

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

**ESTILOS DE VIDA Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON  
LA SALUD DE LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD  
NACIONAL JORGE BASADRE  
GROHMANN, 2011**

**TESIS**

**PRESENTADA POR:**

**NOELIA ELIDE FLORES TIPACTI**

**Para optar el Grado Académico de:**

**MAESTRO EN CIENCIAS (*MAGÍSTER SCIENTIAE*)  
CON MENCIÓN EN SALUD PÚBLICA**

**TACNA - PERÚ**

**2012**

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN – TACNA**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

**ESTILOS DE VIDA Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA  
SALUD DE LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD  
NACIONAL JORGE BASADRE  
GROHMANN, 2011**

**TESIS SUSTENTADA Y APROBADA EL 21 DE ENERO DEL 2012,  
ESTANDO EL JURADO CALIFICADOR INTEGRADO POR:**

**PRESIDENTE** : .....  
MGR. VICENTE FREDDY CHAMBILLA QUISPE

**SECRETARIO** : .....  
MGR. MARÍA DEL CARMEN SILVA CORNEJO

**MIEMBRO** : .....  
MGR. ANA MARIELA GONZALES MELCHOR

**ASESORA** : .....  
DRA. RINA MARÍA ALVAREZ BECERRA

## DEDICATORIA

*A Dios, quien nos da la fe, la salud y la esperanza, por ser nuestro creador, amparo y fortaleza, y por su infinito amor y bendiciones.*

*A mis padres y hermano, por su inmenso cariño e invaluable apoyo, ejemplo y fortaleza.*

*Y en especial a mi Madre, que sin esperar nada a cambio, ha sido mi máximo pilar en este camino, formando parte así de este logro.*

## AGRADECIMIENTO

*A mis padres, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar, depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mí.*

*Especialmente a mi Mamá Elide Típací, quien en este proceso ha estado conmigo, prestándome el tiempo que le pertenecía y haciéndome sentir su amor y apoyo incondicional, gracias! por nunca dejarme sola y por ser la inspiración en mi vida y mi mayor ejemplo a seguir.*

*A mis docentes, a mi asesora Rina Álvarez; por su apoyo y sabias enseñanzas, sin las cuales no hubiera sido posible concretar la presente investigación.*

## **CONTENIDO**

DEDICATORIA .....	i
AGRADECIMIENTO .....	ii
CONTENIDO .....	iii
ÍNDICE DE TABLAS .....	vii
ÍNDICE DE FIGURAS .....	xii
ÍNDICE DE ANEXOS.....	xiv
RESUMEN .....	xv
ABSTRACT.....	xvi
INTRODUCCIÓN .....	01

## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	05
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	08
1.2.1. Problema general.....	08
1.2.2. Problemas Específicos.....	09

1.3. OBJETIVOS .....	10
1.3.1. Objetivo general.....	10
1.3.2. Objetivos específicos .....	11
1.4. HIPÓTESIS .....	13
1.4.1. Hipótesis General .....	13
1.4.2. Hipótesis Específicas .....	13
1.5. JUSTIFICACIÓN .....	15

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	17
2.2. ESTILOS DE VIDA .....	24
2.2.1. Conceptualización .....	24
2.2.2. Fundamentos epistemológicos del estilo de vida desde la perspectiva de la teoría general de la personalidad .....	27
2.2.3. Declaraciones Internacionales en que se fundamenta la promoción de la salud y los estilos de vida saludables .....	29
2.2.4. Estilos de vida saludables .....	31

2.3. CALIDAD DE VIDA .....	32
2.3.1. Concepto de calidad de vida .....	32
2.3.2. Concepto de calidad de vida relacionada con la salud .....	37
2.3.3. Dimensiones de la calidad de vida .....	41
2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS .....	42

### **CAPÍTULO III**

#### **MARCO METODOLÓGICO**

3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	44
3.2. CLASIFICACIÓN DE LAS VARIABLES .....	44
3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES .....	45
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA .....	46
3.5. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	51
3.5.1. Encuesta SF-36 .....	51
3.5.2. Test de autoevaluación del estilo de vida .....	54
3.6. PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS .....	55

**CAPÍTULO IV**  
**RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

4.1. RESULTADOS E INTERPRETACIÓN .....	56
4.2. PRUEBA DE HIPÓTESIS .....	105
4.2.1. Primera hipótesis específica .....	105
4.2.2. Segunda hipótesis específica .....	107
4.2.3. Tercera hipótesis específica .....	109
4.2.4. Cuarta hipótesis específica .....	111
4.2.5. Quinta hipótesis específica .....	113
4.2.6. Sexta hipótesis específica .....	115
4.2.7. Séptima hipótesis específica .....	117
4.2.8. Octava hipótesis específica .....	119
4.2.9. Novena hipótesis específica .....	121
4.2.10 Décima hipótesis específica .....	123
4.3. DISCUSIÓN .....	125
CONCLUSIONES .....	136
RECOMENDACIONES .....	138
REFERENCIAS .....	140
ANEXOS .....	157

## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1:	POBLACIÓN ESTUDIANTIL DE LA UNJBG-2011 .....	49
TABLA 2:	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA .....	57
TABLA 3:	PROMEDIOS Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR DE LAS OCHO ESCALAS DE LA SF- 36 EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN, POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD. TACNA, 2011 .....	58
TABLA 4:	PROMEDIOS Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR DE LAS OCHO ESCALAS DE LA SF- 36 EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN, POR FACULTADES, TACNA, 2011 .....	65
TABLA 5:	DESCRIPTIVOS DEL ÍNDICE SUMARIO SALUD FÍSICA (PCS) DE LA SF- 36 EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN, POR FACULTADES, TACNA, 2011 .....	68
TABLA 6:	DESCRIPTIVOS DEL ÍNDICE SUMARIO SALUD MENTAL (MCS) DE LA SF- 36 EN	

	ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN, POR FACULTADES, TACNA, 2011 .....	72
TABLA 7:	ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN, POR SEXO SEGÚN ESTILOS DE VIDA RELACIONADO CON LA FAMILIA Y AMIGOS, TACNA -2011 .....	76
TABLA 8:	ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN, POR SEXO SEGÚN ASOCIATIVIDAD, ACTIVIDAD FÍSICA, TACNA -2011 .....	78
TABLA 9:	ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN, POR SEXO SEGÚN ESTILOS DE VIDA RELACIONADOS CON LA NUTRICIÓN, TACNA -2011 .....	80
TABLA 10:	ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN, POR SEXO SEGÚN ESTILOS DE VIDA RELACIONADO CON EL CONSUMO DE TABACO, TACNA -2011 .....	82

TABLA 11:	ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN, POR SEXO SEGÚN ESTILOS DE VIDA RELACIONADO CON EL CONSUMO DE ALCOHOL, TACNA -2011.....	84
TABLA 12:	ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN, POR SEXO SEGÚN ESTILOS DE VIDA RELACIONADO CON EL CONSUMO DE OTRAS DROGAS, TACNA -2011 .....	86
TABLA 13:	ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN, POR SEXO SEGÚN ESTILOS DE VIDA RELACIONADO CON EL SUEÑO Y ESTRÉS, TACNA -2011 .....	89
TABLA 14:	ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN, POR SEXO SEGÚN ESTILOS DE VIDA RELACIONADO CON EL TRABAJO O ACTIVIDADES, TACNA -2011 .....	92
TABLA 15:	ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN, POR SEXO SEGÚN ESTILOS DE VIDA	

	RELACIONADO CON EL TIPO DE PERSONALIDAD, TACNA -2011.....	94
TABLA 16:	ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN, POR SEXO SEGÚN ESTILOS DE VIDA RELACIONADO CON LA INTROSPECCIÓN, TACNA -2011.....	96
TABLA 17:	ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN, POR SEXO SEGÚN ESTILOS DE VIDA RELACIONADO CON EL CONTROL DE LA SALUD/ CONDUCTA SEXUAL, TACNA -2011.....	99
TABLA 18:	ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN, POR SEXO SEGÚN ESTILOS DE VIDA RELACIONADO CON OTRAS CONDUCTAS, TACNA -2011.....	102
TABLA 19:	ESTILOS DE VIDA DE LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN, 2011.....	104
TABLA 20:	CORRELACIÓN ENTRE LA VARIABLE ESTILO DE VIDA Y FUNCIÓN FÍSICA (PF).....	106

TABLA 21:	CORRELACIÓN ENTRE LA VARIABLE ESTILO DE VIDA Y ROL FÍSICO (RP).....	108
TABLA 22:	CORRELACIÓN ENTRE LA VARIABLE ESTILO DE VIDA Y DOLOR CORPORAL (BP).....	110
TABLA 23:	CORRELACIÓN ENTRE LA VARIABLE ESTILO DE VIDA Y SALUD GENERAL (GH).....	112
TABLA 24:	CORRELACIÓN ENTRE LA VARIABLE ESTILO DE VIDA Y VITALIDAD (VT) .....	114
TABLA 25:	CORRELACIÓN ENTRE LA VARIABLE ESTILO DE VIDA Y LA FUNCIÓN SOCIAL (SF) .....	116
TABLA 26:	CORRELACIÓN ENTRE LA VARIABLE ESTILO DE VIDA Y ROL EMOCIONAL (RE) .....	118
TABLA 27:	CORRELACIÓN ENTRE LA VARIABLE ESTILO DE VIDA Y LA SALUD MENTAL (MH).....	120
TABLA 28:	CORRELACIÓN ENTRE LA VARIABLE ESTILO DE VIDA Y EL ÍNDICE GLOBAL DE LA SALUD FÍSICA (PCS).....	122
TABLA 29:	CORRELACIÓN ENTRE LA VARIABLE ESTILO DE VIDA Y EL ÍNDICE GLOBAL DE LA SALUD MENTAL (MCS) .....	124

## ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1.	CONCEPTUALIZACIÓN DE CALIDAD DE VIDA .....	35
FIGURA 2.	PROMEDIOS DE LAS OCHO ESCALAS DE LA SF- 36 EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN, POR SEXO. TACNA, 2011 .....	59
FIGURA 3.	PROMEDIOS DE LAS OCHO ESCALAS DE LA SF- 36 EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN, POR GRUPOS ETARIOS. TACNA, 2011 .....	60
FIGURA 4.	PROMEDIOS DE LAS OCHO ESCALAS DE LA SF- 36 EN ESTUDIANTES DE SEXO FEMENINO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN, 2011.....	61
FIGURA 5.	PROMEDIOS DE LAS OCHO ESCALAS DE LA SF- 36 EN ESTUDIANTES DE SEXO MASCULINO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN, 2011.....	62
FIGURA 6.	PROMEDIOS DE LAS OCHO ESCALAS DE LA SF- 36 EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE	

GROHMANN, POR FACULTADES, TACNA,  
2011 .....66

FIGURA 7. PROMEDIOS DEL ÍNDICE SUMARIO DE  
LA SALUD FÍSICA (PCS) DE LA SF- 36  
EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD  
NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN,  
POR FACULTADES, TACNA, 2011.....69

FIGURA 8. PROMEDIOS ÍNDICE SUMARIO SALUD  
MENTAL (MCS) DE LA SF- 36 EN  
ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD  
NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN,  
POR FACULTADES, TACNA, 2011 .....73

## **ÍNDICE DE ANEXOS**

**ANEXO 1: CUESTIONARIO SF -36**

**ANEXO 2: TEST DE AUTOEVALUACIÓN DE ESTILOS DE VIDA**

**ANEXO 3: CONSIDERACIONES ÉTICAS**

## RESUMEN

El objetivo se centró en identificar si el estilo de vida que presentan los estudiantes universitarios de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna se relaciona con la calidad de vida vinculada con la salud. Se realizó un estudio observacional, prospectivo y transversal en el año 2011, en el que participaron 364 estudiantes, hombres y mujeres entre los 16 y 28 años. Se utilizó el cuestionario SF-36 para medir la Calidad de vida relacionada con la salud y el Test de Autoevaluación del estilo de vida. Los principales resultados, evidencian un promedio de 80 para el índice de calidad de vida lo que equivale a una percepción de buena salud y que existe un predominio de prácticas saludables por parte de las estudiantes de sexo femenino. Se concluye que el estilo de vida de los estudiantes se relaciona significativamente con la calidad de vida en términos de la Función física, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional, Salud Mental y con el índice Sumario de la Salud Física y la Salud Mental ( $P < 0,05$ ), más no con el Rol físico y Dolor corporal ( $P > 0,05$ ).

## **ABSTRACT**

The objective of the study was focused on the identification of the relation between the life style and the quality of life, linked with health conditions, of the students who attend Jorge Basadre Grohmann National University. The study that was carried out during 2011. It was observational, prospective, and transversal. Three hundred sixty four students, men and women, between sixteen and twenty eight years old, took part in this study. The SF-36 Questionnaire and Quality of life auto evaluation Test were applied to measure the quality of life linked with health. The main results prove a eighty average in relation to the quality of life rate, that is equivalent to a perception of good health and healthy eating habits, especially practiced by women. As a conclusion, the life style of the students is significantly related to quality of life, in terms of physical function, health, vitality, social function, emotional roll and mental health. Summary rate of physical and mental health ( $P=<0,05$ ), but not with the rate of physical roll and corporal pain ( $P=>0,05$ ).

## INTRODUCCIÓN

La calidad de vida está presente desde la época de los antiguos griegos (Aristóteles), sin embargo, el concepto dentro del campo de la salud es relativamente reciente, con un auge evidente en la década de los 90, que se mantiene en estos primeros años del siglo XXI (Schwartzmann, 2003) . Es un concepto impreciso y la mayoría de los investigadores que han trabajado en él, están de acuerdo en que no existe una teoría única que defina y explique el fenómeno, pertenece a un universo ideológico y no tiene sentido si no es en relación con un sistema de valores, por lo que para analizar la calidad de vida de una sociedad se debe considerar imprescindible el establecimiento de un estándar colectivo, que únicamente es válido para el momento y contexto específico de su establecimiento (Rueda,2008 ).

Actualmente La OMS (1994) define la "calidad de vida" como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto multidimensional y complejo que incluye aspectos personales como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como

redes de apoyo y servicios sociales, entre otros. En tal sentido, la mayoría de los autores conciben la calidad de vida como una construcción compleja y multifactorial sobre la que pueden desarrollarse algunas formas de medida objetivas a través de una serie de indicadores, pero donde tiene un importante peso específico la vivencia que el sujeto pueda tener de sí mismo. En lo tocante a la calidad de vida relacionada con la salud, se afirma que la salud está relacionada con el estilo de vida de las personas, en tal sentido la valoración de la salud no sólo depende de las necesidades y los conocimientos del individuo, sino también de las condiciones de vida y el trabajo. Es sabido, que existen factores determinantes del estado de salud, los cuales se modifican por el constante y rápido desarrollo social y científico – técnico. A finales del pasado siglos y aún en el presente, se acentuaron algunas enfermedades como la tuberculosis y las enfermedades ligadas con el proceso productivo capitalista , sin embargo, actualmente los cambios de estructura de la población, la intelectualización del trabajo, el aumento de la utilización de la energía neurosíquica, la disminución del trabajo físico y otros factores, determinan un aumento de las enfermedades crónicas degenerativas y las primeras causas de muerte son las enfermedades cardiovasculares, neoplasias, enfermedades cerebrovasculares y los accidentes. (Espinoza, 2004). En tal sentido, la calidad de la salud en un

país no depende sólo de cuántas personas tienen acceso a una buena atención en un servicio de salud, sino cómo es que su población hace frente a los factores de riesgo que inciden en la morbilidad. En el Análisis de la Situación de Salud del año 2010 de la Región Tacna, quedó en evidencia a nivel de los adolescentes, que las principales causas de morbilidad las constituyen el grupo de las infecciones agudas de las vías respiratorias (27,24 %), seguida de las enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y maxilares (21,79 %) y de obesidad e hiperalimentación (4,10 %). En el grupo etario de adultos, predomina la obesidad como un problema para la salud pública, como también la hiperalimentación, lo que representa un 8,3 % , lo cual constituye un serio problema de salud regional, así como también los trastornos maternos relacionados con el embarazo (MINSA,2010). Lo expuesto, amerita concentrar los esfuerzos en la prevención y promoción de los estilos de vida saludables, no sólo a nivel de los jardines infantiles y escuelas, sino también en la educación superior a nivel de los estudiantes universitarios, en este caso, de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, donde se solapan, de una forma u otra, el sistema educacional y la formación laboral.

Este trabajo se organiza en cuatro capítulos. En el primero se aborda el problema, los objetivos y las hipótesis. En el segundo capítulo se presenta el marco teórico conceptual, el cual comprende los antecedentes, las bases teóricas y definiciones básicas. En el tercer capítulo se expone el marco metodológico de la investigación, finalmente en el cuarto capítulo se presentan los resultados de la investigación y se expone la discusión de los mismos.

## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.1 Planteamiento del problema**

Actualmente, se acepta por consenso que el impacto que la salud no puede ser descrita en su totalidad por medidas objetivas, como ser el padecimiento de una enfermedad u otra dolencia física, sino, que se consideran otros factores que podríamos calificar como subjetivos, (bienestar emocional, capacidad funcional, hábitos y modos de vida) los que resultan imprescindibles para evaluar el estado de salud de las personas. Asimismo, las valoraciones del proceso salud- enfermedad han variado sustancialmente, debido a la importancia que se le conceden a los factores sociales en este proceso, en tal sentido, resulta obvio que enfermedades como el infarto, el alcoholismo, los accidentes y otros, están más relacionados con las condiciones de vida de los individuos que con factores fisiológicos y genéticos.

Hoy, se acepta que el estilo de vida combinado con otros factores como la edad, el sexo, el medio ambiente, las redes sociales de apoyo, entre otros, es uno de los principales determinantes de la salud del hombre contemporáneo, en consecuencia, tiene un rol preponderante en la incidencia de enfermedades no transmisibles, de otro lado, las muertes que se asocian con ellas se han incrementado ostensiblemente en frecuencia y velocidad. La OMS (2007) precisa que en los diferentes modelos sobre la salud se circunscribe como componentes del estilo de vida a las creencias, las expectativas, los valores y las conductas que describen un modo constante de vida, sin embargo, empíricamente sólo se ha demostrado que son las conductas las que tienen una influencia directa en la salud y en la calidad de vida. Se debe subrayar, que en el año 2005, las enfermedades no transmisibles representaron el 60 % de todas las defunciones previstas en todo el mundo, es decir, se calcula que 35 millones de personas fallecieron a consecuencia de enfermedades no transmisibles. En torno al 80 % de las muertes por enfermedades no transmisibles se produce en países de ingresos bajos y medianos. Las cinco enfermedades no transmisibles principales son las cardiopatías, los accidentes cerebro vasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. Existen

pruebas científicas concluyentes de que una dieta saludable y una actividad física adecuada, desempeñan un papel importante en la prevención de estas enfermedades. Asimismo, las estimaciones de la OMS (2007) prevén para el año 2015, que un 17 % del total de defunciones serán debidas a enfermedades no transmisibles, si no se atajan vigorosamente los riesgos sobre la salud causados por el tabaco, la mala alimentación, el sedentarismo y el alcohol, los que indudablemente están aunados a los modos de vida de las personas. Al respecto, los organismos internacionales han recomendado la promoción de la salud en el lugar de trabajo a través de numerosas cartas.

En el caso particular de estudio, nos hemos centrado en la población de universitarios de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna, ya que hemos observado problemas de salud como embarazo precoz, trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, infecciones de transmisión sexual, discapacidad física, tuberculosis, etc., vinculados presumiblemente, entre otros factores, a estilos de vida no saludables, situación que dificulta no sólo su rendimiento académico, afecta su calidad de vida, sino que muchas veces trunca su proyecto de vida. Esta situación, requiere

indudablemente de acciones de promoción de la salud, la que es “construida y vivida por los [estudiantes] en su ambiente cotidiano, donde ellos trabajan, aprenden, juegan y aman”. Los estilos de vida indudablemente están ligados a la salud, entendida según la OMS (2007) como el completo estado de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad”, la cual puede apreciarse mediante una descripción hecha por un observador externo o conocerse a través de la percepción del propio individuo, por consiguiente, si deseamos conocer el nivel de salud de una población se recurre a información sobre la mortalidad y morbilidad, sino sobre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

Por lo expuesto, resulta necesario investigar si los estilos de vida de los jóvenes universitarios influyen en su calidad de vida relacionada con la salud.

## **1.2 Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema General**

¿Se relaciona el estilo de vida que presentan los estudiantes universitarios de la Universidad Nacional Jorge

Basadre Grohmann de Tacna se relaciona con el índice sumario de la Salud Física ( PCS) y de la Salud mental ( MCS) de la calidad de vida vinculada con la salud, en el año 2011?

### **1.2.2. Problemas específicos**

- a) ¿Cuál es la edad y el sexo que predomina en la muestra de estudio?
- b) ¿Se relaciona el estilo de vida de los estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, con la calidad de vida en términos de la Función física (PF)?
- c) ¿Se relaciona el estilo de vida de los estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, con la calidad de vida en términos del Rol físico (RP)?
- d) ¿Se relaciona el estilo de vida de los estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, con la calidad de vida en términos de Dolor corporal (BP)?
- e) ¿Se relaciona el estilo de vida de los estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, con la calidad de vida en términos de la Salud general (GH)?

- f) ¿Se relaciona el estilo de vida de los estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, con la calidad de vida en términos de la Vitalidad (VT)?
- g) ¿Se relaciona el estilo de vida de los estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, con la calidad de vida en términos de la Función social (SF)?
- h) ¿Se relaciona el estilo de vida de los estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, con la calidad de vida en términos del Rol emocional (RE)?
- i) ¿Se relaciona el estilo de vida de los estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, con la calidad de vida en términos de la Salud mental (MH)?

### **1.3 Objetivos**

#### **1.3.1. Objetivo General**

Determinar si el estilo de vida que presentan los estudiantes universitarios de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna se relaciona con el índice sumario de la Salud Física (PCS) y de la Salud mental (MCS) de la calidad de vida vinculada con la salud, en el año 2011.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

- a) Identificar la edad y el sexo que predomina en la muestra de estudio
- b) Identificar si el estilo de vida de los estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, se relaciona con la calidad de vida en términos de la Función física (PF).
- c) Identificar si el estilo de vida de los estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, se relaciona con la calidad de vida en términos del Rol físico (RP).
- d) Identificar si el estilo de vida de los estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, se relaciona con la calidad de vida en términos de del Dolor corporal (BP).
- e) Identificar si el estilo de vida de los estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, se relaciona con la calidad de vida en términos de la Salud general (GH).

- f) Identificar si el estilo de vida de los estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, se relaciona con la calidad de vida en términos de la Vitalidad (VT).
- g) Identificar si el estilo de vida de los estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, se relaciona con la calidad de vida en términos de la Función social (SF).
- h) Identificar si el estilo de vida de los estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, se relaciona con la calidad de vida en términos del Rol emocional (RE)
- i) Identificar si el estilo de vida de los estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, se relaciona con la calidad de vida en términos de la Salud mental (MH).

## **1.4 Hipótesis**

### **1.4.1. Hipótesis general**

El estilo de vida que presentan los estudiantes universitarios de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna se relaciona significativamente con el índice sumario de la Salud Física (PCS) y de la Salud mental (MCS) de la calidad de vida vinculada con la salud, en el año 2011.

