

RESUMEN

RELACIÓN DE PRÁCTICAS Y CREENCIAS PROMOVIDAS EN EL CURSO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE EN ESTUDIANTES UM: 2013-2014

por

Diana Lucia Sinza Leyton

Asesor principal: Víctor Monárrez Pérez

RESUMEN DE TESIS DE MAESTRÍA

Universidad de Morelos

Facultad de Ciencias de la Salud

Título: RELACIÓN DE PRÁCTICAS Y CREENCIAS PROMOVIDAS EN EL CURSO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE EN ESTUDIANTES UM: 2013-2014

Investigador: Diana Lucía Sinza Leyton

Asesor principal: Víctor Monárrez Pérez, Maestro en Ciencias

Fecha de terminación: Agosto de 2014

Problema

Los jóvenes universitarios están expuestos a factores que predisponen a la adopción de conductas nocivas para la salud, e insertos en un plan de educación integral, provisto por la materia de Estilo de Vida Saludable y el componente de Aptitud Física. Se desconoce si existe relación entre las prácticas y creencias del estilo de vida adquiridas en la Universidad de Morelos.

Método

La investigación fue cuantitativa, descriptiva, longitudinal y retrospectiva y se basó en el estudio de la muestra ($n = 140$). Se aplicaron dos instrumentos de medición. Uno de ellos fue adaptado al contexto universitario. El proceso estadístico utilizó el software estadístico SPSS.

Resultados

Se encontró relación significativa entre las prácticas y las creencias de recreación - manejo del tiempo libre, hábitos alimentarios y bebidas. Se encontró diferencia significativa de creencias de estilo de vida, aumentando de primero a segundo semestre. Relación significativa entre nivel socioeconómico bajo y altas creencias en primer semestre y entre IMC alto y practica de bebidas poco saludables.

Conclusiones

De las cinco dimensiones evaluadas en la presente investigación tres de ellas tuvieron relación significativa. La dimensión más afectada es practicas de condición y actividad física; presenta altas creencias, pero bajas prácticas. El consumo de bebidas poco saludables incide en el aumento de IMC.

Universidad de Morelos
Facultad de Ciencias de la Salud

RELACIÓN DE PRÁCTICAS Y CREENCIAS PROMOVIDAS EN
EL CURSO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE
EN ESTUDIANTES UM: 2013-2014

Tesis
presentada en cumplimiento parcial
de los requisitos para el título de
Maestría en Salud Pública

por

Diana Lucia Sinza Leyton

Agosto de 2014


RELACIÓN DE PRÁCTICAS Y CREENCIAS PROMOVIDAS EN
EL CURSO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE
EN ESTUDIANTES UM: 2013-2014

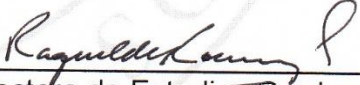
Tesis
presentada en cumplimiento parcial
de los requisitos para el título de
Maestría en Salud Pública


por

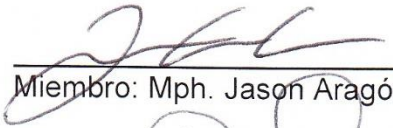
Diana Lucia Sinza Leyton

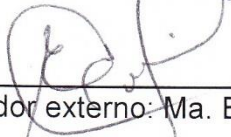
APROBADA POR LA COMISIÓN:


Asesor principal: Mc. Víctor Monárrez
Pérez


Directora de Estudios Graduados:
Dra. Raquel B. de Korniejczuk


Miembro: Dra. María Elena Acosta E.


Miembro: Mph. Jason Aragón Castillo


Examinador externo: Ma. Ekel Collins

05 de agosto de 2014
Fecha de aprobación

TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE FIGURAS.....	vi
LISTA DE TABLAS.....	vii
RECONOCIMIENTOS.....	ix
Capítulo	
I. INTRODUCCIÓN.....	1
Planteamiento del problema.....	9
Pregunta de investigación.....	9
Objetivos.....	10
Hipótesis principal.....	11
Justificación de la investigación.....	12
Limitaciones y delimitaciones	13
Definición de términos.....	14
II. MARCO TEÓRICO.....	17
Estilo de vida.....	17
Estilo de vida saludable.....	18
Estilo de vida y filosofía de la IASD.....	19
Estilo de vida y conductas.....	21
Estilo de vida y factores de riesgo.....	22
Prácticas y creencias de estilo de vida	24
Creencias y estilo de vida.....	24
Prácticas y estilo de vida.....	25
Aspectos sociodemográficos.....	27
Nivel socio económico y estilos de vida.....	27
Genero y estilos de vida.....	29
Índice de masa corporal y estilos de vida.....	30
Dimensiones de estilo de vida.....	33
Condición, actividad física y deporte y estilo de vida.....	33
Recreación y manejo del tiempo libre y estilo de vida.....	34
Hábitos alimenticios y estilos de vida.....	35
Bebidas y estilo de vida.....	36
Sueño y estilo de vida.....	36

III. METODOLOGÍA.....	38
Tipo de investigación.....	38
Participantes.....	39
Población.....	39
Muestra.....	39
Tipo de análisis estadístico.....	40
Hipótesis nulas.....	40
Instrumentos.....	41
Cuestionario de Prácticas y Creencias sobre Estilo de Vida.....	41
Datos antropométricos: Evaluación de la Aptitud Física.....	47
Operacionalización de hipótesis y variables.....	48
Recolección de datos.....	48
Concentración de datos.....	52
Análisis de datos.....	53
IV. RESULTADOS.....	54
Descripción de datos demográficos.....	54
Género.....	55
Rangos de edad.....	55
Estudiante por facultades y escuelas.....	55
IMC durante el primero y segundo semestres.....	55
Condición nutricia basada en el IMC y el género.....	57
Nivel socioeconómico.....	58
Nivel socioeconómico por género.....	58
Prácticas de condición física, actividad física, deporte y género.....	59
Creencias de recreación y manejo del tiempo libre y género.....	60
Prueba de hipótesis.....	61
Hipótesis nula 1.....	61
Hipótesis nula 2.....	63
Hipótesis nula 3.....	64
Hipótesis nula 4.....	65
Hipótesis nula 5.....	66
Hipótesis nula 6.....	66
Hipótesis nula 7.....	66
V. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	70
Discusión.....	71
Conclusiones.....	75
Recomendaciones.....	76

Apéndice

A. INSTRUMENTO DE MEDICIÓN ADAPTADO.....	78
B. EVALUACIÓN DE APTITUD FÍSICA.....	82
C. CARTA DE ACEPTACIÓN DE ADAPTACION DEL INSTRUMENTO.....	86
REFERENCIAS.....	88

LISTA DE FIGURAS

1.	Prevalencia jóvenes de sobrepeso y obesidad por género, México (2006-2012).....	31
2.	Distribución del IMC y género en >20 años. ENSANUT (2012).....	35
3.	Distribución de los participantes del estudio por facultad.....	56
4.	Diagnostico nutricio a partir de IMC en participantes durante la evaluación de primero y segundo semestre.....	56
5.	Distribución de los participantes por nivel socioeconómico.....	58
6.	Relación entre NSE y creencias de primer semestre.....	67
7.	Diagrama de dispersión de IMC y prácticas de bebidas del primer semestre.....	67
8.	Diagrama de dispersión de IMC y prácticas de bebidas del segundo semestre.....	67
9.	Diagrama de dispersión de IMC y creencias de bebidas del segundo semestre.....	68

LISTA DE TABLAS

1.	Obesidad – IMC – Riesgo asociado a la salud.....	30
2.	Distribución de tiempo frente a una pantalla en adolescentes México (2012), ENSANUT.....	33
3.	Categorías de calificación del estilo de vida por dimensión.....	43
4.	Rangos de calificación del cuestionario para las prácticas.....	43
5.	Rangos de calificación del cuestionario para las creencias.....	45
6.	Rangos de calificación general del cuestionario de estilo de vida.....	45
7.	Numeración de las preguntas del cuestionario.....	45
8.	Rangos de calificación de las dimensiones de prácticas	46
9.	Rangos de calificación de las dimensiones de creencias.....	46
10.	Rangos de calificación general del cuestionario de estilo de vida.....	47
11.	Operacionalización de variables.....	49
12.	Operacionalización de hipótesis y variables	50
13.	Codificación de preguntas sociodemográficas	53
14.	Condición nutricia basada en el IMC, por género y semestre.....	57
15.	Distribución de la muestra por NSE y género.....	59
16.	Prácticas de condición física, actividad física y deporte, por género.....	60
17.	Creencias de recreación y manejo del tiempo libre por género.....	61
18.	Matriz de correlación de prácticas y creencias de primero y segundo semestres.....	63

19. Relación de prácticas y creencias de estilo de vida de primero y segundo semestres.....	64
20. IMC y creencias de estilo de vida de primero y segundo semestres.....	65
21. Matriz de correlación entre IMC y creencias de estilo de vida de primero y segundo semetres.....	68

RECONOCIMIENTOS

A continuación se hará mención de los reconocimientos de esta investigación:

A Dios, fuente de toda sabiduría y quien sustenta mi vida para que pueda servirle.

A Vianey, por su apoyo constante y amor.

A mi maravillosa familia, a mamá por su dedicación y esmero solícito; a papá por su apoyo en la revisión de esta tesis y por sus sabios y oportunos consejos; a mi hermano por su apoyo y amistad.

A cada uno de mis asesores, que han aportado enormemente en este meta: Mc. Víctor Monarrez, Mg. Jasón Aragón y Dra. María Elena Acosta.

A la Universidad de Morelia, por ser el medio a través del cual vi muchas veces la bondad de Dios y me capacitó más para servir al Señor.

A la Dra. Raquel de Korniejczuk, por sus consejos, ejemplo e inspiración.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

En los últimos años los investigadores han dedicado tiempo para averiguar los determinantes para una larga vida. Buettner (2005) menciona que las poblaciones más longevas del planeta se encuentran en: Cerdeña, Italia; Okinawa, Japón y Loma Linda, Estados Unidos de Norteamérica. Los habitantes de estas comunidades viven hasta 100 años. También declara que una vida longeva y saludable obedece a la adopción de estilo de vida saludable. Que le permita vivir 10 años más, siendo el medio preventivo de este milenio más importante en el contexto de salud pública.

El estilo de vida es un constructo utilizado de manera general para denominar el “modo de vivir”, basado en costumbres, comportamientos, posesión de bienes, relación con el entorno. Según Perea (2004) el estilo de vida es el modo, forma y manera de vivir de un individuo.

García, Merino y Silva (1998), en su glosario, definieron el estilo de vida como una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento, determinados por la relación entre las características personales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales.

En cuanto el segundo concepto, Grimaldo (2010) menciona que el estilo de vida saludable es un constructo que incluye factores psicológicos, sociales, culturales y económicos, que apuntan a desarrollar un estado de salud física y mental. Permite caracterizar la forma de vivir y su conducta en particular.

En vista de que para la construcción de EVS se depende de factores sociales y contextuales, entre otros, se han hecho esfuerzos sobre grupos específicos de la sociedad o en contextos determinados, como es el caso de las universidades, en donde se capacite al joven para adquirir hábitos saludables que permitan tener una buena salud presente y futura, pues la salud debe ser promovida en lugares donde la gente vive, estudia, trabaja o se divierte; es lo que la OMS llama escenarios saludables. Existe una red de ciudades saludables, escuelas promotoras de salud, y universidades que también deben hacer parte de este plan, pues este entorno reúne una serie de condiciones que se señalan como escenario idóneo para la promoción del EVS, porque son instituciones en donde las personas pasan una parte importante de sus vidas, los universitarios, generalmente son una población joven, en etapa de formación y consolidación de EVS y, además, son lugares que ejercen alta influencia sobre la persona, por parte de diferentes colectivos, con el propósito de favorecer el desarrollo personal y profesional.

Ordóñez y Villegas (2005) describen que la comunidad universitaria en general, docentes y funcionarios, se constituyen en beneficiarios y promotores de hábitos de vida saludable, de la construcción de una cultura de la salud, partiendo del autocuidado, a fin de prevenir la aparición de enfermedades, propiciar el desarrollo humano, mejorar la calidad de vida y como aporte a la salud pública.

Arrivillaga, Salazar y Correa (2003) manifiestan que el factor cognitivo no siempre actúa como mediador determinante en la ejecución de conductas pro-salud.

Se requiere diseñar programas orientados a la promoción de estilos de vida saludables en jóvenes, que contemplen distintos procesos psicosociales como el aprendizaje, la cognición, la motivación y la emoción.

Kain, Vio y Albala (2003) mencionan que el compromiso formativo de las universidades debe ser holístico, que trascienda la formación académica y social, para incluir lo que se conoce como universidad saludable.

Las universidades saludables nacen a partir de las políticas saludables de todo país, bajo el plan de promoción de salud, el cual consiste, según Taylor (2007) en desarrollar intervenciones que ayuden a las personas a poner en práctica conductas saludables y modificar conductas inadecuadas. Según Heraud (2013), la oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud lidera en Europa, a partir de la década de 1980, iniciativas bajo este enfoque, aplicándolo en ciudades y autoridades locales, escuelas, universidades, organizaciones profesionales, hospitales y otros escenarios.

Arroyo y Rice (2009) menciona que en América Latina, los proyectos en el ámbito universitario, se realizan a partir de 1996, se formalizan redes, académicas-profesionales que fomentan las acciones de formación de recursos humanos en promoción de la salud y educación para la salud, dándose los primeros pasos para formalizar el enfoque de Universidades Promotoras de la Salud.

Heraud (2013) menciona que se han realizado hasta la fecha cinco congresos internacionales de universidades promotoras de la salud, con sede en diferentes países iberoamericanos, obteniéndose valiosos aportes, tales como estrategias para que las universidades contribuyan a la promoción de EVS (I), Carta de Edmonton, declaración de principios y metas de las universidades promotoras de la salud (II), se institucionaliza la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud (RIUPS) (III), Declaración de Pamplona-Iruña, establece los valores y principios del movimiento (IV) y declaración de Costa Rica, en donde las universidades de la RIUPS ratifican su compromiso con el avance, fortalecimiento y articulación del mo-

vimiento de Universidades promotoras de salud.

A continuación se mencionan los países que tienen mayor relevancia en cuanto a universidades promotoras de la salud, mencionadas por Heraud (2013). Se destacan Colombia, Chile, Perú y México.

En Colombia, se distingue la Universidad Pontificia Javeriana de Colombia; además, se conformó la Red Colombiana de Instituciones de Educación Superior y Universidades Promotoras de Salud, en 2010.

Chile toma la iniciativa desde 1998. Se destacan la Universidad de Concepción y la Universidad del Bío Bío, entre otras.

Perú participa con políticas de promoción de la salud y de universidades saludables establecidas por el Ministerio de Salud (MINSA) para contribuir a mejorar la calidad de vida de la población y aprueba el documento técnico *Promoviendo Universidades Saludables*.

En Cuba se destaca la participación del Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Educación Superior.

En Puerto Rico, el programa de calidad de vida funciona desde 1997, con iniciativa de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico.

En Costa Rica, la promoción de la salud se inicia en el 2005 y se destaca por llevar a cabo la atención integral de la salud en la comunidad universitaria. Siendo la Universidad de Costa Rica la pionera (plan 2009-2014).

En Ecuador, la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo inició su implementación de promoción en salud a partir de 2002.

Argentina tiene el Plan Nacional Argentina Saludable (2009) y Perú, en 2010, aprueba el documento *Promoviendo Universidades Saludables*.

También se encuentran otras experiencias de los países como Estados Unidos y algunos de Europa (España y Reino Unido).

En México, la Universidad Autónoma de Zacatecas desarrolla un programa de promoción de la salud con una visión para 2020, cuyo objetivo general es impulsar en la comunidad universitaria la responsabilidad individual y social referente a la salud, que facilite la conformación de un estilo de vida saludable, con un nuevo modelo de atención integral a la salud universitaria.

En México, existe una universidad que ha realizado grandes esfuerzos en las últimas décadas, con el objetivo de ofrecer una educación integral. Esta es la Universidad de Morelos, en la cual se centra esta investigación.

A continuación se dará a conocer de manera general el plan y la filosofía de salud integral de dicha institución.

La Universidad de Morelos está situada en el estado de Nuevo León, México. Pertenece a la Iglesia Adventista del Séptimo Día. Fundamenta su modelo educativo en una fuente básica, que es la creencia en Dios, basándose así en las Santas Escrituras, la Biblia.

White (1975) menciona que la Biblia es el libro educativo más completo del mundo. La UM cuenta con el documento denominado *Compromiso educativo de la UM*, el cual guía e integra el sustento teórico y la acción institucional 2011-2016. Presenta un modelo que responde a los desafíos educativos actuales frente al nuevo milenio.

Dentro de los objetivos de la institución, respecto de la educación integral, se pretende lograr que, a través del programa educativo, los estudiantes obtengan un desarrollo armónico de su carácter y puedan ejercer plenamente todas sus capaci-

dades físicas, mentales y espirituales.

Como uno de los fundamentos del sistema educativo de la UM, se plantea *la vida estudiantil y la disciplina*, en donde se menciona que el propósito de una verdadera educación es enseñar al alumno a que se gobierne por si solo (White, 1977).

La UM sustenta valores que se desprenden de una relación con Dios fundada en la Biblia y expresada en las creencias de la IASD, dentro de los cuales encontramos unos específicos que orientan a la adopción de un estilo de vida saludable. A continuación se desarrollan algunos de estos valores.

Integridad: Es la fidelidad a la voluntad divina expresada en una vida moral pura, honesta y auténtica que se direcciona en el cuidado de la salud.

Templanza: Es la abstención de todo lo perjudicial y el uso moderado de lo que es bueno para el cuidado de la salud y el buen uso del tiempo libre.

El perfil de la UM, en general, cuenta con diferentes aspectos, los cuales deben ser adquiridos por el mentor, el estudiante y el egresado. A continuación se expresa uno de ellos, el cual se encuentra direccionado al fomento de estilos de vida saludable.

Educación integral: La universidad sostiene un ambiente para el desarrollo armonioso del carácter de todos los miembros de la comunidad universitaria y espacios para las relaciones interpersonales sanas, la promoción de hábitos y estilos de vida saludable, la comunión con Dios y el desarrollo mental por medio del pensamiento profundo y la toma de decisiones sabias.

El modelo curricular de la UM es la formación integral del estudiante en los aspectos espiritual, intelectual y físico. Se expresa en un núcleo fundamental de competencias a desarrollar, para ser parte de la educación superior del siglo XXI,

acordado en la conferencia realizada en Paris en 1998: aprender a aprender, aprender a hacer, aprender a convivir y aprender a ser (Delors, 1998).

De las competencias orientadoras para esta investigación, encontramos la de emprender iniciativas para vivir una cosmovisión de acuerdo con la perspectiva bíblica.

La UM cuenta con los ejes transversales y curriculares para aproximar lo científico a lo cotidiano y para el fomento de estilo de vida saludable, tales como el eje curricular, que subdivide en el eje de formación general, en donde se encuentra la competencia de la cosmovisión para el servicio profesional, la cual se conforma y se consolida por varias materias, pero solo se muestran las orientadas a la adopción de EVS.

