p-valor
	Muy saludable		Saludable		Poco saludable		No saludable				
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%			
Sí	13	3,8	46	13,4	48	14,0	13	3,8	18,08	3	0,00
No	30	8,7	131	38,1	52	15,1	11	3,2			
Total	43	12,5	177	51,4	100	29,1	24	7,0			

Fuente. Cuestionario de los predictores biosocioculturales (Anexo 1) y escala de estilos de vida (Anexo 2).

Respecto a la relación entre la tenencia de trabajo paralelo al estudio y el estilo de vida de la muestra en estudio, se evidenció que un 14% (48) poseían trabajos paralelos a sus estudios, y a su vez evidenció un estilo de vida poco saludable.

Al comprobar la relación entre estas dos variables, mediante la prueba de Chi-cuadrada, se halló un valor calculado de 18,08 para 3 grados de libertad y con significancia de $p = 0.00$; con lo que se aceptó la hipótesis de investigación, con ello, se determina que el tener un trabajo paralelo al estudio es un predictor del estilo de vida de los estudiantes universitarios.

Tabla 17. Relación entre el predictor cultural: la tenencia de alguna religión y el estilo de vida de los estudiantes universitarios de una Universidad de Huánuco, 2014

Predictor biológico: tenencia de alguna religión	Estilo de vida								X ²	GL	p-valor
	Muy saludable		Saludable		Poco saludable		No saludable				
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%			
Sí	40	11,6	155	45,1	86	25,0	23	6,7	2,86	3	0,41
No	3	0,9	22	6,4	14	4,1	1	0,3			
Total	43	12,5	177	51,4	100	29,1	24	7,0			

Fuente. Cuestionario de los predictores biosocioculturales (Anexo 1) y escala de estilos de vida (Anexo 2).

Analizando la relación entre la tenencia de alguna religión y el estilo de vida de la muestra en estudio, se halló que 45,1% (155) de ellos profesaban alguna religión, y a la vez contaban con un estilo de vida saludable.

Al corroborar la relación entre ambas variables, se encontró ausencia de relación, ello comprobado mediante la prueba de Chi-cuadrada, con un valor calculado de 2,86 para 3 grados de libertad y con un nivel de significancia estadística de $p = 0.41$; por lo que no se puede rechazar la hipótesis nula que indica ausencia de relación entre dichas variables.

Tabla 18. Relación entre predictor cultural: condición de cursar más del VI ciclo de grado académico y el estilo de vida de los estudiantes de una Universidad de Huánuco, 2014

Predictor biológico: condición de cursar más del VI ciclo de grado académico	Estilo de vida								X ²	GL	p-valor
	Muy saludable		Saludable		Poco saludable		No saludable				
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%			
Sí	9	2,6	50	14,5	25	7,3	6	1,7	1,10	3	0,78
No	34	9,9	127	36,9	75	21,8	18	5,2			
Total	43	12,5	177	51,4	100	29,1	24	6,9			

Fuente. Cuestionario de los predictores biosocioculturales (Anexo 1) y escala de estilos de vida (Anexo 2).

Evaluando la relación entre la condición de cursar más del VI ciclo académico y el estilo de vida de los estudiantes universitarios en estudio, se halló que 14,5% (50) de los estudiantes que se encontraban cursando por encima del VI ciclo mostraron un estilo de vida saludable.

Al corroborar tal relación, se obtuvo mediante la prueba de Chi-cuadrada un valor de 1,10 para 3 grados de libertad, y con un nivel de significancia estadística de $p = 0.78$; con lo que se acepta la hipótesis nula que indica ausencia de relación. En consecuencia, el hecho de cursar más del VI ciclo de grado académico no es un predictor del estilo de vida de los estudiantes universitarios en estudio.

CAPÍTULO V

5. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El desarrollo de la presente investigación partió de la premisa de que en las últimas décadas, un amplio consenso de académicos ha aceptado que el estado de salud-enfermedad está determinado por la conducta, el estado psicológico y el entorno donde se vive. Al respecto, Meda, citado por Ríos (51), admite la existencia de relación entre la conducta de las personas y su estado de salud. Este estudio parte del análisis del enfoque teórico de la promoción de la salud, el cual sustenta que los predictores biosocioculturales son expresados colectivamente mediante la construcción de estilos de vida distintos, localizados, fundamentalmente en tiempo, o en espacios intersticiales de la vida, conformados por: predictores biológicos (incluye la edad y el género); predictores sociales (se considera el lugar de procedencia, el estado civil y la ocupación); y predictores culturales (el grado académico y la religión a su vez). En tanto, los predictores sociales y culturales tienen como característica común que son aprendidos y, por tanto, algunos pueden ser modificables a lo largo de toda la vida (5).

Al respecto Marriner, Raile, citado por Acosta, Rodríguez (48), señalan que existen factores bio-socioculturales que tienen influencia indirecta sobre las conductas de salud, a través de los factores cognitivo – perceptual. Estos factores son los factores demográficos como la edad; sexo, raza étnica,

educación procedencia e ingreso económicos que tienen influencia indirecta a través de su impacto en el establecimiento de conductas promotoras de salud.

De igual modo, el estilo de vida es la base de la calidad de vida, al respecto la OMS, considera que un individuo tiene su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas e inquietudes.

Por su parte, Acosta, Rodríguez (48); sostienen que el estilo de vida es una expresión que refleja el comportamiento identificable (trabajo, ocio, sexo, alimentación, indumentaria), determinados por la interacción entre las características biológicas, las interacciones sociales, y las condiciones de vida culturales y relacionados a las costumbres o la vida cotidiana; pero también en la vivienda y el urbanismo, en la relación con los objetos y la posesión de bienes, en la relación con el entorno o en las relaciones interpersonales.

El estilo de vida no se limita solo a una conducta exterior, sino que lleva implícitamente una forma de conocer, de aprender, de adueñarse del conocimiento y, en último término, de la realidad. Los estilos que apuntamos son un modo de concebir la realidad y proyectarse en la vida (77). Desde una perspectiva integral, es necesario considerar los estilos de vida como parte de una dimensión colectiva y social (5). Dado esta situación, el estudiante universitario al interactuar en el ambiente universitario modifica sus actitudes y rutinas, cambiando sus hábitos y estilos de vida. Por cierto, surgen

actividades y hábitos que pueden afectar su estilo y calidad de vida; se apropian de nuevas formas de vestir, interactuar, de movilizarse, y administrar su tiempo, dinero y su alimentación (6).

El análisis confirmó la relación entre la condición de pertenecer al grupo de edad de adolescente y el estilo de vida saludable de la muestra en estudio; este hecho es corroborado por Rodríguez, Agulló (1), quienes explican que las diferentes franjas de edad en que se delimita la juventud varían de forma considerable, constituyendo un proceso psicosociológico que se transforma histórica y culturalmente. Los jóvenes que cursan estudios universitarios forman un grupo diferenciado del resto de la juventud, no sólo por la franja de edad en la que están comprendidos, sino también, y entendiendo siempre esto como una generalización y asumiendo los riesgos que ello conlleva, por su estatus económico y social; así como por el itinerario formativo que están recorriendo (el capital formativo que supone esta trayectoria), y porque supuestamente integran un grupo con un estilo de vida propio frente al resto de jóvenes. Independientemente de estos factores y, aunque no se cumpliesen o fueran infundados, sí es reconocido social y culturalmente que los estudiantes universitarios constituyen un grupo diferenciado por el mero hecho de serlo.

Aunque Hernando, Oliva, Pertegal (61); observaron un deterioro en los estilos de vida durante la adolescencia, esto también fue corroborado por diversos investigadores. Del mismo modo, Guerrero, León, encontraron que el

factor determinante del predominio de unas u otras formas de expresión del estilo de vida, es la edad.

En este contexto, Jessor, Oliva, Schulenberg, O'Malley, Bachman, Johnston, citado por Hernando, Oliva, Pertegal (61), sostienen que el periodo adolescente es uno de los más decisivos para la adquisición de estilos de vida, en el que tiene lugar la consolidación de algunos comportamientos provenientes de la infancia, así como la incorporación de otros nuevos adquiridos en sus contextos de socialización. Por ello, es de suma importancia la adolescencia para el establecimiento del estilo de vida, que tiene que ver con los importantes cambios psicológicos y contextuales que tienen lugar durante estos años en los que “chicos y chicas” realizan sus primeras salidas y reuniones con sus pares sin la presencia de sus padres, y en los que van ganando autonomía para tomar algunas decisiones relacionadas con el ocio y el estilo de vida (actividades extraescolares, consumo de sustancias, prácticas sexuales, etc.). Estos momentos de transición ofrecen muchas oportunidades para el desarrollo personal, pero también son de gran vulnerabilidad y riesgo, puesto que se trata de una edad crítica para el ensayo y aprendizaje de hábitos perjudiciales para la salud.

