



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

Grado en enfermería

Prevalencia de Hábitos de Vida

Saludables en Estudiantes Universitarios

Autor: David Gómez Ramos

Tutor: Agustín Mayo Íscar

Cotutora: Ana M^a Correa Fernández

Relación de abreviaturas presentes en el documento:

OMS: Organización Mundial de la Salud.

Kcal: Kilocaloría.

DM II: Diabetes Mellitus tipo II.

HTA: Hipertensión Arterial.

ACV: Accidente Cerebrovascular.

IMC: Índice de Masa Corporal.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

SIDA: Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida.

ETS: Enfermedad de Transmisión Sexual.

DIU: Dispositivo Intrauterino.

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

IPAQ: International Physical Activity Questionnaire.

AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test.

PSQI: Pittsburgh Sleep Quality Index.

EEES: Espacio Europeo de Educación Superior.

Índice:

1. Resumen.....	3
2. Introducción	3
2.1. Obesidad	4
2.1.1. Alimentación	6
2.1.2. Actividad física.....	6
2.2. Consumo de alcohol y tabaco	7
2.3. Sexualidad	9
2.4. Sueño.....	10
3. Justificación.....	11
4. Objetivos.....	12
5. Material y métodos	12
5.1. Revisión Bibliográfica	12
5.2. Tipo de estudio y extracción de la muestra	12
5.3. Variables e Instrumentos de Medida	14
5.4. Análisis estadístico.....	16
5.5. Consideraciones ético-legales.....	17
5.6. Limitaciones del estudio.....	17
6. Conclusión y Utilidad para la Práctica Clínica	17
7. Bibliografía.....	18
8. Anexos.....	22

1. Resumen:

La población universitaria es más vulnerable a no adoptar unos hábitos de vida saludable, debido a los cambios en su vida diaria con el comienzo de la etapa universitaria. Se ha observado que existe una alta prevalencia de obesidad en este grupo debido a una alimentación inadecuada y a la falta de actividad física. También influyen otros factores que les propician a seguir unos hábitos tóxicos como el consumo de alcohol y tabaco, relaciones sexuales sin protección o la falta de sueño.

Por ello se plantea la realización de un estudio observacional, descriptivo y transversal, en el que se utilizarán cuestionarios y test validados para la evaluación de cada conducta, con el objetivo de conocer y describir los hábitos de vida de la población universitaria, y su interrelación.

Se plantea que el estudio sea llevado a cabo en la Universidad de Valladolid con estudiantes de entre 18 y 24 años. Para fomentar la participación se les dará una papeleta para el sorteo de unas entradas para un concierto. Será totalmente anónimo y se recogerán datos sociodemográficos, información dietética (recordatorio de consumo de alimentos de 24 horas), información sobre la actividad física (test IPAQ), información sobre el consumo de tabaco (test Fagerström y test Richmond), información sobre el consumo de alcohol (test AUDIT), información sobre la sexualidad e información sobre el sueño (test de Pittsburg).

Palabras clave: “Universitarios”, “Hábitos saludables” y “Estilos de vida”.

2. Introducción:

Los estilos de vida son hábitos y comportamientos cotidianos de las personas que demuestran cierta consistencia en el tiempo y caracterizan el modo de vida del individuo¹. Estos comportamientos o conductas en lo referente a la salud pueden constituir factores de riesgo o protección para la salud del individuo^{2, 3}. Los hábitos de vida saludables constituyen prácticas preventivas y protectoras para la salud que están formadas por patrones de conducta, creencias, conocimientos y acciones de los individuos destinadas a mantener o mejorar su salud. El seguimiento de unos hábitos de vida saludables no

garantiza vivir una vida más larga, pero puede mejorar la calidad de vida de la misma². Es difícil encontrar conductas en las personas que no influyan en su salud y bienestar físico, psíquico o social, sin embargo, existen una serie de conductas que se encuentran entre los factores de riesgo más importantes de los principales problemas de salud en la actualidad como los malos hábitos alimentarios, la disminución de la actividad física o sedentarismo, el consumo de tabaco y alcohol, la relaciones sexuales de riesgo y las malas conductas a la hora de dormir³⁻⁵.

2.1. Obesidad:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la obesidad constituye la epidemia del siglo XXI. En todo el mundo, más del 39% de la población mayor de 18 años padece sobrepeso y más del 13% Obesidad. La obesidad es una acumulación excesiva de grasa en el cuerpo que puede ser perjudicial para la salud, está causada por un desequilibrio entre el aporte y el gasto energético (Kilocalorías)⁶, además es uno de los principales factores de riesgo en el desarrollo de enfermedades no transmisibles como Diabetes Mellitus Tipo II (DMII), Hipertensión Arterial (HTA), enfermedad coronaria, Accidentes Cerebrovasculares (ACV), Artritis, y algunos tipos de Cáncer como los de colon o mama⁷.

La obesidad se diagnostica con el Índice de Masa Corporal (IMC), junto con otras características antropométricas como son los pliegues cutáneos, las circunferencias de la cintura y la cadera, el índice de cintura-cadera y la impedancia bioeléctrica, usados en un estudio realizado por el Hospital Universitario Rio Hortega en colaboración con la Universidad de Valladolid⁸.

Conscientes de esta problemática, la OMS desarrolló una estrategia Mundial sobre el Régimen Alimentario, Actividad física y Salud en el año 2004⁹, con el fin de promover el desarrollo de políticas y planes de acción desde los distintos niveles organizativos de cada país (nacional, regional, estatal y comunitario), para reducir los factores de riesgo y promover que la población lleve una alimentación saludable y aumente la práctica de actividad física.

A raíz de esta medida preventiva, España desarrolló la Estrategia para la Nutrición, Actividad física y Prevención de la Obesidad (NAOS) en el año 2005¹⁰, adaptando la estrategia mundial a las características sociodemográficas de nuestro país. La estrategia NAOS también busca fomentar la alimentación saludable y aumentar la práctica de actividad física en la población de todas las edades, pero tiene especial interés en la población infanto-juvenil, en la que los hábitos adquiridos en estas edades, son esenciales para que perduren y se mantengan en la edad adulta.

En cuanto a la epidemiología en España, según datos extraídos de la Encuesta Nacional de Salud del año 2011/2012, como se puede ver en la Tabla 1, el 15.49% de la población universitaria entre 18 y 24 años padece sobrepeso y el 4,64% padece obesidad. Estos datos además, sitúan a los hombres universitarios con mayor nivel de prevalencia de sobrepeso y obesidad (22,6% y 7,10% respectivamente) que las mujeres (11,40% y 3,23% respectivamente). Por otro lado también encontramos que las mujeres universitarias tienen una alta prevalencia de bajo peso (12,99%)¹¹.

<i>Universitarios de 18 a 24 años</i>	<i>Peso Insuficiente (IMC < 18.5 kg/m²)</i>	<i>Normopeso (18,5 ≤ IMC < 25 kg/m²)</i>	<i>Sobrepeso (25 ≥ IMC < 30 kg/m²)</i>	<i>Obesidad (IMC > 30 kg/m²)</i>
<i>Ambos sexos</i>	8.27%	71.60%	15.49%	4.64%
<i>Hombres</i>	0.0%	70.23%	22.66%	7.10%
<i>Mujeres</i>	12.99%	72.38%	11.40%	3.23%

Tabla 1. IMC por grupo de edad (18-24 años), sexo y nivel de estudios.

