



**UNIVERSIDAD DE CASTILLA-LA MANCHA  
FACULTAD DE MEDICINA DE ALBACETE  
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS MÉDICAS  
ÁREA ATENCIÓN PRIMARIA**

**ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE HÁBITOS DE VIDA  
SALUDABLE MEDIANTE LA ESCALA DE  
VALORACIÓN DEL ESTILO DE VIDA SALUDABLE  
ADQUIRIDO**

**Raúl Salmerón Ríos  
TESIS DOCTORAL**

**ALBACETE 2019**





**UNIVERSIDAD DE CASTILLA-LA MANCHA  
FACULTAD DE MEDICINA DE ALBACETE  
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS MÉDICAS  
ÁREA ATENCIÓN PRIMARIA**

**ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE HÁBITOS DE VIDA  
SALUDABLE MEDIANTE LA ESCALA DE  
VALORACIÓN DEL ESTILO DE VIDA SALUDABLE  
ADQUIRIDO**

**Raúl Salmerón Ríos  
TESIS DOCTORAL**

**DIRECTOR: Pedro Juan Tárraga López  
CODIRECTOR: Juan Solera Alberó**

**ALBACETE 2019**





D. Pedro Juan Tárraga López, Profesor Asociado de Medicina de la Universidad de Castilla-La Mancha,

**CERTIFICA:**

Que, bajo su dirección y supervisión, Raúl Salmerón Ríos ha realizado la Tesis Doctoral titulada “Estudio epidemiológico de hábitos de vida saludable mediante la Escala de Valoración del Estilo de Vida Saludable Adquirido”. Considerando que reúne los requisitos para ser defendida ante el Tribunal que en su día se designe para la obtención del Grado de Doctor.

Albacete, a        de        del 2019,

Fdo. Pedro Juan Tárraga López





D. Juan Solera Albero, Doctor en Medicina por la Universidad Autónoma de Madrid,

**CERTIFICA:**

Que, bajo su dirección y supervisión, Raúl Salmerón Ríos ha realizado la Tesis Doctoral titulada “Estudio epidemiológico de hábitos de vida saludable mediante la Escala de Valoración del Estilo de Vida Saludable Adquirido”. Considerando que reúne los requisitos para ser defendida ante el Tribunal que en su día se designe para la obtención del Grado de Doctor.

Albacete, a      de      del 2019,

Fdo. Juan Solera Albero



*“No busques una vida fácil,  
busca la fuerza para enfrentarte a las dificultades de la vida.”*

*Bruce Lee*



## AGRADECIMIENTOS

Deseo agradecer profundamente a todos los que me han ayudado durante estos años en la realización de esta tesis; sin ellos este proyecto no hubiera llegado a término:

- Un sincero agradecimiento a mi Director de Tesis, *Pedro Juan Tárraga López*, por guiarme y enseñarme la importancia de la investigación para ser un buen Médico.
- A mi Codirector de Tesis, *Juan Solera Albero*, por ser un gran modelo a seguir como Médico.
- A mi Tutor de Tesis, *Juan Pedro Serrano Selva*, por su colaboración y ánimo.
- A mi Coordinadora de la Escuela Internacional de Doctorado, *María Mairena Martín López*, por su orientación y apoyo.
- A mi Tutor durante la Residencia, *Juan Luis López Carrasco*, mi maestro.
- A mi coordinador de la E-VEVSA, *Pedro Luis Rodríguez García*, y a sus colaboradores de la Facultad de Educación Física de la Universidad de Murcia, por su apoyo.
- A *Aránzazu Gálvez Casas*, *Eliseo García Cantó*, *Loreto Tárraga Marcos*, *Andrés Rosa Guillamón* y *Pablo Bermejo López*, por su orientación para realizar la E-VEVSA.
- A todo el *Centro de Salud del Zona II de Albacete*, sin el cual este trabajo nunca se hubiera realizado y, por ello, es también vuestro.
- A la Universidad de Castilla-La Mancha, por darme la oportunidad de defender este proyecto.
- A la *Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*, especialmente a sus Miembros de la junta directiva en Albacete, por ser un apoyo constante.
- A la *Sociedad de Medicina y Cirugía de Albacete* (próxima *Real Academia de Medicina de Castilla-La Mancha*), por su gran dedicación a apoyar a futuros doctorados.
- A la *Gerencia de Atención Integrada de Albacete* y a la *Asociación Médica para la Investigación y Docencia en Atención Primaria en Albacete*, por su formación docente y por facilitar el trabajo de campo.
- A todos los participantes en este estudio.



## DEDICATORIA

- A mis padres, *María y José Carlos*, por su apoyo incondicional durante toda la vida y por los valores que me han sabido transmitir.
- A mi hermano gemelo, *Sergio*, mejor hermano no se puede tener.
- A mi cuñada, *Ainara*, por las horas de estudio que compartimos en la Biblioteca.
- Por último, a *Julia*. Por su paciencia, amor y comprensión.



## ABREVIATURAS

AB: Albacete

ACV: Accidente Cerebrovascular

ANOVA: *Analysis of Variance*

BCC: *Behavioral Chance Consortium*

CHVSAAF: Cuestionario de Hábitos de Vida Saludables de Alimentación y Actividad Física

CIBERESP: Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública

CAHT: Contaminación Ambiental por Humo del Tabaco

CIUO: Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones

DALY: *Disability Adjusted Life Years*

DLP: Dislipemia

DM: Diabetes Mellitus

DSM: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

EDADES: Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España

EESE: Encuesta Europea de Salud en España

ENS: Encuesta Nacional de Salud

ENSE: Encuesta Nacional de Salud en España

ESV: Escala de Satisfacción con la Vida

ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual

EE.UU.: ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

E-VEVSA: Escala de Valoración del Estilo de Vida Saludable

EV: Estilo de Vida

EVS: Estilo de Vida Saludable

FEMP: Federación Española de Municipios y Provincias

FR: Factor de Riesgo

FRCV: Factores de Riesgo Cardiovascular

Glc: glucemia

GPAQ V2: *Global Physical Activity Questionnaire Version 2*

HBSC: *The Health Behaviour in School Children*

HED: *Heavy Episodic Drinking*

HIPP: *Health in Prisons Project*

HPH: *Health Promoting Hospitals*

HTA: Hipertensión Arterial

HV: Hábitos de Vida

IAFHA: Inventario de Actividad Física Habitual en Adolescentes

IAM: Infarto Agudo de Miocardio

IC: Intervalos de Confianza

INE: Instituto Nacional de Estadística

IMC: Índice de Masa Corporal

IMEVID: Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos

IMJ: Instituto Mexicano de la Juventud

ISCO: *International Standard Classification of Occupations*

MAP: Médico de Atención Primaria

MEDLIFE: *The Mediterranean Lifestyle index questionnaire*

MSCBS: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

MSSSI: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

NCSET: *National Center on Secondary Education and Transition*

OEDA: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones

OCU: Organización de Consumidores y Usuarios

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONC: Oficina Nacional de Contacto

OTA: Organización Transatlántica

PA: Presión Arterial

PACE: *Physician-based Assessment and Counseling for Exercise*

PC: *Personal Computer*

PHQ: *Personal Health Questionnaire*

PST: Promoción de la Salud en el lugar de Trabajo

RECS: Red Española de Ciudades Saludables

REEPS: Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud

RISG: Red Temática de Investigación de Salud y Género

RR: Riesgo Relativo

SEAT: Sistema Español de Alerta Temprana

SEPAR: Sociedad Española de Patología Respiratoria

SESCAM: Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

SESPAS: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria

SIDA: Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida

SIVO: Servicio de Información, Valoración y Orientación

SHE: *School for Health in Europe*

SPSS: *Statistical Package for Social Sciences*

TAD: Teoría de la Autodeterminación

TBC: Tuberculosis

TG: Triglicéridos

TV: Televisión

UNICEF: Fondo de Naciones Unidas Para la Infancia

URSS: Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas

USA: *United States of America*

VHB: Virus de la Hepatitis B

VHC: Virus de la Hepatitis C

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

VPP: Valor Predictivo Positivo

WHA: *World Health Assembly*

WHO: *World Health Organization*



# ÍNDICE GENERAL

|                                 |     |
|---------------------------------|-----|
| I. RESUMEN .....                | 1   |
| II. INTRODUCCIÓN.....           | 9   |
| III. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS..... | 83  |
| IV. MÉTODO.....                 | 87  |
| V. RESULTADOS .....             | 103 |
| VI. DISCUSIÓN.....              | 135 |
| VII. CONCLUSIONES.....          | 153 |
| VIII. BIBLIOGRAFÍA .....        | 157 |
| IX. ANEXO: E-VEVSA .....        | 177 |



## ÍNDICE DETALLADO

|                                                                 |          |
|-----------------------------------------------------------------|----------|
| <b>I. RESUMEN .....</b>                                         | <b>1</b> |
| 1. INTRODUCCIÓN .....                                           | 3        |
| 2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....                                   | 6        |
| 3. MATERIAL Y MÉTODO.....                                       | 6        |
| 4. RESULTADOS.....                                              | 6        |
| <b>II. INTRODUCCIÓN.....</b>                                    | <b>9</b> |
| 1. SALUD .....                                                  | 11       |
| 1.1. Antecedentes.....                                          | 11       |
| 1.2. Definición.....                                            | 12       |
| 1.2.1. Antigua visión negativa .....                            | 12       |
| 1.2.2. Actual visión positiva .....                             | 12       |
| 1.2.3. Otras definiciones de salud .....                        | 13       |
| 1.3. Determinantes de salud .....                               | 14       |
| 1.3.1. Campos de Salud .....                                    | 14       |
| 1.3.2. Niveles reparadores.....                                 | 14       |
| 1.3.3. Factores que influyen en la enfermedad.....              | 15       |
| 2. ESTILOS DE VIDA SALUDABLES .....                             | 15       |
| 2.1. Antecedentes.....                                          | 15       |
| 2.1.1. Orientación sociológica .....                            | 15       |
| 2.1.2. Orientación personalista .....                           | 15       |
| 2.1.3. Orientada en la investigación sobre salud pública.....   | 15       |
| 2.2. Definición.....                                            | 16       |
| 2.2.1. Estilo de vida y estilo de vida saludable .....          | 16       |
| 2.2.2. Características .....                                    | 16       |
| 2.2.3. Actualización del concepto.....                          | 17       |
| 2.3. Investigación.....                                         | 17       |
| 2.3.1. Dimensiones .....                                        | 17       |
| 2.3.2. Asociación entre salud y comportamientos de riesgo ..... | 18       |
| 2.3.3. Intervención.....                                        | 18       |
| 3. MARCADORES VALORADOS.....                                    | 21       |
| 3.1. Edad .....                                                 | 21       |
| 3.1.1. Niñez.....                                               | 21       |
| 3.1.2. Adolescencia.....                                        | 22       |
| 3.1.3. Edad adulta .....                                        | 22       |

|                                                                         |    |
|-------------------------------------------------------------------------|----|
| 3.1.4. Tercera edad.....                                                | 23 |
| 3.1.5. Resultados destacables en estudios previos.....                  | 23 |
| 3.2. Sexo .....                                                         | 24 |
| 3.2.1. Diferente y desigual .....                                       | 24 |
| 3.2.2. Justificación de las diferencias .....                           | 24 |
| 3.2.3. Evolución de las diferencias con el tiempo .....                 | 25 |
| 3.2.4. Resultados destacables en estudios previos.....                  | 25 |
| 3.3. Nivel de estudios .....                                            | 26 |
| 3.3.1. La relación recíproca entre el nivel de estudios y la salud..... | 26 |
| 3.3.2. Factores asociados al abandono académico .....                   | 26 |
| 3.3.3. Resultados destacables en estudios previos.....                  | 27 |
| 3.4. Estado civil.....                                                  | 28 |
| 3.4.1. Vivir solo o en pareja.....                                      | 28 |
| 3.4.2. Ruptura de la pareja.....                                        | 28 |
| 3.4.3. Hijos.....                                                       | 29 |
| 3.4.4. Resultados destacables en estudios previos.....                  | 29 |
| 3.5. Ocupación.....                                                     | 29 |
| 3.5.1. Clasificación.....                                               | 30 |
| 3.5.2. Resultados destacables en estudios previos.....                  | 30 |
| 3.6. Nivel de ingresos mensuales .....                                  | 30 |
| 3.6.1. Marcadores socioeconómicos.....                                  | 31 |
| 3.6.2. Resultados destacables en estudios previos.....                  | 31 |
| 3.7. Religión.....                                                      | 32 |
| 3.7.1. Papel de la religión. ....                                       | 32 |
| 3.7.2. Resultados destacables en estudios previos.....                  | 32 |
| 4. HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES VALORADOS .....                           | 33 |
| 4.1. Introducción. ....                                                 | 33 |
| 4.1.1. Historia .....                                                   | 33 |
| 4.1.2. Desigualdad socioeconómica en salud.....                         | 33 |
| 4.1.3. Valoración positiva del estado de salud.....                     | 34 |
| 4.1.4. Problemas de salud crónicos.....                                 | 35 |
| 4.2. Salud física.....                                                  | 36 |
| 4.2.1. Actividad física.....                                            | 36 |
| 4.2.1.1. Actividad física beneficiosa .....                             | 36 |
| 4.2.1.2. Sedentarismo .....                                             | 38 |
| 4.2.1.3. Sobrepeso y obesidad .....                                     | 39 |

|                                                                                             |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 4.2.2. Hábitos alimenticios.....                                                            | 40 |
| 4.2.3. Revisiones médicas.....                                                              | 41 |
| 4.3. Salud mental.....                                                                      | 42 |
| 4.3.1. Adicciones.....                                                                      | 42 |
| 4.3.1.1. Tabaco.....                                                                        | 43 |
| 4.3.1.2. Alcohol.....                                                                       | 46 |
| 4.3.1.3. Drogas no legalizadas.....                                                         | 51 |
| 4.3.2. Hábitos de descanso.....                                                             | 56 |
| 4.3.2.1. Insomnio.....                                                                      | 56 |
| 4.3.2.2. Relación con la actividad sedentaria.....                                          | 56 |
| 4.3.3. Estado mental.....                                                                   | 56 |
| 4.4. Salud social.....                                                                      | 58 |
| 5. ESCALAS DE VALORACIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES PREVIAS.....                         | 59 |
| 5.1. Escalas para adolescentes.....                                                         | 59 |
| 5.2 Escalas para adultos.....                                                               | 60 |
| 5.3. Escalas para otras poblaciones.....                                                    | 61 |
| 6. TEORÍAS DE MODIFICACIÓN DE LOS HÁBITOS DE VIDA.....                                      | 61 |
| 6.1. Teorías explicativas del proceso de socialización de los estilos de vida saludables .. | 62 |
| 6.1.1. Teoría ecológica del desarrollo.....                                                 | 62 |
| 6.1.2. Teoría del aprendizaje social.....                                                   | 63 |
| 6.2. Teorías de la expectativa-valor.....                                                   | 63 |
| 6.3. Teorías basadas en la autorregulación del comportamiento.....                          | 64 |
| 6.4. Teorías basadas en el balance en la toma de decisiones.....                            | 64 |
| 6.5. Teorías integradoras.....                                                              | 64 |
| 6.5.1. Teoría de promoción de la salud.....                                                 | 64 |
| 6.5.2. Teoría de la conducta problema.....                                                  | 65 |
| 6.5.3. Teoría de las siete esferas.....                                                     | 66 |
| 7. INTERVENCIÓN EN EL ESTILO DE VIDA SALUDABLE.....                                         | 68 |
| 7.1. Educación en estilos de vida saludables.....                                           | 68 |
| 7.1.1. Áreas de intervención.....                                                           | 68 |
| 7.1.2. Desarrollo de estrategias.....                                                       | 68 |
| 7.1.3. Métodos para difundir las estrategias.....                                           | 69 |
| 7.2. Promoción de estilos de vida saludables.....                                           | 70 |
| 7.2.1. Modificación de las conductas de salud.....                                          | 71 |
| 7.2.2. Medidas de la Carta de Ottawa.....                                                   | 72 |
| 7.2.3. Desarrollo de proyectos.....                                                         | 73 |

|                                                         |            |
|---------------------------------------------------------|------------|
| 7.3. Escenarios saludables.....                         | 75         |
| 7.3.1. Ciudades saludables. ....                        | 75         |
| 7.3.2. Trabajo saludable. ....                          | 76         |
| 7.3.3. Prisiones saludables. ....                       | 77         |
| 7.3.4. Hospitales saludables. ....                      | 77         |
| 7.3.5. Escuelas saludables. ....                        | 78         |
| 8. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO .....                      | 78         |
| <b>III. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS .....</b>                 | <b>83</b>  |
| 1. HIPÓTESIS .....                                      | 85         |
| 2. OBJETIVO PRINCIPAL. ....                             | 85         |
| 3. OBJETIVOS SECUNDARIOS.....                           | 85         |
| <b>IV. MÉTODO .....</b>                                 | <b>87</b>  |
| 1. MUESTRA.....                                         | 89         |
| 1.1. Municipio de Albacete.....                         | 89         |
| 1.2. Sanidad en Albacete .....                          | 92         |
| 1.2.1. Centros de Salud .....                           | 92         |
| 1.2.2. Hospitales .....                                 | 92         |
| 1.2.3. Servicios Sociales.....                          | 93         |
| 1.3. Población de estudio .....                         | 93         |
| 1.4. Tamaño muestral .....                              | 95         |
| 1.5. Criterios de inclusión y exclusión .....           | 95         |
| 2. MATERIAL .....                                       | 96         |
| 2.1. Para la recogida de datos: E-VEVSA .....           | 96         |
| 2.1.1. Marcadores valorados.....                        | 96         |
| 2.1.2. Hábitos de vida saludable valorados.....         | 97         |
| 2.1.2.1. Variables significativas de salud física.....  | 98         |
| 2.1.2.2. Variables significativas de salud mental.....  | 99         |
| 2.1.2.3. Variables significativas de salud social ..... | 100        |
| 2.2 Para el análisis estadístico .....                  | 101        |
| 3. PROCEDIMIENTO .....                                  | 102        |
| <b>V. RESULTADOS .....</b>                              | <b>103</b> |
| 1. VARIABLES CLÍNICAS.....                              | 105        |
| 1.1. Edad.....                                          | 105        |
| 1.2. Sexo .....                                         | 108        |
| 1.3. Nivel de estudios .....                            | 109        |
| 1.4. Estado civil.....                                  | 110        |

|                                                                         |            |
|-------------------------------------------------------------------------|------------|
| 1.5. Ocupación.....                                                     | 111        |
| 1.6. Nivel de ingresos mensuales .....                                  | 112        |
| 1.7. Religión .....                                                     | 113        |
| 1.8. Hábitos de vida .....                                              | 113        |
| 1.9. Tabaco .....                                                       | 122        |
| 1.10. Alcohol.....                                                      | 123        |
| 2. RELACIÓN DE VARIABLES.....                                           | 124        |
| 2.1. Salud física .....                                                 | 124        |
| 2.1.1. Relación entre salud física y edad .....                         | 124        |
| 2.1.2. Relación entre salud física y sexo .....                         | 125        |
| 2.1.3. Relación entre salud física y nivel de estudios .....            | 125        |
| 2.1.4. Relación entre salud física y estado civil .....                 | 126        |
| 2.1.5. Relación entre salud física y ocupación.....                     | 126        |
| 2.1.6. Relación entre salud física y nivel de ingresos mensuales .....  | 127        |
| 2.1.7. Relación entre salud física y religión .....                     | 127        |
| 2.2. Salud mental.....                                                  | 127        |
| 2.2.1. Relación entre salud mental y edad .....                         | 128        |
| 2.2.2. Relación entre salud mental y sexo.....                          | 128        |
| 2.2.3. Relación entre salud mental y nivel de estudios.....             | 129        |
| 2.2.4. Relación entre salud mental y estado civil .....                 | 130        |
| 2.2.5. Relación entre salud mental y ocupación .....                    | 130        |
| 2.2.6. Relación entre salud mental y nivel de ingresos mensuales .....  | 131        |
| 2.2.7. Relación entre salud mental y religión .....                     | 131        |
| 2.3. Salud social. ....                                                 | 132        |
| 2.3.1. Relaciones entre salud social y edad.....                        | 132        |
| 2.3.2. Relaciones entre salud social y sexo.....                        | 132        |
| 2.3.3. Relaciones entre salud social y nivel de estudios.....           | 133        |
| 2.3.4. Relaciones entre salud social y estado civil .....               | 133        |
| 2.3.5. Relaciones entre salud social y ocupación .....                  | 133        |
| 2.3.6. Relaciones entre salud social y nivel de ingresos mensuales..... | 133        |
| 2.3.7. Relaciones entre salud social y religión.....                    | 134        |
| 2.4. Relación de variables más significativas.....                      | 134        |
| <b>VI. DISCUSIÓN.....</b>                                               | <b>135</b> |
| 1.1. Edad .....                                                         | 137        |
| 1.1.1. Más jóvenes.....                                                 | 137        |
| 1.1.2. Más adultos .....                                                | 137        |

|                                                         |            |
|---------------------------------------------------------|------------|
| 1.2. Sexo .....                                         | 138        |
| 1.2.1. Hombres .....                                    | 138        |
| 1.2.2. Mujeres .....                                    | 138        |
| 1.3. Nivel de estudios .....                            | 139        |
| 1.3.1. Bajo nivel académico.....                        | 139        |
| 1.3.2. Alto nivel académico .....                       | 139        |
| 1.4. Estado civil.....                                  | 139        |
| 1.4.1. Con pareja .....                                 | 139        |
| 1.4.2. Sin pareja.....                                  | 140        |
| 1.5. Ocupación: empleados.....                          | 140        |
| 1.6. Nivel de ingresos mensuales .....                  | 141        |
| 1.6.1. Bajo nivel económico .....                       | 141        |
| 1.6.2. Alto nivel económico.....                        | 141        |
| 1.7. Religión: católicos.....                           | 142        |
| 2. ANÁLISIS COMPARATIVO CON OTRAS ESCALAS.....          | 143        |
| 2.1. Fortalezas .....                                   | 145        |
| 2.2. Limitaciones.....                                  | 145        |
| 3. RECOMENDACIONES PARA LOS ENCUESTADOS. ....           | 146        |
| 3.1. Edad.....                                          | 146        |
| 3.2. Sexo .....                                         | 146        |
| 3.3. Nivel de estudios .....                            | 147        |
| 3.4. Estado civil.....                                  | 148        |
| 3.5. Ocupación: empleados.....                          | 148        |
| 3.6. Nivel de ingresos mensuales .....                  | 148        |
| 3.7. Religión: católicos.....                           | 149        |
| 4. LA IMPORTANCIA DEL CASTELLANO. ....                  | 149        |
| 5. LA MOTIVACIÓN COMO MOTOR DEL CAMBIO CONDUCTUAL. .... | 150        |
| 6. ADOPCIÓN DE UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE.....         | 151        |
| <b>VII. CONCLUSIONES .....</b>                          | <b>153</b> |
| <b>VIII. BIBLIOGRAFÍA.....</b>                          | <b>157</b> |
| <b>IX. ANEXO: E-VEVSA.....</b>                          | <b>177</b> |

## **I. RESUMEN**



## 1. INTRODUCCIÓN

El aumento de la importancia sobre los EVS y su impacto sobre la salud se debe a que las causas de morbilidad y mortalidad se están desplazando progresivamente desde los procesos infecciosos a los factores ambientales. El interés social en auge ha desencadenado la proliferación de investigaciones, en la actualidad el concepto de EVS es más predominante que nunca en el área de la salud.

La práctica médica a avanzado del tradicional modelo biomédico, donde la salud es contemplada desde el punto de vista únicamente bioquímico y microbiológico, al innovador modelo biopsicosocial, donde se han de tener en cuenta factores de salud biológicos, psicológicos y sociales como determinantes de salud; el médico ya no puede ser un mecánico del cuerpo, sino que precisa un abordaje multidisciplinar. El concepto de salud ha evolucionado de una antigua visión negativa, como ausencia de enfermedad, a una actual visión positiva, añadiendo el bienestar físico, mental y social; además de biomarcadores relacionados con el EVS. Pese a la complejidad de los numerosos determinantes de salud, es necesaria su clasificación e identificación, pudiendo así diseñar intervenciones efectivas para la promoción de los hábitos de vida saludables. Han sido agrupados en campos de salud, niveles reparadores y factores que influyen en la enfermedad.

El origen del concepto de EV fue sociológico, pasando por una orientación personalista, hasta su avance como EVS en la investigación sobre salud pública, debido a la necesidad de buscar explicación a los problemas de salud que empezaron a caracterizar a las sociedades industrializadas. El EVS se define como los modelos colectivos de conducta relacionados con la salud, basados en elecciones desde opciones disponibles para la población, de acuerdo con sus posibilidades en la vida. En el estudio de su dimensionalidad existen 3 tradiciones de investigación (unidimensional, bidimensional y multidimensional, el más efectivo). Destacar la asociación entre salud y comportamientos de riesgo a través de 3 modelos (bivariable, aditivo y multivariable). En cuanto a la intervención, debe ser múltiple, aunque no existe acuerdo si el mejor modo es secuencialmente y/o simultáneamente. Los investigadores se han centrado en los hábitos que ponen en riesgo la salud, así como en la prevención a nivel secundario y terciario; en cuanto a esta última, la prevención a nivel terciario (hábitos ya instaurados) existen 3 enfoques que reconocen la importancia del cambio múltiple de los hábitos de vida: enfoque de los principios del cambio conductual, enfoque centrado en la categoría de la salud/conducta global, y el enfoque múltiple de comportamiento (el de mayor relevancia, pues tiene en cuenta varios grados de preparación para el cambio en la conducta de riesgo a través de las célebres fases del cambio).

Los 7 marcadores más valorados son:

- Edad. La etapa más condicionante para el desarrollo del EV es la adolescencia; también destacar la importancia de la niñez, donde se marcan las bases de las pautas de conducta. Se pueden producir cambios en los HV en cualquier momento del desarrollo, aunque con los años cada vez es menos frecuente.
- Sexo. La salud de hombres y mujeres es diferente pues existen factores biológicos, pero también es desigual pues existen factores socioculturales (mayormente debido a los roles de género, aunque están sufriendo modificaciones en las últimas décadas).
- Nivel de estudios. Existe una relación recíproca con la salud.
- Estado civil. Lo más saludable es formar una familia cuando las relaciones sean satisfactorias. Ciertamente, que también existen resultados contradictorios, aunque con diferencias mínimas.
- Ocupación. Se debe considerar cómo cada trabajo influye en la salud.

## **Estudio epidemiológico de hábitos de vida saludable mediante la Escala de Valoración del Estilo de Vida Saludable Adquirido**

- Nivel de ingresos mensuales. Sobre todo, destaca como las personas menos privilegiadas sufren una mayor frecuencia de hábitos de riesgo para la salud.
- Religión. Influye hacia determinados comportamientos, pudiendo tener efectos beneficiosos.

Destacar la importancia que las desigualdades socioeconómicas tienen en la salud. También como el estado de salud percibido refleja la percepción que los individuos tienen sobre su propia salud, tanto desde el punto de vista físico como psicológico o socio-cultural, siendo un buen predictor de salud. Además, destacar el aumento de problemas de salud crónicos.

Los 3 hábitos de vida saludables valorados son:

- Salud física. La actividad física beneficiosa, la alimentación sana y las revisiones médicas mejoran la salud; mientras que el sedentarismo, el sobrepeso y la obesidad la empeoran
- Salud mental. Las adicciones son perjudiciales, el tabaco sigue siendo la primera causa evitable de muerte en España, el abuso del alcohol (destacando su consumo intensivo) es dañino, las drogas no legalizadas deben evitarse. Resaltar la importancia de seguir adecuados hábitos de descanso, destacando su relación con el sedentarismo y el insomnio. En cuanto al estado mental es una importante dimensión del estado de salud, tanto porque las enfermedades mentales son uno de los mayores componentes de la carga global de enfermedad como por su carácter determinante del bienestar.
- Salud social. Las conexiones sociales sanas nos benefician, el aislamiento nos perjudica.

Cuando el objetivo es promocionar y educar para la salud, se debe tener presente los estilos de vida llevados a cabo por las personas. Es por ello que se han diseñado diversas escalas con este fin, se diferencian principalmente en la población diana (adolescentes, adultos y otras poblaciones) y en las variables de estilo de vida valoradas. En estos años, la tendencia se ha desplazado desde la evaluación de opiniones con respecto al concepto global de la vida de cada persona, hasta evaluar los diferentes dominios que constituyen un estilo de vida saludable.

Existen 5 teorías de modificación de los hábitos de vida, conocerlas permite comprender mejor los mecanismos subyacentes a los estilos de vida y proporcionan elementos importantes para intervenir sobre ellos. Aportan una amplia y sólida base conceptual, y analizan la influencia de variables sociodemográficas y de salud, entendida desde una concepción muy amplia, sobre los estilos de vida saludables en las personas:

- Teorías explicativas del proceso de socialización de los estilos de vida saludables. Explican las claves básicas en relación con la adquisición y el mantenimiento del EVS. Son la teoría ecológica del desarrollo y la teoría del aprendizaje social.
- Teorías de la expectativa-valor. Para la prevención terciaria. Son la teoría de creencias sobre salud, la teoría de la motivación protectora, la teoría de la acción razonada y la teoría de la conducta planificada.
- Teorías basadas en la autorregulación del comportamiento. Surgen de la motivación intrínseca del individuo de competencia y autodeterminación. Son la teoría de la autoeficacia, la teoría del proceso de adopción de precauciones y la teoría del proceso de acción a favor de la salud.
- Teorías basadas en el balance en la toma de decisiones. La persona, tras valorar los pros y los contras respecto a un curso de acción, opta por aquel que disminuye los efectos más negativos o que presenta los resultados más beneficiosos. Son la teoría transteórica y la teoría del conflicto de toma de decisiones.

## **Estudio epidemiológico de hábitos de vida saludable mediante la Escala de Valoración del Estilo de Vida Saludable Adquirido**

- Teorías integradoras. Integrar las teorías anteriormente otorga una visión más amplia y positiva de la salud, desarrollando las teorías más actuales. Son la teoría de promoción de la salud, la teoría de la conducta problema y la teoría de las siete esferas.

Las estrategias para abordar los EVS se encuentran entre las intervenciones más eficaces y disponibles para reducir la incidencia y gravedad de las principales causas de enfermedad y discapacidad. Los 3 pilares de la intervención en el EVS son:

- Educación en EVS. Su objetivo es cambiar comportamientos concretos en una población específica, comunicando lo que es la salud, e informando sobre los comportamientos que suponen un riesgo, y los que la protegen y potencian. Las áreas de intervención son los centros educacionales, la comunidad y los pacientes. Se deben desarrollar estrategias promocionales, centradas en los EV y no en los HV aislados, enfocadas en promover la elección de entornos para vivir mejor o la elección de cambios para adaptar los entornos; aunque como cambiar cada uno de los hábitos que configuran una constelación es inabarcable, lo práctico es centrarse en el hábito principal, aquel más relevante para mantener un mayor número de relaciones y transacciones con otras. Existen métodos para difundir las estrategias: mensajes inductores de miedo, proporcionar información, y programas de modificación de conducta.
- Promoción de EVS. Es un ámbito de intervención multisectorial, con un concepto de salud amplio y holístico, y un cuidado de la salud tanto por sus consumidores como por sus proveedores; su principal función es crear las condiciones que promuevan la salud desde la política local, nacional e internacional. La modificación de las conductas de salud debe realizarse a partir del diseño de programas adaptados a las características de la población objeto. Se encuentra incorporada en la Carta de Ottawa, destacando determinadas estrategias básicas y áreas de acción prioritarias, siendo confirmadas y ampliadas más adelante en la Declaración de Yakarta. Para el desarrollo de proyectos se debe tener en cuenta la planificación estratégica, el marketing social, el análisis DAFO, las 5 P de la gestión, y la investigación-acción.
- Escenarios saludables. La OMS ya los ha impulsado: ciudades saludables, trabajo saludable, prisiones saludables, hospitales saludables y escuelas saludables.

Para evaluar el EVS de una población es importante el desarrollo de un cuestionario que se pueda aplicar a dicha población. Este estudio, pretende dar cabida a la población adulta, extendiendo los ítems para recabar más información, a través de la medición de las variables más utilizadas en los estudios revisados. La tendencia en estos años se ha desplazado desde la evaluación de opiniones con respecto al concepto global de la vida de cada individuo, hasta evaluar las diferentes dimensiones que constituyen un EVS. El mayor apoyo por parte de los expertos lo recibe este punto de vista multidimensional, donde encuentran diversos hábitos que protegen o comprometen la salud. Existen gran cantidad de revisiones que demuestran un significativo progreso en el desarrollo de intervenciones efectivas para modificar diferentes factores de riesgo, pero de forma aislada, no sucede lo mismo con el desarrollo de los métodos más efectivos para hacer frente a los múltiples riesgos de comportamiento pese a su necesidad, por ello este estudio se centra en esta necesidad del modelo multivariable a través de los hábitos de mayor relevancia. Se precisa en nuestro medio desarrollar trabajos de investigación que midan los determinantes biológicos, psicológicos y sociales, de los EVS llevados a cabo por las personas, para destacar su importancia a los profesionales de la salud y a sus pacientes; así como para promocionar y educar para la salud.

## 2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

La hipótesis es que un estilo de vida saludable, a través de hábitos de vida saludable habitualmente interrelacionados, tiene una relación directa sobre el nivel de salud.

El objetivo principal es analizar los datos epidemiológicos de estilos de vida saludable de la población adulta urbana del Área de Salud del municipio de Albacete. Valorando los hábitos que, desde hace años y hasta la actualidad, han adquirido durante el transcurso de su vida cotidiana. Con el objetivo de evaluar su salud.

## 3. MATERIAL Y MÉTODO

Se presenta un estudio epidemiológico, descriptivo y analítico. La población seleccionada son 300 pacientes de 18 a 65 años de edad, sin patología grave asociada, del Centro de Salud Zona II del área urbana del municipio de Albacete. Debían cumplir los criterios de inclusión y exclusión.

Para la recogida de datos se ha diseñado la Escala de Valoración del Estilo de Vida Saludable Adquirido (E-VEVSA), es un cuestionario pensado para ser autoadministrado. Consta de 77 ítems: 7 marcadores (edad, sexo, nivel de estudios, estado civil, ocupación, nivel de ingresos mensuales, y religión); y 70 hábitos de vida saludables valorados (beneficiosos o perjudiciales), significativas de salud física (actividad física, hábitos alimentarios, y revisiones médicas), de salud mental (adicciones, centrándose en tabaco, alcohol y drogas no legalizadas; hábitos de descanso; y estado mental) y de salud social.

La fase de recogida de datos, mediante la administración de los cuestionarios personalmente en la consulta médica, se realizó durante el primer trimestre del año 2016. El análisis estadístico se realiza con el paquete estadístico SPSS en su versión 23.0. El estudio se llevó a cabo siguiendo las normas deontológicas reconocidas y las normas de buena práctica clínica.

## 4. RESULTADOS

Se contemplan los principales resultados obtenidos de la E-VEVSA, en sus 7 marcadores:

- ✓ Edad. La media son 46,34 años, y la mediana 47 años (DE = 8,87).
- ✓ Sexo. Un número ligeramente mayor de hombres (52,8%) que de mujeres (47,2%).
- ✓ Nivel de estudios. El 24,2% tiene estudios primarios, mientras que el 33,4% tiene estudios universitarios, aunque solo el 2,4% está Doctorado.
- ✓ Estado civil. Un 73,8% se encuentra con pareja y un 26,2% sin pareja.
- ✓ Ocupación. Algo más de la mitad, concretamente un 54,8%, son empleados. El siguiente grupo más prevalente, aunque mucho menor, con un 10,4%, se encuentra en paro. Destaca que una cifra similar, un 10%, sean profesores.
- ✓ Nivel de Ingresos. Es mayor de 1000€ mensuales en el 71,3%.
- ✓ Religión. La gran mayoría es católica (81,1%), seguida por los ateos (14,3%). El resto tan solo representan al 4,6%.

Los resultados obtenidos de la E-VEVSA, en sus 70 cuestiones acerca de hábitos de vida, son amplios, y su objetivo es la relación con los marcadores como se describirá más adelante, por ello en el resumen destacamos las 2 últimas cuestiones relacionadas con el tabaco y el alcohol:

## Estudio epidemiológico de hábitos de vida saludable mediante la Escala de Valoración del Estilo de Vida Saludable Adquirido

- ✓ Tabaco. La gran mayoría (73,2%) no es fumadora. Nos encontramos con un 26,8% de fumadores; de ellos fumar entre 6 y 15 cigarrillos al día es lo más habitual (11,4%).
- ✓ Alcohol. Por un porcentaje menor, 52,2% frente a 47,4%, nos encontramos más encuestados no bebedores que bebedores.

Para estudiar los objetivos e hipótesis se relacionan y correlacionan los 7 primeros ítems de la E-VEVSA, los marcadores (edad, sexo, nivel de estudios, estado civil, ocupación, nivel de ingresos mensuales, religión) con los siguientes 70 ítems, que recopilan información acerca de los hábitos, divididas en tres grandes grupos: salud física, salud mental y salud social.

Se tienen en cuenta las relaciones estadísticamente significativas ( $p \leq 0,05$ ), obteniéndose un total de 96, de las cuales 22 muestran una gran relación ( $p = 0,000$ ); por lo que se puede concluir que el modelo a nivel analítico presenta unos resultados satisfactorios. No es objetivo del Resumen describir las 96 relaciones estadísticamente significativas, que se pueden consultar el estudio epidemiológico, aunque si se exponen, a continuación, las relaciones directas más estadísticamente significativas ( $p = 0,000$ ):

- ✚ Ser joven con “incluir carne en mi dieta diaria más de 3 días por semana”, “tener pereza y sentir agotamiento al levantarme cada mañana”.
- ✚ Ser hombre con: “ser reconocido por los demás por mis cualidades físicas o deportivas”, “ser muy bueno en la práctica de ejercicio físico o en la mayoría de los deportes”, “practicar o haber practicado deporte en competiciones federadas”, y “destacar o haber destacado en Educación Física o en el deporte escolar”.
- ✚ Ser mujer con: “alterarme por sucesos de escasa relevancia”, “estar preocupado constantemente por cuestiones personales o familiares”, “organizarme para evitar acumular estrés por motivos de mi trabajo o estudios”, “estar mucho tiempo sentado frente al televisor o videojuegos”, “hacer amistades con mucha facilidad”, “hacer sentir a los demás que pueden contar conmigo para cualquier necesidad”, y “aliviar mi tensión contando mis problemas a una persona de confianza”.
- ✚ Un nivel de estudios bajo con: “tener muy baja autoestima”.
- ✚ Un nivel de estudios alto con: “ser reconocido por los demás por mis cualidades físicas o deportivas”.
- ✚ Tener pareja con: “Hacer sentir a los demás que son muy importantes en mi vida”.
- ✚ Un nivel de ingresos mensuales bajo con: “alterarme por sucesos de escasa relevancia”, y “tener muy baja autoestima”.
- ✚ Un nivel de ingresos mensuales alto con: “ser reconocido por los demás por mis cualidades físicas o deportivas”, “practicar o haber practicado deporte en competiciones federadas”, “destacar o haber destacado en Educación Física o en el deporte escolar”, y “organizarme para evitar acumular estrés por motivos de mi trabajo o estudios”.

Es importante considerar que el estudio intentó establecer la presencia de la problemática en nuestra población, la cual se pudo evidenciar en los resultados y que mostró además que el panorama no es muy diferente al encontrado en otras investigaciones.

A grandes rasgos, el modelo de persona relacionado con una buena salud en general, sería: un adulto/a joven, con un nivel de estudios alto, emparejado con buenas relaciones familiares, con una profesión vocacional y estable sin riesgos para su salud, y con un buen nivel socioeconómico.



## **II. INTRODUCCIÓN**



## 1. SALUD

### 1.1. Antecedentes

La relación médico-paciente fue el pilar de la práctica médica desde su inicio, perdurando cientos de años la empatía, la compasión y la actitud cuidadora hacia el enfermo; pues tan solo se contaba con conocimientos científicos básicos y algunos medicamentos. Sin embargo, en el último siglo y medio, el avance de la ciencia ha inclinado la balanza en favor de los conocimientos técnicos, surgiendo la figura del médico especialista, y relegando poco a poco la importancia de los factores psicológicos en los mecanismos de salud y enfermedad, centrándose actualmente en grandes avances científicos como los producidos en los campos de la biología, la química y la microbiología (Matarazzo, 1994).

#### El tradicional modelo biomédico

Así pues, surge el modelo biomédico, la salud y la enfermedad son contempladas desde el punto de vista únicamente bioquímico y microbiológico, dejando de lado los factores psicológicos y sociales. En el dualismo mente-cuerpo el médico es como un mecánico, al entender la enfermedad como algún fallo de un elemento de la compleja maquinaria corpórea, su trabajo se basa pues en diagnosticarlo y repararlo (Engel, 1977).

Las principales enfermedades responsables de la mortalidad y morbilidad han variado con el paso del tiempo, hasta el siglo XIX eran las infecciones y epidemias (destacando la neumonía y la tuberculosis). Sin embargo, a lo largo del siglo XX se consigue su control gracias a la medicina alopática (vacunas y antibioterapia) y también a las mejoras de las condiciones de vida (salud pública y nutrición). Llegado el siglo XXI, dicha responsabilidad recae ahora en las enfermedades crónicas no infecciosas (destacando enfermedades neoplásicas, cardiovasculares y cerebrovasculares, y secuelas por accidentes), muy asociadas a factores ambientales y a estilos de vida individuales (WHO, 1986). Así pues, pasamos de problemas de salud mayoritariamente agudos, con diagnósticos en gran medida exactos y consistentes, donde la atención médica solía tener un efecto decisivo; a encontrarnos hoy en día con una elevada prevalencia de enfermedades crónicas, con causas más inespecíficas y multifactoriales, donde la atención médica no está tan estrictamente relacionada con su curso. Supone la disminución de la sensibilidad de la morbilidad y la mortalidad, por lo que es necesario buscar medidas con un enfoque más amplio de la salud (McDowell y Newell, 1987).

#### El innovador modelo biopsicosocial

Engel (1977), propone así otra interpretación, mediante el modelo biopsicosocial, donde se hace imprescindible un abordaje multidisciplinar. Se ha de medir los tres factores (biológicos, psicológicos y sociales) como determinantes de salud y enfermedad, para comprender y controlar mejor las variables extrasanitarias en la salud.

Ahora bien, durante la larga tradición del enfoque biomédico de la salud se cuestionaba las herramientas subjetivas de medición, hasta llegar a considerar que carecían de validez. Sin embargo, las medidas subjetivas, al adoptar el enfoque biopsicosocial, son las más sensibles, tanto para detectar las fortalezas del individuo como la presencia de malestar físico. Schlaepfer e Infante (1990) lo determinaron mediante tres criterios:

- Declaraciones subjetivas del individuo.
- Signos manifiestos de alteraciones en la estructura y/o función de partes del cuerpo o en su totalidad.
- Alteraciones ocultas que es posible detectar a través de instrumentos.

## 1.2. Definición

El concepto de salud se ha transformado de forma importante en las últimas décadas. Su origen proviene del término sánscrito *hal*, de hecho, significa “totalidad”; ratificando su riqueza y amplitud.

### 1.2.1. Antigua visión negativa

Aun así, se tuvo un enfoque muy limitado en el pasado por centrarse exclusivamente en la intervención directa sobre lo patológico; pero esto no supondría una medida adecuada para poner freno a la enfermedad (Deligman, 2008). En sus inicios la definían la ausencia de enfermedad, incapacidad o invalidez; la visión negativa limita la salud a un proceso reactivo donde es restaurada gracias a intervenciones médicas sobre las personas enfermas; mientras que la actual visión positiva amplía la salud a una intervención deliberada de los gobiernos y sociedades para prevenir la enfermedad y promover el bienestar (Locker y Gibson, 2006).

### 1.2.2. Actual visión positiva

El enfoque ha progresado desde aquella visión reduccionista y negativa hacia una más holística y positiva; se han ido incluyendo, entre otros, diferentes dimensiones de bienestar, calidad de vida, ajuste psicosocial, desarrollo personal, funcionamiento cotidiano y protección frente a potenciales riesgos de enfermedad (Godoy, 1999; Singer y Ryff, 2001); concretamente, Ryff et al. (2004), demostraron la correlación entre medidas relacionadas con la salud positiva medidos a través de diversos biomarcadores.

Así, la OMS en 1948, en el preámbulo de sus primeros estatutos oficiales de su asamblea, define la salud como:

*“Un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedades. “*

Abarcando así una visión positiva, donde las personas deben poseer ciertos atributos deseables, no tan solo la visión negativa de estar libre de enfermedad.

Aun así, cuenta con algunos detractores, Piédrola (1991) critica el olvido de los aspectos objetivos a favor de los subjetivos, equiparando bienestar a salud, así como su ineficacia y su utopía. Sus defensores reconocen dos grandes ventajas:

- Enfatizar la salud y no la enfermedad.
- Contemplar a la persona como un sistema total, no meramente como la suma de sus partes, propiciando una visión de la salud que atiende tanto al ambiente personal como al externo.

La OMS continuó respondiendo a la creciente demanda para especificar el concepto de salud. Así en 1978 publica la Declaración de Alma Ata, en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alta Mata (URSS), como respuesta a la necesidad urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de la comunidad internacional para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo. Consecuencia de esta y tomando de partida su debate sobre la acción intersectorial para la salud, la OMS en 1986 emitió la importante Carta de Ottawa durante la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de salud en Ottawa (Canadá) dirigida a la consecución del objetivo Salud para Todos en el año 2000 al destacar el concepto de salud como derecho humano fundamental. La define así:

*“Grado en que un individuo o grupo es capaz, por una parte, de llevar a cabo sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades y, por otra, cambiar o enfrentarse con el ambiente” (WHO, 1986, p.1).*

Siendo clave para la visión positiva que enfatiza los recursos sociales y personales, así como las capacidades físicas. Se consigue incluir la promoción de la salud y avanzar en la solución de la inoperativa definición oficial que dio en 1948, ahora está permite ver la salud como un recurso para la vida diaria y no el objetivo de la vida; pone de manifiesto la estrecha relación que existe entre las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y la salud para alcanzar los prerrequisitos para la salud: alimentos, vivienda, recursos económicos, ecosistema estable, uso sostenible de recursos, la paz.

### 1.2.3. Otras definiciones de salud

Explican Singer y Ryff (2001), la existencia de muchas definiciones, siendo difícil establecer una común, sin embargo, si pueden afirmar la visión positiva que tienen en cuenta en todos los casos una perspectiva más amplia incluyendo variables subjetivas, históricamente olvidadas, y muy relacionadas con el bienestar emocional; además la mayor parte de autores lo definen en términos de tres componentes:

- Satisfacción vital.
- Presencia de afecto positivo.
- Ausencia de afecto negativo.

Especifican Diener et al. (2008), sobre el bienestar subjetivo como el estado en el cual una persona siente y cree que su vida va bien y que refleja los valores que busca. Refiriéndose a las diferentes formas en las que las personas evalúan la calidad de su vida desde dos esferas:

- Esfera mental. Juzgarían sus vidas como satisfactorias y plenas.
- Esfera emocional. Reaccionarían con muchos sentimientos y experiencias positivas y con pocas negativas a lo que está ocurriendo.

Existen otras tres definiciones, además de la de la OMS, que merece la pena describir:

❖ **Teoría general de sistemas** (Terris, 1980).

Considera la salud como un estado que representa un balance relativo dentro del cual todos los sistemas se encuentran simultáneamente en armonía. De acuerdo con ello, se consideran dos aspectos, uno de carácter subjetivo (sensación de bienestar) y otro de carácter objetivo (capacidad de funcionamiento), pudiéndose manifestarse en diferentes grados a lo largo de un continuo entre salud y enfermedad.

❖ **Teoría salutogénica humana** (Antonovsky, 1987).

Señala que la enfermedad no es el polo opuesto a la normalidad o ausencia de enfermedad, sino a la salud positiva. Añadiendo la investigación sobre los factores salutogénicos que causan o mantienen la salud positiva a la investigación sobre los factores patógenos causantes de la enfermedad).

❖ **Teoría de las siete concepciones diferentes de salud** (Seedhouse, 1986).

Como los cimientos para el éxito, como una habilidad para adaptarse, como una reserva de fortaleza física y mental, como una fortaleza metafísica, como una fortaleza personal, como una mercancía, como un estado ideal.

### 1.3. Determinantes de salud

Son las causas, condiciones o circunstancias que determinan la salud.

A pesar de la complejidad de todos estos determinantes, es necesaria su clasificación e identificación, pudiendo así diseñar intervenciones efectivas para el cambio de los hábitos de vida indeseables y la promoción de los hábitos de vida saludables (Bishop, 1991).

#### 1.3.1. Campos de Salud

Ya en la antigüedad Hipócrates destacó los famosos conceptos de Campos de Salud de las personas o grupos de personas, donde el nivel de salud estaría influido por cuatro grupos de determinantes:

- Sistema de asistencia sanitaria.
- Medio ambiente.
- Biología humana.
- Estilos de vida y hábitos de vida.

Entre los modelos clásicos cabe destacar la labor de Marc Lalonde (1974). Este Ministro de Sanidad canadiense destacó al publicar en el documento *“Nuevas Perspectivas de la Salud de los Canadienses”* el relevante modelo holístico de Laframboise (1973), donde expuso una ampliación de cada uno de los cuatro factores anteriormente expuestos por Hipócrates:

- Sistema de asistencia sanitaria. Destaca la burocratización de la asistencia, las listas de espera excesivas, los sucesos adversos producidos por la asistencia sanitaria y la mala utilización de recursos.
- Medio ambiente. Se centraba en la contaminación (sociocultural, psicosocial, biológica, química y física).
- Biología humana. Destacaba la constitución, la carga genética, el desarrollo y el envejecimiento.
- Estilos de vida y hábitos de vida. Puntualizaba la mala utilización de recursos sanitarios, la conducción peligrosa, el estrés, la alimentación, el sedentarismo y las drogas.

#### 1.3.2. Niveles reparadores

Similar es el esquema descrito por Tarlov en 1999, aunque la atención sanitaria no la contempla como determinante de salud, sino como estrategia reparadora; además lo realiza en niveles, desde el determinante más individual hasta el más general:

- Nivel 1. Biológicos, físicos y psíquicos.
- Nivel 2. Estilo de vida.
- Nivel 3. Ambientales comunitarios (familia, escuela, vecindario, empleo, instituciones locales, etc.).
- Nivel 4. Ambiente físico, climático y contaminación ambiental.
- Nivel 5. Estructura macrosocial, política y percepciones poblacionales.

### 1.3.3. Factores que influyen en la enfermedad

Otro tipo de agrupación, ideada por Lask y Fosson (1989), tiene en cuenta el momento en que la influencia del factor se hace patente con relación al proceso de enfermedad:

- Factores predisponentes. Influencias socioculturales, respuestas al estrés, primeras experiencias, características de la personalidad, vulnerabilidad biológica.
- Factores precipitantes. Estímulos que provocan respuesta emocional displacentera, acontecimientos estresantes.
- Factores perpetuadores. Influencias familiares, reforzadores, elementos temperamentales ligados a la ansiedad, estresares permanentes.
- Factores protectores. Soporte comunitario positivo, red de hermanos, adecuada relación intrafamiliar, atributos temperamentales de adaptabilidad.

## 2. ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

### 2.1. Antecedentes

#### 2.1.1. Orientación sociológica

Los orígenes del concepto de *estilo de vida* se remontan a finales del siglo XIX, y no fueron estudios aportados desde el campo sanitario, sino de filósofos como Karl Marx y Max Weber, como demuestran las revisiones históricas de Ansbacher (1967), Abel (1991) o Coreil (1992). Ofrecieron una visión enfatizada en los determinantes sociales de su adopción y mantenimiento. Por lo que suelen entender el concepto de estilo de vida, desde esta orientación sociológica, como un patrón de actividades o conductas que las personas eligen adoptar entre aquellas disponibles en función de su contexto social.

#### 2.1.2. Orientación personalista

De gran importancia es la aparición a principios del siglo XX de la orientación personalista representada por Alfred Adler con su Psicología Individual. Define el estilo de vida como un patrón único de conductas y hábitos con los cuales el individuo lucha para sentirse mejor. Suponiendo por tanto el desplazamiento desde los factores socioeconómicos mencionados a los factores individuales. También contrastarán con los determinantes socioeconómicos los antropólogos durante la segunda mitad del siglo XX, al enfatizar la importancia de la cultura. Antropólogos como Chrisman, Freidson o Suchman, lo designaron como el rango de actividades en la que se implica un grupo.

#### 2.1.3. Orientada en la investigación sobre salud pública

En los años 50 es cuando empieza a utilizarse el término "*estilo de vida*" en el contexto de la investigación sobre salud pública. Además, supone el ámbito donde más impacto tendrá, dejando en segundo plano a la sociología, la filosofía, la psicología individual y la antropología; pues prioriza el intento de buscar explicación a los problemas de salud que empezaban a caracterizar a las sociedades industrializadas. Pese a que adoptaron el modelo biomédico, las investigaciones iniciales introdujeron el término "*estilo de vida saludable*" y consiguieron introducirlo, en cierto modo, al lenguaje cotidiano y a la literatura sobre la salud. Contribuyeron a que el estilo de vida fuera un tema

de estudio e investigación para las ciencias de la salud, pero hay que destacar que recibieron numerosas críticas posteriores (Mechanic, 1979). Se debe a que inicialmente, este modelo reduccionista se basaba en una perspectiva médico-epidemiológica defensora de que las personas practicaban estilos de vida insanos por su propia voluntad, es decir, culpabiliza a la víctima de sus hábitos de vida insanos, en vez de tener en cuenta la importancia del contexto social y de los factores psicológicos como condicionantes que si tendría en cuenta el modelo biopsicosocial, como se comentó.

Los términos “*estilo de vida*” en general y “*estilo de vida saludable*” intentaron ser diferenciados por la OMS durante los años 80, pero pese a dicho esfuerzo continúan utilizándose como sinónimos por muchos autores en la literatura científica. Han surgido muchos intentos más de conceptualizarlos, pero todavía no existe una definición consensuada.

## **2.2. Definición**

### **2.2.1. Estilo de vida y estilo de vida saludable**

“Forma general de vida basada en la interpretación entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales” (WHO, 1986).

Definición del término “*estilo de vida*” según la OMS, en el caso de la disciplina de la salud esta constituye la base de los estudios sobre estilos de vida saludables, aunque es criticada por poco operativa, ambigua y amplia. Existen muchas más definiciones y aplicaciones del mismo, a causa también de las diversas disciplinas que lo utilizan, pero es está la que introduce los principales factores que influyen en los estilos de vida, siendo reconocida por los expertos.

Pese a que Donovan et al. (1993) indiquen más apropiado el uso del término “estilo de vida relacionado con la salud” en vez de “estilo de vida saludable”, ya que defienden que recoge mejor tanto los comportamientos que realzan la salud como los que la ponen en riesgo, en este estudio, al igual que en múltiples estudios, se utilizará el término “estilo de vida saludable”, pues en ocasiones puede resultar recargado o hasta confuso denominarlo “estilo de vida relacionado con la salud”.

### **2.2.2. Características**

Uno de los estudiosos en la materia con más relevancia internacional, Dellert S. Elliot (1993) entiende el estilo de vida cada vez más como un patrón de comportamientos relacionado con la salud que se llevan a cabo de una manera relativamente estable. Aportó las características fundamentales del estilo de vida saludable:

- ✓ Naturaleza conductual y observable. Las motivaciones, valores y actitudes pueden ser sus determinantes, aunque no forman parte del mismo.
- ✓ Las conductas que lo conforman deben mantenerse durante un tiempo. Los hábitos que denota deben poseer alguna continuidad temporal, así mismo, si se abandona ya no formaría parte del estilo de vida.
- ✓ Combinaciones de conductas que ocurren consistentemente. Es un modo de vida que abarca un amplio rango de conductas organizadas de una forma coherente en respuesta a las diferentes situaciones vitales.

- ✓ Las conductas han de tener algunas causas en común. No implica una etiología común para todas, pero si se esperan que algunas coincidan.

### **2.2.3. Actualización del concepto**

Cockerhan et al. (1997) revisan las aportaciones de diversos autores relevantes del siglo XX (destacar a Simmel, Weber, Bourdieu y Giddens) para desarrollar un concepto de estilo de vida saludable más actualizado:

*“Modelos colectivos de conducta relacionados con la salud, basados en elecciones desde opciones disponibles para la gente, de acuerdo con sus posibilidades en la vida.”*

Planteando la disyuntiva entre dos tipos de consideraciones por los expertos revisados:

- Como una elección personal.
- Como una actuación en función de las posibilidades que cada individuo tiene en su vida.

Este estudio se guiará por las ideas de este grupo de expertos, pues defiende tener en cuenta factores más externos o independientes de la elección del individuo que de un modo u otro le influyen a la hora de llevar a cabo ciertas conductas que protegerán o pondrán en riesgo su salud. No se pueden ignorar variables sociodemográficas y socioeconómicas o características ambientales, además de aspectos más estructurales como sexo, raza, edad o religión, entre otros.

## **2.3. Investigación**

### **2.3.1. Dimensiones**

Tradicionalmente, han existido tres tradiciones de investigación en el estudio de la dimensionalidad de los estilos de vida que difieren en el número de dimensiones propuestas (Elliot, 1993; Pastor et al., 1998; Steele y McBroom, 1972; Williams y Wechsler, 1973):

- **Unidimensional**

Postula que la propensión general hacia la desviación, la predisposición hacia la no-convencionalidad, se manifiesta como hábitos de riesgo para la salud, junto a otros comportamientos problemáticos de la edad adulta (como delincuencia o absentismo laboral). Confortando así el síndrome de conducta problema y compartirían un conjunto de factores determinantes que les afecta. Sus mayores inspiradores y exponentes son Jessor y Jessor (1977) en su teoría de la conducta problema. Las diferentes investigaciones han mostrado que la mayor fuerza de relación entre los hábitos de riesgo que ponen en riesgo la salud de los adultos recae en las conductas adictivas, concretamente el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales (Osgood et al., 1988). Se utilizó para trabajos sobre relación positiva entre consumo de marihuana y conducta desviada (Jessor et al., 1980) y posteriormente relacionándolo con conducta sexual precoz (Donovan y Jessor, 1985).

- **Bidimensional**

Defiende que los distintos hábitos de vida relacionados con la salud se agrupan en dos dimensiones, unas realzan la salud, mientras que otras la ponen en riesgo. Sin embargo, la relación existente entre los hábitos que realzan la salud es más débil que la encontrada entre los hábitos que la comprometen (Donovan et al., 1993). Interesantes las investigaciones llevadas a cabo por Thuen et al. (1992) realizando análisis factoriales con diversas variables relacionadas con los estilos de vida que promueven o bien comprometen la salud, mostrando la existencia de

factores diferenciados en diversos grupos de edad. Otros estudios que siguen esta tradición son los de Aaro et al. (1995), Jessor et al. (1998) y Nutbeam et al. (1991).

- **Multidimensional**

Donde encuentran múltiples dimensiones de agrupación al estudiar diversos hábitos dentro del estilo de vida que protegen o comprometen la salud. Estos estudios muestran mayor heterogeneidad y menor acuerdo en el número de dimensiones, usualmente entre 4 y 10. Esta disparidad de resultados se explica por la mayor diversidad de variables, lo que desencadena en soluciones factoriales más dispares. Influyen también la recogida muestral de edades y países, y la existencia de múltiples definiciones operacionales de las variables. Así pues, las investigaciones no muestran coincidencia en el número de dimensiones en las que se pueden agrupar los estilos de vida dada esta disparidad de criterios (Belloc y Breslow, 1972; Krick y Sobal, 1990; Tapp y Goldenthal, 1982; Williams y Wechsler, 1972).

