

Estilos de vida y conductas de riesgo de los adolescentes universitarios

María Jesús Durá Ros

E. U. de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid.
Ciudad Universitaria. 28040. Madrid.
duramj@unican.es

Tutor

José Luis Pacheco del Cerro

E. U. de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid.
Ciudad Universitaria. 28040. Madrid.
pacheco@enf.ucm.es

Resumen: El estilo de vida se ha definido como el conjunto de pautas y hábitos de comportamiento cotidianos de una persona y es conocido que algunos se encuentran entre los factores de riesgo más importantes de los principales problemas de salud. Este proyecto de investigación surge al observar que los malos hábitos de vida afectan más precozmente a los jóvenes, siendo las conductas de riesgo principales la instauración y el aumento o disminución de comportamientos relacionados con la condición y actividad física, los hábitos alimentarios, el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, la dedicación y el manejo del tiempo libre, los accidentes, las relaciones sexuales y el autocuidado, entre otros.

Palabras clave: Estilos de vida. Adicciones. Adolescentes-Conducta. Hábitos alimentarios.

Abstract: Lifestyle its defined as a group of attitudes and daily behavioural habits of the person, and it is well known that some of them are between most important risk factors of the main health problems. This project is based in the fact that inappropriate behavioural habits are common in early stages of life and particularly risky attitudes as those related with physical activity, nutrition, drugs abuse (alcohol, tobacco, others...), accidents, sexual relations and self care are frequent between teenagers.

Keywords: Life styles. Addictions. Adolescents Behavior.

INTRODUCCIÓN

El estilo de vida se ha definido como el conjunto de pautas y hábitos de comportamiento cotidianos de una persona⁽¹⁾ y como aquellos patrones de conducta

individuales que demuestran cierta consistencia en el tiempo, bajo condiciones más o menos constantes, que pueden constituirse en favorecedoras de riesgo o de seguridad dependiendo de su naturaleza. Aunque lógicamente sería difícil encontrar conductas humanas que no tuvieran algún tipo de influencia sobre la salud y el bienestar, existe una serie de estados de conducta que se encuentran entre los factores de riesgo más importantes de los principales problemas de salud en la actualidad tales como la instauración y el aumento o disminución de comportamientos relacionados con la condición y actividad física, los hábitos alimenticios, el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, la dedicación y el manejo del tiempo libre, los accidentes, las relaciones sexuales y el autocuidado, entre otros⁽²⁾.

La población juvenil ha tenido y tiene, unas características peculiares que conlleva a diferentes problemas de todo tipo, lo que hace de esta época de la vida un periodo extremadamente sensible, trascendente y de consecuencias definitivas para el futuro de los individuos. Es una época de cambios muy acentuados tanto orgánica como psicológicamente, con adopción de hábitos propios y adquisición rápida de nuevos conocimientos⁽³⁾. La aceptación del riesgo en la adolescencia responde a un deseo de independencia y autonomía; la atracción de lo desconocido, de lo prohibido o rechazado por el mundo adulto empuja a experimentar conductas de riesgo; le ofrece la ocasión de desafiar y de comprobar su dominio sobre su cuerpo y sobre los demás⁽⁴⁾.

Específicamente, los estilos de vida saludables incluyen conductas de salud, patrones de conducta, creencias, conocimientos, hábitos y acciones de las personas para mantener, restablecer o mejorar su salud. Son producto de condicionantes personales, ambientales y sociales, que emergen no sólo del presente, sino también de la historia personal del sujeto. Se refieren a formas cotidianas de vivir que se aplican para las distintas esferas o áreas de funcionamiento del campo vital de una persona, satisfaciendo adecuadamente las propias necesidades y optimizando su calidad de vida.

La educación para la salud no puede olvidar la importancia que tiene el factor cognitivo como determinante o predisponente de cambios de conducta. Aunque el conocimiento de algo, por si solo, no es un condicionamiento de cambio conductual, si se ha demostrado que cierta cantidad de información es necesaria para iniciar el proceso hacia un cambio de comportamiento. Las intervenciones preventivas que intentan controlar y evitar conductas de riesgo resultan mejores si consideran el componente cognitivo⁽²⁾.

HÁBITOS ALIMENTARIOS

El estilo de vida de determinados grupos de población, especialmente de los jóvenes, puede conducir a hábitos alimentarios y modelos dietéticos y de actividad

física que se comporten como factores de riesgo en las enfermedades crónicas. La publicidad engañosa, los regímenes de adelgazamiento mal programados para conseguir un canon de belleza establecido, los horarios irregulares de las comidas, la compra y preparación de los alimentos, que en muchos casos pasan a ser ellos los encargados, etc., pueden convertirse en factores de riesgo nutricional. Todo ello, convierte a este grupo de población en un grupo especialmente vulnerable desde el punto de vista nutricional.