### **1.4.2. Hipótesis específicas**

- a) El estilo de vida de los estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, se relaciona significativamente con la calidad de vida en términos de la Función física (PF).
- b) El estilo de vida de los estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, se relaciona significativamente con la calidad de vida en términos del Rol físico (RP).
- c) El estilo de vida de los estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, se relaciona

significativamente con la calidad de vida en términos de del Dolor corporal (BP).

- d) El estilo de vida de los estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, se relaciona significativamente con la calidad de vida en términos de la Salud general (GH).
- e) El estilo de vida de los estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, se relaciona significativamente con la calidad de vida en términos de la Vitalidad (VT).
- f) El estilo de vida de los estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, se relaciona significativamente con la calidad de vida en términos de la Función social (SF).
- g) El estilo de vida de los estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, se relaciona significativamente con la calidad de vida en términos del Rol emocional (RE).
- h) El estilo de vida de los estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, se relaciona

significativamente con la calidad de vida en términos de la Salud mental (MH).

### **1.5 Justificación de la investigación**

El problema es relevante, ya que los resultados servirán de insumo para el diseño de estrategias a nivel del colectivo universitario, lo que coadyuvará al logro de la Estrategia Mundial sobre el Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, planteada por la OMS (2004) en consonancia con la creación de entornos propicios para acometer iniciativas sostenibles a nivel individual, comunitario, nacional y mundial, que en su conjunto permitirán reducir las enfermedades y las tasa de mortalidad debido a enfermedades no transmisibles, relacionadas con un estilos de vida poco saludables que implican regímenes alimentarios inadecuados y sedentarismo, entre otros.

Asimismo, los resultados permitirán identificar estilos de vida en la población estudiantil universitaria para diseñar y poner en práctica intervenciones destinadas a modificar las conductas e incorporar enfoques individuales y ambientales en diferentes marcos , además

de incluir niveles de valoración social, epidemiológica, conductual, ambiental, ecológica, educativa e incluso normativa.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes de la investigación**

A nivel internacional:

El estudio sobre “ Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida” lo realizaron Salazar , I. , Varela, M. , Lema , L. , Tamayo , J. , Rubio A. y Botero, A., en el año 2009, en la Pontificia Universidad Javeriana de Colombia. El objetivo fue describir los comportamientos que hacen parte de los estilos de vida de los jóvenes universitarios, en diez dimensiones: ejercicio y actividad física , tiempo de ocio, auto cuidado y cuidado médico, alimentación, consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales, sueño, sexualidad, relaciones interpersonales, afrontamiento y estado emocional percibido y su correspondiente grado de satisfacción con dichas prácticas . Participaron 598 estudiantes (44,7 % varones y 55,3 % mujeres). Los principales resultados

evidencian un predominio de prácticas saludables en todas las dimensiones, con excepción de ejercicio o práctica corporal durante al menos 30 minutos, tres veces a la semana (77 %) y actividad física (como caminar o montar bicicleta en lugar otro medio de transporte si necesita movilizarse a un lugar cercano con un 67, %). Se encontró una alta satisfacción con el estilo de vida (88,1 %) y el estado general de salud (78,7 %). Hubo coherencia entre el nivel de satisfacción con el tipo de prácticas realizadas y esta relación fue analizada siguiendo los lineamientos del modelo de etapas de cambio.

En México, Hidalgo, C., Hidalgo, A., Rasmussen, B. y Montaña, R., (2010) la investigación denominada "Calidad de vida, según percepción y comportamientos de control del peso por género, en estudiantes universitarios adolescentes en México". El estudio fue observacional, transversal y analítico dirigido a estudiantes proveniente de la ciudad de Guzmán. En cuanto a los resultados, no hubo asociación de género con estado civil, trabajo del padre ni con el año de ingreso a la universidad. Más de la mitad de los participantes percibieron su peso cercano al correcto. Reportaron sobrepeso en un 36,5 % de las mujeres y un 30,6 5 de los

hombres. Los índices a calidad de vida fueron mayores a 80 puntos.

En Chile, Cid, P.; Merino, J. y Stiepovich, J., en el año 2006, investigaron sobre algunos "Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud", la que tuvo como propósito principal , analizar el estilo de vida promotor de la salud de las personas que residen en Concepción e identificar algunas orientaciones culturales que resulten predictoras de este estilo de vida, para desarrollar estrategias dirigidas a provocar en los sujetos las motivaciones para integrar conductas positivas a sus estilos de vida. La investigación fue correlacional - transversal y la muestra de estudio, estuvo constituida por 360 personas de ambos sexos con edades de 15 a 64 años. Se encontró que las mujeres tenían un estilo de vida más promotor de salud ( EVPS) que los hombres, el promedio de estilo de vida promotor de salud, fue de 134,5 puntos y los hombres tuvieron en promedio siete puntos menos, diferencia estadísticamente significativa al seis por diez mil. Se encontró una relación positiva entre la edad y el puntaje EVPS total, es decir, a mayor edad mayor puntaje en la escala EVPS. La autoestima,

resultó ser un predictor del EVPS (a mayor autoestima mayor nivel de EVPS).

En Colombia, Fonseca, M., Maldonado A., Pardo, L. y Soto, M<sup>a</sup> (2007), realizaron el estudio denominado "Adolescencia, estilos de vida y promoción de hábitos saludables en el ámbito escolar". La investigación se enfocó en determinar los estilos de vida de los adolescentes, teniendo en cuenta su impacto sobre la salud. De acuerdo con los resultados obtenidos, se estableció que algunas características de los adolescentes participantes en el estudio, difieren de las de otros adolescentes, debido a que adicional a su rol de estudiantes, desempeñan otros roles como el de ama de casa (14%) , trabajador formal ( 34 %) e informal (14 %) , roles de madre (34 %) o padre (17%). Los estilos de vida de los adolescentes, se caracterizaron por hábitos que ofrecen riesgo para la salud y el bienestar, pues se relacionaron con el consumo de alcohol (81 % consume alcohol ocasionalmente), tabaco (70 %) y sustancias psicoactivas (4%) y por el inicio temprano de la actividad sexual (el 48 % inicia su vida sexual activa entre los 14 y 16 años).

En México, Zúniga, Miguel A; Carrillo Jiménez, Genny T; Fos, Peter J; Gandek, Barbara; Medina Moreno, Manuel R. (1999) realizaron el estudio denominado "Evaluación de estado de salud con la encuesta SF-36: resultados preliminares en México", con el objetivo de establecer con la Encuesta SF-36, un perfil multidimensional del estado de salud de una población del sureste de México y analizar las propiedades psicométricas de una traducción de la Encuesta SF-36 autorizada por el Proyecto Internacional de Evaluación de la Calidad de Vida. La SF-36 se aplicó a 257 participantes voluntarios de una clínica médica y a un grupo control de una institución pública gubernamental. Se utilizó, sin modificar, la metodología de construcción de las escalas de salud propuestas por los autores de la encuesta. Se analizó psicométricamente la validez y la confiabilidad de la adaptación de la SF-36 para su uso en México. Principales resultados: se construyeron ocho escalas o conceptos de salud relacionados con función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. En los participantes de los servicios médicos la escala con más bajo promedio fue la de salud general (63), y la más alta, la de rol físico (89). En la población control la escala con promedio más alto fue función física

(94,6), y la más baja, salud general (73). La comparación de promedios de escalas en ambos grupos de participantes mostró diferencias estadísticamente significativas en función física, rol físico, dolor corporal, salud general y vitalidad. Conclusiones. Con base en los resultados de la evaluación psicométrica, la SF-36 muestra que es consistente con todos los supuestos de validez y confiabilidad en forma satisfactoria, aunque la traducción de ciertas preguntas se examinará en profundidad para determinar modificaciones subsecuentes (AU).

En España Cayuela, A., Rodríguez, S. & Otero, R. (2007) realizaron el estudio denominado "Deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud en fumadores varones sanos". El objetivo fue analizar la asociación entre el consumo de tabaco y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en varones fumadores y no fumadores sin historia de enfermedad crónica en tres centros de salud de Sevilla. El diseño fue una cohorte retrospectiva (fumadores y no fumadores) pareada en variables que pueden actuar como variables de confusión (edad, estado civil, ocupación, nivel de estudios y centro de salud de referencia). Los datos fueron recogidos mediante entrevista por un encuestador cualificado y

previamente entrenado. La CVRS se valoró mediante el cuestionario de salud SF-36. Los principales resultados evidencian que excepto la dimensión función física, es decir, para el desarrollo de actividades físicas de la vida diaria ( $p = 0,111$ ), los fumadores presentaron peores puntuaciones (estadísticamente significativas;  $p < 0,05$ ) en las diferentes dimensiones de la CVRS medidas con el cuestionario SF-36. Los fumadores presentaron en promedio 10 puntos menos en las 8 dimensiones de la CVRS que los no fumadores. La mayor diferencia se observó en dimensiones relacionadas con la salud mental, especialmente con limitaciones debidas a problemas emocionales (diferencia en rol emocional de – 14 puntos;  $p = 0,001$ ). En comparación con los valores de referencia nacionales, los fumadores presentaron en promedio 12 puntos menos en las 8 dimensiones de la CVRS. Las mayores diferencias se observaron en rol físico (31 puntos) y dolor corporal (17 puntos). Concluyen que los fumadores, aun sin presentar comorbilidad aguda o crónica asociada al consumo de tabaco, presentan una peor CVRS que los no fumadores.

## **2.2. Estilos de vida**

### **2.2.1. Conceptualización**

El concepto de estilo de vida se relaciona con las ideas de comportamiento individual y patrones de conducta, aspectos que se asocian y dependen de los sistemas psicosociales y socioculturales. Los estilos de vida hacen referencia a la manera de vivir, a una serie de actividades, rutinas cotidianas o hábitos, como características de alimentación, horas de sueño o descanso, consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas, actividad física y sexual. Asimismo, los estilos de vida pueden ser saludables o nocivos para la salud de las personas, en tanto se vinculan estrechamente con los hábitos y la forma de vida de la persona y su colectividad. (FNUAP, 2009)

Los hábitos son la base en que se organizan patrones o rutinas, dando origen a la habituación resultante de comportamientos repetidos en contextos temporales, físicos y socioculturales, que se constituyen en costumbres sociales cuando son compartidos por un grupo de personas y regulan

el comportamiento diario (Kielhofner,2004). Pastor (1999) añade que el estilo de vida es la forma de vida de las personas o de los grupos. En la misma perspectiva, se ubica Fernández, Gonzales y Mayol, citado por García y Graña, (1987, 245) quien define el estilo de vida como el “conjunto de creencias, valores y comportamientos que presenta un grupo social de una forma más o menos homogénea en relación a un medio social”.

La sociedad, a través de sus diferentes medios socializadores (televisión, internet, manifestaciones culturales, etc.) ha tenido un gran impacto en la cultura del hombre actual, originando cambios en sus estilos y hábitos de vida, muchas veces perniciosos que han incrementado la incidencia de enfermedades. (Montón, 2000). El enfoque sociológico consideraba a las variables sociales las que establecían la adopción y mantenimiento de un estilo de vida determinado, mientras que el psicoanálisis centró aquella responsabilidad al individuo, soslayando la influencia de la sociedad. Más adelante (S.XX) la ciencia antropológica centró el estudio de los estilos de vida desde un ángulo

cultural y de otro lado, la medicina biologicista, plantea que las personas tienen estilos de vida sanos o nocivos por su propia voluntad. (Erben, Franzkowiak y Wensel, 1992, citado en Gómez et al , 1995).

La Organización Mundial de la Salud, en el marco de la 31ava sesión del Comité Regional en Europa, se dio la siguiente definición del estilo de vida : "(...) forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales." (WHO, 1986), por tanto, el estilo de vida es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, y que son determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales. Es importante, subrayar que los modelos de comportamiento están continuamente sometidos a interpretación y redefinición en contextos sociales diferentes, en consecuencia, no son estáticos, sino que están continuamente cambiando. En

general, se acepta que los estilos de vida, son un conjunto de patrones de conducta, que tienen repercusiones para la salud de las personas, *por lo que si se pretenden mejorar su salud, la acción no sólo debe ser dirigida a los individuos, sino también a su entorno, que interactúan para producir y mantener estos modelos de comportamiento. Asimismo, es necesario acotar, que no existe un estilo de vida ideal u óptimo, al que puedan adscribirse todas las personas, por lo que la interpretación de estilos de vida saludables siempre están en relación con los aspectos subjetivos que presupone tal concepto.*

### **2.2.2. Fundamentos epistemológicos del estilo de vida desde la perspectiva de la teoría de general de la personalidad**

Desde la comprensión personológica , el estilo de vida es la expresión externa de las cualidades del sujeto individual, integrado por constituyentes estructurales externos e indicadores funcionales de la personalidad , que en su configuración, constituyen la expresión psicológica, subjetivamente determinada por el modo de vida de la persona (Mayo & Gutiérrez, 2009).

Siguiendo a Mayo & Gutiérrez (2009) caracterizamos el estilo de vida desde tres perspectivas:

- a) Estilo de vida y su relación con el modo de vida : Según Predvechnni & Sherkovin (1986) y Lomov (1989), existen dos tendencias, siendo la primera aquella que afirma que el estilo de vida se subordina al modo de vida y en consecuencia es un subsistema de éste, mientras que la segunda tendencia, considera que desde la categoría modo de vida se abordan aspectos específicos del estilo de vida vinculados con su determinación subjetiva y el papel psicológico que cumple .
- b) Estilo de vida y su relación con el sujeto: el estilo de vida es una cualidad subjetiva de existencia interna en el sujeto (Adler, 1948; Alport, 1971). Otra posición, indica que el estilo de vida es una manifestación externa del sujeto individual (Lomov,1989; Shorojova,1990 ).
- c) Estilo de vida, sujeto y personalidad: El ser humano, hace referencia a su mundo interno y externo expresado en el sistema de relaciones en que se concreta su subjetividad, las cuales se relacionan dialécticamente como dos partes de un todo, ya que la personalidad es un componente de la

subjetividad interna y el estilo de vida es la propia subjetividad objetivada (Mayo & Gutiérrez, 2009).

### **2.2.3. Declaraciones Internacionales en que se fundamenta la promoción de la salud y los estilos de vida saludables**

Abordar el término estilos de vida saludables, implica considerar los principios de la promoción de la salud, ya que es sabido que ésta es una estrategia de salud pública que comprende un amplio espectro de "áreas sociales que son críticas para el mejoramiento de la salud de los pueblos, el desarrollo humano y la calidad de vida"; basada en fortalecer la capacidad de las personas para optar y mantener estilos de vida saludables, como también en el fomento de una participación activa en las acciones comunitarias que fuesen necesarias para vivir una vida saludable.

La promoción de la salud, tiene como referente importante la Carta de Ottawa (1986) la que postula que:

La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana: en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La Salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlarla vida

propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud (Carta de Ottawa, 1986).

Más adelante, la Segunda Conferencia realizada en Adelaida, enfatizó el papel fundamental de las políticas públicas saludables, mientras que en la tercera conferencia en Sundsväl en Suecia en el año 1991, se subrayó la importancia de la interdependencia entre la salud y el ambiente en sus diferentes dimensiones (físicas, culturales, económicas y políticas). En el año 1993, se realizó la Conferencia de Promoción de la Salud del Caribe en Trinidad y Tobago, en la que se enfatizó la promoción y protección de la salud e identificó estrategias para la realización de actividades entre sectores e hizo un llamado a la renovación del compromiso para la participación comunitaria en los procesos de decisión, comunicación social y mayor equidad en salud. En el año 2000, la Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, se realizó en México, en la cual se consideró la promoción del desarrollo sanitario y social como un deber primordial y una responsabilidad de los gobiernos, que comparten con los

demás sectores de la sociedad y concluyó que la promoción de la salud debe ser un componente fundamental de las políticas y programas de salud en todos los países, en la búsqueda de la equidad y de una mejor salud para todos, a partir de áreas estratégicas: a ) Formulación de políticas públicas que promuevan la salud en todos los sectores y niveles de la sociedad (políticas públicas saludables), b) Creación de entornos favorables (ambientes físicos, sociales, económicos, políticos y culturales) para la salud y el bienestar, c) Fortalecimiento de las acciones comunitarias y de la participación de la gente en las decisiones y las acciones de promoción de la salud, d) Desarrollo de las aptitudes personales necesarias para vivir una vida saludable, e) Reorientación de los servicios de salud para conceder mayor importancia a la promoción de la salud.

#### **2.2.4. Estilos de vida saludables**

Becoña, Vasquez & Oblitas (1990) precisan que los estilos de vida saludables son acciones realizadas por el ser humano, que influyen en la probabilidad o riesgo de obtener consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas y a largo

plazo y que repercuten en su bienestar físico y en su longevidad.

A efectos del presente estudio, se conciben a los estilos de vida saludables como el conjunto de comportamientos frecuentes que realiza un individuo orientados al mantenimiento de la salud física y mental, entre los que se encuentran: ejercicio físico, actividades de recreo, nutrición, calidad de las relaciones afectivas con la familia y amigos/as, sueño adecuado, bajo estrés, introspección<sup>1</sup> y adecuada conducta sexual.

## **2.3. Calidad de vida**

### **2.3.1. Concepto de calidad de vida**

El concepto de calidad de vida fue utilizado por primera vez por el presidente Lyndon Johnson en 1964 al declarar acerca de los planes de salud. Se popularizó en los años 50 por un economista norteamericano, en estudios de opinión pública impuestos por la crisis económica derivada de la II Guerra Mundial relacionados con el análisis sobre los consumidores, y más adelante en 1977 este término se

---

<sup>1</sup>Introspección: observación y análisis de la propia conciencia.

convirtió en categoría de búsqueda en el Index Medicus y en palabra clave en el sistema Medline, sin embargo, se hizo popular entre investigadores de la salud en la década de los años 80 (González & Grau, 1997).

La calidad de vida (CV) de nuestra vida equivale a la calidad de nuestro envejecimiento; es elegible en la medida en que elegibles son individual y socio-culturalmente las condiciones en que vivimos, nuestras actitudes y nuestras formas de comportarnos (González & Grau, 1997).

En ese sentido, la calidad de vida resulta de una combinación de factores objetivos y subjetivos. Donde el aspecto objetivo depende del individuo (utilización y aprovechamiento de sus potenciales: intelectual, emocional y creador) y de las circunstancias externas (estructura socioeconómica, sociopsicológica, cultural y política) que interactúan con él. Mientras que, el aspecto subjetivo viene dado por la mayor satisfacción del individuo, el grado de realización de sus aspiraciones personales y por la percepción que él o la población tenga de sus condiciones

globales de vida, traduciéndose en sentimientos positivos o negativos ( Botero & Pico, 2007). Sin duda, la calidad de vida es un concepto eminentemente evaluador o valorativo capaz de abarcar muchos más fenómenos que los que caben en cualquier especialidad o rama de las ciencias, es decir, las definiciones sobre las que se sustentan las investigaciones son múltiples y según el contexto del cual parte su valoración.

Existen diversas definiciones sobre calidad de vida; Felce y Perry ( 1999) hallaron tres conceptualizaciones que retroalimentaron con una cuarta, así: "1) como la calidad de las condiciones de vida de una persona; 2) la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales; 3) la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, calidad de vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta; 4) y, por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales"( Felce& Perry, 1999,51).

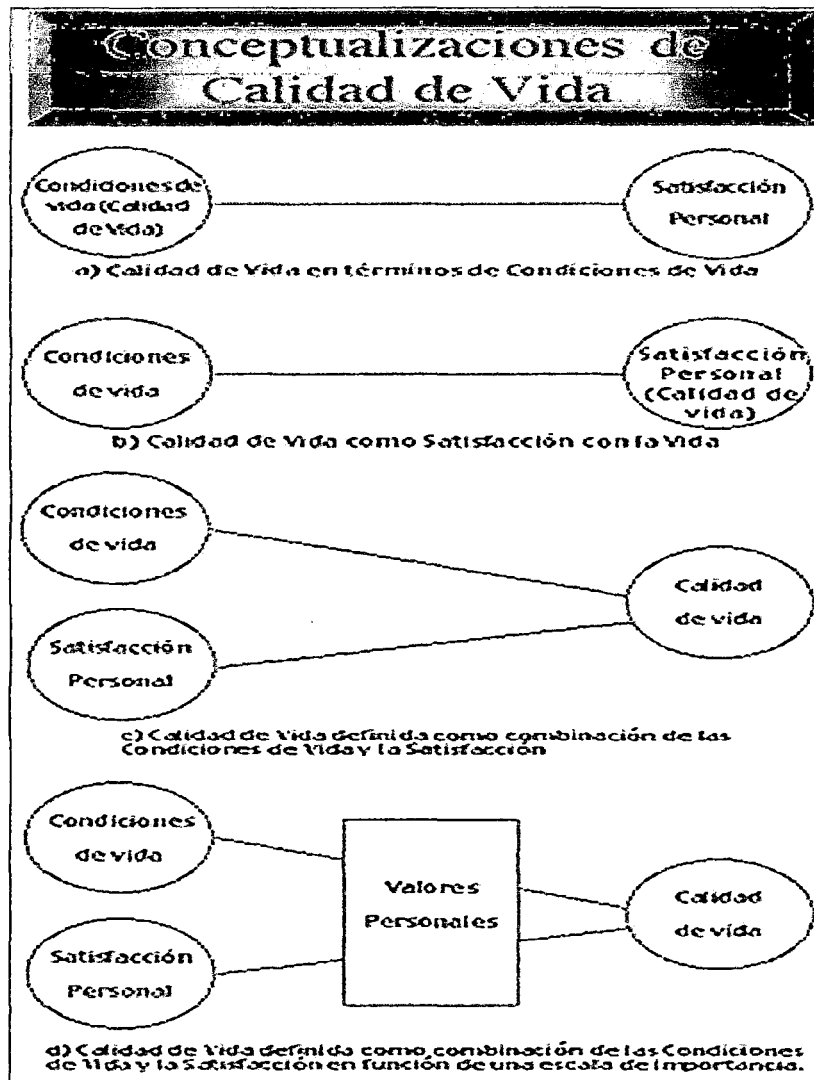


Figura 1. Conceptualizaciones de Calidad de Vida  
(Traducida y adaptada de Felce y Perry, 1995)

Amartya Sen (2001) concibe la calidad de vida en términos de actividades que se valoran en sí mismas y en la capacidad de alcanzar estas actividades. Si la vida se

percibe como un conjunto de 'haceres y seres' (es decir, de realizaciones) que es valorado por sí mismo, el ejercicio dirigido a determinar la calidad de la vida adopta la forma de evaluar estas 'realizaciones' y la 'capacidad para funcionar'. A diferencia de los enfoques basados en el valor o bienestar que otorgarían las propias mercancías (en que se confunden medios y fines), para este caso, la calidad de vida se determinaría en apoyo a esos 'haceres y seres' (realizaciones) y en la capacidad o habilidad de la persona de lograrlos; en últimas, las cosas que la gente valora hacer y ser.