### **2.3.2. Asociación entre salud y comportamientos de riesgo**

Como rasgo distintivo Rutten (1995) realizó sus estudios en una época donde predominaba el enfoque de déficit de salud, por lo que sus conclusiones se centraron en las conductas de riesgo. Para ello sistematizó los modelos posibles a utilizar en el estudio de la asociación entre salud y comportamientos de riesgo en tres tipos:

- **Bivariable**

La simple relación de causa y efecto, descartando las complejas interrelaciones. Tristemente es el más comúnmente utilizado, pese a su simplicidad es el más utilizado por las medidas políticas de intervención.

- **Aditivo**

Métodos de regresión múltiples, muestra menos deficiencias. Asume una concepción lineal, aditiva y recursiva, donde las relaciones causales trabajan en una sola dirección, lo cual omite las asociaciones no lineales y los efectos de interacción que este estudio defiende que existen.

- **Multivariable**

Formas complejas de interacción, como la tradición multidimensional, siendo evaluado el patrón de estilo de vida en un continuo desde salud pobre a salud ideal. Un riesgo para la salud no se considera como una tendencia aislada de comportamiento, como en los dos anteriores, sino como un componente de una constelación duradera de riesgos para la salud que toman forma como estilos de vida. Así pues, una variable con una posición central dentro del complejo de interrelaciones de variables puede ser más importante para la prevención de enfermedades y promoción de la salud que las variables con mayor efecto directo, pero con una posición periférica dentro de la constelación de las variables de estilo de vida relacionados con la salud.

### **2.3.3. Intervención**

Tal es su importancia que a finales del siglo XX en Estados Unidos nació el modelo de investigación colaborativa BCC, a través de la unión de la Asociación Americana del Corazón, la Fundación Robert Wood Johnson y 15 Institutos Nacionales de Salud. Desde entonces expande la investigación en los cambios de hábitos de salud, centrándose particularmente en los hábitos de vida clásicos: tabaco, alcohol, actividad física y alimentación (Solomon y Kington, 2002; Soreson y Steckler, 2002). Aún no posee la suficiente claridad sobre la interrelación entre diferentes conductas relacionadas con la salud, sin embargo, supone un gran intento por demostrar la necesidad de intervenir en múltiples

hábitos de vida, aprovechando así la sinergia creada a partir de su interrelación. Sus principios son los siguientes:

- a) Incluir la participación en múltiples sectores: medios de comunicación, empresas, educación, leyes, servicios sociales.
- b) Visión a largo plazo, puesto que las modificaciones en los hábitos de vida precisan de años para consolidarse.
- c) Centrarse en las necesidades de cada grupo destinatario: clase social, género, edad, nivel económico, etc.
- d) Difusión a varios niveles de influencia simultáneamente: naciones, comunidades, familias, individuos.
- e) Diversidad de enfoques: programas, educación, leyes, apoyo social, incentivos, etc.
- f) Centrarse en determinantes sociales y comportamentales de la enfermedad, lesión y discapacidad.

Destacar también el proyecto norteamericano Addressing Multiple Behavioral Risk Factors in Primary Care del 2001, también fundado por la mencionada anteriormente Fundación Robert Wood Johnson y, en esta ocasión, junto al Bayer Institute for Health Care Communication, con el fin de revisar la existencia de evidencias sobre las estrategias de intervención en múltiples riesgos y elaborar grupos de discusión, diálogos y recomendaciones para la política, la intervención y la investigación (Orleans, 2004). A pesar de volver a centrarse en los hábitos de vida clásicos (tabaco, alcohol, actividad física y alimentación) se desmarca del BCC en dejar la puerta abierta a la inclusión de otros hábitos de riesgo, creando una mejoría en el modelo de intervención y evaluación. Pronk et al. (2004) señalan estas recomendaciones a seguir en el proyecto para incluir la intervención en múltiples factores de riesgo:

- Ampliar la agenda de investigación.
- Comenzar con algún proyecto de demostración.
- Apoyar continuamente la transferencia de los resultados de la investigación a aplicaciones prácticas.
- Proponer una agenda de política, en torno a cuestiones públicas relacionadas con el contexto.

No existe acuerdo sobre el mejor modo de realizar la intervención múltiple:

- Spring et al. (2004) apoyan que la intervención tiene más éxito cuando los cambios se realizan secuencialmente y no simultáneamente, como demostraron en una muestra de mujeres adultas con un programa destinado al tabaco, la actividad física y la alimentación.
- Prochaska (2008), sin embargo, apoya que son efectivas tanto si se atajan los diversos hábitos de riesgo de manera simultánea como si se realiza de modo secuencial.

Destacar que los investigadores se han centrado en los hábitos que ponen en riesgo la salud, así como en la prevención a nivel secundario y terciario. Así pues, existen evidencias, desde esta perspectiva, de que la intervención sobre múltiples hábitos de riesgo puede producir efectos pequeños, pero estadísticamente significativos (Goldstein et al., 2004; Orleans et al., 1999).

## Estudio epidemiológico de hábitos de vida saludable mediante la Escala de Valoración del Estilo de Vida Saludable Adquirido

En cuanto a la prevención a nivel terciario (hábitos ya instaurados) existen tres enfoques que reconocen de nuevo la importancia del cambio múltiple de los hábitos de vida (Noar et al., 2008):

- **Enfoque de los principios del cambio conductual**  
A través del modelo de creencia de salud (Becker y Maiman, 1975).
- **Enfoque centrado en la categoría de la salud/conducta global**  
Basado en la teoría de la acción razonada (Ajzen y Fishbein, 1980) y de la conducta planificada (Ajzen, 1991).
- **Enfoque múltiple de comportamiento**  
A través de la teoría social cognitiva (Bandura, 1986) o el modelo transteórico (Prochaska y DiClemente, 1983). El de mayor relevancia, pues tiene en cuenta varios grados de preparación para el cambio en la conducta de riesgo (Prochaska et al., 2004, 2005). Integra tres importantes conceptos para el examen y la intervención sobre las conductas de salud a través de distintas fases: balance en la toma de decisiones, autoeficacia y proceso de cambio. En este último concepto es donde incluye los populares cinco estados por los que los individuos han de pasar para modificar sus hábitos, aparte del estado de *Recaída*, como se muestra en la figura 1:
  - 1) *Precontemplación*. No tiene la intención de cambiar en un futuro previsible.
  - 2) *Contemplación*. Tiene la intención de cambiar en los próximos seis meses.
  - 3) *Preparación*. Tiene la intención de cambiar en los próximos treinta días.
  - 4) *Acción*. Ha realizado el cambio en los últimos seis meses.
  - 5) *Mantenimiento*. Hizo el cambio hace más de seis meses.



Figura 1. Las Fases del cambio.

Marc Lalonde, Ministro de Sanidad de Canadá, fue uno de los primeros en comprobar la desproporción del reparto entre la adecuación de gastos sanitarios y los determinantes de salud, en la tabla I se refleja mediante la recopilación de los gastos federales de Canadá en el sector salud (periodo 1974-1978):

**Estudio epidemiológico de hábitos de vida saludable mediante la  
Escala de Valoración del Estilo de Vida Saludable Adquirido**

|                                   | <b>Distribución mortalidad (%)</b> | <b>Gasto sector salud (%)</b> |
|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| Sistema de asistencia médica      | 11                                 | 90,6                          |
| Estilos de vida y hábitos de vida | 43                                 | 1,2                           |
| Medio ambiente                    | 19                                 | 1,5                           |
| Biología humana                   | 27                                 | 6,9                           |

Tabla I. Causas de mortalidad, con su distribución y su gasto en Canadá, periodo 1974-1978 (en %).

### **3. MARCADORES VALORADOS**

#### **3.1. Edad**

Ramos (2010) establece que la etapa más condicionante para el desarrollo del estilo de vida de la etapa adulta, es la adolescencia; aun así, también hay que destacar la importancia de la niñez, pues se marcan las bases de las pautas de conducta; y no olvidar que se pueden producir cambios en los hábitos de vida en cualquier momento del desarrollo, aunque con los años cada vez es menos frecuente.

##### **3.1.1. Niñez**

En esta etapa ocurre el desarrollo más temprano, se marcan las bases de las pautas de conducta; se adquiere la capacidad de pensar, razonar y comunicarse; y se forman los fundamentos de los valores y comportamientos sociales (Collado, 2004).

A continuación, se exponen algunos puntos fundamentales que Papalia (2001) considera indicadores en el desarrollo del niño, desde un punto de vista cronológico, y que además son importantes a tener en cuenta ya que en estos se evidencia parte de la relación entre infancia y calidad de vida:

- 1) Los dominios del desarrollo están relacionados. Así pues, los aspectos que influyen en el crecimiento (como la movilidad física o la autoestima), están relacionados e influyen unos sobre otros.
- 2) El desarrollo normal incluye un amplio espectro de diferencias individuales. Es decir, cada niño es distinto de otro, algunas diferencias son innatas, otras tienen que ver con muchas variables (como la experiencia, la genética, la clase social, la raza o las características de la familia).
- 3) Los niños ayudan a dar forma a su propio desarrollo e influyen en las respuestas de los demás ante las suyas. El niño crece y aprende adquiriendo comportamientos del entorno y al tiempo sus comportamientos hacen que este les responda ante sus necesidades.
- 4) Los contextos históricos y culturales influyen en su desarrollo. Fenómenos como los avances científicos, nuevas tecnologías, cambios en el entorno, tiempo o espacio.

- 5) Los niños son muy adaptables. Experiencias traumáticas no siempre causan daños irreversibles, los niños tienen gran flexibilidad y capacidad de adaptación. Aunque, del mismo modo, si el entorno no es estimulante para el niño se pueden causar graves daños.
- 6) El desarrollo en la niñez está conectado al desarrollo del resto de la vida. Las etapas de desarrollo en la infancia son muy importantes; sin embargo, la gente continúa desarrollándose durante toda su vida, destacando la etapa adolescente.

Según una publicación del UNICEF (2005), la infancia se considera mucho más que la época que transcurre antes de llegar a ser adulto, se refiere al estado y condición de la vida de un niño: a la calidad de esos años.

La convención sobre los derechos del niño, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1989, UNICEF (2005), representa un consenso mundial sobre cuáles deben ser los parámetros de la infancia. Se han producido grandes avances en el cumplimiento de los derechos de los niños y niñas a la supervivencia, la salud y la educación, y una necesidad cada vez mayor de protección, que los defiende contra la explotación, el abuso y la violencia. Sin embargo, es preocupante que en algunas regiones y países se dan tres amenazas fundamentales que influyen directamente sobre la creación de estilos de vida saludables en los niños: la pobreza, los conflictos armados y el déficit sanitario.

### **3.1.2. Adolescencia**

Ramos (2010) establece que el estilo de vida de un adolescente puede condicionar en gran medida su estilo de vida en la etapa adulta. Este autor también considera la adolescencia como la etapa evolutiva más adecuada para intentar evitar la adopción de estilos de vida no saludables y, en caso de que se hayan iniciado de forma experimental, intentar modificarlos antes de que se establezcan de forma definitiva. Los múltiples cambios y retos a los que deben hacer frente los adolescentes (por ejemplo, la relación más íntima e interdependiente con sus iguales, la mayor independencia y autonomía de los adultos y el mayor número de situaciones en las que deben tomar decisiones por ellos mismos), facilitan que tengan que tomar decisiones acerca de si se implican o no en hábitos de vida que van a tener implicaciones para su salud (por ejemplo, si beben alcohol, fuman o mantienen relaciones sexuales con o sin protección).

Al tiempo que ha ido creciendo el interés por el estudio de los estilos de vida saludables y su relación con la salud, los expertos están cada vez más concienciados de la necesidad de aportar una imagen realista sobre este asunto. En este sentido, Ramos (2010) obtiene datos apuntando a que el 80% de los adolescentes tiene estilos de vida adecuados para su salud; sin embargo, el 20% de los adolescentes tiene serios problemas y pueden ser clasificados como disfuncionales.

### **3.1.3. Edad adulta**

En la edad adulta, la investigación ha demostrado que muchos hábitos de vida están interrelacionados y tienden a covariar sistemáticamente (Jessor, 1984). Así, las uniones intraindividuales entre las conductas sugieren la existencia de un síndrome, una constelación organizada de comportamientos, más que una colección de actividades discretas e independientes. Esta forma de entender el estilo de vida tiene importantes implicaciones para conocer el origen y la naturaleza de cada comportamiento, así como para planificar programas de prevención e intervenciones en la población adulta.

Elliot (1993) recoge 5 explicaciones con la intención de revelar las razones por las que los diversos hábitos de vida que conforman los estilos de vida se correlacionan de forma clara durante la edad adulta:

- Tienen una causa común. Por ejemplo, rasgos de personalidad, situación económica, desorden clínico.
- Están vinculadas con la experiencia social, y se aprenden en grupo.
- Constituyen medios para alcanzar metas personales.
- Vinculación con las expectativas normativas de grupos particulares o culturas.
- Vinculación causal, entre unas y otras.

#### **3.1.4. Tercera edad**

Los hábitos muestran relaciones débiles y dispares con el aumento de la edad en esta etapa, tal como señaló Ungemack (1994), indicando que esto puede deberse a que al ser una etapa del desarrollo tan avanzada los hábitos de salud ya están instaurados y se mantienen de forma independiente unos de otros.

En la tercera edad, los comportamientos relacionados con la salud no correlacionan entre sí, debido a que las conductas protectoras de la salud difieren en tres aspectos, como explicaron Williams y Wechsler (1972):

- Difieren en función de la comodidad o esfuerzo que su acción requiera.
- Existen conductas que solo necesitan ser llevadas a cabo una vez en la vida (por ejemplo, la vacunación), mientras que otras son más esporádicas (por ejemplo, las revisiones médicas, el tratamiento de una patología infecciosa aguda) y otras incluso deben ser realizadas a diario (por ejemplo, la higiene dental).
- Unas personas precisarán conductas protectoras de salud desde la prevención primaria y otras personas desde la prevención secundaria. Debido a que se encuentran en diferentes niveles de enfermedad o salud.

#### **3.1.5. Resultados destacables en estudios previos**

El Estudio sobre salud y estilo de vida de Aegon (2018) muestra como los españoles vamos cambiando de hábitos a lo largo de los años:

- ✓ Entre los 25 y 34 años se encuentran los encuestados más satisfechos con su vida, un 86,4%.
- ✓ Los que muestran más diferencias en cuanto a sus estados de ánimo son los mayores de 64 años, donde la incidencia en depresión aumenta, sobre todo en mujeres.
- ✓ La percepción sobre nuestra salud empeora con la edad, especialmente a partir de los 55 años (56%). La generación que mejor salud tiene es aquella con edad comprendida entre los 25 y 34 años (83%).
- ✓ Aumenta progresivamente con la edad estar siguiendo un tratamiento y el correspondiente seguimiento médico para una enfermedad crónica.

- ✓ Con la edad disminuye progresivamente la preocupación y la satisfacción con el aspecto físico e, inversamente, aumenta el porcentaje de aquellos que afirman que no están preocupados por su aspecto e insatisfechos (de 8,2% a 21,2%).
- ✓ Los jóvenes entre 18 y 24 años son los que más se automedican (73,1%).
- ✓ La edad es una variable que influye notoriamente en cómo cuidamos nuestra alimentación. Aunque cuidar la dieta es una tendencia común a todas las edades adultas, es a partir de los 35 años cuando los españoles le dan más importancia a tener una dieta variada (80,3%), a cuidar los hábitos de alimentación para tener una buena salud y figura (71,3%) y cuando más se preocupan por los componentes nutricionales de los alimentos que consumen (69%).

## 3.2. Sexo

### 3.2.1. Diferente y desigual

La salud de hombres y mujeres es diferente pues existen factores biológicos, pero también es desigual pues existen factores socioculturales (mayormente debido a los roles de género), estableciendo diferencias injustas entre ellos (Rohlf et al., 2000).

Tanto el sexo como el género se relacionan con la salud y lo hacen de forma simultánea, ya que una persona no vive siendo de un género o de un sexo, sino de ambos a la vez (Borrell y Artazcoz, 2008; Krieger, 2003; Tubert y Fraisse, 2003). Es útil distinguir desde un primer momento la diferencia entre sexo y género (Courtenay y Keeling, 2000; Doyal, 2001; Krieger, 2003; Rohlf et al., 2000):

- **Sexo.** Se refiere a las diferencias fisiológicas, anatómicas y físicas entre hombres y mujeres.
- **Género.** Se refiere tanto a las ideas y representaciones como a las prácticas sociales de hombres y mujeres, es decir, no es una categoría estática, sino que se manifiesta a través de la acción de la persona. Su naturaleza es polémica, pues en las últimas décadas su concepto se ha ido extendiendo más allá de su significado original, encontrando investigaciones donde se sustituye el término sexo por género (Division for the Advancement of Women, 1998; Tubert y Fraisse, 2003; Udry, 1994).

### 3.2.2. Justificación de las diferencias

Las razones de estas diferencias se pueden agrupar en cinco grupos (Lois M. Verbrugge, 1989), algunas empeoran la salud de los hombres, otras de las mujeres, y otras de ambos:

- Cuidados de salud previos y capacitación médica. Cómo el tratamiento influye en la patología actual y en el futuro comienzo de una nueva. Empeora la salud de los hombres.
- Comportamientos informadores de salud. Cómo la persona refiere sobre sus síntomas a los demás. Empeora la salud de las mujeres.
- Síntomas y atención médica de aspectos psicosociales. Cómo la persona percibe los síntomas, evalúa la severidad y decide qué hacer para aliviar o curar los problemas de salud. Empeora la salud de las mujeres.
- Riesgos adquiridos o del entorno social. Dependientes de sus actividades laborales y de tiempo libre, y de sus hábitos saludables. Son considerados una mezcla, algunos empeoran la salud de los hombres (por ejemplo, alcohol, accidentes laborales), mientras que otros la

de las mujeres (por ejemplo, menos actividades de tiempo libre con actividad física vigorosa, mayor obesidad).

- Riesgos biológicos o intrínsecos. Debido a las diferencias entre sus genes y hormonas. Empeora la salud de los hombres.

Existe otra categorización más reciente coincide en gran parte con la de Verbrugge, aunque agrupa las diferencias de salud de hombres y mujeres en cuatro categorías: biocomportamentales, psicosociales, comportamentales, biológicos (Whitfield et al., 2003).

### **3.2.3. Evolución de las diferencias con el tiempo**

Las diferencias de género no son tan marcadas actualmente como a finales de los 80, gracias a los cambios sociales, pero siguen existiendo diferencias en la explicación, evaluación y comprensión de los síntomas entre hombres y mujeres (Denton et al., 2004; Doyal, 2000; Kolip, 2008).

Hay que destacar la labor llevada a cabo en 1995 en la IV conferencia Mundial sobre la Mujer de las Naciones Unidas, en Pekín, donde se plasmó un gran intento por erradicar las desigualdades de sexo en salud proclamando que las mujeres no debían ser contempladas únicamente como madres y reproductores sino como individuos con funciones múltiples; indicando que la promoción de la equidad de género y el respeto de los derechos humanos de las mujeres eran elementos básicos de toda estrategia que apuntara a garantizar el acceso de las mujeres a la salud. Además, se insistió en identificar, desde una perspectiva de género, los factores que promovían y protegían la salud, incluyendo el acceso a servicios de calidad para las mujeres.

En nuestro país, pese a ser un tema incipiente y con pocas publicaciones, existe un interés creciente en la agenda de salud pública por las desigualdades de salud entre hombres y mujeres, destacando las iniciativas de la RISG y del Grupo de Género y Salud Pública en el seno de la SESPAS (Artazcoz, 2004; Borrel et al., 2004; Ruíz et al., 2005). Este último propuso en el año 2000 la creación del Observatorio de Desigualdades de Género en la Salud, comenzando inicialmente de forma voluntarista, dada su utilidad consiguió financiación posteriormente mediante la Red Temática de Investigación de Salud y Género (2003-2006), a continuación por el Observatorio de la Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo (2006-2007), y desde el 2007 ya por el prestigioso CIBERESP, permitiéndole difundir información útil tanto para la población general, los responsables políticos y los gestores como para la comunidad científica (Grupo de Género y de Salud Pública, 2008).

### **3.2.4. Resultados destacables en estudios previos**

- ✓ Los hombres poseen índices más altos de mortalidad, mientras que las mujeres presentan un peor estado de salud, pues enferman con más frecuencia y tienen índices más altos de morbilidad, discapacidad y uso del sistema sanitario, sin embargo, su esperanza de vida es más larga (Gove y Hughes, 1979; Nathanson, 1977).
- ✓ Los hombres declaran mejor estado de salud en todos los grupos de edad, aunque a medida que avanza la edad esta disminuye. Aunque como está peor salud percibida por las mujeres podía ser debida a las diferencias del significado y de su expresión, se ajustó según su mayor capacidad de referir problemas y de expresar sus emociones, con resultados que siguen siendo peores que los hombres (Ross y Bird, 1994).

### 3.3. Nivel de estudios

#### 3.3.1. La relación recíproca entre el nivel de estudios y la salud

Chan (2010), Directora General de la OMS expresó, mediante un discurso, que el nivel de estudios y la salud están íntimamente unidos. Aún más si se educaba desde la infancia, aumenta las probabilidades de tener mejores conocimientos sobre la salud, destacando la salud sexual, mejor alimentación, prevención de enfermedades contagiosas y mejora económica. Además, destacaba que el nivel de estudios y la salud están hermanadas y se refuerzan mutuamente, pues los problemas de salud pueden socavar gravemente las inversiones en educación (por ejemplo, enfermar te puede alejar de la formación académica, incluso existen algunas enfermedades parasitarias tropicales que reducen la absorción de nutrientes, afectando al desarrollo de las funciones mentales y comprometiendo los resultados académicos). Esto ha sido apoyado por muchos investigadores; los resultados de los estudios revelan que los adolescentes que experimentan un mal estado de salud obtienen resultados académicos inferiores a los de sus compañeros con buen estado de salud (Levitz et al., 1999; Aloise et al., 2002; Needham et al., 2004; Bridgeland et al., 2006; Piko, 2007).

#### 3.3.2. Factores asociados al abandono académico

Dada la interrelación entre el nivel de estudios y la salud, expuesta anteriormente, es importante conocer las causas por las que se abandonan los estudios.

##### Factores individuales

Destacan los problemas de salud, junto al estrés, la falta de disciplina y de motivación, la inseguridad, expectativas diferentes entre la institución y el estudiante, intereses ajenos a la escuela (por ejemplo, querer ganar dinero rápido), ser padres a temprana edad, o tener que cuidar de un familiar (Bridgeland et al., 2006).

##### Factores académicos

Se relacionan con indicadores que influye negativamente en el desempeño académico. Por ejemplo, un porcentaje bajo de aciertos en el examen de admisión para ingresar a una institución de educación, el promedio bajo de calificaciones, los hábitos de estudio deficientes, suspender varias asignaturas, repetir el año, la baja asistencia, o estudiar en el turno vespertino (Needham et al., 2004; Bridgeland et al., 2006).

Las investigaciones indican que el promedio en la secundaria resulta invariablemente el mejor predictor del desempeño académico (Auyeung y Sands, 1993; Lotkowski et al., 2004; Robbins et al., 2006), y existe evidencia de que el abandono académico disminuye cuando el promedio de calificaciones en el nivel anterior es mayor (Clark y Ramsay, 1990).

Bridgeland (2006) indica que los jóvenes suelen abandonar la escuela por cuatro razones principales de carácter escolar:

- a) Clases poco interesantes.
- b) Falta de capacidad para ponerse al día e inasistencia.
- c) Pasar tiempo con personas que no estén interesadas en formarse académicamente.
- d) Suspender asignaturas o cursos completos.

En otro estudio se incluye también que al estudiante no le guste estudiar o que necesite trabajar, también de gran importancia (IMJ, 2006).

#### **Factores sociales**

Uno de los mejores predictores del rendimiento académico es el nivel de compromiso de la familia con el aprendizaje del alumno (Clark y Ramsay, 1990). Destacar también la calidad en las relaciones familiares, el nivel socioeconómico de los alumnos y algunos indicadores sociodemográficos como la edad y el sexo (IMJ, 2006). El abandono académico se incrementa a medida que aumenta la edad, y el ser hombre influye negativamente en el desempeño académico (Needham et al., 2004).

La familia juega un papel muy importante en asegurar que los estudiantes con dificultades de aprendizaje sean exitosos académicamente (Cabrera et al., 1993; Bridgeland et al., 2006).

Los estudios sostienen que el buen nivel socioeconómico familiar, el nivel educativo de los padres y el número de libros leídos en casa tienen un efecto altamente significativo para predecir el abandono escolar (Evans, 1999; Lotkowski et al., 2004). Los alumnos con un bajo rendimiento académico tienen padres que abandonaron los estudios y tienen niveles educativos y/o ingresos familiares bajos (Needham et al., 2004; Bridgeland et al., 2006; WHO, 2008).

#### **Factores institucionales**

Son indicativos de la importancia que tienen las instituciones en las decisiones de los alumnos de abandonar sus estudios. Generalmente, los índices de abandono académico aumentan cuando las instituciones de educación enfrentan problemas de gestión, cuentan con tecnología anticuada, o no tienen un control de la calidad de sus profesores; pudiendo ocasionar que los alumnos tengan malas experiencias con los docentes de baja calidad o indiferentes, o actitudes negativas en las clases (Bridgeland et al., 2006).

### **3.3.3. Resultados destacables en estudios previos**

En la literatura científica se encuentran múltiples estudios que estudian el estilo de vida y los hábitos de vida en población universitaria, pero son mínimos los que establecen relaciones directas entre el nivel de estudio con los hábitos de vida saludables.

- ✓ Las personas que terminan la educación media superior tienen mejor estado de salud (WHO, 2008).
- ✓ El bajo rendimiento académico es más frecuente en personas que fuman tabaco, beben alcohol, consumen marihuana, tienen mala relación con sus profesores y amigos, se aíslan socialmente, padecen desórdenes psiquiátricos o enfermedades físicas crónicas, intentan suicidarse, tienen malos hábitos alimenticios o sobrepeso (Neumark-Sztainer et al., 1997; Aloise et al., 2002; Taras y Potts-Datema, 2005; Huurre et al., 2006; NCSET, 2006; Hall-Lande et al., 2007; Cox et al., 2008; MCS, 2008).

### 3.4. Estado civil

#### 3.4.1. Vivir solo o en pareja

Tradicionalmente, se ha divulgado la idea de que tener una pareja es mejor que estar soltero, existe un castigo social en forma de reprobación continua al soltero, potenciando la idea de que estar soltero es peor que en pareja; aun así, la tendencia a estar soltero ha aumentado en los países desarrollados (Santandreu, 2012). La mayoría de las personas prefieren vivir en pareja, sobre todo en la tercera edad, aunque destacando que dichas relaciones deben ser satisfactorias (Meil, 1999).

Existen muchos datos sobre si estar soltero o en pareja es mejor para la salud, muchos contradictorios, aunque realmente las diferencias son mínimas. A continuación, se exponen algunos de ellos.

- ✓ En la quinta edición del barómetro realizado por Cofidis y la empresa de investigación GFK, los solteros tienen un índice de ilusión superior (65 puntos sobre 100) al de los casados (57 puntos sobre 100) (Cofidis, 2017).
- ✓ Sin embargo, Meil (1999), catedrático de sociología de la Universidad Autónoma de Madrid, observo que las personas sin pareja ni hijos muestran menor percepción de satisfacción por la vida.
- ✓ Hay que resaltar que el Teléfono de la Esperanza recibe, entre otras, llamadas que tienen un contenido suicida, de aquellas, durante 2013, el 74% las hacían personas que no tenían una relación sentimental o de pareja (Alberca, 2014).
- ✓ Elena Crespí (2018), psicóloga y subdirectora del Instituto de Estudios de la Sexualidad y la Pareja en España asegura que una persona tendrá más salud mental con una pareja adecuada que estando soltera, aunque menos si dicha pareja es tóxica.
- ✓ Los casados tienen mejor salud física en general que los que se quedaron solos (Syrda, 2017).
- ✓ Tener una pareja permite tener relaciones sexuales con mayor seguridad. Disminuyendo así el riesgo de contraer ETS que el soltero que practique relaciones esporádicas.

#### 3.4.2. Ruptura de la pareja

La ruptura de la pareja conlleva efectos emocionales relacionados con el sentimiento de pérdida y de percepción personal de fracaso. Una experiencia que se desvela angustiosa aun en sociedades como la nuestra, con tasas de divorcio elevadas (Ghàler, 2006; Solsona, 2009), en las que conviven diferentes modelos de unión que han aportado mayor plasticidad, tanto en la formación de las uniones como en su disolución (Simó y Solsona, 2010). Al redefinir la intimidad y los vínculos afectivos, toda ruptura de unión puede desencadenar además un aumento de la vulnerabilidad, puesto que constituye una transición vital que a menudo provoca aislamiento y sensación de quiebra del grupo de pertenencia (Solsona, 2009). Además, el divorcio supone en muchas ocasiones una importante transformación de los recursos disponibles y de las condiciones de vida y, consecuentemente, de los proyectos vitales (Peterson, 1996).

Por otra parte, señalar que, en los casos de ruptura conflictiva, la duración del proceso puede dilatarse en el tiempo. De hecho, el divorcio no siempre implica el final del conflicto de la pareja, sobre todo cuando existen hijos comunes o bienes materiales compartidos (Wallerstein y Blakeslee, 2003).

También cabe destacar que la clave, no está en el estado civil per se, sino en la interacción entre el estado civil y la situación de convivencia, por lo que parece adecuado afirmar que vivir con una nueva pareja tras la disolución del matrimonio preserva la salud de las personas implicadas. Esto ya lo exponían McDonough y Waters (2001). La aparente mayor vulnerabilidad de las mujeres no puede explicarse únicamente por la ruptura, sino que esta resulta de trayectorias diferentes entre hombres y mujeres.

### **3.4.3. Hijos**

Los estilos de vida saludables vienen definidos en gran medida por la transmisión familiar, la educación recibida, y el ambiente físico y social en que cada persona vive. La familia es “el primer escenario natural de la vida” (López-Barajas, 2013).

Carballo (1984) destaca que la familia es un contexto de ejemplo, imitación y consolidación a nivel global u holístico de las conductas, valores y estilos de vida, de las personas con las que se convive y donde se van adquiriendo hábitos que poco a poco, moldean sus preferencias y costumbres que durante la vida adulta estarán, en mayor o menor medida, presentes. De hecho, los niños copian los comportamientos de sus mayores, por técnicas de imitación.

Ortega (2014) destaca en su estudio “La familia como agente promotor de estilos de vida saludable” que la familia se puede considerar el mayor influenciador en el niño para establecer su estilo de vida en la edad adulta.

### **3.4.4. Resultados destacables en estudios previos**

- ✓ La reducción de los recursos y la merma en las condiciones de vida afectan mucho más frecuentemente a las mujeres que a los hombres (Andre y Hummelsheim, 2009).
- ✓ En su estudio, Simó (2015), llevado a cabo mediante los datos de la EESE 2009/2010, corrobora la hipótesis general de su investigación:
  - ✓ Los hombres separados/divorciados presentan mayores riesgos de sufrir depresión crónica que el resto de hombres.
  - ✓ Las mujeres separadas/divorciadas evidencian mayores riesgos de sufrir tanto ansiedad crónica como depresión crónica.
  - ✓ Convivir en pareja tiene un efecto beneficioso, pues atenúa la mala salud mental en general.

Concluyendo, la complejidad de la ruptura y sus consecuencias aumentan con la presencia de hijos, con los años de convivencia y con la existencia de un patrimonio común, pudiendo situar a los miembros de la pareja ante una mayor vulnerabilidad, particularmente, en el orden económico y en el de la salud (Simó, 2015).

## **3.5. Ocupación**

El trabajo es una actividad humana fundamental. Nos diferencia de los animales y nos permite el desarrollo de capacidades físicas y mentales. De manera que al intentar analizar la salud en forma integral no se puede dejar de considerar cómo el trabajo influye en la salud de los seres humanos (Betancourt, 1995).

### 3.5.1. Clasificación

La ocupación se considera el mejor indicador para clasificar socioeconómicamente a una población (Regidor et al., 1994). Hoy en día, la principal clasificación socioeconómica es la ISCO o CIUO, responsabilidad de la International Labour Organization (Organización Internacional del Trabajo). Esta herramienta organiza las ocupaciones en una serie de grupos definidos claramente en función de las tareas que comporta cada uno de ellos. Muchas de las clasificaciones nacionales de ocupaciones se basan en la versión de la ISCO en uso mientras fueron desarrolladas. La primera versión fue la ISCO-58, presentada en la Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo en 1957, que la reemplazaría en 1966 por la ISCO-68, aunque está también quedaría relegada a partir de 1987 por la ISCO-88, hasta el 2007 con la actual versión utilizada, la ISCO-08.

### 3.5.2. Resultados destacables en estudios previos

- ✓ El desempleo y la exposición a determinados riesgos físicos y químicos del medio ambiente laboral se asocia a un empeoramiento en la salud del individuo, debido al deterioro socioeconómico que supone (Smith et al., 1998, 2000).
- ✓ Farinola et al. (2012), publicaron que en los estudiantes existe un nivel de actividad física superior al de los trabajadores, sobre todo en mujeres.
- ✓ Los estudiantes y trabajadores de carreras relacionadas con la actividad física y ciencias médicas muestran mejores resultados en el hábito de ser físicamente activos, menor consumo de alcohol, tabaco, drogas, y sobre la salud general, que en el resto de las carreras (Steptoe, 2002).
- ✓ Destacar la fuerte relación entre las condiciones del puesto laboral y la salud mental del empleado (Smith et al., 1998, 2000).

### 3.6. Nivel de ingresos mensuales

El nivel económico o de ingresos se señaló como posible variable para discriminar entre grupos socioeconómicos, pero como se expuso anteriormente se ha resuelto mediante una clasificación en grupos laborales; pues, aunque en principio parece fácil discriminar según el nivel de ingresos, se ha comprobado que se trata de un tema que produce recelo en la población, suponiendo una cumplimentación baja y de fiabilidad variable; además, existen una amplia gama de fuentes posibles de ingresos. Una solución es el uso de marcadores de riqueza como la vivienda (régimen de propiedad y características), posesión de coche o de ordenador (Carr-Hill y Chalmers-Dixon, 2005; Regidor et al., 1994; Smith et al., 1990; Wardle et al., 2002).

Destacar la inexistencia de una medida consensuada de clasificación socioeconómica de las personas, aunque puede sorprender que exista una razón lógica y fundamental: el desconocimiento de lo que se está midiendo. Como la medición idónea de un concepto requiere su definición teórica previa, y en este caso no se ha realizado con claridad, surge la dificultad de la medición de la posición socioeconómica; producto de ello las formulaciones son poco operativas, complejas y diversas. Existe una falta de claridad y consistencia en los conceptos y medidas para tratar estas desigualdades, lo que ocasiona limitaciones en su investigación (Carr-Hill y Chalmers-Dixon, 2005). Como se ha mencionado, se ha utilizado en investigaciones el nivel de ingresos como medida clasificatoria, sin embargo, posee una serie de limitaciones, por lo que no es la herramienta de medida ideal (Carr-Hill y Chalmers-Dixon, 2005; Regidor et al., 1994). Finalmente, la resolución se ha centrado en la clasificación por grupos ocupacionales, para ello diferentes ocupaciones han sido

clasificadas en función de una combinación de prestigio, ingresos y cualificación profesional, produciéndose una serie jerárquica de grupos socioeconómicos que se supone se diferencian en un rango de características sociales (Regidor et al., 1994).

### **3.6.1. Marcadores socioeconómicos**

Pioneros en su estudio fueron los británicos en el año 1977, cuando el secretario de Estado de Servicios sociales del gobierno laborista del Reino Unido solicitó a un grupo de expertos el estudio de las desigualdades sociales en el ámbito de la salud mediante el “Informe Black”, profundizó en sus causas y su magnitud, y recomendó las primeras intervenciones necesarias para disminuir estas desigualdades (Black et al., 1988).

En España, habría que esperar a 1994 para disponer de un estudio relevante que señalase la existencia de desigualdades socioeconómicas en nuestra población, se trata del libro “Diferencias y Desigualdades en la Salud en España” (Regidor et al., 1994). En 1996 se publicó el primer informe en nuestro país encargado por el Gobierno, “Desigualdades Sociales en Salud en España” (Navarro, Benach y La Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud en España, 1996), pese al logro que supuso, su difusión fue escasa y no se ejecutaron las recomendaciones incluidas (Navarro y Baltimore, 1997). Pese a la información aportada por la SESPAS, no se ha vuelto a realizar un nuevo informe de dichas características a nivel nacional (Borrell et al., 2004). Sin embargo, se ha avanzado en este campo gracias a publicaciones en revistas especializadas, basándose principalmente en el análisis de la mortalidad y las encuestas de salud (Benach, 1995; Borrell y Pasarín, 1999). Aunque no ha influido en cambios de política sanitaria, puesto que la mayoría de los planes de salud de las comunidades autónomas no incluyen los objetivos destinados a disminuir las desigualdades en salud (Benach et al., 2002), pese al aumento de las desigualdades sociales en salud a nivel nacional (Daponte et al., 2008; Regidor et al., 2006).

Además, pese a que los estudios de carácter descriptivo sobre desigualdades en salud han crecido notablemente, no ha sucedido lo mismo con la investigación sobre sus causas y sus consecuencias (Borrell y Pasarín, 1999).

Resaltando la necesidad de estudiar la evolución y las características de las desigualdades en salud, pues se justifica sobradamente en España debido a la deficiente situación respecto a la Unión Europea en determinantes socioeconómicos; por no mencionar dos factores propios: la debilidad del Estado de Bienestar existente y las fuertes desigualdades internas entre áreas geográficas y clases sociales (Benach et al., 2004).

### **3.6.2. Resultados destacables en estudios previos**

- ✓ Las dificultades económicas se asocian a un descenso en la posición socioeconómica, lo que se relaciona con un aumento en los daños a la salud (Smith et al., 1998, 2000).
- ✓ Las investigaciones muestran que niveles bajos en marcadores socioeconómicos, como el nivel económico, la ocupación o el nivel de estudios, están relacionados con una peor salud (Adler et al., 1994; Mackenbach et al., y Grupo de Trabajo de la Unión Europea sobre Desigualdades Socioeconómicas en Salud, 1997; Marmot y Wilkinson, 2006).
- ✓ Una de las causas más importantes estudiada y refrendada para explicar que provoca y perpetua esta relación entre las desigualdades socioeconómicas y el estado de salud ha sido la mayor frecuencia de hábitos de riesgo para la salud en las personas menos privilegiadas, como el consumo excesivo de tabaco y alcohol, alimentación inadecuada y la ausencia de actividad física (Pekkanen et al., 1995; Schrijvers et al., 1999; Smith et al., 1990, 1996).

- ✓ Destacar la fuerte relación del nivel económico con el estado mental de la persona, como defienden múltiples estudios (Bosma et al., 1998; Chandola et al., 2006; Hemingway y Marmot, 1999; Risengren et al., 2004; Siegrist y Marmot, 2004).
- ✓ Por último existe una hipótesis de gran interés centrada en las ventajas y desventajas materiales asociada a la estructura social, lo cual se perpetúa a lo largo de la vida; así pues, según aumenta el número de exposiciones socioeconómicas adversas a lo largo de la vida, se incrementa gradualmente la probabilidad de que aparezca algún tipo de incapacidad, el riesgo de ocurrencia de enfermedades crónicas, la percepción subjetiva de mala salud y la mortalidad (Singh-Manoux et al., 2004; Power et al., 1999).

### **3.7. Religión**

#### **3.7.1. Papel de la religión.**

Es posible que las divergencias en la mayoría de las asociaciones guarden relación con las formas de medición de las variables, en particular, la cuantificación de religiosidad. En la mayoría de los estudios revisados se cuantificó el informe de una práctica religiosa o la asistencia a la iglesia. De la misma forma, es necesario considerar las características de la población y el análisis estadístico.

Hay que destacar que varias religiones prohíben comportamientos que se consideran no saludables, como el consumo de alcohol en musulmanes.

Para el personal sanitario es importante considerar las necesidades religiosas cuando se plantea la prevención y el cuidado de un paciente o una comunidad, puesto que las creencias y las expectativas relacionadas con la vivencia de lo religioso de una persona pueden tener efectos sobre el bienestar físico de la persona (Sawatzky et al., 2005; Díaz-Heredia et al., 2013). La satisfacción de las necesidades religiosas de las personas o comunidades puede suponer que los profesionales sanitarios muestren un interés y un respeto por las creencias religiosas, lo cual posibilita y facilita el recibimiento de ayuda; esto en conjunto permite el establecimiento de relaciones significativas entre las personas que dan y las que reciben cuidados sanitarios (George et al., 2000; Chiu et al., 2004).

#### **3.7.2. Resultados destacables en estudios previos**

En general, los estudios muestran una relación significativa entre religiosidad y estilo de vida en la población (Rew et al., 2006), con lo cual se puede decir que la religiosidad influye en el estilo de vida.

- ✓ Existen estudios refiriendo que el apoyo social recibido por las personas que se involucran en prácticas religiosas se ha relacionado con un estilo de vida más saludable (Alves et al., 2010; Oman et al., 2002).
- ✓ En lo relacionado con religiosidad e inactividad física, no se observa una asociación estadísticamente significativa en los estudios revisados. Tan solo en un estudio consta la asociación entre la religión y la percepción y control del peso corporal, en consecuencia, esto podría relacionarse con el nivel de actividad física (Kim, 2007).
- ✓ En relación con el consumo de tabaco se muestran disparidad de resultados, por lo que no está clara la asociación entre religiosidad y consumo de tabaco. Por un lado, no se observa relación entre ser ateo y el consumo de tabaco (Cogollo-Milanés y De La Hoz-Restrepo, 2010). No obstante, otros estudios hallaron que la frecuencia de fumadores fue significativamente mayor

en ateos (Sinha et al., 2007; Bezerra et al., 2009). Asimismo, otro estudio reveló una asociación significativa entre las puntuaciones para religiosidad y el consumo diario de cigarrillos durante el último mes (Rueda-Jaimes et al., 2009).

- ✓ En el consumo de alcohol, los estudios suelen encontrar independencia entre religiosidad y su consumo, por lo que tampoco son significativos. Aunque se ha documentado una correlación leve (Ritt-Olson et al., 2004). Incluso, otros estudios, encontraron que la alta religiosidad fue un factor protector, relacionándose con un menor consumo de alcohol (Sinha et al., 2007; Bezerra et al., 2009; Brown et al., 2001; Galduroz et al., 2010).
- ✓ Tampoco existe una asociación significativa entre religiosidad y consumo de sustancias ilegales. Este dato es consistente en dos estudios cuyos autores no observaron relación entre religiosidad y consumo de marihuana (Sinha et al., 2007; Ritt-Olson et al., 2004). No obstante, otros estudios demuestran que los encuestados que informaron acerca del consumo de alguna sustancia ilegal fueron significativamente menos religiosos (Sánchez et al., 2004; Borges-Pavani et al., 2007; Rueda-Jaimes et al., 2011).

## **4. HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES VALORADOS**

### **4.1. Introducción.**

#### **4.1.1. Historia**

Los primeros estudios acerca de los estilos de vida saludables centraron su interés en la prevención de las enfermedades cardiovasculares, por lo que las variables fueron los factores de riesgo cardiovascular típicas (tabaco, alcohol, ejercicio físico, hábitos alimenticios) y las muestras se centraban en adultos con y sin problemas cardiovasculares (Badura, 1982).

El aumento progresivo por mejorar el bienestar de la población y la educación para la salud de diversos organismos sanitarios, destacando la OMS, ha propiciado el aumento progresivo del número de variables que forman parte de los estilos de vida y de las muestras poblacionales: infancia-adolescencia, adultez, y vejez.

#### **4.1.2. Desigualdad socioeconómica en salud**

Es importante destacar la gran importancia que las desigualdades socioeconómicas tienen sobre la salud de las personas. Las investigaciones muestran que la salud difiere mucho y sistemáticamente entre los distintos grupos sociales (Comisión sobre determinantes Sociales de la Salud, 2009; Marmot y Wilkinson, 2006; Wilkinson, 1996). Destacando desigualdades en salud sobre todo dependientes del género, la clase social, el nivel educativo, el barrio de residencia, la calidad de la vivienda, la precariedad laboral, el desempleo, la pobreza y la renta; demostrando que las personas con niveles socioeconómicos más altos tienden a tener mejor salud en comparación con los niveles socioeconómicos más bajos (por ejemplo, en mejor salud autopercebida, más años libres de discapacidad, menos enfermedades crónicas y mayor esperanza de vida).

Whitehead (1992) a principios de los 90 valoró las inequidades en salud como diferencias en la salud que son innecesarias y evitables, además de ser consideradas desleales e injustas; explica que la equidad en salud implica que, idólicamente, cada persona debería tener una oportunidad justa de lograr su potencial de salud complejo y, más pragmáticamente, que nadie debería ser perjudicado de alcanzar dicho potencial, si pudiese evitarlo. Así pues, el criterio utilizado para definir una

## Estudio epidemiológico de hábitos de vida saludable mediante la Escala de Valoración del Estilo de Vida Saludable Adquirido

situación como injusta es el grado de libertad que se pone en juego, y en materia de salud dependen, en gran medida, de si las personas escogen libremente la situación que produce una mala salud o si está fuera de su control.

Por ello es relevante la desigualdad en salud, Braveman (2006) asume su valoración moral negativa y la propone como un tipo especial de diferencia en salud, en los factores con mayor influencia sobre la salud; indica sistemáticas, evitables e importantes diferencia, que podrían ser potencialmente moldeados por la política. Así pues, es una diferencia en la cual los grupos socialmente desaventajados sistemáticamente experimentan peor o mayores riesgos de salud que los grupos más aventajados. Resalta sus tres aspectos básicos:

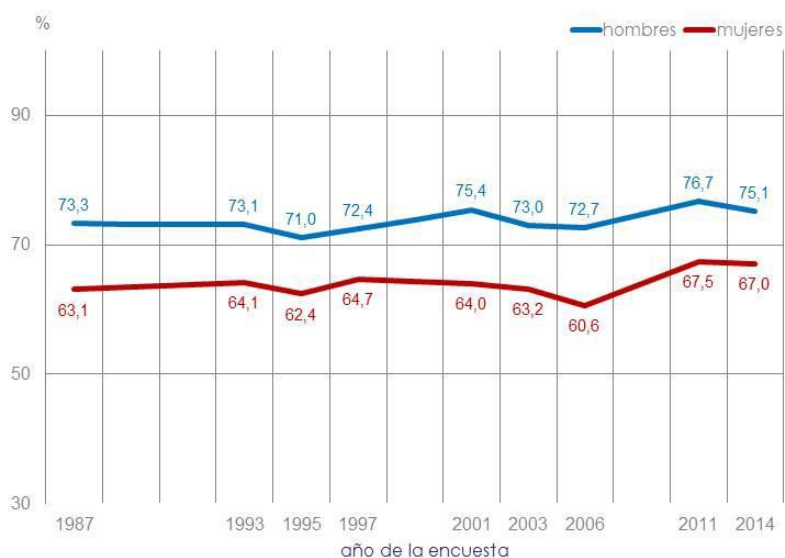
- Pueden ser modificados por la política.
- Las diferencias son sistemáticas.
- Estas son entre los más aventajados y los demás, dentro de parámetros sociales de riqueza, poder y prestigio.

### 4.1.3. Valoración positiva del estado de salud

El estado de salud percibido refleja la percepción que los individuos tienen sobre su propia salud, tanto desde el punto de vista físico como psicológico o socio-cultural, y es un buen predictor de la esperanza de vida, de la mortalidad, de padecer enfermedades crónicas y de la utilización de servicios sanitarios.

### Valoración positiva del estado de salud

Población adulta\*. ENSE/EESE 1987-2014



\*16+ años hasta 2006; 15+ años desde 2011

Fuentes: EESE 2014 (INE), ENSE 2003-2011 (MSSSI/INE) y ENS 1987-2001 (MSSSI)



Gráfico 1. Se muestra la evolución del porcentaje de población de 15 y más años que valora su estado de salud como positivo (bueno o muy bueno) según sexo, desde 1987 a 2014, en los años en los que se ha realizado la encuesta. En el cuestionario se pregunta: “En los últimos 12 meses, ¿diría que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo?” Se considera valoración positiva del estado de salud cuando responde “bueno” o “muy bueno”.

En el gráfico 1, en el conjunto del período estudiado se observa una evolución estable con ligera tendencia al aumento en el porcentaje de la población de 15 o más años que valora su salud como buena o muy buena, tanto en hombres como en mujeres, siempre superior en los primeros. Entre 2006 y 2011 se observó una mejora marcada, especialmente en mujeres. En 2014 prácticamente se mantiene esta mejora en la percepción subjetiva del estado de salud, el 71% de la población valoró positivamente su estado de salud, 75% de los hombres y 67% de las mujeres.

#### **4.1.4. Problemas de salud crónicos**

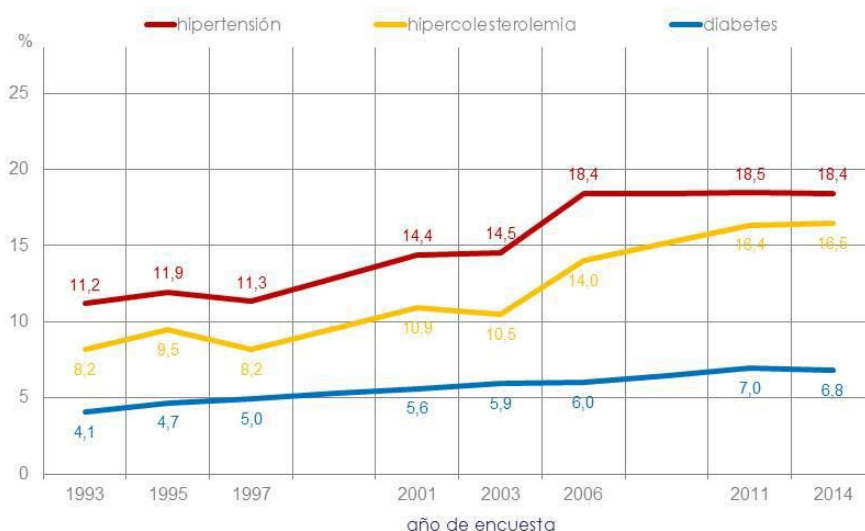
En la Tabla II se muestran los problemas de salud crónicos que la población española de 15 y más años refiere padecer con mayor frecuencia: hipertensión arterial (18,42%), dolor de espalda crónico (lumbar) (17,34%), colesterol alto (16,48%), artrosis (excluyendo artritis) (16,36%), dolor de espalda crónico (cervical) (14,7%), alergia crónica (13,37%), varices en las piernas (9,31%), migrañas o dolores de cabeza frecuentes (8,27%), depresión (6,89%) y ansiedad crónica (6,85%). La diabetes (6,82%) y, en hombres, los problemas de próstata (5,39%), también se declaran con frecuencia superior al 5%. Todas excepto la diabetes (y los problemas de próstata) son más frecuentes en mujeres.

| PROBLEMAS DE SALUD CRÓNICOS | PORCENTAJE EN POBLACIÓN 15+ |
|-----------------------------|-----------------------------|
| HTA                         | 18,42                       |
| LUMBALGIA                   | 17,34                       |
| DLP                         | 16,48                       |
| ARTROSIS                    | 16,36                       |
| CERVICALGIA                 | 14,7                        |
| ALERGIA                     | 13,37                       |
| VARICES                     | 9,31                        |
| CEFALEA                     | 8,27                        |
| DEPRESIÓN                   | 6,89                        |
| ANSIEDAD                    | 6,85                        |

Tabla II. Problemas de salud crónicos más frecuentes en la población española de 15 y más años. Fuente: elaboración propia. Fuente: ENSE/EES 1993-2014.

## Problemas de salud crónicos

Población adulta\*. ENSE/EES 1993-2014



\*16+ años hasta 2009; 15+ años desde 2011

Fuentes: EESE 2014 (INE), ENSE 2003-2011 (MSSSI/INE) y ENS 1993-2001 (MSSSI)



Gráfico 2. Se muestra la evolución, desde 1993 a 2014, de tres indicadores de los principales problemas de salud crónicos, hipertensión, hipercolesterolemia y diabetes, en la población adulta de 15 o más años.

En el gráfico 2 se observa como la evolución de los principales problemas de salud crónicos han mostrado una tendencia ascendente desde 1997. En el período 1993 a 2014, la hipertensión ha pasado de 11,2% a 18,4%, la diabetes de 4,1% a 6,8% y el colesterol elevado de 8,2% a 16,5%. No obstante, la hipertensión arterial se muestra estable en las encuestas realizadas desde 2006; y la hipercolesterolemia y la diabetes no han aumentado en 2014.

## 4.2. Salud física

### 4.2.1. Actividad física

#### 4.2.1.1. Actividad física beneficiosa

La evidencia científica muestra que la actividad moderada diaria mejora la salud. La actividad física regular está inversamente relacionada con el riesgo de enfermedad cardiovascular, tromboembolismo cerebral, hipertensión arterial, diabetes tipo 2, osteoporosis, obesidad, cáncer de colon y de mama, ansiedad y depresión. Además, contribuye al desarrollo y mantenimiento de un sistema locomotor saludable.

Resulta importante observar y valorar la necesidad que el movimiento tiene para un adecuado desarrollo y crecimiento, por ello se observa como la actividad física contiene bases esenciales para un correcto y armónico desarrollo de la motricidad y personalidad del individuo. La importancia de una correcta práctica de actividad física supone una mejora de calidad y esperanza de vida.

Resultados de estudios indican que la práctica de actividad física y deportiva influye sobre otras conductas de salud, como la alimentación equilibrada y descanso, junto con la disminución de las

que suponen un riesgo, como el consumo de alcohol y tabaco (Leyton, 2014). Así mismo, González y Portolés (2014), determinaron que la práctica de actividad físico-deportiva se asocia a niveles más bajos de consumo de sustancias nocivas.

### Actividad física beneficiosa para la salud en tiempo libre y actividad física en los desplazamientos habituales

Población de 15+ años. EESE 2014

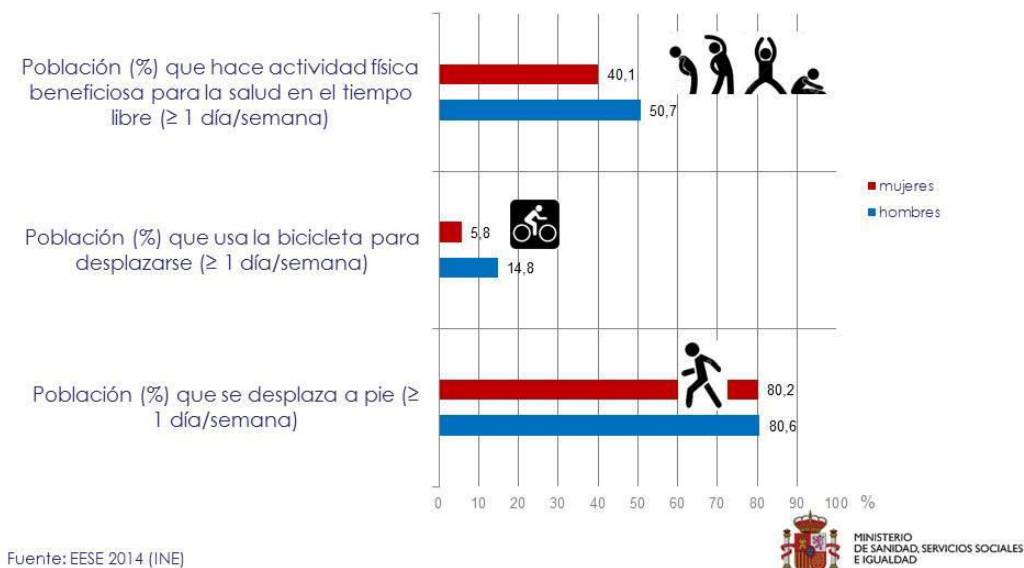


Gráfico 3. Muestra la población que realiza sus desplazamientos habituales pie y el tiempo medio diario que destina a hacerlo, así como la población que realiza sus desplazamientos habituales en bicicleta. Se muestra asimismo la población que hace actividad física beneficiosa para la salud en su tiempo libre.

El gráfico 3 muestra los resultados más relevantes de la EESE 2014 para la actividad física beneficiosa:

- El 45,28% hace actividad física beneficiosa para su salud (al menos 10 minutos seguidos de ejercicio físico, como deporte, gimnasia, ciclismo, caminar a paso ligero, etc.) al menos 1 día por semana en su tiempo libre (50,7% de los hombres y 40,1% de las mujeres).
- El 10,20% de la población refiere que utiliza la bicicleta para realizar sus desplazamientos habituales, 14,8% de los hombres y 5,8% de las mujeres.
- El 80,40% realiza a pie sus desplazamientos habituales (al menos 10 minutos seguidos) al menos un día a la semana (80,6% de los hombres y 80,2% de las mujeres).

Aquí tenemos un ejemplo del modelo multivariable descrito por Rutten (1995) para asociar entre salud y comportamientos de riesgo. Como se describirá más adelante, la investigación de las constelaciones de estilos de vida relacionados con la salud evita la preocupación de las causas singulares o dominantes de una conducta de riesgo, ya que coloca los riesgos específicos dentro de un patrón más complejo. Así pues, en las mujeres mayores, la falta de actividad física se ajusta muy bien con no fumar, no consumir alcohol y con otras formas de conducta saludable; sin embargo, la constelación de hombres jóvenes combina la falta de actividad física con una mayor probabilidad de fumar y de consumir alcohol. Por lo tanto, las políticas e intervenciones derivadas del modelo variable deben ser capaces de hacer frente a la complejidad y la especificidad de los patrones de comportamiento de salud, según las características de la población destinataria (Rutten, 1995).

#### 4.2.1.2. Sedentarismo

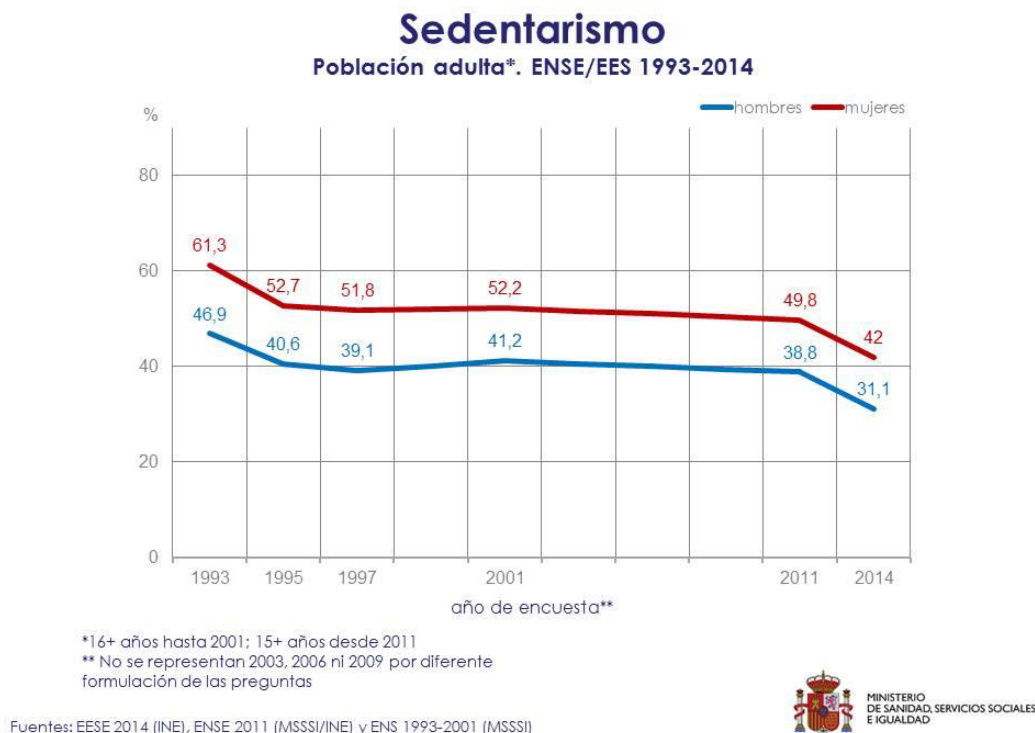


Gráfico 4. Muestra la evolución del porcentaje de población sedentaria en su tiempo libre según sexo.