El estudio AVENA⁽⁵⁾ (Alimentación y Valoración del Estado Nutricional de los Adolescentes españoles), desarrollado entre los años 2003 y 2006 en nuestro país, ha aportado valiosa información para identificar problemas de alimentación y estilo de vida de los adolescentes españoles, así como para detectar deficiencias en su situación nutricional. Se observa una alarmante prevalencia de sobrepeso y obesidad, acompañada de bajos niveles de actividad y condición física y un estado metabólico y de inflamación crónica de bajo grado, altamente implicados en el inicio y desarrollo de las enfermedades cardiovasculares que pueden padecer en un futuro. Concluye el estudio afirmando que es necesario invertir en investigación para diseñar programas de actuación que prevengan la obesidad, actuando sobre los malos hábitos alimentarios y la inactividad física, además de otros tipos de intervención que modifiquen los hábitos perjudiciales de los jóvenes que ya tienen sobrepeso.

«Los adolescentes de hoy, son la sociedad de mañana. Es nuestra responsabilidad prevenir que se conviertan en víctimas de enfermedades crónicas» (Wärnberg 2006). Si no cuidamos hoy nuestra próxima generación, mañana tendremos un desastre social y económico.

HÁBITOS TÓXICOS

La Organización Mundial de la Salud señalaba recientemente que alrededor de 600.000 europeos murieron por causas relacionadas con el consumo de alcohol, representando el 6.3 % de todas las muertes prematuras de la unión. Igualmente, más de 63.000 de estas muertes fueron de adolescentes y jóvenes, en edades comprendidas entre los 15 y los 29 años⁽⁶⁾.

El consumo de tabaco, alcohol y otras drogas constituyen un problema prioritario de salud pública en los países desarrollados, ya que comporta niveles altos de morbi-mortalidad prevenibles⁽⁷⁾. La última encuesta del Plan Nacional sobre drogas (2005) destaca que:

- El alcohol y el tabaco son la primera y segunda sustancia psicoactiva más consumida, con un 82% y 60,4% respectivamente de adolescentes que las han probado.

- Los consumos de tabaco y alcohol son los que tienen una mayor continuidad y fidelización.
- El consumo de alcohol se concentra exclusivamente en fin de semana.
- El patrón de consumo de alcohol abusivo entre los adolescentes ha aumentado; la prevalencia de borracheras pasó del 20.7% en 1994 a 34,8% en 2004.
- Las chicas consumen drogas legales con más frecuencia pero en menor cuantía que los chicos.
- El tabaco tiene presencia importante entre los estudiantes, siendo fumadores diarios el 21.5% de los estudiantes.
- Existe una acentuación de las diferencias de sexo respecto a la tasa de consumo de tabaco, siendo superior en las chicas⁽⁸⁾.

La naturaleza multicausal del uso y abuso de drogas en la adolescencia justifica que las intervenciones preventivas se dirijan principalmente a la modificación de los factores de riesgo y protección⁽⁹⁾. El interés despertado en la última década sobre la prevención de las drogodependencias nos da a conocer con mayor profundidad las características de las variables de riesgo y protección; la relación entre sí y el peso que tendrán en determinadas condiciones sociales, familiares y personales⁽⁷⁾.

Los modos y actitudes seguidas en el consumo por los adolescentes están relacionadas fuertemente con su personalidad pero podrían generalizarse algunas, tales como: la grupalidad (el entorno de amigos influye positiva o negativamente, las pandillas actuales son más abiertas, flexibles e informales, esto permite a los jóvenes aguantar más tiempo en el grupo, el marco en el que se produce el mayor consumo), la experimentación (el grupo ofrece la suficiente seguridad para que el joven pueda probarse a si mismo, arriesgarse para conocer y ampliar los límites, lo que contribuye a la intensidad de la ingesta), la simetría (la cantidad que consume un adolescente parece depender de la cantidad que ingieran los compañeros, por lo que la voluntad de control se supedita a la presión del grupo)⁽⁴⁾.