De acuerdo a la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida es la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el proceso psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno (Villaverde

et al, 2000). De otro lado, las necesidades, aspiraciones e ideales relacionados con una vida de calidad varían en función de la etapa evolutiva, es decir, que la percepción de satisfacción se ve influida por variables ligadas al factor edad. (Gómez-Vela, 2005)

### **2.3.2. Concepto de calidad de vida relacionada con la salud**

La prevalencia de enfermedades crónicas, en la mayoría de los países y en la población adulta mayor para la que el objetivo del tratamiento es atenuar o eliminar síntomas, evitar complicaciones y mejorar el bienestar de las personas, lleva a que las medidas clásicas de resultados en medicina (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida) no sean suficientes para evaluar la calidad de vida de esta población. En este contexto, la incorporación de la medida de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) como una medida necesaria ha sido una de las mayores innovaciones en las evaluaciones (Guyatt et al, 1993). Actualmente, la expectativa de vida ha ido en aumento, lo que no necesariamente se asocia a una mejor calidad de vida. La crecida de la frecuencia y velocidad de los cambios

(revolución tecnológica), la inseguridad constante, el exceso de información, el desempleo o el multiempleo, los cambios en la estructura familiar (divorcios, uniones inestables, ambos padres en el mercado laboral), la pérdida de motivaciones, lealtades, valores, señalan los múltiples factores estresantes a que estamos sometidos la mayoría de los seres humanos. Se conoce que el estrés predispone a la enfermedad y deteriora la calidad de vida (Schwartzmann, 2003). El Grupo de Trabajo Europeo de la Organización Mundial de la Salud (Levi, L., 2001) estima para el 2020 que el stress sea la causa principal de muerte, vinculándola en primer lugar a afecciones cardiovasculares y a las depresiones con su consecuente riesgo suicida. Esta situación en que conviven el permanente avance de la ciencia, la enorme producción de bienes, grandes gastos en salud junto a montos elevados de stress y enfermedades asociadas, insatisfacción en gran parte de los usuarios de los servicios de salud, lleva a cuestionarse qué pasa en nuestras sociedades, en general, y en particular qué concepto de salud y definido por quién estamos usando.

Entramos en el siglo XXI, la tecnología avanza a pasos agigantados y la medicina no es ajena a este crecimiento. Los conocimientos disponibles permitirían solucionar los problemas de alimentación de la humanidad. Sin embargo, como señaló el Encuentro Continental de Educación Médica (1994) en la Declaración de Uruguay -en una afirmación que a casi 10 años mantiene total vigencia-, "las significativas transformaciones políticas y económicas y especialmente la reforma del sector salud, iniciada en la mayoría de los países del continente, no se han reflejado positivamente en el desarrollo de las condiciones de vida, de modo de promover con equidad mejoras en las condiciones de salud de nuestras poblaciones".

En salud pública y en medicina, el concepto de calidad de vida relacionada con la salud se refiere a la manera como una persona o grupo de personas percibe su salud física y mental con el pasar del tiempo (Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2009). Actualmente, dicho concepto ha sido abordado por diferentes disciplinas (sociología, economía, psicología, medicina, etc.), y si bien

cada una de ellas ha ofrecido interesantes aportaciones a su entendimiento, también han colaborado a que el concepto carezca de una definición clara y operativa. Por nuestra parte, coincidimos con la aproximación que Ann Bowling realiza al respecto, sugiriendo que básicamente la calidad de vida se identifica como un concepto que representa las respuestas individuales a los efectos físicos, mentales y sociales que la enfermedad produce sobre la vida diaria, lo cual influye sobre la medida en que se puede conseguir la satisfacción personal con las circunstancias de la vida. Por otra parte, la OMS está realizando un intento de consenso internacional, tanto del concepto como de sus dimensiones, definiendo la CV como "la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses". Esta conceptualización expresa que la CV no es equivalente a estado de salud, estilo de vida, satisfacción con la vida, estado mental o bienestar, sino que más bien es un concepto multidimensional que incorpora la percepción del

individuo sobre esos y otros conceptos de la vida (OMS, 1993 citado en Iraurgi, 2000, ¶ 6).

Para la presente investigación, se asumirá la perspectiva de la Organización Mundial de la Salud, que publica que la calidad de vida relacionada con la salud, es una noción multidimensional que comprende el aspecto físico, psicológico y social.

### **2.3.3. Dimensiones de la calidad de vida**

La calidad de vida tiene su máxima expresión en lo relativo con la salud. Las tres dimensiones que global e integralmente comprenden la calidad de vida son:

Dimensión física:

Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, de los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda de que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad. (Alvirde, G., Del Pozo, J., 2002, ¶39)

Dimensión psicológica:

Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como serían el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como significadores de la vida y la actitud ante el sufrimiento (Alvirde, G., Del Pozo, J., 2002, ¶40).

Dimensión social:

Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida, como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral (Alvirde, G., Del Pozo, J., 2002, ¶41).

#### **2.4. Definición de términos**

**Estilos de vida:** aquel conjunto de pautas y hábitos que son cotidianos y demuestran cierta consistencia en el tiempo, bajo condiciones más o menos constantes y se constituyen en factores

de riesgo o de protección para la salud (Henderson, Hall y Lipton, 1980 citado por Rodríguez ,1995).

**Calidad de vida:** según la OMS (1994) es la "Percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses".

**Calidad de vida relacionada con la salud:** se refiere a la manera como una persona o grupo de personas percibe su salud física y mental con el pasar del tiempo. (Centros para el control y prevención de enfermedades, s/f.)

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1. Diseño de investigación**

El diseño de investigación fue no experimental, analítico, transversal y prospectivo (Pineda, E. & Alvarado E, 2008,81; Polit, D. & Hungler, B., 1997; Hernández, R, Fernández, C., Baptista, P., 1994).

#### **3.2. Clasificación de las variables**

- **Variable : Estilo de vida**

Por la función que cumple en la hipótesis: independiente

Por su naturaleza: activa

Por el método de estudio: cuantitativa

Por los valores que adquiere: politemia

- **Variable : Calidad de vida relacionada con la salud**

Por la función que cumple en la hipótesis: dependiente

Por su naturaleza: pasiva

Por el método de estudio: cuantitativa

Por los valores que adquiere: politomía

### **3.3. Operacionalización de las variables**

#### **Variable independiente: Estilo de vida**

**Definición conceptual:** Comportamientos habituales y cotidianos que caracterizan el modo de vida de un individuo y que suelen ser permanentes en el tiempo (Fernández, 1996; Rodríguez, 1995 & Roth, 1990).

#### **Variable dependiente: Calidad de vida relacionada con la salud**

**Definición conceptual:** Percepción subjetiva de la calidad de vida de una persona, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo.

<b>Variables</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Unidad/ Categorías</b>	<b>Escala</b>
<b>Variable independiente</b>  <b>Estilo de vida</b>	Familia y amigos Asociatividad y actividad física Nutrición Tabaco Alcohol y otras drogas Sueño y estrés Trabajo y tipo de personalidad Introspección Control de salud y conducta sexual Otras conductas	De 103 a 120 = Estilo de vida muy adecuado De 85 a 102 = Estilo de vida adecuado De 73 a 84 = Estilo de vida poco adecuado De 47 a 72 = Estilo de vida inadecuado De 0 a 46 = Estilo de vida muy inadecuado	<b>Ordinal</b>
<b>Variable dependiente</b> <b>Calidad de vida relacionada con la salud</b>	Función física Rol físico Dolor corporal Salud general Vitalidad Función social Rol emocional Salud Mental Transición de salud notificad	Puntuación en una escala de 0 a 100	<b>Ordinal</b>
<b>Variables aleatorias</b> Edad Sexo	Fecha de nacimiento Caracteres sexuales secundarios	Años Femenino Masculino	Intervalar Nominal
Facultad - Escuela	Facultad - Escuela Académica Profesional a la que pertenece	Directo	Nominal

### 3.4. Población y muestra

- Población: la población estuvo constituida por 6381 estudiantes de las siete facultades.

<b>Escuelas / Especialidad</b>	<b>Total</b>
Escuela Académico Profesional de Administración	348
Escuela Académico Profesional de Ingeniería Comercial	241
Ciencias de la Naturaleza Tecnología y Ambiente	38
Ciencias Sociales y Promoción Socio Cultural	149
Idioma Extranjero Traductor e Intérprete	198
Lengua Literatura y Gestión Educativa	160
Matemática Computación e Informática	115
Escuela Académico Profesional de Ciencias Contables y Financieras	500
Electrónica	2
Energías Renovables	5
Escuela Académico Profesional de Biología - Microbiología	219
Escuela Académico Profesional de Física Aplicada	39
Escuela Académico Profesional de Ingeniería en Informática y Sistemas	259
Escuela Académico Profesional de Ingeniería Química	79
Escuela Académico Profesional de Farmacia y Bioquímica	142
Escuela Académico Profesional de Medicina Humana	223
Escuela Académico Profesional de Odontología	199
Escuela Académico Profesional de Enfermería	227
Escuela Académico Profesional de Ingeniería en Industrias Alimentarias	304
Escuela Académico Profesional de Ingeniería de Minas	240
Escuela Académico Profesional de Ingeniería Civil	240
Escuela Académico Profesional de Ingeniería Geológica - Geotecnia	185
Escuela Académico Profesional de Ingeniería Pesquera	143
Escuela Académico Profesional de Ingeniería Mecánica	223
Escuela Académico Profesional de Ingeniería Metalúrgica	133
Escuela Académico Profesional de Obstetricia	188
Escuela Académico Profesional de Arquitectura	330
Escuela Académico Profesional de Artes	51
Escuela Académico Profesional de Agronomía	228
<b>Escuela/Especialidad</b>	
Escuela Académico Profesional de Economía Agraria	220
Escuela Académico Profesional de Medicina Veterinaria y Zootecnia	241
Escuela Académico Profesional de Ciencias de la Comunicación	241
Escuela Académico Profesional de Derecho y Ciencias Políticas	271
<b>TOTAL</b>	<b>6381</b>

- **Muestra:**

a) **Tamaño de muestra:** se estimó con una confianza del 97% y con un margen de error del 5 %, P=50 y Q=50.

$$n = \frac{Z^2 \cdot N \cdot P \cdot Q}{E^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot P \cdot Q}$$

Dónde:

n :Tamaño de la muestra.

P : Estimador de la proporción poblacional de la característica de interés.

Q : 1 – p

p q : Varianza del estimador de la característica de interés

Z : Número de unidades de desviación estándar en la distribución normal que producirá el nivel deseado de confianza.

E : Error máximo permitido entre la proporción estimada y la proporción de la población en el nivel de confianza elegido.

N : Tamaño de la población bajo estudio.

$$n = 364$$

- **Tipo de muestreo:** aleatorio estratificado con afijación proporcional

Tabla 1. Población estudiantil de la UNJBG-2011

<b>Escuelas / Especialidad</b>	<b>Hombres</b>	<b>n</b>	<b>Mujeres</b>	<b>n</b>	<b>Muestra</b>
EAP de Administración	146	8	201	11	19
EAP de Ingeniería Comercial	112	6	129	7	13
Ciencias de la Naturaleza Tecnología y Ambiente	7	0	31	2	2
Ciencias Sociales y Promoción Socio Cultural	69	4	80	5	9
Idioma Extranjero Traductor e Intérprete	68	4	130	7	11
Lengua Literatura y Gestión Educativa	59	3	101	5	8
Matemática Computación e Informática	79	5	36	2	7
EAP de Ciencias Contables y Financieras	285	16	215	12	28
Electrónica	2	0	0	0	0
Energías Renovables	5	0	0	0	0
EAP de Biología - Microbiología	104	6	115	6	12
EAP de Física Aplicada	35	2	4	0	2
EAP de Ingeniería en Informática y Sistemas	203	12	56	3	15
EAP de Ingeniería Química	49	3	30	2	5
EAP de Farmacia y Bioquímica	63	4	79	5	9
EAP de Medicina Humana	122	7	101	6	13
EAP de Odontología	90	5	109	6	11
EAP de Enfermería	35	2	192	11	13
EAP de Ingeniería en Industrias Alimentarias	102	6	202	12	18
EAP de Ingeniería de Minas	219	12	21	1	13
EAP de Ingeniería Civil	229	13	11	1	14
EAP de Ingeniería Geológica - Geotecnia	140	8	45	3	11
EAP de Ingeniería Pesquera	89	5	54	3	8
EAP de Ingeniería Metalúrgica	122	7	11	1	8
EAP de Obstetricia	17	1	171	10	11
EAP de Arquitectura	211	12	119	7	19
EAP de Artes	28	2	23	1	3

Conclusión

Continúa

<b>Escuelas / Especialidad</b>	<b>Hombres</b>	<b>n</b>	<b>Mujeres</b>	<b>n</b>	<b>Muestra</b>
EAP de Agronomía	161	9	67	4	13
EAP de Economía Agraria	108	6	112	6	12
EAP de Medicina Veterinaria y Zootecnia	125	7	116	7	14
EAP de Ciencias de la Comunicación	117	7	124	7	14
EAP de Derecho y Ciencias Políticas	136	8	135	8	16
<b>TOTAL</b>	<b>3557</b>	<b>203</b>	<b>2823</b>	<b>161</b>	<b>364</b>

Fuente : Oficina de Actividades y Servicios Académicos

- **Unidades de muestreo:**
  - **Unidad Primaria de Muestreo (UPM):** constituida por las Escuelas de las Facultades de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann.
  - **Unidad Secundaria de Muestreo (USM):** formada por las aulas que pertenecen a los estudiantes de primero a quinto año de estudios de las diferentes escuelas académico profesionales.
  - **Unidad Terciaria de Muestreo (UTM):** conformada por todas las y los estudiantes de las escuelas académicos profesionales.
  - **Unidad de análisis:** un (a) estudiante.

### 3.5. Instrumentos de recolección de datos

#### 3.5.1. Encuesta SF -36

Ficha técnica

Nombre original SF-36

Año 2000.

Autores Ware JE Jr, Kosinski M, Dewey JE (2000 )

Administración Individual/ Grupal

Fiabilidad 0,70 (rango de 0,71 a 0,94) .

Duración 20-30 minutos

- **Descripción de la prueba**

Para medir la calidad de vida relacionada con la salud se utilizó el cuestionario de salud SF-36, diseñado por el *HealthInstitute, New England Medical Center*, de Boston, Massachussets, para medir conceptos genéricos de salud importantes a través de la edad, enfermedad y grupos de tratamiento (Ware & Shernbourne, 1992). Según Alonso, Prieto & Antó (1995); Alonso,

Regidor, Barrio, Prieto, Rodríguez ,De la Fuente, 1998) constituye un instrumento psicométricamente sólido, para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en términos de funcionamiento físico y psicológico, evalúa los aspectos de la calidad de vida relacionada con la salud en poblaciones mayores de 16 años en términos de funcionamiento físico y psicológico y sus ítems detectan tanto estados positivos como negativos de salud. El SF-36, ha sido traducido y adaptado para ser utilizado internacionalmente a través del proyecto *Quality of Life Assessment (IQUOLA)*, su traducción al castellano siguió un protocolo común a todos los países que participaron en dicho proyecto , y se basó en el método de traducción y re traducción por expertos , así como estudios piloto.

Se compone de ocho escalas de la salud : Función física (FF), Rol Físico (RF), dolor corporal (DC), salud general (SG), vitalidad (VT), función social (FS) , rol emocional (RE) y salud mental (SM) y un concepto adicional de cambios en la percepción del estado de salud actual y

en la del año anterior. La escala tiene 36 reactivos, que se calificaron en tres pasos: a) Codificación de los *ítems*, b) Suma de los *ítems* de la escala, por cada dimensión se recodifican (10 *ítems*) y c) los resultados se trasladan a una escala de 0 (peor salud) a 100 (mejor salud). La confiabilidad de la escala se reporta en 0,70 (Campbell & Fiske, 1959, 81-105)

<b>Dimensión</b>	<b>“Peor” ( Puntuación =0)</b>	<b>“Mejor” ( Puntuación =100)</b>
<b>Función física (PF)</b>	Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas, incluido bañarse o ducharse debido a la salud.	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas, incluyendo las más vigorosas, sin ninguna limitación debido a la salud.
<b>Rol físico (RP)</b>	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física.	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física.
<b>Dolor corporal (BP)</b>	Dolor grave y limitante	Ningún dolor ni limitaciones debido al dolor
<b>Salud general (GH)</b>	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore.	Evalúa la propia salud como excelente
<b>Vitalidad (VT)</b>	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo.	Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo
<b>Función social (SF)</b>	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades	Lleva a cabo actividades sociales normales, sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales.

<b>Rol emocional (RE)</b>	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo actividades diarias debido a problemas emocionales.
<b>Salud Mental (MH)</b>	Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo.	Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo.

### 3.5.2. Test de autoevaluación del estilo de vida

#### Ficha técnica

Nombre original	¿Cómo es tu estilo de vida?
Año	2006
Autores	Lange (2006,40)
Administración	Individual y colectiva
Edad de aplicación	Adultos
Duración	Variable, alrededor de 30 a 40 minutos

- **Descripción de la prueba**

Test de autoevaluación del estilo de vida: que consta de 29 ítems, con categorías de respuesta con tres alternativas de 0 a 2 puntos (Lange, 2006,40). Los

puntajes se sumaron y se multiplicaron por dos, y el resultado se ubicó en las categorías: Estilo de vida muy adecuado (De 103 a 120); estilo de vida adecuado (De 85 a 102); estilo de vida poco adecuado (De 73 a 84); estilo de vida inadecuado (De 47 a 72) y estilo de vida muy inadecuado (De 0 a 46).

### **3.6. Procedimiento de análisis de datos**

Los datos obtenidos fueron procesados mediante el programa informático SPSS Versión 18 y *Stapgraphics Centurión*. Se utilizará estadística descriptiva expresada en porcentuales, mediana, percentiles, moda, frecuencia, coeficiente de contingencia, desviación estándar. Para la prueba de hipótesis se hizo uso de la prueba de  $X^2$  Cuadrado de Pearson.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

En el presente capítulo, se presentan los resultados en relación a las preguntas de investigación y a las hipótesis planteadas. En tal sentido, los hallazgos, se presentan según un orden lógico y metodológico.

#### **4.1. RESULTADOS E INTERPRETACIÓN**

**Tabla 2**

**Características sociodemográficas de la muestra**

---

---

	Nº =364	%
<hr/>		
<b>Sexo</b>		
Femenino	158	43,41
Masculino	206	56,59
<hr/>		
<b>Edad</b>		
De 16-19	126	34,62
De 20-23	122	33,52
De 24-28	116	31,87

---

---

Fuente: Cuestionario

**Interpretación**

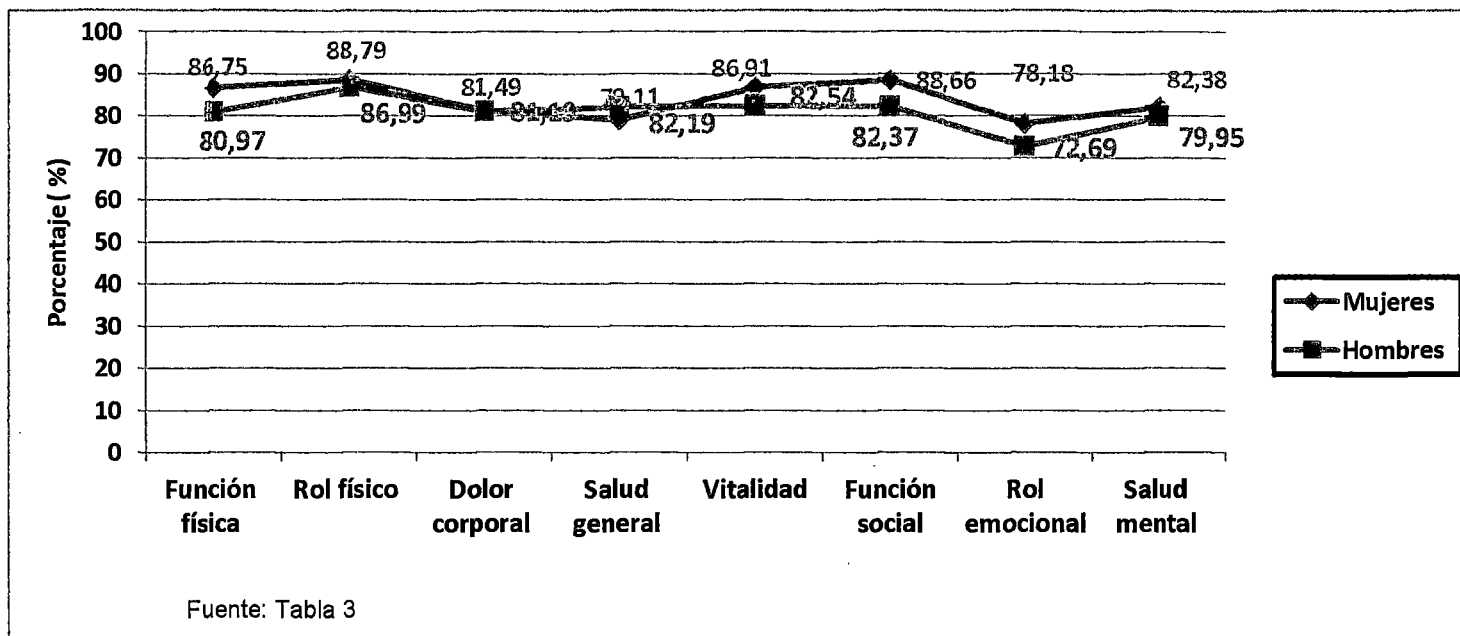
En la Tabla 2, se aprecia que los estudiantes de la muestra son mayormente de sexo masculino, ya que de cada 100 estudiantes 56 son varones, mientras que la edad que predomina es de 16 a 19 años.