El gráfico 4 muestra los resultados más relevantes de la ENSE/EESE 1993-2014 para el sedentarismo:

- El valor más bajo en sedentarismo (en tiempo libre) de toda la serie histórica en el 2014, tanto para hombres como para mujeres, el 36,68% de la población adulta se declara sedentaria. El sedentarismo siempre fue menor en hombres. Las diferencias por sexo son muy marcadas, 31,08% en hombres y 42,01% en mujeres.
- En los últimos 20 años el sedentarismo en la población adulta presenta una evolución desigual. En el bienio 93-95 se observó una caída de la prevalencia de sedentarismo, seguida de una ligera reducción, desde el 46,87% de 1995 al 44,44% en 2011. En 2014 se observa una importante caída en torno a 7 puntos porcentuales en ambos sexos.
- La tendencia es la misma en hombres y en mujeres, excepto en el grupo de edad de 45 a 64 años, y solo en algunas ediciones de la ENSE, el sedentarismo fue siempre más frecuente en mujeres que en hombres. En 2014 el grupo de 45 a 64 años es también el que muestra menor diferencia por sexo, más frecuente en mujeres. Las mayores diferencias se dan en los grupos de edad extremos, por encima de 15 puntos porcentuales entre 15 y 34 años y en los de más de 75 años. La diferencia alcanza los 20 puntos porcentuales en los de más de 85 años.

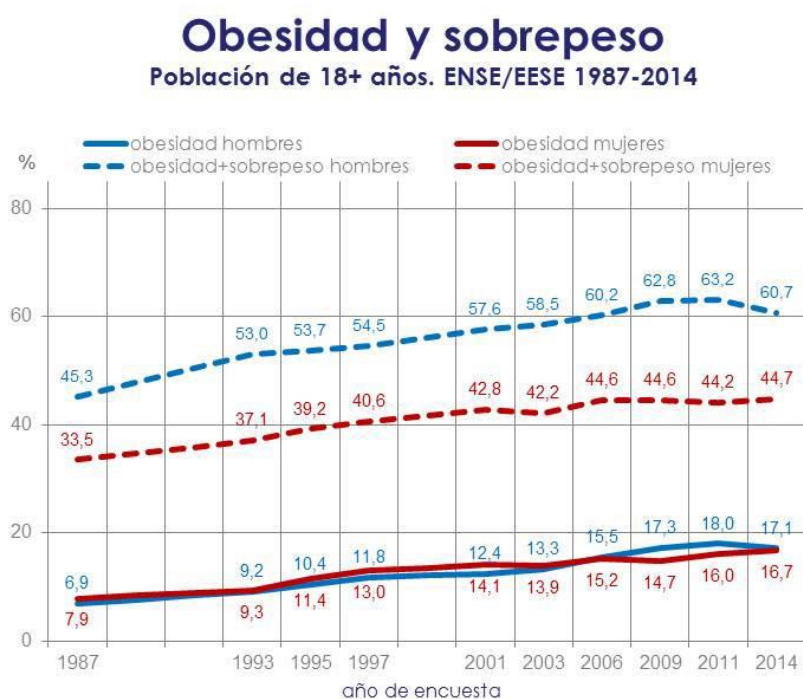
### 1.2.1.3. Sobrepeso y obesidad

Las valoraciones de las implicaciones del sobrepeso y la obesidad sobre la salud han concluido que ésta es un factor de riesgo para un amplio número de enfermedades y problemas de salud, incluyendo hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes, enfermedades coronarias, ciertos tipos de cáncer y muchas otras enfermedades crónicas.

Se precisa calcular el IMC (tabla III):

| PESO              | IMC     |
|-------------------|---------|
| Peso insuficiente | < 18,5  |
| Normopeso         | 18,5-25 |
| Sobrepeso         | 25-30   |
| Obesidad          | > 30    |

Tabla III. Peso según IMC (peso declarado en kg / talla declarada en m<sup>2</sup>).



Fuentes: EESE 2014 (INE), ENSE 2003-2011 (MSSSI/INE), EES 2009 (INE/MSSSI) y ENS 1987-2001 (MSSSI)



Gráfico 5. Muestra la evolución desde 1987 a 2014 de la prevalencia de obesidad, y de la prevalencia conjunta de obesidad y sobrepeso, según sexo en la población adulta de más de 18 años.

El gráfico 5 muestra los resultados más relevantes de la ENSE/EESE 1987-2014 para la obesidad y el sobrepeso:

- La prevalencia de obesidad en adultos alcanza el 16,91% en 2014, manteniéndose los elevados niveles alcanzados en 2009 (16,0%) y 2011 (17,03%), en la línea ascendente de los últimos 25 años (ENSE 1987-2014) y ahora ligeramente mayor en hombres que en mujeres; desde 1987, la

## Estudio epidemiológico de hábitos de vida saludable mediante la Escala de Valoración del Estilo de Vida Saludable Adquirido

obesidad en mujeres ha pasado de un 8% a un 16,7% en 2014. En hombres el ascenso ha sido aún mayor, pasando de un 7% en 1987 a un 17,1% en 2014.

- En cuanto al sobrepeso (sin obesidad), la prevalencia se mantiene en valores mucho más estables, desde el 32,3% en 1987 al 35,7% en 2014. Las diferencias por sexo son muy marcadas en el caso del sobrepeso.
- En 2014, la prevalencia conjunta de obesidad y sobrepeso en la población adulta residente en España es el 52,7%, 60,7% de los hombres y 44,7% de las mujeres.

Existen datos indicativos de que la alta prevalencia de sobrepeso y obesidad son ocasionados por falta de práctica de actividad física, promovidas por diversas actividades de ocio que suponen escasez de movimiento, a la vez que un inadecuado uso de hábitos alimenticios, con un elevado consumo de alimentos poco saludables (Vio et al., 2008).

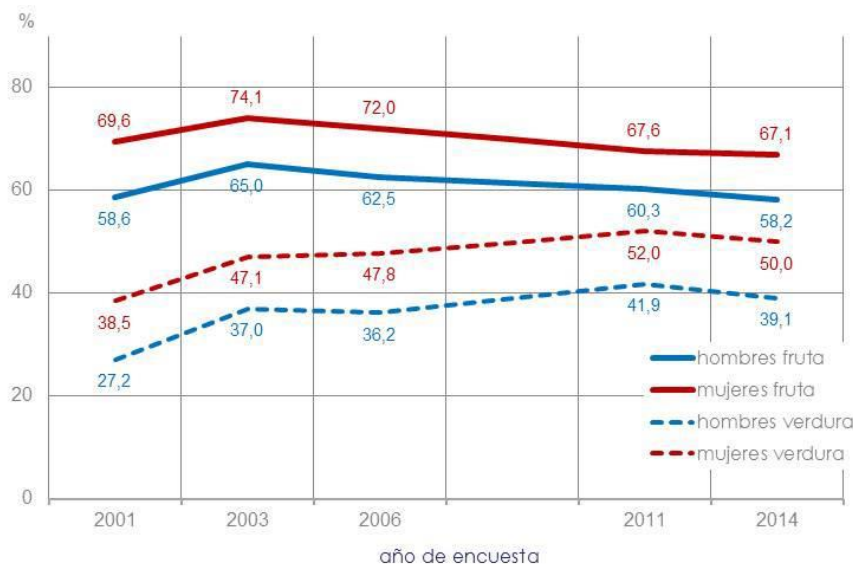
### 4.2.2. Hábitos alimenticios.

Junto con la actividad física, la alimentación sana es un elemento clave en la prevención de las enfermedades crónicas (cardiovasculares y algunos tipos de cáncer, como el colorrectal).

El objetivo no es la cantidad ingerida de distintos tipos de alimentos, sino preferentemente la calidad, además de la regularidad de la ingesta de frutas y de verduras.

## Consumo diario de fruta fresca y de verdura

Población adulta\*. ENSE/EESE 2001-2014



\*16+ años hasta 2006; 15+ años desde 2011

Fuentes: EESE 2014 (INE), ENSE 2003-2011 (MSSSI/INE) y ENS 2001 (MSSSI)



Gráfico 6. Muestra dos indicadores, la población de 15 y más años que consume fruta a diario y la que consume verduras a diario, por sexo y año de encuesta.

El gráfico 6 muestra los resultados más relevantes de la ENSE/EESE 2001-2014 para el consumo de fruta fresca y de verdura:

## Estudio epidemiológico de hábitos de vida saludable mediante la Escala de Valoración del Estilo de Vida Saludable Adquirido

- En 2014, 6 de cada 10 personas refieren que comen fruta fresca al menos una vez al día, y 4 de cada 10 comen verdura, ensaladas u hortalizas a diario.
- Las mujeres comen más fruta que los hombres (67,1% de las mujeres toma fruta al menos una vez al día, vs. 58,2% de los hombres) y también más verduras (50% de las mujeres toma verdura al menos una vez al día, vs. 39,1% de los hombres).
- La evolución entre 2001 y 2014 muestra una tendencia con pocos cambios para la fruta y un ascenso moderado en el consumo diario de verdura. Entre 2011 y 2014, el cambio es pequeño, pero el consumo de ambos alimentos tiende a disminuir en ambos sexos.

En consonancia con el enfoque multivariable hay publicaciones en muchos países. Destacar que Sánchez (2007) ha encontrado que cerca del 80% de los americanos tienen múltiples factores de riesgo relacionados con la dieta y la actividad física.

Beltrán (2015), determinó correlaciones positivas entre los hábitos de descanso y las variables relacionadas con una alimentación equilibrada, así como correlaciones positivas entre las variables de alimentación equilibrada entre sí. Realizando una comparación entre personas fumadoras y no fumadoras, llegaron a la conclusión que las personas fumadoras llevaban una alimentación menos equilibrada que las personas no fumadoras, llevando en general unos estilos de vida menos saludables (Alducin et al., 2015).

Por ello, se ha indicado la necesidad de educar en una alimentación saludable, especialmente desde la educación básica (Conferencia Europea sobre Escuelas Promotoras de la Salud, 2009).

### 4.2.3. Revisiones médicas

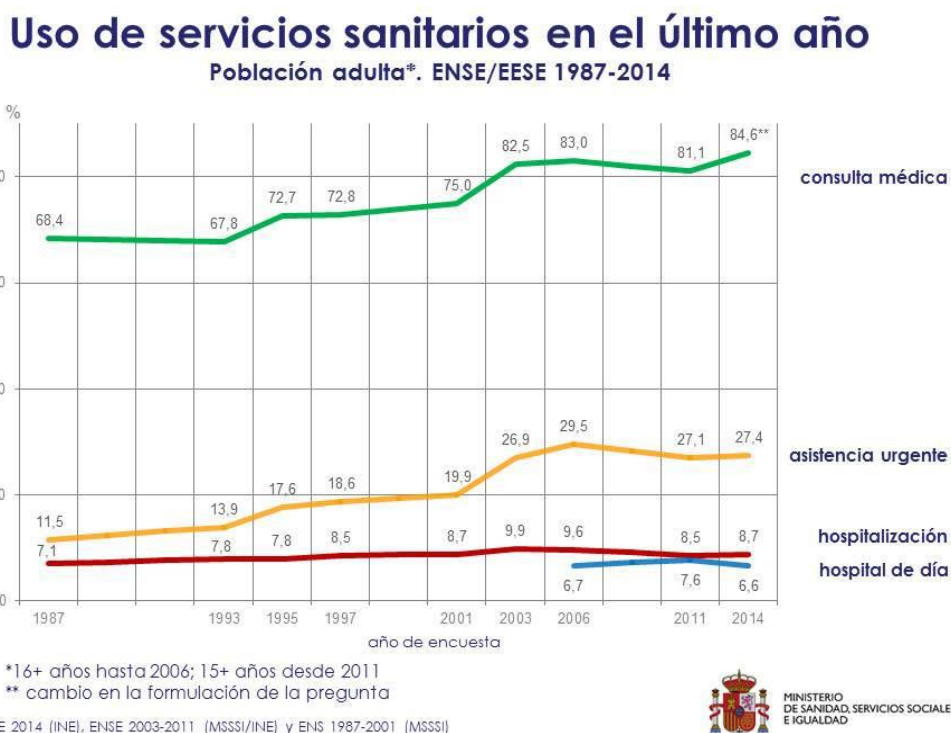


Gráfico 7. Indicadores de la evolución de la utilización de los servicios sanitarios en población de 15 y más años desde 1987 hasta 2014, excepto para el hospital de día, que se recoge desde 2006.

## Estudio epidemiológico de hábitos de vida saludable mediante la Escala de Valoración del Estilo de Vida Saludable Adquirido

El gráfico 7 muestra los resultados más relevantes de la ENSE/EESE 1987-2014 para el uso de servicios sanitarios:

- En el último año, el 84,6% de la población de más de 15 años ha consultado a un médico (78,6% de los hombres y 90,1% de las mujeres), el 27,4% ha utilizado un servicio de urgencias (29,4% de los hombres y 25,3% de las mujeres), el 8,7% ha estado hospitalizado (8% de los hombres y 9,4% de las mujeres) y el 6,6% ha acudido a un hospital de día (6,1% de los hombres y 7,1% de las mujeres). Los servicios urgentes son los únicos utilizados con mayor frecuencia por los hombres.
- Después del incremento en la utilización de los servicios (consulta médica, asistencia urgente y hospitalización) entre 1987 y 2003, se observa una estabilización, con la excepción de la consulta médica, que ha repuntado algo en 2014.

### 4.3. Salud mental.

La salud mental (o más específicamente salud emocional y psicológica) antiguamente pasaba más desapercibida en favor de la salud física, aunque en las últimas décadas ha ido cobrando la importancia que merece.

#### 4.3.1. Adicciones.

El OEDA realiza y coordina las actividades de recogida y análisis de datos y de difusión de la información, tanto de carácter estadístico como epidemiológico, sobre el consumo de drogas y sobre otras adicciones. A continuación, se muestran datos referentes al INFORME 2018 de Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España.

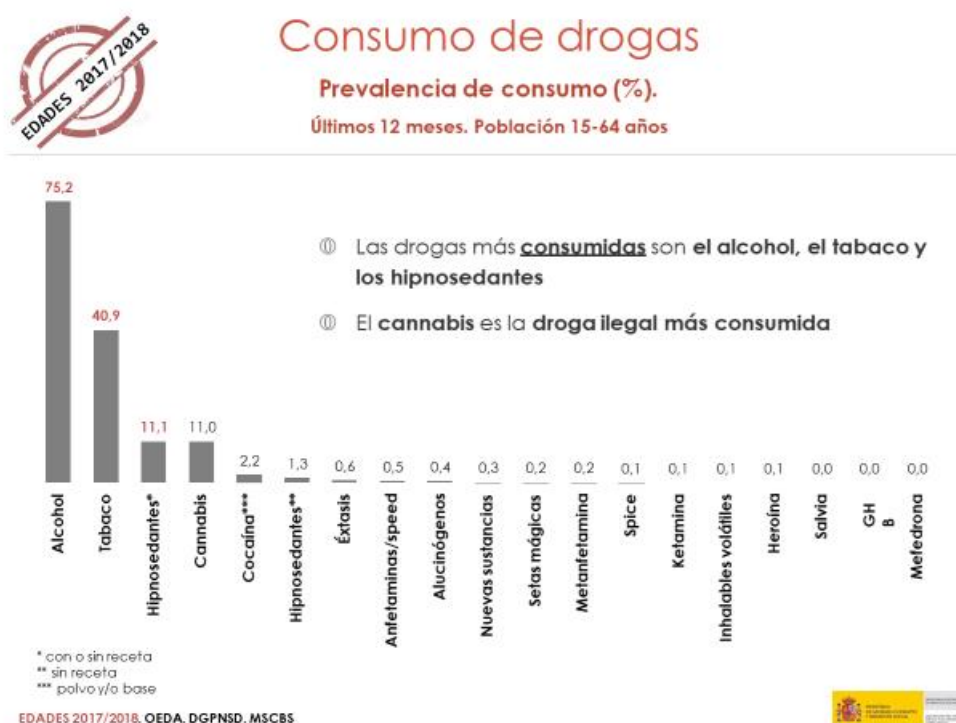


Gráfico 8. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años (%). España, 1995-2017.

El gráfico 8 muestra los resultados más relevantes de la EDADES 2017/2018 para el consumo de drogas:

- ✓ El 75,2% de la población ha consumido alguna bebida alcohólica, destacando como la sustancia psicoactiva más extendida.
- ✓ En lo que se refiere al resto de drogas legales, el 40,9% declara haber fumado tabaco y el 11,1% haber consumido hipnosedantes con o sin receta médica, ya sea con o sin receta, en el último año.
- ✓ En términos evolutivos predomina la estabilidad para estos indicadores registrándose un descenso de 2,4 puntos en el caso del alcohol respecto al dato de 2015.
- ✓ En cuanto al consumo de drogas ilegales, el 11,0% de los individuos de 15 a 64 años reconoce haber consumido cannabis alguna vez en los últimos 12 meses, proporción que se ha incrementado en 1,5 puntos respecto a la obtenida en 2015. La prevalencia de consumo de cocaína en polvo en este tramo temporal se mantiene alrededor del 2% como viene siendo habitual en las últimas mediciones. El resto de drogas ilegales tienen un consumo muy residual, por debajo del 1%, dentro de este tramo temporal.

El INFORME 2018 de Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España del OEDA también aporta datos relevantes:

- ✚ Las drogas más consumidas son el alcohol, el tabaco y los hipnosedantes.
- ✚ El cannabis es la droga ilegal más consumida.
- ✚ En 2017/2018 disminuye el consumo de alcohol, hipnosedantes, alucinógenos y nuevas sustancias.
- ✚ El consumo de las drogas ilegales, alcohol y tabaco está más extendido entre los hombres que entre las mujeres.
- ✚ En los hipnosedantes y analgésicos opioides el consumo está más extendido entre las mujeres.
- ✚ En los mayores de 35 a 64 años está más extendido el consumo de hipnosedantes y analgésicos opioides.
- ✚ En los menores de 15 a 17 años está más extendido el consumo de cannabis, alucinógenos y setas mágicas.

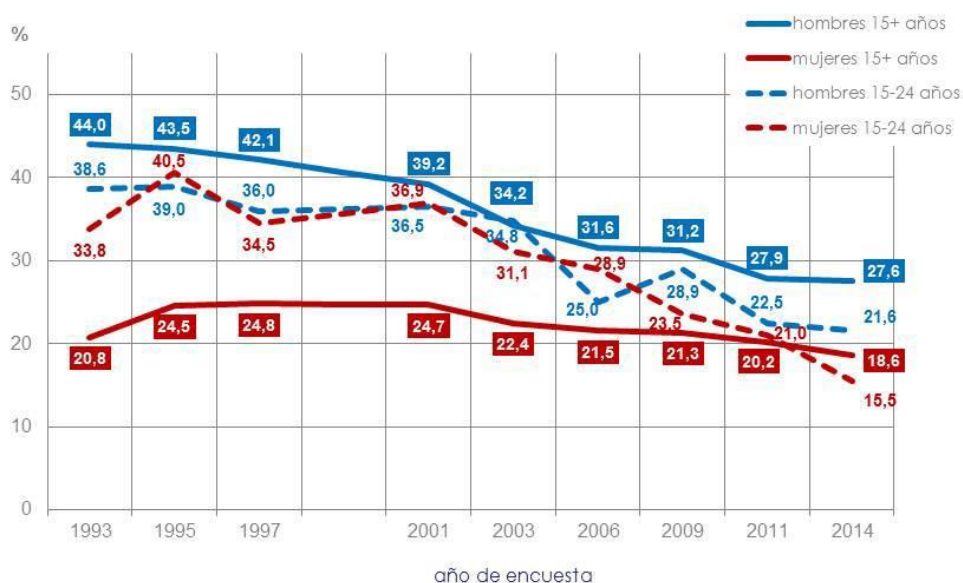
#### **4.3.1.1. Tabaco.**

Resultados más relevantes del MSSSI 2014 para el consumo de tabaco (gráfico 9):

- ✓ Se ha producido un continuo descenso en el porcentaje de hombres que fuma; además, desde 2003 se invierte la tendencia ascendente que se venía produciendo en el porcentaje de mujeres que fuma diariamente. La proporción de hombres que fuma diariamente es siempre mayor que la de mujeres, aunque las diferencias por sexo se han acortado notablemente. Mientras que en 1993 un 32,1% de la población de 16 y más años (44,0% de los hombres y 20,8% de las mujeres) consumía tabaco a diario, en 2011 se alcanzó el menor diferencial, 27,9% en hombres y 20,2% en mujeres. En la EESE 2014 el descenso ha sido mayor en mujeres.
- ✓ El porcentaje de la población que fuma a diario ha alcanzado el nivel más bajo de las últimas décadas en ambos sexos. Fuma el 27,6% de los hombres y el 18,6% de las mujeres, 23% en total. La tendencia al descenso se produce en todas las edades, especialmente en jóvenes.

## Fumadores diarios

Población adulta\*. ENSE/ESE 1993-2014



\*16+ años hasta 2009; 15+ años desde 2011

✓ Fuentes: ESE 2014 (INE), ENSE 2003-2011 (MSSSI/INE), EES 2009 (INE/MSSSI) y ENS 1993-2001 (MSSSI)



Gráfico 9. Evolución del porcentaje de población de 15 y más años que consume tabaco a diario según sexo, desde 1993 a 2014. Se muestra también la evolución en el mismo periodo en el grupo de edad más joven, de 15 a 24 años.

Resultados más relevantes del EDADES 2017/2018 para el consumo de tabaco (gráfico 10):

- ✓ Por detrás del alcohol, el tabaco es la sustancia psicoactiva más consumida en España entre la población de 15 a 64 años, con una prevalencia de consumo alguna vez en la vida del 69,7%.
- ✓ Evolutivamente, no se registraba una prevalencia inferior al 70% desde el año 2007, cuando eran un 68,5% de las personas las que habían fumado tabaco alguna vez en la vida.
- ✓ Al contrario que el consumo de tabaco alguna vez en la vida, el consumo en los últimos 12 meses se ha visto incrementado ligeramente frente a los datos obtenidos en 2015, pasando de 40,2% a 40,9%.
- ✓ En el tramo temporal de los últimos 30 días, el dato parece mostrarse estable (38,8%), manteniéndose entre el 38% y el 39% en las tres últimas ediciones del estudio.
- ✓ En relación a la prevalencia del consumo diario de tabaco, el 34% de las personas han fumado tabaco a diario en los últimos 30 días. Respecto a 2015, el dato se ha incrementado notablemente, pasando de 30,8% al 34,0%, obteniendo el dato más alto de la serie desde el año 2005 y retornando a las cifras que se registraban en 1997.



## Tabaco



**Tendencia: Aumento del consumo diario**

**Consumo últimos 30 días:**

⊗ Tipo: 77.0% 15.4% 7.6%  
Cajetilla De liar Ambos

⊗ Dejar de fumar:

No se ha planteado 33,4  
Se ha planteado no lo ha intentado 21,2  
Se ha planteado lo ha intentado 45,4

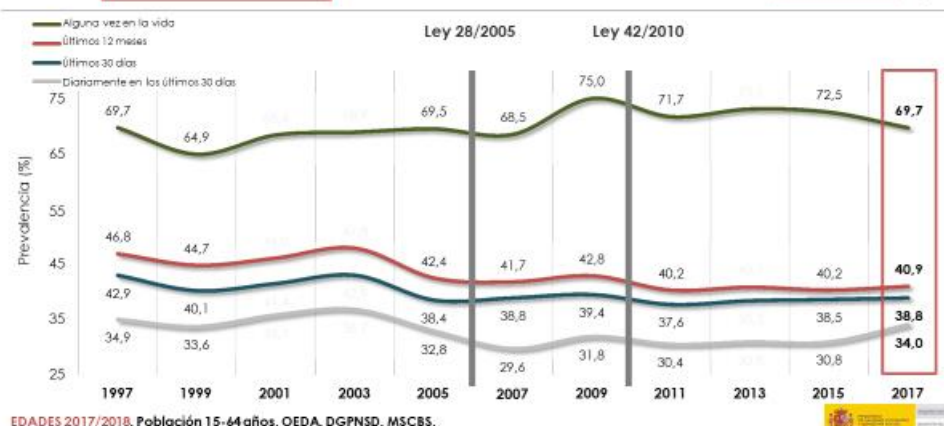


Gráfico 10. Evolución de la prevalencia de consumo de tabaco y edad media de inicio en el consumo (en años) en la población de 15-64 años (%). España, 1997-2017.

### 4.3.1.1.1. Importancia

El tabaquismo sigue siendo la primera causa evitable de muerte en España (OMS, 2018). Es considerado en la actualidad una enfermedad crónica de carácter adictivo y recidivante. El consumo de tabaco es la causa principal de mortalidad más prevenible en el mundo occidental; a nivel nacional es la tercera causa evitable de muerte, produciéndose 54.233 muertes anuales atribuibles, 49.366 en varones y 4.867 en mujeres (Banegas J. R. et al., 2005).

Según datos de la ENS del 2006, en España fuma el 29,5% de la población de 16 y más años, el 20,5% se declara exfumador, y el 50% dice que nunca ha fumado.

En consonancia con el enfoque multivariable se ha publicado un importante estudio sobre la población griega que correlaciona el consumo de tabaco con el tiempo dedicado al juego y el consumo de refrescos; mientras que el consumo de zumo de fruta y productos lácteos para el desayuno se asocian inversamente con el consumo de tabaco (Giannakopoulos et al., 2008).

### 4.3.1.1.2. Contaminación Ambiental por Humo del Tabaco (CAHT)

Resaltar la importancia de sensibilizar a la población general y las instituciones españolas sobre los efectos de la CAHT. La ley 28/2005 entró en vigor en enero del 2006 con el objetivo principal de reducirlos, el año antes se realizó un estudio (Carrión Valero F. et al., 2008) y otro posterior a su promulgación, consiguiendo así información acerca de los cambios acontecidos producto de la implantación de dicha ley sobre la población (Jiménez Ruiz C. A. et al., 2008). Los resultados mostraron que la exposición global a la CAHT descendió desde el 49,5% al 37,9%, las reducciones más altas fueron en el medio escolar y laboral, mientras que las menos llamativas fueron en el hogar y en la hostelería.

Como demostró que el impacto sobre la reducción global de la CAHT fue muy limitado, sobre todo en hostelería, el Gobierno tuvo que seguir el consejo de la SEPAR, ampliando la normativa en vigor incluyendo la prohibición total y absoluta del consumo de tabaco en los lugares cerrados. Además de la inclusión de mensajes sanitarios con imágenes en las cajetillas de tabaco, la subida de impuestos y derivación del impacto de la tributación hacia campañas de control y prevención del tabaquismo (Solano Reina S. et al., 2010).

La buena predisposición hacia el acceso a la información y a la educación sanitaria, junto a la creciente presión legislativa y social sobre el consumo de tabaco, así como la mejora de los conocimientos en la población sobre las implicaciones negativas para la salud, ha conducido a un incremento de la intención del abandono del hábito tabáquico. Lo cual colisiona con los recursos disponibles para ayudar al fumador. Son muchos los que no acuden al Centro de Salud para el abandono del tabaco, buscando otras vías, no basadas en la evidencia científica. Las nuevas tecnologías pueden ayudar en este aspecto, las redes de comunicación interconectadas permiten aplicar la metodología clínica de manejo y tratamiento del tabaquismo ampliando su cobertura y accesibilidad enormemente (Sánchez Agudo L., 2007).

#### **4.3.1.1.3. Medidas relevantes.**

El área de Trabajo de Tabaquismo de la SEPAR establece los siguientes objetivos principales encaminados a disminuir los efectos del tabaco (Riesco Miranda J. A. et al., 2009):

- 1) Incrementar la sensibilización sobre el problema del tabaquismo entre los sanitarios.
- 2) Mejorar sus conocimientos sobre esta adicción.
- 3) Facilitar su diagnóstico y tratamiento.
- 4) Promover las intervenciones para la prevención y el tratamiento del tabaquismo por parte de la administración político-sanitaria.

Destacar, dentro de los métodos en la educación para los hábitos de vida, de la eficacia de los programas de modificación de conducta en el consumo de tabaco, al soler tener asociado pensamientos que tratan de racionalizarlo. Algunas de estas razones son: “el fumar me relaja”, “he reducido ya bastante su consumo”, “me estimula y ayuda en el trabajo” o el frecuente “me falta fuerza de voluntad para dejarlo”. Esta intervención suele tener gran eficacia al cambiar este tipo de pensamientos utilizando técnicas de cambio cognitivo como los contraargumentos, como “seguro que será difícil dejarlo, pero existen distintas técnicas, de gran eficacia, y no lo intentarás solo sino con un grupo de apoyo dirigido por un profesional altamente cualificado que te guiará personalmente”. Además, se debe cambiar los reforzamientos, el tabaco tiene un refuerzo a nivel social, alto nivel de aceptación en la población (aunque va en descenso) y popularidad en sectores jóvenes y grupos laborables; por ello se debe asociar a otro tipo de refuerzo, que haga parecer que el consumo del tabaco es ridículo.

#### **4.3.1.2. Alcohol.**

El estudio del consumo de alcohol resulta extraordinariamente complejo, por la dificultad de su estimación precisa, la diversidad de formas de consumo existente y la gran variedad de clasificaciones y definiciones en su consideración. Todo ello complica el establecimiento de relaciones consistentes entre el consumo de alcohol y sus consecuencias para la salud que permitan establecer recomendaciones específicas y fundamentadas, tanto a nivel poblacional como individual (Naimi et al., 2013).

#### 4.3.1.2.1. Consumo intensivo de alcohol.

Algunas formas de consumo de alcohol, como la ingesta excesiva episódica (*binge drinking*) se asocian específicamente con importantes efectos negativos en salud, tanto agudos como crónicos, que son independientes del consumo promedio y equiparables en magnitud y relevancia a los que clásicamente atribuíamos al consumo promedio de alto riesgo. Otros elementos del patrón de consumo, como beber durante las comidas o la preferencia por determinadas bebidas alcohólicas muestran resultados más heterogéneos entre estudios, sin que su importancia específica se haya podido concretar aún (Baglietto et al., 2006).

Se considera consumidor intensivo de alcohol a aquel hombre que consume en el intervalo de 4-6 horas más de 6 unidades de bebida estándar (60 g de alcohol puro) y a aquella mujer que consume más de 5 unidades de bebida estándar (50 g de alcohol puro) en el mismo tiempo. La equivalencia utilizada es:

- Cerveza con alcohol, vino o cava, sidra y otras bebidas locales = 1 unidad de bebida estándar  $\approx$  10g de alcohol puro.
- Aperitivos con alcohol (vermut, jerez, manzanilla), combinados, brandy o licores (afrutados, cremosos, de hierbas, anís, pacharán), whisky = 2 unidades de bebida estándar  $\approx$  20 gramos de alcohol puro.

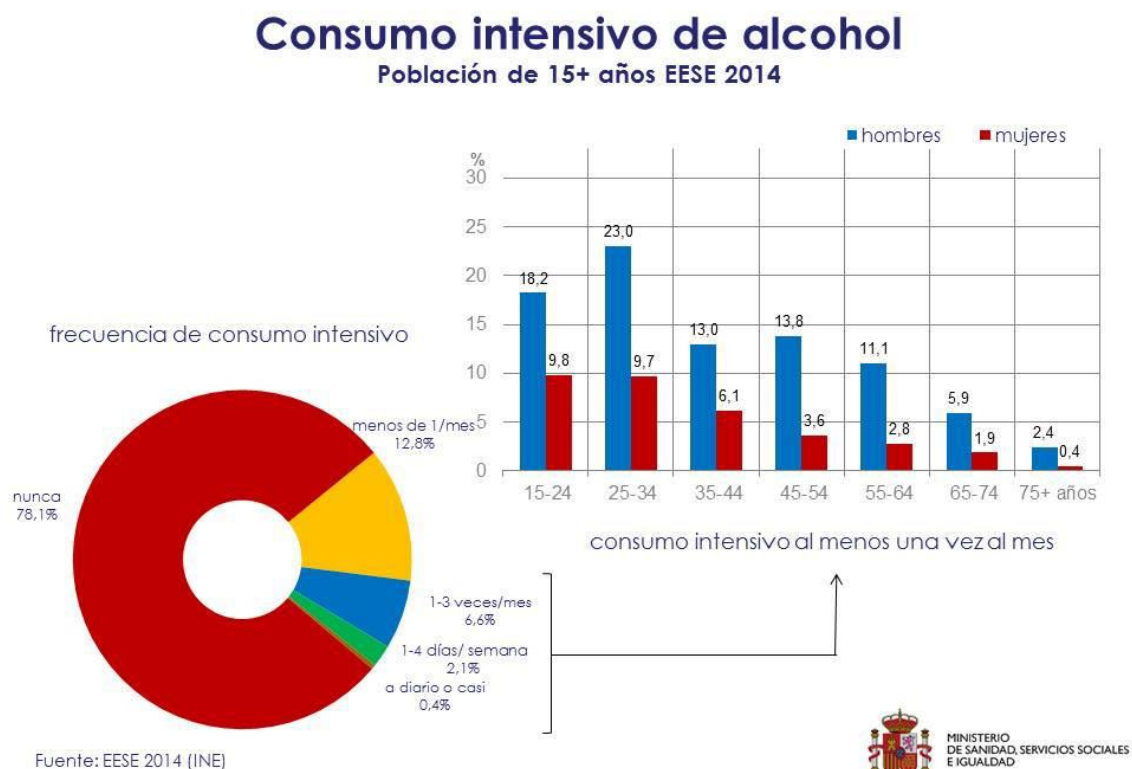


Gráfico 10. Frecuencia de consumo intensivo episódico de alcohol, también denominado ‘atración’, o *binge drinking*, o HED, *heavy episodic drinking*, en los últimos 12 meses en la población de 15 y más años. Muestra asimismo la distribución según sexo y grupo de edad de aquellos que consumen alcohol de manera intensiva al menos una vez el mes.

## Estudio epidemiológico de hábitos de vida saludable mediante la Escala de Valoración del Estilo de Vida Saludable Adquirido

Resultados más relevantes de la EESE 2014 para el consumo intensivo episódico de alcohol (gráfico 10):

- ✓ El 78,06% no ha consumido alcohol de manera intensiva episódica (69,59% de los hombres y 86,12% de las mujeres) en los últimos 12 meses; es decir, el 30% de los hombres y el 14% de las mujeres sí lo han hecho en el último año.
- ✓ Han hecho un consumo intensivo de alcohol al menos 1 vez al mes en los últimos 12 meses el 9,12% (13,46% en hombres y 4,99% en mujeres).
- ✓ Al analizar por sexo y edad esta población que ha consumido alcohol de manera intensiva al menos una vez durante el último mes se observan los siguientes valores. Entre los 15 y los 24 años el consumo mensual en hombres está en torno al 20%, y entre 35 y 64 años desciende, pero aún en torno al 12%. En mujeres casi alcanza el 10% entre los 15 y los 34 años, y baja escalonadamente a partir de esa edad.

Con respecto a otros indicadores clásicos de consumo de alcohol, los resultados más relevantes de la EESE 2014 fueron semejantes a los de años anteriores:

- ✓ El 32,68% de la población de 15 y más años nunca bebe alcohol, 22,54% de los hombres y 42,34% de las mujeres.
- ✓ El 36,77% de la población de 15 o más años bebe alcohol al menos una vez por semana, lo que se define como 'consumo habitual', 50,28% en hombres y 23,88% en mujeres.
- ✓ El 15,06% de la población de 15 o más años bebe algún tipo de bebida alcohólica a diario, 23,29% en hombres y 7,21% en mujeres.

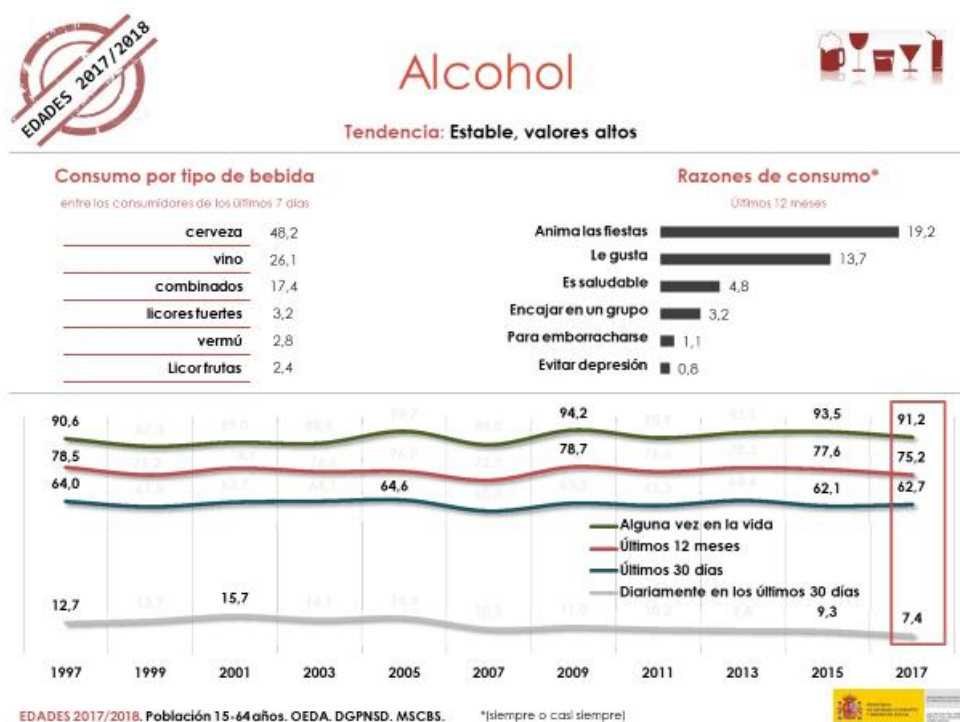


Gráfico 11. Evolución de la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas y edad media en el inicio de consumo de bebidas alcohólicas en la población de 15-64 años (%). España, 1997-2017.

## Estudio epidemiológico de hábitos de vida saludable mediante la Escala de Valoración del Estilo de Vida Saludable Adquirido

Resultados más relevantes del EDADES 2017/2018 para el consumo de alcohol (gráfico 11):

- ✓ En 2017, el 91,2% de la población de 15 a 64 años declara haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, dato que confirma la extensión del consumo de esta sustancia en la población española. En términos evolutivos, desde 2009, la prevalencia para este tramo temporal supera el 90%.
- ✓ De media, la edad en la que se consume alcohol por primera vez se sitúa en los 16,6 años, habiéndose mantenido estable a lo largo de toda la serie histórica.
- ✓ Analizando el consumo de alcohol en el último año, tres de cada cuatro (75,2%) declaran haber bebido alcohol en alguna ocasión durante los últimos 12 meses previos a la realización de la encuesta, cifra que ha experimentado un leve descenso con respecto al dato registrado en 2015 (77,6%).
- ✓ La prevalencia de consumo de alcohol en el último mes se sitúa en el 62,7%, manteniéndose en niveles similares a los del año 2015 (62,1%).
- ✓ El 7,4% de la población de España declara mantener un hábito de consumo diario de alcohol. En términos evolutivos, esta proporción ha descendido en 1,9 puntos con respecto a la se registraba en la pasada edición (9,3% en 2015), continuando así con la tendencia descendente para este indicador que se inició en 2011 y que alcanza en 2017 el valor mínimo de toda la serie histórica.

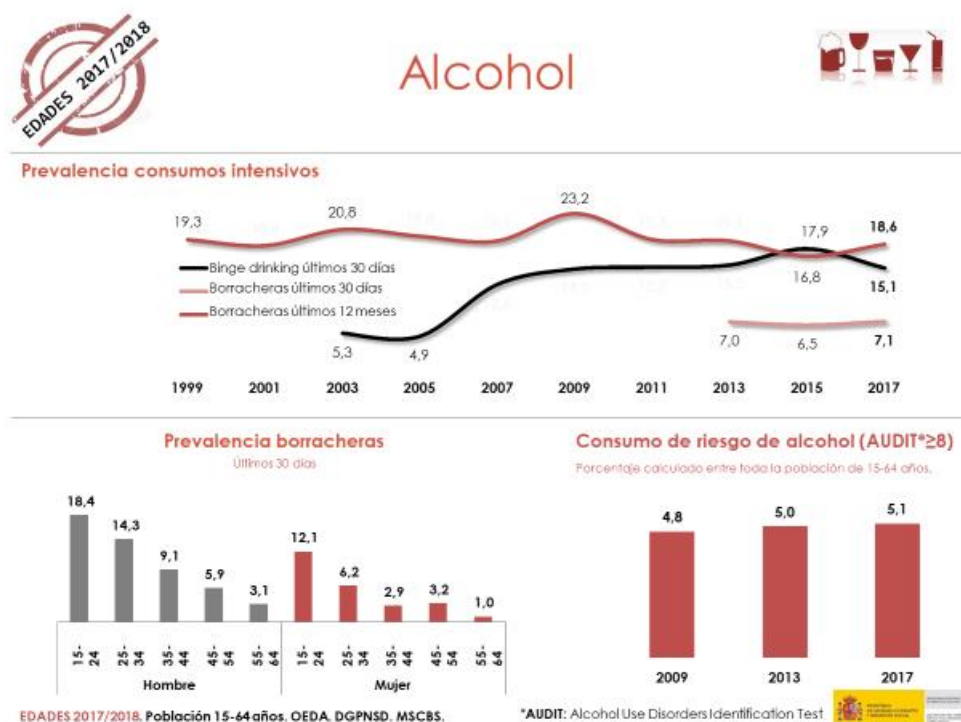


Gráfico 12. Muestra, en la población de 15-64 años (%), diversas evoluciones: evolución de la prevalencia de consumos intensivos de alcohol en los últimos 30 días y 12 meses; evolución de la prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) en los últimos 30 días, según sexo y edad; y evolución cronológica del consumo de riesgo de alcohol. España, 1997-2017.

Resultados más relevantes del EDADES 2017/2018 para el consumo de alcohol (gráfico 12):

- ✓ En 2017 la prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas en los últimos 12 meses se sitúa en el 18,6%, registrándose un ligero repunte respecto al dato de 2015 año en el que se obtuvo el dato más bajo de la serie histórica (16,8%). Atendiendo al sexo, con independencia del tramo de edad, las borracheras tienen una mayor prevalencia entre los hombres que entre las mujeres. En función de la edad, y con independencia del sexo, se observa que a medida que ésta aumenta la prevalencia disminuye.
- ✓ Con independencia del sexo, las intoxicaciones etílicas agudas están más extendidas en el grupo de menor edad, es decir, de 15 a 34 años. Así, los hombres de 15 a 34 años constituyen el estrato donde se da una mayor extensión de las borracheras, reconociendo el 38,7% de los varones menores de 35 años haberse emborrachado en el último año. En el mismo grupo de edad, entre las mujeres, la prevalencia se encuentra 14,1 puntos por debajo, registrando un 24,6%.
- ✓ En el grupo de edad de 35 a 64 años, el 16,8% de los hombres reconoce haberse emborrachado en los últimos 12 meses. Por su parte, las mujeres mayores de 34 años constituyen el colectivo con menor prevalencia de borracheras dentro del último año (7,4%).
- ✓ Atendiendo al plazo temporal del último mes, el 7,1% de la población de 15 a 64 años reconoce haber sufrido alguna intoxicación etílica aguda durante los 30 días previos a la realización de la encuesta. El 9,6% de los hombres reconoce haberse emborrachado en el último mes, proporción que se reduce a más de la mitad entre las mujeres (4,5%). Con independencia del tramo de edad, y tal y como ocurre para el plazo temporal del último año, la prevalencia es superior entre los hombres. Con independencia del sexo, las borracheras están más extendidas entre los jóvenes de 15 a 24 años, duplicándose la prevalencia entre los hombres en este grupo de edad (18,4%), y casi triplicándose en el caso de las mujeres (12,1%).

#### **4.3.1.2.2. Tipos de bebidas consumidas.**

Respecto al tipo de bebidas consumidas en los últimos 7 días entre aquellos que se emborracharon en los últimos 30 días, se observan diferentes patrones de consumo en función de la edad.

- **Vino.** El porcentaje de consumidores aumenta con la edad, alcanzándose así su máximo en el grupo de 55 a 64 años (el 52,5% de los que se emborracharon en el último mes reconocen haber consumido vino en la última semana).
- **Combinados/cubatas.** En el lado opuesto, la prevalencia de estos disminuye de forma progresiva a medida que aumenta la edad de aquellos que se emborracharon. Su consumo está más extendido entre los más jóvenes: el 59,3% de los consumidores de 15 a 24 años que declararon haberse emborrachado alguna vez en el último mes reconoció haber ingerido combinados/cubatas en los 7 días previos a ser encuestado.
- **Cerveza.** El 80% de los consumidores de entre 35 y 54 años que se emborracharon en el último mes reconoció haber consumido cerveza en los 7 días previos a ser encuestado, reduciéndose el porcentaje hasta el 75,1% entre los de 55 a 64 años y hasta el 55,5% entre los del grupo de 15 a 24 que reconocen haber sufrido una intoxicación etílica aguda en el último mes.

No obstante, si se compara el consumo de los diferentes tipos de bebidas alcohólicas dentro de cada grupo de edad, se comprueba que, en todos ellos, la cerveza es la bebida más extendida (excepto

en el grupo de 15 a 24 años donde hay mayor consumo de combinados), seguida muy de cerca por el vino en el colectivo de 55 a 64 años (EDADES, 2017).

#### 4.3.1.3. Drogas no legalizadas.

A continuación, se muestran los resultados más relevantes del EDADES 2017/2018 para el consumo de drogas no legalizadas.

##### 4.3.1.3.1. Hipnosedantes.

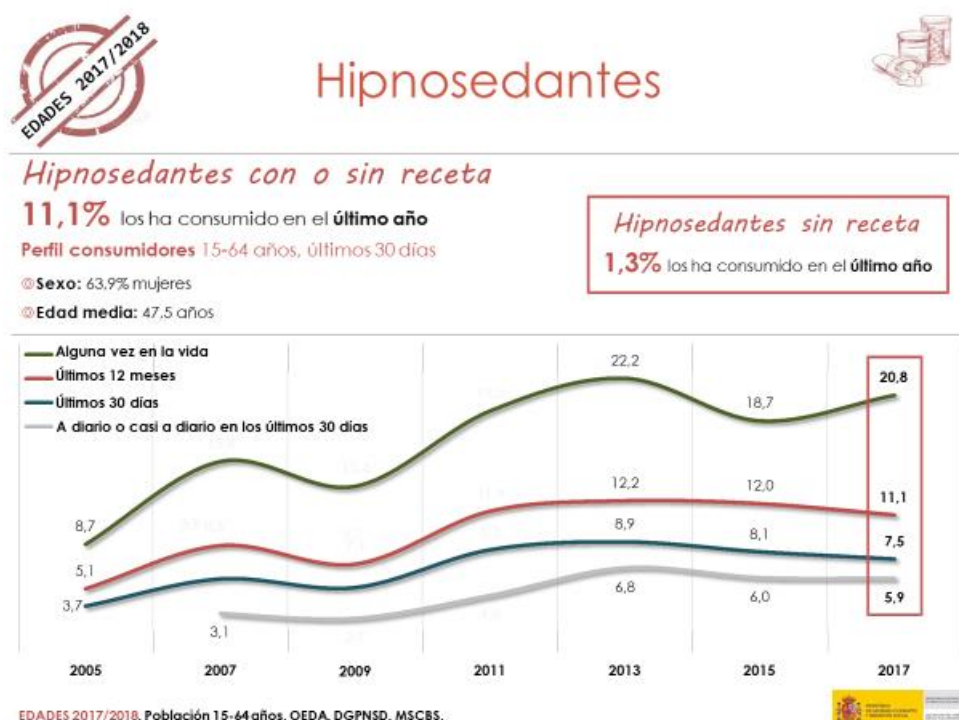


Gráfico 13. Evolución de la prevalencia de consumo de hipnosedantes alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses, los últimos 30 días o diariamente en los últimos 30 días, en la población de 15-64 años (%). España, 2005-2017.

Resultados más relevantes del EDADES 2017/2018 para el consumo de hipnosedantes (gráfico 13):

- ✓ El 18,7% de la población de 15 a 64 años ha consumido hipnosedantes alguna vez, el 12,0% en el último año, el 8,1% en el último mes y el 6% diariamente en el último mes.
- ✓ Aunque la prevalencia del consumo de hipnosedantes con o sin receta alguna vez en la vida descendió en 2015 (18,7%) con respecto a 2013 (22,2%), en 2017 vuelve a registrarse un ligero aumento del porcentaje de personas que los han probado alguna vez dicho año (20,8%), superando la barrera del 20% por segunda vez en toda la serie histórica.
- ✓ Sin embargo, los consumos en el resto de tramos temporales considerados (últimos 12 meses, últimos 30 días y a diario) registran un ligero descenso del porcentaje de consumidores que parece confirmar una ligera y lenta tendencia descendente de las prevalencias de consumo de hipnosedantes, que se inició en 2013. Aun así, el 7,5% de la población española de 15 a 64 años ha consumido hipnosedantes con o sin receta en los últimos 30 días, de los que la mayoría (aproximadamente el 80%) los consume a diario (5,9%).

#### 4.3.1.3.2. Cannabis.

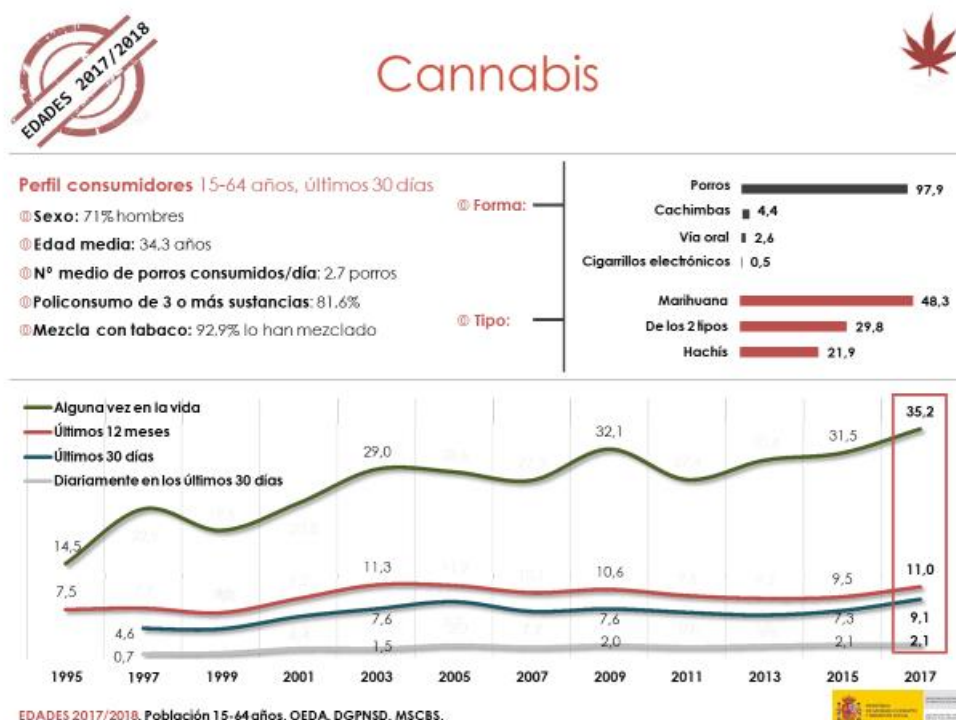


Gráfico 14. Evolución de la prevalencia de consumo de cannabis alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses, los últimos 30 días o diariamente en los últimos 30 días, en la población de 15-64 años (%). España, 1995-2017.

Resultados más relevantes del EDADES 2017/2018 para el consumo de cannabis (gráfico 14):

- ✓ Es la droga con mayor prevalencia de consumo en España, en la población de 15 a 64 años. En 2017, el 35,2% reconoce haber consumido cannabis alguna vez en la vida, proporción que ha continuado la tendencia creciente iniciado en 2013 y que ha supuesto un incremento en 3,7 puntos respecto a la registrada en 2015 (31,5%) alcanzando el máximo de la serie histórica.
- ✓ La edad media de inicio de consumo se sitúa en los 18,4 años, manteniéndose estable a lo largo de todas las mediciones.
- ✓ Centrándonos en su consumo en el último año, vemos que su prevalencia se sitúa en el 11,0%, situándose en el 9,1% cuando se circunscribe el consumo al último mes. Para ambos tramos temporales, vemos como la prevalencia ha aumentado ligeramente respecto al dato de 2015 (9,5%, y 7,3%, respectivamente).
- ✓ El 2,1% de la población reconoce haber consumido cannabis diariamente en el último mes, proporción que se mantiene estable respecto a las últimas mediciones.

#### 4.3.1.3.3. Cocaína.

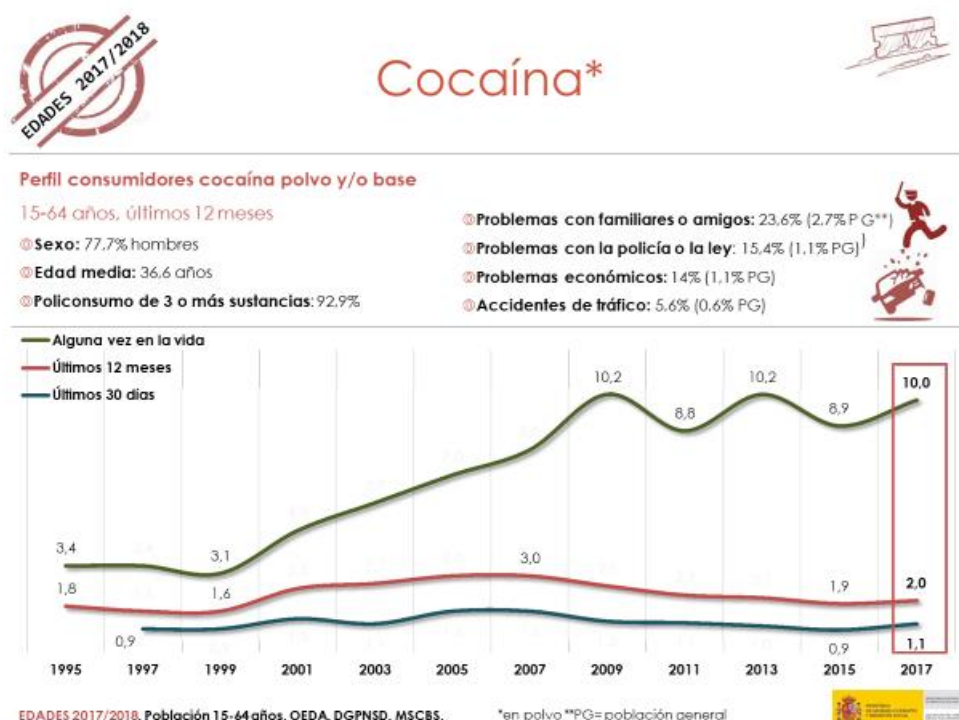


Gráfico 15. Evolución de la prevalencia de consumo de cocaína alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses o en últimos 30 días, en la población de 15-64 años (%). España, 1995-2017.

Resultados más relevantes del EDADES 2017/2018 para el consumo de cocaína (gráfico 15):

- ✓ Uno de cada diez individuos de 15 a 64 años reconoce haber consumido cocaína en polvo alguna vez en la vida (10,0%), manteniéndose dicha prevalencia similar a la que se viene observando desde 2009.
- ✓ La edad media de inicio de consumo se sitúa en 2017 en los 21,1 años, situándose históricamente entre los 20 y los 22 años.
- ✓ Circunscribiendo el consumo al último año, la prevalencia se sitúa en el 2,0%, continuando así la tendencia estable que comenzó en 2011.
- ✓ Atendiendo al sexo, el consumo de cocaína en polvo dentro de este tramo temporal está más extendido entre los hombres que entre las mujeres (3,2% frente a 0,8%), manteniéndose en ambos colectivos en niveles similares a los que se vienen observando en las últimas ediciones de la encuesta.
- ✓ Respecto al último mes, el 1,1% reconoce haber tomado cocaína en polvo en alguna ocasión en los 30 días previos a la realización de la encuesta.

## Estudio epidemiológico de hábitos de vida saludable mediante la Escala de Valoración del Estilo de Vida Saludable Adquirido

### 4.3.1.3.4. Heroína.

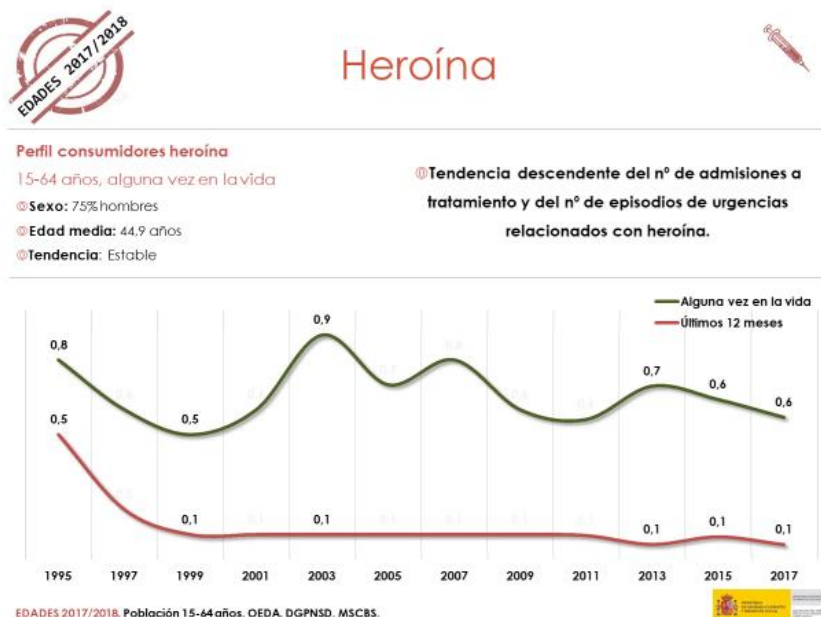


Gráfico 16. Evolución de la prevalencia de consumo de heroína alguna vez en la vida o en los últimos 12 meses, en la población de 15-64 años (%). España, 1995-2017.

Los datos de la EDADES 2017/2018 (gráfico 16), permiten estimar el número de consumidores problemáticos de heroína que, en 2015, se sitúa en 70.471 personas de 15 a 64 años, lo que supone el 0,2% de la población en este rango de edad.

### 4.3.1.3.5. Anfetaminas, éxtasis y alucinógenos.

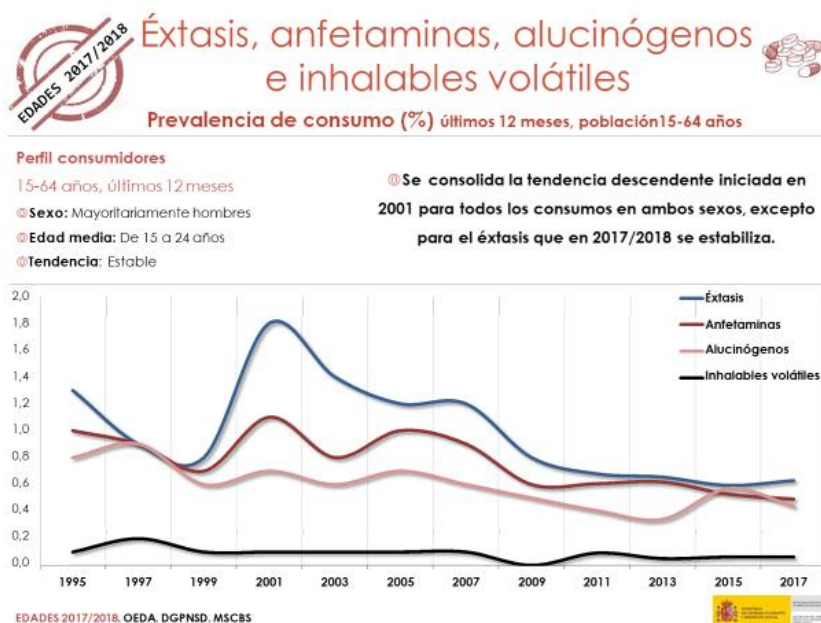


Gráfico 17. Evolución de la prevalencia de consumo éxtasis, anfetaminas, alucinógenos e inhaladores volátiles en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años (%). España, 1995-2017.

