



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

PREVALENCIA DE ESTILOS DE VIDA EN UNA MUESTRA DE ESTUDIANTES DE GRADO DE ENFERMERÍA DE ESPAÑA Y REPÚBLICA CHECA

Alumno/a: Viedma Talavera, David

Tutor/a: Prof^a. D^a. María José Calero García
Dpto.: Enfermería

Mayo, 2016



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

**PREVALENCIA DE ESTILOS DE
VIDA EN UNA MUESTRA DE
ESTUDIANTES DE GRADO DE
ENFERMERÍA DE ESPAÑA Y
REPÚBLICA CHECA**

Alumno/a: Viedma Talavera, David

Tutor/a: Prof^a. D^a. María José Calero García
Dpto.: Enfermería

Firma

Mayo, 2016



ÍNDICE

RESUMEN.....	4
1. INTRODUCCIÓN	6
1.1 Justificación	7
1.2 Marco teórico-conceptual.....	7
1.3 Marco legal	15
1.3.1 España.....	15
1.3.2 Republica checa.....	17
2. OBJETIVOS.....	21
3. METODOLOGIA	21
3.1 Tipo de diseño y ámbito de estudio:.....	21
3.2 Unidad de estudio:.....	22
3.3 Variables analizadas:	22
3.4 Instrumento:	23
3.5 Procedimiento:.....	24
3.6 Aspectos éticos:.....	25
4. RESULTADOS.....	26
4.1 Descripción de la muestra.....	26
4.2 Resultados objetivo específico 1:.....	27
4.3 Resultados objetivo específico 2:	34
4.4 Resultados objetivo específico 3:	37
5. DISCUSIÓN	38
6. CONCLUSIÓN.....	44
7. LIMITES DEL TRABAJO	44
8. FUTURAS LINEAS DE INVESTIGACIÓN.....	47
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
10. ANEXOS.....	55

RESUMEN

El papel de los profesionales de salud se mueve en torno a complacer las necesidades de la comunidad, promoviendo la participación proactiva en la mejora de la salud; ya que el determinante que más influye en la misma, son los estilos de vida y por los cuales se producen los trastornos de países desarrollados: cardiovasculares, diabéticos, neoplásicos y de obesidad. Es por lo tanto, incuestionable que los futuros profesionales de enfermería han de ser promotores y modelos en la adquisición de hábitos saludables; siendo necesario que desde la formación universitaria, estudien y obtengan estos hábitos, integrándolos, como un aprendizaje más. Pero cuando los alumnos ingresan a la universidad, ya presentan unos hábitos intrínsecos, debido a que la adolescencia es la etapa vital en la adquisición y consolidación de estilos de vida. Además éstos, se adquieren de manera conjunta, existiendo relaciones recíprocas. Este trabajo tiene como propósito pasar un cuestionario, modificado del ESVISAUN, para conocer determinados hábitos de vida, pilotándolo en un grupo de estudiantes de enfermería de la Universidad de Jaén de primer y cuarto curso, estableciendo una comparación con la Universidad de Pardubice, en República Checa. Existen diferencias notables entre las leyes establecidas por ambos países para el alcohol, tabaco y drogas; lo que explica las diferencias que puedan encontrar. Lo mismo ocurre con el sistema educativo y sobre el grado de Enfermería, en el que difieren en gran medida, presentando grandes diferencias respecto, incluso cuando pertenecen a la UE. En el cuestionario se valoran distintos componentes del estilo de vida, como hábitos alimenticios, actividad física, adicciones, entre otros. Fue llevado a cabo en 205 sujetos de los cuales, 122 eran españoles y 68 checos; 93 de primer curso y 112 del último. En los resultados se pudo observar que el paso por la universidad modifica ligeramente los hábitos, debido a que es mucho antes, cuando se adquieren, debiendo actuar sobre todo en esa época si queremos realmente mejorar los estilos de vida de la población en un futuro. También los resultados apuntan asociaciones significativas entre los diferentes componentes del estilo de vida, como pudieron ser: alcohol-tabaco-drogas; género-percepción de salud y horas de sueño; edad-alcohol y tabaco; ejercicio-horas de sueño. Lo que nos lleva a observar que estos hábitos se relacionan entre sí, por lo que si actuáramos sobre uno de ellos, indirectamente estaríamos actuando sobre otros. Además se apuntaron que el marco legal y social, influyen directamente en los estilos de vida. Por lo que se propone seguir investigando sobre este ámbito y mejorar la situación actual sobre la prevención, promoción y educación de la salud, y sobre el cual, si actuáramos de una manera correcta, reduciríamos, teóricamente, la mortalidad.

Palabras clave: Hábitos saludables, estilos de vida, adolescencia, prevención, educación para la salud, alcohol, tabaco, drogas, género.

ABSTRACT

The roles of health professionals revolve around the needs of the population, promoting the participation proactively in improving health; since lifestyles, the determining factor that most influences it, and for those diseases developed countries occur: cardiovascular, diabetes, obesity, neoplasias. It is therefore indisputable that future nursing professionals will be promoters and an example of the acquisition of healthy habits. Being necessary that the university education, study it and obtain these habits, integrating them. But when students enter college, they have intrinsic, because adolescence is a vital stage in the acquisition and consolidation of healthy lifestyles. Besides they are acquired jointly, being reciprocal relationships. This paper aims to pass a questionnaire, modify from ESVISAUN, to know certain lifestyle and drive it in nursing students from the University of Jaén first and last years, conducting an analysis to compare with the University of Pardubice, Czech Republic. There are notable differences between the laws established by both countries for alcohol, snuff and drugs; which may be a reason for any differences that may emerge in our study. The same applies to the general education system and the degree of Nursing, which differ greatly; although belonging to the EU, differ greatly on this. The questionnaire measures different components of lifestyle, such as food habits, physical activity, addictions. It was conducted on 205 subjects, of whom, 122 were Spanish and 68 Czechs; 93 first year and 112 the last. In the results, it could be observed, that the passage through the university slightly modified habits, because it is much earlier, when people added our lifestyle and we must act especially in this time if we really want to improve the lifestyles of the population in a future. The results indicate there are significant associations between the different components of lifestyle, as they could be: alcohol-snuff-drugs; gender-perceived health and sleep; age-alcohol and snuff; exercise-hours of sleep. This leads us to observe that they are interrelated, so that if we would act in one of them, would have been acting directly on others. As intends to continue researching this area and improve the current situation on prevention, promotion and health education, and which, if we acted in a proper way, we reduce theoretically mortality.

Key words: Healthy habits, lifestyles, adolescence, prevention, health education, alcohol, snuff, drugs, sex.

1. INTRODUCCIÓN

En el contexto de los estudios de Grado de Enfermería, los alumnos aprenden competencias relacionadas con la enfermería como profesión y disciplina científica, los elementos nucleares de la Ciencia Enfermera, las corrientes de Pensamiento Enfermero y la función diferenciada de la Enfermería dentro del equipo de Salud.

Las funciones del equipo de salud giran en torno a satisfacer las necesidades de la población y a resolver las problemáticas en salud. En este sentido el profesional de enfermería, como integrante de ese equipo, tiene funciones específicas que se realizan dirigidas a intervenir eficazmente con el individuo sano o enfermo en las diferentes etapas de la vida, tanto en el área clínica como comunitaria, participando en la educación sanitaria al individuo, familia y comunidad; y activamente en el desarrollo de programas de educación permanente, fomentando que las personas participen de manera proactiva en la mejora de su propia salud

Es por lo tanto indiscutible que los futuros profesionales de enfermería han de ser promotores y ejemplo de la adquisición de hábitos saludables. Por lo tanto es necesario que desde la formación Universitaria, los aprendan y adquieran, integrándolos en su propia cultura, como una competencia de aprendizaje más. De forma que a lo largo de los cuatro años de formación adquieran una serie de actitudes proactivas hacia una vida más saludable.

Pero la realidad es que cuando los alumnos ingresan a la Universidad, ya presentan unos hábitos de vida intrínsecos, debido a que la adolescencia, es una etapa de vital importancia en la adquisición y consolidación de estilos de vida, saludables o no, así como un momento de experimentaciones y consolidaciones de todo tipo de conductas relacionadas con la salud y con todo aquello que concede un bienestar y desarrollo biopsicosocial (1). Por lo que encontramos el reto de intentar modificar, durante la formación universitaria, los estilos de vida menos saludables y potenciar el conocimiento de los más saludables; ya que al ser un periodo de transición a la edad adulta, se presentan grandes cambios físicos, emocionales, sociales y cognitivos, convirtiéndose en un instante crítico para el desarrollo de la persona (2).

Dada la importancia de lo comentado anteriormente sobre la contribución al bienestar físico y psíquico de los hábitos de vida saludables como patrones conductuales, los cuales influyen directamente sobre la salud; este trabajo tiene como propósito diseñar un cuestionario que permita conocer determinados hábitos de vida y pilotarlo en un grupo de estudiantes de

enfermería de la Universidad de Jaén de primer y cuarto curso, realizando un análisis de los resultados y obteniendo una serie de conclusiones; que puedan servir para otro tipo de estudios e investigaciones. Por otro lado hemos realizado, aprovechando una estancia Erasmus en la Republica Checa, el mismo estudio entre los alumnos de Grado de Enfermería de la Universidad de Pardubice de este país para ver las posibles similitudes y diferencias.

1.1 Justificación

En el presente proyecto se subraya la importancia de la formación universitaria como agente de aprendizaje para los alumnos en la adquisición de hábitos saludables. Por ello, se destaca la necesidad de que dicha formación, contenga asignaturas capaces de que los alumnos aprendan e integren dichos hábitos, ya no solo para beneficio personal, sino como beneficio comunitario, ya que se convertirán en el futuro, en un papel importante como profesionales de enfermería, participando activamente en la educación de la salud comunitaria.

Teniendo en cuenta lo anterior, el objetivo de esta investigación es conocer como los estudiantes de Grado de Enfermería de la Universidad de Jaén, desarrollan durante la misma, la adquisición de los hábitos saludables; y así poder establecer una comparación con otras universidades europeas, que en nuestro caso es la Universidad de Pardubice, República Checa, para ver la importancia del marco social en estos hábitos.

Además, consideramos de especial relevancia los artículos y otras investigaciones que hablen sobre hábitos saludables y su importancia en la salud. Todo ello con el fin de prosperar y avanzar en la educación de este tema en los alumnos de nuestra universidad.

1.2 Marco teórico-conceptual

El concepto de salud es una construcción mental, el cual es dinámico, histórico y varía según la época, la cultura y con las condiciones de vida de la población. La imagen que tiene la población sobre su salud está continuamente limitada por el marco social en el que actúa (3). El concepto ha ido evolucionando dependiendo del momento histórico, culturas, sistema social y nivel de conocimientos. Al principio de los tiempos, estuvo vigente durante un largo periodo, un pensamiento primitivo o marco-religioso, focalizado en que la enfermedad era producida por un castigo divino. La primera innovación conceptual, fue el desarrollo de la higiene personal y público, producida por las civilizaciones egipcias y mesopotámicas. Les siguió el pueblo romano, que utilizó sus conocimientos para apartar las sustancias de desecho,

mediante los acueductos. No fue hasta la Edad Media, cuando aparecieron las Escuelas de medicina Hipocráticas, las cuales elaboraron un gran número de ejemplares sobre higiene. Y en el Renacimiento cuando aparece el campo de la promoción de la salud (3).

Ya en el siglo XIX, gracias a progresos en bacteriología, descubrimiento de la penicilina por Fleming, comienzo de antibióticos y vacunación; se crean nuevas visiones sobre el estado de salud, haciendo referencia a la presencia o ausencia de enfermedad (3). No obstante, no fue hasta mediados del siglo XX, cuando se comprobó el carácter multifactorial de la enfermedad, que cambió el concepto negativo y reduccionista, fundamentado en ausencia de enfermedad, incapacidad o invalidez, en el que la salud es devuelta por actuaciones médicas (4).

Pero sobre todo este concepto ha sufrido una gran transformación en las últimas décadas. Desde los 40, comenzó a generarse una perspectiva de salud que trascendía el binomio salud-enfermedad, considerándose la salud como positiva, suponiendo sano al individuo o colectivo que siente bienestar en ausencia de malestar. Así, en 1941, Sigerist, estableció que “la salud no es simplemente ausencia de enfermedad; es algo positivo, una actitud gozosa y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida impone al individuo” (5). Consecutivamente, en 1956 René Dubos da un paso más y expone una percepción de salud bidimensional, al diferenciar entre bienestar físico y mental (6). Este concepto bidimensional fue extendido en 1959 por Herbert Dunn, integrando la dimensión social, considerando que la salud presenta tres dimensiones: orgánica-física, psicológica y social. A partir de esta percepción más positiva y holística, se han incorporado diferentes dimensiones como el bienestar, ajuste psicosocial, calidad de vida, capacidad de funcionamiento, protección ante potenciales riesgos de enfermedad, entre otras (5) (6).

Aunque ya la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 22 de julio de 1946, ya había recogido en su Carta Constitucional, que la salud “Es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (7), suponiendo una gran revolución para el mundo sanitario, ya que se incluían todas las dimensiones. Sin embargo, soportó cuantiosas críticas, juzgándola de utópica, porque no existe un estado completo de salud; estática, ya que no reconoce el dinamismo de la salud; y subjetiva, porque depende del mismo individuo y su perspectiva, el considerar su bienestar o malestar (8).

No obstante, a pesar de los aspectos criticables de la definición de la OMS y las muchas más definiciones de salud surgidas, sobre todo en la década de los 70, el hecho de especificar

claramente las tres dimensiones (Física, psíquica y social) y aportar para la concepción holística de la salud, hoy en día es la principal definición utilizada para la misma (7).

Actualmente, se percibe la salud desde un enfoque más amplio, como un derecho deseable para la población y un freno a la enfermedad, el cual hay que promover (9). De hecho, hay estudios que prueban la existencia de correlación entre medidas relacionadas con la salud positiva, como por ejemplo, sensación de bienestar y un correcto funcionamiento de sistemas biológicos, medidos a través de biomarcadores, como nivel de cortisol salival, las citoquinas pro inflamatorias, el riesgo cardiovascular o la duración de la fase REM del sueño. (10)

El freno de la enfermedad viene relacionado con el concepto holístico, que considera a la persona como: “un ser global ser global, con aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales, en interacción con un medio ambiente que le rodea y con el cual interactúa” (11). De aquí, la salud se define a través de relaciones y dependencias reciprocas de fenómenos físicos, biológicos, psicológicos, sociales y culturales, como partes interdependientes de una totalidad, y cualquier alteración o desequilibrio en alguna, producirá alteraciones en las restantes.” Este modelo holístico, junto con los determinantes de salud y la promoción de hábitos de vida saludables, cobra una especial relevancia el estilo de vida (11).

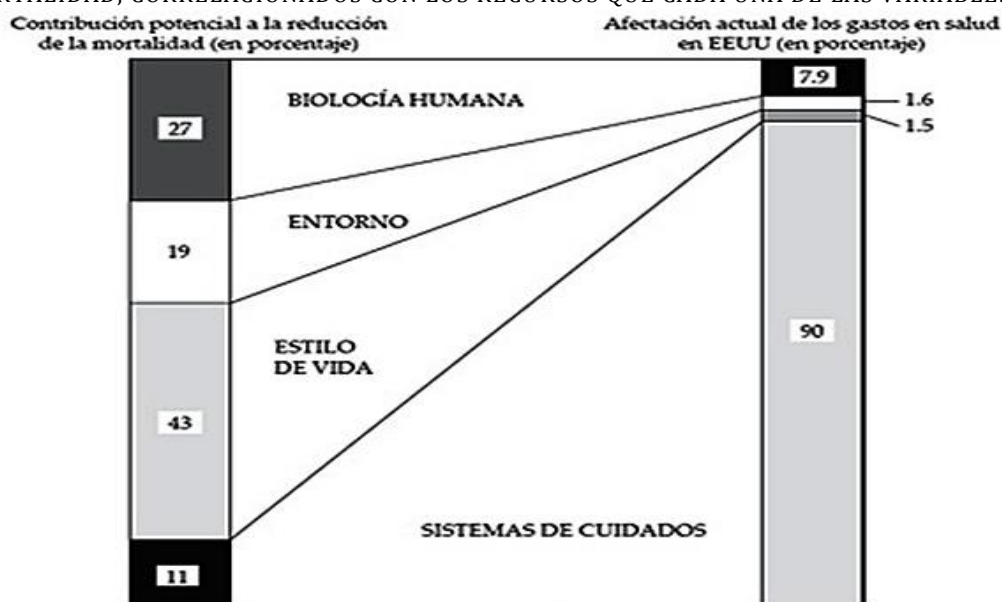
Los determinantes de salud, aquellos factores que influyen directamente sobre la misma, determinando su estado, ya que los conceptos salud-enfermedad son dinámicos y variables en relación con las circunstancias de la vida y dan respuesta a factores socio-económicos y biológicos (12). Existen diversas clasificaciones sobre los determinantes de la salud, pero la expuesta por el Ministro de Sanidad de Canadá, Marc Lalonde, ha pasado a ser clásica en Salud y universalmente aceptada. En esta, Lalonde señalo cuatro grandes grupos (13):

- Biología Humana: Recoge todos los aspectos que derivan de la dotación genética y mutaciones genéticas.
- Asistencias Sanitara: Reúne la infraestructura, organización y recursos; así como el grado calidad, cobertura y gratuidad de los mismos, que la población dispone para superar problemas que provienen directamente de la pérdida de salud
- Medio ambiente: Agrupación de todas las condiciones físicas y sociales en las que se desenvuelve la vida de las personas. Se toma en consideración El entorno geográfico, la situación laboral, vecindario, condiciones medioambientales, entre otras.

