

Adaptación del Cuestionario de estilos de vida en jóvenes universitarios CEVJU-RII

Autora

Camila Andrea Castellanos Roncancio

Directora

Diana Rocío Riaño Hernández

Pontificia Universidad Javeriana

Facultad de Psicología



Bogotá, Colombia

Noviembre de 2017

Contenido

Resumen	3
Planteamiento del problema	4
Justificación y pertinencias.....	6
Marco teórico.....	9
Estado del arte de la investigación.....	19
Objetivo general.....	21
Metodología.....	22
Resultados.....	27
Discusión y conclusiones.....	38
Referencias	45
Anexos.....	51

Adaptación del Cuestionario de estilos de vida en jóvenes universitarios CEVJU-RII

Resumen

El presente informe de investigación tiene como objetivo evidenciar el proceso de adaptación del Cuestionario de estilos de vida en jóvenes universitarios CEVJU-RII en el marco de la investigación “Trayectorias de salud y del estilo de vida en estudiantes universitarios” de la Pontificia Universidad Javeriana en estudiantes neojaverianos 2017-III. Se realizó la validación por jueces y posteriormente la adaptación online del instrumento en la plataforma institucional para iniciar la recolección de datos. Se encontró que, para este instrumento, los 22 estudiantes que completaron la aplicación presentan un comportamiento de actividad física y alimentario deficiente, así como un sueño influenciado por las actividades académicas y un alto uso de aparatos electrónicos.

Palabras clave: Calidad de vida, adolescentes, universitarios, salud, adaptación.

Abstract

The purpose of this research report is to demonstrate the adaptation process of the Lifestyles Questionnaire for young university students CEVJU-RII within the framework of the research "Health and lifestyle trajectories in university students" of the Pontificia Universidad Javeriana in 2017 first year students. The validation was done by judges and later the online adaptation of the instrument in the institutional platform to start the data collection. It was found that, for this instrument, the 22 students who completed the application presented poor physical and eating behavior, as well as a sleep influenced by academic activities and a high use of electronic devices.

Key words: Quality of life, adolescents, university students, health, adaptation.

Planteamiento del problema

La transición de la adolescencia a la adultez, comprendida entre los 18 y 25 años supone cambios importantes en los estilos de vida. En este periodo, el ingreso a la universidad es fundamental para determinar la configuración de hábitos que se mantienen a lo largo de ciclo vital (Barnett, Ott, Rogers, Loxley, Linkletter, & Clark, 2014). Lo anterior, resulta de gran interés para la psicología y las ciencias de la salud pues la reorganización que se da a nivel personal, familiar y social tiene implicaciones en salud mental, en lo que respecta a la prevención, promoción e intervención.

Por consiguiente, el ambiente universitario se convierte en un elemento central en la vida de los adultos jóvenes y en un estresor de alto impacto que merece ser evaluado. Éste se hace evidente en la ausencia de amistades de colegio y así, la prueba de las habilidades sociales adquiridas para conseguir nuevas. El ajuste a modelos de aprendizaje y evaluación y, el desarrollo de procesos de autonomía e independencia en diversos espacios de interacción (Cleary, Walter, & Jackson, 2011). Esto último, da lugar a la revisión del desarrollo de identidad durante la adolescencia y la manera en la que muta ante un nuevo rol -universitario- que se va delimitando contextual y longitudinalmente (Azmitia, Syed & Radmacher, 2013).

Los nuevos desafíos para los adolescentes comprometen su bienestar emocional y se evidencia en la prevalencia de estilos de vida poco saludables como el abuso de alcohol, el consumo de cigarrillo y SPA, la conducta sexual de riesgo, el sedentarismo, los malos hábitos alimenticios, entre otros (Páez & Castaño, 2010). De hecho, algunos estudios han encontrado que los adultos jóvenes no universitarios presentan un malestar emocional menor que los que sí lo son (Bayram & Bilgel, 2008; Carter, Brandon & Goldman, 2010; Wechsler, Lee, Nelson & Kuo, 2002). Y, además, tiene como consecuencias a corto plazo resultados académicos negativos,

ausencias a clase e incluso el retiro de la universidad (Martin, Critelli, Doster, Powers, Purdum, Doster & Lambert, 2013).

Por lo anterior, el grupo de Salud y Calidad de Vida, seccional Cali y el grupo de investigación Psicología y Salud, seccional Bogotá de la Pontificia Universidad Javeriana, adelantan una investigación en la que se busca responder a la pregunta: ¿Cuál es el curso de la salud y de los estilos de vida durante los tres primeros años de formación profesional y qué variables del estudiante predicen dichas trayectorias? Para esto, se hará uso de diferentes instrumentos, uno de ellos es el Cuestionario de estilos de vida en jóvenes universitarios (CEVJU-RII) validado para Colombia por Salazar, Varela, Lema, Tamayo & Duarte, (2010). Esta es la herramienta que permitirá desarrollar el objetivo de este informe de investigación en la modalidad de asistencia de investigación para el proyecto en cuestión.

Justificación y pertinencias

La organización Mundial de la Salud (OMS) (2015), tiene la iniciativa “Universidad saludable” que busca promover comportamientos saludables dentro de los campus universitarios, esperando que estos sean lugares adecuados para impulsar, instaurar y mantener conductas adecuadas mediante la promoción de la salud, con políticas institucionales, formación, acciones de investigación y evaluación, oferta de servicios preventivos y desarrollo de acciones con alcance comunitario, con el fin de mejorar e impactar positivamente la calidad de vida de los adultos jóvenes universitarios (OPS, 2009).

En línea con esta propuesta, el estudio sistemático y riguroso de los estilos de vida en las universidades es fundamental, no solo para definir las características actuales, sino para generar programas que busquen mejorar o cambiar lo identificado. Ahora bien, se ha encontrado que las causas de muerte y enfermedad tienen una correlación importante con los estilos de vida mantenidos desde el inicio de la adultez y que sus consecuencias se hacen evidentes a largo plazo, razón por la cual pasan desapercibidas, pero que son las responsables del 63% de las muertes hoy en día (OMS, 2013).

Así pues, algunos estudios han mostrado que los cambios de comportamiento han influido en la disminución de la mortalidad por enfermedades que correlacionan con estilos de vida y que son denominadas enfermedades no transmisibles (ENT) (Brannon, Feist & Updegraff, 2014).

La evaluación de los estudiantes en Colombia una vez ingresan a la universidad es relevante y necesaria. Existen estudios como el de Varela-Arévalo, Ochoa-Muñoz, Tovar-Cuevas (2016), en el que concluyen que de las ocho dimensiones: actividad física, alimentación, sueño, tiempo de ocio, consumo de alcohol, cigarrillo y otras drogas ilegales, habilidades interpersonales, afrontamiento y estado emocional percibido del CEVJU-RII, la actividad física y

el estrés obtuvieron puntuaciones bajas tanto para hombres como para mujeres, encontrando que es una problemática reciente pero no justificada, ya que la población evaluada muestra tener tiempo de ocio y sin conflictos de trabajo-estudio. Lo que lleva a pensar en estrategias para fomentar el uso adecuado del tiempo libre impactando estos dos factores.

Otros estudios, también reportan aspectos de la calidad de vida, pero de manera aislada y transversal. Duarte, Varela, Salazar, Lema & Tamayo (2012) evaluaron el consumo de sustancias psicoactivas de estudiantes universitarios, sus motivaciones y las fuentes de ingreso para poder adquirirlas, encontraron que, de 1181 estudiantes encuestados en cuatro universidades de Colombia, las motivaciones se relacionan con disminuir la tensión, ansiedad, estrés o experimentar nuevas sensaciones, aspectos que se inscriben en motivos de consulta en psicología.

Así mismo, Alonso, Pérez, Alcalá, Lubo & Consuegra (2008), encontraron sobrepeso en la población universitaria de Barranquilla, condición que se relaciona con el sedentarismo. Escobar & Pico (2013) evaluaron las prácticas de autocuidado en Manizales, identificando que no son deficientes pero que hace falta que se articulen como prácticas de cuidado integral. Finalmente, Arguello, Bautista, Carvajal, De Castro, Díaz & Escobar (2009), evaluaron las dimensiones de ejercicio y actividad física, consumo de alcohol, cigarrillo y sustancias psicoactivas y sexualidad en estudiantes universitarios en Bucaramanga, concluyendo que la cantidad de información que poseen los jóvenes no es suficiente para adoptar conductas saludables.

Estas investigaciones, reflejan el creciente interés investigativo en este campo. Sin embargo, es necesario hacer evidente que los estudios existentes hacen alusión a una medición transversal que si bien deja ver cómo se comportan los grupos poblacionales no determina la evolución de lo encontrado. Es por esto que, la robustez del proyecto está dada por su diseño

longitudinal prospectivo a tres años (Twisk, 2003), con una medición inicial o basal que será tomada como el referente de estados de salud y estilos de vida al inicio de la vida universitaria y seguidamente, tres evaluaciones, una anual, que presentarán la evolución o cambio en relación con la medición basal o las mediciones anteriores.

Las fortalezas de una metodología como la aquí planteada y de la que hace y hará parte el cuestionario de estilos de vida en estudiantes universitarios (CEVJU-RII) en todas sus mediciones, tienen que ver con la posibilidad de describir cuatro periodos de la vida de los universitarios, presentar diferencias entre periodos, inter-individuales e intra-individuales. Además, el hecho de que la medición sea anual facilita el modelamiento lineal o no de los datos. Y así, hacer uso de modelos multinivel una vez realizada la tercera medición.

Por lo anterior, esta investigación es pertinente, ya que busca integrar los aspectos que componen la calidad de vida y correlacionarlos con otros factores en la población joven adulta. La promoción de estilos de vida saludable es de importancia y compromete a las ciencias de la salud, los gobiernos y las instituciones, ya que es necesario comprender qué pasa con la salud en esta etapa del ciclo vital, que además es fundamental en el ajuste a la vida adulta.

Por tanto, la adaptación, implementación y aplicación de este cuestionario es un aporte para cumplir con el objetivo de esta investigación. Se muestra un resultado preliminar del funcionamiento del instrumento en la comunidad Javeriana de la sede de Bogotá, además de evidenciar las estrategias de comunicación y divulgación de un proyecto que pretende que sus participantes hagan parte del mismo de forma activa, si bien se hará una medición, durante el proceso de recolección se espera también poder movilizar la comunidad estudiantil hacia el cuestionamiento de estos hábitos y el ofrecimiento de estrategias que pueden ser implementadas de manera inmediata o beneficios dentro del campus promoviendo la salud.

Marco teórico

La salud en adultos jóvenes

La salud de los jóvenes es un área de estudio reciente, su interés ha aumentado de manera exponencial y desde la perspectiva de bienestar o positiva no hay mucha información, especialmente en Latinoamérica. La forma común de estudiar la salud percibida es por comparación con pares y con un eje estructural de muy saludable a poco saludable (Schwartzmann, 2003). En general, los adolescentes latinoamericanos perciben su salud como saludable o muy saludable tanto en la dimensión física como en la mental (Consortio de Universidades, 2013; Intra, Roales-Nieto & Moreno, 2011). Y en Colombia como ya se ha mencionado antes, no hay muchos estudios, pero los existentes reportes evidencian comportamientos y creencias saludables, presentando un panorama favorecedor.

No obstante, es necesario que la comprensión de la salud de los jóvenes, su prevención y promoción integren las medidas objetivas y subjetivas, pues su no concordancia no puede ser pasada por alto. En México, Rodríguez, Ríos, Lozano & Álvarez (2009) encontraron que el 40% de estudiantes de nuevo ingreso presentaban una enfermedad crónica a priori al comienzo de su carrera universitaria y esto no era percibido por ellos como “poca salud”. Sin embargo, objetivamente si concordaba con un estilo de vida menos saludable que se ve enmarcado en el consumo de cigarrillo y alcohol, así como el sedentarismo.

Lo anterior, deja ver la complejidad del fenómeno de calidad de vida en adultos jóvenes, que se manifiesta en la no queja del adolescente, pero si en la alta tasa de diagnósticos enmarcados en salud mental. Un estudio desarrollado en Estados Unidos indicó que personas entre los 19 y 25 años que se encuentran en la universidad se destacan por desórdenes por uso de alcohol (20.3%), seguidos por los desórdenes de personalidad (17.7%), mientras que, para los no

universitarios, estos últimos son los más prevalentes (21.5%) seguidos de la dependencia a la nicotina (20.6%) (Blanco, Okuda, Wright, Hasin, Grant, Liu & Olfson, 2008). Así, las cifras se incrementan al incluir criterios como desordenes del estado del ánimo y ansiedad para los universitarios. Es decir, que la mitad de los adultos jóvenes son población objeto de estudio en el área de salud mental. Para Colombia, las cifras de depresión oscilan entre el 25% y el 33% dependiendo el tipo de instrumento que se utilice para la medición (Arrivillaga, Cortés, Goicochea & Lozano, 2003).