El gráfico 17 muestra que en 2015 el 3,8% de la población de 15 a 64 años ha consumido alguna vez alucinógenos, el 3,6% anfetaminas y el 3,6% éxtasis. La prevalencia en el último año y último mes se sitúa para todas estas sustancias en valores inferiores al 1%. Se consolida la tendencia descendente iniciada en 2001 para todos los consumos en ambos sexos.

#### 4.3.1.3.6. Nuevas sustancias psicoactivas.

Se consideran nuevas sustancias aquellas que imitan el efecto de drogas ilegales como son cannabis, cocaína, éxtasis, etc. Estas nuevas sustancias se pueden presentar en forma de hierbas, pastillas, polvos, líquidos, incienso u otras. La mayoría de la población desconoce la existencia de estas nuevas sustancias.



Gráfico 18. Prevalencia de consumo de nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2017.

El gráfico 18 muestra que el 0,4% ha probado Spice alguna vez en su vida, el 0,5% ketamina, el 0,1% mefedrona y el 0,2% salvia. Dentro de los consumidores, está más extendido entre los hombres (78%) y se concentra entre los 25 y 44 años (59%). Gran parte de los consumidores de este tipo de sustancias lo hace en situación de policonsumo experimental. Se trata de usuarios con alta percepción de disponibilidad y baja percepción de riesgo. La mayoría consigue estas drogas a través de un amigo (57%), un porcentaje menor de los usuarios reconoce haberlas obtenido a través de un vendedor (34%) o en fiestas/bares (31,7%) y son menos las que las consiguen en smartshops (4,2%) o a través de internet (3,8%). Actualmente, se trata de un fenómeno minoritario en España, aunque se lleva a cabo vigilancia activa a través del SEAT.

#### **4.3.2. Hábitos de descanso.**

Los patrones de descanso a menudo se aprenden siendo niños. Cuando repetimos estos patrones durante muchos años, se convierten en hábitos de descanso.

##### **4.3.2.1. Insomnio.**

El insomnio es la dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido. En muchos casos, se puede aliviar el insomnio haciendo algunos cambios de estilo de vida simples. Sin embargo, puede tardar algún tiempo si se han tenido los mismos hábitos de sueño durante años (Edinger, 2017).

Las personas que padecen insomnio a menudo están preocupadas respecto a dormir lo suficiente; cuanto más intentan dormir, más frustradas y molestas se ponen y más difícil les resulta conciliar el sueño (Vaughn, 2016).

Las horas de reposo nocturno aconsejadas son las siguientes:

- Aunque de 7 a 8 horas por noche se recomienda para la mayoría de las personas, los niños y los adolescentes necesitan más.
- Las personas mayores tienden a estar bien con menos sueño por la noche, pero aún pueden necesitar unas 8 horas de sueño durante un período de 24 horas.

Hemos de recordar que la calidad del sueño y qué tan descansado se sienta uno después de dormir, es tan importante como la cantidad de sueño que se logre (Edinger, 2017).

##### **4.3.2.2. Relación con la actividad sedentaria.**

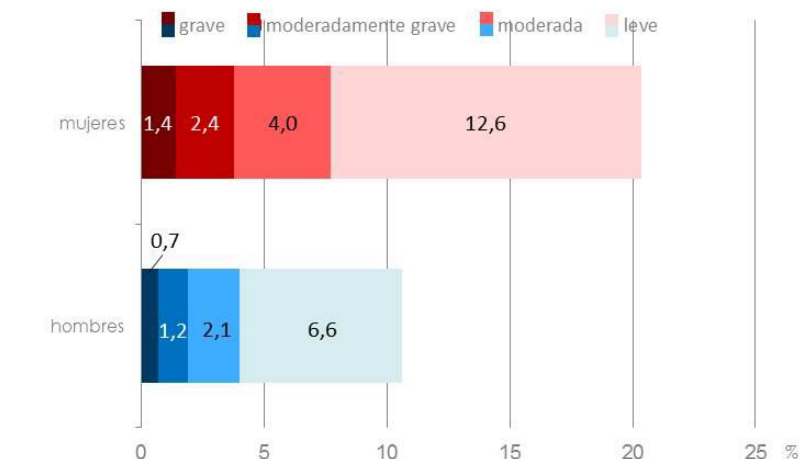
La importancia del sueño en el control de peso ha sido subrayada por Chaput et al. (2006), describiendo una relación inversa entre el número de horas de sueño y el IMC, de tal forma que las personas que duermen menos horas muestran un IMC mayor que las personas que duermen más. Se debe a que están modulando el tiempo dedicado a la actividad sedentaria. En concreto, la falta de sueño se relaciona de un modo significativo e inversamente con el número total de horas de ocio sedentario (la TV, la consola y el PC). Esto significa que las personas que duermen menos invierten ese tiempo de sueño en alguna de las formas de ocio sedentario, generalmente la TV.

#### **4.3.3. Estado mental.**

La salud mental es una importante dimensión del estado de salud, tanto porque las enfermedades mentales son uno de los mayores componentes de la carga global de enfermedad como por su carácter determinante del bienestar.

## Severidad de la sintomatología depresiva\*

Población de 15+ años. EESE 2014



\*según el Patient Health Questionnaire PHQ-8

Fuente: EESE 2014 (INE)



Gráfico 19. Muestra la severidad de la sintomatología depresiva con el cuestionario PHQ-8 según sexo en 2014. El PHQ-8 es un cuestionario de 8 ítems basado en los criterios de depresión del DSM-IV, diseñado para monitorizar la prevalencia de cuadros depresivos activos y la severidad de la sintomatología depresiva en la población.

Según los resultados más relevantes de la EESE 2014 para la depresión (Gráfico 19):

- ✓ La prevalencia autorreferida de depresión en la población de 15 o más años es del 6,89%.
- ✓ El 84,39% no presenta ninguna sintomatología depresiva, el 9,71% presenta sintomatología leve, el 3,03% moderada, el 1,81% moderadamente grave, y el 1,06% grave.
- ✓ En términos absolutos, casi 5 millones de personas (4.929.400) presentan sintomatología depresiva leve o moderada (12,74%) y otro millón (1.110.600) moderadamente grave o grave (2,87%).
- ✓ En total, más del 15% de la población residente en España presenta sintomatología depresiva de distinta gravedad.
- ✓ La sintomatología depresiva es prácticamente el doble de frecuente en mujeres (20,36%) que en hombres (10,63%) en todos sus grados de severidad. Esta relación no es constante en todos los grupos de edad.
- ✓ La sintomatología depresiva aumenta con la edad en todos sus grados de severidad. Solo en el grupo de hombres de 65 a 74 años se rompe este gradiente. A partir de los 75 años aumenta más bruscamente. En el grupo de 75-84 años el 25,71% presenta sintomatología depresiva, proporción que alcanza al 34,71% en la población no institucionalizada de 85 o más años.
- ✓ Se valoró también la prevalencia de cuadros depresivos activos. El 3,52% de la población de 15 y más años presenta un cuadro depresivo mayor, el 3,84% otros cuadros depresivos (total = 7,36%) y, el resto, 92,64%, no presenta cuadro depresivo alguno.

La OMS muestra informes de cómo los problemas de salud mental aumentan su influencia en la carga de morbilidad general. No solo en países desarrollados, sino también en los países en vías de desarrollo (WHO, 2003). De hecho, sus pronósticos para el 2020 sugieren que la depresión unipolar llegará a ser la segunda causa principal de morbilidad global (Murray y López, 1996).

El estado mental del individuo es una de las causas principales para explicar un nivel socioeconómico bajo, lo que se relaciona con un detrimento en el nivel de salud. Por ejemplo, la enfermedad isquémica del corazón ha sido asociada a depresión, ansiedad, estrés, hostilidad, cólera o ausencia de autonomía en el puesto de trabajo (Bosma et al., 1998; Chandola et al., 2006; Hemingway y Marmot, 1999; Risengren et al., 2004; Siegrist y Marmot, 2004). Regidor (2008) recoge tres modos en los que el estado mental de la persona influye sobre su salud:

- Su asociación con los hábitos de riesgo clásicos para la salud (tabaco y alcohol, alimentación, actividad física).
- Directamente mediante mecanismos biológicos, mediados por el sistema nervioso simpático y parasimpático, y por el eje hipotálamo-hipófisis-corteza adrenal.
- Déficit de apoyo social y organizativo.

#### **4.4. Salud social.**

El Estudio de Harvard sobre el Desarrollo en Adultos (Harvard Study of Adult Development) constituye la investigación más prolongada sobre el estudio de la salud social, ha recogido durante más de 75 años la importancia de la sociabilidad del ser humano en su salud.

Su director, el Prof. Dr. Robert Waldinger, psiquiatra, expone las conclusiones del trabajo:

- a) Las conexiones sociales nos benefician y la soledad nos daña.

El análisis de los datos mostró como las personas con más relaciones sociales (familia, amigos, conexiones en la comunidad) eran más felices, estaban más sanas y vivían más que las personas con menos vínculos. Por el contrario, las personas que permanecían más aisladas de lo que querían eran más infelices, eran más susceptibles de enfermar en la mediana edad y vivían menos. Además, existía cierto aumento a iniciar antes un deterioro cognitivo. Robert Waldinger expone que uno de cada cinco americanos afirma sentirse solo. Pero se puede estar solo en una multitud y en un matrimonio. Sentirse solo no tiene nada que ver con el número de amigos que se tiene, depende de la calidad de esas relaciones. Vivir en medio de un conflicto es malo para la salud.

- b) La importancia que tiene el grado de satisfacción que nos producen las relaciones.

Las personas más satisfechas con sus relaciones cuando tenían 50 años fueron las más saludables a los 80 años. Muchas mujeres que decían que eran felices a los 80 años, cuando sufrían dolor físico, seguían de buen humor. Sin embargo, las personas que se sentían desdichadas, los días que sufrían dolor físico, su intensidad se magnificaba debido al dolor emocional.

- c) Las relaciones no solo protegen nuestros cuerpos también nuestros cerebros.

Sentir, en la tercera edad, que se está en una relación segura con otra persona, hace que sus recuerdos permanezcan más nítidos. Sin embargo, las personas que sienten que no pueden contar con otras personas, desarrollan antes un deterioro cognitivo.

## 5. ESCALAS DE VALORACIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES PREVIAS

Cuando el objetivo es promocionar y educar para la salud, se debe tener presente los estilos de vida llevados a cabo por las personas (Bonito, 2015). Es por ello que se han diseñado diversas escalas con este fin, se diferencian principalmente en la población diana y en las variables de estilo de vida valoradas, como veremos más adelante.

Como se observará a continuación, en todos estos años, la tendencia se ha desplazado desde la evaluación de opiniones con respecto al concepto global de la vida de cada persona, hasta evaluar los diferentes dominios que constituyen un estilo de vida saludable. Todos coinciden, independientemente de la edad, que los factores alimentación sana, descanso, no fumar tabaco y practicar ejercicio físico están relacionados con la adopción de un estilo de vida saludable.

### 5.1. Escalas para adolescentes

| Escalas para adolescentes                                                                                      | Variables de Estilos de Vida                                                                                                                                                                                                                                  | Ítems |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| <b>Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes</b> (1982). A partir de 13 años.                                | Bienestar económico, vida familiar, educación y ocio, medios de comunicación, religión y salud.                                                                                                                                                               | 25    |
| <b>The Health Behaviour in School Children (HBSC)</b> (Wold, 1995). De 11 a 17 años.                           | Actividad Física, Alimentación, Consumo de Tabaco, alcohol y drogas, higiene personal y educación sexual.                                                                                                                                                     | 54    |
| <b>Índice de Estilos de Vida</b> (Balaguer y Pastor, 2001).                                                    | Consumo de Tabaco, alcohol, cannabis, alimentos sanos, alimentos insanos, práctica de actividad física y de deporte.                                                                                                                                          | 38    |
| <b>Physician-based Assessment and Counseling for Exercise (PACE)</b> (Patrick et al., 2001).                   | Actividad Física.                                                                                                                                                                                                                                             | 12    |
| <b>Inventario de Actividad Física Habitual en Adolescentes (IAFHA)</b> (Gálvez et al., 2006). De 14 a 18 años. | Actividad Física durante el tiempo escolar; actividad física en tiempo de ocio; actividad física en la práctica deportiva.                                                                                                                                    | 16    |
| <b>Cuestionario ESVISAUN</b> (Bennassar, 2012).                                                                | Datos sociodemográficos, socioeconómicos, estado de salud percibido y calidad de vida, actividad física, tabaco, alcohol y otras drogas, hábitos alimenticios, sexualidad, seguridad vial, higiene dental, enfermedad y discapacidad y promoción de la salud. | 92    |

Tabla IV. Variables estudiadas en las escalas de valoración de estilos de vida saludables para adolescentes.

## Estudio epidemiológico de hábitos de vida saludable mediante la Escala de Valoración del Estilo de Vida Saludable Adquirido

La Escala de Calidad de Vida, de Olson y Barnes (1982), considera que en el dominio de las experiencias vitales de los individuos es donde radica el estilo de vida. La Escala de Satisfacción con la Vida (Diener et al., 1985), continua en la misma línea que la anterior, consta de cinco ítems orientados a la percepción y opinión que las personas tienen sobre su vida en general.

Destacar The Health Behaviour in School Children (HBSC) (Wold, 1995), es uno de los primeros instrumentos más utilizados para evaluar las variables del estilo de vida saludable; es el cuestionario específico para adolescentes que recoge el mayor número de variables de estilo de vida. Fue traducido al castellano por Balaguer (1999) como el Inventario de Conductas de Salud en Escolares. También se le extrajeron y modificaron ítems para la creación de la validación al castellano del cuestionario de Estilo de Vida Saludable (EVS) de Leyton et al. (2018).

El Cuestionario ESVISAUN (Bennassar, 2012), es bastante completo. Sirve para conocer los estilos de vida de los estudiantes universitarios, y nos permite identificar hábitos de vida saludables y problemas de salud con el objetivo de diseñar intervenciones en el marco de la promoción de la salud en el entorno universitario.

Por último, Lumbreras et al. (2009), estudiaron los estilos de vida saludables en una muestra de 2.659 estudiantes mexicanos, de 18 a 24 años de edad, utilizando los siguientes instrumentos: cuestionario autoaplicable; Escala de Actitudes hacia de la Comida, de Álvarez et al. (2002); Cuestionario de Conducta Adictiva, de Méndez et al. (2003); Escala de Autoeficacia para la Prevención del SIDA, de López y Moral (2001); y una guía de seguridad.

### 5.2 Escalas para adultos

| Escalas para adultos                                                                                                                       | Variables de Estilos de Vida                                                                                                                                                                                                         | Ítems |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| <b>Escala de Satisfacción con la Vida (ESV)</b> (Diener et al., 1985; Atienza et al., 2000; Pons et al., 2002). También para adolescentes. | Satisfacción con la vida.                                                                                                                                                                                                            | 5     |
| <b>Cuestionarios de Prácticas y Creencias sobre estilos de vida</b> (Arrivillaga et al., 2002).                                            | Práctica de actividad física y deporte, tiempo de ocio, autocuidado, hábitos alimenticios, consumo de sustancias psicoactivas y sueño.                                                                                               | 93    |
| <b>Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos (IMEVID)</b> (López-Carmona et al., 2003). Población diabética.                  | Actividad física, nutrición, consumo de alcohol y tabaco.                                                                                                                                                                            | 25    |
| <b>Global Physical Activity Questionnaire Version 2: GPAQ V2</b> (Armstrong y Bull, 2006). También para la tercera edad.                   | Actividad Física.                                                                                                                                                                                                                    | 16    |
| <b>Cuestionario FANTASTICO</b> (Ramírez-Vélez et al., 2012). Población en general.                                                         | Familiares y amigos, Actividad física y social, Nutrición, Toxicidad (tabaco, automedicación, cafeína), Alcohol, Sueño y estrés, Tipo de personalidad y satisfacción escolar, Imagen Interior, Control de salud y sexualidad, Orden. | 39    |

Tabla V. Variables estudiadas en las escalas de valoración de estilos de vida saludables para adultos.

Añadir que Sotos-Prieto et al. (2015), desarrollaron **The Mediterranean Lifestyle index questionnaire (MEDLIFE)** un cuestionario para recoger la adherencia a un estilo de vida saludable. Concluyeron que MEDLIFE es un instrumento válido para medir la adherencia global al estilo de vida mediterráneo en adultos de mediana edad de una población española, sin embargo, su generalización y validez predictiva debe ser aún más investigada.

López- Carmona et al. (2003), construyeron y validaron un Cuestionario para determinar los Estilos de Vida (IMEVID) en personas desde los 19 a los 80 años con Diabetes Tipo II, donde incluían las variables de actividad física, nutrición, consumo de alcohol y tabaco, encontrando una buena validez de contenido y buen nivel de consistencia.

### 5.3. Escalas para otras poblaciones

| Escalas para otras poblaciones                                                                                                          | Variables de Estilos de Vida                                                            | Ítems |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| <b>Cuestionario de Hábitos de Vida Saludables de Alimentación y Actividad Física (CHVSAAF)</b> (Guerrero et al., 2014). De 8 a 12 años. | Alimentación y Actividad Física.                                                        | 27    |
| <b>Cuestionario de Estilo de Vida Saludable en Estudiantes de Postgrado</b> (Grimaldo, 2012). Estudiantes de Postgrado.                 | Práctica deportiva, alimentos, sueño y reposo.                                          | 38    |
| <b>Cuestionario de Estilo de Vida Saludable en Estudiantes Universitarios</b> (Grimaldo, 2015). Estudiantes Universitarios.             | Actividades lúdico y deportivas, satisfacción académico familiar, consumo de alimentos. | 52    |

Tabla VI. Variables estudiadas en las escalas de valoración de estilos de vida saludables para otras poblaciones.

Guerrero et al. (2014), con niños de 8 a 12 años, diseñaron y validaron el CHVSAAF, sin embargo, debido a una selección no probabilística de la muestra, sugerían su falta de representatividad, y la necesidad de incluir la validez de criterio.

## 6. TEORÍAS DE MODIFICACIÓN DE LOS HÁBITOS DE VIDA

Existen cinco teorías de modificación de los hábitos de vida, conocerlas permite comprender mejor los mecanismos subyacentes a los estilos de vida y, muy importante, proporcionan elementos importantes para intervenir sobre ellos. Todas aportan una amplia y sólida base conceptual. Analizan la influencia de variables sociodemográficas y de salud, entendida desde una concepción muy amplia, sobre los estilos de vida saludables en las personas. (Albery y Munafú, 2008; Brannon y Feist, 2001; León y Medina, 2002; Noar et al., 2007; Pastor et al., 1999; Riemsma, 2002).

## 6.1. Teorías explicativas del proceso de socialización de los estilos de vida saludables

Imprescindibles, pues sus dos teorías explican las claves básicas en relación con la adquisición y el mantenimiento del EVS en las personas. Consideran la socialización del estilo de vida como el proceso por el que las personas adquieren los patrones de conductas y de hábitos que constituyen el EVS, así como las normas relacionadas, las actitudes y los valores. Así pues, tienen muy en cuenta los distintos factores psicosociales que determinan el comportamiento.

### 6.1.1. Teoría ecológica del desarrollo

En la teoría ecológica del desarrollo (Bronfenbrenner, 1987) el ambiente ecológico se concibe como un conjunto organizado de estructuras seriadas concéntricamente, clave para explicar las condiciones estructurales que rodean y fundamentan el proceso de socialización:

#### I. Primer nivel: microsistema.

El más cercano a la persona, el entorno inmediato en el que se sitúa la persona en desarrollo. Se refiere al conjunto de relaciones sociales, roles y actividades que la persona en desarrollo experimenta con su entorno. Dichos agentes socializadores son: la familia, los iguales, la escuela, los vecinos, el trabajo, los medios de comunicación. Pese a que existen más niveles, la investigación se ha centrado más en este, no prestando tanta atención al resto (Wold, 1989; Pastor et al., 1999).

#### II. Segundo nivel: mesosistema.

Interrelaciones de varios entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente. Un ejemplo clásico son las relaciones entre la escuela y la familia.

#### III. Tercer nivel: exosistema.

El entorno más amplio que pese a no incluir activamente al individuo en desarrollo recoge los hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno más inmediato del individuo. Por ejemplo, las instituciones sociales.

#### IV. Cuarto nivel: macrosistema.

La cultura y el contexto social, moral, legal, político e histórico en el que la persona nace y se desarrolla tiene un protagonismo importante para marcar las pautas en su desarrollo. Autores como Mendoza (1990) defiende que este nivel es el que posee mayor influencia, basa su defensa en tres razones:

- Dentro de cada sociedad tiende a encontrarse gran homogeneidad en sus patrones de conducta predominantes. Además, estos EV son parecidos a los de otras sociedades donde encontramos factores macrosociales similares. Aunque Pastor et al. (1999) presenta una limitación en contra, pues en una misma sociedad existen personas con EV muy diferentes, de modo que unas personas adoptan HV saludables y evitan los HV de riesgo, mientras que otras personas, por el contrario, adoptan estilos de vida insanos; indicando la importancia del resto de niveles.
- A esto añade la gran heterogeneidad en los estilos de vida existentes cuando se comparan sociedades con factores macrosociales diferentes.
- Y para finalizar, el cambio de un factor macrosocial que influya en un grupo de conductas que sean componentes de los estilos de vida provoca una variación significativa de estos dentro de una determinada sociedad.

### 6.1.2. Teoría del aprendizaje social

En la Teoría del aprendizaje social (Rotter, 1966; Bandura, 1977) para entender la socialización del estilo de vida se utiliza de base dos procesos, la imitación y el modelaje. Así, los hábitos de progenitores, iguales y profesores, así como las consecuencias que estos hábitos tienen para las personas, influyen en su aprendizaje del estilo de vida. Surge el término locus de control, a través del cual el cambio de hábitos se determina por el sentido de control personal sobre el ambiente, donde el comportamiento y la motivación están regulados por un pensamiento deliberado que adelanta a la acción. Refiriéndose a que la persona crea que su salud está determinada por tres factores de los que depende:

- Del comportamiento propio.
- De otras personas influyentes.
- De la suerte.

Estas creencias influyen en la implicación que las personas tienen con el comportamiento saludable o no saludable (Wallston y De Vellis, 1978).

### 6.2. Teorías de la expectativa-valor

Esta teoría, junto a las dos próximas tienen en común su utilización en la prevención terciaria de los estilos de vida que ponen en riesgo la salud, es decir, en las intervenciones dirigidas a cambiar conductas de riesgo para la salud ya instauradas, lo cual no se considera una prioridad en las políticas de salud actuales, centradas en la prevención primaria y secundaria. Surgieron bajo la concepción de estilo de vida saludable en los años 80, cuando dejó de entenderse como una variable compartimental, aceptando componentes más subjetivos como las actitudes y las autopercepciones; esta concepción de estilo de vida saludable sería debatida por Deller S. Elliot (1993), uno de mayores expertos en estilo de vida saludable.

Asumen que la opción de que una persona elija un curso de acción diferente está basada en dos tipos de cogniciones, que ha de tener en cuenta en conjunto:

- Probabilidad subjetiva de que un determinado comportamiento conducirá a un conjunto de resultados esperados.
- Valoración de los resultados de la acción.

Por lo cual, seleccionarán de entre varios cursos de acción alternativos el que posea mayores probabilidades de resultar en consecuencias positivas o de evitar las negativas.

Las más representativas son (todas comparten la base descrita):

- ❖ **Teoría de creencias sobre salud** (Becker y Maiman, 1975).
- ❖ **Teoría de la motivación protectora** (Rogers, 1983).
- ❖ **Teoría de la acción razonada** (Ajzen y Fishbein, 1980).
- ❖ **Teoría de la conducta planificada** (Ajzen, 1991). Posterior adaptación de la previa.

### 6.3. Teorías basadas en la autorregulación del comportamiento

De las satisfacciones derivadas de cumplir criterios internos y de una percepción de la eficacia personal obtenida a través del propio rendimiento y de la interacción recíproca con el medio nace una motivación intrínseca o la necesidad subyacente en el individuo de competencia y autodeterminación, siendo el principal determinante de los comportamientos relacionados con la salud.

Los más representativos son:

- ❖ **Teoría de la autoeficacia** (Bandura, 1986).
- ❖ **Teoría del proceso de adopción de precauciones** (Weinstein, 1988).
- ❖ **Teoría del proceso de acción a favor de la salud** (Schwarzer, 1992), desarrollo posterior del previo.

### 6.4. Teorías basadas en el balance en la toma de decisiones

La persona, tras valorar los pros y los contras respecto a un curso de acción, opta por aquel que disminuye los efectos más negativos o que presenta los resultados más beneficiosos. Por lo que una decisión es la selección de una alternativa de entre otras posibles. Cada una de estas alternativas se caracteriza por la valencia de los resultados y la probabilidad de obtener este resultado; destacar que dicha probabilidad es subjetiva, una medida de confianza que tiene el sujeto en la obtención de un resultado. La expectativa de éxito dependerá de dos factores:

- Experiencias de logro. La frecuencia del éxito anterior, que alimentan la autoeficacia.
- Autoeficacia. La seguridad en lograr el resultado esperado, es decir, el grado de control que la persona cree tener sobre el resultado, de cómo se han establecido los procesos atribucionales.

Los más representativos son:

- ❖ **Teoría transteórica** (Prochaska y Diclemente, 1983).
- ❖ **Teoría del conflicto de toma de decisiones** (Janis y Mann, 1977).

### 6.5. Teorías integradoras

La integración de las teorías anteriormente expuestas posee una visión más amplia y positiva de la salud, desarrollando las teorías más actuales:

#### 6.5.1. Teoría de promoción de la salud

La teoría de promoción de la salud (Pender, 1996) es la única que introduce explícitamente el término estilo de vida promotor de la salud en sus planteamientos. Surge de la teoría de creencias sobre la salud y de la teoría del aprendizaje social.

Separa los predictores del estilo de vida en tres bloques de factores:

- 1) Antecedentes de la acción. Estímulos internos o externos directamente relacionados con la conducta.
- 2) Experiencias previas. Con la conducta de salud y características individuales. Su influencia es indirecta, interactuando causalmente con los afectos y las cogniciones, así como con las influencias situacionales e interpersonales.
- 3) Afectos y cogniciones específicos de la conducta. Es el mecanismo motivacional primario, su influencia es directa, afectando a la adquisición y al mantenimiento de hábitos de vida saludables. Existen influencias situacionales e interpersonales en el compromiso de llevar a cabo la conducta saludable, sin embargo, se compone de cuatro elementos esenciales:
  - a) Barreras percibidas a la realización del hábito saludable.
  - b) Beneficios percibidos de la misma.
  - c) Autoeficacia percibida para llevarla a cabo.
  - d) Afecto relacionado con el hábito.

Al inicio, se utilizó para predecir el estilo de vida promotor de la salud en su globalidad, sin embargo, como el porcentaje de varianza explicada era bajo, se pasó a emplearlo en la predicción de hábitos de salud aislados.

#### **6.5.2. Teoría de la conducta problema**

La teoría de la conducta problema (Jessor y Jessor, 1977; Jessor, 1992) integra elementos de diversas orientaciones teóricas como predictores del comportamiento problemático en la persona, suponiendo una predisposición a la no-convencionalidad. Conforman un síndrome donde comparten un conjunto de factores determinantes de naturaleza psicosocial, predisponiendo a hábitos de riesgo, a un estilo de vida insaludable que desencadenará en consecuencias comprometedoras para la salud.

- Grupos de factores determinantes de naturaleza psicosocial.
  - Biología y Genética.
    - Riesgo: historia familiar de alcoholismo.
    - Protector: inteligencia alta.
  - Ambiente social.
    - Riesgo: pobreza, anomia normativa, desigualdad racial, oportunidades ilegítimas.
    - Protector: organismos gubernamentales de calidad, familia cohesiva, recursos de barrio, familiares interesados.
  - Ambiente percibido.
    - Riesgo: modelos de conducta desviada, conflictos normativos padres-amigos.
    - Protector: modelos de conducta convencional, gran control contra la conducta desviada.

### **Estudio epidemiológico de hábitos de vida saludable mediante la Escala de Valoración del Estilo de Vida Saludable Adquirido**

- **Personalidad.**
  - Riesgo: bajas oportunidades vitales percibidas, baja autoestima, propensión a la búsqueda de riesgos.
  - Protector: valorar los logros, valorar la salud, intolerancia hacia la desviación.
- **Conducta.**
  - Riesgo: consumo de alcohol problemático, rendimiento laboral pobre.
  - Protector: asistencia a la iglesia, compromiso laboral y en clubs de voluntariado.
- **Hábitos de riesgo y estilo de vida insaludable.**
  - Hábitos problema: consumo de drogas ilegales, delincuencia, conducir con alcohol.
  - Hábitos relacionados con la salud: alimentación insana, consumo de tabaco, sedentarismo, no usar el cinturón de seguridad.
  - Hábito laboral: absentismo, abandono, consumo de drogas en el trabajo.
- **Consecuencias comprometedoras para la salud.**
  - Salud: enfermedad, baja forma.
  - Roles sociales: fracaso laboral, aislamiento social, problemas legales, maternidad precoz.
  - Desarrollo personal: autoconcepto inadecuado, depresión, intentos autolíticos.
  - Preparado para la adultez: limitadas habilidades para trabajar, desempleo, falta de motivación.

Debido a su amplitud y complejidad es difícil hacer estudios basados en su totalidad, sin embargo, si se han realizado centrándose en aspectos concretos.

#### **6.5.3. Teoría de las siete esferas**

La teoría de las siete esferas (Costa y López, 1996) debe su nombre a su arquitectura, una pequeña, pero muy compleja galaxia del comportamiento, donde el ciclo de cada comportamiento queda condensado en siete esferas. Cada una condensa una de las dimensiones que intervienen en la génesis de cada comportamiento, giran sobre sí mismas, acumulando biografía e historia personal, también giran en función de todas las demás, definiendo las zonas de contacto y de acción recíproca de un sistema planetario en continuo movimiento.

Permite comprender y explicar la génesis, el aprendizaje y el desarrollo de los comportamientos y estilos de vida de las personas (saludables o de riesgo), predecir el sentido de sus acciones, ahondar en las raíces de los procesos de comunicación, de potenciación y de enseñanza-aprendizaje de la educación para la salud, diseñar las estrategias y las oportunidades para el cambio, y orientar la puesta en práctica de esas estrategias, identificando los factores que facilitan el cambio, así como aquellos que determinan resistencias a él.

Las esferas están inmersas en el espacio envolvente del entorno físico y psicosocial, es decir, el campo de acción donde se producen los contactos e interacciones que originarán los comportamientos y estilos de vida. Las esferas se mueven dentro del pequeño universo de cada escenario del entorno, que contiene factores de riesgo y de protección que se conjugan desigualmente y conjugan los flujos de relaciones recíprocas de dichas esferas y, en consecuencia, la naturaleza evolutiva de los comportamientos.

Dos esferas representan las dos dimensiones o polos activos del entorno, en los que el entorno concentra para cada persona su mayor potencial generador de comportamientos, además se materializa la reciprocidad de la interacción de las personas con los escenarios del entorno.

- **Indicadores/activadores (Esfera I).** Concentración de múltiples ítems que actúan para activar o desactivar, con más o menos fuerza, el comportamiento. Dichos ítems pueden ser acontecimientos, objetos, personas, mensajes de salud, modelos de conducta, instrucciones, recomendaciones.
- **Resultados (Esfera R).** Concentración de las impresiones, el impacto y la huella, consecuencia de sus acciones, de sus conductas de salud o de riesgo. Dichas impresiones son los logros que obtienen, las recompensas y beneficios, el reconocimiento social, los castigos, los fracasos y muchos otros acontecimientos que se imprimen en el entorno de los comportamientos de las personas.

Las cinco esferas restantes representan las dimensiones personales del comportamiento. Primero se exponen las dos que se ensamblan de manera más indisoluble con las dos del entorno, originando dos zonas de contacto y de influencia de gran potencial en la génesis de los comportamientos.

- **Esfera ATP (atender-percibir).** Surge la zona I-ATP, supone un proceso activo organizador del comportamiento y una dimensión, en la medida en que la puerta de entrada que define el campo de acción en que han de producirse las otras dimensiones del comportamiento y sus interacciones y el curso de los acontecimientos.
- **Esfera ACT (actuar).** Surge la zona ACT-R, demuestra como la reciprocidad de las interacciones con los escenarios del entorno sería incomprensible si no existiera la acción y la intervención de las personas entre ellas. Así pues, se pueden hacer predicciones bastante fiables de lo que volverán a hacer en circunstancias, situaciones y escenarios similares, tras conocer y analizar sus acciones y sus repertorios habituales.

Mientras que las tres esferas restantes son:

- **Esfera PC (dimensión cognitiva).** Al cerebro de las personas se les van quedando inscritas y acumuladas en su historia de aprendizaje sus experiencias a lo largo de su vida, gran parte de esta historia viva se concentra en la esfera cognitiva. Frecuentemente desempeñará un papel activador en las otras esferas y en la génesis de los comportamientos.
- **Esfera SEM (dimensión de los sentimientos y emociones).** Los sentimientos y las emociones, además de las pasiones y los estados de ánimo, afectan al equilibrio de la persona. Tiene la última palabra a la hora de asegurar los comportamientos.
- **Esfera B (dimensión biológica).** A lo largo de la historia personal los sistemas biológicos experimentan transformaciones, estableciendo los requisitos y el soporte estructural para que puedan dar las experiencias de las otras cuatro esferas.

## 7. INTERVENCIÓN EN EL ESTILO DE VIDA SALUDABLE.

### 7.1. Educación en estilos de vida saludables

Su objetivo es comunicar a las personas lo que es la salud (biológica, psicológica y social), e informar sobre los comportamientos específicos que suponen un riesgo para esta, y los que la protegen y ensalzan (Green, 1984; MacDonald, 1998).

#### 7.1.1. Áreas de intervención.

Para modificar los comportamientos en una población, Green (1984) señaló que se debe intervenir en tres áreas:

- **Centros educativos.**

Mejorar los hábitos de vida desde el inicio de la escolarización debería recibir el mismo peso como asignatura que el resto, sin embargo, no se dedica el mismo tiempo y dedicación a ello, pues existen carencias en formación del profesorado, la dificultad de insertar los contenidos junto a otras disciplinas, la falta de tiempo y la complejidad y diversidad intrínseca a esta materia (Heaven, 1996). Los objetivos prioritarios son: salud de consumo, salud ambiental, vida familiar, crecimiento y desarrollo, salud nutricional, salud personal, prevención y control de enfermedades, prevención de accidentes y seguridad, uso y abuso de sustancias.

- **Comunidad.**

Al salir del centro educativo, resulta más difícil delimitar el ámbito de intervención, pues no existe un contexto específico ni unos objetivos claros. Sin embargo, se puede realizar programas para prevenir y mejorar los problemas de salud que presenta la comunidad en general, como una campaña antitabaco o un programa de planificación familiar (Green, 1984).

- **Pacientes.**

Los profesionales sanitarios se han de encargar de aminorar los riesgos asociados a las enfermedades diagnosticadas y en tratamiento de sus pacientes (Green, 1984).

#### 7.1.2. Desarrollo de estrategias.

Para desarrollar estrategias para promover dicha educación hemos de recordar que son los estilos de vida, y no los hábitos de vida aislados, lo que configura las conductas de riesgo y protectoras para la salud (Costa y López, 1996). Así pues, las estrategias enfocadas en hábitos aislados suponen, a menudo, una nula efectividad. Es imposible separar artificialmente los hábitos de los estilos de vida en los que suelen estar perfectamente encajados. Los objetivos han de centrarse en las constelaciones de comportamientos y en los contextos a los que se vinculan.

Así pues, las estrategias han de enfocarse en promover la elección de entornos para vivir mejor o la elección de cambios para adaptar los entornos y hacer fáciles las prácticas y estilos de vida saludables, en vez de enfocarse en la elección de hábitos. Lógicamente dichos cambios serán más difíciles cuanto más complejos resulten los comportamientos y estilos de vida y más cambios haya que introducir. Teniendo en cuenta que la mayor o menor complejidad de un estilo de vida se mide por el número de comportamientos implicados en las constelaciones que lo definen y por la mayor riqueza de transacciones que mantienen entre ellos y entre ellos y su entorno; así pues, la mayor o menor dificultad de asumir determinadas prácticas depende también de la coherencia interna de las constelaciones de comportamientos. Dichos comportamientos están organizados según secuencias o cadenas más o menos complejas en las que unos pueden servir de antecedentes o condiciones preparatorias de otros, así pues, la mayor o menor dificultad para asumir determinadas prácticas

dependerá de la menor o mayor existencia de cadenas previas de comportamientos. En conclusión, la estructura y coherencia interna de los comportamientos y estilos de vida los hace accesibles a las estrategias de cambio.

Titánico, sería cambiar cada uno de los hábitos que configuran una constelación. Por ello lo práctico es centrarse en el hábito principal, aquel más relevante a la hora de mantener un mayor número de relaciones y transacciones con otras, y más vinculado a los procesos mórbidos o de bienestar, cuya planificación el cambio será una tarea crucial.

Los objetos de actuación preferente para desarrollar estrategias serán el estilo de comunicación interpersonal y la capacidad de solución de problemas y de toma de decisiones. Pues, aunque no sea fácil definir tajantemente qué estilos de vida, o qué parte de cada estilo de vida, están más estrechamente vinculados a la salud y a la calidad de vida, y qué parte constituye un factor de riesgo; sí puede decirse que en la mayor parte se tejen y se desarrollan en escenarios interpersonales y afrontando problemas que surgen en la vida diaria.

Aunque puede, y debe, llevarse a cabo en todos los grupos de edades, posee mucha más relevancia en la infancia y la adolescencia, pues es cuando se adquieren, mayormente, los hábitos de vida, siendo más difíciles de modificar en la vida adulta (Sinha, 1993).

### **7.1.3. Métodos para difundir las estrategias.**

Dichas estrategias han de informar a la población de los beneficios del estilo de vida saludable, así como alertarles de los riesgos para la salud que posee un estilo de vida insano. Existen tres métodos para ello, pese a que varían de una cultura a otra (Heaven, 1996; Sarafino, 1994):

#### **1) Mensajes inductores de miedo.**

Son comunicaciones persuasivas que intentan motivar a sus receptores, induciendo miedo sobre los riesgos potenciales, a cambiar la conducta perjudicial para su salud (Hewstone et al., 1990).

Teóricamente el impacto de estos mensajes depende, en forma de U invertida, de la cantidad de miedo que inducen al receptor (Janis, 1967). Sin embargo, existe controversia entre los autores acerca de su eficacia. La mayoría consideran que son bastante efectivos, incluso algunos que los mensajes de miedo alto son más efectivos que los de miedo bajo, aunque otros autores indican que provocar demasiado miedo puede ser contraproducente, pues las personas probablemente ignoren, minimicen o incluso nieguen la amenaza que determinada conducta supone para su salud, intentando racionalizar la conducta de riesgo (Sarafino, 1994).

No se debe transmitir el mensaje inductor de miedo, digamos, en solitario, sino que debe ir complementado de estrategias para mejorar su eficacia, como dar instrucciones sobre cómo realizar el cambio conductual y proporcionar autoeficacia para que las personas se sientan capaces de realizarlo (Heaven, 1996).

## 2) Proporcionar información.

Para proporcionar información relacionada con la salud eficazmente, la clave está en el cumplimiento de una serie de principios a través de los medios de comunicación:

- Mensajes:
  - Expresados con el lenguaje adecuado para la audiencia a la que estén orientados.
  - Posibilidad de ser cambiantes, pues las actitudes públicas no deben ser fijas.
  - Presentar las dos caras del argumento.
  - Estimulantes.
  - Realistas.
  - Si son de miedo, utilizarlos con precaución.
- Medios de comunicación. Seleccionar los adecuados.

Existen dos tipos de estrategias para las campañas en los medios de comunicación (Heaven, 1996):

- A. Transmitir información sobre la necesidad del cambio conductual. Útil para cambiar conductas que no requieren mucho esfuerzo, pero no para las más complejas. Se utiliza por ejemplo para el uso del cinturón, del preservativo, del protector solar.
- B. Marketing social. Acercamiento sistemático diseñado para convencer a la audiencia objetivo de la conveniencia de comprometerse con estilos de vida saludable. Para ello utiliza las técnicas del marketing comercial, empleadas para el análisis, planteamiento, ejecución y evaluación de programas diseñados para influir en su comportamiento voluntario (Andreasen, 1994).

## 3) Programas de modificación de conducta.

Basados en los principios del cambio conductual, con el fin de alterar las conductas que supongan un riesgo para la salud. Las más utilizadas son las orientadas a modificar los pensamientos de las personas y las orientadas a reforzar el comportamiento. Muy utilizada en el consumo del tabaco. Se debe contraargumentar los intentos de raciocinio que han desarrollado para la conducta de riesgo y, también, cambiar los reforzamientos que la sustenten (Sarafino, 1994).

## 7.2. Promoción de estilos de vida saludables.

Mientras que la Educación persigue cambiar comportamientos concretos en una población específica, la Promoción es un planteamiento holista de intervención, un planteamiento filosófico global sobre la salud y la calidad de vida de las personas. Por ello, muchos autores consideran la Educación una parte de la Promoción (Green, 1984; MacDonald, 1998).

Es un ámbito de intervención multisectorial, con un concepto de salud amplio y holístico, y un cuidado de la salud tanto por sus consumidores como por sus proveedores. Su principal función es

crear las condiciones que promuevan la salud desde la política local, nacional e internacional (MacDonald, 1998).

No se considera una disciplina propiamente dicha, ni designa un área específica de intervención, sino que supone un movimiento hacia un estado positivo de salud y bienestar; es decir, se ocupa de las personas y su bienestar desde la perspectiva de las propias personas. Los componentes conductuales son importantes, aunque también son relevantes los contextos ecológicos, económicos y sociales. Considera que las personas tienen empoderamiento (empowerment), es decir la salud es considerada como un constructo positivo que implica a personas con dicha capacidad de participación, para ello precisan tener tanto control como sea posible para alcanzar la salud y el estado de bienestar, que serán vistos como una responsabilidad (Raeburn, 1992).

Los agentes encargados de la Promoción pertenecen al sistema de salud, bien como profesionales de la salud, bien como políticos, bien como consumidores del mismo (Breen y Arnold, 1998; Green, 1984). Dentro del marco político-económico poseen varias líneas de actuación (Gorin, 1998):

- Organizar grupos que defiendan sus intereses ante la administración pública.
- Participar activamente en los grupos políticos que se encarguen de la gestión del sistema de salud.
- Abogar por cambiar la legislación vigente.
- Organizar coaliciones entre los grupos profesionales y las organizaciones de voluntariado.
- Compartir información con otros agentes sobre estrategias de intervención en otros lugares.

### **7.2.1. Modificación de las conductas de salud.**

La promoción de los estilos de vida saludables debe realizarse a partir del diseño de programas adaptados a las características de la población objeto (Sallis, 1993). Deben ir enfocados a cambiar los determinantes más potentes de las distintas conductas de salud, teniendo en cuenta:

- a) Algunos son imposibles de cambiar, como el género o la biología.
- b) Los psicológicos y conductuales son los que más suelen introducirse, pero suelen tener una influencia más débil.
- c) Los ambientales suelen dejarse de lado, sin embargo, son de los más potentes.

Recomendaciones para seguir en la promoción del EVS:

- I. Incorporación, en los programas educativos, de la enseñanza de habilidades para la toma de decisiones, de consumo y para el cambio conductual; y faciliten el apoyo del grupo de amigos y de la familia en la adquisición de los estilos de vida saludables.
- II. Transmisión de la importancia de un estilo de vida saludable por parte de los medios de comunicación, así como el peligro asociado al estilo de vida insano.
- III. Restringir el acceso a productos insanos y facilitar el de productos saludables.
- IV. Aprobar leyes consistentes con la promoción de las conductas de salud.
- V. Facilitar la actividad física a través de los entornos físicos y sociales.

### 7.2.2. Medidas de la Carta de Ottawa.

La Promoción de los estilos de vida saludables se encuentra incorporada en la Carta de Ottawa, mencionada con anterioridad, destacando dos medidas:

- **Estrategias básicas:**
  - Abogacía por la salud, para crear las condiciones sanitarias esenciales.
  - Facilitar que todas las personas puedan desarrollar su completo potencial de salud.
  - Mediar a favor de la salud entre los distintos intereses encontrados en la sociedad.
- **Áreas de acción prioritarias:**
  - Reorientar los servicios sanitarios.
  - Desarrollar las habilidades personales.
  - Fortalecer la acción comunitaria para la salud.
  - Crear entornos que apoyen la salud.
  - Establecer una política pública saludable.

Estas medidas fueron confirmadas en la Declaración de Yakarta (1997). La cual identifica cinco prioridades de cara a guiar la Promoción de la Salud en el siglo XXI (redactada en Julio de 1997):

- 1) Incrementar el empoderamiento de los individuos y la capacidad de la comunidad.
- 2) Garantizar la infraestructura.
- 3) Expandir la colaboración.
- 4) Incrementar las inversiones.
- 5) Promover la responsabilidad social.

Además, la Declaración de Yakarta defiende la evidencia clara de que:

- Cuantas más, de dichas cinco áreas de acción, se utilicen mayor será su eficacia, es decir, los enfoques globales para el desarrollo de la salud son los más eficaces.
- Los escenarios para la salud ofrecen oportunidades prácticas para la aplicación de estrategias globales.
- Para sostener estos esfuerzos, la participación es esencial, las personas tienen que ser el centro de acción de la Promoción para que sean eficaces.
- La alfabetización sanitaria o aprendizaje sanitario fomentan dicha participación. Hay que dar poder, potenciar a la población, referido a su capacidad para tomar decisiones que afectan a sus vidas y a los determinantes personales y ambientales, además de asegurar su adaptación continua a las nuevas y cambiantes exigencias del entorno. Por ello el acceso a la educación y a la información es esencial, al igual que el empoderamiento o empowerment de las personas y comunidades. Así pues, se debe capacitar a las personas para:

- Definir correctamente sus problemas y necesidades.
  - Comprender lo que puede hacer con dichos problemas con los recursos que dispone y el apoyo externo.
  - Promover las acciones más razonables para fomentar una vida sana y el bienestar de la comunidad.
- Supone una estrategia de enorme potencial para la prevención, ya que supone el aumento de los recursos personales para tomar decisiones y afrontar con éxito las demandas y problemas de su entorno.

### **7.2.3. Desarrollo de proyectos.**

Los cinco aspectos a tener en cuenta para desarrollar proyectos de Promoción de estilos de vida saludables:

#### **1) Planificación Estratégica.**

Proceso de gestión estratégica basado en los objetivos (captación de las necesidades), prioridades (priorización de las actividades), dirección (monitorización de las actuaciones), marco de acción e imagen que generan.

Las estrategias han de ser un proceso de consulta activo en el que deben participar todos los sectores relevantes. Por ello debe conocerse a sus protagonistas, que serán los agentes activos, junto con sus espacios y áreas de acción, creando entornos favorables para la salud.

#### **2) Marketing Social.**

Aplicación de las técnicas del marketing comercial para el análisis, planeamiento, ejecución y evaluación de programas diseñados para influir en el comportamiento voluntario de la audiencia objetivo en orden a mejorar su bienestar personal y el de su sociedad (Andreasen, 1994). Así, desde los años 70 se aplican métodos comerciales a la promoción de metas sociales, como la Promoción de Estilos de Vida Saludables.

Pues el Programa además de ser técnicamente perfecto, tarea nada sencilla, debe llegar adecuadamente a los destinatarios diana, sino no va a funcionar. Aquí entra el marketing social, con el fin de satisfacer las preferencias, necesidades y expectativas de los destinatarios, las estudia e investiga a través de una amplia gama de técnicas, que van desde las encuestas a las entrevistas de grupo. Así, según el destinatario, se establecen estrategias diferentes basadas en la segmentación de la población, es decir en la división de la población en grupos con cierta homogeneidad. Esto permitirá llegar a cada uno de los grupos de similares características con una estrategia diferente a la de los otros segmentos.

Además de hacerlo bien hay que hacerlo saber, aquí se añade la comunicación, pues hay que romper el aislamiento hacia el entorno del marketing. La comunicación es esencial, no solo a través de los medios de comunicación sino también otras estrategias de comunicación como la publicidad que permiten informar, convencer, fortalecer y educar a la población diana para facilitar la modificación en los estilos de vida objetivo del Programa. Se debe utilizar los medios apropiados, con un mensaje efectivo dirigido a la audiencia correspondiente. Además, se reflejan las preocupaciones y expectativas que existen en la sociedad.

Por último, hay que destacar el marketing interno, el que se encarga de integrar a los profesionales sanitarios en el proyecto. Para poder segmentarlos y así llegar a cada uno de los grupos de similares características con una estrategia diferente a la de los otros segmentos, hemos de conocer qué elementos les son atractivos en su trabajo para la salud, qué les agrada, y cuáles echan en falta, si señalan que algo sobra o si pueden originar resistencias hacia los Programas de Promoción de Estilos de Vida Saludables.

### **3) Análisis DAFO.**

Dichas siglas identifican los siguientes cuatro elementos del proceso de análisis, dos desde el análisis interno de los destinatarios (puntos débiles y fuertes) y otros dos desde el análisis externo, del entorno:

- Debilidades. Características del grupo diana que suponen obstáculos internos para la implantación de la modificación saludable.
- Amenazas. Situaciones del entorno que pueden afectar negativamente a la implantación de la modificación.
- Fortalezas. Características propias del grupo diana que facilitan o favorecen la modificación.
- Oportunidades. Situaciones que pueden favorecer la implantación de la modificación.

El análisis es el primer proceso de planificación estratégica, pues se debe interpretar lo que ocurre y ocurrirá en el entorno, así como definir y encuadrar el contexto y dirección de la estrategia que se va a diseñar. Por ello, el análisis DAFO es uno de los instrumentos más útiles en la planificación estratégica de los programas de Promoción.

### **4) Las 5 P de la Gestión.**

Cinco aspectos requeridos para la correcta gestión estratégica:

- I. Propósito. Visión y dirección de lo que se quiere conseguir.
- II. Prioridades. Definirlas bien para la consecución de resultados.
- III. Participación. De todos los implicados, que además pueden compartir significados para ayudarse entre ellos.
- IV. Prácticas y Procedimientos. Su conocimiento permitirá conseguir los objetivos planteados.
- V. Patrocinar y Promocionar. Lograr que desde diversas instituciones se trabaje de forma intersectorial para promocionar los objetivos positivos para la salud.

### **5) Investigación-Acción.**

Tres aspectos son fundamentales para su elaboración:

- Objetivos. Determinarlos desde el principio.
- Actividades. Seleccionar las idóneas para el logro de dichos objetivos.
- Recursos. Tipo y cantidad que serán necesarios para todo ello.

La evaluación del Programa de Estilo de Vida, su puesta en marcha y desarrollo, su nivel de éxito esperado, requiere de la máxima información posible acerca de dichos aspectos. Dicha evaluación debe ser un sistema continuado que sirva de reorientación y mejora, y como sistema de retroalimentación. Se debe tener en cuenta que es un juicio, aparte de recoger y usar información para conocer cómo responde el Programa, existe la dependencia de las propias expectativas, de lo que se cree que es importante y lo que se valora como irrelevante.

### **7.3. Escenarios saludables**

Son los lugares donde distintos grupos de población viven. También donde conviven, acuden, se reúnen y trabajan. Para que el programa de Promoción de Estilo de Vida Saludable sea eficaz es imprescindible identificar estos entornos de sociabilidad más habituales y cotidianos (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004).

La aproximación a los escenarios consigue movilizar apoyo político, crear cauces de participación y modelos de empoderamiento y desarrollar redes muy amplias, incluso mundiales como veremos, de colaboración, innovación e intercambio de experiencias (Dennis, 2000; Shinko et al., 2001; Trevor, 2001).

Recaltar que no solo son localizaciones, sino también entidades sociales cambiantes. Se debe tener en cuenta la influencia del entorno y la creación de problemas de salud derivados de la relación entre el ambiente social y los factores personales. Al ser un sistema social, el objetivo de la intervención no son solo las personas, sino también las estructuras y patrones sociales que conforman el escenario.

De hecho, la OMS ya ha impulsado programas basados en escenarios saludables, que se exponen a continuación.

#### **7.3.1. Ciudades saludables.**

En entorno urbano, como espacio de relaciones y de actividad, y el entorno físico, como espacio natural adaptado y modificado por el ser humano, marcan unas pautas que habilitan un modo de vida y de utilización del tiempo que no siempre favorecen el mayor bienestar y equilibrio del individuo. Pues la ciudad, como lugar de convivencia y de vida, tiene un papel importante en la salud de sus habitantes, es donde se realizan las actividades que condicionan la vida del individuo y donde se toman las decisiones sobre urbanismo, tráfico y otras políticas de convivencia.

La promoción del Estilo de Vida Saludable debe centrarse, por un lado, en el campo social y colectivo, desarrollando un medio ambiente y entornos favorables al desarrollo del ser humano; e individual, desarrollando las aptitudes personales en el camino de adoptar estilos de vida saludables.

El proyecto Ciudades Saludables (Healthy Cities) comenzó en Europa en 1986 por el empuje de la WHA. A nivel nacional, se inició en 1988 como RECS, constituido por la FEMP. Su principal objetivo es la promoción y protección de la salud y el bienestar de los ciudadanos, para ello ha de tener en cuenta las interrelaciones de los diversos aspectos que influyen en la salud y la intervención de los sectores políticos, económicos, culturales, sociales y medioambientales.

El proyecto Ciudades Saludables, desarrolla los importantes seis principios de la estrategia de la "Salud para Todos en el año 2000":

**Estudio epidemiológico de hábitos de vida saludable mediante la  
Escala de Valoración del Estilo de Vida Saludable Adquirido**

- Equidad. Eliminar las diferencias en atención sanitaria que reciben los ciudadanos, independientemente de su nivel socioeconómico.
- Promoción de la Salud. Enfoque colectivo, no solo individual.
- Participación comunitaria. Involucrar y contar con la participación de los ciudadanos.
- Atención Primaria. Supone el primer contacto del ciudadano con el sistema sanitario, y es la base de este, brindando la atención integral al ciudadano.
- Colaboración intersectorial. Coordinación de los sectores urbanos involucrados en la salud.
- Cooperación internacional. Colaboración entre ciudades para mejorar el proyecto.

### **7.3.2. Trabajo saludable.**

Se centra en la PST; para mejorar la salud y el bienestar de los trabajadores en su lugar de trabajo se deben combinar esfuerzos de empleadores, trabajadores, corporaciones y la sociedad. Así, no solo beneficia a los trabajadores, sino también a los empleadores y las corporaciones al reducir los costes relacionados con bajas por enfermedad y mejora de la productividad, lo cual también tiene su impacto positivo en la sociedad.

Sus pilares son tres piezas claves:

- Estimulación del desarrollo personal.
- Promoción de la participación activa.
- Mejoría del ambiente y la organización de trabajo.

Dentro de esta iniciativa, la OMS adaptó los principios de la Carta de Ottawa (WHA, 1986) al contexto laboral, incluyendo principalmente las siguientes áreas:

- a) Construir políticas públicas de trabajo saludable.
- b) Crear ambientes favorables en el sitio de trabajo.
- c) Fortalecimiento de la organización y participación de la comunidad trabajadora y general.
- d) Desarrollo de habilidades y responsabilidades personales y colectivas.
- e) Reorientar los servicios de salud ocupacional y otros servicios de salud.

Su éxito se refleja en cinco indicios (Breucker y Schröer, 2000):

- I. Reduce la carga de las enfermedades y apoya las prácticas relacionadas con la salud de los trabajadores.
- II. Elemento fundamental para los puestos de trabajo y el diseño promotor de la salud.
- III. Contribuye a la creación de capital social, pues fortalece al trabajador a título individual y los recursos organizativos que conducen a la salud.
- IV. Reduce el absentismo relacionado con la baja por enfermedad, y aumenta la productividad y la competitividad.
- V. Es un componente de la política económica e industrial moderna.

La primera iniciativa partió en 1989 de la Fundación Europea para las Condiciones de Vida y de Trabajo en siete estados miembros, entre los que se encontraba España, desde el Instituto Municipal de la Salud de Barcelona, el equipo de investigación fue coordinado por Salvador Moncada. Aún no existía una legislación que diera cobertura a la PST, se desarrollaría más adelante a partir de la Directiva Marco en Seguridad y Salud de la Unión Europea, traspuesta a la legislación española en la Ley 31/95 de Prevención de Riesgos Laborales, donde se refleja el famoso objetivo de “Gente sana en empresas sanas”. La Unión Europea siguió avanzando, en 1995 adoptó un programa de Acción en Promoción de la Salud, Información y Formación en el Campo de la Salud Pública, donde se estableció para el siguiente año una Red Europea para la Promoción de la Salud en el Lugar del Trabajo. La ONC para España se encuentra en el centro Nacional de Condiciones de Trabajo.

La situación actual europea de la PST se caracteriza por los siguientes puntos:

- a) Su implantación en empresas y organizaciones públicas es relativamente nueva.
- b) Aún existen diferencias considerables, tanto a nivel nacional como regional, tanto respecto al grado de difusión y a los campos utilizados, así como con los distintos tamaños de empresas, ramas de la industria y sectores de la economía.
- c) Utilización de diferentes maneras, por lo que tiende a ser un término colectivo que reúne distintas estrategias.

### **7.3.3. Prisiones saludables.**

Las prisiones saludables (HIPP) fueron Iniciadas en 1995 por la Oficina Europea de la WHA. Teniendo en cuenta que los reclusos suelen salir y volver a la comunidad, el control de su salud beneficia tanto a ellos como a la comunidad en general, reduciendo la carga sobre la salud de un país en su conjunto. Además, existe más riesgo de que salgan con enfermedades transmisibles. El recluso suele tener más riesgo de enfermar, y la recuperación de enfermedades previas suele ser peor, por ello hay que asegurarse de que reciben la atención médica apropiada.

En España, en 1991 ya la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, a través de la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria, estableció un programa de Educación para la Salud en los centros penitenciarios. A partir de la colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Política Social y el Ministerio del Interior, las prisiones españolas cuentan con uno de los mejores niveles de acceso a las medidas de prevención del VIH del mundo, gracias a una integración integral de las infecciones por VIH, VHB, VHC, las infecciones de transmisión sexual y la TBC. Esta línea de trabajo se mantiene en los Planes Multisectoriales frente a la infección por VIH y el SIDA en España. Esta excelente labor llevada en nuestro país se vio reconocido por la OMS en 2009 con tres premios otorgados a tres proyectos destinados a implantar buenas prácticas de salud en los centros penitenciarios.

### **7.3.4. Hospitales saludables.**

Los hospitales saludables (HPH) son una red Internacional creada en 1992 por la Región Europea de la WHA. Las acciones que se desarrollen en el Hospital repercutirán en la comunidad; la hospitalización puede ser una oportunidad para desarrollar actividades de promoción de la salud. Ya en 1988 empezaron a convertirse en organizaciones saludables, adoptando acciones destinadas a promover la salud de sus pacientes, de su personal y de la comunidad. Aun así, no existen en España experiencias importantes en este ámbito.

### 7.3.5. Escuelas saludables.

Las escuelas saludables (SHE) son una red europea basada en su precursora de 1991, la REEPS. En España se inició el proyecto piloto a finales de los años 90, actualmente el organismo coordinador es el Instituto de Formación de Profesorado, Investigación e Innovación Educativa, del Ministerio de Educación.

Aunque la función principal de una escuela es la enseñanza-aprendizaje del contenido curricular, existe cada vez más evidencia de la mayor efectividad de los programas de salud en ellas, su potencial beneficio para la salud es enorme (Stewart-Brown, 2006).