**Tabla 3**

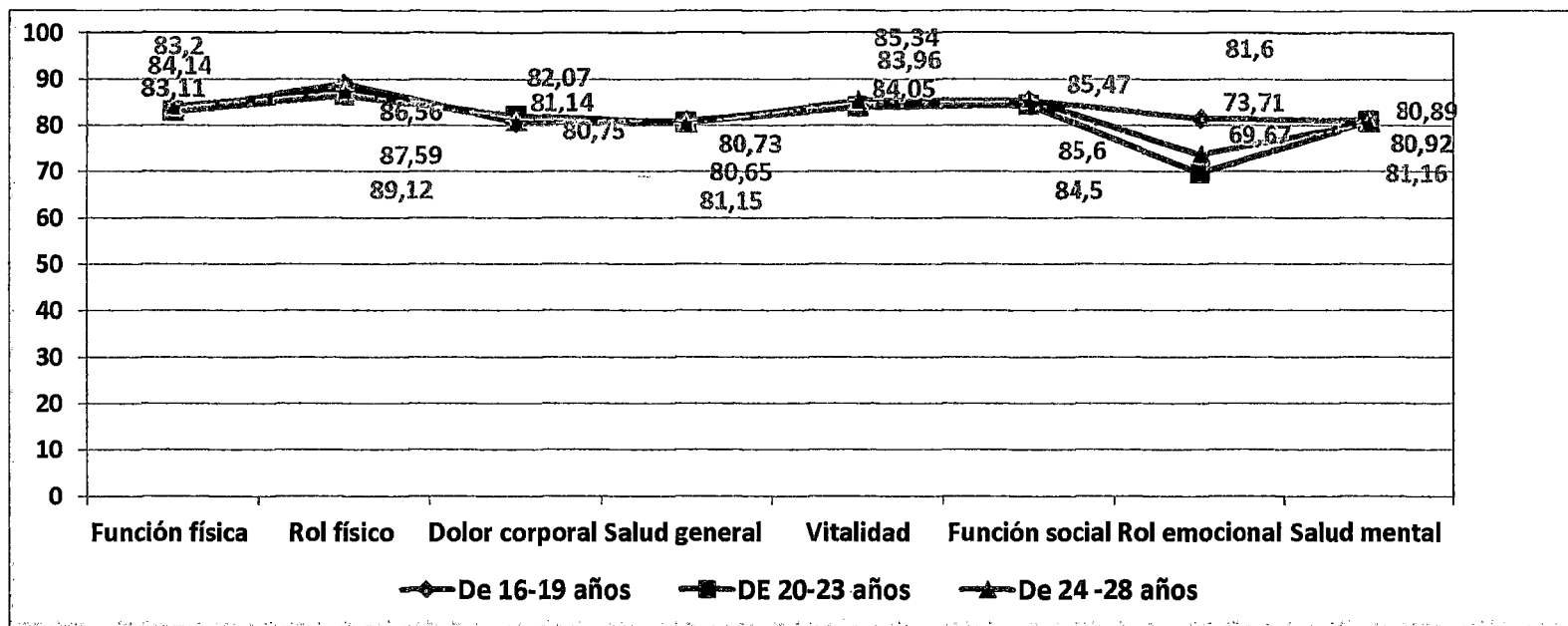
**Promedios y desviación estándar de las ocho escalas de la SF-36 en estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, por sexo y grupos de edad. Tacna- 2011**

Sexo	Función física		Rol físico		Dolor corporal		Salud general		Vitalidad		Función social		Rol emocional		Salud mental	
	$\bar{x}$	DE	$\bar{x}$	DE	$\bar{x}$	DE	$\bar{x}$	DE	$\bar{x}$	DE	$\bar{x}$	DE	$\bar{x}$	DE	$\bar{x}$	DE
Mujeres	86,75	(13,50)	88,79	(10,70)	81,49	(11,44)	79,11	(12,31)	86,91	(10,59)	88,86	(10,03)	78,18	(23,97)	82,38	(5,22)
Hombre	80,97	(11,47)	86,99	(9,56)	81,19	(11,16)	82,19	(10,24)	82,54	(10,48)	82,37	(10,10)	72,69	(26,08)	79,95	(4,82)
<b>Grupo etario</b>																
16-19	83,20	(12,02)	89,12	(10,00)	80,75	(11,36)	81,15	(10,89)	83,96	(10,57)	85,47	(10,77)	81,60	(22,48)	81,16	(4,95)
20-23	83,11	(12,33)	86,56	(9,42)	82,07	(11,70)	80,73	(11,82)	84,05	(10,68)	84,50	(10,53)	69,67	(26,54)	80,92	(5,05)
24-28	84,14	(13,83)	87,59	(10,76)	81,14	(10,75)	80,65	(11,17)	85,34	(11,00)	85,60	(10,40)	73,71	(25,05)	80,89	(5,46)

Fuente : cuestionario SF 36

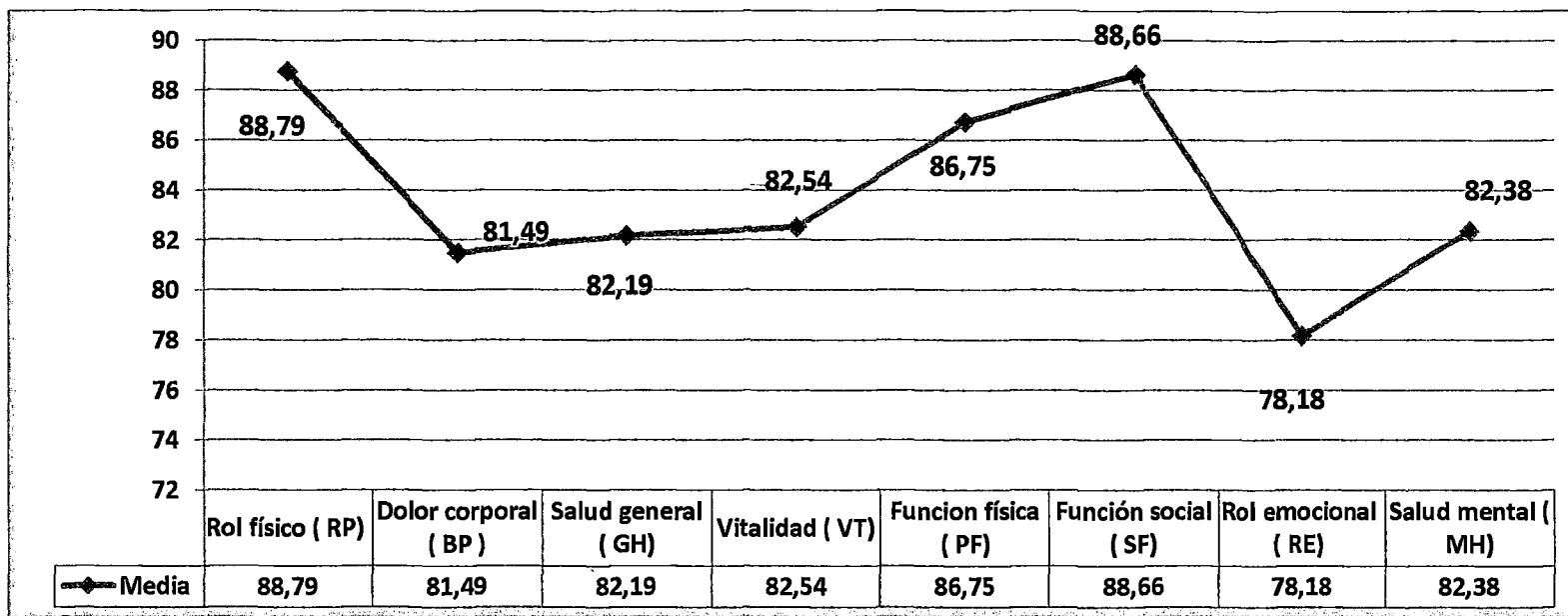


**Figura 2. Promedios de las ocho escalas de la SF- 36 en estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, por sexo. Tacna, 2011**



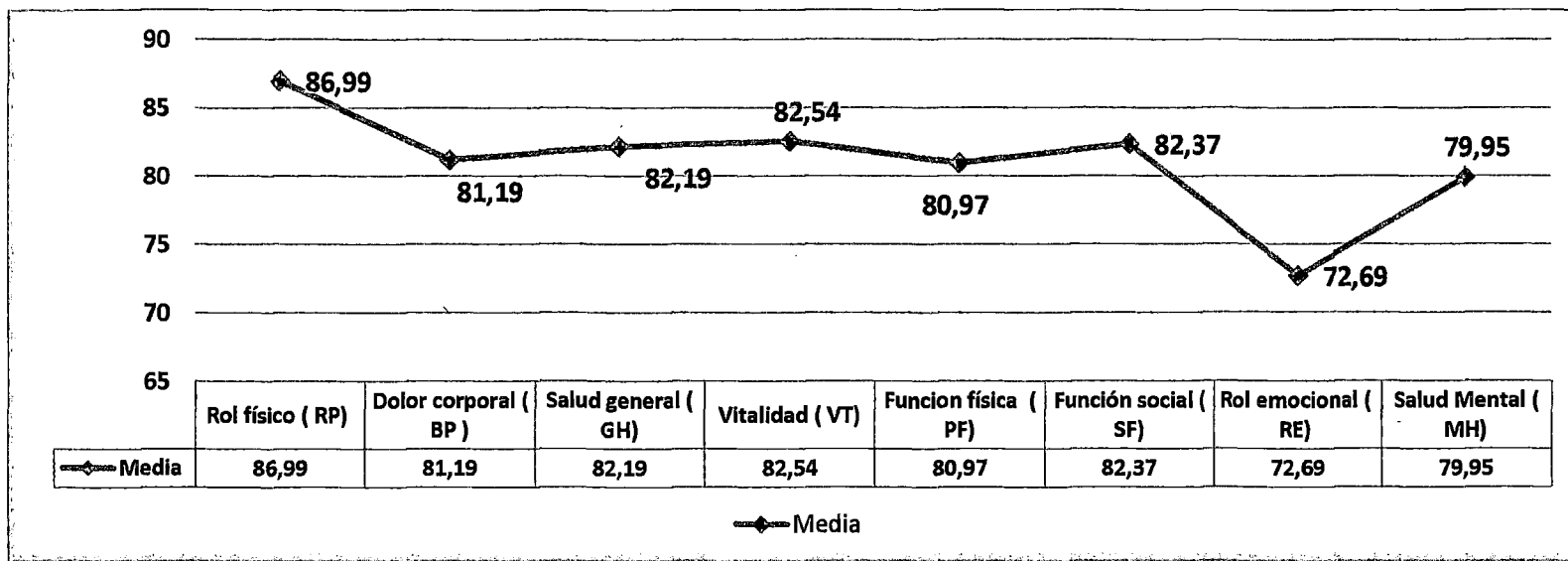
Fuente: Tabla 3

**Figura 3. Promedios de las ocho escalas de la SF- 36 en estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, por grupos etarios. Tacna, 2011**



Fuente: Tabla 3

**Figura 4. Promedios de las ocho escalas de la SF- 36 en estudiantes de sexo femenino de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, 2011**



Fuente: Tabla 3

**Figura 5. Promedios de las ocho escalas de la SF- 36 en estudiantes de sexo masculino de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, 2011**

## **Interpretación**

En la Tabla 3 y en las Figuras 2 ; 3; 4 y 5 , se aprecia que según el sexo, en el caso de las mujeres los promedios de calidad de vida relacionada con la salud en las ocho dimensiones del modelo de medición del SF 36 , en la mayoría de los casos supera los 80 puntos, a excepción de la salud general que alcanza un promedio de 79,11 y el Rol emocional una media de 78,18.

En el caso de los estudiantes varones, igualmente en casi todos las dimensiones de la variable calidad de vida relacionada con la salud, supera la media de 80, sin embargo para la dimensión Rol emocional (72,69) y Salud Mental (79,95) los promedios están por debajo de 80. Según grupo etario, en las tres categorías (De 16 a 19; de 20 a 23 y de 24 a 28) en la dimensión Rol Físico, se observan los promedios más altos, los que superan el valor de 85 en los tres casos, igualmente la función social alcanza una media alta en el grupo etario de 24 a 28 (85,60), en el grupo de 16 a 19 años su media fue de 85,47, mientras que en el grupo de 20 a 23 la media fue de 84,50. Se subraya también, que para la dimensión Función física, los promedios en los tres grupos etarios superaron el valor de 80. De

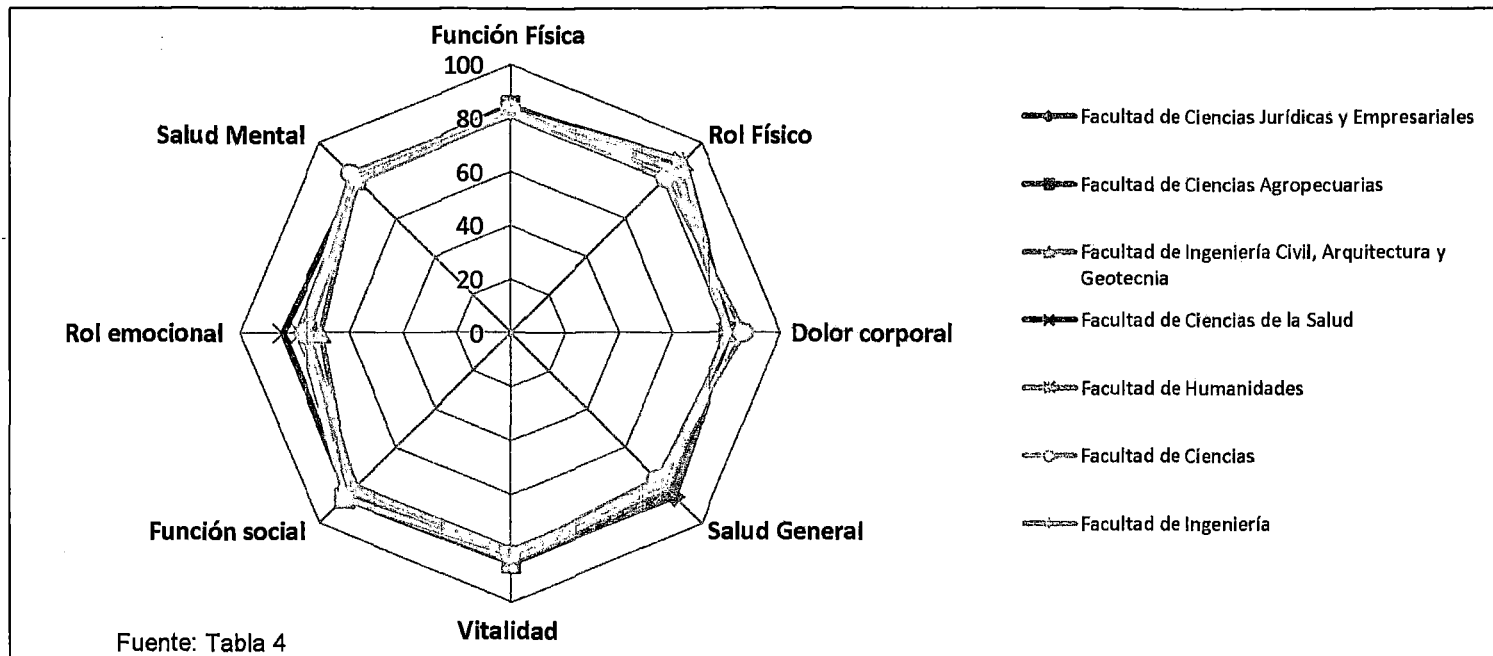
otro lado, en el grupo etario de 20 a 23 años, el promedio para el Rol emocional alcanza sólo un 69,67 y en el grupo de estudiantes con edades de 24 a 28 años un promedio de 73,71.

**Tabla 4**

**Promedios y desviación estándar de las ocho escalas de la SF- 36 en estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, por facultades, Tacna- 2011**

Facultad	Función física		Rol físico		Dolor corporal		Salud general		Vitalidad		Función social		Rol emocional		Salud mental	
	$\bar{x}$	DE	$\bar{x}$	DE	$\bar{x}$	DE	$\bar{x}$	DE	$\bar{x}$	DE	$\bar{x}$	DE	$\bar{x}$	DE	$\bar{x}$	DE
Facultad de Ciencias Jurídicas y Empresariales	84,74	12,59	88,16	9,89	81,25	11,27	85,61	10,99	85,53	10,63	85,13	11,37	71,71	24,66	81,36	4,87
Facultad de Ciencias Agropecuarias	84,31	12,99	87,08	11,42	81,15	13,46	82,6	10,16	85,62	10,95	86,92	10,89	73,08	24,61	80,92	7,25
Facultad de Ingeniería Civil, Arquitectura y Geotecnia	83,83	12,95	86,38	9,42	81,38	10,71	77,13	11,46	84,89	10,24	84,26	10,37	70,21	16,68	80,64	4,99
Facultad de Ciencias de la Salud	83,93	13,44	90,71	10,06	81,58	9,48	78,91	10,76	84,29	11,38	85,54	9,53	84,38	23,14	80,95	5,58
Facultad de Humanidades	82,35	13,05	90,2	10,10	80,15	12,04	80,76	11,72	84,51	12,22	86,67	10,71	77,94	24,82	81,63	4,73
Facultad de Ciencias	82,86	10,69	81,43	5,35	86,61	9,13	76,79	5,71	82,14	8,93	87,14	9,14	76,43	10,79	83,81	5,68
Facultad de Ingeniería	81,11	11,92	85,56	9,04	81,02	10,51	78,82	11,67	81,76	9,22	81,48	9,60	75,00	24,28	79,63	5,67

Fuente: cuestionario SF36



**Figura 6. Promedios de las ocho escalas de la SF- 36 en estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, por facultades, Tacna, 2011**

## **Interpretación**

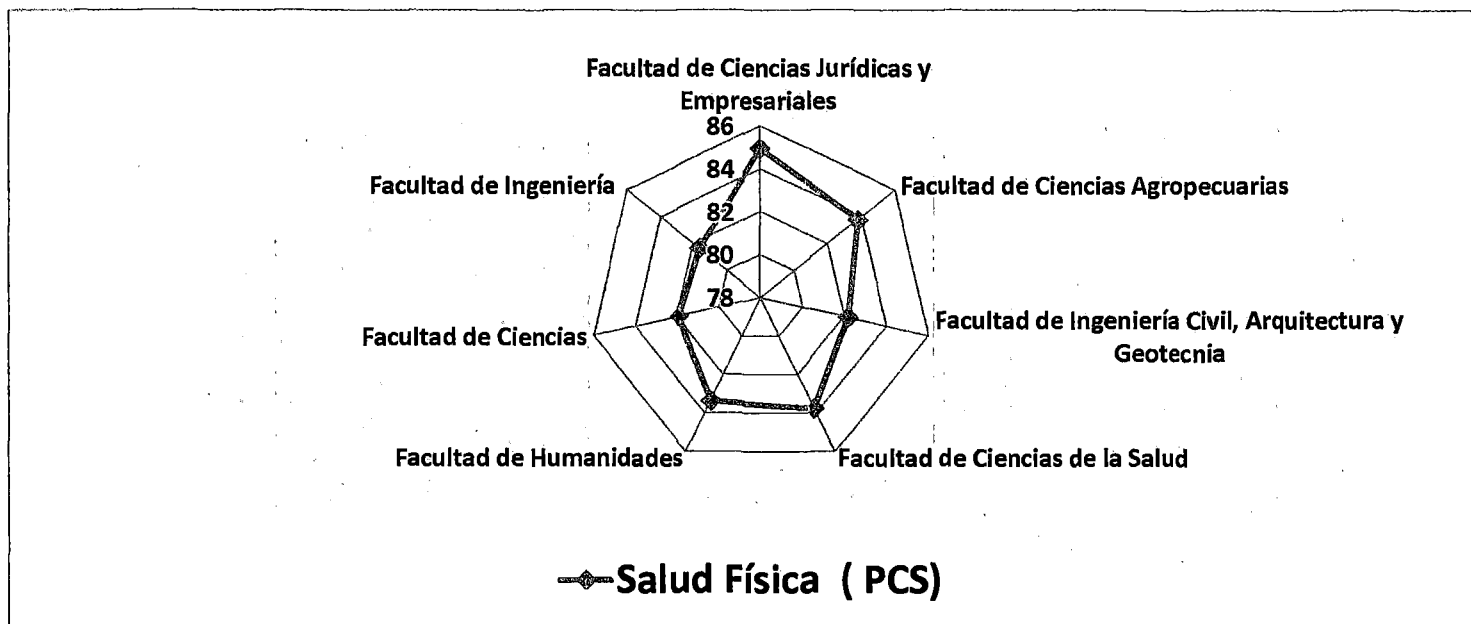
En la Tabla 4 y en la Figura 6, se presentan las medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación típica). Se aprecian según facultades, en las diferentes dimensiones que conforman el SF-36 puntajes mayormente puntajes que superan la puntuación de 80. Sin embargo llama la atención que la dimensión Rol emocional, casi en todas las facultades, a excepción de la Facultad de Ciencias de la Salud, se encuentren puntajes entre 70,21 y 77,94, a diferencia del Rol Físico que fue la dimensión con puntajes más elevados. En general, los valores indican a nivel general una calidad de vida buena en la mayoría de las dimensiones. Se encontraron valores para la desviación típica desde 5 para la dimensión Rol Físico hasta 24 para la dimensión Rol Emocional en la Facultad de Ciencias Jurídicas.

**Tabla 5**

**Descriptivos del Índice Sumario Salud Física (PCS) de la SF- 36 en estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, por Facultades, Tacna- 2011**

Descriptivos	Facultad						
	Ciencias Jurídicas y Empresariales	Ciencias Agropecuarias	Ingeniería Civil, Arquitectura y Geotecnia	Ciencias de la Salud	Humanidades	Ciencias	Ingeniería
<b>Media</b>	84,94	83,78	82,18	83,76	83,36	81,92	81,63
<b>Desviación típica</b>	5,74	11,88	5,74	5,82	6,12	4,81	4,78
<b>Asimetría</b>	-0,080	-0,106	0,050	-0,164	-0,199	0,622	0,028
<b>Curtosis</b>	-0,106	0,011	-0,427	-0,285	-0,485	-0,524	0,522
<b>Mínimo</b>	71,25	65,94	69,38	70,94	67,81	75,94	69,38
<b>Máximo</b>	100	96,88	93,75	96,88	95,00	91,88	93,44

Fuente: cuestionario SF36



Fuente: Tabla 5

**Figura 7. Promedios del Índice Sumario de la Salud Física (PCS) de la SF- 36 en estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, por facultades ,Tacna, 2011**

## **Interpretación**

En la Tabla 5 y en la Figura 7, se observan los descriptivos del componente sintético o sumario de la Salud Física (PCS) del cuestionario SF-36, que comprende un índice global basado en la adición de a) *La Función física* (grado en que la salud limita las actividades físicas, tales como el autocuidado, caminar, inclinarse, realizar esfuerzos, etc.), b) *Rol físico* (grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, generando un rendimiento menor que el deseado), c) *Dolor corporal* (grado de intensidad del dolor y su efecto), d) *Salud general* (valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse). Los descriptivos se han obtenido de puntajes estandarizados, es decir que varían entre 0 y 100, en función de extremos que son de peor a mejor bienestar general. Los puntajes estandarizados revelan que los estudiantes de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Empresariales, valoran mejor su salud física respecto de las otras facultades, ya que exhiben un puntaje medio de 84,94, mientras que es la Facultad de Ingeniería la que tiene la menor puntuación, aunque ninguna de las facultades, presenta una puntuación menor a 80, lo que significa que los estudiantes en general realizan todo tipo de actividades físicas, incluyendo las más vigorosas, sin limitaciones debidas a la salud, no presentan mayormente

problemas con el trabajo u otras actividades diarias, sin dolor o limitaciones debidas a él, evalúa su salud personal como muy buena.