La asignatura de Estilo de Vida Saludable provee los conocimientos esenciales de fisiología del cuerpo humano y de la manera de cuidarlo. Un énfasis especial se hace en el desarrollo de un estilo de vida que cuida la salud a lo largo de la vida, utilizando los ocho remedios naturales. Está dentro del eje general desde el año 2000, pero años atrás estaba dentro de los componentes bíblicos de la UM.

La materia de aptitud física tiene como propósito consolidar los hábitos saludables. Se espera que el estudiante, durante seis semestres, permanezca en un programa autorregulado, dé seguimiento de su aptitud física, donde evidencie una condición física apropiada para su edad o demuestre una mejoría a lo largo de sus programas de estudios.

La filosofía de la UM está determinada por creencias cristianas, pues como se mencionó anteriormente, pertenece a la IASD, la cual se rige por unas creencias propias que declaran que los Adventistas afirman que el estilo de vida o como le de-

nominan comúnmente en su compendio doctrinal es “la conducta cristiana” y surge en respuesta de agradecimiento a la salvación de Dios por medio de Cristo. Así lo expresa el apóstol Pablo, al decir: “Así que, hermanos, os ruego por las misericordias de Dios, que presentéis vuestros cuerpos en sacrificio vivo, santo, agradable a Dios, que es vuestro culto racional. No os conforméis a este siglo, sino transformaos por medio de la renovación de vuestro entendimiento, para que comprobéis cual sea la buena voluntad de Dios, agradable y perfecta” (Romanos 12:1, 2). De tal manera que concluyen que todo cristiano debe proteger y desarrollar voluntariamente sus facultades mentales, físicas y espirituales de modo que honren a su Creador y Redentor (Asociación Ministerial de la Asociación General de la IASD, 2007).

Como universidad adventista, esta institución se propone dejar un legado en el estudiante, teniendo en cuenta los aspectos fisiológicos y pragmáticos para un bienestar integral, esperando que sea un plan trascendental y transformador.

Esta investigación estudia la relación de las prácticas y creencias del estilo de vida en alumnos que cursaron la materia Estilo de Vida Saludable, en la Universidad de Montemorelos durante el periodo escolar 2013-2014, de manera que las actividades realizadas a través del tiempo permitan valorar los avances para generar un entorno saludable en la comunidad universitaria, convirtiéndola en parte del movimiento de universidades saludables, con énfasis en el beneficio de la salud de los jóvenes universitarios.

Problema

A continuación se expondrá la problemática de esta investigación:

García, García, Tapiero y Ramos (2012) mencionan que los jóvenes universitarios se encuentran expuestos a factores que los predisponen a adoptar conductas nocivas para la salud.

Por lo tanto la Universidad de Montemorelos tiene como objetivo brindar una educación integral; incluyendo en sus programas curriculares desde el año 2000, el componente de Estilo de Vida Saludable, convertido en asignatura, para ofrecer dentro del eje curricular general a todos sus estudiantes un plan que fomente la adopción de creencias y prácticas encaminadas a un estilo de vida saludable. Existen pocos resultados de estudios de investigación dirigidos a evaluar los esfuerzos que durante años se han realizado en la Universidad. Se desconoce si existe la relación entre las prácticas y las creencias del estilo de vida en alumnos que cursaron la materia Estilo de Vida Saludable, en la Universidad de Montemorelos del periodo escolar 2013-2014.

Pregunta de investigación

La pregunta de investigación que se planteó para esta investigación fue la siguiente:

¿Existe relación entre las prácticas y las creencias del estilo de vida, manifestadas por alumnos que cursaron la materia Estilo de Vida Saludable, en la Universidad de Montemorelos, durante el período escolar 2013-2014?

Objetivo general

A continuación se menciona el objetivo general que se planteó para esta investigación: Conocer la relación que existe entre las creencias y las prácticas del estilo de vida adquiridas, manifestadas por alumnos que cursaron la materia Estilo de Vida Saludable, en la UM, durante el período escolar 2013-2014.

Objetivos específicos

Seguidamente se encuentran los objetivos específicos de esta investigación:

1. Conocer la relación existente entre creencias y prácticas de estilo de vida, manifestadas por alumnos que cursaron la materia Estilo de Vida Saludable, en la Universidad de Morelia, durante el período escolar 2013-2014.

2. Identificar la diferencia existente entre prácticas de estilo de vida de primero y segundo semestres, manifestadas por alumnos que cursaron la materia Estilo de Vida Saludable, en la UM, durante el periodo escolar 2013-2014.

3. Identificar la diferencia existente entre creencias de estilo de vida de primero y segundo semestres, manifestadas por alumnos que cursaron la materia Estilo de Vida Saludable, en la UM, durante el periodo escolar 2013-2014.

4. Establecer la relación entre el nivel socioeconómico y las prácticas de estilos de vida manifestadas por alumnos que cursaron la materia Estilo de Vida Saludable, en la UM, durante el periodo escolar 2013-2014.

5. Establecer la relación entre el NSE y las creencias de estilos de vida manifestadas por alumnos que cursaron la materia Estilo de Vida Saludable, en la UM, durante el periodo escolar 2013-2014.

6. Definir la relación entre el Índice de Masa Corporal (IMC) y las prácticas de estilos de vida, manifestadas por alumnos que cursaron la materia Estilo de Vida Saludable, en la UM, durante el periodo escolar 2013-2014.

7. Definir la relación entre el IMC y las creencias de estilos de vida, manifestadas por alumnos de primer ingreso que cursaron la materia Estilo de Vida Saludable, en la UM, durante el periodo escolar 2013-2014.

Hipótesis

A continuación se mencionaran las hipótesis planteadas en este estudio:

H₁: Existe relación entre creencias y prácticas de estilo de vida, manifestadas por alumnos que cursaron la materia Estilo de Vida Saludable, en la UM, durante el periodo escolar 2013-2014.

H₂: Existe diferencia de prácticas de estilo de vida entre los alumnos de primero y segundo semestres, que cursaron la materia Estilo de Vida Saludable, en la UM, durante el periodo escolar 2013-2014.

H₃: Existe diferencia de creencias de estilo de vida entre los alumnos de primero y segundo semestres, que cursaron la materia Estilo de Vida Saludable, en la UM, durante el periodo escolar 2013-2014.

H₄: Existe relación entre el nivel socioeconómico y las prácticas de estilos de vida manifestadas por alumnos que cursaron la materia Estilo de Vida Saludable, en la UM, durante el periodo escolar 2013-2014.

H₅: Existe relación entre el NSE y las creencias de estilos de vida manifestadas por alumnos que cursaron la materia Estilo de Vida Saludable, en la UM, durante el periodo escolar 2013-2014.

H₆: Existe relación entre el IMC y las prácticas de estilos de vida, manifestadas por alumnos que cursaron la materia Estilo de Vida Saludable, en la UM, durante el periodo escolar 2013-2014.

H₇: Existe relación entre el IMC y las creencias de estilos de vida, manifestadas por alumnos de primer ingreso de la UM, que cursaron la materia Estilo de Vida Saludable, en la UM, durante el periodo escolar 2013-2014.

Justificación

Es importante conocer la integración que el estudiante de primer ingreso le da a los conocimientos (creencias) que adquiere en la materia y las prácticas de estilo de vida saludable.

La modificación del estilo de vida es importante, especialmente en los grupos de adolescentes y jóvenes. Las intervenciones preventivas como dieta, ejercicio, sueño adecuado, manejo de estrés, etc., no deben centrarse únicamente en la problemática del peso inadecuado (infrapeso, sobrepeso y obesidad), sino también de otras complicaciones o enfermedades relacionadas. Abdel-Megeid, Abdelkarem y El-Fetouh (2011) mencionan que existe la necesidad de estrategias y esfuerzos coordinados para reducir la tendencia de sobrepeso y obesidad entre los estudiantes universitarios.

La Universidad de Montemorelos, preocupada por educar de forma integral a sus estudiantes, ha creado una asignatura denominada Estilo de Vida Saludable, que promueve entre los estudiantes de primer ingreso la adquisición o refuerzo de hábitos saludables, que le permitan mantener un bienestar que redunde en un adecuado rendimiento académico. Sin embargo se cuenta con poca información de la manera

cómo se integran los conocimientos en la vida diaria, a partir de la participación de este curso. Por esta razón se ha decidido evaluar la relación de las prácticas y creencias del estilo de vida, en alumnos de la Universidad de Montemorelos durante el período escolar 2013-2014 que cursaron la materia Estilo de Vida Saludable.

Esta investigación a través de sus resultados proporciona información relevante acerca del impacto que ha generado la materia de Estilo de Vida Saludable en los estudiantes de la Universidad de Montemorelos y a la vez será útil para mejorar la metodología y la forma de impartir esta clase por cada docente en particular.

Limitaciones

Esta investigación encontró las siguientes limitaciones:

Respecto a la participación de estudiantes de la Universidad de Montemorelos que inscribieron el curso de Estilo de Vida Saludable. Algunas de las carreras (odontología y técnico dental) en el momento de la aplicación de la encuesta, se encontraban en prácticas clínicas fuera del entorno universitario, por lo que no pudieron participar de esta.

Otras carreras como son Teología y la Normal no participaron de la investigación, debido a que cuentan con un programa diferente para impartir la materia Estilo de vida saludable, y tienen su propio programa desde su facultad.

Se cuenta con 12 casos perdidos de estudiantes en la toma de IMC, debido a que no acudieron a los llamados para la medición antropométrica.

En la revisión de la literatura se encontraron diversas investigaciones sobre prácticas y creencias en universitarios y el plan que se tiene en algunas universida-

des, pero no se encontraron investigaciones que tuvieran un seguimiento longitudinal (de un semestre a otro) como el presente estudio.

Delimitaciones

A continuación se mencionan las delimitaciones de esta investigación:

Los instrumentos solo fueron aplicados a estudiantes que cursaron la materia de Estilo de vida saludables en el curso escolar 2013-2014.

La investigación solamente incluyó a estudiantes de la Universidad de Morelos.

Definición de términos

A continuación se mencionan la definición de algunos de los conceptos mas importantes de la investigación:

Creencias: son nombradas como afirmaciones que se dan por ciertas, sin ningún tipo de duda.

Creencias de cuidado de la salud: son las ideas que los individuos aceptan y expresan sobre las formas de mantener o recuperar la salud. Las creencias aparecen y evolucionan dentro del contexto del individuo, pero cada persona elabora, acepta, conserva y utiliza una compilación propia de creencias de cuidado de la salud, que dependerán también de su posición social. No son estáticas; pueden cambiar parcial o totalmente en el tiempo (Melguizo y Alzate, 2008).

Prácticas: es la acción que se desarrolla, con la aplicación de ciertos conocimientos y otras motivaciones externas e internas del sujeto.

Prácticas de cuidado de la salud: actividades efectuadas por los individuos o efectuadas para o sobre el sujeto, ya sean realizadas por la familia o amigos; por tanto, son comportamientos, actividades o hábitos, con carácter deliberativo, respondiendo al cuidado de la salud, pero se moldean de acuerdo a su sistema de creencias (Melguizo y Álzate 2008).

Estilo de vida: se entiende por estilo de vida las conductas que adopta el individuo para cumplir sus planes, es decir, lo que hace la persona normalmente con su tiempo, como lo organiza, y la manera en que influye en su comportamiento. (Oropéza, 2004).

Estilo de vida saludable: se concluye que los estilos de vida saludable están “constituidos por patrones de conductas relacionadas con la salud” (García et al., 2012).

Índice de masa corporal: es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilogramos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2).

Nivel socio económico: medida total económica y social, individual o familiar, basada en los ingresos, educación y empleo. El salario mínimo mensual en México, es de \$1,841.00. Existen tres niveles: (a) nivel socioeconómico bajo: hasta tres veces el salario mínimo; (b) nivel socioeconómico medio: de cuatro a 20 salarios mínimos y (c) nivel socioeconómico alto: más de 20 veces salario mínimo mensual.

La iglesia Adventista del Séptimo Día (IASD): es una denominación religiosa considerada como iglesia cristiana universal, establecida en los cinco continentes (204 de los 229 países y áreas reconocidas por las Naciones Unidas). Reconoce a

Jesucristo como único mediador y salvador y a la Biblia como única regla infalible de fe, por su aceptación de la salvación solo por gracia y solo por fe. La IASD se inscribe dentro del conjunto de iglesias cristianas históricas, en el tronco de los grupos religiosos herederos de la reforma del siglo XVI.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Se incluye una revisión cuidadosa de la literatura sobre otros estudios que han realizado evaluaciones similares a este trabajo, con su enfoque respectivo como apoyo para esta investigación.

Estilo de vida

El estilo de vida es un constructo que se ha utilizado de manera general para llamar a lo que corresponde “modo de vivir”, fundamentado en costumbres, comportamientos, posesión de bienes, relación con el entorno. Según Perea (2004) en su forma más llana el estilo de vida es el modo, forma y manera de vivir.

Oropeza (2004), en un análisis de varios autores sobre el concepto de estilo de vida, menciona que estilo de vida son las conductas que adopta el individuo para cumplir sus planes, además lo que hace la persona normalmente en su tiempo para organizarlo, y la forma en que influye en su comportamiento.

En el glosario para la promoción de la salud, confeccionado en nombre de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define que “el estilo de vida es una forma de vida, basada en patrones de comportamiento, determinados por las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales (García et al., 1998).

Grimaldo (2010) concluye en varios estudios que el estilo de vida puede no es

estático, aunque cuenta con la estabilidad propia de los hábitos o las costumbres, es dinámico, influido por el ambiente, las experiencias y las decisiones de las personas.

Maya (2001) menciona, además, que es imposible no hacer referencia al estilo de vida, sin hacer una lista de comportamientos individuales y colectivo que definen el quehacer para vivir más o menos años, independiente de cómo se vivan.

Arrivillaga et al. (2003) hacen referencia a un listado de comportamientos, los cuales pueden estar instaurados, disminuidos o aumentados según cada individuo, entre los que integra la condición y actividad física, los hábitos alimenticios, el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, la recreación y el manejo del tiempo libre, el autocuidado, cuidado médico y el sueño.

Montes de Oca y Mendocilla (2005) explican que cuando los estilos de vida, se comprenden como las formas de vivir, conductas de individuos o colectivos que contribuyen a promoción y mejor aún a la protección se hace referencia a estilos de vida saludable.

Estilo de vida saludable

Infiesta, Bimella, Garrucho y March (2004) definen el concepto de estilo de vida saludable como el conjunto de pautas de conductas que, tanto individual como colectivamente, mejoran la calidad de vida. Se relaciona directamente con las creencias acerca de las prácticas saludables, de riesgo y enfermedad.

Grimaldo (2010) lo describe como un constructo que incluye factores psicológicos, sociales, culturales y económicos, que apuntan a desarrollar un estado de salud física y mental, los cuales permiten caracterizar la forma de vivir y su conducta en particular.

El estilo de vida saludable involucra una serie de tradiciones, hábitos y conductas de las personas o poblaciones que conllevan la satisfacción de necesidades humanas para alcanzar el máximo bienestar (Maya, 2001).

Infiesta, Bimella, Garrucho y March (2004) plantean que el estilo de vida saludable, es la manera de vivir de las personas, conducta individual en donde colectivamente mejoran su calidad de vida.

Montes de Oca y Mendocilla (2005) consideran que el estilo de vida está influido por creencias, hábitos, capacidades, costumbres y valores. Finalmente, García (2012) concluye que los EVS están constituidos por conductas relacionadas con la condición de salud.

Estilo de vida de Filosofía de la Iglesia Adventista del Séptimo Día (IASD)

La IASD se caracteriza por la práctica de estilos de vida saludable, los cuales están fundamentados en la ordenanza divina, indicados en la Santa Biblia: “Si pues coméis, o bebéis, o hacéis otra cosa, hacedlo todo para gloria de Dios” (1ª Corintios 10:31).

De igual forma, la iglesia cuenta con la compilación de sus 28 creencias fundamentales. La número 22, relacionada con la conducta cristiana (pertenece a la doctrina número 5), menciona que los adventistas del séptimo día creen que forman parte de un pueblo llamado a ser piadoso, pensando, sintiendo y actuando en armonía con los principios del cielo; sostienen que, puesto que sus cuerpos son templo del Espíritu Santo, deben cuidarlo inteligentemente; afirman que, junto con la práctica adecuada del ejercicio y el descanso, deben adoptar un régimen alimentario lo más saludable posible, que involucre la abstención de alimentos inmundos, identificados

así por el texto bíblico, como las bebidas alcohólicas, el tabaco y el uso irresponsable de drogas y narcóticos son dañinos para sus cuerpos, deben abstenerse de ellos (Asociación Ministerial de la Asociación General de la IASD, 2007).

Teológicamente hablando, los adventistas del séptimo día afirman que el estilo de vida, o como se le denomina comúnmente en su compendio doctrinal, la conducta cristiana, surge como agradecimiento a la salvación de Dios por medio de Cristo, tal y como lo expresa el Apóstol Pablo, al decir: “Así que, hermanos, os ruego por las misericordias de Dios, que presentéis vuestros cuerpos en sacrificio vivo, santo, agradable a Dios, que es vuestro culto racional. No os conforméis a este siglo, sino transformaos por medio de la renovación de vuestro entendimiento, para que comprobéis cual sea la buena voluntad de Dios, agradable y perfecta” (Romanos 12:1, 2). De tal manera que concluyen que todo cristiano debe proteger y desarrollar voluntariamente sus facultades mentales, físicas y espirituales de tal forma que honren a su creador y redentor (Asociación Ministerial de la Asociación General de la IASD, 2007).

Dada la interpretación y el entendimiento de la Biblia que tienen los adventistas del séptimo día, afirman que, no solo la iglesia, sino también el individuo es un templo para la morada del Espíritu Santo y por lo tanto los cristianos deben practicar los hábitos de la buena salud.

Los adventistas creen que la Biblia considera que los seres humanos conforman una unidad. La dicotomía entre lo espiritual y lo material es ajena a la biblia. Así, el llamado que Dios hace a ser santos incluye un llamado a disfrutar de salud tanto física como espiritual.

Las leyes de Dios, que incluyen las leyes de la salud, no son arbitrarias, sino que han sido dispuestas por el Creador para permitir gozar al máximo de la vida.

Además afirman que la obtención de la salud depende de las práctica de unos principios sencillos, efectivos, que Dios ha revelado. Algunos de ellos son evidentes y muy agradables, como, el ejercicio, la luz solar, el agua, el aire fresco. Otros, tales como el régimen alimentario adecuado, son más difíciles de aceptar, implican orientaciones y hábitos que son propios del estilo de vida saludable propio de los adventistas como una vida temperante, libre de drogas y de estimulantes, el reposo, una alimentación nutritiva, una vestimenta adecuada (Asociación Ministerial de la Asociación General de la IASD, 2007).