- Estilos de vida: Todo el conjunto de patrones de conducta que representan la forma de vivir que tienen las personas de una comunidad, tanto a un nivel individual como conjunta. Entre los hábitos que mayor riesgo implican para la salud, podemos señalar:
 - Exposición a sustancias tóxicas y a radiaciones solares
 - Consumo de fármacos y drogas ilegales
 - Falta de ejercicio físico.
 - Situaciones de tensión y estrés
 - Consumo excesivo de grasas saturadas origen animal e hidratos de carbono
 - Escaso consumo de fibra, frutas y verduras.
 - Costumbres higiénicas y violentas
 - Número de horas de sueño
 - Prácticas sexuales de riesgo y hábitos reproductivos inadecuados

Pero estos determinantes, no influyen de igual forma la salud individual, y cada uno tiene una incidencia específica. Al igual que no se invierte de la misma manera en cada uno de ellos, es decir, el gasto en salud, es diferente para cada uno de estos factores (Gráfico 1) (14).

GRÁFICO 1: DETERMINANTES DE LA SALUD Y SU CONTRIBUCIÓN POTENCIAL A LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD, CORRELACIONADOS CON LOS RECURSOS QUE CADA UNA DE LAS VARIABLES RECIBE.



Fuente: Dever. G.E.A. (1976). *An Epidemiological Model For Health Analysis*. Soc. Ind. Res. vol. 2 Pág. 46

Nuestra aptitud pues, deberá centrarse en aquellos determinantes que más influyen. En el caso del medio ambiente, la intervención será siempre indirecta, aunque no significa que menos importante. Sin embargo en el estilo de vida, será más directa, alejando conductas que

supongan un riesgo para la salud; ya que el resultado de vivir una vida sana es tan importante, que influye señaladamente en la elaboración de una superior esperanza de vida: “las personas que adoptan un modo de vida sano logran aumentar sus años de vida, con calidad, en un 30 a 40% de la longevidad actual; los que hacen lo contrario, adoptando modos de vida con riesgo, pierden años de vida en relación a la cantidad y calidad de los riesgos adoptados” (15).

En los últimos decenios, una vez alcanzado la solución de bastantes enfermedades, nos vemos afectados por otros grandes trastornos que se podrían minimizar estableciendo y desarrollando estilos de vida saludables. Hablamos de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT); cardiovasculares, diabetes, hipertensión, obesidad, cáncer, osteo-articulares y mentales (16).

Las estadísticas nos dicen que estos nuevos males causaron 35 millones de muertes y supusieron el 60% del total de fallecimientos en el mundo en el año 2005. En nuestro país, causaron el 64,6% de las muertes en el año 2007. Además provocan pérdida de calidad de vida, ya que al ser enfermedades crónicas, que se pueden tratar y controlar pero no curar, aumenta la cantidad de personas que viven más años con un peor estado de salud. Como vemos en las estadísticas españolas, la esperanza de vida es de 81,1 años, pero con una esperanza de vida con mala salud de 25,8 años; lo que nos quiere decir que prácticamente vivimos un casi un tercio de nuestra vida con mala salud; provocando una pérdida de bienestar y aumento del gasto sanitario. Aunque más allá de los datos, que ayudan a vislumbrar la magnitud del problema, lo verdaderamente importante es conocer que las causas que están provocando esta situación son la consecuencia directa de un estilo de vida. La adopción de un estilo de vida saludable, reduciría teóricamente la mortalidad global hasta en un 43%, al ser el determinante que más influye en la salud de la población (17).

Como indica Ilona Kickbusch, los estilos de vida individuales, definidos por patrones de comportamiento identificables, pueden ejercer un efecto profundo en la salud del individuo y en la comunidad. Por ello, es deseable que, los profesionales que nos ocupamos de fomentar la salud, tengamos un patrón de comportamiento acorde con nuestras recomendaciones (18).

Si la salud debe mejorarse permitiendo a los individuos modificar sus estilos de vida, la intervención debe ir dirigida al individuo y a las condiciones sociales de vida que interactúan, para promover y conservar esos patrones de actuación. Sin embargo, es no existe un estilo de vida “óptimo” que pueda adquirir todo el mundo, ya que la cultura, ingresos, estructura familiar, edad, capacidad física, entorno doméstico y laboral, condicionarán determinadas

formas y condiciones de vida. Por ello, la táctica de crear ambientes propicios se centra en la necesidad de corregir y cambiar las condiciones de vida (18). Las intervenciones que pretenden auxiliar a las personas a adoptar (o mantener) un estilo de vida saludable, con unos mejores hábitos de vida, conllevan una serie de principios comunes (19):

- Las personas deben tener un papel proactivo en el proceso del cambio.
- Adquirir una nueva conducta es un proceso, no un hecho puntual, que, a menudo, requiere un aprendizaje basado en aproximaciones sucesivas.
- Los factores psicológicos, como creencias y valores, influyen en la conducta y ésta, a su vez, influye en los valores y en la experiencia de las personas.
- Las relaciones y las normas sociales tienen una influencia sustantiva y persistente.
- La conducta depende del contexto en que ocurre; la gente influye y está influenciada por su entorno físico y social.
- Cuanto más beneficiosa o gratificante es una experiencia, más posibilidades hay de que se repita; cuanto más perjudicial o displacentera, menos probable es que se repita.

Como hemos comentado, para un estilo de vida saludable, debemos actuar sobre los hábitos saludables, que son: “todas aquellas conductas y comportamientos que tenemos asumidos como propios y que inciden prácticamente en nuestro bienestar físico, mental y social” (16).

El informe sobre Riesgos de Salud a nivel global, identifica 24 hábitos para las ECNT. El estudio recoge los 10 principales factores de riesgo causantes de muerte y los 10 que provocan más pérdida de años de salud, en las sociedades avanzadas. Estos factores, que afectan negativamente a nuestra salud, pueden agruparse en tres grupos: alimentación, actividad física y el consumo de sustancias aditivas. Y un cuarto, que sería el entorno ambiental, en el cual, tenemos menos posibilidades de actuar. (Gráfico 2) (17).

GRÁFICO 2: FACTORES DE RIESGO CAUSANTES DE MUERTE Y DE PÉRDIDA DE AÑOS DE SALUD

CAUSANTES DE MUERTE		PÉRDIDA DE AÑOS DE SALUD	
1º	Tabaquismo.	1º	Tabaquismo.
2º	Hipertensión arterial.	2º	Abuso de alcohol
3º	Sobrepeso y obesidad.	3º	Sobrepeso y obesidad.
4º	Inactividad física.	4º	Hipertensión arterial.
5º	Glucosa elevada (diabetes).	5º	Glucosa elevada (diabetes).
6º	Colesterol elevado.	6º	Inactividad física.
7º	Escaso consumo de frutas y vegetales.	7º	Colesterol elevado.
8º	Polución del aire en las ciudades.	8º	Consumo de drogas.
9º	Abuso de alcohol.	9º	Riesgos ocupacionales.
10º	Riesgos ocupacionales.	10º	Escaso consumo de frutas y vegetales.

Fuente: Diez, H. (2012). *Guía para la promoción de hábitos saludables y prevención de la obesidad infantil dirigida a las familias*. Ed: CEAPA. Madrid. Pág. 10.

Se considera factor de riesgo; “cualquier característica o condición que tiene lugar con mayor frecuencia en las personas con ciertas enfermedades, que en aquellas que no las padecen. Proporciona información relacionada con la clase de condiciones asociadas —directa o indirectamente— a una enfermedad o trastorno particular” (20). En contraparte, factor protector, es “aquella característica personal o elemento del ambiente, o la percepción que se tiene sobre ello, capaz de disminuir los efectos negativos sobre la salud y el bienestar. Al aumentarlos se disminuye la vulnerabilidad y la probabilidad de enfermar” (21).

El conocimiento de los factores de riesgo y protectores, podrían solucionar trastornos o enfermedades mucho antes de que aparezcan, ya que es más factible cuidar a la gente antes que reparar el daño resultante. Para prevenir que un problema ocurra, uno debe intervenir en áreas específicas de la comunidad y ayudar a la gente a cambiar sus patrones de conducta. El primer paso es determinar los factores de riesgo y protectores de la comunidad. En definitiva, los factores de riesgo y protectores son la clave para comprender cómo ayudar a la gente a cambiar sus conductas y prevenir problemas de salud (22).

Las personas encargadas de esto, son los agentes de salud, que según la OMS: “Es la persona elegida y/o reconocida por su comunidad, que realiza acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, en coordinación con el personal de la salud y otras instituciones, locales y regionales, ejerciendo la representatividad de su comunidad a través de la participación ciudadana, cumpliendo el rol articulador entre la comunidad y autoridades” (23).

Según esta definición, el profesional sanitario de enfermería sería un agente de salud, jugando un papel en este ámbito con la comunidad. Son bastantes estudios y artículos (16) (20) (24) (25) (26) (27), que hablan de la necesidad de mayor prevención y promoción de la salud para mejorar los estilos de vida de la población; ideando y reforzando programas de prevención Educación para la salud (EpS), sobre todo en la atención primaria, ya que todos los aspectos y problemas que conciernen a la salud Pública, deberían de pasar por estos programas.

Para que sea eficaz, debe utilizarse la motivación como una de las principales herramientas del aprendizaje, de tal manera que sea un instrumento educativo para enseñar habilidades sociales. De esta manera, será más sencillo que las actitudes se transformen en conductas. En resumen, acoger un estilo de vida saludable supone disminuir al mínimo la presencia de factores de riesgo para nuestra salud y, como contrapartida, incorporar en nuestro día a día factores de protección, que nos aporten bienestar y un mejor estado de salud.

Mediante un proyecto PIISA, en el que he colaborado como investigador, liderado por M^o José Calero, profesora del Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Jaén, encaminado a analizar y promover hábitos saludables en el instituto (28); junto con un programa escolar para la promoción de la salud de adolescentes en Sevilla (25); la Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES) 2014-2015 (29); y otros más artículos e investigaciones, demuestran fuertes asociaciones en la relación que existe entre los diferentes estilos de vida (30) (31) (32) (33) (34). Esto se refiere al hecho de que acoger una conducta determinada, hace que exista una alta prevalencia, desea factor de riesgo o factor protector, influyendo sobre la posibilidad de experimentar otra (29) (35) (36) (37) (38). Esto se debe a que los estilos de vida, los cuales van relacionados entre sí, se adquieren muy próximos en el tiempo, entre el periodo comprendido de la adolescencia, provocando fuertes correlaciones entre ellos. (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46).

Entre las variables que se relacionan o muestran influencia, cabe destacar que una buena práctica de ejercicio físico, conlleva una mejora del sueño (47). O el llevar a cabo un plan de ejercicio físico, mejora de la percepción de la salud y la importancia de la actividad física para la misma (48). También ocurre entre el tabaco, alcohol y drogas, en el que está demostrado que el consumo de una de ellas, conlleva una mayor probabilidad de que consuma cualquiera de las otras (49) (50). Además encontramos que el género puede ser un factor de riesgo para el consumo de alcohol, la calidad del sueño o la falta de ejercicio físico (51). Así como que la edad lo es para consumo de tabaco, drogas y alcohol (52) (53). Todas estas situaciones, interconectadas, se vinculan con lo relacional y comportamental; requiriendo su reducción estrategias de promoción de la salud y prevención del riesgo, que involucren a distintos sectores, ya que actuando sobre una, se podrá conseguir una reducción sobre la otra (16).

En definitiva, ante todo esto, muchos investigadores y responsables sanitarios reconocen que “algo falla” en las campañas de prevención. Es preciso cultivar una política sanitaria de anticipación sobre la cultura, legislación, moda, educación y mensajes periodísticos; siendo primordial la actuación de la familia, entorno, ámbitos educativos, medios de comunicación, y por supuesto, del Gobierno y de las organizaciones responsables de la salud. Desde esa perspectiva multidisciplinar, llegar a tiempo, y no cuando sea demasiado tarde. Es lo que ha sucedido, décadas atrás, con los calendarios de vacunación infantil, que han resultado muy eficaces, cambiando radicalmente el mapa epidemiológico de las enfermedades transmisibles (14).

Es importante señalar, que se manifiestan más factores de riesgo que protectores; siendo preciso reforzar los mecanismos de prevención, e incluir otros indicadores de control para seguir trabajando. Esto es paralelo con lo planteado por la OMS, que en su lucha contra las enfermedades crónicas, insiste en la reducción de riesgos y promoción de vida saludable, a través de la educación e información en edad temprana, así como trabajar en el individuo como responsable final de su propia salud. (20). En este contexto, la educación se convierte en una herramienta indispensable para la adquisición de hábitos de vida saludables, para crear nuevas o mejorar guías clínicas relacionadas con la Prevención, Promoción y EpS (2).

Es por ello que, como propone la OMS, convendría desarrollar programas en estos tres ámbitos, en edad temprana, dado que las conductas y estilos de vida a menudo se inician en la primera infancia, adquiriéndose casi definitivamente en la adolescencia. Por lo que se remarca la importancia de la Prevención, Promoción y Eps de hábitos saludables en esas etapas de la vida en la escuela, para seguir reforzándose en los institutos (20).

1.3 Marco legal

Para analizar y comparar entre ambos países la legislación en materia de estilos de vida, nos fijaremos en los hábitos que influyen en la salud.

1.3.1 España

1.3.1.1 Tabaco

Según la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, *“Queda prohibida la venta de tabaco a menores de 18 años”*. (54)

Otra legislación que ha influido en el consumo de este hábito y en la salud de, es la conocida *“Ley Antitabaco”*, es decir, La Ley 42/2010, de 30 de diciembre de 2010, y que entró en vigor el 2 de enero de 2011, como modificación de la anterior ley antitabaco de 2006, y cuyas medidas de mayor trascendencia social, son la ampliación de la prohibición de fumar en cualquier espacio colectivo, abierto al público, que no esté al aire libre, con excepción de centros residenciales de mayores e internamiento penitenciario y psiquiátrico (55) (56). La modificación estuvo dirigida en contra del tabaquismo, a favor de la deshabituación tabáquica y la protección de los ciudadanos, particularmente menores y no fumadores. (56)

1.3.1.2 Alcohol

El consumo de alcohol se restringe también a menores de 18 años (57), aunque este ámbito estaba regulado según las diferentes comunidades autónomas hasta que el gobierno aprobó el 5 de Abril de 2013 ``II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016`` (II PENIA), que unificó la edad legal para consumir bebidas alcohólicas en los 18 años (58) (59)

Después de este plan aprobado por el gobierno y muchos años de debates y polémicas, Asturias dejó de ser la única comunidad española en la que los jóvenes podían tomar alcohol, dentro de la legalidad, antes de la mayoría de edad; tras aprobar la Ley del Principado de Asturias 4/2015, 6 de marzo, de atención integral en materia de drogas y bebidas alcohólicas, que elevaba de 16 a 18 años la barrera mínima para consumir alcohol (60). La penúltima comunidad autónoma que lo hizo, fue la Comunidad de Galicia, mediante la Ley 11/2010, de 17 de diciembre, de prevención del consumo de bebidas alcohólicas en menores de edad (61). Nuestra Comunidad Autónoma, la Ley de Prevención y Asistencia en Drogodependencias de Andalucía, Ley 4/1997, 9 julio, ya prohibía la venta y consumo a menores de 18 años (62).

1.3.1.3 Otras Drogas

Está prohibido la fabricación, cultivo, consumo y tráfico dentro de nuestro territorio, según B.O.E viernes 13 de Febrero de 2009, de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, por lo que se aprueba la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. La Legislación Española sobre Drogas, incluida en el Volumen I de la Normativa de Ámbito Estatal, posee una gran legislación, con excepciones que apunta el Real Decreto 75/1990, 19 de Enero, que regula tratamientos opiáceos de personas dependientes de estos (63) (64) (65).

En España, la comprensión institucional sobre la multicausalidad de los problemas vinculados a los consumos de drogas, sirvió de base para que, a partir de la aprobación del Plan Nacional sobre Drogas en 1985, se articulase una política que ha sido y continúa siendo un referente de calidad en el marco de la Unión Europea (UE) (64).

1.3.1.4 Sistema Educativo

Según el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, nos encontramos (66):

- La Educación Infantil, etapa educativa que atiende desde el nacimiento hasta los seis años. Se ordena en dos ciclos: el primero comprende hasta los tres años; el segundo,

gratuito, desde los tres a los seis años de edad. Teniendo carácter voluntario ambos, este segundo ciclo se ha generalizado en toda España, de modo que en la actualidad prácticamente el 100% de los niños y niñas de 3 a 6 años acuden al colegio (67).

- La Educación Primaria con carácter obligatorio y gratuito. Comprende seis cursos académicos, entre los seis y los doce años de edad. La Educación Primaria se organiza en asignaturas y áreas con carácter global (Matemáticas, Lengua Castellana, Ciencias Naturales, etc.), y además de música, educación física y de idiomas extranjeros. (68)
- La Educación Secundaria Obligatoria (ESO), obligatoria y gratuita que completa la educación básica. Consta de cuatro cursos académicos, entre los 12 y los 16 años de edad. Desde el curso 2015-2016 comprende dos ciclos; el primero de tres cursos escolares y el segundo de uno. En este último, se puede cursar por una de las dos siguientes opciones: Iniciación al Bachillerato o Formación Profesional (69).

En estos tres niveles de educación, no existe una formación específica, es decir, siendo la misma para todos; excepto en el último año de E.S.O, dónde se puede elegir unas asignaturas u otras, dependiendo de la rama de conocimiento que quieres enfocarte en el futuro.

