



VNIVERSITAT D VALÈNCIA

Programa de Doctorado en Medicina

Departament de Medicina Preventiva i Salut Pública,
Ciències de l'Alimentació, Toxicologia i Medicina Legal

Estilos de vida y salud en adultos jóvenes universitarios

Alba Saa Casal

Licenciada en Medicina y Cirugía
Diplomada en Salud Pública

Para la obtención de Grado de Doctora por la Universitat de València
València, enero 2024

Dirigida por:

Carmen Saiz Sánchez
Patricia Guillem Saiz



VNIVERSITAT ID VALÈNCIA

María del Carmen Saiz Sánchez, Doctora en Medicina y Profesora Titular de la Universidad de Valencia del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Ciencias de la Alimentación, Toxicología y Medicina Legal e investigadora del CIBEROBN de la Universidad de València

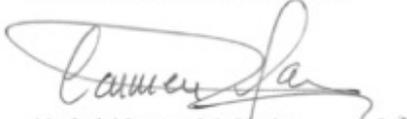
Patricia Guillem Saiz, Doctora en Medicina y Catedrática de Epidemiología, Medicina Preventiva y Salud Pública. Departamento de Odontología. Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Europea de Valencia

CERTIFICAN:

Que la presente tesis doctoral con el título: "**Estilos de vida y salud en adultos jóvenes universitarios**", ha sido realizada por **Alba Saa Casal**, bajo nuestra dirección, y reúne los méritos suficientes para que su autora obtenga el título de Doctora por la Universidad de València.

Y para que así conste, firman el presente certificado en

Valencia, a 14 diciembre de 2023


María del Carmen Saiz Sánchez


Patricia Guillem Saiz

Agradecimientos

A mamá, a Dubai

e a tódalas pedras que fixeron este camiño

Quiero comenzar los agradecimientos acordándome de mi tierra, Galicia y en especial de Santiago de Compostela. En Santiago, ciudad donde nací, lo más conocido es *O Camiño de Santiago*, una tradición en la que los peregrinos caminan durante cientos de kilómetros para alcanzar la meta. Durante esa ruta hay etapas más sencillas y otras más duras, pero al final de cada jornada siempre te encuentras con personas que te acompañan y te animan, unos paisajes maravillosos y una comida excepcional.

Con estas palabras hoy termina un peregrinaje que comenzó en octubre de 2018. Al igual que en *O Camiño*, ha habido momentos más fáciles y otros más duros durante el proceso. Por suerte estuvo marcado por las personas que me han acompañado durante esta aventura ya que, sin duda, sin ellas nada de esto hubiese sido posible. Algunas de esas personas me han acompañado desde el inicio y otras llegarían durante el proceso. Todas para mí han sido igual de importantes.

Muchas gracias en primer lugar a mi familia: mi madre Lupe, mi hermana María y mis sobrinos Carlos y Gala.

Me gustaría también mostrar mi agradecimiento a las Queridas. Llevamos más de media vida juntas y hemos pasado momentos maravillosos y otros más duros. Juntas hemos evolucionado desde pequeñas, acompañándonos, aprendiendo y orgullosas de los logros de las demás. Por eso sé que disfrutáis tanto como yo la felicidad de este momento.

A mis amigos de València, gracias por vuestro acogimiento nada más llegar facilitando así acomodarme a una nueva ciudad y a una nueva etapa.

Muchas gracias a Pablo García por hacer posible que esta tesis se haya podido materializar.

Agradecer en especial a mis tutoras, la Doctora Guillem y sobre todo a la Doctora Saiz por guiarme con tanta ternura y paciencia.

Muchas gracias a mis compañeros de trabajo durante estos años: a mis compañeros del Hospital Clínico de València, a mis compañeros del Hospital Peset, algunos ya se han convertido en una parte importante de mi vida, y a mis compañeros del Hospital de Sagunt, en especial a Julio.

Muchas gracias a Roi, que siempre me animó en todos los aspectos académicos de mi vida.

Eterno agradecimiento a los estudiantes que desinteresadamente se ofrecieron a participar. Gracias por ceder vuestro tiempo formando parte de este estudio.

Y por último, muchas gracias a ti, Dubai. Sin ninguna duda eres el ser más maravilloso que he tenido la oportunidad de conocer y con el que he vivido momentos excepcionales. Gracias a ti he aprendido lo que es la nobleza, el amor incondicional y la bondad. Te echo de menos todos los días de mi vida.

RESUMEN

Se considera que los estilos de vida tienen un impacto en la salud física y mental de las personas en todas las edades y más en el colectivo universitario de las Ciencias de la Salud ya que en el futuro serán activos en la salud de las personas. La OMS destaca los efectos positivos de los hábitos saludables proponiendo su incorporación a un planteamiento más amplio que podría definirse dentro del marco de la Promoción de la Salud. Actualmente se ha demostrado que los hábitos de vida saludables están influenciados por factores sociodemográficos como la edad, el sexo y el nivel económico.

El objetivo del estudio es describir los estilos de vida en un colectivo de jóvenes universitarios de la ciudad de València, la relación entre la práctica de los mismos y factores sociodemográficos como la edad, el sexo y el nivel de estudios de los progenitores, además de su impacto en la ansiedad, la autopercepción en salud y la inteligencia emocional.

Se realizó un estudio transversal de base poblacional universitaria mediante una encuesta para obtener información sobre hábitos de vida, la inteligencia emocional, la ansiedad y la autopercepción en salud. La encuesta estaba conformada por varios test previamente validados, con un total de 125 preguntas. El total de alumnos que contestaron fue de 498 estudiantes, con un claro predominio de mujeres (68,7%), nacionalidad española y mediana de edad de 19 años.

Entre los resultados obtenidos podemos destacar que la mayoría de los estudiantes tienen un peso acorde con su talla situándose en el rango de normopeso. En cuanto a la adherencia a la dieta mediterránea solamente un 17,2% de los encuestados tienen una buena adherencia influenciada por el nivel educativo de las madres. Las mujeres consumen mayor cantidad de frutas y verduras que los hombres. Casi la totalidad de los estudiantes practica actividad física según las recomendaciones actuales con mayor porcentaje de hombres que de mujeres. El alcohol es la droga más consumida con un hábito semanal en más de la mitad de los estudiantes (51%). El 16% de los estudiantes afirmó ser fumador y un 23% haber consumido alguna sustancia psicoactiva siendo la marihuana la droga ilegal más consumida entre los estudiantes. En general sí que encontramos relación entre el nivel de estudios de los progenitores y los hábitos nocivos siendo más prevalentes en los estudiantes cuyos progenitores tenían menor nivel de estudios.

En cuanto a la relación de hábitos saludables podemos afirmar que existe cierta relación entre la práctica de actividad física, la adherencia a la dieta mediterránea y un menor consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Esta práctica de hábitos saludables tiene impacto en la salud física y mental de los estudiantes viéndose mejores resultados de autopercepción en salud, dimensiones de la inteligencia emocional y menor nivel de ansiedad en los alumnos con hábitos más saludables.

ABSTRACT

Lifestyle is considered to have an impact on the physical and mental health of people at all ages. It is even greater in Health Sciences university students because they will be actively involved in people's health in the future. The WHO highlights the positive effects of healthy habits and proposes their inclusion in a broader approach that could be defined within the framework of Health Promotion. It has now been ascertained that healthy lifestyle habits are influenced by sociodemographic factors such as age, sex and economic level.

The aim of this study is to describe the lifestyles of a group of undergraduate students in the city of Valencia, Spain; to illustrate the relationship between lifestyle and sociodemographic factors, namely age, sex and their parents' level of education; and to show the effect of lifestyle on anxiety, self-perception of health and emotional intelligence.

A cross-sectional university population-based study was conducted by means of a survey to collect information on lifestyle habits, emotional intelligence, anxiety and self-perception of health. The survey consisted of several previously validated tests and included 125 questions. A total of 498 students answered. There was a significant predominance of women (68.7%) and Spanish nationality, and the median age was 19.

The following results emerged in the analysis. Most of the students' weight was in accordance with their height—they were in the normal weight range. In terms of adherence to the Mediterranean diet, only 17.2% showed a good adherence, which was influenced by their mothers' educational level. Women ate more fruit and vegetables than men. Almost all students exercised according to current recommendations. However, the percentage was higher in men than women. Alcohol was the most used drug. More than half of the students (51%) had the habit of drinking alcohol weekly. Sixteen percent reported being smokers and 23% had used some kind of psychoactive substance. Marijuana was the most consumed illegal drug among them. In general, a relationship between their parents' level of education and harmful habits was observed, the latter being more prevalent in students whose parents had a lower level of education.

As for the relationship among healthy habits, a certain correlation was established between the practice of physical activity, adherence to the Mediterranean diet and a lower use of alcohol, tobacco and other drugs. Healthy habits had an impact on the students' physical and mental health, including better results in self-perception of health, dimensions of emotional intelligence and lower levels of anxiety.

ÍNDICE

Relación de acrónimos, siglas y abreviaturas utilizadas	11
Listado de figuras	14
Listado de tablas	15
1. INTRODUCCIÓN	20
1.1 UNIVERSIDAD Y SALUD	21
1.2 LA SALUD Y SUS DETERMINANTES	23
1.2.1 CONCEPTO DE SALUD A LO LARGO DE LA HISTORIA	23
1.2.2 LOS DETERMINANTES DE LA SALUD	26
1.2.3 LOS DETERMINANTES SOCIALES Y LAS DESIGUALDADES EN SALUD	28
1.3 ESTILOS DE VIDA Y SALUD	31
1.3.1 CONCEPTO Y EVOLUCIÓN DE LOS ESTILOS DE VIDA	31
1.3.2. FACTORES CONDICIONANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA	34
1.3.2.1 Alimentación y dieta	35
1.3.2.2 Actividad física	37
1.3.2.3 Tabaco	38
1.3.2.4 Alcohol	46
1.3.2.5 Consumo de otras drogas	48
1.3.2.6 Horas de sueño	52
1.4 ASOCIACIÓN DE HÁBITOS DE VIDA	53
1.5 INTELIGENCIA EMOCIONAL	54
1.6 ANSIEDAD	55
1.7 PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD	56
1.7.1 PREVENCIÓN EN SALUD	56
1.7.2 PROMOCIÓN DE LA SALUD	58
1.8 LA UNIVERSIDAD COMO ENTORNO PROMOTOR DE LA SALUD	60
1.9 JUSTIFICACIÓN Y PERTINENCIA DEL ESTUDIO	64

2.HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	66
2.1 HIPÓTESIS	67
2.2 OBJETIVO PRINCIPAL	67
2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	67
3. MATERIAL Y MÉTODOS	69
3.1 DISEÑO DEL ESTUDIO	70
3.2 SUJETOS DEL ESTUDIO Y MUESTRA	71
3.2.1 CÁLCULO DE LA MUESTRA	71
3.2.2 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN	72
3.2.3 RECLUTAMIENTO	73
3.2.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN	74
3.3 DISEÑO DEL CUESTIONARIO	74
3.3.1 EL CUESTIONARIO	74
3.3.2 PRUEBA PILOTO	75
3.3.3 VARIABLES ESTUDIADAS	76
3.3.3.1 Datos sociodemográficos	76
3.3.3.2 Variables antropométricas	76
3.3.3.3 Autopercepción en salud	77
3.3.3.4 Alimentación	77
3.3.3.5 Actividad física	78
3.3.3.6 Tabaco	81
3.3.3.7 Alcohol	82
3.3.3.8 Consumo de otras drogas	84
3.3.3.9 Horas de sueño	85
3.3.3.10 Inteligencia emocional	86
3.3.3.11 Ansiedad	90
3.4 ANÁLISIS DE DATOS	93
3.5 CONSIDERACIONES Y ASPECTOS ÉTICOS	94

4. RESULTADOS	95
4.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA	96
4.2 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	97
4.3 VARIABLES ANTROPOMÉTRICAS	100
4.4 AUTOPERCEPCIÓN EN SALUD	104
4.5 ALIMENTACIÓN	106
4.6 ACTIVIDAD FÍSICA	115
4.7 TABACO	118
4.8 ALCOHOL	128
4.9 CONSUMO DE OTRAS DROGAS	134
4.10 ANSIEDAD	137
4.11 INTELIGENCIA EMOCIONAL	140
4.12 RELACIÓN DE HÁBITOS	145
4.13 RELACIÓN DE HÁBITOS CON AUTOPERCEPCIÓN EN SALUD, INTELIGENCIA EMOCIONAL Y ANSIEDAD	151
5. DISCUSIÓN	163
5.1 TÉCNICA DE MUESTREO	164
5.2 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN	164
5.3 CARACTERÍSTICAS ANTROPOMÉTRICAS DE LA POBLACIÓN	165
5.4 AUTOPERCEPCIÓN EN SALUD	166
5.5 ALIMENTACIÓN	167
5.5.1 Adherencia a la dieta mediterránea	167
5.5.2 Número de ingestas diarias	169
5.5.3 Consumo de café y bebidas energéticas	169
5.6 ACTIVIDAD FÍSICA	170
5.7 TABACO	171
5.8 ALCOHOL	173
5.9 CONSUMO DE OTRAS DROGAS	174
5.10 HORAS DE SUEÑO	175
5.11 INTELIGENCIA EMOCIONAL	176

5.12 ANSIEDAD	177
5.13 RELACIÓN DE HÁBITOS, AUTOPERCEPCIÓN EN SALUD, ANSIEDAD E INTELIGENCIA EMOCIONAL	178
5.13.1. Relación de hábitos	179
5.13.2. Hábitos saludables y autopercepción en salud	179
5.13.3 Hábitos saludables, inteligencia emocional y ansiedad	180
6. CONCLUSIONES	183
7. BIBLIOGRAFÍA	189
8. ANEXOS	216
ANEXO 1. TEST DE FAGERSTRÖM	217
ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO	218
ANEXO 3. DOCUMENTO DE ACEPTACIÓN POR PARTE DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSITAT DE VALÈNCIA	224

Relación de acrónimos, siglas y abreviaturas utilizadas

ADS: Alcohol Dependence Scale

AESAN: Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición

AHA: American Heart Association

APA: Sociedad Americana de Psiquiatría

AR: Ansiedad Rasgo

AE: Ansiedad Estado

AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test

CDSS: Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud

CAGE: Cut- Annoyed- Guilty- Eye opened

CI: Cociente Intelectual

Cms: Centímetros

CO: Monóxido de Carbono

D.E.: Desviación estándar

DM: Dieta Mediterránea

DSM- IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DSS: Determinantes Sociales de la Salud

EA: Atención emocional

EC: Claridad emocional

ER: Reparación emocional

ECl: Episodio de consume intensivo

ECV: Enfermedad Cardiovascular

EDADES: Encuesta sobre Alcohol y Otras Drogas en España

EESE: Encuesta Europea de Salud en España

ENHPU: Red Europea de Universidades Promotoras en Salud

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

ESFEC: Encuesta de Salud de la Fundación Española del Corazón

ESS: Estudio Social Europeo

ESTUDES: Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España

AUPASS: European Physical Activity Surveillance System

HADS: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria

HAMA: Escala de Ansiedad de Hamilton

HDL: Colesterol de lipoproteínas de alta densidad

h/d: horas/día

h/s: Horas/semana

IC: índice de confianza

IE: Inteligencia Emocional

IMC: Índice de Masa Corporal

INE: Instituto Nacional de Estadística

IPAQ: Cuestionario Internacional de Actividad Física

Kg: Kilogramos

LOPD: Ley de Protección de Datos de Carácter Personal

MAST: Michigan Alcoholism Screening Test

MDMA: 3,4-metilendioxi-metanfetamina

MET: Metabolic Equivalent of Task

N. S.: No significativo

NSF: National Sleep Foundation

NIDA: National Institute of Drug Abuse

ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible

ONG: Organización No Gubernamental

OMS: Organización Mundial de la Salud

PREDIMED: Prevención con Dieta Mediterránea

REUPS: Red Española de Universidades Promotoras de Salud

STAI: Inventario Ansiedad Estado-Rasgo

SATS: Substance Abuse Treatment Scale

SESPAS: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria

SEEDO: Sociedad Española de Estudio de la Obesidad

TCC: Terapia cognitivo-conductual

TEIQue: Trait Emotional Intelligence Questionnaire

TMMS: Trait-Meta-Mood Scale

UE: Unión Europea

UPS: Universidades Promotoras de Salud

WHO: World Health Organization

Listado de figuras

Figura 1: Determinantes de la Salud según Lalonde y Laframboise

Figura 2: Determinantes de la salud según la OMS

Figura 3: Modelo determinantes de Dahlgreen y Whiteland

Figura 4: Modelo Salutogénesis Antonovsky

Figura 5: Pirámide alimentación dieta mediterránea

Figura 6: Recomendaciones actividad física en adulto sano desde los 18 a 64 años según la OMS

Figura 7: Test PREDIMED adherencia dieta mediterránea

Figura 8: Test IPAQ realización actividad física

Figura 9: Test Fagerström adición a la nicotina

Figura 10: Test AUDIT alcohol

Figura 11: Test TMMS 24 inteligencia emocional

Figura 12: Test STAI inteligencia ansiedad

Figura 13: Composición de la muestra según edad

Figura 14: Composición de la muestra según sexo

Figura 15: Distribución del peso en la muestra

Figura 16: Distribución de la talla en la muestra

Figura 17: Distribución del IMC en la muestra

Figura 18: Porcentaje de alumnos según los grupos de peso

Figura 19: Autopercepción en salud

Figura 20: Porcentajes de respuestas afirmativas al consumo de alimentos

Figura 21: Grado de adherencia a la dieta mediterránea

Figura 22: Distribución de METS

Figura 23: Tipo de droga consumida

Figura 24: Consumo porcentual sobre el total de la muestra

Figura 25: Porcentajes en atención emocional

Figura 26: Porcentajes en claridad emocional

Figura 27: Porcentajes en reparación de las emociones

Listado de tablas

Tabla 1: Misión, visión y valores de REUPS

Tabla 2: Fines de la red REUPS

Tabla 3: Componentes de la IE en el test

Tabla 4: Puntuación de atención según sexo

Tabla 5: Puntuación de claridad según sexo

Tabla 6: Puntuación de reparación según sexo

Tabla 7: Ítems con puntuación invertida en el cuestionario STAI

Tabla 8: Relación de los valores de la d de Cohen, con R^2 y el coeficiente R de correlación

Tabla 9: Análisis descriptivo y comparativo. Variables sociodemográficas, comparadas entre sexos

Tabla 10: *Análisis descriptivo y comparativo.* Variables antropométricas de la muestra, comparadas entre sexos

Tabla 11: *Análisis descriptivo y comparativo.* Índice de Masa Corporal de la muestra, comparado según grupo de edad y segmentado por sexo

Tabla 12: *Análisis comparativo.* Autopercepción de la salud, en función de los factores sociodemográficos

Tabla 13: *Análisis comparativo.* Adherencia a la Dieta Mediterránea, en función del sexo

Tabla 14: *Análisis comparativo.* Adherencia a la Dieta Mediterránea, en función de la edad

Tabla 15: *Análisis comparativo.* Adherencia a la Dieta Mediterránea, en función del nivel de estudios de la madre

Tabla 16: *Análisis comparativo.* Adherencia a la Dieta Mediterránea, en función del nivel de estudios del padre

Tabla 17: *Análisis comparativo.* Adherencia a la Dieta Mediterránea, en función de la nacionalidad española.

Tabla 18: Número de ingestas de comida al día, en función de: sexo, edad y según nacionalidad española

Tabla 19: *Análisis comparativo.* Número de cafés y bebidas energéticas consumidos al día, en función de: Sexo, Edad y nacionalidad española

Tabla 20: *Análisis comparativo.* Actividad física (IPAQ), en función de los factores sociodemográficos

Tabla 21: *Análisis descriptivo.* Actitudes hacia el consumo de tabaco.

Tabla 22: *Análisis comparativo.* Diferencias en las Actitudes hacia el consumo del tabaco, en función del sexo

Tabla 23: *Análisis comparativo.* Diferencias en las Actitudes hacia el consumo del tabaco, en función de la edad

Tabla 24: *Análisis comparativo.* Diferencias en las Actitudes hacia el consumo del tabaco, en función de los estudios de la madre

Tabla 25: *Análisis comparativo.* Diferencias en las Actitudes hacia el consumo del tabaco, en función de los estudios del padre

Tabla 26: *Análisis descriptivo.* Actitudes hacia el consumo de tabaco

Tabla 27: *Análisis comparativo.* Diferencias en la opinión sobre la eficacia de las medidas que se pueden tomar para lograr la reducción del consumo del tabaco, en función del sexo

Tabla 28: *Análisis comparativo.* Diferencias en la opinión sobre la eficacia de las medidas que se pueden tomar para lograr la reducción del consumo del tabaco, en función de la edad

Tabla 29: *Análisis comparativo.* Diferencias en la opinión sobre la eficacia de las medidas que se pueden tomar para lograr la reducción del consumo del tabaco, en función de los estudios de la madre

Tabla 30: *Análisis comparativo.* Diferencias en la opinión sobre la eficacia de las medidas que se pueden tomar para lograr la reducción del consumo del tabaco, en función de los estudios del padre

Tabla 31: *Análisis comparativo.* Porcentaje de fumadores, en función de los factores sociodemográficos

Tabla 32: *Análisis comparativo.* Edad de inicio al consumo de tabaco, en función de los factores sociodemográficos

Tabla 33: *Análisis comparativo.* Fumadores que se han planteado dejarlo, en función de los factores sociodemográficos

Tabla 34: *Análisis comparativo.* Adicción a la nicotina (Fagerström), en función de los factores sociodemográficos

Tabla 35: *Análisis comparativo.* Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas, según factores sociodemográficos

Tabla 36: *Análisis descriptivo.* Test de AUDIT de dependencia por el consumo de bebidas alcohólicas

Tabla 37: *Análisis comparativo.* Diferencias en la dependencia del consumo de alcohol (AUDIT), en función del sexo

Tabla 38: *Análisis comparativo.* Diferencias en la dependencia del consumo de alcohol (AUDIT), en función de la edad

Tabla 39: *Análisis comparativo.* Diferencias en la dependencia del consumo de alcohol (AUDIT), en función de los estudios de la madre

Tabla 40: *Análisis comparativo.* Diferencias en dependencia del consumo de alcohol (AUDIT), en función de los estudios del padre

Tabla 41: *Análisis comparativo.* Consumo de drogas, en función del sexo

Tabla 42: *Análisis comparativo.* Consumo de drogas, en función de la edad

Tabla 43: *Análisis comparativo.* Consumo de drogas, en función del nivel de estudios de la madre

Tabla 44: *Análisis comparativo.* Consumo de drogas, en función del nivel de estudios del padre

Tabla 45: *Análisis exploratorio y descriptivo.* Variables del Cuestionario TMMS24 de Inteligencia emocional. Coeficientes de fiabilidad Alfa de Cronbach = .91 y .87

Tabla 46: *Análisis comparativo.* Diferencias en las variables de Ansiedad (STAI), en función del sexo

Tabla 47: *Análisis comparativo.* Diferencias en las variables de Ansiedad (STAI), en función de la edad

Tabla 48: *Análisis comparativo.* Diferencias en las variables de Ansiedad (STAI), en función de los estudios de la madre.

Tabla 49: *Análisis comparativo.* Diferencias en las variables de Ansiedad (STAI), en función de los estudios del padre

Tabla 50: *Análisis exploratorio y descriptivo.* Variables del Cuestionario TMMS24 de Inteligencia emocional. Coeficiente de fiabilidad Alfa de Cronbach = .84

Tabla 51: *Análisis comparativo.* Diferencias en las variables de Inteligencia Emocional (TMMS24), en función del sexo

Tabla 52: *Análisis comparativo.* Diferencias en las variables de Inteligencia Emocional (TMMS24), en función de la edad

Tabla 53: *Análisis comparativo.* Diferencias en las variables de Inteligencia Emocional (TMMS24), en función de los estudios de la madre

Tabla 54: *Análisis comparativo.* Diferencias en las variables de Inteligencia Emocional (TMMS24), en función de los estudios del padre

Tabla 55: *Análisis correlacional.* Asociación entre la Adherencia a la Dieta Mediterránea (PREDI-MED) con el grado de Actividad física (IPAQ)

Tabla 56: *Análisis correlacional.* Asociación entre la Adherencia a la Dieta Mediterránea (PREDI-MED) con el riesgo de tener problemas derivados de dependencia al alcohol (AUDIT)

Tabla 57: *Análisis correlacional.* Asociación entre la Adherencia a la Dieta Mediterránea (PREDI-MED) con el consumo de drogas / tabaco

Tabla 58: *Análisis correlacional.* Asociación entre la Adherencia a la Dieta Mediterránea (PREDI-MED) con el Nº de ingestas de comida/día y con el Nº de cafés o bebidas estimulantes

Tabla 59: *Análisis correlacional.* Asociación entre la Adherencia a la Dieta Mediterránea (PREDI-MED) con el riesgo de tener problemas derivados de la dependencia al alcohol (AUDIT)

Tabla 60: *Análisis correlacional.* Asociación entre el grado de actividad Física (IPAQ) con el consumo de drogas / tabaco

Tabla 61: *Análisis correlacional.* Asociación del grado de dependencia del alcohol (AUDIT) con el consumo de drogas

Tabla 62: *Análisis correlacional.* Asociación del grado de dependencia del alcohol (AUDIT) con el consumo de tabaco

Tabla 63: *Análisis correlacional.* Asociación entre la Adherencia a la Dieta Mediterránea (PREDI-MED) con las dimensiones de Inteligencia emocional (TMMS24)

Tabla 64: *Análisis correlacional.* Asociación entre la Adherencia a la Dieta Mediterránea (PREDI-MED) con las dimensiones de Ansiedad (STAI)

Tabla 65: *Análisis correlacional.* Asociación entre la Adherencia a la Dieta Mediterránea (PREDI-MED) con las dimensiones de Ansiedad (STAI)

Tabla 66: *Análisis correlacional.* Asociación entre la Adherencia a la Dieta Mediterránea (PREDI-MED) con la Autopercepción de la salud

Tabla 67: *Análisis correlacional.* Asociación entre los METS de Actividad física (IPAQ) con las dimensiones de Inteligencia Emocional (TMMS24)

Tabla 68: *Análisis correlacional.* Asociación entre las categorías de la Actividad física (IPAQ) con las dimensiones de Inteligencia Emocional (TMMS24)

Tabla 69: *Análisis correlacional.* Asociación entre los METS de Actividad física (IPAQ) con las dimensiones de Ansiedad (STAI)

Tabla 70: *Análisis correlacional.* Asociación entre las categorías del grado de Actividad física (IPAQ) con las dimensiones de Ansiedad (STAI)

Tabla 71: *Análisis correlacional.* Asociación entre el grado de Actividad física (IPAQ) con la Auto-percepción de la salud

Tabla 72: *Análisis correlacional.* Asociación de las dimensiones de Inteligencia Emocional (TMMS) con las dimensiones de Ansiedad (STAI)

Tabla 73: *Análisis correlacional.* Asociación de las dimensiones de Inteligencia Emocional (TMMS) con la dependencia del consumo de alcohol (AUDIT)

Tabla 74: *Análisis correlacional.* Asociación de las dimensiones de Inteligencia Emocional (TMMS) con el consumo de drogas

Tabla 75: *Análisis correlacional.* Asociación de las dimensiones de Inteligencia Emocional (TMMS) con el consumo de tabaco

Tabla 76: *Análisis correlacional.* Asociación de las dimensiones de Inteligencia Emocional (TMMS) con la autopercepción de la salud

Tabla 77: *Análisis correlacional.* Asociación de las dimensiones de Ansiedad (STAI) con la Dependencia del consumo de Alcohol (AUDIT)

Tabla 78: *Análisis correlacional.* Asociación de las dimensiones de Ansiedad (STAI) con el consumo de drogas

Tabla 79: *Análisis correlacional.* Asociación de las dimensiones de Ansiedad (STAI) con el consumo de tabaco

Tabla 80: *Análisis correlacional.* Asociación de las dimensiones de Ansiedad (STAI) con la autopercepción de la salud

Tabla 81: *Análisis correlacional.* Asociación del grado de dependencia del alcohol (AUDIT) con la autopercepción de la salud

1

INTRODUCCIÓN

1.1 UNIVERSIDAD Y SALUD

La salud se considera un derecho fundamental para el conjunto de la sociedad y desarrollo de la misma. La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano” (OMS, 2003). La salud es un bien que debe ser protegido por los gobiernos. A nivel nacional, la Constitución Española reconoce en el artículo 43 el derecho a la protección de la salud a la vez que insta a los poderes públicos a potenciar y promocionar estilos de vida saludables en todas las etapas de la vida.

Se ha demostrado que el estilo de vida está estrechamente relacionado con el desarrollo y agravamiento de enfermedades crónicas degenerativas, y la OMS afirma que el 60% de la calidad de vida y salud de un individuo dependen de su estilo de vida (OMS, 2003). Varios estudios han demostrado que la morbilidad y la mortalidad prematura están principalmente relacionadas con un estilo de vida inadecuado (Navarro et al., 2003; Boot et al., 2010). Por lo tanto, las conductas de riesgo para la salud son actividades que aumentan la vulnerabilidad y susceptibilidad de una persona a resultados negativos en relación con su salud.

La salud y el bienestar de los jóvenes son preocupaciones relevantes para la sociedad, se han realizado esfuerzos constantes para reducir los comportamientos de riesgo que podrían poner en peligro su salud (Steptoe et al., 2015). Promover el desarrollo saludable de los adolescentes, es una inversión que toda sociedad debe hacer (Palomäki et al., 2018).

Según la OMS (2003) “la prevención de conductas de riesgo y la promoción de opciones saludables entre los adolescentes, puede producir resultados positivos para la salud, no solo durante la adolescencia, sino también a lo largo de la vida adulta”.

Durante la fase en la que los estudiantes participan en educación superior, adquieren hábitos que, en la mayoría de los casos, persisten hasta la edad adulta. Por lo tanto, los estudiantes de educación superior son una población clave para las actividades de promoción y prevención de la salud ya que su estilo de vida afecta directamente su desarrollo físico, psicológico y mental (Gómez-Cruz et al., 2016).

Los estudiantes de educación superior serán los futuros tomadores de decisiones en organizaciones, comunidades y países. Dado que el período de estudio en las instituciones educativas de educación superior es un momento en el que los estudiantes tienen que tomar decisiones cada vez más independientes sobre su estilo de vida y salud, es importante influir en ellos para que tomen decisiones saludables.

Por lo tanto, se han desarrollado una serie de estrategias para ayudar a las personas a tomar decisiones informadas sobre las consecuencias de estos comportamientos en su estado de

salud. Entre estas estrategias, se fomentó la educación para la salud, que representa “un proceso de formación y responsabilidad del individuo, para adquirir conocimientos básicos, actitudes y hábitos para la defensa y promoción de la salud a nivel individual y colectivo”

Dentro de los hábitos saludables, y las recomendaciones dadas por González-Cutre et al. (2016) la educación para la salud pretende empoderar a los estudiantes y prepararlos para adoptar un estilo de vida lo más saludable posible para contribuir a alcanzar un estado de salud adecuada.

Por esta razón, las instituciones de educación superior se consideraron los lugares ideales para incluir la educación para la salud en sus procesos de formación, contribuyendo así al desarrollo pleno de gente joven. Esta estrategia fue impulsada por la OMS en el año 1998 mediante el proyecto “Universidades Saludables” (Tsouros et al., 1998).

Este concepto se lanzó hace más de dos décadas y se basa en una variedad de experiencias diferentes, incluyendo intervenciones basadas en entornos que promueven la salud, como escuelas, lugares de trabajo y hospitales, así como la experiencia de la Oficina del Proyecto Ciudades Saludables de la OMS. Se ha adoptado gradualmente el concepto de una universidad saludable a una velocidad significativa. A nivel europeo, el marco de las Universidades Promotoras de la Salud se ha desarrollado durante varias décadas, marcado por eventos importantes como la Conferencia Internacional de Universidades Promotoras de la Salud (UPS) celebrada en 1996, la publicación de las directrices para el establecimiento de universidades de promoción de la salud por la OMS en 1998, y la Carta de universidades promotoras de la salud de Edmonton de 2006 (Tsouros et al., 1998).

El marco establece varios objetivos clave para construir una universidad saludable y establece los resultados esperados (Tsouros et al., 1998). Estos objetivos son: (a) promover políticas y planificación saludables y sostenibles en toda la universidad; (b) proporcionar un ambiente de trabajo saludable; (c) apoyar el sano desarrollo personal y social de los involucrados; (d) establecer y mejorar la atención primaria de salud; (e) garantizar un entorno físico saludable y sostenible; (f) fomentar un mayor interés y desarrollo académico en el campo de la promoción de la salud; y (g) desarrollar lazos comunitarios (WHO, 2022).

Los resultados de un programa universitario saludable deben demostrar cómo la salud se ha integrado en la cultura, estructura y procesos de la universidad, y en qué medida ha mejorado la salud de los miembros de la comunidad universitaria. La implementación de los objetivos clave se puede describir en términos de proceso e impacto, y la colaboración y creación de redes son elementos clave.

La educación para la salud en el entorno universitario es una forma ideal y económica de desarrollar estilos de vida saludables, ya que los estudiantes están en una fase única de absor-

ción de conocimientos y formación de la personalidad. Con el propósito de percibir la utilidad del instrumento de evaluación del estilo de vida, se llevó a cabo un estudio en 3 etapas que involucró a los estudiantes de la Universidad de Valencia.

La promoción de la salud a nivel universitario es una estrategia ideal y de bajo costo para fomentar un estilo de vida saludable. En el actual sistema de salud, la promoción de la salud cobra una gran relevancia y es esencial para mejorar el bienestar general de las personas.

Es importante destacar que este trabajo forma parte de un proyecto más amplio en el que se busca integrar un compromiso hacia la salud y el bienestar en la estructura, procesos y cultura universitaria, siguiendo las líneas generales de las Universidades Promotoras de Salud de la OMS y de la Red Española y Europea de Universidades Saludables .

En este sentido, se busca desarrollar el potencial que tiene la Universidad como agente promotor de salud en la comunidad. Teniendo en cuenta la relevancia y los problemas previamente descritos, se ha llevado a cabo un estudio con el objetivo de evaluar la utilidad de una herramienta de evaluación de estilo de vida como recurso diagnóstico para determinar los factores que influyen en la salud. Además, pretendemos utilizar esta herramienta como recurso educativo en Educación para la Salud (EpS), especialmente dirigido a profesionales sanitarios especializados en este ámbito.

1.2 LA SALUD Y SUS DETERMINANTES

1.2.1 CONCEPTO DE SALUD A LO LARGO DE LA HISTORIA

El concepto de salud se ha ido transformando según el contexto histórico y cultural de la humanidad. Durante la Edad Antigua las explicaciones de griegos y romanos relativas a los procesos de la salud y enfermedad eran de carácter mágico–religioso. La causa de la enfermedad consiste en un castigo enviado por el cielo, y por consiguiente no tienen ningún efecto sobre ella los medicamentos, sino los ritos, los himnos y la música.

Hacia el siglo V a.C., con Hipócrates, comienzan a buscarse las causas naturales de la enfermedad además de la influencia del medio externo. Coetáneamente, en Oriente la medicina ayurvédica de la India considera como causas de enfermedad los cambios en el clima, la higiene personal y poblacional, la dieta y otros factores materiales relacionados con el ambiente y los modos de vida de las personas.

En la antigua civilización hebrea, la Ley Mosaica contiene uno de los primeros códigos sanitarios de la humanidad: prescribe ordenamientos estrictos sobre higiene personal, alimentación, comportamiento sexual y profilaxis de las enfermedades transmisibles.

En el Imperio Romano, con médicos destacables como Galeno, la dieta correcta se consideraba esencial para una vida sana. Se percibía que la comida tenía un efecto curativo o un efecto causal en las enfermedades, determinado por su impacto en los humores; así como la prevención de las enfermedades.

La moderación de los alimentos era clave para una vida sana y dio lugar a filosofías de alimentación saludable. Cuando la dieta ya no promovía la salud, se utilizaban drogas, flebotomía, cauterización o cirugía.

El hecho de que los pacientes tuvieran el control de sus vidas, que manejaran sus propias dietas médicas preventivas y la libertad de buscar médicos, indica que se valoraba la autonomía del paciente.

Entre los años 1600 y 1700 comienzan a desarrollarse en algunos países de Europa (Italia, Alemania y Austria), una concepción de las prácticas en salud que ubican al ser humano en su contexto social y que responsabilizan al estado por la salud de la población, dando origen a lo que se dio en llamar “sistema de policía médica”.

Ramazzini, médico italiano, comienza a estudiar las relaciones entre la enfermedad y las condiciones de trabajo. Así también se realizan estudios referidos a las relaciones entre la condición socio – económica de la población, y la salud.

Estos desarrollos científicos – técnicos se verán consolidados e incrementados por otros médicos en el siglo XIX. En tal sentido comienza a hablarse de “medicina social”, como una nueva forma de concebir y actuar frente a los problemas de salud.

Hacia el año 1830 se asiste al surgimiento en los países del norte de Europa, particularmente en Inglaterra, de la Salud Pública: tras la migración masiva del campo a la ciudad, producto de la revolución industrial, la clase trabajadora se encontraba viviendo en la extrema pobreza y en condiciones de hacinamiento.

Bajo dichas condiciones, las enfermedades del hacinamiento como la tuberculosis, neumonía, sarampión, viruela y cólera, se multiplicaban rápidamente. Las reivindicaciones de los trabajadores por un lado y/o la necesidad de preservar la mano de obra por otro, da lugar al comienzo gradual de un movimiento de Salud Pública que estará orientado básicamente a la mejora de las condiciones de vivienda e higiene, y al aprovisionamiento de agua y alimentos bacteriológicamente seguros.

Hacia mediados del siglo XIX, surge la epidemiología como método científico de análisis de las epidemias, y a finales del mismo siglo termina de consolidarse el movimiento de Salud Pública iniciado en Inglaterra. En el año 1851 tiene lugar la primera Conferencia Sanitaria Internacional, primer antecedente de la OMS.

Durante el siglo XX, la salud pública ha experimentado un creciente avance en la capacidad para prevenir enfermedades, en línea con los avances científicos en microbiología, inmunología, nutrición y otras disciplinas relacionadas. La utilización de datos epidemiológicos avanzados y el desarrollo de nuevas técnicas de control de enfermedades han permitido identificar los factores de riesgo asociados con la creciente carga de enfermedades no transmisibles, tales como enfermedades cardiovasculares y cáncer, entre otras.

Como consecuencia, la atención médica ha mejorado significativamente y se ha vuelto más accesible a través de la implementación de sistemas de seguro de salud tanto en el sector público como en el privado. La conceptualización de la salud pública como un conjunto de servicios sanitarios, resulta insuficiente ante la necesidad de transformaciones políticas, sociales y económicas para configurar el bienestar social, tal como lo señala (Gómez-Cruz et al., 2016).

En este sentido, la equidad se convierte en el elemento central de este concepto, donde la salud no puede limitarse al desarrollo económico y es necesario considerar la justicia distributiva para lograr el objetivo de “salud para todos”, integrando la salud y la educación como prioridades.

Según Hobsbawn (2011), la Segunda Guerra Mundial fue un conflicto que involucró directa o indirectamente a todos los países del mundo, dejando pérdidas materiales y humanas incalculables. Años después, en 1948, se fundó la Organización Mundial de la Salud, un organismo internacional que acuñó la definición de salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad y discapacidad”. Esta definición estableció la equidad como un elemento central dentro del concepto de salud pública, situando la salud como un objetivo primordial y no el desarrollo económico. Así, la justicia distributiva se convierte en un aspecto clave para alcanzar la proposición de “salud para todos”, considerando el desarrollo como una meta global que incluye la salud y la educación como prioridades dentro del desarrollo de la humanidad.

Esta propuesta para ampliar la comprensión de la atención en salud más allá de la tecnología se estructuró con el informe Lalonde en 1974. EL informe Lalonde, liderado por el entonces ministro de Salud y Bienestar de Canadá, Marc Lalonde, planteaba una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses, cuestionando la política de salud pública canadiense, que invertía sus recursos principalmente en servicios de salud y no abordaba los factores sociales que provocaban las lesiones. En este documento de debate se admitió la falta de un marco conceptual que permitiese separar los componentes principales del campo de la salud y su desagregación en segmentos flexibles que se presten para el análisis y evaluación.

Es por lo que se puede afirmar que la comprensión de la salud pública debe ir más allá de la atención en servicios de salud, considerando las transformaciones políticas, sociales y económicas necesarias para lograr la equidad y el bienestar social (Dahlgren y Whitehead, 2006).

La propuesta de Lalonde y la definición de salud de la OMS representan un primer esfuerzo por ampliar esta comprensión y considerar factores sociales y culturales que influyen en la salud de las poblaciones.

1.2.2 LOS DETERMINANTES DE LA SALUD

A partir de la definición del concepto de salud en la segunda mitad del siglo XX se plantea el estudio de los diferentes factores personales, sociales, culturales, ambientales o económicos que influyen en la salud de las personas, definiéndolos como los “determinantes de la salud”.

El término “determinantes de la salud” fue utilizado por primera vez por McKeown en 1972 y posteriormente desarrollado por el Informe Lalonde, en el cual se identificaron cuatro componentes principales del concepto de salud:

1. La biología humana
2. Los sistemas de atención médica
3. El medio ambiente
4. Estilo de vida y conducta de salud

Además de definir los diferentes componentes se propuso la educación para la salud y el marketing social como herramientas válidas para poder animar a las personas a adoptar un estilo de vida más saludable (Lalonde, 1974).

Además del modelo Lalonde, otros modelos surgieron en la década de 1970 para poder explicar la producción de enfermedad y salud y sus determinantes. Entre ellos destaca el modelo holístico de Laframboise (1973) y el modelo ecológico de Austin y Werner (1973) que fueron citados por Travis (1977) como fundamentales para entender la relación entre salud y bienestar (Figura 1).

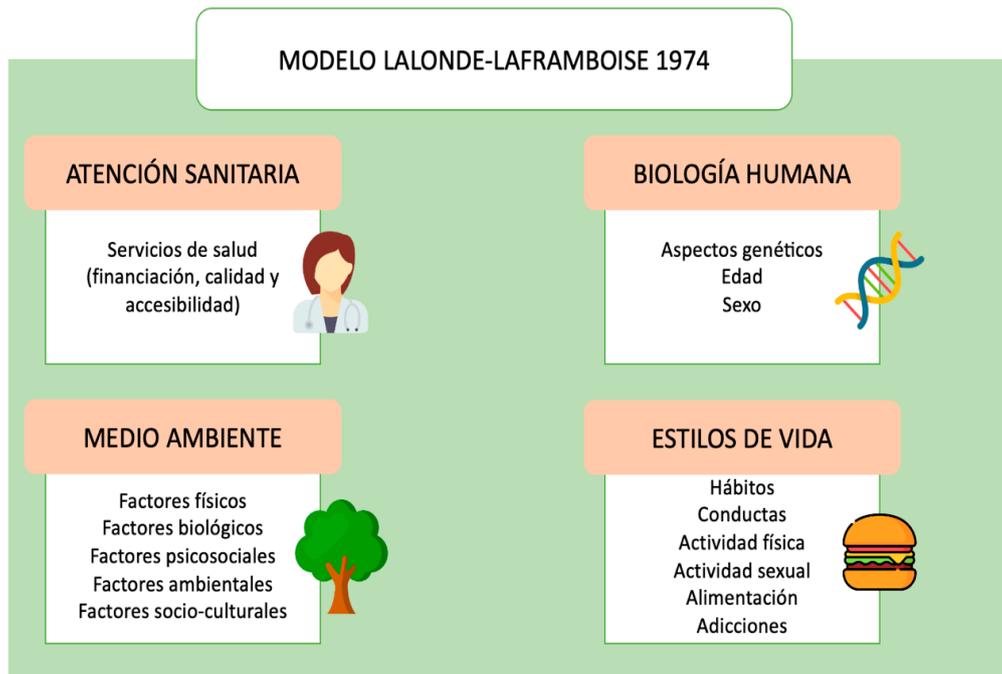


Figura 1: Determinantes de la Salud según Lalonde y Laframboise. Fuente: Adaptado de Lalonde, 1974

Posteriormente, Lalonde destaca la necesidad de estructurar el campo de la salud de una manera ordenada y comprensible. Según Lalonde, existen miles de fragmentos de información relacionados con la salud que pueden llegar a dificultar su comprensión por lo que el concepto de “campo de salud” permite unificar todos los fragmentos para que se pueda ver la importancia de todos los factores, incluyendo aquéllos que son responsabilidad de otros. En el informe “New Perspectives on the Health of Canadians”, Lalonde reconoce la importancia de la colaboración intersectorial y la necesidad de un enfoque multifacético para abordar los determinantes de la salud además de hacer hincapié en la necesidad de combinar la investigación, la educación en salud, el mercadeo social, el desarrollo comunitario y las intervenciones legislativas y de políticas públicas saludables que influyen en los resultados de salud. Antes de la publicación del informe, la política de salud se había centrado en el gasto hospitalario de atención aguda, orientándose en su totalidad a la atención médica y la medicina.

Aunque los determinantes de la salud son diversos y complejos, su comprensión es fundamental para poder implementar políticas de salud efectivas y para poder promover estilos o hábitos de vida saludables. Desafortunadamente, a mayoría de las políticas de salud todavía se enfocan solo en la atención médica mientras ignoran la prevención no clínica, la promoción de la salud y las intervenciones que abordan los determinantes sociales de la salud: las “causas de las causas”. (Espelt et al., 2008).

Este enfoque más holístico de la salud de la población se ha convertido en una parte fundamental de la salud pública moderna en todo el mundo. Existe una salud individual y una salud colectiva que afecta a una población en términos de incidencia y prevalencia. Se deben considerar realizar intervenciones y políticas a nivel comunitario para mejorar la salud colectiva,

además de intervenciones individuales como tratamientos quirúrgicos para mantener o restaurar la salud de las personas (Comisión para reducir las desigualdades en salud en España, 2011, p. 72).

1.2.3 LOS DETERMINANTES SOCIALES Y DESIGUALDADES EN SALUD

Las condiciones materiales de vida y trabajo de los individuos, así como su vulnerabilidad a los impactos ambientales están fuertemente influenciadas por la posición social que ocupan, la cual puede ser definida a través de una serie de variables como: ingreso, educación, nivel de estudios y sexo entre otras.

Estas condiciones de vida y de trabajo, además de sus efectos psicosociales constituyen uno de los principales mediadores a través de los cuales la estratificación socioeconómica influye en el estado de salud de los individuos o grupos, así como en las diferencias que se observan entre ellos. Analizando las diversas condiciones de vida y de trabajo en los diferentes grupos sociales, es posible, en gran medida, responder preguntas fundamentales como: ¿De dónde se originan las desigualdades en salud entre grupos sociales?, ¿De qué forma los determinantes sociales producen inequidades en salud?

La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la Organización Mundial de la Salud fundada en 2008 define los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) como aquellos factores sociales, económicos, culturales, étnicos/raciales, psicológicos u conductuales que influyen en la aparición de problemas de la salud y sus factores de riesgo en la población (Navarro et al., 2003; Navarro et al., 2006). Por otro lado, los determinantes sociales como la educación, la vivienda, el empleo y la riqueza también influyen en el estado de salud de una persona (Figura 2).

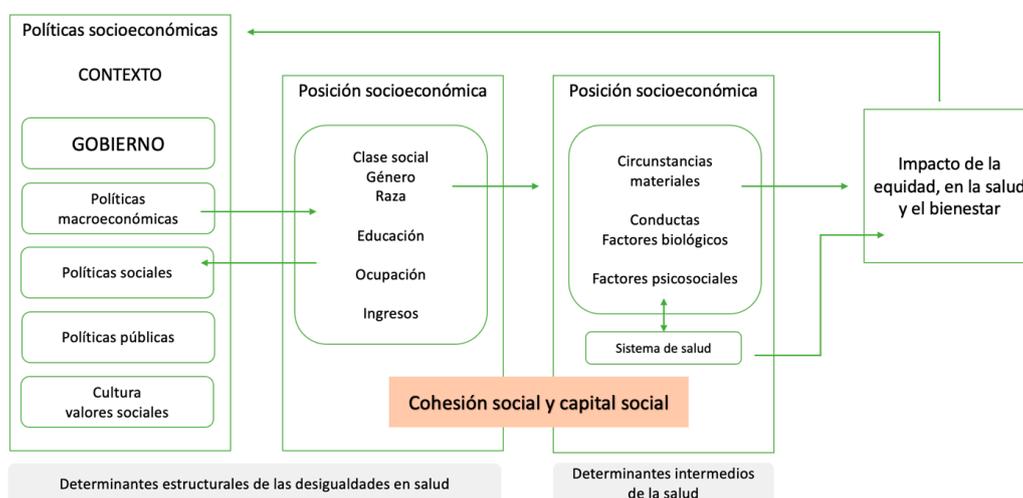


Figura 2: Determinantes de la salud según la OMS. Fuente: Adaptado de Solar & Irwin, 2010

Los determinantes sociales de la salud están influenciados por la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y comunitario. Se definen como los principales responsables de las inequidades en salud (Braveman y Gottlieb, 2014). Las desigualdades en salud por clase social son una constante en los estudios epidemiológicos ya que muchos resultados de salud pueden observarse como gradientes en relación con una variedad de determinantes socioeconómicos.

La influencia de las Nuevas Perspectivas de la Salud ha llevado a un retorno del tema de las desigualdades en salud en países con sistemas de seguro de salud altamente desarrollados. En 2005, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, presidida por el Doctor Sir Michael Marmot, renovó el enfoque de las “causas de las causas” en desigualdades en salud, incluyendo las condiciones socialmente determinadas en las que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen. Según el autor, la salud es una aspiración humana universal y una necesidad humana básica que se ve influenciada por diferentes causas de índole social (Espelt et al., 2008; Gil-González et al., 2009).

La persistencia de las desigualdades en salud es un hecho comprobado. La gente con mayor nivel educativo y situación profesional poseen menores índices de morbilidad y una esperanza de vida más larga mientras que aquéllos con menores rendimientos tienen mayores índices de morbilidad y una esperanza de vida más corta. (Marmot, 2002; Chetty et al., 2016).

Las desigualdades en salud varían geográficamente y se pueden observar diferencias dentro de Europa. La encuesta basada en los datos generados por el Estudio Social Europeo (ESS), realizó una valiosa contribución al conocimiento de cómo las desigualdades sociales afectan a la salud de las personas en los diferentes países europeos (Eurostat, 2021; Mackenbach et al., 2008).

Para poder estudiar los determinantes sociales y la red de relaciones entre los diferentes factores estudiados se han realizado diferentes modelos que explican la influencia de los determinantes sociales en la salud de las personas. El más reconocido a nivel internacional es el modelo proyectado en 1991 por Dahlgren y Whitehead (Figura 3), el cual considera que los determinantes sociales están organizados en diferentes capas desde los determinantes individuales hasta los macrodeterminantes, ya que en la salud de las personas también incluyen los factores políticos, económicos, culturales y ambientales de la sociedad, que impactan en las capas inferiores (los determinantes individuales) del modelo (Dahlgren & Whitehead, 1991).

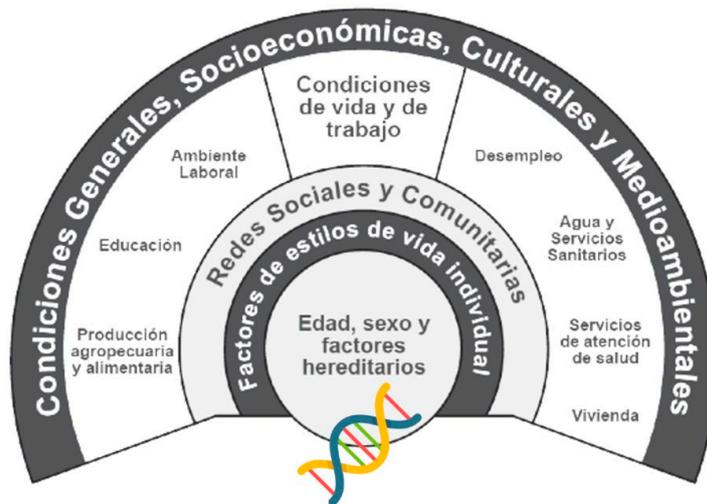


Figura 3: Modelo determinantes de Dahlgreen y Whiteland. Fuente: Adaptado de Dahlgreen & Whiteland, 2006

El modelo comienza con el individuo como base, donde se toman en cuenta las características individuales como la edad, el sexo y los factores genéricos. En la siguiente capa se considera el comportamiento y los estilos de vida individuales. En la siguiente capa se destaca la influencia de la comunidad y de las redes de apoyo. En este nivel se consideran factores relacionados con las condiciones de vida y de trabajo, la disponibilidad de alimentos así como el acceso a servicios esenciales como la salud y la educación. Por último, en la capa más externa se encuentra los macrodeterminantes que están relacionados con las condiciones económicas, culturales y ambientales de la sociedad, que a su vez influyen en las capas más internas.

Diferentes estudios han demostrado que la posición socioeconómica, el género, el territorio y la inmigración son ejes de desigualdad y que tienen un gran impacto en la salud de la población (Caroppo, 2013; Solar e Irwin, 2010). Existen también desigualdades según género y clase social en las conductas relacionadas con la salud que se comienzan en la infancia como la realización de actividad física o una adecuada alimentación (Bacigalupe et al., 2022). Las desigualdades entre hombres y mujeres y entre clases más y menos favorecidas se traducen en enormes diferencias en la mortalidad y en el estado de salud (Aerny-Perreten et al., 2010; Carrasco-Garrido et al., 2009).

Los estudios sobre desigualdades de salud entre hombres y mujeres consideran tanto la construcción biológica, como la sociocultural de las diferencias sexuales (Artazcoz, 2002, 2004). Las diferencias de sexo y género determinan diferencias en los determinantes de la salud, la vulnerabilidad, la naturaleza, la severidad y la frecuencia de los problemas de salud, entre otros aspectos relacionados con la salud (Regitz– Zagrosek, 2012). Las diferencias entre los conceptos de sexo y género son relevantes, ya que ambos se relacionan con la salud de manera simultánea.

El término género ha generado controversia debido a su uso extendido más allá de su significado original, llegando a reemplazar el término sexo en algunos contextos biológicos (Miranda-Novoa, 2013). En este estudio se utilizó el término sexo para referirse a la diferencia entre hombre y mujer por decisión de la investigadora.

Aunque las disparidades en materia de salud han disminuido significativamente durante el siglo XX en términos absolutos gracias a la disminución generalizada de las tasas de mortalidad, ha habido un incremento en términos relativos. Esta afirmación se ha demostrado con varios estudios en Europa en relación con la esperanza de vida, la percepción subjetiva del estado de salud y el acceso a los servicios de atención médica (Díaz-Olalla et al., 2021; Eurostat, 2020; Instituto Nacional de Estadística, 2021).

En 2012 la Región Europea de la OMS aprueba la “Salud 2020”, con el objetivo principal de comprometerse a reducir las desigualdades en el ámbito sanitario. Los objetivos estratégicos de “Salud 2020” se centran en mejorar la salud para todas las personas, reducir las disparidades en el estado de salud y fortalecer el liderazgo y la gobernanza participativa en la materia.

En este contexto, se han llevado a cabo diversos estudios en España para analizar las desigualdades en salud y su evolución a lo largo de los años (Saez-Prado et al., 2016) como el informe SESPAS (Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria).

1.3 ESTILOS DE VIDA Y SALUD

1.3.1 CONCEPTO Y EVOLUCIÓN DE LOS ESTILOS DE VIDA

El concepto de “estilo de vida” se originó a partir de corrientes teóricas como el marxismo, la comprensión weberiana, el psicoanálisis y el culturalismo antropológico. El objetivo de este concepto era permitir la articulación entre sectores macro (estructura social) y grupos intermedios que estaban compuestos por individuos cuyo comportamiento se caracterizaba por un estilo de vida particular tanto en su vida personal como en su vida colectiva (Abu-Lughod, 2015; Frosh, 2018; Harvey, 2014; Swedberg, 2018).

La relación entre los estilos de vida y la salud es un tema de gran interés en la actualidad. En la década de 1990 los investigadores se enfocaron en clarificar el concepto de estilo de vida saludable. Aunque no existe una definición consensuada, la mayoría de autores coinciden en que los estilos de vida saludables se refieren a patrones de comportamiento relacionados con la salud (Balanzá-Martínez et al., 2021). Estos comportamientos observables que se caracterizan por ser recurrentes en el tiempo y tener consecuencias para la salud se conocen

como hábitos (Díaz-Méndez, 2018). Las definiciones operativas del estilo de vida saludable generalmente incluyen tanto comportamientos de riesgo para la salud como comportamientos que mejoran la salud (Gómez-Cruz et al., 2016).

Algunos autores consideran que es más apropiado utilizar el término “estilo de vida relacionado con la salud” ya que refleja mejor ambos tipos de comportamiento (Díaz-Méndez, 2018; Montoya-Castilla et al., 2021). El estilo de vida es un término utilizado para referirse a las características y hábitos de las personas, grupos y naciones que se desarrollan en un contexto geográfico, económico, político, cultural y religioso específico. Incluye todas las conductas y actividades cotidianas, desde el trabajo hasta el ocio y la alimentación (Chinchay Sánchez, 2022). En conclusión, aunque no existe una definición única del estilo de vida saludable, la mayoría de los autores coinciden en que se refiere a patrones de comportamiento que pueden afectar de manera positiva o negativa a la salud.

En las últimas décadas el estilo de vida se ha identificado como un factor clave en la salud y calidad de vida de las personas, captando el interés de los investigadores. Millones de personas aún adoptan estilos de vida poco saludables que les hacen enfrentarse a enfermedades, discapacidades e incluso la muerte. Problemas como enfermedades metabólicas, problemas articulares y esqueléticos, enfermedades cardiovasculares, exceso de peso, etc., pueden estar causados por un estilo de vida poco saludable (Khera et al., 2016) como por ejemplo una mala nutrición, el tabaquismo, el consumo de alcohol y otras drogas, el estrés, etc.

La Unión Europea (UE) ha proporcionado datos que indican que más de un tercio de las muertes en España son el resultado de factores de riesgo relacionados con el comportamiento y con los hábitos de las personas. Entre estos factores destacan: el tabaquismo, la alimentación, el consumo de alcohol y la realización de actividad física (OMS, 2021).

En el año 2017 se estimó que alrededor de un 16% de las muertes en España se debieron al tabaquismo y un 12% se atribuyó a una mala alimentación, que incluye el bajo consumo de frutas y verduras y un alto consumo de azúcar y sal. Además, se estimó que un 8% de las muertes se debieron al consumo de alcohol y un 2% a la falta de actividad física (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017). Estos datos resaltan la importancia de adaptar hábitos de vida saludables para prevenir enfermedades y reducir el riesgo de mortalidad según la Encuesta Europea de Salud en España (EESE, 2020).

Muchas de las enfermedades que afectan a los adultos tienen su origen en la adolescencia y en los hábitos adquiridos en esta etapa de la vida. Actualmente, el avance de las tecnologías de la información como las redes sociales e Internet representan una amenaza para la salud física y mental de las personas debido a un mal uso o un uso excesivo de las mismas. Según el informe “Salud y Juventud” del Consejo de la Juventud de España (2019), el uso excesivo de las nuevas tecnologías entre los adolescentes tiene un impacto negativo tanto en la salud

física como en la mental de los jóvenes llegándose a asociar una relación entre un mayor uso de redes sociales con niveles más bajos de actividad física y peor salud mental (Perales-Montilla et al., 2020).

Por este motivo, es importante que se lleve una intervención de los determinantes de los estilos de vida individuales para poder reducir la prevalencia de enfermedades crónicas y los costes económicos y sociales asociados ya que adoptar un estilo de vida saludable puede tener un impacto significativo en la prevención de enfermedades crónicas y a su vez puede mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad en todo el mundo.

La implementación de programas que fomentan hábitos de vida saludable en niños y jóvenes y que los refuerzan durante la adolescencia y la juventud, ayuda a prevenir el desarrollo en la edad adulta de enfermedades crónicas no transmisibles. De esta manera, logramos reducir las tasas de morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares, respiratorias y cáncer en la población adulta además de mantener la productividad individual de la persona por más tiempo, apoyando el desarrollo individual, familiar y comunitario (Murray et al., 2013).

Las intervenciones destinadas a fomentar un estilo de vida saludable en las personas comparten una serie de principios comunes que son esenciales para lograr este objetivo:

1. Las personas deben ser proactivas en el proceso de cambio.
2. Adquirir un nuevo comportamiento es un proceso que requiere un aprendizaje gradual
3. Los factores psicológicos como las creencias y valores, influyen en el comportamiento.
4. Las relaciones sociales y las normas tienen una influencia significativa y persistente.
5. El contexto en el que ocurre el comportamiento es un factor importante.
6. Las experiencias más beneficiosas o placenteras son más propensas a ser repetidas mientras que las experiencias dañinas o desagradables son menos propensas a ser repetidas.

Conocer los modelos y teorías del cambio de comportamiento en salud es importante para poder comprender los mecanismos subyacentes y así intervenir en los estilos de vida relacionados con la salud de manera efectiva.

1.3.2. FACTORES CONDICIONANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

La salud y el bienestar físico, tanto en el individuo como en la sociedad en su conjunto, dependen de una compleja interacción de múltiples factores. En la actualidad, el creciente interés por la salud y sus determinantes es una respuesta lógica al acelerado ritmo de vida que llevan las personas. La sociedad está priorizando cada vez más la salud y por lo tanto se requiere de una comunidad sólida para poder apoyar este cambio. Se estima que el estilo de vida de las personas es responsable de alrededor del 60% del potencial en salud. Por lo tanto, comprender el estilo de vida humano y su impacto en la condición de salud es crucial para poder realizar cambios que lleven a una vida más saludable. Este estilo de vida está influenciado por múltiples factores que pueden ser modificados y cambiados y que incluyen los procedimientos, estímulos y respuestas adquiridos durante el proceso de socialización.

Cabe destacar que la salud es un concepto dinámico y difícil de medir y de definir por lo que comprender la salud requiere un enfoque holístico que tenga en cuenta los múltiples factores que la influyen como son los factores físicos, psicológicos, sociales y ambientales (Antonovsky, 1979, 1987, 1996).