De las investigaciones que han realizado entidades de la IASD, como la Universidad de Loma Linda, se destacan tres de ellas, que permiten ver claramente la influencia de los hábitos saludables en la salud, morbilidad y mortalidad (Juneby, 2012). Estas son las siguientes: (a) Adventist Mortality Study (1958); (b) Adventist Health Study 1 (AHS-1) (1973) y (c) Adventist Health Study 2 (AHS-2) (2002).

Estilo de vida y conductas

Becoña, Vázquez y Oblitas (2004) resumen de varios autores que hay evidencias de que las causas de enfermedad radican en el estilo de vida del individuo.

Matarazzo (1984a, 1984b) explica dos conceptos importantes que se despliegan del concepto de conducta humana. Los patógenos conductuales son conductas que incrementan el riesgo de un individuo a enfermar (ej., fumar, beber alcohol). Los inmunógenos conductuales son aquellos comportamientos que hacen al individuo menos susceptible a la enfermedad.

Celis y Vargas (2004), por otra parte, mencionan que la conducta de riesgo será entendida como toda conducta manifiesta o intraverbal en contra del equilibrio o desarrollo biológico, psicológico y social de la persona.

Estilos de vida y factores de riesgo

Pandina (2002) define como factores de riesgo, las características personales que predisponen a que el individuo desarrolle una patología.

Roca P., Aguirre M. y Castillo P. (2001) también definen los factores de riesgo como eventos o circunstancias biológicas, psicológicas y sociales, que puedan favorecer la aparición del problema derivado del uso y abuso del consumo de drogas.

La OMS (2011) menciona que la mayoría de los jóvenes están sanos. Sin embargo, cada año se registran más de 2,6 millones de defunciones en la población de 15 a 24 años, que sufren enfermedades que reducen su capacidad para crecer y desarrollarse plenamente. Además, adoptan conductas que ponen en peligro su salud presente y futura. Casi dos tercios de las muertes prematuras y un tercio de la carga total de morbilidad en adultos se asocian a enfermedades o comportamientos que comenzaron en su juventud; entre ellas, el consumo de tabaco, la falta de actividad física, las relaciones sexuales sin protección y la exposición a la violencia.

Por tanto, la promoción de prácticas saludables en los jóvenes y la adopción de medidas para protegerlos frente a los riesgos para su salud son fundamentales para el futuro de la sociedad de los países y para prevenir la aparición de problemas de salud en la edad adulta.

La OMS revela los problemas sanitarios que afectan a los jóvenes. El riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo y parto precoz es mucho mayor en las adolescentes. Cuanto más joven es la adolescente, mayor es el riesgo.

A nivel mundial existen más de cinco millones de jóvenes afectados por el VIH/sida.

El sobrepeso y la obesidad corresponden a otra forma de malnutrición, con consecuencias graves para la salud e importantes repercusiones financieras a largo plazo para los sistemas de salud, estas condiciones de deterioro de la salud se han incrementado entre los jóvenes, tanto en los países de ingresos bajos como en los de ingresos altos.

Aproximadamente el 20% de los adolescentes padecen un problema de salud mental, como depresión o ansiedad. El riesgo se incrementa cuando concurren experiencias de violencia, humillación, disminución de la estima y pobreza, siendo el suicidio una de las principales causas de muerte entre los jóvenes.

La gran mayoría de los consumidores de tabaco que existen en el mundo adquirieron el hábito en su adolescencia. Se estima en unos 150 millones los jóvenes que consumen tabaco actualmente, y esa cifra se aumenta a nivel mundial, especialmente entre las mujeres jóvenes.

Existe creciente preocupación en numerosos países respecto al uso nocivo del alcohol entre los jóvenes, lo que favorece la reducción del autocontrol y aumenta las conductas de riesgo (Organización Mundial de la Salud, 2011).

Martínez et al. (2012) señalan que en Chile se evidencia un incremento de factores de riesgo cardiovascular en los jóvenes, destacándose una elevada prevalencia

de sedentarismo, tabaquismo, sobrepeso u obesidad e hipercolesterolemia, entre otros.

Torres, Aguilera, García y González (2009) concluyen que la elevada presencia de factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, tiene su mayor manifestación en el sedentarismo, seguido por la obesidad y el tabaquismo.

Prácticas y creencias de estilo de vida

Creencias de estilo de vida

Arrivillaga et al. (2003) señalan que las acciones preventivas que promueven conductas protectoras y evitan conductas de riesgo tienen mejores resultados si se considera el componente cognitivo. La educación en salud no debe desconocer el valor del factor cognitivo, determinante o predisponente de cambios conductuales y la adopción de estilos de vida saludables. Esta investigadora encontró que es necesario que haya modelos de intervención que incluyan el factor cognitivo para producir impacto o aumente la probabilidad de éxito. En esta investigación, se muestra la única dimensión donde el comportamiento de los jóvenes es coincidente entre creencias y prácticas en los aspectos de recreación y el manejo del tiempo libre.

Son las ideas que los individuos aceptan y expresan sobre cómo mantener o recuperan la salud. Las creencias aparecen y evolucionan dentro del contexto del individuo, pero cada persona elabora, acepta, conserva y utiliza una propia compilación de creencias de cuidado de la salud, que dependerá también de su posición social. No son estáticas, pueden cambiar parcial o totalmente en el tiempo (Melguizo Herrera y Alzate Posada, 2008).

Prácticas y estilo de vida

Arrivillaga et al. (2003) encuentran una incongruencia de la relación que existe entre creencias y prácticas en la mayoría de las dimensiones (condición de salud, actividad física y deporte, recreación y manejo del tiempo libre, autocuidado y cuidado médico, hábitos alimenticios, consumo de alcohol, tabaco, otras drogas y sueño) e indican que el factor cognitivo no siempre actúa como mediador determinante en la ejecución de conductas prosalud.

Las prácticas son actividades efectuadas por los individuos o efectuadas para o sobre el sujeto, ya sean realizadas por la familia o amigos; por tanto, son comportamientos, actividades o hábitos, con carácter deliberativo, respondiendo al cuidado de la salud pero se moldean de acuerdo al sistema de creencias (Melguizo Herrera y Álzate Posada, 2008).

Belloc y Breslow (1972) mencionan que las prácticas de salud comunes como las horas de sueño, la regularidad de las comidas, la actividad física, fumar y beber y el estado de salud física, se asocian con la salud positiva. Las personas que siguieron todas las buenas prácticas, mantuvieron con mejor estado de salud, a pesar de tener más edad, que los que no lo hicieron. Esta asociación resultó ser independiente de la edad, sexo y nivel económico.

Se debe trabajar de forma directa en la promoción del estilo de vida saludable; por lo que es necesaria la creación de experiencias curriculares que permitan educar a los alumnos. Así como concluyen a continuación Al-Kandari, Vidal y Thomas (2008):

Los resultados justifican las intervenciones para mejorar los hábitos de salud e implican la necesidad de la integración de programas de estilo de vida saludables en los planes de estudios de enfermería para satisfacer las demandas cre-

cientes de papel de los estudiantes en la promoción de salud y prevención de enfermedades. (p. 43)

Sajwani et al. (2009) describen que los conocimientos, actitudes y prácticas de los estudiantes de medicina en Karachi sugieren que el conocimiento superior acerca del estilo de vida saludable no necesariamente resulta en mejores prácticas.

Sakamaki, Amamoto, Mochida, Shinfuku y Toyama (2005) manifiestan que pocos estudios han comparado las prácticas relacionadas con la salud de los estudiantes universitarios japoneses y coreanos. En primera instancia, se relacionarán las conclusiones generadas por algunos estudios realizados en poblaciones de estudiantes universitarios de Japón y Corea, que sugieren la necesidad de programas de nutrición y promoción de la salud para dichas poblaciones, de forma particular programas que enfatizan el control de peso.

Ward y Amirabdollahian (2011) encontraron una relación estadísticamente significativa entre el conocimiento de los riesgos para la salud asociados con la obesidad y la edad de los estudiantes. Existe la necesidad de una mayor investigación en esta área, y futuros estudios de los estudiantes mayores seleccionados aleatoriamente ayudaría a confirmar la necesidad de programas de educación dirigidos a la obesidad. Los resultados describen que los estudiantes menores de 20 años de edad deben ser considerados como una población objetivo de los programas de educación de la obesidad, con el fin de lograr un impacto positivo en el comportamiento de la salud y los hábitos dietéticos. Se ha encontrado una relación estadísticamente significativa entre el conocimiento de los riesgos para la salud asociados con la obesidad y la edad de los estudiantes y parece claro que al momento de realizar, en el futuro, estudios de los estudiantes mayores a través de selección aleatoria se confirmaría la

necesidad de programas dirigidos de forma puntual a la prevención de la obesidad. De hecho estudios concluyen que estudiantes menores de 20 años deben ser considerados como una población objeto de estos programas, lo cual generaría un impacto positivo en el comportamiento de la salud y los hábitos dietéticos corto, mediano y largo plazo.

Paugh (2005) observó que los atletas que practican mejores hábitos dietéticos, tenían mejor comprensión de la nutrición y las mujeres practican mejores hábitos dietéticos que los hombres. Las mujeres tuvieron mayores conocimientos nutricionales que los hombres. Las mujeres tuvieron mayor puntaje en los hábitos alimentarios y conocimientos nutricionales de los deportes para hombres. Los sujetos con puntajes más bajos de IMC tenían mejores hábitos dietéticos. Además, se menciona que los atletas con mejor comprensión de temas sobre nutrición practican mejores hábitos dietéticos. Las mujeres (atletas) parecieron tener mayor conocimiento nutricional que los hombres. Las mujeres tuvieron mayor puntaje que los hombres en lo que respecta a hábitos alimenticios y conocimientos nutricionales. Los sujetos con puntajes más bajos de IMC aparecían con mejores hábitos dietéticos.

Aspectos sociodemográficos

Nivel socioeconómico y estilos de vida

Beydoun, Powell, Chen y Wang (2011) vinculan el nivel socioeconómico a los estilos de vida. Las asociaciones fueron equilibradas logrando casi las mismas proporciones entre los grupos familiares con ingresos bajos y altos y evidenciando algunas interacciones significativas entre los precios de alimentos y los ingresos familiares, especialmente se observó entre los niños entre 2 y 9 años. Se hace noto-

ria la variación de la ingesta alimentaria en proporción a la cantidad de Ingresos familiares.

Kain et al. (2003) comentan que en América Latina la obesidad ha aumentado considerablemente llegando a convertirse en un problema de salud pública en casi todos los países. La prevalencia de obesidad es baja entre los preescolares, pero ha aumentado significativamente entre los escolares. En los adultos, la prevalencia es alta, especialmente entre las mujeres con menor educación. En sociedades más desarrolladas, la obesidad aparece más frecuentemente entre los pobres. Lo opuesto ocurre en poblaciones pobres, donde, además, puede coexistir la desnutrición junto a la obesidad. En toda América latina, el asunto de la obesidad ha aumentado de forma alarmante, de tal manera que se ha convertido en uno de los principales problemas de salud pública en todos los países. Los factores de riesgo más importantes relacionados con el incremento de la obesidad son las condiciones fetales y la situación nutricional durante la infancia, las características socioeconómicas y el nivel educacional, los aspectos dietéticos y la inactividad física. Por ello, y debido a que las enfermedades crónicas constituyen la principal causa de muerte en todos los países de la región, y la obesidad es uno de los principales factores de riesgo de éstas, la implementación de políticas y programas que mejoren la situación económica y educacional de los más pobres y al mismo tiempo modifiquen los hábitos de vida de toda la población es prioritario

Arrivillaga et al. (2003) mencionan que en cuanto al estrato socioeconómico, se encontró una mayor presencia de creencias favorables a la salud en jóvenes de estrato medio, medio-alto y alto; por el contrario, en jóvenes de estratos medio-bajo y bajo se dieron niveles bajos o muy bajos de presencia de estas creencias.

Género y estilos de vida

Margareta, Bothmer y Fridlund (2005) encontraron que las estudiantes tenían menos hábitos en relación al consumo de alcohol y la nutrición, pero tenían un nivel de estrés alto. Los estudiantes de género masculino mostraron un alto nivel de sobrepeso y obesidad y estaban menos interesados en el asesoramiento de nutrición y en actividades que fomenten la salud. Las diferencias de género se discuten en relación con el impacto del estrés en la salud de las estudiantes y el riesgo para los alumnos de sexo masculino en tener hábitos alimenticios poco saludables en combinación con la inactividad física y el consumo excesivo de alcohol.

Mayor porcentaje de hombres que de mujeres informaron comer en restaurantes de comida rápida porque pensaban que estos restaurantes eran baratos y económicos. La mayoría de los sujetos informaron que comían en restaurantes de comida rápida de una a tres veces por semana. La frecuencia de comida en restaurantes de comida rápida fue significativamente diferente para los hombres, que para las mujeres, al igual que la distribución de la respuesta para considerar el contenido de energía de los elementos de un menú de comida rápida al hacer sus elecciones. El IMC de los hombres fue significativamente mayor que el de las mujeres. Es significativamente mayor el porcentaje de mujeres que de hombres muy de acuerdo con la afirmación de que "el contenido nutricional de los alimentos es importante para mí". Se observaron varias diferencias entre los sexos en el consumo de comida rápida y de las creencias de nutrición en estos estudiantes universitarios (Morse y Driskell, 2009).

Índice de masa corporal y estilo de vida

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la obesidad es una enfermedad crónica, caracterizada por el aumento de la grasa corporal, asociada a mayor riesgo para la salud

Pocas enfermedades crónicas han avanzado en forma tan alarmante en la mayoría de los países durante las últimas décadas como ha ocurrido con la obesidad, motivo de preocupación para las autoridades de salud debido a las nefastas consecuencias físicas, psíquicas y sociales.

La clasificación actual de obesidad propuesta por la OMS está basada en el Índice de Masa Corporal (IMC), el cual corresponde a la relación entre el peso expresado en kilos y el cuadrado de la altura, expresada en metros. De esta manera, las personas cuyo cálculo de IMC sea igual o superior a 30 kg/m^2 se consideran obesas (ver Tabla 1).

Gutiérrez et al. (2012) mencionan que México está inmerso en un proceso de transición, donde la población experimenta un aumento inusitado de IMC (sobrepeso y obesidad), que afecta tanto a las zonas urbanas y rurales, a todas las edades y a las diferentes regiones.

Tabla 1

Obesidad – IMC – riesgo asociado a la salud

Clasificación OMS	IMC(kg/m ²)	Riesgo asociado a la salud
Infrapeso	<18,5	disminuido
Peso normal	18,5 a 24,9	Promedio
Sobrepeso	25 a 29,9	Aumentado
Obesidad	>30	Aumentado moderado a muy severo

Nota: Tabla adaptada de Moreno (2012).

Los aumentos en las prevalencias de obesidad en México se encuentran entre los más rápidos documentados en el plano mundial.

Los datos publicados en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en México (ENSANUT), describen mejor la condición de sobrepeso y obesidad existente en México, donde el 35% de los adolescentes tiene sobrepeso u obesidad. En el ámbito nacional esto representa alrededor de 6 325 131 individuos entre 12 y 19 años de edad. Respecto a género: La prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en adolescentes fue de alrededor de 35.8% para el sexo femenino (lo que representa a 3 175 711 adolescentes del sexo femenino en todo el país) y 34.1% en el sexo masculino (representativos de 3 148 146 adolescentes varones). Se muestra la distribución por género, 2006 y 2012 (Gutiérrez et al., 2012) (ver Figura 1).

Gutiérrez et al. (2012) mencionan que “la prevalencia de peso excesivo en los adolescentes ha aumentado en forma notable, casi tres veces, en el casi cuarto de siglo de seguimiento a partir de las encuestas de nutrición. Sin embargo, esta cifra aumentó a una menor tasa entre 2006 y 2012” (p. 170).

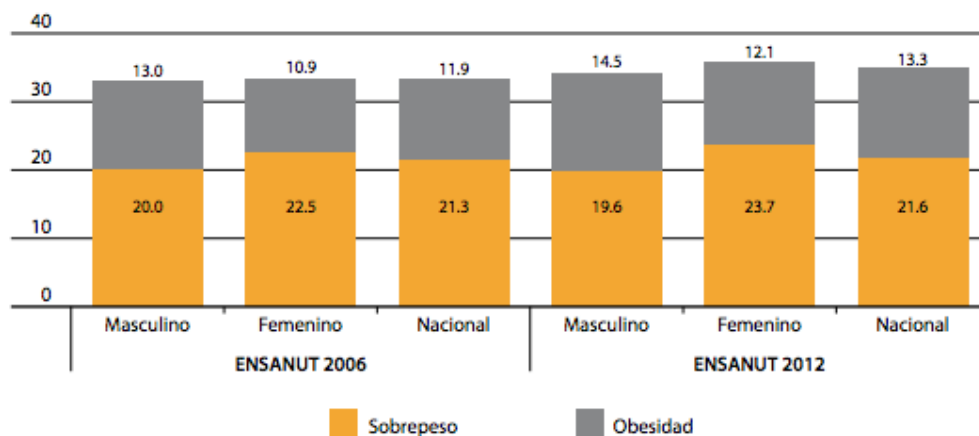


Figura 1. Prevalencia de sobrepeso en jóvenes y obesidad por género en México (2006-2012).

Aun cuando el aumento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los adultos mexicanos ha venido declinando en los últimos seis años, debe señalarse que estas prevalencias se encuentran entre las más altas del mundo.

El que siete de cada 10 adultos presenten sobrepeso y que de estos la mitad presenten obesidad constituye un serio problema de salud pública, por lo que es indispensable redoblar esfuerzos para disminuir estas prevalencias que están aumentando el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, con grandes costos directos e indirectos para el Estado. Si bien la desnutrición es aún un problema de salud pública que requiere atención, actualmente es indispensable considerar a la obesidad como una de las principales prioridades en la agenda nacional.

Quirantes, López, Hernández y Pérez (2009) mencionan que “el 95% de los casos de obesidad tienen relación con el sedentarismo y a unos hábitos dietéticos que favorecen el balance positivo de energía y el depósito paulatino de masa grasa” (p. 4). La disminución del gasto calórico vital se debe en buena medida a los avances de la sociedad moderna; menos esfuerzo en el proceso productivo, mecanización de las tareas domésticas y deambulación; menor gasto por termorregulación y quizá también, una menor competencia de los mecanismos de acción dinámico-específica de los alimentos muy elaborados.

Hajian-Tilaki (2007) encontró un aumento de la frecuencia de la obesidad y sobrepeso en la población del norte de Irán, siendo las causas principales el bajo nivel de actividad y educación, antecedentes familiares de obesidad, el matrimonio a edad más temprana y el envejecimiento.

Dimensiones de estilo de vida

Condición, actividad física y deporte y estilo de vida

Gutiérrez et al. (2012) encuentran que, de los adolescentes de 15 a 18 años, de acuerdo con la clasificación de la OMS, 22.7% son inactivos, 18.3% son moderadamente activos y 59% son activos. Se muestra el tiempo que adolescente pasan inactivos, frente a la pantalla de televisión en México (ver Tabla 2).