Se puede observar que los valores de obesidad y sobrepeso en estudiantes universitarios (entre el 5% y 23% de sobre peso y 1% y 5,6% de obesidad) presentes en varios estudios realizados en universidades españolas^{8, 12-17}, son similares a los extraídos de la Encuesta Nacional de Salud. También muestra que los valores de sobrepeso y obesidad son más elevados en hombres que en mujeres, excepto en un estudio realizado a estudiantes de la Facultad de enfermería de Albacete¹⁷ en el que concluye que un 17.6% de las mujeres tiene sobrepeso con respecto al 7.9% de los hombres. Es destacable que en diversos estudios encontramos altos porcentajes de bajo peso entre los estudiantes universitarios sobre todo de sexo femenino^{12, 13, 15, 16}.

2.1.1. Alimentación:

Los hábitos dietéticos comienzan a desarrollarse en la infancia y a afianzarse en la adolescencia y juventud¹⁷. En este sentido, la literatura refleja que la población más vulnerable a no adquirir hábitos o estilos de vida saludable es la universitaria, ya que se encuentra en un periodo de cambios físicos, psíquicos, sociales y culturales, que coincide con el inicio de los estudios universitarios, abandono del hogar familiar en la mayoría de los casos, y el comienzo de una vida adulta^{2, 4, 8, 17}. Todo ello propicia a que el individuo comience a adoptar unos hábitos que le lleven a adquirir conductas de riesgo debido a la atracción por lo desconocido y al deseo de independencia y autonomía⁴.

Es por ello, que los principales problemas que encuentran o manifiestan los universitarios a la hora de seguir unos hábitos saludables en la alimentación, son la irregularidad en los horarios de las comidas por las clases, la omisión del desayuno por falta de tiempo, el seguimiento de dietas de adelgazamiento mal guiadas⁴, la escasa habilidad culinaria, los problemas económicos, el abuso de precocinados¹⁸, la convivencia con los nuevos compañeros de piso, el elevado consumo de alcohol^{14, 17}.

En varios estudios sobre la calidad de la dieta en universitarios españoles, se muestra que un alto porcentaje de ellos mantienen una dieta que necesita cambios, debido a que no cumplen con el requerimiento energético para su edad^{15, 19}, presentando un elevado consumo de carnes rojas y grasas saturadas, y un consumo deficitario en cuanto a frutas, verduras, hortalizas, legumbres, cereales y frutos secos¹³⁻¹⁹, alejándose de los patrones marcados de la dieta mediterránea. Además muchos de ellos, no realizan una de las principales comidas del día como es el desayuno^{13-15, 18}, considerando sólo imprescindibles la comida y la cena^{13, 18}, siendo muy pocos los que realizan el almuerzo y la merienda y cuando estas comidas se realizan prefieren tomar snacks o dulces¹⁵.

2.1.2. Actividad física:

El ejercicio físico regular y realizado de forma adecuada ayuda a mantener un peso adecuado y además mejora el estado corporal, ayudando a mejorar el funcionamiento cardiovascular, musculo-esquelético y metabólico² disminuyendo el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y enfermedades crónicas como HTA y DM. Así mismo,

la práctica de actividad física tiene un efecto positivo a nivel psicológico ya que ayuda a la regulación emocional y reduce la ansiedad, la tensión y la depresión y aumenta la sensación de bienestar³.

En cuanto al porcentaje de jóvenes que practican deporte, éste ha ido en aumento en los últimos años²⁰ pero en la población universitaria la actividad física suele verse reducida²¹ debido a la repentina modificación de sus hábitos, que vienen provocados por el cambio en los horarios, las ocupaciones, el lugar de residencia, el mayor tiempo dedicado al estudio y la asistencia a clase²².

La bibliografía muestra que existe alta prevalencia de inactividad física entre la población universitaria (entre el 20% y 72,6%)^{8, 18, 21, 23-25}, también se puede observar diferencias en el género, siendo los hombres los que más ejercicio practican²⁵. Por otro lado, la frecuencia de práctica de actividad física también está relacionada en la matriculación de los cursos académicos. Así un estudio realizado a estudiantes de la Universidad de Qatar²⁴ reflejó un aumento significativo en el porcentaje de inactividad física en el último curso (62.5%) con respecto del primer curso (38.6%). En un estudio realizado a estudiantes universitarios Colombianos, el 96% de la muestra estudiada, conocía los beneficios en la salud de la práctica de actividad física, siendo muy pocos, los que la realizaba¹.

2.2. Consumo de alcohol y tabaco:

El alcohol y el tabaco son dos de las sustancias psicoactivas más consumidas en nuestro medio⁴. El consumo de alcohol produce alteraciones en el sistema nervioso central y en el organismo, alterando el comportamiento del individuo^{15, 26} y es considerado como un factor de riesgo en el desarrollo de más de 60 enfermedades como el Cáncer de esófago, Cirrosis y Epilepsia, entre otras^{2, 26}. Además es la causa del 50% de los accidentes de tráfico en la población española². Los jóvenes consideran que el consumo de alcohol es algo normal, que se consume socialmente, facilita las relaciones sociales y disminuye el estrés²⁰.

En España según datos extraídos de la Encuesta Nacional de Salud del año 2011/2012¹¹, en “las últimas dos semanas” han consumido alcohol un 63,34% de

estudiantes universitarios entre 18 y 24 años, siendo el consumo más alto en hombres (70,26%) que en mujeres (59,35%) como se muestra en la Tabla 2. En referencia al consumo de alcohol en los últimos 12 meses, sí consumió alcohol el 74,41% de los universitarios entre 18 y 24 años, siendo más alto el consumo en hombres (77.02%) que en mujeres (72.91%) como se puede ver en la Tabla 3.

<i>Universitarios De 18 a 24 años</i>	<i>Sí ha consumido</i>	<i>No ha consumido</i>
<i>Ambos sexos</i>	63.34%	36.66%
<i>Hombres</i>	70.26%	29.74%
<i>Mujeres</i>	59.35%	40.65%

Tabla 2. Consumo de alcohol en las “2 últimas semanas”, según sexo, edad (18-24 años) y nivel de estudios (universitarios).

<i>Universitarios De 18 a 24 años</i>	<i>Sí ha consumido</i>	<i>No ha consumido</i>
<i>Ambos sexos</i>	74.41%	25.59%
<i>Hombres</i>	77.02%	22.98%
<i>Mujeres</i>	72.91%	27.09%

Tabla 3. Consumo de alcohol en los últimos 12 meses, según sexo, edad (18-24 años) y nivel de estudios (universitarios).

Por otro lado, el tabaco es el causante del 50% de las muertes evitables y el 29% de las enfermedades coronarias. Los fumadores tienen un riesgo dos veces mayor de padecer enfermedades coronarias que los no fumadores¹⁷. Existen diferentes factores que influyen a los jóvenes en el consumo de tabaco como son la baja autoestima, la falta de actividad física, la elevada salida de fiestas, los amigos y pertenecer a una familia con fumadores².