También Jessor (78), considera que la etapa de la adolescencia tiene características diferentes, de manera que es posible analizar la dimensionalidad de las conductas que conforman los estilos de vida saludables en esta etapa evolutiva; muchas conductas relacionadas con la salud están interrelacionadas y tienden a covariar sistemáticamente durante

la adolescencia. De hecho, las uniones intraindividuales entre las conductas y su tendencia a coocurrir dentro del mismo adolescente sugieren la existencia de un síndrome, una constelación organizada de comportamientos, más que una colección de actividades discretas e independientes. Este modo de entender el estilo de vida tiene importantes implicaciones para conocer el origen y naturaleza de cada comportamiento, así como para planificar programas de prevención e intervenciones en la población adolescente.

En tanto Elliott (79), refiere que existen diversas explicaciones que tratan de revelar las razones por las que las diversas conductas que conforman los estilos de vida correlacionan de forma clara durante la adolescencia; los cuales se mencionan a continuación:

- 1) Las conductas tienen una causa común; como pueden ser rasgos de personalidad, desorden clínico, orientación social o proceso de desarrollo.
- 2) Las conductas están vinculadas con la experiencia social y se aprenden en grupo, unas unidas a otras.
- 3) Las conductas constituyen medios alternativos para alcanzar algunas metas personales.
- 4) Las conductas se hallan vinculadas con las expectativas normativas de grupos particulares o culturas.
- 5) Las conductas están vinculadas causalmente unas con otras.

En relación con la evolución a lo largo de la adolescencia de la asociación de las variables de estilos de vida, algunos autores señalan aproximadamente

los 14-15 años como el momento evolutivo donde las conductas aparecen más relacionadas, dando lugar a un menor número de factores, y es a partir de esa edad cuando se incrementa la prevalencia de múltiples conductas de riesgo para la salud (80-83).

Sánchez, citado por Kremers, de Bruijn, Schaalma y Brug (84), ha encontrado que cerca del 80% de los adolescentes americanos de 11 a 15 años, tienen múltiples factores de riesgo relacionados con la dieta y la actividad física. También, Kremers, de Bruijn, Schaalma y Brug (84), han mostrado la existencia de una asociación negativa entre las conductas sedentarias, por un lado, y la frecuencia de actividad física y el consumo de frutas y verduras, por otro lado; en una amplia muestra de adolescentes alemanes.

Giannakopoulos, Panagiotakos, Mihos, Tountas (85), encontraron, en una muestra de más de 2000 adolescentes griegos de 12 a 17 años, que el consumo de tabaco correlaciona positivamente con la edad, el tiempo dedicado al juego y el consumo de refrescos; mientras que el consumo de zumo de fruta, productos lácteos para el desayuno, y la frecuencia de los desayunos se asocian inversamente con el consumo de tabaco.

También, el presente resultado es congruente con las conclusiones de Lucas, Santos, Pinheiro, Bianchini, Luiz (30), quienes determinaron asociación significativa entre el estilo de vida, con variables biológicas o demográficas entre los jóvenes de 20 años de edad, estudiantes de primer año de sexo masculino. Estos mismos autores hallaron que el hecho de ser

mayor o igual a 20 años de edad, fue un factor de riesgo para el tabaquismo y el consumo de drogas ilícitas. Los grupos más susceptibles fueron estudiantes de primer año de sexo masculino, que estaban entre la edad mayor que o igual a 20 años.

En la misma orientación, Lumbrera, Moctezuma, Dosamantes, Medina, Cervantes, López, et al (86), evaluaron el estilo de vida y riesgos para la salud en universitarios con una edad promedio de 20 años, encontrando conductas determinantes desfavorables para la salud; así, 23 % de la muestra sufría de sobrepeso, un 6% de obesidad, y un 80 % refirió no realizar actividades físicas. Ello, pone en evidencia que a medida que avanza la edad de los estudiantes universitarios, mayores son los riesgos que enfrentan en los estilos de vida.

Del mismo modo, Pons, Gil, citado por La cruz (13), observaron que la ausencia de actividad física se presenta en los grupos que poseen 40-64 años, también aparecen diferencias significativas entre otros grupos, de tal forma que los rangos de edad de 23-28 años y 34-39 años, son ambos menos sedentarios que los de 51-64 años; mientras que los de 11-16 son menos inactivos que los tres mencionados anteriormente. El consumo de café es principalmente consumido por los sujetos en edades comprendidas entre 17-28 años y 34- 64 años.

Por otro lado, el estudio que contradice estos resultados son los de Aranda, Cruz (16), quienes evidenciaron que los estudiantes en edades de 20 a 24 años, obtuvieron el más alto promedio de conducta promotora de

salud con 140.9 puntos; los estudiantes con menos de 20 años obtuvieron un promedio de 139.7 puntos; y los estudiantes con más de 24 años obtuvieron el menor promedio de conducta promotora de salud con 138.7 puntos. Estas diferencias en los puntajes promedios no resultaron estadísticamente significativas como lo indica el valor $p > 0.05$. Por ello, demostraron que la edad no fue un factor predictivo en la conducta promotora de salud (entendida como estilo de vida) en los estudiantes.

En un segundo análisis, se determinó la relación entre la condición de pertenecer al género masculino y el estilo de vida de la muestra en estudio, lo que indica que pertenecer al género masculino actúa como predictor del estilo de vida saludable de los estudiantes universitarios. Por su parte, Grimaldo (55), halló que la “tendencia al riesgo” y “poco saludable”, es más frecuente en las mujeres, puesto que son las que tienen menores ingresos económicos.

Este resultado es congruente con los hallazgos de Angelucci, Cañoto, citado por Lacruz (13), quienes compararon los estilos de vida con respecto al sexo y año de carrera, evidenciando una diferencia significativa en cuanto el chequeo médico; siendo este mayor en las personas de sexo femenino.

También, Hernando, Oliva, Pertegal (61), hallaron la existencia de diferencias significativas de género en los estilos de vida de los adolescentes andaluces, ya que de las 15 variables que analizaron, 10 de ellas presentaron diferencias significativas. Aunque esta tendencia en los estilos de vida fue observar en ambos sexos; también surgieron diferencias de

género en las pendientes de las trayectorias evolutivas de algunas variables. Así, si entre los chicos fueron más acentuados la disminución del rendimiento académico y el aumento del tiempo con los amigos; entre las chicas fueron más acusados la disminución de la práctica deportiva, el retraso en la hora de irse a la cama entre semana y la consiguiente reducción de las horas de sueño. Estos patrones diferentes de “chicos y chicas” pueden estar influenciados y delimitados por la cultura, la historia y la propia sociedad actual que interpreta y define de forma distinta; reforzando o reprimiendo patrones de actuación que son aplicables a “chicos o chicas”. Esto podría explicar claramente la menor implicación femenina en la actividad deportiva.

Para Osorio, citado por Vega (87), el género, la edad y la clase social, son ejes estructurales que constituyen nuestra identidad y marcan nuestras trayectorias vitales. Las combinaciones de estas categorías dan lugar a estilos de vida, expectativas sociales, posiciones, que implican diferencias y desigualdades sociales, especialmente como sociedad donde el mercado se erige como el principal referente de coordinación social.

Por el contrario, Angelucci y Cañoto, citado por Lacruz (13), encontraron bajo nivel de estilos de vida saludables en una muestra de estudiantes universitarios; de igual forma, no encontraron diferencias significativas en los estilos de vida saludables entre féminas y masculinos; en tanto, Aranda, Cruz (16), concluyeron que el género de los estudiantes universitarios no fue un factor predictor de la conducta promotora de salud

(estilo de vida), la procedencia de los estudiantes también no fue un predictor.

Del mismo modo, Ríos (51), en su estudio no halló diferencias de estilos de vida con respecto al estilo alimentario en estudiantes mujeres y varones, en ambos casos reportaron no llevar una alimentación balanceada ni tomar el desayuno diario, aspecto que influye en el rendimiento académico y que aumenta la probabilidad de desarrollo de obesidad debido a los posibles atracones de alimentos denominados “chatarra”; aunque son múltiples los determinantes involucrados, entre ellos: la falta de tiempo, de dinero, de costumbres, entre otros. Tanto los varones como las mujeres adolescentes y jóvenes, se encuentran en un proceso de transición en la cual se entremezclan los roles femeninos y masculinos tradicionales. y ante los cuales requieren de la resignificación de ser mujer o varón, con igualdad de derechos, oportunidades, pero también de responsabilidades de sí mismos y de sus comportamientos.