Tabla 2

Distribución de tiempo frente a una pantalla en adolescentes

Indicador	Nacional				Urbano				Rural			
	Muestra		Expansión		Muestra		Expansión		Muestra		Expansión	
	n	N	%	(IC 95%)	n	N	%	(IC 95%)	n	N	%	(IC 95%)
≤ 14 horas por semana	823	3394985	36.1	(324.40.0)	425	2204724	31.8	(27.1.37.0)	398	1190261	48.0	(43.0.53.1)
> 14 horas por semana	796	3231272	34.4	(30.9.38.0)	500	2326184	33.6	(29.2.38.3)	296	905088	36.5	(318.41.5)
≥ 28 horas por semana	643	2776989	29.5	(26.1.33.2)	487	2393670	34.6	(30.3.39.2)	156	383318	15.5	(12.0.19.7)
Total	2262	9403246	100		1412	6924579	100		850	2478667	100	

Los resultados nacionales para el componente de actividad física en adolescentes de 15 a 18 años reflejan que más del 50% de los adolescentes cumplen con las recomendaciones de actividad física, de acuerdo con los criterios establecidos por la OMS y únicamente el 36.1% de los adolescente encuestados pasa menos de dos horas frente a pantallas, lo que es más frecuente en localidades rurales que urbanas.

Gutiérrez et al. (2012) encontraron que el componente de actividad física en adultos reflejan que un elevado porcentaje de adultos (más de 70%) cumplen con las recomendaciones de actividad física de acuerdo con los criterios por la OMS.

Estos resultados también reflejan que, aunque una persona cumpla con las recomendaciones de actividad física, esto no define el menor tiempo destinado para actividades sedentarias el resto del día. Aspecto que se ha relacionado con el desarrollo de enfermedades crónicas.

Por lo anterior, es importante promover no sólo la práctica de actividad física moderada y vigorosa, incluidas actividades deportivas, sino también la disminución de actividades sedentarias (transporte inactivo, tiempo frente a una pantalla y tiempo sentado).

Arrivillaga et al. (2003) dicen que, en cuanto a la condición, actividad física y deporte, los jóvenes presentaron altas creencias favorables relacionadas con dicha dimensión (96%), mientras que las prácticas resultaron poco o nada saludables.

Recreación y manejo del tiempo libre y estilo de vida

Salvador (2009) menciona que el tiempo libre hace referencia al resto del tiempo que no se dedica a alguna actividad laboral o formativa.

Varios estudios citados por Salvador (2009) mencionan que existen distintas maneras de entender el tiempo libre: (a) el que queda libre después del trabajo, (b) el que queda libre después de atender a las necesidades u obligaciones cotidianas (de subsistencia, familiares, sociales, religiosas, etc.), (c) el que quedando libre de las ocupaciones cotidianas y de subsistencia, simplemente se emplea en lo que cada persona desea, y (e) el que simplemente se emplea en lo que cada persona desea, que queda libre después del trabajo y se destina al desarrollo físico e intelectual personal, como un fin en sí mismo.

Salvador concluye que las prácticas del tiempo libre más relevantes entre ado-

lescentes y jóvenes se han presentado durante la última década y tienen una relación con la interacción con sus iguales y la irrupción de las tecnologías de la comunicación (TIC), no sólo para practicar con ellas actividades de ocio, sino además, para facilitar la comunicación y las relaciones sociales, enmarcado en la dinámica del consumo, presente en esta sociedad postindustrial.

Arrivillaga et al. (2003) concluyen que, en cuanto a la recreación y el manejo del tiempo libre, los jóvenes tienen una muy alta presencia de creencias en esta dimensión (96.6%). Destacan que coinciden con la implementación de las prácticas.

Hábitos alimenticios y estilo de vida

La evaluación del estado nutricional de la población mayor de 20 años de edad se realizó en 38 208 individuos que representan a 69 245 519 adultos en el ámbito nacional. Los datos fuera de intervalo en talla ($n = 38$, 0.1%) e IMC ($n = 52$, 0.14%), así como los de mujeres embarazadas ($n = 538$, 1.4%), fueron excluidos del análisis.

Gutiérrez et al. (2012) indican que las categorías de IMC a nivel nacional en México, según la prevalencia combinada de sobrepeso u obesidad ($IMC \geq 25$ kg/m²) es mayor en las mujeres (73.0%) que en los hombres (69.4%), y que la prevalencia de obesidad ($IMC \geq 30$ kg/m²) es más alta en el sexo femenino que en el masculino.

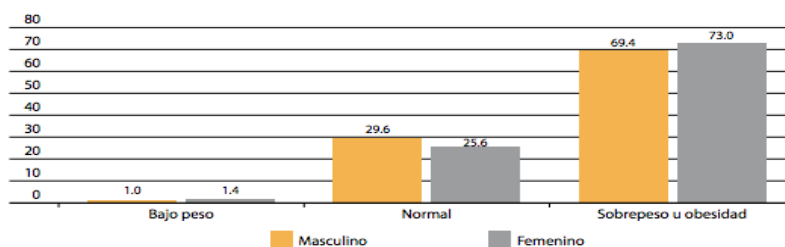


Figura 2. Distribución del IMC y género en >20 años (ENSANUT 2012). Fuente: Gutiérrez et al. (2012).

Arrivillaga et al. (2003) concluyen que, en cuanto a la dimensión de hábitos alimenticios, los jóvenes tienen muy alta presencia de creencias favorables (73%), pero tienen prácticas alimenticias poco o nada saludables.

Bebidas y estilo de vida

Rodríguez, Novalbos, Martínez y Escobar (2009) concluyeron que los mayores niveles de obesidad se asocian al consumo diario de alcohol y son los hombres quienes presentan mayor consumo de alcohol.

Sueño y estilo de vida saludable

Ayas et al. (2003) mencionan que la desviación del patrón de sueño intermedio, y en especial la pertenencia a un patrón de sueño muy corto, se asocia a un riesgo incrementado de desarrollar diabetes en un estudio longitudinal de 10 años.

Miro, Cano Lozano y Buela Casal (2005) encontraron que dormir menos tiempo o más tiempo del asociado al denominado patrón de sueño, puede provocar consecuencia sobre la salud física y psicológica. Establecen límites del sueño, tales como 6 a 9 horas. Pero también debe tenerse en cuenta la calidad del sueño, ya que tiene una marcada influencia en el bienestar físico y mental.

Newman et al. (2000) encontraron que es más probable que los sujetos con patrón de sueño corto, así como los de patrón de sueño largo, tengan quejas de somnolencia diurna. La somnolencia por sí misma se ha asociado a bajo estatus funcional, pobre calidad de vida, aumentada tasa de accidentalidad y bajo rendimiento académico.

Arrivillaga et al. (2003) concluyen que, en la dimensión del sueño, el 69.3% de los jóvenes presentaron niveles bajos o muy bajos de presencia de creencias favora-

bles. Lo cual no coincide con el resultado de las prácticas que fueron saludables y muy saludables.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

El presente capítulo indica la metodología que se utilizó para el desarrollo de esta investigación sobre las prácticas y las creencias del estilo de vida, en alumnos de la UM, durante el periodo escolar 2013-2014 que cursaron la materia Estilo de Vida Saludable. A continuación se encontrará el siguiente contenido: tipo de investigación, población, muestra, hipótesis nula e instrumentos.

Tipo de investigación

La investigación tuvo un alcance cuantitativo. Corresponde a un diseño descriptivo, longitudinal y retrospectivo.

Es cuantitativa, porque se usa la recolección de datos para probar la hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer creencias y prácticas de estilos de vida.

Es descriptiva, porque mide las variables, prácticas y creencias de estilo de vida.

Es longitudinal, porque se estudió la misma población con dos aplicaciones de los instrumentos en el tiempo, durante el periodo escolar 2013-2014.

Es retrospectiva, porque el estudio se hizo con la información que se tenía sobre los datos antropométricos, captada por el personal responsable del seguimiento de la aptitud física de los estudiantes de la universidad.

Participantes

Población

La población de estudio fue de 345 estudiantes que se inscribieron a la materia de Estilo de Vida Saludable de la UM, en el periodo escolar 2013-2014, Montemorelos, Nuevo León.

Muestra

El muestreo fue por conveniencia. Incluyó a estudiantes de pregrado de la UM, que cursaron la materia de Estilo de Vida Saludable y que decidieron participar de las dos encuestas realizadas para este estudio.

Se seleccionaron cinco facultades y dos escuelas: Facultad de Ciencias de la Salud (FACSA, excepto QCB y Nutrición), Facultad de Ingeniería y Tecnología (FI-TEC), Facultad de Ciencias Administrativas (FACAD), Escuela de Arte y Comunicación (ARTCOM), Escuela de Música (ESMUS), Facultad de Educación (FACED), Facultad de Psicología (FAPSI), con un total de 214 estudiantes de los 345 alumnos inscritos en la materia de Estilo de Vida Saludable de estas facultades y escuelas de la UM; de estos respondieron 140 estudiantes el instrumento y completaron sus registros antropométricos en las dos ocasiones, lo que representa una tasa de retorno de un 65%.

Se excluyó a los estudiantes que no asistieron el día de la encuesta en la primera implementación de la encuesta, alumnos que por decisión propia no quisieron participar y aquellos estudiantes que por razones académicas se encontraban en prácticas clínicas.

Finalmente la muestra del estudio incluyó solo a 140 estudiantes que cursaron la materia de Estilo de Vida Saludable, durante el curso escolar 2013-2014.

Tipo de análisis estadístico

Para la realización de el análisis estadístico de las hipótesis del presente estudio se utilizaron las siguientes pruebas estadísticas: correlación de Pearson, modelo lineal general y rho de Spearman.

Hipótesis nulas

En concordancia con los objetivos propuestos, este estudio ha planteado las siguientes hipótesis nulas:

H₀₁: No existe relación entre creencias y prácticas de estilo de vida, manifestadas por alumnos que cursaron la materia Estilo de Vida Saludable, en la UM, durante el periodo escolar 2013-2014.

H₀₂: No existe diferencia de prácticas de estilo de vida de primero a segundo semestres, manifestadas por alumnos que cursaron la materia Estilo de Vida Saludable, en la UM, durante el periodo escolar 2013-2014.

H₀₃: No existe diferencia de creencias de estilo de vida de primero a segundo semestres, manifestadas por alumnos que cursaron la materia Estilo de Vida Saludable, en la UM, durante el periodo escolar 2013-2014.

H₀₄: No existe relación entre el nivel socioeconómico (NSE) y las prácticas de estilos de vida manifestadas por alumnos que cursaron la materia Estilo de Vida Saludable, en la UM, durante el periodo escolar 2013-2014 presentan relación significativa

H₀₅: No existe relación entre el NSE y las creencias de estilos de vida manifestadas por alumnos que cursaron la materia Estilo de Vida Saludable, en la UM, durante el periodo escolar 2013-2014.

H₀₆: No existe relación entre el IMC y las prácticas de estilos de vida, manifestadas por alumnos que cursaron la materia Estilo de Vida Saludable, en la UM, durante el periodo escolar 2013-2014.

H₀₇: No existe relación entre el IMC y las creencias de estilos de vida, manifestadas por alumnos de primer ingreso de la UM, que cursaron la materia Estilo de Vida Saludable, en la UM, durante el periodo escolar 2013-2014.

Instrumentos

Se utilizaron dos instrumentos para la recolección de la información, uno para recolectar las variables de prácticas y creencias de estilos de vida y el otro para registrar los datos antropométricos.

Cuestionario de Prácticas y Creencias sobre Estilos de Vida

El Cuestionario de Prácticas y Creencias sobre Estilos de Vida (Arrivillaga, Salazar y Gómez, 2005) está conformado por 116 ítems distribuidos en dos subescalas: prácticas (69 ítems) y creencias (47 ítems). Evalúa seis dimensiones del estilo de vida: condición, actividad física y deporte; tiempo de ocio; autocuidado y cuidado médico; hábitos alimenticios; consumo de alcohol, tabaco y otras drogas; y sueño. Su formato de respuesta es tipo Likert, dando cuatro alternativas con un rango de *nunca a siempre* y de *totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo*, respectivamente. El índice de confiabilidad del constructo es de alpha igual a .873 (Arrivillaga y Salazar, 2005).

Las categorías de calificación establecidas para el cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida fueron las siguientes:

Prácticas: muy saludable (MS), saludable (S), poco saludable (PS) y no saludable (NS). Estas categorías se establecieron en términos de la frecuencia de las prácticas ejecutadas.

Creencias: muy alto (MA), alto (A), bajo (B) y muy bajo (MB). Estas categorías se establecieron según el grado de presencia de creencias favorables o desfavorables a la salud.

Las categorías de calificación establecidas para la encuesta sobre factores contextuales relacionados con estilos de vida fueron: presencia (P) o ausencia (A) del factor. El análisis incluyó si estos factores eran de riesgo o de protección para la salud. Para la calificación de cada categoría, se agruparon las dimensiones de acuerdo con el contexto: familiar (F), social (S), ocupacional (O) y otros (Ot).

Las categorías de calificación del estilo de vida por dimensión fueron: estilo de vida muy saludable (EVMS), estilo de vida saludable (EVS), estilo de vida poco saludable (EVPS) y estilo de vida no saludable (EVNS). Estas categorías resultan de diferentes cruces entre los resultados obtenidos en las prácticas y los resultados obtenidos en las creencias, tal como se presentan en el Tabla 3.

Los rangos de calificación del estilo de vida en cada dimensión varían de acuerdo con la cantidad de puntos construidos para medir la dimensión y por eso la escala se homologa a una misma unidad de medida cuando se lleva a su forma ordinal. Se presentan los rangos para la calificación de las prácticas y las creencias (ver Tablas 4 y 5).

Tabla 3

Categorías de calificación del estilo de vida por dimensión

Estilo de vida	Prácticas	Creencias
Muy saludable	Muy saludable	Muy alta
Saludable	Muy saludable	Alta
	Saludables	Alta
	Saludables	Muy alta
	Saludable	Baja
Poco saludable	Poco saludable	Alta
	Poco saludable	Baja
	Poco saludable	Muy baja
No saludable	No saludable	Baja
	No saludable	Muy baja

Tabla 4

Rangos de calificación del cuestionario para las prácticas

Prácticas Dimensión	Rangos			
	No saludables	Poco saludables	Saludables	Muy saludables
Condición, actividad física y deporte	6-10	11-15	16-20	21-24
Recreación y manejo del tiempo libre	5-8	9-12	13-16	17-20
Autocuidado y cuidado medico	21-36	37-52	53-68	69-84
Hábitos alimenticios	17-29	30-42	43-54	55-68
Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas	10-17	18-25	26-33	34-40
Sueño	10-16	17-24	25-32	33-40

Los rangos de calificación que definen el estilo de vida para todo el cuestionario se muestran en la Tabla 6.

En este estudio se adaptó el instrumento *Prácticas y Creencias sobre Estilos de Vida*, quedando 64 ítems. De las seis dimensiones planteadas originalmente solo se tuvieron en cuenta cinco de ellas: condición, actividad física y deporte; recreación y manejo del tiempo libre; hábitos alimenticios; bebidas y sueño. No se incluyó la dimensión de “autocuidado y cuidado médico”, porque no forma parte de las competencias trabajadas en la materia de Estilo de Vida Saludable, y la dimensión de “consumo de alcohol, tabaco y otras drogas” fue nominada como “bebidas,” ya que solo se evaluó la toma de bebidas como Coca-Cola y café, debido a la posibilidad de obtener información sesgada, puesto que la UM cuenta con un alto porcentaje de estudiantes de la IASD. La confiabilidad del constructo adaptado tiene un coeficiente alpha de .793. Los numerales quedaron distribuidos en las dimensiones presentadas en la Tabla 7 y el Apéndice A).

Las categorías de calificación, según lo anterior, adaptadas a las necesidades de esta investigación fueron: Prácticas: muy saludable (MS), saludable (S), poco saludable (PS) y no saludable (NS). Estas categorías se establecieron en términos de la frecuencia de las prácticas ejecutadas (ver Tabla 8).

-Creencias: muy alto (MA), alto (A), bajo (B) y muy bajo (MB). Estas categorías se establecieron según el grado de presencia de creencias favorables o desfavorables a la salud (ver Tabla 9).

Tabla 5

Rangos de calificación del cuestionario para las creencias

Prácticas Dimensión	Rangos			
	No saludables	Poco saludables	Saludables	Muy saludables
Condición, actividad física y deporte	5-8	9-12	13-16	17-20
Recreación y manejo del tiempo libre	4-6	7-9	10-12	13-16
Autocuidado y cuidado médico	13-22	23-32	33-42	43-52
Hábitos alimenticios	7-12	13-18	19-24	25-28
Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas	11-18	19-26	27-34	35-44
Sueño	7-12	13-18	19-24	25-28

Tabla 6

Rangos de calificación general del cuestionario de estilo de vida

Estilo de vida	Rangos de calificación
Muy saludable	348-464
Saludable	261-347
Poco saludable	174-260
No saludable	116-173

Tabla 7

Numeración de las preguntas del cuestionario

Dimensión	Prácticas	Creencias
Condición, actividad física y deporte	1-6	41-45
Recreación y manejo del tiempo libre	7-11	46-49.
Hábitos alimenticios	12-28	50-56.
Bebidas	29-30	57-58.
Sueño	31-40	59-64.

Tabla 8

Rangos de calificación de las dimensiones de prácticas

Prácticas Dimensión	Rangos de calificación			
	No saludables	Poco saludables	Saludables	Muy saludables
Condición, actividad física y deporte	6-10	11-15	16-20	21-24
Recreación y manejo del tiempo libre	5-8	9-12	13-16	17-20
Hábitos alimenticios	17-29	30-42	43-54	55-68
Bebidas	2-3	4-5	6-7	8
Sueño	10-17	18-25	26-33	34-40

Tabla 9

Rangos de calificación de las dimensiones de creencias

Creencias Dimensión	Rangos de calificación			
	Muy bajo	Bajo	Alto	Muy alto
Condición, actividad física y deporte	5-8	9-12	13-16	17-20
Recreación y manejo del tiempo libre	4-6	7-9	10-12	13-16
Hábitos alimenticios	7-12	13-18	19-24	25-28
Bebidas	2-3	4-5	6-7	8
Sueño	6-10	11-15	16-20	21-24

Nota: Adaptado de Arrivillaga y Salazar (2005).

Las categorías de calificación del estilo de vida por dimensión fueron las siguientes: estilo de vida muy saludable (EVMS), estilo de vida saludable (EVS), estilo de vida poco saludable (EVPS) y estilo de vida no saludable (EVNS). Estas categorías resultan de diferentes cruces entre los resultados obtenidos en las prácticas y los resultados obtenidos en las creencias (ver Tabla 3). Los rangos de calificación que definen el estilo de vida para todo el cuestionario se muestran en la Tabla 10.