Si bien, en el momento en el que se presentan los diferentes diagnósticos de salud mental y física, no se evidencian las consecuencias de la condición, si sucede a largo plazo y con intervenciones en ocasiones paliativas y no preventivas. Y, aunque esta población perciba su salud como buena, el estar saludable es una aspiración personal y social que no se alcanza completamente, y que culturalmente ha sido ligada a calificativos positivos como el de vitalidad, bondad, cordura, higiene, limpieza y salubridad, los cuales se definen por quienes la poseen y los entornos que las facilitan (Marks, Murray, Evans, Willig, Woodall, & Sykes, 2008).

Lo anterior, invita a pensar en los estilos de vida que están llevando los jóvenes para que se presenten con más o menos frecuencia diferentes tipos de enfermedades. La definición del concepto de estilos de vida ha sido ampliamente estudiada y según Ruiz (citado por Rodríguez & Agulló, 1999) el concepto tiene su origen en el de estilización que hace referencia a la necesidad de algunos grupos sociales de darle cierta forma a la vida (estilo). Y, también menciona que los estilos de vida se componen de formas de pensar, gustos, estados de ánimo y comportamientos, caracterizados por ser relativamente estables en el tiempo y configurar el perfil social de cada individuo.

Psicología de la salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud como “un estado de bienestar con atributos físicos, culturales, psicosociales, económicos y espirituales, y no simplemente la ausencia de enfermedad” (Marks *et al.*, 2008, p.4). Remarcando de esta manera, la multicausalidad de la *buena* salud y en esa medida la necesidad de estudiarla de manera integrada e interdisciplinar, en donde la psicología de la salud tiene un papel crucial.

Esta última, es importante porque “aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta a la evaluación, el diagnóstico, la prevención, la explicación, el tratamiento y/o la modificación de trastornos físicos y/o mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar” (Oblitas, 2006b, citado en Oblitas, 2008).

Sin embargo, la evolución de esta área se ha dado según el momento histórico. En un primer momento, la psicología de la salud aparece para instaurarse dentro del modelo médico, característico de la medicina occidental donde es la ausencia de enfermedad lo que se trataba (Brannon, Feist & Updegraff, 2014). Sin embargo y después de varios ajustes, en la actualidad se trabaja desde un modelo biopsicosocial que propone que la interacción de factores biológicos (ej. genética), psicológicos o conductuales (ej. estrés y estilos de vida) y sociales (ej. cultura) den como resultado salud o enfermedad. Este modelo presenta así dos ventajas fundamentales que son: definir la salud como una condición positiva y agregar al factor biológico la influencia de los factores psicológicos y sociales (Marks *et al.*, 2008).

Específicamente, el aporte que hace la psicología de la salud tiene que ver el afrontamiento adecuado de ansiedad, depresión y estrés, así como el adecuado manejo de redes de apoyo y “el aprendizaje de nuevas estrategias para la solución de problemas, el beneficio de la

práctica de actividades estéticas, culturales y recreativas, la reestructuración cognitiva, social y ambiental, etc.” (Oblitas, 2008), que contribuyen a un mejor manejo de la enfermedad, a la prevención de estas y promoción de la salud en edades tempranas. También en el campo de la salud, se trabajan los estilos de vida saludable que lo que pretenden es incluir factores que determinan positiva o negativamente la salud de las personas, manteniéndola, restableciéndola o mejorándola (Pullen, Noble, & Fiandt, 2001).

Calidad de vida

Calidad de vida es definida como la sensación de bienestar que experimenta una persona y que se ve influida por factores como la empleabilidad, la vivienda, la disposición y uso de servicios públicos, los índices de inseguridad, la contaminación ambiental, educación, salud, oportunidades culturales, entre otras (Velarde-Jurado & Ávila-Figueroa, 2002). Por lo anterior, la medición de esta percepción es necesaria y debe realizarse de forma sistemática para poder plantear tratamientos a grupos poblacionales con características similares. Una de las primeras escalas que aparece para realizar esta medición, es la Escala de Karnofsky, desarrollada para pacientes con cáncer, permitiendo predecir el estado funcional del paciente. Posteriormente, este instrumento se siguió utilizando para enfermedades crónicas por sus características de contenido.

Además, hasta el 2003 el reporte de instrumentos había aumentado, se encontraron instrumentos para adultos, adultos con enfermedades específicas, niños y adolescentes (15) y niños y adolescentes con enfermedades específicas (19) (Velarde-Jurado & Ávila-Figueroa, 2002). La composición de estos instrumentos se basó en tres dominios: físico, mental y social, contrastando la funcionalidad y la percepción subjetiva. En esta línea, han seguido apareciendo instrumentos como el CEVJU, en su primera versión del 2007 (Lema Soto, Salazar Torres, Varela Arévalo, Tamayo Cardona, Rubio Sarria & Botero Polanco, 2009) y posteriormente, la

versión revisada CEVJU-RII (Salazar, *et al.*, 2010) en la que se evalúan ocho dimensiones:

Actividad física, tiempo de ocio, alimentación, consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales, sueño, habilidades interpersonales, afrontamiento y estado emocional percibido. Además de medir las motivaciones de siete de las ocho dimensiones. A continuación, se presentan las dimensiones que son a su vez las categorías de análisis del presente informe.

Actividad física

La actividad física según la Organización Mundial de la Salud (2014) implica cualquier movimiento que produzca los músculos y que a su vez produzcan gasto energético, la importancia de la actividad física radica en que el 6% de las muertes registradas y algunas enfermedades letales se deben a la inactividad física y dentro de los beneficios que proporciona, se pueden encontrar que reduce los accidentes cardiovasculares, cardiopatías, disminuye el riesgo de sufrir de hipertensión, cáncer, diabetes, depresión entre otros. A su vez, la actividad física es fundamental para el equilibrio calórico, pues evita el sobrepeso y mejora la salud individual.

Además, la actividad física es distinta al ejercicio pues este último se caracteriza por ser una actividad planificada y rutinaria que busca el cumplimiento de un objetivo. Mientras que, la actividad física se refiere a todos aquellos movimientos corporales que se realizan en el trabajo, tareas domésticas o en otros lugares que pueden ser modificados dependiendo del contexto (OMS, 2014).

Lo anterior es importante, porque el sedentarismo es considerado el cuarto factor de muerte en el mundo, la Organización Mundial de la Salud recomienda un mínimo de 150 minutos a la semana de actividad moderada o la mitad de actividad vigorosa para población de 18 a 64 años. Además, estipulan que este tiempo puede ser doblado para estar fuera de riesgo de enfermedades no transmisibles (OMS, 2010). Aun así y cómo se evidenció anteriormente, el

sedentarismo en estudiantes universitarios es el componente más frecuente característico de hábitos poco saludables.

Tiempo de ocio

Es el espacio que destinan las personas para realizar actividades que son acordes a sus gustos e intereses. La elección de éstas es libre y cada vez más relevantes pues promueven la integración social, la participación en espacios favorecedores para el desarrollo afectivo, moral y cognitivo y disminuye la tasa de actividades ilegales y consumo de sustancias (Lema Soto, *et al.*, 2009). Además, el tiempo libre en donde puede o no inscribirse el tiempo de ocio, aumenta con el ingreso a la universidad, la flexibilidad de horarios y capacidad de decisión aumenta de forma considerable, colocando al adolescente en un escenario nuevo, donde las decisiones tendrán consecuencias trascendentales en sus estilos de vida (Nuviala Nuviala, Ruiz-Juan & García Montes, 2015).

Alimentación

La ingesta de alimentos correctos en las cantidades adecuadas es fundamental para tener y mantener un estilo de vida saludable. Una de las mayores preocupaciones relacionadas con la alimentación tiene que ver con los efectos adversos de la obesidad y el sobre peso, ambas son el resultado de una dieta inadecuada en la cantidad de alimentos que aportan calorías innecesarias y que son metabolizadas como azúcares, esto se evidencia en niveles altos de colesterol y triglicéridos, así como presión alta. En la población universitaria, se ha encontrado que la tercera parte presenta una de esas dos condiciones, tomando como referente el índice de masa corporal (IMC) mayor al 25% para sobre peso y 30% para obesidad (González, Díaz, Mendizábal-Ruiz, Medina & Morales, 2014).

Por tanto, seguir una dieta balanceada es necesaria para reducir el riesgo de enfermedad. Pero en la población universitaria el consumo de comidas rápidas es frecuente por su fácil acceso económico y de tiempo (López, 2008) y así mismo, el consumo de frutas y verduras es bajo. De forma complementaria, el control de peso se ve impactado de manera directa con la actividad física pero esta última se realiza con menor frecuencia una vez se ingresa a la universidad (Han *et al.*, 2008).

Consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales

Las sustancias lícitas como el cigarrillo y el alcohol son un foco en el estudio de la salud de los jóvenes universitarios. Específicamente, se ha encontrado que el cigarrillo es un factor de riesgo alto para enfermedades como cáncer, sobre todo pulmonar (atribuido a un 90% de los casos) o del sistema cardiovascular (Heusinkveld, 1997). Para Colombia, se ha encontrado que en población universitaria un tercio (33.2%) de la población fuma, más de dos tercios (74.5%) consumen alcohol y otras sustancias como marihuana, son consumidas en una porción (7.1%) menor (Cáceres, Salazar, Varela & Tovar, 2006).

Para el 2013, el consumo de cigarrillo en adultos “en Colombia se reporta el 17% de los hombres y 6% de las mujeres lo cual significa que 2.934.000 hombres y 1.014.000 mujeres fuman cigarrillos diariamente” (Instituto Nacional de Salud, 2013, p. 4), lo que evidencia una amenaza para la salud pública. Conjuntamente, en menores de edad el consumo de cigarrillo es del 12% en niños y 8% en niñas en comparación con países de ingresos medios.

Además, el alcohol tiene efectos mortales. En Estados Unidos se estima que 1825 estudiantes universitarios fallecen a razón del consumo de bebidas embriagantes. Además, incide en accidentes de tránsito, agresión a pares y abuso sexual (National Institute on Alcohol Abuse

and Alcoholism, 2015). Así como sus efectos en el desempeño de la conducta sexual de riesgo, el comportamiento antisocial y su derivación al consumo de otras sustancias.

Sueño

El efecto del sueño sobre el organismo es fundamental pues además de la restauración neurológica, es un predictor del funcionamiento global de una persona (Sierra, Jiménez-Navarro & Martín-Ortiz, 2002). Prácticas como llevar una alimentación adecuada, realizar actividad física de manera regular, manejar el estrés, ambientes adecuados de temperatura y luz, favorecen un patrón estable de sueño (Miró, Cano-Lozano, Buela-Casal, 2005). Por el contrario, la falta de sueño repercute en la capacidad de concentración, estado anímico, el tiempo de reacción, el rendimiento físico e intelectual (Domínguez y Díaz, 2006).

La calidad del sueño no solo hace referencia al dormir bien, sino que también incluye el buen funcionamiento diurno, pues hacen parte del mismo ciclo biológico que los regula (Carrillo-Mora, Ramírez-Peris & Magaña-Vázquez, 2013). En España, se evaluaron 716 estudiantes por auto reporte para medir la calidad del sueño, encontrando que el 31% la califica como “mala” y el 28% reporta la eficiencia del sueño menor a 85%, lo que es considerado límite en el establecimiento del diagnóstico de insomnio (Sierra, Jiménez-Navarro & Martín-Ortiz, 2002).

En Colombia, la Universidad del Rosario adelantó un cuestionario para evaluar la calidad del sueño en estudiantes colombianos y mexicanos, con la metodología de diario de sueño que permitía tener un reporte longitudinal por siete días, encontrando que el promedio de sueño para ambas poblaciones fue de 7,2 horas, lo que es acorde con la literatura para cumplir los ciclos de sueño necesarios para descansar. También identificó que, si bien cambian las dinámicas de estudio, los estudiantes buscan hacer siestas para recuperar este sueño, 75% en hombres y 55% en

mujeres (Pérez-Olmos, Muñoz-Delgado, González-Reyes & Talero-Gutiérrez, 2012). Lo que no se sabe es que efectos tiene estos sueños cortos en la calidad de vida de los estudiantes.

Habilidades interpersonales

Las relaciones sociales, enmarcadas en el compartir con pares, son la base del desarrollo social del individuo. La forma en la que se aprende a convivir se convierte en el referente social para las interacciones futuras en diversos contextos, profesional, académico, recreativo, político, entre otros (Becoña Vázquez y Oblitas, 2004). Estas habilidades no solo representan un beneficio para la persona que las posee, sino que son indispensables para el gana-gana, promueve la conducta cooperativa y prosocial y supone en el individuo capacidades importantes para desenvolverse en sociedad y regular o disminuir el impacto negativo de interacciones inadecuadas o de estresores del ambiente de alto impacto y de difícil prevención (Extremera Pacheco & Fernández Berrocal, 2004).

Igualmente, las habilidades interpersonales que se demuestran en la adolescencia o inicios de la adultez reflejan los estilos de interacción en la crianza, pues la familia es el primer grupo social en el que se desarrolla un individuo y que está delimitado por características económicas y culturales. Núñez Del Arco (2005) desarrolló una investigación en la que indagó por el rendimiento académico de los universitarios y la relación que podía tener con el clima social y familiar, encontrando que hay una distribución normal de la muestra en este dominio y que esto además concuerda con estudios en otras universidades, resalta la necesidad de desarrollar buenas habilidades comunicativas, pues son claves en la interacción.

Afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento son los recursos con los que cuenta el individuo para responder a las demandas del contexto que son calificadas como exigentes y que requieren de un

esfuerzo mayor para resolver la situación presentada (Lema Soto, *et al.*, 2009). Es decir, que obliga a la persona a hacer uso de sus niveles cognitivos, afectivos y conductuales para controlar reacciones emocionales negativas como la ira, el miedo, la ansiedad, entre otras. Estas estrategias son fundamentalmente adaptativas, pues se ajustan y moldean según el contexto presente, la resolución del problema aumenta las mismas y mejora su funcionamiento y ajuste social (Campos, Iraurgi, Páez y Velasco, 2004).

Estado emocional percibido

Consiste en la capacidad de identificar situaciones fisiológicas y las emociones asociadas que aparecen a posteriori de la situación presentada, bien sea por el entorno o por la activación de una memoria afectiva (Ventura, 2002). Los estados emocionales percibidos de manera negativa o no reconocidos por el individuo generan enfermedades del sistema inmune, pues al no reconocer un estado emocional latente, el organismo busca evidenciar el malestar emocional a través del cuerpo.

Diferentes estudios han mostrado como en épocas de parciales o de alto estrés, los estudiantes tienen peores condiciones de salud, son más propensos a gripas y enfermedades gastrointestinales, pero en la mayoría de los casos no se reconocen las causas de estas. Un estudio en México con 129 estudiantes universitarios evidenció que diagnósticos como depresión y ansiedad están influenciados por reportes como dolor de espalda, dolor de cabeza, cansancio y dificultades para dormir (González Ramírez, Landero Hernández, García-Campayo, 2009). Lo que indica una mala percepción de las sensaciones derivando a quejas que no son solucionadas pues no se está solucionando la causa de la queja o dolor.

Estado del arte de la investigación

En Colombia, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE- realizó la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2016, en la que define la calidad de vida como la interrelación que existe entre el medio económico, social y político y la forma en la que estos inciden sobre el bienestar, específicamente se centra en factores como las condiciones de las viviendas, los servicios públicos, de salud, la atención integral de niños menores de 5 años, tecnologías de información y comunicación y variables sociodemográficas (DANE, 2017).

Sin embargo, la definición del concepto de calidad de vida es confuso y según Ardila (2003), no hay un consenso de este constructo, más allá de que se entienda como una propiedad del individuo para experimentar su ambiente y de esta manera valorarlo e interpretarlo según sus condiciones. Con lo anterior, la presentación del DANE de calidad de vida si bien se orienta a evaluar la incidencia en el bienestar, se enfoca en suplir el déficit y no en potenciar el recurso presente. Pareciera entonces que, en Colombia a nivel gubernamental, las nuevas miradas teóricas no están siendo integradas al momento de evaluar y censar la calidad de vida del país, desconociendo la valoración subjetiva del bienestar físico, psicológico y social. No es lo mismo objetivamente dar en igualdad, que la valoración que esto recibe.

Por su parte, en Colombia el sector educativo ha aumentado el estudio del concepto de calidad de vida dadas las condiciones de pobreza y desigualdad del país. Sobre todo, en poblaciones vulnerables, como adultos mayores, mujeres y personas en situación de discapacidad (Salas Zapata & Grisales Romero, 2010; Ramírez-Vélez, Agredo, Jerez & Chapal, 2008; Córdoba, Mora, Bedoya, & Verdugo, 2007). En investigación, en los últimos 10 años ha aumentado de manera significativa la tasa de publicaciones en este tema. A modo de ejemplo, la búsqueda en bases de datos como Redalyc, con las palabras “quality of life” AND “Colombia”

arrojan un resultado de 2021 artículos, de los cuales 1676 son de los últimos 10 años, es decir el 82.9%. Ahora, si se incluye la palabra “adolescenc*”, esta misma base de datos arroja para psicología 175 documentos, de los cuales 144 pertenecen a los últimos 10 años.

Por lo tanto, la tendencia en este campo de investigación va en aumento y merece la pena realizar la evaluación del constructo de calidad de vida para impactar en el sector público con evidencia científica. Así, como los estudios mencionados anteriormente en diferentes ciudades de Colombia como Barranquilla, Manizales, Medellín, Cali, entre otras.

Ahora bien, en cuanto al Cuestionario de estilos de vida en jóvenes universitarios CEVJU-RII, que fue adaptado para Colombia en el 2010 por Salazar, *et. al*, este ha sido utilizado cinco veces desde su validación en estudios de conductas de riesgo en estudiantes de medicina (Campo, Pombo & Teherán, 2016), los estilos de vida en estudiantes de odontología (Tamayo Cardona, Rodríguez, Escobar & Mejía, 2015), entre otros. Lo que indica una tasa baja del uso del cuestionario teniendo en cuenta que está disponible desde hace siete años y en adolescentes colombianos y calidad de vida se han publicado más de 100 artículos. La pretensión con el uso del mismo es también, darle robustez y consistencia a este instrumento.

Objetivo general

Adaptación del Cuestionario de estilos de vida en jóvenes universitarios CEVJU-RII como parte del proyecto de investigación Trayectorias de vida y salud en estudiantes universitarios de la Pontificia Universidad Javeriana, sede Bogotá y Cali.

Objetivos específicos

Realizar validación por jueces del Cuestionario de estilos de vida en jóvenes universitarios CEVJU-RII.

Desarrollar el formulario online en la plataforma institucional para su aplicación en la sede Bogotá y Cali.

Generar estrategias de difusión del proyecto en la comunidad Javeriana de la sede Bogotá.

Recolectar datos preliminares para evaluar el comportamiento de los estudiantes en las ocho dimensiones del instrumento.

Metodología

Participantes

La muestra para la adaptación del instrumento incluyó 37 participantes de los cuales 22 (13 mujeres, 9 hombres) completaron la aplicación. Los criterios de inclusión fueron: haber ingresado en el periodo 2017-III a la Pontificia Universidad Javeriana a cualquier programa académico y tener una edad inferior a los 23 años, ya que al ser planteado en la investigación general como un proyecto longitudinal, que se excedan de esta edad los excluye de la etapa de adultos jóvenes. El único criterio de exclusión fue venir de otro programa académico, pues esto implicaría que ya estuvo inmerso en el contexto universitario u generaría sesgo en la medición.

Instrumentos

CEVJU-RII

El instrumento objeto de estudio de este informe de investigación, es el Cuestionario de estilos de vida en jóvenes universitarios CEVJU-RII, instrumento fue validado para estudiantes universitarios en Colombia por Salazar, *et al.*, (2010). Este instrumento se constituye de un apartado de información demográfica, medidas de talla y peso, relación de pareja, trabajo actual y ocho dimensiones de los estilos de vida: Actividad física, tiempo de ocio, alimentación, consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales, sueño, habilidades interpersonales, afrontamiento y estado emocional percibido. Adicionalmente, para cada dimensión incluye motivaciones y recursos.

Esta, que es su última versión validada incluye 40 ítems para prácticas saludables y 28 para motivaciones y recursos, con diferentes opciones de respuesta. Para interpretar las puntuaciones el instrumento propone como corte el punto medio de las puntuaciones posibles, para clasificar a los jóvenes como saludables y no saludables (Salazar, *et al.*, 2010).

Procedimiento

Objetivo 1

Para este primer objetivo, el procedimiento de adaptación del instrumento se desarrolló por fases. En un primer momento se obtuvo el cuestionario para poder realizar la validación por jueces. Dado que es un cuestionario que ya está validado para Colombia en esta población, lo que se generó fue el concepto de dos profesores de la facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Javeriana sede Bogotá que cuentan con amplia experiencia investigativa, con reputación en el área de la salud, disponibilidad e imparcialidad frente al instrumento, tal y cómo lo sugiere Skjong & Wentworht (2000) para la validación de contenido por jueces expertos, que fue el objetivo planteado ya que no se trataba de una equivalencia semántica, ni una adaptación cultural.

Seguidamente, se permitió que cada evaluador realizará su concepto por ítem en el que se evaluó la *comprensión, coherencia y pertinencia* de los ítems. para después reunirse y discutir los conceptos realizados y así, establecer un acuerdo sobre el cuestionario. Los jueces expertos tenían conocimiento de la dimensión a la que pertenecía el ítem según las categorías de análisis planteadas por los autores del cuestionario.

Además, una vez entregado el cuestionario para la validación del mismo, se brindó la información necesaria sobre el uso que tendrían los resultados y el contexto de la validación a realizar. Lo anterior, porque se ha encontrado en diferentes estudios la necesidad de contextualizar al juez experto en el proceso de validación de un instrumento (Escobar-Pérez, & Cuervo-Martínez, 2008).

Objetivo 2

Para el desarrollo e implementación del formulario online en la plataforma institucional LimeSurvey, el primer paso fue realizar una verificación de la igualdad del ítem en papel y virtual. Para esto se subieron los ítems a la plataforma virtual y se ajustaron las opciones de respuesta para cada uno de ellos y así demostrar la simetría de la presentación de la pregunta. Una vez esto se comprobó, se procedió a subir la totalidad de este cuestionario y de los demás instrumentos a utilizar en el proyecto de investigación. Instrumentos que también habían sido validados.

Después de tener la totalidad de la encuesta en la plataforma institucional, se realizaron unas pruebas en la seccional Cali y Bogotá con otros estudiantes auxiliares de investigación que se encargaron de completar el cuestionario y sacar indicadores de tiempo y errores de programación de condicionales, tipografía o inconsistencias de la prueba, así como contrastar la versión papel con la versión virtual. Los informes entregados de estas revisiones se evaluaron y se siguieron las recomendaciones si correspondían.

Objetivo 3

La forma de generar estrategias para la difusión del proyecto en la sede de Bogotá de la Pontificia Universidad Javeriana fue a través de redes sociales, se crearon páginas en diferentes medios de alto uso por parte de los estudiantes universitarios, como Facebook y Twitter. Además, se diseñó y creó una página web en la que se explicaba el proyecto, acompañado de un video y con la facilidad de ingresar a la encuesta de Bogotá y de Cali. Se solicitó y obtuvo un correo institucional el cual tenía el objetivo de ser el medio de comunicación con los estudiantes interesados en participar y se buscaron espacios fijos en salones del campus, en donde se disponía

de computadores para que los estudiantes voluntariamente asistieran, conocieran el proyecto y desarrollaran el cuestionario.

También se buscó participar en eventos de la universidad con el apoyo del Centro de Asesoría Psicológica y Salud y en la difusión con directores de carrera para promocionar el proyecto en los salones.

Objetivo 4

Los pasos anteriores, fueron fundamentales para poder llevar a cabo el objetivo de recolección de datos preliminares para analizar el comportamiento del cuestionario.

Una vez el estudiante decide participar en la investigación, se procede a la entrega del consentimiento informado, que para aquellos que son menores de edad, se debía pedir la autorización de los padres (ver anexo 1). Estos consentimientos, al ser para la totalidad del proyecto incluyen la especificación de que es un proyecto a tres años, con una medición inicial y tres posteriores, una cada año.

Luego, se procede a la aplicación de la encuesta en la cual no hay intervención del experimentador pues es auto contenida y auto explicada. El experimentador no se retira en ningún momento del lugar de la aplicación por si surgen dudas.

Cuando el estudiante termina de contestar, se le agradece y le dice que se mantendrá en contacto para que conozca sobre el proyecto y los programas y campañas que se deriven del mismo.

Para el análisis de datos, se realizaron estadísticos de frecuencia pues el objetivo está orientado a ver el comportamiento general del Cuestionario de estilos de vida en jóvenes universitarios CEVJU-RII. Estos análisis fueron realizados en IBM-SPSS versión 24.

Consideraciones éticas

Este proyecto cumple con los estándares éticos y las normativas a las que hace referencia la resolución 8430 del Ministerio de Salud y la ley 1090 del año 2006 emitida por el Congreso de la República. El rigor metodológico con el que será implementado, permite clasificarlo como una investigación con riesgo mínimo. En la práctica el contacto con los participantes tendrá como fin la invitación a participar de manera voluntaria en el estudio y de aceptar, se continuará con la auto-aplicación repetida (cada periodo) de los instrumentos de medida, a los que no se les atribuye ningún tipo de afecto adverso. El manejo de la información será confidencial; a los instrumentos y a la base de datos solo tendrá acceso el equipo de investigación. Cada estudiante a lo largo del estudio será representado con un código que no permita su identificación.

El consentimiento informado (anexo 1) incluye toda la información que requiera el estudiante y el acudiente (en caso de menores de edad) para decidir sobre la participación en el estudio, conteniendo los objetivos, procedimientos, tiempo requerido y la ausencia de riesgos personales y también de beneficios o perjuicios académicos asociados con la decisión de participar o no participar del estudio.