- El Bachillerato, educación postobligatoria. Comprende dos cursos académicos, entre los 16 y 18 años de edad. Se desarrolla en modalidades diferentes, a fin de que pueda ofrecer una preparación especializada a los alumnos acorde con sus perspectivas e intereses de formación, aunque no es una formación totalmente específica para un Grado universitario en concreto. Desde el curso 2015-2016 las modalidades que se podrán ofrecer, son: Ciencias., Humanidades y Ciencias Sociales, Artes (70).

1.3.2 República checa

1.3.2.1 Tabaco

Al igual que la mayoría de países de la UE, ha adoptado leyes antitabaco, que prohíben la venta a menores de 18 años; así como fumar en estaciones de transporte, establecimientos públicos, hospitales, parques infantiles, zonas comunes y oficinas del gobierno. Pero, hasta fecha del artículo (04/062015) y por experiencia propia durante mi estancia erasmus durante 2015-2016, es el único país de la UE que permite fumar dentro de restaurantes y bares (71).

Aunque, en 2015, el Gobierno checo aprobó un proyecto de ley para prohibir fumar en restaurantes y bares, a partir del 2016, de momento no ha puesto en marcha la prohibición

recomendada por Bruselas sobre el consumo en lugares públicos, ya que defiende principios liberales, rechazando directamente las nuevas restricciones de la UE al tabaco (71) (72). Aunque las últimas encuestas de opinión, realizadas por la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Carolina de Praga, revelan en cambio que el 80% de la población, y que la mitad de los fumadores, está a favor de la prohibición del tabaco en los restaurantes (73).

Tras una investigación detallada por un grupo de científicos británicos en 2012 sobre la evolución de la salud en Europa, tomaron a República Checa, como caso de estudio, por ser un país expuesto a la influencia de las empresas tabaqueras. Helen Ross estuvo se entrevistó con políticos, funcionarios y representantes de las empresas de tabaco. Las conclusiones fueron que los representantes del país defienden y benefician a las empresas y se oponen a aplicar cambios, debido a las influencias de las mismas (71). El tabaco es un negocio inmenso en la República Checa, ocupando Philip Morris el 40% del mercado y registrando un fruto anual de 100 millones de euros, provocando que el tabaco genere 2.000 millones de euros en impuestos, ya que el 77% del precio de cada paquete de cigarrillos, es para el Estado.

1.3.2.2 Alcohol

La edad mínima para beber y comprar bebidas alcohólicas es 18 años. Actualmente está prohibido consumir alcohol en calles céntricas, algunas plazas, transporte, paradas de metro, colegios, parques, y jardines públicos, siendo legal para el resto de lugares (74).

República Checa figura mundialmente entre los países que más consume alcohol y en los últimos años, está aumentando alarmantemente los menores que consumen de manera regular y grandes cantidades del mismo; por lo que el Gobierno ha propuesto una ley, que obligará a los bares a ofrecer una bebida no alcohólica a menor precio que la bebida alcohólica más barata; así como: regular la publicidad, restringir su venta en lugares donde se concentran los menores, reforzando las sanciones a los que se lo venden, cerrar temporalmente el local donde se hallan menores ebrios y en el futuro, los productores y vendedores de alcohol contribuir económicamente a la prevención, como es habitual en otros países (74) (75).

Según Jindřich Vobořil, coordinador nacional de la lucha antidrogas, la sociedad checa es muy tolerante al consumo de alcohol, y luchar en contra es según él “un trabajo de Sísifo”, ya que la sociedad acepta su uso como algo cultural, al igual que el problema del consumo de tabaco en lugares públicos. Resulta interesante que aunque su uso este normalizado, está totalmente prohibido dar positivo en el análisis, obligando a dar 0,0 (74) (75).

1.3.2.3 Otras Drogas

El 14 de diciembre de 2009, la República Checa adoptó una nueva ley que permite a una persona la posesión de hasta 15 gramos de marihuana o 1,5 gramos de heroína sin cargos penales. Estas cantidades son muchos mayores que en otros países de la Unión Europea, haciendo de la República Checa, el país más tolerante del mundo en esta materia (74) (75). Ocupa el primer lugar entre los 57 países en el Índice de vicios, publicado por la agencia Bloomberg. Este dato, asombró a la población checa, pero no a los expertos, ya que las estadísticas demuestran que desde hace años existe y sigue agravándose, siendo la marihuana la experiencia con drogas, la más consumida y la más frecuentada por los jóvenes (75).

1.3.2.4 Sistema Educativo

Según la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) (76) (77) (78):

- Nivel Preescolar (2 a 6 años) Voluntario y aunque toda la educación es gratuita, los jardines infantiles son frecuentemente pagados por los padres, y la tasa de escolarización es baja.
- Enseñanza básica (6 a 15 años) Obligatoria y duración de nueve años. Se divide en dos niveles, el primero que dura 5 años (Grados 1-5), que corresponde a la primaria y clases consisten en lengua checa, literatura, matemáticas, inglés, ciencias, historia y educación física; y el segundo de 4 años (Grados 6-9) que se refiere al primer nivel de secundaria, donde la ciencia se divide en química, biología y física; se suele aprender otro idioma además de avanzar en inglés y empiezan a separarse sus estudios finales de destino. Al concluir deben decidir la escuela secundaria.
- Enseñanza Secundaria Superior (15 a 19 años). Constituye la enseñanza secundaria superior, el cual no es obligatorio. Existen cuatro tipos:
 - La escuela secundaria general o “Gymnasium” (4 años). Sirve para entrar a la universidad directamente. Se escoge la rama educativa (Ciencias de la tecnología, de la Salud, Humanidades o Económicas). En el caso de la enfermería, se realizan cuatro años, correspondientes a bachiller, pero especializado en salud, por lo que al terminar este nivel, tendrías el título correspondiente a Auxiliar de Enfermería.
 - La escuela secundaria técnica (3 años)
 - La escuela secundaria vocacional (3 años)
 - La escuela secundaria técnica/vocacional integrada. (3 años)

Al finalizar esta etapa, realizan un examen de conocimientos o “Maturita”, y superado, se completa este ciclo y el alumno puede ingresar a la enseñanza superior universitaria. A continuación, las diferencias entre ambos países respecto al sistema educativo. (Tabla 1).

TABLA 1: COMPARACIÓN SISTEMAS EDUCATIVOS ESPAÑA-REP. CHECA

España	República Checa
Preescolar	Preescolar
3-6 años. Voluntario. Tasa 100%	3-6. Voluntario. Tasa baja.
Primaria	Enseñanza Básica (1º Ciclo)
1º 6 años	1º 6 años
2º 7 años	2º 7 años
3º 8 años	3º 8 años
4º 9 años	4º 9 años
5º 10 años	5º 10 años
6º 11 años	Enseñanza Básica (2º Ciclo)
Educación Secundaria Obligatoria(ESO)	6º 11 años
1º 12 años	7º 12 años
2º 13 años	8º 13 años
3º 14 años	9º 14 años
4º 15 años	Educación Secundaria Superior
Bachillerato	1º 15 años
1º 16 años	2º 16 años
2º 17 años	3º 17 años
Grado Universitario	4º 18 años
1º 18 años	Grado Universitario
2º 19 años	1º 19 años
3º 20 años	2º 20 años
4º 21 años	3º 21 años

Fuente: *Elaboración propia, 2016*

Aunque ambos sistemas universitarios de enfermería, están ingresados en el Plan Bolonia, y se organizan con ECTS, la duración y las asignaturas son muy variables (79) (80) (Véase Anexo 1 y 2). Los estudiantes de República Checa, entran con formación de 4 años en materia de salud, ya que como mencionamos, ya son auxiliares de enfermería, cuando terminan “Gymnazium”; en cambio en España, entran con formación de bachiller en materias

generales y específicas, como biología o química, pero nada relacionado con la salud. Respecto a la duración, el Grado en Jaén es de 4 años, y no contempla asignaturas anuales, siendo todas de 6 ECTS, excepto los 7 practicums, que tienen 12 y comienzan en el segundo cuatrimestre de segundo, suponiendo 1470 horas de prácticas en total. En cambio, el Grado en Pardubice de 3 años, el plan docente contempla, asignaturas anuales y semestrales, con variabilidad de créditos entre 1 y 8. Los 6 practicums o externship, también varían sus ECTS, comenzando en primer cuatrimestre de primer curso, y suponiendo 800 horas de prácticas en total. Vemos como los alumnos han tenido una formación muy diferente, porque aunque la carga docente por curso es 60 ECTS y coincidan en general las asignaturas, la duración y peso de las mismas, varía notablemente, sobretudo en las horas en las práctica externa (79) (80).

2. OBJETIVOS

El objetivo general de esta investigación será analizar los hábitos saludables de los alumnos de Grado en Enfermería, y establecer una comparación de estos hábitos entre los alumnos de las Universidades de Jaén y Pardubice.

Los objetivos específicos que se han establecido son:

- Analizar el estilo de vida, en relación a los hábitos saludables, de los alumnos de Enfermería.
- Estudiar las relaciones entre los hábitos saludables y variables sociodemográficas como edad y género, en los estudiantes de Enfermería.
- Establecer las diferencias y similitudes entre los estilos de vida y los hábitos saludables de los estudiantes de la Universidad de Jaén y los estudiantes de la Universidad de Pardubice.

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de diseño y ámbito de estudio:

Para la consecución de los objetivos propuestos se ha realizado un diseño de investigación observacional descriptivo transversal.

El ámbito de estudio son los estudiantes de 1º y último curso de Grado de Enfermería de las Universidades de Jaén y Pardubice.

3.2 Unidad de estudio:

La población diana serían los estudiantes de grado de enfermería.

La población experimental o de referencia son los estudiantes de enfermería de las Universidades de Jaén y Pardubice, cuya población está compuesta por un total de 900 sujetos. La muestra elegida para la realización del estudio o subpuntos de población elegidos, han sido todos los alumnos de primer y último curso de grado en enfermería, lo que representa un total de 300 alumnos en Jaén y 120 en Pardubice. El criterio elegido para seleccionar esos subpuntos ha sido el coger alumnos con unos meses de formación en temas de salud y alumnos que han cursado los tres primeros cursos en salud.

Los criterios de inclusión han sido que sean alumnos oficialmente matriculados en los cursos y universidades referidas del título de Grado en Enfermería, y que hayan aceptado participar voluntariamente en este estudio.

Se han excluido aquellos alumnos que se han negado a participar o los que no estaban localizables en el periodo de realización del cuestionario.

La muestra final estaba formada por 205 alumnos (137 de la Universidad de Jaén, y 68 de la Universidad de Pardubice) que voluntariamente quisieron participar en el estudio, una vez informados del mismo; no habiéndose utilizado ningún indicador para el cálculo muestral, ya que se trata de una muestra por conveniencia.

3.3 Variables analizadas:

Se han analizado un total de 62 variables (Tabla 2).

TABLA 2: VARIABLES ANALIZADAS

Variable	Tipo	Unidad de medida
País	Nominal	Lugar nacimiento
Curso	Ordinal	Número cardinal
Edad	Numérica	Años completos
Género	Nominal	Hombre o mujer
Talla	Numérico	Centímetros
Peso	Numérico	Kilogramos
Estado de salud	Nominal	Percepción del estado

Importancia de la actividad	Nominal	
Actividad: desplazamiento	Nominal	Tipo vehículo
Tiempo desplazamiento	Numérico	Minutos
Actividad: ejercicio intenso	Numérico	Días a la semana
Tiempo ejercicio intenso	Numérico	Minutos
Actividad: ejercicio moderado	Numérico	Días a la semana
Tiempo ejercicio moderado	Numérico	Minutos
Actividad: motivo practicar	Nominal	
Actividad: motivo no practicar	Nominal	
Actividad: caminar	Numérico	Días a la semana
Tiempo caminar	Numérico	Minutos
Tiempo sentado	Numérico	Minutos
Sueño	Numérico	Horas
Fumar	Nominal	Consumición de tabaco
Edad inicio de fumar	Numérico	Años
Motivo fumar	Nominal	
Beber	Nomina	Consumición de alcohol
Edad inicio de beber	Numérico	Años
Intoxicación etílica	Numérico	Días
Cantidad de alcohol	Numérico	Número de bebidas
Bebida consumida	Nominal	Tipo de bebida
Drogas	Nominal	Tipo droga consumida
Edad inicio de drogas	Numérico	Años
Alimentación	Nominal	

Fuente: *Elaboración propia, 2016*

Según la técnica de recogida de datos, todos han sido recogidos por entrevista mediante un cuestionario, el cual contenía todas las variables indicadas.

3.4 Instrumento:

El Cuestionario sobre hábitos de vida saludables en potenciales agentes de salud, es un cuestionario para conocer los hábitos de los alumnos de enfermería, modificado del ESVISAUN, validado por Miquel Bennasar Veny en 2011 (Bennasar Veny, Pericas Beltrán,

J., & Aguiló Pons), (Véase Anexo 3), el cual cuenta con un total de 62 ITEMS, y que valora los siguientes componentes de estilo de vida saludable:

1. Calidad de vida: 2 ITEMS
2. Horas de sueño: 2 ITEMS
3. Peso, Talla: Índice de Masa Corporal: 2 ITEMS
4. Actividad Física en tiempo Libre: 9 ITEMS.
5. Hábito tabáquico: 12 ITEMS.
6. Consumo de alcohol: 10 ITEMS.
7. Uso de sustancias: 6 ITEMS
8. Hábitos alimenticios: 13 ITEMS.

Respecto al contenido de las preguntas, algunas hacen referencia a comportamientos o conductas, otras se refieren a conocimientos sobre diferentes temas relacionados con los hábitos de vida, mientras que otras son preguntas de opinión.

Los ítems de este cuestionario se encuentran organizados en ocho bloques temáticos, de tal forma que las preguntas más sencillas (variables sociodemográficas) se han colocado al principio del mismo, y gradualmente se han ido complicando o haciéndose más delicadas.

3.5 Procedimiento:

En primer lugar, se realizó una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos: PubMed, Cochrane, Medline y Aranzadi; esta última se trata de un sistema para encontrar y gestionar información jurídica de calidad. Se completó la búsqueda utilizando Scielo, el cual es un repositorio de revistas digital; junto con búsqueda en páginas oficiales: OMS, Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), Consejería de Salud de la Junta de Andalucía o del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte; llevando a cabo una lectura profunda para extraer la mayor información posible a la hora de una presentación adecuada de los datos.

Posteriormente se modificó el cuestionario para adaptarlo a los estudiantes de Grado de Enfermería de Jaén y se tradujo al checo para los estudiantes de Grado de Enfermería de la Universidad de Pardubice. El cuestionario se realizó a todos los alumnos de primer y último curso de grado en enfermería, que voluntariamente quisieron participar en el estudio, una vez informados del mismo (los cuáles han sido 205 alumnos); llevándose a cabo dichos cuestionarios en las aulas de la Universidad de Jaén y Universidad de Pardubice, dejando un

tiempo prudencial de unos 45 minutos. En el caso de Pardubice, poseo la confirmación por la Universidad, de que se ha llevado a cabo la investigación, distribuyendo los cuestionarios a los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la misma. (Véase Anexo 4)

Por último, una vez recogidos todos los cuestionarios, tanto de los alumnos de primer y último curso, procedimos al análisis estadístico de los datos. Para ello, se ha utilizado una base de datos y los programas estadísticos IBM SPSS Statistics 22 (SPSS/IBM, Chicago, IL, USA); situándose en todos los casos el nivel de significación en 0,05. Una vez analizados, con dicho programa, pasamos a elaborar los resultados de nuestro estudio, utilizando el programa Microsoft Excel 2010, para realizar los gráficos oportunos (Columnas, Barras y Circulares).

Para finalizar, se elaboró la discusión y conclusiones de los resultados obtenidos, junto con nuestra búsqueda de información; siempre teniendo en cuenta la aplicabilidad de los mismos.

Análisis estadístico:

- En primer lugar se realizó un análisis descriptivo de la muestra, así como de las variables dependientes.
- Para examinar las relaciones entre las distintas variables incluidas se utilizaron diversas técnicas, en función del tipo de variable utilizada. Así, con objeto de explorar las relaciones entre las variables que se han categorizado y los índices numéricos, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman (r_s) y cuando se correlacionaron variables cuantitativas entre sí, el coeficiente de correlación producto-momento de Pearson (r_{xy}).
- Para comprobar la posible existencia de diferencias significativas en diversas variables se usaron contrastes de medias. En los casos en que las diferencias de medias resultaron significativas, se realizó un análisis de tendencias con objeto de determinar entre qué grupos se daban dichas diferencias.
- El nivel de significación adoptado en todos los análisis fue $p < 0,05$.

3.6 Aspectos éticos:

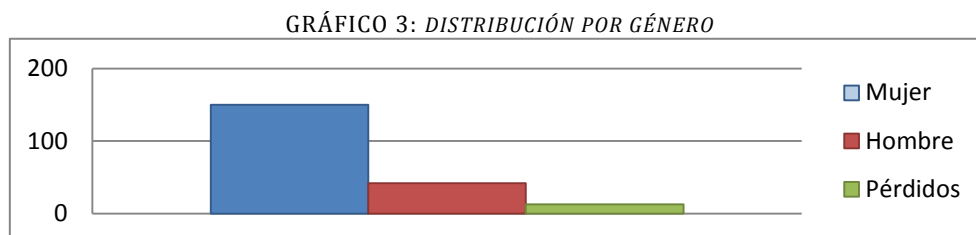
Respecto al compromiso ético, en todo momento el equipo investigador se ha comprometido a respetar los principios éticos de la investigación en ciencias de la salud establecidos a nivel nacional e internacional (Declaración de Helsinki), poniendo especial atención en el anonimato de los participantes y en la confidencialidad de los datos recogidos.