Han empleado un programa innovador, introduciendo nuevas ideas y enfoques basados en la evidencia y en la calidad en promoción de salud escolar. A partir de la gran experiencia conseguida, la OMS proclama las siguientes consideraciones:

- La Educación para la Salud está integrada en los curriculums de las enseñanzas de régimen general no universitaria.
- La coordinación y cooperación entre sanidad y educación es un requisito para garantizar la coherencia y pertinencia de las intervenciones.
- La formación continua del profesorado es clave para su continuidad.
- Se debe ofrecer al alumnado un clima escolar que le motive e implique.
- En la educación universitaria, la educación sanitaria tiene una importancia curricular bastante pobre, si la hay. Supone, por desgracia, la mala capacitación de los universitarios para desarrollar la Promoción de la Salud, a excepción de la especialidad médica en medicina preventiva y salud pública.

## 8. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Para evaluar el estilo de vida saludable de una población es importante el desarrollo de un cuestionario que se pueda aplicar a dicha población. Si se quiere promocionar y educar para la salud, se deben tener en cuenta los estilos de vida llevados a cabo por las personas (Bonito, 2015).

Este estudio, pretende dar cabida a la población adulta, extendiendo los ítems para recabar más información, a través de la medición de las variables más utilizadas en los estudios revisados.

Como se expone, la tendencia en estos años se ha desplazado desde la evaluación de opiniones con respecto al concepto global de la vida de cada individuo, hasta evaluar las diferentes dimensiones o dominios que constituyen un EVS. Los estudios previos coinciden en una serie de dimensiones fundamentales relacionados con la adopción de un estilo de vida saludable, por ello es importante la creación de un cuestionario que evalúe dichas dimensiones fundamentales.

El aumento de la importancia sobre los estilos de vida y su impacto sobre la salud se debe a que las causas de morbilidad y mortalidad se están desplazando progresivamente desde los procesos infecciosos a los factores ambientales. El interés social en auge ha desencadenado la proliferación de investigaciones y publicaciones, en la actualidad el concepto de estilo de vida es más predominante que nunca en el área de la salud (Coreil et al., 1992).

Así, gran cantidad de expertos coinciden en la necesidad de perfilar los atributos que subyacen al concepto amplio de salud y, a partir de ahí, desarrollar medidas de calidad que permitan valorarlas. Solo de esta forma será posible diseñar y evaluar modelos explicativos complejos que sean capaces de incluir tanto elementos positivos como disfuncionales y que permitan analizar una situación o trayectoria vital desde ambos puntos de vista simultáneamente (Diener et al., 2008; Locker y Gibson, 2006; Patrick y Bergner, 1990; Seeman, 1989; Seligman, 2008; Vázquez y Hervás, 2008).

Sin embargo, muchos investigadores estudian las variables de manera aisladas e independientes, concluyendo sus estudios con un análisis simplista de los estilos de vida, mostrando una realidad excesivamente diseccionada del comportamiento complejo de las personas, dificultando la extracción de conclusiones para proceder a su modificación o reforzamiento. Así pues, al centrarse únicamente en analizar las variables que conforman los estilos de vida saludables se vuelven simplistas, el objetivo de este estudio es avanzar un segundo paso para tratar de conocer cómo se relacionan entre sí dichas variables, con el objetivo de conseguir que el término estilo de vida no pierda su significado original (Donovan et al., 1991; Coreil, 1992; Elliot, 1993).

Ahora bien, no se incluye población de la tercera edad pues los hábitos muestran relaciones débiles y dispares con el aumento de la edad en esta etapa, tal como señaló Ungemack (1994), indicando que esto puede deberse a que al ser una etapa del desarrollo tan avanzada los hábitos de salud ya están instaurados y se mantienen de forma independiente unos de otros.

El estudio se centra en una franja de edad evolutiva de entre los 18 y 65 años, donde, como ya se mencionó, la investigación ha demostrado que muchos hábitos de vida están interrelacionados y tienden a covariar sistemáticamente durante la edad adulta (Jessor, 1984). Así, las uniones intraindividuales entre las conductas sugieren la existencia de un síndrome, una constelación organizada de comportamientos, más que una colección de actividades discretas e independientes. Esta forma de entender el estilo de vida tiene importantes implicaciones para conocer el origen y la naturaleza de cada comportamiento, así como para planificar programas de prevención e intervenciones en la población adulta.

El mayor apoyo por parte de los expertos lo recibe el punto de vista multidimensional, donde encuentran múltiples dimensiones de agrupación al estudiar diversos hábitos dentro del estilo de vida que protegen o comprometen la salud, pese a que aún no existe el número exacto de variables que conforman los estilos de vida. Por ello esta investigación estudia el estilo de vida saludable desde el punto de vista multidimensional a través de los hábitos de mayor relevancia. Posee importantes implicaciones para la conceptualización, medida y modificación de estos hábitos saludables, pues no son ni monolíticos ni independientes, ni se les puede tratar como una entidad singular, sino que el modelo teórico debe incorporar conceptos que abarquen múltiples hábitos. Por ello se centra en las medidas multi-ítem para evaluar un determinado hábito de vida. Para ello es necesario definir los dominios de cada hábito de vida, identificando claramente los ítems de referencia como base de las observaciones que pueden ser utilizadas para la medición. Así pues, los comportamientos que ocurren regularmente deben compartir algunas causas comunes, hecho importante para la modificación del hábito de vida. La diferenciación de los hábitos de vida en múltiples categorías, sobre la base de la existencia de más de una dimensión de la salud, implica diferencias en las causas de las conductas a través de las dimensiones, definir las bien sirve de base para aumentar la eficacia de los intentos de identificar antecedentes de hábitos de salud modificables, proporcionando así una mejor base para la elección de los objetivos de las intervenciones (Kulbok y Cox, 2002; Vickers et al., 1990).

Las estrategias para abordar los estilos de vida relacionados con la salud se encuentran entre las intervenciones más eficaces y disponibles para reducir la incidencia y gravedad de las principales causas de enfermedad y discapacidad, sobre todo para el caso del alcohol, tabaco, actividad física y alimentación (Whitlock et al., 2002).

Existen gran cantidad de revisiones que demuestran un significativo progreso en el desarrollo de intervenciones efectivas para modificar diferentes factores de riesgo, pero de forma aislada, no sucede lo mismo con el desarrollo de los métodos más efectivos para hacer frente a los múltiples riesgos de comportamiento pese a su necesidad (Pronk et al., 2004) por ello este estudio se centra en esta necesidad del modelo multivariable.

Este estudio se basa en el modelo multivariable de la asociación entre salud y comportamientos de riesgo (Rutten, 1995). Comprende formas complejas de interacción, como la tradición multidimensional, siendo evaluado el patrón de estilo de vida en un continuo desde salud pobre a salud ideal. Un riesgo para la salud no se considera como una tendencia aislada de comportamiento, como en el bivariable o aditivo, sino como un componente de una constelación duradera de riesgos para la salud que toman forma como estilos de vida. Así pues, una variable con una posición central dentro del complejo de interrelaciones de variables puede ser más importante para la prevención de enfermedades y promoción de la salud que las variables con mayor efecto directo, pero con una posición periférica dentro de la constelación de las variables de estilo de vida relacionados con la salud.

Son necesarias guías y modelos de intervención para el cambio de múltiples conductas relacionadas con la salud, que además tengan en cuenta las características específicas de la población destinataria. Orleans (2004) incidió en romper con el paradigma riesgo-aislado del pasado, en favor del modelo riesgo-múltiple. Así pues, este enfoque integrado dirigido a los múltiples hábitos de riesgo para la salud será más eficiente que centrarse en un único factor de riesgo, ahorrando tiempo, esfuerzo y recursos al sistema de salud (Pronk et al., 2004).

Los estudios disponibles a día de hoy ya aportan evidencias suficientes sobre la prevalencia de estilos de vida aislados de riesgo para la salud y de sus asociaciones con las características demográficas. Sin embargo, solo unas pocas investigaciones abordan las relaciones entre múltiples estilos de vida que protegen o promueven la salud (Atkins y Clancy, 2004; Coups et al., 2004), justificando la realización de más investigaciones como la aquí expuesta, pues, como Prochaska et al. (2008) señalaron, el campo de la investigación en este ámbito es joven y sus límites están todavía sin definir, en el enfoque del cambio múltiple de los hábitos de salud (Multiple Health Behavior Change, MHBC, en el número especial de la revista Preventive Medicine).

En definitiva, la mayoría de estudios al principio se centraron en la modificación individual de los hábitos de riesgo clásicos, además desde un enfoque de prevención terciaria. Sin embargo, las últimas investigaciones ponen de relevancia la mayor eficacia de la intervención múltiple, en el ámbito poblacional y de prevención primaria y secundaria, es decir la población que aún no tiene establecidos dichos hábitos de riesgo; por ello este estudio es multidimensional, descarta individuos de más de 65 años, centrándose en prevenir la instauración o el mantenimiento de hábitos que ponen en riesgo la salud, además de promover y mantener los patrones múltiples de hábitos que demuestran proteger su salud.

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (House of Commons Health Committee, 2009), señala las desigualdades socioeconómicas y de género en salud como dos de las desigualdades más

**Estudio epidemiológico de hábitos de vida saludable mediante la  
Escala de Valoración del Estilo de Vida Saludable Adquirido**

frecuentes y con peores repercusiones en la sociedad, por ello este estudio centra gran parte de su investigación en estas.

Finalmente se debe considerar que, a diferencia de la población general, los profesionales de la salud que no lleven un estilo de vida saludable, representan un problema adicional, ya no solo para su salud personal, sino para la de sus pacientes. Los médicos que cuidan de su salud tienen mayor probabilidad de practicar una medicina preventiva y de tener mayor éxito en el seguimiento de las recomendaciones a sus pacientes (Frank, 2004).

No obstante, se precisa en nuestro medio desarrollar trabajos de investigación que midan los determinantes biológicos, psicológicos y sociales, de los estilos de vida saludables, para destacar su importancia a los profesionales de la salud y a sus pacientes.



### **III. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS**



## 1. HIPÓTESIS

Un estilo de vida saludable, a través de hábitos de vida saludable habitualmente interrelacionados, tiene una relación directa sobre el nivel de salud.

## 2. OBJETIVO PRINCIPAL.

Analizar los datos epidemiológicos de estilos de vida saludable de la población adulta urbana del Área de Salud del municipio de Albacete. Valorando los hábitos que, desde hace años y hasta la actualidad, han adquirido durante el transcurso de su vida cotidiana. Con el objetivo de evaluar su salud.

## 3. OBJETIVOS SECUNDARIOS

Confirmar en este estudio los seis rasgos generales de las desigualdades en salud dependientes de los marcadores socioeconómicos que establecieron Benach et al. en el 2004:

1. Ubicuidad. Las desigualdades en salud están presentes en prácticamente todos los países donde se han estudiado las desigualdades socioeconómicas.
2. Consistencia. Resultados muy similares en la mayoría de estudios.
3. Magnitud. Es decir, no existe tan sólo al comparar países en distinto grado de desarrollo, sino que, en los países más desarrollados, las personas más favorecidas socioeconómicamente tienen mucha mejor salud que las más desfavorecida.
4. Gradualidad. Las desigualdades se extienden a lo largo de toda la escala socioeconómica, sin existir un dintel a partir del cual empeore la salud.
5. Crecimiento. Debido al aumento del distanciamiento de las clases más privilegiadas con las menos, las desigualdades en salud no se reducen, sino que tienden a aumentar.
6. Adaptabilidad. Además, la escala social más alta se beneficia antes y en mayor proporción de las acciones sociales y sanitarias dirigidas a mejorar la salud.



## **IV. MÉTODO**



## 1. MUESTRA

### 1.1. Municipio de Albacete



Figura 2. Bandera y Escudo del municipio de Albacete.

Albacete es un municipio y una ciudad del Reino de España, situada en la comunidad autónoma de Castilla-La Mancha, capital de la provincia homónima. Su bandera y escudo se muestran en la figura 2. Localizada en el sureste de la península ibérica y de la meseta Central, en la región histórica de La Mancha, exactamente en la comarca tradicional de La Mancha de Montearagón, se encuadra dentro de la comarca de Los Llanos, siendo su único municipio, en el Levante, en su límite más occidental (figuras 3 y 4) (Pillet, 2007).



Figura 3. Mapa de España con la ubicación de la ciudad de Albacete.

**Estudio epidemiológico de hábitos de vida saludable mediante la  
Escala de Valoración del Estilo de Vida Saludable Adquirido**



Figura 4. Mapa con la provincia de Albacete, con la ubicación de la ciudad de Albacete.

Albacete se ha convertido en la ciudad más grande y más poblada de Castilla-La Mancha, con 173.050 habitantes (INE, 2018), con un crecimiento demográfico muy importante desde mediados del siglo XX (gráfico 20). Tras Madrid, es la capital más poblada de la submeseta sur y una de las ciudades de interior más pobladas de España. Su área metropolitana, que asciende a 217.774 habitantes, es también la mayor de Castilla-La Mancha y una de las veinte mayores aglomeraciones urbanas del país; además, el término municipal de Albacete es el séptimo más extenso de España, con 1.125,91 km<sup>2</sup>, según el Ranking de los municipios más extensos de España (Ivy, 2013).

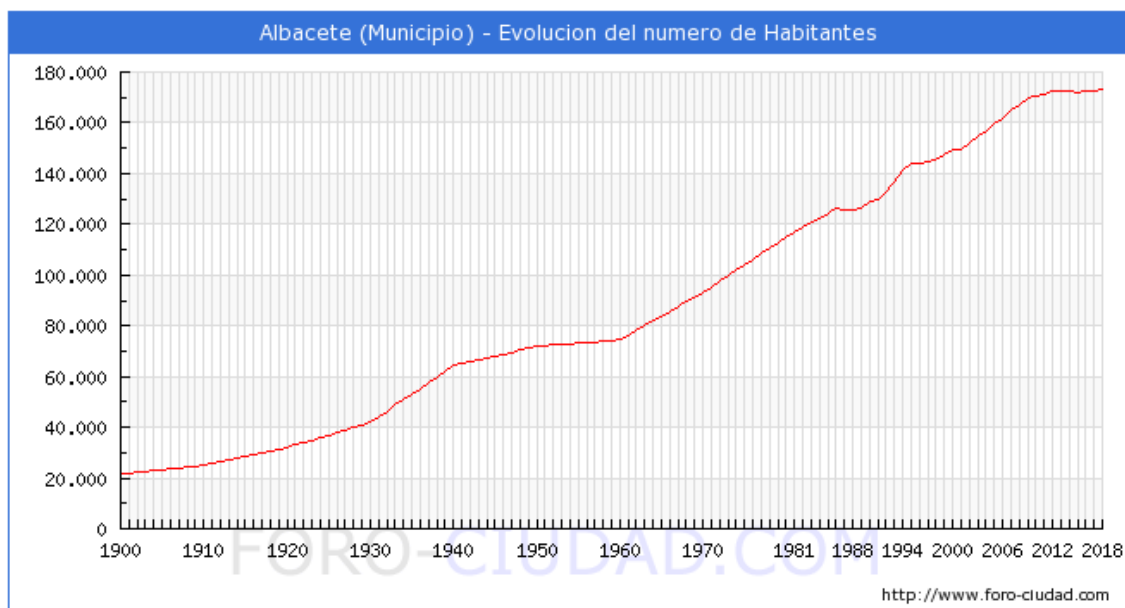


Gráfico 20: Evolución del número de habitantes del municipio de Albacete desde el año 1900 al 2018. Fuente: INE.

Albacete es una ciudad comercial e industrial, lo cual se ve reflejado en su extensa área comercial, englobando a más de 556.723 personas de 154 municipios (INE, 2018). Su estratégica situación geográfica la convierte en el principal nudo logístico y de comunicaciones del sureste de España, al situarse entre Madrid y la costa mediterránea, cuenta con importantes conexiones por autovías, y por vía férrea (incluidos servicios AVE), así como por vía aérea a través de su aeropuerto, aunque su uso hoy en día es mínimo. Albacete es una ciudad de gran importancia en Castilla-La Mancha, es un motor económico regional de referencia en España, capital económica y judicial de la comunidad autónoma, con la sede del Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha, siendo éste el máximo órgano jurisdiccional de la región. El prestigioso escritor Azorín describió en un poema a la ciudad de Albacete como el «Nueva York de La Mancha» (Sánchez, et al., 1998).

La industria es uno de los pilares de la ciudad. Es sede de importantes multinacionales y cuenta con cinco grandes zonas industriales, entre ellas Campollano, el polígono industrial más grande de Castilla-La Mancha y uno de los más grandes de España. La educación superior y la investigación son otros de los grandes polos de desarrollo de la ciudad, destacando la Universidad de Castilla-La Mancha, el Campus Biosanitario de Albacete, el Campus Científico y Tecnológico de la Energía y el Medio Ambiente (de Excelencia Internacional) y el Parque Científico y Tecnológico de Castilla-La Mancha (Palacio, 2002).

El sector aeronáutico es otro de los motores económicos de la ciudad. Albacete es sede de la Escuela de Pilotos TLP de la OTAN, de la Base Aérea de Los Llanos, del Ala 14 y de la Maestranza Aérea de Albacete, la más importante de España. Además, la ciudad alberga el Parque Aeronáutico y Logístico de Albacete, que acoge a importantes empresas del sector (Pardo et al., 2000).

Los orígenes de la ciudad son inciertos, aunque las primeras certezas de su existencia se encuentran durante el dominio andalusí de la zona, habiendo sido llamada la ciudad originalmente البسيط *Al-Basit*, en árabe «el llano» en alusión al carácter planiforme de la geografía del lugar. Con el paso de los siglos, la ciudad fue cobrando importancia, siendo objeto de hechos históricos como la batalla de al-Luÿÿ, el señorío de Isabel de Portugal, la concesión de una feria franca por Felipe V, la construcción del Real Canal de María Cristina por Carlos IV, su capitalidad en detrimento de la histórica Chinchilla de Montearagón, el establecimiento de la Real Audiencia de Albacete por María Cristina de Borbón-Dos Sicilias, la transitoria corte de Baldomero Espartero, la Compañía Española de Aviación, la sede de las Brigadas Internacionales o el bombardeo de la Legión Cóndor (Petrel, 2007; Asín, et al., 1999).

Actualmente, Albacete es una capital moderna, con grandes espacios para el viandante y amplias zonas verdes. Además, su situación llana y la eliminación de barreras arquitectónicas han propiciado que sea una de las urbes con mayor accesibilidad de todo el país, con mayor calidad de vida y una de las más seguras (OCU, 2012).

El ocio es una de las señas de identidad, cuenta con zonas de marcha como La Zona, El Campus o Los Titis. Otros de sus grandes atractivos en este sentido son las tradicionales Tascas de la Feria o el castizo macromercado al aire libre de Los Invasores todos los martes por la mañana. La cuchillería de Albacete es un símbolo de la ciudad, elegida para convertirse en 2020 en Capital Mundial de la Cuchillería. Destino turístico de interior, su centro histórico reúne de forma singular y sobresaliente valores patrimoniales. Entre sus monumentos más representativos se encuentran el Recinto Ferial de Albacete, la Catedral de San Juan Bautista, la Plaza de toros, el Teatro Circo, el Pasaje Lodares o la Torre del Agua. Destacan museos como el Museo de Albacete, el Museo de la Cuchillería, el Museo Municipal, el Museo Internacional de Arte Popular del Mundo, el Jardín Botánico de Castilla-La Mancha, el Centro Cultural La Asunción o la Casa de la Cultura José Saramago (Castilla-La Mancha, Nuestra Región, 2017).

Entre sus fiestas y tradiciones destacan la Feria de Albacete, declarada de Interés Turístico Internacional, que se celebra del 7 al 17 de septiembre en honor a la Virgen de Los Llanos, las Fiestas de San Juan de Albacete, la Semana Santa de Albacete, o el Carnaval de Albacete, así como eventos de carácter autonómico, nacional e internacional como el FIM CEV International Championship en el Circuito de Albacete, el Festival Internacional de Circo, el Festival Internacional de Cine Abycine, la Bienal de Artes Plásticas Ciudad de Albacete, los Premios Nacionales de Teatro Pepe Isbert, el Certamen Literario Barcarola, AB Fashion Day, el Festival de Albacete, la Feria de Artes Escénicas de Castilla-La Mancha o Expovicaman, además de ferias y exposiciones comerciales (Castilla-La Mancha, Nuestra Región, 2017).

## **1.2. Sanidad en Albacete**

El sistema sanitario público de Albacete está gestionado por el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), que depende funcionalmente de la Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, al ser esta materia una competencia exclusiva de la Comunidad Autónoma.

Cuenta con Centros de Salud, Puntos de Atención Continuada, Hospitales Públicos y Privados, Farmacias y diversos Servicios Sociales.

### **1.2.1. Centros de Salud**

La red local de Atención Primaria está compuesta actualmente por nueve Centros de Salud, integrados en ocho Zonas Básicas de Salud del Distrito Sanitario de Albacete, y dos Puntos de Atención Continuada del Servicio de Urgencias de Atención Primaria, distribuidos por los diferentes distritos de la ciudad, son los siguientes, según la Guía de Centros de Salud de Albacete (2014):

- Centro de Salud de Zona 1-Hospital (Hospital): José María Sánchez Ibañez, S/N (detrás de la Facultad de Medicina).
- Centro de Salud de Zona 2-Municipal (Industria): Avda. De Ramon Y Cajal, 24.
- Centro de Salud de Zona 3-Villacerrada (Villacerrada): Plaza De La Mancha, S/N.
- Centro de Salud de Zona 4-Residencia (Santa Teresa): Seminario, 4.
- Centro de Salud de Zona 5 (Pedro Lamata): Macedonio Jiménez, S/N.
- Centro de Salud de Zona 5-B (Pedro Lamata): Macedonio Jiménez, S/N.
- Centro de Salud de Zona 6 (San Antonio Abad): Azorin S/N.
- Centro de Salud de Zona 7-Feria (Cañicas): Virgen Del Pilar (esquina Churruca).
- Centro de Salud de Zona 8: C/ Graduados S/N.
- Punto de Atención Continuada del Servicio de Urgencias de Atención Primaria: Indira Gandhi S/N.
- Punto de Atención Continuada del Servicio de Urgencias de Atención Primaria II: Graduados S/N.

### **1.2.2. Hospitales**

Según consta en la Memoria 2008/2009 del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, la red hospitalaria está compuesta básicamente de dos hospitales públicos gestionados por el SESCAM (aunque existen otros centros médicos hospitalarios de gestión privada: Clínica Santa Cristina, Clínica Nuestra Señora del Rosario, Hospital Quirónsalud Albacete, Centro Sociosanitario Vitalparque). Los hospitales públicos son los siguientes:

- Hospital General Universitario, en la calle Hermanos Falcó. Contaba en 2009 con 503 camas, realizándose 9.039 operaciones quirúrgicas.
- Hospital Universitario Nuestra Señora del Perpetuo Socorro, en la calle Seminario. Contaba en 2009 con 187 camas, y se practicaron 8.970 operaciones quirúrgicas.

Estos dos hospitales forman, junto con el Centro de Atención a la Salud Mental de Albacete, el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, que en el año 2009 contaba con un total de 752 camas, 15 quirófanos instalados, 210 locales de consultas, 2 paritorios, 42 puestos de Unidad de Cuidados Intensivos y 80 puestos de Hospital de Día. El Complejo Hospitalario Universitario de Albacete es la primera empresa de la región, con alrededor de 5.000 trabajadores (año 2011) si sumamos también los de los hospitales generales de Almansa y Villarrobledo.

### **1.2.3. Servicios Sociales**

La Red de Centros Sociales del Ayuntamiento de Albacete dispone del Área de Servicios Sociales para prestar la ayuda y asesoramiento necesario que puedan necesitar los colectivos y personas más desfavorecidas y necesitadas de la ciudad. Para hacer más efectivo estos Servicios Sociales existen cerca de 60 Centros sociales en todo el municipio, que desarrollan varias prestaciones como el Servicio de Información, Valoración y Orientación (SIVO), inserción sociolaboral, prestaciones económicas o ayudas de emergencia social. La organización de los Servicios Sociales se complementa con varios planes, destacando: Plan de intervención en barrios, Plan municipal de drogas, Plan de convivencia intercultural, o los Planes de igualdad.

Albacete cuenta con 25 centros socioculturales. Dispone de un Centro de Atención Integral a Personas sin Hogar. Entre las entidades benéficas destaca la Institución Benéfica Sagrado Corazón de Jesús de Albacete. Por su parte, los inmigrantes pueden alojarse en el Campamento Humanitario de La Dehesa. Por otro lado, los jóvenes cuentan con el Centro de la Juventud. Para la familia e infancia dispone de recursos como el Parque Infantil de Tráfico o las Escuelas de Verano. Las mujeres disponen del Centro de la Mujer y del Centro de Atención Integral a Víctimas de Violencia de Género, que incluye un Centro de Urgencias y una Casa de Acogida. Para la población mayor, la ciudad dispone de numerosos recursos: 11 residencias de mayores (5 públicas, 2 privadas-concertadas y 4 privadas), 19 clubs de jubilados, 3 centros de mayores (hogares), un Centro de Autonomía Personal y Prevención de la Dependencia, y multitud de asociaciones. Para las personas con discapacidad, existe el Centro de Recuperación de Personas con Discapacidad Física, uno de los cinco de su género que existen en España, el Centro de Atención a Grandes Discapacidades Físicas y Orgánicas Infanta Leonor, el Centro de Atención a Personas con Discapacidad Intelectual Grave Albatros, el Centro Integral de Enfermedades Neurológicas, el Centro Ocupacional Prelaboral o la Unidad Provincial de Accesibilidad.

### **1.3. Población de estudio**

El marco muestral fue la población urbana del Área de Salud del municipio de Albacete, con 173.050 pacientes, de los cuales 84.613 son hombres y 88.437 son mujeres (INE, 2018), en el gráfico 21 se muestra la pirámide poblacional.

Estudio epidemiológico de hábitos de vida saludable mediante la  
Escala de Valoración del Estilo de Vida Saludable Adquirido

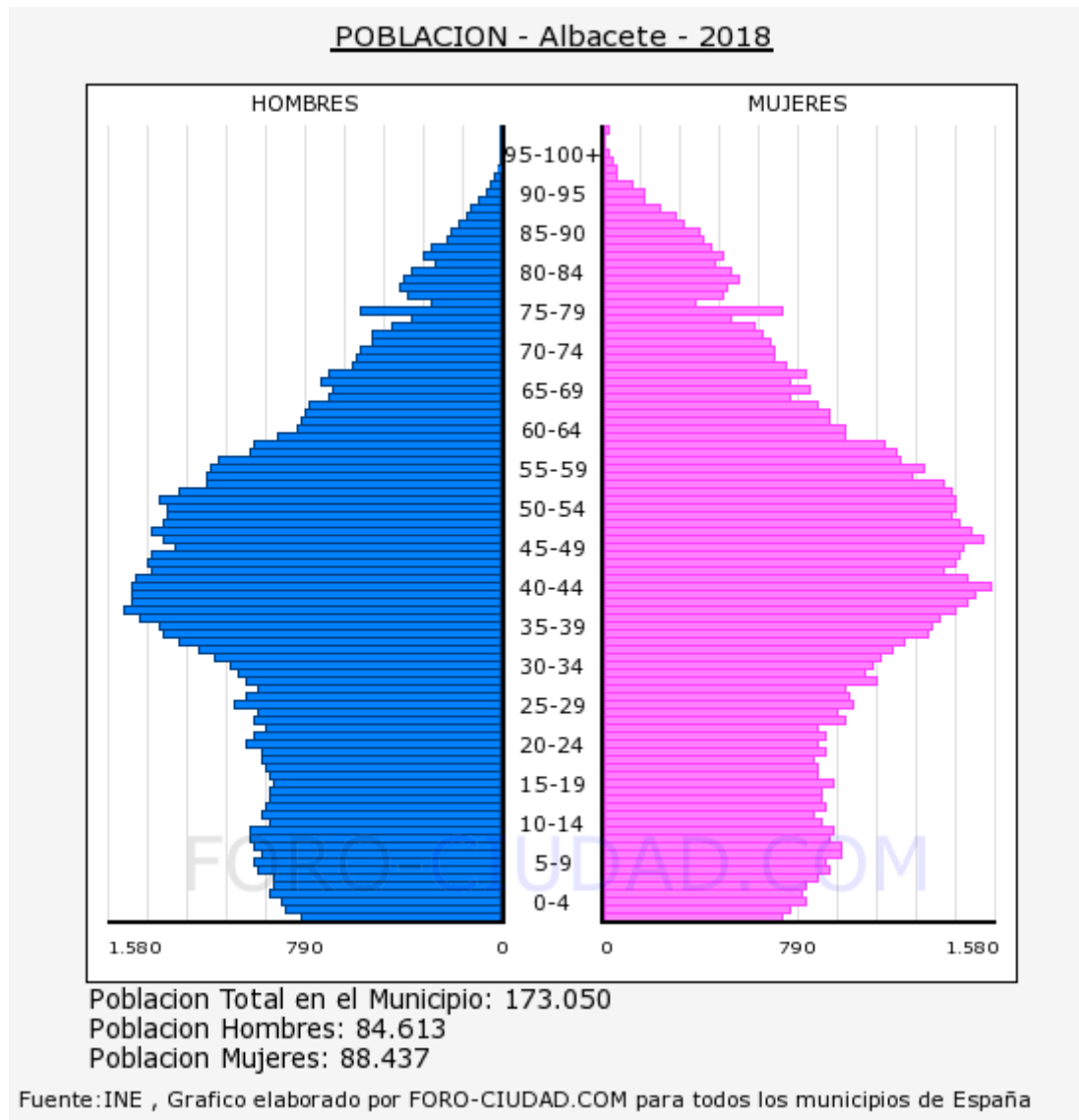


Gráfico 21. Pirámide poblacional del municipio de Albacete en el año 2018. Fuente: INE.

En concreto el estudio se desarrolla en el Centro de Salud Zona II de Albacete, al que pertenecen unos 21.006 pacientes (Catálogo de Hospitales y Alta Tecnología de Castilla-La Mancha, 2016). Está ubicado en la zona Noroeste de la ciudad y su personal sanitario está compuesto de diez equipos de médico y enfermero de Atención Primaria y Comunitaria, y tres equipos de pediatra y enfermero de Atención Primaria. La población seleccionada serán pacientes de 18 a 65 años de edad sin patología grave asociada.



Figura 5: Centro de Salud Zona II de Albacete, entrada por Av. Ramón y Cajal.

## 1.4. Tamaño muestral

Para realizar el análisis factorial, diversos autores recomiendan una muestra formada por 10 sujetos por el número de ítems que componen la escala (Lima-Serrano, 2012). Sin embargo, teniendo en cuenta que los hábitos de vida valorados son 10 a partir de 77 ítems, se decidió utilizar un tamaño muestral de 300 participantes seleccionados de forma aleatoria.

## 1.5. Criterios de inclusión y exclusión

### Criterios de inclusión

- ✓ Edad de entre 18 y 65 años.
- ✓ Residentes en el área de influencia del Centro de Salud Zona II de Albacete.
- ✓ Lengua materna castellano.
- ✓ Capacidad cognitiva suficiente para realizar el formulario.
- ✓ Aceptar libremente participar en el estudio, sin influencias externas.

### Criterios de exclusión

- Edad menor de 18 años, o mayor de 65 años.
- Pacientes con la vida amenazada o estados de enfermedad de pronóstico grave.
- Pacientes con estados de enfermedad en los que está deteriorada, de forma importante, la capacidad de autovaloración e introspección.
- Pacientes con presencia de patología médica que incapacite para realizar el formulario (por ejemplo, déficit visual severo o patología psíquica grave).
- Rechazar libremente participar en el estudio, sin necesidad de especificar el motivo.

## 2. MATERIAL

### 2.1. Para la recogida de datos: E-VEVSA

La Escala de Valoración del Estilo de Vida Saludable Adquirido (E-VEVSA) es un cuestionario pensado para ser autoadministrado. En el Anexo se muestra una reproducción total del mismo.

Está formada por 77 ítems, 7 Marcadores y 70 Hábitos de vida valorados.

Los ítems han sido desarrollados originalmente para esta escala, apoyándose en los cuestionarios de valoración de EVS revisados, queriendo destacar la influencia de tres de ellos:

-  Cuestionario para determinar los Estilos de Vida (IMEVID) (López-Carmona et al., 2003).
-  Cuestionarios de Prácticas y Creencias sobre estilos de vida (Salazar y Arvillaga, 2004).
-  Cuestionario FANTASTIC (Ramírez-Vélez, R., y Agredo, R. A., 2012).

Al inicio expone brevemente una presentación e instrucciones:

*“Este cuestionario tiene por objetivo valorar los hábitos que, desde hace años y hasta la actualidad, ha adquirido usted durante el transcurso de su vida cotidiana.*

*Marque con una X la respuesta que considere adecuada. Si comete algún error, puede corregir tachando la casilla y señalando otra opción de nuevo marcando con X.*

*Sus respuestas serán totalmente anónimas y no es necesario que refleje su identidad. Tan sólo es preciso que señale su edad, sexo y algunas cuestiones sociodemográficas.”*

#### 2.1.1. Marcadores valorados

7 ítems aportan información directa acerca de los siguientes marcadores, definitorios de la población a estudio:

##### 1) Edad

Esta escala recolecta la edad numérica en años del encuestado, aunque se puede poner cualquier edad se realizó en pacientes de 14 a 65 años sin patología grave asociada.

##### 2) Sexo

Este cuestionario permite señalar entre las dos opciones: Hombre y Mujer.

##### 3) Nivel de estudios

Este cuestionario permite señalar entre los principales niveles de estudios del sistema educativo español, de manera escalonada: Primaria (EGB, EPO), Secundaria (ESO, BUP), Bachillerato, Diplomado universitario, Licenciado, Doctorado, y Otros.

##### 4) Estado civil

Se distingue entre las siguientes opciones para discernir si la salud de las personas es diferente dependiendo de su estado civil: Soltero, Casado, Unión Libre, Separado con hijos, Separado sin hijos, Divorciado con hijos, Divorciado sin hijos, y Viudo.

##### 5) Ocupación

Permite distinguir entre los principales oficios: Parado, Obrero, Empleado, Autónomo, Profesor, Estudiante, Ama de casa, y Otra.

**6) Nivel de ingresos mensuales**

Medidos en la moneda oficial de España, el Euro (€): Sin ingresos, Menos de 300, Entre 300 y 499, Entre 500 y 999, Entre 1.000 y 1.499, Entre 1.500 y 1.999, Entre 2.000 y 2.499, Entre 2.500 y 2.999, Entre 3.000 y 5.000, y Más de 5.000.

**7) Religión**

Este cuestionario valora también la espiritualidad: Ateo, Católico, Protestante, Evangélico, Testigo de Jehová, y Otra.

**2.1.2. Hábitos de vida saludable valorados**

Mientras que los otros 70 ítems corresponden a Cuestiones acerca de los Hábitos de Vida Saludables. Para ello se le indica *“Recuerde marcar con una X la respuesta que considere adecuada a sus hábitos. Este cuestionario es anónimo.”*. Las preguntas hacen referencia a *“Desde hace años y, hasta la actualidad, he adquirido el hábito de...”* con cinco posibles opciones de respuesta para los primeros 68 ítems:

A: Nunca.

B: Casi nunca.

C: Con poca frecuencia.

D: Con bastante frecuencia.

E: Con mucha frecuencia.

En el siguiente punto indicaremos a qué tipo de salud pertenece cada ítem: salud física, salud mental, y salud social. Algunos ítems pueden pertenecer a varios tipos de salud, debido a su gran interrelación (por ejemplo, “30. Hacer con tranquilidad las tres comidas principales del día.” Se relaciona con los hábitos alimentarios de la salud física, y con el estado mental de la salud emocional y psicológica).

Mientras que los ítems 69 y 70 se relacionan, respectivamente, con las adicciones más frecuentes, el consumo de tabaco (número de cigarrillos diario) y el consumo de alcohol:

- 69. Fuma (cigarrillos de tabaco), al día una media de:

A: No fuma.

B: Menos de 5.

C: Entre 6 y 15.

D: Entre 16 y 30.

E: Más de 30

- 70. ¿Consume alcohol? NO/SI

➤ En caso afirmativo:

▪ ¿Cuántos días bebe alcohol por semana?

▪ ¿Qué tipo y cantidad de bebida suele beber entre semana?

### 2.1.2.1. Variables significativas de salud física

Las siguientes cuestiones de la E-VEVSA están relacionadas con la salud física.

#### ❖ **Actividad física**

##### ▪ Beneficiosas:

- 10. Realizar ejercicio físico o deporte al menos 3 o 4 días a la semana.
- 16. Realizar ejercicio físico ligero o moderado entre 30 y 60 minutos por sesión.
- 25. Subir escaleras en lugar de utilizar ascensores.
- 27. Dar paseos o ir en bicicleta en mi tiempo libre.
- 39. Ir caminando a la mayoría de los sitios y prescindir de vehículo siempre que puedo.
- 40. Ser reconocido por los demás por mis cualidades físicas o deportivas.
- 47. Ser muy bueno en la práctica de ejercicio físico o en la mayoría de los deportes.
- 50. Practicar o haber practicado deporte en competiciones federadas.
- 66. Destacar o haber destacado en Educación Física o en el deporte escolar.

##### ▪ Perjudiciales:

- 65. Estar mucho tiempo sentado frente al televisor o videojuegos.

#### ❖ **Hábitos alimentarios**

##### ▪ Beneficiosas:

- 2. Hacer una dieta equilibrada y adecuada a mi gasto de calorías diarias.
- 13. Incluir la fruta en mi dieta diaria.
- 17. Consultar con un profesional de dietética y nutrición mi dieta alimenticia.
- 26. Beber abundante agua en mi dieta diaria (2 litros aprox.).
- 30. Hacer con tranquilidad las tres comidas principales del día.
- 53. Incluir el pescado en mi dieta diaria.

##### ▪ Perjudiciales:

- 7. Incluir dulces o bollería industrial en mi dieta diaria.
- 20. Incluir embutidos y otras grasas en mi dieta diaria.
- 32. Incluir refrescos gaseosos en mi dieta diaria.
- 56. Incluir carne en mi dieta diaria más de 3 días por semana.

#### ❖ **Revisiones médicas.** Beneficiosas:

- 5. Preocuparme y controlar en revisiones médicas mi peso corporal.
- 14. Preocuparme y controlar en revisiones médicas mi corazón y circulación.
- 22. Preocuparme y controlar en revisiones médicas mi tensión arterial.

- 35. Preocuparme y controlar en revisiones médicas mis triglicéridos en sangre.
- 43. Preocuparme y controlar en revisiones médicas mi colesterol en sangre.
- 45. Preocuparme y controlar en revisiones médicas mi sistema inmunológico.
- 51. Preocuparme y controlar en revisiones médicas mi análisis de sangre.
- 60. Preocuparme y controlar en revisiones médicas mis niveles de azúcar en sangre.

#### 2.1.2.2. Variables significativas de salud mental

Las siguientes preguntas de la E-VEVSA están relacionadas con la salud emocional y psicológica.

##### ❖ Adicciones

- **Tabaco.** Perjudiciales:

- 11. Tener problemas personales o sociales debido al consumo de tabaco.
- 57. Fumar más que mis amigos más cercanos.
- 37. Frecuentar lugares de fumadores.

- **Alcohol.** Perjudiciales:

- 3. Tener problemas personales y sociales debido al consumo de alcohol.
- 49. Beber más alcohol que mis amigos más cercanos.
- 55. Beber hasta embriagarme.

- **Drogas no legalizadas.** Perjudiciales:

- 46. Consumir drogas ilegales (marihuana, cocaína, heroína, etc.).
- 62. Tener problemas personales o sociales por causa de las drogas ilegales.

##### ❖ Hábitos de descanso

- Beneficiosas:

- 1. Dormir diariamente entre 7 y 9 horas.
- 15. Acostarme a dormir antes de la medianoche.
- 42. Dormir plácidamente sin interrupciones o desvelos.

- Perjudiciales:

- 6. Quedarme dormido (sofá, sillón) sin acostarme hasta después de la medianoche.
- 23. Ver televisión o jugar a videojuegos pasada la medianoche.
- 34. Realizar tareas de trabajo pasada la medianoche.
- 48. Hacer una siesta y descansar tras comer más de 40 minutos.

52. Trasnchar y acostarme muy tarde siempre que tengo salidas con amigos.

63. Tomar relajantes para poder conciliar el sueño.

❖ **Estado mental**

▪ **Beneficiosas:**

8. Hacer sentir a los demás que son muy importantes en mi vida.

18. Realizar ejercicios de relajación y meditación entre 30 y 45 minutos al día.

28. Preocuparme y controlar en revisiones médicas mi estado mental y emocional.

29. Buscar motivaciones que hagan de mi trabajo o mis estudios una tarea agradable.

31. Hacer amistades con mucha facilidad.

33. Llevar la iniciativa para tomar decisiones dentro de mi grupo de amigos.

38. Consultar textos de autoayuda y mejora personal.

54. Hacerme valorar y sentirme bien considerado por mis amigos.

67. Organizarme para evitar acumular estrés por motivos de mi trabajo o estudios.

68. Aliviar mi tensión contando mis problemas a una persona de confianza.

▪ **Perjudiciales:**

4. Ser cohibido e introvertido en el trato con la gente.

9. Tener pereza y sentir agotamiento al levantarme cada mañana.

12. Alterarme por sucesos de escasa relevancia.

19. Obsesionarme por el cuidado de mi salud y las enfermedades.

21. Estar ansioso y estresado.

24. Estar con poco ánimo para realizar las tareas cotidianas o laborables.

30. Hacer con tranquilidad las tres comidas principales del día.

36. Tener muy baja autoestima.

59. Estar preocupado continuamente por cuestiones personales o familiares.

62. Tener problemas personales o sociales por causa de las drogas ilegales.

**2.1.2.3. Variables significativas de salud social**

Las siguientes preguntas de la E-VEVSA están relacionadas con la salud social.

▪ **Beneficiosas:**

8. Hacer sentir a los demás que son muy importantes en mi vida.

31. Hacer amistades con mucha facilidad.

33. Llevar la iniciativa para tomar decisiones dentro de mi grupo de amigos.

- 41. Intentar que mi trabajo o estudios no perjudique mis relaciones sociales.
- 44. Mantener y cuidar las relaciones con mis amigos más cercanos.
- 54. Hacerme valorar y sentirme bien considerado por mis amigos.
- 58. Caer bien a casi todo el mundo.
- 61. Mantener un clima agradable en mi entorno de trabajo o estudios.
- 64. Hacer sentir a los demás que pueden contar conmigo para lo que necesiten.
- 68. Aliviar mi tensión contando mis problemas a una persona de confianza.
- Perjudiciales:
  - 3. Tener problemas personales y sociales debido al consumo de alcohol.
  - 4. Ser cohibido e introvertido en el trato con la gente.
  - 11. Tener problemas personales o sociales debido al consumo de tabaco.
  - 52. Trasnchar y acostarme muy tarde siempre que tengo salidas con amigos.
  - 62. Tener problemas personales o sociales por causa de las drogas ilegales.
  - 65. Estar mucho tiempo sentado frente al televisor o videojuegos.

## **2.2 Para el análisis estadístico**

Se diseñó ad hoc una base de datos en Excel (Microsoft) en la que se archivan todos los datos recogidos y los datos identificativos de los participantes, que se protegieron y encriptaron. El análisis estadístico se realiza con el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) en su versión 23.0.

Se realiza un análisis descriptivo de las variables de interés en el que se observa su distribución para así poder definir puntos de corte en función preferentemente de las puntuaciones típicas y para detectar valores anormales o erróneos. Las variables cualitativas se presentan mediante la distribución de frecuencias de los porcentajes de cada categoría, mientras que en las variables cuantitativas se exploró si seguían o no una distribución normal mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, y se dieron indicadores de tendencia central (media o mediana) y de dispersión (desviación estándar o percentiles).

La asociación entre estos factores se investiga mediante pruebas de contraste de hipótesis, con comparación de proporciones cuando ambas fueron cualitativas (Chi cuadrado, prueba exacta de Fisher); comparaciones de medias cuando una de ellas fue cuantitativa (t de Student, ANOVA), y si no seguían distribución normal, el test de la U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis y Friedman en el caso de medidas repetidas. Se realizan pruebas de regresión lineal cuando la variable dependiente fue cuantitativa. En el caso de las variables cualitativas, se calcula el riesgo relativo (RR) para las diferentes proporciones y sus intervalos de confianza (IC). El análisis se complementó con representaciones gráficas. El nivel de significación estadística para este estudio fue  $p \leq 0,05$ .

### 3. PROCEDIMIENTO

La estrategia de captación fue aprovechar la asistencia del paciente a la consulta de su Médico de Atención Primaria (MAP) por cualquier motivo para, tras solventar este, informarle de la encuesta a realizar. Se dispuso de una consulta médica del Centro de Salud Zona II del área urbana de Albacete.

La fase de recogida de datos, mediante la administración de los cuestionarios, se realizó durante el primer trimestre del año 2016.

De los cuatro procedimientos posibles de entrevista en la metodología de encuestas de muestreo (personal, postal, telefónica y vía internet), se utilizó la encuesta personal. Para recabar la información necesaria de los pacientes, la forma de entrevista más idónea era la que permitiera un contacto directo, de manera que se consiguieran los siguientes objetivos:

- Explicar detenidamente la finalidad de la encuesta.
- Aclarar la forma de responder a las posibles dudas que pudiesen surgir del cuestionario.
- Aunque no se proporcionase un consentimiento informado escrito, puesto que era una encuesta anónima, sí que se solicitaba de forma verbal, pues se debía conseguir una participación consentida y voluntaria, necesaria para la veracidad de las respuestas.
- Motivarles de manera presencial para implicarles y concienciarles de prestar la máxima atención para contestar con la mayor veracidad todos los ítems del cuestionario.

De los pacientes que iban acudiendo en horario de Consulta Médica con cita previa durante el periodo de estudio se informó a 300 acerca del estudio epidemiológico. Expliqué el objetivo del estudio y la importancia de su participación. Aceptaron rellenar el formulario un total de 256 pacientes (85,33%), lo hacían en la Sala de Espera, mientras se continuaba pasando Consulta, y se recogía esa misma mañana, dentro pues de las fechas del periodo de estudio y sin que ninguno de los participantes que aceptaron realizar el cuestionario no la entregase. La duración de la cumplimentación del cuestionario era de 10 minutos aproximadamente.

El estudio se llevó a cabo siguiendo las normas deontológicas reconocidas y las normas de buena práctica clínica. Los datos fueron protegidos de usos no permitidos por personas ajenas a la investigación y se respetó la confidencialidad sobre la protección de datos de carácter personal y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Por tanto, la información generada en este estudio ha sido considerada estrictamente confidencial, entre las partes participantes.

## **V. RESULTADOS**



## 1. VARIABLES CLÍNICAS

Se contemplan los resultados obtenidos de la E-VEVSA elaborada para este estudio, en cada una de sus variables clínicas:

1. Edad.
2. Sexo.
3. Nivel de estudios.
4. Estado civil.
5. Ocupación.
6. Nivel de ingresos mensuales.
7. Religión.
8. Hábitos de vida.
9. Tabaco.
10. Alcohol.

El total de cuestionarios E-VEVSA realizados ha sido de 256.

### 1.1. Edad

El total de encuestas válidas es de 248 (96,9%), mientras que de perdidas es 8 (3,1%).

Se muestra la frecuencia y el porcentaje de los encuestados según la etapa del desarrollo humano (Mansilla, M.E., 2000) a la que pertenecen (tabla VII). También se presenta la frecuencia y el porcentaje de los encuestados por edades (tabla VIII).

| ETAPA DEL DESARROLLO HUMANO | EDAD  | FRECUENCIA | PORCENTAJE<br>VÁLIDO |
|-----------------------------|-------|------------|----------------------|
| Primera infancia            | 0-5   | 0          | (0)                  |
| Segunda infancia            | 6-11  | 0          | (0)                  |
| Adolescencia                | 12-17 | 0          | (0)                  |
| Juventud                    | 18-24 | 2          | (0,8)                |
| Adultos jóvenes             | 25-39 | 57         | (23)                 |
| Adultos intermedios         | 40-49 | 87         | (35,1)               |
| Adultos mayores             | 50-64 | 99         | (39,9)               |
| Senectud                    | 65-74 | 3          | (1,2)                |
| Gerontes                    | 75+   | 0          | (0)                  |

Tabla VII. Frecuencia y el porcentaje de los encuestados según la etapa del desarrollo humano (%).

**Estudio epidemiológico de hábitos de vida saludable mediante la  
Escala de Valoración del Estilo de Vida Saludable Adquirido**

| EDAD (AÑOS) | FRECUENCIA | PORCENTAJE VÁLIDO |
|-------------|------------|-------------------|
| 22          | 1          | (0,4)             |
| 23          | 1          | (0,4)             |
| 24          | 0          | (0,0)             |
| 25          | 0          | (0,0)             |
| 26          | 0          | (0,0)             |
| 27          | 1          | (0,4)             |
| 28          | 0          | (0,0)             |
| 29          | 1          | (0,4)             |
| 30          | 2          | (0,8)             |
| 31          | 6          | (2,4)             |
| 32          | 7          | (2,8)             |
| 33          | 3          | (1,2)             |
| 34          | 1          | (0,4)             |
| 35          | 9          | (3,6)             |
| 36          | 9          | (3,6)             |
| 37          | 7          | (2,8)             |
| 38          | 6          | (2,4)             |
| 39          | 5          | (2)               |
| 40          | 9          | (3,6)             |
| 41          | 9          | (3,6)             |
| 42          | 9          | (3,6)             |
| 43          | 4          | (1,6)             |
| 44          | 6          | (2,4)             |
| 45          | 15         | (6,1)             |
| 46          | 10         | (4)               |
| 47          | 8          | (3,2)             |
| 48          | 11         | (4,4)             |
| 49          | 7          | (2,8)             |
| 50          | 5          | (2)               |
| 51          | 13         | (5,2)             |
| 52          | 17         | (6,9)             |
| 53          | 4          | (1,6)             |
| 54          | 10         | (4)               |
| 55          | 12         | (4,4)             |
| 56          | 9          | (3,6)             |

**Estudio epidemiológico de hábitos de vida saludable mediante la  
Escala de Valoración del Estilo de Vida Saludable Adquirido**

|    |   |       |
|----|---|-------|
| 57 | 6 | (2,4) |
| 58 | 9 | (3,6) |
| 59 | 3 | (1,2) |
| 60 | 7 | (2,8) |
| 61 | 1 | (0,4) |
| 62 | 0 | (0)   |
| 63 | 0 | (0)   |
| 64 | 0 | (0)   |
| 65 | 0 | (0)   |
| 66 | 0 | (0)   |
| 67 | 0 | (0)   |
| 68 | 0 | (0)   |
| 69 | 0 | (0)   |
| 70 | 1 | (0,4) |
| 71 | 1 | (0,4) |
| 72 | 1 | (0,4) |

Tabla VIII. Frecuencia y el porcentaje de los encuestados según la edad (%)

- ✓ Destacar que 243 encuestados (98%) se encuentran en la vida adulta, como era objetivo en el estudio. Mientras que tan solo ahí 2 (0,8%) en la juventud y 3 (1,2%) en la senectud. Por supuesto no se han encuestado infantes, adolescentes ni gerontes; al no ser objeto del estudio.
- ✓ El encuestado más joven tiene 22 años; en el lado opuesto, el encuestado de mayor edad tiene 72 años.
- ✓ La media son 46,34 años, y la mediana 47 años (DE = 8,87).

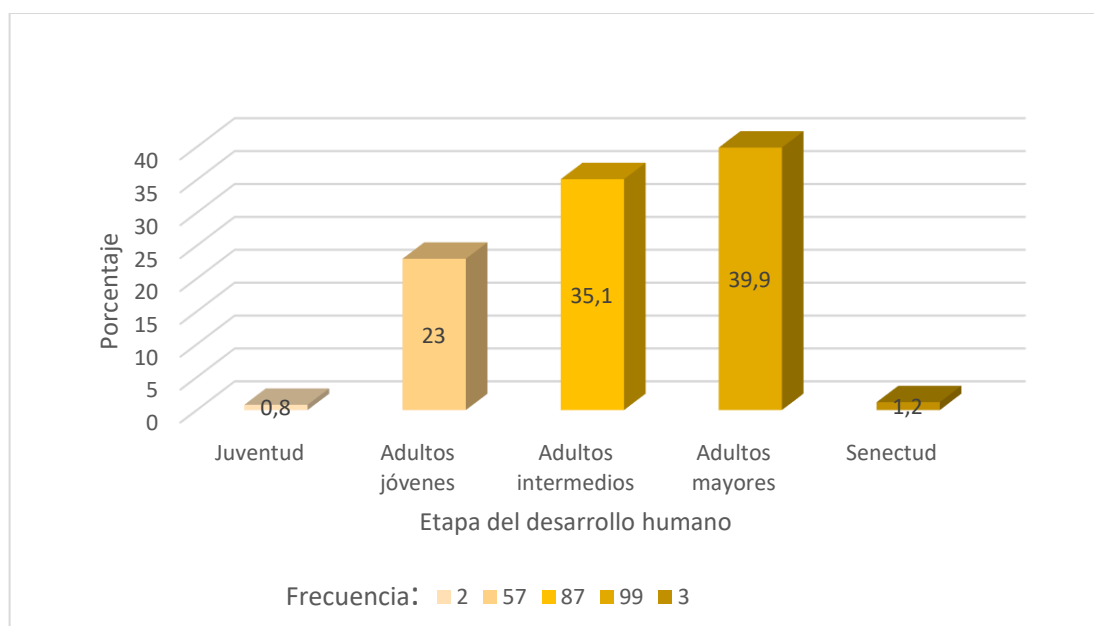


Gráfico 22. Referencia de la tabla VII.

## 1.2. Sexo

El total de encuestas válidas es de 250 (97,7%), mientras que de perdidas es 6 (2,3%).

Se muestra la frecuencia y el porcentaje de los encuestados según el sexo (tabla IX).

| SEXO   | FRECUENCIA | PORCENTAJE VÁLIDO |
|--------|------------|-------------------|
| Hombre | 132        | (52,8)            |
| Mujer  | 118        | (47,2)            |

Tabla IX. Frecuencia y porcentaje de los encuestados según el sexo.

- ✓ Se ha encuestado un número ligeramente mayor de hombres (52,8%) que de mujeres (47,2%).

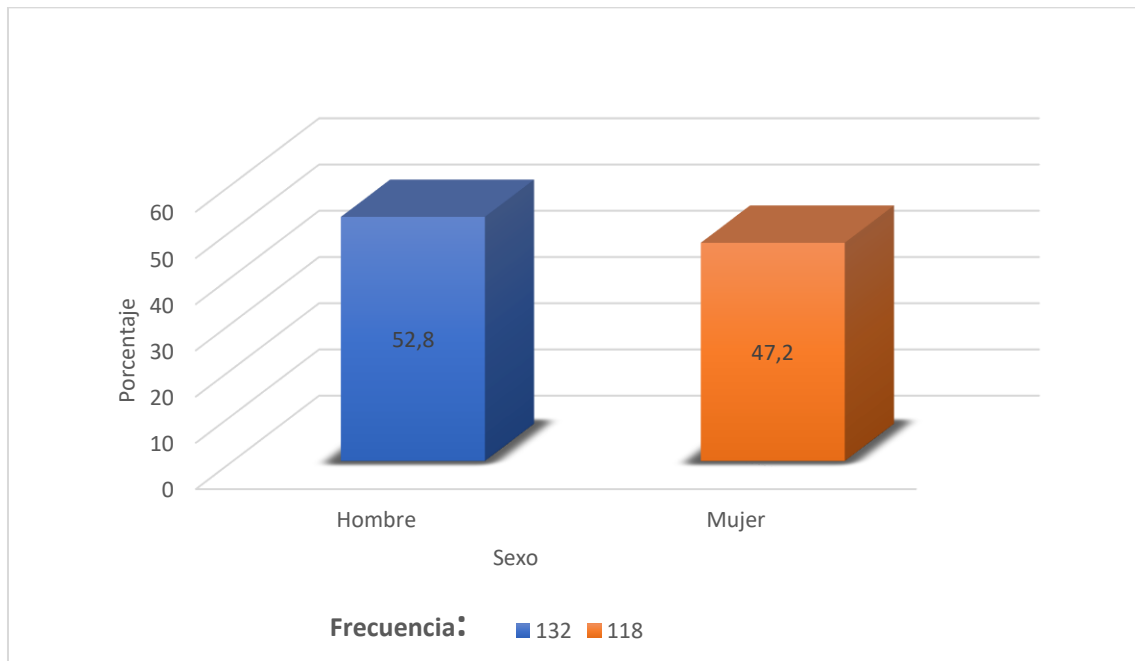


Gráfico 23. Referencia de la tabla IX.

### 1.3. Nivel de estudios

El total de encuestas válidas es de 252 (98,4%), mientras que de perdidas es 4 (1,6%).

Se muestra la frecuencia y el porcentaje de los encuestados según el nivel de estudios (tabla X).

| NIVEL DE ESTUDIOS       | FRECUENCIA | PORCENTAJE VÁLIDO |
|-------------------------|------------|-------------------|
| Primaria (EGB, EPO)     | 61         | (24,2)            |
| Secundaria (ESO, BUP)   | 46         | (18,3)            |
| Bachillerato            | 59         | (23,4)            |
| Diplomado universitario | 35         | (13,9)            |
| Licenciado              | 43         | (17,1)            |
| Doctorado               | 6          | (2,4)             |
| Otros                   | 2          | (0,8)             |

Tabla X. Frecuencia y porcentaje de los encuestados según el nivel de estudios.

- ✓ El 24,2% tiene estudios primarios, mientras que el 33,4% tiene estudios universitarios, aunque solo el 2,4% está Doctorado.

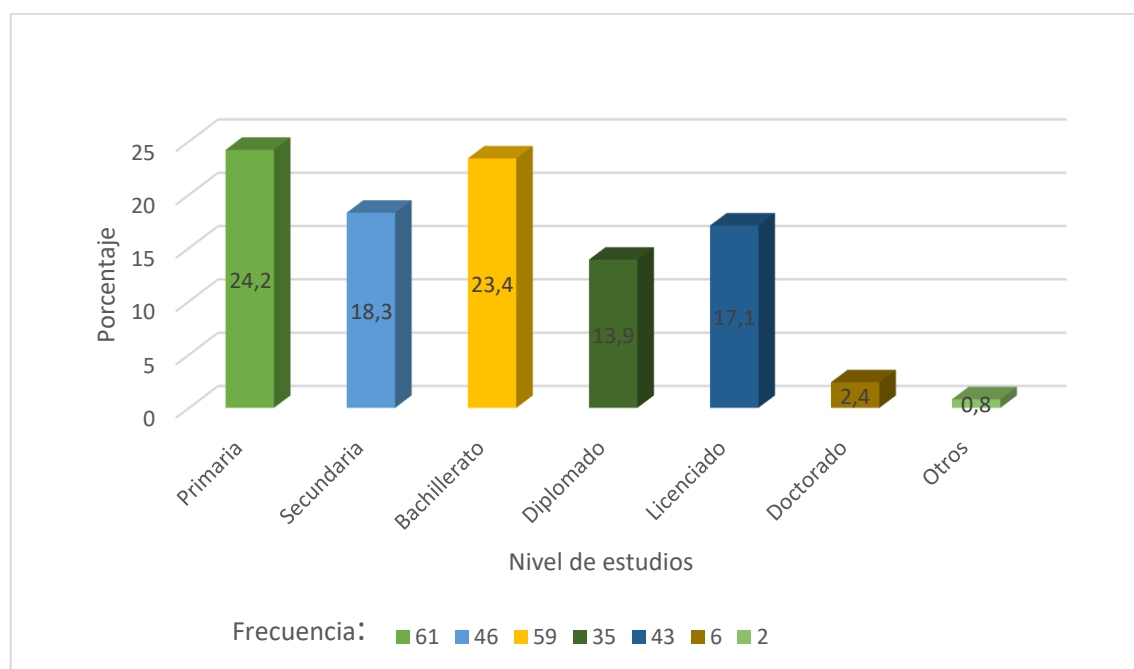


Gráfico 24. Referencia de la tabla X.