Respecto a la relación entre la tenencia de trabajo paralelo al estudio y el estilo de vida de la muestra en estudio, se halló comportamiento predictor del estilo de vida de los estudiantes universitarios; este hecho explica que los estudiantes al tener un trabajo paralelo al estudio, optan por aquellos estilos más favorables. Al respecto, Mondoñedo, Reyna (88), en un estudio desarrollado en Chimbote (Perú), encontraron que existe relación estadísticamente significativa entre el factor cultural: Ocupación y el estilo de vida.

Finalmente, el presente estudio pone en evidencia la importancia de los predictores de los estilos de vida de un grupo vulnerable como son los estudiantes universitarios, siendo su análisis trascendental, dado que los estilos de vida son determinantes de la salud del sujeto; y la realización saludable o no de estos, puede traer consigo importantes problemáticas de salud, tanto físicas como psicológicas.

Los hallazgos de esta investigación, serán relevantes para el ejercicio de la promoción de la salud, adicionalmente permitirá la planificación de servicios y políticas de salud física y mental dentro del contexto universitario.

El objetivo a largo plazo es concretizar el concepto de Universidad Saludable, a la construcción de una cultura de la salud, a partir del fomento del autocuidado, mediado por el acompañamiento de los docentes, en pro de una cualificación del estilo y calidad de vida saludables y sostenibles, del desarrollo humano y el empoderamiento del proyecto de vida personal (6).

Con ello, la presente investigación espera contribuir al bienestar de la comunidad universitaria, que la práctica de los estilos de vida saludables, ayudará a la consecución de una Ecoeficiencia personal.

CONCLUSIONES

En base a los resultados analizados, se arribó a las siguientes conclusiones:

El análisis de la relación entre el predictor biológico: condición de pertenecer al grupo de edad adolescente y el estilo de vida poco saludable de la muestra en estudio, se halló un valor calculado estadístico de 15,54 para 3 grados de libertad y con significancia de $p = 0.00$; con lo que se rechazó la hipótesis nula, confirma que el hecho de pertenecer al grupo de edad adolescente es un predictor del estilo de vida saludable de los estudiantes universitarios.

Comprobar la relación entre el predictor biológico: condición de pertenecer al género masculino y el estilo de vida saludable de la muestra en estudio, se halló un valor calculado de $X^2 = 13,35$ para 3 grados de libertad y un nivel de significancia estadística de $p = 0.00$; por lo que se aceptó la hipótesis de investigación, admitiéndose la existencia de relación entre dichas variables, lo que indica que pertenecer al género masculino actúa como predictor del estilo de vida saludable de los estudiantes universitarios.

Analizar la relación entre el predictor social: proceder de la zona urbana y el estilo de vida saludable de la muestra en estudio, se obtuvo mediante la prueba de Chi-cuadrada un valor de 1,00 para 3 grados de

libertad y con un nivel de significancia de $p = 0.80$; con lo que se aceptó la hipótesis nula que indica ausencia de relación.

Analizando relación entre el predictor social: tenencia de algún compromiso conyugal el estilo de vida de la muestra estudio, se apreció ausencia de relación entre ambas variables, ello comprobado mediante la prueba de Chi-cuadrada, con un valor calculado de 2,26 y 3 grados de libertad y $p = 0.44$; por lo que se aceptó la hipótesis nula, que expresa ausencia de relación entre dichas variables.

Respecto a relación entre el predictor social: tenencia de trabajo paralelo al estudio y el estilo de vida poco saludable de la muestra en estudio, se halló un valor calculado de 18,08 para 3 grados de libertad y con significancia estadística de $p = 0.00$; con lo que se aceptó la hipótesis de investigación; con ello, se determina que el tener un trabajo paralelo al estudio es un predictor del estilo de vida saludable de los estudiantes universitarios.

Al probar la relación entre el predictor cultural: la tenencia de alguna religión y el estilo de vida saludable de la muestra en estudio, se comprobó mediante la prueba de Chi-cuadrada con un valor calculado de 2,86 para tres grados de libertad y con un nivel de significancia de $p = 0.41$; ello indicó ausencia de relación entre dichas variables por lo que se aceptó la hipótesis nula.

Finalmente, al evaluar la relación entre el predictor cultural: condición de cursar más del VI ciclo de grado académico y el estilo de vida de los estudiantes en estudio, se halló mediante la prueba de Chi-cuadrada un valor de 1,10 para 3 grados de libertad y con un nivel de significancia de $p = 0.78$; con lo que se acepta la hipótesis nula que indica ausencia de relación. En consecuencia, el hecho de cursar más del VI ciclo de grado académico no se comporta como predictor del estilo de vida de los estudiantes universitarios en estudio.

RECOMENDACIONES

Los escenarios universitarios son espacios ideales para retomar y afianzar los estilos de vida saludable para la futura vida laboral, y el entorno es una determinante de gran influencia que requiere de propuestas de acción desde diferentes perspectivas. Los estilos de vida de los universitarios requieren de una intervención con enfoque interdisciplinario y un compromiso institucional en el fortalecimiento de una población que tiende a tener mayores riesgos; en torno a estas premisas y sobre la base de los resultados obtenidos en el presente estudio, se efectúan las siguientes recomendaciones:

A las autoridades universitarias

- Implementar la guía de universidades saludables propuesta por el Ministerio de Salud, adecuado al contexto de Huánuco.
- Los resultados obtenidos dan cuenta de la necesidad de aplicar estrategias de promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, en base a los predictores considerados en el presente estudio; tal como Ríos (51), lo considera como un tema relevante para la población en general y para adolescentes y jóvenes en particular, debido a que las personas que se

encuentran en esta fase etaria están en proceso de desarrollo hacia la madurez biopsicosocial y de preparación académica.

- Implementar políticas públicas que promuevan estilos de vida saludables a través de todo el ciclo vital en el marco de las universidades saludables.
- Implementar un comedor en el cual los platillos sean evaluados por un nutricionista para proporcionar una alimentación equilibrada a los universitarios.
- Implementar políticas universitarias en relación a proveer a los estudiantes, dentro de los horarios en universidad, información básica sobre el cuidado de su salud y la práctica de actividades deportivas como parte de su formación; así como asegurar una alimentación saludable y el acceso a actividades artísticas y eventos a través del programa de bienestar universitario.
- Incluir en su plan curricular, la temática de los estilos de vida, a través de la apertura de cursos o talleres que enseñen la práctica de estilos de vida saludables en las diferentes Escuelas Académicos Profesionales.

A las escuelas y facultades de enfermería

- Realizar vigilancia epidemiológica de la población estudiantil, debido a que puede orientar los procesos de selección para favorecer el

acompañamiento en aquellos casos donde se detecte especial vulnerabilidad hacia aquellos predictores, reduciendo así el riesgo de presentar desviaciones en los estilos de vida saludables.

- Liderar la aplicación de estrategias de educación enfocadas al autocuidado es un aspecto importante, puesto que a través de ella se pueden modificar conductas inadecuadas, fomentando comportamientos saludables y sostenibles. Por tal razón la adopción de estilos de vida saludables está ligado al concepto de educación en salud, que para la OMS es “un proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas de estilos de vida saludables
- Realizar campañas de autocuidado, promocionando los estilos de vida saludables a nivel de las diferentes escuelas académicas profesionales de la universidad, según los predictores identificados en el presente estudio.
- El estilo de vida involucra una serie de factores psicológicos, sociales, culturales y económicos que deben ser comprendidos y profundizados desde la óptica de enfermería, con el fin de brindar orientaciones en el cuidado, capaces de generar cambios favorables e influyentes en la salud y en la mejora de la calidad de vida de la población.
- Desarrollar talleres vivenciales en la enseñanza de los estilos de vida saludables.

- Promocionar ferias nutricionales de manera calendarizada donde los estudiantes y el público en general tenga acceso a la información necesaria.
- Medir el impacto de sus intervenciones relacionados a la adopción de los estilos de vida saludables.
- Socializar los resultados, y que desde los primeros ciclos se incorporen contenidos sobre estilos de vida y un adecuada práctica de los mismos, para garantizar la formación de profesionales con una visión preventiva promocional hacia el cuidado de su propia salud.

A los estudiantes

- Tomar conciencia de la importancia de las prácticas de los estilos de vida saludables y sostenibles.
- Mantener una alimentación moderada, en horarios regulares y con un contenido equilibrado de proteínas, lípidos, carbohidratos, vitaminas y agua.
- Practicarse exámenes preventivos de forma periódica, enfatizando el análisis clínico de los parámetros bioquímicos y antropométricos; para prolongar la salud de aquellos que están sanos aún, y mejorar la de aquellos que ya presentan patologías.