En un estudio sobre las consecuencias personales y sociales del consumo de drogas en la adolescencia⁽¹⁰⁾ concluyeron que el consumo de estas sustancias disminuye la motivación, interfiere en los procesos cognitivos, contribuye a la aparición de desórdenes mentales e incrementa el riesgo de daño o muerte accidental. Igualmente, desde el punto de vista económico, el consumo de drogas puede conllevar una pérdida significativa de capital humano en la edad adulta y, en consecuencia, reduce la posibilidad de mayores salarios y rentas.

SATISFACCIÓN Y CALIDAD DE VIDA

Se ha señalado que un indicador de calidad de vida de una sociedad es el grado de felicidad y de satisfacción con la vida que los ciudadanos de esa sociedad experimentan o refieren⁽¹¹⁾. Según Reig y cols⁽¹²⁾ la gran mayoría de los estudiantes universitarios es consciente de la importancia de la salud como un recurso necesario para una vida de cantidad y calidad. Los estudiantes presentan un perfil caracterizado por un gran potencial de salud, si bien aparecen ciertos posibles riesgos como el consumo de tabaco, alcohol, grado de sedentarismo y problemas asociados con el control inadecuado del estrés.

En el estudio realizado por la Fundación BBVA sobre los universitarios españoles en 2006 señala que estos jóvenes muestran un alto interés por asuntos de ecología, temas internacionales y de ciencia y tecnología principalmente. Los datos también apuntan a la pervivencia de la familia como referente esencial en sus vidas y como aspiración. Del mismo modo, los amigos constituyen un grupo claro de apoyo. La gran mayoría de los encuestados desea formar una pareja estable y tener hijos; el matrimonio (civil o religioso) es una opción preferente entre todas las vías posibles; sin embargo pierde cierta relevancia como institución y muchos de ellos no creen que para ser feliz sea necesario casarse. En la mayoría de los estudiantes se impone la idea de que los riesgos de la sociedad actual han aumentado si se compara con los existentes hace 50 años (terrorismo, crisis medioambiental, catástrofes naturales, etc.). Aunque la mayoría señala el paro como principal problema, consideran más urgente que el Gobierno y Congreso aborden cuestiones como la vivienda y la inmigración⁽¹³⁾.

En su tiempo libre, nueve de cada diez salen de copas o a cenar semanalmente y siete de cada diez van al cine. En lo que concierne a otros eventos artísticos o culturales, la mayoría ha ido a un concierto de música pop o rock y a una exposición o museo en el último año. Sin embargo, las obras de teatro, los musicales o los conciertos de música clásica atraen a un porcentaje menor de estudiantes. En relación con la lectura el estudio muestra que mientras el 13% de los estudiantes no ha leído ningún libro en los últimos 12 meses, entre los lectores, la media alcanza los 7 libros al año. Los datos muestran un nivel de lectura entre los universitarios claramente superior al de la población general. Ver televisión es la actividad más frecuente, después de dormir y permanencia en el centro de estudio, de los adolescentes.

El uso de los medios de comunicación entre los jóvenes ha aumentado considerablemente, también ha aumentado la oferta televisiva, pero para algunos investigadores los medios de comunicación pueden ser una fuente simbólica de uso para crear sentido a partir de ellos, pues ofrecen un material amplio para la experimentación y como alternativas sociales⁽¹⁴⁾. Se puede decir, a consecuencia de la gran demanda y la gran tensión emocional que manifiestan los adolescentes, que la televisión y los medios en general son un recurso de gran importancia para encauzar esas exigencias. La relación del joven con la televisión tiene lugar en el marco de las

relaciones sociales, en una cadena de espacios socio-ecológicos: se ve en casa, solo o con familia, con amigos, en sitios públicos, pero también se habla de ella, sirviendo como base de relación o pretexto de comunicación personal.

La actividad física pasa a ser considerada como un componente importante dentro de un estilo de vida saludable, ya que la realización de ejercicio físico sistemático y de cierta intensidad constituye un factor de protección de la salud y de prevención de diferentes trastornos de la misma, por los importantes beneficios tanto fisiológicos y psicológicos asociados. En este sentido, en España, el 37% de la población adulta comprendida entre los 15 y 75 años practica algún tipo de actividad física, siendo más activos los hombres que las mujeres; mientras que el 63% restante no practica actividad física alguna⁽¹⁵⁾. La actividad física de los adolescentes españoles es peor que la de otros países y se estima que 1 de cada 5 adolescentes españoles posee un nivel de condición física indicativo de riesgo cardiovascular futuro⁽¹⁶⁾.