Resultados

El Cuestionario de estilos de vida en jóvenes universitarios CEVJU-RII fue validado por jueces expertos, encontrando que no había dificultades en las tres dimensiones evaluadas, *comprensión, coherencia y pertinencia* de los ítems. Por lo anterior, en la sesión de discusión de los conceptos emitidos se llegó al acuerdo de que el formulario debería ser mantenido para su aplicación en los estudiantes de la Pontificia Universidad Javeriana y debía velarse por la una adaptación fiel del mismo en su versión virtual. Sin embargo, dados los objetivos del proyecto no todas dimensiones eran pertinentes, por tanto, las categorías de habilidades interpersonales, afrontamiento y estados emocionales percibidos no fueron incluidos para esta investigación y se complementó con las dimensiones de consumo de bebidas energizantes y sexualidad.

Así, la implementación se realizó con las modificaciones sugeridas (anexo 2) en la segunda evaluación del cuestionario de manera online tanto en Cali como en Bogotá, la encuesta es idéntica en papel y virtual, el tiempo de aplicación de la misma es de 40 minutos a 1 hora y este tiempo varía según las condicionales negativas que tome el participante dadas sus opciones de respuesta. En la versión online se encuentra el consentimiento informado, también igual a su versión en papel. Hasta la fecha no se han identificado problemas con las aplicaciones, ni con el sistema o la programación realizada.

En cuanto a las estrategias de difusión del proyecto, se tienen como resultado el envío de 1500 correos, dos o tres veces a la semana invitando a los estudiantes de primer semestre de 2017-III a participar del proyecto, además la difusión por redes, que, aunque ha sido constante no ha representado una fuente importante de reclutamiento de estudiantes. En cambio, la difusión en salones y la página web (www.vida2020.com) creada si evidencian una acogida mayor por parte de los estudiantes, de ahí que 37 personas hayan ingresado al sistema a resolver la encuesta, pero

solo 22 hayan completado la aplicación, esto se puede explicar por la duración de la aplicación de la encuesta y el no acompañamiento de la exploración de la misma, es probable que los estudiantes ingresaran desde casa o desde el celular y dejaran la aplicación inconclusa. También, se dispuso una carpa en la semana de la vida saludable, donde se presentó el proyecto a todos los interesados, esto con el apoyo del centro de asesoría psicológica y salud.

Ahora bien, de los estudiantes que completaron la aplicación se presentan los resultados preliminares para el momento de la elaboración de este informe, el nivel de análisis que se encuentra a continuación es descriptivo, pues al ser 22 estudiantes encuestados, no hay una representatividad de la muestra objeto de estudio. Por lo tanto, se evidenciarán tendencias y aspectos que salten a la vista para posteriormente realizar un análisis de los primeros hallazgos.

La primera dimensión del cuestionario, actividad física tiene preguntas en relación con la actividad física, leve, moderada y vigorosa. En la figura 1, se presenta la media para cada una de estas, encontrando que, de siete días a la semana, para actividad física leve, hay un comportamiento saludable, esto determinado por la media de la pregunta según sus opciones de respuesta, es decir $M = 3.50$. Por tanto, para actividad física leve, se tienen cuatro días ($M = 4.41$, $DS = 2.63$) quedando por encima del valor medio. En cuanto actividad física moderada y vigorosa su clasificación es poco saludable, con medias $M = 1.82$, $DS = 2.36$ y $M = 0.86$, $DS = 1.35$ respectivamente.

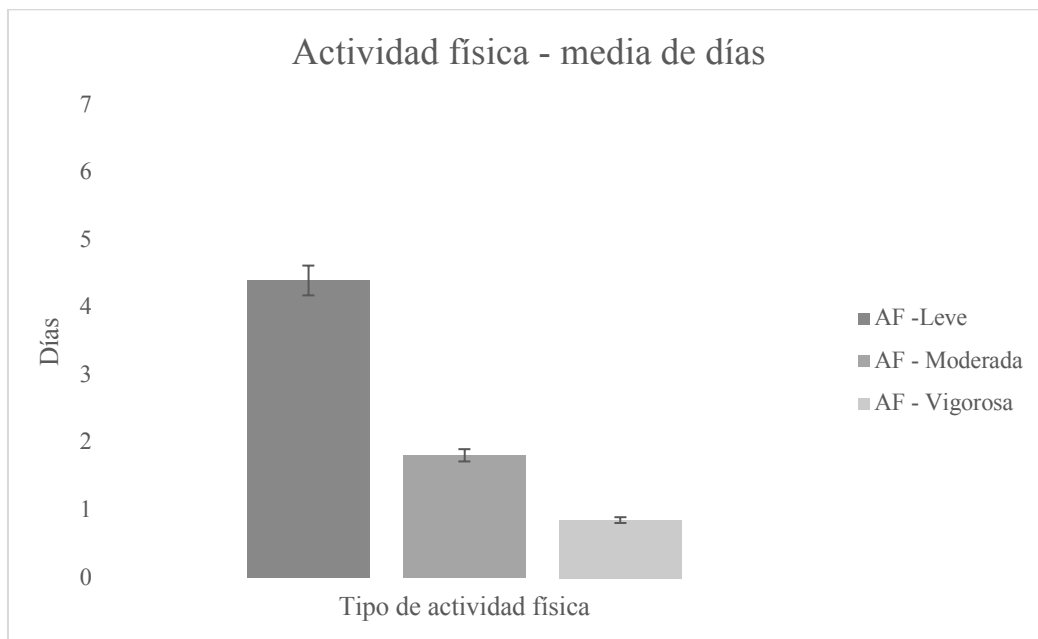


Figura 1. Media de días del tipo de actividad física realizada.

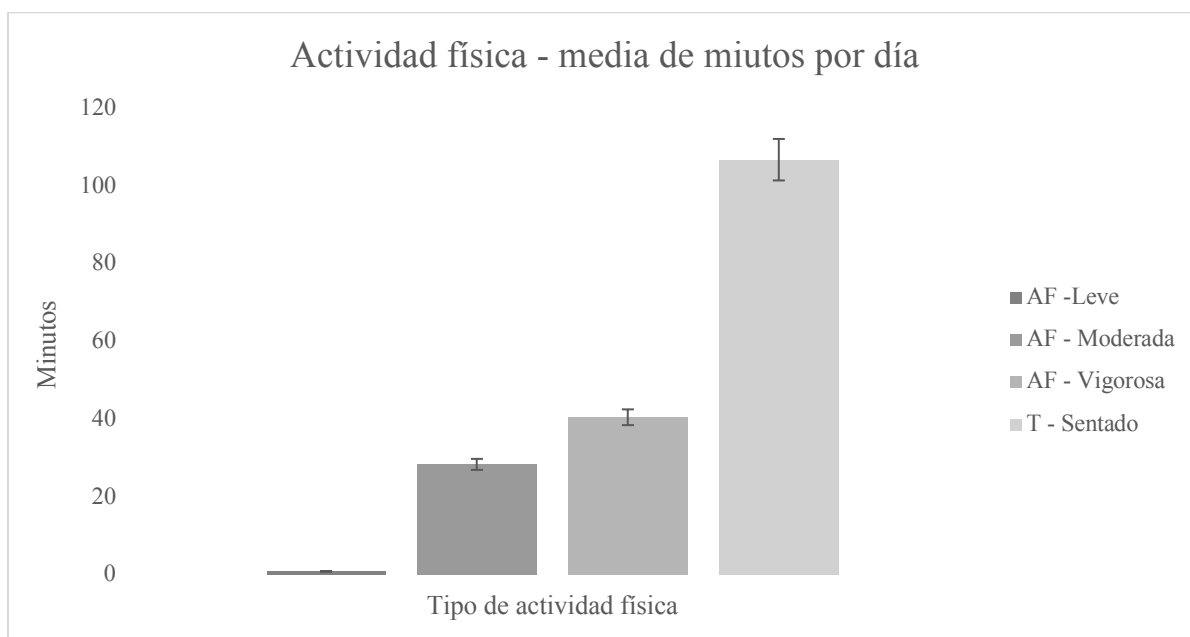


Figura 2. Media de minutos del tipo de actividad física realizada y tiempo sentados.

También, se determinó para cada uno de los días en cada tipo de actividad, el tiempo en minutos que se realiza la misma. Además de indagar por el tiempo sentado en un día. En la figura 2 se muestra la gráfica correspondiente a estos resultados, teniendo para actividad física leve una media de 14 minutos ($M = 14.21$, $DS = 13.95$), actividad física moderada con 28 minutos ($M = 28.42$, $DS = 42.89$) y actividad física vigorosa con 40 minutos ($M = 40.56$, $DS = 47.96$). De lo anterior, se puede decir que, aunque el promedio de días en el que se realiza ejercicio vigoroso es “poco saludable”, el tiempo que lo realizan es alto, resultado paradójico con el ejercicio leve, que es saludable con cuatro días de siete, pero la intensidad de cada uno de estos días es muy baja con un promedio de 15 minutos. Finalmente, el promedio de tiempo que permanecen sentados durante un día los estudiantes que respondieron reportan una media de una hora y cuarenta minutos ($M = 106.86$, $DS = 202.91$) pero con una variación importante de los datos.

Seguidamente, para la dimensión alimentación, en un primer momento se indagó por el consumo de frutas, verduras, comidas rápidas, mecatos o dulces y gaseosas o bebidas artificiales. Para estas preguntas, las opciones de respuesta oscilaban entre uno y cinco, siendo 1: Ningún día, 2: 1-2 días, 3: 3-4 días, 4: 5-6 días y 5: Todos los días. Se encontró que, para el consumo de frutas y verduras, las respuestas se encuentran en el punto medio, $M = 3.27$, $DS = 1.45$ y $M = 3.18$, $DS = 1.36$ respectivamente. Para el consumo de comidas rápidas, la ingesta es menor ($M = 2.50$, $DS = 0.86$), junto con la de bebidas artificiales y gaseosas ($M = 2.09$, $DS = 1.19$) y el consumo de mecatos o dulces también bordea el valor medio ($M = 3.00$, $DS = 1.11$). En general, los consumos de todos estos alimentos se encuentran sobre el valor medio, indicando que todos se comen con la misma frecuencia. Lo anterior es un indicador importante, pues no todos los alimentos pueden ser ingeridos en las mismas proporciones a razón de sus aportes nutricionales,

que todos se encuentren sobre el valor medio permitiría pensar en una distribución nutricional deficiente.

Por su parte, para las preguntas ¿Desayunas, almuerzas y comes en horarios habituales?, ¿Omities alguna de las comidas principales? (desayuno, almuerzo y comida), ¿Dejas de comer, aunque tengas hambre? y ¿Comes en exceso, aunque no tengas hambre?, que tenían como escala de respuesta la misma de las preguntas anteriores (1: Ningún día, 2: 1-2 días, 3: 3-4 días, 4: 5-6 días y 5: Todos los días), se encontró una mayor variación. En la figura 3 se muestran las tendencias, encontrando que para las dos primeras hay una tendencia a la opción tres ($M = 3.27$, $DS = 1.16$ y $M = 2.27$, $DS = 1.20$ respectivamente). Y las dos últimas con tendencia a “ningún día” ($M = 1.59$, $DS = .73$ y $M = 1.68$, $DS = 0.89$) lo que es un resultado favorecedor para la alimentación y valdría la pena preguntarse por los porcentajes nutricionales de dichas comidas.

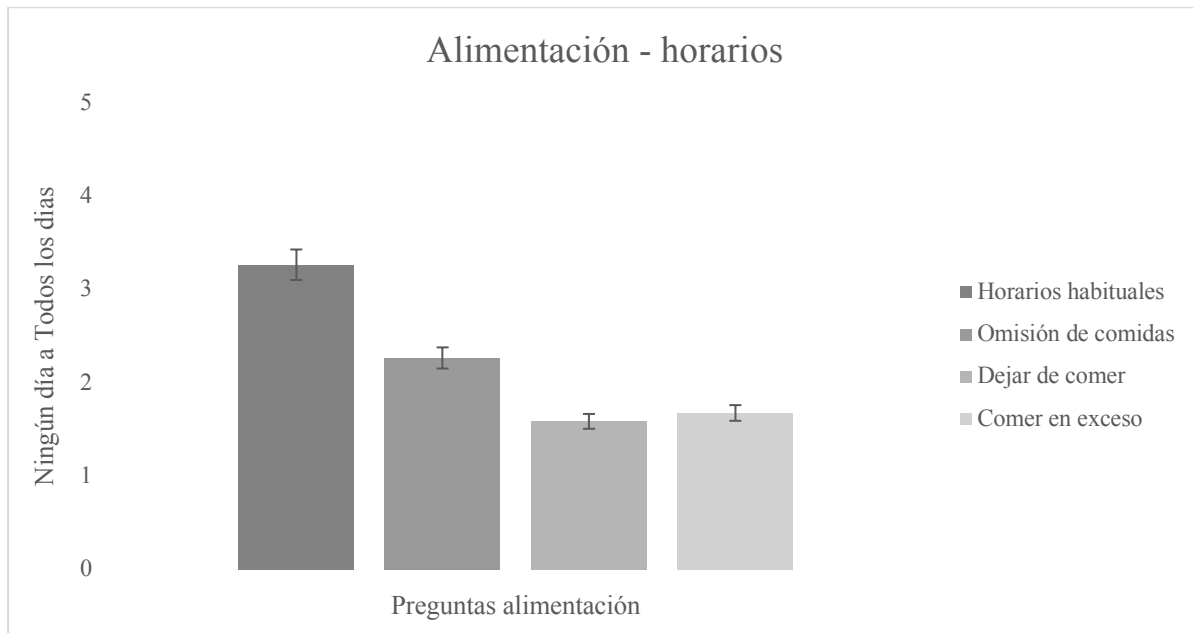


Figura 3. Media de respuestas para horarios de hábitos alimenticios.