Según datos extraídos de la Encuesta Nacional de Salud del año 2011/2012 ¹¹, encontramos que el 15,27% de universitarios entre 18 y 24 años fuman a diario, un 4,70% fuman ocasionalmente y un 3,83% son exfumadores, también se puede observar que

existe mayor porcentaje de mujeres que fuma a diario que de hombres como muestra la Tabla 4.

La literatura muestra que entre un 13% y un 44% de los estudiantes universitarios que formaron parte en los diferentes estudios se declara fumador y que entre el 30% y el 80% consumen alcohol, siendo este consumo en la mayoría de los casos ocasional y concentrado en los fines de semana^{3, 8, 15, 18, 23, 26, 27}. Gran parte de los consumidores de alcohol y tabaco buscan un efecto placentero²⁶, y que además de tener los conocimientos suficientes sobre los efectos perjudiciales de dichas sustancias, siguen considerando que “una borrachera de vez en cuando no es mala” y que “el alcohol hace menos daño que otras drogas”¹.

<i>Universitarios De 18 a 24 años</i>	<i>Fumador diario</i>	<i>Fumador ocasional</i>	<i>Exfumador</i>	<i>Nunca ha fumado</i>
<i>Ambos sexos</i>	15.27%	4.70%	3.83%	76.20%
<i>Hombres</i>	13.43%	7.22%	0.00%	79.35%
<i>Mujeres</i>	16.33%	3.25%	6.03%	74.39%

Tabla 4. Consumo de tabaco, según sexo, edad (18-24 años) y nivel de estudios (universitarios).

2.3. Sexualidad:

Las relaciones sexuales sin protección entre los jóvenes, constituyen prácticas de riesgo para la adquisición de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) como el SIDA, Hepatitis, Candidiasis, Herpes genital entre otras, junto con la presencia de embarazos no deseados que constituye una de las principales preocupaciones de los jóvenes según las estadísticas^{4, 17, 27}. Existen diversos factores que favorecen las prácticas sexuales no seguras entre universitarios: el tipo de pareja (si es esporádica o no)²⁵, si tienen un elevado número de parejas, si realizan más veces sexo casual sin preservativo¹⁷, la falta de información sobre los riesgos², el nivel sociocultural, la escasa comunicación familiar, la percepción de invulnerabilidad que mantienen sobre si mismos o la falta de preocupación sobre su salud³.

En cuanto a las medidas preventivas, el principal método de protección en las relaciones sexuales, y de elección en la población joven Española es el preservativo, eficaz al contagio del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y otras ETS y también como barrera para evitar embarazos no deseados. Otros métodos empleados ante esta medida son el empleo de anticonceptivos hormonales (incluida la píldora postcoital) y el Dispositivo Intrauterino (DIU), que solo protegen frente al embarazo pero no son eficaces para la prevención de ETS. Otra práctica que utilizan es el “coitos interruptus” o “marcha atrás”, que no es eficaz en la prevención de embarazos no deseados ni de ETS²⁷.

2.4. Sueño:

El sueño es una función biológica fundamental para alcanzar un funcionamiento físico y psicológico óptimo²⁸. Existe una interrelación entre los problemas del sueño con la aparición de problemas tanto físicos (DM, HTA, Obesidad), como psicológicos (Estrés, Ansiedad)²⁹. Además se ha constatado que un sueño inadecuado, podría llegar a influir en el rendimiento académico y el funcionamiento de la persona durante el día²⁸.

En nuestro medio, cerca del 30-40% de la población padece insomnio, y entre el 1 y el 10% sufre apneas de sueño. Estas cifras aumentan si nos referimos al tipo de rutina laboral en la que el 60% de los trabajadores por turnos refiere tener alteraciones del ritmo circadiano³⁰.

Por otro lado, en la población universitaria, una mala higiene del sueño suele ser la que provoca los problemas del sueño²⁸. En la higiene del sueño influyen la hora del día en la que se duerme, factores del sujeto (como edad, sexo, necesidad de dormir), factores ambientales (la excesiva luz, ruido y/o temperatura dificultan el concilio del sueño y empeoran la calidad del mismo), factores de la salud del sujeto (ejercicio físico de intensidad baja o moderada mejora el sueño, el consumo de cafeína, alcohol, tabaco y ciertas medicaciones dificultan el sueño, el calcio, la vitamina B y el triptófano mejoran el sueño)³⁰.

Existen tres patrones de sueño, patrón de sueño corto para los que duermen menos de siete horas, patrón de sueño medio para los que duermen entre siete y nueve horas y

patrón de sueño largo para los que duermen más de nueve horas^{31, 32}. En la bibliografía revisada encontramos que los sujetos con un patrón de sueño medio obtienen mejores resultados académicos que los que mantienen un patrón de sueño corto, además los individuos con mejor calidad del sueño (medida con el índice de calidad del sueño de Pittsburg) presentan mejores resultados académicos que los que mantienen una peor calidad del sueño, también el grado de somnolencia diurna tiene gran importancia y deja ver que los individuos con una mayor somnolencia diurna presentan peores resultados académicos³¹.

3. Justificación:

Debido a lo anteriormente expuesto en cuanto a la variabilidad de los hábitos de vida entre la población Universitaria, consideramos realizar un proyecto que muestre en conjunto las costumbres y hábitos que mantienen los universitarios para poder plantear futuras estrategias de actuación dirigidas a la promoción de hábitos saludables y prevención de futuras enfermedades. Aunque existen muchos estudios muestren los hábitos de vida de los universitarios, poco los abordan de forma global, centrándose en el estudio de hábitos individualmente. Además los criterios de evaluación y los instrumentos de medida no son homogéneos en todos los estudios, lo que dificulta la comparación de resultados.

Existe una motivación añadida para la realización de esta investigación relacionada con la reciente implantación del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) en nuestra Universidad. Este año culmina en todos los centros la implantación de la nueva metodología docente ligada al EEES, que ha supuesto, entre otras cosas, reemplazar la docencia tradicional basada en la clase magistral por una docencia en la que el estudiante adquiere un mayor protagonismo en su aprendizaje. En esta nueva concepción de la docencia, los estudiantes emplean mucho de su tiempo en elaborar informes y realizar proyectos individualmente o en grupo, incluso se quejan de que sufren altos niveles de estrés en momentos en los que se concentran las entregas de trabajos. Sería interesante conocer como son los hábitos de vida de estos universitarios inmersos en el EEES que no han podido estudiarse en otras investigaciones debido a su reciente implantación.

4. Objetivos:

4.1. Objetivo principal:

- Conocer los hábitos de vida de la población universitaria en relación a alimentación, actividad física, consumo de tabaco y alcohol, sexualidad y sueño.

4.2. Objetivos específicos:

- Identificar relaciones entre diferentes costumbres y/o hábitos presentes en los universitarios.
- Relacionar los hábitos de vida en los universitarios con las variables sociodemográficas y docentes.