Tabla 10

Rangos de calificación general del cuestionario de estilo de vida

Estilo de vida	Rangos de calificación
Muy saludable	208 - 256
Saludable	160 - 207
Poco saludable	112 - 159
No saludable	64-111

Nota: Adaptado de Arrivillaga y Salazar (2005).

Datos antropométricos: Evaluación de Aptitud Física

Para la recolección de datos antropométricos, se utilizó el formato de evaluación (ver Apéndice B) elaborado por el personal de la Universidad de Montemorelos para obtener los datos personales de los estudiantes, nombre(s) y apellido(s), carrera, semestre, matrícula, fecha de nacimiento, edad, sexo, residencia, correo electrónico y signos vitales (frecuencia cardíaca y respiratoria), dieta (vegetariana y no vegetariana) y antropometría (talla, peso, IMC, porcentaje de grasa y circunferencia abdominal). De este cuestionario se tomaron los datos demográficos y las medidas de talla, peso e IMC. El peso se obtuvo de la medición en los sujetos vestidos con ropa ligera y descalzos sobre una balanza electrónica (Homedics, Model Number: SC-565C, 3000 Pontiac Trail). La talla se realizó en el sujeto de pie, con los pies descalzos juntos y con la espalda recta, con la ayuda de un tallímetro mecánico telescópico (SECA 222). Una vez obtenidas estas medidas, se calculó el IMC según la fórmula: peso (Kg)/altura (m)². Los participantes se clasificaron, según su IMC, en diferentes grupos establecidos por la Organización Mundial de la Salud, para valorar la prevalencia de peso insuficiente, peso normal, sobrepeso y obesidad.

La prueba piloto fue realizada en 57 estudiantes de primer ingreso del ciclo escolar 2013-2014. Específicamente, la Facultad de teología (FATAME) y la Escuela de Ciencias Estomatológicas (FACEST) y dos licenciaturas de FACSA (QCB y Nutrición) para verificar la validez del *Cuestionario de Prácticas y Creencias sobre Estilos de Vida* (Arrivillaga, Salazar y Gómez, 2005), que fue adaptado para este contexto estudiantil, con la autorización de sus autores.

Operacionalización de hipótesis y variables

Para el análisis de las variables, a continuación se presenta una breve descripción y los instrumentos de evaluación con los cuales se midieron cada una de éstas (ver Tablas 11 y 12).

Recolección de datos

La recolección de los primeros datos se llevó a cabo de la siguiente manera: Se estableció contacto con el coordinador de la materia Estilo de Vida Saludable de la Universidad de Montemorelos, Nuevo León y se le dio a conocer los objetivos de la investigación, solicitando su apoyo para la realización del estudio.

1. El coordinador indicó que se busque a cada maestro que imparte este curso en las diferentes facultades y escuelas escogidas para la investigación, tales como Facultad de Ciencias de la Salud (FACSA), Facultad de Ingeniería y Tecnología (FI-TEC), Facultad de Ciencias Administrativas (FACAD), Escuela de Arte y Comunicación (ARTCOM), Escuela de Música (ESMUS), Facultad de Educación (FACED) y Facultad de Psicología (FAPSI).

2. Se pidió a los maestros un espacio dentro de la clase de Estilo de Vida Saludable; se especificó la fecha, la hora y el número de encuestas para la aplicación.

Tabla 11

Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición instrumental	Definición operacional
Prácticas de estilo de vida	Conjunto de actitudes o comportamientos cotidianos que realiza una persona o un grupo con determinada frecuencia.	Cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida (Arrivillaga, Salazar y Gómez, 2002): Se midió la variable práctica de estilos de vida, por medio de los puntajes del sujeto, en los siguientes numerales así distribuidos: -Condición, actividad física y deporte: puntos 1-6. -Recreación y manejo del tiempo libre: puntos 7-11. -Hábitos alimenticios: puntos 12-17. -Bebidas: puntos 29-30 -Sueño: puntos 31-40	Cuestionario a través de una escala de Likert Se categorizó de la siguiente forma: 1= Nunca 2= Algunas veces 3=frecuentemente 4=siempre
Creencias de estilo de vida saludable	Conjunto de conceptos, enunciados y explicaciones acerca del diario vivir de una persona o una comunidad	Cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida (Arrivillaga, Salazar y Gómez, 2002): Se midió la variable creencias de estilos de vida, por medio de los puntajes del sujeto en los siguientes numerales, así distribuidos: -Condición, actividad física y deporte: puntos 41-45. -Recreación y manejo del tiempo libre: puntos 46-49. -Autocuidado y cuidado médico: no se tomo en cuenta para este estudio. -Hábitos alimenticios: puntos 50-56. -Bebidas: puntos 57-58 -Sueño: puntos 59-64	Cuestionario a través de una escala de Likert Se categorizo de la siguiente forma: 1= Totalmente en desacuerdo 2= en desacuerdo 3=Acuerdo 4=Totalmente de acuerdo
Nivel socio-económico familiar	Medida económica, basada en los ingresos, educación y empleo de los padres	En los datos demográficos del Cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida (Arrivillaga, Salazar y Gómez, 2002): NSE bajo: hasta 3 veces el salario mínimo; NSE medio: 4 - 20 salarios mínimos y NSE alto: más de 20 veces salario mínimo mensual	Se categorizo de la siguiente forma: 1=NSE Bajo 2=NSE medio 3=NSE Alto
Índice de masa corporal	Medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo	Cuestionario de evaluación de aptitud física, sesión antropometría	1=Infrapeso :<18,5 2=Peso Normal: 18,5 a 24,9 3=Sobrepeso: 25 a 29,9 4=Obesidad: >30

Tabla 12

Operacionalización de hipótesis y variables

Hipótesis nula	Variable	Tipo	Nivel de medición	Valores o categorías	Instrumento	Prueba de significación estadística
No existe relación entre creencias y prácticas de estilo de vida, manifestadas por alumnos que cursaron la materia Estilo de Vida Saludable, en la UM, durante el periodo escolar 2013-2014.	Creencias de estilo de vida	VI	De intervalo	64-256	Prácticas y creencias sobre estilos de vida	Correlación de Pearson
No existe relación entre creencias y prácticas de estilo de vida, manifestadas por alumnos que cursaron la materia Estilo de Vida Saludable, en la UM, durante el periodo escolar 2013-2014.	Prácticas de estilo de vida	VI	De intervalo	40-160	Prácticas y creencias sobre estilos de vida	Correlación de Pearson
No existe diferencia de prácticas de estilo de vida de primero y segundo semestres, manifestadas por alumnos que cursaron la materia Estilo de Vida Saludable, en la UM, durante el periodo escolar 2013-2014.	Creencias de estilo de vida de primer semestre		De intervalo	64-256	Prácticas y creencias sobre estilos de vida	Modelo lineal general
No existe diferencia de creencias de estilo de vida de primero y segundo semestres, manifestadas por alumnos que cursaron la materia Estilo de Vida Saludable, en la UM, durante el periodo escolar 2013-2014.	Prácticas de estilo de vida de segundo semestre		Nominal	40-160	Registro	
No existe relación entre el Nivel Socioeconómico (NSE) y las prácticas de estilos de vida manifestadas por alumnos que cursaron la materia Estilo de Vida Saludable, en la UM, durante el periodo escolar 2013-2014 presentan relación significativo	Nivel socioeconómico practicas	VI	Ordinal	Bajo Medio Alto	Datos demográficos del cuestionario Prácticas y Creencias sobre Estilos de Vida	Correlación de rho de Spearman

No existe relación entre el Nivel Socioeconómico (NSE) y las prácticas de estilos de vida manifestadas por alumnos que cursaron la materia Estilo de Vida Saludable, en la UM, durante el periodo escolar 2013-2014 presentan relación significativo	Nivel socio-económico creencias	VD	De intervalo	Bajo Medio Alto	Datos demográficos del cuestionario Prácticas y Creencias sobre Estilos de Vida	Correlación de rho de Spearman
No existe relación entre el IMC y las prácticas en estilos de vida manifestadas por alumnos que cursaron la materia Estilos de Vida Saludable en los estudiantes de la facultad de salud, en la UM 2013 a 2014.	Índice de masa corporal y las prácticas de estilo de vida	VI	De intervalo	1= Desnutrición: <18.5 a 24.9 2= Peso Normal: 18.5 a 24.9 3= Sobrepeso: 25 a 29.9 4= Obesidad:>30	Cuestionario Evaluación de Aptitud Física	Correlación de Pearson
No existe relación entre el IMC y las creencias en estilos de vida manifestadas por alumnos que cursaron la materia Estilos de Vida Saludable en los estudiantes de la facultad de salud, en la UM 2013 a 2014.	Índice de masa corporal y las creencias de estilo de vida	VI	De intervalo	1= Desnutrición: <18.5 a 24.9 2= Peso Normal: 18.5 a 24.9 3= Sobrepeso: 25 a 29.9 4= Obesidad:>30	Cuestionario Evaluación de Aptitud Física	

3. Se realizó la aplicación de las encuestas a cada grupo, según lo acordado; se realizó una explicación detallada del contenido y distribución de ítems del instrumento, respondiendo a las dudas que surgieron.

4. Se les pidió responder de manera individual y con la mayor honestidad.

5. La aplicación se realizó de manera personal en cada aula de clase.

La segunda medición, para el segundo semestre del ciclo escolar 2013-2014, se realizó de la misma manera que para el primer semestre, excepto que esta vez se pidió permiso a cada director de facultad para localizar a todos los estudiantes.

Concentración de datos

La recopilación de los datos fue hecha por la estudiante de maestría en Salud Pública, para un total de 140 personas. La concentración de los datos fue realizada con la hoja electrónica Excel de Microsoft; las variables cualitativas y cuantitativas fueron nombre y apellidos para efectos de la correlación, número de matrícula en la Universidad de Morelos, edad, género, residencia, talla, peso, IMC, NSE y 64 preguntas del Cuestionario de Prácticas y Creencias sobre Estilos de Vida. Algunas de estas preguntas fueron codificadas como se muestra en la Tabla 13.

Las preguntas 1 a la 40 del Cuestionario de Prácticas y Creencias sobre Estilos de Vida evaluaron prácticas de estilo de vida. Se obtuvieron respuestas según la escala de Likert de la siguiente forma: 1, Nunca; 2, Algunas veces; 3, frecuentemente y 4, siempre.

Las preguntas 41 a 64 del Cuestionario de Prácticas y Creencias sobre Estilos de Vida evaluaron creencias de estilo de vida. Se obtuvieron respuestas según la

escala de Likert de la siguiente forma: 1, totalmente en desacuerdo; 2, en desacuerdo; 3, Acuerdo y 4, Totalmente de acuerdo.

Análisis de datos

Para fines de la presente investigación se utilizó el paquete estadístico Statistical Package for the social Sciences (IBM SPSS Versión 22 para Mac), que permitió analizar de manera confiable los datos que se recolectaron.

Tabla 13

Codificación de preguntas sociodemográficas

Variable	Codificación
Género	Femenino=1 Masculino=0
Nivel socioeconómico	NSE bajo= 1 NSE medio= 2 NSE alto=3
IMC	Infrapeso :<18,5 = 1 Peso normal: 18,5 a 24,9 = 2 Sobrepeso: 25 a 29,9= 3 Obesidad: >30 =4

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

En el presente capítulo se muestran los resultados que se obtuvieron al analizar los datos de esta investigación.

El objetivo principal de este estudio fue conocer la relación entre las prácticas y las creencias del estilo de vida, manifestadas por alumnos que cursaron la materia, Estilo de Vida Saludable, de la UM, durante el periodo escolar 2013-2014.

El capítulo se divide en dos secciones. En la primera sección, se presentan los datos descriptivos demográficos (género, edad, facultades, IMC y NSE) de los sujetos estudiados y las estadísticas descriptivas de las variables tomadas en cuenta en esta investigación. En la segunda sección, se presentan los resultados de la pruebas estadísticas a las cuales fueron sometidas las hipótesis del estudio.

Descripción de datos demográficos

La población de estudiantes que se inscribieron en la materia de Estilo de Vida Saludable, del periodo escolar 2013-2014, de la Universidad de Montemorelos, Nuevo León, México, fue un total de 345 estudiantes pertenecientes a los 24 diferentes programas de pregrado que ofrece la universidad. La selección de la muestra se hizo por conveniencia; solo se escogieron estudiantes de las siguientes facultades y escuelas: Facultad de Ciencias de la Salud (FACSA), Facultad de Ingeniería y Tecnología (FITEC), Facultad de Ciencias Administración (FACAD), Escuela de Arte y

Comunicación (ARTCOM), Escuela de Música (ESMUS), Facultad de Educación (FACED), Facultad de Psicología (FAPSI), la muestra quedó conformada por un total de 214 estudiantes. De ellos, solo respondieron 140 estudiantes el instrumento y completaron sus registros antropométricos en las dos ocasiones.

Género

La distribución de los alumnos por género corresponde en 51.43% a mujeres y en un 48.57% a hombres.

Rangos de edad

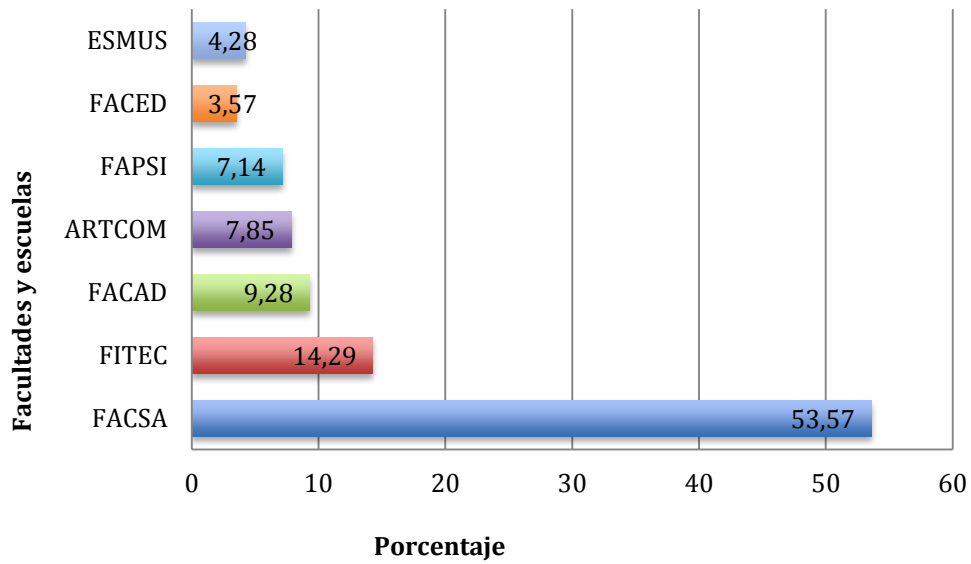
Los estudiantes participantes se hallaban en un rango de 16 a 40 años. El 81.4% ($n = 114$) tenían entre 16 y 20 años, el 13.6% ($n = 19$) entre 21 y 25 años, 1.4% ($n = 2$) entre 26 y 30 años, el 2.9% ($n = 4$) 31 y 35 años y solo un estudiantes de género masculino entre el rango de 36-40 años (0.7%).

Estudiantes por facultades y escuelas

En la Figura 3 se muestra la proporción de estudiantes participantes y las carreras o facultades que representan. La Facultad de Ciencias de la Salud (FACSA) concentra la mayor participación.

IMC durante el primero y segundo semestres

Es importante observar que el diagnóstico de la condición nutricia a partir del IMC global se mantiene tanto en hombres como en mujeres, en ambas mediciones, tanto la condición de normalidad como el sobrepeso. Tienden a incrementarse la obesidad hacia el segundo semestre (de 9.37% a 10.15%), mientras que la condición de desnutrición se reduce al segundo semestre (de 7% a 6.25%) (ver Figura 4).



ESMUS=Escuela de Música; FACED=Facultad de Educación; FAPSI=Facultad de psicología; ART-COM=Arte y Comunicación; FACAD=Facultad de Administración; FITEC=Facultad de Ingeniería y Telecomunicaciones; FACSA= Facultad de Salud.

Figura 3. Distribución de los participantes del estudio por facultad.

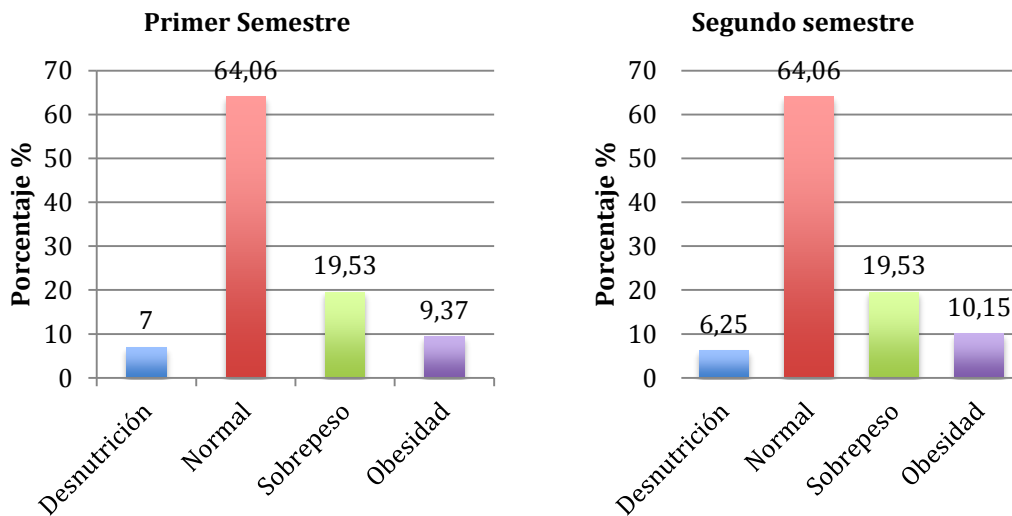


Figura 4. Diagnóstico nutricional a partir de IMC en participantes durante la evaluación de primero y segundo semestres.

Condición nutricia basada en el IMC y el género

Al evaluar la condición nutricia, basada en el IMC y género, se puede observar que la condición de *IMC normal* es predominante en hombres, así como la frecuencia de obesidad, mientras que en las mujeres es más predominante la condición de sobrepeso y desnutrición, como se muestra en la Tabla 14.

Tabla 14

Condición nutricia basada en el IMC, por género y semestre

Género	Condición nutricia basada en el IMC							
	IMC %							
	Desnutrición		Normal		Sobrepeso		Obeso	
	n	%	n	%	n	%	n	%
H-1S	3	4.8%	43	68.3%	9	14.3%	8	12.7%
H-2S	3	4.8%	42	66.7%	10	15.9%	8	12.7%
M-1S	6	9.2%	39	60%	16	24.6%	4	6.2%
M-2S	5	7.7%	40	61.5%	15	23.1%	5	7.7%

H-1S= Hombres primer semestre; H-2S= Hombres segundo semestre; M-1S= Mujeres primer semestre; M-2S= Mujeres segundo semestre.