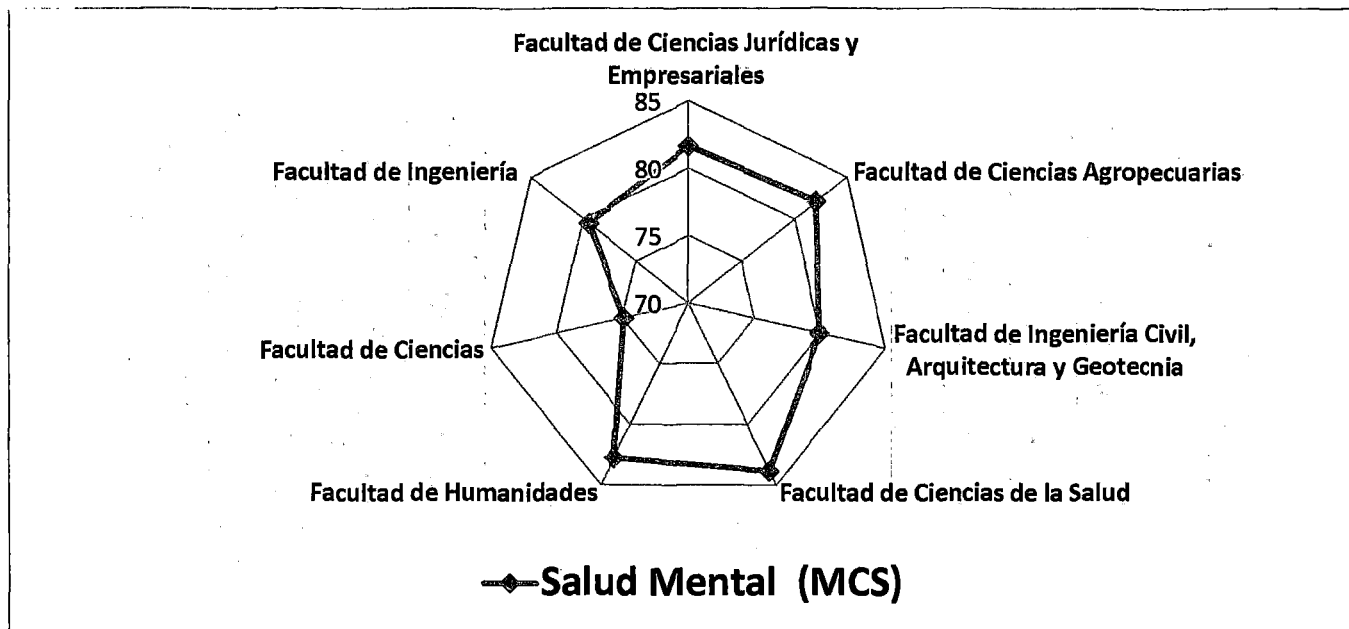
La desviación típica (DS) , es una medida de centralización o dispersión de los datos con respecto al valor promedio, por lo que la DS de los datos en la Facultad de Ingeniería es de 4,78 , tiene una desviación menor que las otras porque sus valores están más cerca de su promedio (81,63), mientras que la desviación típica más alta es de 11,88 en la Facultad de Ciencias Agropecuarias , lo que significa que sus valores están más distantes de su media. La asimetría, nos indica si los datos se distribuyen de forma uniforme alrededor de la media, observándose valores positivos para los valores de la Facultad de Ciencias, Ingeniería Civil, Arquitectura y Geotecnia e Ingeniería, lo que revela que las puntuaciones tienden a ser mayores, mientras que en los puntajes de las demás facultades la asimetría es negativa, por lo que es evidente que las puntuaciones tienden a ser menores. La curtosis revela el grado de concentración que presentan los valores en la región central de la distribución, por lo que a excepción de las Facultades de Ciencias Agropecuarias y la Facultad de Ingeniería, la curtosis es  $< 0$ , lo que denota que los valores no están concentrados.

**Tabla 6**

**Descriptivos del Índice Sumario Salud Mental (MCS) de la SF 36 en estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, por facultades, Tacna- 2011**

Descriptivos	Facultad						
	Ciencias Jurídicas y Empresariales	Ciencias Agropecuarias	Ingeniería Civil, Arquitectura y Geotecnia	Ciencias de la Salud	Humanidades	Ciencias	Ingeniería
<b>Media</b>	81,67	82,09	80,00	83,79	82,69	74,88	79,47
<b>Desviación típica</b>	8,00	8,27	7,84	7,84	8,64	8,11	7,29
<b>Asimetría</b>	0,022	0,017	0,435	-0,828	0,041	1,124	0,067
<b>Curtosis</b>	-1,14	-0,78	-0,61	0,94	-1,23	2,31	-1,02
<b>Mínimo</b>	67,50	-0,78	67,50	58,33	67,08	62,50	65,42
<b>Máximo</b>	98,33	97,50	97,50	97,08	97,50	95,42	93,33

Fuente: cuestionario SF36



Fuente : Tabla 6

**Figura 8. Promedios del Índice Sumario Salud Mental (MCS) de la SF- 36 en estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, por facultades, Tacna, 2011**

## **Interpretación**

En la Tabla 6 y en la Figura 8, se observan los descriptivos del componente sintético o sumario de la Salud Mental (MCS) del cuestionario SF-36, que comprende un índice global basado en la adición de a) *Vitalidad* (Sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio y agotamiento), b) *Función social* (grado en que los problemas de salud interfieren en la vida social), c) *Rol emocional* (grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, incluyendo la reducción en el tiempo dedicado a éstas, rendimiento menor y disminución de la intensidad en el trabajo) y d) *Salud mental* (incluye depresión, ansiedad, control de la conducta y bienestar).

Es necesario mencionar que los descriptivos de la Tabla 5, también se han obtenido de puntajes estandarizados, que varían entre 0 y 100, en función de extremos que son de peor a mejor bienestar general. Los puntajes estandarizados revelan que los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud, valoran mejor su salud mental (MCS) respecto de las otras facultades, ya que exhiben un puntaje medio de 83,79, mientras que es la Facultad de Ciencias la que tiene la menor puntuación (Media = 74,88). Dos facultades (Ciencias e Ingeniería) ostentan los menores promedios 74,88 y 79,47 respectivamente, las demás facultades

presentan puntuación medias igual o superiores a 80, lo que significa que los estudiantes en general, se sienten llenos de vigor y energía (vitalidad), realizan de manera normal sus actividades sociales sin interferencias debido a problemas físicos o emocionales (función social), no presentan mayormente problemas con el trabajo u otras actividades diarias (rol emocional) y se sienten en paz, felices y calmados (salud mental). La desviación típica (DS), dado que es una medida de dispersión de los datos con respecto al valor promedio, revelan que los datos de la Facultad de Ingeniería, son los que están más cerca de su promedio ya que su desviación típica es la menor (7,29), mientras que la DS mayor es la de la Facultad de Humanidades con 8,64.

La asimetría, nos indica si los datos se distribuyen de forma uniforme alrededor de la media, observándose valores positivos para los valores de casi todas las facultades, lo que nos indica que las puntuaciones tienden a ser mayores, a excepción de la Facultad de Ciencias de la Salud que presenta una asimetría negativa (-0,828), lo que hace evidente que las puntuaciones tienden a ser menores. La curtosis revela el grado de concentración que presentan los valores en la región central de la distribución, por lo que a excepción de las Facultades de Ciencias de la Salud y Ciencias, la curtosis es  $<0$ , lo que denota que los valores no están concentrados.

**Tabla 7**

**Estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, por sexo según estilos de vida relacionado con la familia y amigos, Tacna -2011**

	Sexo				X <sup>2</sup>	P	
	Total	Femenino		Masculino			
	N= 364	N= 158	Nº	%			Nº
<b>FAMILIA Y AMIGOS</b>							
<b>Tengo con quien hablar de las cosas que son importantes para mí</b>							
Casi siempre	54	24	44,44	30	55,56		
A veces	105	56	53,33	49	46,67	6,631 0,036	
Nunca	205	78	38,05	127	61,95		
<b>Yo doy y recibo cariño</b>							
Casi siempre	63	27	42,86	36	57,14		
A veces	162	68	41,98	94	58,02	0,351 0,839	
Nunca	139	63	45,32	76	54,68		

Fuente: cuestionario Estilos de vida

### **Interpretación**

En la Tabla 7 se observa que para la categoría *Tengo con quien hablar de las cosas que son importantes para mí*, los hombres en una mayor proporción (55,56 %) que las mujeres (44,44%) *que casi siempre*.

Lo mismo se aprecia para la alternativa *nunca*, en la que el mayor número son hombres (61,95 %) y las mujeres en un 38 %. Sin embargo, ocurre lo contrario con la alternativa *a veces*, ya que son las mujeres mayormente que optaron por esta alternativa (53,33 %), la diferencia corresponde a los varones (46,67 %).

Respecto a la categoría *Yo doy y recibo cariño*, igualmente son los varones los que responden en mayor proporción en todos los *ítems*. Es así que para los *ítems casi siempre; a veces y nunca*, el 57,14 %, 58 % y el 54,68 % de los varones responde afirmativamente, la diferencia (menos de la mitad) corresponde a las estudiantes de sexo femenino.

**Tabla 8**

**Estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, por sexo según Asociatividad, Actividad Física, Tacna -2011**

	Total N= 364 Nº	Sexo		X <sup>2</sup>	P		
		Femenino N= 158				Masculino N=206	
		Nº	%			Nº	%
<b>ASOCIATIVIDAD, ACTIVIDAD FÍSICA</b>							
<b>Soy integrante activo(a) de un grupo de apoyo a mi salud y calidad de vida</b>							
Casi siempre	69	29	42,03	40	57,97	0,192	0,936
A veces	142	61	42,96	81	57,04		
Nunca	153	68	44,44	85	55,56		
<b>Yo realizo actividad física durante 30 minutos cada vez</b>							
3 o más veces por semana	87	32	36,78	55	63,22	5,113	0,078
1 vez por semana	139	56	40,29	83	59,71		
No hago nada	138	70	50,72	68	49,28		
<b>Yo camino al menos 30 minutos diariamente</b>							
Casi siempre	87	35	40,23	52	59,77	0,844	0,656
A veces	161	69	42,86	92	57,14		
Nunca	116	54	46,55	62	53,45		

Fuente: cuestionario Estilos de vida

### **Interpretación**

En la Tabla 8, se aprecia que para la categoría Asociatividad y actividad física, son los estudiantes de sexo masculino, los que registran

más alto puntaje. Es así, que para el ítem *Soy integrante activo(a) de un grupo de apoyo a mi salud y calidad de vida*, un poco más de la mitad de los varones en las tres categorías de respuesta responden afirmativamente: casi siempre (57,97 %); a veces (57,04 %) y nunca (55,56 %).

En cuanto a la categoría *Yo realizo actividad física durante 30 minutos cada vez*, de igual forma los varones registran porcentajes más altos de respuesta, ya que para el ítem *3 o más veces por semana*, los varones en casi las dos terceras partes (63,22 %) responden afirmativamente, frente a un 36,78 % en el grupo de mujeres ;para el ítem *1 vez por semana* , el 59,71 % asiente, la diferencia corresponde a las mujeres, mientras que para el ítem *No hago nada* , son las mujeres las que mayoritariamente (aunque discretamente) con un 50,72 % responden que no realizan actividad física, la diferencia corresponde a los varones.

Respecto a la categoría *Yo camino al menos 30 minutos diariamente*, es clara la diferencia entre estudiantes de ambos sexos, ya que son los varones los que en todos los ítems (Casi siempre: 59,77 % , A veces: 57,14% y Nunca: 53,45%) asienten, mientras que las estudiantes de sexo femenino, en todos los casos alcanzan valores porcentuales de alrededor de 40 a 47 %.

**Tabla 9**

**Estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, por sexo según estilos de vida relacionados con la nutrición, Tacna 2011**

	Sexo					X <sup>2</sup>	P
	Total	Femenino		Masculino			
	N=364	N=	%	N=	%		
<b>NUTRICIÓN</b>	Nº	Nº	%	Nº	%		
<b>Como 2 porciones de verduras y 3 frutas</b>							
Casi siempre	131	79	60,31	52	39,69	23,813	0,001
A veces	134	46	34,33	88	65,67		
Nunca	99	33	33,33	66	66,7		
<b>A menudo consumo mucha azúcar o sal o bien comida con mucha grasa</b>							
Ninguna de éstas	54	34	62,96	20	37,04	43,471	0,001
Alguna de éstas	191	101	52,88	90	47,12		
Todas éstas	119	23	19,33	96	80,67		
<b>Estoy pasado(a) en mi peso ideal</b>							
0 a 4 kilos de más	62	62	55,36	50	44,64	11,069	0,004
5 a 8 kilos de más	139	58	41,73	81	58,27		
Más de 8 kilos	113	38	33,63	75	66,37		

Fuente: cuestionario Estilos de vida

### Interpretación

En la Tabla 9, se aprecia que para la categoría *Nutrición*, los estudiantes de sexo femenino, registran mayores puntajes. Las

estudiantes encuestadas de sexo femenino en las categorías: *Como 2 porciones de verduras y 3 frutas (Casi siempre: 60,31 % , A veces: 34,33 % y Nunca: 33,33 %)*, la diferencia corresponde a los varones , es decir que los varones consumen menos fruta que las mujeres . En relación a la categoría de respuesta, *A menudo consumo mucha azúcar o sal o bien comida con mucha grasa*, son los varones los que mayormente consumen mayor cantidad de grasas (*Todas éstas: 40,15 %*) o *Estoy pasado (a) en mi peso ideal (De 0 a 4 kilos : 80,67 %)* ya para los ítems *Ninguna de éstas* , las mujeres registran un 62,96 % de respuestas afirmativas, y *alguna de éstas* también las estudiantes mujeres asienten en un 52,88 % . En cuanto al peso ideal las categorías son los, *De 5 a 8 kilo: 58,27 % y Más de 8 kilos: 66,37 %*) son los varones los que presentan un mayor porcentaje, sin embargo, las mujeres mayormente presentan sobrepeso de *0 a 4 kilos de más (55,36 %)*

Sin embargo, al aplicar la prueba estadística de Chi cuadrado de Homogeneidad, resulta significativa, lo que revela que ambos grupos (femenino y masculino) son diferentes, respecto a la variable nutrición, en todas las dimensiones de respuesta.

**Tabla 10**

**Estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, por sexo según estilos de vida relacionado con el consumo de tabaco, Tacna -2011**

	Sexo					X <sup>2</sup>	P
	Total	Femenino		Masculino			
	N=364	Nº	%	Nº	%		
<b>TABACO</b>							
<b>Yo fumo cigarrillos</b>							
No, los últimos 5 años	163	90	55,21	73	44,79	16,822	0,001
No, el último año	115	38	33,04	77	66,96		
Si, este año	86	30	34,88	56	65,12		
<b>Generalmente fumo ...cigarrillos por día</b>							
Ninguno	114	68	59,65	46	40,35	22,870	0,001
De 0 a 10	154	64	41,56	90	58,44		
Más de 10	96	26	27,08	70	72,92		

Fuente: cuestionario. Estilos de vida

### **Interpretación**

Se observa en la Tabla 10, que los estudiantes que manifiestan que no han fumado cigarrillos, los últimos 5 años, son mayormente las estudiantes de sexo femenino (55,21 %) la diferencia corresponde a los varones. Asimismo, los que manifiestan que admiten haber fumado cigarrillos, pero no el último año, son mayormente los varones (66,96 %)

y las mujeres el 33,04 % también manifiesta que no ha fumado el último año. Sin embargo, el 65 % de los estudiantes varones, dice que sí ha fumado el último año, sólo el 34,88 de las mujeres asiente en esta categoría. Las diferencias son significativas ( $P = <0,05$ ).

**Tabla 11**

**Estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, por sexo según estilos de vida relacionado con el consumo de alcohol, Tacna -2011**

ALCOHOL	Sexo					X <sup>2</sup>	P
	Total	Femenino		Masculino			
	N=364	Nº	%	Nº	%		
<b>Mi número promedio de tragos por semana</b>							
De 0 a 7 tragos	80	30	37,50	50	62,50	1,480	0,477
8 a 12 tragos	139	62	44,60	77	55,40		
Más de 12 tragos	145	66	45,52	79	54,48		
<b>Bebo más de cuatro tragos en una misma ocasión</b>							
Nunca	80	35	43,75	45	56,25	2,529	0,282
Ocasionalmente	140	54	38,57	86	61,43		
A menudo	144	69	47,92	75	52,08		
<b>Manejo el auto después de beber alcohol</b>							
Nunca	137	104	75,91	33	24,09	106,846	0,001
Ocasionalmente	135	45	33,33	90	66,67		
A menudo	92	9	9,78	83	90,22		

Fuente: cuestionario Estilos de vida

### Interpretación

En la Tabla 11, se aprecia que el consumo de alcohol en cuanto al número promedio de tragos por semana, en la categoría de *0 a 7 tragos* es mayor en los estudiantes de sexo masculino con un 62,50 %,

igualmente para la categoría de *8 a 12 tragos* es mayor en los varones con un 55,40 % y lo mismo ocurre para la categoría de *más de 12 tragos*. Las diferencias no son significativas, quiere decir que los grupos son equivalentes para esta variable.

Respecto a si *bebe más de cuatro tragos en una misma ocasión*, los estudiantes de sexo masculino son los que beben más de cuatro tragos, ya que para la categoría de *ocasionalmente* responden afirmativamente un 61,43 % y a menudo un 52,08 %, la diferencia corresponde a las mujeres. Las diferencias no son significativas, quiere decir que los grupos son equivalentes para esta variable.

Al consultárseles si *manejan el auto después de beber alcohol*, las estudiantes de sexo femenino son más responsables, ya que el 75 % responde que nunca, la diferencia corresponde a los varones, para la categoría de *ocasionalmente* un 33 % de mujeres dicen que si lo hacen, mientras que el 66 % de los varones asienten, sin embargo para la categoría de *a menudo*, los varones en un 90 % lo admiten, a diferencia del 9,78 % de estudiantes mujeres. Las diferencias son significativas ( $P = < 0,05$ )

**Tabla 12**

**Estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, por sexo según estilos de vida relacionado con el consumo de otras drogas, Tacna -2011**

OTRAS DROGAS	Sexo					X <sup>2</sup>	P
	Total	Femenino		Masculino			
	N= 364	Nº	%	Nº	%		
<b>Uso algún tipo de drogas</b>							
Nunca	236	112	47,46	124	52,54		
Ocasionalmente	106	37	34,91	69	65,09	4,751	0,093
A menudo	22	9	40,91	13	59,09		
<b>Uso excesivamente remedios que me indican o los que puedo comprar sin receta</b>							
Nunca	230	117	50,87	113	49,13		
Ocasionalmente	107	38	35,51	69	64,49	19,392	0,001
A menudo	27	3	11,11	24	88,89		
<b>Bebo café, té o bebidas colas que tienen cafeína</b>							
Menos de 3 al día	192	101	52,60	91	47,40		
De 3 a 6 al día	129	42	32,56	87	67,44	14,064	0,001
Más de 6 al día	43	15	34,88	28	65,12		

Fuente: cuestionario Estilos de vida

### Interpretación

Se observa en la Tabla 12, que del total de encuestados más de la mitad de los estudiantes (n= 236) admiten que nunca han consumido

algún tipo de drogas, que se corresponde con el 52,54 % de varones y el 47,46 % de mujeres. Sin embargo, en la categoría de *ocasionalmente*, el 65 % de los estudiantes de sexo masculino lo admiten, la diferencia, es decir, un 34,91 % son mujeres. En la categoría de *a menudo*, un preocupante 59 % corresponde a los varones y el 40,91 % a las estudiantes de sexo femenino. Las diferencias resultan no significativas, lo que indica que los grupos son homogéneos para esta variable ( $P = >0,05$ ).

Al ser preguntados si *usan excesivamente remedios que le son indicados o los que puede comprar sin receta médica*, en la categoría de *nunca*, son las mujeres las que presentan una mayor proporción con un 50,87 %, la diferencia corresponde a los varones. Para la opción de *ocasionalmente*, son los varones los que responden mayormente con un 64,49 %, las mujeres el 32,56 % asiente. Y para la opción *a menudo*, igualmente son los varones los que mayormente asienten con un 88,89 %. Las diferencias resultan significativas ( $P = <0,05$ ).

Respecto al consumo de *café, té o bebidas colas que tienen cafeína*, más de la mitad de los encuestados ( $n=192$ ) conviene en que su consumo se ubica en la categoría de *menos de 3 al día*, de los cuales el 52,60 % son mujeres y el 47,40 % varones. *De 3 a 6 al día*, asiente el

67,44 % de los varones, la diferencia corresponde a las mujeres, mientras que *más de 6 al día*, son los varones los que mayormente lo admiten con un 65,12 %. Las diferencias son estadísticamente significativas.

**Tabla 13**

**Estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, por sexo según estilos de vida relacionado con el sueño y estrés, Tacna -2011**

SUEÑO, ESTRÉS	Sexo					X <sup>2</sup>	P
	Total	Femenino		Masculino			
	N= 364	N= 158		N=206			
	Nº	Nº	%	Nº	%		
<b>Duelmo bien y me siento descansado/a</b>							
Casi siempre	73	25	34,25	48	65,75	6,006	0,050
A veces	223	108	48,43	115	51,57		
Casi nunca	25	25	36,76	43	63,24		
<b>Yo me siento capaz de manejar el estrés o la tensión de mi vida</b>							
Casi siempre	97	36	37,11	61	62,89	3,153	0,207
A veces	207	98	47,34	109	52,66		
Casi nunca	60	24	40,00	36	60,00		
<b>Yo me relajo y disfruto mi tiempo libre</b>							
Casi siempre	124	53	42,74	71	57,26	1,698	0,428
A veces	179	74	41,34	105	58,66		
Casi nunca	61	31	50,82	30	49,18		

Fuente: cuestionario Estilos de vida

### **Interpretación**

En la Tabla 13, en la dimensión *Sueño y estrés*, se aprecia que en la categoría *duermo bien y me siento descansado/a* casi las dos terceras

partes (n= 223) manifiesta que a veces, de los cuales un poco más de la mitad son varones (51,57 %) y el 48,43 % mujeres. En la categoría de respuesta casi nunca, igualmente los varones (63,24%) asienten en mayor proporción que las mujeres (36,76%), mientras que los que responden que casi siempre duermen bien y se sienten descansado/a la mayor proporción corresponde a los estudiantes varones con un 65,75 %. Las diferencias no son significativas, lo que significa que los grupos son homogéneos para esta dimensión (P: = 0,05).

Al indagar que si se *sienten capaces de manejar el estrés o la tensión*, más de la mitad (n=207) responde que a veces, siendo la mayoría varones (52,66 %), casi nunca y casi siempre igualmente son los estudiantes varones los que mayormente asienten con un 60 % y 62,89 %. Las diferencias no son significativas (P = >0,05).

En cuanto a la dimensión *yo me relajo y disfruto mi tiempo libre*, casi la mitad de los encuestados (n = 179) responde que a veces, de los cuales el 58,66 % son varones, igualmente en la categoría casi siempre son los estudiantes de sexo masculino (57,26 %) los que responden afirmativamente, contrariamente, en la categoría de respuesta *casi nunca*, son las mujeres (50,82 %) las que presentan una mayor proporción

respecto de los varones (49,18 %), aunque la diferencia es discreta. Dado que la significancia es mayor a 0,05, los grupos son homogéneos para esta dimensión.

**Tabla 14**

**Estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, por sexo según estilos de vida relacionado con el trabajo o actividades, Tacna -2011**

	Sexo					X <sup>2</sup>	P
	Total	Femenino		Masculino			
	N=364	N=	%	N=	%		
<b>TRABAJO O ACTIVIDADES</b>							
<b>Parece que ando acelerado/a</b>							
Casi siempre	116	77	66,38	39	33,62	49,292	0,001
A veces	132	57	43,18	75	56,82		
Casi nunca	116	24	20,69	92	79,31		
<b>Yo me siento contento/a con mi trabajo o actividades</b>							
Casi siempre	152	61	40,13	91	59,87	1,184	0,553
A veces	178	82	46,07	96	53,93		
Casi nunca	34	15	44,12	19	55,88		

Fuente: cuestionario Estilos de vida

### Interpretación

En la Tabla 14, se aprecia que al preguntárseles sobre el trabajo o actividades que realizan, para la categoría de respuesta *parece que ando acelerado/a*, las estudiantes de sexo femenino en la categoría *casi*

*siempre* mayoritariamente asienten (66,38 %) la diferencia corresponde a los varones. Mientras que para la categoría *a veces*, son los varones los que contestan afirmativamente con un 56,82 %, al igual que para la categoría de respuesta *casi nunca*, en la que los estudiantes de sexo masculino manifiestan en un 79,31 % que *no andan acelerados*, mientras que sólo un 20,69 % de las mujeres responden igual. Las diferencias son significativas ( $P = <0,05$ ).