5. Material y métodos:

5.1. Revisión Bibliográfica:

Se realizó una revisión bibliográfica para enmarcar y conocer el estado de los hábitos de vida de la población Universitaria. Se consultaron distintas bases de datos como SCIELO, PUBMED, y CUIDEN para realizar la estrategia de búsqueda en la que se emplearon palabras clave, junto con el empleo de operadores booleanos. La estrategia de búsqueda se limitó a estudios de los últimos diez años que abordan los hábitos de vida de la población universitaria. No se limitó el idioma. Los principales criterios de búsqueda fueron “hábitos saludables y universitarios”, “estilos de vida y universitarios”, “Actividad física y universitarios”, “Sexualidad y jóvenes” y “Calidad del sueño y rendimiento académico”.

5.2. Tipo de estudio y extracción de la muestra:

Se realizará un estudio observacional, descriptivo y transversal.

Se extraerá una muestra de estudiantes de la Universidad de Valladolid entre 18 y 24 años que están matriculados en Facultades localizadas en Valladolid.

La muestra será extraída utilizando un muestreo bietápico. Las unidades de la primera etapa son las aulas y las de la segunda etapa los estudiantes. Para extraer la muestra de aulas utilizaremos un muestreo estratificado por el tipo de facultad (ciencias / ingenierías / educación / letras / ciencias de la salud) y el curso. En cada uno de los estratos la muestra se obtendrá por muestreo aleatorio simple. En las aulas seleccionadas se investigará a todos los estudiantes presentes.

Se acudirá a clases en horario lectivo, en momentos acordados con los centros. Se les presentará a los estudiantes en cada aula la investigación y se les entregará un formulario impreso junto con un consentimiento informado por escrito autorizando su participación en el estudio. Se reflejará que el cuestionario es totalmente anónimo. Se explicará que se recogerán datos sobre alimentación, actividad física, consumo de tabaco y alcohol, sexualidad y sueño y se mostrará cómo han de cumplimentar el formulario. Una vez cumplimentado se recogerá el cuestionario y el consentimiento informado.

Tamaño muestral:

Una muestra de 2500 estudiantes nos permitirá cometer un error no superior al 2% en la estimación de prevalencias poblacionales con una confianza del 95%. Para ello hemos supuesto la peor situación para estos valores que correspondería a que fueran iguales al 50%. Suponiendo una media de 25 estudiantes por aula, la investigación nos obligaría a visitar en torno a 100 aulas. Para el cálculo del tamaño muestral hemos utilizado las fórmulas del tamaño muestral correspondientes al muestreo aleatorio simple, lo que corresponde a suponer que la pérdida de precisión debida a utilizar como unidades de la primera etapa las clases, en las que se espera que los estudiantes tiendan a mostrar comportamientos similares, se compense con la ganancia en precisión correspondiente al uso de estratos.

5.3. Variables e Instrumentos de Medida:

5.3.1. Variables socio-demográficas y docentes:

El formulario consta de unas preguntas sobre datos generales como: Edad, sexo, carrera estudiada, curso, nota media de la carrera, vivienda durante el curso. También incluye peso y talla autoadministrados por el sujeto, y con ellos se hallará el IMC, para catalogarlo en uno de los apartados anteriormente descritos como sobrepeso, obesidad, normopeso o bajopeso. Ver Anexo 1.

5.3.2. Valoración de la dieta:

Para la valoración de la dieta, utilizaremos un recordatorio de consumo de alimentos de 24h. Esto nos dará información acerca de la dieta del individuo. El sujeto deberá anotar en la tabla del registro qué come, cantidades de lo que come en gramos, método culinario (frito, plancha, hervido, estofado), donde lo come (en casa o fuera de casa). Para que pueda darnos cantidades lo más aproximada a la realidad, se mostrarán modelos en tres dimensiones y un atlas fotográfico de los diferentes alimentos³³. Además se realizarán preguntas sobre cuantas comidas realizan a lo largo del día, donde las realiza y si sigue algún tipo de dieta especial. Ver Anexo 2.

Para el análisis de la dieta, se transformarán los alimentos en energía y nutrientes a través de la Base de Datos Española de Composición de Alimentos (BEDCA)³⁴, y los resultados se compararan con las recomendaciones dietéticas para cada nutriente, marcando si la ingesta era la recomendada, inferior o superior a las recomendaciones. También se comprobará el número de comidas que realizan al día y se clasificará a los sujetos por el lugar donde realizan las comidas y si siguen algún tipo de dieta especial.

5.3.3. Valoración de la Actividad Física:

La valoración de la actividad física se realizará con el cuestionario internacional sobre actividad física (IPAQ) versión corta^{35, 36}. Se creó con el fin de estandarizar la metodología de evaluación de la actividad física y así poder comparar resultados

obtenidos en diferentes poblaciones. Es un cuestionario validado empleado en población adulta donde se valoran tres tipos de actividad física: “Actividad física moderada”, “actividad física vigorosa” y “andar”; además se realiza una pregunta sobre cuánto tiempo pasa sentado el sujeto. Se clasificarán los resultados del cuestionario IPAQ en nivel de actividad física bajo, moderado o alto. Ver anexo 3.

5.3.4. Valoración del consumo de tabaco:

Para valorar el consumo de tabaco, se utilizará el test de Fagerström³⁷, que permite comprobar el nivel de dependencia hacia la nicotina por parte del sujeto. De él también podemos extraer la cantidad de tabaco que fuma. También se administrará el test de Richmond³⁸ para comprobar la motivación que el individuo tiene para dejar de fumar. Los dos test, están dirigidos a la población general fumadora. Se clasificará a los sujetos como no fumadores y fumadores. Dentro de los fumadores según el resultado en el test Fagerström se les considerará con dependencia baja, moderada o alta. Por los resultados en el test Richmond se clasificarán en: nivel de motivación para dejar de fumar nulo, dudoso, moderado o alto. Ver anexo 4.

5.3.5. Valoración del consumo de alcohol:

El consumo de alcohol se valorará con el test de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT)^{39,40}. Sirve para identificar a las personas con un patrón de consumo de alcohol que supone un riesgo para su salud. Es un test desarrollado por la OMS para la evaluación rápida del excesivo consumo de alcohol en la población. La Junta de Castilla y León lo incluye en la cartera de servicios de Atención Primaria para la detección del bebedor de riesgo. Evalúa el consumo de alcohol desde tres esferas: Consumo de riesgo de alcohol, síntomas de dependencia y consumo perjudicial de alcohol. Los consumidores de alcohol se clasificarán en bebedores de bajo riesgo, bebedores de riesgo y bebedores con consumo perjudicial y/o dependencia. Ver anexo 5.

5.3.6. Valoración de los hábitos sexuales:

Se formularán preguntas sobre los hábitos sexuales del individuo para la evaluación las conductas de riesgo como cuántas parejas ha tenido en los últimos 30 días, si tiene pareja estable, métodos anticonceptivos y/o barrera que utiliza. Estas cuestiones han sido utilizadas anteriormente en un cuestionario realizado por la Junta de Castilla y León dirigido a la población joven⁴¹. Se clasificará a los sujetos respecto al número de parejas que tuvieron en los últimos 30 días y los métodos anticonceptivos utilizados. Ver anexo 6.