4. RESULTADOS

4.1 Descripción de la muestra

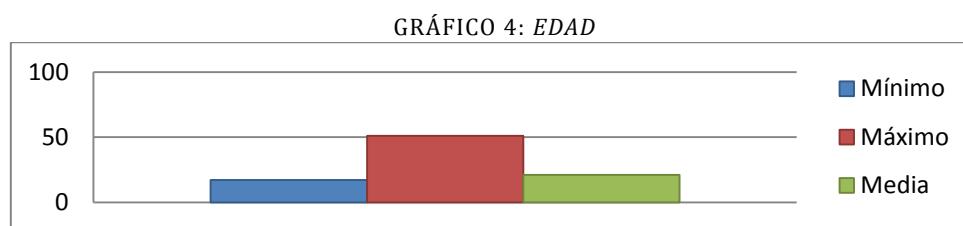
Tras pasar los datos al programa estadístico SPSS y analizarlos, nos encontramos que el total de la muestra ha sido de $n=205$ sujetos, de los cuales:

- ❖ 150 (45,4%) son mujeres, 42 (20,5%) hombres y 13 (6,3%) perdidos. (Gráfico 3)



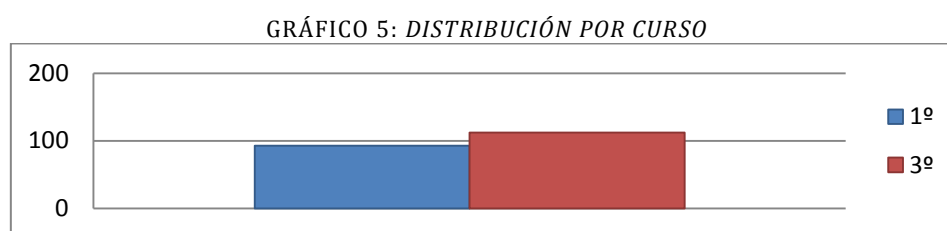
Fuente: *Elaboración propia, 2016.*

- ❖ La media de edad es 20,99 años, con un mínimo de 17 y máximo de 51. (Gráfico 4)



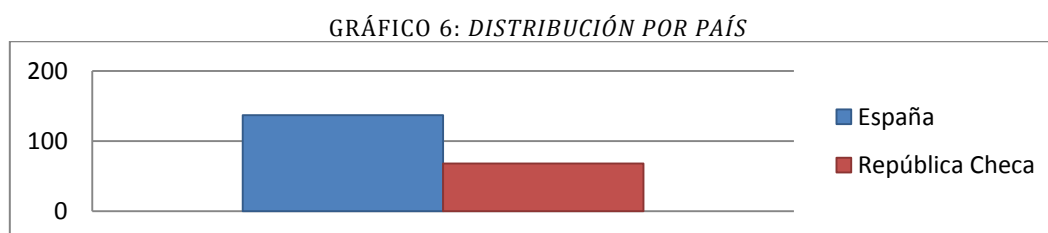
Fuente: *Elaboración propia, 2016.*

- ❖ 93 (45,4%) son de 1º curso y 112 (54,6%) del último curso. (Gráfico 5)



Fuente: *Elaboración propia, 2016.*

- ❖ 137(66,8%) son españoles y 68 (33,2%) checos. (Gráfico 6)



Fuente: *Elaboración propia, 2016.*

- ❖ La media de la talla en cm es 167,21, existiendo un valor mínimo de 147 y un máximo de 194. Y del peso en kg es de 62,42; existiendo un mínimo de 42 y un máximo de 96.

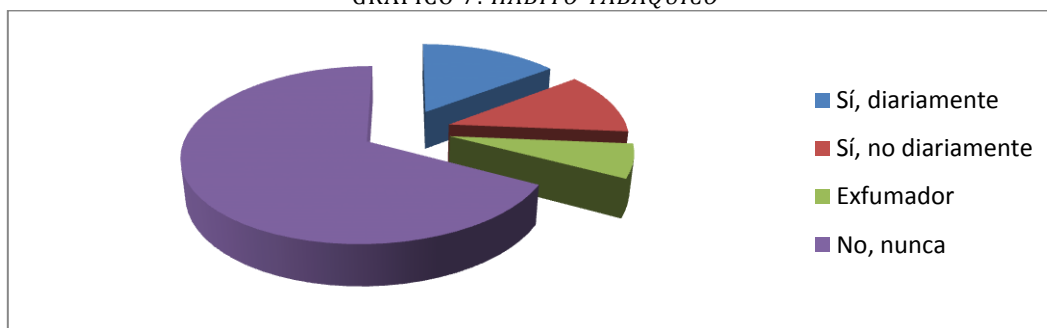
4.2 Resultados objetivo específico 1:

Analizar el estilo de vida, en relación a los hábitos saludable, de los alumnos de Enfermería (en las universidades de Jaén y Pardubice).

Respecto al hábito tabáquico, nos encontramos:

- ❖ El 67,3% de los encuestados nunca ha fumado, el 26,3% fuma actualmente (14,5% diariamente y 11,7% no es diariamente) y el 6,3% son exfumadores. (Gráfico 7)

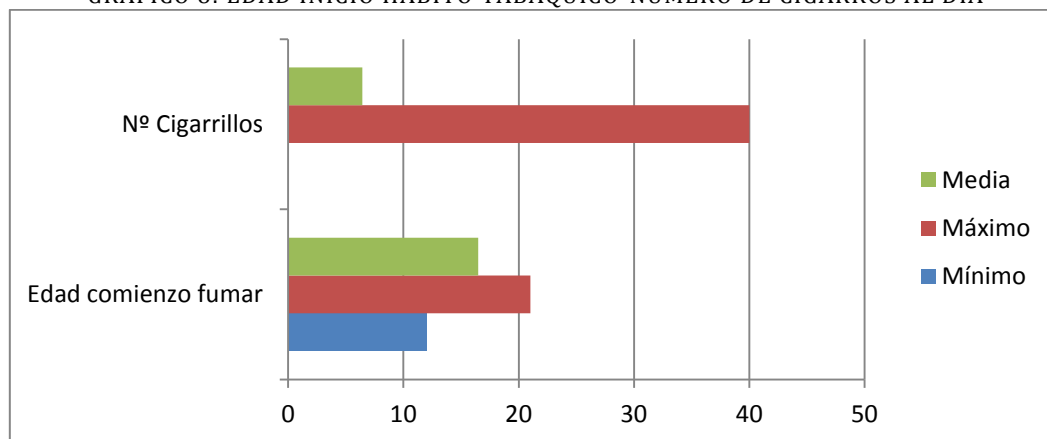
GRÁFICO 7: HÁBITO TABÁQUICO



Fuente: Elaboración propia, 2016

- ❖ La edad media de comienzo del hábito es de 16,49, existiendo un valor mínimo de 12 y un máximo de 21. La media de cigarrillos diarios es de 6,43, existiendo un valor mínimo de 0 y un máximo de 40. (Gráfico 8).

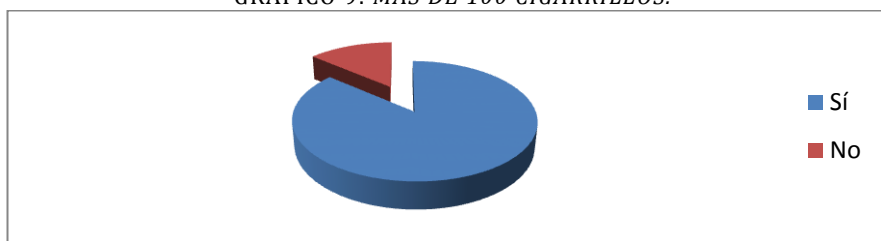
GRÁFICO 8: EDAD INICIO HÁBITO TABÁQUICO-NÚMERO DE CIGARROS AL DÍA



Fuente: Elaboración propia, 2016

- ❖ De los que fuman (n=54), 44 (81,48%) se han fumado más de 100 cigarrillos, mientras que 7 (18,52%) no lo han hecho. (Gráfico 9)

GRÁFICO 9: MÁS DE 100 CIGARRILLOS.



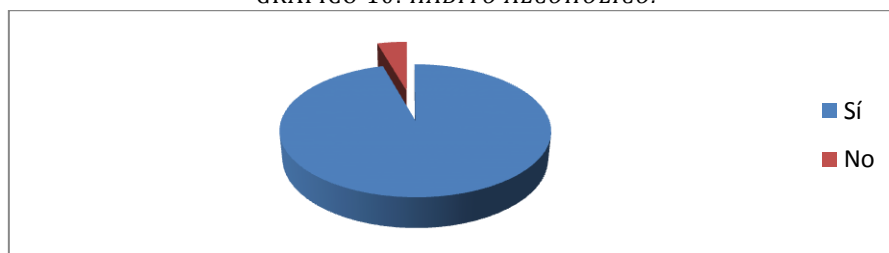
Fuente: Elaboración propia, 2016

- ❖ Por último, el 34% marca “Otros” como el motivo principal por el cual empezaron este hábito, escribiendo respuestas como: “Fumaban mis padres” o “Tenía curiosidad”. Seguido de un 30% que marcan la opción: “Fumaban casi todos mis amigos/as”.

Respecto al hábito alcohólico, nos encontramos:

- ❖ El 95,6% lo han probado alguna vez, mientras el 4,4% nunca lo ha hecho. (Gráfico 10)

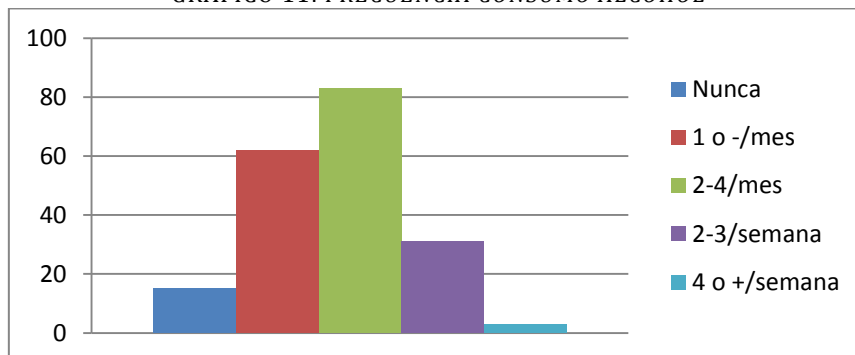
GRÁFICO 10: HÁBITO ALCOHÓLICO.



Fuente: Elaboración propia, 2016

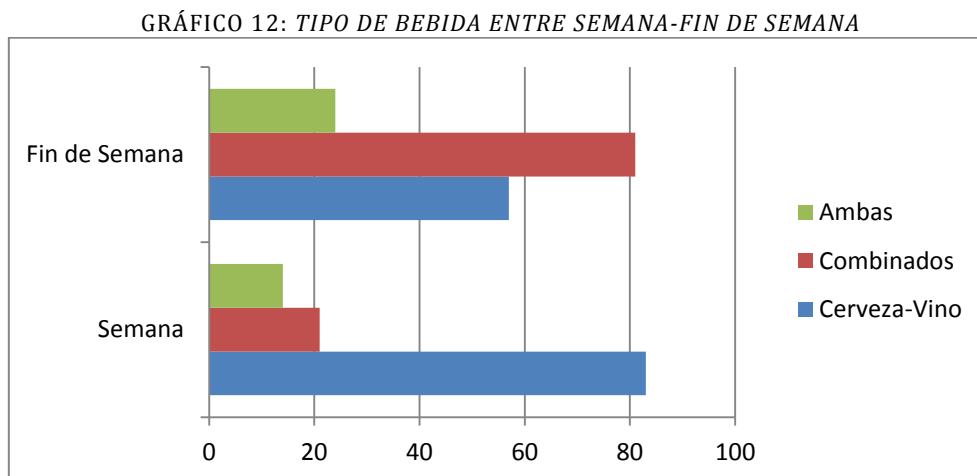
- ❖ De los que lo han probado (n=196), 83 (40,5%) lo toman con una frecuencia de 2-4 veces al mes, seguido de 62 (30,2%), con frecuencia 1 o menos al mes. (Gráfico 11)

GRÁFICO 11: FRECUENCIA CONSUMO ALCOHOL



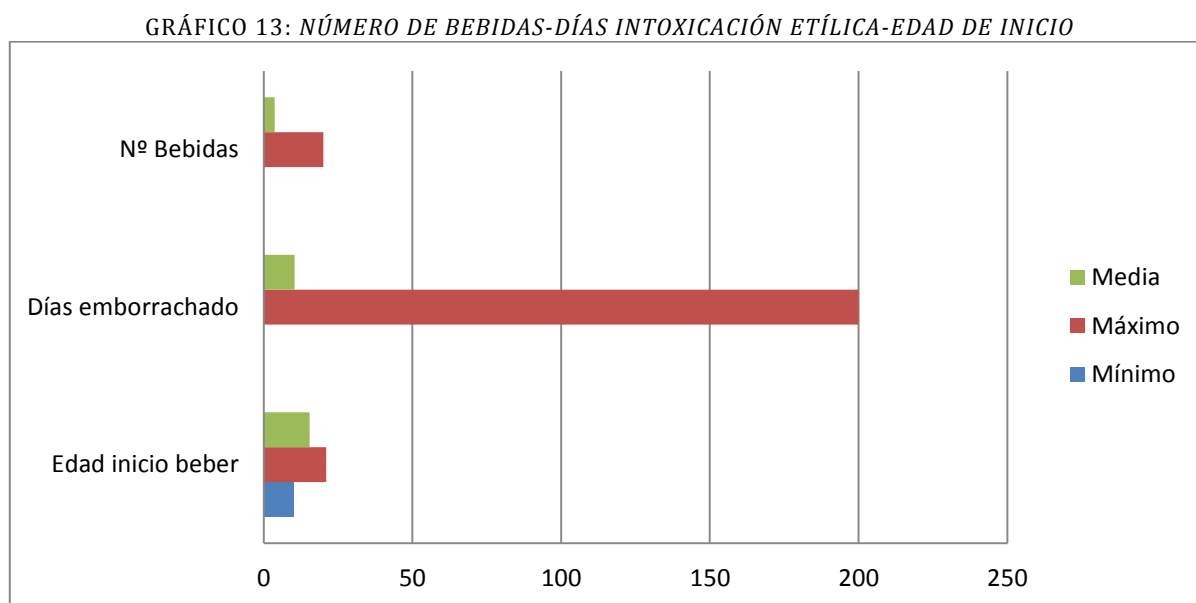
Fuente: Elaboración propia, 2016

- ❖ Respecto al tipo de bebida durante la semana, de $n=118$ sujetos que han respondido, 83 (70,33%) consumen Cerveza-Vino. Mientras que durante el fin de semana, de $n=179$ que han respondido, 57 (45,25%) consumen combinados. (Gráfico 12)



Fuente: *Elaboración propia, 2016*

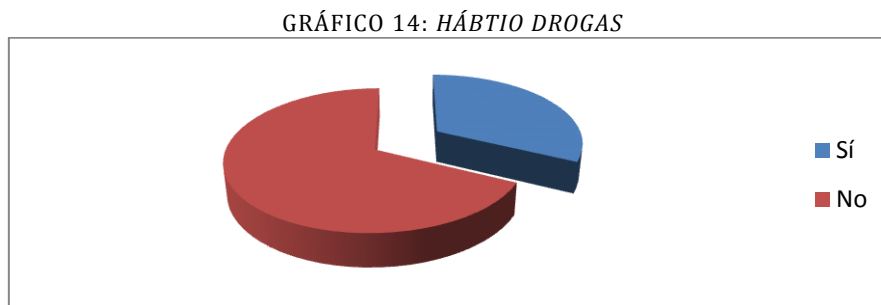
- ❖ La edad media de comienzo es de 15,47, existiendo un valor mínimo de 10 y un valor máximo de 21. (Gráfico 13)
- ❖ Respecto al número de bebidas que se toman de costumbre un día en el que toman alcohol, tenemos una media de 3,68. Y la media del número de días en los cuales han sufrido una intoxicación etílica en el último año, es de 10,33. (Gráfico 13)



Fuente: *Elaboración propia, 2016*

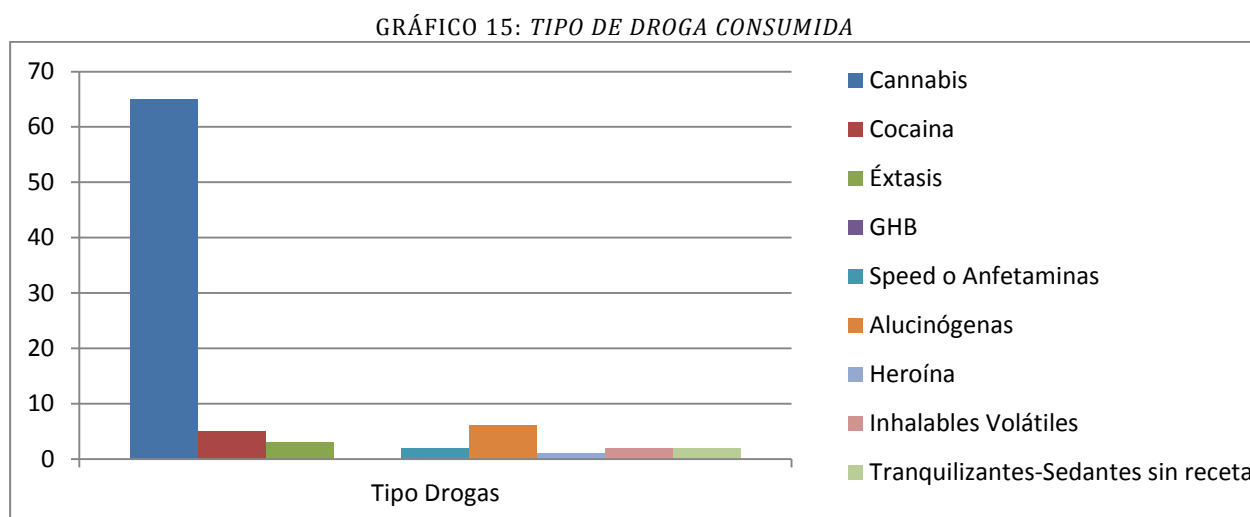
Respecto al consumo de drogas, nos encontramos:

- ❖ Que 139 sujetos (68%) nunca han probado ningún tipo de droga, mientras que 66 (32%) si lo han hecho. (Gráfico 14)



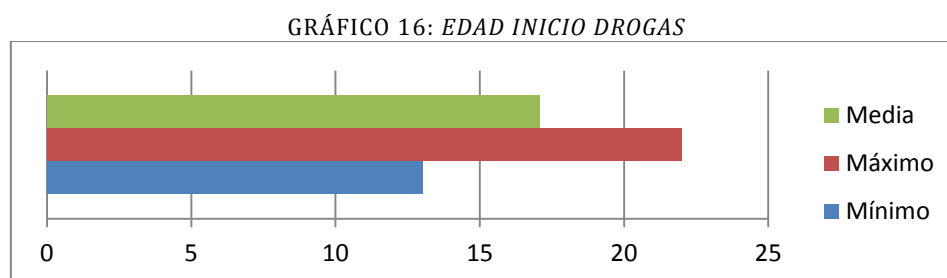
Fuente: *Elaboración propia, 2016*

- ❖ Respecto al tipo de droga más consumida, nos encontramos al Cannabis-Marihuana con un 76,74%, seguida de Alucinógenos con un 6,97%. (Gráfico 15)



Fuente: *Elaboración propia, 2016*

- ❖ La edad media de inicio del consumo de las mismas, es de 17,08, existiendo un valor mínimo de 13 y un máximo de 22. (Gráfico 16)

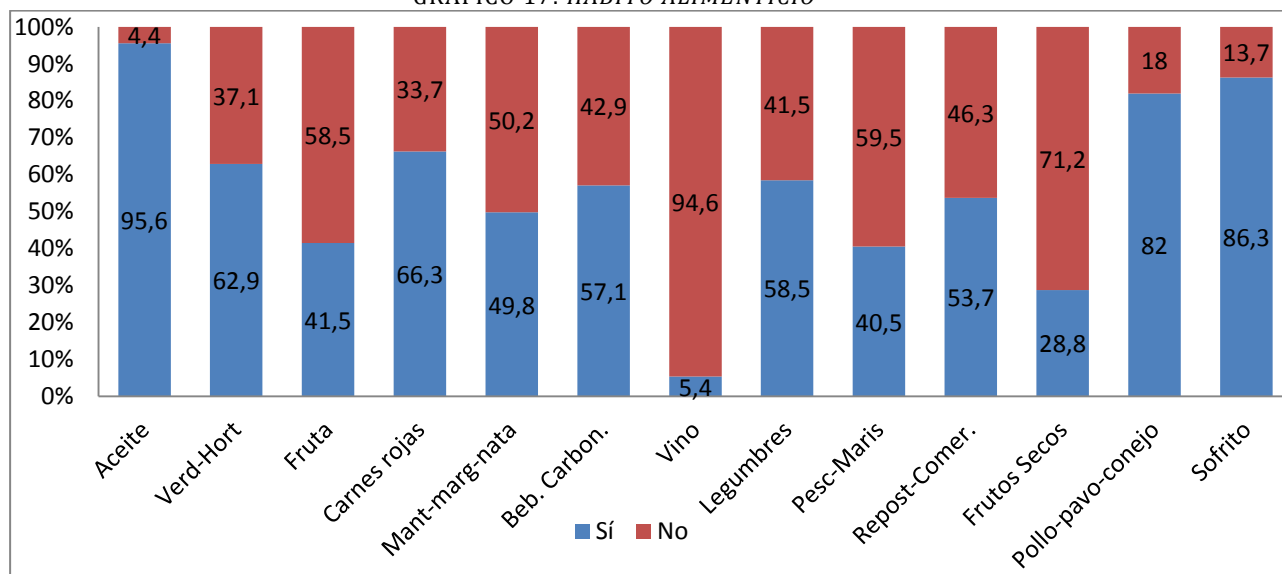


Fuente: *Elaboración propia, 2016*

Respecto al hábito alimenticio hemos obtenido los siguientes resultados (Gráfico 17):

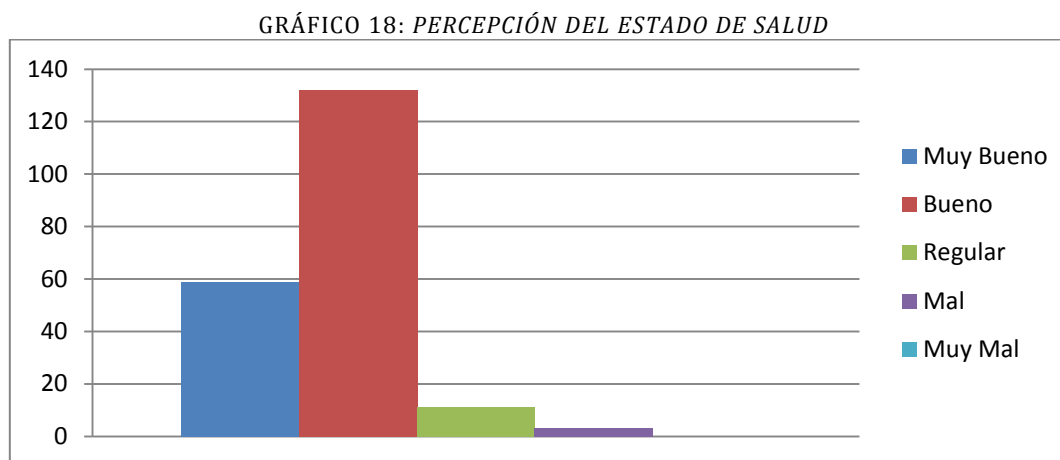
- ❖ El 95,6% utiliza el aceite de oliva como principal grasa para cocinar.
- ❖ El 62,9% consume 2 o más raciones de verdura u hortalizas al día. (1 ración = 200g).
- ❖ El 58,5% no consume 3 o más piezas de fruta al día.
- ❖ El 66,3% consume menos de una ración al día de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos. (1 ración = 100-150g).
- ❖ El 49,8% consume menos de una ración al día de mantequilla margarina o nata. (Porción individual = 12g).
- ❖ El 57,1% consume menos de una bebida carbonatada y/o azucarada (refrescos, colas, tónicas) al día.
- ❖ El 94,6% no consume siete o más vasos de vino a la semana.
- ❖ El 58,5% consume tres o más raciones de legumbres a la semana. (1 ración = 150g)
- ❖ El 59,5% no consume tres o más raciones de pescado-marisco a la semana. (1 ración de pescado =100-150g; de marisco= 200g).
- ❖ El 53,7% consume menos de 2 veces a la semana repostería comercial (no casera) como galletas, flanes, dulce o pasteles.
- ❖ El 71,2% no consume tres o más raciones a la semana de frutos secos. (1 ración = 30g)
- ❖ El 82% consume preferentemente carne de pollo, pavo o conejo, en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas.
- ❖ El 86,3% consume 2 o más veces a la semana vegetales cocinados, la pasta, arroz u otros platos, aderezados con sofrito.

GRÁFICO 17: HÁBITO ALIMENTICIO



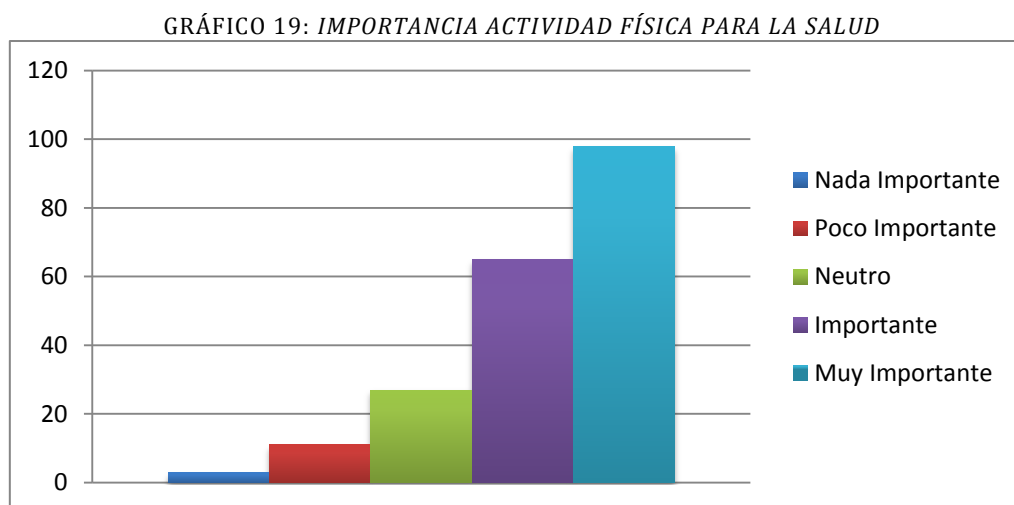
Fuente: Elaboración propia, 2016

Respecto a lo que los estudiantes piensan sobre su estado de salud, en general, un 64,4% tienen una salud percibida buena (Gráfico 18).



Fuente: *Elaboración propia, 2016*

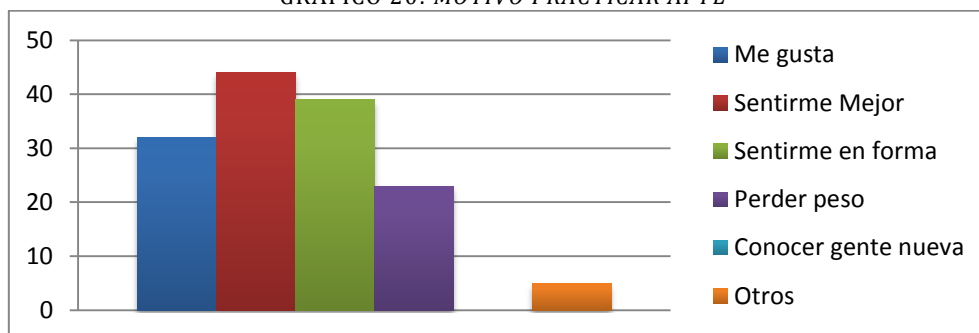
Y respecto a la importancia que tiene la actividad física sobre la salud, un 47,8% opinan que es muy importante, seguido de un 31,7% que opinan que es importante. (Gráfico 19)



Fuente: *Elaboración propia, 2016*

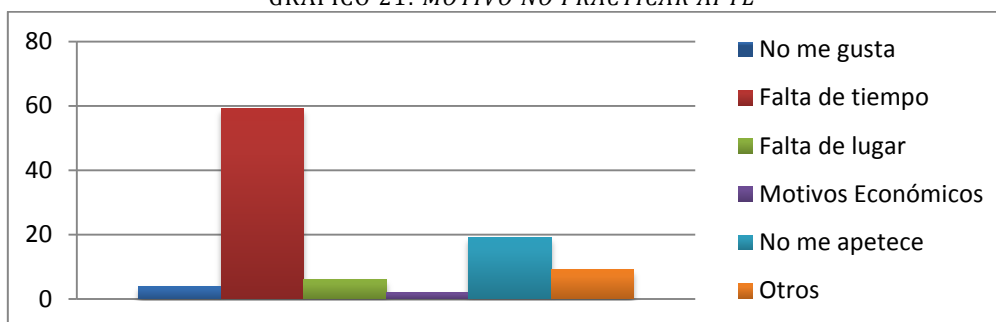
Relacionado con la AFTL (Actividad física en el tiempo libre), un 39,5% no realizan ningún día a la semana ejercicio intenso y un 49,8% ejercicio moderado. Sin embargo a caminar, un 48,8% realizan al menos 10 minutos seguidos en su tiempo libre, los siete días a la semana. Respecto al motivo principal por lo que lo practican, de n=143 que respondieron, 44 (30,76%) eligen el sentirse mejor; y 39 (27,77%) el sentirse en forma (Gráfico 20). Respecto al motivo principal por el cual no lo practican, de n=99 respuestas, 59 (59,59%) eligen la falta de tiempo; seguido de no apetecerle, con 19 (19,19%) de los estudiantes. (Gráfico 21).

GRÁFICO 20: MOTIVO PRACTICAR AFTL



Fuente: Elaboración propia, 2016

GRÁFICO 21: MOTIVO NO PRACTICAR AFTL

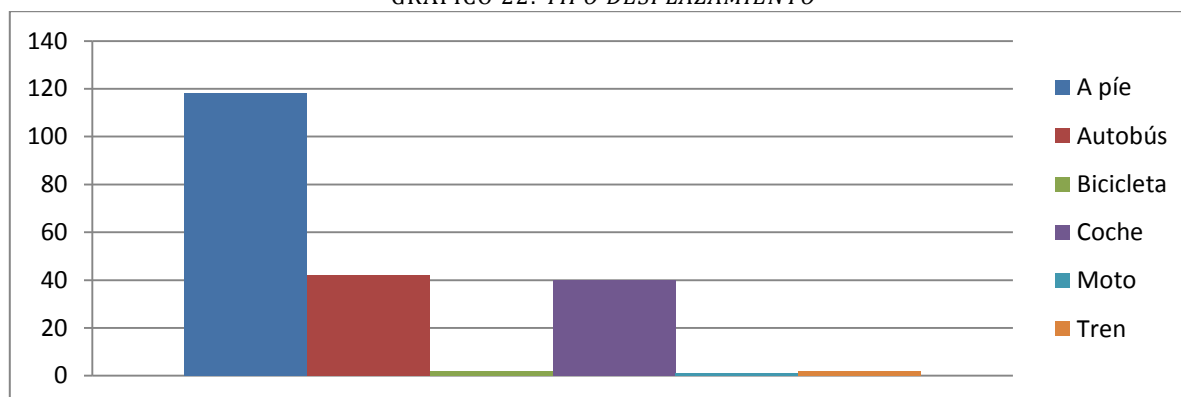


Fuente: Elaboración propia, 2016

Respecto a la media de tiempo dedicado al ejercicio, descubrimos que en el ejercicio intenso es 60,93 minutos (1,015 hora aprox.); en el moderado, es 60,96 minutos (1,016 hora aprox.); y en caminar, 70,03 minutos (1,16 hora aprox.). Y de media de tiempo dedicado a estar sentado en un día laborable es, 371,24 minutos (6,18 horas aprox.). Por último, la media de tiempo dedicado al sueño es de 7,2 horas entre semana, y de 8,72 horas durante el fin de semana.

Por último, respecto a las 6 maneras respondidas para desplazarse a la universidad, nos encontramos que un 57,6% lo realizan a pie, seguido de un 20,5% en autobús. Y la media de tiempo que tardan en desplazarse hasta su universidad, es de 23,70 minutos (Gráfico 22)

GRÁFICO 22: TIPO DESPLAZAMIENTO



Fuente: Elaboración propia, 2016

4.3 Resultados objetivo específico 2:

Estudiar las relaciones entre los hábitos saludables y variables sociodemográficas como edad y género, en los estudiantes de Enfermería.

Se han establecido las siguientes correlaciones o relaciones significativas entre variables, las cuales nos dieron una significación de $p < 0,05$ o $p < 0,01$. Estas son (Tabla 3):

➤ El hábito tabáquico con:

- La *edad de inicio del hábito alcohólico* (,180; $p < ,05$); es decir, el ser no fumador, se relaciona con empezar más tarde a beber.
- El *número de días de intoxicación etílica* (-,188; $p < ,05$); es decir, los fumadores, son los que más días se han emborrachado.
- El *número de bebidas consumidas en un día que toma alcohol* (-,172; $p < ,05$); es decir, los fumadores, son los que toman más bebidas.
- El *número de días que se ha tomado cinco o más bebidas alcohólicas* (-,203; $p < ,01$); es decir, los fumadores, son los que más días toman cinco o más.
- La *edad de inicio de consumo de drogas* (,349; $p < ,01$); es decir, los no fumadores, empiezan a consumir drogas más tarde.

➤ La edad de inicio del hábito alcohólico con:

- La *edad* en años (,623; $p < ,01$); es decir, los de mayor edad actual, más pronto fue su inicio de empezar a beber alcohol.
- El *número de bebidas consumidas en un día que toma alcohol* (-,295; $p < ,01$); es decir, los que más temprana fue su edad de inicio de beber, son los que más número de bebidas toman.
- El *número de días de intoxicación alcohólica* (-,285; $p < ,01$); es decir, a más temprana fue el inicio de beber alcohol, más días se han emborrachado.
- El *inicio de consumo de drogas* (,513; $p < ,01$); es decir, los que más tardía fue su inicio de beber, más tardía fue también el inicio de drogas.

➤ El número de días de intoxicación alcohólica con:

- El *número de bebidas consumidas en un día que toma alcohol* (,647; $p < ,01$); es decir, los que más días se emborrachan, más bebidas toman en un día cualquiera.
- El *número de días que se toma cinco o más bebidas alcohólicas* (,741; $p < ,01$); es decir, los que más días se emborrachan, más días se han tomado cinco o más.