Antonovsky, crítico con el modelo patógeno tradicional, desarrolló en la década de 1970 la teoría de la salutogénesis humana. Esta teoría propuso entender la salud desde una perspectiva holística e integral, centrándose en las condiciones generales que intervienen en la salud. Esta teoría destacó la importancia de los factores que promueven la salud y el bienestar, en lugar de centrarse únicamente en los factores que causan las enfermedades. Al enfocarse en factores que contribuyen a la salud, se puede fomentar un estilo de vida más saludable y prevenir la aparición de enfermedades en lugar de simplemente tratar sus síntomas (Figura 4).

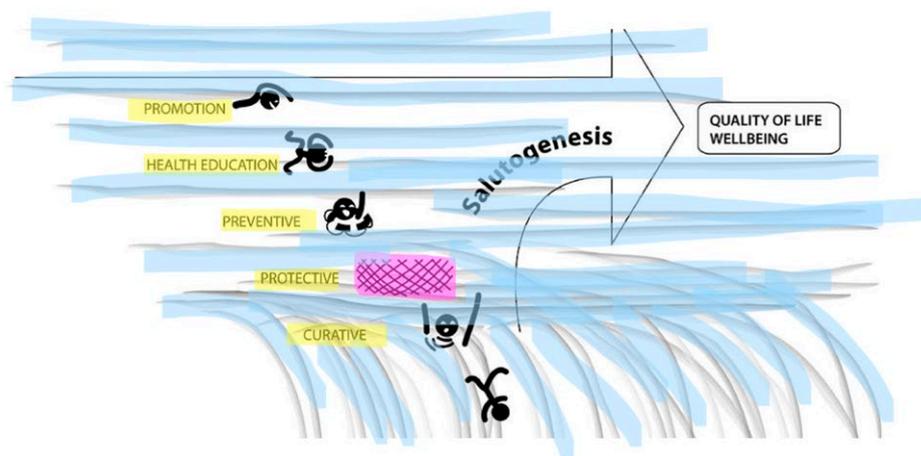


Figura 4: Modelo Salutogénesis Antonovsky. Fuente: Adaptado de Antonovsky, 1996

En este sentido, la adopción de un estilo de vida saludable es fundamental para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. La dieta, el ejercicio físico, el tabaquismo, el consumo de alcohol y otras drogas, el comportamiento sexual y otros factores del estilo de vida son percibidos como relevantes para la salud (Reis et al., 2018). De acuerdo a las investigaciones disponibles, se puede afirmar que el estilo de vida tiene un impacto importante en la salud tanto física como mental de las personas.

Finalmente, los elementos que conforman el estilo de vida y que tienen un impacto en la salud pueden ser clasificados en diferentes variables entre las que destacan:

1.3.2.1 ALIMENTACIÓN Y DIETA

La dieta es el factor más importante en el estilo de vida y tiene una relación directa positiva con la salud (Hu, 2002). La mala nutrición, el consumo de comida rápida o una alimentación insuficiente pueden causar problemas de salud comunes en las sociedades urbanas occidentales como la obesidad y diferentes problemas cardiovasculares (Mozaffarian et al., 2011).

La globalización ha propiciado la aceptación del modelo alimentario occidental en los países mediterráneos, lo que ha llevado a la pérdida de la dieta mediterránea tradicional, especialmente entre los más jóvenes. Desde hace décadas se ha percibido un aumento exponencial en el consumo de carnes rojas, productos cárnicos procesados, comidas y bebidas ricas en azúcares así como la sustitución del aceite de oliva virgen por otros aceites vegetales de menor calidad (Serra Majem y Ortiz Andrellucchi, 2020). Los hábitos dietéticos son determinantes esenciales de la salud y pueden actuar como moduladores críticos en la prevención y tratamiento de la obesidad (Ramos-Valverde, 2009).

A finales de la década de 1950 y principios de 1960 la dieta mediterránea (Figura 5) se consideró un patrón dietético tradicional en países como Creta, Grecia y el sur de Italia, donde se cultiva comúnmente olivos y hay una gran tradición de consumo de pescado. Las principales características de este patrón dietético incluyen el alto consumo de cereales, legumbres, nueces, frutas y verduras, el consumo de alimentos relativamente ricos en grasas (hasta el 40% de la ingesta total de energía) y el uso del aceite de oliva como principal fuente de grasa. Además, se consume moderada o alta cantidad de pescado y cantidades moderadas o pequeñas de pollo y productos lácteos, generalmente en forma de queso crema o de yogurt. El consumo de carnes rojas y productos cárnicos es bajo y se consume alcohol moderadamente, principalmente en forma de vino tinto durante las comidas (Sáez-Almendros et al., 2013).

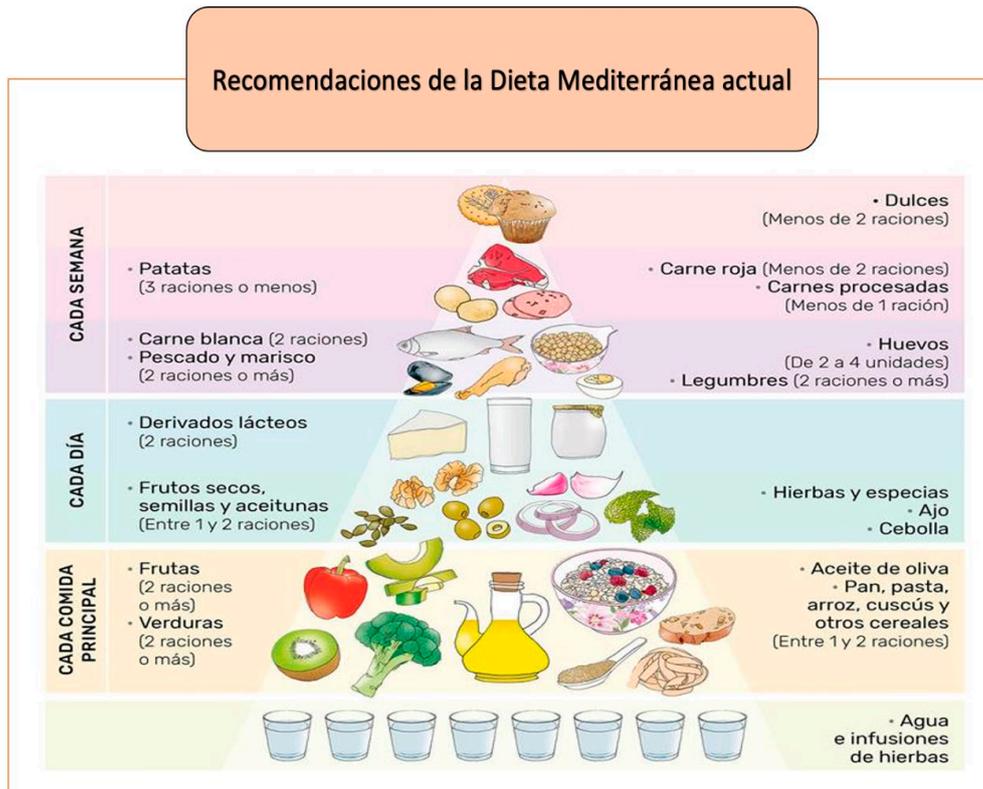


Figura 5: Pirámide alimentación dieta mediterránea. Fuente: Adaptado de *Revista Clara*
https://www.clara.es/belleza/cuerpo/dieta-mediterranea-actual_15833

Actualmente se considera que la dieta mediterránea tiene beneficios sobre la salud de las personas dado los alimentos que configuran este patrón alimentario. La American Heart Association (AHA) reconoce que la dieta mediterránea podría ser una herramienta útil para la prevención de enfermedades coronarias, pero se necesitan más investigaciones para poder confirmar estos beneficios. La dieta mediterránea está consolidada como un patrón alimentario saludable que se recomienda seguir como parte de un estilo de vida saludable aunque debe estar asociado a otros hábitos saludables como la realización de actividad física (Cardio Alianza, 2021; Pérez de Isla et al., 2012). La adherencia al patrón alimentario mediterráneo es el modelo de alimentación más saludable y numerosos estudios han demostrado los efectos positivos de esta dieta sobre la salud y la prevención de numerosas enfermedades cardiovasculares, cáncer, hipertensión, diabetes y síndrome metabólico (Fung et al., 2009; Salas-Salvado et al., 2014; Serra Majem y Ortiz Adrellucchi, 2020).

La adherencia a la dieta mediterránea puede variar dentro de un mismo país o región, dependiendo de la zona, el nivel socioeconómico y el educativo. Los estudios han demostrado que la adherencia al patrón alimentario mediterráneo es mayor dentro de las zonas rurales que en las ciudades. En Europa, Grecia es el país que más se acerca a la dieta mediterránea tradicional.

1.3.2.2. ACTIVIDAD FÍSICA

La actividad física implica cualquier tipo de movimiento corporal que aumente el gasto de energía por encima del nivel basal, incluyendo dentro de esta definición las tareas domésticas, el trabajo, las actividades comerciales, las de ocio y el transporte realizadas en un periodo de 24 horas. Dentro de la actividad física podemos destacar el “ejercicio físico”, que se refiere cuando la actividad física está planificada, estructurada y repetitiva, conduciendo a un mayor o menor gasto energético y que tiene como objetivo principal mejorar o mantener uno o más componentes de la forma física (Casperse et al., 1985).

Dentro de la actividad física podemos distinguir diferentes niveles de intensidad. Es importante medir la intensidad de la actividad física para poder evaluar el impacto en la salud además de poder medir el total de actividad física que necesitamos según edad y capacidades para alcanzar el mayor beneficio.

Actualmente existen diferentes maneras de medir la actividad física pero una de las más extendidas es la medición del índice metabólico mediante la equivalencia metabólica en reposo o MET que define la energía consumida mientras se permanece en estado de reposo o sentado.

Para calcular la intensidad de la actividad física se calcula en relación al reposo, que equivale a 1 MET. Así, podemos considerar la intensidad de la actividad física en 3 tramos:

- Intensidad ligera: Consumo inferior a 3 METs
- Intensidad moderada: 3-6 METs
- Intensidad vigorosa: Mayor de 6 METs

Según la OMS, los adultos entre 18 a 64 años deben acumular a lo largo de la semana un mínimo entre 150 y 300 minutos semanales de actividad física aeróbica de intensidad moderada o bien entre 75 y 150 minutos de intensidad vigorosa (Figura 6)



Figura 6: Recomendaciones actividad física en adulto sano de 18 a 64 años según la OMS. Fuente: Elaboración propia

Incorporar el ejercicio a nuestro estilo de vida resulta fundamental para abordar problemas generales de salud (Dunn et al., 1998). Según diversos estudios, existe una relación directa y positiva entre mantener un estilo de vida activo y la felicidad (Farhud et al., 2015). La actividad física es un factor crucial para el bienestar general de la salud y la calidad de vida, no solo en personas jóvenes sino en cualquier edad. La actividad física también puede ser una opción de tratamiento de primera línea para enfermedades como la Diabetes Mellitus tipo 2, la obesidad, el sobrepeso y el síndrome metabólico (Germani et al., 2014).

Además, la actividad física también puede tener efectos beneficiosos de carácter directo e indirecto sobre el sistema inmunológico. Estudios recientes han demostrado que el entrenamiento de resistencia puede aumentar las miocinas antiinflamatorias, las citocinas de origen muscular y la interleucina-13 (Hoffmann y Weigert, 2017; Knudsen et al., 2020). De manera indirecta, la actividad física también puede tener efectos en el sistema inmunológico promoviendo un microbioma saludable, lo que a su vez puede aumentar la competencia inmunológica del cuerpo (Chen et al., 2021). Es importante destacar que la relación entre actividad física y la salud es compleja ya que aún se están realizando investigaciones para comprender los mecanismos involucrados en esta interacción. En cualquier caso, con los datos existentes actualmente, podemos afirmar la importancia de mantener un estilo de vida activo y saludable para el bienestar del cuerpo.

La regularidad y continuidad de la actividad física es esencial para obtener y mantener los efectos beneficiosos sobre la salud, condición física y autonomía de las personas. Los beneficios se mantienen si se continúa con la actividad física y desaparecen gradualmente en el caso de dejarlo por completo con el tiempo (Puhl y Brownell, 2003; Telama et al., 2005).

En resumen, la actividad física es una herramienta poderosa que puede mejorar significativamente la salud y calidad de vida de las personas, además de ser un tratamiento importante de diversas enfermedades y problemas de salud (Abu-Omar y Routten, 2008).

1.3.2.3 TABACO

El tabaco tiene numerosas sustancias químicas perjudiciales para la salud, y su mecanismo de acción se basa en la liberación de nicotina y otros productos químicos en el organismo. La nicotina es una sustancia altamente adictiva y, una vez inhalada o absorbida, se transporta rápidamente al cerebro donde se une a los receptores de nicotina de las células nerviosas, estimulando la liberación de neurotransmisores como la dopamina (Balfour, 2015). Además de nicotina, el tabaco contiene sustancias carcinogénicas capaces de producir cáncer.

El consumo de tabaco crea sensaciones placenteras a nivel fisiológico y refuerza el deseo de fumar, llegando a generar tolerancia, dependencia física y psicológica, así como síndrome de

abstinencia si se cesa con el hábito tabáquico (Higuera et al., 2020). La nicotina también estimula el sistema nervioso central, lo que puede aumentar la atención, mejorar la concentración y provocar sensación de alerta en la persona que la consume. Esta estimulación explica por qué fumar a menudo se asocia con la sensación de relajación y alivio del estrés.

Según la OMS el tabaquismo es la principal causa prevenible de muerte en el mundo, llegando a provocar 8 millones de muertes anuales (OMS, 2021). El consumo de tabaco está directamente relacionado con enfermedades cardiovasculares, enfermedades pulmonares crónicas, cáncer de pulmón y otras enfermedades (Gredner et al., 2021; Según datos de la Encuesta en Salud de la Fundación Española del Corazón -ESFEC, 2021).

Numerosos estudios han demostrado que el consumo prolongado de tabaco está vinculado al cáncer de pulmón, de hígado, laringe, cavidad oral, faringe, esófago, estómago, colon y recto, páncreas, cuello uterino, riñones y uréter, entre otros (Fagerström, 2002; Sánchez et al., 2018). Por otra parte, las sustancias tóxicas presentes en el tabaco generan estrés oxidativo en el cuerpo, causando daño celular y aumentando el riesgo de enfermedades crónicas (Sies et al., 2017).

A pesar de los esfuerzos de control establecidos, el consumo de tabaco sigue siendo frecuente a nivel mundial convirtiéndose en una “Epidemia mundial de tabaco”. En este aspecto, la salud pública juega un papel importante en la prevención del consumo del tabaquismo o en la acción de cese de habituación tabáquica ya que permite establecer programas de información o incluso tratamientos para parar el consumo (Camarelles-Guillem et al., 2013). El control y la prevención del consumo de tabaco es importante ya que una persona que esté más de un año consumiendo diariamente tabaco tiene un 40% de posibilidades que el tabaco sea una adicción con difícil control.

Mecanismo de acción

El humo de un cigarro contiene más de 5000 compuestos químicos, de los cuales al menos 70 son cancerígenos. La combustión del tabaco produce muchas sustancias que resultan tóxicas para el organismo entre las que destacan el alquitrán, gases tóxicos como el monóxido de carbono y metales pesados como el cadmio, el mercurio y el plomo (Santana y Rashel, 2023). Además de estos productos, el tabaco también contiene entre un 1% y un 3% de nicotina, que es la principal sustancia adictiva del mismo, capaz de liberar dopamina al cerebro, llegando a generar las sensaciones placenteras y la adicción (Almeida et al., 2021; Balfour, 2015).

El mecanismo de acción de la nicotina se basa en su capacidad para unirse a los receptores de acetilcolina existentes en el sistema nervioso central y periférico:

1. Unión a los receptores nicotínicos de acetilcolina: La nicotina se une a los receptores nicotínicos de acetilcolina ubicados en las células nerviosas y en otras células del cuerpo. Estos receptores están presentes en el cerebro, los músculos esqueléticos, el sistema nervioso periférico y en algunas áreas del sistema nervioso central.
2. Estimulación de la liberación de neurotransmisores: Una vez que la nicotina se une a los receptores nicotínicos, estimula la liberación de varios neurotransmisores incluyendo la adrenalina, la noradrenalina, la serotonina, el glutamato y otros. Estos neurotransmisores son los encargados de desencadenar los efectos a nivel corporal.
3. Activación del sistema de recompensa: La liberación de dopamina, en particular, es la responsable de la sensación de placer y recompensa asociada al consumo de nicotina. La dopamina es un neurotransmisor implicado en la regulación del estado de ánimo y la motivación, y su liberación crea una sensación de bienestar.
4. Efectos estimulantes y relajantes: La nicotina también tiene efectos estimulantes y relajantes en el sistema nervioso central. Estos efectos pueden mejorar la atención, la concentración y el estado de alerta. Al mismo tiempo, la nicotina puede tener un efecto calmante y reducir la ansiedad en algunas personas.
5. Desarrollo de tolerancia y dependencia: Con el tiempo el cerebro se adapta a la presencia de nicotina y general tolerancia. Esta tolerancia implica que la persona debe consumir más nicotina para poder obtener el mismo efecto. La nicotina además genera una fuerte dependencia física y psicológica que dificulta dejar de fumar.

Efectos en el organismo

En primer lugar, se encuentra la nicotina que es una sustancia altamente adictiva presente en el tabaco. Una vez que se inhala o se absorbe por la piel, la nicotina se transporta rápidamente al cerebro, donde se une a los receptores de nicotina en las células nerviosas y estimula la liberación de los diferentes neurotransmisores. Esta acción estimulante de la nicotina es la que provoca las sensaciones placenteras y refuerza el deseo de fumar, llegando a crear la tolerancia, dependencia física y psíquica y el síndrome de abstinencia si se decide abandonar el consumo.

En segundo lugar, el tabaco contiene numerosas sustancias tóxicas como el alquitrán (grupo de hidrocarburos aromáticos presentes en el humo de tabaco que son responsables de la mayor parte de los diferentes tipos de cáncer asociados al consumo de tabaco), monóxido de carbono, formaldehído, amoníaco y benzopireno, que sin inhaladas al fumar y pueden dañar los tejidos y órganos del cuerpo. El monóxido de carbono (CO) presente en el humo de tabaco es un veneno que tiene una alta afinidad por la hemoglobina de la sangre (Cerezo et al., 2022).

A nivel de gusto y de olfato, el alquitrán recubre los dientes y las encías, dañando el esmalte dental y causando caries y el color amarillento asociado al consumo. El humo del tabaco también daña las terminales nerviosas de la nariz llegando a ocasionar la pérdida parcial o total de olfato (hiposmia o anosmia). Los productos de tabaco que producen humo como aquéllos que no lo producen, contribuyen de manera significativa al desarrollo de diferentes cánceres a nivel pulmonar, cabeza, cuello, esófago, páncreas, etc.

Por otra parte, diferentes estudios han concluido que existe una relación directa entre el consumo de tabaco y el desarrollo de enfermedades del aparato respiratorio tales como neumonía, enfisema pulmonar, bronquitis crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) e incluso afectación de las arterias con el desarrollo de arterioesclerosis (Agustí y Faner, 2019; Carreras et al., 2019).

A nivel mental, el tabaco también puede afectar al bienestar mental y el sueño, contribuyendo al desarrollo de trastornos del sueño, depresión y ansiedad (Lund et al., 2019; OMS 2017).

Psicofarmacología de la nicotina y conducta adictiva

Un fumador promedio consume entre 1 y 2 miligramos de nicotina. La nicotina se absorbe rápidamente en el torrente sanguíneo y llega al cerebro a través de la barrera hematoencefálica. Durante los aproximadamente 5 minutos que dura un cigarrillo encendido, se estima que un fumador típico toma alrededor de 10 bocanadas. Según estos cálculos, una persona que consuma alrededor de 1 paquete al día recibe aproximadamente 200 “golpes o caladas” de nicotina en el cerebro diariamente.

En el caso de los fumadores de puros, pipas y tabaco sin humo, la absorción de nicotina ocurre más lentamente a través de las membranas mucosas de la boca, alcanzando los niveles máximos en sangre y cerebro de manera más lenta. La exposición a la nicotina provoca una sensación de “subidón” debido a la estimulación de las glándulas suprarrenales y la liberación de epinefrina (adrenalina) (Menshov et al., 2022).

La liberación de dopamina está estrechamente vinculada a la experiencia placentera que experimenta el cerebro y desempeña un papel fundamental en el desarrollo de la adicción a la nicotina o en el inicio del proceso de dejar de fumar (Menshov et al., 2022). Sin embargo, es importante tener en cuenta que la dopamina que se forma en las glándulas suprarrenales y los riñones, circulando en la sangre y el neurotransmisor que se forma en el cerebro son conceptos poco o nada relacionados.

Consumo de tabaco y desigualdades

Según el informe de “Estadísticas Sanitarias Mundiales 2021” publicado por la OMS en 2021, en España el 22.8% de los adultos (considerados los mayores de 15 años) consumen tabaco diariamente, siendo el 25.7% hombres y el 20.1% mujeres. En general los hombres consumen más que las mujeres a excepción del grupo de entre 15 y 24 años, en el que predomina el consumo por parte de las mujeres. (Leal-López et al., 2019).

En España el tabaco es la segunda sustancia psicoactiva más consumida por la población entre 15 y 64 años, por detrás del alcohol, con una prevalencia de consumo alguna vez en la vida en torno al 69.6%, cifra similar a la obtenida en la encuesta anterior. España destaca como uno de los países desarrollados con mayores índices de consumo de drogas entre los jóvenes. Existe diferencia de consumo dentro del país, siendo la Comunitat Valenciana y las Illes Balears las comunidades donde el consumo es mayor. La edad de inicio en el consumo de drogas parece haberse estabilizado en los 17 años (Encuesta sobre el Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España- ESTUDES; 2021). A partir de los 65 años, en cuanto a variación geográfica, la Comunitat Valenciana y las Illes Balears destacan como las regiones con mayor índice de personas que fuman en comparación con otras comunidades autónomas.

En promedio, la población fumadora consume alrededor de 16 cigarrillos al día y la edad de inicio de consumo es de 17.5 años, independientemente del sexo. Aunque se ha observado una tendencia temporal de disminución del consumo diario entre los hombres, aún queda un largo camino por recorrer para reducir el consumo de tabaco en la población general del país (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2022).

Según la Encuesta sobre Alcohol y Otras Drogas en España (EDADES) 2021 sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias ilícitas en España, aproximadamente un 32% de los individuos entre 15 y 64 años han hecho uso regular del tabaco, siendo común comenzar el consumo durante los años de adolescencia. La edad promedio en la que se inicia el tabaco son los 14 años. Los datos relacionados con la población joven generan preocupación ya que alrededor del 16% de los jóvenes de 15 años afirman haber fumado al menos 1 cigarrillo en el último mes. Además, se observa un alto índice de estudiantes de 14 a 18 años (48.4%) que han experimentado el uso de cigarrillos electrónicos en alguna ocasión.

El progreso en el control del tabaco ha sido notable gracias a la implementación de medidas efectivas respaldadas por el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (Thun et al., 2012). Estas medidas han logrado reducir tanto el consumo del tabaco como la carga de las enfermedades relacionadas al mismo en numerosos países (OMS, 2021). Es importante destacar que los países de altos ingresos y con marcos regulatorios más sólidos en materia de tabaco son los que han obtenido mayores avances en este sentido (Thun et al., 2012).

A pesar de que se ha reducido el tabaquismo, se han observado disparidades sociales significativas en el consumo de tabaco en muchos países de altos ingresos. Existen diversas evidencias que relacionan un mayor consumo de tabaco con los grupos de niveles socioeconómicos más bajos, es decir, aquellos grupos que se encuentran en una posición desfavorable en la jerarquía social y tienen un acceso limitado a recursos económicos, sociales y políticos dentro de la sociedad (OMS, 2018). Se estima que un tercio de la población mundial adulta, alrededor de 1200 millones de personas, son fumadoras, siendo la mayoría en países con ingresos medianos o bajos, donde la carga de enfermedad relacionada con el tabaco es mayor (OMS, 2021). Estas diferencias con respecto al consumo de tabaco entre países pueden explicarse por diversos factores como la cultura, la adopción de estrategias para reducir el consumo y los ingresos (Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, 2022). De acuerdo con las categorías de ingreso propuestas por el Banco Mundial, los países de ingreso bajo mostraron una reducción menos significativa en el consumo de tabaco en comparación con las demás categorías (ingreso medio, medio-alto y alto). En Europa se ha observado consistentemente que las personas con nivel socioeconómico más bajo tienen una mayor probabilidad de ser fumadoras. Esta relación entre el nivel socioeconómico y el consumo de tabaco puede atribuirse a diferentes factores como la disponibilidad económica de los productos de tabaco y las diferencias en el acceso a la información y a los servicios de salud (Henderson et al., 2023; Vaccarella et al., 2023).

La OMS recientemente ha proporcionado datos recientes que revelan en Europa occidental, las tasas de tabaquismo suelen ser de 2 a 3 veces más altas entre los grupos desfavorecidos. Este panorama plantea un desafío tanto en términos de equidad en salud como para alcanzar el objetivo de poner fin al consumo de tabaco (OMS, 2021).

Con respecto a la prevalencia del consumo de tabaco dentro de los países europeos, también existen diferencias entre los diferentes países que varía desde casi un 60% en la Federación de Rusia hasta un 16% en Islandia. En general, se observa un consumo mayor tanto en hombres como en mujeres en los países de Europa central y oriental, mientras que los países nórdicos presentan tasas más bajas. Aunque las tasas de consumo están disminuyendo lentamente, las proyecciones indican que la mitad de los países de la región europea no alcanzarán el objetivo mundial de reducir en un 30% la prevalencia del consumo de tabaco entre 2010 y 2025.

Por otra parte, también existen disparidades significativas de sexo en el consumo de tabaco en la región europea, especialmente en relación con el nivel socioeconómico. Estas disparidades reflejan que existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en términos de prevalencia y patrones de consumo de tabaco y cómo estos patrones se ven afectados por el nivel socioeconómico.

En primer lugar, los hombres tienen una mayor prevalencia de consumo de tabaco en comparación con las mujeres, influido por las normas sociales y culturales que tradicionalmente han

asociado el tabaquismo con la masculinidad, así como la influencia de la industria tabacalera en la promoción del consumo de tabaco dirigido a los hombres.

Además, el nivel socioeconómico también desempeña un papel importante en las disparidades de género en el tabaquismo. En general, se observa una mayor prevalencia de tabaquismo en las personas con nivel socioeconómico más bajo, independientemente de su sexo. Sin embargo, las mujeres de nivel socioeconómico más bajo tienden a enfrentar una mayor desigualdad en términos de consumo de tabaco en comparación con los hombres en similar situación económica.

En los últimos años, diversos estudios han señalado que las tasas de tabaquismo disminuyen de manera desproporcionadamente más rápida entre los fumadores con una posición socioeconómica más alta dentro de los países europeos, lo que sugiere que existe un aumento en las desigualdades relativas (OMS, 2021).

Según la Encuesta Europea de Salud en España (ESEE) del año 2020, el 16.4% de las mujeres y el 23.3% de los hombres fuman a diario. El porcentaje más alto en los hombres corresponde al grupo de edad de 25 a 34 años (41.2%) y en las mujeres al grupo de 45 a 54 años (30.8%). La población que fuma diariamente se concentra en las edades de 25 a 64 años, con porcentajes en torno al 30% en los hombres y al 20% en las mujeres (Plan Nacional sobre Drogas, 2021). La desigualdad según nivel socioeconómico y nivel de estudios también está presente dentro del país (García et al., 2022). Según el informe sobre Tabaquismo en España del Ministerio de Sanidad existe mayor consumo de tabaco en los grupos con nivel socioeconómico más desfavorable y menor nivel de estudios. Estos hallazgos resaltan la importancia de abordar las desigualdades en el consumo a nivel local, implementando estrategias de prevención y control del tabaquismo dirigidas a los grupos socioeconómicamente más desfavorecidos (Erinoso et al, 2021).

Se estima que el tabaquismo contribuye en gran medida a estas desigualdades, representando entre el 19% y el 55% de las diferencias socioeconómicas en la mortalidad en hombres y entre el -1% y el 56% en mujeres (Almeida et al., 2021). Reducir la prevalencia del consumo de tabaco en grupos con un nivel educativo más bajo es clave para disminuir las desigualdades en la mortalidad prematura.

Medidas para regular el consumo de tabaco

La adicción a la nicotina es fundamental para comprender la persistencia y la dificultad de dejar de fumar (Ripoll Perelló et al., 2023). Se cree que la mayoría de los fumadores habituales son adictos a la nicotina, aunque en diferentes grados por lo que es crucial contar con una herramienta que pueda medir y evaluar esta adicción ya que los fumadores altamente depen-

dientes necesitarán un enfoque terapéutico más intensivo que incluya terapia farmacológica además de terapia cognitivo-conductual para lograr dejar de fumar (Sancho, 2015).

Debido al impacto del consumo de tabaco en la morbimortalidad prevenible, el 1 de enero de 2020 el Sistema Nacional de Salud comenzó a financiar 2 de los 3 fármacos disponibles en el mercado para la deshabituación tabáquica como la vareniciclina (Champix[®]) y el bupropión (Zyntabac[®]). Posteriormente, en el año 2023 estos fármacos fueron retirados para incorporar al tratamiento de deshabituación tabáquica la citisina (Todacitán[®]). La prescripción de este fármaco requiere la cumplimentación de los siguientes requisitos:

1. Tener motivación expresa de dejar de fumar (al menos un intento de abandono de consumo en el último año)
2. Fumar 10 o más cigarrillos al día
3. Alto nivel de dependencia a la nicotina medida mediante el test de Fagerström, con una puntuación igual o mayor a 7 (dependencia de nicotina alta).

El test de Fagerström (ANEXO 1) es una herramienta confiable para evaluar la adicción física al tabaco. Este test clasifica la dependencia en leve (puntuación de 1-3), moderada (puntuación de 4-6) y severa (puntuación mayor de 7). Las preguntas más importantes del test son:

- Tiempo entre despertar y primer cigarrillo: Si son menos de 30 minutos, indica adicción
- Si el primer cigarrillo se considera crucial
- Si el consumo de cigarrillos es mayor de 20 al día.

Algunos expertos además consideran que si se pregunta el tiempo desde el despertar al primer cigarrillo junto con el número de cigarrillos consumidos al día se puede brindar una diea aproximada de la dependencia de una persona (Sharma et al., 2021).

A nivel mundial, el test de Fagerström se utiliza como una herramienta que permite evaluar y estimar el grado de adicción a la nicotina. Este cuestionario ha reemplazado de manera global a otras pruebas que son más costosas, requieren más tiempo y resultan invasivas para la persona. Su amplia utilización se debe a su eficacia y practicidad en la evaluación de la dependencia nicotínica (Carcereny, 2023). El test de Fagerström es una herramienta esencial en programas de cesación tabáquica, terapias de reemplazo de la nicotina y tratamientos de comportamiento (Jiménez-Ruiz et al., 2022). Además, se sugiere combinar este test con otras herramientas de medición de la dependencia como el DSM IV para una mejor definición y apoyo en el diagnóstico de “dependencia de la nicotina” (Portero Lazcano, 2015).

1.3.2.4. ALCOHOL

El consumo de alcohol ha sido reconocido durante mucho tiempo como una causa significativa de enfermedades a nivel mundial (Gállego-Royo et al., 2023). En ciertos casos, se ha identificado como la principal causa de ciertos tipos de cáncer, tanto como un factor aislado como directamente relacionado con las muertes por EPOC y la enfermedad cardiovascular (ECV) (John et al., 2018).

La OMS ha expresado recientemente una gran preocupación por la idea de la experimentación en los más jóvenes ya que existe un incremento de consumo de drogas en esta población, que incluye el consumo de alcohol (DiBello et al., 2019). Aunque el alcohol ha sido ingerido por la humanidad durante milenios con seguridad y satisfacción, el consumo excesivo puede llevar a complicaciones relacionadas con la salud y es un problema importante de seguridad vial. El abuso de bebidas alcohólicas tiene efectos negativos en el orden físico y psíquico de los individuos, además de efectos en el entorno laboral y familiar si existe un consumo excesivo, con un elevado costo social y económico.

Patrones de consumo de alcohol y episodios de consumo intensivo (ECI)

El primer episodio de intoxicación por alcohol ocurre durante la adolescencia y los problemas relacionados con este consumo como complicaciones familiares, educativas y laborales, tienden a manifestarse antes de los 20 años de edad (EDADES, 2022). Esta relación entre problemas educativos y consumo de alcohol puede derivar en el desarrollo de un trastorno por abuso de alcohol ya que el consumo se relaciona con el intento de escapar de las exigencias académicas o familiares.

Actualmente existe un patrón de comportamiento entre los adultos jóvenes que se denomina “Binge Drinking” o consumo de alcohol excesivo en un corto periodo de tiempo (Chung et al., 2018). Ese comportamiento se incrementa e incentiva a través de fiestas, actividades deportivas y otros eventos que involucran de manera indirecta el consumo de alcohol. En relación a esto, el último informe EDADES en 2022, hasta un 15.4% de los jóvenes de 20 a 24 años informaron haber consumido alcohol en forma de atracón en los últimos 30 días, tanto en 2020 como en 2022, indicando que esta práctica se realiza de manera estable con el transcurso de los años.

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

Las estrategias de prevención de consumo en España se centran en la reducción del consumo de alcohol per cápita y se dividen en 2 grupos principales: medidas de protección de la salud y medidas de promoción de la salud.

En primer lugar, las medidas de protección de la salud implican la implementación de estrategias por parte del gobierno y de las autoridades sanitarias, además de la industria, para reducir la disponibilidad del alcohol. Estas estrategias incluyen el establecimiento de barreras que limiten el acceso y la disponibilidad del alcohol, la regulación de la publicidad y promoción del alcohol, restricciones en la venta, horarios de venta al público, control de precios y tasas impositivas y políticas de conducción bajo los efectos del alcohol. Estas medidas tienen como propósito crear un entorno menos propicio para el consumo excesivo de alcohol y promover comportamientos más saludables en la población.

En segundo lugar, las medidas de promoción de la salud se enfocan en fomentar la adopción de estilos de vida saludables en los individuos y en la población en general (WHO, 2021). Estas estrategias incluyen campañas de concienciación y educación sobre los riesgos de un consumo excesivo de alcohol, promoción de estilos de vida saludables, fortalecimiento de las habilidades sociales y de toma de decisiones y programas de prevención del consumo de alcohol dirigidos a grupos de riesgo como pueden ser los jóvenes o los conductores. Estas acciones buscan crear conciencia sobre los efectos negativos del consumo excesivo de alcohol y fomentar comportamientos responsables y saludables (Narváez et al., 2021).

Para entender y abordar los problemas relacionados con el consumo excesivo de alcohol y el alcoholismo se utilizan cuestionarios para valorar la frecuencia de consumo habitual, recopilando datos sobre cantidad, frecuencia y tipos de bebidas alcohólicas consumidas. Son cuestionarios cuantitativos capaces de proporcionar información valiosa para estudios epidemiológicos y de salud pública. Además, se hace mención en la mayoría de ellos a la consideración de alcoholismo como una enfermedad reconocida a nivel internacional por la OMS además de la definición de los criterios diagnósticos por parte de la Sociedad Americana de Psiquiatría (APA) (Livingston y Calligan, 2015). Los cuestionarios de frecuencia de consumo habitual de alcohol permiten estimar la cantidad de alcohol ingerida diariamente por una persona además de analizar si existe algún patrón de consumo problemático en una sociedad (Boynton y Richman, 2014; Stevens et al., 2020).

Entre los cuestionarios más utilizados se encuentran: cuestionario autoadministrado de alcoholismo de CAGE; Test identificador de desórdenes por consumo de alcohol (AUDIT); la prueba autoadministrada de detección para el alcoholismo (SATS); la Prueba de detección de alcoholismo de Michigan (MAST); y la Escala de dependencia del alcohol (ADS) (Aertgeerts et al., 2004; Habibi et al., 2018; Selzer et al., 1975; Watson y Onie, 2023).

1. Cuestionario autoadministrado de alcoholismo de CAGE: Cuatro preguntas breves para evaluar la necesidad de reducir el consumo de alcohol, la irritabilidad ante la crítica, la sensación de culpa y la necesidad de un “empujón” durante las mañanas. Este cuestionario es ampliamente utilizado en entornos clínicos y de investigación para identificar posibles casos de alcoholismo.

2. Test Identificador de Desórdenes por consumo de alcohol (AUDIT): Desarrollado por la OMS; con diez preguntas que abordan diferentes aspectos del consumo de alcohol como la cantidad y la frecuencia de consumo.

3. Prueba de detección para el alcoholismo de Michigan (MAST): Este cuestionario consta de 25 preguntas centradas en evaluar los síntomas y comportamientos que están asociados con el alcoholismo. Es una herramienta útil para identificar patrones de consumo de alto riesgo u proporciona información valiosa para la planificación de intervenciones adecuadas para abordar el problema.

4. Prueba autoadministrada de detección para el alcoholismo (SATS): Cuestionario breve y sencillo que consta de 22 preguntas enfocadas a evaluar la presencia de síntomas físicos y emocionales relacionados con el consumo excesivo de alcohol. Este cuestionario es útil para identificar individuos en riesgo de desarrollar problemas relacionados con el consumo de alcohol.

5. Escala de dependencia del alcohol (ADS): Cuestionario diseñado para evaluar el grado de dependencia psicológica y física de una persona. Consta de 25 preguntas y proporciona una medida cuantitativa de la gravedad de la dependencia alcohólica. La escala de dependencia es ampliamente utilizada en entornos clínicos y de investigación para evaluar el grado de dependencia y guiar el tratamiento más adecuado.

1.3.2.5 CONSUMO DE OTRAS DROGAS

La definición clásica de la OMS establece que cualquier sustancia (terapéutica o no), que una vez introducida en el organismo es capaz de modificar una o varias de sus funciones se considera una droga. Se define droga de abuso como cualquier sustancia que tomada por cualquier medio de administración altera el estado de ánimo, el nivel de percepción o el funcionamiento del individuo y cuyo consumo puede llevar a dependencia, tolerancia y síndrome de abstinencia. El consumo de drogas ilegales en España sigue siendo una de las mayores amenazas persistentes para la salud y el bienestar de la sociedad y es un problema que directa o indirectamente afecta a la vida de millones de personas en nuestro país.

En las últimas décadas el uso de drogas ilegales ha despertado gran interés debido a la creciente participación entre adolescentes y jóvenes en este comportamiento, lo que ha generado un verdadero problema social y de salud pública en términos de costes humanos, sociales y económicos asociados (Suárez- Villa et al., 2023).

El consumo de sustancias ilegales ha aumentado después de la pandemia de covid-19 especialmente entre los jóvenes menores de 34 años. Este consumo excesivo puede llevar a

adicciones y comportamientos problemáticos, con consecuencias devastadoras en términos psicológicos. Físicos y sociales (Martínez- Cortés, 2023; Robledo Vidal, 2023).

Epidemiología de la drogadicción

Según las estimaciones, alrededor de 83.4 millones de adultos, un 29% de la población de 15 a 64 años en la Unión Europea ha experimentado algún tipo de consumo de drogas ilícitas en algún momento de su vida, con un porcentaje mayor de hombres (50.5 millones) que de mujeres (33 millones). El cannabis sigue siendo la sustancia más consumida con más de 22 millones de adultos europeos declarando haberlo consumido en el último año. Los estimulantes se encuentran en segundo lugar en términos de frecuencia de consumo reportada. Según los datos del Observatorio Español sobre Drogas de 2020, se estima que en el año 2019 en España 3.5 millones de adultos consumieron cocaína, 2.6 millones consumieron éxtasis y 2 millones consumieron anfetaminas.

Cannabis

El consumo de drogas ilícitas es especialmente relevante en el caso de cannabis ya que muestra una alta prevalencia en todos los grupos de edad de la población general. El cannabis es la droga ilegal más consumida. En España el consumo de cannabis está ampliamente extendido con una prevalencia de consumo en los últimos 30 días del 14, 8% en la población entre 14 y 18 años en 2021, siendo estas cifras algo menores en relación con el año 2019, en el caso de los chicos en comparación con las chicas.

El cannabis destaca como la droga ilícita más consumida a nivel estatal y más utilizada durante el periodo académico de los alumnos. El consumo de cannabis está relacionado con varios problemas de salud y con un bajo compromiso y rendimiento académico de los estudiantes. Asimismo, se han documentado problemas psicosociales y legales asociados al consumo de esta droga como niveles reducidos de concentración, casos de agresiones sexuales, sobredosis, pérdida de memoria, déficit cognitivo persistente, ideas autolíticas y de suicidio, prácticas sexuales de riesgo, daños a la propiedad, infracciones y accidentes de tráfico, lesiones, violencia y en algunos casos la muerte (Peiteado et al., 2017).

A corto plazo, el consumo de esta sustancia puede ocasionar efectos como una mejor percepción sensorial y euforia, seguidos de somnolencia y de relajación. También puede provocar retraso en el tiempo de reacción, dificultades de coordinación y equilibrio, aumento de la frecuencia cardíaca y apetito, así como problemas de aprendizaje y memoria que pueden llegar a causar ansiedad. A largo plazo se han documentado consecuencias para la salud mental así como problemas crónicos de tos o infecciones respiratorias (Power et al., 2021).

Existen otros problemas de salud asociados al consumo de cannabis en distintas etapas de la vida. En la juventud, existe la posibilidad de pérdida de puntos de cociente intelectual (CI) cuando el consumo se inicia repetidamente durante la adolescencia. Durante el embarazo, el consumo puede dar lugar a bebés con dificultades de atención, memoria y resolución de problemas. Cuando se combina con el alcohol, el cannabis puede resultar en un aumento de la frecuencia cardíaca u la presión arterial, así como en un mayor retraso del procesamiento mental y el tiempo de reacción (Orr et al., 2019).

Cocaína

La cocaína es un estimulante del sistema nervioso central y un poderoso vasoconstrictor y anestésico local (Pomara et al., 2012). Las hojas de coca mezcladas con ceniza o cal eran masticadas por los incas debido a sus efectos estimulantes moderados, para reducir el hambre y la sed y poder aliviar la fatiga, el dolor y los efectos del ambiente de alta altitud y bajo oxígeno. Estas hojas tienen una baja concentración de cocaína y no causan dependencia.

Posteriormente aparecieron derivados mucho más potentes y altamente adictivos de la cocaína en diferentes etapas del procesamiento como la pasta base de cocaína, el clorhidrato de cocaína y la cocina de base libre o crack. El clorhidrato de cocaína se administra directamente por vía nasal o intravenosa (mezclada con agua), mientras que la pasta base de cocaína y la cocaína en forma libre se fuman (Alexander, 2020; Gómez et al., 2023; Ramiro et al., 2023).

A corto plazo el consumo de cocaína produce constricción de los vasos sanguíneos, dilatación de las pupilas, aumento de la temperatura corporal, la tensión arterial y frecuencia cardíaca, así como dolores de cabeza, malestar abdominal y náuseas. Además, el consumo de cocaína puede generar sensaciones de euforia, incremento de energía y estado de alerta o insomnio, inquietud, ansiedad y comportamientos erráticos y violentos. Asimismo, se ha asociado ataques de pánico, paranoia y psicosis con el consumo de drogas, al igual que riesgos más graves para la salud como problemas en el rimo cardíaco, síndrome coronario agudo, derrames cerebrales, convulsiones y estados de coma (Ramiro et al, 2023).

A largo plazo, el consumo de cocaína se ha asociado a pérdida del sentido completo o parcial del sentido del olfato, hemorragias nasales y dificultad para ingerir alimentos debido a los daños causados a nivel nasal por la inhalación de sustancias. También se han reportado casos de infecciones y muerte del ejido intestinal debido a la reducción del flujo sanguíneo así como desnutrición y pérdida de peso asociado a un consumo crónico. A nivel pulmonar, el consumo inhalado de cocaína puede dañar los pulmones, generando problemas respiratorios.

MDMA(3,4-metilendioxi-meanfetamina) y éxtasis

La MDMA es una droga sintética que actúa como estimulante y alucinógeno. En el organismo, la MDMA produce un efecto que distorsiona la percepción sensorial y temporal, aumentando las experiencias sensoriales, además de actuar como energizante, alucinógeno y entactógeno. La manera más común de consumo de esa sustancia es mediante tabletas o cápsulas, que se denomina éxtasis. Cuando nos referimos al MDMA en forma de polvo se denomina *Molly*. La cantidad de ingesta habitual de esta sustancia es de una a dos tabletas, que contienen entre 50 y 150 miligramos de MDMA.

El efecto del MDMA en el organismo comienza a sentirse 45 minutos después de ingerirse. Los efectos alcanzan un punto máximo entre 15 y 30 minutos después y la duración puede alcanzar hasta 3 horas de carácter agudo, aunque sus efectos secundarios llegan a sentirse incluso días más tarde de su consumo. Los efectos agudos del consumo de MDMA incluye una sensación intensificada de bienestar, mayor extroversión, empatía hacia otros y disposición para hablar de recuerdos con carga emocional. Algunos consumidores de MDMA experimentan una percepción sensorial aumentada.

Aunque no es muy común la sobredosis letal a diferencia de otras drogas, el MDMA también puede causar efectos secundarios agudos negativos como hipertensión, desfallecimiento o mareos, ataques de pánico y en casos más graves, pérdida del conocimiento y convulsiones. Estos efectos negativos se intensifican en climas calurosos ya que el MDMA es capaz de producir hipertermia en el organismo. Al producir esa hipertermia en el organismo, la persona consumidora de MDMA aumenta la ingesta de agua para compensar, pudiendo llegar a producir un desequilibrio de electrolitos o inflamación cerebral por la retención de líquidos causada por el MDMA.

Otros de los efectos secundarios adversos descritos con el consumo de MDMA son la tensión involuntaria de la mandíbula, la pérdida de apetito, la despersonalización, pensamientos ilógicos y desorganizados, piernas inquietas, náuseas, bochornos o escalofríos, dolor de cabeza, rigidez muscular o articular.

Actualmente, según el Informe Europeo sobre Drogas en 2022, la población menor de 25 años es la principal consumidora de éxtasis a nivel mundial, seguidos del grupo de edad entre 25 y 29. En España, en el año 2020 según datos de este informe, el consumo a lo largo de la vida de la población entre 15 y 34 años se situaba alrededor del 4.3% de la población, y el consumo en los últimos 12 meses en la población joven entre 15 a 34 años en el 1.1% (National Institute of Drug Abuse-NIDA, 2020).

1.3.2.6 HORAS DE SUEÑO

El sueño es una función vital del ser humano. Hasta hace pocos años no se había identificado la importancia del sueño o su implicación en diferentes aspectos físicos y psicológicos de la persona ya que se consideraba que el único fin del sueño era el descanso del cuerpo después de las horas de trabajo o despiertos.

Desde hace algunas décadas, diversos estudios han documentado la importancia del sueño para el ser humano en diferentes esferas tanto físicas como psíquicas. El sueño, o la falta de horas suficientes del sueño se ha asociado a trastornos de salud mental como la ansiedad, la depresión y la bipolaridad y recientemente también a enfermedades como el síndrome metabólico o el desarrollo de diabetes mellitus tipo II.

A nivel fisiológico el sueño contribuye a la restauración y reparación de los tejidos. Las células crecen y se reparan, especialmente después de actividades físicas intensas, reduciendo el riesgo de inflamación y potenciando la inmunidad. Además, el sueño es capaz de regular la producción de diferentes hormonas esenciales para el desarrollo de la persona como la hormona del crecimiento, que se secreta principalmente durante el sueño profundo, y la leptina y la grelina, que son las hormonas que están implicadas en el apetito. Por otra parte, el sueño también permite mantener en equilibrio la glucosa en sangre, reduciendo el riesgo de enfermedades metabólicas como la diabetes mellitus tipo II.

A nivel psicológico, el sueño es fundamental para el desarrollo de la función cognitiva. Durante el sueño el cerebro procesa y consolida la información captada durante la vigilia por lo que dormir es importante para aprender, retener conceptos en la memoria y la toma de decisiones. La privación del sueño puede derivar en un deterioro cognitivo que implique la reducción de la capacidad de atención, la resolución de problemas y la creatividad. Además, el sueño también juega un papel importante en la regulación de las emociones y el procesamiento de experiencias traumáticas ya que la reducción de horas de sueño puede llegar a resultar en mayor reactividad emocional, incapacitando a la persona para gestionar las emociones negativas y disminuyendo la capacidad de enfrentarse al estrés.

Las horas necesarias de sueño para que sea un sueño reparador y que se alcancen los objetivos establecidos varían según los diferentes grupos de edad. Actualmente no existen directrices específicas sobre la cantidad de horas exactas de sueño que se precisan pero sí que la National Sleep Foundation (NSF) ha proporcionado recomendaciones según las edades. Según la NSF, durante los primeros años de vida se recomienda un total de entre 11 y 17h diarias de sueño que se van reduciendo hasta los 14-17 años, donde se establece que es suficiente con dormir entre 8 a 10h. Durante la edad adulta, el periodo que va desde los 18 a los 65 años, las horas necesarias de sueño oscilan entre 7 y 9h reduciéndose el intervalo entre 7 y 8h en las personas mayores de 65 años.

Además de las horas de sueño, en la actualidad existe preocupación por la “calidad del sueño” dado el aumento del uso de pantallas en nuestro día a día. El uso de pantallas de manera desmesurada se ha relacionado con una peor calidad del sueño ya que el uso de pantallas produce diferentes estímulos a nivel fisiológico que interfieren con el sueño.

Por un lado, los dispositivos electrónicos a menudo se usan para actividades que requieren atención como leer, trabajar, las redes sociales, etc. Estas actividades requieren de un estado de alerta que dificulta el proceso natural de desconexión y relajación necesarios para un sueño reparador. Además, con estas actividades pueden llegar a desplazar el sueño ya que al estar utilizando el móvil en las últimas horas lo que hacemos es irnos a la cama más tarde, reduciendo la cantidad total de horas de sueño. Por otra parte, las pantallas de los dispositivos electrónicos emiten luz azul que interfiere con la producción de melatonina, la principal hormona de regulación del sueño. La luz azul emitida retrasa la liberación de melatonina aumentando la dificultad para conciliar el sueño y alterando el ritmo circadiano.

1.4 ASOCIACIÓN DE HÁBITOS DE VIDA

Diversos estudios han concluido que existe una asociación entre la práctica de los diferentes hábitos que consideramos saludables (Romá Ferri et al, 2017). Durante la etapa universitaria es probable que los hábitos adquiridos durante la adolescencia se pierdan por diferentes motivos siendo los principales: el abandono del hogar de los progenitores durante la etapa universitaria, el inicio de la edad adulta y el cambio de responsabilidades, el cambio de horarios y de hábito de estudio de los estudiantes en la Universidad (Carballo-Fazanes et al., 2020).

El abandono del hogar de los progenitores implica asumir ciertas responsabilidades personales como el aseo personal, la gestión del tiempo, la alimentación y la práctica de actividad física. Los universitarios han de tomar decisiones en su día a día que influyen en su salud como cocinar, hacer deporte, horas de sueño, consumo de alcohol, etc. que se ven influenciadas por diferentes factores como la disponibilidad de alimentos a la hora de cocinar, el precio, los hábitos del círculo social, la disponibilidad de lugares para hacer ejercicio cerca del domicilio además del tiempo requerido para realizar las tareas universitarias.

Por otra parte, y como ya se ha mencionado anteriormente, la etapa universitaria está asociada a la experimentación por parte de los adultos jóvenes en áreas como el consumo de alcohol o de drogas.

Los hábitos saludables contribuyen al desarrollo intelectual, físico y personal de las personas. Es importante que se refuerce durante esta etapa la necesidad de mantener un estilo de vida saludable para evitar un exceso de morbilidad en el futuro. Por estos motivos, La Universidad debe ser un entorno de promoción de la salud y prevención de conductas no saludables.

1.5 INTELIGENCIA EMOCIONAL

La inteligencia emocional (IE) es la capacidad que tienen las personas para lograr reconocer las propias emociones y las emociones ajenas, además de poder diferenciar los sentimientos con el fin de etiquetarlos de manera correcta para poder guiar el pensamiento o la conducta, además de administrar las emociones para poder adaptarse a las circunstancias del medio y conseguir los objetivos prefijados.

Los estudios han demostrado un efecto positivo entre la inteligencia emocional (IE) y el éxito académico y profesional (Suleman et al., 2019). Se ha observado que individuos y estudiantes universitarios con una alta IE muestran un mejor funcionamiento social y relaciones interpersonales, siendo percibidos por sus pares como menos antagónicos y conflictivos. Además, la IE se puede establecer como un dato predictivo del éxito laboral y profesional que adquirirá una persona en su futuro (Angulo y Albarracín, 2019).

Dado el interés que suscita el hecho de poder predecir el éxito personal y laboral de una persona, se han desarrollado diferentes pruebas e instrumentos utilizados para evaluar la inteligencia emocional en las personas, tanto a nivel laboral para optar a ciertos puestos como a nivel personal. Entre ellos, destacan el cuestionario de autoinforme de Schutte, el cuestionario TEIQue (Trait Emotional Intelligence Questionnaire), el cuestionario de inteligencia emocional de Bar-on ((EQ-i) 2.0), y el cuestionario Trait-Meta-Mood Scale (TMMS), los cuales han sido frecuentemente empleados.

Se han desarrollado varios instrumentos para medir este constructo utilizando modelos de autoinforme, aptitudes y habilidades. Muchos de estos instrumentos de autoinforme también tienen versiones de evaluación 360°, que implican la recolección de datos tanto de la persona como de sus pares. Además, algunos de los instrumentos de medición de IE están dirigidos al ámbito laboral (Jamba et al., 2021).

1.6 ANSIEDAD

El concepto de ansiedad ha evolucionado considerablemente a lo largo de los años. El análisis clínico moderno de la ansiedad comienza a finales del siglo XIX e inicios del XX con el surgimiento de la psicopatología y el psicoanálisis. Sigmund Freud describía en sus inicios la ansiedad como un sentimiento de respuesta ante un estímulo de peligro percibido, conectado con mecanismos de defensa y conflictos inconscientes.

En la década de 1950 y 1960 comienza el estudio de la ansiedad como una respuesta condicionada a un estímulo específico. Los investigadores de esa época examinaban cómo los estímulos ambientales podían desencadenar respuestas de ansiedad y cómo los comportamientos podían ser reforzados o extinguidos.

En la actualidad, la ansiedad se define como una respuesta emocional que involucra sentimientos de tensión, de preocupación al igual que síntomas físicos como aumento de la frecuencia cardíaca, sudoración o temblores. La ansiedad puede ser normal y adaptativa cuando está asociada a situaciones que requieren alerta o acción pero también puede derivar en una respuesta patológica que llegue a interferir en la vida diaria del individuo, lo que denominamos ansiedad patológica.

La ansiedad patológica está definida por niveles de miedo o de preocupación elevados o desproporcionados con respecto a la situación que los provoca, o incluso que persisten en ausencia de estímulos amenazantes. La ansiedad patológica es intensa, persistente y puede llegar a interferir en la vida cotidiana del ser humano.

La manera de expresión de la ansiedad patológica varía desde síntomas de inquietud, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y problemas de salud hasta pensamientos recurrentes de preocupación o miedo por un peligro inminente. A nivel más intenso, la ansiedad puede manifestarse con ataques de pánico que son episodios intensos de miedo acompañados de síntomas físicos como palpitaciones, sudoración y temblores.

En la actualidad existen diferentes vías para poder tratar la ansiedad patológica. Dentro de los tratamientos para la ansiedad nos encontramos con la terapia cognitivo-conductual (TCC) que permite identificar, comprender y cambiar patrones de pensamiento y de comportamiento negativos, la medicación como las benzodiazepinas, los ansiolíticos o los antidepresivos, la terapia de exposición en la que nos enfrentamos a los estímulos o situaciones que causan la ansiedad y diferentes terapias de manejo del estrés y de relajación. Además de estos tratamientos, existen evidencias de que mantener una rutina de ejercicio regular, seguir una dieta equilibrada y evitar el consumo de alcohol y de cafeína tienen un efecto positivo en la ansiedad patológica.

Al igual que la inteligencia emocional, existen diferentes herramientas de medición validadas que nos permiten evaluar la ansiedad de las personas como la Escala de Ansiedad de Hamilton (HAMA) donde se mide la gravedad de los síntomas de ansiedad, la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), especialmente útil para evaluar la ansiedad en entornos clínicos y hospitalarios y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) cuya peculiaridad es que permite evaluar la ansiedad en forma de estado, es decir, la que se percibe en un momento específico y la ansiedad de rasgo como una característica general de la personalidad.

1.7 PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

La prevención y la promoción de la salud son dos estrategias esenciales dentro de la Salud Pública que tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas y reducir la incidencia de enfermedades y la morbimortalidad en la población. Además, las intervenciones en prevención y promoción tienen un impacto directo económico ya que consiguen reducir los costos médicos, aumentan la esperanza de vida y mejoran la salud poblacional.

A pesar de ser dos conceptos de Salud Pública, es importante que sepamos distinguir entre prevención y promoción de la salud ya que, aunque ambas son necesarias y se complementan para alcanzar el nivel de salud óptimo de las personas, los objetivos que se proponen con cada una de ellas son muy diferentes.

1.7.1 PREVENCIÓN EN SALUD

El objetivo principal de la prevención en salud es evitar la aparición de la enfermedad. No siempre es posible evitar la aparición de enfermedades por lo que en caso de que se instaure una enfermedad, también es importante frenar o retrasar su avance. Por ese motivo, la prevención en salud, además de evitar la aparición de enfermedades también juega un papel importante en atenuar el avance de la misma o en reducir las consecuencias una vez establecida.

A raíz de la definición de prevención en salud y de los objetivos de la misma, podemos establecer varios niveles de prevención en función del momento o la historia natural de la enfermedad en la que actúan. Actualmente se identifican cuatro niveles de prevención: prevención primaria, prevención secundaria, prevención terciaria y prevención cuaternaria.

1. Prevención primaria: El objetivo principal de la prevención primaria es evitar que se inicie la enfermedad por lo que esta prevención está dirigida a la población con actividades que disminuyen los factores de riesgo y aumentan los factores protectores. Lo que pretendemos con la prevención primaria es establecer unos hábitos de vida saluda-

bles en la población para evitar que desarrollen enfermedades relacionadas con hábitos poco saludables. Dentro de este nivel de prevención destacamos actividades como la vacunación, la educación en salud y la promoción de estilos de vida saludables

2. Prevención secundaria: El objetivo principal de la prevención secundaria es detectar precozmente la enfermedad para retrasar o impedir su desarrollo, facilitar cambios de conducta o aplicar el tratamiento. Cabe destacar que en la prevención secundaria, a diferencia de la prevención primaria, la enfermedad ya está establecida en la persona y lo que buscamos es impedir un avance hasta estados más avanzados e iniciar tratamiento de manera precoz. Dentro de este nivel de prevención destacamos los programas de cribado de cáncer como el test Papanicolau para el cáncer de cérvix, la sangre oculta en heces para el cáncer colorrectal o la realización de mamografías en el cáncer de mama en mujeres.

3. Prevención terciaria: EL objetivo principal en la prevención terciaria es prevenir las discapacidades en los pacientes que tienen ya una enfermedad establecida y sintomática. Al igual que en la prevención secundaria, en la prevención terciaria la persona ya padece la enfermedad y además tiene síntomas relacionados con la enfermedad. La prevención terciaria se centra en el tratamiento y rehabilitación de la enfermedad intentando disminuir las secuelas y las consecuencias derivadas del padecimiento. Dentro de este nivel de prevención destacamos las actividades enfocadas a la educación sanitaria de pacientes crónicos, las terapias de rehabilitación de pacientes y los cuidados paliativos.

4. Prevención cuaternaria: El objetivo principal de la prevención cuaternaria es evitar el sufrimiento y el padecimiento innecesario del paciente o de las personas usuarias de los servicios sanitarios. La prevención cuaternaria, a diferencia de las anteriores, no se enfoca en el paciente sino en el uso racional de los recursos de los que disponemos para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades en el sistema sanitario. La prevención cuaternaria está muy relacionada con el concepto de “No hacer” que busca eliminar las acciones innecesarias o excesivas que se realizan dentro del sistema sanitario. Dentro de este nivel de prevención destacamos actividades como evitar el uso indiscriminado de antibióticos, evitar el uso de pruebas de imagen innecesarias para el paciente, evitar el uso de pruebas complementarias para el paciente ya que no aportan valor positivo y solo generan estrés y angustia a la persona.

1.7.2 PROMOCIÓN DE LA SALUD

El objetivo principal de la promoción de la salud es proporcionar estrategias y prácticas con el fin de empoderar a las personas y a las comunidades para tener un control mayor sobre su salud y mejorarla. La promoción de la salud es un proceso que permite a las personas incrementar el control sobre los diferentes determinantes de la salud y por lo tanto, permite mejorar la salud a nivel individual. Según la OMS, la promoción de la salud constituye un proceso político y social global en el cual podemos destacar las acciones dirigidas a nivel individual a las personas para fortalecer sus capacidades y habilidades y las acciones dirigidas a nivel colectivo y comunitario, es decir, las acciones capaces de modificar las condiciones sociales, económicas y ambientales con el fin de mitigar el impacto en salud pública e individual.

En la I Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, celebrada en Ottawa en 1986 se establecieron las cinco áreas de acción prioritarias sobre las que se consideraba necesario incidir para mejorar la salud de los individuos y de las poblaciones, resumiéndolas en la Carta de Ottawa:

1. Establecer una política pública saludable: Se establece que no solo se debe centrar la salud en la ausencia de enfermedad además que la salud no está reducida únicamente al ámbito sanitario. Es importante establecer políticas en todos los niveles que tengan en cuenta la repercusión en la salud de las personas. A este concepto se le denominó “la salud en todas las políticas”.
2. Crear entornos que apoyen la salud: El medio en el que nos desarrollamos y llevamos a cabo nuestras actividades sociales, económicas y laborales influyen en nuestra salud por lo tanto es importante valorar cómo influye el ambiente y crear estrategias que mejoren la salud de las personas.
3. Fortalecer la acción comunitaria en salud: La toma de decisiones, los programas de acción y la ejecución de programas de promoción de la salud deben contar con la participación activa de la comunidad ya que estas estrategias y programas están orientados a la población.
4. Desarrollar habilidades personales: La promoción de la salud también se puede llevar a cabo mediante el aprendizaje, el desarrollo de aptitudes y conductas en la población. Las actividades de promoción de la salud se pueden llevar a cabo a través de canales como las escuelas, los lugares de trabajo y los núcleos familiares.
5. Reorientar los servicios sanitarios: Dar énfasis a la atención preventiva y promoción en vez de la atención curativa. Debemos priorizar preservar la salud y no tratar la enfermedad. Es importante que el dinero presupuestado para los servicios sanitarios esté destinado de manera coherente a las actividades y estrategias de promoción de la salud.