5.3.7. Valoración de la calidad del sueño:

La evaluación de la calidad del sueño se realizará mediante el índice de calidad del sueño de Pittsburg (PSQI). Trata de evaluar el sueño del último mes, para ello se realizan preguntas sobre la calidad subjetiva del sueño, la latencia del sueño, la duración del sueño, la eficiencia habitual del sueño, las perturbaciones en el sueño, la utilización de medicación para dormir y la disfunción diurna⁴². Se diferenciará a los individuos que mantienen una buena calidad del sueño de los que mantienen una mala calidad del sueño. Ver anexo 7.

5.4. Análisis estadístico:

Las variables cuantitativas se resumirán con la media y la desviación típica. Las variables cualitativas se resumirán con porcentajes. Para estudiar la relación entre variables numéricas utilizaremos el coeficiente de correlación de Pearson, para la relación entre una variable numérica y los niveles de una variable cualitativa la t de Student o el análisis de la varianza, según corresponda y para la asociación entre variables cualitativas se usará la prueba chi-cuadrado. Se considerarán estadísticamente significativos valores de p menores que 0.05. Los análisis estadísticos se llevarán a cabo utilizando el programa estadístico SPSS.

5.5. Consideraciones ético-legales:

Se solicitará un permiso al Comité Ético de Investigación de la Universidad de Valladolid para la realización de este estudio. Será requerido que los participantes firmen un documento de consentimiento informado.

5.6. Limitaciones del estudio:

Este estudio, por su naturaleza, se espera que aparezcan sesgos debidos a la no respuesta. Los estudiantes que no participen por no estar en clase o no querer colaborar pueden ser diferentes que los que participen. También pueden aparecer sesgos de medición debidos a que los estudiantes no colaboren con la investigación contestando verazmente a las preguntas.

6. Conclusión. Utilidad para la práctica clínica.

Los resultados de una investigación como la planteada serían útiles para que los gestores sanitarios y los gestores universitarios planifiquen estrategias de educación para la salud sobre la población de universitarios. La etapa universitaria se considera el comienzo de la vida adulta y los hábitos que adquieran en ella pueden mantenerse a lo largo de su vida.

- Existe una alta prevalencia de sobrepeso (entre 5 y 23%) y obesidad (entre 1 y 5%) en este grupo poblacional. En la mayoría de los casos es causada por:
 - Una dieta inadecuada con un elevado consumo de carnes rojas y grasas saturadas junto con un escaso consumo de verduras, hortalizas, frutas y cereales.
 - No realizan 5 comidas diarias recomendadas, omitiendo en muchos casos el desayuno y en la gran mayoría omitiendo el almuerzo y la merienda.
 - Presencia de entre el 20 y el 72.6% de alumnado sedentario.
- El consumo de alcohol es elevado y se concentra principalmente los fines de semana.

- Hay entre un 13 y un 44% de fumadores diarios.
- En cuanto a la sexualidad la mayor preocupación que tienen los universitarios es prevenir los embarazos no deseados, en vez de considerar importante la prevención de las ETS.
- Respecto al sueño, es un aspecto que influye en todas las esferas de la vida, pero los universitarios no le dan la importancia que merece.

7. Bibliografía:

1. Arrivillaga Quintero M, Salazar Torres IC. Creencias relacionadas con el estilo de vida de Jóvenes Latinoamericanos. *Psicología Conductual*. 2005; 13(1): 19-36.
2. Sanchez Ojeza MA, De Luna Bertos E. Hábitos de vida saludable en población universitaria. *Nutrición Hospitalaria*. 2015; 31(5): 1910-19.
3. Lema Soto LF, Salazar Torres IC, Varela Arévalo MT, Tamayo Cardona JA, Rubio Sarria A, Botero Polanco A. Comportamiento y salud de los Jóvenes universitarios: Satisfacción con el estilo de vida. *Pensamiento Psicológico*. 2009; 5(12): 71-88.
4. Durá Ros MJ. Estilos de vida y conductas de riesgo de los adolescentes universitarios. *Reduca*. 2010; 2(1): 680-95.
5. Arrivillaga M, Salazar IC, Correa D. Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colombia Médica*. 2003; 34(4):186-195.
6. Organización Mundial de la Salud [Sede web]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>.
7. Moreno G. M. Definición y Clasificación de la obesidad. *Revista Médica Clínica Condes*. 2012; 23(2):124-28.
8. Ledo-Varela MT, de Luis Román DA, Gonzalez-Sagrado M, Izaola Jauregui O, Conde Vicente R, Aller de la Fuente R. Características nutricionales y estilo de vida en universitarios. *Nutrición Hospitalaria*. 2011; 26(4): 814-18.
9. Organización Mundial de la Salud. *Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud*. 2004. ISBN: 92 4 359222X.

10. Sociedad Española de Seguridad Alimentaria, Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia para la Nutrición, Actividad física y prevención de la Obesidad. Ministerio de Sanidad y Consumo, Sociedad Española de Seguridad Alimentaria. 2005.
11. Instituto Nacional de Estadística [Sede Web]. Disponible en: <http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?type=pcaxis&path=/t15/p419/a2011/p06/&file=pcaxis>.
12. Míguez Bernárdez M, Castro Sobrino L, Collins Greene A, de la Montaña Miguélez J. Variaciones en la dieta de universitarios gallegos (campus de ourense) con relación al patrón cardioprotector de la dieta mediterránea. *Nutrición hospitalaria*. 2013; 28(6): 2099-106.
13. Rizo-Baena MM, Gonzalez-Brauer NG, Cortés E. Calidad de la dieta y estilos de vida en estudiantes de Ciencias de la salud. *Nutrición hospitalaria*. 2014; 29(1): 153-57.
14. Arrollo Izaga M, Rocandio Pablo AM, Ansotegui Alday L, Pascual Apalauza E, Salces Beti I, Rebato Ochoa E. Calidad de la dieta, sobrepeso y obesidad en estudiantes universitarios. *Nutrición hospitalaria*. 2006; 21(6):673-79.
15. Montero Bravo A, Úbeda Martín N, García González A. Evaluación de los hábitos alimentarios en una población de estudiantes universitarios en relación con sus conocimientos nutricionales. *Nutrición Hospitalaria*. 2006; 21(4): 466-73.
16. Moreno C, Bannasar-Veny M, Pericas J, Aguiló A. Clustering of lifestyle factors in Spanish university students: the relationship between smoking, alcohol consumption, physical activity and diet quality. *Public Health Nutrition*. 2012 Febrero; 15(11): 2131-139.
17. Cervera Burriel F, Serrano Urrea R, Vico García C, Milla Tobarra M, García Meseguer MJ. Hábitos alimentarios y evaluación nutricional en una población universitaria. *Nutrición Hospitalaria*. 2013; 28(2):438-46.
18. Sánchez Socarrás V, Aguilar Martínez A. Hábitos Alimentarios y conductas relacionadas con la salud en una población universitaria. *Nutrición Hospitalaria*. 2015; 31(1): 449-57.
19. Cutillas AB, Pérez LLamas F, Zamora S. Calidad de la grasa de la dieta de un colectivo de estudiantes de la Universidad de Murcia. En: II Jornadas: Inicio a la investigación de Estudiantes de la Facultad de Biología. Murcia; Universidad de Murcia; 2013; p. 119-27.
20. Hernán M, Fernández A, Ramos M. La salud de los jóvenes. *Gaceta Sanitaria*; 2003; 18(Sup11): 47-55.
21. Cancela Carral JM, Ayán Perez C. Prevalencia y relación entre el nivel de actividad física y las actividades alimenticias anómalas en estudiantes universitarias españolas de ciencias de la salud y la educación. *Revista Española de Salud Pública*. 2011 Septiembre-Octubre; 85(5): 499-505.