El 4.8% de la población masculina no modificó su condición de desnutrición en la segunda medición, pero disminuyó su condición de normalidad de 68.3% a 66.7%. El sobrepeso se incrementó de 14.3% a 15.9% y la condición de obesidad se mantuvo constante con los mismos valores (12.7%) en ambas mediciones.

En la población femenina, la condición de desnutrición disminuye en la segunda medición de 9.2% a 7.7%, mientras que el IMC normal se incrementó en la segunda medición de 60% a 61.5%. Por otro lado, el sobrepeso disminuyó de 24.6% a 23.1%; sin embargo, la condición de obesidad se incrementó de 6.2% a 7.7%. En general se puede observar para el segundo semestre la tendencia de incremento de sobrepeso en hombres y de obesidad para mujeres.

Nivel socioeconómico

La población estudiantil que refiere encontrarse en el NSE medio corresponde a 72.10% de estudiantes, el 20% pertenece a un NSE bajo y solo el 8% a un NSE alto, de acuerdo con las categorías evaluadas en el instrumento (ver Figura 5).

Nivel socioeconómico por género

El NSE medio, como se expresó en la Figura 5, es el que presentó mayor porcentaje de forma general. En relación al género, se mostró mayor porcentaje en mujeres (80.6%), mientras que los hombres presentaron mayor porcentaje en el NSE alto (7.4%) que las mujeres (1.4%). En el NSE bajo también presentaron ligeramente mayor porcentaje los hombres (23.5%) que las mujeres (18.1%) (ver Tabla 15).

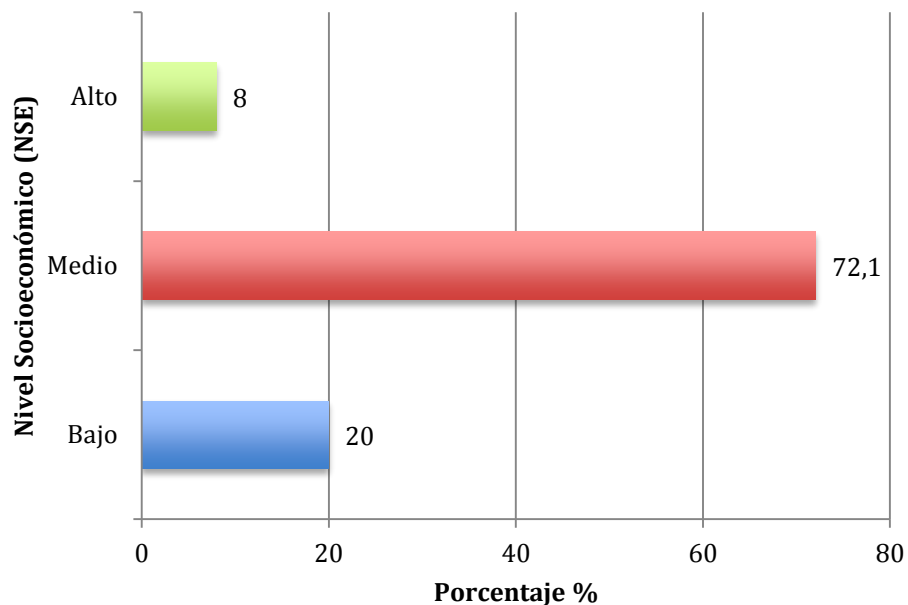


Figura 5. Distribución de los participantes por nivel socioeconómico.

Tabla 15

Distribución de la muestra por nivel socioeconómico y género

	Nivel socioeconómico							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
Género	n	%	n	%	n	%	N	%
Hombres	16	23.5%	47	69.1%	5	7.4%	68	100%
Mujeres	13	18.1%	58	80.6%	1	1.4%	72	100%
Total	29	20.7%	105	75%	6	4.3%	140	100%

Estadísticas descriptivas de las variables

Prácticas de condición física, actividad física, deporte y género

Al evaluar las prácticas de condición física, actividad física y deporte en primer y segundo semestres, como dato importante se observa que los hombres incrementaron la condición de no saludable de 7.4% a 10.3%; sin embargo, en las mujeres se observa una disminución de 16.7% a 13.9%. Los hombres mantuvieron en ambos semestres su condición de poco saludable (48.5%), las mujeres disminuyeron 59.7% a 55.6% de un semestre a otro. En la categoría de saludable las mujeres incrementaron notablemente de 22.2% a 30.6% a diferencia de los hombres que disminuyeron 38.2% a 30.9%. Sin embargo, en la categoría muy saludable los hombres incrementaron su condición de 5.9% a 10.3% y en las mujeres no se observó modificación alguna.

El análisis de datos a partir de la prueba chi cuadrada para observar la relación de variables género, por semestre y prácticas de condición física, actividad física y deporte, se realizó lo siguiente:

Se observó una relación significativa durante el primer semestre ($\chi^2 = 8,272$, $p = .041$) y un valor ligeramente reducido en el segundo semestre ($\chi^2 = 8,116$, $p =$

.044). Esto indicó que las diferencias con respecto a la salud entre hombres y mujeres fueron estadísticamente significativas, siendo el género masculino el más saludable en el área de prácticas de condición física, actividad física y deporte en los dos semestres evaluados (ver Tabla 16).

Tabla 16

Prácticas de condición física, actividad física y deporte por género

Género/Semestre	No saludable		Poco saludable		Saludable		Muy saludable	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Hombres 1 semestre	5	7.4%	33	48.5%	26	38.2%	4	5.9%
Hombres 2 semestre	7	10.3%	33	48.5%	21	30.9%	7	10.3%
Mujeres 1 semestre	12	16.7%	43	59.7%	16	22.2%	1	1.4%
Mujeres 2 semestre	10	13.9%	40	55.6%	22	30.6%	0	0%

Creencias de recreación y manejo del tiempo libre y género

Al evaluar las creencias de recreación y manejo del tiempo libre, primer y segundo semestre y género, como dato importante se observa que los hombres no presentaron registro en la condición creencias muy bajas. Tampoco las mujeres, excepto en el primer semestre, con un registro que corresponde a 1.4%. Los hombres disminuyeron su condición de bajas creencias de 5.9% a 2.9% y las mujeres solo presentaron un dato en primer semestre de 1.4%. En altas creencias se presentó aumento en género masculino de 35.30% a 39.7%, mientras que en las mujeres disminuyó de 26.4% a 20.8%. En el criterio de muy altas creencias se disminuyó, en el género masculino de 58.8 a 57.40%, mientras que en las mujeres aumentó de 70.8% a 79.20% (ver Tabla 17).

Tabla 17

Creencias de recreación y manejo del tiempo libre por género

Género	Muy bajo		Bajo		Alto		Muy alto	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Hombres 1 semestre	0	0%	4	5.90%	24	35.30%	40	58.80%
Hombres 2 semestre	0	0.00%	2	2.90%	27	39.70%	39	57.40%
Mujeres 1 semestre	1	1.40%	1	1.40%	19	26.40%	51	70.80%
Mujeres 2 semestre	0	0%	0	0%	15	20.80%	57	79.20%

Por medio del análisis de chi cuadrado por género, semestre y creencias de recreación y manejo del tiempo libre. Con el fin de saber qué grupo estuvo más saludable en cuanto a género y semestre de estudio. Los datos arrojados mediante una prueba de relación de frecuencias con chi cuadrada indicaron en el segundo semestre un nivel de probabilidad significativo ($\chi^2 = 8,696$, $p = .013$). Se observó que las diferencias con respecto a la salud entre hombres y mujeres fueron estadísticamente significativas, favoreciendo al género femenino con más altas creencias de recreación y manejo del tiempo libre, en el segundo semestre.

Prueba de hipótesis

Con la prueba de hipótesis se buscó conocer la asociación entre las prácticas y las creencias de los estudiantes que cursaron la asignatura de Estilo de Vida Saludable, durante el periodo escolar 2013-2014 y su relación con el NSC y el IMC.

Prácticas y creencias de primer semestre

H₁: Existe relación entre las prácticas y creencias de estilo de vida, manifestadas por alumnos de primer ingreso de la UM, que cursaron la materia Estilo de Vida Saludable, durante el periodo escolar 2013-2014.

Se utilizó la correlación de r Pearson para analizar la relación que existe entre las prácticas y las creencias del primer semestre. Se encontró una relación significativa entre prácticas y creencias de recreación y manejo del tiempo libre ($r = .165$, $p = .051$), hábitos alimentarios ($r = .239$, $p = .004$) y bebidas ($r = .249$, $p = .003$). Pero no se encontró relación significativa entre las prácticas y creencias de condición, actividad física, deporte y sueño.

Por otra parte existe relación significativa entre las prácticas de consumo de bebidas saludables y las creencias de la condición, actividad física y deporte ($r = .165$, $p = .052$) con hábitos alimentarios ($r = .249$, $p = .003$) (ver Tabla 17).

Prácticas y creencias de segundo semestre

Se continuó presentando para segundo semestre una relación significativa de las mismas dimensiones que en primer semestre. Pero todas presentaron una mayor relación significativa de prácticas y creencias de recreación y manejo del tiempo libre ($r = .205$, $p = .015$), hábitos alimenticios ($r = .329$, $p = .000$) y bebidas ($r = .434$, $p = .003$). De igual forma que en el primer semestre no se encuentra relación significativa entre prácticas y creencias de sueño.

Además, se encontraron otras relaciones significativas entre: pocas prácticas de condición y actividad física y deporte y creencias de recreación y manejo del tiempo libre ($r = -.246$, $p = .003$) y creencias de hábitos alimenticios ($r = -.244$, $p = .004$). También, prácticas de recreación y manejo del tiempo libre y creencias de condición, actividad física y deporte ($r = .185$, $p = .029$) y creencias de hábitos alimenticios ($r = .184$, $p = .030$). Igualmente, prácticas de hábitos alimenticios y creencias de

bebidas ($r = .215$, $p = .011$) y por último, prácticas de bebidas muy saludables y creencias de hábitos alimenticios ($r = .434$, $p = .000$) (ver Tabla 18).

Diferencia de prácticas de estilo de vida entre primero y segundo semestre

H₂: No existe diferencia entre prácticas de estilo de vida de primer a segundo semestre manifestadas por alumnos de primer ingreso de la UM, que cursaron la materia Estilo de Vida Saludable, durante el año escolar 2013-2014.

Tabla 18

Matriz de correlación de prácticas y creencias de primero y segundo semestres

Prácticas	Creencias									
	Condición de actividad física y deporte		Recreación y manejo del tiempo libre		Hábitos alimenticios		Bebidas		Sueño	
	1s	2s	1s	2s	1s	2s	1s	2s	1s	2s
Análisis estadístico	.670	.184	.690	.003	.860	.004	.224	.090	.965	.584
Condición de actividad física y deporte										
Recreación y manejo del tiempo libre	.070	.029	.051	.015	.147	.030	.231	.840	.272	.402
Hábitos alimenticios	.307	.064	.430	.009	.004	.000	.063	.011	.535	.615
Bebidas	.052	.155	.263	.246	.002	.003	.003	.000	.577	.835
Sueño	.072	.990	.795	.167	.963	.497	.691	.338	.372	.056

Para verificar la diferencia entre prácticas de estilo de vida del primero al segundo semestre se utilizó el modelo lineal general. Al comparar la media general del primer semestre con la del segundo semestre ($\bar{X}_1 = 22.77$, $\bar{X}_2 = 22.59$) se presentó una ligera disminución de prácticas de estilo de vida, pero no se encontró diferencia significativa ($F = 1,122$, $p = .291$). Comparado por dimensiones, solo dos dimensiones mostraron diferencia significativa: aumento de creencias de consumo de *bebidas*

($\bar{X}_1 = 7.28$ $\bar{X}_2 = 7.48$), con diferencia significativa ($F = 5.041$, $p = .026$) y aumento de creencias en sueño para el segundo semestre según la media ($\bar{X}_1 = 27.66$ $\bar{X}_2 = 26.81$) con una diferencia significativa ($F = 10.191$, $p = .002$) (ver Tabla 19).

Tabla 19

Relación de prácticas y creencias de estilo de vida de primer y segundo semestre

Modelo lineal general	\bar{X}_1	\bar{X}_2	F	p
Prácticas 1 y 2 semestres (general)	22.72	22.59	1.122	0.291
Condición de actividad física y deporte	14.37	14.34	0.022	.883
Recreación y manejo del tiempo libre	13.52	13.59	0.104	.748
Hábitos alimenticios	50.77	50.75	0.003	.955
Bebidas	7.28	7.48	5.041	.026
Sueño	27.66	26.81	10.191	.002

Diferencia de creencias de estilo de vida
primero y segundo semestres

H₃: Existe diferencia entre creencias de estilo de vida de primer a segundo semestre manifestadas por alumnos de primer ingreso de la UM, que cursaron la materia Estilo de Vida Saludable, durante el año escolar 2013-2014.

Para verificar la diferencia entre creencias de primero y segundo semestres se utilizó el modelo lineal general. Se encontró de forma general diferencia significativa ($F = 6.882$, $p = .010$), entre las medias ($\bar{X}_1 = 15.45$, $\bar{X}_2 = 15.84$). Hubo un aumento de creencias de estilo de vida para el segundo semestre.

Se presentó una relación significativa en la *condición, actividad física y deporte* ($F = 3.992$, $p = .048$), con aumento para segundo semestre, según la media ($\bar{X}_1 = 17.16$, $\bar{X}_2 = 17.61$). De la misma forma en bebidas ($F = 16.834$, $p = .000$), mostrando

aumento en las medias ($\bar{X}_1 = 6.15$, $\bar{X} = 6.65$), y sueño ($F = 6.896$, $p = .010$), mostrando aumento de creencias ($\bar{X}_1 = 18.36$, $\bar{X}_2 = 19.01$) (ver Tabla 20).

Se utilizó la correlación de rho de Spearman para analizar la relación entre creencias de primer y segundo semestre y NSE. Se evidenció relación significativa entre creencias el primer semestre y el NSE bajo ($\rho = -.186$, $p = .028$). A través de un diagrama de cajas se muestra que un NSE alto se relaciona con bajas creencias de estilo de vida y un NSE bajo se relaciona con altas creencias. No se presentó relación significativa ($\rho = -.016$, $p = .847$) en creencias del segundo semestre (ver Figura 6).

Relación entre el NSE y las prácticas de estilo de vida

H4: No existe relación entre el nivel socioeconómico y las prácticas de estilos de vida manifestadas por alumnos que cursaron la materia Estilo de Vida Saludable, durante el año escolar 2013-2014.

Se utilizó la correlación rho de Spearman para analizar la relación entre prácticas de primero y segundo semestres e IMC. No se evidenció relación significativa ($\rho = -.112$, $p = .189$) con el NSE.

Tabla 20

Relación de prácticas y creencias de estilo de vida de segundo semestre

Modelo lineal general	\bar{x}_1	\bar{x}_2	F	p
Creencias 1 y 2 semestre (general)	15.45	15.84	6.882	0.010
Condición de actividad física y deporte	17.16	17.61	3.992	0.048
Recreación y manejo del tiempo libre	13.14	13.24	0.280	0.598
Hábitos Alimenticios	22.45	22.71	0.715	0.399
Bebidas	6.15	6.65	16.834	0.000
Sueño	18.36	19.01	6.896	0.010

H₅: Existe relación entre el nivel socioeconómico bajo y las creencias de primer semestre estilos de vida manifestadas por alumnos que cursaron la materia Estilo de Vida Saludable, durante el año escolar 2013-2014.

Se utilizó la correlación de rho de Spearman para analizar la relación entre creencias de primer y segundo semestre y NSE. Se evidenció relación significativa entre creencias el primer semestre y el NSE bajo ($\rho = .028$, $p = -.186$). A través de un diagrama de cajas se muestra que un NSE alto se relaciona con bajas creencias de estilo de vida y un NSE bajo se relaciona con altas creencias. No se presentó relación significativa ($\rho = .847$, $p = -.016$) en creencias del segundo semestre (ver Figura 6).

Relación del IMC con prácticas de estilo de vida de primer semestre

H₆: Existe relación entre el índice de masa corporal y las prácticas de bebidas de estilos de vida, manifestadas por alumnos de primer semestre de la UM, que cursaron la materia Estilo de Vida Saludable, durante el año escolar 2013-2014.

El diagrama de dispersión muestra que existe una tendencia: a mayor IMC, menores practicas saludables de bebidas de primer semestre. Igualmente en segundo semestre pero se muestra una mayor concentración de participantes en relación de IMC normal y mayores creencias de bebidas (ver Figuras 7 y 8).

Relación del IMC con prácticas de estilo de vida de segundo semestre

H₇: Existe relación entre el índice de masa corporal y creencias de estilos de vida, manifestadas por alumnos de segundo semestre de la UM, que cursaron la materia Estilo de Vida Saludable, durante el año escolar 2013-2014.

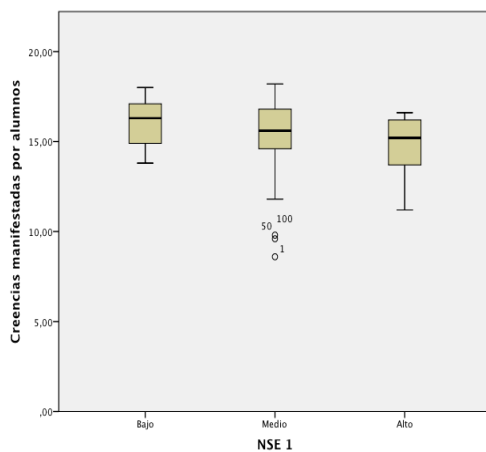


Figura 6. Relación entre NSE y creencias de primer semestre.

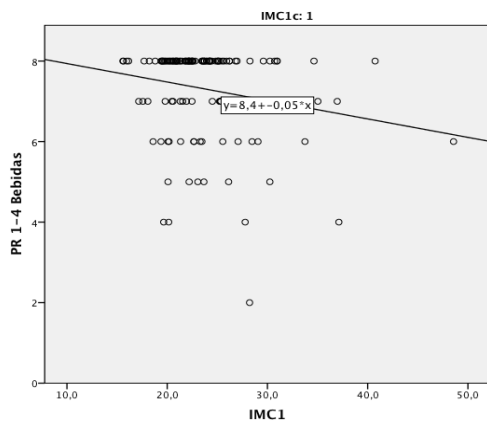


Figura 7. Diagrama de dispersión de IMC y prácticas de bebidas del primer semestre.

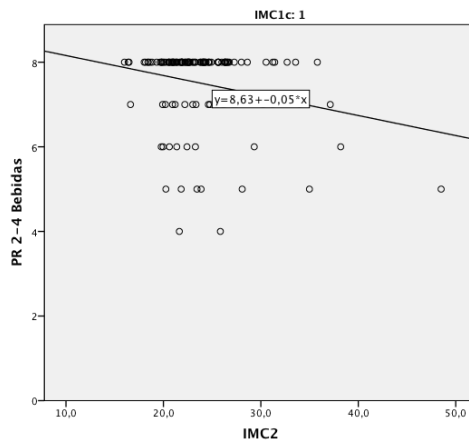


Figura 8. Diagrama de dispersión de IMC y prácticas de bebidas del segundo semestres.