Desde la I Conferencia Mundial de Promoción de la Salud se han celebrado un total de 10 conferencias en las que se destaca la necesidad de elaborar políticas públicas saludables, crear ambientes favorecedores de la salud, fomentar el desarrollo de habilidades personales, reforzar la acción comunitaria en salud y reorientar los servicios sanitarios hacia la salud.

La 10.^a Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, celebrada del 13 al 15 de diciembre de 2021 en Suiza, marcó el comienzo de un movimiento mundial en torno al concepto de bienestar en las sociedades. La atención centrada en el bienestar alienta a diferentes sectores de la sociedad a trabajar conjuntamente para superar desafíos mundiales y ayudar a las personas a asumir el control de su salud y sus vidas.

Estrategias de Promoción de la Salud

Dentro de la Promoción de la Salud destacamos 3 estrategias que engloban en su totalidad el objetivo principal de la Promoción de la Salud:

1. Creación de entornos saludables: Tal y como se estableció en la Carta de Ottawa, el medio en el que nos desarrollamos influye en nuestra salud por lo que debemos fomentar políticas públicas que promuevan la salud a nivel comunitario.
2. Empoderamiento de comunidades: La definición de Promoción de la Salud incluye las estrategias y acciones para empoderar a las personas y alcanzar un mayor grado de salud. Es importante fomentar la participación comunitaria en las decisiones relacionadas con la salud y el bienestar ya que las acciones van a dirigirse a la comunidad.
3. Educación para la salud: Proporcionar información veraz y habilidades a los individuos integrantes de una comunidad para que adquieran hábitos de vida saludables. La educación para la salud incluye estrategias de alfabetización sanitaria para mejorar el conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y colectiva.

Educación para la Salud

El objetivo principal de la Educación para la Salud es que los individuos asuman la salud como un valor básico de la comunidad y no como un fin.

Los objetivos específicos de la Educación para la Salud son:

1. Informar a la población sobre la salud, la enfermedad y cómo se deben utilizar los recursos sanitarios
2. Motivar para la adquisición hábitos más saludables. Eliminar los hábitos insanos ya es-

tablecidos en los individuos y colectividades.

3. Ayudar a la población a adquirir las capacidades necesarias para mantener unos hábitos de vida saludables. Interiorizar las normas básicas de salud, de alimentación, higiene, etc. y lograr valorar críticamente conductas de riesgo para la salud.
4. Propugnar cambios en el medio ambiente que faciliten condiciones de vida y conductas saludables.
5. Promover formación y capacitación de todos los agentes de educación sanitaria de la comunidad. Capacitar y empoderar a los individuos para que pueda participar activamente en la toma de decisiones sobre la salud de su comunidad.
6. Incrementar, mediante la investigación y la evaluación, los conocimientos sobre hábitos de vida saludable, determinantes en salud y conductas de riesgo.

El objetivo común en todas las definiciones es el mismo: la modificación de los conocimientos, actitudes y comportamientos de salud de los individuos y colectivos. La diferencia entre las definiciones consiste en las conductas a modificar y en la forma de conseguir el cambio de comportamiento.

En resumen, la Promoción de la Salud y la Prevención en Salud son estrategias dentro de la Salud Pública con una enorme importancia ya que las intervenciones preventivas son capaces de reducir significativamente los gastos en salud evitando enfermedades y sus consecuentes complicaciones, además de mejorar la calidad de vida de la población logrando una población más saludable y productiva lo que deriva en un mayor desarrollo socioeconómico y por último, y no menos importante, reduce las desigualdades en salud y fomenta la equidad.

1.8 LA UNIVERSIDAD COMO ENTORNO PROMOTOR DE LA SALUD

En la I Conferencia Mundial de Promoción de la Salud celebrada en Ottawa en 1986 se establecieron las líneas estratégicas para mejorar la salud de las personas. En una de ellas se menciona la importancia de crear entornos que apoyen la salud a nivel comunitario. Los entornos en los que nos desarrollamos como personas tienen un papel fundamental en la preservación de nuestra salud por lo que las Universidades se erigen como lugares en los que debemos llevar a cabo las estrategias de Promoción de la Salud.

El ámbito universitario ha sido reconocido como un espacio de formación académica, investigación y desarrollo profesional. Sin embargo, más allá de la función educativa, la Universidad

representa un entorno crucial para la educación y promoción en salud. Los estudiantes universitarios se encuentran en una etapa crítica de formación y consolidación de hábitos saludables por lo que la Universidad puede influir positivamente en la adopción de estos estilos de vida. Por otro lado, los estudiantes universitarios son una población muy diversa tanto a nivel socioeconómico como cultural por lo que esta característica de diversidad puede ser aprovechada para diseñar estrategias e intervenciones en salud que se adapten a las características y cultura de los estudiantes.

Potencial de la Universidad en la Promoción de la Salud

1. Educación integral: La universidad es un entorno de aprendizaje de habilidades para el posterior mercado laboral pero también puede integrar en sus programas, actividades y cursos centrados en la salud, la alimentación, la actividad física y la salud mental que proporcionan una educación más holística de las personas. No solamente se formaría a los profesionales en sus respectivas disciplinas sino que también ayudaría a formar a personas más conscientes de su salud y del bienestar, adquiriendo hábitos de vida saludables.

2. Infraestructura y recursos: La Universidad es un entorno que favorece la práctica de hábitos de vida saludables ya que cuenta con espacios como gimnasios, centros deportivos y clínicas médicas. Estos entornos físicos pueden ser utilizados por los estudiantes para llevar a cabo actividades deportivas que mejoren su salud. Además, desde hace algunos años, existe la figura del psicólogo en las Universidades, que proporciona un recurso a los alumnos que mejore su salud mental.

3. Investigación y desarrollo: Uno de los pilares fundamentales de las Universidades es la investigación en diferentes áreas que afectan a las personas como la salud, las ciencias sociales, la política, etc. Las universidades cuentan con programas de investigación como Doctorados o grupos de investigación propios que hacen de las universidades centros de investigación de alta competencia. Los estudios o investigaciones que se desarrollen en áreas relacionadas con la salud pública, la nutrición, la psicología o la política pueden proporcionar la evidencia necesaria para crear políticas y programas de promoción de la salud a nivel nacional e internacional.

4. Redes y colaboraciones: La Universidad es una institución reconocida a nivel internacional por su prestigio por lo que cuenta con una posición privilegiada para poder establecer alianzas con diferentes organizaciones y organismos de salud reconocidos, entidades gubernamentales y organizaciones no gubernamentales (ONGs) con el fin de potenciar el desarrollo y puesta en marcha de intervenciones en salud.

Universidades Promotoras de Salud

El concepto de Promoción de la Salud incluido en la Carta de Ottawa de 1986 puso de manifiesto la necesidad de crear entornos favorables para la salud. A raíz de la Carta de Ottawa, varias ciudades comenzaron a integrar la salud en sus políticas urbanas, dando respuesta a la necesidad de crear entornos saludables para las personas y de incluir la salud en todas las políticas de manera transversal. El objetivo de las Ciudades Saludables era mejorar la vida de las personas a través de intervenciones multisectoriales.

Tras el éxito de las Ciudades Saludables, las universidades comenzaron a reconocer su papel crucial en la Promoción de la Salud no solo formando a los profesionales en salud, sino que también mediante la capacidad de influir en los comportamientos y hábitos de los estudiantes.

Las Universidades Promotoras de Salud son una extensión de la idea de Ciudades Saludables. El objetivo de estas universidades es crear entornos académicos que favorezcan el bienestar físico, psicológico y social de los estudiantes.

En la década de 1990, algunas universidades europeas comenzaron a integrar el concepto de Promoción de la Salud en sus políticas y prácticas ya que se reconocían como espacios donde jóvenes adultos formaban sus hábitos y adquirían conocimientos. De este modo, las universidades vieron la oportunidad de consagrarse como agentes de cambio en la Salud Pública. En este contexto se creó la Red Europea de Universidades Promotoras en Salud (ENHPU) cuyos principales desarrollos son:

1. Integración curricular: Incorporación del concepto de salud no solo en las carreras del ámbito de la salud sino en la formación general, reconociendo la salud como un tema transversal.
2. Ambiente saludable: Transformación del campus en espacios que promuevan un estilo de vida saludable con áreas verdes, instalaciones para la práctica de actividad física, opciones de alimentación saludable en el entorno y programas de bienestar emocional enfocado a todos los alumnos.
- 3: Investigación y colaboración: Las Universidades Promotoras de Salud incluidas en la EBUPH se son centros de investigación en promoción de la salud reconocidas a nivel internacional y que colaboran con diferentes entidades para mejorar la salud pública de los estudiantes y también a nivel nacional e internacional.

En España también contamos con una red propia de Universidades Promotoras en Salud, la Red Española de Universidades Promotoras de la Salud (REUPS) que está formada por un conjunto de Instituciones comprometidas con la promoción de la salud en el entorno universitario.

Esta red se constituyó el 22 de septiembre de 2008 con el objetivo de reforzar el papel de las Universidades como entidades promotoras de la salud y el bienestar de sus estudiantes, su personal, y de la sociedad en su conjunto, liderando y apoyando procesos de cambio social. Actualmente hay más de 35 universidades adheridas a esta red. La Universitat de València y la Universidad Europea de Valencia forman parte de la red.

En el año 2017 se redactan los Estatutos de la REUPS mencionando en el artículo 3 de los mismos la misión, la visión y los valores, además de los fines de la red que se mencionan en la Tabla 1 y Tabla 2:

Tabla 1: Misión, visión y valores de REUPS

Misión	Crear un espacio de intercambio, reflexión y análisis de los temas que inciden en el ámbito de la promoción de la salud y en el desarrollo, implementación. Evaluación de proyectos que potencien y favorezcan entornos saludables
Visión	Ser una organización reconocida como órgano de representación de los intereses de todos los centros que componen la red independientemente de su dependencia administrativa y por su proactividad en los temas relacionados con el ámbito de la promoción de la salud. Una organización que potencia el encuentro entre los miembros de las Universidades, que facilite el intercambio de iniciativas y que aboque por la innovación. Que refuerce la proyección social de la promoción de la salud y su compromiso con la sociedad.
Valores	Respetuosa, responsable, rigurosa, transparente, abierta, creativa y participativa

Tabla 2: Fines de la red REUPS

Fines de la red
Análisis y reflexión sobre principios, métodos, proyectos y estrategias de desarrollo en torno a la promoción de la salud y los entornos saludables
Potenciar la universidad como entorno promotor de la salud
Fomentar la Investigación y docencia en Promoción de la salud y entornos saludables
Promover el trabajo conjunto de los diferentes organismos
Consensuar líneas estratégicas para llevar a cabo un proyecto de universidad promotora de salud
Posibilitar la elaboración y desarrollo de proyectos comunes
Potenciar la participación internacional
Fomentar la oferta de servicios y actividades de promoción de la salud
Promover la realización de documentos de consenso y de trabajo
Realizar posicionamientos en situaciones relacionadas con los objetivos de la RED ante los organismos competentes
Establecer vínculos o relaciones con asociaciones nacionales o internacionales de similar naturaleza y fines
Atender la promoción de toda actividad que conduzca hacia el mejor desarrollo de la promoción de la salud en las Universidades Españolas

Posteriormente, después de 10 años de su creación, en 2018 se celebra en Palma de Mallorca el I congreso de Universidades Promotoras de Salud en el que se establecen dentro de sus objetivos, lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030:

1. Lograr el compromiso de los órganos de gobierno de las universidades de elaborar e implementar estrategias y planes de promoción de la salud y sostenibilidad con sus correspondientes programas de acción.
2. Adquirir los compromisos de activar y participar activamente en la agenda 2030 para la consecución de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) y lograr un entorno más saludable, más solidario y más sostenible.
3. Mejorar el entorno físico y psicosocial favoreciendo la salud y la sostenibilidad. Propiciar la realización de un mapa de activos en salud implicando a toda la comunidad universitaria, haciendo partícipe a toda la sociedad en general.

En conclusión, las Universidades Promotoras de Salud han transformado el panorama académico incluyendo la salud de manera transversal. Estas instituciones reflejan el compromiso de una educación que va más allá de lo académico, buscando formar personas más saludables y conscientes y empoderando a los ciudadanos.

1.9 JUSTIFICACIÓN Y PERTINENCIA DEL ESTUDIO

La etapa universitaria es de vital importancia para afianzar los estilos de vida saludables previamente adquiridos o para adquirir nuevos estilos de vida que mejoren la salud de las personas por lo que es importante crear entornos saludables que favorezcan los buenos hábitos relacionados con la salud.

Para poder crear estos entornos saludables debemos conocer previamente cuál es el estado de salud o las rutinas de nuestros estudiantes. Para medir los hábitos y preferencias, además del estado de salud, existen diferentes cuestionarios previamente validados que nos darán información de manera individual sobre los estudiantes.

Existe abundante evidencia científica que relaciona a las conductas de riesgo como el tabaquismo, la alimentación poco saludable o la falta de actividad física con el incremento de la morbilidad en la población, pero todavía no hay estudios suficientes que demuestren la interacción y el impacto que tiene para la salud la asociación entre los diferentes factores de riesgo.

Por otro lado, las conductas positivas en salud no solo contribuyen a potenciar la misma, sino que también se relacionan con una mejor salud mental, reducción de la ansiedad y a su vez un mayor desarrollo de la inteligencia emocional.

Pero la salud no solamente depende de los determinantes que clasificó Marc Lalonde y entender cómo los determinantes sociales pueden influir en la adquisición o mantenimiento de hábitos saludables durante la etapa universitaria es uno de los retos actuales.

2

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

2.1 HIPÓTESIS

Una vez que se ha revisado la literatura y se ha planteado el problema, consideramos las siguientes hipótesis:

1. La encuesta elaborada es un instrumento válido y fiable para conocer los estilos de vida de los estudiantes
2. La encuesta elaborada permite analizar la prevalencia de los diferentes estilos de vida de los estudiantes con el fin de poder en un futuro llevar a cabo estrategias de promoción de la salud en el ambiente universitario
3. Los estilos de vida saludables están relacionados con variables sociodemográficas y con variables socioeconómicas como el nivel de estudios de los padres.
4. La ansiedad y la inteligencia emocional están relacionadas con hábitos de vida saludables y a su vez con variables socioeconómicas y sociodemográficas
5. Los hábitos de vida saludables tienden a la conglomeración o asociación

2.2 OBJETIVO PRINCIPAL

El presente estudio tiene como objetivo principal describir los estilos de vida y los determinantes sociales de la salud de los estudiantes universitarios de la ciudad de València (Universitat de València y Universidad Europea de Valencia) con el fin de identificar posibles problemas de salud autodeclarados y como consiguiente poder planificar, en un futuro, estrategias y actuaciones en la universidad en el marco de los entornos promotores de la salud.

2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

A partir de las afirmaciones previamente mencionadas, se han establecido los objetivos específicos que han guiado esta investigación:

- Conocer las variables sociodemográficas de la salud y las características antropométricas de los estudiantes.
- Elaborar y diseñar un instrumento de evaluación del estado de salud y de los estilos de vida de los estudiantes universitarios a partir de instrumentos previamente validados.
- Describir los estilos de vida saludables en alimentación y actividad física de los estudiantes y su relación con el sexo, la edad y el nivel educativo de los progenitores.

- Determinar el grado de asociación entre los diferentes estilos de vida presentes en la población universitaria
- Describir el estado de salud de los estudiantes universitarios mediante hábitos no saludables y comportamientos de riesgo influyentes en la salud, en la ansiedad y en la inteligencia emocional de los estudiantes.
- Explicar la relación entre los estilos de vida saludables y su influencia en la inteligencia emocional y la ansiedad de los estudiantes

3

MATERIAL Y MÉTODOS

En este apartado se propone describir el diseño del estudio, los sujetos que participaron en la Investigación, el proceso de selección de la muestra, el reclutamiento de los participantes, los criterios de inclusión y de exclusión, así como la utilización de los diferentes cuestionarios ya previamente validados en la recolección de datos.

3.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Esta investigación consta de dos fases. La primera fase consiste en el diseño de un cuestionario válido sobre estilos de vida y salud en los universitarios a partir de una encuesta global de diferentes tests ya validados previamente: Test de Fagerström, AUDIT, PREDIMED (Prevención con Dieta Mediterránea), TSMM24- STAI y encuesta IPAQ (Cuestionario Internacional de Actividad Física). Además, se ha tenido en cuenta el consumo de drogas y las horas de sueño de los estudiantes.

Se ha implementado un enfoque secuencial exploratorio de métodos mixtos mediante el cual los datos se recopilaban y se analizaron utilizando enfoques tanto cualitativos como cuantitativos.

El estudio se realizó en dos cortes temporales durante el curso escolar 2018-2019. La prueba piloto se llevó a cabo en 100 estudiantes de la facultad de Medicina de la Universitat de València durante el mes de febrero de 2019 y posteriormente se realizó ya el estudio en la muestra seleccionada durante los meses de abril y mayo de 2019 en la Universitat de València y la Universidad Europea de Valencia.

El presente estudio es un estudio de naturaleza observacional descriptivo de corte transversal. El estudio transversal es un diseño de investigación ampliamente utilizado en el ámbito médico ya que nos permite examinar, con carácter observacional, los datos de una población en un momento específico, proporcionando una visión instantánea de un grupo de individuos (Mantecola et al., 2018; Ramos-Bermúdez et al., 2022). En este tipo de estudios, a diferencia de otros diseños observacionales como los estudios de casos y controles y los estudios de cohortes, permiten medir simultáneamente los resultados y las exposiciones de los sujetos del estudio.

3.2 SUJETOS DEL ESTUDIO Y MUESTRA

En el contexto de una investigación debemos definir con precisión cuál es nuestra población de estudio y la muestra que debemos seleccionar para que los datos sean extrapolables a la población diana. En este estudio hemos definido la población y la muestra según:

Población diana: Población a la cual quisiéramos generalizar los resultados

Población de estudio: Subconjunto de población diana que tenemos interés en estudiar, acotada por los criterios de selección: criterios de inclusión y de exclusión

Muestra: Subconjunto de la población realmente estudiada.

En este caso la población diana es la población de estudiantes universitarios que actualmente estudian en la ciudad de València. La población de estudio son los estudiantes que cumplían con los criterios de inclusión y de exclusión y la muestra es el total de estudiantes que contestaron de manera adecuada y según las especificaciones al cuestionario confeccionado.

3.2.1 CÁLCULO DE LA MUESTRA

Para calcular el tamaño muestral necesario para que la muestra sea representativa de la población diana se han tenido en cuenta los siguientes parámetros (Cobo-Cuenca et al., 2019; Sucasaire-Pilco, 2022):

1. El nivel de confianza: El grado de certeza (o probabilidad) expresado en porcentaje con el que se pretende realizar la estimación de un parámetro a través de un estadístico muestral.
2. El margen de error: Indica la fiabilidad del estudio y la exactitud de los resultados. Se expresa como un porcentaje que indica que los resultados están dentro del porcentaje de los valores presentados.
3. La población: La población total que pretendemos abordar con el estudio.
4. Variabilidad de las respuestas del cuestionario: Determina la elección de respuesta. En los escenarios en el que se prevé una gran variabilidad se establece un valor estándar de $p=q=0.5$ o 50%.

Para el presente estudio se consideró, para calcular el tamaño muestral un nivel de confianza del 95%, con un margen de error de 5% y una población universitaria mayor de 20000, considerando la variabilidad máxima de un 50%, descrito en la siguiente fórmula:

$$\text{Tamaño muestral} = Z^2 \cdot (p) \cdot (1-p) / c^2$$

Z= Nivel de confianza (95%)

p= Variabilidad

c= Margen de error (5%)

$$n = (1.96 \cdot 1.96 \cdot 0.5 \cdot 0.5) / (0.05 \cdot 0.05) = 378$$

Además, consideramos un 20% de posibles pérdidas muestrales debido a la mala cumplimentación del cuestionario o a la negativa de los estudiantes de participar en el estudio por lo que el total de personas en la muestra ascendió a un total de 453 estudiantes universitarios.

3.2.2 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN

Los estudiantes universitarios son una población de relevancia e interés para realizar estudios sobre estilos de vida, bienestar y salud. Destacamos tres ventajas a aplicar en este colectivo:

1. Los estudiantes universitarios son un grupo poblacional accesible, homogéneo y fácilmente identificable, además de proclives a la participación en materias relacionadas con la salud.
2. Los estudiantes pertenecen a un grupo relativamente sano y saludable.
3. Los estudiantes ocupan una situación significativa en la vida pública, y en determinados casos cuando se trabaja con estudiantes de Ciencias de la Salud constituirán un grupo ejemplar, modélico desde el punto de vista sanitario.

Los estudiantes universitarios también presentan alguna limitación como:

1. Son un grupo de adultos con características muy específicas, por lo que los resultados no son extrapolables al resto de la sociedad, constituida por todos los grupos de edad.
2. Los alumnos de Ciencias de la Salud de mayor grado formativo pueden disponer de conocimientos y habilidades que les permitan llevar a cabo prácticas más saludables frente a otros grupos de adultos jóvenes.

3.2.3 RECLUTAMIENTO

Los estudiantes fueron abordados de manera personal mediante un muestreo por conveniencia, intentando mantener las cuotas de representatividad en función del número de titulaciones de salud por centro y de estudiantes en cada uno de los grados. Dada la dificultad para calcular con precisión estos datos, se optó por un registro de los mismos por conveniencia, tratando de abarcar lo más ampliamente posible los parámetros anteriormente mencionados.

Los estudiantes recibieron información sobre los objetivos del estudio, las características y el significado e impacto de su participación en el estudio mediante la lectura de instrucciones estandarizadas con el fin de evitar la aparición de sesgos por la aplicación de múltiples personas. Además, los estudiantes fueron informados del carácter voluntario de la participación, su implicación, el trato de los datos recogidos y la posibilidad de revocar su participación en cualquier momento de la investigación mediante la firma de un consentimiento informado (ANEXO 2).

La entrevistadora, en este caso la investigadora principal, estuvo presente durante el desarrollo del estudio y la cumplimentación del cuestionario por parte de los alumnos para facilitar la redacción y poder consultar las posibles dudas surgidas a nivel individual. Después de la explicación pertinente y de obtener el consentimiento informado de manera escrita se procedió a la aplicación personalizada de la prueba.

3.2.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN

1. Criterios de inclusión:

Estudiantes de ambos sexos matriculados durante el curso 2018-2019 y 2019-2020 en la Universitat de València y la Universidad Europea de Valencia con edad superior a 18 años.

Aceptación a participar en la investigación mediante la firma del Consentimiento Informado.

2. Criterios de exclusión:

Formularios con tachaduras o borrones que dificulten la lectura e interpretación.

Formularios incompletos donde el sujeto solo valora el 25% de los ítems quedando el resto del cuestionario vacío.

Personas que no aceptan participar en el estudio.

3.3 DISEÑO DEL CUESTIONARIO

Un cuestionario es un formulario utilizado en un diseño de encuesta donde los participantes deben completar y devolver al investigador. Por lo general, se busca información descriptiva (por ejemplo, sociodemográfica), conductual (por ejemplo, aficiones) en las que se involucra a la gente y actitudinales como por ejemplo, opiniones, creencias, preferencias sobre temas educativos.

3.3.1 EL CUESTIONARIO

Los cuestionarios o encuestas son un instrumento muy utilizado en las diferentes ramas de la ciencia, sobre todo en la rama sanitaria. Un cuestionario se define como un proceso estructurado de recogida de información a través de la cumplimentación de una serie de preguntas. Estas características lo definen como una herramienta muy útil ya que permite recopilar información veraz y de calidad sobre los aspectos que queramos investigar. El cuestionario está compuesto por diferentes preguntas o ítems que serán contestados por una muestra representativa de la población que queremos estudiar. El cuestionario debe ser completo, breve, fácil de registrar y de elaborar, además de tener una presentación amigable para la persona que vaya a cumplimentarlo.

Existen diferentes versiones de cuestionario según el método básico de obtención de la información y el modo de administración como por ejemplo los cuestionarios con entrevista personal o los cuestionarios autocumplimentados enviados por correo (Cisneros-Caicedo et al., 2022). Cada una de estas versiones tiene unas ventajas y unos inconvenientes por lo que es necesario elegir el modo de cuestionario que mejor se adapte a las necesidades del estudio. En general, cuando los cuestionarios son administrados en una entrevista personal tienden a un mayor grado de cumplimentación ya que el investigador o entrevistador puede aclarar las dudas que se vayan generando. Como desventaja, este tipo de cuestionarios es más costoso a nivel económico ya que se precisa de personas que estén presentes durante la cumplimentación. Los cuestionarios autocumplimentados suelen tener una tasa menor de respuestas ya que no existe la figura de entrevistador presente pero también son más baratos de realizar ya que no se necesita la presencia de una persona y son más fáciles de codificar si se utilizan las diferentes herramientas que existen actualmente para generar el cuestionario.

Los cuestionarios también se pueden definir según el tipo de pregunta. Las preguntas pueden dividirse en diferentes categorías según lo que estemos buscando en la pregunta realizada, que puede ser cerrada, en el caso en el que la persona deba elegir entre una lista predefinida de opciones o una pregunta abierta, donde el encuestado da una respuesta con sus propias palabras. Dentro de las preguntas cerradas existe un subgrupo de preguntas con respuesta Sí/No, o variable dicotómica en el que la persona encuestada debe elegir entre esas dos opciones. Otro tipo de preguntas son las escalas Likert, en el que las preguntas son del tipo “estás de acuerdo o en desacuerdo” para poder evaluar las opiniones y los sentimientos de los encuestados. Las preguntas con escala Likert dan un rango de opciones que va desde nada probable hasta altamente probable. El encuestado debe elegir en ese rango el valor con el que se siente más representado.

En el caso de nuestro cuestionario, con un total de 125 preguntas, las preguntas son de tipo cerradas ya que en ninguno de los ítems los alumnos respondían con sus propias palabras. Debido a la naturaleza variada de los conceptos preguntados en la encuesta se utilizó la escala Likert en alguno de los ítems como en la inteligencia emocional y la ansiedad y variables dicotómicas en el cuestionario PREDIMED.

3.3.2 PRUEBA PILOTO

Se realizó una prueba piloto con un total de 100 estudiantes de Medicina en la asignatura de Epidemiología con la finalidad de esclarecer las dudas que pudiesen surgir durante la cumplimentación del cuestionario, medir el tiempo total de cumplimentación, valorar la redacción del cuestionario en cuanto a nivel de comprensión y lenguaje empleado y aceptación o rechazo por parte de los estudiantes de alguna de las preguntas establecidas.

3.3.3 VARIABLES ESTUDIADAS

3.3.3.1 Datos sociodemográficos

Durante la recopilación de datos, se consideraron diversas variables para llevar a cabo la caracterización sociodemográfica de los participantes. Estas variables incluyeron la edad, el sexo, la nacionalidad, estudios que cursa y el nivel de estudios de los progenitores de manera individual el nivel de estudios de los padres y de las madres. (López-González et al., 2022).

Se reconoce que los datos sobre el sexo, la edad, el país de procedencia y el nivel académico tienen una influencia significativa en la salud de las personas, ya que son considerados como determinantes sociales de la salud (Álvarez et al., 2022). Además, se incluyó dentro de esta sección el nivel de estudios de los progenitores y se indagó si los estudiantes compaginaban los estudios con algún tipo de trabajo. Estos datos proporcionan una visión completa y detallada del contexto sociodemográfico de los participantes, lo que resulta fundamental para entender los posibles vínculos entre las características sociales y la salud en el estudio (Álvarez et al., 2022; Rodríguez et al., 2022).

3.3.3.2 Variables antropométricas

En este apartado preguntamos a los estudiantes sobre su peso expresado en kilogramos (kg) y talla expresada en centímetros (cm) para posteriormente calcular el Índice de Masa Corporal (IMC) que se calcula con el peso en kg dividido por la estatura en metros cuadrados.

Según Hone et al. (2022) estas variables examinan cómo las características físicas del cuerpo, como el tamaño, la masa muscular y la distribución del peso, se relacionan con la capacidad de una persona para generar fuerza. El conocimiento de esta relación puede ser valioso para comprender mejor los factores que influyen en la fuerza física y, por lo tanto, tener un impacto en la productividad y el bienestar de las poblaciones laborales en países en desarrollo.

En el siglo XXI, el mundo se ha enfrentado a múltiples desafíos en materia de salud pública. Si bien la pandemia del SARS-CoV-2 ha sido una de las principales preocupaciones, también existe una amenaza igualmente significativa que ha estado en aumento: la obesidad. Considerada como la gran pandemia de nuestro tiempo, la obesidad se ha convertido en uno de los mayores problemas de salud pública en todo el mundo (Golec et al., 2023).

En otros estudios como el de Wijesundera et al. (2023) señalan que, para evaluar y cuantificar la obesidad, los expertos han recurrido a una herramienta ampliamente utilizada conocida como el IMC. Esta fórmula, que se calcula mediante la medición de los parámetros de peso y talla de un individuo, proporciona una medida aproximada de la proporción de grasa corporal.

La obesidad, definida como un IMC igual o superior a 30, está asociada con una serie de complicaciones para la salud, que incluyen enfermedades cardíacas, diabetes tipo 2, hipertensión y trastornos respiratorios, entre otros. Además, la obesidad también afecta negativamente la calidad de vida, aumentando el riesgo de depresión, baja autoestima y limitaciones físicas.

3.3.3.3 Autopercepción en salud

Se ha evaluado cómo perciben los estudiantes su salud mediante respuesta única en una escala de 5 elementos con rango: muy mala- mala- regular- buena y muy buena.

3.3.3.4 Alimentación

En nuestro estudio se ha medido la variable alimentación según el consumo de café y/o bebidas energéticas, la cantidad de ingestas diarias además de la adherencia a la dieta mediterránea mediante el cuestionario PREDIMED (Figura 7) (Tárraga Marcos et al., 2023). El cuestionario PREDIMED es un cuestionario utilizado en el estudio de intervención nutricional de la dieta mediterránea para la prevención primaria de enfermedades cardiovasculares. Fue validado en varios centros de investigación en España y se han realizado diversas publicaciones científicas sobre el tema. La Dieta Mediterránea (DM) es ampliamente reconocida como un estándar de producción sostenible y alimentos saludables con efectos nutricionales beneficiosos (Estruch et al., 2018; Tárraga Marcos et al., 2023).

Su forma de producción, transformación y distribución hasta llegar a los consumidores se alinea con un patrón alimentario sostenible, respetando los ritmos ambientales, la estacionalidad y la biodiversidad. En términos generales, la Dieta Mediterránea se basa en un consumo dominado por alimentos de origen vegetal, ricos en verduras y frutas, cereales no refinados, legumbres y frutos secos.

El consumo de productos animales está limitado a 3-4 porciones por semana, principalmente pescado y lácteos, con un consumo ocasional de carnes rojas. Las aceitunas y el aceite son dos productos presentes en cantidades considerables. Además, el vino es la bebida alcohólica aceptada, en cantidades moderadas, de acuerdo con las normas sociales y religiosas (Lieberman et al., 2020; Tárraga Marcos et al., 2023).

Según Tárraga Marcos et al. (2023) una de las principales características nutricionales de esta dieta es la alta proporción entre ácidos grasos monoinsaturados y ácidos grasos saturados. El consumo de azúcares simples es bajo, y aunque la repostería conventual es parte de la gastronomía de las regiones y puede ser considerada en este patrón dietético, solo se consume muy esporádicamente, por ejemplo, en fiestas o celebraciones (Estruch et al., 2018).

ALIMENTACIÓN: Marca con una X si la respuesta a la pregunta es Sí

1. ¿Utilizas aceite de oliva para cocinar?.....
2. ¿Cuánto aceite de oliva consumes al día? 4 cucharadas = Sí
(incluye freír, comida fuera de casa, ensaladas, etc.)
3. ¿Cuántas raciones de verdura u hortalizas consumes al día? 2 o más (alguna en crudo/ensalada) =Sí
(las guarniciones de acompañamientos son ½ ración y 1 ración son 200g)
4. ¿Cuántas piezas de fruta consumes al día (incluye zumo natural)? 3 o más al día = Sí
5. ¿Cuántas raciones de carne roja, hamburguesa, salchichas o embutidos consumes al día?
(1 ración son 100-150g). Menos de 1 al día = Sí.....
6. ¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consumes al día? Menos de 1 al día = Sí.....
(1 ración son 12g)
7. ¿Cuántas bebidas con gas y/o azúcar consumes al día? Menos de 1 al día = Sí.....
8. ¿Bebes vino? ¿Cuánto consumes a la semana? 7 o más vasos a la semana = Sí.....
9. ¿Cuántas raciones de legumbres consume a la semana? 3 o más a la semana = Sí.....
(1 ración son 150g)
10. ¿Cuántas raciones de pescado/marisco consumes a la semana? 3 o más a la semana = Sí.....
(1 plato pieza o ración son 100-150g e pescado o 4-5 piezas de marisco)
11. ¿Cuántas veces consumes repostería comercial (no casera) como galletas, flanes, dulce o pasteles a la semana? Menos de 2 a la semana = Sí.....
12. ¿Cuántas veces consumes frutos secos a la semana? 3 o más a la semana = Sí
(ración 30g)
13. ¿Consumes carne de pollo, pavo o conejo en vez de cerdo, ternera, hamburguesa o salchichas? Sí = 1
punto
(1 ración son 100-150g)
14. ¿Cuántas veces a la semana consume los vegetales cocinados, la pasta, arroz u otros platos aderezados con salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborado a fuego lento con aceite (sofrito)?
2 o más a la semana = Sí

Figura 7: Test PREDIMED adherencia dieta mediterránea. Fuente: Adaptado de *Cardio Alianza*.
Disponibile en: <https://cardioalianza.org/tag/dieta-mediterranea>

3.3.3.5 Actividad física

En los últimos años, la actividad física ha adquirido una relevancia fundamental en las estrategias y programas de salud pública debido a los numerosos beneficios que conlleva, así como a las consecuencias negativas de la inactividad física, considerada como el cuarto factor de riesgo de mortalidad a nivel mundial (Gámez-Calvo et al., 2022). La actividad física comprende cualquier movimiento voluntario realizado por los músculos, que resulta en un gasto de energía. Por otro lado, el ejercicio se refiere a actividades planificadas y repetitivas que tienen como objetivo mejorar el funcionamiento del organismo al aumentar la movilidad del cuerpo (Cassetti et al. 2018).

En la cuantificación de la actividad física, existen varios cuestionarios disponibles, y en este estudio se utilizó el cuestionario IPAQ (Figura 8), una herramienta que permite obtener estimaciones comparables a nivel internacional. El IPAQ es una herramienta importante para evaluar y comprender el nivel de actividad física realizado por las personas en diferentes regiones, contribuyendo así a la comprensión y mejora de la salud pública a nivel global (Antepara et al., 2022).

En Europa, se llevó a cabo un análisis de diferentes indicadores de la actividad física a través del European Physical Activity Surveillance System (EUPASS). Durante este estudio, los investigadores también se enfocaron en examinar, probar y mejorar el uso del cuestionario IPAQ (Rutten et al., 2003). Como resultado, los autores llegaron a la conclusión de que se requieren más investigaciones para mejorar la calidad del IPAQ (del Moral y Bolea, 2022).

Además, los investigadores plantean que la sobrevaloración de la actividad física en muestras poblacionales podría ser un problema significativo. Otros autores sugieren que abordar este problema puede lograrse a través de cambios en el procedimiento de administración del cuestionario, en lugar de modificar las preguntas del IPAQ (Sánchez, 2019; Espinel et al., 2022). Estos hallazgos y consideraciones resaltan la importancia de continuar investigando y perfeccionando la metodología de evaluación de la actividad física para obtener resultados más precisos y útiles.

Mediante el cuestionario IPAQ se realizan 7 preguntas sobre la actividad física realizada en los últimos 7 días, la intensidad y duración de la misma.

A partir de la intensidad y duración se calculan la energía requerida en METS. La información proporcionada se refiere al cálculo de la energía requerida en METS a partir de la intensidad y duración de una actividad física (Boté, 2022; Morales-Beltrán et al., 2022). Los METS son una medida que se utiliza para cuantificar la cantidad de energía que se gasta durante una actividad en relación con el metabolismo en reposo (De León, 2022).

En este caso, se han establecido tres grupos de actividad física según su intensidad:

1. Actividad física ligera, como caminar, equivale a 3,3 METS. Esto significa que, durante una actividad física ligera, se está gastando aproximadamente 3,3 veces más energía que en el estado de reposo.
2. Actividad física moderada equivale a 4 METS. Durante una actividad física moderada, se está gastando aproximadamente 4 veces más energía que en el estado de reposo.
3. Actividad física intensa equivale a 8,8 METS. Durante una actividad física intensa, se está gastando aproximadamente 8,8 veces más energía que en el estado de reposo.

ACTIVIDAD FÍSICA

Piensa en todas las actividades intensa que has realizado en los últimos 7 días. Las actividades físicas intensas son aquellas que implican un esfuerzo físico y que nos hacen respirar más intensamente. Solo se aceptan aquellas actividades que se realizan durante más de 10min

1. Durante los últimos 7 días, ¿En cuántos realizaste actividad física intensa tal como levantar peso, cavar, hacer ejercicio aeróbico, andar en bici o caminar?

2. Habitualmente, ¿Cuánto tiempo total dedicaste a una actividad física intensa en uno de esos días?

Piensa en las actividades moderadas que has realizado en los últimos 7 días. Las actividades moderadas son las que requieren un esfuerzo físico que nos hace respirar un poco más intensamente que lo normal. Solo se aceptan las actividades que se realizan durante más de 10min

3. Durante los últimos 7 días, ¿En cuántos realizaste actividad física moderada tal como levantar peso liviano, andar en bici a velocidad regular o caminar?

4. Habitualmente, ¿Cuánto tiempo total dedicaste a una actividad física moderada en uno de esos días?

Piensa en el tiempo que has dedicado a caminar en los últimos 7 días. Esto incluye caminar en el trabajo, en la facultad o casa, para trasladarse de un lugar a otro o cualquier otra caminata en tiempo de ocio

5. Durante los últimos 7 días, ¿Cuántos caminaste al menos 10 minutos seguidos?

6. Habitualmente, ¿Cuánto tiempo en total dedicas a caminar en 1 día?

La última pregunta es acerca del tiempo que has pasado sentado durante los días hábiles de los últimos 7 días. Esto incluye el tiempo en la facultad, en el trabajo, en casa y durante el tiempo libre, viendo la tv, etc...

7. Durante los últimos 7 días, ¿Cuánto tiempo pasaste sentado durante un día hábil?

Figura 8: Test IPAQ realización actividad física. Fuente: Adaptado de <https://es.scribd.com/document/640094400/cuestionario-actividad-fisica-ipaq>

Estos valores en METS son útiles para evaluar el gasto energético durante diferentes actividades físicas y pueden ser utilizados en programas de ejercicio, salud y condición física para determinar las necesidades calóricas y diseñar planes de entrenamiento adecuados (Antepara et al., 2022; Erazo Ramos, 2022).

El cuestionario utilizado en este estudio indaga sobre la participación en las actividades físicas intensa y moderadas en los últimos 7 días: desde “10 minutos mínimos” a “siete días a la semana”; y tiempo que se ha permanecido sentado durante los días hábiles de los últimos 7 días: desde “minutos al día” a “horas o más al día”).

Se desecharon todas aquellas respuestas que no cuantificaban numéricamente el aspecto sobre el que se pregunta, si no que habían escrito palabras como “demasiado”, “mucho”, “poco” etc. Los tiempos expresados en horas se convirtieron a minutos. Las respuestas ilógicas (ejemplo: “40 horas al día”) también fueron descartadas.

3.3.3.6 Tabaco

En el apartado de tabaco evaluamos la opinión de los estudiantes acerca del tabaco preguntando si consideraban que el tabaco es perjudicial para la salud, si es una enfermedad, si produce adicción o si es considerado como una droga. Además, su opinión sobre la eficacia de las diferentes medidas para reducir el consumo de tabaco con un total de 7 ítems con 5 opciones tipo Likert desde 1=nada eficaz hasta 5=muy eficaz.

Además, evaluamos la prevalencia de fumadores entre los estudiantes, la frecuencia de consumo, la dependencia al tabaco y su motivación para abandonar el hábito mediante el test de Fagerström (Figura 9).

CONSUMO TABACO

1. ¿Cuánto tiempo después de despertarse fumas tu primer cigarrillo?	Menos de 5 minutos	3
	6-30 minutos	2
	31-60 minutos	1
	Más de 60 minutos	0
2. ¿Encuentras dificultad para no fumar en los sitios donde está prohibido (cine...)?	Sí	1
	No	0
3. ¿Qué cigarrillo te desagrada más dejar de fumar?	El primero	1
	Otros	0
4. ¿Cuántos cigarrillos fumas cada día?	Más de 30	3
	21-30	2
	11-20	1
	Menos de 11	0
5. ¿Fumas más durante las primeras horas tras levantarte que durante el resto del día?	Sí	1
	No	0
6. ¿Fumas, aunque estés tan enfermo que tengas que guardar cama la mayor parte del día?	Sí	1
	No	0

Figura 9: Test Fagerström adición a la nicotina. Fuente: Adaptado de Fagerström, 1978

3.3.3.7 Alcohol

El consumo de alcohol se ha relacionado con numerosas patologías como EPOC, diferentes tipos de cáncer y problemas psíquicos y sociales a nivel laboral, familiar y de seguridad vial. Actualmente existe la preocupación del inicio temprano de consumo que se sitúa en edades inferiores a 18 años ya que el inicio temprano de consumo puede derivar en una alta dependencia en la edad adulta al consumo de alcohol.

Para medir el consumo y dependencia al alcohol de los estudiantes utilizamos el test AUDIT (Figura 10), una herramienta desarrollada por la OMS que consta de 10 preguntas con respuestas policotómicas. Cada respuesta tiene un valor que se suma para obtener la puntuación final del cuestionario. El punto de corte del test AUDIT varía según la población o el propósito del test. En general existen dos puntos de corte que se consideran indicativos de un consumo

de alcohol perjudicial: puntuaciones mayores de 7 en mujeres o mayores de 8 en hombres se consideran consumos perjudiciales. En algunas poblaciones donde la prevalencia de consumo es menor o en grupos específicos como menores de edad el punto de corte es más bajo situándose en valores de 4 para la población femenina y 5 para la población masculina. En nuestro estudio, hemos estimado el punto de corte en 7 para población femenina y en 8 para población masculina.

ALCOHOL

1. ¿Con qué frecuencia consumes alguna bebida alcohólica?

(1) Nunca (pasa a la pregunta 111-112)
 (2) Una o menos veces al mes
 (3) 2-4 veces al mes
 (4) 2-3 veces semana
 (5) 4 o más veces semana

2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?

(1) 1 o 2
 (2) 3 o 4
 (3) 5 o 6
 (4) 7, 8 o 9
 (5) 10 o más

3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?

(1) Nunca
 (2) Menos de 1 vez al mes
 (3) Mensualmente
 (4) Semanalmente
 (5) A diario, casi a diario

Pasa a la pregunta 9 y 10 si la suma de las preguntas 1 y 2 es 2

4. ¿Con qué frecuencia en este curso has sido incapaz de parar de beber una vez que has empezado?

(1) Nunca
 (2) Menos de 1 vez al mes
 (3) Mensualmente
 (4) Semanalmente
 (5) A diario, casi a diario

5. ¿Con qué frecuencia en el último curso no has podido realizar lo que se esperaba de ti por haber bebido?

(1) Nunca
 (2) Menos de 1 vez al mes
 (3) Mensualmente
 (4) Semanalmente
 (5) A diario, casi a diario

6. ¿Con qué frecuencia en el último curso has necesitado beber agua en ayunas para recuperarte después de beber el día anterior?

(1) Nunca
 (2) Menos de 1 vez al mes
 (3) Mensualmente
 (4) Semanalmente
 (5) A diario, casi a diario

7. ¿Con qué frecuencia en el último curso has tenido remordimientos o sentimiento de culpa después de haber bebido?

(1) Nunca
 (2) Menos de 1 vez al mes
 (3) Mensualmente
 (4) Semanalmente
 (5) A diario, casi a diario

8. ¿Con qué frecuencia en el último curso no has ido capaz de recordar lo que sucedió la noche anterior porque habías estado bebiendo?

(1) Nunca
 (2) Menos de 1 vez al mes
 (3) Mensualmente
 (4) Semanalmente
 (5) A diario, casi a diario

9. ¿Tú o alguna otra persona habéis resultado heridos por haber bebido?

(1) No
 (2) Sí, pero hace más de 1 año
 (3) Sí, en el último año

10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por tu consumo de bebidas alcohólicas o te han sugerido que dejes de beber?

(1) NO
 (2) Sí, pero no en el último año
 (3) Sí, en el último año

Figura 10: Test AUDIT alcohol. Fuente: Adaptado de PAHO, 2001. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/audit-cuestionario-identificacion-transtornos-debidos-al-consumo-alcohol-2001>

3.3.3.8 Consumo de otras drogas

La etapa universitaria se asocia con un mayor consumo de drogas tanto legales como ilegales. Existen varios factores que explican este mayor consumo ya que se trata de una época de mayor experimentación, libertad y mayoría de edad para los estudiantes y situaciones de estrés derivadas de las responsabilidades académicas.

Con el objetivo de medir la prevalencia y periodicidad de consumo utilizamos una lista de drogas más habituales: marihuana, cocaína, alucinógenos, heroína, hachís, MDMA y benzodiazepinas (con o sin receta) además de un apartado de “otras” con el fin de obtener información sobre drogas menos utilizadas habitualmente. La periodicidad de consumo se estableció en diario-semanal-mensual u ocasional, con la posibilidad de marcar más de una opción en los casos en los que existía policonsumo.

3.3.3.9 Horas de sueño

La recomendación actual de horas de sueño adecuadas para una buena salud en una persona adulta se sitúa entre 7-8 horas diarias de sueño. Existen varios, como el de Vela Selma (2022), que han relacionado una peor salud con un déficit de horas de sueño tanto en hombres como en mujeres adultas.

Además, se destaca la relación entre la duración del sueño y el riesgo de padecer síndrome metabólico. Los estudios indican que el riesgo es mayor en personas cuya duración de sueño es mayor de 8 horas o menor de 7 horas.

Se ha relacionado la duración del sueño con padecer síndrome metabólico, siendo el riesgo mayor en personas cuya duración de sueño es mayor de 8 horas o menor de 7 horas (Chávez Cerna, 2022).

En esta investigación, se buscó conocer la cantidad de horas de sueño que una persona duerme habitualmente, considerando tanto si se hacen en un solo período como en varias siestas a lo largo del día. También se evaluó si estas horas de sueño son suficientes para permitir un descanso adecuado.

La duración del sueño está estrechamente relacionada con la calidad de vida. Diversos estudios han indicado que una persona adulta necesita entre 7 y 9 horas de sueño diarias para recuperarse y descansar tanto física como emocionalmente. Tanto la falta como el exceso de horas de sueño pueden conllevar problemas de salud. Estudios más recientes han demostrado que aquellos individuos que presentan un déficit o exceso de horas de sueño tienen un mayor riesgo de mortalidad, enfermedades cardiovasculares y diabetes (Chávez Cerna, 2022; Cuella Serres, 2022).

Según Saban et al. (s.f) El síndrome metabólico es un conjunto de factores de riesgo que incluyen obesidad abdominal, presión arterial alta, niveles elevados de glucosa en sangre, niveles bajos de colesterol HDL (colesterol de lipoproteínas de alta densidad) y niveles elevados de triglicéridos. Estos factores están asociados con un mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares y diabetes tipo 2. Si la relación entre la duración del sueño y el síndrome metabólico se confirma en futuros estudios, podría ser relevante para promover hábitos de sueño adecuados como parte de las estrategias de prevención y manejo de estas condiciones de salud (Valladares y Pacheco, 2022; Delgado, 2022).

3.3.3.10 Inteligencia emocional

La TMMS-24 (Figura 11) está basada en Trait Meta-Mood Scale (TMMS) del grupo de investigación de Salovey y Mayer. Esta escala evalúa las creencias de las personas sobre su propia inteligencia emocional (Salovey et al., 1995). En concreto, sobre su capacidad para atender, aclarar y reparar sus estados emocionales mediante 48 ítems. En la TMMS-24 se evalúan los estados emocionales mediante 24 ítems con respuesta en una escala Likert de 5 puntos. En concreto, evaluamos las destrezas con las que podemos ser conscientes de nuestras propias emociones así como de nuestra capacidad para regularlas.

La TMMS-24 contiene tres dimensiones claves de la inteligencia emocional con 8 ítems cada una de ellas: Atención emocional, Claridad de sentimientos y Reparación emocional que definiremos a continuación:

Atención a las emociones: La atención emocional se refiere a la conciencia que tenemos de nuestras emociones, la capacidad para reconocer nuestros sentimientos y saber lo que significan.

Claridad emocional: Se refiere a la facultad para conocer y comprender las emociones, sabiendo distinguir entre ellas, entendiendo cómo evolucionan e integrándolas en nuestro pensamiento.

Reparación emocional: Se refiere a la capacidad de regular y controlar las emociones positivas y negativas.

Tabla 3: Componentes de la IE en el test

Atención	Soy capaz de sentir y expresar los sentimientos de forma adecuada
Claridad	Comprendo bien mis estados emocionales
Reparación	Soy capaz de regular los estados emocionales correctamente

Para corregir y obtener una puntuación en cada uno de los factores, se suman los **ítems** del 1 al 8 para el factor atención emocional, los ítems del 9 al 16 para el factor claridad emocional y del 17 al 24 para el factor reparación de las emociones. Luego se mira su puntuación en cada una de las tablas que se presentan. Se muestran los puntos de corte para hombres y mujeres, pues existen diferencias en las puntuaciones para cada uno de ellos. En aquellos participan-

tes donde faltaban algunas respuestas (limitado menos del 10% de los ítems, es decir un máximo de 2 respuestas) se procedió a realizar una imputación de datos mediante el método automático de SPSS de Interpolación lineal. Los participantes donde la falta de respuesta era superior al 10% de ítems, fueron considerado como no válidos para este análisis. Todos los ítems requirieron de esta intervención, pero como máximo en 11 casos (el 2.2% del total). La veracidad y la confianza de los resultados obtenidos dependen de lo sinceridad con la que haya sido respondidas las preguntas.

Este instrumento se utilizó para recopilar datos relacionados con la inteligencia emocional. Aunque la versión original (Salovey et al., 1995) fue desarrollada en inglés, para este estudio se utilizó la versión en español (Górriz et al., 2021). Consistía en 24 ítems que fueron respondidos utilizando una escala de Likert. Este instrumento, desarrollado bajo el modelo trifactorial de inteligencia emocional (Moreno-Manso et al., 2016) evaluó esta variable de inteligencia emocional desde una perspectiva tridimensional. Los primeros ítems recopilados se centraron en la atención emocional (EA). Los siguientes ítems recopilados se centraron en la claridad emocional (EC). Los ítems restantes recopilados se enfocaron en la reparación emocional (ER). Para garantizar que los datos fueran confiables, se utilizó el test de alfa de Cronbach. Para esta investigación, se obtuvieron los siguientes valores: EA $\alpha = 0.89$; EC $\alpha = 0.86$; ER $\alpha = 0.82$.

INTELIGENCIA EMOCIONAL

1. Presto mucha atención a los sentimientos

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
2. Normalmente me preocupo mucho por lo que siento

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
3. Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
4. Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
5. Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
6. Pienso en mi estado de ánimo constantemente

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
7. A menudo pienso en mis sentimientos

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
8. Presto mucha atención a cómo me siento

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
9. Tengo claros mis sentimientos

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
10. Frecuentemente puedo definir mis sentimientos

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
11. Casi siempre sé cómo me siento

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
12. Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
13. A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
14. Siempre puedo decir cómo me siento

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
15. A veces puedo decir cómo me siento

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
16. Puedo llegar a comprender mis sentimientos

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
17. Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
18. Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
19. Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
20. Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
21. Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
22. Me preocupo por tener un buen estado de ánimo

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
23. Tengo mucha energía cuando me siento feliz

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
24. Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Figura 11: Test TMMS 24 inteligencia emocional. Adaptado de *Revista LeBret*. Disponible en: <http://revistas.ustabuca.edu.co/index.php/LEBRET/article/view/2197/1684>

Tabla 4: Puntuación de atención según sexo. Fuente: elaboración propia

Hombres	Mujeres
Debe mejorar su atención: presta poca atención <21	Debe mejorar su atención: presta poca atención <24
Adecuada atención 22-32	Adecuada atención 25-35
Debe mejorar su atención: presta demasiada atención >33	Debe mejorar su atención: presta demasiada atención >36

Tabla 5: Puntuación de claridad según sexo. Fuente: elaboración propia

Hombres	Mujeres
Debe mejorar su claridad <25	Debe mejorar su claridad <23
Adecuada claridad 26-35	Adecuada claridad 24-34
Excelente claridad >36	Excelente claridad >35

Tabla 6: Puntuación de reparación según sexo. Fuente: elaboración propia

Hombres	Mujeres
Debe mejorar su reparación <25	Debe mejorar su reparación <23
Adecuada reparación 26-35	Adecuada reparación 24-34
Excelente reparación >36	Excelente reparación >35

Es importante señalar que, si bien obtener puntuaciones altas en claridad emocional y reparación emocional son aspectos deseables en la evaluación de la inteligencia emocional, no ocurre lo mismo con la atención emocional. Un exceso de atención emocional puede llevar a la hipervigilancia de las emociones y sensaciones, lo que a su vez puede dar lugar a la hipochondriasis, es decir, el miedo y la preocupación excesiva por padecer alguna enfermedad.

En cuanto a los instrumentos que evalúan la inteligencia emocional, es fundamental tener en cuenta estas posibles implicaciones. Es recomendable utilizar instrumentos que estén bien validados y que proporcionen una visión equilibrada y completa de la inteligencia emocional, considerando tanto sus aspectos positivos como los posibles riesgos asociados. Además, es esencial que los resultados obtenidos sean interpretados por profesionales capacitados para evitar conclusiones erróneas o incluso sesgadas.

3.3.3.11 Ansiedad

El concepto de ansiedad ha evolucionado a lo largo de los años. De manera general se considera la ansiedad como un sentimiento de respuesta ante un estímulo de un peligro percibido o estímulo específico. La ansiedad puede ser normal cuando se asocia a situaciones de alerta pero se considera patológica si la respuesta es desproporcionada en relación al peligro detectado.

Actualmente existen dos tipos de ansiedad: ansiedad rasgo y ansiedad estado. Se define la ansiedad rasgo como una característica general de la personalidad de un individuo mientras que la ansiedad-estado es la percibida en un momento específico.

Para medir tanto la ansiedad-estado como la ansiedad-rasgo utilizamos el test STAI (Figura 12). El test STAI se desarrolló en la década de 1960 y consta de dos escalas separadas: ansiedad-rasgo y ansiedad-estado. El total de preguntas es de 40 y cada una de las escalas está configurada por 20 ítems con respuesta Likert de 4 opciones (0=nada; 3=mucho).

En el cuestionario STAI existen varios ítems que son puntuados de manera inversa, lo que significa que una mayor ansiedad recibe una puntuación más baja. Estos ítems invertidos se generan para reducir el sesgo de respuesta y aumentar la precisión del test. El total de ítems inversos es de 17 siendo 7 los relacionados con la ansiedad-rasgo y 10 relacionados con la ansiedad-estado (Tabla 7).

En general a mayores puntuaciones totales, mayor nivel de ansiedad, estableciéndose un punto de corte entre 20 y 23 puntos.

Tabla 7: Ítems con puntuación invertida en el cuestionario STAI. Fuente: elaboración propia

Ítems con puntuación invertida										
AE	1	2	5	8	10	11	15	16	19	20
AR	21	26	27	30	33	36	39			

ANSIEDAD

1. Me siento calmado 1 2 3 4
2. Me siento seguro 1 2 3 4
3. Estoy tenso 1 2 3 4
4. Estoy contrariado 1 2 3 4
5. Me siento cómodo, estoy a gusto 1 2 3 4
6. Me siento alterado 1 2 3 4
7. Estoy preocupada por posibles desgracias futuras 1 2 3 4
8. Me siento descansado 1 2 3 4
9. Me siento angustiado 1 2 3 4
10. Me siento confortable 1 2 3 4
11. Tengo confianza en mí mismo 1 2 3 4
12. Me siento nervioso 1 2 3 4
13. Estoy desasegado 1 2 3 4
14. Me siento muy atado, oprimido 1 2 3 4
15. Estoy relajado 1 2 3 4
16. Me siento satisfecho 1 2 3 4
17. Estoy preocupado 1 2 3 4
18. Me siento aturdido y sobreexcitado 1 2 3 4
19. Me siento alegre 1 2 3 4
20. En este momento me siento bien 1 2 3 4
21. Me siento bien 1 2 3 4
22. Me canso rápidamente 1 2 3 4
23. Siento ganas de llorar 1 2 3 4
24. Me gustaría ser tan feliz como otros 1 2 3 4
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto 1 2 3 4

26. Me siento descansado

27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada

28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas

29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia

30. Soy feliz

31. Suelo tomar las cosas muy seriamente

32. Me falta confianza en mí mismo

33. Me siento seguro

34. No suelo afrontar las crisis o dificultades

35. Me siento triste, melancólico

36. Estoy satisfecho

37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia

38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos

39. Soy una persona estable

40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado

Figura 12: Test STAI inteligencia ansiedad. Fuente: Adaptado de <https://doctormoleon.com/wp-content/uploads/2020/10/Cuestionario-STAI.pdf>

3.4 ANÁLISIS DE DATOS

Una vez finalizada la etapa de cumplimentación por parte de la muestra seleccionada se revisaron los cuestionarios y se inició la codificación de estos, con la finalidad de salvaguardar la comparabilidad de datos. A cada cuestionario se le asignó un código numérico para anonimizar la encuesta. Se asignó también un código correspondiente al resto de ítems del cuestionario. En primer lugar, se procedió a la recodificación de las variables continuas y categóricas de acuerdo a los criterios definidos previamente, creándose posteriormente las variables secundarias necesarias.

Para el análisis estadístico se empleó la aplicación informática: IBM-SPSS-25. Las técnicas y test utilizados en variables cualitativas (nominales) fue la distribución de frecuencias y porcentajes. Para las variables cuantitativas se empleó la exploración de datos con gráfico Q-Q de ajuste a la normalidad, el histograma, coeficientes de asimetría y curtosis/altura junto al Test de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov (KS) y descripción con las herramientas habituales de centralidad (media, mediana) y variabilidad (desviación estándar, rango y amplitud intercuartil).

Para evaluar la diferencia entre medias se utilizó la t de Student y el ANOVA de 1 factor cuando las variables seguían una distribución normal. EN las variables que no se distribuyen de manera normal se utilizaron los test no paramétricos Mann-Withney y Kruskal-Wallis. En lo referente a las variables categóricas se utilizó el Test Chi-cuadrado y los coeficientes de correlación de Pearson y Spearman para la relación entre variables cuantitativas.

Para la estimación del tamaño del efecto, expresada siempre en escala R² para permitir la comparación entre métodos estadísticos distintos. En el caso de las correlaciones Pearson y Spearman, R² se ha obtenido con el cuadrado de los coeficientes. En el caso de los test Chi-cuadrado, R² se ha obtenido con el cuadrado del valor del coeficiente V de Cramer. Y en caso de los test de diferencias entre medias, R² se ha obtenido desde la ecuación de conversión del valor de la "d" de Cohen.

El nivel de significación fijado es el habitual 5% (significativo si $p < .05$) excepto en el test KS de bondad de ajuste donde se consideran significativos solo los desvíos graves, es decir al 1% ($p < .01$).

En los Test Chi-cuadrado el tamaño del efecto R² se ha estimado como el cuadrado del Índice **W de Cramer**, estadístico especialmente descrito para este tipo de cruces y similar al coeficiente de Pearson.

Tabla 8: Relación de los valores de la d de Cohen, con R^2 y el coeficiente R de correlación

T.E. PEQUEÑO			T.E. MODERADO			T.E. GRANDE			T.E. MUY GRANDE		
d	R^2	r	d	R^2	r	d	R^2	r	d	R^2	r
<	<	<	0.40	.038	.196	0.80	.138	.371	1.20	.265	.514
0.10	.002	.050	0.50	.059	.243	0.90	.168	.410	1.30	.267	.545
0.20	.010	.100	0.60	.083	.287	1.00	.200	.447	1.40	.329	.573
0.30	.022	.148	0.65	.096	.309	1.10	.232	.482	1.50	.360	.600
0.35	.030	.172	0.70	.109	.330	1.15	.250	.500	>	>	>

3.5 CONSIDERACIONES Y ASPECTOS ÉTICOS

El estudio de investigación se llevó a cabo siguiendo las normas deontológicas reconocidas por la declaración de Helsinki y siguiendo las recomendaciones de Buenas Prácticas Clínicas de la Comunidad Europea. El estudio fue sometido a valoración por parte del Comité de Ética de la Universitat de València obteniendo su aprobación el día 12 de noviembre de 2019 (ANEXO 3).

Previa a la cumplimentación del cuestionario, la investigadora explicó detalladamente el propósito del estudio, las características de este, así como la conformidad previa y la voluntariedad de participación por parte de los estudiantes. Toda esta información quedó reflejada mediante un Consentimiento Informado escrito con la posibilidad de revocación de este en cualquier fase del estudio.

Para garantizar la confidencialidad de los datos se adoptaron las medidas oportunas de acuerdo con la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) 3/2018 del 5 de diciembre. A cada encuesta se le otorgó un código numérico que evitaba la posibilidad de identificar a la persona que había respondido al cuestionario.

4

RESULTADOS

4.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Han participado en este estudio un total de 498 universitarios. Supuesta una población con un número elevado de elementos (>20000), bajo la condición de máxima variabilidad en las respuestas a la encuesta ($p=q=50\%$) y fijando el habitual coeficiente de confianza del 95%: el margen de error asociado a nuestra muestra es de un $\pm 4.34\%$, valor que es inferior al error máximo permitido.