- El consumo de drogas con:
 - El *número de cigarros al día* (,485; $p < ,01$); es decir, los que más cigarros consumen, son los que más drogas consumen.
 - La *frecuencia de tomar alcohol* (,335; $p < ,01$); es decir, los que con más frecuencia consumen alcohol, son los que más drogas consumen.
- El inicio de consumo de drogas con:
 - La *edad actual* (,459; $p < ,01$); es decir, a mayor edad, más tardía fue el inicio.
 - El *número de días que se ha tomado cinco o más bebidas alcohólicas* (-,394; $p < ,01$); es decir, los que más días toman cinco o más, son los que más temprana fue su inicio de consumir drogas.
- El número de días que se ha tomado cinco o más bebidas alcohólicas con la *edad de inicio de beber alcohol* (-,319; $p < ,01$); es decir, los que más temprana fue su inicio del consumo de alcohol, son los que más días toman cinco o más.

TABLA 3: CORRELACIONES 1

	I. Beb.	Fumar	Edad	Nº Bebidas	I. Drog.	D. Int. Etíl	Nº Cig.	Frec. Alcoh.
I. Beb.	-							
Fumar	,180*	-						
Edad	,623**		-					
Nº Beb.	-,295**	-,172*		-				
I. Drog.	,513**	,349**	,459**		-			
D. Int. Etíl	-,285**	-,188*		,647**		-		
5 Bebidas	-,319**	-,203**			-,394**	,741**		
C. Drogas							,485**	,335**

Fuente: Elaboración propia, 2016

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

Otras correlaciones, encontradas son (Tabla 4):

- El género con:
 - La *percepción del estado de salud* (-,162; $p < ,05$); es decir, las mujeres son las que presentan una peor salud percibida.
 - El *número de días que realiza ejercicio intenso* (,267; $p < ,01$) y días que realizan ejercicio moderado (,236; $p < ,01$); es decir, los hombres son los que más días realizan ejercicio intenso y moderado.

- Las *horas de sueño* entre semana ($,192$; $p<,01$) y del fin de semana ($,193$; $p<,01$); es decir, los hombres duermen más durante la semana y durante el fin de semana.
- Actividad física:
 - La *importancia de la actividad física para la salud* ($,159$; $p<,05$); es decir, los que más días realizan ejercicio intenso, son los que más importancia le dan a la actividad física.
 - El *número de días que realiza ejercicio moderado* ($,402$; $p<,01$); es decir, los que más ejercicio intenso realizan, son los que realizan más ejercicio moderado.
 - *Practicar AFTL* ($-,285$; $p<,01$); es decir, los que durante más tiempo realizan ejercicio intenso, practican AFTL por resultarles placentero y sentirse mejor.
 - El *tiempo dedicado a caminar* ($,205$; $p<,05$); es decir, los que durante más tiempo realizan ejercicio intenso, son los que más tiempo caminan.
- El número de días que realiza ejercicio moderado con la *importancia de la actividad física para la salud* ($,193$; $p<,01$); es decir, los que más tiempo realizan ejercicio moderado, son los que más importancia le dan a la actividad física.
- El tiempo dedicado al ejercicio moderado con las *horas de sueño* entre semana ($,251$; $p<,01$) y el fin de semana ($,251$; $p<,01$); es decir, los que más tiempo realizan ejercicio moderado, son los que más duermen entre semana y en el fin de semana.
- La salud percibida con *no practicar AFTL*, ($-,213$; $p<,05$); es decir, los que peor salud percibida tienen, no practican AFTL por no gustarles.

TABLA 4: CORRELACIONES 1

	Género	Estado Salud	Ej. Intenso	Ej. Moderado	Tiempo Intenso
Género	-				
Estado Salud	$-,160^{**}$	-			
Ej. Intenso	$,267^{**}$		-		
Ej. Moderado	$,236^{**}$		$,402^{**}$	-	
Sueño Semana	$,192^{**}$			$,251^{**}$	
Sueño Finde	$,193^{**}$			$,252^{**}$	
Importancia			$,159^{*}$	$,193^{**}$	
No AFTL		$-,213^{*}$			
Tiempo Caminar					$,205^{*}$
AFTL					$-,285^{**}$

Fuente: Elaboración propia, 2016

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

Una vez realizadas las correlaciones, se hizo un análisis de diferencias entre las variables que tenían una correlación significativa entre sí, así como un análisis de tendencias, para comprobar las mismas. Se observaron diferencias significativas entre:

- El curso y el hábito alcohólico ($F(1,203)=4,029$; $MC=3,956$; $p=0,046$), en el sentido de que los alumnos del último curso, tienen menos hábito alcohólico.
- Que efectivamente existen diferencias entre la edad del sujeto con:
 - *Hábito tabáquico* ($F(3,193)=4,542$; $MC=93,488$; $p=0,004$) a mayor edad más fuma
 - También se aprecian estas diferencias, respecto a la *cantidad de cigarros fumados al día* ($F(13,33)=3'894$; $MC=101,984$; $p=0,001$), y en este caso con un tamaño efecto (ETA) alto (,605).
 - *Intoxicación alcohólica* (I.A.) ($F(1,162)=11,635$; $MC=6292,243$; $p=0,001$), a mayor edad más situaciones de I.A.
 - Con el *número de bebidas y con tomar cinco o más* ($F(1,168)=14,053$; $MC=195,091$; $p=0,000$), también a mayor edad.
- Respecto al consumo de alcohol vemos diferencias significativas respecto al *género*, en el sentido de que los hombres sufren más días de intoxicación etílica que las mujeres ($F(23,140)=2,647$; $MC=0,363$; $p=0,000$).
- Respecto al género, encontramos con el *número de días con intoxicación etílica* ($F(1,162)=11,365$; $MC=6292,243$; $p=0,001$), en el sentido que son los hombres los que tienen más días de I.A.
- Respecto al tiempo de ejercicio con las *horas de sueño* entre semana ($F(7,191)=10,397$; $MC=11515,965$; $p=0,000$) con un ETA de ,276; y entre el fin de semana ($F(7,190)=10,409$; $MC=24871,970$; $p=0,000$) con un ETA de ,277. A más ejercicio moderado, más horas de sueño.
- Respecto al hábito tabáquico y *beber cinco o más* ($F(7,191)=10,397$; $MC=11515,965$; $p=0,000$), en el sentido que las personas que más fuman más beben.

4.4 Resultados objetivo específico 3:

Establecer las diferencias y similitudes entre los estilos de vida y los hábitos saludables de los estudiantes de la Universidad de Jaén y los estudiantes de la Universidad de Pardubice.

Después de realizar los correspondientes análisis bi-variados entre las dos universidades para las distintas variables que se analizan en el estudio, nos hemos encontrado que existe una

correlación significativa entre el hábito tabáquico y el país de estudio, ($142; p < 0,05$), en el sentido de que en República Checa hay más alumnos con este hábito. También entre el consumo de bebidas alcohólicas ($203; p > 0,01$) en el sentido en que en la República Checa se consume más alcohol. Y por último en las horas de sueño, ($142; p < 0,05$) en el sentido de que en la República Checa se duerme menos horas. No encontrando ninguna otra correlación significativa en el resto de variables estudiadas.

Una vez halladas estas correlaciones, hemos analizado la posible existencia de diferencias significativas, que confirmen estas relaciones. También encontramos que existen igualmente diferencias significativas, que con:

- El hábito tabáquico ($F(16,180)=2,128$; $MC=2,617$; $p=0,009$), en la R.C. se fuma más.
- Las horas de sueño ($F(1,201)=4,144$; $MC=5903,207$; $p=0,043$), en la R.C. se duerme menos horas.
- El número de bebidas alcohólicas ($F(1,181)=7,249$; $MC=109,290$; $p=0,008$), en la R.C. se consume más alcohol.

5. DISCUSIÓN

Como apunta Marqués Moliac (19), adquirir una nueva conducta es un proceso, no un hecho puntual, por ello en nuestros resultados se puede observar que a la edad en la que estudiamos Grado nuestros hábitos están adquiridos, por lo que no hay cambios evidentes respecto a los estudios en los cuatro años de titulación, ya que como comenta Loghman (1) y Bermejo (2), es en la adolescencia e infancia, donde realmente se adquieren los hábitos.

A la luz de diferentes estudios internacionales y nacionales, la universidad no tiene el papel significativo en cuanto a potenciar estilos de vida sanos y abandono de estilos nocivos para la salud tal y como afirma el World Data on Education (76). Esto apoya lo observado en nuestro estudio, ya que en la comparativa de los hábitos saludables en función de primer y último curso, solo hemos observado una diferencia significativa en las variables, que es el consumo de alcohol. Coincidiendo con lo apuntado en el estudio de la UNESCO (77), el cual se intentó averiguar la influencia del paso por la universidad en la modificación de los hábitos de consumo de tabaco, alcohol y ejercicio físico, comparando los alumnos que cursan primero con los del último curso; encontrando que el paso por la universidad no parece tener influencia positiva en los hábitos y estilos de vida de los jóvenes, modificándose escasamente.

Sin embargo los resultados apuntan diferencias respecto al marco social en el que se actúa, tal y como comenta el artículo de San Martín (3); tal y como observamos en las diferencias entre los hábitos tabáquicos y de consumo de alcohol en la República Checa, en donde las leyes son menos restrictivas que en España, con una legislación más protectora de la salud.

Como vemos existen diferencias significativas entre países en función del hábito tabáquico, el número de bebidas alcohólicas consumidas y las horas de sueño. Como comentamos anteriormente, aunque la edad mínima permitida para ambas sustancias, es de 18 años, la legislación de ambos países para el consumo de tabaco es bastante diferente. Esto nos hace pensar que el hecho de que en República Checa esté permitido fumar dentro de bares y restaurantes, así como que el Gobierno favorezca a las empresas tabaqueras, pueda ser un factor de riesgo para el consumo de tabaco (71) (72), mientras que la prohibición mediante la Ley Antitabaco 2011 (55), puede ser un factor protector, como es el caso de España.

Al igual ocurre en el hábito alcohólico, aunque la edad mínima es de 18 años para el legal consumo del mismo, el estar permitido beber en las vías públicas, excepto en algunos lugares concretos; junto a que las bebidas no alcohólicas sigan costando igual o más a las alcohólicas, puede ser un factor de riesgo para el consumo de alcohol. A esto hay que sumarle que se encuentra en el ranking mundial de países que más beben, y tal y como dice Jindřich Vobořil, es una población donde el consumo de alcohol, siendo una cosa natural y normal para ellos (74). Todo ello puede que explique las diferencias observadas entre ambos países.

No obstante se puede considerar que los alumnos de Enfermería tienen unos hábitos bastante saludables en ambos países e integran como propias, todas aquellas conductas, como son la actividad física y la buena alimentación, así como el evitar consumo de tóxicos, que llevan a una vida más saludable, como comenta Alegre en su trabajo (16).

Respecto a la alimentación, en general consumen alimentos sanos en proporción adecuada y llevando una alimentación variada en relación a todos los grupos de alimentos. De los 13 Ítems, en los únicos puntos en los que habría que incidir, serían en el consumo regular de fruta, ya que solo el 41,5%, ingiere 3 o más piezas de fruta al día. También acerca del consumo de pescado y marisco, ya que solo el 40,5% consume 3 o más raciones a la semana. Y por último, sobre el consumo de frutos secos, ya que solo el 28,8% toma 3 o más raciones a la semana.

En función de la salud percibida, en general los estudiantes la perciben como buena (64,4%) y encuentran la actividad física importante o muy importante para la salud (79,5%). Lo que nos llama la atención, ya que respecto al número de días que realizan ejercicio intenso y moderado a la semana, un 39,5% y un 49,8%, respectivamente, de los estudiantes no realiza ninguno. Aunque luego, un 48,8%, reconoce caminar 7 días a la semana durante más de diez minutos, lo que contradice lo anterior.

Nuestros jóvenes duermen como media entre semana 7,20 horas, y 8,72 horas durante el fin de semana. Y suelen pasar una media de 6,18 horas sentados en un día laboral.

El estudio realizado en La Habana en 2003 (30), apuntó que el practicar ejercicio contribuye a mejorar el sueño. Al igual que otro estudio realizado en 2000, por la revista de psicología del deporte (47), que coinciden con lo observado en nuestra investigación, en la que existe una asociación entre aquellos estudiantes que dedican más días y horas al ejercicio moderado, y los que más horas de sueño presentan durante la semana y el fin de semana. También la práctica deportiva se relaciona con mejores puntuaciones en el autoconcepto físico y salud percibida, como apunta Moreno (51). Esto apoya lo que nuestros resultados apuntan, como que los que mayor ejercicio realizan, mejor salud percibida presentan. Así como la importancia de la actividad física para la salud.

Por otra parte, en los resultados se observan diferencias de género respecto a estos hábitos en ambos países. Como vemos esta percepción es individual y varía en relación a las vivencias de la propia persona, tal y como vimos en el artículo de Salleras (8), pero existe una tendencia unida al género y en este caso, las mujeres tienen una peor percepción de su estado de salud como afirma Selliman (9) y Ryff (10), en sus estudios. Esto resulta interesante desde el punto de vista del género con el ejercicio, ya que como nuestros resultados apuntan, las mujeres tienen peor percepción de la salud y practican menos ejercicio, tanto intenso, como moderado. De manera que los hombres realizarían ejercicio más reiteradamente y bajo intereses como mejorar la condición física, coincidiendo con los resultados de Moreno (51).

De esta manera, resulta coincidir con lo observado en resultados del proyecto, en el cual, quien más ejercicio realiza, lo lleva a cabo por sentir placer y sentirse en forma; fomentando más ejercicio y más tiempo dedicado a caminar. En cambio quien no lo realiza, suele ser por el simple motivo de que no les gusta practicarlo. Ya que según un estudio llevado a cabo en Buenos aires, que evalúa los efectos de la actividad física (48), los adolescentes que no

realizan actividad física para mejorar su apariencia física, terminan por no sentirse aptos para el deporte, provocando una sensación de apatía hacia el mismo.

Los resultados obtenidos en el estudio de Moreno (51), llevado a cabo sobre el autoconcepto en relación con otras variables, parecen apoyar la idea de que presenta relación con las conductas de con el género y la práctica deportiva. Estos resultados, coinciden con lo que se observa en los nuestros, es decir, la idea de que existen diferencias significativas entre el género con la percepción del estado de salud, en relación de que las mujeres tienen peor percepción de su salud que los hombres, excepto imagen corporal, coincidiendo con la idea de autores como De Gracia en 2007 (31).

Diferentes autores como Urqueta (52), Rodríguez (53), Herrera-Vázquez (32) y Ruiz (33) han demostrado que la edad es un factor de riesgo para el consumo de sustancias adictivas; así como que la probabilidad de consumirlas con mayor frecuencia y en mayores cantidades aumenta con el tiempo. Esto coincide lo que apunta nuestra investigación: que existe una fuerte asociación y significativa, con un tamaño efecto alto, entre la edad y el número de cigarros; pudiéndose convertir la edad en un factor de riesgo para el consumo de tabaco; y por lo tanto con el consumo tabáquico, resultado observado en nuestro estudio.

También nuestros resultados apuntan que la edad está en relación con el consumo alcohólico, tanto en el día de intoxicación etílica, número de bebidas, y el tomar cinco o más en un día cualquiera que se toma alcohol. Por otro lado, se observaron diferencias significativas entre el curso y el consumo de alcohol, que vendría a apoyar lo anterior, ya que los que se encuentran en el último curso, tienen una media de edad mayor, por lo que encontraríamos similitudes a lo expuesto, es decir, a mayor edad más es la adherencia al alcohol. En el caso de España, teniendo en cuenta que los hábitos se adquieren a edades más tempranas, los compañeros de mayor edad presentan un mayor consumo de tabaco y de alcohol, frente a los grupos de edad más jóvenes, por lo que podemos atribuir este hecho a la aparición en nuestro país de la legislación al respecto en los años 2005 (Ley 28/2005 sobre consumo de tabaco) o de consumo de alcohol del 2011, años en los que los más jóvenes de los entrevistados tenían entre 7 y 10 años.

Respecto a las drogas, nuestros resultados en relación a la edad, hemos observado que a mayor edad, más tardío fue el inicio del consumo de las mismas. Aunque esto puede explicarse, a que el consumo de drogas ilegales, ha aumentado a lo largo de los últimos años,

lo que significa que las generaciones actuales comienzan a probarlas a una edad más temprana, como nos indica un estudio de Castro Sariñana, sobre Epidemiología del uso de drogas en la población estudiantil (34). Ahora bien, esto no provoca que la edad no sea un factor de riesgo para las drogas, es más, al igual que el tabaco y el alcohol, sigue siéndolo para el consumo de drogas como indica la Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES 201/2015) (29), ya que el consumo problemático de cannabis aumenta con la edad, pasando de un 7,9% a los 14 años a un 18,2% a los 18 años.

Un estudio que estudiaba la correlación entre el Tabaco y el alcohol (35) y un estudio llevado a cabo en Madrid con alumnos de la ESO (24), y un estudio de Daeppen (36), destacaron el alto índice existente entre el consumo simultáneo de las sustancias tabaco y alcohol, con una relación directamente proporcional entre la frecuencia de consumo de ambos; demostrando que entre 80% y 95% de las personas alcohólicas fuman, manifestando el grado de dependencia de los fumadores hacia el alcohol. Estos artículos, respaldan lo que nuestros resultados apuntan, es decir, que el hábito tabáquico se relaciona con el hábito alcohólico. Podemos observar que el ser fumador aumenta los días de intoxicación etílica y el número de bebidas; destacando así como una fuerte asociación en función de ser fumador y tomar cinco o más bebidas en un día cualquiera que se bebe. Coincidiendo también con la observación en nuestros resultados, que cuando no se es fumador, más tardía será la edad de inicio de beber.