A nivel psicológico, diversos autores como Moya-Albiol y Salvador⁽¹⁷⁾ o Ascí⁽¹⁸⁾ analizan los beneficios psicológicos de la actividad física tanto en la prevención de trastornos mentales, como en tratamientos de ansiedad y estrés. Por otra parte, la percepción de habilidad motriz y de la apariencia física proporciona mayor autoestima y mayor independencia. En esta línea, Mendoza Laiz⁽¹⁹⁾ plantea que las personas que tienen más posibilidades de caer en algún tipo de drogodependencia suelen tener una baja autoestima, falta de autonomía, falta de responsabilidad, dificultad para manejar la ansiedad, escaso sentido crítico y dificultad para tomar decisiones. A nivel social, se considera el deporte como un excelente medio de integración social⁽²⁰⁾. La práctica de actividad físico deportiva puede aportar valores sociales como respeto, cooperación, trabajo en equipo, compañerismo, responsabilidad, entre otros; y valores personales como creatividad disciplina, salud, sacrificio y humildad⁽²¹⁾.

RIESGO DE LESIONES

El Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por los accidentes de tráfico emitido por la OMS en 2004, comunica que la tasa de mortalidad causada por el tránsito era de 27,6 por 100.000 hombres y 10,4 por 100.000 mujeres en el año 2002. Cada día mueren en el mundo más de 3.000 personas por lesiones resultantes de accidentes de tráfico; El 73% de los fallecimientos y el 70% de todos los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) perdidos por lesiones causadas por el tráfico correspondían a varones y, más de la mitad de esas defunciones se produjeron en personas de 15 a 44 años. A este grupo de edad le correspondió aproximadamente el 60% de todas las discapacidades. En los países de ingresos altos, las mayores tasas de mortalidad por 100 000 habitantes se registraron en el grupo de 15 a 29 años, mientras que en los de ingresos bajos y medianos correspondieron a las personas de 60 años y más⁽²¹⁾.

La Comisión Europea en junio de 2006, elaboró un documento de consenso relativo a la prevención de lesiones y promoción de la seguridad; considerando que unos 235.000 ciudadanos de la UE mueren cada año como consecuencia de un accidente o de un acto de violencia; que las lesiones ocupan el cuarto lugar de las causas de muerte en los Estados miembros; que los accidentes son la principal causa de muerte en el caso de niños, adolescentes y jóvenes, y, la principal causa de discapacidad crónica entre los jóvenes, lo que ocasiona una importante disminución de la esperanza de vida con buena salud; recomienda la elaboración de un sistema nacional de vigilancia y notificación de lesiones que evalúe los riesgos de lesiones y los efectos de las medidas de prevención y, la necesidad de introducir nuevas iniciativas de seguridad en estos sectores de la población⁽²²⁾.

HÁBITOS SEXUALES

Los universitarios consideran tener conocimientos suficientes sobre sexualidad y anticoncepción, estando sus fuentes de información relacionadas con su entorno social y educativo y con menor importancia el personal sanitario y los padres⁽²²⁾. La edad de inicio de las relaciones sexuales coitales oscila entre 18 ± 2 años (17.8 años). Las prácticas sexuales más frecuentes son el coito vaginal y el sexo oral. Mayoritariamente utilizan método anticonceptivo, siendo el más conocido y usado el preservativo, aunque cerca del 30% utiliza la píldora poscoital. Los varones inician antes relación sexual y tienen mayor número de parejas que las mujeres. El porcentaje de mujeres que necesitan estar enamoradas para mantener relaciones sexuales fue mayor que en los varones. Los varones mantienen relaciones sexuales bajo el efecto de drogas en mayor porcentaje que las mujeres.

Diferentes investigaciones^(23,24) han puesto de manifiesto la necesidad de realizar programas formativos que aborden no sólo la problemática del SIDA entre los jóvenes sino las relaciones interpersonales y sexuales en toda su amplitud, incluyendo el contagio de VIH como una de las consecuencias negativas del desconocimiento o las actitudes negativas hacia la sexualidad.

Algunos de estos estudios demuestran que la mitad de las conductas heterosexuales de los jóvenes sexualmente activos fueron adecuadas para protegerse frente al SIDA, otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) y embarazos no deseados (usar siempre preservativo); un tercio de las conductas únicamente eran útiles para evitar embarazos (píldora anticonceptiva) y las restantes (usar ocasionalmente el preservativo o el coitus interruptus) les pusieron en riesgo frente a los tres problemas. Además, conforme se eleva la edad o el número de parejas de los estudiantes, es más frecuente el uso de píldoras anticonceptivas y menos probable el empleo de preservativo. Estos resultados sugieren que los estudiantes sexualmente activos están más interesados en la prevención de los embarazos no deseados que en evitar infectarse con el SIDA u otras ETS.