A los investigadores

- Desarrollar estudios multicéntricos con diferentes poblaciones, incluyendo los predictores socio-económicos, rendimiento académico y situación familiar, ya que puede permitir una mejor comprensión de la influencia en los estilos de vida de dichos estudiantes universitarios.
- Desarrollar estudios cualitativos que profundicen el estudio de los estilos de vida saludable.
- Realizar estudios en otros grupos etareos o categóricos ocupacionales, a fin de hacer las comparaciones del caso.
- Desarrollar estudios aplicativos teniendo en cuenta los resultados del presente estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez Suárez J, Agulló Tomás E. Estilos de vida, cultura, ocio y tiempo libre de los estudiantes universitarios. *Psicothema*. 1999;11(2):247-59.
2. Bustillo Ponce AJ, Hernández Palma MA, Ramírez Rivera DM, Madrid Rubí MW. Estilos de vida no saludables en estudiantes de zona urbano-rural, La Esperanza-Intibucá, Honduras, 2012-2013. *REV MED HONDUR*. 2013;81(2-4).
3. Cerón Tapia EM, Muñoz Bravo FA, Oviedo Salazar MC, Rosero Jiménez YA. Promoción de estilos de vida saludable en la zona urbana de la cabecera municipal de Mocoa, Departamento del Putumayo. [Tesis presentado como requisito de Especialización en Gerencia de la Salud Pública]. Putumayo: Universidad Mariana. Convenio Universidad CES; 2010.
4. Chan M. Cada año las enfermedades no transmisibles producen 16 millones de defunciones prematuras, por lo que la OMS insta a redoblar medidas [Internet]. [Consultado 2016 feb 25]. Disponible en: http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=2840:cada-ano-las-enfermedades-no-transmisibles-provocan-16-millones-de-defunciones-prematuras-por-lo-que-la-oms-insta-a-redoblar-esfuerzos&Itemid=900
5. Cotrina León JM, Rodríguez Núñez Y. Estilo de vida y factores biosocioculturales del adulto joven H.U.P. Lomas del Sur - Nuevo Chimbote. In *Crescendo*. 2014;5(1):13-22.
6. Páez Cala ML, Castaño Castrillon JJ. Estilos de vida y salud en estudiantes de una facultad de Psicología. *Psicología desde el Caribe*. 2010(25):155-78.
7. Caballero Uribe CV, Alonso Palacio LM. Enfermedades crónicas no transmisibles. *Salud Uninorte*. 2010;26(2).
8. Organización Mundial de la salud. Centro de prensa de la OMS. Cada año, las enfermedades no transmisibles provocan 16 millones de defunciones prematuras, por lo que la OMS insta a redoblar esfuerzos [Internet]. [Consultado 2016 Jun 30]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/noncommunicable-diseases/es/>
9. Ministerio de la Salud. Situación de las enfermedades no transmisibles en el Perú [Internet]. [Consultado 2016 feb 25]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2012/dms/situacion.html>
10. Bastías Arriagada EM, Stiepovich Bertoni J. Una revisión de los estilos de vida de estudiantes universitarios Iberoamericanos. *Ciencia y enfermería*. 2014;20(2):93-101.

11. Organización de la Naciones Unidas. Asamblea General Consejo Económico y Social: Ginebra; 2005.
12. Al Maskari F. Enfermedades relacionadas con el estilo de vida: Una carga económica para los servicios de salud [Internet]. [Consultado 2016 feb 26]. Disponible en: http://www.un.org/wcm/content/site/chronicle/lang/es/home/archive/issues2010/achieving_global_health/
13. Lacruz Colmenárez S. Estilos de Vida y Salud Mental en Estudiantes de Psicología. [Programa de Licenciatura en Psicología]. Barquisimeto: Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado"; 2012.
14. García Alcaráz F, Alfaro Espin A. Sexualidad y anticoncepción en jóvenes universitarios de Albacete [Internet]. [Consultado 2016 feb 25]. Disponible en: http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%2014/sexualidad_y_anticoncepci%C3%B3n_en_j.htm
15. Espinoza L, Rodríguez F, Gálvez J, MacMillan N. Hábitos de alimentación y actividad física en estudiantes universitarios. Revista chilena de nutrición. 2011;38(4):458-65.
16. Aranda Sanchez D, Cruz Pedreros M. Factores biopsicológicos y socioculturales como predictores de la conducta promotora de salud en los estudiantes de Enfermería de la Universidad Adventista de Chile. Revista Científica de Ciencias de la Salud. 2014;7(1):37-45.
17. Figueroa. Obesidad. Salud y nutrición [Internet]. [Consultado 2016 feb 25]. Disponible en: <http://www.klip7.cl/bloqsalud/nutricionsegun>.
18. Ministerio de Salud de Chile. Presentación Encuesta Calidad de Vida [Internet]. [Consultado 2016 feb 25]. Disponible en: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/calidad_de_vida_y_salud/calidad_de_vida.php
19. Acuña Castro Y, Cortes Solís R. Promoción de estilos de vida saludable área de salud de Esparza [Internet]. [Consultado 2016 feb 25]. Disponible en: http://biblioteca.icap.ac.cr/BLIVI/TESIS/2012/acuna_castro_yessika_sa_2012.pdf
20. Gamarra Sánchez ME, Rivera Tejada HS, Alcalde Giove ME, Cabellos Vargas D. Estilo de vida, autoestima y apoyo social en estudiantes de enfermería. UCV-Scientia. 2010;2(2):73-81.
21. Ruiz Aquino M, Arce Allende L, Ambicho Anastacio A, Casimiro Torres Z, Bueno Morales M. Estilos de vida y estado nutricional de los estudiantes de la Universidad de Huánuco, 2014. [Tesis de grado Licenciada en Enfermería]. Huánuco: Universidad de Huánuco; 2014.
22. Daza Ponciano YD. Creencias y prácticas sobre estilos de vida de los estudiantes de la escuela académico profesional de enfermería de la Universidad de Huánuco-2014. [Tesis de grado Licenciada en Enfermería]. Huánuco: Universidad de Huánuco. Escuela Académico Profesional de Enfermería; 2014.

23. Damon W. Preface to handbook of child psychology. 3 ed. Wiley Online Library. New York; 1998.
24. Moreno A, Del Barrio Martínez C. La experiencia adolescente: la búsqueda de un lugar en el mundo. *Ensign*. 2005;14(3):45-52.
25. Cheik NC, Mayer AF. Nivel de atividade física e tabagismo em universitários. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(4):672-8.
26. Guerrero Montoya LR, León Salazar AR. Estilo de vida y salud: un problema socioeducativo, antecedentes. *EDUCERE*. 2010;14(49):287-95.
27. Contreras G, Camacho E, Ibarra M, López R, Escoto M, Pereira C, et al. Los hábitos alimentarios de estudiantes universitarios [Internet]. [Consultado 2015 Dic 02]. Disponible en: <http://www.revista.unam.mx/vol.14/num11/art48/>
28. Muñoz Argel M, Uribe Urzola A. Estilos de vida en estudiantes universitarios. *Psicogente*. 2013;16(30):356-67.
29. García Laguna DG, García Salamanca GP, Tapiero Paipa YT, Ramos DM. Determinantes de los estilos de vida y su implicación en la salud de jóvenes universitarios. *Revista Hacia La Promoción De La Salud*. 2012;17(2):169-85.
30. Lucas Pacheco R, SantosSilva DA, Pinheiro Gordia A, Bianchini de Quadros TM, Luiz Petroski E. Determinantes sociodemográficos del estilo de vida en universitarios. *Salud Pública*. 2012;16(3):382-93.
31. Martínez Pastor A, Balanza Galindo S, Leal Hernández M, Martínez Navarro A, Conesa Bernal C, Abellán Alemán J. Influencia del género en los estilos de vida que se asocian a enfermedades vasculares en Universitarios. *Hipertensión y riesgo vascular*. 2010;27(4):138-45.
32. Grados Niño MR. Conocimientos, actitudes y practicas de estilos de vida de enfermeros Docentes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco - Huánuco 2013. [Tesis de grado Licenciada en Enfermería]. Huánuco: Universidad de Huánuco. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Académico Profesional de Enfermería; 2013.
33. Campos L. Los estilos de vida y los valores interpersonales según la personalidad en jóvenes del departamento de Huánuco. *Rev investig psicol*. 2009;12(2):89-100.
34. Arrivillaga M, Salazar I, Correa D. Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colombia Médica*. 2003;34(4):186-95
35. Maté M, González S, Trigueros M. El Modelo de creencias en salud (Becker 1974; Rosenstock 1974)[Internet]. [Consultado 2016 feb 15]. Disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/materiales/bloque-tematico-iv/tema-14.-la-adherencia-al-tratamiento-1/14.4.1-el-modelo-de-creencias-en-salud-becker-1974>