#### 1.4. Estado civil

El total de encuestas válidas es de 252 (98,4%), mientras que de perdidas es 4 (1,6%).

Se muestra la frecuencia y el porcentaje de los encuestados según el estado civil (tabla XI).

| ESTADO CIVIL         | FRECUENCIA | PORCENTAJE VÁLIDO |
|----------------------|------------|-------------------|
| Soltero              | 34         | (13,5)            |
| Casado               | 165        | (65,5)            |
| Unión libre          | 21         | (8,3)             |
| Separado con hijos   | 7          | (2,8)             |
| Separado sin hijos   | 4          | (1,6)             |
| Divorciado con hijos | 14         | (5,6)             |
| Divorciado sin hijos | 5          | (2)               |
| Viudo                | 2          | (0,8)             |

Tabla XI. Frecuencia y porcentaje de los encuestados según el estado civil.

- ✓ Lo más frecuente es encontrarse casado (65,5%), seguido por estar soltero (13,5%) y la unión libre (8,3%). Los separados representan un 4,4% y los divorciados un 5,8%. Viudos tan solo se encuentran un 0,8%.
- ✓ Lo cual se resume en que un 73,8% se encuentra con pareja y un 26,2% sin pareja.

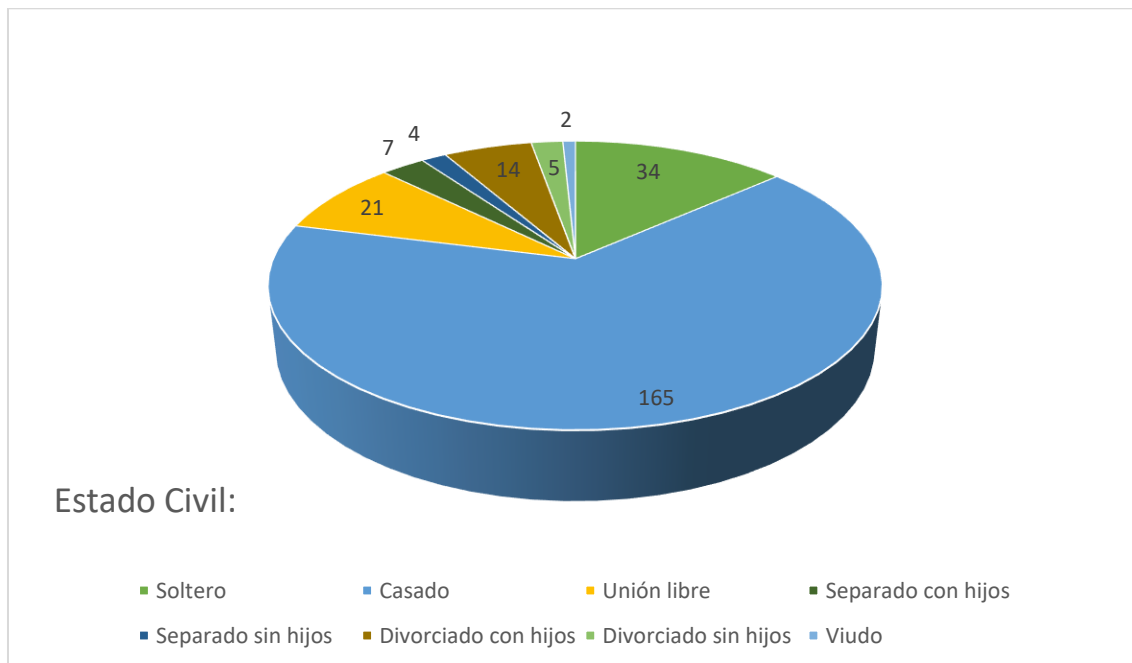


Gráfico 25. Referencia de la tabla XI.

## 1.5. Ocupación

El total de encuestas válidas es de 241 (94,1%), mientras que de perdidas es 15 (5,9%).

Se muestra la frecuencia y el porcentaje de los encuestados según la ocupación (tabla XII).

| OCUPACIÓN   | FRECUENCIA | PORCENTAJE<br>VÁLIDO |
|-------------|------------|----------------------|
| Parado      | 25         | (10,4)               |
| Obrero      | 10         | (4,1)                |
| Empleado    | 132        | (54,8)               |
| Autónomo    | 19         | (7,9)                |
| Profesor    | 24         | (10)                 |
| Estudiante  | 1          | (0,4)                |
| Ama de casa | 14         | (5,8)                |
| Otras       | 16         | (6,6)                |

Tabla XII. Frecuencia y porcentaje de los encuestados según la ocupación.

- ✓ Algo más de la mitad de los encuestados, concretamente un 54,8%, son empleados. El siguiente grupo más prevalente, aunque mucho menor, con un 10,4%, se encuentra en paro. Destaca que una cifra similar, un 10%, sean profesores.

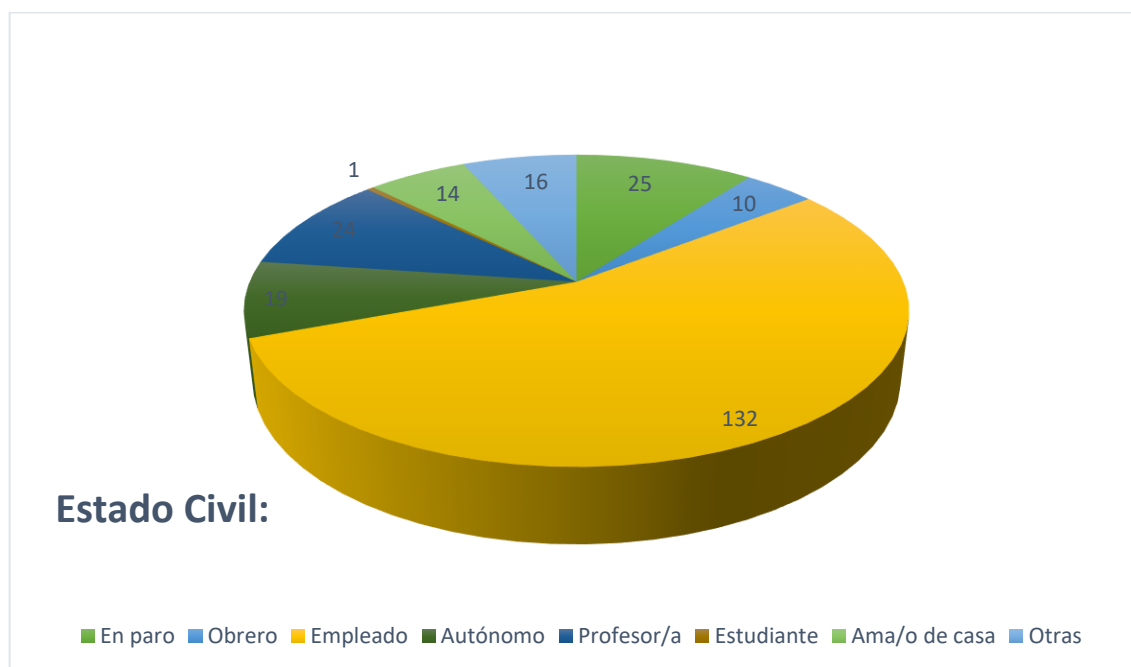


Gráfico 26. Referencia de la tabla XIII.

## 1.6. Nivel de ingresos mensuales

El total de encuestas válidas es de 251 (98%), mientras que de perdidas es 5 (2%).

Se muestra la frecuencia y el porcentaje de los encuestados según la ocupación (tabla XIV).

| NIVEL DE INGRESOS MENSUALES (€) | FRECUENCIA | PORCENTAJE VÁLIDO |
|---------------------------------|------------|-------------------|
| Sin ingresos                    | 17         | (6,8)             |
| Menos de 300                    | 3          | (1,2)             |
| Entre 300 y 499                 | 14         | (5,6)             |
| Entre 500 y 999                 | 38         | (15,1)            |
| Entre 1.000 y 1.499             | 54         | (21,5)            |
| Entre 1.500 y 1.999             | 35         | (13,9)            |
| Entre 2.000 y 2.499             | 73         | (29,1)            |
| Entre 2.500 y 2.999             | 8          | (3,2)             |
| Entre 3.000 y 5.000             | 6          | (2,4)             |
| Más de 5.000                    | 3          | (1,2)             |

Tabla XIV. Frecuencia y porcentaje de los encuestados según la ocupación.

- ✓ El nivel de ingresos del 71,3% de los encuestados es mayor de 1.000€ mensuales.

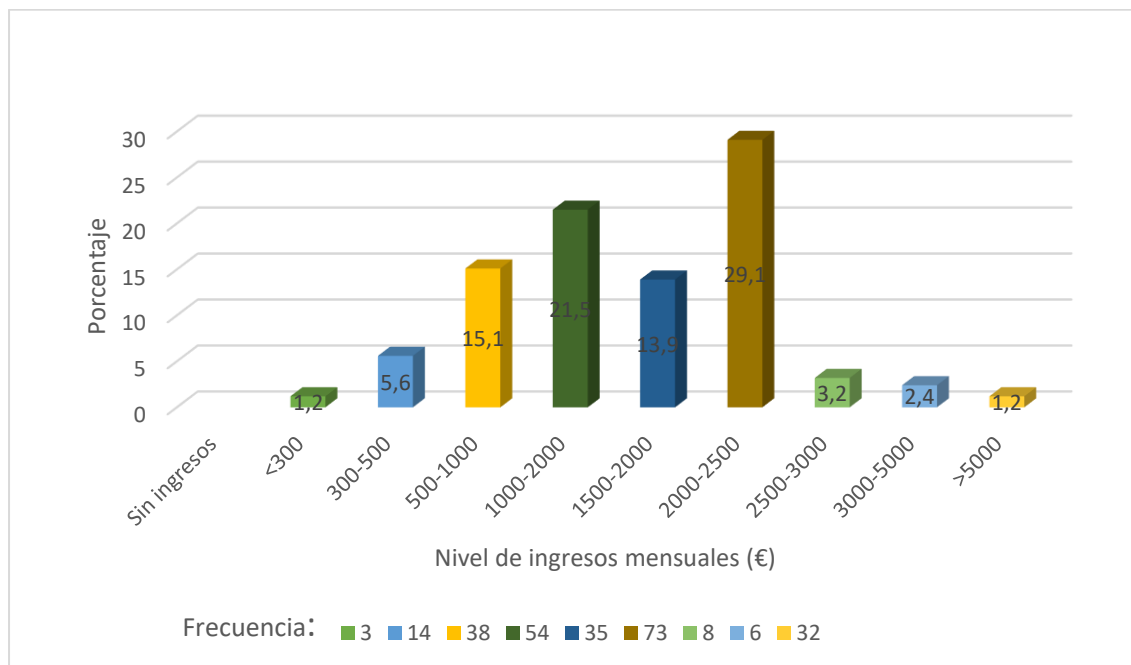


Gráfico 27. Referencia de la tabla XIV.

## 1.7. Religión

El total de encuestas válidas es de 238 (93%), mientras que de perdidas es 18 (7%).

Se muestra la frecuencia y el porcentaje de los encuestados según la ocupación (tabla XV).

| RELIGIÓN          | FRECUENCIA | PORCENTAJE VÁLIDO |
|-------------------|------------|-------------------|
| Ateo              | 34         | (14,3)            |
| Católico          | 193        | (81,1)            |
| Protestante       | 3          | (1,3)             |
| Evangélico        | 2          | (0,8)             |
| Testigo de Jehová | 2          | (0,8)             |
| Otra              | 4          | (1,7)             |

Tabla XV. Frecuencia y porcentaje de los encuestados según la ocupación.

- ✓ La gran mayoría es católica (81,1%), seguida por los ateos (14,3%). El resto de las religiones tan solo representan al 4,6% de los encuestados.

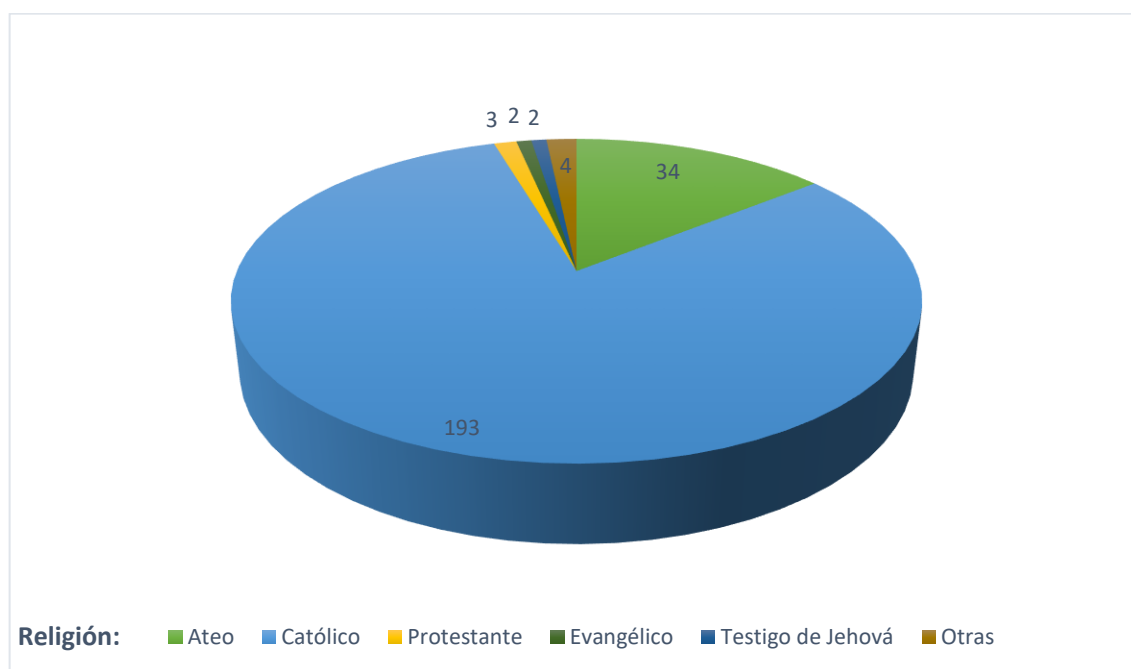


Gráfico 28. Referencia de la tabla XV.

## 1.8. Hábitos de vida

En la Tabla XX se muestra la frecuencia general y el porcentaje válido en cada una de las cuestiones acerca de los hábitos que los encuestados han respondido en la E-VEVSA.

Las posibles respuestas eran: A (nunca), B (casi nunca), C (con poca frecuencia), D (con bastante frecuencia) y E (con mucha frecuencia).

| Desde hace años y, hasta la actualidad, he adquirido el hábito de... | A<br>Nunca | B<br>Casi nunca | C<br>Con poca frecuencia | D<br>Con bastante frecuencia | E<br>Con mucha frecuencia |
|----------------------------------------------------------------------|------------|-----------------|--------------------------|------------------------------|---------------------------|
|----------------------------------------------------------------------|------------|-----------------|--------------------------|------------------------------|---------------------------|

|                                                                                  |               |              |              |               |              |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|--------------|---------------|--------------|
| 1. Dormir diariamente entre 7 y 9 horas.                                         | 6<br>(2,4)    | 36<br>(14,2) | 54<br>(21,3) | 97<br>(38,2)  | 61<br>(24)   |
| 2. Hacer una dieta equilibrada y adecuada a mi gasto de calorías diarias.        | 9<br>(3,5)    | 36<br>(14,2) | 69<br>(27,2) | 110<br>(43,3) | 30<br>(11,8) |
| 3. Tener problemas personales y sociales debido al consumo de alcohol.           | 226<br>(89,3) | 21<br>(8,3)  | 5<br>(2)     | 0<br>(0)      | 1<br>(0,4)   |
| 4. Ser cohibido e introvertido en el trato con la gente.                         | 74<br>(29)    | 95<br>(37,3) | 56<br>(22)   | 27<br>(10,6)  | 3<br>(1,2)   |
| 5. Preocuparme y controlar en revisiones médicas mi peso corporal.               | 51<br>(20)    | 57<br>(22,4) | 80<br>(31,4) | 51<br>(20)    | 16<br>(6,3)  |
| 6. Quedarme dormido (sofá, sillón) sin acostarme hasta después de la medianoche. | 73<br>(28,6)  | 88<br>(34,5) | 38<br>(14,9) | 44<br>(17,3)  | 11<br>(4,3)  |
| 7. Incluir dulces o bollería industrial en mi dieta diaria.                      | 38<br>(14,9)  | 91<br>(35,7) | 70<br>(27,5) | 47<br>(18,4)  | 8<br>(3,1)   |
| 8. Hacer sentir a los demás que son muy importantes en mi vida.                  | 6<br>(2,4)    | 18<br>(7,1)  | 66<br>(25,9) | 125<br>(49)   | 39<br>(15,3) |

**Estudio epidemiológico de hábitos de vida saludable mediante la  
Escala de Valoración del Estilo de Vida Saludable Adquirido**

|                                                                                   |               |               |              |              |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|--------------|--------------|---------------|
|                                                                                   |               |               |              |              |               |
| 9. Tener pereza y sentir agotamiento al levantarme cada mañana.                   | 38<br>(14,9)  | 77<br>(30,2)  | 71<br>(72,9) | 59<br>(23,1) | 9<br>(3,5)    |
| 10. Realizar ejercicio físico o deporte al menos 3 o 4 días a la semana.          | 34<br>(13,3)  | 48<br>(18,8)  | 63<br>(24,7) | 57<br>(22,4) | 52<br>(20,3)  |
| 11. Tener problemas personales o sociales debido al consumo de tabaco.            | 208<br>(82,2) | 31<br>(12,3)  | 7<br>(2,8)   | 3<br>(1,2)   | 3<br>(1,2)    |
| 12. Alterarme por sucesos de escasa relevancia.                                   | 50<br>(20,1)  | 104<br>(41,8) | 69<br>(27,7) | 24<br>(9,6)  | 1<br>(0,4)    |
| 13. Incluir la fruta en mi dieta diaria.                                          | 5<br>(2)      | 23<br>(9,1)   | 48<br>(19)   | 64<br>(25,3) | 112<br>(44,3) |
| 14. Preocuparme y controlar en revisiones médicas mi corazón y circulación.       | 41<br>(16,1)  | 54<br>(21,1)  | 95<br>(37,3) | 46<br>(18)   | 18<br>(7,1)   |
| 15. Acostarme a dormir antes de la medianoche.                                    | 23<br>(9,2)   | 45<br>(17,9)  | 54<br>(21,5) | 69<br>(27,5) | 59<br>(23,5)  |
| 16. Realizar ejercicio físico ligero o moderado entre 30 y 60 minutos por sesión. | 36<br>(14,2)  | 42<br>(16,5)  | 57<br>(22,4) | 71<br>(27,7) | 47<br>(18,5)  |
| 17. Consultar con un profesional de dietética y nutrición mi dieta alimenticia.   | 137<br>(53,7) | 51<br>(20)    | 42<br>(16,5) | 18<br>(7,1)  | 6<br>(2,4)    |

**Estudio epidemiológico de hábitos de vida saludable mediante la  
Escala de Valoración del Estilo de Vida Saludable Adquirido**

|                                                                                  |               |              |              |               |              |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|--------------|---------------|--------------|
| 18. Realizar ejercicios de relajación y meditación entre 30 y 45 minutos al día. | 142<br>(56,3) | 66<br>(26,2) | 29<br>(11,5) | 12<br>(4,8)   | 2<br>(0,8)   |
| 19. Obsesionarme por el cuidado de mi salud y las enfermedades.                  | 65<br>(25,5)  | 92<br>(36,1) | 56<br>(22)   | 30<br>(11,8)  | 11<br>(4,3)  |
| 20. Incluir embutidos y otras grasas en mi dieta diaria.                         | 22<br>(8,6)   | 81<br>(31,8) | 87<br>(34,1) | 55<br>(21,6)  | 9<br>(3,5)   |
| 21. Estar ansioso y estresado.                                                   | 27<br>(10,6)  | 77<br>(30,3) | 88<br>(34,6) | 52<br>(20,5)  | 9<br>(3,5)   |
| 22. Preocuparme y controlar en revisiones médicas mi tensión arterial.           | 63<br>(24,7)  | 61<br>(23,9) | 70<br>(27,5) | 48<br>(18,8)  | 12<br>(4,7)  |
| 23. Ver la televisión o jugar a videojuegos pasada la medianoche.                | 122<br>(48)   | 61<br>(24)   | 36<br>(14,2) | 25<br>(9,8)   | 9<br>(3,5)   |
| 24. Estar con poco ánimo para realizar las tareas cotidianas o laborales.        | 54<br>(21,3)  | 97<br>(38,2) | 70<br>(27,6) | 25<br>(9,8)   | 7<br>(2,8)   |
| 25. Subir escaleras en lugar de utilizar ascensores.                             | 14<br>(5,5)   | 49<br>(19,3) | 61<br>(24)   | 75<br>(29,5)  | 54<br>(21,3) |
| 26. Beber abundante agua en mi dieta diaria (entre 2 y 3 litros).                | 11<br>(4,3)   | 27<br>(10,6) | 66<br>(26)   | 100<br>(39,4) | 49<br>(19,3) |
| 27. Dar paseos o ir en bicicleta en mi tiempo libre.                             | 27<br>(10,6)  | 32<br>(12,6) | 58<br>(22,8) | 91<br>(35,8)  | 45<br>(17,7) |

**Estudio epidemiológico de hábitos de vida saludable mediante la  
Escala de Valoración del Estilo de Vida Saludable Adquirido**

|                                                                                     |               |              |               |               |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|---------------|---------------|--------------|
|                                                                                     |               |              |               |               |              |
| 28. Preocuparme y controlar en revisiones médicas mi estado mental y emocional.     | 109<br>(42,9) | 65<br>(25,6) | 49<br>(19,3)  | 26<br>(10,2)  | 4<br>(1,6)   |
| 29. Buscar motivaciones que hagan de mi trabajo o mis estudios una tarea agradable. | 20<br>(7,8)   | 27<br>(10,6) | 64<br>(25,1)  | 105<br>(41,2) | 38<br>(14,9) |
| 30. Hacer con tranquilidad las tres comidas principales del día.                    | 10<br>(3,9)   | 32<br>(12,6) | 61<br>(24)    | 105<br>(41,3) | 45<br>(17,7) |
| 31. Hacer amistades con mucha facilidad.                                            | 3<br>(1,2)    | 22<br>(8,6)  | 75<br>(29,4)  | 103<br>(40,4) | 51<br>(20)   |
| 32. Incluir refrescos gaseosos en mi dieta diaria.                                  | 69<br>(27,1)  | 78<br>(30,6) | 66<br>(25,9)  | 29<br>(11,4)  | 12<br>(4,7)  |
| 33. Llevar la iniciativa para tomar decisiones dentro de mi grupo de amigos.        | 11<br>(4,3)   | 29<br>(11,4) | 103<br>(40,6) | 94<br>(37)    | 16<br>(6,3)  |
| 34. Realizar tareas de trabajo pasada la media noche.                               | 106<br>(41,7) | 78<br>(30,7) | 49<br>(19,3)  | 19<br>(7,5)   | 1<br>(0,4)   |
| 35. Preocuparme y controlar en revisiones médicas mis triglicéridos en sangre.      | 73<br>(28,6)  | 58<br>(22,7) | 65<br>(25,5)  | 48<br>(18,8)  | 10<br>(3,9)  |
| 36. Tener muy baja autoestima.                                                      | 67<br>(26,3)  | 85<br>(33,3) | 62<br>(24,3)  | 35<br>(13,7)  | 5<br>(2)     |

**Estudio epidemiológico de hábitos de vida saludable mediante la  
Escala de Valoración del Estilo de Vida Saludable Adquirido**

|                                                                                         |               |              |              |               |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|--------------|---------------|--------------|
| 37. Frecuentar lugares de fumadores.                                                    | 102<br>(40,2) | 84<br>(33,1) | 42<br>(16,5) | 21<br>(8,3)   | 4<br>(1,6)   |
| 38. Consultar textos de autoayuda y mejora personal.                                    | 116<br>(45,8) | 69<br>(27,3) | 33<br>(13)   | 24<br>(9,5)   | 10<br>(4)    |
| 39. Ir caminando a la mayoría de los sitios y prescindir de vehículo siempre que puedo. | 9<br>(3,5)    | 44<br>(17,3) | 39<br>(15,4) | 94<br>(37)    | 67<br>(26,4) |
| 40. Ser reconocido por los demás por mis cualidades físicas o deportivas.               | 73<br>(28,9)  | 65<br>(25,7) | 68<br>(26,9) | 41<br>(16,2)  | 5<br>(2)     |
| 41. Intentar que mi trabajo o estudios no perjudique mis relaciones sociales.           | 12<br>(4,8)   | 33<br>(13,1) | 61<br>(24,2) | 111<br>(44)   | 34<br>(13,5) |
| 42. Dormir plácidamente sin interrupciones o desvelos.                                  | 12<br>(4,8)   | 36<br>(14,3) | 54<br>(21,5) | 108<br>(43)   | 40<br>(15,9) |
| 43. Preocuparme y controlar en revisiones médicas mi colesterol en sangre.              | 45<br>(17,7)  | 51<br>(20,1) | 81<br>(31,9) | 60<br>(23,6)  | 16<br>(6,3)  |
| 44. Mantener y cuidar las relaciones con mis amigos más cercanos.                       | 2<br>(0,8)    | 10<br>(3,9)  | 36<br>(14,2) | 133<br>(52,4) | 72<br>(28,3) |
| 45. Preocuparme y controlar en revisiones médicas mi sistema inmunológico.              | 66<br>(26,3)  | 72<br>(28,7) | 66<br>(26,3) | 36<br>(14,3)  | 10<br>(4)    |

**Estudio epidemiológico de hábitos de vida saludable mediante la  
Escala de Valoración del Estilo de Vida Saludable Adquirido**

|                                                                                       |               |              |              |               |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|--------------|---------------|--------------|
| 46. Consumir drogas ilegales (marihuana, cocaína, heroína, etc.).                     | 230<br>(90,9) | 18<br>(7,1)  | 2<br>(0,8)   | 1<br>(0,4)    | 1<br>(0,4)   |
| 47. Ser muy bueno en la práctica de ejercicio físico o en la mayoría de los deportes. | 93<br>(36,6)  | 59<br>(23,2) | 58<br>(22,8) | 38<br>(15)    | 5<br>(2)     |
| 48. Hacer una siesta y descansar tras comer más de 40 minutos.                        | 54<br>(21,4)  | 69<br>(27,4) | 61<br>(24,2) | 50<br>(19,8)  | 17<br>(6,7)  |
| 49. Beber más alcohol que mis amigos más cercanos.                                    | 184<br>(72,7) | 39<br>(15,4) | 21<br>(8,3)  | 8<br>(3,2)    | 1<br>(0,4)   |
| 50. Practicar o haber practicado deporte en competiciones federadas.                  | 182<br>(71,7) | 15<br>(5,9)  | 23<br>(9,1)  | 19<br>(7,5)   | 14<br>(5,5)  |
| 51. Preocuparme y controlar en revisiones médicas mi análisis de sangre.              | 31<br>(12,2)  | 59<br>(23,2) | 78<br>(30,7) | 56<br>(22)    | 29<br>(11,4) |
| 52. Trasnchar y acostarme muy tarde siempre que tengo salidas con amigos.             | 62<br>(24,4)  | 87<br>(34,3) | 61<br>(24)   | 34<br>(13,4)  | 9<br>(3,5)   |
| 53. Incluir el pescado en mi dieta diaria.                                            | 5<br>(2)      | 17<br>(6,7)  | 79<br>(31,3) | 92<br>(36,5)  | 58<br>(23)   |
| 54. Hacerme valorar y sentirme bien considerado por mis amigos.                       | 7<br>(2,8)    | 8<br>(3,1)   | 90<br>(35,4) | 116<br>(45,7) | 32<br>(12,6) |
| 55. Beber hasta embriagarme.                                                          | 188<br>(74,6) | 30<br>(11,9) | 25<br>(9,9)  | 6<br>(2,4)    | 2<br>(0,8)   |

**Estudio epidemiológico de hábitos de vida saludable mediante la  
Escala de Valoración del Estilo de Vida Saludable Adquirido**

|                                                                                    |               |              |              |               |              |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|--------------|---------------|--------------|
|                                                                                    |               |              |              |               |              |
| 56. Incluir carne en mi dieta diaria más de 3 días por semana.                     | 7<br>(2,8)    | 20<br>(8)    | 80<br>(31,9) | 104<br>(41,4) | 39<br>(15,5) |
| 57. Fumar más que mis amigos más cercanos.                                         | 204<br>(80,3) | 22<br>(8,7)  | 9<br>(3,5)   | 16<br>(6,3)   | 2<br>(0,8)   |
| 58. Caer bien a casi todo el mundo.                                                | 16<br>(6,3)   | 25<br>(9,9)  | 68<br>(27)   | 122<br>(48,4) | 20<br>(7,9)  |
| 59. Estar preocupado por cuestiones personales o familiares.                       | 2<br>(0,8)    | 27<br>(10,8) | 67<br>(26,9) | 103<br>(41,4) | 49<br>(19,7) |
| 60. Preocuparme y controlar en revisiones médicas mis niveles de azúcar en sangre. | 63<br>(24,9)  | 59<br>(23,3) | 63<br>(24,9) | 45<br>(17,8)  | 22<br>(8,7)  |
| 61. Mantener un clima agradable en mi entorno de trabajo o estudios.               | 5<br>(2)      | 2<br>(0,8)   | 35<br>(16,6) | 156<br>(61,7) | 54<br>(21,3) |
| 62. Tener problemas personales o sociales por causa de las drogas ilegales.        | 243<br>(96,4) | 6<br>(2,4)   | 1<br>(0,4)   | 1<br>(0,4)    | 1<br>(0,4)   |
| 63. Tomar relajantes para poder conciliar el sueño.                                | 173<br>(69,2) | 40<br>(16)   | 22<br>(8,8)  | 10<br>(4)     | 4<br>(1,6)   |
| 64. Hacer sentir a los demás que pueden contar conmigo para lo que necesiten.      | 1<br>(0,4)    | 13<br>(5,1)  | 42<br>(16,5) | 103<br>(40,6) | 94<br>(37)   |

**Estudio epidemiológico de hábitos de vida saludable mediante la  
Escala de Valoración del Estilo de Vida Saludable Adquirido**

|                                                                                   |               |              |              |               |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|--------------|---------------|--------------|
| 65. Estar mucho tiempo sentado frente al televisor o videojuegos.                 | 65<br>(25,7)  | 75<br>(29,6) | 72<br>(28,5) | 35<br>(13,8)  | 5<br>(2)     |
| 66. Destacar o haber destacado en Educación Física o en el deporte escolar.       | 105<br>(41,8) | 46<br>(18,3) | 37<br>(14,7) | 45<br>(17,9)  | 17<br>(6,8)  |
| 67. Organizarme para evitar acumular estrés por motivos de mi trabajo o estudios. | 7<br>(2,8)    | 30<br>(11,8) | 78<br>(30,7) | 109<br>(42,9) | 29<br>(11,4) |
| 68. Aliviar mi tensión contando mis problemas a una persona de confianza.         | 6<br>(2,4)    | 51<br>(20,3) | 73<br>(29,1) | 91<br>(36,3)  | 29<br>(11,6) |

NOTA: N=256

Tabla XI. Frecuencia general y el porcentaje válido en cada una de las cuestiones acerca de los hábitos que los encuestados han respondido en la E-VEVSA.

## 1.9. Tabaco

El total de encuestas válidas es de 245 (95,7%), mientras que de perdidas es 11 (4,3%).

Se muestra la frecuencia y el porcentaje de los encuestados según consumo de tabaco (tabla XVII).

| TABACO                            | FRECUENCIA | PORCENTAJE VÁLIDO |
|-----------------------------------|------------|-------------------|
| No fumo.                          | 180        | (73,2)            |
| Menos de 5 cigarrillos al día.    | 24         | (9,8)             |
| Entre 6 y 15 cigarrillos al día.  | 28         | (11,4)            |
| Entre 16 y 30 cigarrillos al día. | 11         | (4,5)             |
| Más de 30 cigarrillos al día.     | 2          | (0,8)             |

Tabla XVII. Frecuencia y porcentaje de los encuestados según consumo de tabaco.

- ✓ La gran mayoría (73,2%) no es fumadora. Encontrándonos con un 26,8% de fumadores; de ellos fumar entre 6 y 15 cigarrillos al día es lo más habitual (11,4%).

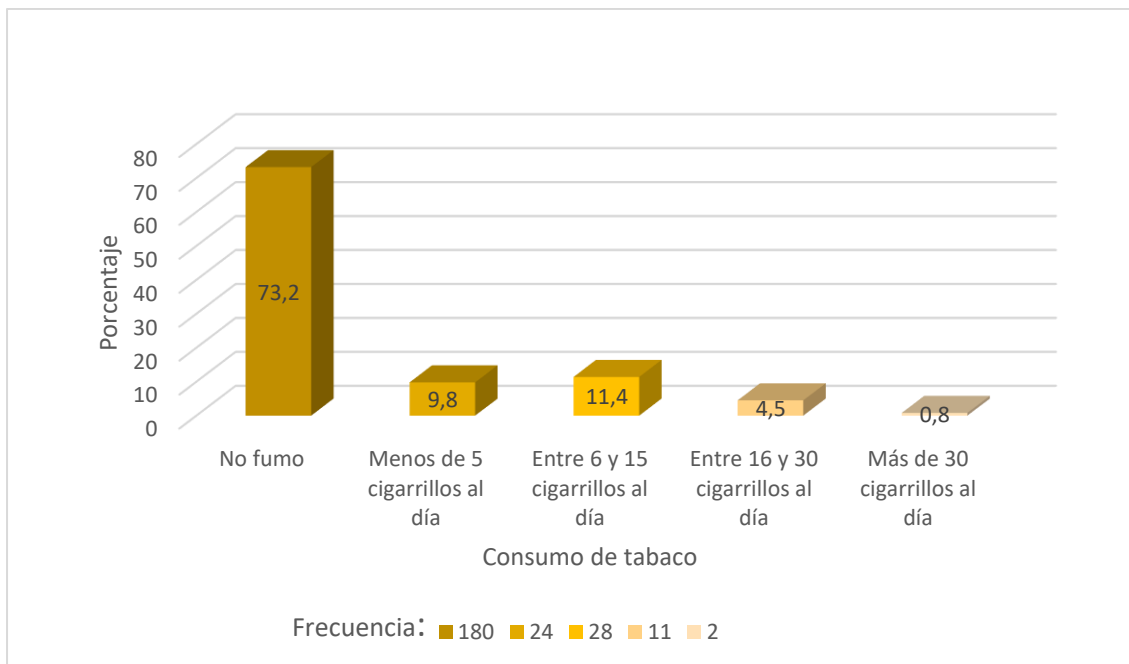


Gráfico 29. Referencia de la tabla XVII.

### 1.10. Alcohol

El total de encuestas válidas es de 246 (96,1%), mientras que de perdidas es 10 (3,9%).

Se muestra la frecuencia y el porcentaje de los encuestados según consumo de alcohol (tabla XVIII).

| ALCOHOL  | FRECUENCIA | PORCENTAJE VÁLIDO |
|----------|------------|-------------------|
| No bebe. | 129        | (52,4)            |
| Sí bebe. | 117        | (47,6)            |

Tabla XVIII. Frecuencia y porcentaje de los encuestados según consumo de alcohol.

- ✓ Por un porcentaje menor, 52,2% frente a 47,4%, nos encontramos más encuestados no bebedores que bebedores.

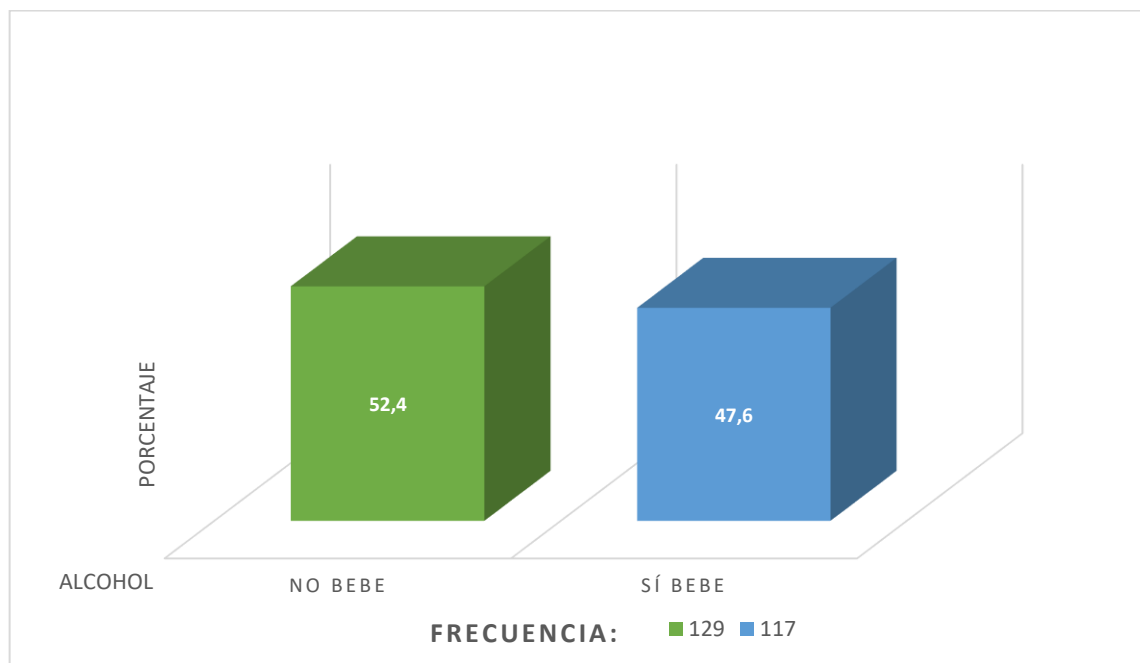


Gráfico 30. Referencia de la tabla XVIII.

## 2. RELACIÓN DE VARIABLES.

Para estudiar la hipótesis, el objetivo y los objetivos secundarios se relacionan y correlacionan los 7 primeros ítems de la E-VEVSA, los marcadores (edad, sexo, nivel de estudios, estado civil, ocupación, nivel de ingresos mensuales, religión) con los siguientes 70 ítems, que recopilan información acerca de los hábitos, divididas en tres grandes grupos: salud física, salud mental y salud social.

Se tienen en cuenta las relaciones estadísticamente significativas ( $p \leq 0,05$ ), obteniendo un total de 96, de las cuales 22 muestran una gran relación ( $p = 0,000$ ); por lo que se puede concluir que el modelo, a nivel analítico, presenta unos resultados satisfactorios.

### 2.1. Salud física

Veremos las variables significativas de salud física dentro de las cuestiones acerca de los hábitos de la E-VEVSA. A continuación, las relacionaremos con cada una de las siete primeras variables.

#### 2.1.1. Relación entre salud física y edad

| Edad: Variables significativas                                                    | R de Pearson | p     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------|
| Preocuparme y controlar en revisiones médicas mi tensión arterial.                | 0,161        | 0,011 |
| Preocuparme y controlar en revisiones médicas mis triglicéridos en sangre.        | 0,149        | 0,019 |
| Preocuparme y controlar en revisiones médicas mi colesterol en sangre.            | 0,172        | 0,007 |
| Ser muy bueno en la práctica de ejercicio físico o en la mayoría de los deportes. | -0,129       | 0,044 |
| Practicar o haber practicado deporte en competiciones federadas.                  | -0,148       | 0,020 |
| Incluir carne en mi dieta diaria más de 3 días por semana.                        | -0,225       | 0,000 |
| Preocuparme y controlar en revisiones médicas mis niveles de azúcar en sangre.    | 0,176        | 0,006 |

Tabla XIX. Relación de las preguntas relacionadas con la salud física y la edad.

- ✓ Respecto a la edad, destaca que con su aumento se preocupan y controlan en revisiones médicas más cuatro parámetros: glucemia ( $r = 0,176$ ), colesterol ( $r = 0,172$ ), tensión arterial ( $r = 0,161$ ) y triglicéridos ( $r = 0,149$ ).
- ✓ En cambio, se muestra que los jóvenes practican más deporte en competiciones federadas ( $r = -0,148$ ) y son más buenos en su práctica ( $r = -0,129$ ); además consumen más carne ( $r = -0,225$ ), siendo esta última la relación más significativa ( $p = 0,000$ ).

### 2.1.2. Relación entre salud física y sexo

| Sexo: Variables significativas                                                      | R de Pearson | p     |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------|
| Realizar ejercicio físico o deporte al menos 3 o 4 días a la semana.                | -0,207       | 0,001 |
| Realizar ejercicio físico ligero o moderado entre 30 y 60 minutos por sesión.       | -0,180       | 0,005 |
| Subir escaleras en lugar de utilizar ascensores.                                    | 0,140        | 0,028 |
| Incluir refrescos gaseosos en mi dieta diaria.                                      | -0,143       | 0,024 |
| Ir caminando a la mayoría de los sitios y prescindir de vehículo siempre que puedo. | 0,153        | 0,016 |
| Ser reconocido por los demás por mis cualidades físicas o deportivas.               | -0,292       | 0,000 |
| Ser muy bueno en la práctica de ejercicio físico o en la mayoría de los deportes.   | -0,274       | 0,000 |
| Practicar o haber practicado deporte en competiciones federadas.                    | -0,378       | 0,000 |
| Incluir el pescado en mi dieta diaria.                                              | 0,189        | 0,003 |
| Destacar o haber destacado en Educación física o en el deporte escolar.             | -0,276       | 0,000 |

Tabla XX. Relación de las preguntas relacionadas con la salud física y el sexo.

- ✓ Respecto al sexo, destaca que las mujeres caminan más, prescindiendo del coche ( $r = 0,153$ ) y suben más escaleras, prescindiendo del ascensor ( $r = 0,140$ ). Además, las mujeres incluyen más el pescado en su dieta ( $r = 0,189$ ).
- ✓ En cambio, los hombres son más deportistas: lo practican o han practicado en competiciones federadas ( $r = -0,378$ , destaca una gran significación con  $p = 0,000$ ), son reconocidos por ello ( $r = -0,292$ , también con  $p = 0,000$ ), destacando en la escuela ( $r = -0,276$ , de nuevo  $p = 0,000$ ), son muy buenos en su práctica federada ( $r = -0,274$ , igualmente con  $p = 0,000$ ), realizándolo al menos 3 o 4 días a la semana ( $r = -0,207$ ), con una intensidad ligera o moderada entre 30-60 minutos por sesión ( $r = -0,180$ ). Sin embargo, los hombres incluyen más refrescos gaseosos en su dieta ( $r = -0,143$ ).

### 2.1.3. Relación entre salud física y nivel de estudios

| Nivel de estudios: Variables significativas                                       | R de Pearson | p     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------|
| Hacer una dieta equilibrada y adecuada a mi gasto de calorías diarias.            | 0,179        | 0,005 |
| Preocuparme y controlar en revisiones médicas mi peso corporal.                   | 0,178        | 0,009 |
| Preocuparme y controlar en revisiones médicas mi corazón y circulación.           | 0,136        | 0,032 |
| Realizar ejercicio físico ligero o moderado entre 30 y 60 minutos por sesión.     | 0,146        | 0,021 |
| Ser reconocido por los demás por mis cualidades físicas o deportivas.             | 0,263        | 0,000 |
| Ser muy bueno en la práctica de ejercicio físico o en la mayoría de los deportes. | 0,185        | 0,003 |
| Practicar o haber practicado deporte en competiciones federadas.                  | 0,214        | 0,001 |
| Destacar o haber destacado en Educación física o en el deporte escolar.           | 0,168        | 0,008 |

Tabla XXI. Relación de las preguntas relacionadas con la salud física y el nivel de estudios.

**Estudio epidemiológico de hábitos de vida saludable mediante la  
Escala de Valoración del Estilo de Vida Saludable Adquirido**

- ✓ Respecto al nivel de estudios, los mejor formados académicamente son más deportistas: siendo reconocidos por ello ( $r = 0,263$ , con una gran relación,  $p = 0,000$ ), practicando deporte en competiciones federadas ( $r = 0,214$ ), ser muy buenos en su práctica ( $r = 0,185$ ), destacando en la escuela ( $r = 0,168$ ) y realizándolo entre 30-60 min por sesión ( $r = 0,146$ ). También realizan una dieta equilibrada y adecuada a su gasto de calorías ( $r = 0,179$ ). Además, se preocupan y controlan en revisiones médicas su peso corporal ( $r = 0,178$ ), y su corazón y circulación ( $r = 0,136$ ).

#### **2.1.4. Relación entre salud física y estado civil**

Se decide comparar el total de los encuestados con pareja con los que no tienen pareja.

| Estado civil: Variables significativas                                     | R de Pearson | p     |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------|-------|
| Preocuparme y controlar en revisiones médicas mi corazón y circulación.    | -0,126       | 0,045 |
| Preocuparme y controlar en revisiones médicas mis triglicéridos en sangre. | -0,142       | 0,024 |
| Preocuparme y controlar en revisiones médicas mi colesterol en sangre.     | -0,157       | 0,013 |
| Destacar o haber destacado en Educación física o en el deporte escolar.    | 0,145        | 0,022 |

TablaXXII. Relación de las preguntas relacionadas con la salud física y el estado civil.

- ✓ Respecto a los que tienen pareja, se preocupan más y controlan más en revisiones médicas su colesterol ( $r = -0,157$ ), sus triglicéridos ( $r = -0,142$ ), y su corazón y circulación ( $r = -0,126$ ).
- ✓ Mientras que los que no tienen pareja, destacan o han destacado en los deportes ( $r = 0,145$ ).

#### **2.1.5. Relación entre salud física y ocupación**

Se obtienen resultados significativos para la ocupación más frecuente, empleados (54,8%). No se obtienen resultados significativos para el resto.

| Empleados: Variables significativas                                   | R de Pearson | p     |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------|-------|
| Ser reconocido por los demás por mis cualidades físicas o deportivas. | -0,151       | 0,019 |
| Practicar o haber practicado deporte en competiciones federadas.      | -0,147       | 0,023 |

Tabla XXIII. Relación de las preguntas relacionadas con la salud física y los empleados.

- ✓ Los datos destacan que los empleados no son reconocidos por los demás por sus cualidades físicas o deportivas ( $r = -0,151$ ) ni practican o han practicado deporte federado ( $r = -0,147$ ).

### 2.1.6. Relación entre salud física y nivel de ingresos mensuales

| Nivel de ingresos mensuales: Variables significativas                             | R de Pearson | p     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------|
| Hacer una dieta equilibrada y adecuada a mi gasto de calorías diarias.            | 0,160        | 0,012 |
| Incluir dulces o bollería industrial en mi dieta diaria.                          | -0,144       | 0,023 |
| Realizar ejercicio físico o deporte al menos 3 o 4 días a la semana.              | 0,127        | 0,044 |
| Preocuparme y controlar en revisiones médicas mi corazón y circulación.           | 0,131        | 0,038 |
| Realizar ejercicio físico ligero o moderado entre 30 y 60 minutos por sesión.     | 0,162        | 0,011 |
| Ser reconocido por los demás por mis cualidades físicas o deportivas.             | 0,242        | 0,000 |
| Ser muy bueno en la práctica de ejercicio físico o en la mayoría de los deportes. | 0,179        | 0,005 |
| Practicar o haber practicado deporte en competiciones federadas.                  | 0,314        | 0,000 |
| Destacar o haber destacado en Educación física o en el deporte escolar.           | 0,265        | 0,000 |

Tabla XXIV. Relación de las preguntas relacionadas con la salud física y el nivel de ingresos mensuales.

- ✓ El aumento del nivel de ingresos mensuales se relaciona positivamente con el deporte: lo han practicado o practican federado ( $r = 0,314$ , con una gran relación,  $p = 0,000$ ), destacaron por ello en el colegio ( $r = 0,265$ , también  $p = 0,000$ ), son reconocidos por los demás por ello ( $r = 0,242$ , de nuevo con una gran relación,  $p = 0,000$ ), son muy buenos en su práctica ( $r = 0,179$ ), lo realizan de modo ligero o moderado entre 30 y 60 minutos por sesión ( $r = 0,162$ ), al menos 3 o 4 días a la semana ( $r = 0,127$ ).
- ✓ Además, hacen una dieta equilibrada y adecuada a su gasto de calorías ( $r = 0,160$ ) y se preocupan y controlan en revisiones médicas su corazón y circulación ( $r = 0,131$ ).
- ✓ Los encuestados con un menor nivel de ingresos, son más propensos a consumir dulces o bollería industrial diariamente ( $r = -0,144$ ).

### 2.1.7. Relación entre salud física y religión

Se obtienen resultados significativos para la religión más frecuente, católico (81,1%). No se obtienen resultados significativos para el resto.

| Católico: Variables significativas                                                | R de Pearson | p     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------|
| Ser muy bueno en la práctica de ejercicio físico o en la mayoría de los deportes. | -0,137       | 0,036 |
| Incluir carne en mi dieta diaria más de 3 días por semana.                        | 0,150        | 0,022 |

Tabla XXV. Relación de las preguntas relacionadas con la salud física y ser católico.

- ✓ Destaca que los católicos suelen incluir carne en su dieta diaria ( $r = 0,150$ ).
- ✓ No son muy buenos en la práctica deportiva ( $r = -0,137$ ).

## 2.2. Salud mental.

Veremos las variables significativas de salud mental dentro de las preguntas acerca de los hábitos de la E-VEVSA, y las relacionaremos con cada una de las siete primeras variables.

### 2.2.1. Relación entre salud mental y edad

| Edad: Variables significativas                                  | R de Pearson | p     |
|-----------------------------------------------------------------|--------------|-------|
| Acostarme a dormir antes de la medianoche.                      | -0,156       | 0,015 |
| Tener pereza y sentir agotamiento al levantarme cada mañana.    | -0,231       | 0,000 |
| Estar ansioso y estresado.                                      | -0,135       | 0,034 |
| Tener muy baja autoestima.                                      | -0,146       | 0,021 |
| Beber más alcohol que mis amigos más cercanos.                  | -0,165       | 0,020 |
| Hacerme valorar y sentirme bien considerado por mis amigos.     | -0,125       | 0,050 |
| Mantener un clima agradable en mi entorno de trabajo o estudios | 0,179        | 0,005 |

Tabla XXVI. Relación de las preguntas relacionadas con la salud emocional y psicológica, y la edad.

- ✓ Respecto a la edad, destaca que con su aumento consiguen mantener un clima agradable en el entorno laboral o académico ( $r = 0,179$ ).
- ✓ En cambio, cuanto más jóvenes, más pereza y agotamiento sienten al levantarse cada mañana ( $r = -0,231$ , destaca una gran significación con  $p = 0,000$ ), si bien es cierto que también se van a dormir antes de la media noche más frecuentemente ( $r = -0,156$ ). Además, beben más alcohol que sus amigos más cercanos ( $r = -0,165$ ), con los cuales se hacen valorar y se sienten bien considerados ( $r = -0,125$ ). Por último, los resultados muestran que tienen menos autoestima ( $r = -0,146$ ) y se encuentran más ansiosos y estresados ( $r = -0,135$ ).

### 2.2.2. Relación entre salud mental y sexo

| Sexo: Variables significativas                                                | R de Pearson | p     |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------|
| Hacer sentir a los demás que son muy importantes en mi vida.                  | 0,200        | 0,002 |
| Alterarme por sucesos de escasa relevancia.                                   | 0,249        | 0,000 |
| Estar ansioso y estresado.                                                    | 0,144        | 0,023 |
| Hacer amistades con mucha facilidad.                                          | 0,240        | 0,000 |
| Tener muy baja autoestima.                                                    | 0,218        | 0,001 |
| Mantener y cuidar las relaciones con mis amigos más cercanos.                 | 0,214        | 0,001 |
| Hacer una siesta y descansar tras comer más de 40 minutos.                    | -0,214       | 0,001 |
| Beber más alcohol que mis amigos más cercanos.                                | -0,150       | 0,018 |
| Hacerme valorar y sentirme bien considerado por mis amigos.                   | 0,162        | 0,011 |
| Beber hasta embriagarme.                                                      | -0,148       | 0,020 |
| Estar preocupado por cuestiones personales o familiares.                      | 0,279        | 0,000 |
| Estar mucho tiempo sentado frente al televisor o videojuegos.                 | 0,231        | 0,000 |
| Organizarme para evitar acumular estrés por motivos de mi trabajo o estudios. | 0,276        | 0,000 |

Tabla XXVII. Relación de las preguntas relacionadas con la salud emocional y psicológica y el sexo.

### Estudio epidemiológico de hábitos de vida saludable mediante la Escala de Valoración del Estilo de Vida Saludable Adquirido

- ✓ Respecto al sexo, destacan las mujeres en el plano de las amistades; pues hacen amistades con más facilidad ( $r = 0,240$ , con una gran significación de  $p = 0,000$ ), manteniéndolas y cuidándolas ( $r = 0,214$ ), haciendo sentir a los demás que son muy importantes en su vida ( $r = 0,200$ ) y haciéndose valorar y sentirse bien considerado por estas ( $r = 0,162$ ). Sin embargo, no lo hacen en lo personal; están más preocupadas por cuestiones personales o familiares ( $r = 0,279$ , destaca una gran significación con  $p = 0,000$ ), alterándose más por sucesos de escasa relevancia ( $r = 0,249$ , también una gran significación, con  $p = 0,000$ ), su autoestima es más baja ( $r = 0,218$ ), y se encuentran ansiosas y estresadas ( $r = 0,144$ ); aunque intentan minimizarlo, pues se organizan más para evitar acumular ese estrés por motivos laborales o de estudios ( $r = 0,276$ , de nuevo con una gran significación,  $p = 0,000$ ). Otro dato para destacar es que están mucho más tiempo sentadas frente al televisor ( $r = 0,231$ , gran significación con  $p = 0,000$ ).
- ✓ En cambio, los hombres hacen una siesta de más de 40 minutos ( $r = -0,214$ ), y consumen más alcohol, pues beben más alcohol que sus amigos más cercanos ( $r = -0,150$ ) y lo hacen hasta embriagarse más frecuentemente ( $r = -0,148$ ).

#### 2.2.3. Relación entre salud mental y nivel de estudios

| Nivel de estudios: Variables significativas                                     | R de Pearson | p     |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------|
| Quedarme dormido (sofá, sillón) sin acostarme hasta después de las 24:00 horas. | -0,131       | 0,038 |
| Preocuparme y controlar en revisiones médicas mi estado mental y emocional.     | 0,127        | 0,045 |
| Buscar motivaciones que hagan de mi trabajo o mis estudios una tarea agradable. | 0,181        | 0,004 |
| Llevar la iniciativa para tomar decisiones dentro de mi grupo de amigos.        | 0,143        | 0,024 |
| Tener muy baja autoestima.                                                      | -0,225       | 0,000 |
| Hacerme valorar y sentirme bien considerado por mis amigos.                     | 0,134        | 0,034 |
| Estar preocupado por cuestiones personales o familiares.                        | -0,129       | 0,044 |
| Estar mucho tiempo sentado frente al televisor o videojuegos.                   | -0,130       | 0,040 |
| Organizarme para evitar acumular estrés por motivos de mi trabajo o estudios.   | 0,168        | 0,008 |
| Aliviar mi tensión contando mis problemas a una persona de confianza.           | 0,131        | 0,038 |

Tabla XXVIII. Relación de las preguntas relacionadas con la salud emocional y psicológica y el nivel de estudios.

- ✓ Respecto al nivel de estudios, los mejor formados académicamente tienen mejor salud mental en el entorno laboral o académico: buscan motivaciones que hagan dichas tareas más agradables ( $r = 0,181$ ) y se organizan mejor para evitar acumular estrés por dichos motivos ( $r = 0,168$ ). También destacan en amistades: llevando la iniciativa para tomar decisiones dentro de su grupo de amigos ( $r = 0,143$ ) y haciéndose valorar y sentirse bien considerados por ellos ( $r = 0,134$ ); además de aliviar la tensión contando sus problemas a una persona de confianza ( $r = 0,131$ ). Por último, hay que destacar que se preocupan y controlan más su estado mental y emocional en revisiones médicas ( $r = 0,127$ ).
- ✓ Mientras que los peor formados académicamente, tienen muy baja autoestima ( $r = -0,225$ , con  $p = 0,000$ ), quedándose dormidos en el sofá o sillón hasta después de medianoche ( $r = -0,131$ ), pasando mucho tiempo sentado frente al televisor o los videojuegos ( $r = -0,130$ ) y preocupándose por cuestiones personales o familiares ( $r = -0,129$ ).

#### 2.2.4. Relación entre salud mental y estado civil

Se decide comparar el total de los encuestados con pareja con los que no tienen pareja. Debido a que no se obtiene un número significativo de resultados para las otras opciones disponibles, ni individualizando cada grupo original (soltero, casado, unión libre, separado con hijos, separado sin hijos, divorciado con hijos, divorciado sin hijos, y viudo), ni separándonos en encuestados con hijos o sin hijos.

| Estado civil: Variables significativas                                       | R de Pearson | p     |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------|
| Tener problemas personales o sociales debido al consumo de alcohol.          | 0,165        | 0,009 |
| Hacer sentir a los demás que son muy importantes en mi vida.                 | -0,149       | 0,000 |
| Acostarme a dormir antes de la medianoche.                                   | -0,150       | 0,017 |
| Estar preocupado constantemente por cuestiones personales o familiares.      | 0,219        | 0,039 |
| Organizarme para evitar acumular estrés por motivos de mi trabajo o estudio. | -0,145       | 0,022 |

Tabla XXIX. Relación de las preguntas relacionadas con la salud emocional y psicológica y el estado civil.

- ✓ Respecto a los que tienen pareja, hacen sentir a los demás que son muy importantes en su vida ( $r = -0,149$ , con  $p = 0,000$ ), se acuestan a dormir antes de la medianoche ( $r = -0,150$ ), y se organizan para evitar acumular estrés por motivos de su trabajo o estudio ( $r = -0,145$ ).
- ✓ Mientras que las personas sin pareja, suelen tener problemas personales o sociales debido al consumo de alcohol ( $r = 0,165$ ), y se muestran más preocupadas constantemente por cuestiones personales o familiares ( $r = 0,219$ ).

#### 2.2.5. Relación entre salud mental y ocupación

Se obtienen resultados significativos para la ocupación más frecuente, empleados (54,8%). No se obtienen resultados significativos para el resto (parado, obrero, empleado, autónomo, profesor, estudiante, ama de casa, y otra).

| Ocupación: Variables significativas                        | R de Pearson | p     |
|------------------------------------------------------------|--------------|-------|
| Hacer una siesta y descansar tras comer más de 40 minutos. | -0,171       | 0,008 |

Tabla XXX. Relación de las preguntas relacionadas con la salud emocional y psicológica y los empleados.

- ✓ Los datos destacan que los empleados no suelen hacer una siesta más de 40 minutos ( $r = -0,171$ ).

## 2.2.6. Relación entre salud mental y nivel de ingresos mensuales

| Nivel de ingresos mensuales: Variables significativas                         | R de Pearson | p     |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------|
| Quedarme dormido (sofá, sillón) sin acostarme hasta después de la medianoche. | -0,203       | 0,001 |
| Alterarme por sucesos de escasa relevancia.                                   | -0,277       | 0,000 |
| Estar ansioso y estresado.                                                    | -0,128       | 0,044 |
| Hacer amistades con mucha facilidad.                                          | -0,132       | 0,037 |
| Tener muy baja autoestima.                                                    | -0,265       | 0,000 |
| Intentar que mi trabajo o estudios no perjudique mis relaciones sociales.     | 0,154        | 0,015 |
| Hacer una siesta y descansar tras comer más de 40 minutos.                    | 0,168        | 0,008 |
| Estar preocupado continuamente por cuestiones personales o familiares.        | -0,152       | 0,017 |
| Hacer sentir a los demás que pueden contar conmigo para cualquier necesidad.  | 0,177        | 0,006 |
| Organizarme para evitar acumular estrés por motivos de mi trabajo o estudios. | 0,265        | 0,000 |

Tabla XXXI. Relación de las preguntas relacionadas con la salud emocional y psicológica y el nivel de ingresos mensuales.