Según un estudio llevado a cabo en Santander en 2001 (37), se observa una asociación positiva entre el consumo de tabaco y/o alcohol con el consumo de drogas ilegales. En estudios longitudinales o de seguimiento, esta asociación ha sido explicada mediante el denominado fenómeno de puerta de entrada o de escalada (49) (50), que consiste en que el consumo de drogas legales precede o facilita el de drogas ilegales. Esto apoya lo que nuestros resultados apuntan sobre estos hábitos, los cuales se relacionan entre sí. Anteriormente habíamos hablado de la relación de tabaco y alcohol; mientras que estos artículos demuestran la relación entre tabaco, alcohol y drogas; tal y como nosotros observamos en nuestros resultados, con fuertes asociaciones estadísticas, como por ejemplo, que el no ser fumador, lleva a un menor consumo de drogas, así como, que el consumir más tabaco, con mayor consumo. O que a más temprana la edad de inicio de las drogas, más tarde es también la del alcohol; de la misma manera, que cuanto más frecuente es el consumo de alcohol, más usual es el consumo de drogas. Otro dato interesante, que es observado es, que quien más bebidas alcohólicas se consume, más temprana fue la edad de inicio del consumo de drogas.

Aunque el estudio que intenta buscar diferencias de género en el consumo diario de tabaco e intensivo de alcohol en adolescentes latinoamericanos en tres áreas españolas (Andalucía, Madrid y País Vasco) (38), encuentra diferencias significativas entre el tabaco y el género, no consigue encontrar relaciones de asociación entre el género y el alcohol. Pero tanto una investigación entre jóvenes españoles y mexicanos, sobre el alcohol y tabaco (39), como el estudio realizado a estudiantes españoles sobre autoconcepto, género, alcohol y tabaco (51), la Encuesta ESTUDES 2014-2015 (29), y otro artículo midiendo la influencia familiar en hombre y mujeres (40), entre otros; confirman la relación que existe entre el género y el consumo de alcohol. Al igual que lo que se apunta en nuestro estudio, las adolescentes españolas beben con mayor frecuencia, pero en menores cantidades que los adolescentes, teniendo estos últimos más días de intoxicación etílica. Pero sin embargo son los hombres los que presentan hábitos más nocivos, como mayor número de días de intoxicación etílica.

Otra asociación estadística observada en nuestro estudio, ha sido entre las horas del sueño con el género, y las horas de sueño con la edad. Encontramos investigaciones llevadas a cabo entre población universitaria, tanto estudiantes y profesores (41); otro a niños y adolescentes cuyos padres solicitan tratamiento psicológico en un Centro Comunitario de Salud (42); y estudios realizados por Regal (43), Knutson (44) y Partinent (45), sobre el sueño y su diferencia por género, que coinciden con lo observado en nuestros resultados acerca de que en general las mujeres duermen un total de menos horas que los hombres. Todos estos artículos reafirman que existen diferencias del patrón de sueño entre géneros, siendo las mujeres las que presentan una mejor calidad de sueño, aunque después son las que más quejas verbalizan sobre insomnio y somnolencia diurna, alrededor de un 10% más, en comparación al género masculino. La explicación, es la mayor existencia de factores de riesgo en la mujer; entre ellos: depresión, ansiedad, estrés, sobrepeso, cambios hormonales, depresión consumo de alcohol y tabaco. Sin embargo, en nuestro proyecto, no se ha encontrado una diferencia significativa entre el consumo de alcohol-tabaco y el sueño, a lo que factores de riesgo se refiere. Aunque Lagarde (46), apoyada por otros autores como Rakowski o Birgin, explica, que debido a las dobles jornadas de trabajo, el tiempo de descanso se hace menor. A esta doble jornada de trabajo se refiere al trabajo productivo y reproductivo, y para poder cumplir con ellos, reduce sus horas de sueño, de descanso, de otras actividades, lo que genera un sobre trabajo y un doble desgaste de su fuerza de trabajo y de su energía vital.

Para concluir nuestros resultados, acabaremos diciendo que en nuestro estudio PIISA (28), se observan las mismas asociaciones entre los hábitos de vida, como tabaco-alcohol-drogas; ejercicio físico y horas de sueño; así como género con alcohol y percepción de la salud.

6. CONCLUSIÓN

Podemos decir que hemos llevado a cabo los objetivos específicos, ya que hemos analizado los estilos de vida, en relación a los hábitos saludables, de los alumnos de Grado de Enfermería. También hemos establecido las relaciones entre los hábitos saludables y variables sociodemográficas, como edad y género, con los estudiantes de Grado de Enfermería. Por último objetivo específico, hemos establecido las diferencias y similitudes entre los estilos de vida y los hábitos saludables de los Estudiantes de Grado de Enfermería de la Universidad de Jaén y los estudiantes de la Universidad de Pardubice, esta última, de República Checa.

Gracias a estos objetivos específicos, junto con nuestro objetivo principal de esta investigación, el cual era analizar los hábitos saludables de los alumnos de Grado de Enfermería, para así establecer una comparación de estos hábitos entre los alumnos de las Universidades de Jaén y de Pardubice, podemos considerar que nuestros resultados apuntan que los estilos de vida se forjan durante la adolescencia, y una vez que se encuentran en la universidad, esos hábitos no son tan fáciles de cambiar, es decir, se modifican escasamente.

Así mismo que los estilos de vida se adquieren todos durante un mismo periodo de tiempo, por lo que entre los distintos componentes de estilo de vida, existen relaciones de asociación, con una diferencia estadística significativas; ya que se ha observado, junto con el apoyo de muchos artículos e investigaciones, que existe una relación clara y directamente proporcional entre diferentes hábitos de vida, lo que genera un grado de dependencia recíproca y ejerce efectos devastadores en la salud. También nuestros resultados apuntan que el marco jurídico y social de cada país, tiene una influencia importante en los hábitos saludables de los jóvenes que se desarrollan en el mismo, donde hemos podido observar, que el país donde las leyes son más restrictivos con el uso de sustancias, se produce una reducción de consumo de las mismas, produciéndose una imposición y limitación para el libre consumo entre su población. Observamos cómo hay una influencia del marco social y jurídico en la adquisición de hábitos saludables, y podemos interpretar que en este sentido la legislación española al respecto, nos ha favorecido, en comparación a la ausencia de leyes restrictivas en la Republica Checa.

Esto nos lleva a concluir que la salud tiene que ver, sobre todo, con nuestros estilos de vida junto con los hábitos saludables, es decir, nuestros comportamientos y forma de actuar, y que una vez adquiridos, deben ser conocidos y analizados, para poder modificarlos con el aprendizaje y la práctica repetida, potenciando aquellas conductas que mejoran nuestra salud y calidad de vida.

Estos conceptos son un escenario que ha sido abordado y estudiado desde múltiples puntos de vista, por la importancia demostrada, y el efecto que producen sobre la salud. Sin embargo, aunque existe gran variedad de información y de investigaciones, que demuestran que son los estilos de vida los que más influyen en la salud; sigue siendo un tema que no se ha llevado del todo bien a la práctica, ya que aún se sigue invirtiendo más en prevención secundaria y/o terciaria, que en prevención primaria.

Por lo tanto, esto nos llega a concluir, que en la prevención de modificación de hábitos saludables, se precisa de medidas que deben iniciarse antes de que los jóvenes adopten estos estilos de vida, es decir, en la edad escolar, antes de los 13 años, con el objetivo de que cuando lleguen a la adolescencia ya estén inmersos en este tema, estableciendo para ello, medidas o campañas preventivas específicas. En otras palabras, la adolescencia e infancia se consideran las etapas ideales de intervención para la promoción de conductas relacionadas con la salud y la prevención de conductas de riesgo, ya que los patrones que se establecen en esta época, se mantienen a lo largo de la vida. Es importante atender a esta población, no solo de manera individual, sino también como grupo, debido a la importancia socializadora que presenta el grupo de iguales.

En este contexto, la educación se convierte en una herramienta indispensable en la adquisición de hábitos saludables, enseñando a los niños y jóvenes estrategias que les permitan en el futuro tomar sus propias decisiones, siendo necesario una mayor dedicación e inversión de recursos, tanto materiales, humanos y económicos, por parte de las autoridades y organizaciones responsables de la salud, para poder empezar a actuar directamente sobre los estilos de vida, causantes de muchas enfermedades y de pérdidas de calidad de vida.

También, sería preciso que los profesionales de la salud, que son los que trabajan con la comunidad en estos aspectos, estén bien formados en este ámbito y mantengan una salud proactiva. Para ello es muy importante la formación universitaria, por lo que si vemos que es difícil modificar los hábitos una vez en la universidad, se podría intentar mejorar las

intervenciones realizadas, así como incluir más materia relacionada con los estilos de vida; ya que en un futuro, serán ellos los que estén en contacto con la comunidad, influyendo y siendo en muchas ocasiones un punto de referencia.

Para finalizar en nuestra universidad, contamos con una buena formación, ya que el plan docente contempla asignaturas que forman a los estudiantes sobre estos aspectos, como pueden ser “Bases teóricas y Fundamentos de la Enfermería”, “Intervención Enfermera para promoción de la Salud” y “Enfermería Familiar y Comunitaria I y II”, y las cuales resultan, indudablemente, fundamentales para que se adquieran como una parte importante de su aprendizaje la promoción, prevención y educación para la salud. Desde este punto, insisto en la importancia de incrementar, en el programa universitario, materias y un plan docente en cada asignatura, un apartado sobre estos aspectos preventivos y promotores de la salud, para que los estudiantes al terminar su formación presenten los máximos conocimientos posibles y desarrollar, en su carrera profesional de enfermería, una buena actuación en la comunidad y así mejorar los estilos de vida de la población. Además, para que todo esto sea posible, se necesita también, una mayor investigación, siendo de vital importancia la formación en este ámbito, a los estudiantes para que en un futuro sean ellos, junto con los conocimientos de prevención, promoción y educación para la salud, los que puedan encontrar las intervenciones eficaces para mejorar la situación de este problema que nos encontramos en los países desarrollados, así como promover cambios en nuestro sistema educativo y poder llevar de una manera efectiva la educación desde los primeros años en colegios y escuelas.

7. LIMITACIONES DEL TRABAJO

En la elaboración de esta investigación se han podido encontrar algunas dificultades que han podido obstaculizar y reducir la posibilidad de un estudio más profundo y específico del abordaje de los hábitos saludables en el Grado de Enfermería; los cuales pueden ser:

- ❖ Los participantes han podido dejarse llevar, en algunos casos en sus respuestas por la deseabilidad social.
- ❖ En la realización de este estudio se debe tener en cuenta que la muestra se tomó entre los alumnos que asistieron a clase en un día concreto y, tal vez, es posible que exista alguna reducida relación entre el absentismo y el incremento de algunos factores de riesgo, como el consumo de tabaco, alcohol, drogas, etc. De esta forma se vería infravalorada la prevalencia de dichos factores de riesgo.

8. FUTURAS LINEAS DE INVESTIGACIÓN

Los resultados de este estudio son de gran utilidad para futuras investigaciones, a la hora de comprobar el efecto que tiene la adquisición, con la relación de conductas saludables o nocivas, es decir, la relación recíproca de los hábitos y estilos de vida.

Este proyecto puede servir como precedente, junto a otros estudios, para intervenir experimentalmente en los jóvenes adolescentes, mediante intervenciones educativas que beneficien la mejora de actitudes y comportamientos saludables; así como, permitir al individuo a escoger por estilos de vida en los que su salud salga beneficiosa, prescindiendo de factores de riesgo que supongan un peligro para su desarrollo y calidad de vida.

Aunque se haya comprobado que la modificación es escasa, se debe seguir investigando sobre qué medidas o intervenciones son las más eficaces para el cambio de actitudes de los universitarios, ya que nunca es tarde para intentar mejorar los estilos de vida de la población.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lohman TG GS. Body composition assessment for development of an international growth standard for pre-adolescence and adolescent children. Food Nutr Bull. 2006; S314-25(27).
2. Bermejo Fernández M.Á. Hábitos de vida y adolescencia. Diseño y pitolaje de un cuestionario sobre hábitos de vida en un grupo de adolescentes guipuzcanos (13-17 años). Zainak BIBLID. 2011; 1137-439 (75-105)..
3. San Martín H. Salud y Enfermedad. La Prensa Médica Mexicana. 1981; 4 (7-13)..
4. Cabrera A. G, Tascón G. J, Lucumi C. D. Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. Factoria Nacional Salud Pública. 2001; 91-101(19)..
5. Godoy, J.F. (1999). Psicología de la salud: Delimitación conceptual. En M.A. Simón (ed.), Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones (pp. 39-76). Madrid: Biblioteca Nueva..
6. Ryff, C.; Singer, B. (2002). From social structure to biology. En C. Snyder y A. López (Eds.), Handbook of positive psychology (pp. 63-73). Londres: Oxford University Press..
7. Organización mundial de la salud (OMS) (2014). Documentos Básicos.- 48ª ed. Ginebra (Suiza): Ediciones de la OMS. [Consultado el 08 Febrero 2016].Disponible en:

<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf,..>

8. Salleras L. Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones Madrid: Díaz de Santos; 1985..
9. Seligman, M. E.; Ernst, R.M.; Gillham, J.; Reivich, K.; Linkins, M. (2009). Positive education: Positive psychology and classroom interventions. *Oxford Review of Education*, 35 (3), 293–311...
10. Ryff, C.D.; Singer, B.H.; Love, G.D. (2004). Positive health: Connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B*, 359,1383-1394...
11. Lazzarinni, B. Salud y calidad de vida. Càtedra UNESCO de Sostenibilitat. Universitat Politècnica de Catalunya. 2005..
12. San Martín, H.; Pastor, V. Salud Comunitaria. Teoría y Práctica. Madrid: Díaz de Santos, 1988.
13. San Martín, H.; Pastor, V. Salud Comunitaria. Teoría y Práctica. Madrid: Díaz de Santos, 1988..
14. Arenas Díaz CA. Sostenibilidad del sistema sanitario en España. SEDISA. S.XXI. 2012; X(5)..
15. San Martín J.E. Psicosociología del ocio y el turismo. *Psicothema*. 1997; 9(3)..
16. Alegre F.J. Por qué los hábitos saludables. DHI Desarrollo Humano integral. Guadalajara, Jalisco México. 2013. Artículo basado en: “La salud mental y sus cuidados” (Cabanyes, J.; Monje, M.)..
17. Díez, H. (2012).Guía para la promoción de hábitos saludables y prevención de la obesidad infantil dirigida a las familias. Ed: CEAPA. Madrid. Pág. 10..
18. Ilona Kickbusch P. US National Library of Medicine National Institutes of Health. The Contribution of the World Health Organization to a New Public Health and Health Promotion. [Online] 2003 [Consultado 2016 Abril 10]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm..>
19. Marqués Molías F, Cabezas Peña C, Camaralles Guillem F, CGR, Gómez Puente J, Muñoz Seco E. Recomendaciones estilos de vida. Programa Actividades Preventivas y Promoción de la salud. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia; [Online] 2009 [Consultado 2012 Marzo 9]. Disponible en: http://www.papps.es/upload/file/Grupo_Expertos_PAPPS_2_2.pdf.



20. Hernández MA, García HL. Factores de riesgo y protectores de enfermedades cardiovasculares en población estudiantil universitaria. *Revista de la Facultad de Medicina*. 2007; 30(2)..
21. Nieto J, Abad M, Esteban M, Tejerina M. *Psicología para Ciencias de la Salud*. Estudio del comportamiento humano ante la enfermedad. Madrid: Mc Graw Hill; 2004: 199-201..
22. Gardner, S.; Green, P.; Marcus, C.; (Eds.). (1994). *Signs of effectiveness II: Preventing alcohol, tobacco, and other drug use: A risk factor/resiliency-based approach*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services..
23. Organización Mundial de la Salud. *Community health worker: pillars for health for all*. Report of the Interregional conference. Yaounde, Cameroon; 1986. Report No.: SHS/HMD/84.1..
24. Martínez, M.I.; Hernández, M.D; Ojeda, M.; Mena, R.; Alegre A.; Alfonso, J.L. Desarrollo de un programa de educación nutricional y valoración del cambio de hábitos alimentarios saludables en estudiantes de ESO. *Nutr. Hosp*. 2009 Julio-Agosto; (4)..
25. Lima Serrano M, Neves de Jesús S, Lima Rodriguez JS. Actitudes de adolescentes hacia la salud: evaluación de un programa escolar de promoción de la salud en Sevilla, España. *Salud Colectiva*. 2012 Ener-abril; VIII(8)..
26. Ivette Macias M. A.; Gordillo L.G; Camacho E.J. Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. *Revista Chilena Nutrición*. 2012 Septiembre; XXXIX(3)..
27. De Vincezi A, Tudesco F. La educación como proceso de mejoramiento de la calidad de vida de los individuos y de la comunidad. *Rev Iberoamer Educ* 2007; 49: 1-12...
28. Calero García, M.J, Campos Calero, A; Carretero Bergillos, P; A, Campos; Viedma Talavera, D.. ¿Los hábitos saludables son aburridos? Programa de análisis e intervención para promover hábitos saludables en el instituto. Investigación. , Departamneto de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Jaén..
29. Encuesta sobre uso de Drogas en enseñanzas secundarias en España. Plan Nacional de Drogas. Madrid: Delegación del Gobierno, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016..
30. Barrios Duarte R, Borges Mojaiber R, Cardoso Pérez LC. Beneficios percibidos por adultos mayores incorporados al ejercicio. 2003. Ciudad de La Habana mar.-abr. *Revista Cubana de Medicina General Integral* versión On-line ISSN 1561-3038. XIX(2)..