El proyecto europeo “Apollo” incluye en uno de sus paquetes de trabajo la necesidad de detectar los obstáculos para la aplicación de mejores prácticas y políticas eficientes para la prevención de comportamientos de riesgo. Es necesario por tanto, centrar nuestro estudio en conocer al colectivo de jóvenes entre el que nos movemos, para ello se ha elaborado un cuestionario, con el que se pretende realizar un análisis riguroso y detallado de las conductas de riesgo descritas y detectar cuáles son susceptibles de ser modificadas mediante programas de prevención.

Hipótesis

Los comportamientos o conductas de riesgo en adolescentes, no suelen ser aislados, suelen asociarse y ser multicausales.

Objetivo general

Identificar el estilo de vida de los jóvenes universitarios y su relación con las conductas de riesgo o de protección y detectar las actitudes preventivas.

Objetivos específicos

Detectar los conocimientos y la actitud de los adolescentes universitarios en algunos aspectos del estilo de vida:

- Actividad física y deporte y hábitos sedentarios.
- Autocuidado y problemas de salud.
- Hábitos alimentarios.
- Consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y otras drogas.
- Medidas de seguridad vial.
- Relaciones sexuales.

Definir los comportamientos de riesgo más frecuentes que practican los universitarios y los motivos principales que los desencadenan.

Describir las actitudes de los universitarios que desarrollan hábitos saludables en el contexto físico y social donde tienen lugar.

Evaluar la posible relación entre los estilos de vida asociados a las conductas de riesgo.

METODOLOGÍA Y PLAN DE TRABAJO

Diseño del estudio

El presente estudio es de tipo descriptivo observacional de corte transversal, realizado a través de un cuestionario autoadministrado, respondido de forma voluntaria y anónima.

Ámbito y población de estudio

Se plantea realizar un estudio en el ámbito de la población de alumnos de la Universidad de Navarra (pregrado, posgrado y doctorado) que supone un universo de unos 15.000 alumnos durante el curso 2008-09 y que será la muestra obtenida.

Instrumento de medida y variables a utilizar

Mediante un cuestionario se realizará un estudio de la calidad y del estado de salud de los estudiantes universitarios. Como se ha mencionado en la introducción, este estudio es parcialmente constitutivo de otro proyecto de mayor cobertura (APOLLO) en el que participan varias universidades europeas. Está liderado por la Dra. Eleni Petridou, profesora de la Universidad de Atenas (Grecia) y contextualizado en el Grupo de Trabajo (WP3) coordinado por la Dra. María Seguí, profesora de la Universidad de Navarra (España). Sin embargo este estudio tiene objetivos y metodología propios, además de cubrir los del proyecto macro, basados y adaptados a nuestro propio contexto. Por tanto el cuestionario que se está elaborando y se utilizará, aunque basado en las recomendaciones generales del proyecto europeo, está experimentando sustanciales modificaciones.

En el aspecto formal el cuestionario consta de alrededor de 180 preguntas, siendo la mayoría de respuesta cerrada, con escalas de respuesta variada: intensidad, frecuencia, grado de acuerdo, verificación, etc. Con formato de respuesta abierta se formulan solo 10 cuestiones.

Las **variables independientes**, estudiadas en el cuestionario, tienen relación con [Cuestiones sociodemográficas y físicas](#):

- Estudios universitarios.
- Curso matriculado.
- Edad.
- Sexo.
- Altura y peso.
- Estado civil del alumno y de sus padres.
- Número de hijos.
- Lugar y tipo de residencia.
- Situación económica.

- Estructura familiar.
- Nivel de estudios y ocupación laboral de los padres.
- Hábitos tóxicos de los padres.

Las **variables dependientes** más relevantes a estudio son:

- Tiempo de ocio.
- Realización de actividad física.
- Hábitos alimentarios.
- Autoimagen percibida.
- Alteraciones en el peso.
- Utilización del casco.
- Utilización del cinturón de seguridad.
- Uso de móvil durante la conducción.
- Autoestima.
- Maltrato en la universidad.
- Nivel de estrés.
- Hábito de fumar.
- Frecuencia de borracheras.
- Consumo de alcohol.
- Consumo de drogas.
- Padecimiento de enfermedad.
- Incidencia de accidentes.
- Relaciones personales con la universidad.
- Relaciones personales con amigos.
- Relaciones personales con los padres.
- Rendimiento académico.
- Relaciones sexuales.
- Métodos anticonceptivos utilizados.