Las edades de estos sujetos están comprendidas entre los 17 y los 63 años, con mediana en 19 años. Evidentemente hay algunos participantes cuya edad se comporta como un valor *outlier* (fuera de rango) en una población universitaria. En concreto para nuestra muestra, son *outliers* todos los casos con más de 35 años: 9 (un 1.8%). Al ser una pérdida muy leve, se decidió prescindir de estos participantes y reducir la muestra a $N=489$ casos válidos, que supone un ligero incremento en el margen de error antes citado: 4.38% (un 0.04%).

Las edades de esta muestra final, por tanto, varían en el rango 17 – 35 años, con mediana que se mantiene en 19 años. La distribución (Figura 13) como era de esperar presenta una clara asimetría positiva (más casos de menor edad), con una media de 20.7 años (IC al 95%: 20.4 – 21.0; desviación estándar: ± 3.0 años).

Entre estos 489 participantes, son clara mayoría con $p<.001$ ($\chi^2=68.48$; $p\text{-valor}=.0000$) las mujeres frente a los hombres (Figura 14): 68.7% vs 31.3%. La edad media de los hombres es algo superior a la de las mujeres (21.6 vs 20.3); siendo esta diferencia altamente significativa, $p<.001$ (Mann-Whitney: $Z_U=4.38$; $p\text{-valor}=.0000$).

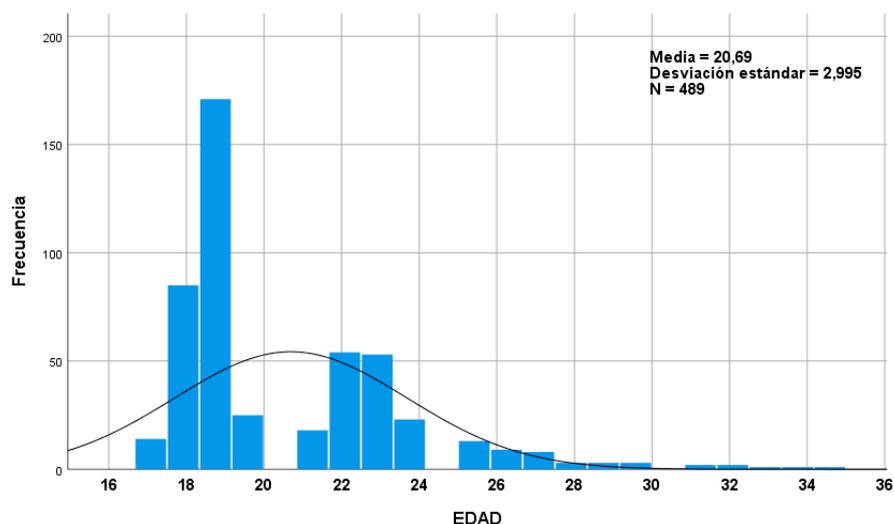


Figura 13: Composición de la muestra según edad $N=489$

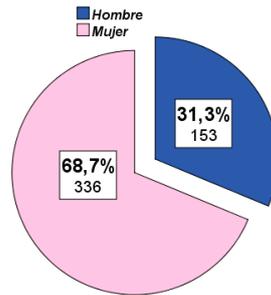


Figura 14: Composición de la muestra según sexo N=489

4.2. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Las Tablas 9 y 10 contienen la descriptiva del resto de variables sociodemográficas que se han recogido en el cuestionario. Los datos, se presentan para la muestra total y desglosados por sexos. A la par que se ha procedido a contratar la posible significación de las diferencias entre hombres y mujeres. De estos resultados se deriva lo siguiente:

1. La mayor parte de la muestra es de nacionalidad española (79.2%); habiendo una notable presencia de extranjeros (20.8%) que es superior entre los hombres que entre las mujeres (27.6% vs 17.7%), diferencia que no llega a la significación estadística pero queda muy cerca de serlo ($p < .10$). La mayor parte de estos participantes que no son españoles, proceden de otros países Europeos: 37 italianos (7.6%), 17 franceses (3.5%); 9 alemanes (1.9%), 4 británicos, 3 rumanos, 2 suecos 1 de varias nacionalidades como belga, ucraniana, suiza, polaca, armenia, etc. Los latinoamericanos están muy repartidos siendo 1 participante, o 2 como máximo, de países como: Argentina, Colombia, México, Paraguay, Venezuela o Chile. Las otras nacionalidades presentes, son: marroquí (6), iraní/persa (3), siria (2) e india (1).
2. Algo más de la mitad de la muestra, el 59.5%, son estudiantes de Medicina, siendo muy similar la tasa de hombres y mujeres (57.6% vs 60.4%). De hecho, las diferencias en la distribución de los estudios entre sexos no es estadísticamente significativa ($p > .05$). El segundo estudio más frecuente es Odontología: 33.3% (30.8% en mujeres vs 38.9% en hombres).
3. La mayor parte de las madres de los participantes tienen estudios de grado superior (69.8%) siendo exactamente igual este porcentajes en mujeres y hombres. La presencia de madres con estudios solo primarios o secundarios es similar entre sí y entre sexos. No hay diferencia estadísticamente significativa ($p > .05$).
4. En cuanto a los estudios de los padres, también son mayoría los que tienen grado universitario o similar (66.8%) y aunque es algo superior en hombres (69.3%) que en

mujeres (65.7%), las diferencias no llegan a la significación ($p > .05$). En el resto hay una ligera mayor presencia de padres con estudios secundarios frente a primarios, que es similar en ambos sexos.

5. Trabaja a la par que estudia solo un 21.2% de la muestra, y aunque es superior entre los hombres (25.0% vs 19.5%) no llega a ser una diferencia significativa ($p > .05$). El número de horas semanales de trabajo varía en el rango entre 1 y 40 horas.
6. Nos dicen que en época de exámenes el número de horas/semana que dedican al estudio varía entre 0 y 90 horas, con mediana en 20 y media en 22.3 h/s. Los promedios de este tiempo de estudio son superiores (unas 3 h/s) en las mujeres frente a los hombres, diferencia que sí es significativa ($p < .05$).
7. El tiempo de sueño diario oscila entre 1 y 11 horas, con mediana en 7 y media casi igual (7.2 h/d). Siendo los valores promedio iguales en ambos sexos.

Tabla 9: Análisis descriptivo y comparativo. Variables sociodemográficas, comparadas entre sexos.

VARIABLES	MUESTRA TOTAL	SEXO		Test de Contraste	
		MUJER	HOMBRE	Valor	P valor
EDAD					
Media (D.E.)	20.7 (± 3.0)	20.3 (± 2.8)	21.6 (± 3.3)	$Z_U = 4.38^{**}$	.000
Rango (Mediana)	17 – 35 (19)	17 – 34 (19)	17 – 35 (21)		
NACIONALIDAD (N=486)				$\chi^2 = 7.08^{NS}$	.069
Española	79.2 % (385)	82.3 % (275)	72.4 % (110)		
Del resto de Europa	15.8 % (77)	13.5 % (45)	21.1 % (32)		
Latinoamericana	2.5 % (12)	1.8 % (6)	3.9 % (6)		
Otras	2.5 % (12)	2.4 % (8)	2.6 % (4)		
ESTUDIOS (N=462)				$\chi^2 = 7.76^{NS}$	.101
Medicina	59.5 % (275)	60.4 % (192)	57.6 % (83)		
Odontología	33.3 % (154)	30.8 % (98)	38.9 % (56)		
Enfermería	5.8 % (27)	7.5 % (24)	2.1 % (3)		
Máter Enfermería	1.1 % (5)	0.9 % (3)	1.4 % (2)		
Psicología	0.2 % (1)	0.3 % (1)	0.0 % (-)		

N.S. = NO significativo * = Significativo ** = Altamente significativo

Tabla 10: Análisis descriptivo y comparativo. Variables sociodemográficas de la muestra, comparadas entre sexos.

VARIABLES	MUESTRA TOTAL	SEXO		Test de Contraste	
		MUJER	HOMBRE	Valor	P valor
ESTUDIOS DE LA MADRE (N=483)				Chi ² =0.19 ^{NS}	.910
Primarios	12.6 % (61)	12.3 % (41)	13.4 % (20)		
Secundarios	17.6 % (85)	18.0 % (60)	16.8 % (25)		
Universitarios / Mod. Sup.	69.8 % (337)	69.8 % (233)	69.8 % (104)		
ESTUDIOS DEL PADRE (N=482)				Chi ² =0.65 ^{NS}	.721
Primarios	12.7 % (61)	13.0 % (43)	12.0 % (18)		
Secundarios	20.5 % (99)	21.4 % (71)	18.7 % (28)		
Universitarios / Mod. Sup.	66.8 % (332)	65.7 % (218)	69.3 % (104)		
TRABAJA MIENTRAS ESTUDIA (N=452)	21.2% (103)	19.5 % (65)	25.0 % (38)	Chi ² =1.92 ^{NS}	.166
Nº HORAS/SEMANA DE TRABAJO (N=95)					
Media (D.E.)	10.4 (±8.6)	9.2 (±7.6)	12.2 (±9.8)	Z _U =1.62 ^{NS}	.105
Rango (Mediana)	1 – 40 (7)	1 – 30 (6)	3 – 40 (10)		
Nº HORAS ESTUDIO SEMANAL (N=452)					
Media (D.E.)	22.3 (±14.2)	23.3 (±14.4)	20.2(±13.6)	Z _U =2.31 *	.021
Rango (Mediana)	0 – 90 (20)	0 – 80 (21)	2 – 90 (18)		
HORAS DE SUEÑO DIARIO (N=479)					
Media (D.E.)	7.2 (±1.0)	7.2 (±1.0)	7.2 (±1.0)	Z _U =0.70 ^{NS}	.486
Rango (Mediana)	1 – 11 (7)	1 – 10 (7)	4 – 11 (7)		

N.S. = NO significativo * = Significativo ** = Altamente significativo

4.2. VARIABLES ANTROPOMÉTRICAS

Se tomaron los valores de peso y talla con la intención de conocer el IMC de esta muestra de universitarios. En el peso, nos han referido valores entre los 36 y los 110 Kg, con mediana en 60 Kg. El peso medio es de 62.7 Kg (IC: 61.6 – 63.8; con desviación estándar de ± 12.3) en una distribución que se asemeja a una campana normal de Gauss (Figura 15) aunque con una cierta asimetría hacia los valores bajos. La talla varía en el rango entre 136 y 198 cms con mediana en 169 cms. La distribución tiende más claramente que la anterior hacia la normalidad estadística (Figura 16) con una media de casi 170 cms (169.8; IC: 169.0 – 170.6; desviación estándar: ± 8.99).

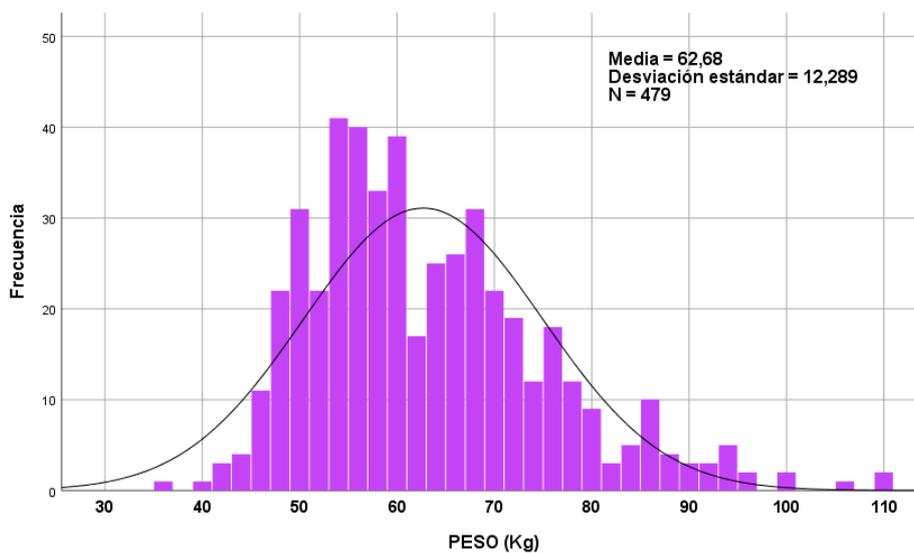


Figura 15: Distribución de peso en la muestra

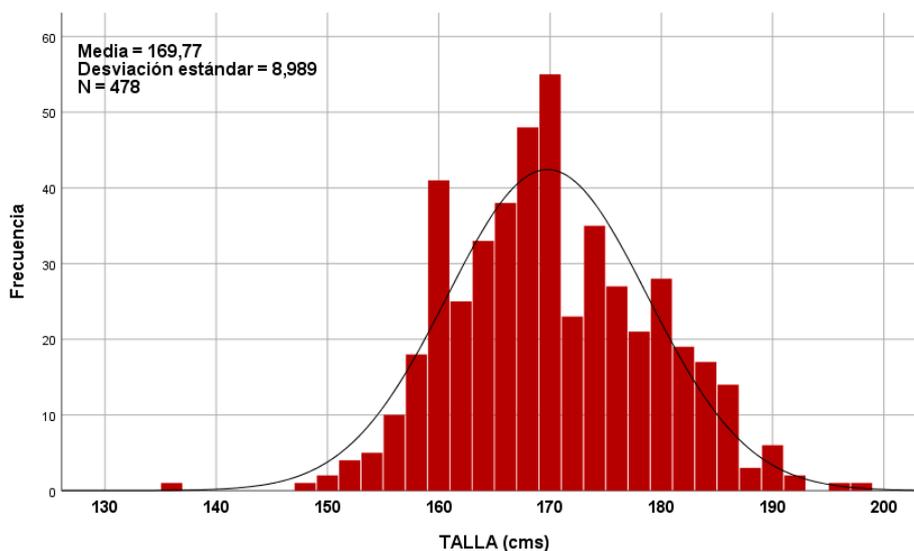


Figura 16: Distribución de la talla en la muestra

Con la ecuación habitual se calculó IMC (Kg/m^2) de los casos de los que se disponía de ambos datos antropométricos ($N=471$) encontrándose valores dentro del rango 15.2 – 36.3, con mediana en $21.2 \text{ Kg}/\text{m}^2$. La variable (Figura 17) presenta una cierta asimetría con más frecuencia en el extremos inferior, con media de $21.6 \text{ Kg}/\text{m}^2$ (IC: $21.4 - 21.8$; desviación estándar: $\pm 2.92 \text{ Kg}/\text{m}^2$). Se utilizaron los puntos de corte establecidos por los criterios de la OMS para cada sexo, clasificando a los participantes en 4 grupos: bajopeso / normopeso / sobrepeso / obesidad. Los resultados (Figura 18) nos indican que más de la mitad de la muestra, el 53.7% están en el normopeso adecuado a su talla. Es llamativa la presencia de casi un 1/3 de la muestra (32.5%) con bajo peso. Solo un 12.1% presenta sobrepeso y apenas 8 participantes (1.7%) están obesos.

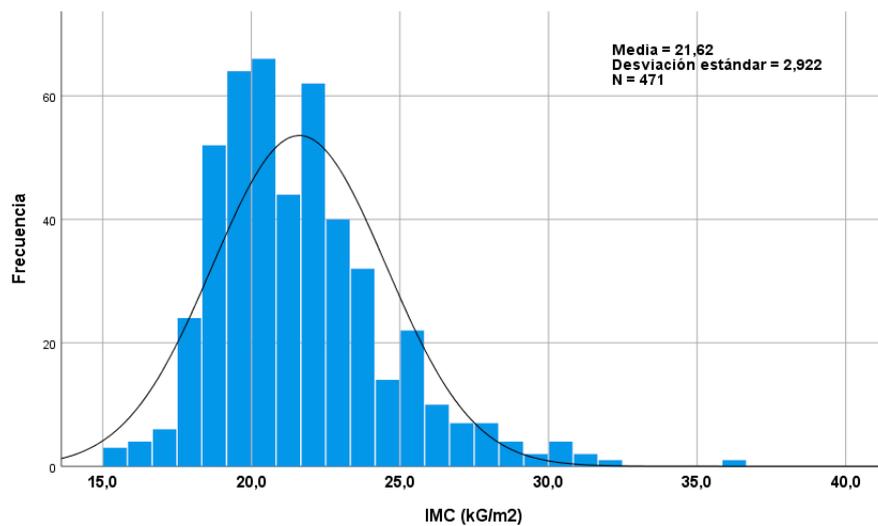


Figura 17: Distribución del IMC en la muestra

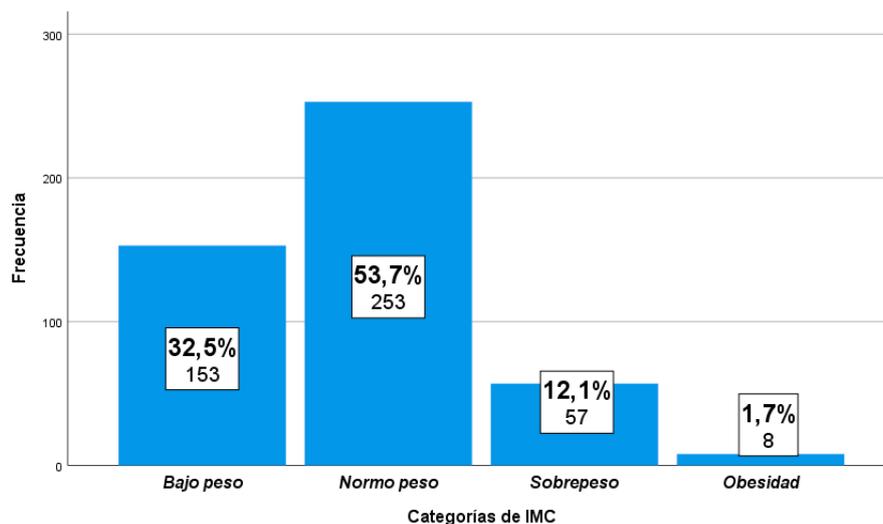


Figura 18: Porcentaje de alumnos según los grupos de peso

La Tabla 10 resume todas estas variables a la par que se las compara en función del sexo. Existen diferencias altamente significativas ($p < .001$) en todas ellas; tal que los hombres: (a) pesan más: 74.4 vs 57.2; (b) tallan más alto: 179 vs 165.5; y (c) tienen el IMC más elevado: 23.2 vs 20.9 Kg/m². Esta diferencia en el IMC se acusa más al comparar por categorías: en bajo peso aparecen más mujeres (42.5% vs 11.3%) en tanto que en normopeso hay más hombres (65.6% vs 48.1%), como también ocurre en la obesidad (21.2% vs 7.8%).

Tabla 10: Análisis descriptivo y comparativo. Variables antropométricas de la muestra, comparadas entre sexos.

VARIABLES	MUESTRA TOTAL	SEXO		Test de Contraste	
		MUJER	HOMBRE	Valor	P valor
PESO en Kg (N=479)					
Media (D.E.)	62.7 (±12.3)	57.2 (±8.3)	74.4 (±11.2)	t=18.73**	.000
Rango (Mediana)	36 – 110 (60)	36 – 88 (56)	50 – 110 (72.5)		
TALLA en cms (N=478)					
Media (D.E.)	169.8 (±8.9)	165.5 (±6.5)	179.0 (±6.2)	t=21.64**	.000
Rango (Mediana)	136 – 198 (169)	136 – 182 (165)	165 – 198 (180)		
IMC Kg/m² (N=471)					
Media (D.E.)	21.6 (±2.9)	20.9 (±2.6)	23.2 (±3.0)	t=8.62**	.000
Rango (Mediana)	15.2 – 36.3 (21.2)	15.2 – 32.3 (20.4)	16.3–36.3 (22.8)		
CATEGORÍAS DE IMC (N=471)				Chi ² =51.92**	.000
Bajo peso	32.5 % (153)	42.5 % (136)	11.3 % (17)		
Normopeso	53.7 % (253)	48.1 % (154)	65.6 % (99)		
Sobrepeso	12.1 % (57)	7.8 % (25)	21.2 % (32)		
Obesidad	1.7 % (8)	1.6 % (5)	2.0 % (3)		

** = Altamente significativo

Se cortó la variable edad por los 23 años, generando dos grupos por tanto: de 17 a 23 años / entre 24 y 35 años. Un 85.9% de la muestra total (420) se ubican en el grupo de menor edad y el restante 14.1% (69) en el de más de 23 años. A continuación se presenta la distribución de las variables antropométricas en función de estos dos grupos (Tabla 11); en la muestra total y segmentada por sexos.

En el grupo total, se han encontrado diferencias significativas al comparar el IMC entre los grupos establecidos en edad. La media del IMC de los participantes de más edad es superior a la media de los más jóvenes ($p < .01$) aunque la diferencia es pequeña (22.7 vs 21.4). Diferencia que se mantiene cuando se comparan las categorías del IMC ($p < .05$) debido principalmente a una mayor presencia de casos con bajo peso entre los más jóvenes (34.6% vs 19.0%). En las otras tres categorías siempre hay alguna mayor presencia de casos del grupo de más edad.

Pero, cuando se segmenta la muestra por sexos, ni en mujeres ni en hombres las diferencias entre los grupos de edad alcanzan la significación estadística ($p > .05$) en parte porque son pequeñas y en parte por la reducción de los N.

Tabla 11: Análisis descriptivo y comparativo. Índice de Masa Corporal de la muestra, comparado según grupo de edad y segmentado por sexo.

VARIABLES	MUESTRA TOTAL	EDAD		Test de Contraste	
		17 – 23 años	24 – 35 años	Valor	P valor
IMC Kg/m² (N=471)					
Media (D.E.)	21.6 (±2.9)	21.4 (±2.8)	22.7 (±3.2)	t=3.17**	.002
Rango (Mediana)	15.2 – 36.3 (21.2)	15.2 – 36.3 (21.0)	16.0–31.5 (22.3)		
CATEGORÍAS DE IMC (N=471)				Chi ² =10.13 *	.018
Bajo peso	32.5 % (153)	34.6 % (141)	19.0 % (12)		
Normopeso	53.7 % (253)	52.9 % (216)	58.7 % (37)		
Sobrepeso	12.1 % (57)	11.3 % (46)	17.5 % (11)		
Obesidad	1.7 % (8)	1.2 % (5)	4.8 % (3)		
VARIABLES	MUJERES	EDAD		Test de Contraste	
		17 – 23 años	24 – 35 años	Valor	P valor
IMC Kg/m² (N=320)					
Media (D.E.)	20.9 (±2.6)	20.8 (±2.6)	21.2 (±2.9)	t=0.60 NS	.548
Rango (Mediana)	15.2 – 32.3 (20.4)	15.2 – 32.3 (20.4)	16.0–31.5 (20.5)		
CATEGORÍAS DE IMC (N=320)				Chi ² =1.81 NS	.612
Bajo peso	42.5 % (136)	42.9 % (126)	38.5 % (10)		
Normopeso	48.1 % (154)	47.6 % (140)	53.8 % (14)		
Sobrepeso	7.8 % (25)	8.2 % (24)	3.8 % (1)		
Obesidad	1.6 % (5)	1.4 % (4)	3.8 % (1)		
VARIABLES	HOMBRES	EDAD		Test de Contraste	
		17 – 23 años	24 – 35 años	Valor	P valor
IMC Kg/m² (N=151)					
Media (D.E.)	23.2 (±3.0)	23.0 (±3.0)	23.8 (±2.9)	t=1.36 NS	.175
Rango (Mediana)	16.3 – 36.3 (22.8)	16.3 – 36.3 (22.7)	19.0–30.5 (23.0)		
CATEGORÍAS DE IMC (N=151)				Chi ² =5.25 NS	.155
Bajo peso	11.3 % (17)	13.2 % (15)	5.4 % (2)		
Normopeso	65.6 % (99)	66.7 % (76)	62.2 % (23)		
Sobrepeso	21.2 % (32)	19.3 % (22)	27.0 % (32)		
Obesidad	2.0 % (3)	0.9 % (1)	5.4 % (2)		

N.S. = NO significativo * = Significativo ** = Altamente significativo

4.4 AUTOPERCEPCIÓN EN SALUD

Se les consultó a estos participantes sobre la autopercepción que tienen de su salud. Respondieron 394 del total (un 80.6%) y entre ellos, la mayoría (62.2%) respondieron que era buena. A ellos se les puede añadir además un 21.1% que respondieron diciendo que era muy buena. El resto (16.8%) nos dijeron que era regular o ya mala/ muy mala (Figura 19).

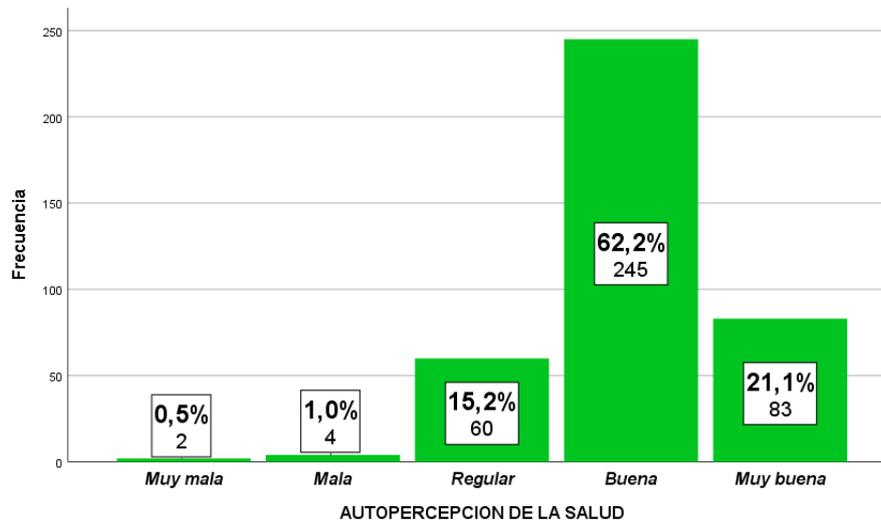


Figura 19: Autopercepción en salud. N=394

Se contrastó esta variable en función de los factores sociodemográficos considerados para esta investigación. Los resultados (Tabla 12) nos llevan a la conclusión de que esta percepción que tienen los encuestados de su propia salud no está relacionada ($p > .05$) ni con el sexo, ni con la edad ni con los estudios de padre/madre.

Tabla 12: Análisis comparativo. Autopercepción de la salud, en función de los factores sociodemográficos. (N=413)

AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD	SEXO			Test Chi-Cuadrado	
	MUJER	HOMBRE		Valor	P valor
Muy buena	20.7 % (57)	22.0 % (26)		2.89 ^{NS}	.235
Buena	60.5 % (167)	66.1 % (78)			
Regular / mala / muy mala	18.8 % (52)	11.9 % (14)			
	EDAD			Test Chi-Cuadrado	
	17 – 23 años	24 – 35 años		Valor	P valor
Muy buena	19.5 % (67)	32.0 % (16)		4.37 ^{NS}	.112
Buena	63.1 % (217)	56.0 % (28)			
Regular / mala / muy mala	17.4 % (60)	12.0 % (6)			
	ESTUDIOS DE LA MADRE			Test Chi-Cuadrado	
	Primarios	Secundarios	Univ. / Sup.	Valor	P valor
Muy buena	28.3 % (13)	18.2 % (12)	20.3 % (56)	2.91 ^{NS}	.574
Buena	52.2 % (24)	63.6 % (42)	64.1 % (177)		
Regular / mala / muy mala	19.6 % (9)	18.2 % (12)	15.6 % (43)		
	ESTUDIOS DEL PADRE			Test Chi-Cuadrado	
	Primarios	Secundarios	Univ. / Sup.	Valor	P valor
Muy buena	26.0 % (13)	14.3 % (11)	21.9 % (57)	4.97 ^{NS}	.291
Buena	52.0 % (26)	67.5 % (52)	63.1 % (164)		
Regular / mala / muy mala	22.0 % (11)	18.2 % (14)	15.0 % (39)		

N.S. = NO significativo ** = Altamente Significativo

4.5 ALIMENTACIÓN

En el apartado de alimentación preguntamos por el consumo de café, ingestas diarias y adherencia a la dieta mediterránea mediante el test PREDIMED. Este cuestionario contiene 14 preguntas dicotómicas (sí/no) sobre el uso de alimentos clásicos de la dieta mediterránea. La Figura 20 contiene los porcentajes de respuesta afirmativa a cada una de estas preguntas. Se ha observado que casi la totalidad de los encuestados (97.3%) usan aceite de oliva en la cocina, aunque desciende al 66.3% al responder sobre superar la cantidad recomendada. El consumo de carne blanca (77.5%), de verduras y hortalizas (74.4%) junto a la pasta, arroz y vegetales cocinados con salsas (71.2%) son también muy frecuentes. El 50% de respuestas afirmativas, se ha superado en 10 de las 14 preguntas. Con mucha diferencia, la ingesta de vino es el ingrediente menos frecuente (solo un 4.1%).

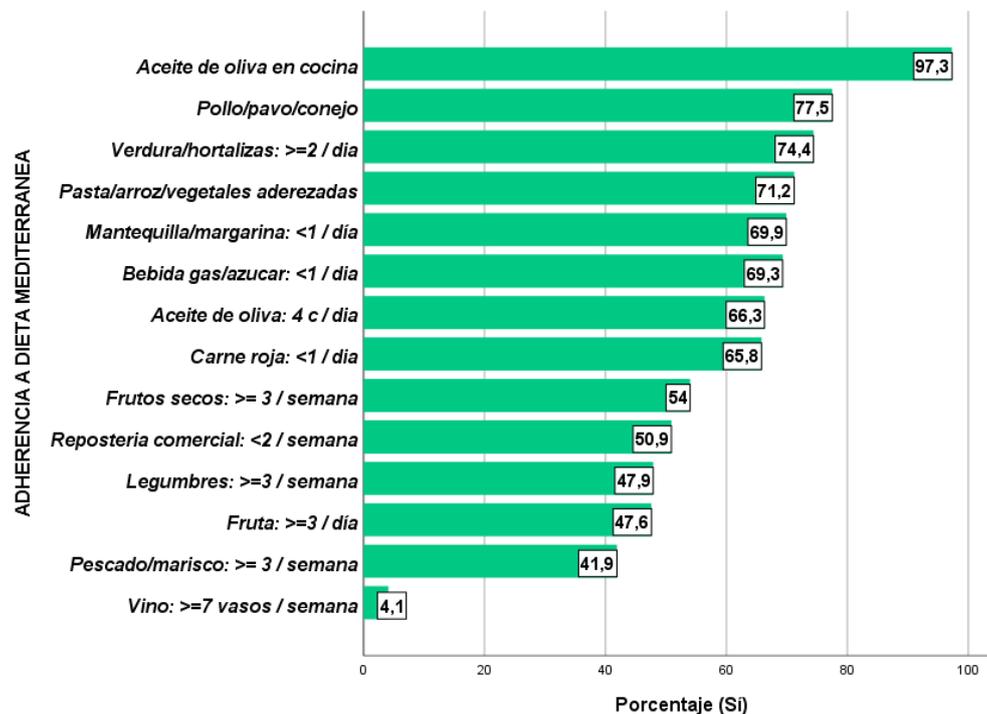


Figura 20: Porcentajes de respuestas afirmativas al consumo de alimentos

A partir de estas respuestas a las 14 variables PREDIMED se generó una variable cuantitativa (1 punto por cumplimiento de cada una de ellas) que valora el grado de adherencia a la dieta mediterránea. Los valores de esta variable se distribuyen con una clara tendencia hacia la campana de Gauss (Figura 21) en el rango observado entre 2 y 14 con mediana en 8 puntos. La media de la muestra total es de 8.4 puntos (IC: 8.2 – 8.6; con desviación estándar de ± 2.1).

Según está especificado por la Sociedad Española de Estudio de la Obesidad (SEEDO) obtener menos de 7 puntos es tener baja adherencia y obtener más de 10 puntos es tener buena adherencia. Usando estos puntos de corte, se ha encontrado que en la muestra total de participantes, apenas un 17.2% (84 casos) tienen baja adherencia y que solo un 16.6% (81 casos) tienen buena adherencia. La mayor parte de la muestra se encuentra en la categoría central (66.3%; 324 sujetos).

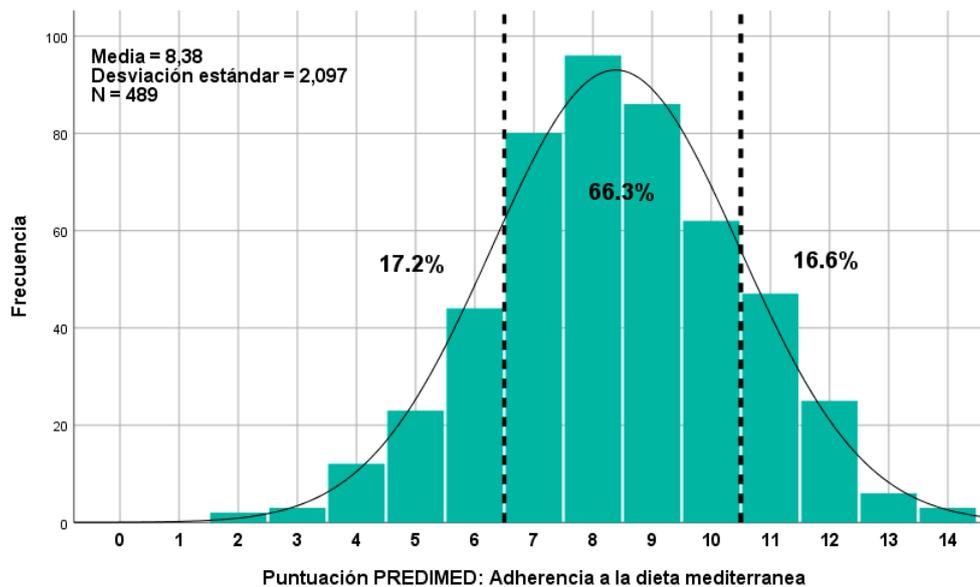


Figura 21: Grado de adherencia a la dieta mediterránea

Se contrastaron estas respuestas en función del sexo de los encuestados (Tabla 13) obteniéndose que:

1. Existen diferencias altamente significativas en el consumo de 3 productos:
 - Carne roja menos de 1 vez al día ($p < .001$) con mayor tasa entre mujeres (71.4%) que entre hombres (53.6%).
 - Verduras y hortalizas al menos dos veces al día ($p < .01$) que es mayor entre las mujeres (78.9% vs 64.7%).
 - Aceite de oliva en la dosis mínima recomendada ($p < .01$) que es más habitual entre los hombres (75.2% vs 62.2%).
2. En todos los demás alimentos, las diferencias son bastante pequeñas y en ningún caso alcanzan la significación estadística ($p > .05$) por razón de sexo.
3. Al contrastar la variable de puntuación total de Adherencia a la dieta mediterránea, los valores medios son similares, así como las distribuciones por categorías. Por tanto nada evidencia que exista, en global, diferencia en el grado de adherencia debidas al sexo.

Tabla 13: Análisis comparativo. Adherencia a la Dieta Mediterránea, en función del Sexo.

Consumo de...	SEXO		Test Chi-cuadrado	
	MUJER	HOMBRE	Valor	P valor
ACEITE DE OLIVA EN COCINA	96.7 % (325)	98.7 % (151)	1.57 ^{NS}	.210
ACEITE DE OLIVA: 4 c. /día	62.2 % (209)	75.2 % (115)	7.90**	.005
VERDURA / HORTALIZAS: >= 2 / día	78.9 % (265)	64.7 % (99)	11.08**	.001
FRUTA: >=3 / día	48.8 % (164)	45.1 % (69)	0.58 ^{NS}	.446
CARNE ROJA: <1 / día	71.4 % (240)	53.6 % (82)	14.87**	.000
MANTEQUILLA / MARGARINA: <1 / día	70.2 % (236)	69.3 % (106)	0.05 ^{NS}	.831
BEBIDAS GAS/AZUCAR: <1 / día	69.0 % (232)	69.9 % (107)	0.04 ^{NS}	.844
VINO: >= 7 vasos / semana	4.2 % (14)	3.9 % (6)	0.02 ^{NS}	.899
LEGUMBRES: >= 3 / semana	48.2 % (162)	47.1 % (72)	0.06 ^{NS}	.813
PESCADO / MARSCO: >= 3 / semana	42.0 % (141)	41.8 % (64)	0.00 ^{NS}	.978
REPOSTERÍA COMERCIAL: <2 / semana	52.7 % (177)	47.1 % (72)	1.33 ^{NS}	.249
FRUTOS SECOS: >= 3 / semana	52.1 % (175)	58.2 % (89)	1.57 ^{NS}	.211
POLLO / PAVO / CONEJO	76.2 % (256)	80.4 % (123)	1.06 ^{NS}	.302
PASTA / ARROZ / VEGETALES CON SALSA	71.4 % (240)	70.6 % (108)	0.04 ^{NS}	.849
Variables PREDIMED	SEXO		Test de contraste	
	MUJER	HOMBRE	Valor	P valor
Puntuación (N=489)				
Media (D.E.)	8.4 (±2.0)	8.2 (±2.2)	t=0.91 ^{NS}	.365
Rango (Mediana)	2 – 14 (8.0)	2 – 13 (8.0)		
Categorías (N=489)			Chi ² =0.94 ^{NS}	.626
Buena	16.7 % (56)	16.3 % (25)		
Media	67.3 % (226)	64.1 % (98)		
Baja	16.1 % (54)	19.6 % (30)		

N.S. = NO significativo ** = Altamente significativo

Se contrastaron también entre los dos grupos de edad establecidos (Tabla 14) resultando que solamente aparece significación en dos productos:

1. El escaso consumo de mantequilla o margarina ($p < .05$) que es superior en las mujeres: 71.7% vs 59.4%
2. La ingesta de vino en la cantidad indicada en el test ($p < .05$) que algo superior entre los hombres comparado con el grupo de mujeres: 8.7% vs 3.3%.

En el resto de productos, no se ha encontrado ninguna diferencia que pueda ser considerada como estadísticamente significativa ($p > .05$). Tampoco en el contraste de la variable total de adherencia, ni en puntuación media ni entre categorías, se alcanza a encontrar diferencias que sean estadísticamente significativas ($p > .05$) debidas a la edad.

Tabla 14: Análisis comparativo. Adherencia a la Dieta Mediterránea, en función de la Edad.

Consumo de...	EDAD		Test Chi-cuadrado	
	17 – 23 años	24 – 35 años	Valor	P valor
ACEITE DE OLIVA EN COCINA	97.1 % (408)	98.6 % (68)	0.45 ^{NS}	.500
ACEITE DE OLIVA: 4 c. /día	65.7 % (276)	69.6 % (48)	0.39 ^{NS}	.531
VERDURA /HORTALIZAS: >= 2 / día	73.6 % (309)	79.7 % (55)	1.17 ^{NS}	.279
FRUTA: >=3 / día	49.0 % (206)	39.1 % (27)	2.34 ^{NS}	.126
CARNE ROJA: <1 / día	65.5 % (275)	68.1 % (47)	0.18 ^{NS}	.668
MANTEQUILLA / MARGARINA: <1 / día	71.7 % (301)	59.4 % (41)	4.23 [*]	.040
BEBIDAS GAS/AZUCAR: <1 / día	70.7 % (297)	60.9 % (42)	2.70 ^{NS}	.100
VINO: >= 7 vasos / semana	3.3 % (14)	8.7 % (6)	4.34 [*]	.037
LEGUMBRES: >= 3 / semana	46.7 % (196)	55.1 % (38)	1.68 ^{NS}	.195
PESCADO / MARSCO: >= 3 / semana	41.7 % (175)	43.5 % (30)	0.08 ^{NS}	.777
REPOSTERÍA COMERCIAL: <2 / semana	50.7 % (213)	52.2 % (36)	0.05 ^{NS}	.822
FRUTOS SECOS: >= 3 / semana	53.1 % (223)	59.4 % (41)	0.95 ^{NS}	.329
POLLO / PAVO / CONEJO	76.4 % (321)	84.1 % (58)	1.98 ^{NS}	.160
PASTA / ARROZ / VEGETALES CON SALSA	70.5 % (296)	75.4 % (52)	0.69 ^{NS}	.406
Variables PREDIMED	EDAD		Test Chi-cuadrado	
	17 – 23 años	24 – 35 años	Valor	P valor
Puntuación (N=489)				
Media (D.E.)	8.4 (±2.1)	8.5 (±2.1)	t=0.66 ^{NS}	.511
Rango (Mediana)	2 – 14 (8.0)	2 – 13 (8.0)		
Categorías (N=489)			Chi ² =1.09 ^{NS}	.579
Buena	16.2 % (68)	18.8 % (13)		
Media	66.0 % (277)	68.1 % (47)		
Baja	17.9 % (75)	13.0 % (9)		

N.S. = NO significativo * = Significativo

Al contrastar el consumo de alimentos de la dieta mediterránea en función de los estudios de la madre (Tabla 15) se encontraron algunas diferencias que son significativas; en concreto:

1. En el consumo frecuente de legumbres ($p < .01$) que se reduce notablemente cuando la madre tiene estudios universitarios o superiores (43.3% vs 57.4% y 61.2%).
2. En el uso de la aceite de oliva en la cantidad recomendada ($p < .05$) que de nuevo es menor cuando la madre tiene estudios universitarios o superiores (62.6% vs 77.0% y 75.3%).
3. En la baja frecuencia de consumo de repostería comercial ($p < .05$) que una vez más se debe a cuando las madres tiene estudios universitarios o superiores (47.5% vs 65.6% y 55.3%). De hecho en esta variable, se observa una tendencia casi lineal a un incremento en el consumo de este tipo de productos a medida que aumentan los estudios de la madre.

4. Por último en la ingesta de vino ($p < .05$) que es menor en el grupo de estudiantes con madres de estudios universitarios o superiores (2.7% vs 6.6% y 8.2%).

En el resto de productos aunque se aprecian algunas diferencias, no alcanzan la significación estadística.

Pero, fruto de las significaciones arriba comentadas, al contrastar las puntuaciones medias de los tres grupos de nivel de estudios de la madre, se ha podido comprobar que el valor medio de adherencia en aquellos participantes con madres con estudios universitarios o superiores, es menor (8.2 puntos) significativamente ($p < .05$) que el valor medio de los que tienen madres con menos estudios (8.7 y 8.9). Esta diferencia no logra reflejarse cuando la variable se categoriza ($p > .05$), pero sí que se puede ver que el porcentaje con buena adherencia del grupo citado es menor que el de los grupos con menos estudios (14.0% vs 23.0% y 22.4%).

Tabla 15: Análisis comparativo. Adherencia a la Dieta Mediterránea, en función del Nivel de Estudios de la madre.

Consumo de...	ESTUDIOS DE LA MADRE			Test Chi-cuadrado	
	Primarios	Secundarios	Univ. / Sup.	Valor	P valor
ACEITE DE OLIVA EN COCINA	95.1 % (58)	96.5 % (82)	98.2 % (331)	2.56 ^{NS}	.278
ACEITE DE OLIVA: 4 c. /día	77.0 % (47)	75.3 % (64)	62.6 % (211)	8.30 *	.016
VERDURA /HORTALIZAS: >= 2 / día	75.4 % (46)	76.5 % (65)	74.5 % (251)	0.15 ^{NS}	.927
FRUTA: >=3 / día	49.2 % (30)	36.5 % (31)	50.4 % (170)	5.36 ^{NS}	.068
CARNE ROJA: <1 / día	67.2 % (41)	70.6 % (60)	64.7 % (218)	1.10 ^{NS}	.578
MANTEQUILLA / MARGARINA: <1 / día	68.9 % (42)	64.7 % (55)	71.2 % (240)	1.39 ^{NS}	.499
BEBIDAS GAS/AZUCAR: <1 / día	72.1 % (44)	68.2 % (58)	69.1 % (233)	0.28 ^{NS}	.870
VINO: >= 7 vasos / semana	6.6 % (4)	8.2 % (7)	2.7 % (9)	6.32 *	.042
LEGUMBRES: >= 3 / semana	57.4 % (35)	61.2 % (52)	43.3 % (146)	11.00**	.004
PESCADO / MARSCO: >= 3 / semana	39.3 % (24)	47.1 % (40)	41.2 % (139)	1.15 ^{NS}	.563
REPOSTERÍA COMERCIAL: <2 / semana	65.6 % (40)	55.3 % (47)	47.5 % (160)	7.48 *	.024
FRUTOS SECOS: >= 3 / semana	62.3 % (38)	58.8 % (50)	51.6 % (174)	3.24 ^{NS}	.198
POLLO / PAVO / CONEJO	83.6 % (51)	77.6 % (66)	76.0 % (256)	1.73 ^{NS}	.422
PASTA / ARROZ / VEGETALES CON SALSA	68.9 % (42)	75.3 % (64)	70.9 % (239)	0.86 ^{NS}	.649
Consumo de...	ESTUDIOS DE LA MADRE			Test de Contraste	
	Primarios	Secundarios	Univ. / Sup.	Valor	P valor
Puntuación (N=489)					
Media (D.E.)	8.9 (±2.1)	8.7 (±2.0)	8.2 (±2.1)	F=3.68 *	.026
Rango (Mediana)	4 – 13 (9.0)	4 – 14 (9.0)	2 – 14 (8.0)		
Categorías (N=489)				Chi ² =7.55 ^{NS}	.110
Buena	23.0 % (14)	22.4 % (19)	14.2 % (48)		
Media	65.6 % (40)	65.9 % (56)	66.8 % (225)		
Baja	11.5 % (7)	11.8 % (10)	19.0 % (64)		

N.S. = NO significativo * = Significativo ** = Altamente significativo

En cuanto al cruce con el nivel de estudios de los padres (Tabla 16) apenas aparecen diferencias que lleguen a la significación estadística. Solamente la hay en:

1. El consumo frecuente de verduras / hortalizas que es menor cuando los padres tienen estudios solo primarios: 60.7% vs 80.8% y 75.8%
2. el consumo frecuente de legumbres que ahora es menor en el caso de los participantes con padres con estudios más elevados: 44.1% vs 55.7% y 57.6%.

En todo caso, cuando se comparan las variables de puntuación total o categoría del grado de adherencia a la dieta mediterránea, no se llega a la significación en función de los estudios del padre.

Tabla 16: Análisis comparativo. Adherencia a la Dieta Mediterránea, en función del Nivel de Estudios del padre.

Consumo de...	ESTUDIOS DEL PADRE			Test Chi-cuadrado	
	Primarios	Secundarios	Univ. / Sup.	Valor	P valor
ACEITE DE OLIVA EN COCINA	95.1 % (58)	98.0 % (97)	97.8 % (315)	1.70 ^{NS}	.427
ACEITE DE OLIVA: 4 c. /día	70.5 % (43)	68.7 % (68)	65.8 % (212)	0.66 ^{NS}	.719
VERDURA / HORTALIZAS: >= 2 / día	60.7 % (37)	80.8 % (80)	75.8 % (244)	8.55 *	.014
FRUTA: >=3 / día	47.5 % (29)	41.4 % (41)	49.7 % (160)	2.08 ^{NS}	.354
CARNE ROJA: <1 / día	65.6 % (40)	66.7 % (66)	66.1 % (213)	0.02 ^{NS}	.990
MANTEQUILLA / MARGARINA: <1 / día	70.5 % (43)	61.6 % (61)	72.0 % (232)	3.92 ^{NS}	.141
BEBIDAS GAS/AZUCAR: <1 / día	70.5 % (43)	63.6 % (63)	70.8 % (228)	1.88 ^{NS}	.391
VINO: >= 7 vasos / semana	3.3 % (2)	5.1 % (5)	4.0 % (13)	0.33 ^{NS}	.848
LEGUMBRES: >= 3 / semana	55.7 % (34)	57.6 % (57)	44.1 % (142)	7.04 *	.030
PESCADO / MARSCO: >= 3 / semana	32.8 % (20)	40.4 % (40)	44.1 % (142)	2.81 ^{NS}	.245
REPOSTERÍA COMERCIAL: <2 / semana	52.5 % (32)	58.6 % (58)	48.4 % (156)	3.17 ^{NS}	.205
FRUTOS SECOS: >= 3 / semana	57.4 % (35)	54.5 % (54)	53.4 % (172)	0.33 ^{NS}	.847
POLLO / PAVO / CONEJO	77.0 % (47)	80.8 % (80)	76.1 % (245)	0.96 ^{NS}	.619
PASTA / ARROZ / VEGETALES CON SALSA	70.5 % (43)	70.7 % (70)	71.7 % (231)	0.07 ^{NS}	.968
Consumo de...	ESTUDIOS DEL PADRE			Test de Contraste	
	Primarios	Secundarios	Univ. / Sup.	Valor	P valor
Puntuación (N=489)					
Media (D.E.)	8.3 (±2.2)	8.5 (±2.0)	8.4 (±2.1)	F=0.16 ^{NS}	.853
Rango (Mediana)	2 – 13 (9.0)	4 – 14 (8.0)	3 – 14 (8.0)		
Categorías (N=489)				Chi ² =0.68 ^{NS}	.954
Buena	16.4 % (10)	18.2 % (18)	16.5 % (53)		
Media	63.9 % (39)	64.6 % (64)	67.4 % (217)		
Baja	19.7 % (12)	17.2 % (17)	16.1 % (52)		

N.S. = NO significativo * = Significativo

Dado en este cuestionario se trata de evaluar la adherencia a una dieta muy específicamente asociada de forma histórica a nuestro país, nos pareció interesante cruzar también a estas mismas variables del cuestionario PREDIMED, con una variable dicotómica creada a partir de los datos aportados por los participantes: nacionalidad española (sí / no). Los resultados de estos cruces (Tabla 17) revelan que:

1. Existen diferencias altamente significativas en:
 - a. El consumo de vino en la cantidad indicada ($p < .001$) que es bastante superior entre los encuestado extranjeros (10.9% vs 2.3%)
 - b. El consumo de frutos secos al menos 3 veces en semana ($p < .001$) que es muy superior entre los españoles (57.9% vs 38.6%)
 - c. Y el bajo uso de la mantequilla / margarina, menos de 1 vez al día ($p < .01$) que es mayor entre las mujeres (73.0% vs 58.4%).
2. También existe una diferencia, pero solo significativa con $p < .05$, en la baja ingesta de bebidas azucaradas o con gas, menos de una al día, que es mayor en españoles (71.4%) frente a los extranjeros (60.4%)
3. Se podría hablar de tendencias hacia la significación, es decir de diferencias casi significativa ($p < .10$) en:
 - a. El uso del aceite de oliva en la cantidad recomendada, que es mayor entre los españoles: 68.6% vs 58.4%
 - b. El consumo frecuente de legumbres que es algo mayor entre los extranjeros: 55.4% vs 46.0%.

En el resto de las variables, se aprecian pequeñas diferencias que en ningún caso alcanzan la significación estadística ($p > .05$) ni la tendencia hacia ella ($p > .10$). Tampoco aparece significación estadística cuando se compara la puntuación total de la variable de adherencia, aunque la media de los españoles es algo superior (8.4 vs 8.1), así como los casos dentro del grado de buena adherencia (17.1% vs 14.9%).

Tabla 17: Análisis comparativo. Adherencia a la Dieta Mediterránea, en función de la nacionalidad española.

Consumo de...	NACIONALIDAD		Test Chi-cuadrado	
	ESPAÑOL	NO español	Valor	P valor
ACEITE DE OLIVA EN COCINA	97.9 % (377)	96.0 % (97)	1.18 ^{NS}	.278
ACEITE DE OLIVA: 4 c. /día	68.6 % (264)	58.4 % (59)	3.70 ^{NS}	.054
VERDURA /HORTALIZAS: >= 2 / día	75.3 % (290)	70.3 % (71)	1.06 ^{NS}	.304
FRUTA: >=3 / día	48.1 % (185)	44.6 % (45)	0.39 ^{NS}	.531
CARNE ROJA: <1 / día	65.7 % (253)	65.3 % (66)	0.01 ^{NS}	.945
MANTEQUILLA / MARGARINA: <1 / día	73.0 % (281)	58.4 % (59)	8.08**	.004
BEBIDAS GAS/AZUCAR: <1 / día	71.4 % (275)	60.4 % (61)	4.56 *	.033
VINO: >= 7 vasos / semana	2.3 % (9)	10.9 % (11)	14.84**	.000
LEGUMBRES: >= 3 / semana	46.0 % (177)	55.4 % (56)	2.88 ^{NS}	.090
PESCADO / MARISCO: >= 3 / semana	42.3 % (163)	41.6 % (42)	0.02 ^{NS}	.891
REPOSTERÍA COMERCIAL: <2 / semana	49.4 % (190)	57.4 % (58)	2.09 ^{NS}	.148
FRUTOS SECOS: >= 3 / semana	57.9 % (223)	38.6 % (39)	12.00**	.001
POLLO / PAVO / CONEJO	76.1 % (293)	82.2 % (83)	1.69 ^{NS}	.194
PASTA / ARROZ / VEGETALES CON SALSA	70.4 % (271)	74.3 % (75)	0.58 ^{NS}	.445
Variables PREDIMED	NACIONALIDAD		Test de Contraste	
	ESPAÑOL	NO español	Valor	P valor
Puntuación (N=489)				
Media (D.E.)	8.4 (±2.1)	8.1 (±2.2)	t=1.30 ^{NS}	.194
Rango (Mediana)	2 – 14 (8.0)	2 – 13 (8.0)		
Categorías (N=489)			Chi ² =0.73 ^{NS}	.694
Buena	17.1 % (66)	14.9 % (15)		
Media	66.2 % (255)	65.3 % (66)		
Baja	16.6 % (64)	19.8 % (20)		

N.S. = NO significativo * = Significativo ** = Altamente significativo

Completa la información acerca de la dieta de estos encuestados dos preguntas añadidas, al respecto del número de ingestas diarias y del consumo de café o bebidas estimulantes. Se ha encontrado que el número de ingestas diarias oscila entre 1 (3 casos) y 8 (1 caso) con mediana en 4 veces; siendo los más frecuente: 5 veces (40.0%) y 4 veces (32.7%). La media total es de 4.2 veces/diarias (desviación estándar: ± 1.0). No se encontraron diferencias significativas ($p > .05$) ni en función del sexo, ni de la edad, ni de los estudios de los padres aunque es cierto que en el caso de los estudio de la madre se estuvo cerca de la significación ($p < .10$). Donde sí que apareció una diferencia altamente significativa ($p < .001$) fue al comparar la nacionalidad, que según los valores promedio se explica por un mayor número de ingestas/día de los españoles (Tabla 18).

Tabla 18: Número de ingestas de comida al día, en función de: Sexo, Edad y según nacionalidad española.

COMIDA	SEXO			Test de Contraste	
	MUJERES	HOMBRES		Valor	P valor
(N=483) Media (D.E.)	4.2 (±0.9)	4.1 (±1.0)		t=0.46 ^{NS}	.645
Rango (Mediana)	1 – 8 (4.0)	2 – 6 (4.0)			
	EDAD			Test de Contraste	
	17 – 23 años	24 – 35 años		Valor	P valor
(N=483) Media (D.E.)	4.2 (±0.9)	4.1 (±1.1)		t=0.98 ^{NS}	.327
Rango (Mediana)	1 – 8 (4.0)	1 – 6 (4.0)			
	ESTUDIOS DE LA MADRE			Test de Contraste	
	Primarios	Secundarios	Univ/Sup	Valor	P valor
(N=483) Media (D.E.)	4.4 (±0.9)	4.1 (±1.0)	4.1 (±1.0)	F=2.69 ^{NS}	.069
Rango (Mediana)	2 – 6 (5.0)	2 – 6 (4.0)	1 – 8 (4.0)		
	ESTUDIOS DEL PADRE			Test de Contraste	
	Primarios	Secundarios	Univ/Sup	Valor	P valor
(N=483) Media (D.E.)	4.3 (±0.7)	4.2 (±1.0)	4.1 (±1.0)	F=1.94 ^{NS}	.146
Rango (Mediana)	2 – 5 (4.0)	2 – 6 (4.0)	1 – 8 (4.0)		
	NACIONALIDAD			Test de Contraste	
	ESPAÑOL	NO español		Valor	P valor
(N=483) Media (D.E.)	4.4 (±0.8)	3.3 (±1.0)		t=10.89**	.000
Rango (Mediana)	2 – 8 (5.0)	1 – 6 (3.0)			

N.S. = NO significativo ** = Altamente significativo

La cantidad de cafés o de bebidas energéticas consumidas de forma diaria oscila entre 0 (28.7% de casos) y 8 (1 caso) con mediana en 1 vez. Las respuestas más frecuente, son: el mínimo o ya citado, junto a 1 vez (28.3%) y 2 veces (28.7%). La media total es de 1.3 veces/diarias (desviación estándar: ±1.2). No se encontró diferencia significativa al contrastar estas cifras entre sexos ($p > .05$) ni entre los estudios de los padres aunque de nuevo se estuvo cerca de ella en el caso de la madre ($p < .10$). Pero donde sí que aparece una alta significación estadística ($p < = .001$) es al comparar por edad, siendo el promedio algo superior entre los participantes con más edad que entre los más jóvenes. Así mismo, se ha encontrado una diferencia significativa ($p < .05$) en función de la nacionalidad, debido a una menor ingesta de este tipo de bebidas entre los españoles (Tabla 19).

Tabla 19: Análisis comparativo. Número de cafés y bebidas energéticas consumidos al día, en función de: Sexo, Edad y Nacionalidad española.

COMIDA		SEXO			Test de Contraste	
		MUJERES	HOMBRES		Valor	P valor
(N=483)	Media (D.E.)	1.3 (±1.0)	1.5 (±1.4)		$Z_U=0.86$ NS	.390
	Rango (Mediana)	0 – 4 (1.0)	0 – 8 (1.0)			
		EDAD			Test de Contraste	
		17 – 23 años	24 – 35 años		Valor	P valor
(N=483)	Media (D.E.)	1.3 (±1.1)	1.8 (±1.4)		$Z_U=3.27^{**}$	.001
	Rango (Mediana)	0 – 8 (1.0)	0 – 5 (2.0)			
		ESTUDIOS DE LA MADRE			Test de Contraste	
		Primarios	Secundarios	Univ/Sup	Valor	P valor
(N=483)	Media (D.E.)	1.3 (±1.2)	1.6 (±1.2)	1.3 (±1.1)	$F=2.69$ NS	.069
	Rango (Mediana)	0 – 4 (1.0)	0 – 5 (1.0)	0 – 8 (1.0)		
		ESTUDIOS DEL PADRE			Test de Contraste	
		Primarios	Secundarios	Univ/Sup	Valor	P valor
(N=483)	Media (D.E.)	1.2 (±1.2)	1.5 (±1.2)	1.3 (±1.1)	$F=1.16$ NS	.315
	Rango (Mediana)	0 – 4 (1.0)	0 – 4 (1.0)	0 – 8 (1.0)		
		NACIONALIDAD			Test de Contraste	
		ESPAÑOL	NO español		Valor	P valor
(N=483)	Media (D.E.)	1.3 (±1.1)	1.6 (±1.3)		$Z_U=2.21$ *	.027
	Rango (Mediana)	0 – 8 (1.0)	0 – 5 (2.0)			

N.S. = NO significativo ** = Altamente significativo

4.6 ACTIVIDAD FÍSICA

Utilizamos el test IPAQ para medir la cantidad de actividad física practicada por los estudiantes. Este instrumento está formado por 7 ítems donde se pregunta por el tiempo dedicado a realizar actividad física: intensa / moderada / caminata / sentado. Se desecharon todas aquellas respuestas que no cuantificaban numéricamente el aspecto sobre el que se pregunta, si no que habían escrito palabras como “demasiado”, “mucho”, “poco” etc... Los tiempos expresados en horas se convirtieron a minutos. Las respuestas ilógicas (ejemplo: “40 horas al día”) también fueron descartadas.

Por tanto, solo a partir de las respuestas válidas (N=413) de los participantes a estas preguntas, se pudieron calcular los METS que cuantifican la actividad física de la persona. En la variable que se ha obtenido se han observado valores entre 0 MET (3 casos) y 22182 MET (1

caso) con mediana en 3402. La distribución tiene una clara asimetría (Figura 22) con concentración de casos en valores bajos. No obstante considerando los puntos de corte establecidos (660 y 1500 METS): solo un 3.1% de este grupo informa de una actividad física baja, un 11.6% estaría en la categoría moderada y el mayoritario 85.2% (352 de los 413) en la categoría de actividad física alta. El valor medio es de 4356 METES (IC: 4012 – 4698; con desviación estándar de ± 3541 METS).

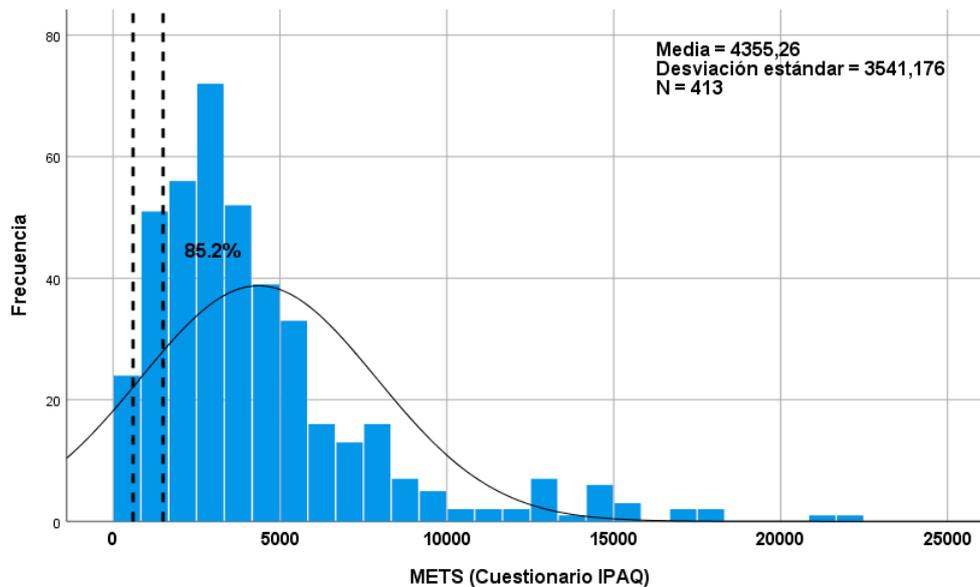


Figura 22: Distribución de METS

Estas variables se contrastaron en función de: sexo, edad y los estudios de ambos padres. Los resultados se resumen en la Tabla 20 donde podemos ver que solamente aparece significación estadística al comparar los valores medios de METS entre hombres y mujeres ($p < .01$) siendo mayor la actividad física de los hombres (4944 vs 4076). Diferencia que luego ya no plasma al contrastar las categorías de actividad ($p > .05$).