22. Martínez Lemos RI. Prevalencia y factores asociados al hábito sedentario y a la intención de práctica de actividad física en alumnado universitario. *Revista de Investigación en Educación*. 2009;(6): 193-94.
23. Mantilla Toloza SC, Gómez Conesa A, Hidalgo Montesinos MD. Actividad física, tabaquismo y consumo de alcohol en un grupo de estudiantes universitarios. *Revista Salud Pública*. 2011; 13(5):748-58.
24. Al Nakeeb Y, Lyons M, Dodd LJ, Al Nuaim A. An Investigation into the Lifestyle, Health habits and risk Factors of young adults. *International Journal of Enviromental Research and Public Health*. 2015; 12: 4380-94.
25. Molina García J, Castillo I, Pablos C. Bienestar psicológico y práctica deportiva en universitarios. Motricidad. *European Journal of Human Movement*. 2007; 18: 79-91.
26. Cáceres D, Salazar I, María V, Tovar J. Consumo de Drogas en Jóvenes Universitarios y su Relación de Riesgo y Protección con Factores Psicosociales. *Univ. Psychol*. 2006; 5(3): 521-34.
27. Antón Ruiz FA, Espada JP. Consumo de sustancias y conductas sexuales de riesgo para la transmisión del VIH en una muestra de estudiantes universitarios. *Anales de psicología*. 2009 Diciembre; 25(2): 344-50.
28. Tuyani Solimám N, Román Galvez MR, Olmedo Requena R, Amezcua prieto C. Prevalencia de los Trastornos del sueño en universitarios. *Actualidad Médica*. 2015; 100(795): 66-70.
29. Miró E, Cano Lozano MdC, Buela Casal G. Sueño y Calidad de Vida. *Revista Colombiana de Psicología*. 2005;(14): 11-27.
30. Sierra JC, Jimenez Navarro C, Martín Cruz JD. Calidad del sueño en estudiantes universitarios: Importancia de la higiene del sueño. *Salud Mental*. 2002 Diciembre; 25(6): 35-43.
31. Quevedo Blasco VJ, Quevedo Blasco R. Influencia del grado de somnolencia y calidad de sueño sobre el rendimiento académico en adolescentes. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*. 2011; 11(1): 49-65.
32. Miró E, Iáñez MA, Cano Lozano MC. Patrones de Sueño y Salud. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2002; 2(2): 301-26.
33. Gómez Candela C, Loria Kohen V, Lourenço Nogueira T. *Guía Visual de Alimentos y Raciones*: Editores Médicos S.A. (EDIMSA).
34. Base de Datos Española de Composición de Alimentos. [Sede web]. Disponible en: <http://www.bedca.net/>

35. Cuestionario Internacional de Actividad Física, Versión Corta Formato Autoadministrado-Últimos 7 días. Quarterly for Exercise and Sport. 2002 Octubre; 71(2): 114-20.
36. Grupo CTS 545; Universidad de Granada; Junta de Andalucía. Traducción de la Guía para el procesamiento de datos y análisis del cuestionario internacional de actividad física (IPAQ). Versión Corta y Larga. 2005.
37. DEPENDENCIA DE LA NICOTINA - TEST DE FAGERSTRÖM. Servicio Andaluz de Salud. [Sede Web]. Se puede acceder en: http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/dependencia_a_la_nicotina.pdf.
38. TEST DE MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR –RICHMOND. Servicio Andaluz de Salud. [Sede Web]. Se puede acceder en: http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/test_de_motivaci_n_para_dejar_de_fumar.pdf.
39. Silla Stoel M, Rosón Hernandez B. Evaluación del consumo de alcohol y diagnóstico del patrón de consumo. Trastornos Adictivos. 2009; 11(3): 191-99.
40. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT: Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol: Pautas para su utilización en Atención Primaria.
41. Junta de Castilla y León. [Sede Web]. Se puede acceder en: <http://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/salud-estilos-vida/habitos-estilos-vida-poblacion-joven-castilla-leon/resultados-cuestionarios-habitos-estilos-vida-poblacion-jov>.
42. Elsevier [Sede Web]. Cuestionario de Calidad del Sueño de Pittsburg. Se puede acceder en: <http://www.elsevier.es/ficheros/mmc/27/27v46n10/27v46n10-90362345mmc1.pdf>

8. Anexos:

Anexo 1: Información demográfica.

Edad:

Sexo:

Carrera estudiada:

Curso:

Nota media de la carrera:

Vivienda: Domicilio familiar____ Residencia o colegio mayor____ Piso compartido____

Peso: ____

Talla: ____

Anexo 2: Valoración de la dieta.

Generalmente ¿Qué comidas realiza a lo largo del día? Marque con una X:

____ Desayuno ____ Almuerzo ____ Comida

____ Merienda ____ Cena

En el caso de almuerzo o merienda que suele tomar. Marque con una X:

____ Snacks y/o fritos ____ Frutas ____ Cereales

____ Lácteos ____ Dulces/bollería

Generalmente ¿Donde suele realizar las comidas?:

Domicilio Comedor de la facultad Bar
 Restaurante de comida rápida

¿Sigue algún tipo de dieta especial?:

Adelgazamiento Diabética Celiaca Otras

Recuerdo de consumo de alimentos de 24h:

Comida y Hora	Hora	Lugar	Platos	Cantidad
Desayuno				
Almuerzo				
Comida				
Merienda				
Cena				
Recena				

Anexo 3: Valoración de la actividad física. IPAQ versión corta^{35, 36}:

1. Durante los últimos 7 días ¿Cuántos días realizó actividades físicas vigorosas como levantar objetos pesados, excavar, aeróbicos, o pedalear rápido en bicicleta?

Días por semana Ninguna actividad física vigorosa → Pase a pregunta 3

2. ¿Cuánto tiempo en total usualmente le tomó realizar actividades físicas vigorosas en uno de esos días que las realizó?

_____ Horas por día _____ Minutos por día No sabe/no está seguro/a

3. Durante los últimos 7 días ¿Cuántos días hizo actividades físicas moderadas tal como cargar objetos livianos, pedalear en bicicleta a paso regular, o jugar dobles de tenis? No incluya caminatas.