Descripción del cuestionario

Los diferentes ítems del cuestionario se han agrupado en los siguientes apartados:

- A) **Cuestiones sociodemográficas y físicas:** edad, género, altura, peso, estado civil, hijos, lugar y tipo de residencia, situación económica, estructura familiar, nivel de estudios y ocupación laboral de los padres, etc.
- B) **Estudios.** Se examinan aquí cuestiones relacionadas con el tipo de estudios que se cursan, nivel de exigencia percibido, tiempo dedicado a actividades de aprendizaje, rendimiento subjetivo y objetivo, satisfacción con los estudios, nivel de estrés experimentado, etc.

- C) **Uso y valoración de recursos universitarios.** Se indica la frecuencia del uso y la valoración en relación a diversos aspectos universitarios: actividades deportivas, servicios de alumnado, servicios generales. Asimismo, se pregunta por una valoración subjetiva acerca de la calidad de las clases, la atención y el trato por parte del profesorado y de los compañeros (algunos ítems relacionados con el maltrato), y la valoración global de la Universidad.
- D) **Cuestiones generales sobre salud.** Son una serie de preguntas genéricas sobre salud (estado de salud, cuidado de la salud, días de enfermedad, etc.), incluyéndose cuestiones sobre hábitos sedentarios.
- E) **Actividad física.** Comprende cuestiones sobre prácticas de ejercicio físico y deporte, principales motivos para la práctica deportiva, tiempo de dedicación, deporte preferido, etc.
- F) **Molestias psicósomáticas y somáticas.** Son preguntas con un listado de molestias físicas y psicósomáticas, y otro de enfermedades. Se incluyen también preguntas sobre uso y valoración de servicios médicos, tipo de seguro de salud, etc.
- G) **Satisfacción con la vida.** A través de varias cuestiones se analiza qué valoración le da el alumno a su tipo de vida, qué aspectos desearía cambiar o mantener, qué percepción o planes tiene para su futuro, en relación con su pareja, trabajo, amigos y vida en general, a las que se contesta con una de las cinco posibles alternativas de respuesta desde muy de acuerdo a muy en desacuerdo.
- H) **Calidad de vida relacionada** con la estructura de su hogar, acceso a vehículo propio, disponibilidad de ordenador, disfrute de vacaciones, apoyo social, etc.
- I) **Hábitos nutricionales y salud bucal.** Consta de siete preguntas sobre percepción del cuerpo, hábitos alimenticios, frecuencia de alimentos, autoimagen corporal, estrategias llevadas a cabo para perder peso, e higiene bucal.
- J) **Hábitos de riesgo y comportamientos relacionados con la salud.** Es el apartado a destacar del cuestionario. En él se indaga sobre el consumo de sustancias adictivas: café, bebidas alcohólicas, comportamiento de fumar, consumo de otros tipos de drogas, etc. Se estudia el inicio, la frecuencia, las razones a favor y en contra de estos hábitos. Abarca también la incidencia de accidentes: medidas de seguridad vial (cinturones de seguridad, casco, móvil, alcoholemia). Se analizan el tipo de accidente, las lesiones producidas, origen, lugar, actividades que lo desencadenaron, tratamientos administrados, uso debido o indebido de las medidas de prevención y seguridad personal.
- K) **Sexualidad y comportamiento sexual.** En este apartado del cuestionario se analiza el conocimiento sobre temas de sexualidad, el comportamiento sexual

del alumnado, prácticas de riesgo o seguridad sexual, y enfermedades de transmisión sexual.

Metodología de la encuesta

Para lograr una adecuada participación, además de una elaboración meticulosa de los contenidos del cuestionario, se utilizarán los canales informativos de la propia universidad (web, mail, tableros, representantes de los alumnos, etc.) para informar a los alumnos de las características de la encuesta, relevancia del estudio y de la importancia de las respuestas.

El cuestionario llegará a los alumnos vía mail con una carta de presentación, explicando las características y la importancia del estudio y garantizando la absoluta confidencialidad de los datos; el control de acceso a la información será encriptado, la respuesta será voluntaria, y a continuación se reenviará a través de la web de la universidad.

Se contempla la gratificación a los alumnos que colaboren: como incentivo se realizará un sorteo de 10 cheques regalo, entre los alumnos participantes, con un valor económico de 100 € cada uno.