Tampoco hay diferencias suficientes como para alcanzar la significación estadística ($p > .05$) en función de edad y de los estudios de los padres.

Tabla 20: Análisis comparativo. Actividad física (IPAQ), en función de los factores sociodemográficos. (N=413)

ACTIVIDAD FÍSICA (IPAQ)	SEXO			Test de contraste	
	MUJER	HOMBRE		Valor	P valor
Total METS				$Z_U=2.75^{**}$	.006
Media (D.E.)	4076 (± 3448)	4944 (± 3675)			
Rango (Mediana)	0 – 22182 (3122)	0 – 16986 (4029)			
Categ. Activ. Física				$\text{Chi}^2=2.19^{\text{NS}}$	.335
Alta	83.6 % (234)	88.7 % (118)			
Media	13.2 % (37)	8.3 % (11)			
Baja	3.2 % (9)	3.0 % (4)			
ACTIVIDAD FÍSICA (IPAQ)	EDAD			Test de contraste	
	17 – 23 años	24 – 35 años		Valor	P valor
Total METS				$Z_U=1.56^{\text{NS}}$	.118
Media (D.E.)	4176 (± 3292)	5471 (± 4697)			
Rango (Mediana)	0 – 22182 (3346)	0–21546 (3549)			
Categ. Activ. Física				$\text{Chi}^2=1.01^{\text{NS}}$	.604
Alta	84.6 % (301)	89.5 % (51)			
Media	12.1 % (43)	8.8 % (5)			
Baja	3.4 % (12)	1.8 % (1)			
ACTIVIDAD FÍSICA (IPAQ)	ESTUDIOS DE LA MADRE			Test de contraste	
	Primarios	Secundarios	Univ. / Sup.	Valor	P valor
Total METS					
Media (D.E.)	4350 (± 4011)	3841 (± 3006)	4514 (± 3596)	$H=4.01^{\text{NS}}$	.135
Rango (Mediana)	334 – 16746 (2982)	517 – 14586 (2826)	0–22182 (3573)		
Categ. Activ. Física				$\text{Chi}^2=5.53^{\text{NS}}$	.237
Alta	77.1 % (37)	86.5 % (64)	86.4 % (248)		
Media	20.8 % (10)	12.2 % (9)	10.1 % (29)		
Baja	2.1 % (1)	1.4 % (1)	3.5 % (10)		
ACTIVIDAD FÍSICA (IPAQ)	ESTUDIOS DEL PADRE			Test de contraste	
	Primarios	Secundarios	Univ. / Sup.	Valor	P valor
Total METS					
Media (D.E.)	3863 (± 3688)	4377 (± 3462)	4462 (± 3567)	$H=3.84^{\text{NS}}$	.147
Rango (Mediana)	40 – 16746 (2628)	512 – 22182 (3573)	0 – 21546 (3520)		
Categ. Activ. Física				$\text{Chi}^2=4.96^{\text{NS}}$	.292
Alta	76.5 % (39)	85.4 % (70)	86.5 % (238)		
Media	17.6 % (9)	13.4 % (11)	10.2 % (28)		
Baja	5.9 % (3)	1.2 % (1)	3.3 % (9)		

N.S. = NO significativo ** = Altamente Significativo

4.7 TABACO

En la Tabla 21 se resumen las opiniones de los encuestados hacia el consumo de tabaco. De estas, lo más destacable es que está totalmente de acuerdo: (1) un 93.7% en que el tabaco es perjudicial para la salud, (2) un 90% en que produce adicción y (3) un 82.3% en que es una droga. Donde hay más disparidad de opinión es en la afirmación de que “fumar es una enfermedad”, donde está de acuerdo algo más de la mitad de la muestra: 58.7% (41.6% totalmente + 17.1% muy de acuerdo; mientras que por el contrario hay un 11.5% que no está nada de acuerdo.

Tabla 21: Análisis descriptivo. Actitudes hacia el consumo de tabaco.

ITEMS	N válido	Respuestas					Media	Desv. Están- dar
		1 Nada de acuerdo	2 Algo de acuerdo	3 Bas- tante de acuerdo	4 Muy de acuerdo	5 Totalmen- te. de acuer- do		
<i>Fumar provoca efectos perjudiciales en la salud del fumador</i>	379	---	0.3 % (1)	0.5 % (2)	5.5 % (21)	93.7 % (355)	4.93	0.31
<i>Fumar es una enfermedad</i>	375	11.5 % (43)	13.9 % (52)	16.0 % (60)	17.1 % (64)	41.6 % (156)	3.63	1.43
<i>El tabaco produce adicción</i>	380	0.3 % (1)	0.3 % (1)	1.8 % (7)	7.6 % (29)	90.0 % (342)	4.87	0.45
<i>El tabaco es una droga</i>	378	2.1 % (8)	3.2 % (12)	4.5 % (17)	7.9 % (30)	82.3 % (311)	4.65	0.87

Considerando la escala de respuesta como de tipo Likert, se ha calculado los valores medios de estos ítems (escala 1-5; de menos a más acuerdo) para contrastarlos en función de los factores sociodemográficos como el sexo y la edad. Los resultados se exponen a continuación (Tabla 22 y Tabla 23).

Aparece significación en el primer ítem: la opinión acerca de que el tabaco es perjudicial para la salud ($p < .001$). Siendo las opiniones de unos y otros muy de acuerdo con esta afirmación, es algo superior en las mujeres (4.96 vs 4.74). Y también se encuentra una diferencia significativa en el último: la afirmación de que el tabaco es una droga ($p < .01$), donde como en la anterior, dentro del muy elevado grado de acuerdo de todos, la media es algo superior en las mujeres (4.73 vs 4.46).

Tabla 22: Análisis comparativo. Diferencias en las Actitudes hacia el consumo del tabaco, en función del Sexo.

ITEMS	SEXO		Test de Mann-Whitney	
	Mujer	Hombre	Valor	P valor
Perjudicial para la salud			4.07**	.000
Media (D.E.)	4.96 (±0.24)	4.74 (±0.41)		
Rango (Mediana)	2 – 5 (5.00)	3 – 5 (5.00)		
Fumar es una enfermedad			0.82 NS	.414
Media (D.E.)	3.60 (±1.43)	3.72 (±1.43)		
Rango (Mediana)	1 – 5 (4.00)	1 – 5 (4.00)		
Produce adicción			1.61 NS	.108
Media (D.E.)	4.88 (±0.47)	4.85 (±0.38)		
Rango (Mediana)	1 – 5 (5.00)	3 – 5 (5.00)		
Tabaco es una droga			3.12**	.002
Media (D.E.)	4.73 (±0.77)	4.46 (±1.06)		
Rango (Mediana)	1 – 5 (5.00)	1 – 5 (5.00)		

N.S. = NO significativo ** = Altamente significativo

En este caso, las diferencias observadas entre uno y otro grupo de edad, no alcanzan la significación estadística ($p > .05$).

Tabla 23: Análisis comparativo. Diferencias en las Actitudes hacia el consumo del tabaco, en función de la Edad.

ITEMS	EDAD		Test de Mann-Whitney	
	17 – 23 años	24 – 35 años	Valor	P valor
Perjudicial para la salud			1.84 NS	.065
Media (D.E.)	4.93 (±0.30)	4.88 (±0.33)		
Rango (Mediana)	2 – 5 (5.00)	4 – 5 (5.00)		
Fumar es una enfermedad			0.24 NS	.812
Media (D.E.)	3.63 (±1.41)	3.64 (±1.53)		
Rango (Mediana)	1 – 5 (4.00)	1 – 5 (4.00)		
Produce adicción			0.09 NS	.928
Media (D.E.)	4.87 (±0.45)	4.87 (±0.39)		
Rango (Mediana)	1 – 5 (5.00)	3 – 5 (5.00)		
Tabaco es una droga			1.35 NS	.178
Media (D.E.)	4.69 (±0.79)	4.35 (±1.28)		
Rango (Mediana)	1 – 5 (5.00)	1 – 5 (5.00)		

N.S. = NO significativo

A continuación se exponen los resultados de las actitudes hacia el consumo en función de los estudios de la madre (Tabla 24) y del padre (Tabla 25). Solamente se ha encontrado una significación en el ítem que valora la opinión sobre si el tabaco es una enfermedad ($p < .05$). En este ítem, la opinión general no está tan de acuerdo como en los demás, y al comparar los grupos entre sí se aprecia que la significación se debe a que en el caso de aquellos participantes con madres con estudios superiores, el grado de acuerdo es menor (3.53 vs 3.98 y 3.84). En el resto de ítems, no hay significación ($p > .05$)

Tabla 24: Análisis comparativo. Diferencias en las Actitudes hacia el consumo del tabaco, en función de los estudios de la madre.

ITEMS	ESTUDIOS DE LA MADRE			Test de Kurskall-Wallis	
	Primarios	Secundarios	Univ. / Sup.	Valor	P valor
Perjudicial para la salud				1.52 ^{NS}	.467
Media (D.E.)	4.98 (±0.15)	4.92 (±0.41)	4.93 (±0.27)		
Rango (Mediana)	4 – 5 (5.00)	2 – 5 (5.00)	3 – 5 (5.00)		
Fumar es una enfermedad				6.65 *	.036
Media (D.E.)	3.98 (±1.46)	3.84 (±1.38)	3.53 (±1.42)		
Rango (Mediana)	1 – 5 (5.00)	1 – 5 (4.50)	1 – 5 (4.00)		
Produce adicción				1.46 ^{NS}	.483
Media (D.E.)	4.95 (±0.21)	4.89 (±0.32)	4.86 (±0.48)		
Rango (Mediana)	4 – 5 (5.00)	4 – 5 (5.00)	1 – 5 (5.00)		
Tabaco es una droga				3.81 ^{NS}	.149
Media (D.E.)	4.84 (±0.68)	4.61 (±0.95)	4.64 (±0.87)		
Rango (Mediana)	1 – 5 (5.00)	1 – 5 (5.00)	1 – 5 (5.00)		

N.S. = NO significativo * = Significativo

Tabla 25: Análisis comparativo. Diferencias en las Actitudes hacia el consumo del tabaco, en función de los estudios del padre.

ITEMS	ESTUDIOS DEL PADRE			Test de Kurskall-Wallis	
	Primarios	Secundarios	Univ. / Sup.	Valor	P valor
Perjudicial para la salud				2.77 ^{NS}	.250
Media (D.E.)	4.96 (±0.20)	4.97 (±0.16)	4.91 (±0.34)		
Rango (Mediana)	4 – 5 (5.00)	4 – 5 (5.00)	2 – 5 (5.00)		
Fumar es una enfermedad				3.95 ^{NS}	.139
Media (D.E.)	3.77 (±1.43)	3.88 (±1.36)	3.54 (±1.44)		
Rango (Mediana)	1 – 5 (4.00)	1 – 5 (5.00)	1 – 5 (4.00)		
Produce adicción				1.24 ^{NS}	.538
Media (D.E.)	4.92 (±0.35)	4.91 (±0.34)	4.86 (±0.48)		
Rango (Mediana)	3 – 5 (5.00)	3 – 5 (5.00)	1 – 5 (5.00)		
Tabaco es una droga				4.69 ^{NS}	.096
Media (D.E.)	4.85 (±0.65)	4.65 (±0.89)	4.62 (±0.90)		
Rango (Mediana)	1 – 5 (5.00)	1 – 5 (5.00)	1 – 5 (5.00)		

N.S. = NO significativo

Se les pidió la opinión acerca de la eficacia de posibles medidas para reducir el consumo de tabaco (Tabla 26). Son 7 ítems de 5 opciones Likert, desde 1=nada eficaz hasta 5=mucho. La descriptiva para la muestra total se resume en la tabla 34 que sigue.

Entre esos resultados cabe destacar que la opinión de la mayor parte de la muestra en la mayoría de los ítems, se reparte entre las respuestas “algo” (3) y “mucho” (5). Por ello, los valores medios de todos los ítems se encuentran entre: un mínimo de 3.52 para el ítem de la Ley Antitabaco, que es la medida que se considera menos eficaz; y un máximo de 4.33 para el ítem que propone que los padres no fumen, y que sería la medida más eficaz. A ésta le sigue en segundo lugar, la realización de programas de prevención y educación (4.01)

Tabla 26: *Análisis descriptivo.* Actitudes hacia el consumo de tabaco.

ITEMS	N válido	Respuestas					Media	Desv. Estándar
		1 Nada	2 Poco	3 Algo	4 Bastante	5 Mucho		
Incremento de precio del tabaco	381	5.2 % (20)	7.1 % (27)	17.6 % (67)	28.6 % (109)	41.5 % (158)	3.94	1.16
Ley Antitabaco 28/2005 (vigente)	375	9.1 % (34)	14.1 % (53)	23.7 % (89)	22.1 % (83)	30.9 % (116)	3.52	1.30
Programas de prevención y educación en salud	378	1.9 % (7)	7.7 % (29)	21.7 % (82)	24.9 % (94)	43.9 % (166)	4.01	1.06
Programas de intervención anti-tabaco	378	1.3 % (5)	9.3 % (35)	24.3 % (92)	33.1 % (125)	32.0 % (121)	3.85	1.02
Eliminación de la publicidad	378	7.7 % (29)	13.0 % (49)	18.3 % (69)	19.0 % (72)	42.1 % (159)	3.75	1.32
Padres que no fuman	378	3.7 % (14)	4.8 % (18)	7.1 % (27)	23.5 % (89)	60.8 % (230)	4.33	1.05
Profesionales de la salud y profesores que no fuman	378	5.8 % (22)	9.3 % (35)	14.8 % (56)	20.1 % (76)	50.0 % (189)	3.99	1.24

Al comparar en función del sexo (Tabla 27) solamente aparece significación estadística en el ítem relativo a la utilización de programas de intervención antitabaco ($p < .05$). Esto se debe a que la media de acuerdo de los hombres es superior a la de las mujeres (4.00 vs 3.79). En el resto de ítems no hay diferencias suficiente como para alcanzar la significación estadística ($p > .05$).

Tabla 27: Análisis comparativo. Diferencias en la opinión sobre la eficacia de las medidas que se pueden tomar para lograr la reducción del consumo del tabaco, en función del Sexo.

ITEMS	SEXO		Test de Mann-Whitney	
	Mujer	Hombre	Valor	P valor
Incremento del precio			1.09 ^{NS}	.276
Media (D.E.)	4.00 (±1.10)	3.80 (±1.29)		
Rango (Mediana)	1 – 5 (4.00)	1 – 5 (4.00)		
Ley Antitabaco			1.06 ^{NS}	.289
Media (D.E.)	3.48 (±1.27)	3.60 (±1.39)		
Rango (Mediana)	1 – 5 (4.00)	1 – 5 (4.00)		
Prog. Prevención y educación			1.68 ^{NS}	.094
Media (D.E.)	3.96 (±1.06)	4.13 (±1.07)		
Rango (Mediana)	1 – 5 (4.00)	1 – 5 (5.00)		
Prog. Intervención antitabaco			2.42 *	.015
Media (D.E.)	3.79 (±0.96)	4.00 (±1.12)		
Rango (Mediana)	1 – 5 (4.00)	1 – 5 (4.00)		
Eliminación publicidad			1.65 ^{NS}	.120
Media (D.E.)	3.69 (±1.32)	3.89 (±1.34)		
Rango (Mediana)	1 – 5 (4.00)	1 – 5 (4.00)		
Padres no fumen			1.61 ^{NS}	.108
Media (D.E.)	4.31 (±1.00)	4.37 (±1.15)		
Rango (Mediana)	1 – 5 (5.00)	1 – 5 (5.00)		
Sanitarios y profesores no fume			0.75 ^{NS}	.454
Media (D.E.)	3.98 (±1.22)	4.03 (±1.30)		
Rango (Mediana)	1 – 5 (4.00)	1 – 5 (5.00)		

N.S. = NO significativo * = Significativo

En el contraste entre los grupos de edad (Tabla 28) no aparece ninguna significación ($p > .05$).

Tabla 28: Análisis comparativo. Diferencias en la opinión sobre la eficacia de las medidas que se pueden tomar para lograr la reducción del consumo del tabaco, en función de la Edad.

ITEMS	EDAD		Test de Mann-Whitney	
	17 – 23 años	24 – 35 años	Valor	P valor
Incremento del precio			1.33 ^{NS}	.184
Media (D.E.)	3.99 (±1.09)	3.58 (±1.51)		
Rango (Mediana)	1 – 5 (4.00)	1 – 5 (4.00)		
Ley Antitabaco			1.89 ^{NS}	.059
Media (D.E.)	3.47 (±1.30)	3.84 (±1.28)		
Rango (Mediana)	1 – 5 (4.00)	1 – 5 (4.00)		
Prog. Prevención y educación			0.48 ^{NS}	.634
Media (D.E.)	4.02 (±1.06)	3.94 (±1.11)		
Rango (Mediana)	1 – 5 (4.00)	1 – 5 (4.00)		
Prog. Intervención antitabaco			0.84 ^{NS}	.399
Media (D.E.)	3.84 (±1.00)	3.94 (±1.11)		
Rango (Mediana)	1 – 5 (4.00)	1 – 5 (4.00)		
Eliminación publicidad			0.72 ^{NS}	.469
Media (D.E.)	3.74 (±1.31)	3.83 (±1.40)		
Rango (Mediana)	1 – 5 (4.00)	1 – 5 (4.50)		
Padres no fumen			0.28 ^{NS}	.780
Media (D.E.)	4.35 (±1.00)	4.17 (±1.33)		
Rango (Mediana)	1 – 5 (5.00)	1 – 5 (5.00)		
Sanitarios y profesores no fume			0.55 ^{NS}	.581
Media (D.E.)	4.02 (±1.21)	3.81 (±1.44)		
Rango (Mediana)	1 – 5 (4.00)	1 – 5 (5.00)		

N.S. = NO significativo

En el contraste con los estudios de la madre (Tabla 29) tampoco aparece ninguna significación estadística ($p < .05$). En el caso del contraste en función de los estudios del padre (Tabla 30) solamente aparece significación en un ítem: la eficacia de los programas de intervención antitabaco ($p < .05$) de nuevo. Esta significación se explica porque el grado de acuerdo con la eficacia de esta medida es superior en aquellos participantes cuyos padres tienen estudios de secundaria (4.09) y es menor en aquellos cuyos padres tienen estudios solo primarios (3.62).

Tabla 29: Análisis comparativo. Diferencias en la opinión sobre la eficacia de las medidas que se pueden tomar para lograr la reducción del consumo del tabaco, en función de los estudios de la madre.

ITEMS	ESTUDIOS DE LA MADRE			Test de Kurskall-Wallis	
	Primarios	Secundarios	Univ. / Sup.	Valor	P valor
Incremento del precio				0.39 ^{NS}	.821
Media (D.E.)	3.98 (±1.09)	3.98 (±1.23)	3.93 (±1.16)		
Rango (Mediana)	1 – 5 (4.00)	1 – 5 (4.00)	1 – 5 (4.00)		
Ley Antitabaco				1.97 ^{NS}	.373
Media (D.E.)	3.57 (±1.39)	3.74 (±1.17)	3.47 (±1.32)		
Rango (Mediana)	1 – 5 (4.00)	1 – 5 (4.00)	1 – 5 (4.00)		
Prog. Prevención y educación				0.08 ^{NS}	.961
Media (D.E.)	4.02 (±1.12)	4.00 (±1.04)	4.02 (±1.07)		
Rango (Mediana)	1 – 5 (4.00)	2 – 5 (4.00)	1 – 5 (4.00)		
Prog. Intervención antitabaco				0.48 ^{NS}	.786
Media (D.E.)	3.86 (±1.04)	3.94 (±0.99)	3.83 (±1.02)		
Rango (Mediana)	2 – 5 (4.00)	2 – 5 (4.00)	1 – 5 (4.00)		
Eliminación publicidad				0.74 ^{NS}	.690
Media (D.E.)	3.81 (±1.30)	3.83 (±1.35)	3.71 (±1.33)		
Rango (Mediana)	1 – 5 (4.00)	1 – 5 (4.00)	1 – 5 (4.00)		
Padres no fumen				1.95 ^{NS}	.376
Media (D.E.)	4.47 (±0.94)	4.20 (±1.12)	4.34 (±1.06)		
Rango (Mediana)	1 – 5 (5.00)	1 – 5 (5.00)	1 – 5 (5.00)		
Sanitarios y profesores no fume				3.22 ^{NS}	.200
Media (D.E.)	4.30 (±1.10)	3.91 (±1.41)	3.96 (±1.22)		
Rango (Mediana)	1 – 5 (5.00)	1 – 5 (5.00)	1 – 5 (4.00)		

N.S. = NO significativo

Tabla 30: Análisis comparativo. Diferencias en la opinión sobre la eficacia de las medidas que se pueden tomar para lograr la reducción del consumo del tabaco, en función de los estudios del padre.

ITEMS	ESTUDIOS DEL PADRE			Test de Kurskall-Wallis	
	Primarios	Secundarios	Univ. / Sup.	Valor	P valor
Incremento del precio				1.84 ^{NS}	.398
Media (D.E.)	3.81 (±1.18)	4.11 (±1.03)	3.93 (±1.18)		
Rango (Mediana)	1 – 5 (4.00)	1 – 5 (4.00)	1 – 5 (4.00)		
Ley Antitabaco				2.58 ^{NS}	.275
Media (D.E.)	3.49 (±1.38)	3.76 (±1.19)	3.47 (±1.32)		
Rango (Mediana)	1 – 5 (4.00)	1 – 5 (4.00)	1 – 5 (4.00)		
Prog. Prevención y educación				2.63 ^{NS}	.268
Media (D.E.)	3.80 (±1.05)	4.08 (±1.01)	4.03 (±1.09)		
Rango (Mediana)	2 – 5 (4.00)	2 – 5 (4.00)	1 – 5 (4.00)		
Prog. Intervención antitabaco				7.34 [*]	.025
Media (D.E.)	3.62 (±0.99)	4.09 (±0.93)	3.83 (±1.03)		
Rango (Mediana)	2 – 5 (4.00)	2 – 5 (4.00)	1 – 5 (4.00)		
Eliminación publicidad				1.62 ^{NS}	.444
Media (D.E.)	3.72 (±1.31)	3.87 (±1.41)	3.70 (±1.31)		
Rango (Mediana)	1 – 5 (4.00)	1 – 5 (5.00)	1 – 5 (4.00)		
Padres no fumen				0.10 ^{NS}	.949
Media (D.E.)	4.34 (±1.09)	4.40 (±0.94)	4.32 (±1.06)		
Rango (Mediana)	1 – 5 (5.00)	1 – 5 (5.00)	1 – 5 (5.00)		
Sanitarios y profesores no fume				2.58 ^{NS}	.278
Media (D.E.)	4.06 (±1.25)	4.17 (±1.16)	3.92 (±1.26)		
Rango (Mediana)	1 – 5 (5.00)	1 – 5 (5.00)	1 – 5 (4.00)		

N.S. = NO significativo * = Significativo

A la pregunta planteada sobre si el propio encuestado consume tabaco, responden afirmativamente solo 78 participantes, que suponen el 17.1% de los 457 que respondieron y que sería el 16% del total de la muestra total (de N=489); 32 personas no responden y seguramente no sean fumadores, pero no podemos asumirlo con seguridad. En todo caso, sea un 17.1% o sea un 16%, se trata de una tasa llamativamente baja.

Contrastado en función de sexo del encuestado (Tabla 31) aparece una alta significación estadística ($p < .001$) debida a que hay bastantes más fumadores entre los hombres comparado con el grupo de mujeres: 26.0% vs 12.9% respectivamente. También al comparar por edad (Tabla 36 de nuevo) aparece una diferencia muy significativa ($p < .01$) porque se encuentran más fumadores en el grupo de participantes de más edad: 28.8% vs 15.1%. Donde no se encontró diferencias que lleguen a la significación estadística ($p > .05$) fue en el contraste en función de los estudios de padre y madre.

Tabla 31: Análisis comparativo. Porcentaje de fumadores, en función de los factores sociodemográficos. (N=473)

	SEXO			Test Chi-Cuadrado	
	Mujer	Hombre		Valor	P valor
ES FUMADOR	12.9 % (40)	26.0 % (38)		12.17**	.000
	EDAD			Test Chi-Cuadrado	
	17 – 23 años	24 – 35 años		Valor	P valor
ES FUMADOR	15.1 % (59)	28.8 % (19)		7.49**	.006
	ESTUDIOS DE LA MADRE			Test Chi-Cuadrado	
	Primarios	Secundarios	Univ. / Sup.	Valor	P valor
ES FUMADOR	10.7 % (6)	19.3 % (16)	17.6 % (55)	1.95 ^{NS}	.377
	ESTUDIOS DEL PADRE			Test Chi-Cuadrado	
	Primarios	Secundarios	Univ. / Sup.	Valor	P valor
ES FUMADOR	10.5 % (6)	15.6 % (15)	18.9 % (56)	2.53 ^{NS}	.282

N.S. = NO significativo ** = Altamente Significativo

Se filtró la base de datos para seleccionar solamente a esos 78 fumadores para analizar el resto de variables relativas al consumo de tabaco.

Consultados sobre su edad de inicio como fumadores, nos respondieron (n=71; 7 no responden) con valores entre 12 y 23 años con mediana en 16 años, que es a la vez la respuestas más frecuente (28.2%). La variable tiende hacia la normalidad estadística, siendo la edad media de 16.2 años (IC: 15.7 – 16.6; con desviación estándar: ± 1.81). Se contrastó esta edad media en función de las variables sociodemográficas que estamos considerando en todo el estudio. Los resultados (Tabla 32) nos indican que en todos ellos las edades son muy similares con independencia del sexo, de la edad o de los estudios de los padres; es decir que ninguna de las diferencias son estadísticamente significativas ($p > .05$).

Tabla 32: Análisis comparativo. Edad de inicio al consumo de tabaco, en función de los factores sociodemográficos. (N=71)

	SEXO			Test de contraste	
	Mujer	Hombre		Valor	P valor
Media (D.E.)	16.22 (± 1.84)	16.09 (± 1.81)		t=0.32 ^{NS}	.753
Rango (Mediana)	12 – 23 (16.00)	13 – 21 (16.00)			
	EDAD			Test de contraste	
	17 – 23 años	24 – 35 años		Valor	P valor
Media (D.E.)	16.18 (± 1.61)	16.06 (± 2.44)		t=0.23 ^{NS}	.818
Rango (Mediana)	12 – 21 (16.00)	14 – 23 (15.50)			
	ESTUDIOS DE LA MADRE			Test de contraste	
	Primarios	Secundarios	Univ. / Sup.	Valor	P valor
Media (D.E.)	16.00 (± 2.00)	15.93 (± 1.75)	16.23 (± 1.86)	F=0.16 ^{NS}	.850
Rango (Mediana)	14 – 18 (16.00)	14 – 19 (15.00)	12 – 23 (16.00)		
	ESTUDIOS DEL PADRE			Test de contraste	
	Primarios	Secundarios	Univ. / Sup.	Valor	P valor
Media (D.E.)	16.20 (± 1.48)	15.92 (± 2.11)	16.19 (± 1.81)	F=0.11 ^{NS}	.897
Rango (Mediana)	14 – 18 (16.00)	12 – 19 (15.50)	13 – 23 (16.00)		

N.S. = NO significativo

A la pregunta sobre si se han planteado dejarlo (Tabla 33), responde de manera afirmativa el 83.1% de los fumadores que han respondido (59 de 71). Comparando según los factores sociodemográficos (Tabla 41) no aparece significación ($p > .05$) ni entre sexos, ni entre edades, ni en función de los estudios de la madre. Pero sí que se ha detectado según los estudios del padre ($p < .05$) siendo sensiblemente menor la intención de dejar de fumar entre aquellos con padres con estudios primarios (40% vs 75% y 88.7%); pero el resultado debe ser tomado con prudencia debido a la reducción del N que tenemos en esta parte de los análisis y en especial en la categoría de estudios donde ha aparecido la significación.

Tabla 33: Análisis comparativo. Fumadores que se han planteado dejarlo, en función de los factores sociodemográficos. (N=71)

	SEXO			Test Chi-Cuadrado	
	Mujer	Hombre		Valor	P valor
Se plantea dejar de fumar	82.9 % (29)	83.3 % (30)		0.00 ^{NS}	.957
	EDAD			Test Chi-Cuadrado	
	17 – 23 años	24 – 35 años		Valor	P valor
Se plantea dejar de fumar	81.8 % (45)	87.5 % (14)		0.28 ^{NS}	.594
	ESTUDIOS DE LA MADRE			Test Chi-Cuadrado	
	Primarios	Secundarios	Univ. / Sup.	Valor	P valor
Se plantea dejar de fumar	66.7 % (2)	73.3 % (11)	88.5 % (46)	2.75 ^{NS}	.253
	ESTUDIOS DEL PADRE			Test Chi-Cuadrado	
	Primarios	Secundarios	Univ. / Sup.	Valor	P valor
Se plantea dejar de fumar	40.0 % (2)	75.0 % (9)	88.7 % (47)	8.25 *	.016

N.S. = NO significativo ** = Altamente Significativo

Para cerrar este apartado del estudio, los fumadores rellenaron el Test de Fagerström para evaluar el grado de adicción a la nicotina. Este instrumento consta de 6 ítems con respuestas que se valoran de forma cuantitativa, específica y distinta para cada uno de ellos, pero donde siempre un valor más elevado es indicativo de mayor adicción. La puntuación total, en el rango 0-10, se obtiene de la suma de las respuestas dadas a los ítems.

En nuestra muestra (n=73) hemos encontrado valores entre 0 y 7 con mediana en 1 punto solamente. Se aprecia una clara asimetría con alta concentración de respuestas en los valores bajos: un 41.1% en 0 y un 24.7% en 1. La media es de 1.52 puntos (IC: 1.10 – 1.95; con desviación estándar de ± 1.83). Por tanto, en nuestro grupo de fumadores la dependencia es baja. De hecho en el test, se considera que hay poca dependencia cuando los valores están entre 0 y 4; y en nuestra muestra: un 90.4% de fumadores tendría baja dependencia. Con 5-6 puntos, dependencia media aparece un 8.2%. Y a partir de los 7 puntos (alta dependencia) solo se ha encontrado 1 participante fumador (1.4%).

Se han contrastado estos valores medios en función de los factores sociales, resultando (Tabla 34) que todas las medias son muy similares sin que aparezca ninguna significación estadística ($p > .05$).

Tabla 34: Análisis comparativo. Adicción a la nicotina (Fagerström), en función de los factores sociodemográficos. (N=71)

	SEXO			Test de contraste	
	Mujer	Hombre		Valor	P valor
Media (D.E.)	1.33 (± 1.85)	1.70 (± 1.81)		$Z_U = 1.25$ NS	.213
Rango (Mediana)	0 – 7 (0.50)	0 – 6 (1.00)			
	EDAD			Test de contraste	
	17 – 23 años	24 – 35 años		Valor	P valor
Media (D.E.)	1.47 (± 1.81)	1.67 (± 1.91)		$Z_U = 0.15$ NS	.878
Rango (Mediana)	0 – 7 (1.00)	0 – 5 (1.00)			
	ESTUDIOS DE LA MADRE			Test de contraste	
	Primarios	Secundarios	Univ. / Sup.	Valor	P valor
Media (D.E.)	0.83 (± 1.17)	1.46 (± 1.66)	1.62 (± 1.94)	$H = 0.67$ NS	.714
Rango (Mediana)	0 – 3 (0.50)	0 – 5 (1.00)	0 – 7 (1.00)		
	ESTUDIOS DEL PADRE			Test de contraste	
	Primarios	Secundarios	Univ. / Sup.	Valor	P valor
Media (D.E.)	1.17 (± 0.98)	1.69 (± 2.25)	1.53 (± 1.82)	$H = 0.03$ NS	.984
Rango (Mediana)	0 – 3 (1.00)	0 – 7 (1.00)	0 – 6 (1.00)		

N.S. = NO significativo

4.8 ALCOHOL

Para medir la prevalencia del consumo de alcohol utilizamos el test de AUDIT. Un 14.2% sobre el N válido que responde a la primera pregunta de este cuestionario (N=473) afirma que nunca consumen bebidas alcohólicas. En consecuencia, el restante 85.8% sí que lo hace, aunque sea en distintas cantidades. Así entre ellos (n=406): un 29.8% nos dice que lo hace solo una vez al menos o menos; un 51.0% entre 2-4 veces al mes, siendo la respuesta más frecuente; un 16%: 2-3 veces en semana y un 3.2% 4 o más veces en la semana.

Los que afirmaron no beber al alcohol nunca (n=67) saltaban a las últimas dos preguntas del cuestionario, aunque no todos las respondieron. En todo caso, la gran mayoría de ellos respondieron a estas preguntas de la misma forma: (1) nunca, él mismo u otra persona ha resultado herida como consecuencia de haber bebido: 88%; y (2) nunca algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por el consumo de bebidas alcohólicas que hace el encuestado o le han sugerido que dejes de beber: 97%.

Se contrastó esta primera pregunta en función de los factores sociodemográficos que hemos venido usando: sexo, edad y estudios de ambos padres. Los resultados (Tabla 35) nos muestran que solamente existe una diferencia que llega a la significación estadística ($p < .05$) entre hombres y mujeres. Los datos están indicando que el consumo es algo menor en las mujeres: nunca 15.6% vs 11.0% y solo una vez al mes 27.8% vs 20.5%. Por tanto, es algo más elevado entre los hombres: 4 o más veces en semana 4.8% vs 1.8% y 2-3 veces a la semana 19.9% vs 11.0%. También se podría hablar de una casi significación, o de tendencia hacia la misma ($p < .10$) en función de la edad. Nuestros datos estarían apuntando a un mayor consumo entre los participantes de mayor edad: 2-3 veces en semana 24.6% vs 11.9%. Los estudios, tanto del padre como de la madre, no han aparecido como posibles factores explicativos de la frecuencia de consumo de alcohol ($p > .05$).

Descartados los sujetos no bebedores (“nunca” en el primer ítem) la Tabla 36 resume las respuestas de los bebedores a las demás preguntas del cuestionario. Se puede observar en ella que en todas ellas la respuesta más frecuente es “nunca” con valores desde: el 8.31% a la frecuencia con la que ha sido incapaz de para de beber cuando empieza; seguido del 79.8% de la frecuencia en que no ha podido realizar la actividad que se esperaba del participante a causa de haber bebido; hasta el 46.2% de frecuencia con la que nunca ha tenido que beber agua en ayunas para recuperarse de haber bebido el día anterior. Un 64.7% afirma tomar solo 1-2 bebidas alcohólicas el día que consume, más otro 25.6% que respondió que 3-4 consumiciones. Los datos de consumo elevado, tanto semanal como diario o casi a diario, son muy bajos en general (un máximo del 5% en uno de los ítems). Un 21.3% ha vivido en alguna ocasión que él-ella mismo u otra persona ha resultado herida a causa de haber bebido. Y, finalmente, casi la totalidad (94.1%) afirma que nunca nadie de su entorno, o relacionado con la profesión sanitaria, le haya recomendado dejar de beber preocupados por su consumo; pero, a un 4.2% sí que lo han dicho en el último año (Tabla 35 y Tabla 36).

Tabla 35: Análisis comparativo. Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas, según factores sociodemográficos. (N=473)

	TOTAL	SEXO			Test Chi-Cuadrado	
		Mujer	Hombre	Valor	P valor	
Nunca (NO bebedor)	14.2 %	15.6 % (51)	11.0 % (16)	12.60 *	.013	
Una o menos al mes	25.6 %	27.8 % (91)	20.5 % (30)			
2-4 veces al mes	43.8 %	43.7 % (143)	43.8 % (64)			
2-3 veces a la semana	13.7 %	11.0 % (36)	19.9 % (29)			
4 o más veces a la semana	2.7 %	1.8 % (6)	4.8 % (7)			
	TOTAL	EDAD			Test Chi-Cuadrado	
		17 – 23 años	24 – 35 años	Valor	P valor	
Nunca (NO bebedor)	14.2 %	14.4 % (58)	13.0 % (9)	8.62 NS	.071	
Una o menos al mes	25.6 %	26.5 % (107)	20.3 % (14)			
2-4 veces al mes	43.8 %	44.3 % (179)	40.6 % (28)			
2-3 veces a la semana	13.7 %	11.9 % (48)	24.6 % (17)			
4 o más veces a la semana	2.7 %	3.0 % (12)	1.4 % (1)			
	TOTAL	ESTUDIOS DE LA MADRE			Test Chi-Cuadrado	
		Primarios	Secundarios	Univ. / Sup.	Valor	P valor
Nunca (NO bebedor)	14.1 %	19.7 % (12)	9.8 % (8)	14.2 % (46)	7.71 NS	.463
Una o menos al mes	25.3 %	32.8 % (20)	25.6 % (21)	23.8 % (77)		
2-4 veces al mes	43.9 %	32.8 % (20)	43.9 % (36)	46.0 % (149)		
2-3 veces a la semana	13.9 %	11.5 % (7)	18.3 % (15)	13.3 % (43)		
4 o más veces a la semana	2.8 %	3.3 % (2)	2.4 % (2)	2.8 % (9)		
	TOTAL	ESTUDIOS DEL PADRE			Test Chi-Cuadrado	
		Primarios	Secundarios	Univ. / Sup.	Valor	P valor
Nunca (NO bebedor)	14.1 %	13.1 % (8)	12.4 % (12)	14.9 % (46)	7.62 NS	.472
Una o menos al mes	25.3 %	37.7 % (23)	25.8 % (25)	23.1 % (71)		
2-4 veces al mes	43.9 %	39.3 % (24)	43.3 % (42)	44.5 % (137)		
2-3 veces a la semana	13.9 %	8.2 % (5)	14.4 % (14)	14.9 % (46)		
4 o más veces a la semana	2.8 %	1.6 % (1)	4.1 % (4)	2.6 % (8)		

N.S. = NO significativo * = Significativo

Tabla 36: Análisis descriptivo. Test de AUDIT de Dependencia por el consumo de bebidas alcohólicas. (N=406)

ITEMS AUDIT	N válido	1-2	3-4	5-6	7-9	=>10
<i>Nº habitual de consumiciones de bebidas alcohólicas en un día de consumo normal</i>	391	64.7 % (253)	25.6 % (100)	6.4 % (25)	2.6 % (10)	0.8 % (3)
	N válido	Nunca	<1 /mes	Mensualmt.	Semanalmt.	Diario o casi
<i>Frecuencia en que toma 6 ó más bebidas alcohólicas en un solo día</i>	405	48.1 % (195)	34.6 % (140)	14.3 % (58)	3.0 % (12)	----
<i>Frecuencia con la ha sido incapaz de parar de beber una vez que ha empezado</i>	405	83.1 % (314)	10.3 % (39)	3.4 % (13)	0.5 % (2)	2.6 % (10)
<i>Frecuencia, en el último curso, en que no ha podido realizar lo que se esperaba de él/ella por haber bebido</i>	381	79.8 % (304)	16.5 % (63)	3.7 % (14)	----	----
<i>Frecuencia, en el último curso, en que ha tenido que beber agua en ayunas para recuperarse del día anterior</i>	381	46.2 % (176)	31.0 % (118)	16.3 % (62)	5.0 % (19)	1.6 % (6)
<i>Frecuencia, en el último curso, en que ha tenido remordimientos o sentimiento de culpa después de haber bebido</i>	380	56.8 % (216)	34.5 % (131)	7.9 % (30)	0.5 % (2)	0.3 % (1)
<i>Frecuencia, en el último curso, en que no ha sido capaz de recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo</i>	380	60.8 % (231)	31.3 % (119)	6.3 % (24)	0.8 % (3)	0.8 % (3)
	N válido	Nunca	Sí, pero hace más de 1 año	Sí, en el último año		
<i>Alguna persona ha resultado herida por haber bebido</i>	404	78.7 % (318)	10.4 % (42)	10.9 % (44)		
<i>Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido dejar de beber</i>	404	94.1 % (380)	1.7 % (7)	4.2 % (17)		

A partir de estas respuestas se ha obtenido, por el método del sumatorio de valores numéricos, una puntuación total que cuantifica el grado de dependencia por consumo de bebidas alcohólicas para todos los participantes, bebedores o no. En esta variable, según los criterios establecidos por los autores del Test AUDIT, tener más de 7 o más puntos si se es mujer, 8 si se es hombre, indica una alta probabilidad de daños debidos al consumo de alcohol. Un valor superior a 20 puntos, indica una fuerte dependencia del alcohol, aunque algún autor sitúa el corte en un valor menor.

En nuestra muestra (N=474), el rango observado está entre 0 (los que nunca consumen) y 19 puntos como máximo con mediana en 4 puntos. La distribución es claramente asimétrica con frecuencias más altas en los valores menores. Menos de 1% (3 casos) supera los 15 puntos. La media es de 4.6 puntos (IC: 4.3 – 4.9; desviación estándar: ± 3.7). En función de los puntos de corte antes comentados, tienen riesgo de daños un 31% de la muestra (147 casos). Se han cruzado estas dos variables de resumen del cuestionario AUDIT con los cuatro factores sociodemográficos.

Al contrastar entre sexos (Tabla 37) se aprecia que la puntuación es superior en los hombres con respecto a la mujeres (5.6 vs 4.2), diferencia que llega hasta la significación estadística ($p < .001$). Por tanto este resultado evidencia un mayor grado de dependencia del alcohol entre los hombres. Pero al comparar los porcentajes en riesgo, son similares sin que se llegue a la significación estadística ($p > .05$).

Tabla 37: Análisis comparativo. Diferencias en la Dependencia del Consumo de Alcohol (AUDIT), en función del Sexo. (N=474)

<i>Dependencia consumo alcohol</i>	<i>SEXO</i>		<i>Test de contraste</i>	
	<i>MUJER</i>	<i>HOMBRE</i>	<i>Valor</i>	<i>P valor</i>
<i>Puntuación total AUDIT Media (D.E.)</i>	4.16 (± 3.39)	5.60 (± 4.27)	$Z_U = 3.27^{**}$	.001
<i>Rango (Mediana)</i>	0 – 14 (4.00)	0 – 19 (5.00)		
<i>Categorías</i>			$\text{Chi}^2 = 0.08^{NS}$	.783
<i>En riesgo</i>	31.4 % (103)	30.1 % (44)		
<i>Sin riesgo</i>	68.6 % (225)	69.9 % (102)		

N.S. = NO significativo ** = Altamente significativo

En cuanto al contraste en función de la edad (Tabla 38) los valores medios de AUDIT son casi iguales en ambos grupos, por lo que la diferencia no llega a la significación ($p > .05$). Tampoco se alcanza significación estadística al comparar los casos en riesgo ($p > .05$), pero sin embargo esta tasa es bastante superior entre los participantes de menor edad (32.3% vs 23.2%).

Tabla 38: Análisis comparativo. Diferencias en la Dependencia del Consumo de Alcohol (AUDIT), en función de la Edad. (N=474)

<i>Dependencia consumo alcohol</i>	<i>EDAD</i>		<i>Test de contraste</i>	
	<i>17 – 23 años</i>	<i>24 – 35 años</i>	<i>Valor</i>	<i>P valor</i>
<i>Puntuación total AUDIT Media (D.E.)</i>	4.62 (± 3.68)	4.54 (± 4.07)	$Z_U = 0.52^{NS}$	.602
<i>Rango (Mediana)</i>	0 – 17 (4.00)	0 – 19 (3.00)		
<i>Categorías</i>			$\text{Chi}^2 = 2.31^{NS}$	.128
<i>En riesgo</i>	32.3 % (131)	23.2 % (16)		
<i>Sin riesgo</i>	67.7 % (274)	76.8 % (53)		

N.S. = NO significativo

En los cruces con las variables de los estudios de los padres (Tabla 39 y tabla 40) se observan valores medios del grado de dependencia que son similares entre unos y otros grupos de estudio. Las diferencias entre estas medias no son estadísticamente significativas ($p > .05$). Tampoco se ha probado una significación ($p > .05$) al comparar los porcentajes de casos en riesgo. No obstante, debemos mencionar que este riesgo parece algo menor en aquellos casos en que sus madres tiene estudios primarios (23.0% vs valores a partir del 30%).

Tabla 39: Análisis comparativo. Diferencias en la Dependencia del Consumo de Alcohol (AUDIT), en función de los Estudios de la madre. (N=468)

<i>Dependencia consumo alcohol</i>	<i>ESTUDIOS DE LA MADRE</i>			<i>Test de contraste</i>	
	<i>Primarios</i>	<i>Secundarios</i>	<i>Univ. / Sup.</i>	<i>Valor</i>	<i>P valor</i>
Puntuación total AUDIT <i>Media (D.E.)</i>	4.25 (± 3.97)	4.51 (± 3.42)	4.74 (± 3.79)	H=1.46 ^{NS}	.482
<i>Rango (Mediana)</i>	0 – 14 (3.00)	0 – 15 (4.00)	0 – 19 (4.00)		
Categorías				Chi ² =2.43 ^{NS}	.296
En riesgo	23.0 % (14)	34.1 % (28)	32.3 % (105)		
Sin riesgo	77.0 % (47)	65.9 % (54)	67.7 % (220)		

N.S. = NO significativo

Tabla 40: Análisis comparativo. Diferencias en la Dependencia del Consumo de Alcohol (AUDIT), en función de los Estudios del padre. (N=467)

<i>Dependencia consumo alcohol</i>	<i>ESTUDIOS DEL PADRE</i>			<i>Test de contraste</i>	
	<i>Primarios</i>	<i>Secundarios</i>	<i>Univ. / Sup.</i>	<i>Valor</i>	<i>P valor</i>
Puntuación total AUDIT <i>Media (D.E.)</i>	4.52 (± 3.84)	4.82 (± 3.57)	4.58 (± 3.80)	H=0.81 ^{NS}	.666
<i>Rango (Mediana)</i>	0 – 14 (4.00)	0 – 15 (4.00)	0 – 19 (4.00)		
Categorías				Chi ² =1.18 ^{NS}	.554
En riesgo	32.8 % (20)	35.1 % (34)	29.4 % (91)		
Sin riesgo	67.2 % (41)	64.9 % (63)	70.6 % (218)		

N.S. = NO significativo

4.9 CONSUMO DE OTRAS DROGAS

De los 489 participantes, un total de 112, casi el 23%, el respondieron de forma afirmativa al consumo de alguna de las drogas del listado que se incluía en el cuestionario. Sin duda alguna, la marihuana es la más habitual: por el 54.5 % (61) de estos 112 consumidores. Le siguen de lejos, las benzodiacepinas (15.2%), el hachís (12.5%) y la cocaína (7.1%). El resto (Figura 23) aparecen en menos de 5% de los casos y bastantes de ellas son referidas por 1 sola encuestado.

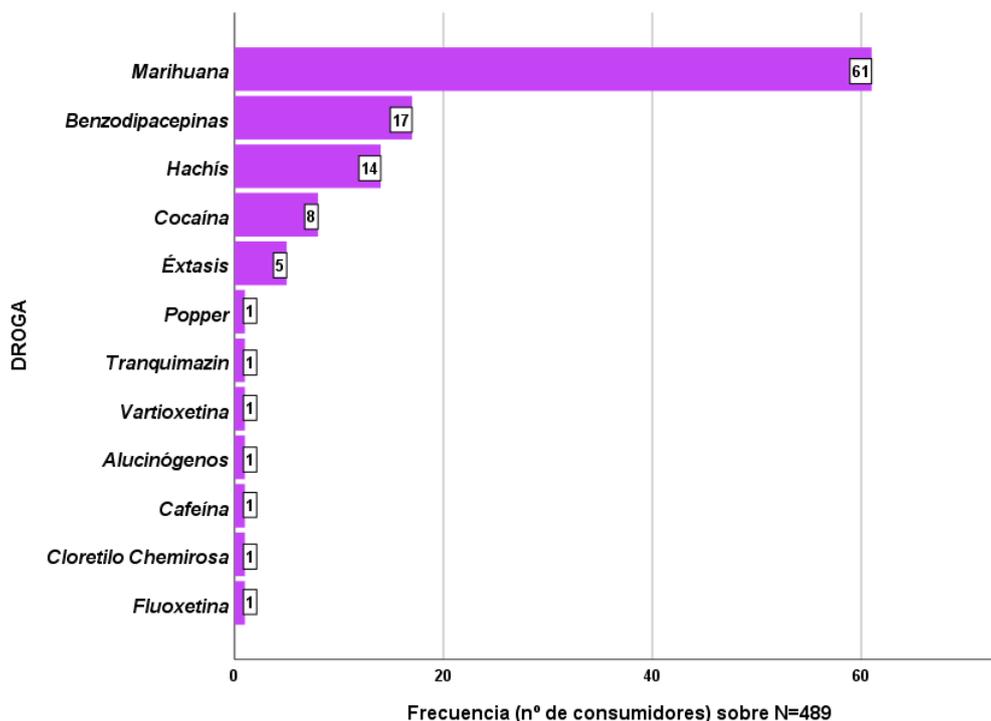


Figura 23: Tipo de droga consumida

Casi la mitad de estos consumidores refirieron 1 única sustancia (55; el 49.1%). Un 14.3% (16 casos) indicaron 2 y ya el resto dieron respuestas de policonsumo llegando en un caso a citar 4 (marihuana, cocaína, alucinógenos y éxtasis) y en otro a citar cinco (marihuana, hachís, cocaína, éxtasis y benzodiacepinas). La combinación marihuana con hachís es lo más frecuente, ya que todos los consumidores de hachís también respondieron afirmativamente a la marihuana.

La Figura 24 representa este consumo, porcentual, sobre el total de la muestra de encuestados. Así, según esto la marihuana afirmar consumirla el 12.5% de la muestra de participantes, las benzodiazepinas el 3.5%, el hachís el 2.9%, etc...

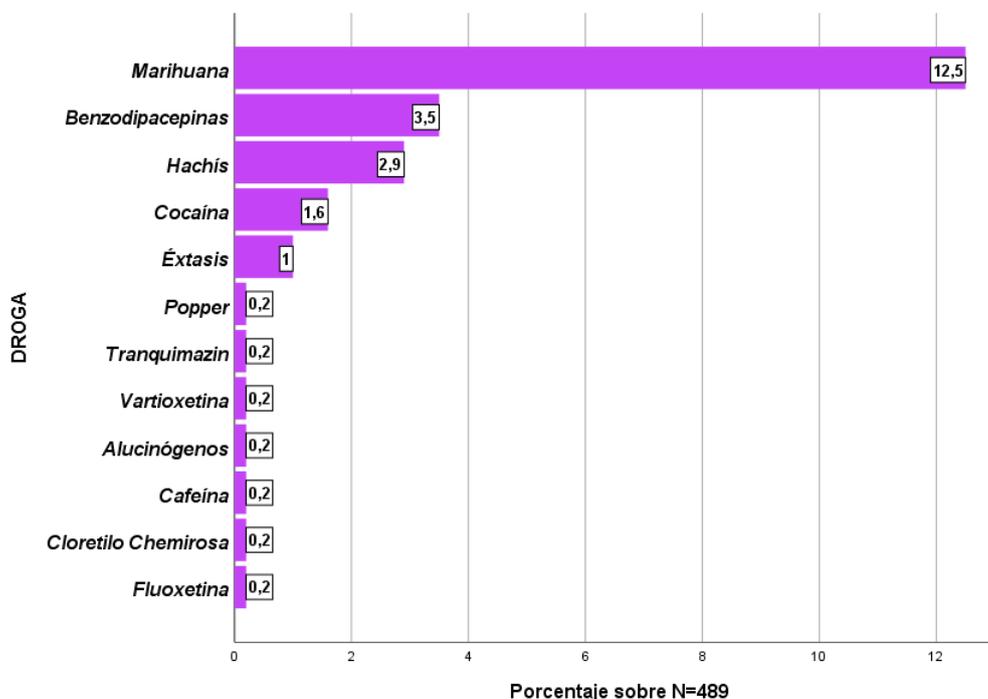


Figura 24: Consumo porcentual sobre el total de la muestra

En cuanto a la frecuencia de consumo, aunque la respuesta más habitual es que los hacen de forma ocasional (67 casos; 59.8%) hay una notable presencia de casos que realizan consumo semanal (17.8%) o incluso diario (otros 17.8%). El resto (4.6%) responden que hace de forma mensual.

Se cruzó el consumo de estas drogas con los cuatro factores sociodemográficos que se han considerado en el presente estudio. Por condicionante estadístico solo se pueden considerar a las sustancias consumidas por más de 5 sujetos.

En la comparación entre sexos (Tabla 41) encontramos diferencias altamente significativas en marihuana ($p < .01$) y hachís ($p < .001$) donde el consumo es notablemente superior entre los hombres: 18.3% vs 9.8% y 7.2% vs 0.9% respectivamente. En las demás sustancias comparadas no aparecen diferencias que sean estadísticamente significativas ($p > .05$).

Tabla 41: Análisis comparativo. Consumo de drogas, en función del Sexo. (N=489)

Consumo de:	SEXO		Test Chi-Cuadrado	
	MUJER	HOMBRE	Valor	P valor
MARIHUANA	9.8 % (33)	18.3 % (28)	6.92**	.009
BENZODIACEPINAS	3.3 % (11)	3.9 % (6)	0.13 ^{NS}	.717
HACHÍS	0.9 % (9)	7.2 % (11)	14.99**	.000
COCAÍNA	1.2 % (4)	2.6 % (4)	1.32 ^{NS}	.250
ÉXTASIS	0.9 % (3)	1.3 % (2)	0.18 ^{NS}	.673

N.S. = NO significativo ** = Altamente significativo

En cuanto al contraste en función de la edad (Tabla 42) solamente aparece significación en el consumo de cocaína ($p < .01$) que es superior entre los casos de mayor edad (5.8% vs 1%).

Tabla 42: Análisis comparativo. Consumo de drogas, en función de la Edad. (N=489)

Consumo de:	EDAD		Test Chi-Cuadrado	
	17 – 23 años	24 – 35 años	Valor	P valor
MARIHUANA	12.4 % (52)	13.0 % (9)	0.02 ^{NS}	.877
BENZODIACEPINAS	3.6 % (15)	2.9 % (2)	0.08 ^{NS}	.777
HACHÍS	2.6 % (11)	4.3 % (3)	0.64 ^{NS}	.425
COCAÍNA	1.0 % (4)	5.8 % (4)	8.94**	.003
ÉXTASIS	1.0 % (3)	1.4 % (2)	0.14 ^{NS}	.704

N.S. = NO significativo ** = Altamente significativo

Al contrastar en función de los estudios de la madre (Tabla 43) se han encontrado diferencias altamente significativas en el consumo de cocaína ($p \leq .001$) que es superior a medida que los participantes tienen madres con menos estudios: primarios, un 6.6% vs superiores, un 0.3%. También aparece significación en el consumo de la marihuana ($p < .05$) que al contrario es mayor cuando los estudios de la madre si más elevados: superiores, un 14.5% vs primarios, un 3.3%.

Mientras que en los contrastes según los estudios del padre (Tabla 44) aparece significación en: (1) el consumo de cocaína ($p < .05$) en un sentido similar al anterior, es decir que el consumo es menor en aquellos participantes con padres que tienen estudios superiores (0.6% vs 4.0% y 3.3%); y (2) en el de benzodiazepinas ($p < .05$) es superior entre los casos con padres que tienen solo estudios primarios (9.8% vs 3.0% y 2.5%).

Tabla 43: Análisis comparativo. Consumo de drogas, en función del nivel de estudios de la madre. (N=489)

	ESTUDIOS DE LA MADRE			Test Chi-Cuadrado	
	Primarios	Secundarios	Univ. / Sup.	Valor	P valor
MARIHUANA	3.3 % (2)	9.4 % (8)	14.5 % (49)	6.86 *	.032
BENZODIACEPINAS	8.2 % (5)	1.2 % (1)	3.3 % (11)	5.37 ^{NS}	.068
HACHÍS	0.0 % (-)	1.2 % (1)	3.9 % (13)	3.82 ^{NS}	.148
COCAÍNA	6.6 % (4)	3.5 % (3)	0.3 % (1)	14.65**	.001
ÉXTASIS	3.3 % (2)	1.2 % (1)	0.6 % (2)	3.66 ^{NS}	.161

N.S. = NO significativo * = Significativo ** = Altamente significativo

Tabla 44: Análisis comparativo. Consumo de drogas, en función del nivel de estudios del padre. (N=489)

	ESTUDIOS DEL PADRE			Test Chi-Cuadrado	
	Primarios	Secundarios	Univ. / Sup.	Valor	P valor
MARIHUANA	9.8 % (6)	9.1 % (9)	14.0 % (45)	2.10 ^{NS}	.351
BENZODIACEPINAS	9.8 % (6)	3.0 % (3)	2.5 % (8)	8.24 *	.016
HACHÍS	1.6 % (1)	1.0 % (1)	3.7 % (12)	2.38 ^{NS}	.305
COCAÍNA	3.3 % (2)	4.0 % (4)	0.6 % (2)	6.54 *	.038
ÉXTASIS	3.3 % (2)	1.0 % (1)	0.6 % (2)	3.53 ^{NS}	.171

N.S. = NO significativo ** = Altamente significativo

4.10 ANSIEDAD

Para medir la ansiedad se utilizó el test STAI. Este test consta de 40 ítems Likert con 4 opciones (0= nada; 3= mucho) que se configuran en dos escalas de 20 cada una: Ansiedad rasgo (AR) y Ansiedad Estado (AE). Previo a los análisis estadísticos es necesario recodificar a la inversa: 10 ítems de AR y 7 de AE.

Se calculó la fiabilidad de nuestra muestra al responder a estos ítems obteniendo un coeficiente "alfa" de Cronbach de: .91 en Ansiedad Estado y de .87 en Ansiedad Rasgo que nos lleva a concluir que el grado de fiabilidad obtenido en este instrumento es elevado. Esta alta fiabilidad nos permite calcular con garantías las puntuaciones totales de ambas variables mediante el tradicional método del sumatorio de las respuestas. El número de respuestas faltantes en esta ocasión es mucho menor. Se procedió a realizar una imputación de datos mediante el método automatizado por SPSS de Interpolación lineal en aquellos participantes con menos de un 10% (2) de ítems en blanco. Todos los ítems requirieron de al menos 1 imputación, siendo el máximo de 16 casos (el 3.3% del total).

En la Tabla 45 se resume la exploración y la descriptiva de estas dos variables para la muestra total. El estudio exploratorio se ha encontrado que ambas tienen estadísticos de asimetría

y curtosis dentro de los rango de dicha normalidad [-0.50; +0.50] y sin que exista diferencia estadísticamente significativa en sus respectivos Test KS de bondad de ajuste de ($p > .05$). En consecuencia, podemos concluir que ambas variables se distribuyen normalmente. Al respecto de la descriptiva, siendo el rango posible para estas variables: 0-60, los rangos observados cubren casi la totalidad del mismo, habiendo por tanto buena variabilidad. Los valores promedio situados alrededor de los 20-23 puntos colocan al grupo en una situación por debajo del punto medio de la escala; aunque la variabilidad observada garantiza la presencia de algunos casos con baja y también con alta ansiedad.

Tabla 45: Análisis exploratorio y descriptivo. Variables del Cuestionario TMMS24 de Inteligencia emocional.

(N=476) - Coeficientes de fiabilidad Alfa de Cronbach = .91 y .87

VARIABLES DE STAI	Exploración: Forma		Test KS: p valor	Centralidad		Rango (Min. / Máx.)	Variabilidad	
	Asimetría	Curtosis		Media	Mediana		Desviación estándar	Rango intercuartil
A. ESTADO	0.48	-0.04	.051 NS	19.76	19.00	0 / 53	10.21	15.00
A. RASGO	0.32	-0.18	.160 NS	23.03	23.00	2 / 52	9.65	13.00

NS = Desvío no significativo: la variable se distribuye normalmente

Al comparar estas variables entre sexos (Tabla 46) apenas se han observado diferencias entre los sujetos, que en el caso de la AE no llegan a la significación estadística ($p > .05$). En la AR sí que aparece una significación ($p \leq .001$) que se explica porque la puntuación media de las mujeres es algo más elevada que la de los hombres (24 vs 21 puntos, aproximadamente) y por tanto podemos concluir que la AR de las mujeres es algo más elevada.

Tabla 46: Análisis comparativo. Diferencias en las variables de Ansiedad (STAI), en función del Sexo. (N=476)

VARIABLES DE STAI	SEXO		Test de Student	
	MUJER	HOMBRE	Valor	P valor
Puntuación en A. ESTADO Media (D.E.)	20.03 (± 9.96)	19.15 (± 10.78)	0.86 NS	.389
Rango (Mediana)	0 – 53 (19.00)	0 – 52 (17.00)		
Puntuación en A. RASGO Media (D.E.)	23.97 (± 9.32)	20.92 (± 10.09)	3.21**	.001
Rango (Mediana)	4 – 52 (23.75)	2 – 46 (20.00)		

N.S. = NO significativo ** = Altamente significativo

En el caso de la comparación entre los dos grupos de edad establecidos (Tabla 47) se mantiene la ausencia de significación en la variable AE ($p > .05$). Y se sigue encontrando una diferencia pequeña (sobre los 3 puntos: 23.4 vs 20.5) en AR, pero que sí que es estadísticamente significativa ($p < .05$). De manera que este resultado está indicando que los sujetos con menos edad, tienen un nivel de Ansiedad rasgo ligeramente superior.

Tabla 47: Análisis comparativo. Diferencias en las variables de Ansiedad (STAI), en función de la Edad. (N=476)

VARIABLES DE STAI	EDAD		Test de Student	
	17 – 23 años	24 – 35 años	Valor	P valor
Puntuación en A. ESTADO <i>Media (D.E.)</i>	19.83 (±10.05)	19.32 (±11.20)	0.39 ^{NS}	.699
<i>Rango (Mediana)</i>	0 – 53 (19.00)	0 – 52 (19.50)		
Puntuación en A. RASGO <i>Media (D.E.)</i>	23.44 (±9.37)	20.53 (±10.94)	2.32 *	.021
<i>Rango (Mediana)</i>	3 – 52 (23.00)	2 – 46 (20.00)		

N.S. = NO significativo * = Significativo

En el contraste en función de los estudios de la madre del participante (Tabla 48) no se han encontrado significación estadística ($p > .05$), a pesar de que se aprecian leves diferencias tanto en AR como en AE (especialmente en ésta) donde los promedios de aquellos casos con madres que tienen estudios primarios, puntúan más alto en ansiedad. Esta misma tendencia se ha encontrado en el caso del cruce con los estudios de los padres (Tabla 49), pero en esta ocasión sí que hay diferencias altamente significativas en AE ($p < .01$) y significativas en AR ($p < .05$). Por tanto, estas son evidencias estadísticas que nos indican que el grado de ansiedad, estado y rasgo, es superior en aquellos participantes cuyos padres tienen estudios primarios.