- ✓ Los encuestados con mayor nivel de ingresos mensuales se organizan mejor en sus trabajos para evitar acumular estrés ( $r = 0,265$ , con una gran relación,  $p = 0,000$ ), intentando que este no perjudique sus relaciones sociales ( $r = 0,154$ ). También hacen sentir a los demás que pueden contar con ellos para cualquier necesidad ( $r = 0,177$ ) y hacen una siesta de más de 40 minutos ( $r = 0,168$ ).
- ✓ Los encuestados con un menor nivel de ingresos, por el contrario, se alteran por sucesos de escasa relevancia ( $r = -0,277$ , con una gran relación,  $p = 0,000$ ), tienen menos autoestima ( $r = -0,265$ , de nuevo con una gran relación,  $p = 0,000$ ), se quedan dormidos en el sofá o el sillón después de medianoche ( $r = -0,203$ ), están preocupados constantemente por cuestiones personales o familiares ( $r = -0,152$ ), estando ansiosos y estresados ( $r = -0,128$ ); aunque hacen amistades con mucha facilidad ( $r = -0,132$ ).

## 2.2.7. Relación entre salud mental y religión

Se obtienen resultados significativos para la religión más frecuente, católico (81,1%). No se obtienen resultados significativos para el resto.

| Católico: Variables significativas                            | R de Pearson | p     |
|---------------------------------------------------------------|--------------|-------|
| Consumir drogas ilegales (marihuana, cocaína, heroína, etc.). | -0,137       | 0,035 |
| Beber más alcohol que mis amigos más cercanos.                | -0,134       | 0,040 |

Tabla XXXII. Relación de las preguntas relacionadas con la salud emocional y psicológica y ser católico.

- ✓ Destaca que los católicos son menos proclives al consumo de drogas ilegales ( $r = -0,137$ ) y beben menos alcohol que sus amigos más cercanos ( $r = -0,134$ ).

## 2.3. Salud social.

Veremos las variables significativas de salud social dentro de las preguntas acerca de los hábitos de la E-VEVSA. A continuación, las relacionaremos con cada una de las siete primeras variables.

### 2.3.1. Relaciones entre salud social y edad

| Edad: Variables significativas                                         | R de Pearson | p     |
|------------------------------------------------------------------------|--------------|-------|
| Tener problemas personales y sociales debido al consumo de alcohol.    | -0,132       | 0,039 |
| Frecuentar lugares de fumadores.                                       | -0,134       | 0,036 |
| Beber más alcohol que mis amigos más cercanos.                         | -0,197       | 0,020 |
| Trasnochar y acostarme muy tarde siempre que tengo salidas con amigos. | -0,159       | 0,013 |

Tabla XXXIII. Relación de las preguntas relacionadas con la salud social y la edad.

- ✓ Respecto a la edad, destaca que cuanto más jóvenes, beben más alcohol ( $r = -0,197$ ) y, a causa de ello, aumentan sus problemas personales y sociales ( $r = -0,132$ ). Además, cuando tienen salidas con los amigos, trasnochan y se acuestan muy tarde ( $r = -0,159$ ), frecuentando lugares de fumadores ( $r = -0,134$ ).

### 2.3.2. Relaciones entre salud social y sexo

| Sexo: Variables significativas                                               | R de Pearson | p     |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------|
| Hacer sentir a los demás que son muy importantes en mi vida.                 | 0,200        | 0,002 |
| Hacer amistades con mucha facilidad.                                         | 0,240        | 0,000 |
| Mantener y cuidar las relaciones con mis amigos más cercanos.                | 0,214        | 0,001 |
| Hacerme valorar y sentirme bien considerado por mis amigos.                  | 0,162        | 0,011 |
| Hacer sentir a los demás que pueden contar conmigo para cualquier necesidad. | 0,231        | 0,000 |
| Aliviar mi tensión contando mis problemas a una persona de confianza.        | 0,331        | 0,000 |

Tabla XXXIV. Relación de las preguntas relacionadas con la salud social y el sexo.

- ✓ Respecto al sexo, destacan las mujeres en el plano de las amistades; pues hacen amistades con más facilidad ( $r = 0,240$ , con una gran significación de  $p = 0,000$ ), manteniéndolas y cuidándolas ( $r = 0,214$ ), haciendo sentir a los demás que son muy importantes en su vida ( $r = 0,200$ ), haciéndose valorar y sentirse bien considerado por estas ( $r = 0,162$ ) y haciendo sentir a los demás que pueden contar con ellas para cualquier necesidad ( $r = 0,231$ , también con  $p = 0,000$ ). Además, alivian su tensión contando sus problemas a una persona de confianza ( $r = 0,331$ , de nuevo con  $p = 0,000$ ).

### 2.3.3. Relaciones entre salud social y nivel de estudios

| Nivel de estudios: Variables significativas                                  | R de Pearson | p     |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------|
| Llevar la iniciativa para tomar decisiones dentro de mi grupo de amigos.     | 0,143        | 0,024 |
| Hacerme valorar y sentirme bien considerado por mis amigos.                  | 0,134        | 0,034 |
| Hacer sentir a los demás que pueden contar conmigo para cualquier necesidad. | -0,130       | 0,040 |

Tabla XXXV. Relación de las preguntas relacionadas con la salud social y el nivel de estudios.

- ✓ Respecto al nivel de estudios, los mejor formados académicamente son los que llevan la iniciativa para tomar decisiones dentro del grupo de amigos ( $r = 0,143$ ), además consiguen hacerse valorar y sentirse bien considerado por sus amigos ( $r = 0,134$ ).
- ✓ Aunque los peor formados académicamente hacen sentir a los demás que pueden contar con ellos para cualquier necesidad ( $r = -0,130$ ).

### 2.3.4. Relaciones entre salud social y estado civil

Se decide comparar el total de los encuestados con pareja con los que no tienen pareja.

| Estado civil: Variables significativas                                    | R de Pearson | p     |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------|-------|
| Tener problemas personales o sociales debido al consumo de alcohol.       | 0,165        | 0,009 |
| Hacer sentir a los demás que son muy importantes en mi vida.              | -0,149       | 0,000 |
| Hacer sentir a los demás que pueden contar conmigo para lo que necesiten. | -0,159       | 0,012 |
| Aliviar mi tensión contando mis problemas a una persona de confianza.     | -0,179       | 0,007 |

Tabla XXXVI. Relación de las preguntas relacionadas con la salud social y el estado civil.

- ✓ Respecto a las personas con pareja, hacen sentir a los demás que son muy importantes para su vida ( $r = -0,149$ , con  $p = 0,000$ ) y que pueden contar con ellos para lo que necesiten ( $r = -0,159$ ), también alivian su tensión contando sus problemas a una persona de su confianza ( $r = -0,179$ ).
- ✓ Sin embargo, los que no tienen pareja tienen mayor tendencia a tener problemas personales o sociales debido al consumo de alcohol ( $r = 0,165$ ).

### 2.3.5. Relaciones entre salud social y ocupación

No se obtienen resultados significativos para ninguna de las variables de ocupación para salud social.

### 2.3.6. Relaciones entre salud social y nivel de ingresos mensuales

| Nivel de ingresos mensuales: Variables significativas                     | R de Pearson | p     |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------|-------|
| Hacer amistades con mucha facilidad.                                      | -0,132       | 0,037 |
| Intentar que mi trabajo o estudios no perjudique mis relaciones sociales. | 0,154        | 0,015 |

Tabla XXXVII. Relación de las preguntas relacionadas con la salud social y el nivel de ingresos mensuales.

- ✓ Los encuestados con mayor nivel de ingresos mensuales intentan que su trabajo o estudios no perjudique sus relaciones sociales ( $r = 0,154$ ).

- ✓ Mientras que los encuestados con un menor nivel de ingresos, hacen amistades con mucha facilidad ( $r = -0,132$ ).

### 2.3.7. Relaciones entre salud social y religión

Se obtienen resultados significativos para la religión más frecuente, católico (81,1%). No se obtienen resultados significativos para el resto.

| Católico: Variables significativas                            | R de Pearson | p     |
|---------------------------------------------------------------|--------------|-------|
| Consumir drogas ilegales (marihuana, cocaína, heroína, etc.). | -0,162       | 0,011 |
| Beber más alcohol que mis amigos más cercanos.                | -0,134       | 0,040 |

Tabla XXXVIII. Relación de las preguntas relacionadas con la salud social y ser católico.

- ✓ Destaca que los católicos son menos proclives al consumo de drogas ilegales ( $r = -0,137$ ) y beben menos alcohol que sus amigos más cercanos ( $r = -0,134$ ).

## 2.4. Relación de variables más significativas.

A continuación, se exponen las 22 relaciones directas más estadísticamente significativas ( $p = 0,000$ ) del estudio epidemiológico:

- 1) Ser joven con “incluir carne en mi dieta diaria más de 3 días por semana”, “tener pereza y sentir agotamiento al levantarme cada mañana”.
- 2) Ser hombre con: “ser reconocido por los demás por mis cualidades físicas o deportivas”, “ser muy bueno en la práctica de ejercicio físico o en la mayoría de los deportes”, “practicar o haber practicado deporte en competiciones federadas”, y “destacar o haber destacado en Educación Física o en el deporte escolar”.
- 3) Ser mujer con: “alterarme por sucesos de escasa relevancia”, “estar preocupado constantemente por cuestiones personales o familiares”, “organizarme para evitar acumular estrés por motivos de mi trabajo o estudios”, “estar mucho tiempo sentado frente al televisor o videojuegos”, “hacer amistades con mucha facilidad”, “hacer sentir a los demás que pueden contar conmigo para cualquier necesidad”, y “aliviar mi tensión contando mis problemas a una persona de confianza”.
- 4) Un nivel de estudios bajo con: “tener muy baja autoestima”.
- 5) Un nivel de estudios alto con: “ser reconocido por los demás por mis cualidades físicas o deportivas”.
- 6) Tener pareja con: “Hacer sentir a los demás que son muy importantes en mi vida”.
- 7) Un nivel de ingresos mensuales bajo con: “alterarme por sucesos de escasa relevancia”, y “tener muy baja autoestima”.
- 8) Un nivel de ingresos mensuales alto con: “ser reconocido por los demás por mis cualidades físicas o deportivas”, “practicar o haber practicado deporte en competiciones federadas”, “destacar o haber destacado en Educación Física o en el deporte escolar”, y “organizarme para evitar acumular estrés por motivos de mi trabajo o estudios”.

## **VI. DISCUSIÓN**



## 1. ANÁLISIS COMPARATIVO CON OTROS ESTUDIOS.

Los resultados del estudio muestran resultados similares a los estudios de EVS revisados.

A continuación, se comparan los hábitos adquiridos por los encuestados en salud física, salud mental y salud social, frente a los resultados obtenidos en otros estudios.

### 1.1. Edad

#### 1.1.1. Más jóvenes

- Salud física: por un lado, practican más deporte en competiciones federadas ( $r = -0,148$ ,  $p = 0,020$ ) y son más buenos en su práctica ( $r = -0,129$ ,  $p = 0,044$ ). Sin embargo, incluyen en su dieta más carne de la recomendada ( $r = -0,225$ ,  $p = 0,000$ ), coincidiendo con el estudio Aegon (2018) donde indica que la edad es una variable que influye notoriamente en cómo cuidamos nuestra alimentación, siendo a partir de los 35 años cuando los españoles le dan más importancia a tener una dieta variada (80,3%), a cuidar los hábitos de alimentación para tener una buena salud y figura (71,3%) y cuando más se preocupan por los componentes nutricionales de los alimentos que consumen (69%).
- Salud mental: datos preocupantes, pues frecuentan lugares de fumadores ( $r = -0,134$ ,  $p = 0,036$ ); beben más alcohol ( $r = -0,165$ ,  $p = 0,020$ ), aumentando sus problemas personales y sociales ( $r = -0,132$ ,  $p = 0,039$ ); sienten pereza y agotamiento al levantarse cada mañana ( $r = -0,231$ ,  $p = 0,000$ ), aunque se van a dormir antes de la media noche más frecuentemente ( $r = -0,156$ ,  $p = 0,015$ ); tienen baja autoestima ( $r = -0,146$ ,  $p = 0,021$ ); se encuentran más ansiosos y estresados ( $r = -0,135$ ,  $p = 0,034$ ). Estos datos parecen ir en contra del estudio Aegon (2018) donde los que muestran más diferencias en cuanto a sus estados de ánimo son los mayores de 64 años, donde la incidencia en depresión aumenta, sobre todo en mujeres.
- Salud social: se hacen valorar y se sienten bien considerados por sus amigos ( $r = -0,125$ ,  $p = 0,050$ ).

#### 1.1.2. Más adultos

- Salud física: destacan en realización de revisiones médicas, pues se preocupan y controlan en revisiones médicas más cuatro parámetros: glc ( $r = 0,176$ ,  $p = 0,006$ ), colesterol ( $r = 0,172$ ,  $p = 0,007$ ), tensión arterial ( $r = 0,161$ ,  $p = 0,011$ ) y triglicéridos ( $r = 0,149$ ,  $p = 0,019$ ), lo cual tiene relación con el estudio Aegon (2018) donde destaca que aumenta progresivamente con la edad estar siguiendo un tratamiento y el correspondiente seguimiento médico para una enfermedad crónica, así como que la percepción sobre nuestra salud empeora con la edad, especialmente a partir de los 55 años (56%), asegurando que la generación que mejor salud tiene es aquella con edad comprendida entre los 25 y 34 años (83%).
- Salud mental: sin resultados estadísticamente significativos.
- Salud social: mantienen un clima agradable en el entorno laboral o académico ( $r = 0,179$ ,  $p = 0,005$ ).

## 1.2. Sexo

### 1.2.1. Hombres

- Salud física: son más deportistas, lo practican o han practicado en competiciones federadas ( $r = -0,378$ ,  $p = 0,000$ ), son reconocidos por ello ( $r = -0,292$ ,  $p = 0,000$ ), destacando en la escuela ( $r = -0,276$ ,  $p = 0,000$ ), son muy buenos en su práctica federada ( $r = -0,274$ ,  $p = 0,000$ ), realizándolo al menos 3 o 4 días a la semana ( $r = -0,207$ ,  $p = 0,001$ ), con una intensidad ligera o moderada entre 30-60 minutos por sesión ( $r = -0,180$ ,  $p = 0,005$ ). Aunque en hábitos alimenticios ellos incluyen más refrescos gaseosos en su dieta ( $r = -0,143$ ,  $p = 0,024$ ).
- Salud mental: lamentablemente suelen consumir demasiado alcohol, bebiendo más alcohol que sus amigos más cercanos ( $r = -0,150$ ,  $p = 0,018$ ) y además lo hacen hasta embriagarse más frecuentemente ( $r = -0,148$ ,  $p = 0,020$ ). Y no deberían hacer tantas siestas de más de 40 minutos ( $r = -0,214$ ,  $p = 0,001$ ). Gove y Hughes (1979) y Nathanson (1977) ya declararon que los hombres poseen índices más altos de mortalidad, mientras que las mujeres presentan un peor estado de salud, pues enferman con más frecuencia y tienen índices más altos de morbilidad, discapacidad y uso del sistema sanitario, sin embargo, su esperanza de vida es más larga.
- Salud social: sin resultados estadísticamente significativos.

### 1.2.2. Mujeres

- Salud física: Es bueno el dato de que caminan más, prescindiendo del coche ( $r = 0,153$ ,  $p = 0,016$ ) y suben más escaleras, prescindiendo del ascensor ( $r = 0,140$ ,  $p = 0,028$ ); además incluyen más el pescado en su dieta ( $r = 0,189$ ,  $p = 0,0$ ).
- Salud mental: como punto a favor se organizan más para evitar acumular ese estrés por motivos laborales o de estudios ( $r = 0,276$ ,  $p = 0,000$ ). Aunque como puntos en contra están constantemente preocupadas por cuestiones personales o familiares ( $r = 0,279$ ,  $p = 0,000$ ), alterándose más por sucesos de escasa relevancia ( $r = 0,249$ ,  $p = 0,000$ ), su autoestima es más baja ( $r = 0,218$ ,  $p = 0,001$ ), y se encuentran ansiosas y estresadas ( $r = 0,144$ ,  $p = 0,023$ ). Esta peor salud mental de la mujer ya la destacaban Ross y Bird (1994) al publicar que los hombres declaran mejor estado de salud en todos los grupos de edad, aunque a medida que avanza la edad esta disminuye; aunque como está peor salud percibida por las mujeres podía ser debida a las diferencias del significado y de su expresión, se ajustó según su mayor capacidad de referir problemas y de expresar sus emociones, con resultados que siguen siendo peores que los hombres.
- Salud social: destacan en el plano de las amistades, hacen amistades con más facilidad ( $r = 0,240$ ,  $p = 0,000$ ), manteniéndolas y cuidándolas ( $r = 0,214$ ,  $p = 0,001$ ), haciendo sentir a los demás que son muy importantes en su vida ( $r = 0,200$ ,  $p = 0,002$ ), haciéndose valorar y sentirse bien considerado por estas ( $r = 0,162$ ,  $p = 0,011$ ), hacen sentir a los demás que pueden contar con ellas para cualquier necesidad ( $r = 0,231$ ,  $p = 0,000$ ). Además, alivian su tensión contando sus problemas a una persona de confianza ( $r = 0,331$ ,  $p = 0,000$ ). Pero están mucho más tiempo sentadas frente al televisor ( $r = 0,231$ ,  $p = 0,000$ ).

### 1.3. Nivel de estudios

#### 1.3.1. Bajo nivel académico

- Salud física: sin resultados estadísticamente significativos.
- Salud mental: tampoco hay buenos resultados, pues tienen muy baja autoestima ( $r = -0,225$ ,  $p = 0,000$ ). Se preocupan contantemente por cuestiones personales o familiares ( $r = -0,129$ ,  $p = 0,044$ ). No deberían quedarse dormidos en el sofá o sillón tanto hasta después de la medianoche ( $r = -0,131$ ,  $p = 0,038$ ), pasando mucho tiempo sentados frente al televisor o los videojuegos ( $r = -0,130$ ,  $p = 0,040$ ).
- Salud social: aunque como dato positivo hacen sentir a los demás que pueden contar con ellos para cualquier necesidad ( $r = -0,130$ ,  $p = 0,040$ ). Los datos negativos obtenidos concuerdan, en parte, con datos negativos obtenidos en otros estudios en relación al bajo rendimiento académico, donde es más frecuente en personas que fuman tabaco, beben alcohol, consumen marihuana, tienen mala relación con sus profesores y amigos, se aíslan socialmente, padecen desórdenes psiquiátricos o enfermedades físicas crónicas, intentan suicidarse, tienen malos hábitos alimenticios o sobrepeso (Neumark-Sztainer et al., 1997; Aloise et al., 2002; Taras y Potts-Datema, 2005; Huurre et al., 2006; NCSET, 2006; Hall-Lande et al., 2007; Cox et al., 2008; MCS, 2008).

#### 1.3.2. Alto nivel académico

- Salud física: Destacan. Son más deportistas, siendo reconocidos por ello ( $r = 0,263$ ,  $p = 0,000$ ), practicando deporte en competiciones federadas ( $r = 0,214$ ,  $p = 0,001$ ), ser muy buenos en su práctica ( $r = 0,185$ ,  $p = 0,003$ ), destacando en la escuela ( $r = 0,168$ ,  $p = 0,008$ ) y realizándolo entre 30-60 min por sesión ( $r = 0,146$ ,  $p = 0,021$ ). También Realizan una dieta equilibrada y adecuada a su gasto de calorías ( $r = 0,179$ ,  $p = 0,005$ ). Por último, se preocupan y controlan en revisiones médicas su peso corporal ( $r = 0,178$ ,  $p = 0,009$ ), y su corazón y circulación ( $r = 0,136$ ,  $p = 0,032$ ).
- Salud mental: Buenos resultados en su entorno laboral o académico, ya que buscan motivaciones que hagan dichas tareas más agradables ( $r = 0,181$ ,  $p = 0,004$ ) y se organizan mejor para evitar acumular estrés por dichos motivos ( $r = 0,168$ ,  $p = 0,008$ ). Se preocupan y controlan más su estado mental y emocional en revisiones médicas ( $r = 0,127$ ,  $p = 0,045$ ).
- Salud social: Destacan en amistades, llevando la iniciativa para tomar decisiones dentro de su grupo de amigos ( $r = 0,143$ ,  $p = 0,024$ ) y haciéndose valorar y sentirse bien considerados por ellos ( $r = 0,134$ ,  $p = 0,034$ ); además de aliviar la tensión contando sus problemas a una persona de confianza ( $r = 0,131$ ,  $p = 0,038$ ).

Muestran buenos resultados en las tres áreas de la salud estudiadas, confirmando que las personas que terminan la educación media superior tienen mejor estado de salud (WHO, 2008).

### 1.4. Estado civil

#### 1.4.1. Con pareja

- Salud física: acertadamente se preocupan y controlan más en revisiones médicas su colesterol ( $r = -0,157$ ,  $p = 0,013$ ), sus triglicéridos ( $r = -0,142$ ,  $p = 0,024$ ), y su corazón y circulación ( $r = -0,126$ ,  $p = 0,045$ ).
- Salud mental: Mejor, pues hacen sentir a los demás que son muy importantes en su vida ( $r = -0,149$ , con  $p = 0,000$ ), se acuestan a dormir antes de la medianoche ( $r = -0,150$ ,  $p = 0,017$ ), y se

organizan para evitar acumular estrés por motivos de su trabajo o estudio ( $r = -0,145$ ,  $p = 0,022$ ). En su estudio, Simó (2015), destacaba que los hombres separados/divorciados presentan mayores riesgos de sufrir depresión crónica que el resto de hombres, que las mujeres separadas/divorciadas evidencian mayores riesgos de sufrir tanto ansiedad crónica como depresión crónica, y que convivir en pareja tiene un efecto beneficioso, pues atenúa la mala salud mental en general.

- Salud social: datos positivos, pues hacen sentir a los demás que pueden contar con ellos para lo que necesiten ( $r = -0,159$ ,  $p = 0,012$ ), también aliviar su tensión contando sus problemas a una persona de confianza ( $r = -0,179$ ,  $p = 0,007$ ).

#### **1.4.2. Sin pareja**

- Salud física: como dato positivo destacan o han destacado en los deportes ( $r = 0,145$ ,  $p = 0,022$ ).
- Salud mental: lamentablemente se muestran más preocupadas constantemente por cuestiones personales o familiares ( $r = 0,219$ ,  $p = 0,039$ ). Además, tener en cuenta que la reducción de los recursos y la merma en las condiciones de vida afectan mucho más frecuentemente a las mujeres que a los hombres (Andre y Hummelsheim, 2009).
- Salud social: Resulta que tienen mayor tendencia a tener problemas personales o sociales debido al consumo de alcohol ( $r = 0,165$ ,  $p = 0,009$ ).

Concluyendo, los datos obtenidos confirman lo descrito en estudios previos, aun así, destacar que la complejidad de la ruptura y sus consecuencias aumentan con la presencia de hijos, con los años de convivencia y con la existencia de un patrimonio común, pudiendo situar a los miembros de la pareja ante una mayor vulnerabilidad, particularmente, en el orden económico y en el de la salud (Simó, 2015).

### **1.5. Ocupación: empleados**

Se recogen datos estadísticamente significativos para empleados.

- Salud física: Es bueno que no suelen hacer una siesta más de 40 minutos ( $r = -0,171$ ,  $p = 0,008$ ). Sin embargo, no es bueno que no sean reconocidos por los demás por sus cualidades físicas o deportivas ( $r = -0,151$ ,  $p = 0,019$ ) ni practican o han practicado deporte federado ( $r = -0,147$ ,  $p = 0,023$ ).
- Salud mental: sin datos estadísticamente significativos. Aunque hay que destacar la fuerte relación entre las condiciones del puesto laboral y la salud mental del empleado (Smith et al., 1998, 2000).
- Salud social: sin datos estadísticamente significativos.

Estaría bien conocer la exposición a determinados riesgos físicos y químicos del medio ambiente laboral, pues se asocia a un empeoramiento en la salud del individuo, junto al desempleo, debido al deterioro socioeconómico que supone (Smith et al., 1998, 2000).

Habría que ampliar la muestra de estudiantes para corroborar a Farinola et al. (2012), publicaron que en los estudiantes existe un nivel de actividad física superior al de los trabajadores, sobre todo en mujeres. Además, Steptoe (2002), especificó que los estudiantes y trabajadores de carreras relacionadas con la actividad física y ciencias médicas muestran mejores resultados en el hábito de ser físicamente activos, menor consumo de alcohol, tabaco, drogas, y sobre la salud general, que en el resto de las carreras.

## 1.6. Nivel de ingresos mensuales

### 1.6.1. Bajo nivel económico

- Salud física: Deben mejorar sus hábitos alimentarios, al ser más propensos a consumir dulces o bollería industrial diariamente ( $r = -0,144$ ,  $p = 0,023$ ). La mayor frecuencia de hábitos de riesgo para la salud en las personas menos privilegiadas, como la alimentación inadecuada, es una de las causas más importantes estudiada y refrendada para explicar que provoca y perpetua esta relación entre las desigualdades socioeconómicas y el estado de salud; destacar también el consumo excesivo de tabaco y alcohol, y la ausencia de actividad física (Pekkanen et al., 1995; Schrijvers et al., 1999; Smith et al., 1990, 1996).
- Salud mental: Peor, ya que se alteran por sucesos de escasa relevancia ( $r = -0,277$ ,  $p = 0,000$ ), están preocupados continuamente por cuestiones personales o familiares ( $r = -0,152$ ,  $p = 0,017$ ), estando ansiosos y estresados ( $r = -0,128$ ,  $p = 0,044$ ), y tienen menos autoestima ( $r = -0,265$ ,  $p = 0,000$ ). También deben mejorar sus hábitos de reposo nocturno ya que se quedan dormidos en el sofá o el sillón después de medianoche ( $r = -0,203$ ,  $p = 0,001$ ). Destacar la fuerte relación del nivel económico con el estado mental de la persona, como defienden múltiples estudios (Bosma et al., 1998; Chandola et al., 2006; Hemingway y Marmot, 1999; Risengren et al., 2004; Siegrist y Marmot, 2004).
- Salud social: Son capaces de hacer amistades con mucha facilidad ( $r = -0,132$ ,  $p = 0,037$ ).

Estos datos negativos en salud eran previsibles, pues las dificultades económicas se asocian a un descenso en la posición socioeconómica, lo que se relaciona con un aumento en los daños a la salud (Smith et al., 1998, 2000). Otras investigaciones también muestran que niveles bajos en marcadores socioeconómicos, como el nivel económico, la ocupación o el nivel de estudios, están relacionados con una peor salud (Adler et al., 1994; Mackenbach et al., y Grupo de Trabajo de la Unión Europea sobre Desigualdades Socioeconómicas en Salud, 1997; Marmot y Wilkinson, 2006).

### 1.6.2. Alto nivel económico

- Salud física: Mejor estado físico, han practicado deporte federado o lo practican ( $r = 0,314$ ,  $p = 0,000$ ), destacaron por ello en el colegio ( $r = 0,265$ ,  $p = 0,000$ ), son reconocidos por los demás por ello ( $r = 0,242$ ,  $p = 0,000$ ), son muy buenos en su práctica ( $r = 0,179$ ,  $p = 0,005$ ), lo realizan de modo ligero o moderado entre 30 y 60 minutos por sesión ( $r = 0,162$ ,  $p = 0,011$ ), al menos 3 o 4 días a la semana ( $r = 0,127$ ,  $p = 0,044$ ). Mejores hábitos alimenticios, al llevar una dieta equilibrada y adecuada a su gasto de calorías ( $r = 0,160$ ,  $p = 0,012$ ). Además, se preocupan y controlan en revisiones médicas su corazón y circulación ( $r = 0,131$ ,  $p = 0,038$ ).
- Salud mental: Se organizan mejor en sus trabajos para evitar acumular estrés ( $r = 0,265$ ,  $p = 0,000$ ). No obstante, no deberían de hacer una siesta de más de 40 minutos ( $r = 0,168$ ,  $p = 0,008$ ).
- Salud social: Intentan que el estrés no perjudique sus relaciones sociales ( $r = 0,154$ ,  $p = 0,015$ ), además procuran que su trabajo o estudios no perjudique dichas relaciones ( $r = 0,154$ ,  $p = 0,015$ ) y hacen sentir a los demás que pueden contar con ellos para cualquier necesidad ( $r = 0,177$ ,  $p = 0,006$ ).

Por último existe una hipótesis de gran interés centrada en las ventajas y desventajas materiales asociada a la estructura social, lo cual se perpetúa a lo largo de la vida; así pues, según aumenta el número de exposiciones socioeconómicas adversas a lo largo de la vida, se incrementa gradualmente la probabilidad de que aparezca algún tipo de incapacidad, el riesgo de ocurrencia de enfermedades crónicas, la percepción subjetiva de mala salud y la mortalidad (Singh-Manoux et al., 2004; Power et al., 1999).

### 1.7. Religión: católicos

Destacar que es la variable del primer folio que más encuestados ha dejado sin contestar, pues el total de encuestas válidas es de 238 (93%), mientras que de perdidas es 18 (7%).

Se recogen datos estadísticamente significativos para católicos.

- Salud física: Es mejorable, pues no son muy buenos en la práctica deportiva ( $r = -0,137$ ,  $p = 0,036$ ) y suelen incluir carne en su dieta diaria ( $r = 0,150$ ,  $p = 0,022$ ). Aunque en lo relacionado con religiosidad e inactividad física, no se observa una asociación estadísticamente significativa en los estudios revisados, tan solo en un estudio consta la asociación entre la religión y la percepción y control del peso corporal, en consecuencia, esto podría relacionarse con el nivel de actividad física (Kim, 2007).
- Salud mental: Menos adicciones, pues son menos proclives al consumo de drogas ilegales ( $r = -0,162$ ,  $p = 0,011$ ), y beben menos alcohol que sus amigos más cercanos ( $r = -0,134$ ,  $p = 0,040$ ). Lo cual contradice, en principio, la revisión de estudios previa, pues no existía una asociación significativa entre religiosidad y consumo de sustancias ilegales. Este dato es consistente en dos estudios cuyos autores no observaron relación entre religiosidad y consumo de marihuana (Sinha et al., 2007; Ritt-Olson et al., 2004). No obstante, otros estudios demuestran que los encuestados que informaron acerca del consumo de alguna sustancia ilegal fueron significativamente menos religiosos (Sánchez et al., 2004; Borges-Pavani et al., 2007; y Rueda-Jaimes et al., 2011). En el consumo de alcohol ocurre algo similar, los estudios previos suelen encontrar independencia entre religiosidad y su consumo, por lo que tampoco deberían ser significativos. Aunque se ha documentado una correlación leve (Ritt-Olson et al., 2004). Incluso, otros estudios, encontraron que la alta religiosidad fue un factor protector, relacionándose con un menor consumo de alcohol (Sinha et al., 2007; Bezerra et al., 2009; Brown et al., 2001; Galduroz et al., 2010). No obtenemos resultados significativos del consumo de tabaco, con lo cual continua la disparidad de resultados, por lo que no está clara la asociación entre religiosidad y consumo de tabaco. Por un lado, no se observa relación entre ser ateo y el consumo de tabaco (Cogollo-Milanés y De La Hoz-Restrepo, 2010). No obstante, otros estudios hallaron que la frecuencia de fumadores fue significativamente mayor en ateos (Sinha et al., 2007; Bezerra et al., 2009). Asimismo, otro estudio reveló una asociación significativa entre las puntuaciones para religiosidad y el consumo diario de cigarrillos durante el último mes (Rueda-Jaimes et al., 2009).
- Salud social: sin datos estadísticamente significativos. Sin embargo, existen estudios refiriendo que el apoyo social recibido por las personas que se involucran en prácticas religiosas se ha relacionado con un estilo de vida más saludable (Alves et al., 2010; Oman et al., 2002).

En general, los estudios previos muestran una relación significativa entre religiosidad y estilo de vida en la población (Rew et al., 2006), con lo cual se puede decir que la religiosidad influye en el estilo de vida.

## 2. ANÁLISIS COMPARATIVO CON OTRAS ESCALAS.

Los resultados del estudio muestran resultados similares a los estudios de EVS realizados con otras escalas para adultos.

En la misma línea, pero con niños de 8 a 12 años, Guerrero et al. (2014), diseñaron y validaron el Cuestionario de Hábitos de Vida Saludables de Alimentación y Actividad Física (CHVSAAF), sin embargo, debido a una selección no probabilística de la muestra, sugerían su falta de representatividad, y la necesidad de incluir la validez de criterio. En la misma línea, otras encuestas encontraron índices de fiabilidad parecidos a los encontrados en este estudio con respecto a las variables relacionadas con un estilo de vida saludable como son consumo de tabaco, hábitos de descanso, y alimentación, como el de Betancurth et al. (2015), Ramírez-Vélez y Agredo (2012), Sotos-Prieto et al. (2015) en adultos y mayores, y por otro lado Bennassar (2012) y Muchotrigo (2015) en adolescentes.

La medición de la variable de práctica de actividad física/ejercicio físico es determinante en los EVS (Abad y Juan, 2015), de hecho existen instrumentos específicos y validados para la medición de la misma, tales como el IAFHA (Inventario de Actividad Física Habitual en Adolescentes) de Gálvez et al. (2006); el PACE por Patrick et al. (2001), para determinar el nivel de actividad física en adolescentes; o el GPAQ V2, de Armstrong y Bull (2006); que mide el nivel de actividad física en adultos y mayores.

Este cuestionario se centra en la población adulta, sin embargo, existen otros cuestionarios que relacionan diferentes constructos de un EVS en adolescentes, como el CHVSAAF, de Guerrero et al. (2014), que relaciona la práctica de actividad física con hábitos alimenticios.

Se amplía la tabla V (Variables estudiadas en las escalas de valoración de estilos de vida saludables para adultos) con la E-VEVSA y sus variables de hábitos de vida valorados, actualizándola así en la tabla XXXIX.

**Estudio epidemiológico de hábitos de vida saludable mediante la  
Escala de Valoración del Estilo de Vida Saludable Adquirido**

| Escalas para adultos                                                                                                                       | Variables de Estilos de Vida                                                                                                                                                                                                         | Ítems |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| <b>Escala de Satisfacción con la Vida (ESV)</b> (Diener et al., 1985; Atienza et al., 2000; Pons et al., 2002). También para adolescentes. | Satisfacción con la vida.                                                                                                                                                                                                            | 5     |
| <b>Cuestionarios de Prácticas y Creencias sobre estilos de vida</b> (Arrivillaga et al., 2002).                                            | Práctica de actividad física y deporte, tiempo de ocio, autocuidado, hábitos alimenticios, consumo de sustancias psicoactivas y sueño.                                                                                               | 93    |
| <b>Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos (IMEVID)</b> (López-Carmona et al., 2003). Población diabética.                  | Actividad física, nutrición, consumo de alcohol y tabaco.                                                                                                                                                                            | 25    |
| <b>Global Physical Activity Questionnaire Versión 2: GPAQ V2</b> (Armstrong y Bull, 2006). También para la tercera edad.                   | Actividad Física.                                                                                                                                                                                                                    | 16    |
| <b>Cuestionario FANTASTICO</b> (Ramírez-Vélez et al., 2012). Población en general.                                                         | Familiares y amigos, Actividad física y social, Nutrición, Toxicidad (tabaco, automedicación, cafeína), Alcohol, Sueño y estrés, Tipo de personalidad y satisfacción escolar, Imagen Interior, Control de salud y sexualidad, Orden. | 39    |
| <b>Escala de Valoración del Estilo de Vida Saludable (E-VEVSA)</b> (Salmerón et al., 2019).                                                | Salud física: actividad física, hábitos alimentarios, revisiones médicas.<br><br>Salud mental: adicciones (tabaco, alcohol, drogas ilegales), hábitos de descanso, estado mental.<br><br>Salud social.                               | 77    |

Tabla XXXIX. Variables estudiadas en las escalas de valoración de estilos de vida saludables para adultos, actualizada con la E-VEVSA.

## 2.1. Fortalezas

La E-VEVSA muestra fortalezas:

- ✚ Mayor número de ítems.
- ✚ Marcadores típicos más significativos para representar a la población.
- ✚ Valoración y relación de las variables más utilizadas y más significativas de EVS en los anteriores cuestionarios.
- ✚ Está en castellano.
- ✚ Población diana: adultos, aunque se puede incluir en población general.

## 2.2. Limitaciones

La E-VEVSA se puede mejorar:

- ❖ Midiendo el nivel de motivación.

La TAD nos serviría para medir los estadios, por ejemplo, en la actividad física:

- Desmotivación (por ejemplo, “No veo el sentido de hacerlo”).
- Regulación externa (por ejemplo, “Para complacer a otras personas”).
- Regulación introyectada (por ejemplo, “Porque no me siento bien conmigo mismo si falto al entrenamiento”).
- Regulación identificada (por ejemplo, “Porque valoro los beneficios que tiene la actividad física”).
- Regulación intrínseca (por ejemplo, “Porque creo que realizar actividades físicas es divertido”).

- ❖ Aplicándola en otros contextos.

Debería ser testada en otros contextos (por ejemplo, facultades universitarias, comunidades de vecinos, o empresas privadas de gran tamaño) para ampliar su estudio.

- ❖ Incluyendo nuevos ítems.

Aunque se incluyen los principales ítems definitorios del EVS, sería interesante incluir:

- Religión musulmana. Por el aumento de su prevalencia en España y por sus características intrínsecas (por ejemplo, no consumo de alcohol, grandes diferencias de sexos en nivel económico y educativo).
- Higiene personal. Por su importancia en salud física, y su relación con salud mental. Incluir, por ejemplo, higiene dental.
- ❖ Ampliando la muestra para obtener más resultados.  
Se obtendrían resultados de marcadores poco frecuentes en la población estudiada (sobre todo en estado civil, ocupación y religión), y los resultados tendrían aún mayor calidad estadística.

### 3. RECOMENDACIONES PARA LOS ENCUESTADOS.

A continuación, se redactan los hábitos adquiridos por los encuestados que deben mantener o modificar.

#### 3.1. Edad

##### Mantener

- Más jóvenes:
  - ✓ Practican más deporte en competiciones federadas ( $r = -0,0148$ ,  $p = 0,020$ ) y son más buenos en su práctica ( $r = -0,129$ ,  $p = 0,044$ ).
  - ✓ Se hacen valorar y se sienten bien considerados por sus amigos ( $r = -0,125$ ,  $p = 0,050$ ).
- Más adultos:
  - ✓ Se preocupan y controlan en revisiones médicas más cuatro parámetros: glucemia ( $r = 0,176$ ,  $p = 0,006$ ), colesterol ( $r = 0,172$ ,  $p = 0,007$ ), tensión arterial ( $r = 0,161$ ,  $p = 0,011$ ) y triglicéridos ( $r = 0,149$ ,  $p = 0,019$ ).
  - ✓ Mantienen un clima agradable en el entorno laboral o académico ( $r = 0,179$ ,  $p = 0,005$ ).

##### Modificar

- Más jóvenes:
  - Incluyen en su dieta más carne de la recomendada ( $r = -0,225$ ,  $p = 0,000$ ).
  - Frecuentan lugares de fumadores ( $r = -0,134$ ,  $p = 0,036$ ).
  - Beben más alcohol que sus amigos más cercanos ( $r = -0,165$ ,  $p = 0,020$ ), aumentando sus problemas personales y sociales ( $r = -0,132$ ,  $p = 0,039$ ).
  - Sienten pereza y agotamiento al levantarse cada mañana ( $r = -0,231$ ,  $p = 0,000$ ), aunque se van a dormir antes de la media noche más frecuentemente ( $r = -0,156$ ,  $p = 0,015$ ).
  - Tienen baja autoestima ( $r = -0,146$ ,  $p = 0,021$ ).
  - Se encuentran más ansiosos y estresados ( $r = -0,135$ ,  $p = 0,034$ ).
- Más adultos: sin resultados estadísticamente significativos.

#### 3.2. Sexo

##### Mantener

- Hombres:
  - ✓ Son más deportistas: lo practican o han practicado en competiciones federadas ( $r = -0,378$ ,  $p = 0,000$ ), son reconocidos por ello ( $r = -0,292$ ,  $p = 0,000$ ), destacando en la escuela ( $r = -0,276$ ,  $p = 0,000$ ), son muy buenos en su práctica federada ( $r = -0,274$ ,  $p = 0,000$ ), realizándolo al menos 3 o 4 días a la semana ( $r = -0,207$ ,  $p = 0,001$ ), con una intensidad ligera o moderada entre 30-60 minutos por sesión ( $r = -0,180$ ,  $p = 0,005$ ).
- Mujeres:
  - ✓ Caminan más, prescindiendo del coche ( $r = 0,153$ ,  $p = 0,016$ ) y suben más escaleras, prescindiendo del ascensor ( $r = 0,140$ ,  $p = 0,028$ ).
  - ✓ Incluir el pescado en su dieta ( $r = 0,189$ ).
  - ✓ Se organizan más para evitar acumular ese estrés por motivos laborales o de estudios ( $r = 0,276$ ,  $p = 0,000$ ).
  - ✓ Destacan en el plano de las amistades: hacen amistades con más facilidad ( $r = 0,240$ ,  $p = 0,000$ ), manteniéndolas y cuidándolas ( $r = 0,214$ ,  $p = 0,001$ ), haciendo sentir a los demás que son muy importantes en su vida ( $r = 0,200$ ,  $p = 0,002$ ), haciéndose valorar y

sentirse bien considerado por estas ( $r = 0,162$ ,  $p = 0,011$ ), hacen sentir a los demás que pueden contar con ellas para cualquier necesidad ( $r = 0,231$ ,  $p = 0,000$ ). Además, alivian su tensión contando sus problemas a una persona de confianza ( $r = 0,331$ ,  $p = 0,000$ ).

#### **Modificar**

- Hombres:
  - Incluyen más refrescos gaseosos en su dieta ( $r = -0,143$ ,  $p = 0,024$ ).
  - Consumen más alcohol, pues beben más alcohol que sus amigos más cercanos ( $r = -0,150$ ,  $p = 0,018$ ) y lo hacen hasta embriagarse más frecuentemente ( $r = -0,148$ ,  $p = 0,020$ ).
  - Hacen una siesta de más de 40 minutos ( $r = -0,214$ ,  $p = 0,001$ ).
- Mujeres:
  - Están mucho más tiempo sentadas frente al televisor ( $r = 0,231$ ,  $p = 0,000$ ).
  - En lo personal: están más preocupadas por cuestiones personales o familiares ( $r = 0,279$ ,  $p = 0,000$ ), alterándose más por sucesos de escasa relevancia ( $r = 0,249$ ,  $p = 0,000$ ), su autoestima es más baja ( $r = 0,218$ ,  $p = 0,001$ ), y se encuentran ansiosas y estresadas ( $r = 0,144$ ,  $p = 0,023$ ).

### **3.3. Nivel de estudios**

#### **Mantener**

- Bajo nivel académico:
  - ✓ Hacen sentir a los demás que pueden contar con ellos para cualquier necesidad ( $r = -0,130$ ,  $p = 0,040$ ).
- Alto nivel académico:
  - ✓ Son más deportistas: siendo reconocidos por ello ( $r = 0,263$ ,  $p = 0,000$ ), practicando deporte en competiciones federadas ( $r = 0,214$ ,  $p = 0,001$ ), ser muy buenos en su práctica ( $r = 0,185$ ,  $p = 0,003$ ), destacando en la escuela ( $r = 0,168$ ,  $p = 0,008$ ) y realizándolo entre 30-60 min por sesión ( $r = 0,146$ ,  $p = 0,021$ ).
  - ✓ Realizan una dieta equilibrada y adecuada a su gasto de calorías ( $r = 0,179$ ,  $p = 0,005$ ).
  - ✓ Se preocupan y controlan en revisiones médicas su peso corporal ( $r = 0,178$ ,  $p = 0,009$ ), y su corazón y circulación ( $r = 0,136$ ,  $p = 0,032$ ).
  - ✓ Tienen mejor salud mental en el entorno laboral o académico: buscan motivaciones que hagan dichas tareas más agradables ( $r = 0,181$ ,  $p = 0,004$ ) y se organizan mejor para evitar acumular estrés por dichos motivos ( $r = 0,168$ ,  $p = 0,008$ ). Además, se preocupan y controlan más su estado mental y emocional en revisiones médicas ( $r = 0,127$ ,  $p = 0,045$ ).
  - ✓ Destacan en amistades: llevando la iniciativa para tomar decisiones dentro de su grupo de amigos ( $r = 0,143$ ,  $p = 0,024$ ) y haciéndose valorar y sentirse bien considerados por ellos ( $r = 0,134$ ,  $p = 0,034$ ); además de aliviar la tensión contando sus problemas a una persona de confianza ( $r = 0,131$ ,  $p = 0,038$ ).

#### **Modificar**

- Bajo nivel académico:
  - Se quedan dormidos en el sofá o sillón hasta después de la medianoche ( $r = -0,131$ ,  $p = 0,038$ ), pasando mucho tiempo sentados frente al televisor o los videojuegos ( $r = -0,130$ ,  $p = 0,040$ ).
  - Tienen muy baja autoestima ( $r = -0,225$ ,  $p = 0,000$ ).

- Se preocupan continuamente por cuestiones personales o familiares ( $r = -0,129$ ,  $p = 0,044$ ).
- Alto nivel académico: sin resultados estadísticamente significativos.

### 3.4. Estado civil

#### Mantener

- Con pareja:
  - ✓ Preocuparse y controlar más en revisiones médicas su colesterol ( $r = -0,157$ ,  $p = 0,013$ ), sus triglicéridos ( $r = -0,142$ ,  $p = 0,024$ ), y su corazón y circulación ( $r = -0,126$ ,  $p = 0,045$ ).
  - ✓ Hacer sentir a los demás que son muy importantes en su vida ( $r = -0,149$ , con  $p = 0,000$ ), se acuestan a dormir antes de la medianoche ( $r = -0,150$ ,  $p = 0,017$ ), y se organizan para evitar acumular estrés por motivos de su trabajo o estudio ( $r = -0,145$ ,  $p = 0,022$ ).
  - ✓ Hacer sentir a los demás que pueden contar con ellos para lo que necesiten ( $r = -0,159$ ,  $p = 0,012$ ), también aliviar su tensión contando sus problemas a una persona de confianza ( $r = -0,179$ ,  $p = 0,007$ ).
- Sin pareja:
  - ✓ Destacan o han destacado en los deportes ( $r = 0,145$ ,  $p = 0,022$ ).

#### Modificar

- Con pareja: sin resultados estadísticamente significativos.
- Sin pareja:
  - Mostrarse más preocupadas constantemente por cuestiones personales o familiares ( $r = 0,219$ ,  $p = 0,039$ ).
  - Tener mayor tendencia a tener problemas personales o sociales debido al consumo de alcohol ( $r = 0,165$ ,  $p = 0,009$ ).

### 3.5. Ocupación: empleados

#### Mantener

- ✓ No suelen hacer una siesta más de 40 minutos ( $r = -0,171$ ,  $p = 0,008$ ).

#### Modificar

- No son reconocidos por los demás por sus cualidades físicas o deportivas ( $r = -0,151$ ,  $p = 0,019$ ) ni practican o han practicado deporte federado ( $r = -0,147$ ,  $p = 0,023$ ).

### 3.6. Nivel de ingresos mensuales

#### Mantener

- Bajo nivel económico:
  - ✓ Hacen amistades con mucha facilidad ( $r = -0,132$ ,  $p = 0,037$ ).
- Alto nivel económico:
  - ✓ Son más activos físicamente: han practicado deporte federado o lo practican ( $r = 0,314$ ,  $p = 0,000$ ), destacaron por ello en el colegio ( $r = 0,265$ ), son reconocidos por los demás por ello ( $r = 0,242$ ,  $p = 0,000$ ), son muy buenos en su práctica ( $r = 0,179$ ,  $p = 0,005$ ), lo realizan de modo ligero o moderado entre 30 y 60 minutos por sesión ( $r = 0,162$ ,  $p = 0,011$ ), al menos 3 o 4 días a la semana ( $r = 0,127$ ,  $p = 0,044$ ).

## **Estudio epidemiológico de hábitos de vida saludable mediante la Escala de Valoración del Estilo de Vida Saludable Adquirido**

- ✓ Llevan una dieta equilibrada y adecuada a su gasto de calorías ( $r = 0,160$ ,  $p = 0,012$ ).
- ✓ Se preocupan y controlan en revisiones médicas su corazón y circulación ( $r = 0,131$ ,  $p = 0,038$ ).
- ✓ Se organizan mejor en sus trabajos para evitar acumular estrés ( $r = 0,265$ ,  $p = 0,000$ ).
- ✓ Intentan que el estrés no perjudique sus relaciones sociales ( $r = 0,154$ ,  $p = 0,015$ ), además procuran que su trabajo o estudios no perjudique dichas relaciones ( $r = 0,154$ ,  $p = 0,015$ ) y hacen sentir a los demás que pueden contar con ellos para cualquier necesidad ( $r = 0,177$ ,  $p = 0,006$ ).

### **Modificar**

- Bajo nivel económico:
  - Son más propensos a consumir dulces o bollería industrial diariamente ( $r = -0,144$ ,  $p = 0,023$ ).
  - Se alteran por sucesos de escasa relevancia ( $r = -0,277$ ,  $p = 0,000$ ), están preocupados continuamente por cuestiones personales o familiares ( $r = -0,152$ ,  $p = 0,017$ ), estando ansiosos y estresados ( $r = -0,128$ ,  $p = 0,044$ ), y tienen menos autoestima ( $r = -0,265$ ,  $p = 0,000$ ).
  - Se quedan dormidos en el sofá o el sillón después de medianoche ( $r = -0,203$ ,  $p = 0,001$ ).
- Alto nivel económico:
  - Hacen una siesta de más de 40 minutos ( $r = 0,168$ ,  $p = 0,008$ ).

### **3.7. Religión: católicos**

#### **Mantener**

- ✓ Beben menos alcohol que sus amigos más cercanos ( $r = -0,134$ ,  $p = 0,040$ ).
- ✓ Son menos proclives al consumo de drogas ilegales ( $r = -0,162$ ,  $p = 0,011$ ).

#### **Modificar**

- No son muy buenos en la práctica deportiva ( $r = -0,137$ ,  $p = 0,036$ ).
- Suelen incluir carne en su dieta diaria ( $r = 0,150$ ,  $p = 0,022$ ).

## **4. LA IMPORTANCIA DEL CASTELLANO.**

El castellano es la segunda lengua nativa más hablada del mundo, por lo que es importante trabajar para disponer del mayor número de herramientas de valoración de hábitos de vida saludables que conforman un estilo de vida saludable.

Los países latinoamericanos, con ingresos bajos y medios, son regiones donde el acceso al sistema sanitario a menudo es limitado o inexistente. Por lo tanto, disponer de una escala accesible como la E-VEVSA supone un avance en la detección de poblaciones con estilos de vida mejorables, a pesar de las imitaciones por las diferencias entre el castellano de España y el latinoamericano.

Además del uso obvio en la población española y en los países latinoamericanos, donde es la lengua oficial, también es relevante el grupo de población de latinoamericanos que residen en los Estados Unidos de América. Aquellos que emigran aprenden el inglés como segunda lengua, muchas veces de forma oral y escasamente escrita, con la consiguiente limitación para comprender un cuestionario

en inglés. Además, conservan mejor su lengua materna pues la memoria remota es la última en perderse (Prince M., 2015). De aquí el interés de disponer de la escala en castellano.

Otras escalas de valoración del EVS han tenido que ser validadas del inglés al castellano, como el IMEVID por López et al. (2003), o el CHVSAAF por Guerrero et al. (2014). La consistencia interna en la validación puede no ser la adecuada. Sin embargo, la E-VEVSA se presenta en castellano originariamente.

## **5. LA MOTIVACIÓN COMO MOTOR DEL CAMBIO CONDUCTUAL.**

La mayoría de las investigaciones revisadas consideran la motivación como un elemento clave para lograr la adopción de un EVS (Abad y Juan, 2015; García et al., 2010; Lim y Wang, 2009), donde la teoría de la autodeterminación (TAD) es utilizada como modelo teórico de estudio para explicar dicha adherencia.

En este sentido, la TAD (Deci y Ryan, 1980, 1985, 1991) es una macro-teoría de la motivación humana que se ha desarrollado durante las últimas tres décadas. Recientemente, de nuevo Deci y Ryan (2012) apoyados por Vallerand (2015), definen la TAD como una teoría empírica de la motivación humana y de la personalidad en los contextos sociales, que distingue entre motivación autodeterminada o no autodeterminada. Estos tipos de autodeterminación se concretizan en:

- Desmotivación. Falta intención de actuar.
- Regulación externa.
- Regulación introyectada.
- Regulación identificada. Determinada por recompensas y/o agentes externos.
- Regulación intrínseca. Placer al realizar una actividad.

Los resultados de estudios que emplean la TAD en relación con la salud indican que identificar el nivel de motivación subyacente de las personas y explorar la influencia del contexto social asociado con estas conductas y con sus elecciones, puede mejorar las intervenciones dirigidas a cambiar los EVS. Mantiene además que, para iniciar una conducta y persistir en ella, es fundamental plantearse metas y tener la esperanza de que tal comportamiento conduzca a dichas metas (Duda et al., 2014; Silva et al., 2015).

Las técnicas de intervención motivacional deben orientarse al logro de establecer EVS. Estudios con entrevista motivacional han demostrado su eficacia en la reducción de peso, dietas saludables, ejercicio físico, reducción del consumo de tabaco y alcohol (Friedman, 2000; Bonfanti, 2014). Sin embargo, estos cambios de EV son más complejos cuando más adulta es la población, puesto que la persona suele aferrarse a lo conocido, aunque esto pueda implicar un riesgo para su salud (Free, 2013). En todo cambio habrá elementos que evolucionen y otros que permanezcan estables, se ha de ayudar a la persona a integrarlos en su vida sin que se vea afectada en lo esencial, incidiendo en que esa serie de modificaciones son necesarias y favorables, tomando así conciencia de que su salud en parte depende del tipo de hábitos a sustituir (Seidel et al., 1996).

## 6. ADOPCIÓN DE UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE

El estilo de vida de una persona se va conformando a lo largo de su vida, desde la niñez, especialmente durante la adolescencia. Se puede afirmar, como ya se expuso, que es un proceso de aprendizaje, por asimilación y/o imitación, de patrones familiares o de grupos formales o informales (Pinn, 2003).

También se han descritos variables de orden cognitivo-sociales que explican la razón por la que una persona adopta o no un comportamiento particular en favor o en contra de su propia salud (Conner, 1995), lo que podría explicar, por ejemplo, que se observen personas con un nivel de estudios alto siendo fumadores, cuando se da por hecho que poseen conocimientos sobre sus efectos perjudiciales en su salud, incluso que el ser fumador le motive a realizar ejercicio físico no por su disfrute, sino por el sentimiento de culpabilidad. Para comprender las conductas de salud y para diseñar programas de prevención de la enfermedad y de promoción de la salud destacar una de estas teorías, el Modelo de Creencias de la Salud, propuesto por Hochbaum et al. en los años 50 (Becker, 1974), que propone que hay dos factores básicos de los que depende que una persona adopte un comportamiento saludable:

- a) La percepción de amenaza de una enfermedad. Depende de otros dos factores:
  - La percepción de susceptibilidad hacia la enfermedad.
  - La percepción de la severidad de las consecuencias de la enfermedad.
- b) La percepción de la efectividad de su propia conducta para contrarrestar dicha amenaza de una enfermedad.

Aun así, estas dos variables que determinan la probabilidad de seguir o no acciones relacionadas con la salud, también están afectadas por las diferencias individuales de los sujetos, tales como su personalidad, las normas sociales y sus características sociodemográficas.

Por lo tanto, las personas seguirán una conducta de salud particular si:

- Creen que son susceptibles a una determinada enfermedad.
- Consideran que dicha enfermedad realmente es un problema serio para su vida.
- Concluyen que los beneficios de tomar una acción en concreto para contrarrestarla o evitarla, pesan más que los costos de no realizarla.

Ahora sería necesario considerar el hecho de que la principal deficiencia presentada por los encuestados, esté relacionada con la realización de ejercicio físico. Esto resulta un problema relevante si se tiene en cuenta que la OMS considera que los estilos de vida sedentarios son una de las diez principales causas de mortalidad y morbilidad en el mundo y que en el estudio sobre la Carga Global de Enfermedad se estima que la inactividad física representa la octava causa de muerte en el mundo y supone un 1% de la carga total de enfermedad, medida como DALY, o años de vida ajustados por discapacidad en el mundo (WHO, 2002). Los principales beneficios de la actividad física regular son la disminución en los riesgos de enfermedad cardiovascular, de obesidad, de diabetes Mellitus e intolerancia a hidratos de carbono, de osteoporosis, de trastornos psicológicos (ansiedad, depresión) y de determinados tipos de cáncer (colon, mama y pulmón) (Varo-Cenarruzabeitia, 2003).

Es importante considerar que el presente estudio fue una investigación que intentó establecer la presencia de la problemática en nuestra población, la cual se pudo evidenciar en los resultados y que mostró además que el panorama no es muy diferente al encontrado en otras investigaciones.



## **VII. CONCLUSIONES**



## CONCLUSIONES

1. En este estudio se utiliza por primera vez y se valida la Escala de Valoración del Estilo de Vida Saludable: su importancia y utilidad radica en proporcionar una escala válida y fiable para evaluar el Estilo de Vida de la población adulta. Pretende ser de gran utilidad aplicándose en Centros Sanitarios, para orientar a la población hacia un Estilo de Vida Saludable.
2. Este estudio evalúa el Estilo de Vida de una muestra de la población adulta del área urbana de Albacete.
  - a. De los resultados, destacar:
    - I. Salud física: el aumento del nivel de estudios e ingresos mejora la actividad física, la alimentación saludable y la realización de revisiones médicas periódicas; mientras que el descenso del nivel de estudios favorece el sedentarismo.
    - II. Salud mental: los hombres consumen más alcohol; el aumento del nivel de ingresos disminuye la ansiedad, mientras que su descenso aumenta la ansiedad y disminuye la autoestima.
    - III. Salud social: las mujeres cuidan más las relaciones personales; y tener pareja es beneficioso socialmente.
  - b. Se confirman los hábitos saludables principales: actividad física (ejercicio físico adecuado, evitar el sedentarismo y mantener el normopeso), hábitos alimentarios saludables, higiene personal, revisiones médicas periódicas; evitar adicciones (tabaco, alcohol y drogas ilegales), hábitos de descanso adecuados, buen estado mental (control de estrés, ansiedad y estados depresivos), y la sociabilidad.
  - c. El modelo de persona relacionado con una buena salud en general, sería: un adulto/a joven, con nivel de estudios alto, emparejado con buenas relaciones familiares, con una profesión vocacional y estable sin riesgos para su salud, y con un buen nivel económico.
3. Se debe concienciar al paciente en la importancia que su Estilo de Vida tiene en su Salud, debiéndose abandonar la idea de que el profesional sanitario es un “mecánico del cuerpo”, con una actitud de la población pasiva. Debiendo realizar un abordaje multidisciplinar de la salud y la enfermedad, a través de sus factores biológicos, psicológicos y sociales; con una actitud de la población activa. Para ello disponemos de la intervención motivacional, clave para la modificación de hábitos, aunque precisa de una buena estrategia y los medios adecuados. Dicha promoción e instauración de un Estilo de Vida Saludable supondrá una mejora directa de su calidad de vida y una disminución importante del gasto sanitario.