36. Aristizábal Hoyos G, Blanco Borjas D, Sánchez Ramos A, Ostiguín Meléndez R. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Rev Enferm Universit.* 2011;8(4):16-23.
37. Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. Quinta edición ed. España: Mosby/Doyma Libros; 1994.
38. Duncan P. Estilos de vida en medicina en Salud Publica [Internet]. [Consultado 2015 Dic 03]. Disponible en: <http://www.funlibre.org/documentos/lemaya1.htm>
39. Ministerio de Salud. Argentina. II° Encuentro nacional de vigilancia, prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles. Universidades saludables [Internet]. [Consultado 2016 feb 15]. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/argentinasaludable/pdf/doc/universidades_saludables.pdf
40. Becerra Heraud S. Universidades saludables: una apuesta a una formación integral del estudiante. *Revista de Psicología (PUCP).* 2013;31(2):287-314.
41. Casares Arrangois D, Siliceo Aguilar A. Planeación de vida y carrera [Internet]. [Consultado 2016 Feb 15]. Disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=Ar8C8j_MhzwC&pg=PA88&pg=PA88&dq=Entre+los+modelos+educativos+que+tratan+del+cambio+y+aprendizaje+como+condici%C3%B3n+de+un+crecimiento+personal,+se+encuentran+los+enfoques+reeducativos+que+han+surgidos+de+las+distintas+corrientes+terap%C3%A9uticas+y+cuya+diferencia+principal+con+los+modelos+trad&source=bl&ots=FwXvh5M_oB&sig=wmCjKuq4-X3UeGlr58sR_Bes1M&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwini4OCifvKAhUElh4KHU_mAOAQ6AEIGzAA#v=onepage&q=Entre%20los%20modelos%20educativos%20que%20tratan%20del%20cambio%20y%20aprendizaje%20como%20condici%C3%B3n%20de%20un%20crecimiento%20personal%20se%20encuentran%20los%20enfoques%20reeducativos%20que%20han%20surgidos%20de%20las%20distintas%20corrientes%20terap%C3%A9uticas%20y%20cuya%20diferencia%20principal%20con%20los%20modelos%20trad&f=false
42. Tejada J. Situación de un problema de salud por Marc Lalonde [Internet]. [Consultado 2015 Dic 03]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos56/situaci%C3%B3n-salud/situacion-salud.shtm>.
43. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud [Internet]. [Consultado 2016 Feb 15]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/

44. Hederich C. Acerca de la noción general de estilo en la educación pertinencia, importancia y especificidad. *Actualidades Pedagógicas*. 2010(55):13-21.
45. Maya L. Los estilos de vida saludables: componentes de la calidad de vida [Tesis de grado Licenciada en Enfermería]. Colombia: Escuela Nacional de Enfermeras de Colombia; 2006.
46. Pérez Meza CI, Simeón Palacios OF. Estilo de vida y factores biosocioculturales del adulto mayor en el Distrito de Chilca-2013. In *Crecense*. 2013;2(1):1-13.
47. Ramírez Hoffmann H. Acondicionamiento físico y estilos de vida saludable. *Colombia Médica*. 2004;33(1):3-5.
48. Acosta Rodríguez G, Rodríguez Nuñez Y. Estilo de vida y factores biosocioculturales de las madres de escolares del nivel primario de la I.E. Cesar Vallejo - Nvo Chimbote, 2012 [Internet]. [Consultado 2016 Feb 15]. Disponible en: <http://erp.uladech.edu.pe/archivos/03/03012/documentos/repositorio/2013/01/12/021563/20140113121052.pdf>
49. Arguello M, Bautista Y, Carvajal J, De Castro K, Díaz D, Escobar M, et al. Estilos de vida en estudiantes del área de la salud de Bucaramanga. *Revista de psicología Universidad de Antioquia*. 2009;1(2):27-41.
50. Lema Soto LF, Salazar Torres IC, Varela Arévalo MT, Tamayo Cardona JA, Rubio Sarria A, Botero Polanco A. Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida. *Pensamiento psicológico*. 2009;5(12):71-88.
51. Ríos Saldaña MR. Estilo de vida y obesidad en estudiantes universitarios: una mirada con perspectiva de género. *Alternativas en Psicología Revista Semestral*. 2015(Número Especial):87-100.
52. García Montelongo E. Calidad de vida en el estudiante universitario. [Tesis de grado Maestro en Ciencias de la Administración con Especialidad en Producción y Calidad]. México: Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Ingeniería Mecánica y Eléctrica; 2001.
53. Ledo Varela M, De Luis Román DA, González Sagrado M, Izaola Jauregui O, Conde Vicente R, Aller De la Fuente R. Características nutricionales y estilo de vida en universitarios. *Nutrición Hospitalaria*. 2011;26(4):814-8.
54. Varela M, Duarte C, Salazar I, Lema L, Tamayo J. Actividad física y sedentarismo en jóvenes universitarios de Colombia: prácticas, motivos y recursos para realizarlas. *Colombia Médica*. 2011;42(3):269-77.
55. Grimaldo Muchotrigo MP. Estilo de vida saludable en estudiantes de posgrado de Ciencias de la Salud. *Psicología y Salud*. 2012;22(1):75-87.
56. Real Academia Española. Predictor [Internet]. [Consultado 2016 Feb 15]. Disponible en: <http://www.rae.es/diccionario-panhispanico-dudas/definiciones>

57. Rodríguez Parrón M. Aproximación conceptual e identificación de predictores de riesgo teóricos en jóvenes conductores: un punto de partida para contribuir en la reducción de accidentes de tráfico. *Educación* 37. 2006;1:189-203.
58. Coronado Escobar Z. Factores asociados a la desnutrición en niños menores de 5 años. [Tesis de grado Licenciada en Enfermería]. Quetzaltenango: Universidad Rafael Landívar. Facultad de Ciencias de la Salud; 2014.
59. Giraldo Osorio A, Toro Rosero MY, Macías Ladino AM, Valencia Garcés CA, Palacio Rodríguez S. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*. 2010;15(1):128-43.
60. Baro F, González R. Factores psicosociales y la salud de los ancianos. *OPS Publicación Científica*. 1985(492):87-95.
61. Hernando Á, Oliva A, Pertegal ÁM. Diferencias de género en los estilos de vida de los adolescentes. *Psychosocial Intervention*. 2013;22(1):15-23.
62. Aguilar Salinas CA, Lerman Garber I, Pérez J, Villa AR, Llaca Martínez C, Cervantes Turrubiatez L, et al. Lipids, apoprotein B, and associated coronary risk factors in urban and rural older Mexican populations. *Metabolism*. 2001;50(3):311-8.
63. Rivadeneira Doiles. Sociología rural. Lo rural y lo urbano [Internet]. [Consultado 2016 feb 28]. Disponible en: <http://origenesrurales.blogspot.pe/2015/09/lo-rural-y-lo-urbano.html>
64. Salas Bernador M, Rodríguez Nuñez Y. Estilo de vida y factores socioculturales de la mujer adulta madura AA.HH. Las Palmas Nuevo Chimbote, 2012 [Internet]. [Consultado 2016 may 08]. Disponible en: <http://enfermeria.uladech.edu.pe/es/investigacion/finish/17-2013/99-estilo-de-vida-y-factores-socioculturales-de-la-mujer-adulta-madura-a-h-las-palmas-nuevo-chimbote-2012-salas-bernador-marisol>
65. Mussart NB, Coppo JA, Coppo DJ. Efectos del estado civil y ámbito de residencia sobre algunos indicadores de riesgo aterogénico en población geriátrica del nordeste argentino [Internet]. [Consultado 2016 may 08]. Disponible en: <http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/com2005/3-Medicina/M-002.pdf>
66. ABC. Tu diario en Español. ¿Sabías que vivir en pareja beneficiaria nuestra salud? [Internet]. [Consultado 2016 feb 28]. Disponible en: <http://peru.com/estilo-de-vida/salud/vivir-acompanados-beneficiaria-salud-personas-noticia-392403>
67. Kotler P, Armstrong G. Fundamentos de mercadotecnia: Prentice Hall; 1998.