Al indagar si se *sienten contentos/as con su trabajo o actividades*, casi la mitad dice que *a veces*, categoría de respuesta en la que mayoritariamente se ubican los varones con un 53,93 %. En la categoría de respuesta *casi siempre*, igualmente los varones responden afirmativamente en una mayor proporción (59,87 %) ya que las mujeres solo alcanzan un 40,13 %. Sin embargo, en la categoría de respuesta *casi nunca*, un 55,88 % de los estudiantes de sexo masculino asienten, a diferencia de las mujeres que alcanzan un 44,12 %. Las diferencias no son significativas ( $P = <0,05$ ).

**Tabla 15**

**Estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, por sexo según estilos de vida relacionado con el tipo de personalidad, Tacna -2011**

TIPO DE PERSONALIDAD	Sexo					X <sup>2</sup>	P
	Total	Femenino		Masculino			
	N= 364	N= 158		N=206			
	Nº	Nº	%	Nº	%		
<b>Me siento enojado/a o agresivo/a</b>							
Casi siempre	46	10	21,74	36	78,26	11,983	0,003
A veces	142	60	42,25	82	57,75		
Casi nunca	176	88	50,00	88	50,00		

Fuente: cuestionario Estilos de vida

### **Interpretación**

Se observa en la Tabla 15, que los estudiantes encuestados responden mayoritariamente que *casi nunca* se sienten enojados/as o agresivos/as, de los cuales un 50 % son varones y el otro 50 % mujeres. En la categoría de respuesta *a veces*, mayormente son los varones los que asienten (57,75 %), la diferencia de 42,25 % corresponde a las respuestas de las estudiantes de sexo femenino. Y para la alternativa

*casi siempre*, los varones alcanzan un 78,26 %, a diferencia de las mujeres que alcanzan un 21,74%. Estadísticamente las diferencias son significativas ( $P = <0,05$ ).

**Tabla 16**

**Estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, por sexo según estilos de vida relacionado con la introspección, Tacna -2011**

	Sexo					X <sup>2</sup>	P
	Total	Femenino		Masculino			
	N=364	Nº	%	Nº	%		
<b>INTROSPECCIÓN</b>							
<b>Yo soy un/a pensador/a positivo/a u optimista</b>							
Casi siempre	107	70	65,42	37	34,58	29,913	0,001
A veces	194	66	34,02	128	65,98		
Casi nunca	63	22	34,92	41	65,08		
<b>Me siento tenso/a o apretado/a</b>							
Casi siempre	156	93	59,62	63	40,38	32,966	0,001
A veces	172	59	34,30	113	65,70		
Casi nunca	36	6	16,67	30	83,33		
<b>Me siento deprimido/a o triste</b>							
Casi siempre	62	25	40,32	37	59,68	0,876	0,645
A veces	146	61	41,78	85	58,22		
Casi nunca	156	72	46,15	84	53,85		

Fuente: cuestionario Estilos de vida

## Interpretación

Se observa en la Tabla 16, los resultados referidos a la introspección, evidenciándose que para la alternativa de respuesta *yo soy un/a pensador/a positivo/a u optimista*, más de la mitad de los estudiantes ( $n = 194$ ) dice que *a veces*, de los que mayormente son varones (65,98 %), mientras que para la alternativa *casi siempre* son las mujeres las que mayormente asienten con un 65,42 %, la diferencia corresponde a los varones; sin embargo, en la categoría *casi nunca*, igualmente los varones (65,08 %) responden afirmativamente en mayor proporción que las mujeres. Las diferencias son significativas estadísticamente ( $P = > 0,05$ ).

Para la dimensión *me siento tenso/a o apretado/a*, casi la mitad ( $n=172$ ) responde que *a veces* y mayoritariamente son varones (65,70 %) la diferencia corresponde a mujeres. Para la alternativa de respuesta *casi nunca*, igualmente los varones presentan una mayor proporción de respuestas afirmativas con un 65,70 %, no así en la categoría *casi siempre*, en la cual las estudiantes de sexo femenino (59,62%) manifiestan sentir mayor tensión que los varones (40,38 %). Las diferencias son significativas estadísticamente ( $P = < 0,05$ ).

En cuanto a las respuestas para la opción *me siento deprimido/a o triste*, un poco menos de la mitad responde que casi nunca ( $n=156$ ) y la mayoría son varones (53,85 %), los varones también en mayor proporción responden que a veces (58,22 %) y casi siempre (59,68 %). Las diferencias no son significativas ( $P = >0,05$ ).

**Tabla 17**

**Estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, por sexo según estilos de vida relacionado con el control de la salud/ conducta sexual, Tacna -2011**

	Sexo					X <sup>2</sup>	P
	Total	Femenino		Masculino			
	N= 364	N= 158		N=206			
	Nº	Nº	%	Nº	%		
<b>CONTROL DE LA SALUD / CONDUCTA SEXUAL</b>							
<b>Me realizo controles de salud en forma periódica</b>							
Casi siempre	20	13	65,00	7	35,00	55,150	0,001
A veces	100	72	72,00	28	28,00		
Casi nunca	244	73	29,92	171	70,08		
<b>Converso con mi pareja o mi familia temas de sexualidad</b>							
Casi siempre	86	19	22,09	67	77,91	36,799	0,001
A veces	145	56	38,62	89	61,38		
Casi nunca	133	83	62,41	50	37,59		
<b>En mi conducta sexual me preocupo del autocuidado y del cuidado de mi pareja</b>							
Casi siempre	81	51	62,96	30	37,04	19,798	0,001
A veces	170	72	42,35	98	57,65		
Casi nunca	113	35	30,97	78	69,03		

Fuente: cuestionario Estilos de vida

## Interpretación

En la Tabla 17, se observan los hallazgos para la dimensión *control de la salud y conducta sexual*. Para la alternativa de respuesta *me realizo controles de salud en forma periódica*, más de la mitad ( $n=244$ ) de los encuestados dice que *casi nunca* lo hace, de los cuales mayormente son varones (70,08 %), a veces lo hace el 72 % de las mujeres y el 28 % de los varones, y casi siempre solo 13 estudiantes mujeres (65 %) y 7 varones (35 %). Las diferencias son estadísticamente significativas ( $P = <0,05$ ).

Para la dimensión *converso con mi pareja o mi familia temas de sexualidad*, *menos de la mitad responde que a veces* y son los varones (61,38 %) los que responden en mayor proporción afirmativamente; para la alternativa de respuesta *casi siempre* igualmente los varones asienten mayormente (77,91 %) y para la alternativa *casi nunca*, más de la mitad de las mujeres asienten (62,41 %). Las diferencias son significativas ( $P = < 0,05$ ).

Cuando se les consultó sobre *si en su conducta sexual se preocupan del autocuidado y del cuidado de su pareja*, mayoritariamente respondieron que *a veces* ( $n= 170$ ), de los cuales son los varones los

que respondieron mayormente (57,65 %), para la alternativa *casi nunca* , igualmente los varones son los que respondieron que es así con un 69,03 % , mientras que para la categoría de respuesta *casi siempre* , son las mujeres las que asintieron en una mayor proporción con un 62,96 % . Las diferencias son significativas ( $P = < 0,05$ ).

**Tabla 18**

**Estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, por sexo según estilos de vida relacionado con otras conductas, Tacna -2011**

	Sexo					X <sup>2</sup>	P
	Total	Femenino		Masculino			
	N=364	N=158	%	N=206	%		
	Nº	Nº	%	Nº	%		
<b>OTRAS CONDUCTAS</b>							
<b>Como peatón, pasajero del transporte público y/o automovilista, soy respetuoso/a de las ordenanzas de tránsito</b>							
Casi siempre	111	74	66,67	37	33,33	43,388	0,001
A veces	144	59	40,97	85	59,03		
Casi nunca	109	25	22,94	84	77,06		
<b>Uso cinturón de seguridad</b>							
Casi siempre	77	38	49,35	39	50,65	1,825	0,402
A veces	150	60	40,00	90	60,00		
Casi nunca	137	60	43,80	77	56,20		

Fuente: cuestionario Estilos de vida

### Interpretación

La Tabla 18, evidencia los resultados sobre otras conductas. Se les preguntó si como *peatón, pasajero del transporte público y/o automovilista, soy respetuoso/a de las ordenanzas de tránsito,*

encontrándose que la mayoría (n=144) respondió que a veces, de los cuales mayormente son varones los que respondieron afirmativamente (59,03 %). Para la alternativa de respuesta *casi nunca*, son los varones los que mayormente reconocen que no son respetuosos (77,06 %) ya que sólo un 22,94 % de las mujeres respondió que casi nunca. Sin embargo, para la alternativa *casi siempre* son las mujeres las que asienten con un 66,67 %, la diferencia corresponde a los varones (33,33%). Las diferencias son estadísticamente significativas ( $P = <0,05$ ).

El uso del cinturón de seguridad, en las tres categorías de respuesta, son los varones los que mayormente responden en forma afirmativa, a diferencia de las mujeres. Estas diferencias no son estadísticamente significativas ( $P = >0,05$ ).

**Tabla 19**

**Estilos de vida de los estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Tacna - 2011**

	Nº	%
Estilo de vida adecuado	26	7,14
Estilo de vida poco adecuado	131	35,99
Estilo de vida inadecuado	189	51,92
Estilo de vida muy inadecuado	18	4,95
<b>Total</b>	<b>364</b>	<b>100,0</b>

**Interpretación**

En la Tabla 18 se observa que los estilos de vida de los estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann en más de la mitad es inadecuado, un poco más de la tercera parte presente es poco adecuado, solo 7 de cada 100 presentan un estilo de vida adecuado y prácticamente 5 de cada 100 su estilo de vida es muy inadecuado.

## 4.2. Prueba de hipótesis

### 4.2.1. Primera hipótesis específica:

$H_1$ : Existe una relación directa y significativa entre los estilos de vida y la función física.

#### Hipótesis estadísticas

$H_0 : r_{xy} = 0 \rightarrow$  El coeficiente de correlación entre los estilos de vida y la función física obtenido procede de una población cuya correlación es cero ( $\rho=0$ ).

$H_A : r_{xy} \neq 0 \rightarrow$  El coeficiente de correlación obtenido entre los estilos de vida y la función física procede de una población cuya correlación es distinta de cero ( $\rho \neq 0$ ).

#### Nivel de significación

Para todo valor de probabilidad igual o menor que 0,05, se acepta

$H_A$  y se rechaza  $H_0$ .

#### Zona de Rechazo

Para todo valor de probabilidad menor que 0,05, se rechaza  $H_0$  y se acepta la hipótesis alterna.

**Tabla 20. Correlación entre la variable estilo de vida y función física (PF)**

		Correlaciones	
		<i>Estilos de vida</i>	Función física ( PF)
<b><i>Estilo de vida</i></b>	Correlación de Pearson	1	0,158**
	Sig. (bilateral)		0,003
	N	363	363
<b><i>Función física ( PF)</i></b>	Correlación de Pearson	0,158**	1
	Sig. (bilateral)	0,003	
	N	363	363

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

### **Decisión**

Como el valor de probabilidad es menor que 0,05 del nivel de significancia ( $P=0,03$ ), se rechaza  $H_0$ .

### **Interpretación**

El coeficiente de correlación de Pearson de 0,158, es decir, mayor que los valores críticos de la tabla, por lo que ambas variables se relacionan significativamente.

#### 4.2.2. Segunda hipótesis específica:

H<sub>1</sub>: Existe una relación directa y significativa entre los estilos de vida y el rol físico (RP).

#### Hipótesis estadísticas

H<sub>0</sub> :  $r_{xy} = 0$  → El coeficiente de correlación entre los estilos de vida y el rol físico obtenido procede de una población cuya correlación es cero ( $\rho = 0$ ).

H<sub>A</sub> :  $r_{xy} \neq 0$  → El coeficiente de correlación obtenido entre los estilos de vida y el rol físico procede de una población cuya correlación es distinta de cero ( $\rho \neq 0$ ).

#### Nivel de significación

Para todo valor de probabilidad igual o menor que 0,05, se acepta H<sub>A</sub> y se rechaza H<sub>0</sub>.

#### Zona de Rechazo

Para todo valor de probabilidad menor que 0,05, se rechaza H<sub>0</sub> y se acepta la hipótesis alterna.

**Tabla 21. Correlación entre la variable estilo de vida y rol físico (RP)**

		<i>Estilos de vida</i>	<i>Rol físico (RP)</i>
<b><i>Estilos de vida</i></b>	Correlación de Pearson	1	0,067
	Sig. (bilateral)		0,204
	N	363	363
<b><i>Rol físico (RP)</i></b>	Correlación de Pearson	0,067	1
	Sig. (bilateral)	0,204	
	N	363	363

### **Decisión**

Como el valor de probabilidad 0,204 es mayor que 0,05 no se rechaza la  $H_0$ .

### **Interpretación**

El coeficiente de correlación de Pearson de 0,067 es menor que los valores críticos de la tabla, entonces afirmamos que no existe una relación entre las variables estilos de vida y rol físico (RP).

### 4.2.3. Tercera hipótesis específica:

H<sub>1</sub>: Existe una relación directa y significativa entre los estilos de vida y el Dolor corporal (BP).

#### Hipótesis estadísticas

H<sub>0</sub> :  $r_{xy} = 0$  → El coeficiente de correlación entre los estilos de vida y el dolor corporal obtenido procede de una población cuya correlación es cero ( $\rho=0$ ).

H<sub>A</sub> :  $r_{xy} \neq 0$  → El coeficiente de correlación obtenido entre los estilos de vida y el dolor corporal procede de una población cuya correlación es distinta de cero ( $\rho \neq 0$ ).

#### Nivel de significación

Para todo valor de probabilidad igual o menor que 0,05, se acepta

H<sub>A</sub> y se rechaza H<sub>0</sub>.

#### Zona de Rechazo

Para todo valor de probabilidad menor que 0,05, se rechaza H<sub>0</sub> y se acepta la hipótesis alterna.

**Tabla 22. Correlación entre la variable estilo de vida y dolor corporal (BP)**

<b>Correlaciones</b>			
		<i>Estilos de vida</i>	<i>Dolor corporal (BP)</i>
<b>Estilos de vida</b>	Correlación de Pearson	1	0,033
	Sig. (bilateral)		0,527
	N	363	363
<b>Dolor corporal (BP)</b>	Correlación de Pearson	0,033	1
	Sig. (bilateral)	0,527	
	N	363	363

### **Decisión**

Como el valor de probabilidad 0,527 es mayor que 0,05 no se rechaza la  $H_0$ .

### **Interpretación**

El coeficiente de correlación de Pearson de 0,033 es menor que los valores críticos de la tabla, entonces afirmamos que no existe una relación entre las variables estilos de vida y dolor corporal (BP).

#### 4.2.4. Cuarta hipótesis específica:

H<sub>1</sub>: Existe una relación directa y significativa entre los estilos de vida y la Salud general (GH).

#### Hipótesis estadísticas

H<sub>0</sub> :  $r_{xy} = 0$  → El coeficiente de correlación entre los estilos de vida y la salud general obtenido procede de una población cuya correlación es cero ( $\rho=0$ ).

H<sub>A</sub> :  $r_{xy} \neq 0$  → El coeficiente de correlación obtenido entre los estilos de vida y la salud general procede de una población cuya correlación es distinta de cero ( $\rho \neq 0$ ).

#### Nivel de significación

Para todo valor de probabilidad igual o menor que 0,05, se acepta H<sub>A</sub> y se rechaza H<sub>0</sub>.

#### Zona de Rechazo

Para todo valor de probabilidad menor que 0,05, se rechaza H<sub>0</sub> y se acepta la hipótesis alterna.

**Tabla 23. Correlación entre la variable estilo de vida y salud general (GH)**

		<b>Correlaciones</b>	
		<b>Estilos de vida</b>	<b>Salud general</b>
<b>Estilos de vida</b>	Correlación de Pearson	1	0,122*
	Sig. (bilateral)		0,020
	N	363	363
<b>Salud general ( GH)</b>	Correlación de Pearson	0,122*	1
	Sig. (bilateral)	0,020	
	N	363	363

\*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

### **Decisión**

Como el valor de probabilidad 0,020 es menor que 0,05 se rechaza la  $H_0$ .

### **Interpretación**

El coeficiente de correlación de Pearson de 0,122 es mayor que los valores críticos de la tabla, entonces afirmamos que existe una relación entre las variables estilos de vida y salud general (GH).

#### 4.2.5. Quinta hipótesis específica:

H<sub>1</sub>: Existe una relación directa y significativa entre los estilos de vida y la Vitalidad (VT).

#### Hipótesis estadísticas

H<sub>0</sub> :  $r_{xy} = 0$  → El coeficiente de correlación entre los estilos de vida y la vitalidad obtenido procede de una población cuya correlación es cero ( $\rho=0$ ).

H<sub>A</sub> :  $r_{xy} \neq 0$  → El coeficiente de correlación obtenido entre los estilos de vida y la vitalidad procede de una población cuya correlación es distinta de cero ( $\rho \neq 0$ ).

#### Nivel de significación

Para todo valor de probabilidad igual o menor que 0,05, se acepta H<sub>A</sub> y se rechaza H<sub>0</sub>.

#### Zona de Rechazo

Para todo valor de probabilidad menor que 0,05, se rechaza H<sub>0</sub> y se acepta la hipótesis alterna.

**Tabla 24. Correlación entre la variable estilo de vida y la vitalidad (VT)**

Correlaciones		
	<i>Estilos de vida</i>	<i>Vitalidad (VT)</i>
<b><i>Estilos de vida</i></b>	Correlación de Pearson	1
	Sig. (bilateral)	0,105*
	N	363
<b><i>Vitalidad (VT)</i></b>	Correlación de Pearson	0,105*
	Sig. (bilateral)	0,045
	N	363

\*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

### **Decisión**

Como el valor de probabilidad 0,0045 es menor que 0,05 se rechaza la  $H_0$ .

### **Interpretación**

El coeficiente de correlación de Pearson de 0,105 es mayor que los valores críticos de la tabla, entonces afirmamos que existe una relación entre las variables estilos de vida y vitalidad (VT).

#### 4.2.6. Sexta hipótesis específica:

H<sub>1</sub>: Existe una relación directa y significativa entre los estilos de vida y la Función social (SF).

#### Hipótesis estadísticas

H<sub>0</sub> :  $r_{xy} = 0$  → El coeficiente de correlación entre los estilos de vida y la función social obtenido procede de una población cuya correlación es cero ( $\rho=0$ ).

H<sub>A</sub> :  $r_{xy} \neq 0$  → El coeficiente de correlación obtenido entre los estilos de vida y la función social procede de una población cuya correlación es distinta de cero ( $\rho \neq 0$ ).

#### Nivel de significación

Para todo valor de probabilidad igual o menor que 0,05, se acepta H<sub>A</sub> y se rechaza H<sub>0</sub>.

#### Zona de Rechazo

Para todo valor de probabilidad menor que 0,05, se rechaza H<sub>0</sub> y se acepta la hipótesis alterna.

**Tabla 25. Correlación entre la variable estilo de vida y la función social (SF)**

		<i>Estilos de vida</i>	<i>Función social</i>
<i>Estilos de vida</i>	Correlación de Pearson	1	0,266**
	Sig. (bilateral)		0,000
	N	364	364
<i>Función social</i>	Correlación de Pearson	0,266**	1
	Sig. (bilateral)	0,000	
	N	364	364

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

### **Decisión**

Como el valor de probabilidad 0,0001 es menor que 0,05 se rechaza la  $H_0$ .

### **Interpretación**

El coeficiente de correlación de Pearson de 0,266 es mayor que los valores críticos de la tabla, entonces afirmamos que existe una relación entre las variables estilos de vida y la función social (SF).

#### 4.2.7. Séptima hipótesis específica:

H<sub>1</sub>: Existe una relación directa y significativa entre los estilos de vida y el Rol emocional (RE).

#### Hipótesis estadísticas

H<sub>0</sub> :  $r_{xy} = 0$  → El coeficiente de correlación entre los estilos de vida y el rol emocional obtenido procede de una población cuya correlación es cero ( $\rho = 0$ ).

H<sub>A</sub> :  $r_{xy} \neq 0$  → El coeficiente de correlación obtenido entre los estilos de vida y el rol emocional procede de una población cuya correlación es distinta de cero ( $\rho \neq 0$ ).

#### Nivel de significación

Para todo valor de probabilidad igual o menor que 0,05, se acepta H<sub>A</sub> y se rechaza H<sub>0</sub>.

#### Zona de Rechazo

Para todo valor de probabilidad menor que 0,05, se rechaza H<sub>0</sub> y se acepta la hipótesis alterna.

**Tabla 26. Correlación entre la variable estilo de vida y el rol emocional (RE)**

		<i>Estilos de vida</i>	<i>Rol emocional (RE)</i>
<i>Estilos de vida</i>	Correlación de Pearson	1	0,110*
	Sig. (bilateral)		0,037
	N	363	363
<i>Rol emocional(RE)</i>	Correlación de Pearson	0,110*	1
	Sig. (bilateral)	0,037	
	N	363	363

\*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

### **Decisión**

Como el valor de probabilidad 0,0037 es menor que 0,05 se rechaza la  $H_0$ .

### **Interpretación**

El coeficiente de correlación de Pearson de 0,110 es mayor que los valores críticos de la tabla, entonces afirmamos que existe una relación entre las variables estilos de vida y el rol emocional (RE).

#### 4.2.8. Octava hipótesis específica:

H<sub>1</sub>: Existe una relación directa y significativa entre los estilos de vida y la Salud mental (MH).

#### Hipótesis estadísticas

H<sub>0</sub> :  $r_{xy} = 0$  → El coeficiente de correlación entre los estilos de vida y la salud mental obtenido procede de una población cuya correlación es cero ( $\rho=0$ ).

H<sub>A</sub> :  $r_{xy} \neq 0$  → El coeficiente de correlación obtenido entre los estilos de vida y la salud mental procede de una población cuya correlación es distinta de cero ( $\rho \neq 0$ ).

#### Nivel de significación

Para todo valor de probabilidad igual o menor que 0,05, se acepta H<sub>A</sub> y se rechaza H<sub>0</sub>.

#### Zona de Rechazo

Para todo valor de probabilidad menor que 0,05, se rechaza H<sub>0</sub> y se acepta la hipótesis alterna.

**Tabla 27. Correlación entre la variable estilo de vida y la salud mental (MH)**

		<i>Estilos de vida</i>	<i>Salud Mental (MH)</i>
<i>Estilos de vida</i>	Correlación de Pearson	1	0,149**
	Sig. (bilateral)		0,004
	N	363	363
<i>Salud Mental (MH)</i>	Correlación de Pearson	0,149**	1
	Sig. (bilateral)	0,004	
	N	363	363

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

### **Decisión**

Como el valor de probabilidad 0,004 es menor que 0,05 se rechaza la  $H_0$ .