Tabla 48: Análisis comparativo. Diferencias en las variables de Ansiedad (STAI), en función de los Estudios de la madre. (N=475)

VARIABLES DE STAI	ESTUDIOS DE LA MADRE			Test ANOVA	
	Primarios	Secundarios	Univ. / Sup.	Valor	P valor
Puntuación en A. ESTADO <i>Media (D.E.)</i>	21.69 (±11.00)	19.42 (±10.29)	19.46 (±10.04)	1.25 ^{NS}	.288
<i>Rango (Mediana)</i>	0 – 52 (22.00)	3 – 45 (19.00)	0 – 53 (19.00)		
Puntuación en A. RASGO <i>Media (D.E.)</i>	23.82 (±10.61)	23.38 (±10.43)	22.70 (±9.38)	0.43 ^{NS}	.650
<i>Rango (Mediana)</i>	4 – 46 (24.00)	2 – 49 (22.00)	3 – 52 (22.00)		

N.S. = NO significativo

Tabla 49: Análisis comparativo. Diferencias en las variables de Ansiedad (STAI), en función de los Estudios del padre. (N=474)

VARIABLES DE STAI	ESTUDIOS DEL PADRE			Test ANOVA	
	Primarios	Secundarios	Univ. / Sup.	Valor	P valor
Puntuación en A. ESTADO <i>Media (D.E.)</i>	23.52 (±11.29)	19.88 (±9.25)	19.03 (±10.04)	4.93**	.008
<i>Rango (Mediana)</i>	0 – 52 (23.00)	1 – 43 (19.00)	0 – 53 (18.00)		
Puntuación en A. RASGO <i>Media (D.E.)</i>	26.11 (±10.46)	23.30 (±10.43)	22.30 (±9.18)	4.00 *	.019
<i>Rango (Mediana)</i>	4 – 49 (28.00)	2 – 48 (23.00)	3 – 52 (22.00)		

* = Significativo ** = Altamente significativo

4.11 INTELIGENCIA EMOCIONAL

El cuestionario TMMS24 está compuesto por 24 ítems Likert de 5 opciones de respuesta (desde 1=nada de acuerdo hasta 5= totalmente de acuerdo) que se configuran definiendo 3 dimensiones de 8 ítems cada una: Atención emocional, Claridad Emocional y Reparación de las emociones. Se calculó la fiabilidad alcanzada por la muestra en las respuestas a estos ítems mediante el conocido coeficiente “alfa” de Cronbach. El resultado: .84 nos permite concluir que el grado de fiabilidad obtenido en este instrumento es elevado. Así mismo, se calculó el coeficiente de fiabilidad de para cada una de las tres dimensiones obteniendo valores (.89, .86 y .82) que también son elevados. Por este motivo, se pudieron calcular las puntuaciones totales de tres estas dimensiones mediante el sumatorio de las respuestas a los ítems que pertenecen a cada una de ellas. En aquellos participantes donde faltaban algunas respuestas (limitado menos del 10% de los ítems, es decir un máximo de 2 respuestas) se procedió a realizar una imputación de datos mediante el método automático de SPSS de Interpolación lineal. Los participantes donde la falta de respuesta era superior al 10% de ítems, fueron considerado como no válidos para este análisis. Todos los ítems requirieron de esta intervención, pero como máximo en 11 casos (el 2.2% del total).

A continuación se describen estas variables para la muestra total (Tabla 50). El estudio exploratorio de las mismas determina que todas ellas tienden hacia la normalidad estadística de forma muy evidente: mantienen sus estadísticos de asimetría y curtosis dentro de los rango de dicha normalidad [-0.50; +0.50] y no se detecta diferencia estadísticamente significativa en el Test de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov ($p > .05$). Por tanto, concluimos que las variables de estas tres dimensiones se distribuyen normalmente. En cuanto a la descriptiva propiamente dicha, siendo el rango posible para estas variables: 8-40, los rangos observados cubren la práctica totalidad del mismo, con una buena variabilidad por tanto. Los valores promedio (media/mediana): sobre los 26-28 puntos sitúan al grupo en una posición media dentro de la escala que se corresponde desde el punto de vista diagnóstico como “adecuada” Atención, Claridad y Reparación.

Tabla 50: Análisis exploratorio y descriptivo. Variables del Cuestionario TMMS24 de Inteligencia emocional.

(N=481) - Coeficiente de fiabilidad Alfa de Cronbach = .84

VARIABLES DE TMMS24	Exploración: Forma			Centralidad		Rango (Mín. / Máx.)	Variabilidad	
	Asimetría	Curtosis	Test KS: p valor	Media	Mediana		Desviación estándar	Rango intercuartil
ATENCIÓN	-0.24	-0.49	.056 ^{NS}	27.58	28.00	9 / 40	6.56	9.50
CLARIDAD	-0.17	0.04	.070 ^{NS}	26.34	27.00	10 / 40	5.87	7.00
REPARACIÓN	-0.06	-0.37	.128 ^{NS}	26.96	27.00	12 / 40	5.80	8.00

NS = Desvió no significativo: la variable se distribuye normalmente

En la afirmación anterior nos referimos al promedio, puesto que a la vista de la variabilidad, hay una sensible presencia de participantes en los dos extremos de puntuación. De hecho se utilizaron los puntos de corte indicados por los autores para clasificar a la muestra en grupos diagnósticos (baja / adecuada / excelente) en cada una de las dimensiones. Los resultados se presentan en las siguientes Figuras (25 a 27) y de ellos se desprende que la mayor parte de la muestra (entre un 53.8% y un 64.7% se sitúa en la categoría central. Con niveles bajas que implican una necesidad de mejora, se ha encontrado un 29.3% en Atención, un 29.1% en Claridad y un 26.4% en Reparación. El resto de casos tienen puntuaciones elevadas, en al menos una de las dimensiones.

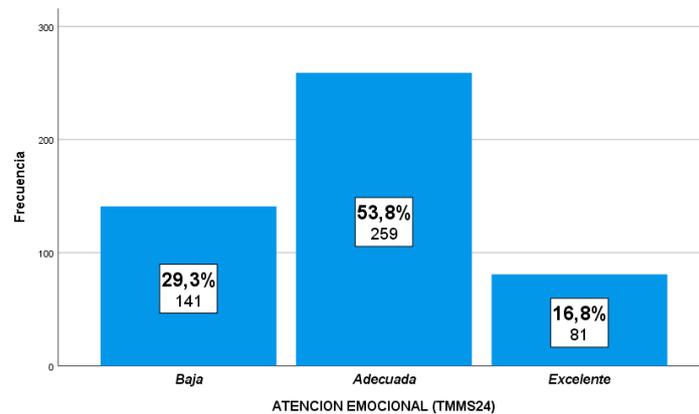


Figura 25: Porcentajes en atención emocional

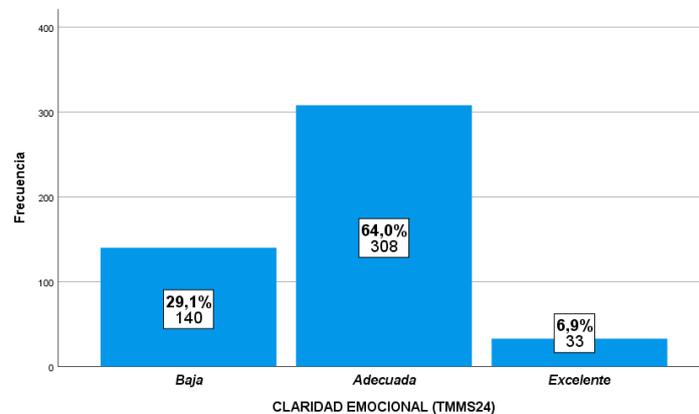


Figura 26: Porcentajes en claridad emocional

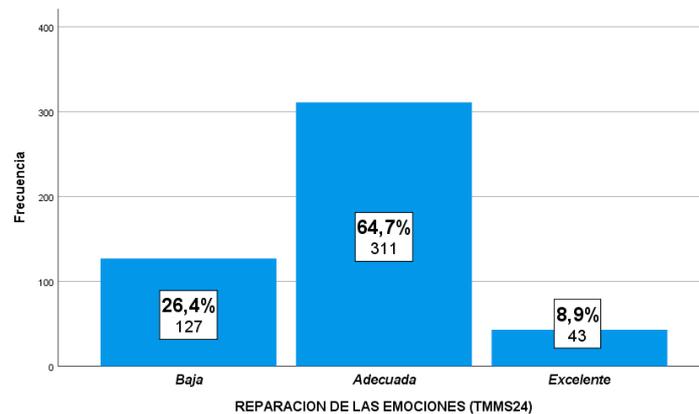


Figura 27: Porcentajes en reparación de las emociones

Se procedió a comparar los resultados de estas variables del TMMS24 en función del sexo del participante. Los resultados (Tabla 51) nos indican que apenas hay diferencias entre hombres y mujeres, sin que se llegue a la significación estadística ($p > .05$). De hecho, solo en el test de contraste de diferencia entre las medias de Atención aparece una significación ($p < .05$) que se puede explicar porque las mujeres tienen una puntuación media algo superior (28.0 vs 26.6; apenas: 1.4 puntos). Por tanto, podemos concluir que no se han encontrado grandes evidencias para poder concluir que los hombres y mujeres de esta muestra difieren en cuanto a su grado de Inteligencia emocional.

Tabla 51: Análisis comparativo. Diferencias en las variables de Inteligencia Emocional (TMMS24), en función del Sexo. (N=481)

VARIABLES DE TMMS24	SEXO		Test de contraste	
	MUJER	HOMBRE	Valor	P valor
Puntuación en ATENCIÓN <i>Media (D.E.)</i>	28.00 (± 6.54)	26.63 (± 6.53)	$t=2.12^*$	.035
<i>Rango (Mediana)</i>	9 – 40 (28.00)	11 – 40 (27.00)		
Categorías			$\chi^2=4.24^{NS}$	.120
<i>Excelente</i>	14.8 % (49)	21.5 % (32)		
<i>Adecuada</i>	53.9 % (179)	53.7 % (80)		
<i>Baja</i>	31.3 % (104)	24.8 % (37)		
Puntuación en CLARIDAD <i>Media (D.E.)</i>	26.06 (± 5.86)	26.97 (± 5.85)	$t=1.58^{NS}$	.115
<i>Rango (Mediana)</i>	10 – 40 (26.00)	11 – 40 (27.50)		
Categorías			$\chi^2=1.83^{NS}$	.400
<i>Excelente</i>	7.2 % (24)	6.0 % (9)		
<i>Adecuada</i>	62.0 % (206)	68.5 % (102)		
<i>Baja</i>	30.7 % (102)	25.5 % (38)		
Puntuación en REPARACIÓN <i>Media (D.E.)</i>	26.77 (± 5.92)	27.30 (± 5.53)	$t=0.93^{NS}$	.353
<i>Rango (Mediana)</i>	12 – 40 (27.00)	13 – 40 (27.00)		
Categorías			$\chi^2=0.59^{NS}$	.743
<i>Excelente</i>	9.3 % (31)	8.1 % (12)		
<i>Adecuada</i>	63.6 % (211)	67.1 % (100)		
<i>Baja</i>	27.1 % (90)	24.8 % (37)		

N.S. = NO significativo * = Significativo

Este mismo análisis se realiza comparando entre los grupos de Edad (Tabla 52).

No aparecen diferencias ($p > .05$) en la dimensión Atención. Pero sí que existen en las otras dos. En concreto:

1. En Claridad se ha encontrado que la puntuación media de los sujetos con más edad (24-35 años) es superior ($p < .001$): 28.7 vs 25.9 puntos. Esto se comprueba porque al contrastar las categorías diagnósticas ($p < .05$) aparecen en ese grupo de edad más

casos con nivel excelente (11.6% vs 6.1%) y con nivel adecuado (71.0% vs 62.9%). Por tanto, tenemos evidencias estadísticas suficientes para poder afirmar que el grado de Claridad emocional es superior en los participantes de más edad.

- En Reparación, aparece una alta significación ($p < .001$) debida a una media más elevada (29.2 vs 26.5) de nuevo entre los sujetos de más edad. Esta diferencia se aprecia sobre todo porque hay bastantes más sujetos con nivel excelente en este grupo de edad (23.2% vs 6.6%). En consecuencia podemos llegar a una conclusión similar a la anterior.

Tabla 52: *Análisis comparativo.* Diferencias en las variables de Inteligencia Emocional (TMMS24), en función de la Edad. (N=481)

VARIABLES DE TMMS24	EDAD		Test de contraste	
	17 – 23 años	24 – 35 años	Valor	P valor
Puntuación en ATENCIÓN <i>Media (D.E.)</i>	27.67 (± 6.46)	26.99 (± 7.13)	$t=0.80$ NS	.425
<i>Rango (Mediana)</i>	9 – 40 (28.00)	11 – 39 (27.00)		
Categorías			$\text{Chi}^2=0.92$ NS	.632
<i>Excelente</i>	16.3 % (67)	20.3 % (14)		
<i>Adecuada</i>	54.6 % (225)	49.3 % (34)		
<i>Baja</i>	29.1 % (120)	30.4 % (21)		
Puntuación en CLARIDAD <i>Media (D.E.)</i>	25.94 (± 5.80)	28.69 (± 5.73)	$t=3.63^{**}$	.000
<i>Rango (Mediana)</i>	10 – 40 (26.00)	12 – 40 (29.00)		
Categorías			$\text{Chi}^2=7.04$ *	.030
<i>Excelente</i>	6.1 % (25)	11.6 % (8)		
<i>Adecuada</i>	62.9 % (259)	71.0 % (49)		
<i>Baja</i>	31.1 % (128)	17.4 % (12)		
Puntuación en REPARACIÓN <i>Media (D.E.)</i>	26.54 (± 5.72)	29.28 (± 5.78)	$t=3.68^{**}$	.000
<i>Rango (Mediana)</i>	12 – 40 (27.00)	13 – 40 (29.00)		
Categorías			$\text{Chi}^2=21.81^{**}$	.000
<i>Excelente</i>	6.6 % (27)	23.2 % (16)		
<i>Adecuada</i>	65.3 % (269)	60.9 % (42)		
<i>Baja</i>	28.2 % (116)	15.9 % (11)		

N.S. = NO significativo * = Significativo ** = Altamente significativo

En el contraste de las variables TMMS en función de los estudios de la madre (Tabla 53) no se ha encontrado ninguna diferencia estadísticamente significativa ($p > .05$) aunque es cierto que hay alguna de la que se podría decir que se sitúan cerca de la significación ($p < .10$). No obstante las diferencias son pequeñas y consideramos que no hay evidencia estadística suficiente para poder aceptar que estas variables se relacionen con los estudios de la madre.

Tabla 53: Análisis comparativo. Diferencias en las variables de Inteligencia Emocional (TMMS24), en función de los Estudios de la madre. (N=475)

VARIABLES DE TMMS24	ESTUDIOS DE LA MADRE			Test de contraste	
	Primarios	Secundarios	Univ. / Sup.	Valor	P valor
Puntuación en ATENCIÓN <i>Media (D.E.)</i>	27.48 (±6.20)	28.21 (±6.09)	27.49 (±6.77)	F=0.42 ^{NS}	.656
<i>Rango (Mediana)</i>	16 – 39 (28.50)	12 – 40 (28.00)	9 – 40 (28.00)		
Categorías				Chi ² =3.65 ^{NS}	.455
Excelente	13.1 % (8)	16.5 % (14)	17.9 % (59)		
Adecuada	54.1 % (33)	61.2 % (52)	51.7 % (170)		
Baja	32.8 % (20)	22.4 % (19)	30.4 % (100)		
Puntuación en CLARIDAD <i>Media (D.E.)</i>	25.70 (±5.95)	27.45 (±5.64)	26.26 (±5.85)	F=1.92 ^{NS}	.148
<i>Rango (Mediana)</i>	11 – 40 (25.00)	11 – 40 (27.00)	10 – 40 (27.00)		
Categorías				Chi ² =7.94 ^{NS}	.094
Excelente	3.3 % (2)	7.1 % (6)	7.6 % (25)		
Adecuada	62.3 % (38)	75.3 % (64)	62.0 % (204)		
Baja	34.4 % (21)	17.6 % (15)	30.4 % (100)		
Puntuación en REPARACIÓN <i>Media (D.E.)</i>	27.08 (±6.26)	27.09 (±6.00)	26.87 (±5.64)	F=0.07 ^{NS}	.929
<i>Rango (Mediana)</i>	14 – 40 (27.00)	12 – 40 (26.00)	13 – 40 (27.00)		
Categorías				Chi ² =8.17 ^{NS}	.086
Excelente	16.4 % (10)	11.8 % (20)	7.0 % (23)		
Adecuada	52.5 % (32)	64.7 % (55)	66.3 % (218)		
Baja	31.1 % (19)	23.5 % (20)	26.7 % (88)		

N.S. = NO significativo

En cuanto al contraste con los estudios del padre (Tabla 54), no existe diferencia significativa en la dimensión Atención ($p > .05$), pero sí en las otras dos. Así:

- En Claridad se encuentra significación al contrastar los valores medios ($p < .01$) que puede ser explicada por un menor valor entre aquellos con padres que solo tienen estudios primarios (24.3 vs 27.3 y 26.5). Este conlleva que hay un notable mayor número de casos ($p < .05$) dentro de este grupo con padres con estudios primarios que tienen nivel bajo en Claridad (45.9% vs 21.2% y 27.7%).
- En Reparación ocurre algo muy similar, aparece significación ($p < .05$) entre los valores medios, siendo inferior el valor de aquellos con padres que tienen estudios primarios (25.2 vs 26.7 y 27.4). Y esto se complementa con hay más sujetos en el nivel bajo de Reparación en el grupo de padres con estudios primarios (41.0% vs 28.3% y 23.2%).

Tabla 54: Análisis comparativo. Diferencias en las variables de Inteligencia Emocional (TMMS24), en función de los Estudios del padre. (N=474)

VARIABLES DE TMMS24	ESTUDIOS DEL PADRE			Test de contraste	
	Primarios	Secundarios	Univ. / Sup.	Valor	P valor
Puntuación en ATENCIÓN					
Media (D.E.)	27.74 (±6.67)	27.84 (±6.35)	27.52 (±6.57)	F=0.10 ^{NS}	.904
Rango (Mediana)	15 – 39 (29.00)	12 – 40 (28.00)	9 – 40 (28.00)		
Categorías				Chi ² =0.86 ^{NS}	.930
Excelente	18.0 % (11)	16.2 % (16)	16.9 % (53)		
Adecuada	49.2 % (30)	56.6 % (56)	54.1 % (170)		
Baja	32.8 % (20)	27.3 % (27)	29.0 % (91)		
Puntuación en CLARIDAD					
Media (D.E.)	24.34 (±6.23)	27.35 (±5.99)	26.50 (±5.64)	F=5.26**	.006
Rango (Mediana)	10 – 40 (25.00)	12 – 40 (27.00)	10 – 40 (27.00)		
Categorías				Chi ² =12.39 *	.015
Excelente	3.3 % (2)	9.1 % (9)	7.0 % (22)		
Adecuada	50.8 % (31)	69.7 % (69)	65.3 % (205)		
Baja	45.9 % (28)	21.2 % (21)	27.7 % (87)		
Puntuación en REPARACIÓN					
Media (D.E.)	25.16 (±6.33)	26.74 (±6.19)	27.35 (±5.54)	F=3.72 *	.025
Rango (Mediana)	13 – 40 (25.00)	14 – 40 (27.00)	12 – 40 (27.75)		
Categorías				Chi ² =10.52 *	.032
Excelente	11.5 % (7)	10.1 % (10)	8.3 % (26)		
Adecuada	47.5 % (29)	61.6 % (61)	68.5 % (215)		
Baja	41.0 % (25)	28.3 % (28)	23.2 % (73)		

N.S. = NO significativo * = Significativo ** = Altamente significativo

4.12 RELACIÓN DE HÁBITOS

En este apartado se va a proceder a estudiar la posible dependencia/asociación del grado de adherencia a la dieta mediterránea con una serie de factores/variables que se han recogido en el cuestionario y que ya han sido descritos y contrastados previamente en este estudio. La adherencia la valoramos con la puntuación total del cuestionario PREDIMED junto a la categorización realizada en función del grado. Al resto de las variables las representaremos según cada caso, lo que supone que el método estadístico empleado para el estudio correlacional será distinto y adaptado a cada conjunto de datos. Para tratar de homogeneizar la interpretación de la intensidad de la relación, se añadirá el valor del “tamaño del efecto” expresado en coeficiente R² (escala: 0-1) que multiplicado por 100 puede ser interpretado como porcentaje común a ambas variables, con independencia del método correlacional y del tipo de datos de las variables.

En primer lugar se ha procedido a correlacionar la puntuación total de PREDIMED (adherencia) con el número de METS de la actividad física de los participantes (N=413). Ni por el procedimiento de Pearson ($r=.07$) ni por el método no paramétrico de Spearman ($r=.12$) se ha obtenido una correlación que sea estadísticamente significativa ($p>.05$). Por tanto correlacionando estas variables no hemos encontrado evidencia estadística de la existencia de asociación entre adherencia a la dieta mediterránea y actividad física.

También se han cruzado las dos variables categóricas de estos dos constructos. Y ahí sí que parece haber una cierta tendencia relacional que incluso llega a ser significativa ($p<.05$) y pero que se corresponde con un tamaño del efecto muy pequeño (1.2%). Lo que nos datos de este cruce parecen señalar es que hay más casos con baja adherencia que tienen una actividad física baja o media; en tanto que hay más casos con adherencia media y alta que a su vez tienen un grado de actividad física elevada (Tabla 55).

Tabla 55: *Análisis correlacional.* Asociación entre la Adherencia a la Dieta Mediterránea (PREDIMED) con el grado de Actividad física (IPAQ). N=413

	ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRANEA			Test Chi-cuadrado		Tamaño del efecto: R^2
	Baja	Media	Alta	Valor	P valor	
	(n=67)	(n=273)	(n=73)			
ACTIVIDAD FÍSICA				10.24 *	.037	.012
Alta	74.6 % (50)	86.4 % (236)	90.4 % (66)			
Media	17.9 % (12)	10.6 % (29)	9.6 % (7)			
Baja	7.5 % (5)	2.9 % (8)	0.0 % (0)			

* = Significativo

En negrita las casillas que marcan la tendencia de la relación

Al correlacionar la puntuación total PREDIMED con la puntuación total AUDIT que valora la dependencia con respecto al consumo de alcohol, se obtenido coeficientes muy bajos, casi nulos (Pearson: $-.03$; Sperman: $-.03$) que por supuesto no son estadísticamente significativos ($p>.05$).

Cuando se cruzó la variable de puntuación AUDIT con las categorías de la adherencia, se observaron valores muy similares (4.62; 4.68 y 4.32) aunque algo inferior en aquellos sujetos que tienen más adherencia. Pero se mantiene de forma muy clara la falta de significación ($p>.05$). Por tanto, no estamos encontrando ninguna evidencia estadística de relación entre la adherencia a la dieta mediterránea con la dependencia del alcohol.

Cuando se cruzó el riesgo de tener problemas de salud derivados de la dependencia al alcohol con las categorías de la adherencia (Tabla 56) se aprecia una cierta tendencia que parece asociar un menor riesgo con una mayor adherencia (y un mayor riesgo con menor adherencia), pero sin que se logre alcanzar la significación estadística ($p>.05$).

Tabla 56: *Análisis correlacional.* Asociación entre la Adherencia a la Dieta Mediterránea (PREDIMED) con el riesgo de tener problemas derivados de la Dependencia al Alcohol (AUDIT). N=474

	ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRANEA			Test Chi-cuadrado		Tamaño del efecto: R ²
	Baja (n=81)	Media (n=314)	Alta (n=79)	Valor	P valor	
AUDIT – Dependencia Alcohol				2.57 ^{NS}	.276	.005
Con riesgo	37.0 % (30)	30.9 % (97)	25.3 % (20)			
Sin riesgo	63.0 % (51)	69.1 % (217)	74.7 % (59)			

NS = No significativo

Se generó una variable dicotómica que clasifica a los participantes en consumidores (sí/no) de algún tipo de droga. El motivo es la reducida frecuencia de consumo de cada una de ellas cuando se consideran de forma independiente, así como el policonsumo de varias sustancias en una buena parte de los consumidores. Esta variable dicotómica se ha cruzado con las categorías del grado de adhesión a la dieta mediterránea, encontrándose (Tabla 57) aunque parece que hay un mayor porcentaje de no consumidores de droga entre los que tienen alta adherencia, a la par que más consumidores entre los que tienen adherencia media/baja, pero sin que se alcance una significación estadística ($p > .05$). Por tanto no logramos encontrar suficientes evidencias estadísticas como para poder concluir que existe relación entre estas dos variables.

En cuanto al cruce con el consumo de tabaco (también en Tabla 57) un incremento de fumadores a medida que aumenta el grado de adhesión a la dieta mediterránea, llegándose incluso a que la inmensa mayoría de los participantes con alta adherencia son no fumadores. Esta tendencia llega a la significación estadística ($p < .05$) pero se corresponde con un tamaño del efecto pequeño (1.7%). Por tanto aunque la relación sea leve, tenemos evidencias estadísticas suficientes para aceptar la relación entre estas variables en el sentido comentado.

Tabla 57: *Análisis correlacional.* Asociación entre la Adherencia a la Dieta Mediterránea (PREDIMED) con el consumo de drogas / tabaco. N=489 / N=457

	ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRANEA			Test Chi-cuadrado		Tamaño del efecto: R ²
	Baja (n=84)	Media (n=324)	Alta (n=81)	Valor	P valor	
CONSUMO DE DROGAS				3.91 ^{NS}	.141	.008
Sí consume	16.7 % (14)	17.6 % (57)	8.6 % (7)			
No consumidor	83.3 % (70)	82.4 % (267)	91.4 % (74)			
CONSUMO DE TABACO				7.84 *	.020	.017
Fumador	24.4 % (19)	17.6 % (53)	7.7 % (6)			
No fumador	75.6 % (59)	82.4 % (248)	92.3 % (72)			

N.S. = NO significativo * = Significativo

En negra las casillas que marcan la tendencia de la relación

En el estudio de la relación del número de ingestas de comida diarias con las categorías del PREDIMED (Tabla 58) se observa una relación estadísticamente significativa ($p < .01$) que se corresponde con un efecto moderado (3.3%) y que se explica por una menor ingesta entre los casos con baja adherencia frente a un mayor número de ingestas entre los que tienen adherencia media o alta.

Por el contrario en el estudio de la relación del número de cafés y/o bebidas alcohólicas con la adherencia a la dieta mediterránea no hay ninguna evidencia estadística de relación posible entre estas variables ($p > .05$ y efecto casi nulo).

Tabla 58: *Análisis correlacional.* Asociación entre la Adherencia a la Dieta Mediterránea (PREDIMED) con el N° de ingestas de comida/día y con el N° de cafés o bebidas estimulantes. N=483 / N=477

	ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRANEA			Test de Kruskal-W		Tamaño del efecto: R^2
	Baja (n=84)	Media (n=318)	Alta (n=81)	Valor	P valor	
N° INGESTAS COMIDA				15.02**	.001	.033
Media (D.E.)	3.85 (± 1.10)	4.18 (± 0.94)	4.44 (± 0.81)			
Rango (Mediana)	1 – 8 (4.00)	1 – 6 (4.00)	3 – 6 (4.00)			
N° CAFÉS O BEBIDAS ESTIMULANTES				1.34 NS	.513	.003
Media (D.E.)	1.20 (± 1.06)	1.37 (± 1.21)	1.38 (± 1.10)			
Rango (Mediana)	0 – 5 (1.00)	0 – 8 (1.00)	0 – 4 (1.00)			

N.S. = NO significativo ** = Altamente significativo

Cuando se correlacionó el número de METS de la actividad física con la puntuación total de la dependencia de alcohol (AUDIT) se han obtenido coeficientes muy bajos, casi nulos (Pearson: $-.01$; Spearman: $-.02$) que obviamente no son significativos ($p > .05$).

El cruce de la puntuación AUDIT con las categorías del grado de actividad física, refrenda el resultado anterior puesto que las medias son similares entre sí (4.52; 4.72 y 4.72) sin que exista significación estadística ($p > .05$). En consecuencia, por ninguno de estos procedimientos hemos encontrando evidencia estadística de una posible relación entre la dependencia del alcohol y la realización de actividad física.

Por otro lado se cruzó el riesgo de presentar problemas derivados de la dependencia al alcohol con las categorías de la actividad física (Tabla 59) sin que, de nuevo, se encuentre ni significación ($p > .05$) ni efecto (nulo) con el que poder concluir alguna relación.

Por tanto, nada evidencia una relación entre la ingesta de alcohol y la realización de actividad física en esta muestra de estudio.

Tabla 59: *Análisis correlacional.* Asociación entre la Adherencia a la Dieta Mediterránea (PREDIMED) con el riesgo de tener problemas derivados de la Dependencia al Alcohol (AUDIT). N=405

	GRADO DE ACTIVIDAD FÍSICA			Test Chi-cuadrado		Tamaño del efecto: R ²
	Baja (n=12)	Media (n=47)	Alta (n=346)	Valor	P valor	
AUDIT – Dependencia Alcohol				0.08 ^{NS}	.962	.000
Con riesgo	33.3 % (4)	34.0 % (16)	32.1 % (111)			
Sin riesgo	66.7 % (8)	66.0 % (31)	67.96 % (235)			

NS = No significativo

Al cruzar las categorías de IPAQ con el consumo de drogas (Tabla 60) se ha encontrado una relación muy significativa ($p < .01$) equivalente a un efecto moderado-leve (2.6%) y que se debe, a pesar de la escasez de casos de alguna categoría de actividad física, a que hay bastantes más porcentaje de casos que no consumen drogas en los grupos con actividad media o alta; en tanto que se asocia la baja actividad física con el consumo de droga.

En esta línea, cuando se cruzan las categorías IPAQ con el consumo de tabaco aparece otra correlación muy significativa ($p < .01$) y de efecto de nuevo moderado bajo (2.5%) que se explica por el mismo tipo de relación de la anterior; es decir que hay bastantes más casos de no fumadores en los grupos que realizan una actividad media o alta, a la par que se asocia la baja actividad física con el consumo de tabaco.

Tabla 60: *Análisis correlacional.* Asociación entre el grado de actividad Física (IPAQ) con el consumo de drogas / tabaco. N=413 / N=392

	GRADO DE ACTIVIDAD FÍSICA			Test Chi-cuadrado		Tamaño del efecto: R ²
	Baja (n=13)	Media (n=48)	Alta (n=352)	Valor	P valor	
CONSUMO DE DROGAS				10.51**	.005	.026
Sí consume	46.2 % (6)	16.7 % (8)	13.6 % (48)			
No consumidor	53.8 % (7)	83.3 % (40)	86.4 % (304)			
CONSUMO DE TABACO				9.80**	.007	.025
Fumador	50.0 % (6)	13.0 % (6)	16.5 % (55)			
No fumador	50.0 % (6)	87.0 % (40)	83.5 % (279)			

** = Altamente significativo

En negrita las casillas que marcan la tendencia de la relación

Al contrastar los valores medios de la puntuación AUDIT de dependencia entre consumidores y no consumidores de droga (Tabla 61) se ha encontrado una diferencia altamente significativa ($p < .001$) y correspondiente a un tamaño del efecto moderado (7.7%), siendo más elevada la puntuación promedio en el caso de los consumidores. Por tanto, tenemos una evidencia estadística muy sólida de la relación entre estas variables tal que en los consumidores de droga se aprecia un mayor grado de dependencia del alcohol.

A la par al cruzar el riesgo de desarrollo de problemas consecuencia del consumo del alcohol también se ha encontrado una relación muy significativa ($p < .001$) con efecto moderado (4.5%) que nos permite admitir la existencia de una relación por la cual, los consumidores de drogas tienen mucho más riesgo de desarrollar problemas de salud derivados del consumo de alcohol.

Tabla 61: Análisis correlacional. Asociación del grado de Dependencia del alcohol (AUDIT) con el consumo de drogas. N=474

	CONSUMO DE DROGAS		Test de contraste		Tamaño del efecto: R^2
	SI	NO	Valor	P valor	
AUDIT – Punt. Total de Dependencia					
Media (D.E.)	6.96 (± 4.26)	4.15 (± 3.45)	$Z_U = 5.47^{**}$	.000	.077
Rango (Mediana)	0 – 19 (6.00)	0 – 15 (4.00)			
Consecuencia de la dependencia			$\text{Chi}^2 = 21.24^{**}$	.000	.045
Con riesgo	53.2 % (41)	26.7 % (106)			
Sin riesgo	46.8 % (36)	73.3 % (291)			

** = Altamente significativo

Los resultados en el estudio de la relación del AUDIT con el consumo del tabaco (Tabla 62) son muy similares a los anteriores. Se ha encontrado una diferencia altamente significativa ($p < .001$) con efecto moderado (5.9%) debido a que los valores promedio en la puntuación de dependencia del alcohol son superiores entre los fumadores. Como consecuencia esta es una evidencia estadística sólida de la existencia de una relación, tal que tienen mayor grado de dependencia del alcohol aquellos participantes que fuman tabaco. Y en el contraste del riesgo de sufrir problemas como consecuencia de la dependencia, existe una relación altamente significativa ($p < .001$) de efecto moderado (5.1%) que implica un mayor grado de riesgo entre los fumadores.

Tabla 62: Análisis correlacional. Asociación del grado de Dependencia del alcohol (AUDIT) con el consumo de tabaco. N=454

	CONSUMO DE TABACO		Test de contraste		Tamaño del efecto: R^2
	FUMADOR	NO FUMA	Valor	P valor	
AUDIT – Punt. Total de Dependencia					
Media (D.E.)	6.66 (± 3.89)	4.27 (± 3.57)	$Z_U=5.02^{**}$	.000	.059
Rango (Mediana)	0 – 14 (6.00)	0 – 19 (4.00)			
Consecuencia de la dependencia			$Chi^2=23.04^{**}$	.000	.051
Con riesgo	54.5 % (42)	26.7 % (100)			
Sin riesgo	45.5 % (35)	73.3 % (275)			

** = Altamente significativo

4.13 RELACIÓN DE HÁBITOS CON AUTOPERCEPCIÓN EN SALUD, INTELIGENCIA EMOCIONAL Y ANSIEDAD

Utilizando de nuevo los métodos correlacionales de Pearson y Spearman, para relacionar la variable de la puntuación total PREDIMED con las variables de las puntuaciones de las tres dimensiones del TMMS24 de inteligencia emocional, no se han encontrado coeficientes de correlación con valores (entre $r=.05$ y $r=.12$) que sean indicadores de correlación, siendo además no significativos.

Cruzando las categorías de la adherencia con las categorías generadas en las variables de estas tres dimensiones (Tabla 63) sí que ha aparecido una relación significativa ($p \leq .001$) aunque de intensidad baja puesto que se corresponde con un tamaño del efecto pequeño (1.8%). La tendencia que parece justificar esta leve relación sería: que se asocia una baja adherencia a la dieta mediterránea con una baja claridad emocional, a la par que se asocia un grado de adherencia media/alto con una claridad emocional adecuada. Con respecto a las otras dos dimensiones (atención y reparación) no se ha encontrado ninguna evidencia estadística de posible relación la adherencia a la dieta mediterránea.

Tabla 63: *Análisis correlacional.* Asociación entre la Adherencia a la Dieta Mediterránea (PREDIMED) con las dimensiones de Inteligencia emocional (TMMS24). N=481

	ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRANEA			Test Chi-cuadrado		Tamaño del efecto: R ²
	Baja	Media	Alta	Valor	P valor	
	(n=83)	(n=317)	(n=81)			
ATENCIÓN EMOCIONAL				3.03 ^{NS}	.552	.003
<i>Excelente</i>	15.7 % (13)	17.4 % (55)	16.0 % (13)			
<i>Adecuada</i>	48.2 % (40)	53.9 % (171)	59.3 % (48)			
<i>Baja</i>	36.1 % (30)	28.7 % (91)	24.7 % (20)			
CLARIDAD EMOCIONAL				17.80**	.001	.018
<i>Excelente</i>	3.6 % (3)	8.2 % (26)	4.9 % (4)			
<i>Adecuada</i>	54.2 % (45)	62.5 % (198)	80.2 % (65)			
<i>Baja</i>	42.2 % (35)	29.3 % (93)	14.8 % (12)			
REPARACION EMOCIONAL				3.95 ^{NS}	.413	.004
<i>Excelente</i>	6.0 % (5)	8.5 % (27)	13.6 % (11)			
<i>Adecuada</i>	66.3 % (55)	64.0 % (203)	65.4 % (53)			
<i>Baja</i>	27.7 % (23)	27.4 % (87)	21.0 % (17)			

N.S. = NO significativo ** = Altamente significativo

En negrita las casillas que marcan la tendencia de la relación

Utilizando los coeficientes de correlación (Pearson y Spearman) con las variables numéricas de ambos instrumentos, sí que se ha encontrado en este caso valores de correlación que alcanzan la significación estadística (Tabla 64). Los valores de los coeficientes son negativos, lo que quiere decir que la relación entre las variables es inversa: los sujetos con puntuaciones más elevadas en la adherencia a dieta mediterránea, tienden a tener valores más bajos tanto en ansiedad rasgo como en ansiedad estado. Los tamaños del efecto son moderados-bajos (alrededor de entre un 2% y un 3%) y es algo superior en el caso de la variable de ansiedad estado.

Tabla 64: *Análisis correlacional.* Asociación entre la Adherencia a la Dieta Mediterránea (PREDIMED) con las dimensiones de Ansiedad (STAI). N=476

	Coef. de Pearson			Coef. de Spearman		
	r	R ²	P valor	r	R ²	P valor
STAI AE – ANSIEDAD ESTADO	-.175**	.031	.000	-.150**	.022	.001
STAI AR – ANSIEDAD RASGO	-.155**	.024	.000	-.133**	.018	.004

** = Altamente significativo

Cuando se cruzaron las categorías de PREDIMED con las puntuaciones de las dos variables STAI (Tabla 65) encontrándose la tendencia ya comentada: el valor medio, tanto en ansiedad estado como en ansiedad rasgo, va disminuyendo a medida que aumenta el grado de adherencia a la dieta mediterránea. Relación que es estadísticamente significativa ($p < .05$) aunque esta forma de tratar a los datos de las variables reduce algo la magnitud de los tamaños del efecto.

En todo caso, tenemos evidencias estadísticas para aceptar que hay una relación inversa, de una mayor adherencia con una menor ansiedad, aunque de magnitud leve.

Tabla 65: *Análisis correlacional.* Asociación entre la Adherencia a la Dieta Mediterránea (PREDIMED) con las dimensiones de Ansiedad (STAI). N=476

	ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRANEA			Test ANOVA		Tamaño del efecto: R ²
	Baja	Media	Alta	Valor	P valor	
	(n=83)	(n=314)	(n=79)			
STAI AE – ANSIEDAD ESTADO				4.65 *	.011	.019
Media (D.E.)	22.50 (±11.86)	19.54 (±9.55)	17.75 (±10.43)			
Rango (Mediana)	1 – 53 (22.00)	0 – 47 (19.00)	0 – 52 (18.00)			
STAI AR – ANSIEDAD RASGO				3.40 *	.034	.014
Media (D.E.)	25.16 (±10.40)	22.91 (±9.33)	21.28 (±9.81)			
Rango (Mediana)	5 – 52 (24.50)	3 – 49 (22.00)	2 – 48 (21.25)			

* = Significativo

Al cruzar las categorías de la adherencia con las de la autopercepción de la salud (Tabla 66) se ha encontrado una significación estadística ($p < .05$) pero que se corresponde con un efecto pequeño (solo 1.5%). Los datos que tenemos marcan que se asocia una alta adherencia con una buena autopercepción de la salud, a la par que se asocia una baja adherencia con una peor (regular / mala / muy mala) autopercepción de la salud. Por tanto tenemos una cierta evidencia estadística de relación entre estas variables, si bien es cierto que con una magnitud muy leve.

Tabla 66: *Análisis correlacional.* Asociación entre la Adherencia a la Dieta Mediterránea (PREDIMED) con la Autopercepción de la salud. N=394

	ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRANEA			Test Chi-cuadrado		Tamaño del efecto: R ²
	Baja	Media	Alta	Valor	P valor	
	(n=76)	(n=266)	(n=52)			
AUTOPERCEP. SALUD				12.20 *	.016	.015
Muy buena	17.1 % (13)	22.9 % (61)	17.3 % (9)			
Buena	53.9 % (41)	62.4 % (166)	73.1 % (38)			
Regular / Mala	28.9 % (22)	14.7 % (39)	9.6 % (5)			

* = Significativo

En negrita las casillas que marcan la tendencia de la relación

Al correlacionar los valores de los METS de actividad física con las puntuaciones de las tres dimensiones de TMMS24 se ha observado (Tabla 67) que con dos de ellas (atención y claridad), los valores de los coeficientes son muy pequeños, equivalentes a efecto casi nulos y por tanto, además, no significativos ($p > .05$). Pero en la relación con la reparación emocional sí que se ha encontrado una correlación que es significativa ($p < .01$) de intensidad moderada-ba-

ja (efecto sobre el 2%) y de sentido directo, que según esto estaría indicando que se asocia realizar más ejercicio físico con tener mayor capacidad de reparación emocional.

Tabla 67: *Análisis correlacional.* Asociación entre los METS de Actividad física (IPAQ) con las dimensiones de Inteligencia Emocional (TMMS24). N=412

	Coef. de Pearson			Coef. de Spearman		
	r	R ²	P valor	r	R ²	P valor
TMMS – ATENCIÓN EMOCIONAL	-.012 ^{NS}	.000	.811	-.028 ^{NS}	.001	.564
TMMS – CLARIDAD EMOCIONAL	.050 ^{NS}	.002	.315	.044 ^{NS}	.002	.378
TMMS – REPARACIÓN EMOCIONAL	.132**	.017	.008	.152**	.023	.002

N.S. = NO significativo ** = Altamente significativo

Cuando se plantea este estudio cruzando las categorías de la actividad física con las categorías de las variables del TMMS24, los resultados se diluyen debido a la muy alta concentración de participantes en la misma categoría de IPAQ. La Tabla 68 aun así, presenta estos resultados y podemos ver que se mantiene la ausencia de relación significativa en el caso de las variables de las dimensiones atención y claridad, y que se roza la significación en la variable de la dimensión reparación de las emociones, con datos que apuntan en el sentido comentado: asociando la baja actividad física con la baja capacidad de reparación, a la par que los grados de actividad física media y alta con la adecuada capacidad de reparación de las emociones.

Tabla 68: *Análisis correlacional.* Asociación entre las categorías de la Actividad física (IPAQ) con las dimensiones de Inteligencia Emocional (TMMS24). N=412

	GRADO DE ACTIVIDAD FÍSICA			Test Chi-cuadrado		Tamaño del efecto: R ²
	Baja (n=13)	Media (n=48)	Alta (n=351)	Valor	P valor	
ATENCIÓN EMOCIONAL				3.03 ^{NS}	.552	.004
Excelente	23.1 % (3)	10.4 % (5)	18.5 % (65)			
Adecuada	53.8 % (7)	62.5 % (30)	51.6 % (181)			
Baja	23.1 % (3)	27.1 % (13)	29.9 % (105)			
CLARIDAD EMOCIONAL				3.93 ^{NS}	.415	.005
Excelente	7.7 % (1)	2.1% (1)	8.0 % (28)			
Adecuada	53.8 % (7)	62.5 % (30)	65.2 % (229)			
Baja	38.5 % (5)	35.4 % (17)	26.8 % (94)			
REPARACION EMOCIONAL				9.18 ^{NS}	.057	.012
Excelente	0.0 % (-)	6.3 % (3)	9.1 % (32)			
Adecuada	46.2 % (6)	56.3 % (27)	66.4 % (233)			
Baja	53.8 % (7)	37.5 % (18)	24.5 % (86)			

N.S. = NO significativo

Se correlacionó los valores METS de actividad física con las puntuaciones de las dos variables de dimensión de STAI, encontrando (Tabla 69) que los valores de los coeficientes son muy bajos (efectos nulos) y no significativos ($p > .05$) en el caso de la ansiedad estado. Las correlaciones son algo mayores en el caso de la ansiedad rasgo, si bien se corresponde con efecto muy pequeños (apenas llegan al 1%) y aunque el coeficiente Spearman es significativo ($p < .05$) estimamos que esta es una débil prueba de relación entre METS y esta dimensión STAI.

Tabla 69: *Análisis correlacional.* Asociación entre los METS de Actividad física (IPAQ) con las dimensiones de Ansiedad (STAI). N=407

	Coef. de Pearson			Coef. de Spearman		
	r	R ²	P valor	r	R ²	P valor
STAI AE – ANSIEDAD ESTADO	-.023 ^{NS}	.000	.642	-.021 ^{NS}	.000	.675
STAI AR – ANSIEDAD RASGO	-.074 ^{NS}	.005	.134	-.117 [*]	.014	.018

N.S. = NO significativo * = Significativo

Cuando se cruzan las categorías de la actividad física con las puntuaciones de las variables STAI, los resultados (Tabla 70) confirman la ausencia de relación en el caso de la ansiedad estado ($p > .05$; efecto prácticamente nulo). Pero se ha logrado encontrar una significación con la ansiedad rasgo ($p < .05$) equivalente a un efecto pequeño (1.7%) y que viene explicada por se asocian menores puntuaciones en esta dimensión de ansiedad con un grado de actividad física alta. Esta sí podemos, ahora, tomarla como una evidencia estadística suficiente de relación (aunque sea leve) entre la realización de ejercicio físico y la ansiedad rasgo.

Tabla 70: *Análisis correlacional.* Asociación entre las categorías del grado de Actividad física (IPAQ) con las dimensiones de Ansiedad (STAI). N=407

	GRADO DE ACTIVIDAD FÍSICA			Test ANOVA		Tamaño del efecto: R ²
	Baja (n=13)	Media (n=46)	Alta (n=348)	Valor	P valor	
STAI AE – ANSIEDAD ESTADO				0.44 ^{NS}	.641	.002
Media (D.E.)	19.69 (±12.09)	20.76 (±11.34)	19.24 (±10.15)			
Rango (Mediana)	1 – 42 (16.00)	0 – 41 (19.00)	0 – 53 (18.25)			
STAI AR – ANSIEDAD RASGO				3.50 [*]	.031	.017
Media (D.E.)	25.42 (±10.21)	26.13 (±10.20)	22.23 (±9.66)			
Rango (Mediana)	6 – 36 (27.00)	5 – 46 (25.00)	2 – 52 (21.00)			

N.S. = NO significativo * = Significativo

Al relacionar las categorías de la actividad física con las de la autopercepción de la salud (Tabla 71) se ha encontrado significación estadística ($p < .05$) aunque se corresponde con un efecto pequeño (1.6%). Esta relación se explica porque se asocia una buena autopercepción de la salud con una mayor relación de actividad física (incluso una muy buena percepción con una

alta actividad), mientras que a la vez que se asocia una mala sensación (regular / mala / muy mala) sobre la propia salud con una baja actividad física. En consecuencia podemos admitir la existencia de una cierta evidencia estadística de la relación entre estas variables, aunque sea con una magnitud leve.

Tabla 71: Análisis correlacional. Asociación entre el grado de Actividad física (IPAQ) con la Autopercepción de la salud. N=328

	GRADO DE ACTIVIDAD FÍSICA			Test Chi-cuadrado		Tamaño del efecto: R ²
	Baja	Media	Alta	Valor	P valor	
	(n=11)	(n=38)	(n=279)			
AUTOPERCEP. SALUD				10.40 *	.034	.016
Muy buena	9.1 % (1)	10.5 % (4)	23.3 % (65)			
Buena	45.5 % (5)	68.4 % (26)	61.6 % (172)			
Regular / Mala	45.5 % (5)	21.1 % (8)	15.1 % (42)			

* = Significativo

En negrita las casillas que marcan la tendencia de la relación

En primer lugar se procedió a correlacionar las variables de las 3 dimensiones de TMMS con las variables de las 2 dimensiones de STAI, mediante los coeficientes de Pearson y Spearman, entre las puntuaciones totales de unas y otras. Los resultados (Tabla 72) nos indican que existen relaciones altamente significativas ($p < .001$) entre todas ellas. En concreto:

1. La atención emocional mantiene una relación directa y de intensidad equivalente a un efecto grande con AE (sobre un 18%) y con AR (sobre el 24%). Por tanto tenemos evidencias sólidas para afirmar que los participantes con mayor atención emocional tienen, más elevada tanto la ansiedad rasgo como la ansiedad estado.
2. La claridad emocional tiene una relación inversa y de magnitud ya muy elevada tanto con AE (efecto de un 41%) como con AR (efecto sobre el 40%). En consecuencia, hay evidencias estadísticas muy sólidas para afirmar que los sujetos con un alto grado de claridad emocional, tienen valores más bajos en ansiedad estado y en ansiedad rasgo.
3. La reparación emocional también mantiene una relación inversa de intensidad elevada con AE (efecto sobre un 32%) y con AR (efecto del 42%); por lo que de nuevo se han encontrado evidencias estadísticas muy sólidas para poder afirmar que los encuestados con alta capacidad de reparación emocional tienen valores más bajos tanto en ansiedad estado como en ansiedad rasgo.

Tabla 72: *Análisis correlacional.* Asociación de las dimensiones de Inteligencia Emocional (TMMS) con las dimensiones de Ansiedad (STAI). N=476

TMMS – ATENCIÓN EMOC.	Coef. de Pearson			Coef. de Spearman		
	r	R ²	P valor	r	R ²	P valor
STAI AE – ANSIEDAD ESTADO	.186**	.035	.000	.156**	.024	.001
STAI AR – ANSIEDAD RASGO	.249**	.062	.000	.220**	.048	.000
TMMS – CLARIDAD EMOC.	Coef. de Pearson			Coef. de Spearman		
	r	R ²	P valor	r	R ²	P valor
STAI AE – ANSIEDAD ESTADO	-.414**	.171	.000	-.411**	.169	.000
STAI AR – ANSIEDAD RASGO	-.427**	.182	.000	-.398**	.158	.000
TMMS – REPARACIÓN EMOC.	Coef. de Pearson			Coef. de Spearman		
	r	R ²	P valor	r	R ²	P valor
STAI AE – ANSIEDAD ESTADO	-.321**	.103	.000	-.315**	.099	.000
STAI AR – ANSIEDAD RASGO	-.422**	.178	.000	-.424**	.180	.000

** = Altamente significativo

Todos los coeficientes de correlación obtenidos entre las dimensiones TMMS y la puntuación total AUDIT de la dependencia del alcohol son muy bajos (Tabla 73) equivalentes a tamaños del efecto casi nulos y por tanto tampoco son estadísticamente significativos ($p > .05$). También se contrastaron las medias de las variables TMMS en función del riesgo (con/sin) de desarrollar problemas debidos al alcohol con resultados similares a los anteriores. En conclusión, no existe evidencia alguna para sostener la que exista relación entre las variables de la inteligencia emocional y la dependencia del alcohol.

Tabla 73: *Análisis correlacional.* Asociación de las dimensiones de Inteligencia Emocional (TMMS) con la Dependencia del consumo de Alcohol (AUDIT). N=476

TMMS – ATENCIÓN EMOC.	Coef. de Pearson			Coef. de Spearman		
	r	R ²	P valor	r	R ²	P valor
AUDIT – Dependencia del Alcohol	-.022 ^{NS}	.000	.635	-.034	.001	.454
TMMS – CLARIDAD EMOC.	Coef. de Pearson			Coef. de Spearman		
	r	R ²	P valor	R	R ²	P valor
AUDIT – Dependencia del Alcohol	-.080 ^{NS}	.006	.081	-.074	.005	.110
TMMS – REPARACIÓN EMOC.	Coef. de Pearson			Coef. de Spearman		
	r	R ²	P valor	r	R ²	P valor
AUDIT – Dependencia del Alcohol	-.044 ^{NS}	.002	.345	-.045	.002	.325

NS = No significativo

En el caso de la relación entre las variables TMMS y el consumo de drogas (Tabla 74) no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ($p > .05$) siendo además los tamaño del efecto casi nulos, en las variables: atención y claridad. Por tanto, no hay evidencia para poder afirmar que estas dos dimensiones están relacionadas con el consumo de alguna sustancia. Pero en el caso de la dimensión de reparación emocional, sí que aparece una significación estadística ($p < .05$) aunque con efecto pequeño (1.1%) que se debe a que la media de los con-

sumidores de droga es inferior a la media de los no consumidores. En conclusión, hay evidencia estadística para poder aceptar que aquellos participantes que son consumidores de sustancias dopantes tienen puntuaciones menores en la capacidad de realizar reparación emocional.

Tabla 74: *Análisis correlacional.* Asociación de las dimensiones de Inteligencia Emocional (TMMS) con el consumo de drogas. N=404

Variables TMMS	CONSUMO DE DROGAS		Test de Student		Tamaño del efecto: R ²
	SI	NO	Valor	P valor	
ATENCIÓN EMOCIONAL					
Media (D.E.)	27.12 (±6.31)	27.66 (±6.61)	t=0.67 ^{NS}	.502	.001
Rango (Mediana)	11 – 40 (27.00)	9 – 40 (28.00)			
CLARIDAD EMOCIONAL					
Media (D.E.)	25.81 (±5.78)	26.45 (±5.89)	t=0.87 ^{NS}	.386	.002
Rango (Mediana)	12 – 38 (27.00)	10 – 40 (27.00)			
REPARACIÓN EMOCIONAL					
Media (D.E.)	25.55 (±5.47)	27.19 (±5.83)	t=2.30 *	.022	.012
Rango (Mediana)	12 – 39 (25.00)	13 – 40 (27.00)			

N.S. = NO significativo * = Significativo

En cuanto al consumo de tabaco (Tabla 75) los resultados no han determinado la existencia de diferencias estadísticamente significativas ($p > .05$) entre fumadores y no consumidores en ninguna de las variables de las 3 dimensiones TMMS, ya que las medias son muy similares en todas ellas entre unos y otros. Por tanto, no hay evidencia alguna de que este consumo de tabaco esté relacionado con la inteligencia emocional.

Tabla 75: *Análisis correlacional.* Asociación de las dimensiones de Inteligencia Emocional (TMMS) con el consumo de tabaco. N=454

Variables TMMS	CONSUMO DE TABACO		Test de Student		Tamaño del efecto: R ²
	FUMADOR	NO FUMA	Valor	P valor	
ATENCIÓN EMOCIONAL					
Media (D.E.)	27.40 (±7.07)	27.62 (±6.52)	t=0.26 ^{NS}	.795	.000
Rango (Mediana)	11 – 40 (28.00)	9 – 40 (28.00)			
CLARIDAD EMOCIONAL					
Media (D.E.)	26.13 (±5.91)	26.36 (±5.91)	t=0.31 ^{NS}	.755	.000
Rango (Mediana)	11 – 40 (26.00)	10 – 40 (27.00)			
REPARACIÓN EMOCIONAL					
Media (D.E.)	27.04 (±5.59)	26.76 (±5.85)	t=0.38 ^{NS}	.702	.000
Rango (Mediana)	15 – 40 (27.00)	12 – 40 (27.00)			

N.S. = NO significativo

Al correlacionar las categorías de la autopercepción de la salud con la variable de la dimensión atención emocional, no se han encontrado diferencias que sean significativas ($p > .05$ y efecto nulo) de manera que nada evidencia una posible relación entre salud y esta dimensión TMMS. Pero en el caso de las otras dos dimensiones (Tabla 76) sí que aparecen altas significaciones ($p < .001$) que implican la existencia de diferencias significativas y por tanto son evidencias sólidas de relación entre las variables. Tanto en claridad (efecto moderado: 6.3%) como en reparación (efecto moderado del 7.8%) se observa como las medias se van incrementando a medida que el sujeto percibe mejor su salud.

En consecuencia estos resultados nos permiten afirmar que aquellos sujetos que tienen una mayor claridad emocional y/o una mayor capacidad de reparación emocional, perciben mejor su propia salud (Tabla 76).

Tabla 76: *Análisis correlacional.* Asociación de las dimensiones de Inteligencia Emocional (TMMS) con la autopercepción de la salud. N=392

Variables TMMS	AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD			Test ANOVA		Tamaño del efecto: R^2
	REG./MALA	BUENA	MUY BUENA	Valor	P valor	
ATENCIÓN EMOCIONAL						
Media (D.E.)	27.14 (± 7.96)	27.58 (± 6.26)	27.77 (± 6.32)	F=0.17 ^{NS}	.842	.000
Rango (Mediana)	11 – 40 (25.00)	9 – 40 (28.00)	12 – 39 (29.00)			
CLARIDAD EMOCIONAL						
Media (D.E.)	23.61 (± 6.31)	25.91 (± 5.44)	28.40 (± 6.15)	F=13.01**	.000	.063
Rango (Mediana)	11 – 38 (24.00)	10 – 40 (26.00)	14 – 40 (28.00)			
REPARACIÓN EMOCIONAL						
Media (D.E.)	24.56 (± 6.03)	26.31 (± 5.45)	29.51 (± 5.14)	F=16.52**	.000	.078
Rango (Mediana)	12 – 38 (25.00)	13 – 39 (26.00)	16 – 40 (29.00)			

N.S. = NO significativo ** = Altamente significativo

Los coeficientes de correlación obtenidos (Tabla 77) entre AE y AR con las puntuaciones de la dependencia del alcohol (AUDIT) son muy bajos, equivalentes a efecto casi nulos y no significativos ($p > .05$). Tampoco aparece significación al contrastar las medias de las dimensiones de STAI con el riesgo de problemas derivados de la ingesta de alcohol. Por tanto, no se ha encontrado ninguna evidencia estadística que nos permita sostener la existencia de relación entre ansiedad y el consumo de alcohol.

Tabla 77: *Análisis correlacional.* Asociación de las dimensiones de Ansiedad (STAI) con la Dependencia del consumo de Alcohol (AUDIT). N=470

STAI – A. ESTADO	Coef. de Pearson			Coef. de Spearman		
	r	R ²	P valor	r	R ²	P valor
AUDIT – Dependencia del Alcohol	-.036 ^{NS}	.001	.435	-.053 ^{NS}	.003	.253
STAI – A. RASGO	Coef. de Pearson			Coef. de Spearman		
	R	R ²	P valor	R	R ²	P valor
AUDIT – Dependencia del Alcohol	-.059 ^{NS}	.003	.381	-0.58 ^{NS}	.003	.206

NS = No significativo

Tanto en AE como en AR, se observa que los participantes que han reconocidos ser consumidores de drogas tiene puntuaciones promedios superiores a los que no consumen. En el caso de la AE alcanzando la significación ($p < .05$) con efecto pequeño, y en el caso de la AR quedando cerca de llegar a la significación ($p < .10$) con efecto muy pequeño. Por tanto, pensamos que tenemos evidencias suficientes como para poder admitir que en aquellos sujetos que consumen droga, el grado de ansiedad es algo más elevado (Tabla 78).

Tabla 78: *Análisis correlacional.* Asociación de las dimensiones de Ansiedad (STAI) con el consumo de drogas. N=476

	CONSUMO DE DROGAS		Test de Student		Tamaño del efecto: R ²
	SI	NO	Valor	P valor	
ANSIEDAD ESTADO					
Media (D.E.)	22.48 (±10.44)	19.24 (±10.10)	t=2.55 *	.011	.013
Rango (Mediana)	6 – 52 (21.00)	0 – 53 (18.00)			
ANSIEDAD RASGO					
Media (D.E.)	24.84 (±9.20)	22.68 (±9.71)	t=1.79 ^{NS}	.074	.007
Rango (Mediana)	6 – 44 (23.00)	2 – 52 (22.00)			

N.S. = NO significativo * = Significativo

Al respecto del consumo de tabaco los resultados (Tabla 79) no detectan la existencia de diferencias estadísticamente significativas ($p > .05$) entre fumadores y no fumadores ni en AE ni en AR. En consecuencia, no tenemos evidencias estadísticas para sostener que el consumo de tabaco esté relacionado con la ansiedad.

Tabla 79: *Análisis correlacional.* Asociación de las dimensiones de Ansiedad (STAI) con el consumo de tabaco. N=454

	CONSUMO DE TABACO		Test de Student		Tamaño del efecto: R ²
	FUMADOR	NO FUMA	Valor	P valor	
ANSIEDAD ESTADO					
Media (D.E.)	20.47 (±9.67)	19.86 (±10.36)	t=0.48 ^{NS}	.634	.001
Rango (Mediana)	0 – 46 (19.00)	0 – 53 (19.00)			
ANSIEDAD RASGO					
Media (D.E.)	22.80 (±8.87)	23.32 (±9.87)	t=0.43 ^{NS}	.667	.000
Rango (Mediana)	3 – 44 (23.00)	2 – 52 (23.00)			

N.S. = NO significativo

En el cruce de las variables de AR y AE con las categorías definidas por la autopercepción de la salud se ha encontrado (Tabla 80) diferencias altamente significativas ($p < .001$) con grandes tamaños del efecto (17.4% y 14.3%) que son, por tanto, evidencias estadística muy sólidas de la existencia de relación entre las variables. Las diferencias se explican porque los valores medios, en AE y en AR, disminuyen a medida que mejora la percepción de la salud por parte de los encuestados. Estos resultados nos permiten concluir que está muy relacionada la presencia de grados altos de ansiedad como una mala percepción de la salud, y por ende la falta de ansiedad (estado de relajación) con una buena o muy buena autopercepción de la salud.