68. Meza Benavides M, Miranda Villalobos G, Núñez Agüero N, Orozco Rivera U, Quiel Castro S, Zúñiga Arguedas G. Análisis sobre estilos de vida, ambiente laboral, factores protectores y de riesgo en seis grupos poblacionales de una empresa transnacional en el periodo 2005-2008. *Revista Enfermería en Costa Rica*. 2010;32(2):51-8.
69. Ratner R, Sabal J, Hernández P, Romero D, Atalah E. Estilos de vida y estado nutricional de trabajadores en empresas públicas y privadas de dos regiones de Chile. *Revista médica de Chile*. 2008;136(11):1406-14.
70. Bianchi G. Cristianismo, secta, religión, filosofía o estilo de vida [Internet]. [Consultado 2016 feb 28]. Disponible en: <http://www.reyesysacerdotes.net/detallenoticias.php?recordID=331>
71. Sastre J. Actitud religiosa [Internet]. [Consultado 2016 feb 28]. Disponible en: http://www.mercaba.org/Pastoral/A/actitud_religiosa.htm
72. Espinosa González L. Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad. *Revista Cubana de Estomatología*. 2004;41(3):0.
73. Cuervo Cuervo A. Factores personales, apoyo social y estilo de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2. [Tesis de grado Maestri en Ciencias de Enfermería]. Mexico: Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Enfermería; 2001.
74. Dumont G, Clua García R. Acercamiento socio-antropológico al concepto de estilo de vida. *Revista de Ciencias Sociales*. 2015;1(1):83-99.
75. Franco J. Que es un estilo de vida saludable [Internet]. [Consultado 2016 feb 28]. Disponible en: <http://jorgefrancomd.weebly.com/estilos-de-vida-saludables.html>
76. Aspillaga E, Castro M, Rodriguez M, Ocampo C. Paleopatología y estilo de vida: El ejemplo de los Chonos. *Magallania (Punta Arenas)*. 2006;34(1):77-85.
77. De la Torre S, Tejada Fernández J. Estilos de vida y aprendizaje universitario. *Revista Iberoamericana de Educación (OEI)*. 2007(44):101-31.
78. Jessor R. Adolescent development and behavioral health. *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention*. 1984:69-90.
79. Elliott DS. Health-enhancing and health-compromising lifestyles. *Promoting the health of adolescents: New directions for the twenty-first century*. 1993:119-45.
80. Donovan JE, Jessor R, Costa FM. Structure of health-enhancing behavior in adolescence: A latent-variable approach. *Journal of Health and Social Behavior*. 1993(34):346-62.
81. Pastor Ruiz Y, Balaguer Solá I, García Merita ML. Dimensiones del estilo de vida relacionado con la salud en la adolescencia: una revisión.

- Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología. 1998;51(3):469-83.
82. Terre L, Drabman RS, Meydrech EF. Relationships among children's health-related behaviors: A multivariate, developmental perspective. *Preventive Medicine*. 1990;19(2):134-46.
 83. Brener ND, Collins JL. Co-occurrence of health-risk behaviors among adolescents in the United States. *Journal of Adolescent Health*. 1998;22(3):209-13.
 84. Kremers SP, De Bruijn G-J, Schaalma H, Brug J. Clustering of energy balance-related behaviours and their intrapersonal determinants. *Psychology & Health*. 2004;19(5):595-606.
 85. Giannakopoulos G, Panagiotakos D, Mihas C, Tountas Y. Adolescent smoking and health-related behaviours: Interrelations in a Greek school-based sample. *Child: care, health and development*. 2009;35(2):164-70.
 86. Lumbreras Delgado I, Moctezuma Ayala MG, Dosamantes Carrasco LD, Medina Hernández MÁ, Cervantes Rodríguez M, López Loyo M, et al. Estilo de vida y riesgos para la salud en estudiantes universitarios: hallazgos para la prevención. *Revista Digital Universitaria*. 2009;10(2):1-14.
 87. Vega Carvajal DI. Los discursos sobre la calidad de vida de hombres y mujeres mayores, desde una perspectiva de género. [Tesis para optar al grado de Magíster en Estudios de Género y Cultura mención Ciencias Sociales]. Chile: Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Sociales; 2014.
 88. Mondoñedo Zavala R, Reyna Márquez E. Estilo de vida y factores biosocioculturales de los adultos jóvenes. AA.HH. Carlos Garcia Ronceros - Nuevo Chimbote, 2011 [Internet]. [Consultado 2016 feb 15]. Disponible en: <http://enfermeria.uladech.edu.pe/es/galerias/galeria-de-documentos/finish/18-2012/82-estilo-de-vida-y-factores-biosocioculturales-de-los-adultos-jovenes-aa-hh-carlos-garcia-ronceros-nuevochimbote-2011-autora-rosa-guadalupe-mondonedo-zavala>

ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE LOS PREDICTORES BIOSOCIOCULTURALES

TÍTULO DEL ESTUDIO: “Predictores biosocioculturales y estilos de vida de los estudiantes universitarios de una Universidad de Huánuco”.

INSTRUCCIONES. Estimado (a) estudiante: el presente cuestionario forma parte de un estudio orientado a obtener información sobre sus características sociodemográficas; por lo tanto, sírvase responder con la mayor sinceridad del caso. Para tal efecto sírvase marcar con un aspa (x) dentro de los paréntesis las respuestas que usted considere pertinente; las cuales serán manejadas con carácter confidencial.

Gracias por su colaboración.

I. PREDICTORES BIOLÓGICOS

1. ¿Cuál es su edad?

.....

2. Género al que perteneces.

a) Masculino () b) Femenino ()

II. PREDICTORES SOCIALES

3. ¿De qué lugar proviene usted?

a) De mismo Huánuco () b) Foráneo ()

Si usted proviene de otro lugar fuera de Huánuco, conteste la siguiente pregunta

3.1. ¿De qué lugar proviene usted?.....

4. ¿Cuál es su estado civil?

a) Soltero (a) () b) Conviviente ()
c) Casado(a) () d) Separado (a) ()

5. Aparte de estudiar ¿usted trabaja?

a) Sí () b) No ()

De ser afirmativa su respuesta, conteste la siguiente pregunta:

5.1. ¿En qué trabaja?

.....

III. PREDICTORES CULTURALES

6. ¿Qué religión profesas?

- a) Católico (a) ()
 b) Evangélico (a) ()
 c) Otro () Especifique.....

7. ¿Qué ciclo estas cursando a la fecha?

- a) III () e) VII ()
 b) IV () f) VIII ()
 c) V () g) IX ()
 d) VI ()

IV. CARACTERÍSTICAS ACADÉMICAS

8. ¿En qué Escuela Académico Profesional estudia?

- | | | | |
|---------------------|-----|-----------------|-----|
| a) Adm. de empresas | () | h) Odontología | () |
| b) Ingeniería civil | () | i) Obstetricia | () |
| c) Derecho | () | j) Educación | () |
| d) Ing. sistemas | () | k) Turismo Hot. | () |
| e) Ing. Ambiental | () | l) Contabilidad | () |
| f) Enfermería | () | m) Arquitectura | () |
| g) Psicología | () | n) Marketing | () |

9. Según tu percepción ¿Cómo consideras tu rendimiento académico?

- a) Bueno () c) Deficiente ()
 b) Regular ()

ANEXO 2

**ESCALA DE ESTILOS DE VIDA
VERSIÓN MODIFICADA POR LA INVESTIGADORA**

TÍTULO DEL ESTUDIO. “Predictores biosocioculturales y estilos de vida de los estudiantes universitarios de una Universidad de Huánuco”.

INSTRUCCIONES: Estimado(a) estudiante: la presente escala forma parte de un estudio orientado a obtener información sobre los estilos de vida, con el objetivo de formular estrategias orientadas a promover la adopción de estilos de vida saludables. Se agradece anticipadamente su colaboración. Marcar con una X o completar los espacios en blanco según la respuesta que usted considere pertinente.

1	2	3	4
Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca

Gracias por su colaboración.

PRÁCTICAS		Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca
VII. CONDICIÓN DE ACTIVIDADES FÍSICAS:					
¿Con qué frecuencia?					
1	Hace ejercicio, camina, trota o juega algún deporte				
2	Termina el día con vitalidad y sin cansancio				
3	Mantiene estable su peso corporal				
4	Realiza ejercicios que le ayuden al funcionamiento del corazón (aeróbicos, baile, etc.)				
5	Practica algún tipo de ejercicio que le ayuden a estar tranquilo (taichí, yoga, danza, meditación, relajación, entre otros).				
6	Participa en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión				
VIII. RECREACIÓN Y MANEJO DEL TIEMPO LIBRE		Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca
¿Con qué frecuencia?					
7	Practica actividades físicas de recreación (caminata,				

	natación, montar en bicicleta, entre otros)				
8	Incluye momentos de descanso en su rutina diaria				
9	Comparte con su familia y/o amigos el tiempo libre				
10	En su tiempo libre realiza actividades de recreación (cine, leer, bailar, etc.).				
11	Destina parte de su tiempo libre para actividades académicas y/o laborales				
IX. AUTOCUIDADO Y CUIDADO MÉDICO ¿Con qué frecuencia?		Siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca
12	En los últimos 6 meses, ¿ha ido al odontólogo?				
13	En los últimos 6 meses, ¿ha ido al médico?				
14	Cuando se expone al sol, usa bloqueadores solares				
15	Evita las exposiciones prolongadas a los rayos solares				
16	Controla al menos una vez al año su presión arterial				
17	Lee y sigue las instrucciones cuando utiliza algún medicamento				
18	En los últimos 6 meses, ¿se ha realizado exámenes de colesterol, triglicéridos y glicemia?				
19	Se automedica en caso de dolores musculares, de cabeza o estados gripales.				
20	¿Consumo medicamentos ansiolíticos, tranquilizantes o estimulantes sin prescripción médica?				
21	Observa su cuerpo con detenimiento para detectar cambios físicos				
22	En los últimos 6 meses, ¿se ha realizado exámenes de urología o ginecología? Según sea el caso				
23	Cuando realiza alguna actividad física (levanta pesas, monta bicicleta, manejo de algún vehículo, nada, etc.) utiliza las medidas de protección respectivas				
24	Maneja bajo efectos de licor u otras drogas				
25	Aborda un vehículo manejado por algún conductor bajo efectos del licor u otras drogas				
26	¿Obedece a las normas de tránsito, sea peatón o conductor?				
27	Como conductor o pasajero usa cinturón de seguridad				
28	Toma en cuenta las señales de seguridad (prohibido fumar, peligro, a foro, etc.)				