Así, para terminar esta categoría, se exploró por las porciones de frutas y verduras que se come en un día regular y si hay vomito después de alguna comida. Para las opciones de las porciones, no se tenía un máximo o mínimo esperado, pero para ambas el límite superior estuvo en 10 porciones y el inferior en cero. Teniendo esto en cuenta, el promedio de consumo de frutas fue de tres porciones y media ($M = 3.45$, $DS = 3.12$) y el consumo de verduras media porción menor ($M = 3.00$, $DS = 2.87$). Si bien la variabilidad de estos datos es alta, el promedio tiene una tendencia a cero, lo que no es un buen indicador de ese consumo de frutas y verduras. Al analizar su moda, se encuentran valores de 2 y 1 respectivamente. Además, para la pregunta por el vómito los datos arrojaron que, a excepción de un participante, todos contestaron “Ningún día” ($M = 1.05$, $DS = 0.21$).

Como tercera dimensión, se encontraban las preguntas de sueño. Para esto se preguntó inicialmente por la hora de dormir y despertar entre semana y en fines de semana. El comportamiento de estos horarios fue para el despertar entre semana las cinco de la mañana ($M = 5.11$, $DS = 0.04$) y la hora de dormir las nueve de la noche ($M = 20.53$, $DS = 6.84$), es importante anotar que este último dato tiene una variabilidad importante, se identificó que algunos estudiantes (7), reportaron irse a dormir después de la media noche. Para los fines de semana, se tiene que el despertar se da sobre las nueve de la mañana ($M = 9.25$, $DS = 0.05$) y la hora de dormir esta sobre la una de la mañana ($M = 12.53$, $DS = 0.44$), sin mayor dispersión de los datos.

Seguidamente, se preguntó por si se dormía entre 7 y 9 horas, pues es el promedio de horas sugeridas para descansar adecuadamente y se encontró que la opción de respuesta “1-2 días”, fue la más seleccionada ($M = 2.41$, $DS = 1.29$), dato que resulta preocupante debido a la importancia del sueño. Después, se evaluó el impacto del sueño o el sentirse cansado en diferentes actividades durante una semana típica de clases dentro del último mes. Preguntando así

por los días (1: Ningún día, 2: 1-2 días, 3: 3-4 días, 4: 5-6 días y 5: Todos los días) en los que: ¿Duermes lo suficiente como para sentirte descansado? y ¿te sientes somnoliento o te cuesta mantenerte despierto? Luego, planteando el escenario en el que se duerme menos por: ¿Realizar actividades académicas?, ¿Estar con amigos, estar con la familia o salir a rumbeo?, ¿navegar en internet, chatear, ver televisión o usar videojuegos?, ¿problemas personales?, ¿Tener una dificultad para levantarse de la cama por no haber dormido lo suficiente? Y finalmente, se pregunta si se incumplió algún compromiso por quedarse dormido.

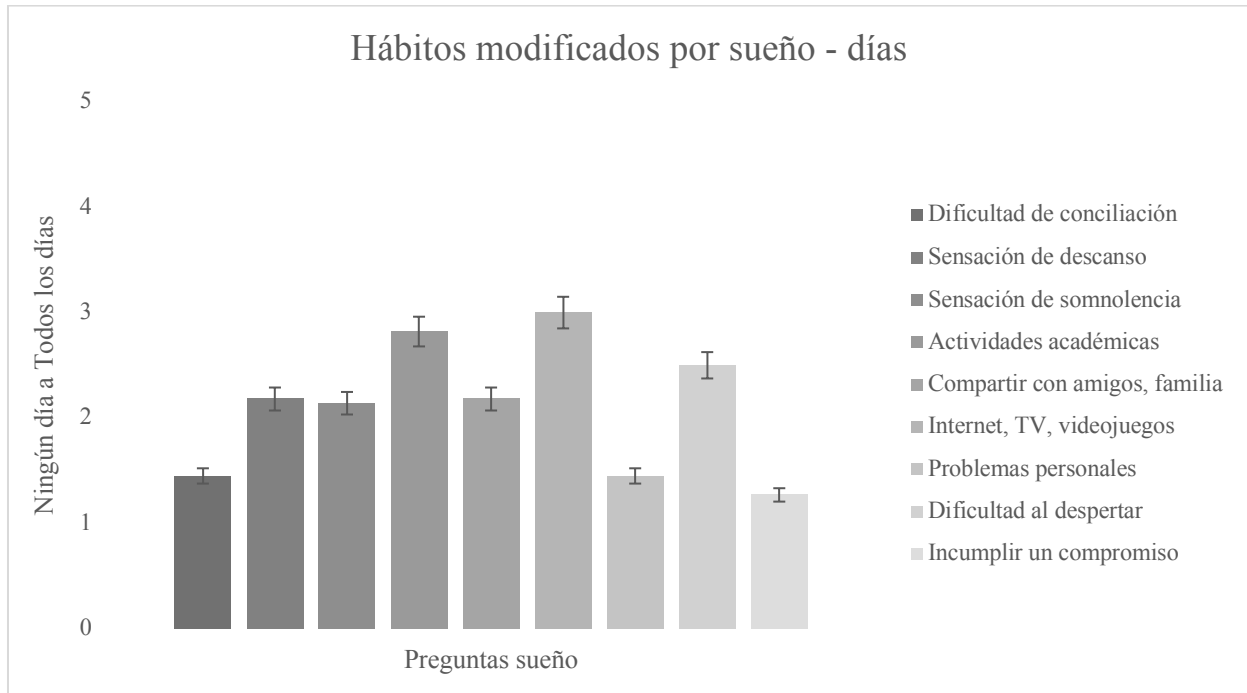


Figura 4. Media de respuestas en ítems de sueño.

La figura 4, muestra el comportamiento medio de respuestas a estas preguntas, siendo el dejar de dormir por actividades académicas ($M = 2.85$, $DS = 1.25$) y por estar navegando en internet, viendo televisión o jugando videojuegos ($M = 3.00$, $DS = 1.51$) los resultados con puntajes más altos con “3 a 4 días”. Seguidamente, en el rango de “1-2 días”, se encuentran las

respuestas a las preguntas de dormir lo suficiente para sentirse descansado ($M = 2.18$, $DS = 1.09$), sensación de somnolencia ($M = 2.14$, $DS = 1.35$), dejar de dormir por compartir con amigos o familiares ($M = 2.18$, $DS = 1.09$) y tener dificultades para despertar ($M = 2.50$, $DS = 1.40$). Finalmente, bajo la categoría de respuesta de “Ningún día” se encuentran los ítems de dificultad para conciliar el sueño ($M = 1.45$, $DS = 0.73$), dejar de dormir por problemas personales ($M = 1.45$, $DS = 0.73$) y quedarse dormido e incumplir a un compromiso ($M = 1.27$, $DS = 0.55$). Estos resultados muestran que el compromiso del sueño está relacionado con actividades académicas y con el uso de artefactos electrónicos en los que se pueden realizar actividades como chatear, jugar, entre otras.

Por otra parte, la dimensión de consumo de alcohol, cigarrillo y otras drogas ilegales se evaluó con preguntas específicas para cada tipo de sustancia. Para el consumo de tabaco, se encontró que la edad promedio de la primera vez en el que se prueba el cigarrillo son los quince años ($M = 15.42$, $DS = 1.73$). Se indagó si todos lo habían probado, encontrando que el 54.54% si lo había hecho y de esas 12 personas, todos habían fumado en los últimos 12 meses, con una frecuencia de uno o dos días de los 30 días del mes y en ese día que fuman, solo lo hacen una vez. En cuanto al consumo de alcohol, se encontró que la edad media de consumo de bebidas alcohólicas por primera vez es a los 14 años ($M = 14.83$, $DS = 1.54$) y de los 22 participantes, uno no lo ha hecho nunca y otro no quiso responder a la pregunta.

Ahora, para el consumo de marihuana, de los 22 encuestados solo 6 dicen haberla probado en promedio a los 15 años ($M = 15.33$, $DS = 1.36$). Además, en los últimos 12 meses, cuatro de los seis la han consumido al menos una vez más. Y en el último mes, cuatro no han consumido, otro, dos días de 30 y el sexto eligió la opción de 20 a 29 días de 30 posibles. Para el consumo de cocaína, bazuco, éxtasis, heroína, LSD, inhalante, tres de 22 han consumido por

primera vez a la edad promedio de 16 años ($M = 16.66$, $DS = 0.57$). De estos tres estudiantes, dos han consumido en los últimos doce meses, pero no en los últimos 30 días. La gráfica 5, muestra los comparativos de edad de consumo.

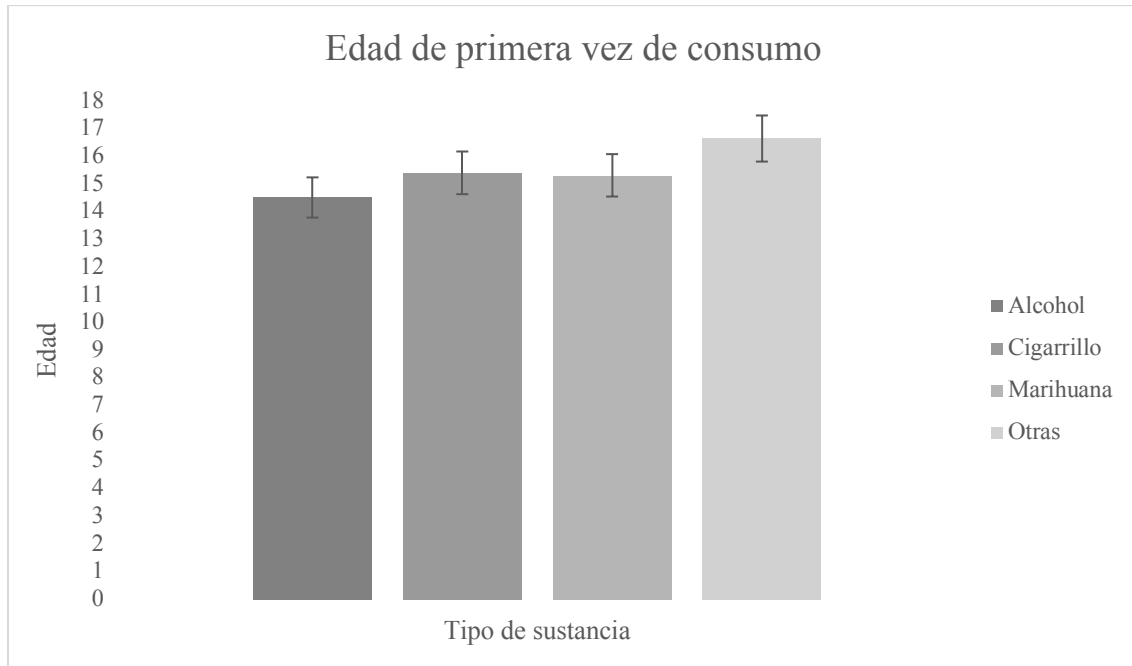


Figura 5. Edad promedio de primera vez de consumo de alcohol, cigarrillo, marihuana y otras.

Por último, para la dimensión tiempo de ocio se preguntó primero por las horas libres en épocas diferentes a las de parciales, encontrando un promedio de tres horas ($M = 3.19$, $DS = 1.72$) al día, tiempo que se disminuye una hora en promedio en periodo de parciales ($M = 2.14$, $DS = 1.42$). Luego, se indagó por la frecuencia en días de las siguientes actividades enmarcadas en el tiempo libre: Compartir con amigos y familiares, leer por diversión o descanso, tocar instrumentos musicales, componer, pintar u otras similares por diversión o descanso, ir a cine, museos, teatro o asistir a otros eventos culturales por diversión o descanso, participar en actividades de servicio social, ver televisión o películas por diversión o descanso, navegar en

internet por diversión o descanso, usar videojuegos por diversión o descanso, no hacer nada o hacer siestas y hacer deporte o ejercicio por diversión o descanso.

La siguiente gráfica (ver figura 6), muestra el comportamiento promedio para cada uno de estos indicadores de tiempo libre y de ocio. Para estos datos, solo un participante decidió no contestar, por lo que los datos que aparecen para esta dimensión son de 21 participantes.