Tabla 80: *Análisis correlacional.* Asociación de las dimensiones de Ansiedad (STAI) con la autopercepción de la salud. N=391

	AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD			Test ANOVA		Tamaño del efecto: R ²
	REG./MALA	BUENA	MUY BUENA	Valor	P valor	
ANSIEDAD ESTADO						
Media (D.E.)	27.86 (±10.54)	20.39 (±8.93)	14.37 (±8.12)	F=40.53**	.000	.174
Rango (Mediana)	8 – 53 (27.00)	4 – 52 (19.00)	0 – 38 (13.50)			
ANSIEDAD RASGO						
Media (D.E.)	28.91 (±9.56)	24.25 (±8.66)	17.61 (±8.25)	F=32.25**	.000	.143
Rango (Mediana)	10 – 52 (28.00)	3 – 49 (24.00)	3 – 36 (17.00)			

** = Altamente significativo

Al estudiar la relación entre los resultados del test AUDIT y la autopercepción de la salud, se han encontrado unos resultados (Tabla 81) que estadísticamente establecen la existencia de una relación que alcanza significación estadística ($p < .05$) aunque el tamaño de ambos efectos sean pequeños (sobre el 2%) y que nos están llevando a concluir que el grado de dependencia (puntuación total) y la existencia de riesgo de problemas derivados del consumo del alcohol son mayores en los casos que manifiestan percibir su propia salud como buena o muy buena; en tanto que dicha puntuación de dependencia y el riesgo es menor en aquellos que autoperceben mal a su salud.

Tabla 81: Análisis correlacional. Asociación del grado de Dependencia del alcohol (AUDIT) con la autopercepción de la salud. N=391

	AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD			Test de contraste		Tamaño del efecto: R ²
	REG./MALA	BUENA	MUY BUENA	Valor	P valor	
AUDIT – Punt. Total de Dependencia						
Media (D.E.)	3.91 (±3.66)	5.27 (±3.80)	4.38 (3.78)	H=9.21 *	.011	.021
Rango (Mediana)	0 – 13 (3.00)	0 – 17 (5.00)	0 – 14 (4.00)			
Consecuencia de la dependencia				Chi ² =6.07 *	.048	.018
Con riesgo	23.1 % (15)	39.1 % (95)	32.5 % (26)			
Sin riesgo	76.9 % (50)	60.9 % (148)	67.5 % (54)			

* = Significativo

5

DISCUSIÓN

En este capítulo vamos a reflexionar sobre los principales resultados de esta investigación comparando nuestros resultados con estudios previos. Para que pueda existir una coherencia en la presentación de las diferentes reflexiones, vamos a referirlas al orden seguido en su exposición.

5.1 TÉCNICA DE MUESTREO

En primer lugar, queremos mencionar la utilización de un muestreo no probabilístico y por conveniencia ya que es un método de recolección de datos extensamente utilizado (Chacón et al., 2022; Hernandez-González, 2021). Las ventajas de este método es su rapidez y el costo-efectividad del mismo ya que no requiere de un marco de muestreo complejo o de un proceso de selección aleatoria. En nuestro caso, al ser una población específica, era la manera más eficaz y fácil de acceder a los datos. El uso de este tipo de muestreo está muy extendido en estudios de comportamiento del consumidor, en investigación en psicología social (Lohr, 2021) y en estudios de caso en empresas.

5.2 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN

La población de nuestro estudio son las personas que actualmente están estudiando una carrera del ámbito sanitario como Enfermería, Medicina u Odontología. En total, en el estudio participaron 498 universitarios con edades comprendidas entre los 17 y los 35 años de edad con una mediana de edad de 19 años. La mayoría de la muestra son mujeres, y representan un 68,7% del total frente a un 31.3% de encuestados que son hombres. La media de edad de los hombres es algo superior a las mujeres (21.6 años versus 20.3 años). Diversas investigaciones afirman que en los países desarrollados el número de mujeres que asisten a la Universidad es mayor (Redondo del Río et al., 2016), incluso en algunas áreas llegando a obtener mejores resultados académicos. Aunque el aumento de mujeres en las diferentes disciplinas es un hecho desde hace años, se observa un mayor número de mujeres en ciertas áreas como Enfermería, Psicología y Medicina (Verde Flota et al., 2007)

Este aumento de mujeres con estudios superiores tiene implicaciones a nivel económico de igualdad de género y dinámica laboral con la pertinente necesidad de abordar la existencia actual de desigualdades y desafíos que enfrentan las mujeres en el ámbito educativo y profesional.

La población estudiada en su mayoría es de nacionalidad española. Casi el 80% de los encuestados son de nacionalidad española, lo que facilitó el poder entender sin ningún tipo de problema el contenido del cuestionario. Los alumnos de origen extranjero en su mayoría procedían de Italia, seguidamente de Francia y otros países de la Unión Europea que se hallaban realizando sus estudios en España.

La mayor parte de las madres y padres de los alumnos encuestados tienen estudios de grado superior. Existe una relación entre los estudios de los padres y el acceso a una carrera superior de los hijos. Diversos estudios demuestran que los padres con mayor nivel de estudios tienen mayores expectativas y aspiraciones para sus hijos ya que el conocimiento del sistema educativo es mayor y poseen la capacidad de motivar a los hijos en todas las etapas (Alexander et al., 2014). Además, los padres con estudios superiores tienen la capacidad de generar un entorno favorecedor para sus hijos con más recursos como libros y tecnología (Rojas A, 2020).

5.3 CARACTERÍSTICAS ANTROPOMÉTRICAS DE LA POBLACIÓN

Los estudiantes encuestados respondieron a la pregunta de peso y talla con la finalidad de conocer su IMC. Del total de la muestra, 471 estudiantes contestaron la pregunta de peso y talla. Más de la mitad de la muestra, un 53.7% están en normopeso con respecto a su talla. Casi 1/3 de la muestra se clasificó dentro de bajo peso, un 12.1% de los estudiantes se clasificaron dentro del grupo de sobrepeso y solo un 1.7% se clasifican como obesos. Estos resultados son muy llamativos ya que actualmente la tasa de obesidad en adultos en España se sitúa en torno al 16% de la población y más de 1/3 se sitúa en los valores de sobrepeso (Aranceta Bartrina et al., 2018). Si nos centramos en una población específica como los estudiantes universitarios, encontramos una amplia variabilidad comparándolos con los resultados de nuestra investigación. Huaman-Carhuas et al., en 2020 realizó un estudio en una muestra de jóvenes universitarios de Ciencias de la Salud en Perú, con la mayoría de estudiantes situados en el rango de normopeso y un 14% de la muestra considerada como obesidad. En general, la media de IMC comparada por sexos es superior en hombres que en mujeres con valores de 20.9 kg/m² y 23.2 kg/m² respectivamente. Esta mayor cifra en hombres que en mujeres es habitual ya que el IMC es una medida que no distingue entre masa muscular y grasa por lo que los hombres, que suelen tener más desarrollada la musculatura, obtienen resultados mayores en este parámetro (Zulet-Fraile et al, 2019).

5.4 AUTOPERCEPCIÓN EN SALUD

Se preguntó a los alumnos sobre la autopercepción que tienen de su salud. Un total de 394 estudiantes (80,6%) contestaron a esta pregunta y en la mayoría de los casos, más de un 60% contestaron que su salud era buena. Un 21, 1% de los encuestados consideraron que su salud era muy buena. El resto nos dijeron que era regular o era mala/muy mala. Al contrastar estos resultados según la variable sexo y el nivel educativo de los padres, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

La buena percepción de salud en estudiantes universitarios generalmente se correlaciona positivamente con su bienestar general. Cuando los estudiantes se sienten saludables y en forma, es más probable que experimenten un mayor nivel de satisfacción con la vida y una menor prevalencia de síntomas depresivos, como lo demuestra el estudio de Vaez et al. (2015).

La buena percepción de salud también puede influir positivamente en el rendimiento académico de los estudiantes universitarios. Investigaciones, como el estudio de Kim et al. (2021), encontraron que la percepción de salud estaba asociada de manera positiva con el rendimiento académico de los estudiantes. Los estudiantes que tienen una buena autopercepción de salud pueden tener más energía y concentración para sus estudios, lo que se traduce en unos mejores resultados académicos.

Una buena percepción de salud a menudo se asocia con la adopción de estilos de vida saludables. Y así los estudiantes que se sienten con mayor satisfacción en salud son más propensos a participar en actividades físicas, mantener una dieta equilibrada y buscar prácticas de bienestar, lo que, a su vez, contribuye a mantener su percepción positiva de salud.

Los resultados que indican una buena percepción de salud pueden motivar a las instituciones educativas a implementar estrategias de apoyo específicas para mantener y mejorar la salud de los estudiantes. Estos pueden incluir programas de salud mental, servicios de asesoramiento y actividades de promoción de la salud en el campus.

Estudios como el de Adler y Ostrove (1999) han encontrado que el nivel educativo de los padres está relacionado con el nivel socioeconómico de los estudiantes, lo que, a su vez, puede influir en su percepción de salud. Los estudiantes cuyos padres tienen un nivel educativo más alto a menudo tienen acceso a recursos y oportunidades que pueden mejorar su bienestar y percepción de salud.

El nivel educativo de los padres también puede influir en el apoyo emocional y social que brindan a sus hijos. Un estudio de Power et al. (2019) encontró que un mayor nivel educativo de los padres se asociaba con una mayor capacidad para ofrecer apoyo emocional, lo que puede contribuir positivamente a la percepción de salud de los estudiantes.

El sexo también es un factor que influye en la autopercepción en salud de las personas. En general, las investigaciones sugieren que las mujeres tienden a informar una percepción de salud ligeramente peor en comparación con los hombres. Por ejemplo, el Estudio Europeo de Salud (2017) encontró que las mujeres a menudo informan una peor salud percibida en comparación con los hombres. En nuestro estudio no encontramos diferencias estadísticamente significativas comparando por sexo pero sí que un mayor porcentaje de mujeres respondieron que su salud era mala/regular/muy mala en comparación con los hombres (18.8% de las mujeres versus 11.9% de los hombres).

Las diferencias en la percepción de salud entre hombres y mujeres también pueden ser más pronunciadas en el contexto de la salud mental. Por lo general, las mujeres tienen una mayor probabilidad de informar problemas de salud mental, como la ansiedad y la depresión, lo que puede influir en su percepción de salud.

5.5 ALIMENTACIÓN

En este apartado preguntamos a los estudiantes sobre su adherencia a la dieta mediterránea, el número de ingestas diarias y por último el consumo de bebidas energéticas

5.5.1 ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA

La dieta mediterránea es un patrón de alimentación que se caracteriza por el consumo abundante de frutas, verduras, legumbres, aceite de oliva, pescado y frutos secos, y se ha asociado con numerosos beneficios para la salud. Sin embargo, la capacidad de los estudiantes universitarios para seguir este patrón de alimentación puede variar según diversos factores. La adherencia a la dieta mediterránea en estudiantes universitarios puede ser variable y a menudo se ve influenciada por múltiples motivos como la edad, el sexo y el nivel socioeconómico (Totós de Zepetnek et al., 2017). Algunos estudios han encontrado relación entre la adherencia a la dieta mediterránea y vivir en la casa familiar durante los años universitarios. Los estudiantes que viven en casa de sus padres durante los años de universidad logran niveles más elevados de adherencia a la dieta mediterránea que aquéllos que estudian fuera (Bárbara & Ferreira- Pêgo, 2020).

El cuestionario PREDIMED es una herramienta ampliamente utilizada para estudiar la adherencia de las personas a la dieta mediterránea. La asociación entre dieta mediterránea y vida saludable está avalada y documentada por numerosos estudios científicos, con un reconocido impacto beneficioso en la salud física y mental de las personas. Se considera que una persona tiene alta adherencia a la dieta mediterránea cuando su resultado en el test PREDIMED

supera los 10 puntos y una baja adherencia cuando se obtiene una puntuación inferior a 7 puntos. En nuestro estudio, un total de 84 casos, es decir, menos del 20% de los estudiantes, lograron una puntuación menor de 7 puntos y solo un 16.6% (81 casos) una puntuación mayor de 10 puntos. Si comparamos nuestros resultados con estudios previos en población universitaria, comprobamos que la adherencia a la dieta mediterránea es menor en nuestra población (López-Moreno et al., 2021).

Al comparar por sexo y por alimentos, se vio que las mujeres tienen un consumo mayor de verduras y hortalizas y un menor consumo de carne roja que los hombres. Algunos estudios sugieren que las mujeres tienden a tener una mayor adherencia a la dieta mediterránea en comparación con los hombres. Por ejemplo, un estudio realizado por Vinaccia Alpi et al. (2019) en estudiantes universitarios encontró que las mujeres tenían una mayor adherencia a la dieta mediterránea en comparación con los hombres. Esto se relacionó con un mayor consumo de frutas, verduras y aceite de oliva en el grupo de mujeres.

La adherencia a la dieta mediterránea a veces se relaciona con diferencias en el consumo de componentes específicos de la dieta entre hombres y mujeres. Un estudio de Tárraga-Marcos et al. (2021) realizado en estudiantes de Ciencias de la Salud de Castilla-La Mancha encontró que, si bien las mujeres en el estudio mostraron una mayor adherencia a la dieta mediterránea, los hombres tendían a consumir más vino.

Las diferencias de sexo en la adherencia a la dieta mediterránea también pueden estar relacionadas con diferentes motivaciones. Las mujeres a menudo están más motivadas por razones de salud y pérdida de peso, mientras que los hombres pueden estar más motivados por el sabor y la satisfacción.

Estos estudios destacan que existen diferencias en la adherencia a la dieta mediterránea según el sexo, con las mujeres mostrando una mayor adherencia en general y diferentes patrones de consumo de alimentos.

Con respecto al nivel educativo de los padres, observamos que existen diferencias significativas ($p < 0.01$) en el consumo de legumbres y aceite de oliva según el nivel educativo de las madres, disminuyendo el consumo de legumbres y uso de aceite de oliva en los hijos de madres con estudios universitarios (57.4% versus 61.2% en el caso de las legumbres y 62.6% versus 77% cuando nos referimos al consumo de aceite de oliva en cantidad recomendada). Cabe destacar que el consumo de repostería comercial y el consumo de vino también disminuye cuando aumenta el nivel educativo de las madres. Al valorar el nivel educativo de los padres solo se observó un ligero descenso del consumo de frutas y verduras en los hijos de padres con nivel educativo bajo sin llegar a la significación estadística.

Al comprobar la adherencia a la dieta mediterránea, se consideró también la nacionalidad ya que la dieta mediterránea es un patrón dietético que corresponde a los países mediterráneos. En general, los estudiantes con nacionalidad española usan más aceite de oliva, consumen más frutos secos y menos legumbres que los compañeros de otras nacionalidades, además de más ingestas diarias y menor consumo de café.

5.5.2 NÚMERO DE INGESTAS DIARIAS

El número de ingestas diarias de la muestra estudiada oscila entre 1 y 8 con una mediana de 4 veces al día. Lo más frecuente son 5 ingestas diarias (40%), seguido de 4 ingestas diarias (32.7%). No encontramos diferencias relacionadas con el sexo de los participantes ni con el nivel educativo de los padres lo que sugiere que existen otros factores no estudiados que podrían tener un papel más determinante en los patrones alimenticios como las influencias culturales, la disponibilidad de alimentos, las preferencias personales y el entorno social (Tapasco-Ayala et al., 2022)

Tradicionalmente se ha recomendado un patrón de mínimo 3 comidas al día pudiendo ampliar las ingestas hasta un total de 5 comidas diarias. En los últimos años han aflorado corrientes dietéticas que aconsejan un menor número de ingestas diarias dado su beneficio en el control del peso y perfil lipídico (Toro-Román et al., 2019). En concreto nos referimos al ayuno intermitente, donde la persona realiza la ingesta de comidas en una ventana de 8 horas permaneciendo en ayuno durante 16 horas al día o la paleodieta, en la que se realiza una única comida diaria de mayor cantidad y nivel calórico permaneciendo en ayuno el resto del día. Varios estudios han demostrado que realizar protocolos de ayuno intermitente puede ser interesante en personas que quieran perder peso o masa grasa ya que se ha observado que reduciendo el número de comidas diarias se reduce el número de calorías totales ingeridas (Cornejo-Vera et al., 2021).

Al comparar por nacionalidad de los estudiantes encontramos diferencias altamente significativas en el número de ingestas promedio diarias siendo mayor el número en los estudiantes universitarios de nacionalidad española. Este resultado sugiere una posible influencia cultural en los patrones de alimentación. La dieta y los hábitos alimentarios en España se caracterizan por un mayor número de ingestas diarias ya que nuestra dieta está influenciada por el patrón de dieta mediterránea que se caracteriza por estar estructurada en torno a tres comidas principales y opcionalmente un almuerzo y/o merienda saludable.

5.5.3 CONSUMO DE CAFÉ Y BEBIDAS ENERGÉTICAS

Preguntamos a los estudiantes sobre su consumo de café y/o bebidas energéticas. La media de respuestas fue de 1.3 veces al día sin encontrar diferencias debidas al sexo ni a los estudios de los padres. Sí se observó un mayor consumo de café o de bebidas energéticas en los

estudiantes de mayor edad y nacionalidad no española. Estudios revisados han descrito datos muy similares de consumo en población universitaria, destacando el aumento de consumo de bebidas energéticas entre los universitarios (Bazan-Olaya et al., 2019). El motivo principal de consumo de este tipo de bebidas es mantenerse despiertos durante más tiempo y aumentar tanto el rendimiento deportivo como el escolar. Este consumo se ve aumentado en la época de exámenes ya que los estudiantes dedican más horas del día al estudio.

Actualmente el consumo de bebidas energéticas en jóvenes, especialmente en menores de edad, es considerado un problema de salud pública ya que se han descrito efectos nocivos para la salud derivados de su consumo como alteraciones del sueño y trastornos cardiovasculares (Maldonado et al., 2022; Rivera-Ramírez et al., 2021). Recientemente en Galicia se ha aprobado un anteproyecto de ley para regular el consumo de bebidas energéticas entre menores de edad, después de anunciar su prohibición entre niños y adolescentes.

5.6 ACTIVIDAD FÍSICA

En nuestro estudio evaluamos la realización de actividad física mediante el test IPAQ, una herramienta ampliamente utilizada a nivel internacional para medir el grado de actividad física en la población adulta. Como estudiantes universitarios de ciencias de la salud, los consideramos como posibles profesionales con roles importantes en el futuro. Un total de 413 estudiantes tuvieron respuestas válidas a este cuestionario, pudiendo cuantificar la actividad física en METs. En el total de estudiantes, solo un 3.1% se clasificó con baja actividad física. Destaca que casi la mayoría de los estudiantes, en total 352, es decir, un 85.2% de los estudiantes reportan una actividad física alta. Estos resultados difieren con los arrojados por otros estudios tanto a nivel nacional como a nivel internacional donde la prevalencia medida de inactividad física llega a alcanzar el 60% de la muestra (García-Puello et al., 2018).

La actividad física es mayor en los hombres que en las mujeres. Diversos estudios han demostrado que los hombres son más activos que las mujeres ya que las mujeres abandonan antes el hábito de realizar actividad física. Se ha explicado en estudios anteriores el principal motivo de estas diferencias debido al sexo. En general, los hombres emplean más tiempo de ocio en la práctica de actividad física mientras que las mujeres dedican su tiempo libre a actividades sociales y aficiones personales (Sevil et al., 2017). Otra explicación para estas diferencias debido al sexo son los estereotipos culturales vinculados a la práctica de actividad física o las motivaciones para realizar actividad física. Los hombres realizan actividad física motivados por mejorar la condición física e incluso por la sensación de disfrute mientras que las mujeres la realizan para controlar factores externos como el peso o para mejorar su apariencia física (Durán-Vinagre et al., 2021).

En nuestro estudio no se observaron diferencias debidas a la edad. Otros estudios anteriores tampoco han encontrado diferencias debidas a la edad. Los estudiantes que inician su etapa universitaria siendo activos en lo referente a la práctica de actividad física continúan con el hábito hasta completar sus estudios universitarios (Varela-Mato et al., 2012).

Al relacionar la actividad física con el nivel de estudios de los padres no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas. Actualmente existe una importante evidencia en que el nivel socioeconómico e incluso el nivel de estudios de los padres es un factor influyente en la práctica de actividad física de los hijos en todas las etapas de la vida (Patiño-Palma et al., 2021). En general, los padres con nivel educativo alto tienden a tener una mayor conciencia sobre la importancia de fomentar hábitos de vida saludables en sus hijos. Además, un mayor nivel educativo habitualmente se asocia a un mejor acceso a recursos económicos que permiten inscribir y costear económicamente actividades deportivas.

5.7 TABACO

Preguntamos a los estudiantes sobre su opinión acerca del consumo de tabaco y casi la unanimidad considera que el tabaco es perjudicial para la salud, un 90% de los encuestados contestaron que el tabaco produce adicción y un 82.3% que es una droga. Encontramos disparidad de opiniones al considerar el consumo de tabaco como una enfermedad ya que el 11.5% de los estudiantes no consideran que el consumo de tabaco se deba considerar como una enfermedad siendo las mujeres las que apoyan esta afirmación. En cuanto al nivel educativo de los padres, sí que se vio que los hijos de madres con estudios superiores están en desacuerdo con considerar el tabaquismo como una enfermedad. No se encontraron diferencias debidas a la edad de los encuestados.

Se les pidió a los estudiantes que diesen su opinión acerca de las medidas más eficaces para reducir el consumo de tabaco. La mayoría de los estudiantes consideran que la Ley antitabaco no es nada eficaz para reducir el consumo de tabaco y que sí que sería eficaz si los padres no son consumidores de tabaco. Esta afirmación avala lo concluído en estudios previos en los que se percibe que las personas fumadoras en su mayoría proceden de ambientes en los que los padres también son fumadores (Chessman et al., 2012). Los estudiantes también opinaron que es necesario que exista la posibilidad de programas de prevención y de educación, siendo los hombres de la muestra los que apoyan en su mayoría esta afirmación sin encontrarse diferencias al categorizar por edad. Los alumnos cuyos padres tienen estudios de secundaria contestaron que los programas de intervención para el cese del consumo son eficaces.

Además de la opinión sobre el consumo de tabaco y la eficacia de las medidas antitabaco, nos interesamos en si existía consumo de tabaco en nuestra población por lo que los estudiantes contestaron si consumían y en qué grado. Un total de 78 personas (17.1%) son consumidoras de tabaco. Estudios anteriores realizados en estudiantes universitarios aportan resultados similares en cuanto a la prevalencia de tabaquismo, situando las cifras de fumadores en torno al 23% (Correa-López et al., 2020). En general la prevalencia de fumadores en estudiantes universitarios está en descenso si lo comparamos con datos de décadas anteriores (Alonso-Sardón, 2001).

Al diferenciar por la variable sexo comprobamos que, en su mayoría, los consumidores de tabaco son hombres y dentro de este grupo, los hombres de mayor edad. En 2022, el estudio EDADES afirmó que la prevalencia de consumo en los hombres de mayor edad ha aumentado mientras que se había producido un ligero descenso en el consumo entre los hombres jóvenes.

En nuestro estudio no encontramos diferencias al categorizar por estudios de los padres. Actualmente existe nula evidencia que relacione el nivel de estudios con el consumo de tabaco entre jóvenes estudiantes por lo que de cara al futuro sería interesante realizar investigaciones que pudiesen evaluar si existe relación o no.

Los 78 estudiantes que afirmaron ser consumidores de tabaco contestaron al test de Fagerström para poder saber su grado de adicción al tabaco. El inicio del consumo se situó en torno a los 12 y 23 años, con mediana en 16 años. Estudios previos realizados en estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud evidencian que la edad de inicio de consumo de tabaco se sitúa en la adolescencia, coincidiendo con la etapa de experimentación de los estudiantes (Correa-López et al., 2020). En el último informe EDADES del año 2022 se evidencia que la edad de inicio del consumo en adolescentes se sitúa en torno a los 16 años siendo los hombres los que empiezan su consumo a edades más tempranas. En estas edades de inicio se ha popularizado el uso de vapeadores de tabaco, llegando a desplazar el consumo de tabaco convencional entre los más jóvenes. Los datos sugieren que uno de cada cuatro adolescentes entre 14 y 18 años consume vapeadores de manera habitual. A pesar de que los cigarrillos electrónicos contienen menos nicotina no son inocuos y pueden llegar a generar dependencia entre los más jóvenes.

La inmensa mayoría de consumidores (83.1%) afirman querer dejarlo. Nos llamó la atención que dentro del grupo de consumidores, los consumidores con nivel educativo del padre más bajo eran más reacios a querer cesar el consumo de tabaco.

Actualmente la Universitat de València dirige programas de ayuda en el cese del consumo de tabaco a través de la Unidad de Deshabitación Tabáquica de la Fundación Lluís Alcanyis. Estos programas están disponibles para los estudiantes universitarios que los soliciten e incluyen técnicas cognitivo-conductuales tanto de manera individual como en grupos además de

herramientas farmacológicas. Es importante elegir el momento más adecuado para adherirse a estos programas ya que dependiendo de la fase en la que se encuentre la persona o del momento del curso escolar, la intervención tendrá mayor o menor efectividad. Habitualmente se recomienda no comenzar un programa de deshabituación tabáquica en épocas de exámenes o de entrega de trabajos ya que son épocas en las que los estudiantes están sometidos a una carga de estrés mayor.

5.8 ALCOHOL

Preguntamos a nuestros estudiantes sobre el consumo de alcohol semanal mediante el test AUDIT. Un total de 473 estudiantes nos contestaron a este cuestionario. Del total de respuestas, un 14.2% de los encuestados afirmaron nunca haber consumido ningún tipo de bebida alcohólica, lo que significa que más de 85% de los estudiantes consumieron en algún momento alcohol. De estos resultados destacamos que más del 50% de los alumnos tienen un consumo al menos semanal y un 3.2% un consumo mayor de 4 veces por semana. Al comparar por sexo observamos que el consumo de alcohol es mayor en hombres que en mujeres y que iba aumentando según la edad. Este patrón de consumo no se vio influenciado por el nivel educativo de los padres.

El consumo de alcohol en estudiantes universitarios es un tema relevante en la actualidad, y diversos estudios han abordado este fenómeno. Un estudio en la Universidad de Cádiz involucró a 286 estudiantes de Ciencias de la Salud, de los cuales el 65,7% consumió alcohol en la última semana. El patrón de consumo semanal mostró que el 74,5% tenía un consumo de riesgo bajo, el 21% riesgo moderado y el 4,5% riesgo elevado. Además, un 33,9% experimentó episodios de consumo intensivo (ECI) en la última semana, siendo estos independientes del patrón de consumo semanal. Se encontraron asociaciones significativas entre el consumo semanal de alcohol y variables como el sexo, el domicilio habitual y los ECI (García-Carretero et al., 2019).

Por otro lado, una investigación en la Universidad de León encontró que los estudiantes universitarios consumen más alcohol y de forma más intensiva en comparación con los no universitarios. Se destacó que el 50% de los universitarios tuvieron patrones de consumo de atracones en el último mes, en comparación con el 25% de los no universitarios. Esta diferencia se atribuye a la socialización en la universidad y al bombardeo de publicidad de fiestas universitarias y descuentos, lo cual fomenta patrones intensivos de consumo (Fernández-Cáceres et al., 2021; Fernández-Cernuda y Fernández-García, 2015).

En otro estudio descriptivo transversal, que involucró a 336 estudiantes universitarios seleccionados a través de un muestreo aleatorio estratificado, utilizó el Cuestionario AUDIT reveló

que el 6% de los estudiantes eran abstemios, el 52.1% tenía un consumo de bajo riesgo, el 38.1% un consumo de alto riesgo y el 3.9% tenía posibilidades de experimentar dependencia al alcohol. Se observó un mayor consumo problemático en estudiantes de 17 a 24 años, especialmente en aquellos de estratos altos y del sexo masculino (Montaño et al., 2011).

5.9 CONSUMO DE OTRAS DROGAS

En el estudio preguntamos a los estudiantes sobre su consumo en drogas consideradas ilegales como la marihuana y la cocaína, demás del consumo de drogas consideradas legales como las benzodiacepinas. Del total de estudiantes, 112 (23% del total) contestaron de manera afirmativa que habían consumido alguna de las drogas del listado. La marihuana fue la droga con mayor consumo entre los estudiantes. El consumo de marihuana sobre el total de la muestra de encuestados se situó en torno al 12.5%, seguido del consumo de benzodiacepinas (3.5%) y hachís (2.9%). Del total de los 112 consumidores, afirmaron haber consumido marihuana más de 50% (61 personas) seguido del consumo de benzodiacepinas (15.2%), el hachís (12.5%) y la cocaína (7.1%). La frecuencia de consumo más habitual es de manera ocasional, seguido del consumo semanal o incluso diario. Un pequeño porcentaje de consumidores afirmó realizar consumo de carácter mensual. Encontramos un consumo de cocaína superior en los casos de mayor edad (5.5% versus 1%).

Estos datos concuerdan con los estudios previos donde el consumo más habitual es de marihuana (Cánova-Barrios et al., 2017). Estudios anteriores han demostrado que los estudiantes universitarios de ciencias de la salud enfrentan diversas situaciones físicas, emocionales y sociales que pueden aumentar el riesgo de consumir drogas con el fin de mitigar estas situaciones además de demostrar que el acceso a la universidad es un evento facilitador para el consumo de drogas (Magalhaes et al., 2018). Además, el consumo de drogas ilegales durante la etapa universitaria se acrecienta debido a los cambios experimentados en el círculo social, el distanciamiento de la familia y la independencia a la hora de tomar decisiones (Sawicki et al., 2018). El hecho de que la marihuana sea la droga ilegal más consumida podría estar relacionado con el hecho de que existe la nociva convicción de que la marihuana es menos nociva, más natural y poco o nada adictiva comparada con otras drogas ilícitas ya que es una sustancia natural. (Gómez-Cruz et al., 2017).

En general los hombres mostraron mayor consumo de sustancias como marihuana, benzodiacepinas, hachís, cocaína y éxtasis en comparación con las mujeres. De manera habitual, los hombres consumen más drogas ilegales que las mujeres como se ha demostrado en diferentes estudios (Beverido-Sustaeta et al., 2020; Carmona-Simarro et al., 2019).

El consumo de cocaína, benzodiazepinas y el de marihuana está influenciado por el nivel educativo de los progenitores. Mientras que el consumo de marihuana es mayor en los estudiantes cuyas madres tienen estudios superiores, existe evidencia significativa de que el mayor consumo de cocaína y de benzodiazepinas está en el grupo de estudiantes cuyos progenitores tienen menor nivel de estudios. Varios estudios previos han evidenciado que el nivel educativo e incluso el nivel socioeconómico de los padres influye en el consumo de drogas de los hijos. Esta asociación puede explicarse por varios factores como menores recursos económicos, menor supervisión parental o menores expectativas educativas (Saiz et al., 2020).

5.10 HORAS DE SUEÑO

El sueño es una función vital en el ser humano. Desde hace décadas, diversos estudios han demostrado la importancia y el impacto del sueño en la salud física y psicológica de las personas. Las recomendaciones actuales de horas de sueño necesarias para que tengan impacto positivo en la salud se sitúan entre 7 y 9 horas en la población de adultos jóvenes con edades comprendidas entre 18 y 25 años. El resultado más evidente de un sueño insuficiente o de mala calidad es la somnolencia y la posible repercusión sobre las funciones cognitivas y el rendimiento académico de los estudiantes (Muller-Torres et al., 2022).

Preguntamos a los alumnos el tiempo total de horas de sueño diario. Actualmente no existe evidencia de estudios en los que se aporte información del total de horas de sueño mediante métodos externos de medición objetiva. La gran mayoría de estudios recaban los datos a través de mediciones subjetivas autoinformadas como en nuestro cuestionario (Suardiaz-Muro et al., 2020) o mediante cuestionarios validados sobre la calidad del sueño como el cuestionario de calidad de sueño de Pittsburgh (Silva-Cornejo et al., 2021). En este cuestionario, además de preguntar sobre el total de horas de sueño, se pregunta sobre la hora de irse a dormir, el tiempo que se ha tardado en conciliar el sueño y si existe algún tipo de problema al dormir como despertarse, sentir frío, toser, etc.

Las respuestas obtenidas oscilaron en rango entre 1 hora y 11 horas diarias. Cabe destacar que las respuestas de menor número de horas diarias hacían referencia a periodos de mayor estrés como la época de exámenes o de entrega de trabajos. A nivel general, la media de horas de sueño diarias se situó en 7.2 horas/día, dentro del intervalo de horas recomendado para este grupo de edad. Estos resultados concuerdan con los descritos en estudios previos. De manera habitual, los estudiantes universitarios duermen una media de 6.29 horas diarias con cambios en las horas totales entre semana y el fin de semana donde las horas totales de sueño aumentan hasta las 8.12 horas de media (Chero-Pisfil et al., 2020). A nivel de diferen-

cias debidas al sexo, no encontramos diferencias en el total de horas de sueño de los alumnos. En general, las horas de sueño no se ven influenciadas por el sexo en estudios previos (Cara-Rodríguez et al., 2021).

5.11 INTELIGENCIA EMOCIONAL

La inteligencia emocional se define como la capacidad para reconocer nuestros sentimientos y los de los demás con el fin de manejar de manera más eficaz las emociones y tener mejores relaciones con las personas que nos rodean. Varios estudios han relacionado un nivel adecuado de inteligencia emocional con la capacidad de adaptación a situaciones de estrés cotidiano (Puigbó et al., 2019).

En la etapa universitaria, los estudiantes se enfrentan a numerosos retos que pueden percibirse como estresantes llegando a provocar en algunas ocasiones problemas de salud y alteraciones psicológicas (Saddki et al., 2017). Por este motivo la inteligencia emocional se considera una herramienta necesaria y adecuada para hacer frente a tales sucesos además de para obtener un adecuado rendimiento académico y conseguir el bienestar emocional (Parhiala et al., 2018).

Para poder medir la inteligencia emocional de nuestros estudiantes utilizamos el test TMMS24. Mediante este test evaluamos diferentes dimensiones como la atención, la claridad y la reparación. Más de la mitad de los estudiantes encuestados se situaban en niveles adecuados de atención, claridad y reparación y menos del 30% de las respuestas fueron bajas para la atención, la claridad y la reparación. Estos resultados concuerdan con los descritos previamente en la literatura científica.

Existen diversos estudios que evalúan el nivel de inteligencia emocional en los estudiantes universitarios donde la gran mayoría de la población informa niveles adecuados en inteligencia emocional. Un buen nivel de inteligencia emocional favorece el desarrollo pleno de la personalidad, una percepción más satisfactoria de la vida y una gran posibilidad de poder desarrollar el potencial personal para lograr ser un profesional de calidad y competente (Barrera-Gálvez et al., 2019).

En cuanto al sexo de los encuestados, no encontramos diferencias significativas en ninguna de las dimensiones estudiadas, concordando con lo descrito en estudios previos (Sarrionandia et al., 2016). Destacamos que las mujeres sí consiguieron una puntuación media algo superior en la dimensión de atención. En la inteligencia emocional, la dimensión de atención se define como la capacidad de dirigir la atención hacia el interior, el mundo de las ideas, las

emociones, las sensaciones y los sentimientos. Estas características están más relacionadas con el sexo femenino lo que puede explicar, como se ha descrito previamente, que las mujeres obtengan puntuaciones mayores en esta dimensión (Vasefi et al., 2018).

Comparando por edad, encontramos diferencias en la dimensión de la claridad y de la reparación con una media más elevada en los sujetos de mayor edad. Estos datos no concuerdan con los estudios previos que han demostrado que la edad influye en los niveles de inteligencia emocional de manera inversamente proporcional. A medida que aumenta la edad disminuye el nivel de inteligencia emocional (Sanmartín et al., 2018).

En cuanto al nivel educativo de los padres y su influencia en la inteligencia emocional, encontramos una relación significativa entre el nivel de estudios del padre y la dimensión claridad y reparación, viendo valores más altos en los hijos de padres con estudios superiores. Estudios previos han evidenciado datos similares. Según la bibliografía, los estudiantes cuyos padres tienen estudios universitarios alcanzan mejores puntuaciones en los test de inteligencia emocional (Barrera-Gálvez et al., 2019). Cabe destacar que el impacto del nivel de estudios de las madres en la inteligencia emocional de los estudiantes es mayor que el de los padres.

5.12 ANSIEDAD

La ansiedad es un estado emocional que se caracteriza por sentimientos de tensión y preocupación en reacción a situaciones de estrés. En ciertas ocasiones, la ansiedad puede estar acompañada de síntomas físicos como el aumento de la presión arterial. En general, la ansiedad es una respuesta normal al estrés y puede llegar a ser beneficiosas ya que aumenta nuestros niveles de alerta y de atención. En algunos casos, la ansiedad puede convertirse en crónica afectando negativamente a la vida diaria de las personas que la padecen.

Preguntamos a los alumnos sobre la ansiedad mediante el cuestionario STAI, una herramienta que nos permite valorar la ansiedad estado, es decir como estado emocional temporal, y la ansiedad rasgo que es cómo se siente la persona de manera general independientemente de la situación o del momento. Los resultados mostraron puntuaciones en nivel medio de ansiedad, con algunos casos con puntuación alta al valorar la ansiedad rasgo y la ansiedad estado. Nuestros resultados mostraron niveles menores de ansiedad en los estudiantes comparados con estudios previos donde se evidencia un alto número de estudiantes con altos niveles de estrés, ansiedad y en algunos casos incluso síntomas de depresión (Arntz et al., 2022).

Relacionamos los datos de ansiedad con la edad de los estudiantes encuestados observándose mayores niveles de ansiedad en los sujetos de menor edad. Existe evidencia previa sobre la influencia de la edad en el nivel de ansiedad de los estudiantes. Varios estudios indican niveles más altos de ansiedad en los más jóvenes cuando se compara la edad de los estudiantes (Armas-Elguera et al., 2021). Esta relación inversa puede explicarse por el desarrollo de mecanismos de adaptación por parte de los estudiantes a medida que se afrontan nuevos retos, evidenciando menor ansiedad en los estudiantes de mayor edad (Martínez et al., 2021).

Al evaluar la ansiedad en función del sexo de los estudiantes, observamos diferencias significativas en la ansiedad rasgo pero no así en la ansiedad estado. Las mujeres presentaron una puntuación media más elevada en la ansiedad rasgo en comparación con los hombres (24 versus 21 puntos), lo que indica que la ansiedad rasgo es más elevada en mujeres. Actualmente existe evidencia contradictoria respecto a la relación del sexo con los niveles de ansiedad en los estudiantes. Por un lado, varios estudios reportaron niveles más elevados de ansiedad en las mujeres que en los hombres (Kuehner, 2017; Lobos-Rivera et al., 2023) mientras que otros estudios no encuentran diferencias significativas comparando el nivel de ansiedad según sexo (Soto-Rodríguez et al., 2021).

Encontramos diferencias estadísticamente significativas cuando comparamos el nivel de estudios de los padres con los resultados de ansiedad tanto estado como rasgo de los estudiantes. Los datos indican que los participantes cuyos padres tienen estudios primarios muestran niveles más elevados tanto en ansiedad estado como en ansiedad rasgo. Esta afirmación se alinea con la literatura previa que sugiere que el nivel socioeconómico y educativo de los padres puede influir en el bienestar emocional de los hijos. Estudios anteriores han demostrado que un menor nivel educativo de los padres se asocia con un mayor estrés y desafíos en el entorno familiar, lo que puede contribuir a niveles más altos de ansiedad en los hijos (Soto-González et al., 2018) siendo más influyente el nivel de estudios de las madres que el de los padres.

5.13 RELACIÓN DE HÁBITOS, AUTOPERCEPCIÓN EN SALUD, ANSIEDAD E INTELIGENCIA EMOCIONAL

Por último, en este apartado exponemos los resultados de los diferentes hábitos tanto nocivos como saludables de los estudiantes con el fin de estudiar si existe relación entre ellos además de valorar el posible impacto de los estilos de vida de los estudiantes en la ansiedad y la inteligencia emocional.

5.13.1. RELACIÓN DE HÁBITOS

Uno de los objetivos principales de nuestro estudio fue comprobar si existía relación entre la práctica de hábitos saludables, además de su impacto en la ansiedad y la inteligencia emocional de los estudiantes encuestados. El bienestar físico, la salud y la calidad de vida se ven influenciadas por las conductas que adquirimos, es decir por nuestro estilo de vida. Cada una de las prácticas en alimentación, consumo de drogas, realización de actividad física y consumo de alcohol y tabaco impacta en nuestra salud por lo que para mantener un nivel de salud aceptable es necesario adquirir todos estos comportamientos.

En nuestro estudio la práctica de actividad física no se relacionó de manera positiva con la adherencia a la dieta mediterránea. Este resultado nos indica que no siempre está relacionado una buena alimentación con tener una vida activa. Lo que sí encontramos es una ligera relación entre los estudiantes con peor alimentación y menor práctica de actividad física.

Con respecto al consumo de drogas, sí que vimos relación entre una alta adherencia a la dieta mediterránea con un menor consumo de drogas. En cuanto al tabaco, los participantes con resultados de alta adherencia a la dieta mediterránea son los no fumadores.

En base a nuestros resultados, podemos afirmar que sí que puede existir una cierta correlación en la realización o adquisición de hábitos saludables como la realización de actividad física y la adherencia a la dieta mediterránea. Actualmente encontramos poca evidencia científica en este punto por lo que consideramos necesario la realización de estudios en un futuro que aporten información al respecto.

5.13.2. HÁBITOS SALUDABLES Y AUTOPERCEPCIÓN EN SALUD

Los estudiantes que reportaron un mayor grado de autopercepción en salud son aquellos con una mayor adherencia a la dieta mediterránea. Además, también encontramos una relación positiva entre la práctica de actividad física y la autopercepción en salud. Los estudiantes encuestados que informaron mayor nivel de práctica de actividad física consideraban mejor su percepción en salud. En general existen datos contradictorios sobre la relación entre la autopercepción en salud y los hábitos saludables en los estudiantes universitarios. Por un lado, diversos estudios relacionan hábitos saludables con mejor autopercepción en salud. En 2020, Chacón-Cuberos et al. realizaron un estudio en el que los estudiantes con un mayor nivel de actividad física reportaban mayor nivel de autoconcepto físico, social y académico. Esta relación se explica ya que la práctica regular de actividad física no solo se asocia con beneficios físicos sino también con mejoras en la salud mental llegando a influir positivamente en cómo las personas perciben su salud en general.

Asimismo, existe evidencia que relaciona hábitos nocivos como el consumo de alcohol y tabaco con peor autopercepción en salud como demostró en 2021 Gutiérrez-Pastor et al. con un estudio realizado en estudiantes de Medicina de la Universidad Miguel Hernández de Alicante.

Por otra parte, también encontramos estudios que no encontraron relación entre los hábitos de los estudiantes y su autopercepción en salud. En 2015 Frazier et al. evidenció que el consumo de tabaco en estudiantes universitarios no tiene impacto en el autoconcepto físico.

5.13.3 HÁBITOS SALUDABLES, INTELIGENCIA EMOCIONAL Y ANSIEDAD

Al considerar los hábitos saludables como el consumo alimentos con la inteligencia emocional y la ansiedad sí que vimos relación entre una peor adherencia a la dieta mediterránea con valores más bajos en la dimensión de claridad emocional y con niveles más altos de ansiedad tanto en rasgo como en estado. Se ha demostrado que la alimentación juega un papel fundamental en los niveles de ansiedad de las personas. Varios estudios han relacionado el consumo de diferentes grupos de alimentos con la salud psicológica en estudiante universitarios. En 2019, Ramón-Arbués et al. evidenciaron que el consumo de lácteos, verduras y hortalizas está inversamente relacionado con el bienestar psicológico de los estudiantes.

Con respecto a la práctica de actividad física y su relación con la inteligencia emocional obtuvimos una relación positiva entre la práctica de actividad física y una adecuada capacidad de reparación de las emociones. Encontramos una correlación leve pero significativa entre la realización de actividad física y puntuaciones más bajas en la ansiedad rasgo. Los alumnos que reportaron realizar más actividad física consiguieron puntuaciones más bajas en la dimensión de ansiedad rasgo. Existe gran evidencia que relaciona niveles más bajos de ansiedad con la práctica de actividad física en la población. Esta relación se puede deber a varios factores. En general, el ejercicio físico permite reducir los niveles de estrés y ansiedad ya que durante la práctica el cuerpo libera endorfinas, que son neurotransmisores que generan sensaciones de bienestar. La actividad física puede servir como estrategia saludable para manejar situaciones de estrés y ansiedad sin tener que recurrir a hábitos nocivos como el consumo de alcohol o de tabaco. Por otro lado, si se practican actividades físicas grupales se genera un sentido de comunidad y apoyo social, con grandes beneficios en la salud psicológica de las personas (Granados et al., 2018). Si nos enfocamos a la población universitaria, también se ha comprobado que los estudiantes universitarios que practican actividad física muestran niveles más bajos de ansiedad rasgo, encontrándose diferencias entre el sexo de los estudiantes siendo las mujeres las que practican menos actividad física y reportan mayor nivel de ansiedad rasgo (Muñoz et al., 2022). Con estos datos, es necesario promover el desarrollo de programas de intervención y de promoción de la actividad física entre los jóvenes universitarios, con un especial énfasis en el grupo de mujeres.

En nuestro estudio no encontramos relación entre consumo de alcohol y tabaco con mayores niveles de ansiedad. Existe cierta contradicción en los estudios previos sobre la relación entre ansiedad y consumo de alcohol y tabaco. En 2023 se realizó un estudio con más de 300 estudiantes universitarios que no encontró relación entre el consumo de tabaco y mayores niveles de ansiedad (Hidalgo-Guerrero, 2023). En general, la ansiedad y el consumo de tóxicos están relacionados. En principio el consumo de alcohol y tabaco se ha descrito como una forma de aliviar el estrés o la ansiedad de manera temporal. Las personas con altos niveles de ansiedad y de estrés utilizan estos consumos para aliviar los síntomas de estrés y de ansiedad de manera temporal. Sin embargo, este alivio es nocivo y contraproducente ya que el consumo a largo plazo eleva los niveles de ansiedad en las personas (Lluberes-Fernández et al., 2022). En el caso del tabaco, al generar dependencia y ejercer efectos neurobiológicos, aumenta los niveles de ansiedad. Por otro lado, el consumo de alcohol altera los neurotransmisores y la química cerebral, pudiendo aumentar la vulnerabilidad a la ansiedad y el estrés. Varios estudios realizados en población universitaria han relacionado el consumo de alcohol con mayores niveles de ansiedad, tanto en mujeres como en hombres (Martínez-García et al., 2018; Pinilla et al., 2020; Villarosa-Hurlocker y Madson, 2020).

Los estudiantes que consumían drogas tanto legales como ilegales presentaron niveles más altos de ansiedad en comparación con los no consumidores. Al igual que el consumo de alcohol y tabaco, se ha demostrado que las drogas como la cocaína, la marihuana y demás sustancias tienen efectos neuroquímicos, alterando el equilibrio de los neurotransmisores en el cerebro. Además, los síntomas de abstinencia de muchas drogas incluyen ansiedad severa creando un ciclo de uso de las drogas que se convierte en una manera de aliviar estos síntomas de abstinencia, perpetuando la dependencia a la sustancia y la ansiedad en la persona consumidora (Contreras-Olive et al., 2020). Varios estudios realizados en población universitaria relacionan síntomas de ansiedad entre los estudiantes con un mayor consumo de drogas e incluso con un mayor riesgo de ser consumidores en el futuro (Pavón-León et al., 2021; Beneton et al., 2021).

En nuestro estudio encontramos relación significativa entre ansiedad y autopercepción en salud. Puntuaciones altas tanto en ansiedad estado y ansiedad rasgo se asociaron con una autopercepción negativa de la salud en los estudiantes encuestados. Se ha descrito que la ansiedad puede llegar a distorsionar la forma en la que una persona percibe su salud tanto física como mental, llegando a afectar más a esta última (Krispenz et al., 2019). En general, las personas que tienen ansiedad a menudo están más atentas a las sensaciones físicas en su cuerpo, lo que hace que sean más conscientes de síntomas menores que otras personas podrían ignorar, pudiendo percibir su salud como peor de lo que realmente es. Encontramos poca información sobre relación entre ansiedad y autopercepción en salud en estudiantes universitarios, lo que sugiere que sería necesario y recomendable en un futuro proponer investigaciones que demuestren si realmente existe relación.

Por último, observamos relaciones altamente significativas entre las dimensiones de la inteligencia emocional y la ansiedad. Dentro de la inteligencia emocional debemos distinguir entre la atención emocional, que es la capacidad de reconocer nuestros sentimientos, la claridad emocional o la capacidad de conocer y comprender las emociones integrándolas en nuestro pensamiento y la reparación emocional o la capacidad de regular y controlar las emociones positivas y negativas. La atención emocional se relacionó con mayores niveles de ansiedad mientras que la claridad emocional y la reparación emocional mostraron relaciones inversas, es decir mayores niveles en estas dimensiones se asociaron con menores niveles de ansiedad ya que estas dimensiones hacen referencia a la capacidad de reconocer e integrar las emociones tanto positivas como negativas. Estudios previos como el realizado por Flórez et al., en 2019 resaltan la importancia de considerar la inteligencia emocional como un factor protector para la salud física y mental de las personas ya que a mayor reconocimiento, comprensión y manejo de las emociones personales y de los otros, menor predisposición a presentar sintomatología de depresión, estrés o ansiedad.

En el ámbito educativo, y más concretamente en el ámbito universitario, se han realizado diversos estudios de salud mental para poder relacionar la inteligencia emocional con alteraciones en el estado de ánimo, encontrando una alta correlación entre manifestaciones de ansiedad y depresión y una autopercepción emocional negativa en los estudiantes (Delgado-Gómez et al., 2019; Gómez-Romero et al., 2018).

6

CONCLUSIONES

Los resultados de la presente investigación permiten llegar a las siguientes conclusiones contestando a los objetivos previamente formulados. Como respuesta al objetivo general el presente estudio nos ha permitido describir los estilos de vida de los estudiantes universitarios y la relación existente entre el sexo de los estudiantes, el nivel de estudios de los progenitores y la realización de prácticas o estilos de vida que se consideran saludables.

1.-Entre las principales características sociodemográficas y de estilo de vida de la muestra nos encontramos que la mayoría son mujeres (68.7% versus 31.3%) y la mediana de edad se sitúa en 19 años siendo esta mediana algo superior entre los hombres. La mayor parte de la muestra es de origen español, casi 8 de cada 10 estudiantes tienen nacionalidad española. La mayor parte de los estudiantes tienen progenitores con niveles de estudios superiores, tanto el padre (66.8%) como madre (69.8%). Solamente un 21.2% de la muestra compatibiliza sus estudios con el trabajo. Respecto al número de horas/semana que dedican al estudio en época de exámenes concretan en 22.3h/s Los promedios de este tiempo de estudio son superiores (unas 3 h/s) en las mujeres frente a los hombres, con diferencias significativas. El tiempo de sueño diario que contestan como media es de 7.2 h/d, siendo los valores promedio similares en ambos sexos.

2.-En cuanto a las características antropométricas de la muestra, y por valor del IMC, más de la mitad de los estudiantes se sitúan en el rango de normopeso adecuado a su talla, destaca que un tercio se sitúa con bajo peso, un 12.1% sobrepeso y apenas 8 estudiantes están obesos. Comparando por sexo encontramos que los hombres tienen un IMC más elevado y hay más mujeres que hombres en el grupo de bajo peso (42% versus 11.3% respectivamente). Se observó una media del IMC mayor en los participantes de más edad debido a una mayor presencia de casos con bajo peso entre los más jóvenes.

3.-Una gran parte de los universitarios afirmaron que su salud se situaba en valores de buena o muy buena (62.2% y 21.1% respectivamente) sin encontrarse diferencias debidas a la edad, sexo o nivel de estudios de los progenitores.

4. La recogida de información a través de los cuestionarios propuestos nos permitió responder y aclarar las dudas que surgieron durante la elaboración de la encuesta. Este tipo de encues-

tas son muy utilizadas en el entorno sanitario ya que la presencia del investigador durante la realización de la encuesta asegura un nivel mayor de respuestas, además de su utilidad, el coste económico es muy bajo. El uso de un código numérico aleatorio permite asegurar el anonimato de los resultados. Por otra parte, al establecer un cuestionario general conformado por cuestionarios previamente validados nos permite confiar en la validez de los resultados.

5. Un porcentaje bajo de estudiantes tiene una buena adherencia a la dieta mediterránea 17.2%, aunque casi la totalidad de los encuestados (97.3%) usa aceite de oliva en la cocina. También destaca el consumo de carne blanca (77.5%), de verduras y hortalizas (74.4%) junto a la pasta, arroz y vegetales con salsa (71.2%), frente a fruta (47.6%) y pescado (41.9%). No se encontraron diferencias debidas a la edad de los estudiantes. Usando los puntos de corte de 7 y 10 de la SEEDO la media de la muestra total es de 8.4 puntos, superando una baja adherencia que solo presenta 16.6% de los encuestados. Las mujeres consumen menos carne roja a la semana y mayor cantidad de verduras y hortalizas mientras que los hombres utilizan aceite de oliva para cocinar. En base a estos datos sería recomendable que los estudiantes incrementaran los niveles recomendados de fruta y pescado ya que ostentan los porcentajes más bajos de consumo. El nivel educativo de los progenitores influye tanto en la adherencia como en el consumo de alimentos, destacando una menor adherencia a la dieta mediterránea y menor consumo de verduras y hortalizas cuando la madre tiene un nivel de estudios bajo y un menor consumo de legumbres y de repostería comercial junto con un menor uso de aceite de oliva y menor consumo de vino cuando la madre tiene estudios superiores. Se contrastaron también los datos entre los dos grupos de edad establecidos resultando que solamente aparece significación en dos productos: el escaso consumo de mantequilla o margarina que es superior en mujeres 71.7% versus 59.4% y la ingesta de vino en la cantidad indicada en el test que es superior en hombres 8.7% versus 3.3%. En el resto de los alimentos no se ha encontrado ninguna diferencia que pueda considerarse estadísticamente significativa. Tampoco encontramos diferencias en el contraste de la variable total de adherencia, ni en la puntuación media ni entre categorías, se alcanza a encontrar diferencias que sean estadísticamente significativas debidas a la edad.

5.1 Respecto al consumo de alimentos en relación a su nacionalidad se puede afirmar que con diferencias significativas el consumo de vino en la cantidad indicada es bastante superior entre los encuestados extranjeros (10.9% vs 2.3%) y el consumo de frutos secos al menos 3 veces por semana es muy superior entre los españoles (57.9% vs 38.6%).

5.2 Asimismo, y completando la información en el número de ingestas diarias transmiten una media de 4.2 no encontrando diferencias significativas ni por sexo, edad ni estudios de los progenitores. Respecto al consumo de cafés ronda el 1.3 cafés diarios sin encontrar diferencias por los parámetros mencionados salvo ser en promedio superior el consumo en los de mayor edad y de nacionalidad española.

6. El nivel de actividad física de los alumnos es bueno ya que 8 de cada 10 estudiantes mantiene un perfil de actividad física alto siendo mayor la práctica de actividad física en el grupo de hombres comparado con el grupo de mujeres. En general las mujeres emplean más tiempo libre en otras actividades sociales por lo que se precisan de estrategias que fomenten la actividad física entre las mujeres.

7. El alcohol es la droga más consumida seguida del tabaco. El 14.2% de los estudiantes se considera abstemio ya que nunca ha consumido alcohol. En general el consumo de alcohol entre los estudiantes es de 1 vez por semana o cada 15 días en el 51% de los encuestados y solo un 3.2% de los estudiantes realizan un consumo casi diario de alcohol con más de 4 veces semanales. El consumo es algo menor entre las mujeres habiendo mayor porcentaje de mujeres que nunca han probado el alcohol comparado con el grupo de hombres (11% versus 15.6% respectivamente). Los hombres además tienen un mayor grado de dependencia de alcohol que las mujeres. Casi la totalidad de la muestra afirma que nadie de su entorno o relacionado con la profesión sanitaria le ha recomendado dejar de beber preocupados por su consumo. En general, el alcohol es una droga socialmente aceptada en nuestro país por lo que no existe conciencia de los peligros asociados a su consumo.

8. Las respuestas de los estudiantes destacan en reconocer que el tabaco es perjudicial para la salud, produce adicción y es una droga. Pese a esta evidencia el 16% de los estudiantes son fumadores encontrándose mayor porcentaje en el grupo de hombres comparado con el de mujeres (26% versus 12.9% respectivamente) y en los estudiantes de mayor edad. El nivel de estudios de los progenitores no influye en el consumo de tabaco. La edad de inicio se situó en torno a los 16 años. En general, el grado de dependencia es baja. Casi la mayoría de los consumidores (83.1%) afirmaron haberse planteado dejar de fumar, siendo ligeramente menor la intención de dejar de fumar en relación al grupo de padres de nivel educativo bajo. Es importante recordar que actualmente existen programas de cese de hábito tabáquico con alta tasa de éxito disponibles para los estudiantes de la Universitat de València.

9. Casi el 23% de la muestra afirma haber consumido sustancias psicoactivas. En general, el consumo de marihuana es el más habitual seguido de las benzodiazepinas y la cocaína. Casi la mitad de los consumidores refirieron haber consumido una única sustancia. Un 14.3% de la muestra afirmó consumir 2 sustancias siendo la combinación de marihuana con hachís lo más frecuente. En cuanto a la frecuencia de consumo predomina el consumo ocasional, aunque existe una notable prevalencia de estudiantes que realizan un consumo semanal o incluso diario (17.8%). El consumo de marihuana y hachís es mayor en el grupo de hombres comparado con el grupo de mujeres. El consumo de cocaína y el uso de benzodiazepinas es superior en los participantes cuyos padres y madres tienen un menor nivel de estudios por el contrario el consumo de marihuana aumenta con un mayor nivel de estudios en la madre.

10. En general, se percibe una relación entre la práctica de actividad física, la adherencia a la dieta mediterránea y el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Los estudiantes que realizan una actividad física media o baja tienen un menor grado de adherencia a la dieta mediterránea. Los estudiantes con un mayor grado de adherencia a la dieta mediterránea tienen un menor riesgo de tener problemas de salud derivados de la dependencia del alcohol además de menor consumo de tabaco y de otras drogas. Hay más porcentaje de estudiantes que no consumen drogas entre los grupos con actividad física media o alta, asociándose un menor nivel de actividad física con un mayor consumo de drogas. Con estos datos podemos afirmar que existe una relación entre la práctica de estilos de vida saludables entre los estudiantes.

11. Podemos afirmar que los estilos de vida saludables influyen en la inteligencia emocional y la ansiedad de los estudiantes. La adherencia a la dieta mediterránea tiene un impacto positivo en la autopercepción en salud ya que se asocia una alta adherencia a la dieta mediterránea con una buena autopercepción en salud. Además, existe relación entre una alta adherencia con niveles adecuados en la dimensión de claridad emocional de los estudiantes y con niveles más bajos de ansiedad rasgo como ansiedad estado. La realización de actividad física tiene un impacto positivo en la autopercepción en salud, en la ansiedad y en la inteligencia emocional de los estudiantes ya que existe una asociación entre la práctica de actividad física habitual con mejores niveles de ansiedad rasgo, mejor autopercepción en salud y una mayor capacidad de reparación emocional.

Futuras investigaciones en este tema comparando con otros campus universitarios o de distintos países, o universitarios de otros grados permitirán completar este estudio que podrá utilizar nuestros datos como base para proporcionar referencia a sus conclusiones e interpretaciones de los mismos.

7

BIBLIOGRAFÍA

- Abu-Lughod, L. (2015). *La interpretación como práctica cotidiana*. Buenos Aires: Paidós.
- Abu-Omar, K., & Rutten, A. (2008). Relation of leisure time, occupational, domestic, and commuting physical activity to health indicators in Europe. *Prev Med*, 47(3), 319-323
- Adler, N. E., & Ostrove, J. M. (1999). Socioeconomic status and health: What we know and what we don't. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896(1), 3-15.
- Aerny-Perreten, N., Ramasco, M., Cruz, J. L., & Rodríguez, L. A. (2010). La salud y sus determinantes en la población inmigrante de la Comunidad de Madrid. *Gaceta Sanitaria*, 24(2), 136-144.
- Aertgeerts, B., Buntinx, F., & Kester, A. (2004). The value of the CAGE in screening for alcohol abuse and alcohol dependence in general clinical populations. *Journal of Clinical Epidemiology*, 57, 30-9. [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(03\)00254-3](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(03)00254-3).
- Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN). (2020). Encuesta Europea de Salud en España (EESE) 2020. Recuperado de https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/subdetalle/encuesta_europea_salud.htm
- Agusti, A., & Faner, R. (2019). Lung function trajectories in health and disease. *The Lancet Respiratory Medicine*, 7(4), 358-364. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(18\)30529-0](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(18)30529-0)
- Alexander, K., Entwisle, D. & Olson, L. (2014). The long shadow family: Background, disadvantaged urban youth, and the transition to Adulthood.
- Alexander, S. A., Thomas, V. M., & Savage, J. A. (2020). Elevated C-reactive protein and role of steroids in cocaine-associated levamisole-induced vasculitis. *Cureus*, 12, e7597. <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.7597>
- Almeida, A., Golpe, A. A., Iglesias, J. & Martín-Álvarez, J. M. (2021). The price elasticity of cigarettes: New evidence from Spanish regions, 2002-2016. *Nicotine & Tobacco Research*, 23, 48-56. doi:10.1093/ntr/ntaa13
- Alonso-Sardón, M. (2001). *Valoración del binomio salud-enfermedad en estudiantes de la Universidad de Salamanca*. (Tesis doctoral). Universidad de Salamanca, Salamanca.
- Álvarez, M. R., Llorente, A. H. A., & del Llano Señarís, J. E. (2022). Los determinantes sociales de la salud en España (2010-2021): una revisión exploratoria de la literatura. *Revista española de salud pública*, (96), 68.