X. HÁBITOS ALIMENTICIOS ¿Con qué frecuencia?		Siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca
29	¿Consume entre cuatro y ocho vasos de agua al día?				
30	¿Añade sal a las comidas en la mesa?				
31	¿Añade azúcar a las bebidas en la mesa?				
32	¿Consume más de 4 gaseosas a la semana?				
33	¿Consume dulces (golosinas), helados y pasteles más de dos veces en la semana?				
34	¿Su alimentación incluye alimentos balanceados?				
35	¿Limita su consumo de grasas (mantequilla, queso crema, carnes grasosas, mayonesas y salsas en general)?				
36	¿Come pescado y pollo, más que carnes rojas?				
37	¿Come carne más de cuatro veces a la semana?				
38	¿Consume embutidos (jamón, salchichas, etc.)?				
39	¿Mantiene un horario regular en las comidas?				
40	¿Consume productos ahumados?				
41	¿Evita las dietas y los métodos que le prometen una rápida y fácil pérdida de peso?				
42	¿Desayuna antes de iniciar su actividad diaria?				
43	¿Consume comidas que contienen ingredientes artificiales o químicos (colorantes y preservantes)?				
44	¿Consume comidas rápidas (pizza, hamburguesa, salchipapa, etc.)?				
XI. CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS ¿Con qué frecuencia?		Siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca
45	¿Fuma más de 2 cigarrillos al día?				
46	¿Prohíbe que fumen en su presencia?				
47	¿Consume licor al menos dos veces en la semana?				
48	¿Cuándo empieza a beber puede reconocer en qué momento debe parar?				
49	¿Consume drogas (marihuana, cocaína, bazuco, éxtasis, entre otras)?				
50	¿Dice «no» a todo tipo de droga?				
51	¿Consume más de dos tazas de café al día?				
52	¿Consume más de tres gaseosas en la semana?				

XII. CONSERVACIÓN DEL SUEÑO ¿Con qué frecuencia?		Siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca
53	¿Duerme al menos 7 horas diarias?				
54	¿Se trasnocha?				
55	¿Se levanta cansado luego de haber dormido?				
56	¿Le cuesta trabajo quedarse dormido?				
57	¿Se despierta en varias ocasiones durante la noche?				
58	¿Hace siesta?				
59	¿Tienes sueño parte del día?				
60	¿Utiliza pastillas para dormir?				

ESCALA DE ESTILOS DE VIDA
VERSIÓN ORIGINAL DE ARRIVILLAGA, SALAZAR Y GÓMEZ 2002.

1	2	3	4
Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca

PRÁCTICAS		Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca
I. CONDICIÓN DE ACTIVIDADES FÍSICAS					
1	Hace ejercicio, camina, trota o juega algún deporte				
2	Termina el día con vitalidad y sin cansancio				
3	Mantiene estable el peso corporal				
4	Realiza ejercicios que le ayuden al funcionamiento cardiaco (aeróbicos, baile. etc.)				
5	Practica ejercicios que le ayuden a estar tranquilo (taichí, kun fu, yoga, danza, meditación, relajación).				
6	Participa en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión				
II. RECREACIÓN Y MANEJO DEL TIEMPO LIBRE		Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca
7	Practica actividades físicas de recreación (caminar, nadar, montar en bicicleta)				
8	Incluye momentos de descanso en su rutina diaria				
9	Comparte con su familia y/o amigos el tiempo libre				
10	En su tiempo libre realiza actividades de recreación (cine, leer, etc.)				
11	Destina parte de su tiempo libre para actividades académicas laborales				
III. AUTOCUIDADO Y CUIDADO MÉDICO		Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca
12	En los últimos 6 meses, ¿ha ido al odontólogo?				
13	En los últimos 6 meses, ¿ha ido al médico?				
14	Cuando se expone al sol, usa bloqueadores solares				
15	Evita las exposiciones prolongadas a los rayos				

	solares				
16	Chequea al menos una vez al año su presión arterial				
17	Lee y sigue las instrucciones cuando utiliza algún medicamento				
18	En los últimos 6 meses, ¿se ha realizado exámenes de colesterol, triglicéridos y glicemia?				
19	Se automedica en caso de dolores musculares, de cabeza o estados gripales.				
20	¿Consume medicamentos ansiolíticos, tranquilizantes o estimulantes sin prescripción médica?				
21	Observa su cuerpo con detenimiento para detectar cambios físicos				
22	En los últimos 6 meses, ¿se ha realizado exámenes de urología o ginecología? Según sea el caso				
23	PARA MUJERES: Se practica la prueba del Papanicolaou				
24	PARA HOMBRES: Se examina los testículos en búsqueda de nódulos u otros cambios, al menos una vez al mes				
25	PARA HOMBRES MAYORES DE 40 AÑOS: Se realiza exámenes de próstata anualmente				
26	Cuando realiza una actividad física (levanta pesas, monta bicicleta, bucea, nada, etc.) utiliza las medidas de protección respectivas				
27	Maneja bajo efectos de licor u otras drogas				
28	Aborda un vehículo manejado por algún conductor bajo efectos del licor u otras drogas				
29	¿Obedece a las normas de tránsito, sea peatón o conductor?				
30	Como conductor o pasajero usa cinturón de seguridad				
31	Atiende las señales de seguridad (extinguidores, cintas amarillas, letreros como «zona de seguridad», etc.)				
32	PARA ESTUDIANTES QUE TRABAJAN: Toma las medidas preventivas (guantes, cascos, cinturones, botas, protectores de pantalla, etc.) relacionadas con su trabajo				
IV. HÁBITOS ALIMENTICIOS		Siempre	Frecuente	Algunas veces	Nunca
33	¿Consume entre cuatro y ocho vasos de agua al día?				

34	¿Añade sal a las comidas en la mesa?				
35	¿Añade azúcar a las bebidas en la mesa?				
36	¿Consume más de 4 gaseosas a la semana?				
37	¿Consume dulces (golosinas), helados y pasteles más de dos veces en la semana?				
38	¿Su alimentación incluye alimentos balanceados?				
39	¿Limita su consumo de grasas (mantequilla, queso, crema, carnes grasosas, mayonesas y salsas en general)?				
40	¿Come pescado y pollo más que carnes rojas?				
41	¿Come carne más de cuatro veces a la semana?				
42	¿Consume embutidos (jamón, salchichas, etc.)?				
43	¿Mantiene un horario regular en las comidas?				
44	¿Consume productos ahumados?				
45	¿Evita las dietas y los métodos que le prometen una rápida y fácil pérdida de peso?				
46	¿Desayuna antes de iniciar su actividad diaria?				
47	¿Consume comidas que contienen ingredientes artificiales o químicos (colorantes y preservantes)?				
48	¿Consume comidas rápidas (pizza, hamburguesa, salchipapa, etc.)?				
V. CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS		Siempre	Frecuente	Algunas veces	Nunca
49	¿Fuma más de 2 cigarrillos al día?				
50	¿Prohíbe que fumen en su presencia?				
51	¿PARA NO FUMADORES: Prohíbe que fumen en su presencia?				
52	¿Consume licor al menos dos veces en la semana?				
53	¿Cuándo empieza a beber puede reconocer en qué momento debe parar?				
54	¿Consume licor o alguna otra droga cuando se enfrenta a situaciones de angustia o problemas en su vida?				
55	¿Consume drogas (marihuana, cocaína, bazuco, éxtasis, entre otras)?				
56	¿Dice «no» a todo tipo de droga?				
57	¿Consume más de dos tazas de café al día?				
58	¿Consume más de tres coca-colas en la semana?				