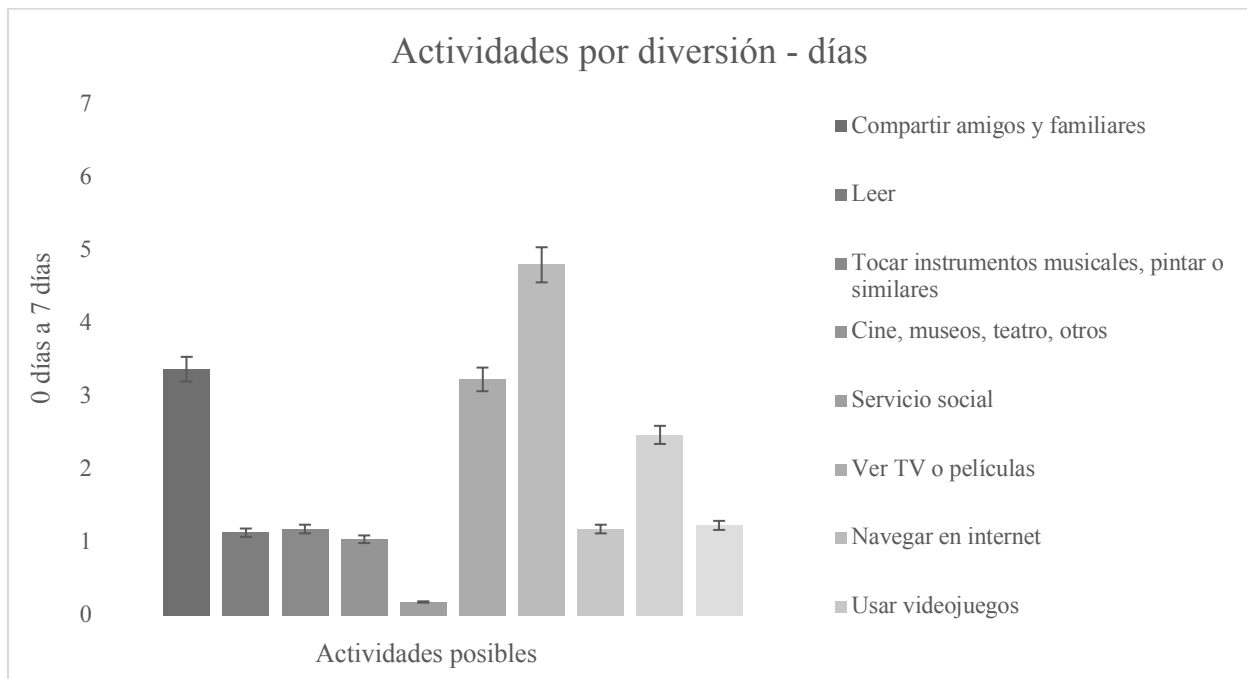


Figura 6. Promedio de días en actividades por diversión o descanso.

Así, la actividad que más se realiza por diversión o descanso es navegar en internet ($M = 4.81$, $DS = 2.44$) con un promedio de 5 días a la semana, actividad que también aparece en la evaluación del sueño. Seguido por compartir con amigos y familiares ($M = 3.38$, $DS = 2.17$) y ver televisión o películas ($M = 3.24$, $DS = 2.73$), con una frecuencia de tres días a la semana. Con dos días a la semana, esta no hacer nada o tomar siestas por diversión ($M = 2.48$, $DS = 1.72$). Las demás actividades en el marco de realizarse por diversión, quedan en un promedio de un día a la

semana, estas son leer ($M = 1.14$, $DS = 1.75$), tocar instrumentos musicales, pintar o similares ($M = 1.19$, $DS = 1.50$), ir a cines, teatros o museos ($M = 1.85$, $DS = 0.86$), realizar servicio social ($M = 0.19$, $DS = 0.51$), usar videojuegos ($M = 1.19$, $DS = 1.60$) y hacer ejercicio ($M = 1.24$, $DS = 1.60$). Haciendo evidente la baja tendencia al servicio social con el menor puntaje, casi de cero días a la semana.

De lo anterior, se entienden los comportamientos asociados con las cinco dimensiones de estilos de vida evaluadas del Cuestionario de estilos de vida en jóvenes universitarios CEVJU-RII: actividad física, alimentación, sueño, consumo de alcohol, cigarrillo y otras sustancias ilegales discriminadas para marihuana y otras y el tiempo de ocio o tiempo libre destinado a descansar o divertirse. Esto para los 22 participantes que la desarrollaron junto con los demás instrumentos del proyecto, como datos preliminares de la fase 1 del proyecto en curso.

Discusión y conclusiones

Los estilos de vida de los estudiantes universitarios son determinantes para su salud y calidad de vida (Lema Soto, *et al.*, 2009). Por tanto, evaluar las dimensiones que la componen es relevante y además debe hacerse de forma longitudinal para identificar los cambios e indagar la causa de los mismos. Para esta recolección preliminar como parte del proceso de adaptación de cinco de los ocho componentes del Cuestionario de estilos de vida en estudiantes universitarios (CEVJU-RII) se encontraron datos relevantes que merecen ser analizados y discutidos en este informe de investigación del trabajo realizado en la modalidad de asistencia de investigación para el proyecto de Trayectorias de vida y salud en estudiantes universitarios de la Pontificia Universidad Javeriana.

Para la primera dimensión evaluada, actividad física, se encontraron dos resultados que son llamativos y paradójicos pues la tasa de actividad vigorosa fue baja en días, pero cuando se evalúa la intensidad de cuando se realiza, esta es alta; mientras que, la frecuencia de la actividad leve es alta, su intensidad es muy baja, con solo 15 minutos al día por cuatro días a la semana. Según Jacoby, Bull & Neiman (2003) “30 minutos diarios de ejercicio físico de intensidad moderada cada día o durante casi todos los días de la semana proporcionan beneficios de salud importantes” (p. 223). Además, mencionan que esta es la forma en la que el riesgo de enfermedades cardiovasculares, diabetes, osteoporosis, cáncer, entre otras, pueden ser reducidas. Para los datos recolectados, no hay una consistencia en días, ni en minutos de realización de la actividad física, se podría decir que el indicador que más cercano está a lo estipulado es de 30 minutos diarios de actividad moderada, pero esto no es suficiente para plantear que el hábito saludable de la actividad física este instaurado en la población evaluada a pesar de los datos arrojados.

En este sentido, para prevenir enfermedades no transmisibles aparece la necesidad de programas que buscan hacerle frente a esta situación que va en aumento, como el programa VIDA CHILE (Salinas & Vio, 2003), en el que se crean pautas de actividad física por medio de entrenamientos, el fomento de programas escolares y el mejoramiento de espacios públicos para su uso en actividades físicas. Esto es además importante porque al ser el sedentarismo una de las cinco causas principales de enfermedad y muerte, el problema en esta dimensión trasciende los estilos de vida y se convierte en un problema de salud pública (Jacoby, *et al.*, 2003) de difícil manejo si se sigue direccionando a la intervención y no a la prevención.

Por otra parte, la dimensión de alimentación merece ser analizada con detenimiento, pues al aparecer el consumo de todos los ítems propuestos sobre el punto medio, podría dar la falsa ilusión de tener una alimentación balanceada, sin embargo, alimentarse con la misma frecuencia de frutas y verduras y comidas rápidas y dulces tiene implicaciones importantes para la salud. Un estudio realizado en el 2006 (Montero Bravo, Úbeda Martín & García González, 2006) en estudiantes del área de salud, reflejó que los niveles de conocimientos relacionados con la nutrición son determinantes para los hábitos de consumo individual. Donde la premisa es que, a más información, mejores hábitos, pero se encontró que los factores sociales, culturales y económicos contribuyen en el establecimiento y cambio de la alimentación.

Algunas consideraciones que se deben tener con estos datos preliminares y que probablemente sean una característica de los estudiantes evaluados, es que la transición colegio – universidad es fundamentalmente un cambio de escenario y que no se sabe cual es la información que poseen en cuanto a los hábitos alimenticios ni que tan instaurados quedaron desde la infancia (Montero Bravo, *et al.*, 2006). Además, la ingesta de frutas y verduras debería ser mayor que los otros tres grupos, lo que evidencia un desequilibrio nutricional que además ya se ha evidenciado

en encuestas que reflejan el consumo inadecuado de alimentos, induciendo la presencia excesiva de sal y la ausencia de nutrientes esenciales (López Nomdedeu, 2002). Para esta muestra no se calculan los porcentajes nutricionales pues no es un objetivo de la investigación.

Ahora bien, algo que si se evidenció fue la omisión de comidas de tres a cuatro días a la semana. No se sabe cuál comida se omite, pero si se complementa con lo presentado anteriormente y con que el consumo de frutas y verduras es en promedio de tres a cuatro porciones, se puede decir que la consistencia alimentaria no es buena en los estudiantes encuestados. Mantener horarios de comidas ayuda al cuerpo en su metabolismo y organización de procesos como el sueño (López Nomdedeu, 2002).

Así, para las dos dimensiones analizadas hasta este punto, se encuentra una correlación importante entre el sedentarismo y el sobrepeso, ambas derivadas de malos hábitos saludables, pero sobre todo se inscriben en actividad física y alimentación respectivamente. La Organización Mundial de la Salud, reportó que “el número de niños y adolescentes de edades comprendidas entre los cinco y los 19 años que presentan obesidad se ha multiplicado por 10 en el mundo en los cuatro últimos decenios” (OMS, 2017), encontrando que esto se debía en gran medida a la comercialización, las políticas y los precios de los alimentos. Además, Ledo-Varela, de Luis Román, González-Sagrado, Izaola Jauregui, Conde Vicente & Aller de la Fuente (2011) mencionan que, si bien la aparición de enfermedades cardiovasculares se da sobre los 40 años, sus precursores están asociados a edades tempranas y se puede hablar del efecto “lag-time” de los factores de riesgo.

Seguidamente, para la dimensión de sueño se encontró que de los siete días a la semana solo uno o dos se tiene un dormir entre siete y nueve horas. Lo que representa un riesgo importante en la salud de los universitarios, pues estudios como los de Kripke, Simons, Garfinkel

& Hammond (1979) y Kripke, Garfinkel, Wingard, Klauber & Marter (2002), encontraron en datos recopilados a lo largo de seis años que la reducción del riesgo de mortalidad se veía regulada en gran medida por dormir entre siete y ocho horas y, por tanto, dormir menos de cuatro horas o más de ocho horas aumentaba el riesgo de muerte temprana. Por consiguiente, el impacto de este dato es relevante y preocupante, teniendo en cuenta que el promedio de edad de los participantes esta entre los 17 y 19 años.

También, se encontró que las diferencias de los horarios entre semana y en fines de semana esta en el despertar, entre semana es alrededor de las cinco de la mañana y los fines de semana sobre las nueve de la mañana, pero la hora de irse a dormir no es muy diferente entre semana y en fines de semana, siendo estas las 11 de la noche o la una de la madrugada respectivamente. Es entre semana probablemente cuando no se están completando las horas de sueño sugeridas. Además, se podría pensar que estos participantes no tienen ni una tendencia matutina, ni una vespertina, que según Buela-Casal & Caballo (1991) son los grupos entre los que pueden clasificarse las tendencias circadianas de sueño-vigilia.

Esto, podría implicar una disminución en la calidad de vida. Pues el funcionamiento diario va a depender de la hora del día, la actividad y en esa medida del sueño obtenido (Miró, Cano-Lozano & Buela-Casal, 2005). Además, podría suponer la aparición del fenómeno de somnolencia diurna que consiste en un déficit de sueño que se hace manifiesto en una deuda hipotética resultado de la prolongación de la vigilia o el ciclo natural circadiano propio de cada individuo (Bórquez, 2011).

En esta línea, el hallazgo de que el uso de internet, videojuegos y chatear, seguido por actividades académicas, tienen impacto en el sueño, refiriendo los estudiantes que dejan de dormir por realizar estas actividades. Específicamente, el posible abuso de internet podría estar

caracterizado por necesidad de incrementar el tiempo de conexión o pensamientos recurrentes en relación con el recurso, así como el impacto en actividades cotidianas como un deterioro en las diferentes esferas de bienestar del individuo y sus hábitos saludables trastocados (García del Castillo, Terol, Nieto, Lledó, Sánchez, Martín-Aragón & Sitges, 2008).

En este sentido, la aparición de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación facilitan y complican los estilos de vida (Echeburúa & de Corral, 2010). Las señales de alarma del uso excesivo de los recursos tecnológicos tienen que ver con la privación del sueño, descuido de otras actividades importantes, reclamos de personas cercanas por estar “conectado”, aislamiento social, entre otras. El factor que determina el impacto de la red tiene que ver sobre todo con la interferencia en la vida cotidiana de la persona, más que con el tiempo dedicado a ello (Davis, 2001).