El cuestionario final es el resultante de una parte elaborada y validada por el grupo WP3, liderado por Eleni Petridou, basado en las recomendaciones generales del proyecto y de otra añadida por un panel de expertos de diversas áreas de la Universidad de Navarra (se añadieron los apartados relacionados con los accidentes, hábitos alimentarios, y otros ítems relevantes para el estudio).

Análisis de los datos

Los datos se analizarán con el programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS 15.0), mediante una base de datos creada a tal efecto.

El análisis de datos se fundamentará en la estadística descriptiva, y, según las escalas de las variables se utilizarán medidas de tendencia central y dispersión (media, mediana, desviación estándar (DE) y rangos intercuartílicos) para las cuantitativas. Para analizar las variables cualitativas se realizarán tablas de distribución de frecuencias, representando por gráficas las variables estudiadas.

Se utilizarán pruebas de contraste de hipótesis (*t de Student* y Chi cuadrado, etc.) para comparar el comportamiento de las variables. Se realizará análisis univariado para las variables cualitativas, utilizando para el contraste de la hipótesis, las tablas de contingencia, el test de chi cuadrado y el cálculo de las odds ratio para un intervalo de confianza del 95%. Las variables cuantitativas se tratarán con el cálculo de la *t de Student* o ANOVA y la correlación de variables con el coeficiente *r* de Pearson. Se estratificarán los resultados por edad y sexo.

Para ajustar factores de confusión, se realizará análisis multivariado. Se construirán modelos que dependan del tipo de variable que se pretenda explicar (logísticos para cualitativas y lineales para cuantitativas).

Se rechaza la hipótesis nula con un nivel de significación estadística de $p < 0.05$.

Se utilizará el análisis de contenido para categorizar las respuestas a las preguntas de formato abierto.

Consideraciones éticas

No se utilizará consentimiento al ser una prueba escrita, el alumno que responda a la encuesta se entiende que asiente.

En la carta de presentación de la encuesta se explicarán los objetivos y procedimientos del estudio y se asegurará la confidencialidad de los datos.

Se establecerá un control de acceso a al cuestionario a través de la web; solo podrán acceder los alumnos con su clave de identificación personal.

La encuesta pasará, previamente a su difusión, el comité de ética de la universidad y el visto bueno del vicerrector de investigación.

En la base de datos no se incluirá información que pueda identificar directa o indirectamente a los participantes en el estudio. Con ello, se respetarán las normas internacionales de protección de datos, así como la legislación española vigente (BOE 298 de 14/12/99).

Limitaciones del estudio

- La falta de secuencia temporal, propia del diseño transversal, dificulta la interpretación de una posible relación causa-efecto. Sin embargo, pueden originar hipótesis que pueden ser útiles en la planificación de futuros estudios.
- La influencia de los factores de confusión se controlará en el análisis, mediante la creación de modelos multivariantes.
- Por tratarse de un estudio transversal, debemos tener en cuenta diversos tipos de sesgos que pueden condicionar la validez interna del estudio:
 - ✓ El sesgo de selección dependerá del porcentaje de respuesta. Pueden producirse sesgos porque contesten más a la encuesta los alumnos que tengan hábitos más saludables, por estar menos condicionados, lo cual conduciría a sobreestimar los estilos de vida más saludables. Si responden más del 75% del alumnado el sesgo será poco probable.

- ✓ Sesgo de mala clasificación: puede producirse este sesgo al no existir criterio de verdad. Por ejemplo podemos encontrar parámetros que nos orienten acerca del consumo más o menos reciente de alcohol pero no indican si es verdad o no la historia de consumo narrada por el individuo o la intensidad del hábito.

Cronograma

- Abril de 2008. Elaboración de la encuesta. Traducción, corrección y ampliación del cuestionario enviado por el grupo griego.
- Mayo 2008. Obtención de permisos de los comités de ética y de la comisión de investigación de la UNAV.
- Mayo-Junio 2008. Tratamiento informático de la encuesta y creación de base de datos.
- Octubre 2008. Distribución y recogida de la encuesta.
- Diciembre 2008. Análisis de los datos. Envío resultados a Eleni Petrucci (coordinadora del proyecto Apollo).
- Febrero 2009. Publicación de los resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez J. Psicología social de la salud. Madrid: Síntesis; 1995.
2. Arrivillaga M, Salazar IC, Correa D. Creencias sobre la salud y la relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. Colomb Med. 2003; 34:186-195.
3. García Alcaráz F, Alfaro Espin, A. Sexualidad y anticoncepción en jóvenes universitarios de Albacete. Monografía en Internet (citado 13 mayo 2008). Disponible en:
www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/sexualidad_y_anticoncepcion.htm
4. Robledo T, García I, Rubio J, Espiga I. Los jóvenes españoles y el alcohol. Papeles del psicólogo. Junio 1996; 65.
5. González-Gross M, Castillo MJ, Moreno L, Nova E, González Lamuño F, Pérez-Llamas F, et al . Alimentación y valoración del estado nutricional en adolescentes