- Angulo Rincón, R., & Albarracín Rodríguez, Ángela. (2019). Validez y confiabilidad de la escala rasgo de metaconocimiento emocional (TMMS-24) en profesores universitarios. *Revista Lebre*, (10), 61-72. <https://doi.org/https://doi.org/10.15332/rl.v0i10.2197>
- Antepara, D. N. C., Reyes, V. M., & Morales, A. G. S. (2022). La nueva normalidad y los niveles de actividad física y sedentarismo en estudiantes universitarios. *UCV Hacer*, 11(2), 31-38.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco, USA: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco, USA: Jossey-Bass Publishers.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18. doi: 10.1093/heapro/11.1.11
- Aranceta Bartrina, J., & Pérez Rodrigo, C. (2018). Desigualdad, salud y nutrición en España: una visión regional del índice de masa corporal. *Nutrición Hospitalaria*, 35(spe5), 142-149. Epub 06 de julio de 2020. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.2096>
- Armas-Elguera, F., Talavera, J. E., Cárdenas, M. M., & de la Cruz-Vargas, J. A. (2021). Trastornos del sueño y ansiedad de estudiantes de Medicina del primer y último año en Lima, Perú. *FEM: Revista de la Fundación Educación Médica*, 24(3), 133-138. Epub 19 de julio de 2021. <https://dx.doi.org/10.33588/fem.243.1125>
- Arntz V., Jenny, Trunce M., Silvana, Villarroel Q., Gloria, Werner C., Karlis, & Muñoz M., Sonia. (2022). PRelation of socio-demographic variables with levels of depression, anxiety and stress in university students. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 60(2), 156-166. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272022000200156>
- Artazcoz, L. (2002). "Salud y género", *Documentación Social*, 127: 181-206
- Artazcoz L (2004). *Monográfico Género y Salud*. *Gac Sanit*. 2004; 18 (Supl.2).
- Bacigalupe, A., Martín, U., Franco, M., & Borrell, C. (2022). Desigualdades socioeconómicas y COVID-19 en España. *Informe SESPAS 2022*. *Gaceta Sanitaria*, 36, S13-S21.
- Balanzá-Martínez, V., Kapczinski, F., De Azevedo-Cardoso, T., Atienza-Carbonell, B., Rosa, A. R., Mota, J. C., ... De Boni, R. B. (2021). The assessment of lifestyle changes during the COVID19 pandemic using a multidimensional scale. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 14(1), 16- 26. doi: 10.1016/J.RPSMEN.2020.07.005

Balfour D. J. K. The role of mesoaccumbens dopamine in nicotine dependence. *Curr Top Behav Neurosci*. 2015; 24:55-98. doi:10.1007/978-3-319-13482-6_3.

Bárbara R., & Ferreira-Pêgo C. Changes in Eating Habits among Displaced and Non-Displaced University Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020; 17(15):5369. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155369>

Barrera-Gálvez, R., Solano-Pérez, C., Arias-Rico, J., Jaramillo-Morales, O., & Jiménez-Sánchez, R. (2019). La Inteligencia Emocional en Estudiantes Universitarios. *Educación Y Salud Boletín Científico Instituto De Ciencias De La Salud Universidad Autónoma Del Estado De Hidalgo*, 7(14), 50-55. <https://doi.org/10.29057/icsa.v7i14.4437>

Bazan-Olaya, J., Campos-Pastelin, M., Gutiérrez-Moguel, N., Gonzalez, L. (2019). Frequency and Reasons for Consumption of Energy Drinks in University Students.

Beneton, E. R., Schmitt, M., & Andretta, I. (2021). Sintomas de depressão, ansiedade e estresse e uso de drogas em universitários da área da saúde. *Revista da SPAGESP*, 22(1), 145-159. Recuperado em 24 de novembro de 2023, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702021000100011&lng=pt&tlng=.

Beverido Sustaeta, P., Zacarías-Lozada, Y., Carmona-Avendaño, Y., & Salas-García, B. (2020). Consumo de drogas lícitas e ilícitas en estudiantes universitarios de medicina y enfermería. *Revista Salud Y Bienestar Social [ISSN: 2448-7767]*, 4(1), 12-23. Recuperado a partir de <https://www.revista.enfermeria.uady.mx/ojs/index.php/Salud/article/view/83>

Boot, C. R., Rosiers, J. F., Meijman, F. J., & Van Hal, G. F. (2010). Consumption of tobacco, alcohol and recreational drugs in university students in Belgium and the Netherlands: The role of living situation. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 22(4), 527-534. doi: 10.1515/IJAMH.2010.22.4.527

Boté, J. J. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA.

Boynton M. H., & Richman L. S. (2014). An online daily diary study of alcohol use using Amazon's Mechanical Turk. *Drug and Alcohol Review*, 33, 456–461. doi: 10.1111/dar.1216.

Braveman P., & Gottlieb L. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public Health Rep*. 2014;129(1):19–31.

Camarelles Guillem F., Dalmau González-Gallarza R., Clemente Jiménez L., Díaz-Maroto Muñoz J.L., Lozano Polo A., Pinet Ogué M.C., et al. Documento de consenso para la atención clínica al tabaquismo en España. *Med Clin (Barc)*. 2013; 140:272.e1–272.

Canova-Barrios, C., Quintana-Honores, M. y Álvarez-Miño, L. (2018). Estilos de Vida y su implicación en la salud de los estudiantes Universitarios de las Ciencias de la Salud: Una revisión sistemática. *Revista Científica de UCES*, 23(2), 98-126.

Cara Rodríguez, R., Cara Rodríguez, M., Gálvez Rodríguez, M., Martínez Pérez, C., & Rodríguez López, C. (2021). Hábitos de vida y rendimiento académico en periodo evaluativo en estudiantes de enfermería. *REVISTA CUBANA DE ENFERMERÍA*, 37(2). Recuperado de <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3703>

Carballo-Fazanes, A., Rico-Díaz, J., Barcala-Furelos, R., Rey, E., Rodríguez-Fernández, J. E., Varela-Casal, C., & Abelairas-Gómez, C. (2020). Physical Activity Habits and Determinants, Sedentary Behaviour and Lifestyle in University Students. *International journal of environmental research and public health*, 17(9), 3272. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093272>

Carcereny, C. H. (2023). Enfermera de práctica avanzada en enfermedades respiratorias crónicas. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica como ejemplo. *Enfermería Clínica Avanzada*, 17.

Cardio Alianza. (2021, 20 de julio). La American Heart Association (AHA) avala los 14 puntos de dieta mediterránea del estudio PREDIMED. [Publicación de blog]. Recuperado el 3 de mayo de 2023, de <https://cardioalianza.org/tag/dieta-mediterranea>

Carmona Simarro J. V., Bueno Cañigral F. J., Paricio Esteban M. P., Peyró Gregori L., Arévalo Arévalo G. Consumo de sustancias adictivas en jóvenes universitarios de la Comunidad Valenciana (España). *Metas Enferm* oct 2019; 22(8):14-20.

Caroppo, E. (2013). L'heure bleue della mente: quel momento in cui tutto è possibile. *La Sindrome Dei Migranti Dublino. Arel la Rivista*, 2, pag. 180- 187 ed.orig

Carrasco-Garrido, P., Jiménez-García, R., Barrera, V. H., et al. (2009). Significant differences in the use of healthcare resources of native-born and foreign born in Spain. *BMC Public Health*, 9, 201.

Carreras, G., Lugo, A., Gallus, S., Cortini, B., Fernández, E., López, M. J., et al. (2019). Burden of disease attributable to second-hand smoke exposure: A systematic review. *Prev Med.*, 129, 105833. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.105833>

Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep*, 100(2), 126-131

Cassetti, V., Paredes-Carbonell, J. J., López-Ruiz, V., et al. (2018). Evidencia sobre la participación comunitaria en salud en el contexto español: reflexiones y propuestas. *Informe SES-PAS 2018. Gaceta Sanitaria*, 32(Supl 1), 41-47.

Cerezo, J. F. G., Paz, J. E. L., & Pardo, J. F. (2022). Actualización sobre las nuevas formas de consumo de tabaco. *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis*.

Chacón, L. J. R., Morales, G. E. R., Luna, A. C. P., Medina, J. H. C., & Cantuña-Vallejo, P. F. (2022). El Muestreo Intencional No Probabilístico como herramienta de la investigación científica en carreras de Ciencias de la Salud. *Universidad y Sociedad*, 14(S5), 681-691.

Chacón-Cuberos, R., Zurita-Ortega, F., García-Marmol, E., & Castro-Sánchez, M. (2020). Autoconcepto multidimensional según práctica deportiva en estudiantes universitarios de Educación Física de Andalucía. *Retos*, 37(37), 174-180. Doi: <https://doi.org/10.47197/retos.v37i37.71861>

Chávez Cerna, M. A. (2022). Actividad física y la calidad de sueño en los pacientes post covid hospitalizados en el marco de la pandemia.

Chen H., Shen L., Liu Y., Ma X., Long L., Ma X., et al. (2021). Strength Exercise Confers Protection in Central Nervous System Autoimmunity by Altering the Gut Microbiota. *Front. Immunol.* 12, 628629. 10.3389/fimmu.2021.628629

Chero-Pisfil S., Díaz-Mau A., Chero-Pisfil Z., Casimiro-Guerra G. La somnolencia diurna y su relación con la inteligencia emocional en estudiantes universitarios. Lima, Perú. *Medisur* [revista en Internet]. 2020 [citado 2020 May 29]; 18(2):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4569>

Chessman Mazariegos S., Suarez Logo N. Factores de riesgo y protectores del tabaquismo en estudiantes de las facultades de ciencias médicas USAC, Guatemala. *Horizonte Sanitario*. 2014. 13(3): 223 – 232

Chetty, R., Stepner, M., Abraham, S., Lin, S., Scuderi, B., Turner, N., ... & Cutler, D. (2016). The association between income and life expectancy in the United States, 2001-2014. *Jama*, 315(16), 1750-1766.

Chinchay Sanchez, C. I. Estilo de vida y factores biosocioculturales en adultos del centro poblado de Trigopampa _ Yungar _ Carhuaz, 2022.

Chung, T., Creswell, K. G., Bachrach, R., Clark, D. B., & Martin, C. S. (2018). Adolescent binge drinking: Developmental context and opportunities for prevention. *Alcohol research: current reviews*, 39(1), 5.

Cisneros-Caicedo, A. J., Guevara-García, A. F., Urdánigo-Cedeño, J. J., & Garcés-Bravo, J. E. (2022). Técnicas e Instrumentos para la Recolección de Datos que apoyan a la Investigación Científica en tiempo de Pandemia. *Domino de las Ciencias*, 8(1), 1165-1185.

Cobo-Cuenca, A. I., Garrido-Miguel, M., Soriano-Cano, A., Ferri-Morales, A., Martínez-Vizcaíno, V., & Martín-Espinosa, N. M. (2019). Adherence to the Mediterranean diet and its association with body composition and physical fitness in Spanish university students. *Nutrients*, 11(11), 2830.

Comisión para reducir las desigualdades en salud en España. (2011). Avanzando hacia la equidad: propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.

Consejo de la Juventud de España. (2019). Salud y Juventud. <https://www.cje.org/wp-content/uploads/2019/06/INFORME-SALUD-Y-JUVENTUD-2019.pdf>

Contreras Olive, Y., Miranda Gómez, O., & Torres Lio-Coo, V. (2020). Ansiedad y depresión en pacientes adictos a sustancias psicoactivas. *Revista cubana de medicina militar*, 49(1).

Cornejo Vera, R. C., & Cárdenas Cortez, I. C. (2021). ANÁLISIS DE LOS PROCESOS METABÓLICOS QUE SE PRODUCEN EN EL AYUNO INTERMITENTE Y SUS EFECTOS EN LA SALUD (Bachelor's thesis).

Correa-López, L. E., Morales-Romero, A. M., Olivera-Ruiz, J. E., Segura-Márquez, C. L., Cerdillo-Ramirez, L., & Luna-Muñoz, C. (2020). Factores asociados al consumo de tabaco en estudiantes universitarios de Lima metropolitana. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 20(2), 227-232.

Cuella Serres, M. (2022). Asociación entre la dieta y la calidad del sueño en población adulta: revisión sistemática.

Dahlgren G., & Whitehead M. European strategies for tackling social inequities in health. Concepts and principles for tackling social inequities in health. Levelling up (II). Copenhagen: World Health Organization; 2006. Studies on social and economic determinants of population health n.º 3.

De León, L. A. M. P. (2022). Asociación del nivel de actividad física con variables de composición corporal en jóvenes universitarios

del Moral, A. M., & Bolea, N. V. (2022). Cambios en el estilo de vida durante el confinamiento por la pandemia de SARS-CoV-2 en Europa: una revisión sistemática. *An. Real Acad. Farm*, 88(3), 293-302.

Delgado, A. M. (2022). Efecto de la actividad física, la obesidad y el sueño en la calidad de vida relacionada con la salud en Individuos con Síndrome Metabólico (Doctoral dissertation, Universidad de León).

Delgado-Gómez, M., Gómez-Díaz, M., Gómez-Sánchez, R., y Reche-García, C. (2019). Relación entre Inteligencia Emocional y Riesgo Psicopatológico en Estudiantes Universitarios. *Formación universitaria*, 12(3), 39-46. doi: 10.4067/S0718-50062019000300039

Díaz-Méndez, M. (2018). Estilo de vida saludable: concepto y práctica. *Revista de la Facultad de Medicina*, 66(1), 103-109.

Díaz-Olalla, J. M., Blasco-Novalbos, G., & Valero-Otero, I. (2021). COVID-19 incidence in districts of Madrid and its relationship with socio-economic and demographic indicators. *Revista española de salud pública*.

DiBello, A., Miller, M. & Carey, K. (2019). Positive heavy drinking attitude mediates the association between college alcohol beliefs and alcohol-related outcomes. *Addictive Behaviors*, 88, 29-35. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.08.005>.

Dunn, A. L., Anderson, R. E., & Jakicic, J. M. (1998). Lifestyle physical activity interventions: history, short- and long-term effects and recommendations. *American Journal of Preventive Medicine*, 15(4), 398-412.

Durán Vinagre, M. Á., Sánchez Herrera, S., & Feu Molina, S. (2021). La motivación de los estudiantes universitarios para realizar actividad física.

Encuesta sobre alcohol, tabaco y drogas ilegales en España (EDADES). Ministerio de Sanidad; 2021. Available from: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas EDADES.htm>

ENCUESTA SOBRE USO DE DROGAS EN ENSEÑANZAS SECUNDARIAS EN ESPAÑA (ESTUDES), 1994-2021.

Erazo Ramos, R. (2022). Hábitos alimentarios y actividad física en el personal administrativo del gobierno provincial de imbabura (bachelor's thesis).

Erinoso, O., Clegg Smith, K., & Iacobelli, M. (2021). Global review of tobacco product flavour policies. *Tob Control*, 30, 373–379. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2019-055454>.

ESFEC 2021 Encuesta de Salud de la Fundación Española del Corazón [Internet]. <https://fundaciondelcorazon.com/corazon-facil/recursosdidacticos/informes.html?download=92:encuesta-esfec-2021>

Espelt A., Borrell C., Rodríguez-Sanz M., et al. Inequalities in health by social class dimensions in European countries of different political traditions. *Int J Epidemiol*. 2008; 37:1095–105

Espinel, A. S., Castellanos, K., Suárez, I., Galvis, S., Olarte, F., Garzón, L., ... & Rueda, Z. R. R. (2022). Niveles de actividad física y de salud mental de los estudiantes universitarios. *Revista Clic*, 6(1), 7.

Estruch, R., Ros, E., Salas-Salvadó, J., Covas, M. I., Corella, D., Arós, F., ... & Martínez-González, M. A. (2018). Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet supplemented with extra-virgin olive oil or nuts. *New England journal of medicine*, 378(25), e34..

Fagerström, K. (1978). Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive behaviors*, 3(3-4), 235-241.

Farhud, D. D., Malmir, M., & Khanahmadi, M. (2015). Happiness as a healthy lifestyle. *Iranian Academy of Medical Sciences*. (In press).

Fernández Cáceres, C., Quijada Gaytán, J. M., y Zabicky Sirot, G. (2021). Problemáticas actuales del uso nocivo de alcohol. Volumen 1: Depresión y consumo de alcohol. Centros de Integración Juvenil. <https://elibro.net/es/ereader/uta/218274>

Fernández Cernuda I., & Fernández García D. Consumo de Tabaco en Estudiantes de Ciencias de la Salud: Estudio de Prevalencia. Universidad de León. 2015. Pag. 1 - 29. Disponible: <https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/5081/2015.%20Isabel%20Fern%C3%A1ndez%20Cernuda.pdf?sequence=1>

Flórez, J. A. R., Corrales, C. E., Gutiérrez, C. R. L., Mira, C. M. E., Paniagua, J. M., & Giraldo, A. D. J. M. (2019). Autopercepción del estado de ánimo y presencia de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *Revista de Psicología:(Universidad de Antioquía)*, 11(1), 61-92.

Frazier, L. D., Vacarro, J. A., Garcia, S., Fallahazad, N., Rathi, K., Shrestha, A. & Perez, N. (2015) Diet self-efficacy and physical self-concept of college students at risk for eating disorders. *J Behav Health*, 4(4):97–100. doi:10.5455/jbh.184462

Frosh, S. (2018). *Psicoanálisis fuera de sí: Sobre subjetividad en un mundo en cambio*. Buenos Aires: Paidós.

Fundación Española del Corazón. 2021 [citado 24 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com>

Fung, T. T., Rexrode, K. M., Mantzoros, C. S., Manson, J. E., Willett, W. C., & Hu, F. B. (2009). Mediterranean diet and incidence of and mortality from coronary heart disease and stroke in women. *Circulation*, 119(8), 1093-1100. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.108.819151>

Gállego-Royo, A., Pérez-Álvarez, C., Marco-Gómez, B., Sánchez, I. S., Astier-Peña, M. P., Gonzalo, O. U., Altisent Trota, R., & Delgado-Marroquín, M. T. (2023). Los problemas de salud más prevalentes en los estudiantes de Medicina: revisión de la literatura. *Educación Médica*, 24(1), 100774. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2022.100774>

Gámez-Calvo, L., Hernández-Beltrán, V., Pimienta-Sánchez, L. P., Delgado-Gil, S., & Gamonales, J. M. (2022). Revisión sistemática de programas de intervención para promover hábitos saludables de actividad física y nutrición en escolares españoles. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 72(4), 294-305.

García, P. L. R., Guillamón, A. R., Soto, J. J. P., López, P. J. T., & Canto, E. G. (2022). El consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en adultos españoles. *Salud (i) Ciencia*, 25(3), 173-182.

García-Carretero, M. Á., Moreno-Hierro, L., Martínez, M. R., de los Ángeles Jordán-Quintero, M., Morales-García, N., & O'Ferrall-González, C. (2019). Patrones de consumo de alcohol en estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud. *Enfermería Clínica*, 29(5), 291-296.

García-Puello, F., Herazo-Beltrán, Y., Vidarte-Claros, J. A., García-Jiménez, R., & Crissien-Quiroz, E. (2018). Physical activity level assessment in university students by direct method. *Revista de Salud Pública*, 20(5), 606-611.

Germani, A., Vitiello, V., Giusti, A. M., Pinto, A., Donini, L. M., & del Balzo, V. (2014). Environmental and economic sustainability of the Mediterranean Diet. *International Journal of Food Science and Nutrition*, 65, 1008-1012.

Gil-González D., Ruiz-Cantero M. T., Álvarez-Dardet C. How political epidemiology research can address why the millennium development goals have not been achieved: developing a research agenda. *J Epidemiol Commun Health*. 2009; 63:278–80.

Golec, M., Zembala-John, J., Fronczek, M., Konka, A., Bochenek, A., Wystyrk, K., ... & Bułdak, R. J. (2023). Relationship between anthropometric and body composition parameters and anti-SARS-CoV-2 specific IgG titers in females vaccinated against COVID-19 according to the heterologous vaccination course: A cohort study. *Plos one*, 18(6), e0287128.

Gómez, C. G., Aysa, A. B., Hernández, A. B. F., Riazuelo, M. B., Lizaga, A. D., & Rodrigo, M. O. (2023). Plan de cuidados de enfermería en paciente con dependencia a la cocaína. Caso clínico. *Revista Sanitaria de Investigación*, 4(4), 22.

Gómez Cruz Z., Landeros Ramírez P., Noa Pérez M., Patricio Martínez S. (2017) Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en jóvenes universitarios. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 16(4), 1-9

Gómez-Cruz, Z., Landeros-Ramírez, P., Romero-Velarde, E., y Troyo-Sanromán R. (2016). Estilo de vida y riesgo para la salud en una población universitaria. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 15(2), 15-21. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2016/spn162c.pdf>

Gómez-Romero, M., Limonero, J., Toro, J., Montes-Hidalgo, J., y Tomás-Sábado, J. (2018). Relación entre inteligencia emocional, afecto negativo y riesgo suicida en jóvenes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 24(1), 18-23. doi: 10.1016/j. anyes.2017.10.007

González-Cutre, D., Sicilia, Á., Sierra, A. C., Ferriz, R., & Hagger, M. S. (2016). Understanding the need for novelty from the perspective of self-determination theory. *Personality and individual differences*, 102, 159-169.

Górriz A. B., Etchezahar E., Pinilla-Rodríguez D. E., Giménez-Espert M. C., Soto-Rubio A. (2021). Validation of TMMS-24 in three Spanish-speaking countries: Argentina, Ecuador, and Spain. *Environ. Res. Public Health* 18:9753. doi: 10.3390/ijerph18189753, PMID

Granados, S. H. B., & Cuéllar, Á. M. U. (2018). Influencia del deporte y la actividad física en el estado de salud físico y mental: una revisión bibliográfica. *Katharsis: Revista de Ciencias Sociales*, (25), 141-160.

Gredner T., Mons U., Niedermaier T., et al . Impact of tobacco control policies implementation on future lung cancer incidence in Europe: an international, population-based modeling study. *Lancet Reg Health Eur* 2021;4: 100074.doi: 10.1016/j.lanepe.2021.100074 pmid: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34029359>

Gutiérrez Pastor, I., Quesada Rico, J. A., Gutiérrez Pastor, A., Nouni García, R., & Carratalá Munuera, M. C. (2021). Depresión, ansiedad y salud autopercebida en estudiantes de Medicina: un estudio transversal. *Revista Española de Educación Médica*, 2(2). <https://doi.org/10.6018/edumed.47037>

Habibi, M., Alahdadi, S., & Piyani, M.R. (2018). Psychometric Properties of Severity of Dependence Scale (SDS) in People with Drug and Alcohol Dependency. *research on addiction*, 12, 255-272.

Harvey, D. (2014). *Diecisiete contradicciones y el fin del capitalismo*. Madrid: Akal.

Hausmann, H. J. (2007). Smoking and lung cancer: future research directions. *Int J Toxicol*, 26(4), 353-364.

Henderson, E., Guerrero, L. A. R., Continente, X., Fernández, E., Tigova, O., Cortés-Francisco, N., ... & Castillo, E. G. (2023). Measurement of airborne nicotine, as a marker of second-hand smoke exposure, in homes with residents who smoke in 9 European countries. *Environmental Research*, 219, 115118.

Hernández González, O. (2021). Aproximación a los distintos tipos de muestreo no probabilístico que existen. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 37(3), e1442. Epub 01 de septiembre de 2021. Recuperado en 12 de noviembre de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252021000300002&lng=es&tlng=es

Hidalgo Guerrero, G. A. (2023). Ansiedad y su relación con el consumo de tabaco en estudiantes universitarios.

Higuera, F. P. C., Carvajal, B. C. G., Rojas, N. Z. L., Buitrago, D. P. P., & Santacruz, M. D. P. Aspectos Generales De La Nicotina. Revisión Bibliográfica. Xii Jornada De Investigación 2021, 220.

Hobsbawm, E. Era dos extremos: o breve século XX: 1914-1991. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

Hoffmann C, Weigert C. Skeletal muscle as an endocrine organ: the role of myokines in exercise adaptations. *Cold Spring Harb Perspect Med.* 2017; 7:1-7

Hone, P., Black, J., Sathish, T., Kapoor, N., Cao, Y., Haregu, T., ... & Oldenburg, B. (2022). Determinants of health service utilization among adults at high risk of developing type 2 diabetes in Kerala, India. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 34(4), 377-383.

Hu, F. B. (2002). Dietary pattern analysis: a new direction in nutritional epidemiology. *Curr Opin Lipidol*, 13(1), 3-9

Huaman-Carhuas, L., & Bolaños-Sotomayor, N. (2020). Sobrepeso, obesidad y actividad física en estudiantes de enfermería pregrado de una universidad privada. *Enfermería Nefrológica*, 23(2), 184-190. Epub 05 de octubre de 2020. <https://dx.doi.org/10.37551/s2254-28842020018>

Institute of Medicine. Secondhand smoke exposure and cardiovascular effects: making sense of the evidence. Washington DC, The National Academy Press, 2016

Instituto Nacional de Estadística. (2006). Encuesta Nacional de Salud de España 2006 [National Health Survey of Spain 2006]. Recuperado de https://www.ine.es/en/metodologia/t25/t253041906_en.pdf

Instituto Nacional de Estadística. Nota de prensa. Movimiento Natural de la Población (MNP). Indicadores Demográficos Básicos (IDB). Año 2020. Datos Provisionales. INE; 2021.

Jamba-Pedro da Fonseca, A., Vidal-Espinoza, R., Cossio-Bolaños, M. A., Hernández-González, O., Gómez-Leyva, I., & Gomez-Campos, R. (2021). Instrumentos que evalúan la inteligencia emocional en estudiantes universitarios: una revisión sistemática. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 30(2), 68-75.

Jiménez-Ruiz, C.A., & Fagerström, K.O. (2021). Tratado de tabaquismo (4.a edición). EioSalud. Recuperado el 23 de noviembre de 2022, de <https://tratadodetabaquismo.com/>.

John, W. S., Zhu, H., Mannelli, P., Schwartz, R. P., Subramaniam, G. A., & Wu, L. (2018). Prevalence, patterns, and correlates of multiple substance use disorders among adult primary care patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 187, 79-87.

Khera A. V., Emdin C. A., Drake I., Natarajan P., Bick A. G., Cook N. R., et al. (2016). Genetic Risk, Adherence to a Healthy Lifestyle, and Coronary Disease. *N. Engl. J. Med.* 375 (24), 2349–2358. 10.1056/NEJMoa1605086

Kim, Y. S., & Lee, J. Y. (2021). The Relationship Between Perceived Health Status and Academic Performance Among University Students: Mediating Effects of Self-Efficacy and Health Promotion Behavior. *Journal of Pediatric Nursing*, 61, e38-e45.

Knudsen N. H., Stanya K. J., Hyde A. L., Chalom M. M., Alexander R. K., Liou Y.-H., et al. (2020). Interleukin-13 Drives Metabolic Conditioning of Muscle to Endurance Exercise. *Science* 368 (6490), eaat3987. 10.1126/science. aat3987

Krispenz, A., Gort, C., Schültke, L. & Dickhäuser, O. (2019). How to reduce test anxiety and academic procrastination through inquiry of cognitive appraisals: A pilot study investigating the role of academic self-efficacy. *Frontiers in Psychology*, 10, 1917. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01917>

Kuehner, C. (2017). Why is depression more common among women than among men? *The Lancet Psychiatry*, 4(2), 146-158.

Laframboise, H. L. (1973). Health Policy: Breaking the problem down in more manageable segments. *Canadian Medical Association Journal*, 108(3), 388-393

Lalonde, M. (1974) A new perspective on the health of the Canadians: A working document. Ottawa, Canada: Government of Canada.

Leal-López, E., Sánchez-Queija, I., Moreno, C., y Correspondencia, E. (2019). Trends in tobacco use among adolescents in Spain (2002-2018). *Adicciones*, 31(4). <https://doi.org/https://doi.org/10.20882/adicciones.1111>

Lieberman, H. R.; Fulgoni, V. L.; Agarwal, S.; Pasiakos, S. M.; Berryman, C. E. Protein intake is more stable than carbohydrate or fat intake across various US demographic groups and international populations. *Am. J. Clin. Nutr.* 2020, 112, 180–186, doi:10.1093/ajcn/nqaa044.

Livingston, M. J., & Callinan, S. (2015). Underreporting in alcohol surveys: whose drinking is underestimated? *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 76, 158-164.

Lluberes Fernández, N., & Rosa Oviedo, N. (2022). Relación entre estrés, depresión y consumo de alcohol en jóvenes adultos (Doctoral dissertation, Santo Domingo: Universidad Iberoamericana (UNIBE)).

Lobos-Rivera, M., Chacón-Andrade, E., Gómez-Gómez, N., & Calito-Palacios, R. (2023). Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en una muestra de estudiantes universitarios de nuevo ingreso. *Veritas & Research*, 5(1), 28-37.

Lohr, S. L. (2021). *Sampling: design and analysis*. CRC press

López-González, A. A., Ramírez Manent, J. I., Vicente-Herrero, M. T., García Ruiz, E., Albaldejo Blanco, M., & López Safont, N. (2022, April). Prevalencia de diabetes en población laboral española: influencia de variables sociodemográficas y consumo de tabaco. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 45, No. 1). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.

López-Moreno, M., Garcés-Rimón, M., Miguel, M., & Iglesias López, M. T. (2021). Adherence to Mediterranean Diet, Alcohol Consumption and Emotional Eating in Spanish University Students. *Nutrients*, 13(9), 3174. MDPI AG. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.3390/nu13093174>

Lund, I., Moan, I. S., y Edvardsen, H. (2019). The relative impact of smoking, alcohol use and drug use on general sickness absence among Norwegian employees. *BMC public health*, 19(1), 500. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6891-1>

Mackenbach, J.P., I. Stirbu, A.J. Roskam, M.M. Schaap, G. Menvielle, M. Leinsaly y A.E. Kunst (2008): «Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries», *The New England Journal of Medicine*, 23.

Magalhães, L.S.P., Vernaglia, T.V.C., Souza, F.A.M., Chagas, S.V. & Cruz, M.S. (2018). The drugs phenomenon from the perspective of nursing students: patterns of consumption, attitudes and beliefs. *Esc. Anna Nery*, 22(1), e20170205

Maldonado, P. S., Moreno, E. R., Rico, J. A., & Cortés, T. L. F. (2022). Patrones de consumo de bebidas energéticas y sus efectos adversos en la salud de adolescentes. *Revista española de salud pública*, (96), 28.

Manterola, C.; Zavando D., Cartes-Velasquez, R.; Otzen, T. & Sanhueza, A. Initial validation of a scale to measure methodological quality in prognosis studies. *The MInCir Proposal. Int. J. Morphol.*, 36(2):762-7, 2018.

Marmot, M. (2001). Economic and social determinants of disease. *Bullettin of the World Health Organization*, 79(10), 988-989.

Marmot, M. (2002): «The influence of income on health: views of an epidemiologist», *Health Affairs (Millwood)*, 21(2).

Marmot, M., & Wilkinson, R. G. (2006). *Social determinants of health* (2nd ed.). Oxford, England: Oxford University Press

Martínez Cortés, S. (2023). Impacto de la pandemia de COVID 19 en los consumidores de sustancias ilegales y los servicios de reducción de daños: una revisión bibliográfica.

Martínez García, C., Merchán Clavellino, A., Medina Mesa, Y., & Guil, R. (2018). Estilo de vida, estado de salud y ansiedad en estudiantes de la Universidad de Huelva.

Martínez- Moya R. R., Lorente- Ros, Á., Rajjoub-Al-Mahdi E.A., Zamorano-Gómez J.L., Prevención y tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular. *Medicine* [Internet]. 2021;13(36):2081-8. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541221001657>

Martínez, M. F., Caballero, I. G., de la Cruz, S. P., & Cruz, J. C. (2021). Nivel de ansiedad en estudiantes universitarios. *NURE investigación: Revista Científica de enfermería*, (112), 3.

Mayer J. D., Salovey P., Caruso D. R. (2002). *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT): user's manual*. Toronto, ON: Multi-Health Systems Inc

McKeown T. An interpretation of the modern rise in population in Europe. *Popul Stud.*1972; 26:345–382.

Menshov, V. A., Trofimov, A. V., Zagurskaya, A. V., Berdnikova, N. G., Yablonskaya, O. I., & Platonova, A. G. (2022). Influence of Nicotine from Diverse Delivery Tools on the Autonomic Nervous and Hormonal Systems. *Biomedicines*, 10(1), 121. <https://doi.org/10.3390/biomedicines1001012>.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2017). *Estrategia para la prevención y el control del tabaquismo en España 2017-2021*. Recuperado el 3 de mayo de 2023, de https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/EstrategiaTabaquismo/Estrategia_tabaquismo_2017_2021.htm

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2021). *Plan Nacional sobre Drogas 2017-2024* [Documento de política pública]. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas Recuperado el 28 de abril de 2023 https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategia-Nacional/docs/ESTRATEGIA_ADICCIONES_2017-2024_en_ingles.pdf

Ministerio de Sanidad. (2021). Informe Anual del Sistema Nacional de Salud, 2020-2021. Recuperado de https://www.sanidad.gob.es/InfAnualSNS2020_21

Ministerio de Sanidad (2022). Informes, estudios e investigación 2022. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-21. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022

Miranda-Novoa, M. (2013). Diferencia entre la perspectiva de género y la ideología de género. *Díkaion*, 21(2), 337–356. Recuperado a partir de <https://dikaion.unisabana.edu.co/index.php/dikaion/article/view/274>

Montaño, M. R., Guarín, A. M., Millán, M. A. G., Maldonado, A. V., & Díaz, C. A. G. (2011). Consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Psicogente*, 14(25), 27-35.

Montoya-Castilla, I., & Llorente-Cantarero, F. J. (2021). Estilos de vida saludable en población adulta española. *Nutrición Hospitalaria*, 38(2), 349-356.

Morales-Beltrán, R. A., Hernández-Cruz, G., González-Fimbres, R. A., Rangel-Colmenero, B. R., Zazueta-Beltrán, D. K., & Reynoso-Sánchez, L. F. (2022). La actividad física como moderador en la ansiedad asociada al COVID-19 en estudiantes universitarios (physical activity as a moderator in anxiety associated to COVID-19 in university students). *Retos*, 45, 796-806.

Moreno-Manso, J., García-Baamonde, M. E., Guerrero-Barona, E., Godoy-Merino, M., Blázquez-Alonso, M., & González-Rico, P. (2016). Perceived emotional intelligence and social competence in neglected adolescents. *Journal of Youth Studies*, 19, 821–835.

Mozaffarian D., Hao T., Rimm E. B., Willett W., Hu F. B. (2011). Changes in diet and life style and long-term weight gain in women & men. *N Eng Med J*,364: 2392–240

Müller Torres, K. (2022). Relación entre sueño y rendimiento académico en estudiantes.

Muñoz, B., Henao, S. C., Bolaños, J. O., Melo, L., & Toro, J. S. R. (2022). Actividad física y trastornos del estado de ánimo en estudiantes universitarios. *Revista de Psicología:(Universidad de Antioquía)*, 14(1), 1-14.

Murray K. N., Bugghey H. F., Denes A., Allan S. M. (2013). Systemic Immune Activation Shapes Stroke Outcome. *Mol. Cell. Neurosci.* 53, 14–25. 10.1016/j.mcn.2012.09.004

Narváez, J. H., Obando-Guerrero, L. M., Hernández-Ordoñez, K. M., y De la Cruz-Gordon, E. K. (2021). Bienestar psicológico y estrategias de afrontamiento frente a la COVID-19 en universitarios. *Universidad y Salud*, 23(3), 207-216. <https://doi.org/10.22267/rus.212303.234>

Navarro, V., Borrell, C., Benach, J., Muntaner, C., Quiroga, A., Rodriguez-Sanz, M., et al. (2003). The importance of the political and the social in explaining mortality differentials among the countries of the OECD, 1950-1998. *Int J Health Serv*, 33(3), 419-494

Navarro, V., Muntaner, C., Borrell, C., Benach, J., Quiroga, A., Rodriguez-Sanz, M., et al. (2006). Politics and health outcomes. *Lancet*, 368(9540), 1033-1037

NIDA. ¿Qué efectos tiene la MDMA?. National Institute on Drug Abuse website. <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/abuso-de-la-mdma-extasis/cuales-son-algunos-de-los-efectos-de-la-mdma>. Mayo 27, 2020 Accedido 24 de August del 2023

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2022. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2022.

OMS. (2003). Informe sobre la Salud en el Mundo 2002 - Reducir los Riesgos y Promover una Vida Sana. Ginebra: OMS Retrieved from <http://www.who.int/whr/previous/es>.

OMS (2017b) Enfermedades cardiovasculares. Notas descriptivas. Recuperado el 1 de marzo de 2022 de [https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

Organización Mundial de la Salud. (2018). Promoción de la salud: guía para la implementación nacional de la Declaración de Shanghai. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2021). Prevención del tabaquismo. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

Orr, C., Spechler, P., Cao, Z., Albaugh, M., Chaarani, B., Mackey, S. Garavan, H. (2019). Grey matter volume differences associated with extremely low levels of Cannabis use in adolescence. *The Journal of Neuroscience*, 39(10), 1817–1827. doi: 10.1523/jneurosci.3375-17.2018

Palomäki, S., Hirvensalo, M., Smith, K., Raitakari, O., Männistö, S., Hutri-Kähönen, N., & Tamelin, T. (2018). Does organized sport participation during youth predict healthy habits in adulthood? A 28-year longitudinal study. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 28(8), 1908–1915. <https://doi.org/10.1111/sms.13205>

Parhiala, P., Torppa, M., Vasalampi, K., Eklund, K., Poikkeus, A., & Aro, T. (2018). Profiles of school motivation and emotional well-being among adolescents: Associations with math and reading performance. *Learning and Individual Differences*, 61, 196-204. doi: 10.1016/j.lindif.2017.12.003

Patiño-Palma, B. E., & Apolinar-Joven, L. Y. (2021). Nivel de escolaridad en padres y condición física relacionada con la salud en niños y adolescentes. *Fisioterapia*, 43(2), 68-75.

Pavón-León, P., Sustaeta, P. B., León, M. C. O., Trejo, M. D. C. G., Blázquez-Morales, M. S. L., & García, B. S. (2021). Consumo de drogas emergentes en estudiantes de una universidad pública en México. *Revista de Salud Pública*, 25(1), 73-85.

Peiteado, M. G., Pino-Juste, M., & Abilleira, M. P. (2017). RIED: Revista Iberoamericana de Educación a Distancia, 20(1), 243-260. [Online]. Available from: <http://espacio.uned.es/fez/view/bibliuned:revistaRied-2017-20-1-5060>.

Perales-Montilla, C. M., García-Rodríguez, A., & Sánchez-Miguel, P. A. (2020). Relationship between the use of social networks, physical activity and mental health in adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 8476. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228476>

Pérez de Isla, L., Saltijeral, A., Vitale, G., González, B., Torres, A., & Álvarez-Sala, L. (2012). Prevalencia de colesterol LDL inadecuado en pacientes con enfermedad coronaria y/o diabetes mellitus tipo 2. *Revista Clínica Española*, 212(10), 475-481.

Pinilla, L. M., López, O. J., Moreno, D. A., & Sánchez, J. C. (2020). Prevalencia y Factores de riesgo de ansiedad en estudiantes de Medicina de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas. Un estudio de corte transversal. *Revista Cuarzo*, 26(1), 22-27.

Plan Nacional Sobre Drogas. (2021). Informe 2021: Alcohol, Tabaco y Drogas ilegales en España. Ministerio de sanidad y consumo. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistema-sInformacion/informesEstadisticas/pdf/2021OEDA-INFORME.pdf>

Pomara, C., Cassano, T., D'Errico, S., Bello, S., Romano, A. D., Riezzo, I., & Serviddio, G. (2012). Data available on the extent of cocaine use and dependence biochemistry, pharmacologic effects and global burden of disease of cocaine abusers. *Current Medicinal Chemistry*, 19(33), 2012.

Portero Lazcano, G. (2015). DSM-5. Trastornos por consumo de sustancias. ¿Son problemáticos los nuevos cambios en el ámbito forense? [DSM-5. Substance use disorders. Are the new changes problematic in the forensic field?]. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 21(3-4). Recuperado de https://scielo.isciii.es/pdf/cmfv21n3-4/02_original01.pdf

Power, E., Sabherwal, S., Healy, C., O' Neill, A., Cotter, D., & Cannon, M. (2021). Intelligence quotient decline following frequent or dependent cannabis use in youth: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Medicine*, 51(2), 194-200. doi: 10.1017/S0033291720005036.

Power, R., Schoon, I., & Li, Y. (2019). Cultural and Structural Factors in the Relationship Between Parental Educational Attainment and Sense of Coherence in Adolescents: A Cross-National Study. *Child Development*, 90(4), e457-e472.

Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2003). Psychosocial origins of obesity stigma: toward changing a powerful and pervasive bias. *Obes Rev*, 4(4), 213-227

Puigbó, J.; Edo, S.; Rovira, T.; Limonero, J.; y Fernández-Castro, J. (2019). Influencia de la inteligencia emocional percibida en el afrontamiento del estrés cotidiano. En: *Ansiedad y Estrés*, 25 (2019), pp. 1–6. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-ansiedad-estres-242-avance-resumen-influencia-inteligencia-emocional-percibida-el-S113479371830112X>

Ramiro, P. G., García, R. F., Herrero, E. E., Lou, S. G., Archilla, M. B., & Rosillo, M. P. A. (2023). Trastorno por consumo de cocaína. Artículo monográfico. *Revista Sanitaria de Investigación*, 4(1), 46.

Ramón Arbués, E., Martínez Abadía, B., Granada López, J. M., Echániz Serrano, E., Pellicer García, B., Juárez Vela, R., ... & Sáez Guinoa, M. (2019). Conducta alimentaria y su relación con el estrés, la ansiedad, la depresión y el insomnio en estudiantes universitarios. *Nutrición Hospitalaria*, 36(6), 1339-1345

Ramos-Bermúdez, J. F., Ramos-Calás, M., Pacheco-Pérez, Y., & Díaz-Ramírez, V. S. (2022). Experiencia docente en la enseñanza de Metodología de la Investigación a estudiantes de Medicina, Las Tunas. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 47(3), 3108.

Ramos-Valverde, M. P. (2009). *Estilos de vida y salud en la adolescencia*. Universidad de Sevilla, Sevilla.

Redondo Del Río, M. P., De Mateo Silleras, B., Carreño Enciso, L., Marugán de Miguelsanz, J. M., Fernández McPhee, M., & Camina Martín, M. A. (2016). Ingesta dietética y adherencia a la dieta mediterránea en un grupo de estudiantes universitarios en función de la práctica deportiva. *Nutricion hospitalaria*, 33(5), 583. <https://doi.org/10.20960/nh.583>

Regitz-Zagrosek, V. (2012), "Sex and gender differences in health", *EMBO Reports*, 13(7): 596-603.

Reis, M., Ramiro, L., Gomez-Baya, D., & Gaspar de Matos, M. (2018). The promotion of healthy universities: A systematic review. *CPQ Women and Child Health*, 1(3), 1-15.

Ripoll Perelló, J., Barrés Fernández, P. C., & Pick Martín, J. (2023). Estudio de correlación entre diferentes escalas que miden la dependencia al tabaquismo *Revista de Investigación en Adicciones*, Avance de Publicación, 102581. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102581>

Rivera-Ramirez, L. A., Ramirez-Moreno, E., Valencia-Ortíz, A. I., Ruvalcaba, J. C., & Arias-Rico, J. (2021). Revisión de la composición de las bebidas energizantes y efectos en la salud percibidos por jóvenes consumidores. *Journal of Negative and No Positive Results*, 6(1), 177-188

Robledo Vidal, M. (2023). Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental y en el aumento del consumo de drogas de abuso (revisión bibliográfica).

Rodríguez, A. M. P., Fraga, A. N., Subirá, C. B., Alonso, E. P., Moreno, G. P., Llanes, J. C., & Arenas, M. Á. R. (2022). Determinantes sociales de la salud y vulnerabilidad frente a la COVID-19. *Informe Salud y Género 2022*, 160.

Rojas, A. A. (2020). Factores que afectan el ingreso a la educación superior de los egresados de la I.E. Silvania. *Revista PACA 10*, pp. 51-64

Romá-Ferri, M. T., Arroyo, H. V., & Aguiló Pons, A. (2017). Actas del Congreso Iberoamericano de Universidades Promotoras de la Salud (CIUPS 2017): Promoción de la Salud y Universidad. *Construyendo Entornos Sociales y Educativos Saludables*, Universidad de Alicante (España), 27-29 de junio de 2017.

Rutten, A., Vuillemin, A., Ooijendijk, W. T., Schena, F., Sjostrom, M., Stahl, T., et al. (2003). Physical activity monitoring in Europe. The European Physical Activity Surveillance System (EUPASS) approach and indicator testing. *Public Health Nutr*, 6(4), 377-384

Saban, M., Ernst, G., Recalde, M., Schiavone, M., Curriá, M., & Borsini, E. Relación entre los componentes del síndrome metabólico y la gravedad de la apnea obstructiva del sueño. *EN MEDICINA*, 176.

Saddki, N., Sukerman, N., & Mohamad, D. (2017). Association between Emotional Intelligence and Perceived Stress in Undergraduate Dental Students. *The Malaysian Journal of Medical Sciences*, 24(1), 59-68. doi: 10.21315/mjms2017.24.1.7

Sáez-Almendros, S., Obrador, B., Bach-Faig, A., & Serra-Majem, L. (2013). Environmental footprints of Mediterranean versus Western dietary patterns: beyond the health benefits of the Mediterranean diet. *Environmental Health*, 12, 118. doi: 10.1186/1476-069X-12-118

Sáez-Prado, B., Haya-Fernández, M. C., & Sanz-García, M. T. (2016). Oral health and quality of life in the municipal senior citizen s social clubs for people over 65 of Valencia, Spain. *Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal*, 21(6), e672.

Saiz, M. S., Chacón, R. F., Abejar, M. G., Parra, M. S., Valentín, M. D., & Yubero, S. (2020). Perfil de consumo de drogas en adolescentes. Factores protectores. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 46(1), 33-40.

Salas-Salvadó, J., Bulló, M., Estruch, R., Ros, E., Covas, M. I., Ibarrola-Jurado, N., et al. (2014). Prevention of diabetes with Mediterranean diets: A subgroup analysis of a randomized trial. *Annals of Internal Medicine*, 160, 1-10.

Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., & Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En *Emotion, Disclosure and Health*; Pennebaker, J. W. (Ed.). American Psychological Association: Washington, DC, USA, pp. 125–154

Sánchez A. J., García C. M., Gálvez P., González J. A. Mortality and economic expenses of cardiovascular diseases caused by physical inactivity in Spain. *J Phys Educ Sport*. 2018;18(210):1420-6.

Sánchez, S. (2019). Actividad física y su relación con hábitos de sueño y trastornos de ansiedad y depresión en universitarios españoles. Proyecto UNIHCOs [Tesis de licenciatura, Universidad de Valladolid]. Recuperado de <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/36468>

Sancho J. M. Propiedades psicométricas del test de Fageström con dos preguntas reformuladas [España]: Universidad Miguel Hernández; 2015 [consultado 18 mayo 2023]. Disponible en: <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/3750/1/TD%20Mataix%20Sancho%2c%20Javier.pdf>

Sanmartín, R., González, C., & Vicent, M. (2018). Inteligencia emocional en alumnado de formación profesional. Diferencias en función del curso, del género y de la edad. *Educación*, 54(1), 229-245. doi: 10.5565/rev/educar.797

Santana, A., & Rashel, D. (2023). Manifestaciones Bucales Relacionadas Al Tabaquismo.

Sarrionandia, A. & Garaigordobil, M. (2016). Efectos de un programa de inteligencia emocional en factores socioemocionales y síntomas psicósomáticos. En: *Revista Latinoamericana de Psicología*, 49, p. 110-118. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80551191004>

Sawicki, W.C., Barbosa, D.A., Fram, D. & Belasco, A. (2018). Alcohol consumption, Quality of Life and Brief Intervention among Nursing university students. *Rev. Bras. Enferm*, 71(Supl 1), pp. 505-512

Selzer, M. L., Vinokur, A., & Van Rooijen, L. (1975). A self-administered Short Michigan Alcoholism Screening Test (SMAST). *Journal of Studies on Alcohol*, 36, 117.

Serra Majem, L., & Ortiz Andrellucchi, A. (2020). The Mediterranean diet as an example of food and nutrition sustainability: a multidisciplinary approach. *Public Health Nutrition*, 23(4), 631-638. doi: 10.1017/S1368980019003058

Sespas. Informe sobre la Agencia Estatal de Salud Pública. Escuela de Salud Pública de Menorca, septiembre de 2021. Disponible en: <https://sespas.es/2021/10/07/sespas-hace-publicas-sus-propuestas-para-el-diseno-y-funcionamiento-de-las-futura-agencia-estatal-de-salud-publica>.

Sevil, J., Práxedes, A., Zaragoza, J., del Villar, F., & García-González, L. (2017). Barreras percibidas para la práctica de actividad física en estudiantes universitarios. Diferencias por género y niveles de actividad física. *Universitas Psychologica*, 16(4), 1-15. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-4.bppa>

Sharma, M. K., Suman, L. N., Srivastava, K., Suma, N., & Vishwakarma, A. (2021). Psychometric properties of Fagerström Test of Nicotine Dependence: A systematic review. *Ind Psychiatry J*, 30, 207-216. http://dx.doi.org/10.4103/ipj.ipj_51_21

Sies H, Berndt C, Jones D. Oxidative stress. *Annu Rev Biochem*. 2017:715-48

Silva-Cornejo, M. del C. (2021). Calidad de sueño en estudiantes de la Facultad Ciencias de la Salud en una universidad pública peruana. *Revista Médica Basadrina*, 15(3), 19–25. <https://doi.org/10.33326/26176068.2021.3.1152>

Solar O., Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Geneva: World Health Organization; 2010.

Soto-González M, Da Cuña-Carrera I, Gutiérrez-Nieto M, Barreira-Salgado AI. Nivel educativo de los progenitores como factor mediador del estrés académico. *FEM (Ed impr)*. 2018; 21(1):23-29

Soto-Rodríguez, I. & Zúñiga - Blanco, A. (2021). Depresión, ansiedad y estrés de universitarios en tiempos de COVID-19: Uso de escala DASS-21. *Espíritu Emprendedor TES*, 5(3), 45-61. Recuperado de: <https://doi.org/10.33970/eetes.v5.n3.2021.263>

Stephoe, A., Deaton, A., & Stone, A. A. (2015). Subjective wellbeing, health, and ageing. *The Lancet*, 385(9968), 640–648.

Stevens, J. E., Shireman, E., Steinley, D., Piasecki, T. M., Vinson, D., & Sher, K. J. (2020). Item Responses in Quantity-Frequency Questionnaires: Implications for Data Generalizability. *Assessment*, 27(5), 1029-1044. <https://doi.org/10.1177/1073191119858398>. PMID: 31238706; PMCID: PMC8351754.

Suardiaz-Muro, M., Morante-Ruiz, M., Ortega-Moreno, M., Ruiz, M. A., Martín-Plasencia, P., & Vela-Bueno, A. (2020). Sueño y rendimiento académico en estudiantes universitarios: revisión sistemática. *Revista de neurología*, 43(53), 2-22.

Suarez Villa, M.E., Lastre Amell, G.E., Orostegui, M.A., Gonzalez Ramirez, D.I., Tarriba Nieves, N.P. y Martinez Montañez, M.J. 2023. Factores de riesgo influyentes en consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios en tiempos de covid-19 . *Enfermería Global*. 22, 2 (abr. 2023), 349–381. DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.53784>

Sucasaire Pilco, J. (2022). Orientaciones para la selección y el cálculo del tamaño de la muestra de investigación.

Suleman, Q., Hussain, I., Syed, M. A., Parveen, R., Lodhi, I. S., & Mahmood, Z. (2019). Association between emotional intelligence and academic success among undergraduates: a cross-sectional study in KUST, Pakistan. *PloS one*, 14(7), e0219468.

Swedberg, R. (2018). *Max Weber y la idea de la sociología económica*. Madrid: Alianza Editorial.

Tapasco Ayala, L. D. (2022). Factores subjetivos que influyen en los hábitos de alimentación de los estudiantes universitarios.

Tárraga Marcos, A., Panisello Royo, J. M., Carbayo Herencia, J. A., López Gil, J. F., García Cantó, E., & Tárraga López, P. J. (2021). Valoración de la adherencia a la dieta mediterránea en estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud y su relación con el nivel de actividad física. *Nutrición Hospitalaria*, 38(4), 814-820.

Tárraga Marcos, A., Carbayo Herencia, J. A., Panisello Royo, J. M., Francisco López-Gil, J., Tárraga Marcos, L., & Tárraga López, P. J. (2023). Evolución de la dieta y la actividad física de los estudiantes universitarios tras la pandemia de COVID-19. *Nutrición Hospitalaria* 40(3).

Telama, R., Yang, X., Viikari, J., Valimaki, I., Wanne, O., & Raitakari, O. (2005). Physical activity from childhood to adulthood: a 21-year tracking study. *Am J Prev Med*, 28(3), 267-273

Thun M., Peto R., Boreham J., et al . Stages of the cigarette epidemic on entering its second century. *Tob Control* 2012; 21:96–101.doi:10.1136/tobaccocontrol-2011-050294

Toro-Román, V., Siquier-Coll, J., Bartolomé, I., Figuero-Maynar, M. J., & Maynar-Mariño, M. (2022). Efectos de la ingesta de una bebida energética rica en miel sobre glucosa, insulina, triglicéridos y proteínas totales en jóvenes sanos. *Nutrición Hospitalaria*, 39(5), 1093-1100.

Totosy de Zepetnek, J. O., Makrigiorgos, G. M., & Jadavji, N. M. (2017). Dietary Adherence in University Students. *Current Developments in Nutrition*, 1(10), e000638.

Tsouros, A. D., Dowding, G., Thomson, J. & Dooris, M. (1998). Health Promoting Universities. Concept, Experience and Framework for Action. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen.

Vaccarella, S., Georges, D., Bray, F., Ginsburg, O., Charvat, H., Martikainen, P., et al. (2023). Socioeconomic inequalities in cancer mortality between and within countries in Europe: a population-based study. *The Lancet Regional Health – Europe*, 25, 100551. doi: 10.1016/j.lanepe.2022.100551

Vaez, M., Kristenson, M., Laflamme, L., & Jonsson, D. (2015). Perceived quality of life and self-rated health among first-year students. *Social Indicators Research*, 120(3), 917-927.

Valladares, D. F. A., & Pacheco, C. (2022). Relación del sueño con desarrollo de síndrome metabólico en trabajadores del Cuerpo de Bomberos de la ciudad de Ibarra. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 12(2), 16-23.

Varela-Mato, V., Cancela, J. M., Ayan, C., Martín, V., & Molina, A. (2013). Lifestyle and Health among Spanish University Students: Differences by Gender and Academic Discipline. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(8), 2728-274

Vasefi A., Dehghani M., Mirzaaghapoor M. Emotional intelligence of medical students of Shiraz University of Medical Sciences cross sectional study. *Ann Med Surg (Lond)*. 2018 Jul 10;32:26-31. doi: 10.1016/j.amsu.2018.07.005. PMID: 30034800; PMCID: PMC6052194.

Vela Selma, B. (2022). Cronotipo y factores de estilo de vida en estudiantes de Medicina de la Universitat Jaume I.

Verde Flota, E., Gallardo Hernández, G., Compeán Dardón, S., Tamez González, S., & Ortiz-Hernández, L. (2007). Motivos de elección de carrera en mujeres estudiantes de profesiones de la salud. *Educación médica*, 10(1), 44-51.

Villarosa-Hurlocker, M. C., Madson, M. B. (2020). A latent profile analysis of social anxiety and alcohol use among college students. *Addictive Behaviors*, 104, 106284. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106284>

Vinaccia Alpi, S., Serra Majem, L., Ruano Rodriguez, C., Quintero, M. F., Quiceno, J., Ortega, A., ... & Pacheco, A. C. (2019). Adherencia a la dieta mediterránea en población universitaria colombiana. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*.

Watson, P., & Onie, S. (2023). Images of Australian alcoholic and non-alcoholic beverages: A validation dataset. *Data in Brief*, 47, 108914. ISSN 2352-3409. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S235234092300032X>

Wijesundera, J., Kaul, P., Savu, A., Islam, S., Dover, D. C., Moore, L. E., ... & Ball, G. D. (2023). Original quantitative research—Associations between social determinants of health and weight status in preschool children: a population-based study

World Health Organization. (2019). *European tobacco use: trends report 2019*. Copenhagen: World Health Organisation.

World Health Organization. (2020). *Infection prevention and control guidance - (COVID-19)*. [S. l.]. Recuperado de <https://www.who.int/westernpacific/emergencies/covid-19/technical-guidance/infection-prevention-control>

World Health Organization. (2021). *Promoción de la salud: estilos de vida saludables*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/promoting-health-healthy-lifestyle>

World Health Organization. (2022). *Rebuilding for sustainability and resilience: strengthening the integrated delivery of long-term care in the European Region* (No. WHO/EURO: 2022-5330-45095-64318).

Zulet Fraile P., Lizancos Castro A., Andía Melero V., González Antigüedad C., Monereo Megías S., Calvo Revilla S. Relación de la composición corporal medida por DEXA con el estilo de vida y la satisfacción con la imagen corporal en estudiantes universitarios. *Nutr Hosp* 2019;36(4):919-925 DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.2103>

Zurita F., Moreno Arrebola R., González Valero G., Viciano Garófano V., Martínez Martínez A., Muros Molina J. J. (2018). Conceptual review of the connection between emotional intelligence and physical self-concept. *SPORTK* 7, 139–144. doi: 10.6018/322001

8

ANEXOS

ANEXO 1. TEST DE FAGERSTRÖM

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

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

1.- INFORMACIÓN AL SUJETO DE EXPERIMENTACIÓN.

El proyecto de investigación para el cual le pedimos su participación se titula: “Estilos de vida y salud en adultos jóvenes universitarios.”.

Para que usted pueda participar en este estudio es necesario contar con su consentimiento, y que conozca la información básica necesaria para que dicho consentimiento pueda considerarse verdaderamente informado. Por ello, le ruego que lea detenidamente la siguiente información. Si tuviera alguna duda exprésela, antes de firmar este documento, al investigador principal del proyecto, bien personalmente, bien a través del teléfono o por correo electrónico. Los datos del investigador principal del proyecto aparecen también en el presente documento.

La información básica que debe conocer es la siguiente:

Objetivo del estudio: Descubrir y analizar los hábitos de vida más prevalentes entre los estudiantes universitarios y su posible repercusión en la salud de los mismos.

Metodología a utilizar para el estudio, tipo de colaboración que se espera de usted y duración de dicha colaboración: Se realiza una encuesta personal en la que cada sujeto debe contestar con sus datos personales.

Beneficios que se espera obtener con la investigación: Aportación al conocimiento científico sobre los hábitos de vida de los estudiantes.

Consecuencias de la no participación: No existe ninguna consecuencia de la no participación en el estudio. Ya que la participación es de carácter voluntario.

Posibilidad de retirada en cualquier momento y consecuencias: Usted puede retirarse del proyecto en cualquier momento firmando la revocación del consentimiento que se incluye al final del documento. Su retirada no tendrá ninguna consecuencia negativa para usted, y será aceptada sin problemas por el equipo investigador.

¿Quién ha financiado el estudio?: No existe financiación.

¿Qué institución lo realiza?: Se realiza en la Universitat de València.

Gratuidad por la participación: NO existe compensación económica por la participación.

Previsión de uso posterior de los resultados: Los datos podrán ser utilizados con fines de docencia, investigación y/o publicación científica.

Equipo investigador:

Dra. Carmen Saiz Sánchez

Dra. Patricia Guillem Saiz

Alba Saa Casal

Datos de contacto del investigador principal para aclaraciones o consultas:

Alba Saa Casal

Departamento de Medicina Preventiva

Hospital Clínico de Valencia

680 910 306

El proyecto se realizará siguiendo los criterios éticos internacionales recogidos en la Declaración de Helsinki.

2.- COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD.

a) *Medidas para asegurar el respeto a la vida privada y a la confidencialidad de los datos personales:* Se han adoptado las medidas oportunas para garantizar la completa confidencialidad de los datos personales de los sujetos de experimentación que participen en este estudio, de acuerdo con la Ley De Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) 3/2018, de 5 de diciembre.

b) *Medidas para acceder a la información relevante para usted que surjan de la investigación o de los resultados totales:* Sepa que tiene derecho a acceder a la información generada sobre usted en el estudio. Si considera oportuno, póngase en contacto con la investigadora principal.

c) *Medidas tomadas por tratarse de un estudio anonimizado:* Se ha establecido un sistema de anonimización efectivo que no permite la identificación posterior del sujeto. En ningún caso se juntarán los consentimientos otorgados, donde sí se identifica al sujeto, con los cuestionarios utilizados en el estudio. En el uso que se realice de los resultados del estudio, con fines de docencia, investigación y/o publicación, se respetará siempre la debida anonimización de los datos de carácter personal, de modo que los sujetos de la investigación no resultarán identificados o identificables.

3.- CONSENTIMIENTO.

En el caso de que el sujeto de experimentación sea mayor de edad:

Don/Doña _____,

mayor de edad, titular del DNI : _____, por el presente documento

manifiesto que:

En el caso de que el sujeto de experimentación sea menor de edad o incapaz de obrar:

Don/Doña _____,

mayor de edad, titular del DNI : _____,

padre, madre, tutor legal

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en fecha _____ para participar en el proyecto titulado “_____” y, para que así conste, firmo la presente revocación.

En Valencia, a _____ de _____ de 20____.

<i>Nombre y apellidos del / de la participante:</i>	<i>Nombre y apellidos del padre, madre o tutor (en el caso de menores o incapaces):</i>	<i>Nombre y apellidos del investigador principal:</i>
Firma:	Firma:	Firma:

Notas a tener en cuenta:

- 1) La información será siempre adaptada a las capacidades de comprensión del sujeto de experimentación.
- 2) En el caso de menores debe redactarse la hoja de información con un lenguaje lo más comprensible posible para ellos, con el fin de informarles de su contenido, aunque finalmente tenga que firmar su representante.
- 3) Debe haber un ejemplar de este documento firmado para el sujeto de experimentación o, en caso de menores, para su representante, y otro para el equipo investigador.
- 4) En función del diseño del estudio que se proponga realizar, se podrán incluir aspectos específicos, tanto en el documento de información al paciente como en el documento de consentimiento, para cubrir los aspectos esenciales y propios del mismo.

ANEXO 3. DOCUMENTO DE ACEPTACIÓN POR PARTE DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

El comité Ético de Investigación en Humanos de la Comisión de Ética en Investigación Experimental de la Universitat de València,

CERTIFICA:

Que el Comité d'Ètica d'Investigació en Humans , en la reunió celebrada el día , una vez estudiado el proyecto de tesis doctoral : "*Estilos de vida y salud en adultos jóvenes universitarios* " , con número de registro1035549 .

Cuyo/a responsable es D/Dña.

ALBA SAA CASAL , dirigida por D/Dña. M DEL CARMEN

SAIZ SANCHEZ

ha acordado informar favorablemente el mismo.

Y para que conste, se firma el presente certificado

Av. Blasco Ibáñez, 13 tel: 963864109 vicerec.investigacio@uv.es
València 46010 fax: 963983221 www.uv.es/serinves

Firmado digitalmente por





VNIVERSITAT DE VALÈNCIA