## **VIII. BIBLIOGRAFÍA**



## BIBLIOGRAFÍA

1. Aaro, L. E., Lamberg, J. C. y Wold, B. (1995). Health behaviours among adolescents: Towards a hypothesis of two dimensions. *Health Education Research*, 10, 83-93.
2. Abad, J., y Juan, F. R. (2015). Actividad físico-deportiva y contexto familiar: variables predictoras de consumo de tabaco entre adolescentes españoles. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 10(1), 121-131.
3. Abel, T. (1991). Measuring health lifestyles in a comparative analysis: Theoretical issues and empirical findings. *Social Science and Medicine*, 32, 899-908.
4. Adler, N. E., Boyce, T., Chesney, M. A., Cohen, S., Folkman, S., Kahn, R. L., et al. (1994). Socioeconomic status and health. The challenge of the gradient. *American Psychologist*, 49, 15- 24.
5. Ajzen, I. y Fishbein, R. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behaviour*. Englewood Cliffs, NJ, EE. UU.: Prentice Hall.
6. Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behaviour and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
7. Albery, I. P. y Munafò, M. (2008). *Key concepts in health psychology*. Thousand Oaks, CA, EE, UU.: Sage.
8. Alducin, C., Coyote, M., y Muñoz, A. (2015). *Estilo de vida promotor de salud y su relación con el consumo de tabaco en trabajadores de la industria* (Tesis Doctoral). Universidad Autónoma de Querétaro, Querétaro, México.
9. Aloise, P., Cruciksan, C. y Chávez, E. (2002). Cigarette smoking and perceived health in school dropouts: A comparison of Mexican American and non-hispanic white adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 27 (6), 497-507.
10. Alves RR, Alves H, Barboza RR, Souto W. The influence of religiosity on health. *Cienc Saude Colect*. 2010; 15(4):2105-11.
11. Andreß, Hans-Jürgen y Hummelsheim, Dina (2009). *When Marriage Ends: Economic and Social Consequences of Partnership Dissolution*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
12. Andreasen, A. (1994). Social Marketing: Definition and Domain. *Journal of Public Policy and Marketing*, 13, 108-114.
13. Ansbacher, H. L. (1967). Life style: A historical and systematic review. *Journal of Individual Psychology*, 23, 191-212.
14. Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health - How people manage stress and stay well*. San Francisco, CA, EE. UU.: Jossey-Bass Publishers.
15. Artazcoz, L. (2004). Las desigualdades de género en salud en la agenda de salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 18 (Supl. 2), 1-2.
16. Asín Vergara, Rafael et al. (1999). *El nacimiento de una Región, Castilla-La Mancha 1975-1995*. Celeste Ediciones.

17. Atkins, D. y Clancy, C. (2004). Multiple risk factors interventions. Are we up to the challenge? *American Journal of Preventive Medicine*, 27 (Supl. 1), 102-103.
18. Auyeung, P.K. y Sands, J.S. (1993). An evaluation of secondary school studies as predictor of performance for accounting majors. *Australian Educational Research*, 20 (3), 51-61.
19. Baglietto L, English DR, Hopper JL, Powles J, Giles GG. Average volume of alcohol consumed, type of beverage, drinking pattern and the risk of death from all causes. *Alcohol Alcohol*. 2006; 41: 664-671.
20. Badura, B. (1982). Estilos de vida y salud: la perspectiva socio- ecológica. En J. I. Ruiz Olabuenaga (Ed.), *Estilos de vida e investigación social* (pp. 219-235). Bilbao, España: Mensajero.
21. Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Nueva Jersey, NJ, EE. UU.: Prentice Hall.
22. Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ, EE. UU.: Prentice Hall.
23. Banegas J. R., Díez L., González J., Villar F., Rodríguez-Artalejo F. *La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España*. *Med Clin (Barc)*. 2005; 124: 769-71.
24. Becker, M. H. y Malman, L. A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care regimens. *Medical Care*, 13, 10-24.
25. Becker M. H. Health Belief Model and Personal Health Behavior. *Health Education Monographs*. 1974; 2:324-473.
26. Belloc, N. B. y Breslow, L. (1972). Relationship of physical health status and health practices. *Preventive Medicine*, 1, 409-421.
27. Beltrán, M. D. (2015). *Personalidad, afecto y afrontamiento en las conductas saludables y de consumo de alcohol y tabaco en adolescentes* (Tesis Doctoral). Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, España.
28. Benach, J. (1995). Análisis bibliométrico de las desigualdades sociales en salud en España (1980-1994). *Gaceta Sanitaria*, 49, 251-264.
29. Benach, J., Borrell, C. y Daponte, A. (2002). Social and economic policies in Spain with potential impact on reducing health inequalities. En J. Mackenbach y M. Bakker (Eds.), *Reducing inequalities in health: A European perspective* (pp. 77-84). Nueva York, NY, EE. UU.: Routledge.
30. Benach, J., Daponte, A., Borrell, C., Artazcoz, L. y Fernández, E. (2004). Las desigualdades en la salud y la calidad de vida en España. En V. Navarro (Coord.), *El estado de bienestar en España* (pp. 477-519). Madrid, España: Tecnos.
31. Betancourt O. Salud y Trabajo. Reflexiones teóricas metodológicas. Monitoreo Epidemiológico. Atención en Salud. Primera Edición. Quito. Ed. CEAS-OPS; 1995.
32. Bezerra J, Gomes-Barros MV, Marinho-Tenório MC, Miranda-Tassitano R, Honda-Barros SS, Hallal PC. Religiosidade, consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo em adolescentes. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;26(5):440-6.

33. Bishop, G. D. (1991). Understanding the understanding of illness: Lay disease representations. En J.A. Skelton y R.T. Croyle (Eds.), *Mental representation in health and illness*. New York, Springer-Verlag.
34. Black, D., Morris, J.N., Smith, C. y Townsend, P. (1988). The black report. En P. Townsend, N. Davidson y M. Whitehead (Eds.), *Inequalities in health: The black report and the health divide* (pp. 31-213). Londres, Inglaterra: Penguin Books.
35. Bonfanti N., Marcelo Fernández J., Gómez-Delgado F., Pérez-Jiménez F. Efecto de dos dietas hipocalóricas y su combinación con ejercicio físico sobre la tasa metabólica basal y la composición corporal Nutr Hosp. 2014; 27:635-643.
36. Bonito, J. (2015). La educación para la salud en la actualidad: algunas breves notas. Atención Primaria, 47(1), 32-37.
37. Borges-Pavani RA, Silva E, de Moraes MS, Chiaravalloti Neto F. Caracterização do consumo de maconha entre escolares do ensino médio de São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2003. Rev Bras Epidemiol. 2007;10(2):157- 67.
38. Borrell, C. y Artazcoz, L. (2008). Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. *Revista Española de Salud Pública*, 82, 245-249.
39. Borrell, C. y Pasarín, M.I. (1999). The study of social inequalities in health in Spain: Where are we? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53, 388-389.
40. Borrell, C., García-Calvente, M. M. y Martí-Boscà, J. V. (2004). La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gaceta sanitaria*, 18 (Suppl. 1), 2-6
41. Bosma, H., Peter, R., Siegrist, J. y Marmot, M. (1998). Two alternative job stress models and the risk of coronary heart disease. *American Journal of Public Health*, 88, 68-74.
42. Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. Madrid, España: Paraninfo.
43. Braveman, P. (2006). Health disparities and health equity: Concepts and measurement. *Annual Review of Public Health*, 27, 167- 194.
44. Breen, L. J. y Arnold, J. (1998). Agents for health promotion. En S. S. Gorin y J. Arnold (Eds.), *Health promotion handbook* (pp. 73- 90). St. Louis: Mosby.
45. Brener, N. D. y Collins, J. L. (1998). Co-occurrence of health-risk behaviors among adolescents in the United States. *Journal of Adolescence Health*, 22, 209-213.
46. Breucker, G. y Schöer, A. (2000). *Escenarios 1: Promoción de la salud en el lugar de trabajo*. En Merino, B.; Arroyo, H. y Silva, J. (Eds). *La Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud. Parte II: Libro de Evidencia*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
47. Bridgeland, J.M., Dilulio, J.J. y Burke, K. (March, 2006). The silent epidemic perspectives of high school dropouts. A report by Civic Enterprises in association with Peter D. Harte Research Associates for the Bill and Melinda Gates Foundation.
48. Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona, España: Paidós.
49. Brown TL, Parks GS, Zimmerman RS, Phillips CM. The role of religion in predicting adolescent alcohol use and problem drinking. *J Stud Alcohol*. 2001;62(5):696-705.

50. Cabrera, A.F., Nora, A. y Castañeda, M. B. (1993). College persistence: Structural equations modelling test of an integrated model student retention. *Journal of Higher Education*, 64 (2), 123-139.
51. Carballo, J. (1984) 'Teoría y Práctica Psicosomática'. Bilbao: Desclée de Brouwer.
52. Carrión Valero F., Jiménez Ruiz C. A., Riesco Miranda J. A., De granda Orive J. I., Solano Reina S., Ramos Pinedo A. *Epidemiología del tabaquismo pasivo en España antes de la Ley 28/2005, de medidas sanitarias frente al tabaquismo. Resultados de un estudio de base poblacional*. Prev Tab 2008; 10: 86-94.
53. Carr-Hill, R. y Chalmers-Dixon, P. (2005). *The public health observatory handbook of health inequalities measurement*. York, Reino Unido: Centre for Health Economics, University of York.
54. Castilla-La Mancha, Nuestra Región. Servicio de Publicaciones de la Junta de Comunidades. 2017.
55. Catálogo de Hospitales y Alta Tecnología de Castilla-La Mancha, Año 2016. Consejería de Sanidad. Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria.
56. Chan, M. (2010). Discurso: *La educación y la salud están íntimamente unidas*. Cumbre sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Intervención en la segunda mesa redonda, sobre la consecución de los objetivos relacionados con la salud y la educación. Nueva York (Estados Unidos de América). 20 de septiembre de 2010.
57. Chandola, T., Brunner, E. y Marmot, M. (2006). Chronic stress at work and the metabolic syndrome: Prospective study. *British Medical Journal*, 332, 521-525.
58. Chaput JP, Brunet M y Tremblay A (2006). Relationship between short sleeping hours and childhood overweight/obesity: results from the "Quebec en Forme" Project. *International Journal of Obesity*, 30, 1080-1085.
59. Chiu L, Emblen JD, Van Hofwegen L, Sawatzky R, Meyerhoff H. An integrative review of the concept of spirituality in the health sciences. *West J Nurs Res*. 2004;26(4): 405-28.
60. Clark, E. y Ramsay, W. (1990). Problems of retention in tertiary education. *Education Research and Perspectives*, 17 (2), 47-59.
61. Cockerham, W. C., Rütten, A. y Abel, T. (1997). Conceptualizing contemporary health lifestyles: Moving beyond Weber. *The Sociological Quarterly*, 38, 321-342.
62. COFIDIS (2017). Informe 2017 del Barómetro de la ilusión. En la web oficial de Cofidis.
63. Cogollo-Milanés Z, de La Hoz F. [Cigarette smoking and the risk of high-school students becoming dependent on nicotine]. *Rev Salud Pública*. 2010;12(3):434- 45.
64. Collado, A., Barberis, A., Aguilar, J., López, J., (2004). Condiciones de Vida y Morbilidad en Niños y Adolescentes en el Municipio La Habana Vieja. *Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología INHEM*, Vol. 42 Issue 3, p1-7,7p.
65. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Ginebra, Suiza: Comisión Europea de la Organización Mundial de la Salud.

66. Conner M. The role of social cognition in health behaviours. En: Conner M, Norman P, editores. *Predicting Health Behaviour: Research Practice with Social Cognition Models*. Buckingham: Open University Press; 1995.
67. Coreil, J., Levin, J. S. y Jaco, G. (1992). Estilo de vida. Un concepto emergente en las ciencias sociomédicas. *Clínica y Salud*, 3, 221-231.
68. Costa, M. y López, E. (1996). *Educación para la Salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid, España: Pirámide.
69. Coups, E. J., Gaba, A. y Orleans, T. (2004). Physician screening for multiple behavioral health risk factors. *American Journal of Preventive Medicine*, 27, 34-41.
70. Courtenay, W. H. y Keelin, R. P. (2000). Men, gender, and health: Toward an interdisciplinary approach. *Journal of American College Health*, 48, 243-246.
71. Cox, R., Zhang, L., Johnson, W. y Bender, D. (2008). Academic performance and substance use: Findings from a State survey of public high school students. *Journal of School Health*, 77 (3), 109-115.
72. Daponte, A., Bolívar, J., Toro, S., Ocaña, R., Benach, J. y Navarro, V. (2008). Area deprivation and trends in inequalities in self-rated health in Spain, 1987-2001. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36, 504-515.
73. Deci, E. L., y Ryan, R. M. (1980). The empirical exploration of intrinsic motivational processes. En L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (pp. 39-80). New York: Academic Press.
74. Deci, E. L., y Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behaviour*. New York: Plenum.
75. Deci, E. L., y Ryan, R. M. (1991). A motivational approach to self: Integration in personality. En R. Dienstbier (Ed.), *Nebraska symposium on motivation: Perspectives on motivation* (pp. 237-288). Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
76. Deci, E. L., y Ryan, R. M. (2012). Self-determination theory. En A. W. Kruglanski, P. A. M. Van Lange y E. T. Higgins (Eds.), *Handbook of theories social psychology* (416-437). London: SAGE.
77. Dennis, R. (2000). The question of evidence in health promotion. *Health Promotion International*, 15, 355-367.
78. Denton, M., Prus, S. y Walters, V. (2004). Gender differences in health: A Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health. *Social Science and Medicine*, 58, 2585-2600.
79. Díaz-Heredia LP, Muñoz-Sánchez AI. Spirituality and low-risk consumption of alcohol in young adults. *Invest. Educ. Enferm*. 2013;31(2):287-94.
80. Division for the Advancement of Women (1998). *Women and health mainstreaming the gender perspective into the health sector*. Nueva York, NY, EE. UU.: United Nations Division for the Advancement of Women. Department of Economic and Social Affairs.
81. Donovan, J. E. y Jessor, R. (1985). Structure of problem behavior in adolescence and young adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 13, 890-904.

**Estudio epidemiológico de hábitos de vida saludable mediante la  
Escala de Valoración del Estilo de Vida Saludable Adquirido**

82. Donovan, J. E., Jessor, R. y Costa, F. M. (1991). Adolescent health behavior and conventionality-unconventionality: An extension of problem-behavior theory. *Health Psychology, 10*, 52-61.
83. Donovan, J. E., Jessor, R. y Costa, F. M. (1993). Structure of health- enhancing behavior in adolescence: A latent-variable approach. *Journal of Health and Social Behavior, 34*, 346-362.
84. Doyal, L. (2000). Gender equity in health: Debates and dilemmas. *Social Science and Medicine, 51*, 931-939.
85. Doyal, L. (2001). Sex, gender, and health: The need for a new approach. *British Medical Journal, 323*, 1061-1063.
86. Diener, E. D., Kesebir, P. y Lucas, R. (2008). Benefits of accounts of well-being for societies and for psychological science. *Applied Psychology: An international review, 57*, 37-53.
87. Duda, J. L., Williams, G. C., Ntoumanis, N., Daley, A., Eves, F. F., Mutrie, N., ... Jolly, K. (2014). Effects of a standard provision versus an autonomy supportive exercise referral programme on physical activity, quality of life and well-being indicators: a cluster randomised controlled trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 11*(1), 10.
88. Edinger JD, Leggett MK, Carney CE, Manber R. Psychological and behavioral treatments for insomnia II: implementation and specific populations. In: Kryger M, Roth T, Dement WC, eds. *Principles and Practice of Sleep Medicine*. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2017: chap 86.
89. Elliot, D. S. (1993). Health-enhancing and health-compromising lifestyles. En S. G. Millstein, A. C. Petersen y E. O. Nightingale (Eds.), *Promoting the health of adolescents. New directions for the twenty-first century* (pp. 119-150). Oxford, Inglaterra: Oxford University Press.
90. Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science, 196*, 129-136.
91. Evans, M.A. (March, 1999). *School leavers' transition to tertiary study: A literature review*. Department of Econometrics and Business Statistics, Monash University.
92. Estudio sobre salud y estilo de vida (2018). Aegon. 1ª Edición. Publicación interna.
93. Farinola MG, Bazán NE, Laíflo FA Santa María CJ. Actividad física y conducta sedentaria en estudiantes terciarios y universitarios de la Región Metropolitana de Buenos Aires. *Rev Bras Cienc Movim* 2012; 20: 79-90.
94. Frank E. Physician health and patient care. *JAMA*. 2004 Feb 4; 291(5): 637.
95. Free C, Phillips G, Galli L, Watson L, Felix L, Edwards P, Patel V, Haines A. Adherence to a smartphone application for weight loss compared to website and paper diary: Pilot Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*. 2013; 15: e32.
96. Friedman JM. Obesity in the new millennium. *Nature* 2000; 404: 632-4.
97. Galduróz JCF, Sanchez Z, Opaleye E, Noto AR, Fonseca A, Gomes PL, et al. Fatores associados ao uso pesado de álcool entre estudantes das capitais brasileiras. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(2):267-73.

98. García, T., Cervelló, E., Jiménez, R., Iglesias, D., y Moreno, J. A. (2010). Using self-determination theory to explain sport persistence and dropout in adolescent athletes. *Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 677-684.
99. George LK, Larson DB, Koenig HG, McCullough ME. Spirituality and health: What we know, what we need to know. *J Soc Clin Psychol*. 2000;19(1): 102-16.
100. Ghäler, Michael (2006). «To Divorce is to Die a Bit...: A Longitudinal Study of Marital Distruption and Psychological Distress Among Swedish Women and Men». *The Family Journal*, 14: 372-382.
101. Giannakopoulos, G., Panagiotakos, D., Mihas, C. y Tountas, Y. (2008). Adolescent smoking and health-related behaviours: interrelations in a Greek school-based sample. *Child: Care, Health and Development*, 35, 164–170.
102. Godoy, J. (1999). Psicología de la Salud: delimitación conceptual. En M. A. Simón (Ed.), *Manual de psicología de la salud: Fundamentos, Metodología y Aplicaciones* (pp. 39-75). Madrid, España: Biblioteca Nueva.
103. Goldstein, M. G., Whitlock, E. P. y DePue, J. (2004). Multiple behavioral risk factor interventions in primary care. Summary of research evidence. *American Journal of Preventive Medicine*, 27 (Suppl. 2), 61-79.
104. González, J., y Portolés, A. (2014). Actividad física extraescolar: relaciones con la motivación educativa, rendimiento académico y conductas asociadas a la salud. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 9(1), 51-65.
105. Gorin, S.S. (1998). Contexts for health promotion. En S. S. Gorin y J. Arnold (Eds.), *Health Promotion Handbook* (pp. 39-72). St Louis: Mosby.
106. Gove, W. y Hughes, M. (1979). Possible causes of the apparent sex differences in physical health: An empirical investigation. *American Sociological Review*, 44, 126-146.
107. Green, L. W. (1984). Health education models. En J.D. Matarazzo, S., M. Weiss, J. A. Herd, N.E. Millar y S. M. Weiss (Eds.), *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention* (pp. 181-198). New York: Wiley.
108. Grupo de Género y Salud Pública (2008). *Observatorio de Desigualdades de Género en la Salud*. <http://genero.sespas.es/>
109. Hall-Lande, J., Eisenberg, M.E., Christenson, S.L. y Neumark-Sztainer. D. (2007). Social isolation, psychological health and protective factors in adolescence. *Adolescence*, 42 (166), 265-286.
110. Heaven, P. C. L. (1996). *Adolescent health: The role of individual differences*. London: Routledge.
111. Hemingway, H. y Marmot, M. (1999). Evidence based cardiology. Psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease: Systematic review of prospective cohort study. *British Medical Journal*, 318, 1460-1467.
112. Hewstone, M., Stroebe, W., Codol, J.P. y Stephenson, G.M. (1990). *Introducción a la Psicología Social. Una perspectiva europea*. Barcelona, Ariel.

113. House of Commons Health Committee (2009). *Health Inequalities. Third Report of Session 2008–09. Volume I: Report, together with formal minutes*. Londres, Inglaterra: The Stationery Office Limited.
114. Huurre, T., Aro, H., Rahkonen, O. y Komulainen, E. (2006). Health, lifestyle, family and school factors in adolescence: predicting adult educational level. *Educational Research*, 48 (1), 41-53.
115. INFORME 2018. *Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL. SECRETARÍA DE ESTADO DE SERVICIOS SOCIALES. NIPO: 680-18-111-2. Madrid, 2019.
116. Instituto Nacional de Estadística. *Encuesta Nacional de Salud de España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.
117. Instituto Mexicano de la Juventud [IMJ]. (2006). *Encuesta Nacional de Juventud 2005*. Ciudad de México: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.
118. International Labour Organization (2004). *International Standard Classification of Occupations (ISCO)*.
119. Janis, I. L. (1967). *Effects of fear arousal on attitude change: Recent developments in theory and experimental research*. En L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 3, pp. 166-225). New York: Academic Press.
120. Janis, I. L. y Mann, L. (1977). *Decision making: A psychological analysis of conflict, choice and commitment*. New Haven, CT, EE. UU.: Free Press.
121. Jessor, R. y Jessor, S. L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: a longitudinal study of youth*. Nueva York, NY, EE. UU.: Academic Press.
122. Jessor, R. (1984) Adolescent development and behavioral health. En D. Matarazzo, S. M. Weiss, J. A. Herd y N. E. Miller (Eds.), *Behavioral Health: A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention* (pp. 69-90). Nueva York, NY, EE. UU.: John Wiley y Sons.
123. Jessor, R., Chase, J. y Donovan, J. (1980). Psychosocial correlates of marijuana use and problem drinking in a national sample of adolescents. *American Journal of Public Health*, 70, 604-613.
124. Jessor, R. (1992). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. En D. E. Rogers, y E. Ginzberg (Eds.), *Adolescents at risk: Medical and social perspectives* (pp. 19-34). Boulder, CO, EE. UU.: Westview Press.
125. Jessor, R., Turbin, M. S. y Costa, F. M. (1998). Protective factors in adolescent health behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 788-800.
126. Jiménez Ruiz C. A., Riesco Miranda C. A., Hurt R. D., Ramos Pinedo A., Solano Reina S., Carrion Valero F. *Study of impact of laws regulating tobacco consumption on the prevalence smoking in Spain*. Eur J Public Health. 2008; 18: 622-5.
127. Kim KH. Religion, weight perception, and weight control behavior. *Eat Behav*. 2007;8(1):121-31.
128. Kolip, P. (2008). Gender sensitive health promotion and prevention. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 51, 28-35.

129. Kremers, S. P. J., de Bruijnm, G. J., Schaalma, H. y Brug, J. (2004). Clustering of energy balance-related behaviours and their intrapersonal determinants. *Psychology and Health*, 19, 595- 606.
130. Krick, J. P. y Sobal, J. (1990). Relationships between health protective behaviors. *Journal of Community Health*, 15, 19-34.
131. Krieger, N. (2003). Genders, sexes, and health: What are the connections--and why does it matter? *International Journal of Epidemiology*, 32, 652-657.
132. Kulbok, P. A. y Cox, C.L. (2002). Dimensions of adolescents' health behavior. *Journal of Adolescence Health*, 31, 394-400.
133. Laframboise, H. L. (1973). Health Policy: breaking the problem down in more manageable segments. *Canadian Medical Association Journal*, 108, 388-393.
134. Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa, Ontario, Canada: Information Canada.
135. León, J. L. y Medina, S. (2002). *Psicología social de la salud: fundamentos teóricos y metodológicos*. Sevilla, España: Comunicación Social, Ediciones y Publicaciones.
136. Levitz, R., Noel, L. y Richter, B. (1999). Strategic moves for retention success. *New Directions for Higher Education*, 108, 31-49.
137. Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. Ley 28/2005. BOE nº 309, de 27 de diciembre del 2005.
138. Leyton, M. (2014). *Aplicación de un programa de ejercicio físico para optimizar la motivación y los hábitos alimenticios en adultos y mayores* (Tesis Doctoral), Universidad de Extremadura, Cáceres, España.
139. Lim, B. S. C., y Wang, C. K. J. (2009). Perceived autonomy support, behavioral regulations in physical education and physical activity intention. *Psychology of Sport and Exercise*, 10(1), 52-60.
140. Lima-Serrano M, Lima-Rodríguez JS, Sáez-Bueno A. Design and validation of scales to measure adolescent attitude toward eating and toward physical activity. *Rev Esp Salud Pública* 2012; 86: 253-68.
141. Locker, D. y Gibson, B. (2006). The concept of positive health: A review and commentary on its application in oral health research. *Community Dental Health Services*, 34, 161-173.
142. López-Barajas, E. (2013) 'La familia "humus" fértil del amor', *Hacer familia*, (60-61).
143. MacDonald, T. H. (1998). *Rethinking health promotion. A global approach*. Routledge, London.
144. Mackenbach, J. P., Kunst, A. E., Cavelaars, A., Groenhouf, F., Geurts, J. y Grupo de trabajo de la Unión Europea sobre Desigualdades Socioeconómicas en Salud (1997). Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe. *The Lancet*, 349, 1655-1659.
145. Mansilla, M.E. (2000). Etapas del desarrollo humano. *Revista de Investigación en Psicología*, Vol. 3, Núm. 2 (2000), 1-12.

146. March, J.C. (2008). Promoción de la Salud: aspectos conceptuales y metodológicos. Seminario impartido en el máster "Promoción de la Salud" dirigido por el Catedrático José M<sup>a</sup> León Rubio. Dpto. Psicología Social. Universidad de Sevilla.
147. Marmot, M. y Wilkinson, R. G. (2006). *Social determinants of Health* (2a. ed.). Oxford, Inglaterra: Oxford University Press.
148. Matarazzo, J. D. (1994). Health and behavior: The coming together of science and practice in psychology and medicine after a century of benign neglect. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 1, 7-39.
149. Mc Creary Centre Society [MCS]. (2008). *A picture of health: Highlights from the 2008 BC Adolescent Health Survey*.
150. McDonough, Peggy y Walters, Vivienne (2001). «Gender and Health: Reassessing Patterns and Explanations». *Social Science and Medicine*, 52(4): 547-559
151. McDowell, I. y Newell, C. (1987). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires*. Nueva York, NY, EE. UU.: Oxford University Press.
152. Mechanic, D. (1979). The stability of health and illness behavior: Results from a 16-year follow-up. *American Journal of Public Health*, 69, 1142-1145.
153. Meil, G. (1999). La sociología de la familia en España 1978/1998. Universidad autónoma de Madrid. *Reis*. 83/98 pp. 179-215.
154. Mendoza, R. (1990, junio). *Concepto de estilos de vida saludables y factores determinantes*. Documento presentado en la Segunda Conferencia Europea de Educación para la Salud, Varsovia, Polonia.
155. Mezzich, J. E. (2005). Positive health: Conceptual place, dimensions and implications. *Psychopathology*, 38, 177-179.
156. Ministerio de Sanidad y Consumo (2004). *Formación en Promoción y Educación para la Salud*. Consejo Interterritorial. Sistema Nacional de Salud. Madrid.
157. Murray, C. J. L. y López, A. D. (1996). *The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA, EE. UU.: Harvard University Press.
158. Naimi TS, Xuan Z, Brown DW, Saitz R. Confounding and studies of 'moderate' alcohol consumption: the case of drinking frequency and implications for low-risk drinking guidelines. *Addiction*. 2013; 108: 1534-1543.
159. Nathanson, C. A. (1977). Sex, illness, and medical care: A review of data, theory, and method. *Social Science y Medicine*, 11, 13- 25.
160. Navarro, V. y Baltimore, M. (1997). Topics for our times: The "Black Report" of Spain -The Commission on Social Inequalities in Health. *American Journal of Public Health*, 87, 334-335.
161. Navarro, V., Benach, J. y Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud en España. (1996). *Las desigualdades sociales en salud en España*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Consumo.

162. Needham, B., Crosnoe, R. y Muller, Ch. (2004). Academic failure in secondary school: The inter-related role of health problems and educational context. *Social Problems*, 51 (4), 569-586.
163. Neumark-Sztainer, D., Story, M., Fench, S. y Resnick, M. (1997). Psychosocial correlates of health compromising behaviors among adolescents. *Health Education Research*, 12 (1), 37-52.
164. Noar, S., Benac, C. y Harris, M. (2007). Does tailoring matter? Meta- analytic review of tailored print health behavior change interventions. *Psychological Bulletin*, 133, 673-693.
165. Noar, S., Chabot, M. y Zimmerman, R. S. (2008). Applying health behavior theory to multiple behavior change: Considerations and approaches. *Preventive Medicine*, 46, 275-280.
166. Nutbeam, D., Aaro, L. y Wold, B. (1991). The lifestyle concept and health education with young people. Results from a WHO international survey. *World Health Statistics Quart*, 44, 55-61.
167. Oman D, Thoresen CE. 'Does religion cause health?': Differing interpretations and meanings. *J Health Psychol*. 2002;7(4):365-80.
168. Orleans, C. T. (2004). Addressing multiple behavioral health risks in primary care. Broadening the focus of health behavior change research and practice. *American Journal of Preventive Medicine*, 27 (Suppl. 1), 1-3.
169. Orleans, C. T., Gruman, J., Ulmer, C. Emont, S. L. y Hollendonner, J. (1999). Rating our progress in population health promotion: Report card on six behaviors. *American Journal of Health Promotion*, 14, 75-82.
170. Ortega, M.C., (2014). La familia como agente promotor de estilos de vida saludables. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Instituto Internacional de Estudios sobre la Familia. DOCUMENTACIÓN · Nº 51 (1 de marzo 2014).
171. Ory, M. G., Jordan, P. J. y Bazzarre, T. (2002). The behavior change consortium: Setting the stage for a new century of health behavior-change research. *Health Education Research*, 17, 500- 511.
172. Osgood, D. W., Johnston, L. D., O'Malley, P. M. y Bachman, J. G. (1988). The generality of deviance in late adolescence and early adulthood. *American Sociological Review*, 531, 81-93.
173. Palacio, Juan Ignacio (2002). Estructura económica de Castilla-La Mancha. Celeste Ediciones.
174. Papalia, D., Wendkos, S., Duskin, R., (2001). *Psicología del Desarrollo*. Bogotá: McGraw-Hill.
175. Pardo, Miguel et al (2000). Historia económica de Castilla-La Mancha (siglos XVI-XX). Celeste Ediciones.
176. Pastor, Y., Balaguer, I. y García Merita, M. L. (1999). *Estilos de vida y salud*. Valencia, España: Albatros.
177. Pastor, Y., Balaguer, I. y García Merita, M. L. (1998a). Una revisión sobre las variables de estilos de vida saludables. *Revista de Psicología de la Salud*, 10, 15-52.
178. Pastor, Y., Balaguer, I. y García Merita, M. L. (1998b). Dimensiones del estilo de vida relacionado con la salud en la adolescencia: una revisión. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 51, 469- 483.
179. Patrick, D. I. y Bergner, M. (1990). Measurement of health status in the 1990's. *Annual Review of Public Health*, 11, 165-183.

180. Pekkanen, J., Tuomilehto, J., Uutela, A., Vartiainen, E. y Nissinen, A. (1995). Social class, health behaviour, and mortality among men and women in eastern Finland. *British Medical Journal*, 311, 589-593.
181. Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice*. Stanford, CA, EE. UU.: Appletton y Lange.
182. Peterson, Richard R. (1996). «A Re-Evaluation of the Economic Consequences of Divorce». *American Sociological Review*, 61(3): 528-536.
183. Petrel Marín, Aurelio (2007). Del Albacete islámico: notas y conjeturas.
184. Piédrola, G. (2001). *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Barcelona: Masson.
185. Piko, B.F. (2007). Self-perceived health among adolescents: the role of gender and psychosocial factors. *European Journal of Pediatrics*, 166, 701– 708.
186. Pillet Capdepón., Félix (2007). Geografía de Castilla-La Mancha. Almud, Ediciones de Castilla-La Mancha, [2007].
187. Pinn VW. Sex and gender factors in Medical Studies: Implications for health and clinical practice. *JAMA*. 2003;289(4):397-400.
188. Power, C., Manor, O. y Matthews, S. (1999). The duration and timing of exposure: Effects of socioeconomic environment on adult health. *American Journal of Public Health*, 89, 1059-1065.
189. Prince M, Wilmo A, Guerchet M, Ali GC, Wu YT, Prina M. World Alzheimer Report 2015. The Global Impact os Demencia. An análisis of prevalence, incidence, cost and trends. London: Alzheimer´s Disease International (ADI). 2015.
190. Prochaska, J. y Diclemente, C. (1983). Stages and processes of change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of consulting and clinical Psychology and Psychotherapy*, 51, 390-395.
191. Prochaska, J. J., Spring, B. y Nigg, C. R. (2008). Multiple health behavior change research: An introduction and overview. *Preventive Medicine*, 46, 181-188.
192. Prochaska, J. O. (2008). Multiple health behavior research represents the future of preventive medicine. *Preventive Medicine*, 46, 281-285.
193. Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Redding, C., Rossi, J. S., Goldstein, M., DePue, J., et al. (2005). Stage-based expert systems to guide a population of primary care patients to quit smoking, eat healthier, prevent skin cancer, and receive regular mammograms. *Preventive Medicine*, 41, 406-416.
194. Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Rossi, J. S., Redding, C. A., Greene,
195. G. W., Rossi, S. R., et al. (2004). Multiple risk expert systems interventions: Impact of simultaneous stage-matched expert system interventions for smoking, high-fat diet, and sun exposure in a population of parents. *Health Psychology*, 23, 503-516.
196. Pronk, N. P., Anderson, L. H., Crain, A. L., Martinson, B. M., O'Connor, P. J., Sherwood, N. E., et al. (2004). Meeting recommendations for multiples healthy lifestyle factors: Prevalence,

- clustering, and predictors among adolescent, adult, and senior health plan members. *American Journal of Preventive Medicine*, 27 (Suppl. 1), 25-33.
197. Pronk, N. P., Peek, C. J. y Goldstein, M. G. (2004). Addressing multiple behavioral risk factors in primary care. A synthesis of current knowledge and stakeholder dialogue sessions. *American Journal of Preventive Medicine*, 27 (Suppl. 1), 4-17.
198. Ramos, M.J. (2010). Estilos de vida y salud en la adolescencia. Madrid, España: Alianza Editorial.
199. Raeburn, J. (1992). Health promotion research with courtesy: Keeping a people perspective. *Canadian Journal of Public Health*, 83, 20-24.
200. Regidor, E. (2008). Desigualdades socioeconómicas en la exposición al riesgo y en salud. En M. Rodríguez y R. Urbanos (Eds.), *Desigualdades sociales en salud: factores determinantes y elementos para la acción* (pp. 11-40). Barcelona, España: Elsevier Masson.
201. Regidor, E., Gutiérrez-Fisac, J. L. y Rodríguez, C. (1994). *Diferencias y desigualdades en salud en España*. Madrid, España: Díaz de Santos.
202. Regidor, E., Ronda, E., Pascual, C., Martínez, D., Calle, M. E. y Domínguez, V. (2006). Decreasing socioeconomic inequalities and increasing health inequalities in Spain: A case study. *American Journal of Public Health*, 96, 102-108.
203. Rew L, Wong YJ. A systematic review of associations among religiosity/spirituality and adolescent health attitudes and behaviors. *J Adolesc Health*. 2006;38(4):433-42.
204. Riemsma, R. P., Pattenden, J., Bridle, C., Sowden, A. J., Mather, L., Watt, I. S., et al. (2002). A systematic review of the effectiveness of interventions based on a stages-of-change approach to promote individual behaviour change. *Health Technology Assessment*, 6.
205. Riesco Miranda J. A., Solano Reina S., Jiménez Ruiz C. A., Esquinas López C., Serrano Rebollo J. C., de Granda Orive J. I. *Presente y futuro de Tabaquismo de la SEPAR*. *Arch Bronconeumol*. 2009; 45 (Supl 1): 16-20.
206. Risengren, A., Hawken, S., Ôunpuu, S., Sliwa, K., Zubaid, M., Almahmeed, W. A., et al. (2004). Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11 119 cases and 13 648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): Case-control study. *The Lancet*, 364, 953-962.
207. Ritt-Olson A, Milam J, Unger JB, Trinidad D, Teran L, Dent CW, et al. The protective influence of spirituality and "health-as-a-value" against monthly substance use among adolescents varying in risk. *J Adolesc Health*. 2004;34(3):192-9.
208. Robbins, S., Allen, J., Casillas, A. y Peterson, C. (2006). Unraveling the differential effects of motivational and skills, social and self- management measures from traditional predictors of college outcomes. *Journal of Educational Psychology*, 98 (3), 598-616.
209. Rogers, R. W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. En J. T. Cacioppo y R. E. Petty, (Eds.), *Social Psychophysiology* (pp. 153-176). Nueva York, NY, EE. UU.: Guilford.
210. Rohlfs, I., Borrell, C. y Fonseca, M. (2000). Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gaceta Sanitaria*, 14, 60-71.

211. Ross, C. E. y Bird, C. (1994). Sex stratification and health lifestyle: Consequences for men's and women's perceived health. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 161-178.
212. Rotter, J. B. (1966). Generalised expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1-28.
213. Rueda-Jaimes GE, Camacho-López PA, Rangel-Martínez AM, Campo-Arias A. [Prevalence and Factors Associated with Daily Cigarette Intake among Adolescent Students]. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2009;38(4):669-80.
214. Rueda-Jaimes GE, Rangel-Martínez-Villalba AM, Camacho PA, Duarte-Pineda E. Factores asociados al uso de sustancias ilícitas en adolescentes escolarizados. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2011;40(1):38-48.
215. Ruíz, M. T., Vives, C., Papí, N., La Parra, D., Mateo, M. A., Pereyra, P., et al. (2005). *Indicadores para medir los determinantes de las desigualdades en salud desde la perspectiva del análisis de género*. Alicante: Universidad de Alicante. Departamento de Salud Pública. Área de Medicina Preventiva y Salud Pública.
216. Rutten, A. (1995). The implementation of health promotion: A new structural perspective. *Social Science and Medicine*, 41, 1627- 1637.
217. Ryff, C. D., Singer, B. H. y Love G. D. (2004). Positive health: Connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B*, 359, 1383-1394.
218. Sallis, J. F. (1993). Promoting Healthful Diet and Physical Activity. En Millstein, S.G., Petersen, A. C. y Nightingale, E. O. (Eds.). *Promoting the Health of Adolescents. New Directions for the Twenty-first Century* (pp. 209-241). New York: Oxford University Press.
219. Sánchez Agudo L., Carretas Castellet J. M. *Unidades de tabaquismo por Internet*. *Arch Bronconeumol*. 2006; 42: 600-4.
220. Sánchez Sánchez, Isidro et al (1998). Castilla-La Mancha contemporánea, 1800-1975. Celeste Ediciones.
221. Sánchez Z, Garcia-de Oliveira L, Nappo S. Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. *Ciênc Saúde Colect*. 2004;9(1):43-55.
222. Sarafino, E. P. (1994). *Health Psychology. Biopsychosocial Interactions*. New York: John Wiley and Sons.
223. Sawatzky R, Pesut B. Attributes of spiritual care in nursing practice. *J Holist Nurs*. 2005;23(1):19- 33.
224. Schlaepfer-Pedrazzini, L. y Infante-Castañeda, C. (1990). La medición de salud: perspectivas teóricas y metodológicas. *Salud Pública de México*, 32, 141-155.
225. Schrijvers, C. T. M., Stronks, K., Dike van de Mheen, H. y Mackenbach, J. P. (1999). Explaining educational differences in mortality: The role of behavioral and material factors. *American Journal of Public Health*, 89, 535-540.
226. Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. En R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 217–242). Washington, DC, EE. UU.: Hemisphere.

227. Scottish Executive (2005). *National programme for improving mental health and well-being addressing mental health inequalities in Scotland*. Edimburgo, Escocia: Scottish Development Centre for Mental Health.
228. Seedhouse, D. (1986). *Health: The foundations of achievement*. Chichester, Inglaterra: John Wiley.
229. Seeman, J. (1989). Toward a model of positive health. *American Psychologist*, 44, 1099-1109.
230. Seidell JC, Verschuren WM, Van Leer EM, Kromhout D. 1996 Overweight, underweight, and mortality. A prospective study of 48,287 men and women. *Arch Intern Med*, 1996. 156: 958-63.
231. Seligman, M. (2008). Positive Health. *Applied Psychology: An international review*, 57 (Suppl.), 3-18.
232. Shinko, Y., Takehito, T., Keiko, N. y Masafumi, W. (2001). Effectiveness of a community leaders' programme to promote healthy lifestyles in Tokyo, Japan. *Health Promotion International*, 16, 235-243.
233. Siegrist, J. y Marmot, M. (2004). Health inequalities and the psychosocial environment-two scientific challenges. *Social Science and Medicine*, 58, 1463-1473.
234. Sihna JW, Cnaan RA, Gelles RJ. Adolescent risk behaviors and religion: Findings from a national study. *J Adolesc*. 2007;30(2):231-49.
235. Silva, F. B., Vaello, A. P., Alias, A., y Moreno, J. A. (2015). Predicción del motivo salud en el ejercicio físico en centros de fitness. *RICYDE. Revista Internacional de Ciencias del Deporte*, 11(40), 163-172.
236. Simó, Carles y Solsona, Montse (2010). «El registro estadístico de las rupturas de unión en España. Evaluación e ideas para avanzar desde la demografía». *Papers. Revista de Sociologia*, 95(3): 609- 632.
237. Simó-Noguera, Carles; Hernández-Monleón, Andrea; Muñoz-Rodríguez, David y González-Sanjuán, M.<sup>a</sup> Eugenia (2015). «El efecto del estado civil y de la convivencia en pareja en la salud». *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 151: 141-166.
238. Singer, B. y Ryff, C. D. (2001). *New horizons in health: On integrative approach*. Washington, DC, EE. UU.: National Academy Press.
239. Singh-Manoux, A., Ferrie, J. E., Chandola, T. y Marmot, M. (2004). Socioeconomic trajectories across the life course and health outcomes in midlife: Evidence for the accumulation hypothesis? *International Journal of Epidemiology*, 33, 1072-1079.
240. Sinha, P. D. (1993). *Developing positive health lifestyle in schoolchildren*. Project Lifestyle. Jamaica: Caribbean Food and Nutrition Institute – Regional Office of the World Health Organization.
241. Smith, G. D., Hart, C., Hole, D., MacKinnon, P., Gillis, C., Watt, G., et al. (1998). Education and occupational social class: Which is the more important indicator of mortality risk? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52, 153-160.

242. Smith, G. D., Neaton, J. D., Wentworth, D., Stamler, R. y Stamler, J. (1996). Socioeconomic differentials in mortality risk among men screened for the Multiple Risk Factor Interventional Trial, I: White men. *American Journal of Public Health*, 86, 486-496.
243. Smith, G. D., Shaw, M., Mitchell, R., Dorling, D. y Gordon, D. (2000). Inequalities in health continue to grow despite government's pledges. *British Medical Journal*, 320, Artículo 582.
244. Smith, G. D., Shipley, M. J. y Rose, G. (1990). Magnitude and causes of socioeconomic differentials in mortality: Further evidence from the Whitehall Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 44, 265-270.
245. Solano Reina S., de Granda Orive J. I., Vaquero Lozano P., Flórez Martín S., Ramos Pinedo A., Jiménez Ruiz C. A. *Esperanza ante la futura ley de control y prevención del tabaquismo. Rev Patol Resp.* 2010; 13: 49-51.
246. Solomon, S. y Kington, R. (2002). National efforts to promote behavior-change research: Views from the Office of Behavioral and Social Sciences Research. *Health Education Research*, 17, 495-499.
247. Solsona, Montse (2009). «Narrar la propia biografía después de un divorcio: notas de un estudio cualitativo de interés para la demografía». *Estudios Geográficos*, 70/267: 633-660
248. Sorenson, J. R. y Steckler, A. (2002). Improving the health of the public: A behavior-change perspective. *Health Education Research*, 17, 493-494.
249. Spring, B., Doran, N., Pagoto, S., Schneider, K., Pingitore, R. y Hedeker, D. (2004). Randomized controlled trial for behavioral smoking and weight control treatment: Effect of concurrent versus sequential intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 785-796.
250. Steele, J. L. y McBroom, W. H. (1972). Conceptual and empirical dimensions of health behavior. *Journal of Health and Social Behavior*, 13, 382-392.
251. Steptoe A, Wardle J, Cui W, Baban A, Glass K, Pelzer K, et al. Trends in smoking, diet, physical exercise, and attitudes toward health in European university students from 13 countries, 1990-2000. *Prevent Med* 2002; 35: 97-104.
252. Stewart-Brown, S. L. (2006). *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically what is the effectiveness of the health promoting schools approach*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN).
253. Syrda, J. (2017). The impact of marriage and parenthood on male body mass index: Static and dynamic effects. *Social Science and Medicine*. Volume 186, August 2017, Pages 148-155.
254. Tapp, J. T. y Goldenthal, P. (1982). A factor analysis study of health habits. *Preventive Medicine*, 11, 724-728.
255. Terre, L., Drabman, R. S. y Meydrech, E. F. (1990). Relationships among children's health-related behaviors: A multivariate, developmental perspective. *Preventive Medicine*, 19, 134-146.
256. Terris, M. (1980). *La revolución epidemiológica y la medicina social*. México: Siglo XXI.
257. Thuen, F., Klepp, K. I. y Wold, B. (1992). Risk-seeking and safety-seeking behaviors: A study of health-related behaviors among.

258. Trevor, H. (2001). People, partnerships and human progress: building community capital. *Health Promotion International*, 16, 275- 280.
259. Tubert, S. y Fraisse, G. (2003). *Del sexo al género: los equívocos de un concepto*. Valencia, España: Cátedra.
260. Udry, J. R. (1994). The nature of gender. *Demography* 31, 561-573.
261. UNICEF, (2005). Los Primeros Pasos. Vigía de los derechos de la niñez mexicana. Número 1, año 1.
262. Vallerand, R. J. (2015). *The psychology of passion: A dualistic model*. Oxford University Press.
263. Varo-Cenarruzabeitia JJ, Martínez-Hernández JA, Martínez-González MA. Beneficios de la actividad física y riesgos del sedentarismo. *Medicina Clínica*. 2003;121(17):665-72.
264. Vaughn BV. Disorders of sleep. In: Goldman L, Schafer AI, eds. *Goldman-Cecil Medicine*. 25th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016: chap 405.
265. Vázquez, C. y Hervás, G. (2008). Salud positiva: del síntoma al bienestar. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds.), *Psicología positiva aplicada* (pp. 17-39). Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
266. Vio, F., Albala, C., y Kain, J. (2008). Nutrition transition in Chile revisited: mid-term evaluation of obesity goals for the period 2000-2010. *Public Health Nutr.*, 11, 405-412.
267. Wallerstein, Judith S. y Blakeslee, Sandra (2003). What about the Kids? Raising your Children before, during, and after Divorce. New York: Hyperion.
268. Wallston, K., Wallston, B. y De Vellis, R. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, 6, 161-171.
269. Wardle J, Cui W, Baban A, Glass K, Pelzer K, et al. Trends in smoking, diet, physical exercise, and attitudes toward health in European university students from 13 countries, 1990-2000. *Prevent Med* 2002; 35: 97-104.
270. Weinstein, N. (1988). The Precaution Adoption Process. *Health Psychology*, 7, 355-386.
271. Whitehead M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv*. 1992; 22(3): 429-45. PMID: 1644507
272. World Health Organization (1948). *WHO Constitution*. Genova: World Health Organization.
273. World Health Organization (1978). *Atención primaria de la salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata*. Ginebra, Suiza: OMS.
274. World Health Organization (1986). Life-Styles and Health. *Social Science y Medicine*, 22, 117-124.
275. World Health Organization (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud: Hacia un nuevo concepto de la Salud Pública*. Toronto, Ontario, Canadá: Salud y Bienestar Social de Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública.
276. World Health Organization (2002). World Health Report. 2002. Report No.: 8.

**Estudio epidemiológico de hábitos de vida saludable mediante la  
Escala de Valoración del Estilo de Vida Saludable Adquirido**

277. World Health Organization (2003). *Caring for children and adolescents with mental disorders. Setting WHO directions*. Ginebra, Suiza: World Health Organization.
278. World Health Organization (2008). Inequalities in young people's health. Health behaviour in schoolaged children international report from the 2005/2006 survey.
279. World Health Organization (2015). World Health Report. 2015. Report No.: 15.
280. World Health Organization (2018). Smoking statistics. Ginebra, Suiza: OMS; 2018.

## **IX. ANEXO: E-VEVSA**



**ANEXO: E-VEVSA**

## Escala de Valoración del Estilo de Vida Saludable Adquirido (E-VEVSA)



**AUTOR:** Raúl Salmerón Ríos

**COORDINACIÓN:** Pedro Juan Tárraga López, Pedro Luis Rodríguez García

**Estudio epidemiológico de hábitos de vida saludable mediante la  
Escala de Valoración del Estilo de Vida Saludable Adquirido**

**Presentación e instrucciones:**

Este cuestionario tiene por objetivo valorar los hábitos que, desde hace años y hasta la actualidad, ha adquirido usted durante el transcurso de su vida cotidiana.

Marque con una **X** la respuesta que considere adecuada. Si comete algún error, puede corregir tachando la casilla y señalando otra opción de nuevo marcando con X.

Sus respuestas serán totalmente anónimas y no es necesario que refleje su identidad. Tan sólo es preciso que señale su edad, sexo y algunas cuestiones sociodemográficas.

|      |  |      |
|------|--|------|
| EDAD |  | años |
|------|--|------|

| SEXO   |  |
|--------|--|
| Hombre |  |
| Mujer  |  |

| NIVEL DE ESTUDIOS       |  |
|-------------------------|--|
| Primaria (EGB, EPO)     |  |
| Secundaria (ESO, BUP)   |  |
| Bachillerato            |  |
| Diplomado universitario |  |
| Licenciado              |  |
| Doctorado               |  |
| Otros:                  |  |

| ESTADO CIVIL         |  |
|----------------------|--|
| Soltero              |  |
| Casado               |  |
| Unión Libre          |  |
| Separado con hijos   |  |
| Separado sin hijos   |  |
| Divorciado con hijos |  |
| Divorciado sin hijos |  |
| Viudo                |  |

| OCUPACIÓN   |  |
|-------------|--|
| Parado      |  |
| Obrero      |  |
| Empleado    |  |
| Autónomo    |  |
| Profesor    |  |
| Estudiante  |  |
| Ama de casa |  |
| Otra:       |  |

| NIVEL DE INGRESOS MENSUALES (€) |  |
|---------------------------------|--|
| Sin ingresos                    |  |
| Menos de 300                    |  |
| Entre 300 y 499                 |  |
| Entre 500 y 999                 |  |
| Entre 1.000 y 1.499             |  |
| Entre 1.500 y 1.999             |  |
| Entre 2.000 y 2.499             |  |
| Entre 2.500 y 2.999             |  |
| Entre 3.000 y 5.000             |  |
| Más de 5.000                    |  |

| RELIGIÓN          |  |
|-------------------|--|
| Ateo              |  |
| Católico          |  |
| Protestante       |  |
| Evangélico        |  |
| Testigo de Jehová |  |
| Otra:             |  |

**Estudio epidemiológico de hábitos de vida saludable mediante la  
Escala de Valoración del Estilo de Vida Saludable Adquirido**

**Recuerde marcar con una X la respuesta  
que considere adecuada a sus hábitos.**

**Este cuestionario es anónimo.**

**A: Nunca.  
B: Casi nunca.  
C: Con poca frecuencia.  
D: Con bastante frecuencia.  
E: Con mucha frecuencia.**

|    | Desde hace años y hasta la actualidad, he adquirido el hábito de...           | A | B | C | D | E |
|----|-------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1  | Dormir diariamente entre 7 y 9 horas.                                         |   |   |   |   |   |
| 2  | Hacer una dieta equilibrada y adecuada a mi gasto de calorías diarias.        |   |   |   |   |   |
| 3  | Tener problemas personales y sociales debido al consumo de alcohol.           |   |   |   |   |   |
| 4  | Ser cohibido e introvertido en el trato con la gente.                         |   |   |   |   |   |
| 5  | Preocuparme y controlar en revisiones médicas mi peso corporal.               |   |   |   |   |   |
| 6  | Quedarme dormido (sofá, sillón) sin acostarme hasta después de la medianoche. |   |   |   |   |   |
| 7  | Incluir dulces o bollería industrial en mi dieta diaria.                      |   |   |   |   |   |
| 8  | Hacer sentir a los demás que son muy importantes en mi vida.                  |   |   |   |   |   |
| 9  | Tener pereza y sentir agotamiento al levantarme cada mañana.                  |   |   |   |   |   |
| 10 | Realizar ejercicio físico o deporte al menos 3 o 4 días a la semana.          |   |   |   |   |   |
| 11 | Tener problemas personales o sociales debido al consumo de tabaco.            |   |   |   |   |   |
| 12 | Alterarme por sucesos de escasa relevancia.                                   |   |   |   |   |   |
| 13 | Incluir la fruta en mi dieta diaria.                                          |   |   |   |   |   |
| 14 | Preocuparme y controlar en revisiones médicas mi corazón y circulación.       |   |   |   |   |   |
| 15 | Acostarme a dormir antes de la medianoche.                                    |   |   |   |   |   |
| 16 | Realizar ejercicio físico ligero o moderado entre 30 y 60 minutos por sesión. |   |   |   |   |   |
| 17 | Consultar con un profesional de dietética y nutrición mi dieta alimenticia.   |   |   |   |   |   |
| 18 | Realizar ejercicios de relajación y meditación entre 30 y 45 minutos al día.  |   |   |   |   |   |
| 19 | Obsesionarme por el cuidado de mi salud y las enfermedades.                   |   |   |   |   |   |
| 20 | Incluir embutidos y otros alimentos grasos en mi dieta diaria.                |   |   |   |   |   |
| 21 | Estar ansioso y estresado.                                                    |   |   |   |   |   |
| 22 | Preocuparme y controlar en revisiones médicas mi tensión arterial.            |   |   |   |   |   |
| 23 | Ver la televisión o jugar a videojuegos pasada la medianoche.                 |   |   |   |   |   |
| 24 | Estar con poco ánimo para realizar las tareas cotidianas o laborales.         |   |   |   |   |   |
| 25 | Subir escaleras en lugar de utilizar ascensores.                              |   |   |   |   |   |
| 26 | Beber abundante agua en mi dieta diaria (2 litros aprox.).                    |   |   |   |   |   |
| 27 | Dar paseos o ir en bicicleta durante mi tiempo libre.                         |   |   |   |   |   |
| 28 | Preocuparme y controlar en revisiones médicas mi estado mental y emocional.   |   |   |   |   |   |
| 29 | Buscar motivaciones que hagan de mi trabajo o estudios una tarea agradable.   |   |   |   |   |   |

**Estudio epidemiológico de hábitos de vida saludable mediante la  
Escala de Valoración del Estilo de Vida Saludable Adquirido**

**Recuerde marcar con una X la respuesta  
que considere adecuada a sus hábitos.**

**Este cuestionario es anónimo.**

**A: Nunca.  
B: Casi nunca.  
C: Con poca frecuencia.  
D: Con bastante frecuencia.  
E: Con mucha frecuencia.**

|    | Desde hace años y hasta la actualidad, he adquirido el hábito de...               | A | B | C | D | E |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 30 | Hacer con tranquilidad las tres comidas principales del día.                      |   |   |   |   |   |
| 31 | Hacer amistades con mucha facilidad.                                              |   |   |   |   |   |
| 32 | Incluir refrescos gaseosos en mi dieta diaria.                                    |   |   |   |   |   |
| 33 | Llevar la iniciativa para tomar decisiones dentro de mi grupo de amigos.          |   |   |   |   |   |
| 34 | Realizar tareas de trabajo pasada la medianoche.                                  |   |   |   |   |   |
| 35 | Preocuparme y controlar en revisiones médicas mis triglicéridos en sangre.        |   |   |   |   |   |
| 36 | Tener muy baja autoestima.                                                        |   |   |   |   |   |
| 37 | Frecuentar lugares de fumadores.                                                  |   |   |   |   |   |
| 38 | Consultar textos de autoayuda y mejora personal.                                  |   |   |   |   |   |
| 39 | Ir caminando a la mayoría de sitios y prescindir de vehículos siempre que puedo.  |   |   |   |   |   |
| 40 | Ser reconocido por los demás por mis cualidades físicas o deportivas.             |   |   |   |   |   |
| 41 | Intentar que mi trabajo o estudios no perjudiquen mis relaciones sociales.        |   |   |   |   |   |
| 42 | Dormir plácidamente sin interrupciones o desvelos.                                |   |   |   |   |   |
| 43 | Preocuparme y controlar en revisiones médicas mi colesterol en sangre.            |   |   |   |   |   |
| 44 | Mantener y cuidar las relaciones con mis amigos más cercanos.                     |   |   |   |   |   |
| 45 | Preocuparme y controlar en revisiones médicas mi sistema inmunológico.            |   |   |   |   |   |
| 46 | Consumir drogas ilegales (marihuana, cocaína, heroína, etc.).                     |   |   |   |   |   |
| 47 | Ser muy bueno en la práctica de ejercicio físico o en la mayoría de los deportes. |   |   |   |   |   |
| 48 | Hacer una siesta y descansar tras comer más de 40 minutos.                        |   |   |   |   |   |
| 49 | Beber más alcohol que mis amigos más cercanos.                                    |   |   |   |   |   |
| 50 | Practicar o haber practicado deporte en competiciones federadas.                  |   |   |   |   |   |
| 51 | Preocuparme y controlar en revisiones médicas mi análisis de sangre.              |   |   |   |   |   |
| 52 | Trasnochar y acostarme muy tarde siempre que tengo salidas con amigos.            |   |   |   |   |   |
| 53 | Incluir el pescado en mi dieta diaria.                                            |   |   |   |   |   |
| 54 | Hacerme valorar y sentirme bien considerado por mis amigos.                       |   |   |   |   |   |
| 55 | Beber hasta embriagarme.                                                          |   |   |   |   |   |
| 56 | Incluir carne en mi dieta diaria más de 3 días por semana.                        |   |   |   |   |   |
| 57 | Fumar más que mis amigos más cercanos.                                            |   |   |   |   |   |
| 58 | Caer bien a casi todo el mundo.                                                   |   |   |   |   |   |

**Estudio epidemiológico de hábitos de vida saludable mediante la  
Escala de Valoración del Estilo de Vida Saludable Adquirido**

**Recuerde marcar con una X la respuesta  
que considere adecuada a sus hábitos.**

**Este cuestionario es anónimo.**

**A: Nunca.  
B: Casi nunca.  
C: Con poca frecuencia.  
D: Con bastante frecuencia.  
E: Con mucha frecuencia.**

|    | Desde hace años y hasta la actualidad, he adquirido el hábito de...                                                              | A | B | C | D | E |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 59 | Estar preocupado continuamente por cuestiones personales o familiares.                                                           |   |   |   |   |   |
| 60 | Preocuparme y controlar en revisiones médicas mis niveles de azúcar en sangre.                                                   |   |   |   |   |   |
| 61 | Mantener un clima agradable en mi entorno de trabajo o estudios.                                                                 |   |   |   |   |   |
| 62 | Tener problemas personales o sociales por causa de las drogas ilegales.                                                          |   |   |   |   |   |
| 63 | Tomar relajantes para poder conciliar el sueño.                                                                                  |   |   |   |   |   |
| 64 | Hacer sentir a los demás que pueden contar conmigo para lo que necesiten.                                                        |   |   |   |   |   |
| 65 | Estar mucho tiempo sentado frente al televisor o los videojuegos.                                                                |   |   |   |   |   |
| 66 | Destacar o haber destacado en Educación Física o en el deporte escolar.                                                          |   |   |   |   |   |
| 67 | Organizarme para evitar acumular estrés por motivos de mi trabajo o estudios.                                                    |   |   |   |   |   |
| 68 | Aliviar mi tensión contando mis problemas a una persona de confianza.                                                            |   |   |   |   |   |
| 69 | Fuma (cigarrillos de tabaco), al día una media de:<br>A: No fuma. B: Menos de 5. C: Entre 6 y 15. D: Entre 16 y 30. E: Más de 30 |   |   |   |   |   |

|                                                                                                                                                 |                   |    |  |    |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----|--|----|--|
| 70                                                                                                                                              | ¿Consume alcohol? | No |  | Si |  |
| <p>En caso afirmativo:</p> <p>¿Cuántos días bebe alcohol por semana?</p><br><br><p>¿Qué tipo y cantidad de bebida suele beber entre semana?</p> |                   |    |  |    |  |

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**