Para verificar la relación entre el IMC y las creencias de estilo de vida se utilizó la correlación r de Pearson. Se encontró una relación significativa solo entre creencias de *bebidas* e IMC en el segundo semestre ($r = .034$, $p = -.188$) (ver Tabla 21).

A mayor IMC, se presentan menores creencias saludables de bebidas en estudiantes de segundo semestre (ver Figura 9).

Tabla 21

Matriz de correlación entre IMC y creencias de estilo de vida de primero y segundo semestres

Semestre IMC	Condición de activi- dad física y deporte	Recreación y manejo del tiempo libre	Hábitos alimentarios	Bebidas	Sueño
IMC	.727	.314	.513	.205	.559
Primer semestre IMC	.772	.239	.196	.034	.352
Segundo semestre					

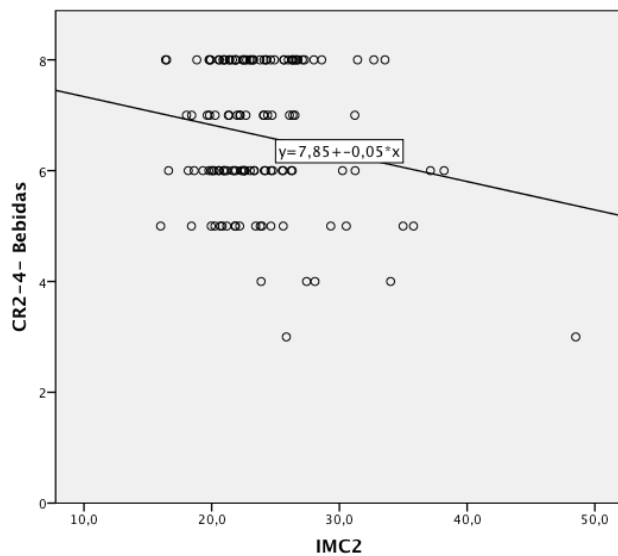


Figura 9. Diagrama de dispersión de IMC y creencias de bebidas del segundo semestre.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN, CONCLUSIONES, Y RECOMENDACIONES

El desarrollo de la presente investigación tuvo el propósito de responder la siguiente pregunta: ¿Existe relación entre las prácticas y creencias del estilo de vida, manifestadas por alumnos, de la UM, que cursaron la materia Estilo de Vida Saludable, durante el año escolar 2013-2014?

De la pregunta de investigación se derivan los propósitos del estudio: (a) conocer la relación que existe entre las prácticas y las creencias de estilo de vida de estudiantes universitarios que cursan la materia Estilo de Vida Saludable, (b) conocer la diferencia entre las practicas y las creencias de primer a segundo semestre y (c) conocer la relación de las prácticas y creencias con el NSE e IMC.

El presente estudio se realizó durante el curso escolar 2013-2014 en la UM del estado de Nuevo León, a 140 estudiantes que cursaron la materia Estilo de Vida Saludable, en donde se buscó conocer la relación de prácticas y creencias de estilo de vida y también su relación con el IMC y el NSE.

Se encontró una relación significativa entre lo que los estudiantes creen y lo que practican en las dimensiones: recreación y manejo del tiempo libre, hábitos alimenticios y bebidas en primero y segundo semestres.

Se presentó una ligera disminución de prácticas de estilo de vida de primer a segundo semestre, pero sin encontrarse diferencia significativa. Mientras que si hubo un aumento significativo de creencias (condición de actividad física y deporte, bebidas y sueño) de estilo de vida para segundo semestre.

Se presentó una relación significativa de NSE bajo con altas creencias generales, solo en primer semestre.

Los estudiantes que muestran un IMC dirigido a sobrepeso y obesidad realizan menos prácticas saludables respecto al consumo de bebidas durante el primero y segundo semestre así como en las creencias de primer semestre.

Relación entre prácticas y creencias de primero y segundo semestres

En el presente estudio se encontró una relación significativa entre prácticas y creencias saludables de *recreación y manejo del tiempo libre, hábitos alimenticios* y consumo de bebidas. Para el segundo semestre, se observó una relación significativa de las mismas dimensiones (*recreación y manejo del tiempo libre, hábitos alimenticios y bebidas*) que en el primer semestre.

Acerca de la relación de prácticas y creencias, Arrivillaga et al. (2003) conclu-

yen que, en cuanto a la recreación y manejo del tiempo libre, los jóvenes tienen una muy alta presencia de creencias favorables (96.6%). Destaca que coincide con la implementación de las prácticas. Pero sucede lo contrario con hábitos alimenticios. No encuentra una asociación entre prácticas y creencias, Concluye que, en cuanto a la dimensión de hábitos alimenticios, los jóvenes tienen muy alta presencia de creencias favorables (73%). A pesar de ello tienen prácticas alimenticias poco o nada saludables.

En cuanto a la dimensión de sueño, la presente investigación refleja cierta relación entre creencias y prácticas, pero no se presenta una relación significativa, mientras que, en la investigación de Arrivillaga et al. (2003), en la dimensión del sueño el 69.3% de los jóvenes presentaron niveles bajos o muy bajos de presencia de creencias favorables y no coincide con el de las prácticas de sueño, que fueron saludables y muy saludables.

Como conclusión final, Arrivillaga et al. (2003) mencionan que encuentran una incongruencia de la relación que hay entre creencias y prácticas en la mayoría de las dimensiones (condición, actividad física y deporte, recreación y manejo del tiempo libre, autocuidado y cuidado medico, hábitos alimenticios, consume de alcohol, tabaco y otras drogas y sueño). Se encontró que, en la única dimensión donde el comportamiento de los jóvenes es coincidente entre creencias y prácticas, es en la de recreación y manejo del tiempo libre. También indica que el factor cognitivo no siempre actúa como mediador determinante en la ejecución de conductas pro-salud. Mientras que en el presente estudio, de las cinco dimensiones evaluadas, tres se asociaban en creencias y prácticas. Se coincide con la dimensión de recreación y manejo del tiempo libre. En la investigación de Paugh (2005), también se coincide

con una dimensión de la presente investigación. Se observó que los atletas que mejor practican hábitos alimenticios también tenían una mejor comprensión de la nutrición.

Diferencia en prácticas y creencias de primero a segundo semestres

En cuanto a los cambios que pueden darse de un semestre a otro, teniendo en cuenta que en primer semestre los estudiantes cursan la materia de Estilo de Vida Saludable y materia de aptitud física, y para segundo solo la materia de Aptitud Física, se encontró una ligera disminución en cuanto a prácticas de estilo de vida de primero a segundo semestres, pero no se encontró diferencia significativa. Mientras que sí hubo un aumento significativo de creencias de estilo de vida para el segundo semestre.

Kain et al. (2003) mencionan que el compromiso formativo de las universidades debe ser holístico, que trascienda la formación académica y social, para incluir lo que se conoce como Universidad Saludable.

Taylor (2007) menciona que es importante desarrollar intervenciones que ayuden a las personas a poner en práctica conductas saludables y modificar conductas inadecuadas

Heraud (2013) menciona que se han realizado hasta la fecha cinco congresos internacionales de universidades promotoras de la salud, con sede en diferentes países iberoamericanos en donde se han obtenido valiosos aportes para el trabajo de estilos de vida en las comunidades universitarias.

Esta investigación hace un valioso aporte, porque da a conocer la relación de prácticas y creencias de estudiantes del ciclo escolar 2013-2014 que cursaron la ma-

teria de Estilo de Vida Saludable en la UM, pero sobre todo, fomenta la continuidad de la evaluación del programa de salud para la UM y otras universidades.

Relación entre NSE y prácticas y creencias

Se encontró relación entre prácticas de estilo de vida y NSE, en el primer semestre. Se presentó una relación significativa de NSE bajo con altas creencias, solo en el primer semestre. Mientras que Arrivillaga et al. (2003) mencionan lo contrario, el NSE es una variable que acompaña el estilo de vida. Existe relación directamente proporcional: a mayor NSE, mayores creencias favorables. Por su parte, Belloc y Breslow (1972) mencionan que las prácticas de salud comunes tales como horas de sueño, regularidad de las comidas, actividad física, no fumar y beber moderadamente y estado de salud física, se asocian con la salud positiva. Todas las personas que siguieron las buenas prácticas concluyeron con mejor estado de salud, a pesar de tener más edad que los que no lo hicieron. Esta asociación resultó ser independiente de la edad, sexo y nivel económico.

Relación entre IMC y prácticas y creencias

Se encontró una relación significativa entre IMC y prácticas de bebidas en el primer semestre. Las personas con sobrepeso y obesidad se asocian con menores prácticas de bebidas saludables en primero y segundo semestres; igualmente en creencias del primer semestre. En la revisión de Silva y Duran (2014) se menciona que actualmente se observa un consumo excesivo de bebidas azucaradas.

Rodríguez et al. (2009) concluyeron que los mayores niveles de obesidad se asocian al consumo diario de alcohol, siendo los hombres quienes presentan mayor consumo de alcohol. Pero en esta investigación se excluye del cuestionario de eva-

luación, en la dimensión de bebidas, las bebidas alcohólicas, por ser una investigación en una universidad adventista.

Quirantes et al. (2009) mencionan que el 95% de los casos de obesidad tienen una relación importante con el sedentarismo y con hábitos dietéticos que favorecen el balance positivo de energía y el depósito paulatino de masa grasa. La disminución del gasto calórico vital se debe en buena medida a los avances de la sociedad moderna; menos esfuerzo en el proceso productivo, mecanización de las tareas domésticas y deambulación; menor gasto por termorregulación y quizá también, a una menor competencia de los mecanismos de acción dinámico-específica de los alimentos muy elaborados.

Aunque no indica relación con hábitos alimenticios y menos con consumo de bebidas procesadas, Hajian-Tilaki (2007) encontró un aumento de la frecuencia de la obesidad y sobrepeso en la población norte de Irán. Entre las causas principales se halló bajo nivel de actividad y educación, antecedentes familiares de obesidad, matrimonio a edad más temprana y envejecimiento.

Conclusiones

A continuación se plantean las conclusiones que se extrajeron de la presente investigación:

1. En cuanto al IMC de los estudiantes de la UM, pertenecientes a la muestra de estudio, se encontró que el 58.60% están dentro de la categoría de peso normal y el 35.93% de estudiantes en las categorías de sobrepeso, obesidad e infrapeso, mientras que a nivel nacional hay una alta prevalencia en los jóvenes de aumento del IMC. En cuanto a género y su relación con el IMC no se encuentra una diferencia

significativa entre sexos, pero se observa que las mujeres presentan ligeramente mayor incidencia de sobrepeso en primero y segundo semestres (24.6% y 23.1%) en comparación con los hombres (14.3% y 15.9%) y los hombres, mayor obesidad en primero y segundo semestres (12.7%) que las mujeres (6.2% y 7.7%). Igual comportamiento se registra a nivel nacional.

2. Existe relación significativa en tres dimensiones de las cinco estudiadas: hábitos alimenticios, recreación y manejo del tiempo libre y bebidas. Esto revela que la materia Estilo de Vida Saludable y el contexto universitario permite la adopción o mantenimiento de estilos de vida saludable en estas tres dimensiones.

3. Se observa ligera disminución de prácticas (condición de actividad física y deporte) no significativa para el segundo semestre, pero aumento de las creencias saludables (condición de actividad física y deporte, bebidas y sueño). Por tanto, se deben hacer esfuerzos para que, a lo largo de los semestres, este nivel de prácticas no vaya a presentar una disminución significativa, creando entornos que favorezcan la prácticas de estilos saludables.

4. Se observa relación significativa entre el NSE bajo y altas creencias en general de estilo de vida saludable, en primer semestre, pero para segundo semestre no se encuentra relación significativa.

5. Los estudiantes con alteración de IMC (sobrepeso y obesidad) presentan relación con pocas prácticas saludables y bajas creencias de la dimensión de bebidas.

6. Se identifico el nivel de prácticas y creencias de estilos de vida, lo cual favorecerá el posterior diseño de programas que fomenten comportamientos saludables modificando las dimensiones de riesgo.

Recomendaciones

A continuación se enuncian una serie de recomendaciones importantes a partir de los resultados de la presente investigación.

1. Continuar con estudios para identificar los factores que intervienen en la disminución de prácticas en general, pero específicamente en las prácticas de actividad física y deporte. Definir estrategias para generar estudios longitudinales que permitan conocer la dinámica del estilo de vida del estudiante durante la permanencia o estadía en la UM y sea utilizado como control continuo del programa de Estilo de Vida Saludable.

2. Favorecer las condiciones del entorno universitario, para fomentar la práctica de actividad física y deporte, como sería el caso de ciclo-vías, avisos publicitarios, infraestructura de espacios que se tienen para la realización la práctica de ejercicio y deporte (canchas, gimnasio). Así mismo como, crear mayor variedad de deportes a practicar en la materia de aptitud física, con entrenadores o instructores fijos expertos en la materia, que orienten la práctica del ejercicio y supervisen la participación del estudiante.

3. Definir la más adecuada metodología para proveer fundamentos fisiológicos en el estudiante, de modo que se consideren las prácticas de ejercicio, el consumo de bebidas saludables y en general los hábitos alimenticios. Evaluar de manera sistemática el cumplimiento de los objetivos del programa.

4. Vigilar el programa de seguimiento de estudiantes en condición de riesgo nutricional a fin de garantizar la mejoría en las diferentes dimensiones de estilo de vida saludable, específicamente en patrones de bebidas y ejercicio.

5. Proveer al estudiante de un modelaje de estilo de vida saludable institucional. Realizar reflexiones iniciales de los periodos de clase sobre estilos de vida saludables y utilizar como libro texto *El ministerio de curación*.

6. Obtener un compromiso institucional con la implementación del plan estratégico y con la asignación de apoyo económico a la iniciativa. Promover la participación de la UM en los congresos que realiza la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de Salud (RIUPS) para capacitarse en el tema de Universidades Promotoras de Salud (UPS) y en donde se realimente de experiencias de otras universidades, acerca del tema de promoción de estilos de vida saludables.

7. Actualizar y validar un instrumento para las valoraciones futuras en el tema de Estilos de Vida en el contexto de la UM.

APÉNDICE A

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN ADAPTADO

PRÁCTICAS Y CREENCIAS SOBRE ESTILOS DE VIDA

M. Arrivillaga, I.C. Salazar e I. Gómez (2002), adaptado para Universidad de Morelos (2013)

El siguiente cuestionario tiene por objetivo evaluar las prácticas y creencias relacionadas con el estilo de vida saludable. Marque con una "X" la casilla que mejor describa su comportamiento, conteste sinceramente. No existen respuestas ni buenas ni malas.

DATOS DEMOGRÁFICOS							
Nombre(s) y apellido(s): _____							
Matrícula: _____		Género: Masculino ____ Femenino ____					
Su edad en años, está entre: 16-20: ____ 21-25: ____ 26-30: ____ 31-35: ____ 36-40: ____ 41-45 ____ 46-55 ____ 56 o más ____							
Nota: A continuación, especifique el nivel socioeconómico familiar al que pertenece, de acuerdo a los ingresos, teniendo en cuenta las siguientes equivalentes: (Salario mínimo mensual en México \$1,841.00). Marque solo uno.							
Nivel socioeconómico bajo : hasta 3 veces el salario mínimo		_____					
Nivel socioeconómico medio : 4 - 20 salarios mínimos		_____					
Nivel socioeconómico alto : más de 20 veces salario mínimo mensual		_____					
PRÁCTICAS DE ESTILOS DE VIDA:				S i e m p r e			
Por favor elige la respuesta apropiada para cada pregunta. Marque con una X. Elija 1 si es Nunca , 2 si es Algunas veces , 3 si es frecuentemente , 4 si es Siempre .				N u n c a			
CONDICIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE				1	2	3	4
1	Realiza ejercicio, camina, trota o juega algún deporte						
2	Termina el día con vitalidad y sin cansancio						
3	Mantiene el peso corporal estable						
4	Realiza ejercicios que le ayuden al funcionamiento cardíaco (spinning, aeróbicos)						
5	Practica ejercicios que le ayuden a estar tranquilo (meditación, relajación auto-dirigida, artes marciales, yoga)						
6	Participa en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión						
RECREACIÓN Y MANEJO DEL TIEMPO LIBRE				1	2	3	4
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 (leer, pasear, cine)						
11	Destina parte de su tiempo libre para actividades académicas o laborales						
HÁBITOS ALIMENTICIOS				1	2	3	4

12	Consume entre cuatro y ocho vasos de agua al día				
13	Añade sal a las comidas				
14	Añade azúcar a las bebidas				
15	Consume más de cuatro refrescos en la semana				
16	Consume dulces, helados y panecillos más de dos veces en la semana				
17	Su alimentación incluye vegetales, frutas, panes, cereales, productos lácteos, granos enteros y fuentes adecuadas de proteína				
	Por favor elige la respuesta apropiada para cada pregunta. Marque con una X. Elija 1 si es Nunca , 2 si es Algunas veces , 3 si es Frecuentemente , 4 si es Siempre .	N u n c a			S i e m p r e
Hábitos Alimenticios		1	2	3	4
18	Limita su consumo de grasa (mantequilla, queso crema, carnes grasosas, mayonesas y salsas en general)				
19	Come pescado y pollo, más que carnes rojas				
20	Come bocadillos entre comidas				
21	Come carne más de cuatro veces a la semana				
22	Consume carnes frías (jamón, mortadela, salchichas, tocino)				
23	Consume productos ahumados				
24	Mantiene un horario regular en las comidas				
25	Evita las dietas y métodos que le prometen una rápida y fácil pérdida de peso				
26	Desayuna antes de iniciar su actividad diaria				
27	Consume comidas con ingredientes artificiales o químicos (colorantes y conservadores)				
28	Consume comidas rápidas (pizza, hamburguesa, hot dog, papas fritas)				
BEBIDAS		1	2	3	4
29	Consume más de 2 tazas de café al día				
30	Consume más de 3 refrescos de Coca-cola en la semana				
SUEÑO		1	2	3	4
31	Duerme al menos 7 horas diarias				
32	Se desvela				
33	Duerme bien y se levanta descansado				
34	Le cuesta trabajo quedarse dormido				
35	Se despierta en varias ocasiones durante la noche				
36	Se levanta con la sensación de una noche mal dormida				
37	Acostumbra la siesta				
38	Se mantiene con sueño durante el día				
39	Utiliza pastillas para dormir				
40	Respetar sus horarios de sueño, (ej. No se trasnocha previamente a un examen parcial o a la entrega de un trabajo)				

CREENCIAS DE ESTILOS DE VIDA:			D e s a c u e r d o	A c u e r d o	
A continuación, Elige:					
1 si estás totalmente en desacuerdo , 2 si estás en desacuerdo ,					
3 si estás de acuerdo , 4 si estás totalmente de acuerdo .					
CONDICION, ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE		1	2	3	4
41	La actividad física ayuda a mejorar la salud				
42	Al hacer ejercicio se pueden evitar algunas enfermedades				
43	El ejercicio siempre puede esperar				
44	Con el ejercicio mejora el estado de ánimo				
45	Los cambios repentinos en el peso corporal pueden afectar la salud				
RECREACIÓN Y MANEJO DEL TIEMPO LIBRE		1	2	3	4
46	Es importante compartir actividades de recreación con la familia y los amigos				
47	El trabajo es lo más importante en la vida				
48	La recreación es para los que no tienen mucho trabajo				
49	El descanso es importante para la salud				
HÁBITOS ALIMENTICIOS		1	2	3	4
50	Entre más flaco mas sano				
51	Lo más importante es la figura				
52	Comer carne de cerdo es dañino para la salud				
53	Entre más grasosa la comida mas sabrosa				
54	El agua es importante para la salud				
55	Las comidas rápidas permiten aprovechar mejor el tiempo				
56	Las dietas son lo mejor para bajar de peso				
BEBIDAS		1	2	3	4
57	Nada es mejor que una Coca-Cola con hielo para quitar la sed				
58	El café le permite a la gente estar despierta				
SUEÑO		1	2	3	4
59	Dormir bien, alarga la vida				
60	La siesta es necesaria para continuar la actividad diaria				
61	Si duerme al menos ocho horas diarias rinde mejor en sus actividades				
62	Solo puede dormir bien con condiciones adecuadas (ventilación, luz, temperatura)				
63	Si toma café o Coca-Cola después de las 6: 00 pm no puede dormir				
64	Dormir mucho da anemia				

APÉNDICE B

EVALUACIÓN DE APTITUD FÍSICA



EVALUACION DE APTITUD FISICA.