### **Interpretación**

El coeficiente de correlación de Pearson de 0,149 es mayor que los valores críticos de la tabla, entonces afirmamos que existe una relación entre las variables estilos de vida y la salud mental (MH).

#### 4.2.9. Novena hipótesis específica:

$H_1$ : Existe una relación directa y significativa entre los estilos de vida y el índice global de la Salud Física (PCS).

#### Hipótesis estadísticas

$H_0 : r_{xy} = 0 \rightarrow$  El coeficiente de correlación entre los estilos de vida y el índice global de la salud física obtenido procede de una población cuya correlación es cero ( $\rho=0$ ).

$H_A : r_{xy} \neq 0 \rightarrow$  El coeficiente de correlación obtenido entre los estilos de vida y el índice global de la salud física procede de una población cuya correlación es distinta de cero ( $\rho \neq 0$ ).

#### Nivel de significación

Para todo valor de probabilidad igual o menor que 0,05, se acepta  $H_A$  y se rechaza  $H_0$ .

#### Zona de Rechazo

Para todo valor de probabilidad menor que 0,05, se rechaza  $H_0$  y se acepta la hipótesis alterna.

**Tabla 28. Correlación entre la variable estilo de vida y el índice global de la salud física (PCS)**

		<i>Estilos de vida</i>	<i>Índice Global de Salud Física</i>
<i>Estilos de vida</i>	Correlación de Pearson	1	0,139**
	Sig. (bilateral)		0,008
	N	363	363
<i>Índice Global de Salud Física</i>	Correlación de Pearson	0,139**	1
	Sig. (bilateral)	0,008	
	N	363	363

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

### **Decisión**

Como el valor de probabilidad ,008 es menor que 0,05 se rechaza la  $H_0$ .

### **Interpretación**

El coeficiente de correlación de Pearson de 0,139 es mayor que los valores críticos de la tabla, entonces afirmamos que existe una relación entre las variables estilos de vida y el Índice global de Salud Física (MH).

#### **4.2.10. Décima hipótesis específica:**

H<sub>1</sub>: Existe una relación directa y significativa entre los estilos de vida y el índice global de la Salud Mental (MCS).

#### **Hipótesis estadísticas**

H<sub>0</sub> :  $r_{xy} = 0$  → El coeficiente de correlación entre los estilos de vida y el índice global de la salud mental obtenido procede de una población cuya correlación es cero ( $\rho = 0$ ).

H<sub>A</sub> :  $r_{xy} \neq 0$  → El coeficiente de correlación obtenido entre los estilos de vida y el índice global de la salud mental procede de una población cuya correlación es distinta de cero ( $\rho \neq 0$ ).

#### **Nivel de significación**

Para todo valor de probabilidad igual o menor que 0,05, se acepta H<sub>A</sub> y se rechaza H<sub>0</sub>.

#### **Zona de Rechazo**

Para todo valor de probabilidad menor que 0,05, se rechaza H<sub>0</sub> y se acepta la hipótesis alterna.

**Tabla 29. Correlación entre la variable estilo de vida y el índice global de la salud mental (MCS)**

		Correlaciones	
		<i>Estilos de vida</i>	<i>Índice Global de Salud Física</i>
<i>Estilos de vida</i>	Correlación de Pearson	1	0,153**
	Sig. (bilateral)		0,003
	N	364	364
<i>Índice Global de Salud Física</i>	Correlación de Pearson	0,153**	1
	Sig. (bilateral)	0,003	
	N	364	364

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

### Decisión

Como el valor de probabilidad 0,003 es menor que 0,05 se rechaza la  $H_0$ .

### Interpretación

El coeficiente de correlación de Pearson de 0,153 es mayor que los valores críticos de la tabla, entonces afirmamos que existe una relación entre las variables estilos de vida y el Índice global de Salud Mental (MCS).

### 4.3. DISCUSIÓN

Los hallazgos evidencian, en promedio, la percepción de *buena salud* de los participantes, ya que la media se ubicó alrededor de 80, resultados concordantes con los de Hidalgo *et al* (2010), quien encontró un índice calidad de vida mayor a 80 puntos en estudiantes universitarios mexicanos.

Asimismo, no se observó la tendencia a promedios más bajos en las escalas de salud al incrementar la edad de los participantes, ya que los promedios son altos para todas las escalas lo que refleja la observación de *buena salud*. Estos resultados, contribuyen a la conclusión de que los participantes de ambos sexos y en los tres grupos etarios procedentes de las diversas facultades de la Universidad Nacional Jorge Basadre, representan a un grupo de la población saludables, resultados coincidentes con los de Zúniga, M *et al* (1999) que realizaron un estudio en una población de una institución educativa. En ambos sexos el Rol emocional presenta los promedios más bajos, el cual se refiere *al grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habituales*, debidos posiblemente a

problemas emocionales, ya que el grupo estudiado son adolescentes (16-19 años) y adultos jóvenes (20 a 28 años), en los primeros es una etapa de vida caracterizada por cambios constantes, debido al desarrollo físico, emocional y mental, aunado y en los segundos, son muchos los estudiantes que establecen relaciones estables de pareja e incluso algunos forman una familia, lo cual también conlleva situaciones sentimentales y emocionales, que muchas veces perturban la vida social habitual. Es importante resaltar, que la media encontrada difiere bastante de la media encontrada en la población general española, que tiene una media de 50 (Vilagut, Valdras, Ferrer, Garin, López-García & Alonso, 2008). Sin embargo, es coincidente DE de 10 hallada por Vilagut et al (2008) con nuestro hallazgos, ya que en la mayoría de los casos la desviación estándar es muy cercana a 10, a excepción de la desviación estándar para la dimensión Rol emocional que presentó una DE 23. En siete de las ocho escalas de la SF - 36, las puntuaciones son superiores (aunque discretamente) en el sexo femenino, sin embargo, los varones tienen una mejor percepción de su salud general que las mujeres.

En el caso de la **función física (RP)** del cuestionario (referida al grado en que la salud limita las actividades físicas tales como el

auto-cuidado, caminar, inclinarse, realizar esfuerzos, etc.) la puntuación tanto en hombres y mujeres la puntuación supera los 80 puntos de promedio, siendo ligeramente mayor en las estudiantes de sexo femenino, lo que significa que los estudiantes mayormente perciben que son capaces de llevar a cabo todo tipo de actividades físicas, incluyendo las más vigorosas, sin ninguna limitación debido a la salud.

Respecto al **Rol físico ( RP)** del SF-36, (atañe al grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, generando un rendimiento menor que el deseado) la puntuación también es alta ya que en ambos casos supera los 85 puntos de promedio , lo que evidentemente traduce la apreciación muy cercana de los estudiantes *de no tener ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física.*

En cuanto al **Dolor corporal (BP)**, igualmente las puntuaciones son altas y muy similares en ambos sexos (media = 81puntos), lo que indica que no presentan *dolor ni limitaciones debido al mismo.*

La **Salud general (GH)**, que es una valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar, tiene no sólo la puntuación más baja en todas las dimensiones del grupo de mujeres (media = 79) sino que es inferior al puntaje promedio de los varones (82,19) , lo que se atribuye a la creencia de que las mujeres son más vulnerables a enfermar que los hombres , pero también coinciden en que los varones toleran peor la enfermedad , en este sentido, Pérez (2007,¶2) afirma que “ las mujeres , con independencia de la edad, creen tener peor salud que los hombres”, esta percepción es uno de los indicadores más utilizados en el análisis de las desigualdades sociales, diferencias que al parecer no vienen dadas únicamente por las diferencias biológicas, sino principalmente por las desigualdades sociales y económicas que existen entre sexos.

En cuanto a la **dimensión Vitalidad (VT)** (que comprende los sentimientos de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio y agotamiento), ambos sexos presentan puntuaciones medias superiores a 80, sin embargo, las mujeres tienen una puntuación superior en siete puntos (86,91) respecto de los varones (82,54). En esta dimensión, Kotliarenco (2011) asevera que “desde

hace mucho tiempo se sabe que las características y facultades que tienen las mujeres, son producto del desarrollo ontogenético que permitió a la especie humana sobrevivir a todas las adversidades”, es decir, la fortaleza de las mujeres frente al cansancio y agotamiento, al parecer, devendrían de su propia naturaleza.

Para la **función social (SF)** del SF-36, (Grado en que los problemas de salud interfieren en la vida social), las puntuaciones medias de hombres y mujeres supera los 80 puntos, sin embargo, las mujeres alcanzan una puntuación discretamente más alta (6 puntos de diferencia). En tal sentido, parece razonable pensar que mayormente los estudiantes de ambos sexos *llevan a cabo actividades sociales normales, sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales*, lo que parece razonable, la no interferencia de dolencias físicas, ya que mayormente son adolescentes y jóvenes adultos en los que prevalece por su edad una salud preferentemente óptima.

Si tratásemos de ensayar una interpretación de las puntuaciones medias del **Rol emocional (RE)** (Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias,

incluyendo reducción en el tiempo dedicado a éstas, rendimiento menor y disminución de la intensidad en el trabajo), ya que tanto para los hombres (media=72,69) como para las mujeres (media=72,69) el puntaje promedio es inferior a las medias obtenidas en todas las otras dimensiones, esta podría estar revelando *algún problema con el trabajo actividades diarias debido a problemas emocionales*, de diverso origen , ya que desde la perspectiva de los adolescentes ( 11-19 años) , se sabe que es una etapa en la que se presentan según Nicolson & Ayers (2002,48) con bastante frecuencia “dificultades emocionales y conductuales” derivadas de su propio desarrollo biológico y psíquico. En el caso de los adultos jóvenes, que es la etapa que comienza alrededor de los 20 años y concluye cerca de los 40, tiene como característica relevante, que le individuo debe comenzar a asumir roles sociales y familiares, hacerse responsable de su vida y de la de quienes le acompañan en la conformación de una familia, por consiguiente , también es una etapa vinculada con el matrimonio, el divorcio, la cohabitación, la maternidad y paternidad, la educación superior, el trabajo e incluso la experimentación de relaciones coitales, prácticas extramatrimoniales (Lara, Martínez, Pandolfi, Penroz, Perfetti & Pino,2001) que sin duda, en muchos casos, iría aparejado con

problemas de tipo emocional que alteran las actividades habituales y/o laborales de los estudiantes.

La puntuación media para la dimensión **Salud mental (MH)** (Incluye depresión, ansiedad, control de la conducta y el bienestar), prácticamente es de 80 puntos, lo que indicaría que los estudiantes de ambos sexos experimentan *sentimientos de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo.*

En lo tocante, a los estilos de vida, los resultados evidencian un predominio de prácticas saludables preferentemente por las estudiantes de sexo femenino. Los resultados para la variable **familia y amigos**, revelan que son los varones los que mayormente refieren que nunca tienen con quien hablar de las cosas que son importantes para ellos en el seno de su familia y amigos, sin embargo son ellos también los que en su mayoría, consideran que **dan y reciben cariño.**

La dimensión **asociatividad y actividad física**, que la realización de actividades físicas y las caminatas diarias de al menos 30 minutos, es más notoria en los estudiantes de sexo

masculino, a pesar que tales diferencias no resultaron significativas. Los resultados son coincidentes en el grupo de mujeres, con los de Salazar *et al* (2009) quienes encontraron en los jóvenes universitarios colombianos, un bajo predominio de prácticas de ejercicio o práctica corporal durante al menos 30 minutos y actividad física (como caminar o montar bicicleta en lugar otro medio de transporte si necesita movilizarse a un lugar cercano) y con los de Quiroga (2001) quien reportó una escasa realización de actividad física y deporte por parte de las mujeres universitarias argentinas. En lo que respecta a los varones, los resultados son concordantes con los hallazgos de Paez & Castaño (2010 ) en una muestra de estudiantes universitarios de la Facultad de Psicología de la Universidad del Norte en Colombia, quienes reportan un mayor proporción de actividades físico deportivos y menos de ocio pasivo , en el género masculino con relación al femenino.

En lo relacionado a la **nutrición**, son las estudiantes mujeres quienes mayoritariamente, consumen más frutas, menos comida con mucha grasa e incluso consideran que están pasadas de peso de 0 a 4 kilos, no así los varones, quienes consideraron que su peso se excedía más de cinco kilogramos (diferencias todas significativas)

, hallazgos discordantes con los de Hidalgo *et al* (2010), quienes en un estudio a nivel de estudiantes universitarios adolescentes en México , encontraron que son las mujeres las que mayormente perciben que presentan un sobrepeso. El consumo de comidas con grasa y consecuente disminución de dietas mediterráneas caracterizadas por verduras y frutas, está en consonancia con “presencia de la nueva tendencia en los hábitos alimenticios, como es el consumo de comida rápida, lo que se relaciona con los cambios que se aprecian a nivel mundial” (Grimaldo, 2005,81).

Las resultas para la ***dimensión Tabaco y alcohol***, evidencia que los estudiantes varones no sólo consumen más tiempo cigarrillos, sino que también la cantidad de cigarrillos consumidos diariamente, es superior a las mujeres. En cuanto al consumo de alcohol, los estudiantes hombres consumen un número promedio de tragos por semana, más de cuatro tragos en una misma ocasión y manejan vehículos después de beber alcohol, más frecuentemente que las estudiantes mujeres. Obviamente, son los varones los que presentan un mayor riesgo por el consumo y la combinación de diferentes bebidas alcohólicas y la situación de peligro personal y social, que implica manejar después de haber bebido alcohol.

Resulta preocupante, analizar la variable **Otras drogas**, ya que igualmente en mayor proporción son varones los que consumen algún tipo de drogas (diferencias no significativas), las que constituyen conductas de riesgo, que van aunadas a embarazo no deseado, infecciones de transmisión sexual e incluso contagio por VIH , también usan excesivamente remedios con o sin indicación médica (diferencias significativas) e incluso beben con más frecuencia respecto de las mujeres café o bebidas colas que tienen cafeína (diferencias significativas) los que constituyen hábitos no saludables, resultados similares encontraron Fonseca et al (2007) en Colombia , los que indicaron que los estilos de vida de los adolescentes, se caracterizaron por hábitos que ofrecen riesgo para la salud y el bienestar, pues se relacionaron con el consumo de alcohol (81 % consume alcohol ocasionalmente) , tabaco (70 %) y sustancias psicoactivas (4%).

En lo referente al sueño y estrés , en mayor proporción , los varones duermen y descansan mejor , se sienten capaces de manejar el estrés o la tensión e incluso se relajan y disfrutan mejor su tiempo libre , en comparación al grupo de estudiantes mujeres ( diferencias no significativas) . Hallazgos similares se evidencian para

la variable Trabajo o actividades, en los que las estudiantes mujeres son las que mayormente refirieron *andar aceleradas* (diferencia significativa) y no *sentirse contentas con su trabajo o actividades* (diferencia no significativa). Lo que quizá esté relacionado con los hábitos y costumbres ligados al género, ya que la mujer muchas veces además de las obligaciones estudiantiles, debe asumir otras responsabilidades como realizar tareas de casa, ayudar a la madre, cuidar al hermano menor, etc.

#### Consecuencias teóricas de los resultados

*Los hallazgos obtenidos en el presente estudio, permiten hacer algunas precisiones al marco de referencia considerado, haciendo manifiesta la relación entre los estilos de vida y la calidad de vida relacionada con la salud. Consideramos, que una consecuencia teórica que se desprende de los resultados es que el ingreso a la vida universitaria cambia actitudes y rutinas, se modifican hábitos y estilos de vida, en el que el género juega un papel importante, ya que muchos factores considerados de riesgo se distribuyen diferente según se trate de mujeres u hombres (por ejemplo en este último se identifica mayor porcentaje de tabaquismo y consumo de alcohol) lo que apoya la posición de Posada- Lecompte (2006).*

## CONCLUSIONES

1. En la muestra de estudiantes, predomina el sexo masculino (56,59 %) y el grupo etario de 16 a 19 años de edad (34,62 %).
2. El estilo de vida de los estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, se relaciona significativamente con la calidad de vida en términos de la Función física ( $P = ,003$ ).
3. El estilo de vida de los estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, no se relaciona con la calidad de vida en términos del Rol físico ( $P=,067$ ).
4. El estilo de vida de los estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, no se relaciona con la calidad de vida en términos de del Dolor corporal ( $P=,527$ ).
5. El estilo de vida de los estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, se relaciona con la calidad de vida en términos de la Salud general ( $P= ,020$ ).

6. El estilo de vida de los estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, se relaciona significativamente con la calidad de vida en términos de la Vitalidad ( $P = ,045$ ).
7. El estilo de vida de los estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, se relaciona significativamente con la calidad de vida en términos de la Función social ( $P = ,001$ ).
8. El estilo de vida de los estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, se relaciona significativamente con la calidad de vida en términos del Rol emocional ( $P = ,037$ ).
9. El estilo de vida de los estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, se relaciona con la calidad de vida en términos de la Salud mental ( $P = ,004$ ).
10. El estilo de vida que presentan los estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna se relaciona significativamente con el índice sumario de la Salud Física ( $P = ,008$ ) y de la Salud mental ( $P = ,003$ ) de la calidad de vida vinculada con la salud.

## RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a las autoridades de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, implementar una Universidad Saludable e incorporarla al plan estratégico, tendiente a influir positivamente en la vida y la salud de sus miembros, protegiéndolas y promoviendo el bienestar de sus estudiantes, docente y administrativo, como también a la comunidad.
2. Establecer políticas universitarias, que integren el concepto de un entorno físico y social, que posibilite desarrollar estilos de vida saludables en todos los niveles y estamentos universitarios.
3. Promover el liderazgo por parte de las Escuelas Profesionales de la Facultad de Ciencias de la Salud, para ejecutar las acciones de promoción y educación en estilos de vida saludables a nivel de la comunidad universitaria.
4. A los docentes universitarios, incorporar el concepto de salud y estilos de vida saludables, como responsabilidad social y personal,

en términos de contenidos curriculares transversales, líneas de investigación y acciones de extensión y proyección universitaria.

5. A la Oficina de Bienestar Universitario, se sugiere enfatizar la promoción de factores protectores psicosociales, como el manejo del estrés , la sexualidad responsable, el desarrollo de habilidades personales y sociales como autonomía, autoestima, nutrición, identificación de situaciones y factores de riesgo conducentes al consumo de bebidas alcohólicas, consumo de sustancias psicoactivas.

## REFERENCIAS

### BIBLIOGRÁFICAS

Hernández, Fernández, C. Y Baptista, P. (1994) *Metodología de la Investigación*, México D.F: Mc Graw Hill.

Fernández del Valle, J. (1996). *Evaluación ecopsicológica de los estilos de vida*. En G. Buela, V. E. Caballo y J. C. Sierra (Eds.), *Manual de evaluación en Psicología Clínica y de la Salud* (pp. 1071-1089). Madrid: Siglo XXI.

Fondo de Población de las Naciones Unidas – Ministerio de la Protección Social Colombia (2002) *Manual de Procedimiento para la prestación de servicios de atención al adolescente*. Bogotá: FNUAP.

Kielhofner, G. (2004) *Modelo de la Ocupación Humana: Teoría y aplicación*, 3ª ed. Argentina: Médica Panamericana.

García A., Graña JI. (1987) *Un Servicio Social de atención y reinserción del drogodependiente*. En:” Ramos PF, García Alvarez A, Graña Gómez JL: *Reinserción social y Drogodependencias*” Ed. Asociación para el Estudio y Promoción del Bienestar Social. 1987:240-245.

Lange, I. (2006) *Guía para Universidades Saludables y otras Instituciones de Educación Superior* Productora Gráfica AndrosLtda: Santiago.

Nicolson, D., Ayers, H. (2002) *Problemas de la adolescencia: Guía práctica para el profesorado y la familia* Edit. Narcea, Madrid, p. 48.

Pineda, E., Alvarado, E. (2008) *Metodología de la investigación*, 3ª Ed. OPS, Washington D.C.: OPS

Polit ,D., Hungler, B. (1997) *Investigación Científica en Ciencias de la Salud* ,5ta Ed, México D.F: McGraw-Hill Interamericana.

Rodríguez, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis.

Sen, A. (2001) *El desarrollo como libertad*. Edit. Planeta Madrid.

## PÁGINAS WEB

Adler A (1948) El conocimiento del hombre, Edt. Espasa Calpe, Madrid.

Citado por Mayo I., Gutiérrez A (2003) Actualidad y pertinencia del enfoque personológico del estilo de vida [En línea] Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos27/estilo-vida/estilo-vida.shtml> [Consulta 31.12.11].

Allport G. W. (1971) La Personalidad, su configuración y desarrollo.

Edición Revolucionaria. Instituto Cubano del Libro. Citado por Mayo I., Gutiérrez A (2003) Actualidad y pertinencia del enfoque personológico del estilo de vida [En línea] Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos27/estilo-vida/estilo-vida.shtml> [ Consulta 31.12.11].

Alvirde, G., Del Pozo, J., (2002) *Calidad de vida: un caleidoscopio*

(ensayo). En Revista de la UNIVA Año XIX, nº 51, Enero – April, 2005.[ En línea ] Disponible en <http://revista.univa.mx/n51/Art.JorgedelPozoMarx.html> [Consulta 23.05.2011].

Botero, B., Pico M. (2007) *Calidad de vida relacionada con la salud ( C VRS) en adultos mayores de 60 años: Una aproximación teórica [ En línea ] Disponible en [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2012\\_2.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2012_2.pdf) [Consulta 23.05.2011].*

Campbell DT, Fiske DW (1959) *Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethods matrix. Psychol Bull* 1959; 56:81-105. Citado por Zúñiga, M., Carrillo, G., Fos, P., Gandek, B., Medina, M. (1999) Evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36: Resultados preliminares en México. *Salud Pública de México* Printversion ISSN 0036-3634 *Salud pública Méx* vol.41 n.2 Cuernavaca Mar./Apr. 1999 doi: 10.1590/S0036-36341999000200005.

Cayuela, A., Rodríguez, S. & Otero, R. (2007) Deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud en fumadores varones sanos [ Enlínea ] Disponible en <http://www.neumosur.net/files/AS07-01.pdf> [Consulta 21.07.11].

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (2009) *Calidad de vida relacionada con la salud*. [ En línea ] Disponible en <http://www.cdc.gov/spanish/hrqol/default.htm>[Consulta 12.03.11].

Centros para el control y prevención de enfermedades (s/f) *Promover la salud y la calidad de vida mediante la prevención y el control de enfermedades, lesiones y discapacidades* [ En línea ] Disponible en <http://www.cdc.gov/spanish/hrqol/> [ Consulta 12.10.11].

Cid, P., Merino, J. & Stiepovich, J. (2006). *Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud* Revista médica de Chile versión impresa ISSN 0034-9887 Rev. méd. Chile v.134 n.12 Santiago dic. 2006 doi: 10.4067/S0034-98872006001200001.

Colectivo de autores (2000) *Lecturas de Filosofía, Salud y Sociedad*. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 2000.p.32-43, 294-332. [http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol41\\_3\\_04/est09304.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol41_3_04/est09304.htm).