_____ Días por semana Ninguna actividad física moderada → Pase a pregunta 5

4. Usualmente ¿Cuánto tiempo dedica en uno de esos días haciendo actividades moderadas?

_____ Horas por día _____ Minutos por día No sabe / no está seguro/a

5. Durante los últimos 7 días ¿Cuántos días caminó usted por al menos 10 minutos continuos?

_____ Días por semana No caminó → pase a la pregunta 7

6. Usualmente ¿Cuánto tiempo gastó usted en uno de esos días caminando?

_____ Horas por día _____ Minutos por día No sabe / no está seguro/a

7. Durante los últimos 7 días ¿Cuánto tiempo permaneció sentado en un día en la semana?

_____ Horas por día _____ Minutos por día No sabe / no está seguro/a

Para calcular los resultados del test IPAQ:

- Andar MET- minutos/semana: 3*minutos andados * días andando.
- Actividad física moderada MET-minutos/semana: 4* minutos de actividad física moderada * días de actividad física moderada.
- Actividad física vigorosa MET-minuto/semana: 8 * minutos de actividad física vigorosa * días de actividad física vigorosa.
- Actividad física Total MET-Minutos/semana: Suma andar + Actividad física moderada + Actividad física vigorosa.

Se clasificará a las personas según:

- Nivel bajo de actividad: No cumplen los criterios de nivel de actividad moderado o alto.
- Nivel moderado de actividad: Los individuos tienen 3 o más días de actividad física vigorosa al menos 20 minutos por día, o 5 o más días de actividad física moderada y/o andar al menos 30 minutos por día, o 5 o más días de cualquier actividad teniendo un total de al menos 600 MET-minutos/semana.
- Nivel alto de actividad: Actividad física vigorosa al menos 3 días por semana, que sume al menos 1500 MET-minutos/ semana o cualquier combinación que de al menos 3000 MET-minutos/semana.

Anexo 4: Valoración del consumo de Tabaco:

1. ¿Eres o has sido fumador? Si no es fumador no ha de rellenar los siguientes formularios.

___ Si ___ NO

Test de Fagerström³⁷:

Preguntas	Respuestas	Puntos
¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo?	Hasta 5 minutos	3
	Entre 6 y 30 minutos	2
	31-60 minutos	1
	Más de 60 minutos	0
¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido, como la biblioteca o el cine?	Sí	1
	No	0
¿Qué cigarrillo le molesta más dejar de fumar?	El primero de la mañana	1
	Cualquier otro	0
¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	10 o menos	0
	11-20	1
	21-30	2
	31 o más	3
¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	Sí	1
	No	0
¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	Si	1
	No	0
Puntuación total:		

El sujeto ha de contestar a las 6 preguntas. Las respuestas constan de una puntuación, para calcular el resultado se sumará la puntuación que corresponda a las 6 respuestas que nos dé el sujeto.

Los resultados se clasificarán en:

- Dependencia baja: Resultados menores a 4 puntos.

- Dependencia moderada: Valores entre 4 y 7 puntos.
- Dependencia alta: Resultados mayores a 7 puntos.

Test de Richmond³⁸:

Preguntas	Respuestas	Puntos
¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?	No	0
	Sí	1
¿Con qué ganas de 0 a 3 quiere dejarlo?	Nada	0
	Poca	1
	Bastante	2
	Mucha	3
¿Intentará dejar de fumar en las próximas 2 semanas?	No	0
	Dudoso	1
	Probable	2
	Sí	3
¿Cree que dentro de 6 meses no fumará?	No	0
	Dudoso	1
	Probable	2
	Sí	3
Puntuación total:		

Para calcular los resultados, se sumará la puntuación de las 4 respuestas que nos de el individuo.

Los resultados se clasificarán en:

- Nivel de motivación nulo: De 0 a 3 puntos.
- Nivel de motivación dudoso: De 4 a 5 puntos.
- Nivel de motivación moderado: De 6 a 7 puntos.
- Nivel de motivación alto: De 8 a 10 puntos.

Anexo 5: Valoración del consumo de alcohol. Test AUDIT ^{39, 40}.

Marque con una X, en la respuesta que corresponda a cada pregunta.

Preguntas	0	1	2	3	4
1. ¿Con qué frecuencia consume bebidas alcohólicas?	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 veces a la semana	4 o más veces a la semana
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	7 a 9	10 o más
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes Mensualmente	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario

remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?					
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior que había estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, en el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le a sugerido que deje de beber?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, en el último año
					Total

En general ¿Cuándo suele consumir bebidas alcohólicas?

- Nunca.
- Esporádicamente.
- Solo los fines de semana.
- Alguna vez a la semana, pero no a diario.
- Diariamente.

Cuántas bebidas alcohólicas consume cada vez que bebe:

Vino, cerveza o similares _____

Licores, cubatas _____

El test AUDIT se valorará sumando la puntuación de las 10 preguntas. Se clasificará a los individuos en:

- Bebedores de bajo riesgo: Hombres entre 0 y 7 y mujeres entre 0 y 5.
- Bebedores de riesgo: hombres entre 8 y 12, mujeres entre 6 y 12.
- Consumo perjudicial y/o dependencia alcohólica: entre 13 y 40 puntos para hombres y mujeres.

Anexo 6: Valoración de los hábitos sexuales⁴¹:

1. ¿Ha tenido relaciones sexuales completas?

____ Si

____ No

2. En los últimos 30 días, ¿Con cuántas parejas ha mantenido relaciones sexuales completas?

Con ninguna.

Con 1.

Con 2.

Con 3 o más.

3. ¿Tiene pareja estable?

____ Sí

____ No

4. La última vez que mantuvo relaciones sexuales completas ¿usó usted o su pareja preservativo?

____ Si

____ No

5. ¿Utiliza algún método anticonceptivo en sus relaciones sexuales?

Ninguno.

Preservativo.

Píldoras anticonceptivas, o anticonceptivos hormonales.

Píldora postcoital o “del día después”.

Coitus interruptus o marcha atrás.

Otros (diafragma, crema espermicida, calendario menstrual).

Anexo 7: Valoración de la calidad del sueño. Índice de calidad del sueño de Pittsburg⁴².

1. Durante el último mes ¿Cuál ha sido normalmente su hora de acostarse?

_____h

2. ¿Cuánto tiempo habrá tardado en dormirse, normalmente las noches del último mes?

< 15 min_____

Entre 16-30min_____

Entre 31-60 min_____

>60 min_____

3. Durante el último mes ¿a qué hora se ha levantado habitualmente por la mañana?

_____h

4. ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes?

_____h

5. Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de:

a. No poder conciliar el sueño en la primera media hora:

- Ninguna vez el último mes.
- Menos de una vez a la semana.
- Una o dos veces a la semana.
- Tres o más veces a la semana.

b. Despertarse durante la noche o de madrugada:

- Ninguna vez durante el último mes.
- Menos de una vez a la semana.
- Una o dos veces a la semana.
- Tres o más veces a la semana.

c. Tener que levantarse para ir al servicio:

- Ninguna vez el último mes.
- Menos de una vez a la semana.
- Una o dos veces a la semana.

Tres o más veces a la semana.

d. No poder respirar bien.

Ninguna vez el último mes.

Menos de una vez a la semana.