Fecha de hoy ___/___/___

Día mes año

Nombre(s): _____ Apellidos: _____, _____

First name(s) paterno-last name materno

Carrera: _____ Semestre _____ Matricula _____

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad: _____ Sexo: masculino ___ femenino ___

Residencia:

Interno dormitorio: 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___.

Externo: _____

Correo Electrónico (E-mail) _____ @ _____

***NOTA: No llenar debajo de esta línea, uso exclusivo de la oficina Aptitud física.**

SIGNOS VITALES		ANTROPOMETRÍA	
PA		TALLA	
		PESO	
FCR		IMC	
		% GRASA	
		CIRCUMFERENCIA ABD.	
DIETA	VEGETARIANO	NO VEGETARIANO	

EL NUEVO PAR-Q

¿NECESITAS UNA CONSULTA MÉDICA ANTES DE INICIAR UN EJERCICIO FÍSICO? ESTAS ENCUESTA SOBRE TU BUENA DISPOSICION PARA LA ACTIVIDAD FÍSICA (PAR-Q) PUEDE AYUDARTE A DECIDIR.

El sentido es tu mejor guía para que respondas a esta encuesta. Por favor lea las cuestiones con mucha atención y responda cada una honestamente. Asígnalas con un SI o un NO, Encierra en un círculo.

1. ¿Le ha dicho su medico que UD. Tiene problemas cardiacos y que debe de hacer solo actividad física recomendada por su medico?

SI NO

2. ¿Siente UD. Dolor del pecho cuando hace actividad física?

SI NO

3. ¿En el ultimo mes ha sentido dolor de pecho aun cuando no estuvo haciendo actividad física?

SI NO

4. ¿UD. Pierde su balance debido a mareo o se ha desmayado?

SI NO

5. ¿Tiene un problema de huesos o de las articulaciones que se empeore cuando hay cambios en su actividad física?

SI NO

6. ¿Esta tomando medicamentos para la presión o un problema cardiaco prescrito por su medico?

SI NO

7. ¿Sabes de cualquier razón por la cual no debe de hacer actividades físicas?

SI NO

Consentimiento Informado para una Prueba de Aptitud Física.

1. Propósito de la evaluación:

Usted participara en una prueba que servirá para identificar su presente condición de aptitud física. Esta prueba esta dividida en ocho (8) estacione, en las cueles se medirán los cinco componentes de la aptitud física. Estos componentes son (1) la composición corporal,(2) la condición cardiorrespiratoria,(3) la fuerza muscular esquelética,(4) la resistencia muscular esquelética, (5) la flexibilidad músculo esquelética.

2. Libertad de consentimiento:

Yo consiento voluntariamente mi participación en esta prueba de aptitud física para determinar mi condición física. Yo entiendo que estoy libre de parar la prueba en cualquier momento, si así lo deseo.

3. Uso de datos para investigación:

La información que será recogida durante la prueba de aptitud físico será tratada de manera confidencial. Esta información no será revelada a ninguna persona sin su consentimiento por escrito. No obstante, la información obtenida podrá ser utilizada para análisis estadísticos u otros propósitos científicos pero siempre con su derecho de privacidad.

***Firma del Estudiante. _____ Fecha de la prueba. ____/____/____**

Firma del Medico, Nutriólogo(a) o delegado de Aptitud Física. _____

EVALUACIÓN DE APTITUD FÍSICA.

APELLIDOS: _____, _____ NOMBRE(S): _____ paterno-last name materno First name(s)	
GÉNERO: masculino__ femenino__	MATRÍCULA
CARRERA:	Residencia: INTERNO / EXTERNO
*NOTA: No llenar debajo de esta línea, uso exclusivo de la oficina Aptitud física.	

ANTROPOMETRÍA

TALLA	
PESO	
% GRASA	
CIRCUMFERENCIA ABD.	

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA UNA PRUEBA DE APTITUD FÍSICA**1. Propósito de la evaluación:**

Usted participará en una prueba que servirá para identificar su presente condición de aptitud física. Esta prueba se medirá los cinco componentes de la aptitud física. Estos componentes son (1) la composición corporal, (2) la condición cardiorrespiratoria, (3) la fuerza muscular esquelética, (4) la resistencia muscular esquelética, (5) la flexibilidad músculo esquelética.

2. Libertad de consentimiento:

Yo consiento, voluntariamente, mi participación en esta prueba de aptitud física para determinar mi condición física. Yo entiendo que estoy libre de parar la prueba en cualquier momento, si así lo deseo.

3. Uso de datos para investigación:

La información que será recogida durante la prueba de aptitud físico será tratada de manera confidencial. Esta información no será revelada a ninguna persona sin su consentimiento por escrito. No obstante, la información obtenida podrá ser utilizada para análisis estadísticos u otros propósitos científicos pero siempre con su derecho de privacidad.

***Firma del Estudiante.** _____ **Fecha de la prueba.** ___/___/___

Firma del Médico, Nutriólogo(a) o delegado de Aptitud Física.

APÉNDICE C

CARTA DE ACEPTACIÓN DE ADAPTACIÓN DEL INSTRUMENTO



diana sinza leyton <dianasinza@gmail.com>

1 de may. ☆



para marceq ▾

Dra. Marcela Arrivillaga

Me permito presentarme, soy Fisioterapeuta Colombiana, me estoy comunicando con usted, gracias a la gestión del Prof. Diego Guzman, quien muy gentilmente me ayudo a conseguir los datos reales para poder entablar contacto con usted.

Estoy realizando estudios de Maestría en Salud pública en la Universidad de Montemorelos, México, en donde estamos adelantado una investigación sobre creencias y prácticas de estilos de vida, leimos su investigación "CREENCIAS RELACIONADAS CON EL ESTILO DE VIDA DE JÓVENES LATINOAMERICANOS" de 2005. y queremos pedirle el favor nos permita adaptar el instrumento de evaluación que ustedes emplearon, a este contexto estudiantil.

Esperamos su pronta y positiva respuesta.

Bendiciones!!!

MUCHAS GRACIAS



Marcela Arrivillaga Quintero <marce.arrivillaga@gmail.com>

5 de may. ☆



para mí ▾

Estimado Diana.

Gracias por contactarme. Por supuesto, pueden adaptarlo. Solo les recomiendo realizar la cita respectiva al trabajo.

saludos,

Marcela Arrivillaga

El 1 de mayo de 2014, 9:24, diana sinza leyton <dianasinza@gmail.com> escribió:

—

MARCELA ARRIVILLAGA. PhD.

Profesora Asociada e Investigadora

Departamento de Salud Pública y Epidemiología | UNIVERSIDAD JAVERIANA CALI

Tel. +57-2 485 64 00 Ext. 8681

Calle 18 No. 118-250 Cali, Colombia.

Edificio Raúl Posada

Pontificia Universidad Javeriana Cali

marceq@javerianacali.edu.co

REFERENCIAS

- Abdel Megeid, F. Y., Abdelkarem, H. M. y El Fetouh, A. M. (2011). Unhealthy nutritional habits in university students are risk factor for cardiovascular diseases. *Saudi Medical*, 32(6), 621-627.
- Al-Kandari, F., Vidal, V. L. y Thomas, D. (2008). Health-promoting lifestyle and body mass index among College of Nursing students in Kuwait: A correlational study. *Nursing and Health Sciences*, 10, 43–50. doi: 10.1111/j.1442-2018.2007.00370.x
- Arrivillaga, M. y Salazar, I. C. (2005). Creencias relacionadas con el estilo de vida de jóvenes latinoamericanos. *Psicología Conductual*, 13(1), 19-36.
- Arrivillaga, M., Salazar, I. C. y Correa, D. (2003). Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colombia Médica*, 34(4), 186-195.
- Arroyo, H. y Rice, M. (2009). Una nueva mirada al movimiento de universidades promotoras de la salud en las américas. En S. Becerra (Ed.), *Universidades saludables: una apuesta a una formación integral del estudiante* (pp. 289-314). Lima: Revista de Psicología.
- Asociación Ministerial de la Asociación General de la IASD. (2007). *Creencias de los adventistas del séptimo día*. Buenos Aires: Asociación Casa Editora Sudamericana.
- Ayas, N. T., White, D. P., Al-Delaimy, W. K., Manson, J. E., Stampfer, M. J., Speizer, F. E., ... Hu, F. B. (2003). A prospective study of self-reported sleep duration and incident diabetes in women. *Diabetes Care*, 26, 380-384. doi:10.2337/diacare.26.2.380
- Becoña, E., Vázquez, F. y Oblitas, L. (2004). Promoción de los estilos de vida saludables. ALAPSA. Recuperado de <http://www.alapsa.org/detalle/05/index.htm>
- Belloc, N. B. y Breslow, L. (1972). Relations of physical health status and health practices. *Preventive Medicine*, 1,409-421. doi:10.1016/0091-7435(72)90014-X
- Beydoun, M. A., Powell, L. M., Chen, X. y Wang, Y. (2011). Food prices are associated with dietary quality, fast food consumption, and body mass index among U.S. children and adolescents. *Nutritional Epidemiology*, 14(2), 304-311. doi:10.3945/jn.110.132613

- Buettner, D. (2005). The blue zones: Lessons for living longer from de people who've lived the longest. *National Geographic*. Recuperado de <http://www.nationalgeographic.com.es/>
- Celis, R. y Vargas, C. (2004). Estilo de vida y conductas de riesgo. *Revista Electrónica Sinéctica*, 25, 108-113. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=99815899015>
- Delors, J. (1998). *La educación encierra un tesoro. Informe de la UNESCO de la Comisión Internacional para el Siglo XXI*. Madrid: UNESCO.
- García, D. G., García, G. P., Tapiero, Y. T. y Ramos, D. M. (2012). Determinantes de los estilos de vida y su implicación en la salud de jóvenes universitarios. *Hacia la Promoción de la Salud*, 17(2), 169-185.
- García, I., Merino, B. y Silva, J. (1998). *Promoción de la salud. Glosario*. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevpromocion/docs/glosario.pdf>
- Grimaldo, M. P. (2010). Calidad de vida y estilo de vida saludable en un grupo de estudiantes de posgrado de la ciudad de Lima. *Pensamiento Psicológico*, 8(15), 17-38.
- Gutiérrez, J. P., Rivera, J., Shamah, T., Villalpando, S., Franco, A., Cuevas, L,... Hernández, M. (2012). *Encuesta nacional de salud y nutrición*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Hajian-Tilaki, K. (2007) Prevalence of obesity, central obesity and the associated factors in urban population aged 20-70 years, in the north of Iran: A population based study and regression approach. *Obesity Reviews*, 8(1), 3-10.
- Heraud, S. (2013). Universidades saludables: una apuesta a una formación integral del estudiante. *Revista de Psicología*, 31(2), 289-314.
- Infiesta, J., Bimella, J., Garrucho, G. y March J. (2004). *Estilos de vida y juventud*. Recuperado de <http://www.ilo.org/public/spanish/region>
- Juneby, H. B (2012). *Lifestyle medicine—a faith-based perspective*. Recuperado de <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:601116/FULLTEXT03>
- Kain, J., Vio, F. y Albala, C. (2003). Obesity trends and determinant factors in Latin America. *Saúde Pública*, 19(1) 77-86. doi:10.1590/S0102-311X2003000700009
- Margareta, I. K., Bothmer, B. y Fridlund, B. (2005). Gender differences in health habits and in motivation for a healthy lifestyle among Swedish university

- students. *Nursing and Health Sciences*, 7(2), 107–118. doi:10.1111/j.14422018.2005.00227.x
- Martinez, M. A., Leiva, A. M., Sotomayor, C., Victoriano, T., Von Chrismar, A. M. y Pineda, S. (2012). Factores de riesgo cardiovascular en estudiantes de la Universidad Austral de Chile. *Revista Médica de Chile*, 140(4), 426-435. doi:10.4067/S0034-98872012000400002
- Matarazzo, J. D. (1984a). Behavioral health: A 1990 challenge for the health sciences professions. En J. D. Matarazzo, S. M. Weiss, J. A. Herd, N. E. Miller y S. M. Weiss (Eds.), *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention* (pp. 3-40). Nueva York: Wiley.
- Matarazzo, J. D. (1984b). Behavior immunogens and pathogens in health and illness. En B. L. Hammonds y C. J. Scheirer (Eds.), *Psychology and health: The masters lecture series* (Vol. 3, pp. 9-43). Washington: American Psychological Association. doi:10.1037/10082-001
- Maya, L. (2001). Los estilos de vida saludables: componente de la calidad de vida. *Fundación Colombiana de Tiempo Libre y Recreación*. Recuperado de <http://www.funlibre.org/documentos/lemaya1.htm>
- Melguizo Herrera, E. y Alzate Posada, M. (2008). Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. *Enfermería*, 26(1), 112-123.
- Miro, E., Cano-Lozano, M. C. y Buela-Casal, G. (2005). Sueño y calidad de vida. *Revista Colombiana de Psicología*, 14, 11-27.
- Moreno, M. (2012). Definición y clasificación de la obesidad. *Medicina Clínica Condes*, 23(2), 124-128.
- Montes de Oca, J. y Mendocilla, A. (2005). *Guía para la promoción de estilos de vida saludables en educación secundaria*. Recuperado de <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd90/1008MARgui2.pdf>
- Morse, K. L. y Driskell, J. A. (2009). Observed sex differences in fast-food consumption and nutrition self-assessments and beliefs of college students. *Nutrition Research*, 29(3), 173–179. doi: 10.1016/j.nutres.2009.02.004
- Newman, A. B., Spiekerman, C. F., Enright, P., Lefkowitz, D., Manolio, T., Reynolds, C. F. y Robbins, J. (2000). Daytime sleepiness predicts mortality and cardiovascular disease in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(2), 115-123.
- Ordóñez, A. y Villegas, O. (2005). El acompañamiento tutorial como estrategia de la formación personal y profesional: un estudio basado en la experiencia en una institución de educación superior. *Universitas Psychologica*, 4(1), 31-41.

- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Riesgos para la salud de los jóvenes*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
- Oropeza, M. (2004). Un barrio a la carta. Un ensayo sobre estilos de vida y ciudad. *Estudios Sociológicos*, 22(3), 701-718.
- Pandina, R. J. (2002). *Risk and protective factors models in adolescent drug use: Putting them to work for prevention*. Recuperado de <http://archives.drugabuse.gov/meetings/CODA/Risk.html>
- Paugh, S. L. (2005) *Dietary habits and nutritional knowledge of college athletes* (Tesis de maestría no publicada). California University of Pennsylvania, Pennsylvania, Estados Unidos de Norteamérica.
- Perea, R. (2004). *Educación para la salud, reto de nuestro tiempo*. Madrid: Díaz de Santos.
- Quirantes, A. J., López, M. Hernández, E. y Pérez, A. (2009). Estilo de vida, desarrollo científico-técnico y obesidad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35(3), 1-8.
- Roca P., F., Aguirre M., M. y Castillo P., B. (2001). Percepción acerca del consumo de drogas en estudiantes de una universidad nacional. *Psicoactiva*, 19, 29-45.
- Rodríguez, A., Novalbos, J. P., Martínez, J. M. y Escobar, L. (2009). Life-style factors associated with overweight and obesity among Spanish adults. *Nutrición Hospitalaria*, 24(2), 144-151.
- Sajwani, R. A., Shoukat, S., Raza, R., Shiekh, M. M., Rashid, Q., Siddique, M. S.,... Kadir, M. (2009). Knowledge and practice of healthy lifestyle and dietary habits in medical and non-medical students of Karachi, Pakistan. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 59(9), 650-655.
- Sakamaki, R., Amamoto, R., Mochida, Y., Shinfuku, U. y Toyama, K. (2005). A comparative study of food habits and body shape perception of university students in Japan and Korea. *Nutrition Journal*, 4(31), doi:10.1186/14752891-4-31
- Salvador, T. (2009). Adolescentes y jóvenes: ocio y uso del tiempo libre en España. En V. C. Cala y E. Soriano, *Health education from an ecological perspective. Adaptation of the Bronfenbrenner model from an experience with adolescents* (pp. 49-57). Almería, España: Elsevier. doi:10.1016/j.sbspro.2014.04.277
- Silva, P. y Duran, S. (2014). Bebidas azucaradas mas que un simple refresco. *Revista Chilena de Nutrición*, 41(1), 90-97.

- Taylor, S. (2007). Psicología de la salud. En S. Vinaccia y J. M. Quiceno (Eds.), *Calidad de vida relacionada con la salud y factores psicológicos: un estudio desde la enfermedad pulmonar obstructiva crónica – EPOC* (pp. 65-75). Santiago, Chile: Sociedad Chilena de Psicología Clínica.
- Torres, B., Aguilera, A. A., García, I. y González, E. C. (2009, octubre). *Factores de riesgo cardiovasculares en estudiantes de la Universidad Veracruzana, México*. Ponencia presentada en el IV Congreso Internacional de Universidades Promotoras de Salud, Navarra, Pamplona.
- Ward, G. y Amirabdollahian, F. (2011). A study to investigate the knowledge of Coventry University students regarding the health risks associated with obesity. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 24(3), 307-308. doi:10.1111/j.1365277X.2011.01175_40.x
- White, E. G. (1975). *La educación cristiana*. Mountain View, CA: Pacific Press.
- White, E. G. (1977). *La educación*. Buenos Aires: Asociación Casa Editora Sudamericana.