- españoles (Estudio AVENA). Evaluación de riesgos y propuestas de intervención. I. Descripción metodológica del proyecto. *Nutr Hosp.* 2003; 18:15-28.
6. WORLD HEALTH ORGANIZATION Alcohol policy in the WHO European Region: current status and the way forward, Fact sheet EURO/10/05, Copenhagen; 2005.
 7. Martínez JM, Trujillo HM, Robles L. Factores de riesgo, protección y representaciones sociales sobre el consumo de drogas: implicaciones para la prevención. XI Premios Andaluces de investigación en materia de drogodependencias y adicciones 2006. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social; 2006.
 8. Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 2005. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2006.
 9. Inglés CJ, Delgado B, Bautista R, Torregrosa MS, Espadas JP, García-Fernández JM, et al. Factores psicosociales relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *International J Clin Health Psychol.* 2007; 7(2):403-420.
 10. Escario JJ, Duarte R, Molina JA. Los amigos en las conductas de riesgo de los adolescentes aragoneses. Zaragoza: Fundación Economía Aragonesa (FUNDEAR); 2007 (Documento de trabajo 38/2007).
 11. Diener E, Lucas R. Explaining differences in societal levels of happiness: Relative standards, need fulfillment, culture, and evaluation theory. *J Happiness Studies* 2005; 1:41-78.
 12. Reig A, Cabrero J, Ferrer RI, Richart M. La calidad y el estado de salud de los estudiantes universitarios. Alicante: Universidad de Alicante; 2001.
 13. Fundación BBVA, Unidad de Estudios Sociales y de Opinión Pública. Estudio sobre los Universitarios españoles; 2006.
 14. Pindado J. Adolescentes y televisión: la pantalla "amiga". *Comunicar.* 1996; 6:22-28.
 15. Pavón A, Moreno J. Características de la práctica físico-deportiva en estudiantes universitarios. *Conexoes.* 2006; 4(1):125-151.
 16. Ortega F, Ruiz J, Castillo M, Moreno L, González-Gross M, Wärnberg, et al. Bajo nivel de forma física en los adolescentes españoles. Importancia para la salud cardiovascular futura (Estudio AVENA). *Rev. Esp. Cardiol.* 2005; 58(8):898-909.

17. Moyá-Alviol L, Salvador A. Efectos del ejercicio físico agudo sobre la respuesta psicofisiológica al estrés. Papel modulador de la condición física. *Rev Psicología del deporte*. 2001; 10(1):35-48.
18. Asci F.H. The effects of physical fitness training on trait anxiety and physical self-concept of female university students. *Psychology of sport and exercise*. 2003; 4(3):255-264.
19. Mendoza Laiz, N. Planteamiento práctico, desde las clases de educación física, ante la problemática del alcohol. *Sportquest [revista digital]*. 2000; 5:21.
20. Torralba MA. El deporte como medio de inclusión social. En Jiménez FJ, Sáenz-López P, Díaz M, editores. *Educación a través del deporte* Huelva: Universidad de Huelva; 2005. P.33-46.
21. Castillo E, Sáenz-López P. Hábitos relacionados con la práctica de actividad física de las alumnas de la Universidad de Huelva a través de historias de vida. *Profesorado: revista de currículo y formación del profesorado*. 2007; 11(2).
22. Santín C, Torrico E, López MJ, Revilla C. Conocimiento y utilización de los métodos anticonceptivos y su relación con la prevención de enfermedades de transmisión sexual en jóvenes. *Anales de Psicología*. 2003; 19(1):81-90.
23. Oliva A, Serra L y Vallejo R. Patrones de comportamiento sexual y contraceptivo en la adolescencia. *Infancia y Aprendizaje*. 1997; 77:19-34.
24. Barbera E, Navarro E. La construcción de la sexualidad en la adolescencia. *Revista de Psicología Social Aplicada*. 2000; 15(1):63-75.

Recibido: 26 febrero 2010.

Aceptado: 23 abril 2010.