Erben, R., Franzkowiak, P. & Wenzel, E..(1995) *Assessment of the outcomes of health intervention*. *Social Science and Medicine* 1992;

35 (4): 359-65, citado por Gómez, R., Jurado, M., Viana, B., Da Silva, M., Hernández, A., En: Estilos y calidad de vida. Recuperado de <http://www.efdeportes.com/efd90/estilos.htm> [Consulta 3.02.11].

Espinoza L (2004) Cambios del modo y estilo de vida. Su influencia en el proceso salud-enfermedad [En línea] Disponible en [http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol41\\_3\\_04/est09304.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol41_3_04/est09304.htm) [Consulta 21.07.11].

Fonseca, M., Maldonado A., Pardo, L. y Soto, M<sup>a</sup>. (2007). Adolescencia, estilos de vida y promoción de hábitos saludables en el ámbito escolar. Umbral Científico, semestral, número 011. Fundación Universitaria Manuela Beltrán, pp.44-57, Bogotá. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/304/30401105.pdf>

Gómez-Vela M y Sabeh. En: Calidad de Vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica [ En línea ] Disponible en <http://campus.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm> [ Consulta 23.05.11].

Hidalgo, C., Hidalgo, A., Rosmasen, B. y Montaña, R., (2010). Calidad de vida, según percepción y comportamientos de control del peso por género, en estudiantes universitarios adolescentes en México Recuperado de [www.scielo.br/pdf/csp/v27n1/07.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n1/07.pdf).

Ioseba, I. (2002). La calidad de vida como indicador de resultados en la clínica de las drogodependencias. Recuperado de <http://www.ieanet.com/boletin/opinion.html?o=25-21> k.

Iraurgi, I. DROGAS. info Instituto para el Estudio de las Adicciones( 2000) La calidad de vida como indicador de resultados en la clínica de las drogodependencias. Recuperado de [http://www.lasdrogas.info/index\\_server.php?op=Imprimir&idOpinion=25](http://www.lasdrogas.info/index_server.php?op=Imprimir&idOpinion=25).

Ippolito –Shepherd J., Cerqueira M (2003) Las escuelas promotoras de la salud en las Américas: una iniciativa regional [ En línea] Disponible <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd20/escuelas.pdf> [Consulta 30.12.11].

Kotliarenco, Ma. (2011) Mujer Resiliente [ En línea ] Disponible en <http://comunidadenresiliencia.blogspot.com/2008/11/mujer-resiliente-conferencia-en-uapvif.html> [ Consulta 23.11.2011].

Lara, E., Martínez, C., Pandolfi, Ma., Penroz, K., Perfetti, M. & Pino, G. (2001) El adulto joven [En línea] Disponible en <http://www.apsique.com/wiki/DesaJoven> [ Consulta 14.05.2011].

Lomov, B. F. (1989). El problema con la comunicación. La Habana. Editorial de Ciencias Sociales. Citado por Mayo I., Gutiérrez A (2003) Actualidad y pertinencia del enfoque psicológico del estilo de vida [ En línea ] Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos27/estilo-vida/estilo-vida.shtml> [ Consulta 31.12.11].

Mayo I., Gutiérrez A (2003) Actualidad y pertinencia del enfoque psicológico del estilo de vida [ En línea ] Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos27/estilo-vida/estilo-vida.shtml> [ Consulta 31.12.11].

Ministerio de Salud -.Dirección Ejecutiva de Epidemiología (2010)  
Análisis de la Situación de Salud [ En línea] Disponible en  
[http://www.tacna.minsa.gob.pe/uploads/epidemiologia/ASIS/Asis\\_2010.pdf](http://www.tacna.minsa.gob.pe/uploads/epidemiologia/ASIS/Asis_2010.pdf) [Consulta 23.07.11].

Montón, A. (2000) Comentarios a la tesis doctoral. Estilos de Vida, Hábitos y Aspectos Psicosociales de los adolescentes. Universidad Complutense de Madrid. 2000 Recuperado de <http://www.um.es/BUCM/tesis/19912001/D/O/C0053901.pdf>.

Organización de las Naciones Unidas (2007) Panorama de la salud en la región. Salud en las Américas. Recuperado de <http://www.paho.org/HIA/archivosvol1/>

Organización Mundial de la Salud (1986) Life styles and Health. Social Science and Medicine 1986; 22 (2): 117-12

Organización Mundial de la Salud (1998) Promoción de la salud. Glosario de términos [En línea] Disponible [http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario\\_sp.pdf](http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf) [Consulta 12.05.11].

Organización Mundial de la Salud (2007) *Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud* [En línea] Disponible en

[http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy\\_spanish\\_web.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf). [Consulta 21.03.11].

Paez, M., Castaño, J. / (2010) Estilos de vida y salud en estudiantes de una Facultad de Psicología [En línea] Disponible en

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/213/21315106008.pdf>

[Consulta 23.05.2011].

PAHO Organization (1986) Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud [En línea] Disponible en

<http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf> [Consulta

30.12.11].

Pérez, R. (2007) *Mujeres agotadas, hombres duros. El sexo influye en la propia percepción de la salud y en el uso de los servicios sanitarios*

[En línea] Disponible <http://www.uv.es/~atortosa/percepcionsalud>

[Consulta 23.05.2011].

Predvechni, G. y Sherkovin, Yu. (1986). *Psicología Social*. Editora Política, La Habana. Citado por Mayo I., Gutiérrez A (2003) Actualidad y pertinencia del enfoque personalógico del estilo de vida [ En línea ] Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos27/estilo-vida/estilo-vida.shtml> [ Consulta 31.12.11].

Prieto, J., Antó, J.M. (1995) *La versión española del SF-36 HealthSurvey*( Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos [ En línea ] Disponible en [http://6216861195609231544-a-1802744773732722657-s-sites.googlegroups.com/site/foroejerciciofiscoysalud/la-educacion-fisica-en-las-enfermedades-cronicas/SF36articulo.pdf?attachauth=ANoY7cpBmq1VK05b\\_8PJ7H8t-G-cdVf0iJKY\\_tvj4YN14\\_V6KhcqB8WeP0copgaQu8WwTkd6q2czWlxN\\_z6MUK30objbFXo5zQhvKPoXB0kSnhzx4mw8S8CUphdSyzH5N6JD2nG8KloQyzoNFmwR03CiPH0GIMrh4c0qSOwlyfeUJpCsTgpl0JRp2cGOExdupiU46mbBM3EsIrEehp5yyUYiCO1rJKgEUIQzDmzKBk37MVsyrrBOPlo1lteuUs48UViowcPoCazU89b9zQObZokGocOd5hexChIX8blCJs03MYE5cPb2yi4%3D&attredirects=0](http://6216861195609231544-a-1802744773732722657-s-sites.googlegroups.com/site/foroejerciciofiscoysalud/la-educacion-fisica-en-las-enfermedades-cronicas/SF36articulo.pdf?attachauth=ANoY7cpBmq1VK05b_8PJ7H8t-G-cdVf0iJKY_tvj4YN14_V6KhcqB8WeP0copgaQu8WwTkd6q2czWlxN_z6MUK30objbFXo5zQhvKPoXB0kSnhzx4mw8S8CUphdSyzH5N6JD2nG8KloQyzoNFmwR03CiPH0GIMrh4c0qSOwlyfeUJpCsTgpl0JRp2cGOExdupiU46mbBM3EsIrEehp5yyUYiCO1rJKgEUIQzDmzKBk37MVsyrrBOPlo1lteuUs48UViowcPoCazU89b9zQObZokGocOd5hexChIX8blCJs03MYE5cPb2yi4%3D&attredirects=0) [Consulta 23.10.11].

Quiroga, S. (2001) Estudiantes, universidad y deporte [En línea]  
Disponibile en <http://www.efdeportes.com/efd42/estud.htm>  
[Consulta 12.05.2011].

Rueda S (2008) *Habitabilidad y calidad de vida* [En línea] Disponible en  
<http://habitat.aq.upm.es/cs/p2/a005.html> [ Consulta 23.07.11].

Salazar, I., Varela, M., Lema, L., Tamayo, J., Rubio A. y Botero, A. (2009)  
*Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción  
con el estilo de vida*. Pensamiento psicológico, Vol. 5, Núm.12,  
enero-junio, 2009, pp. 71-87 Disponible en  
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80111899006>  
[Consulta 12.08.11].

Vilagut G., Valderas J., Ferrer M., Garin, O, López-García E. & Alonso, J.  
( 2008) Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12  
en España: componentes físico y mental [En línea] Disponible en  
[Consulta 23.07.11].

Shorojova, E. (1990) Aspecto psicológico del problema de la personalidad.  
En Shorojova. E. Problemas teóricos de la psicología de la

personalidad, Havana, Ed. Orbe. Citado por Mayo I., Gutiérrez A (2003) Actualidad y pertinencia del enfoque personológico del estilo de vida [ En línea ] Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos27/estilo-vida/estilo-vida.shtml> [ Consulta 31.12.11].

Schwartzmann, L. (2003) *Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales*. Cienc. enferm., Concepción, v. 9, n. 2, dic. 2003. Disponible en [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532003000200002&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200002&lng=es&nrm=iso) doi: 10.4067/S0717-95532003000200002.[Consulta 12.08.11].

World Health Organization (2002) *The World health report 2002*. Reducing risks to health, promoting healthy life. Recuperado de <http://www.who.int/whr/2002/en/> [Consulta 12.07.11].

Zúniga, Miguel A; Carrillo Jiménez, Genny T; Fos, Peter J; Gandek, Barbara; Medina Moreno, Manuel R. (1999) *Evaluación de estado de salud con la encuesta SF-36: resultados preliminares en México* [En línea] Disponible en <http://bases.bireme.br/cgi->

bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&src=google&base  
=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=258876&indexSearch=ID [ Consulta 23.02.11].

## HEMEROGRÁFICAS

Alonso, J., Prieto, I. & Antó, J.M. (1995) La versión española del SF-36 HealthSurvey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. En *Medicina Clínica*, 104,771-776.

Alonso, J., Regidor, R., Barrio, G., Prieto, L., Rodríguez, C. & De la Fuente, L (1998) Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. En *Medicina Clínica*, 111, 410-416.

Becoña, F., Vázquez, F. & Oblitas, L. (1999). *Promoción de los Estilos de Vida Saludables: ¿Realidad o Utopía?*. En: *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*. Vol. XVII. 2. 170-228

Espinosa , L. (2004) Cambios del modo y estilo de vida ; su influencia en el proceso salud- enfermedad Rev Cubana Estomatol 2004;41(3).

Felce D, Perry J. (1999) *Quality of life: It's Definition and Measurement*. Research in Developmental Disabilities 1999; 16(1):51.

González U, Grau J, Amarillo MA. (1997) *La calidad de vida como problema de la bioética. Sus particularidades en la salud humana*. En: Acosta JR (ed.) Bioética. Desde una perspectiva cubana. Ciudad de la Habana; 1997; 279-285.

Grimaldo, M. (2005) Estilos de Vida Saludables en un grupo de estudiantes de una universidad particular de la ciudad de Lima. En Liberabit. Revista de Psicología, número 011. Universidad San Martín de Porres, Lima.

Guyatt GH, Feeny DH, Patrick D. (1993) Measuring Health-Related Quality of Life. *Annals of Internal Medicine* 1993; 118(8):622-629.

Lalonde M.(1974) *A New perspective on the health of Canadians*. A working document. Ottawa: Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare.

Levi, L. (2001) *Psycho-socio-economic determinants for stress and depression: A call for action*. En: Coping with stress and depression related problems in Europe. Final Report European Union Presidency, Brussels, 25-27/10/2001: 17-20

Ottawa Charter for Health (1986) Promotion, *Health Promotion International*, 1(4): iii-v (1986) and Canadian Journal of Public Health 77(6):425-430 (1986).

Pastor, Y. (1999) *Un estudio de la influencia del autoconcepto multidimensional sobre el estilo de vida saludable en la adolescencia media* (Tesis de doctorado no publicada). Universidad de Valencia. 1999.

Posada-Lecompte, M. (2006). Adaptación de estudiantes de primeros semestres de Psicología al ambiente universitario. Bogotá: Universidad Cooperativa de Colombia, Programa de Psicología, Seminario de investigación I.

Prieto, L; Badia, X. (2001) *Cuestionarios de salud: concepto y metodología en Atención Primaria*, 2001; 28: 201-9,-vol.28 núm 03.

Roth, E. (1990). Aplicaciones comunitarias de la medicina conductual.  
Revista Latinoamericana de Psicología, 22,1, 27-50.

Villaverde ML, Fernández L, Gracia R, Morera A, Cejas R. Salud mental  
en población institucionalizada mayor de 65 años en la isla de  
Tenerife. Rev Esp Geriatr Gerontol 2000; 35(5):277-282.

Ware JE Jr, Kosinski M, Dewey JE (2000) How to score version 2 of the  
SF-36 Health Survey. Lincoln RI: Quality Metric Incorporated; 2000.

Ware, J. & Sherbourne, C.D. (1992) The MOS 36 –item short-form health  
survey ( SF36 ) . I Conceptual framework and item selection.  
Medical Care, 30, 473-483.

WHO. Life styles and Health. Social Science and Medicine 1986; 22 (2):  
117-124.

# **ANEXOS**

## Anexo 1: Cuestionario SF-36

Instrucciones: Esta encuesta tiene el propósito de indagar acerca de su salud, lo que le permitirá saber cómo se siente y qué tan bien puede hacer usted sus actividades normales. Por lo que le pedimos su colaboración voluntaria, respondiendo en forma sincera las preguntas. Los resultados, servirán para plantear estrategias de promoción de la salud en nuestra universidad.

Por favor, conteste cada pregunta marcando la respuesta como se le indica. Si no está seguro o segura de cómo responder a una pregunta, por favor dé la mejor respuesta posible.

El carácter del presente cuestionario es de ANÓNIMO.

1. En general , ¿Diría que su salud es : Excelente Muy buena Regular Mala
2. Comparando su salud con la de hace un año ¿Cómo la calificaría en general ahora? Mucho mejor ahora que hace un año Algo mejor ahora que hace un año Más o menos igual ahora que hace un año Algo peor ahora que hace un año Mucho pero ahora que hace un año
3. Las siguientes frases se refieren a actividades que usted podría hacer durante un día normal ¿Su estado de salud actual lo limita para hacer estas actividades? ¿Si es así? ¿Cuánto? Sí, me limita mucho Sí , me limita un poco

No, no me limita en absoluto

Opciones de pregunta:

- a) Actividades vigorosas, tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes intensos
- b) Actividades moderadas , tales como mover una mesa, barrer, trapear, lavar, jugar fútbol o beisbol
- c) Levantar o llevar las compras del mercado
- d) Subir varios pisos por la escalera
- e) Subir un piso por la escalera
- f) Doblarse, arrodillarse o agacharse
- g) Caminar más de diez cuadras
- h) Caminar varias cuadras
- i) Caminar una cuadra
- j) Bañarse o vestirse

4. Durante el *último mes*, ¿Ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias normales a causa de su salud física?

Si

No

Opciones de pregunta:

- a) Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades
- b) Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado
- c) Ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades
- d) Ha tenido dificultades en realizar el trabajo u otras actividades ( por ejemplo, ha requerido de mayor esfuerzo)

5. Durante el *último mes* , ¿ Ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias normales a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso)

Si

No

Opciones de pregunta :

- a) Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras

<p>actividades</p> <p>b) Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado</p> <p>c) Ha hecho el trabajo u otras actividades con el cuidado de siempre</p>
<p>6. Durante el último mes ¿En qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con la familia, amigos, vecinos o grupos?</p> <p>Nada</p> <p>Un poco</p> <p>Más o menos</p> <p>Mucho</p> <p>Demasiado</p>
<p>7. ¿Cuánto dolor físico ha tenido usted durante el último mes?</p> <p>Ningún dolor</p> <p>Muy poco</p> <p>Moderado</p> <p>Severo</p> <p>Muy severo</p>
<p>8. Durante el <i>último mes</i> ¿Cuánto el dolor le ha dificultado su trabajo normal (académico u otro, así como los quehaceres domésticos)</p> <p>Nada</p> <p>Un poco</p> <p>Más o menos</p> <p>Mucho</p> <p>Demasiado</p>
<p>9. Estas preguntas se refieren a cómo se ha sentido usted durante el último mes. Por cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerca a la manera cómo se ha sentido usted.</p> <p>a) ¿Cuánto tiempo durante el último mes, se ha sentido lleno de vida?</p> <p>Siempre</p> <p>Casi siempre</p> <p>Muchas veces</p> <p>Algunas veces</p> <p>Casi nunca</p> <p>Nunca</p> <p>b) ¿Cuánto tiempo durante el último mes, se ha sentido</p>

muy nervioso?

Siempre  
Casi siempre  
Muchas veces  
Algunas veces  
Casi nunca  
Nunca

c) ¿Cuánto tiempo durante el último mes, se ha sentido tan decaído que nada podía alentarlo?

Siempre  
Casi siempre  
Muchas veces  
Algunas veces  
Casi nunca  
Nunca

d) ¿Cuánto tiempo durante el último mes, se ha sentido tranquilo y sosegado?

Siempre  
Casi siempre  
Muchas veces  
Algunas veces  
Casi nunca  
Nunca

e) ¿Cuánto tiempo durante el último mes, ha tenido mucha energía?

Siempre  
Casi siempre  
Muchas veces  
Algunas veces  
Casi nunca  
Nunca

f) ¿Cuánto tiempo durante el último mes, se ha sentido desanida y triste?

Siempre  
Casi siempre  
Muchas veces

Algunas veces

Casi nunca

Nunca

g) ¿Cuánto tiempo durante el último mes, se ha sentido agotado?

Siempre

Casi siempre

Muchas veces

Algunas veces

Casi nunca

Nunca

h) ¿Cuánto tiempo durante el último mes, se ha sentido feliz?

Siempre

Casi siempre

Muchas veces

Algunas veces

Casi nunca

Nunca

i) ¿Cuánto tiempo durante el último mes, se ha sentido cansado?

Siempre

Casi siempre

Muchas veces

Algunas veces

Casi nunca

Nunca

10. Durante el último mes ¿Cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?

Siempre

Casi siempre

Muchas veces

Algunas veces

Casi nunca

Nunca

11. ¿Qué tan CIERTA o FALSA es cada una de las siguientes frases para usted?

a) Parece que yo me enfermo un poco más fácilmente que otra gente

Definitivamente cierta

Cierta

No sé

Falsa

Definitivamente falsa

b) Tengo tan buena salud como cualquiera que conozco

Definitivamente cierta

Cierta

No sé

Falsa

Definitivamente falsa

c) Creo que mi salud va a empeorar

Definitivamente cierta

Cierta

No sé

Falsa

Definitivamente falsa

d) Mi salud es excelente

Definitivamente cierta

Cierta

No sé

Falsa

Definitivamente falsa

## Anexo 2: Test de autoevaluación de estilos de vida

Familia y amigos	
1) Tengo con quien hablar de las cosas que son importantes para mí	Casi siempre A veces Nunca
2) Yo doy y recibo cariño	Casi siempre A veces Nunca
Asociatividad, actividad física	
3) Soy integrante activo(a) de un grupo de apoyo a mi salud y calidad de vida ( organizaciones de autocuidado, clubes de enfermos crónicos, deportivos, religiosos, mujeres, vecinales y otros ) y participo	Casi siempre A veces Nunca
4) Yo realizo actividad física ( caminar, subir escaleras, trabajo de casa, jardinear o deporte durante 30 minutos cada vez )	3 o más veces por semana 1 vez por semana No hago nada
5) Yo camino al menos 30 minutos diariamente	Casi siempre A veces Nunca
Nutrición	
6) Como 2 porciones de verduras y 3 frutas	Todos los días A veces Casi nunca
7) A menudo consumo mucha azúcar o sal, o bien comida chatarra o comida con mucho grasa	Ninguna de éstas

Alguna de éstas Todas éstas
8) Estoy pasado (a) en mi peso ideal en : 0 a 4 kilos de más 5 a 8 kilos de más Más de 8 kilos
Tabaco
9) Yo fumo cigarrillos No , los últimos 5 años No , el último año Sí , este año
10) Generalmente fumo..... Cigarrillos por día : Ninguno De 0 a 10 Más de 10
Alcohol, otras drogas
11) Mi número promedio de tragos ( botella de cerveza, vaso de vino, copita trago fuerte) por semana es de 0 a 7 tragos 8 a 12 tragos Más de 12 tragos
12) Bebo más de cuatro tragos en una misma ocasión Nunca Ocasionalmente A menudo
13) Manejo el auto después de beber alcohol Nunca Sólo rara vez A menudo
14) Uso drogas como marihuana, cocaína o pasta base Nunca Ocasionalmente A menudo
15) Uso excesivamente remedios que me indican o los que puedo comprar sin receta Nunca Ocasionalmente A menudo
16) Bebo café , té o bebidas cola que tienen cafeína : Menos de 3 al día De 3 a 6 al día Más de 6 al día

Sueño. Estrés
17) Duermo bien y me siento descansado/a:  Casi siempre A veces Casi nunca
18) Yo me siento capaz de manejar el estrés o la tensión de mi vida Casi siempre A veces Casi nunca
19) Yo me relajo y disfruto mi tiempo libre Casi siempre A veces Casi nunca
Trabajo
20) Parece que ando acelerado/a Casi nunca Algunas veces A menudo
21) Yo me siento contento/a con mi trabajo o mis actividades Casi siempre A veces Casi nunca
Tipo de personalidad
22) Me siento enojado/a o agresivo/a Casi nunca Algunas veces A menudo
Introspección
23) Yo soy un pensador positivo u optimista Casi siempre A veces Casi nunca
24) Me siento tenso/a o apretado/a Casi nunca Algunas veces A menudo

<p>25) Me siento deprimido/a o triste</p> <p>Casi nunca</p> <p>Algunas veces</p> <p>A menudo</p>
<p>Control de la salud. Conducta sexual</p>
<p>26) Me realizo controles de salud en forma periódica</p> <p>Siempre</p> <p>A veces</p> <p>Casi nunca</p>
<p>27) Converso con mi pareja o mi familia temas de sexualidad</p> <p>Siempre</p> <p>A veces</p> <p>Casi nunca</p>
<p>28) En mi conducta sexual me preocupo del autocuidado y del cuidado de mi pareja</p> <p>Casi siempre</p> <p>A veces</p> <p>Casi nunca</p>
<p>Otras conductas:</p>
<p>Como peatón , pasajero del transporte público y/o automovilista , soy respetuoso (a) de las ordenanzas del tránsito</p> <p>Siempre</p> <p>A veces</p> <p>Casi nunca</p>
<p>29) Uso cinturón de seguridad</p> <p>Siempre</p> <p>A veces</p> <p>Casi nunca</p>

### **Anexo 3. Consideraciones éticas**

Se tuvo en cuenta los postulados de la Declaración de Helsinki sobre las Pautas Éticas Internacionales para la investigación Biomédica en Seres Humanos (1964, reformulada 2000) de la Asociación Médica Mundial.

A los estudiantes se les dio a conocer el proyecto antes de responder el cuestionario. La participación fue voluntaria y con consentimiento informado, los datos fueron anónimos y confidenciales.

Investigadora responsable

Q.F. Noelia Flores Tipacti