Una o dos veces a la semana.

Tres o más veces a la semana.

e. Toser o roncar ruidosamente.

Ninguna vez el último mes.

Menos de una vez a la semana.

Una o dos veces a la semana.

Tres o más veces a la semana.

f. Sentir frío:

Ninguna vez el último mes.

Menos de una vez a la semana.

Una o dos veces a la semana.

Tres o más veces a la semana.

g. Sentir demasiado calor.

Ninguna vez el último mes.

Menos de una vez a la semana.

Una o dos veces a la semana.

Tres o más veces a la semana.

h. Tener pesadillas o malos sueños:

Ninguna vez el último mes.

Menos de una vez a la semana.

Una o dos veces a la semana.

Tres o más veces a la semana.

i. Sufrir dolores.

Ninguna vez el último mes.

Menos de una vez a la semana.

Una o dos veces a la semana.

Tres o más veces a la semana.

j. Otras razones. Por favor descríbalas.

Ninguna vez el último mes.

Menos de una vez a la semana.

Una o dos veces a la semana.

Tres o más veces a la semana.

6. Durante el último mes ¿Cómo valoraría en conjunto, la calidad de su sueño?

- Muy buena.
- Bastante buena.
- Bastante mala.
- Muy mala.

7. Durante el último mes ¿Cuántas veces habrá tomado medicamentos para dormir?.

- Ninguna vez el último mes.
- Menos de una vez a la semana.
- Una o dos veces a la semana.
- Tres o más veces a la semana.

8. Durante el último mes ¿Cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía o realizaba otras actividades?

- Ninguna vez el último mes.
- Menos de una vez a la semana.
- Una o dos veces a la semana.
- Tres o más veces a la semana.

9. Durante el último mes ¿Ha representado para usted mucho problema tener ánimos para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?

- Ningún problema.
- Sólo un leve problema.

- Un problema.
- Un grave problema.

10. ¿Duerme usted solo o acompañado?

- Solo.
- Con alguien en otra habitación.
- En la misma habitación pero en otra cama.
- En la misma cama.

Instrucciones para la evaluación del test PSQI:

Cada cuestión tiene una puntuación en un rango entre 0 y 3. Una puntuación de “0” corresponde con la respuesta que indica facilidad, mientras que una puntuación de “3” indica dificultad severa, dentro del área al que pertenezca.

Ítem 1: Calidad subjetiva del sueño: Se asignará puntuación a la pregunta 6. Según la respuesta: Muy buena (0puntos), Bastante buena (1 punto), Bastante maña (2 puntos) y muy mala (3 puntos).

Puntuación ítem 1: _____

Ítem 2: latencia del sueño:

1. Se asignará puntuación a la pregunta número 2. Según la respuesta < o = a 15 minutos (0puntos), 16-30 min (1punto), 32-60 min (2 puntos), > 60min (3 puntos).

Puntuación pregunta nº 2: _____

2. Se asignará puntuación a la pregunta número 5-a. Según la respuesta: Ninguna vez el último mes (0puntos), menos de una vez a la semana (1 punto), una o dos veces a la semana (2 puntos), tres o más veces a la semana (3 puntos).

Puntuación pregunta 5-a: _____

3. Sume la puntuación de la pregunta nº 2 y nº 5-a: _____
4. Se asignará puntuación al ítem 2: Si la suma de la pregunta nº2 y nº 5-a es igual a: 0 (0 puntos), 1-2 (1 punto), 3-4 (2 puntos), 5-6 (3 puntos).

Puntuación ítem 2: _____

Ítem 3: Duración del sueño: Se asignará puntuación a la pregunta nº 4. Según la respuesta: Más de 7 horas (0 puntos), entre 6 y 7 horas (1 punto), entre 5 y 6 horas (2 puntos, menos de 5 horas (3 puntos).

Puntuación ítem 3: _____

Ítem 4: Eficiencia habitual de Sueño:

1. Nº de horas de sueño (pregunta 4): _____
2. Calcule el nº de horas que pasa en la cama:
 - a. Hora de levantarse (pregunta nº 3): _____
 - b. Hora de acostarse (pregunta nº 1): _____
 - c. Nº de horas que pase en la cama: Hora de levantarse – Hora de acostarse.
Nº de horas que pasa en la cama: _____
3. Calcule la eficiencia habitual del sueño: (Número de horas dormidas/Número de horas que pasa en la cama) * 100 = _____%
4. Se asignará puntuación al ítem 4. Según la respuesta: >85% (0 puntos), 75-84% (1 punto), 65-74% (2 puntos), < a 65% (3 puntos).

Puntuación Ítem 4: _____

Ítem 5: Perturbaciones del sueño.

1. Se asignará puntuación a las preguntas de nº 5-b hasta nº5-j, ambas incluidas. Según la respuesta: Ninguna vez el último mes (0puntos), menos de una vez a la semana (1 punto), una o dos veces a la semana (2 puntos), tres o más veces a la semana (3 puntos).
2. Se sumará las puntuaciones de las preguntas desde la nº5-b a la nº5-j.

Suma puntuaciones 5-b a 5-j: _____

3. Se asignará puntuación al Ítem 5. Según la suma anterior: 0 (0 puntos), 1-9 (1 punto), 10-18 (2 puntos), 19-27 (3 puntos).

Puntuación Ítem 5: _____

1. **Ítem 6: Utilización de medicación para dormir.** Se asignará puntuación a la pregunta nº 7. Según la respuesta: Ninguna vez el último mes (0puntos), menos de una vez a la semana (1 punto), una o dos veces a la semana (2 puntos), tres o más veces a la semana (3 puntos).

Puntuación Ítem 6: _____

Ítem 7: Disfunción durante el día:

1. Se asignará puntuación a la pregunta nº 8. Según la respuesta: Ninguna vez el último mes (0puntos), menos de una vez a la semana (1 punto), una o dos veces a la semana (2 puntos), tres o más veces a la semana (3 puntos).

Puntuación pregunta nº 8: _____

2. Se asignará puntuación a la pregunta nº 9. Según la respuesta: Ningún problema (0 puntos), sólo un leve problema (1 punto), un problema (2 puntos), un grave problema (3 puntos).

Puntuación pregunta nº 9: _____

3. Suma de la pregunta n° 8 y n° 9: _____

4. Asigne la puntuación al Ítem 7. Según la suma anterior: 0 (0 puntos), 1-2 (1 punto), 3-4 (2 puntos), 5-6 (3 puntos).

Puntuación ítem 7: _____

Puntuación PSQI total (sume la puntuación de los 7 Ítems): _____

En el PSQI se pueden obtener resultados entre 0 y 21, siendo cero una muy buena calidad del sueño y 21 una deficiente calidad del sueño. Para diferenciar los que presentan una buena calidad del sueño de los que no, establecemos el punto de corte en 5. De 0 a 5 se considerará que los sujetos presentan una buena calidad del sueño; a partir de 5 hasta 21 se considerará que mantienen una mala calidad del sueño.

¿Consumes bebidas estimulantes (café, bebidas tipo Red Bull, té) a diario?

Sí.

No.

Si es así, ¿Cuántas?