VI. CONSERVACIÓN DEL SUEÑO		Siempre	Frecuente	Algunas veces	Nunca
59	¿Duerme al menos 7 horas diarias?				
60	¿Se traspasa?				
61	¿Se levanta cansado luego de haber dormido?				
62	¿Le cuesta trabajo quedarse dormido?				
63	¿Se despierta en varias ocasiones durante la noche?				
64	¿Se levanta en la mañana con la sensación de una noche mal dormida?				
65	¿Hace siesta?				
66	¿Se mantiene con sueño parte del día?				
67	¿Utiliza pastillas para dormir?				
68	¿Respetar sus horarios de sueño, teniendo en cuenta la planeación de sus actividades? (ej. No se traspasa previamente a un parcial o a la entrega de un trabajo)				

ANEXOS COMPLEMENTARIOS

Tabla 19. Características demográficas de los estudiantes de una Universidad de Huánuco, 2014

Características demográficas de los estudiantes universitarios	n=344	
	fi	%
Grupos de edad		
Adolescente (17-19)	79	23,0
Adulto joven (20-39)	261	75,9
Adulto medio (40-41)	4	1,2
Género		
Masculino	156	45,3
Femenino	188	54,7
Lugar de procedencia		
Huánuco	286	83,1
Lima	23	6,7
Pasco	7	2,0
Huancayo	2	0,6
San Martín	4	1,2
Ancash	9	2,6
Otras ciudades	13	3,8

Fuente. Cuestionario de los predictores biosocioculturales (Anexo 1).

En la tabla 19, se muestra las características demográficas observadas en los estudiantes universitarios de una Universidad de Huánuco, donde, alrededor de las tres cuartas partes de ellos [75,9% (261)] pertenecieron al grupo de los adultos jóvenes (20 a 39 años), seguido de un 23,0% (79) que pertenecieron al grupo de los adolescentes (17-19).

En relación al género, más de la mitad de la muestra [54,7% (188)] estuvo constituida por las féminas, seguida de cerca de la mitad de los estudiantes que pertenecieron al género masculino [45,3% (156)].

Y, respecto al lugar de procedencia de los estudiantes universitarios, la mayor proporción [83,1% (286)] procedían del departamento de Huánuco, frente a un 6,7% (23) que procedían de la ciudad de Lima, entre otros departamentos.

Tabla 20. Edad de los estudiantes de una Universidad de Huánuco, 2014

Género	X	Mediana (Q2)	DE	Min.	Max	Moda
Masculino	23,01	22	4,38	17	41	21
Femenino	22,12	21	4,54	17	40	20

Fuente. Cuestionario de los predictores biosocioculturales (Anexo 1).

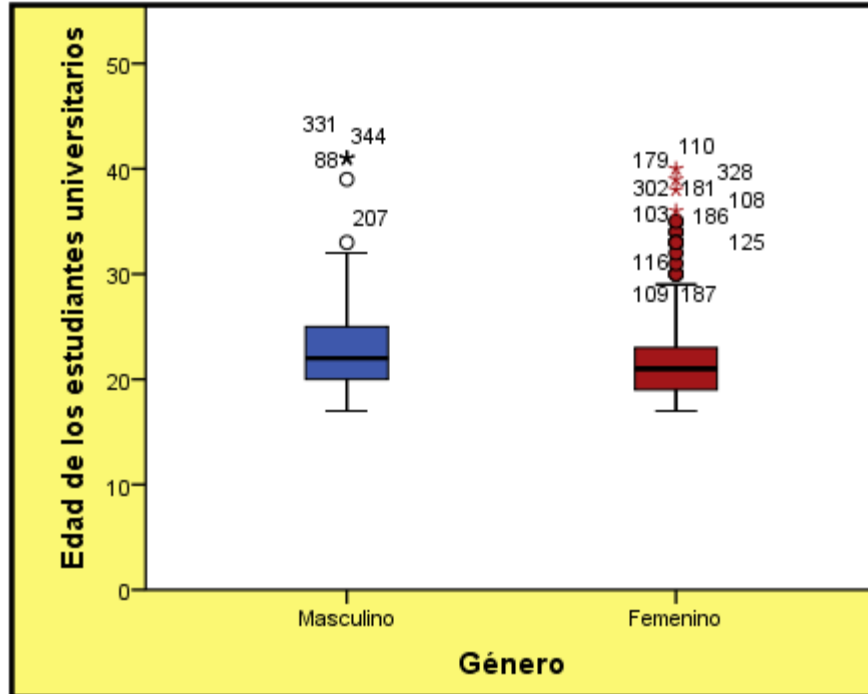


Figura 12. Representación gráfica del promedio de las edades de los estudiantes de una Universidad de Huánuco, 2014

La tabla 20 y figura 01, muestran el promedio de edades según género de la muestra en estudio, donde la edad mínima de ambos géneros fue 17 años; la edad promedio del género masculino fue alrededor de 23 años (DE +/-4,38) y la mediana fue 22. En tanto el promedio de las edades de las féminas fue alrededor de 22 años (DE +/-4,54) y la mediana fue 21 años. La figura muestra valores atípicos y extremos.

Tabla 21. Características sociales de los estudiantes de una Universidad de Huánuco, 2014

Característica sociales	n=344	
	fi	%
Estado civil		
Soltero (a)	320	93,0
Conviviente	15	4,4
Casado (a)	9	2,6
Realizan trabajo paralelo a los estudios		
Sí	120	34,9
No	224	65,1

Fuente. Cuestionario de los predictores biosocioculturales (Anexo 1).

La presente tabla 21, representa las características sociales de la muestra en estudio, donde la mayor proporción fueron solteros(as) [93,0% (320)] y 4,4% (15) de ellos se hallaban en la condición de convivientes.

En relación a la realización de trabajo paralelo a los estudios, más de la mitad de ellos afirmaron que sí trabajaban [65,1% (224)]; mientras que 34,9% (120) únicamente se dedicaban a los estudios.

Tabla 22. Características culturales de los estudiantes de una Universidad de Huánuco, 2014

Características culturales	n=344	
	fi	%
Religión		
Católico(a)	246	71,5
Evangélico(a)	58	16,9
Ninguna religión	40	11,6
Ciclo de estudios		
I	3	0,9
III	71	20,6
IV	52	15,1
V	58	16,9
VI	70	20,3
VII	42	12,2
VIII	22	6,4
IX	24	7,0
X	2	0,6

Fuente. Cuestionario de los predictores biosocioculturales (Anexo 1).

En la presente tabla 22, se muestra las características culturales de la muestra en estudio; observándose que la mayoría profesaban la religión católica [71,5% (246)]; seguida de cerca de alrededor de un décimo de ellos que refirieron profesar la religión evangélica [16,9% (58)].

Respecto al ciclo universitario que cursaban los estudiantes, alrededor de la quinta parte de ellos [20,6% (71)] indicaron cursar el III ciclo, y en similar proporción cursaban el VI ciclo [20,3% (70)]. Los demás estudiantes cursaban los diferentes ciclos académicos en proporciones de alrededor o por debajo de la décima parte.

Tabla 23. Características académicas de los estudiantes de una Universidad de Huánuco, 2014

Características académicas	n=344	
	fi	%
Escuela Académico Profesional a la que pertenecen		
Administración de empresas	33	9,6
Ingeniería civil	90	26,2
Derecho	57	16,6
Ingeniería de sistemas	12	3,5
Arquitectura	20	5,8
Ingeniería ambiental	44	12,8
Enfermería	21	6,1
Psicología	6	1,7
Odontología	11	3,2
Obstetricia	6	1,7
Educación	7	2,0
Turismo Hotelería	5	1,5
Contabilidad	26	7,6
Marketing	6	1,7
Rendimiento académico auto-percibida		
Bueno	110	32,0
Regular	227	66,0
Deficiente	7	2,0

Fuente. Cuestionario de los predictores biosocioculturales (Anexo 1).

Con respecto a las características académicas de los universitarios en estudio, se observó que alrededor de una cuarta parte de ellos pertenecían a la carrera de Ingeniería civil [26,2% (90)]; seguido de 16,6% (57) a la carrera de Derecho; el resto de los estudiantes se encontraban estudiando en las diferentes carreras universitarias que ofrece la universidad de estudio. En cuanto al rendimiento académico autopercebida por la muestra de estudio; más de la mitad de ellos [66,0% (227)] percibieron un nivel regular; mientras que alrededor de un tercio de ellos [32,0% (110)] consideraron tener un buen nivel; y por último, un 2,0% (7), evidenció un rendimiento deficiente.

ACRÓNIMOS

OPS	:	Organización Panamericana de la Salud
OMS	:	Organización Mundial de la Salud
ENT	:	Enfermedades no Transmisibles
EVS	:	Estilo de Vida Saludable
ECNT	:	Enfermedades Crónicas no Transmisibles
MINSA	:	Ministerio de Salud
ONU	:	Organización de las Naciones Unidas