Por otra parte, para la cuarta dimensión sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias ilegales, se tiene que todas se consumen por primera vez en un rango de 14 a 17 años, iniciando con el alcohol, luego cigarrillo, marihuana y otros y a medida que aumenta la edad, se reduce el tipo de sustancias a probar y la cantidad de personas que lo realizan. No se tiene el estadístico, pero se podría suponer una relación inversamente proporcional entre el tipo de sustancia cuando el orden es alcohol, cigarrillo, marihuana y otras y, la edad de consumo y otra del tipo de sustancia (también en ese orden) y la cantidad de personas que la ingieren,

Para los 22 participantes de este informe, el consumo de sustancias no es problemático a excepción de un participante y el consumo de marihuana. Sin embargo, es un tema que en la actualidad es de relevancia pues el consumo de sustancias, específicamente psicoactivas va en aumento (Salazar Torres & Arrivillaga Quintero, 2004). Los comportamientos relacionados y estudiados con el consumo de drogas tienen que ver con el modo en el que estas se emplean, la

frecuencia de uso, el manejo de los efectos a nivel físico, cognitivo, emocional y conductual, así como el manejo de relaciones interpersonales, pertenencia a grupos entre otros.

Indiscutiblemente, la conducta de consumo tiene que ver con el contexto, a quien comprarle, como comprarlo o si es el mismo el que inicia el expendio de drogas. Además, la evaluación de consumo debería tener en cuenta tres factores, estos son las características de la droga, las características de las personas (personalidad, competencias, autocontrol, habilidades comunicativas) y las características del contexto (Salazar Torres & Arrivillaga Quintero, 2004).

Finalmente, para la dimensión de tiempo de ocio, se encontró que el factor de uso de tecnología de información y comunicación es el de más frecuencia en términos de diversión, seguido por compartir con familiares, pero para la incursión en actividades relacionadas con servicio social es puntaje es casi cero, es decir ningún día a la semana. Lo anterior, puede inscribirse dentro de diferentes categorías según la clasificación de Rodríguez & Agulló (1999) en donde el tiempo de ocio puede ser catalogado como prácticas culturales, actividades de ocio que incluyen deporte, turismo, esparcimiento nocturno donde la base de la actividad no es el interés cultural y finalmente la categoría de actividades generales como charlas con amigos o pasear. Sin ser unas mejores que las otras, lo que es de resaltar es que existen dichos espacios, pero los que puntúan más alto no tienen relación con las prácticas culturales que promueven el desarrollo del individuo.

A modo de conclusión, se puede decir que para un nivel de análisis básico de los resultados se encontraron datos importantes que reflejan las investigaciones ya existentes en parte y evidencias que la adaptación del cuestionario fue correcta por el comportamiento estadístico de los datos. Además, permite pensar en posibles preguntas a correlacionar con los demás cuestionarios aplicados en la investigación global que seguramente proporcionara información

pertinente, relevante y necesaria para impactar positivamente el ingreso a la universidad y los cambios que se dan al interior de ella.

Limitaciones

En términos generales, se puede decir que una de las grandes limitaciones es la recolección de la información. Pues al ser un cuestionario largo los estudiantes prefieren no terminarlo. Si bien se plantearon diferentes estrategias y mecanismos de difusión de la información la acogida fue poca. A nivel teórico, valdría la pena repasar el concepto de calidad de vida y salud pues una lectura escasa y comprensión baja de estos constructos podría derivar a interpretaciones teóricas y prácticas equivocadas.

Referencias

- Alonso, L.M., Pérez, M.A., Alcalá, G., Lubo, A. & Consuegra, A. (2008). Comportamientos de riesgo para la salud en estudiantes colombianos recién ingresados a una universidad privada en Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*; 24(2): 235-247.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: Una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*; 35(2): 161-164.7
- Arguello, M., Bautista, Y., Carvajal, J., De Castro, K., Díaz, D., Escobar, M. (2009). Estilos de vida en estudiantes del área de la salud de Bucaramanga. *Revista de Psicología*;1(2):0-0.
- Arrivillaga, M., & Salazar, I. (2005). Creencias relacionadas con el estilo de vida de jóvenes latinoamericanos. *Psicología Conductual*, 13, 19-36.
- Azmitia, M., Syed, M., & Radmacher, K. (2013). Finding Your Niche: Identity and Emotional Support in Emerging Adults' Adjustment to the Transition To College. *Research on Adolescence*, 23(4), 744-761.
- Barnett, N. P., Ott, M. Q., Rogers, M. L., Loxley, M., Linkletter, C., & Clark, M. A. (2014). Peer Associations for Substance Use and Exercise in a College Student Social Network. *Health Psychology*, 33(10), 1134-1142.
- Bayram, N., & Bilgel, N. (2008). The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Soc Psychiatry Epidemiol*, 43(8), 667-672. doi:10.1007/s00127-008-0345-x
- Becoña, E., Vázquez, F. y Oblitas, L. (2004). Promoción de los estilos de vida saludables. *Alapsa*, 5, 1-40.
- Blanco, C., Okuda, M., Wright, C., Hasin, D., Grant, B., Liu, S., & Olfson, M. (2008). Mental health of college students and their non-college attending peers: Results from the national epidemiologic study on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry*, 65(12), 1429-1437.
- Brannon, L., Feist, J., & Updegraff, J. A. (2014). Introducing Health Psychology. En L. Brannon, J. Feist, & J. A. Updegraff, *Health Psychology* (págs. 1-17). Belmont: Cengage Learning.
- Buela-Casal, G. & Caballo, V. (1991). Patrones de sueño y diferencias individuales. En G. Buela-Casal & J. Navarro (dirs.), *Avances en la investigación del sueño y sustrastornos* (pp. 47-57). Madrid: Siglo XXI.
- Cáceres, D., Salazar, I., Varela, M., & Tovar, J. (2006). Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. *Universitas Psychologica*, 5(3), 521-534.

- Campo F., Y., & Pombo O, L., & Teherán V., A. (2016). Estilos de vida saludable y conductas de riesgo en estudiantes de medicina. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 48 (3), 301-309.
- Campos, M., Iraurgi, J., Páez, D. y Velasco, C. (2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes un metaanálisis de 13 estudios. *Boletín de Psicología*, 82, 25-44.
- Carter, A. C., Brandon, K. O., & Goldman, M. S. (2010). The college and no college experience: a review of the factors that influence drinking behavior in young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71(5), 742-750.
- Carrillo-Mora, P., Ramírez-Peris, J. & Magaña-Vázquez, K. (2013). Neurobiología del sueño y su importancia: antología para el estudiante universitario. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM* 56(4): 5-15.
- Cleary, M., Walter, G., & Jackson, D. (2011). “Not Always Smooth Sailing”: Mental Health Issues Associated with the transition from High School to College. *Issues in Mental Health Nursing*, 32(4), 250-254.
- Consortio de Universidades. (2013). *Guía para universidades saludables*. Lima: Consorcio de Universidades.
- Córdoba, L., Mora, A., Bedoya, Á., & Verdugo, M. Á. (2007). Familias de Adultos con Discapacidad Intelectual en Cali, Colombia, Desde el Modelo de Calidad de Vida. *Psykhe (Santiago)*, 16(2), 29-42. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282007000200003>
- DANE (2017). Metodología General Encuesta Nacional de Calidad de Vida - ECV 2016. Recuperado el 3 de noviembre de 2017, de http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/fichas/metodologia_ECV-2016.pdf
- Davis, R.A. (2001). A cognitive-behavioral model of pathological Internet use. *Computers in Human Behavior*, 17, 187-195.
- Duarte, C., Varela, M.T., Salazar, I.C., Lema, L.F., Tamayo, J.A. (2012). Motivaciones y recursos para el consumo de sustancias psicoactivas en universitarios. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*;17(1) :92-104.
- Echeburúa, E., & de Corral, P. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. *Adicciones*, 22 (2), 91-95.
- Escobar, M.P. & Pico, M.E. (2013). Autocuidado de la salud en jóvenes universitarios, Manizales, 2010-2011. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*;31(2):178-186.
- Escobar-Pérez, J. & Cuervo-Martínez, A. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: Una aproximación a su utilización. *Avances en medición*, 6: 27-36.

- Extremera Pacheco, N. & Fernández Berrocal, P. (2004). Inteligencia emocional, calidad de las relaciones interpersonales y empatía en estudiantes universitarios. *Clínica y Salud*, 15 (2), 117-137.
- García del Castillo, J., Terol, M., Nieto, M., Lledó, A., Sánchez, S., Martín-Aragón, M., & Sitges, E. (2008). Uso y abuso de Internet en jóvenes universitarios. *Adicciones*, 20 (2), 131-142.
- González, C., Diaz, Y., Mendizábal-Ruiz, A., Medina, E., & Morales, J. (2014). Prevalencia de obesidad y perfil lipídico alterado en jóvenes universitarios. *Nutrición Hospitalaria*, 29(2), 315-321.
- González Ramírez MT, Landero Hernández R, García-Campayo J. (2009). Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicósomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. *Rev Panam Salud Publica*; 25(2):141–5.
- Han, J. L., Dinger, M. K., Hull, H. R., Randall, N. B., Heesch, K. C., & Fields, D. A. (2008). Changes in women's physical activity during the transition to college. *American Journal of Health Education*, 39(4), 194-199.
- Heusinkveld, K. B. (1997). Cancer prevention and risk assesment. En C. Varrichio, M. Pierce, C. Walker, & T. B. Ades, *A cancer source book for nurses* (págs. 35-42). Atlanta: The American Cancer Society.
- Instituto Nacional de Salud (2013). Día mundial sin Tabaco. Recuperado el 2 de noviembre de 2017, de <http://www.ins.gov.co/Noticias/SiteAssets/Paginas/dia-mundial-sin-tabaco0529-9373/INFORMACION%20CONSUMO%20TABACO.pdf>
- Intra, M., Roales-Nieto, J., & Moreno, E. (2011). Cambio en las conductas de riesgo y salud en estudiantes universitarios argentinos a lo largo del periodo educativo. *International journal of psychology and psychological therapy*, 11(1), 139-147.
- Jacoby, E., Bull, F. & Neiman, A. (2003). Cambios acelerados del estilo de vida obligan a fomentar la actividad física como prioridad en la Región de las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 14(4), 223-225. <https://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892003000900001>
- Kripke, D. F., Garfinkel, L., Wingard, D., Klauber, M.R. & Marder, M. R. (2002). Mortality associated with sleep duration and insomnia. *Archives of General Psychiatry*, 59, 131-136.
- Kripke, D. F., Simons, R. N., Garfinkel, L. & Hammond, E. C. (1979). Short and long sleep and sleeping pills: Is increased mortality associated? *Archives of General Psychiatry*, 36, 103-116.
- Ledo-Varela, M.^a T., de Luis Román, D. A., González-Sagrado, M., Izaola Jauregui, O., Conde Vicente, R., & Aller de la Fuente, R. (2011). Características nutricionales y estilo de vida en universitarios. *Nutrición Hospitalaria*, 26(4), 814-818.

- Lema Soto, L.F., Salazar Torres, I.C., Varela Arévalo, M.T., Tamayo Cardona, J.A., Rubio Sarria, A. & Botero Polanco, A. (2009). Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida. *Pensamiento Psicológico*, 5(12): 71-88.
- López, M. (2008). Etapas del cambio conductual ante la ingesta de frutas y verduras, control del peso y ejercicio físico de estudiantes de la universidad del desarrollo, sede concepción, Chile. *Revista Chilena de Nutrición*, 34(3), 215-224.
- López Nomdedeu C. (2002). Educación nutricional de niños/as y adolescentes. En: *Alimentación Infanti y Juvenil*. Estudio Enkid. Serra L, Aranceta J (eds.). Masson, 61-68. Barcelona.
- Marks, D. F., Murray, M., Evans, B., Willig, C., Woodall, C., & Sykes, C. M. (2008). La Psicología de la Salud como un nuevo campo de investigación. En D. Marks, M. Murray, B. Evans, C. Willig, C. Woodall, & C. M. Sykes, *Psicología de la Salud: teoría, investigación y práctica (págs. 3-29)*. México: Manual Moderno.
- Martin, L. A., Critelli, J. W., Doster, J. A., Powers, C., Purdum, M., Doster, M. R., & Lambert, P. L. (2013). Cardiovascular risk: Gender differences in lifestyle behaviors and coping strategies. *International Journal of Behavioral Medicine*, 20, 97-105.
- Miró, E., Cano-Lozano, C., & Buela-Casal, G. (2005). SUEÑO Y CALIDAD DE VIDA. *Revista Colombiana de Psicología*, 14, 11-27.
- Montero Bravo, A., Úbeda Martín, N., & García González, A. (2006). Evaluación de los hábitos alimentarios de una población de estudiantes universitarios en relación con sus conocimientos nutricionales. *Nutrición Hospitalaria*, 21(4), 466-473.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2015). College Drinking. Recuperado el 2 de noviembre de 2017, de <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/CollegeFactSheet/CollegeFactSheet.pdf>
- Núñez Del Arco, C.R. (2005). Habilidades sociales, clima social familiar y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Liberabit*, 11(11), 63-74.
- Nuviala Nuviala, A., Ruiz-Juan, F., & García Montes, M. (2015). Tiempo libre, ocio y actividad física en los adolescentes. La influencia de los padres. *Retos*, 0(6), 13-20.
- Oblitas, L. (2008). El estado del arte de la Psicología de la Salud. *Revista de Psicología*, XXVI (2), 219-256.
- Organización Mundial de La Salud. (2010). Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. 1-58. Recuperado el 4 de noviembre de 2017, de http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2013). 10 datos sobre las enfermedades no transmisibles. Recuperado el 1 de noviembre de 2017, de http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/es/

- Organización Mundial de la Salud. (2014). Actividad física. Recuperado el 2 de noviembre de 2017, de <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2015). Acerca de las universidades promotoras de salud. Recuperado el 1 de noviembre de 2017, de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10669&Itemid=41389&lang=es
- Organización mundial de la salud (2017). La obesidad entre los niños y los adolescentes se ha multiplicado por 10 en los cuatro últimos decenios. Recuperado el 5 de noviembre de 2017, de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/increase-childhood-obesity/es/>.
- Organización Panamericana de la Salud (2009). Una Nueva Mirada al Movimiento de Universidades Promotoras de la Salud en las Américas. Recueprado el 1 de noviembre de 2016, de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=270&gid=30019&lang=es
- Páez, M. L., & Castaño, J. (2010). Estilos de vida y salud en estudiantes de una facultad de psicología. *Psicología desde el caribe*, 25, 155-178.
- Pérez-Olmos I, Muñoz-Delgado J, González-Reyes R, Talero-Gutiérrez C. (2012). Sleep quality perception in youth population. *Rev. Cienc. Salud*; 10(1):7-19.
- Bórquez, P. (2011). Calidad de sueño, somnolencia diurna y salud autopercebida en estudiantes universitarios. *Eureka (Asunción)*, 8(1), 80-90.
- Pullen, C., Noble, S., & Fiandt, K. (2001). Determinants of health-promoting lifestyle behaviors in rural older women. *Family and community health*, 24(2), 49-73.
- Ramírez-Vélez, R., & Agredo, R., & Jerez, A., & Chapal, L. (2008). Calidad de Vida y Condiciones de Salud en Adultos Mayores no Institucionalizados en Cali, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 10 (4), 529-536.
- Rodríguez, J., & Agulló, E. (1999). Estilos de vida, cultura, ocio y tiempo libre de los estudiantes universitarios. *Psicothema*, 11(2), 247-259.
- Rodríguez, N., Ríos, M., Lozano, L., & Álvarez, M. (2009). Percepción de jóvenes universitarios respecto a su salud. *Enseñanza e investigación en psicología*; 14(2), 245-260.
- Salas Zapata, C. & Grisales Romero, H. (2010). Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. *Rev Panam Salud Publica*;28(1) 9-18.
- Salazar Torres, I., & Arrivillaga Quintero, M. (2004). El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, como parte del estilo de vida de jóvenes universitarios. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 74-89.

- Salazar, I. C., Varela, M. T., Lema, L. F., Tamayo, J. A., & Duarte, C. (2010). Evaluación de las conductas de salud en jóvenes universitarios. *Revista de Salud Pública*, 12(4), 599-611.
- Salinas, J., Vio, F. (2003). Promoción de salud y actividad física en Chile: política prioritaria. *Rev Panam Salud Publica*;14(4):281–288.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud. Aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 9(2), 8-15.
- Sierra, J.C., Jiménez-Navarro, C. & Martín-Ortiz, J.D. (2002). Calidad del sueño en universitarios: Importancia de la higiene del sueño. *Salud Mental*, 25(6): 35-43.
- Skjong, R. & Wentworth, B. (2000). Expert Judgement and risk perception. Recuperado el 1 de noviembre de 2017, de <http://research.dnv.com/skj/Papers/SkjWen.pdf>
- Tamayo Cardona, J., & Rodríguez, K., & Escobar, K., & Mejía, A. (2015). ESTILOS DE VIDA DE ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 20 (2), 147-160.
- Twisk, J. W. (2003). *Applied longitudinal data analysis for epidemiology. A practical guide*. London: Cambridge.
- Varela-Arévalo MT, Ochoa-Muñoz AF, Tovar-Cuevas JR. (2016). Tipologías de estilos de vida en jóvenes universitarios. *Rev Univ. Salud*; 18(2) :246-256.
- Velarde-Jurado E & Avila-Figueroa C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Publica Mex*; 44:349-361.
- Ventura, M. (2002). Procesos emocionales y afectivos. *Pensamiento Psicológico*, 1(1): 9-24.
- Wechsler, H., Lee, J. E., Nelson, T. F., & Kuo, M. (2002). Underage college students' drinking behavior, access to alcohol, and the influence deterrence policies. *Journal of American College Health*, 50(5), 223-236

Anexos

Anexo 1. Consentimientos informados

Trayectorias de salud y del estilo de vida en estudiantes universitarios: Un estudio longitudinal prospectivo de los tres primeros años de formación profesional (**FASE 1**)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los doctores Fabián Bravo Reyes del Grupo de Investigación **Salud y Calidad de Vida** de la Javeriana Cali y Luis Manuel Silva y Diana Riaño del grupo de investigación **Psicología y Salud** de la Javeriana Bogotá, te invitamos a participar de una investigación que pretende estudiar la salud de los universitarios durante el curso de la carrera profesional.

La participación en la investigación consistirá, siempre que autorices y firmes el presente documento, en contestar cada año y durante tres años, dos cuestionarios cuyos fines son: a) conocer la percepción que tienes de tu salud física y mental, y en segunda instancia, b) conocer los comportamientos saludables o no saludables que hacen parte de tu estilo de vida, ambos al momento de cada encuentro.

De la investigación participarán aproximadamente 500 estudiantes menores de 23 años que a principios de 2017 estén empezando su educación universitaria. Con toda la información recolectada esperamos conocer cómo impactan los años de universidad en la salud de los jóvenes, tema que es de enorme interés para la Universidad Javeriana.

Para firmar este documento debes tener presente que:

- Tu participación en el estudio es completamente voluntaria, puedes realizar preguntas o retirarte en cualquier momento sin tener que explicar tu decisión.
- La información se manejará de manera confidencial, para ello cada estudiante será identificado con un código que permita reconocer sus cuestionarios, pero sin revelar su identidad.
- La base de datos se manejará siguiendo todos los principios éticos y de confidencialidad y sólo estará disponible para el equipo investigador.
- Los datos recolectados se presentarán de forma general en algunos congresos y artículos científicos, pero cualquier presentación omitirá datos personales que permitan identificar a los participantes individuales.
- Una copia del presente documento será guardada para cada participante junto a sus cuestionarios. Del archivo se encargará el investigador principal.

Adicional a lo anterior, te informamos que esta investigación no representa riesgos para la salud. Tampoco representará beneficios económicos ni académicos, es decir que no recibirás dinero ni estímulos por la participación, pero tampoco tiene costo alguno, a excepción del tiempo que deberás destinar para responder los cuestionarios. Durante el tiempo que dure el estudio, podrás presentar tus preguntas e

inquietudes o solicitar información sobre los datos de investigación al grupo investigador. Igualmente puedes abstenerte de responder si en algún momento llegas a sentirte incómodo/a.

Una vez leída y comprendida la información anterior, en pleno uso de mis capacidades, manifiesto mi aceptación para participar en la investigación. En tal sentido, la firma del consentimiento informado, implica autorización para la aplicación de los cuestionarios que hacen parte del estudio.

Yo, _____, identificado con cc/ti _____ declaro que he sido informado(a) de los objetivos del presente estudio a realizar por la Pontificia Universidad Javeriana.

Firma del estudiante _____ Documento _____

Número de contacto: _____

Testigo

Nombre _____ Firma: _____ CC

_____ Celular _____

Por la Universidad Investigador principal

Nombre _____ Firma _____ CC.

_____ Celular _____

En caso de tener alguna pregunta sobre el estudio, querer información adicional o indicar algún efecto asociado a su participación, puede contactar en cualquier momento a los investigadores principales: Fabián Bravo (3218200 Ext. 8470 de la ciudad de Cali) o Luis Manuel Silva (luis.silva@javeriana.edu.co).

Consentimiento informado para padres o acudientes de menores de edad

Los doctores Fabián Bravo Reyes del Grupo de Investigación **Salud y Calidad de Vida** de la Javeriana Cali y Luis Manuel Silva y Diana Riaño del grupo de investigación **Psicología y Salud** de la Javeriana Bogotá, invitamos a participar de una investigación que pretende estudiar la salud de los universitarios durante el curso de la carrera profesional.

Por tal motivo le solicitamos su permiso y aprobación para que su hijo menor de edad sea participante de esta investigación. A continuación, adjuntamos la información que describe las implicaciones de la participación de su hijo/a en esta investigación. En caso de estar interesados tanto usted como su hijo, le agradecemos firmar al final de este formato para manifestar su autorización.

Una vez leída y comprendida la información anterior en pleno uso de mis capacidades, manifiesto mi aceptación para la participación de la investigación. En tal sentido, la firma del consentimiento informado implica autorización para la aplicación de los cuestionarios que hacen parte del estudio.

Yo, _____, identificado con cc _____ declaro que he sido informado(a) de los objetivos del presente estudio a realizar por la Pontificia Universidad Javeriana, y que autorizo que _____, de quien soy acudiente, participe en el estudio.

Firma _____ Documento _____

(se adjunta formato de asentimiento con la información presentada al/a la joven).

Anexo 2. Informe de correcciones versión virtual de la encuesta.

COMPARACIÓN DEL CUESTIONARIO ONLINE Y FÍSICO

1. En el cuestionario online en la información personal, la cuarta pregunta “Cambiaste de ciudad para entrar a la Javeriana” se omite y se pregunta directamente “ciudad de Procedencia (donde vivías antes de ingresar a la Universidad)” CAMILA: INCLUIR LA PREGUNTA DE CAMBIASTE DE CIUDAD Y HACER LA CONDICIÓN PARA QUE APAREZCA LA SIGUIENTE.
2. En los enunciados principales del Cuestionario WHOQOL-BREF PARA LA VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA donde se explica la dimensión a medir y las escalas de frecuencia y dice “en las últimas dos semanas” se omite la aclaración que se da al lado en el cuestionario físico “(15 días)”
3. En el cuestionario online aparece: Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto has experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas:
En el cuestionario físico aparece: Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto has experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas (15 días):
Igualmente pasa con los enunciados previos de las preguntas 3, 10, 16, 26.
4. Cuando se llega al CUESTIONARIO SF-36. TU SALUD Y BIENESTAR, la enumeración del cuestionario online no coincide con el cuestionario físico. En el virtual se continúa con el consecutivo del cuestionario anterior, siguiendo con 27, 28, 29, 30...
5. En el CUESTIONARIO SF-36. TU SALUD Y BIENESTAR, en la pregunta 30 (vía online) 4 (material físico) la redacción es distinta.
6. En el cuestionario online aparece: Durante las últimas 4 semanas, ¿Cuánto tiempo ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con sus actividades académicas u otras actividades diarias normales a causa de su salud física?
En el cuestionario físico aparece: Durante las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con sus actividades académicas u otras actividades diarias normales a causa de su salud física? CAMBIARLA PARA COINCIDA CON EL CUESTIONARIO FÍSICO.
Igualmente pasa con la pregunta 31 (vía online) 5 (material físico).
7. En el CUESTIONARIO ESTILOS DE VIDA EN LA EDUCACIÓN UNIVERSITARIA, sección de ACTIVIDAD FÍSICA en las preguntas 2, 4 y 6 hay diferencias en las opciones de respuesta
Pregunta 2: “Usualmente ¿Cuánto tiempo dedicas en uno de esos días a hacer actividades físicas enérgicas?” Primero se pide marcar y luego hay un recuadro que esta antecedido de la nota “por favor escriba la justificación de su respuesta...”
Las opciones del instrumento son: dos campos para ingresar respectivamente horas y minutos y posteriormente la opción No sabe/no está seguro.
Como está actualmente en la versión ONLINE se va a crear confusión

Preguntas 4 y 6: Sumado a lo anterior sobra la opción "Sin respuesta".

Pregunta 7: Lo mismo de las anteriores excepto la opción "Sin respuesta"

8. En el CUESTIONARIO ESTILOS DE VIDA EN LA EDUCACIÓN UNIVERSITARIA, sección de ALIMENTACIÓN, vía online, antes de la pregunta 13 y 14 del cuestionario en papel falta el enunciado "En un día típico del último mes:"
EN 47 Y 48 HACER NOTA DE "EN UN DÍA TÍPICO DEL ÚLTIMO MES"
9. En la pregunta 41, al elegir la opción nunca se remite al encuestado a la pregunta 78 que no es correcta – REVISAR CONDICIONAL DE LA PREGUNTA 27
10. En las preguntas de sexualidad no le permite al encuestado seleccionar las preguntas que desea responder. Al marcar sin respuesta las preguntas iniciales (pareja y relaciones sexuales) se acaba la encuesta y en caso diferente no permite guardar dejando de contestar aquellas preguntas que el encuestado no quiere responder pues las marca como de respuesta obligatoria
En esta misma parte de la encuesta verificar el enunciado que hay antes de las preguntas de frecuencia de comportamiento sexuales. Debe decir "durante los últimos 6 meses..."