31. De Gracia, M., Marcó, M., y Trujado, P. (2007). Factores asociados a la conducta alimentaria en preadolescentes. *Psicothema*, 19, 646-653..
32. Herrera-Vázquez M, Wagner FA, Velasco- Mondragón E, Borges G, Lazcano-Ponce E. Inicio en el consumo de alcohol y tabaco y transición a otras drogas en estudiantes de Morelos, México. *Salud Publica Mex.* 2004;46: 132-40..
33. Ruiz F, De la Cruz E, Ruiz-Risueño J, García M. Youth smoking patterns and leisure-time physical activity. *Retos.* 2008;14:75-9..
34. Castro Sariñana M.E.; Rojas G. E.; García Z. G.; De la Serna J. J.; Epidemiología del uso de drogas en la población estudiantil. Tendencias en los últimos 10 años. epositoria Internacional de Documentos de Psiquiatría y Salud Mental. 2013; 9(4)..
35. National Institute of Health. Alcohol Alert. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. [Online] 1998. [Consultado 2016 Marzo 13] Disponible en: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa39.htm>..
36. Daeppen J.B.; Smith T.L.; Danko G.P.; Gordon L.; Landi N.A.; Nurnberger J.I. Clinical correlates of cigarette smoking and nicotine dependence in alcohol-dependent men and women. The Collaborative Study Group on the Genetics of Alcoholism. *Alcohol.* 2000..
37. Paniagua Repetto H, García Calatayud G, Castellano Barcac R, Sarrallé Serranod C, Redondo Figueroe C. Consumo de tabaco, alcohol y drogas no legales entre adolescentes y relación con los hábitos de vida y el entorno. *Anales de Pediatría.* 2011; 121-128(55)..
38. Meneses C, Markez I, Romo N, Uroz J, Rua A, Laespada T. Diferencias de género en el consumo diario de tabaco e intensivo de alcohol en adolescentes latinoamericanos en tres áreas españolas (Andalucía, Madrid y País Vasco). *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatria.* 2013 Julio-Septiembre; 33(119)..
39. Ruiz-Risueño Abad, J.; Ruiz-Juan, F.; Zamarripa Rivera, J.I. Alcohol y tabaco en adolescentes españoles y mexicanos y su relación con la actividad físico-deportiva y la familia. *Rev Panam Salud Publica.* 2012; 31(3):211-20..
40. Natera-Rey, G.; Borges, G.; Medina-Mora Icaza, M.E.; Solís-Rojas, L.; Tiburcio-Sainz, M. La influencia de la historia familiar de consumo de alcohol en hombres y mujeres. *Salud Pública Mexicana.* 2001 Enero-Febrero; XXXIXIII(1)..
41. Gutiérrez M, López CI, Solis ME, C. U, Zamora E. Relacion existente entre las principales condicionantes de genero y el quehacer de la mujer universitaria. investigación. Universidad de San Carlos de Guatemala, Dirección general de

investigación; 1996..

42. Aláez Fernández, M.; Martínez-Arias, R.; Rodríguez-Sutil, C. Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*. Ayuntamiento y Universidad Complutense de Madrid. 2000; XII(4)..
43. Regal, A.R. Sueño y mujer. *Revista Neurológica*. 2009; VII(49)..
44. Knutson, K.L. The association between pubertal status and sleep duration and quality among a nationally representative sample of US adolescents. *Am J Hum Biol* 2005; 17: 418-24..
45. Partinen, M.; Hublin, C. Epidemiology of sleep disorders. En Kruger M, ed. *Principles and practice of sleep medicine*. Philadelphia: W.B. Saunders; 2005. p. 626-47..
46. Lagarde M. "Los cautiverios en las mujeres: madres, esposas, monjas, putas, presas y locas". 2nd ed. México UNAd, editor. México: Edición Colección Posgrado y la Facultad de Filosofía y Letras ; 1993..
47. Youngstedt S. The exercise-sleep mystery. *Int. J Sport Psychol* 2000;30:241-5..
48. Gómez Figueroa, J.A.; Salazar, M.C.; Quintana Rivera, A.; Aragón Villalba, R. Efectos de un programa de actividad física aeróbica en la autoestima en adolescentes con sobrepeso u obesidad I. *Revista Digital Buenos Aires*. 2011;(161)..
49. Kandel, D. B, Yamaguchi, K.; Chen, K. Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood: further evidence for the gateway theory. *J Stud Alcohol* 1992; 53: 447-457..
50. Torabi, M.R.; Bailey, W.J.; Majd-Jabbari, M. Cigarette smoking as a predictor of alcohol and other drug use by children and adolescents: evidence of the "gateway drug effect". *J Sch Health* 1993; 63: 302-306..
51. Moreno J.A.; Moreno, R.; CE. Relación del autoconcepto físico con las conductas de consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *Adicciones*. 2009; XXI(2)..
52. Urquieta J.E.; Hernández-Ávila M.; Hernández, B. El consumo de tabaco y alcohol en jóvenes de zonas urbanas marginadas de México. Un análisis de decisiones relacionadas. *Salud Publica Mex*. 2006;48(1):30-40..
53. Rodríguez, J.; De Abajo, S.; Márquez, S. Relación entre actividad física y consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias perjudiciales para la salud en alumnos de ESO del municipio de Avilés. *Motricidad*. 2004;12:46-69..

54. Jefatura del Estado. Cortes Generales. BOE núm. 309. Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco..
55. Jefatura del Estado. Cortes Generales. BOE N° 318. Ley 42/2010, de 30 de diciembre, modificando la Ley 28/2005, 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los producto..
56. Noticias Jurídicas. Modificación de la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de venta, suministro, consumo y publicidad. 2010 [Citado 2016 Marzo 2]. Disponible en: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/l42-2010.html.
57. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Alcohol y Jóvenes. Legislación Autonómica. [Citado 2016 Marzo 1]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/alcoholJovenes/legislacion/legislacionAutonomica.htm...>
58. La nueva España. Asturias eleva a 18 años la edad para beber alcohol tras un lustro de debates. [Online] 2014 [Citado 2016 Marzo 1]. Disponibe en: <http://www.lne.es/asturias/2014/02/20/asturias-eleva-18-anos-edad/1545862.html..>
59. Rubio, T. Cadena Ser. Sanidad mantendrá los 18 años como edad mínima para poder consumir alcohol. [Online]. 2014 [Citado 2016 Marzo 1]. Disponible en: http://cadenaser.com/ser/2014/04/02/sociedad/1396404806_850215.html..
60. Principado de Asturias. Boletín Oficial nº66. Ley del Principado de Asturias 4/2015, de 6 de marzo, de atención integral en materia de drogas y bebidas alcohólicas..
61. Comunidad de Galicia. Boletín Oficial nº 25. Ley 11/2010, de 17 de diciembre, de prevención del consumo de bebidas alcohólicas en menores de edad..
62. Junta de Andalucía. Boletín oficial. 19 julio 1997, núm. 83. Ley de Prevención y Asistencia en Drogodependencias de Andalucía..
63. Gobierno de España. BOE nº 38. Resolución 2 de febrero de 2009, de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, por la que publica el Acuerdo de Consejo de Ministros y se aprueba la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016..
64. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Legislación Española sobre Drogas. Volumen I. Normativa de Ámbito Estatal. 15 de Julio de 2015..
65. Ministerio de Sanidad y Consumo. BOE nº 20. Real Decreto 75/1990, de 19 de enero, por el que se regulan los tratamientos con opiáceos de personas dependientes de los mismos..



66. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Sistema Educativo. [Online]; 2016 [Citado 2016 Marzo 9]. Disponible en: <http://www.mecd.gob.es/educacion-mecd/areas-educacion/sistema-educativo.html>..
67. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. BOE» núm. 4. Real Decreto 1630/2006, de 29 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas del segundo ciclo de Educación infantil..
68. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. BOE» núm. 52. Real Decreto 126/2014, de 28 de febrero, por el que se establece el currículo básico de la Educación Primaria..
69. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. BOE» núm. 5. Real Decreto 1631/2006, de 29 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas correspondientes a la Educación Secundaria Obligatoria..
70. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. BOE» núm. 266. Real Decreto 1467/2007, de 2 de noviembre, por el que se establece la estructura del bachillerato y se fijan sus enseñanzas mínimas..
71. Valverde, F. Radio Praga. Gobierno checo aprueba ley para prohibir el tabaco en todos los bares y restaurantes. [Online]; 2015 [Citado 2016 Marzo 5]. Disponible en: <http://www.radio.cz/es/rubrica/notas/gobierno-checo-aprueba-ley-para-prohibir-el-tabaco-en-todos-los-bares-y-restaurantes>..
72. Libre Mercado. República Checa, el último refugio de los fumadores europeos. [Online]; 2013 [Citado 2016 Marzo 5]. Disponible en: <http://www.libremercado.com/2013-08-20/republica-checa-el-ultimo-refugio-de-los-fumadores-europeos-1276497579/>..
73. Sacher, T. VOXEUIROP. La última frontera de los fumadores. [Online]; 2013 [Citado 2016 Marzo 5]. Disponible en: <http://www.voxeurop.eu/es/content/article/4058201-la-ultima-frontera-de-los-fumadores>...
74. Královcová, A. Radio Praga. Nueva ley para reducir el consumo de alcohol. [Online]; 2012 [Citado 2016 Marzo 5]. Disponible en: <http://www.radio.cz/es/rubrica/notas/nueva-ley-para-reducir-el-consumo-de-alcohol-en-chequia>...
75. Dirección General de Tráfico. CEA. Límites de velocidad y tasas de alcoholemia en Europa. [Online]. [Citado 2016 Marzo 5]. Disponible en: <http://www.seguridad-vial.net/conduccion/conducir-en-el-extranjero/113-limites-de-velocidad-y-tasas-de-alcoholemia-en-europa>.
76. World Data on Education”, compilado por el International Bureau of Education y



publicado por la UNESCO, página 59. Julio 1999..

77. Statistical, “Year book, 1999”, editado por la UNESCO, en Estados Unidos, página II-37..
78. OCDE (2012), Reviews of Evaluation and Assessment in Education: Czech Republic. Área Técnica del INEEd..
79. Universidad de Pardubice. Faculty of Health Studies. [Online]. [Citado 2016 Marzo 10]. Disponible en: <https://www.upce.cz/english/fhs/index.html>...
80. Universidad de Jaén. Grado en Enfermería. [Online]. [Citado 2016 Marzo 10]. Disponible en: <https://www10.ujaen.es/conocenos/centros/faccs/docencia/enfermeria..>
81. Bennasar Veny M, Pericas Beltrán J, J. DPG, Aguiló Pons A. Validación del cuestionario ESVISAUN: Una herramienta para la transferencia del conocimiento al sector empresarial, con el fin de adaptar su oferta a estándares de vida saludable. Acciones Especiales de Investigación, Desarrollo Tecnológico e Innovación. Dirección General de Universidades, Investigación y Transferencia del Conocimiento del Govern de les Illes Balears; 2011.



10. ANEXOS

Anexo 1: Tabla del Plan docente del Grado Enfermería en la Universidad de Jaén

ANEXO1: GRADO ENFERMERÍA JAÉN

Universidad de Jaén. Primer Curso			
Primer Cuatrimestre	Cr.	Segundo Cuatrimestre	Cr.
Anatomía Humana	6	Fisiología humana y procesos fisiopatológicos	6
Ciencias psicosociales aplicadas a los cuidados de salud	6	Alimentación, nutrición y dietética	6
Cultura, género y cuidados de salud	6	Sistemas de información y análisis de datos en los cuidados de salud	6
Bioquímica humana y microbiología	6	Intervención enfermera en la promoción de salud	6
Bases teóricas y fundamentos de enfermería	6	Metodología de los cuidados	6
Universidad de Jaén. Segundo Curso			
Primer Cuatrimestre	Cr.	Segundo Cuatrimestre	Cr.
Enfermería Clínica I	6	Cuidados complementarios en enfermería	6
Farmacología clínica y prescripción enfermera	6	Atención básica y avanzada a las emergencias vitales	6
Enfermería familiar y comunitaria I	6	Enfermería de la infancia y de la adolescencia	6
Relaciones humanas y terapéuticas en enfermería	6	Practicum I	12
Enfermería de la salud sexual y reproductiva	6		
Universidad de Jaén. Tercer Curso			
Primer Cuatrimestre	Cr.	Segundo Cuatrimestre	Cr.
Enfermería clínica II	6	Administración sanitaria y gestión de los cuidados	6
Enfermería del envejecimiento	6	Atención de enfermería a personas en estado de necesidad y terminales	6
Enfermería familiar y comunitaria II	6	Enfermería de salud mental	6
Practicum II	12	Practicum III	12
Universidad de Jaén. Cuarto Curso			
Primer Cuatrimestre	Cr.	Segundo Cuatrimestre	Cr.
Optativa	6	Practicum VI	12
Practicum IV	12	Practicum VII	12
Practicum V	12	Trabajo fin de grado	6

Fuente: *Elaboración propia, 2016*



Anexo 2: Tabla del Plan docente del Grado Enfermería en la Universidad de Pardubice

ANEXO2: GRADO ENFERMERÍA PARDUBICE

Universidad de Pardubice. Primer Curso

Primer Cuatrimestre	Cr.	Segundo Cuatrimestre	Cr.
Physiology, patophysiology, clinical nutrition (Annual)			3
General Nursing (Annual)			6
Anatomy (Annual)			3
General developmental and medical psychology (Annual)			2
Communication interactive process in nursing care (Annual)			2
Introduction into Philosophy, Ethics and the Study of the Law (Annual)			3
Optative			4
Sociology	2	Microbiology, epidemiology, immunology and hygiene.	2
Basic of informatic technologies	2	Biochemistry, clinical pharmacology	1
Health and Social politics	2	Surgical Propedeutics	2
Latin terminology	2	Basale Situation	2
Nursing Procedures	3	Pedagogy and education	1
Genetics	3	Propaedeutic of the Internal Medicine	2
Biophysics, radiology	3	Pathology	2
Externship I	2	Individual Externship	1
Nursing Practices			3
Externship II			2

Universidad de Pardubice. Segundo Curso

Primer Cuatrimestre	Cr.	Segundo Cuatrimestre	Cr.
Internal Medicine (Annual)			8
General developmental and medical psychology II (Annual)			4
Nursing in the Department of Anesthesia and Resuscitation (Annual)			4
Surgery (Annual)			5
Nursing in Gynaecology and in Obstetrics (Annual)			4
Nursing in Paediatrics (Annual)			5



Nursing in Orthopaedics. Rehabilitation Nursing				5
Nursing in the primary and home care	4	Introduction to Statics and Research Methods		3
Biochemistry, clinical pharmacology II	4	Individual Externship II		1
Externship III	5	Externship IV		2
Communication interactive process in nursing care II	3	Nursing in Neurology and in Psychiatry		3
Universidad de Pardubice. Tercer Curso				
Primer Cuatrimestre	Cr.	Segundo Cuatrimestre		Cr.
Nursing in Gynaecology and in Obstetrics II (Annual)				5
Nursing in Urology (Annual)				4
Nursing in the Surgical ICU, Fundaments of Instrumentations (Annual)				5
Medical Psychology (Annual)				5
Economic and Management in Health Care Systems (Annual)				3
Nursing in Oncology and Haematology (Annual)				5
Nursing in Neurology and in Psychiatry II	4	Nursing Care in Selected Clinical Subspecialist		3
Internal Medicine II	8	Bachelor Work		5
Nursing in Gerontology and in Infectious Medicine	2	Palliative Care		1
Externship V	5	Externship VI		6

Fuente: *Elaboración propia, 2016*

Anexo 3: Cuestionario utilizado para la investigación (Pág. 1 y 4)

ANEXO 1: CUESTIONARIO HASAPOTASA
(Hábitos Saludables en Potenciales Agentes de Salud)

Número de Registro Fecha

Variabes Antropométricas

Fecha de nacimiento Sexo: V ☐ M ☐
Talla (en cm) cm Peso (en kg) kg

Estado de Salud

En los últimos 12 meses, ¿dirías que tu estado de salud ha sido?
☐ Muy bueno ☐ Bueno ☐ Regular ☐ Malo ☐ Muy malo

Actividad Física en Tiempo Libre (AFTL)

¿Qué importancia tiene la actividad física para la salud? (1: poco importante, 3: neutro, 5: muy importante)
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

¿Cuál es tu forma habitual de desplazamiento a tu centro de estudios?
☐ A pie ☐ En bicicleta ☐ En autobús ☐ Otro vehículo: _____

¿Cuánto tiempo tardas en llegar a tu centro de estudios? (en minutos)
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7

Considerando "actividades físicas intensas" aquellas que implican un elevado esfuerzo físico y que te hacen respirar mucho más intensamente de lo normal...

Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos has realizado actividades físicas intensas tales como hacer ejercicios aeróbicos, correr o ir en bicicleta? (Ten en cuenta solo aquellas actividades físicas que has realizado durante al menos 10 minutos seguidos)
☐ Ninguno ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7

Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total has dedicado a una actividad física intensa en uno de esos días? Indica en las siguientes casillas el número de horas y minutos respectivamente (Por ejemplo 1 hora 30 minutos)
☐ horas ☐ minutos

Considerando "actividades físicas moderadas" aquellas que requieren un esfuerzo físico moderado que te hacen respirar algo más intensamente de lo normal...

Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días has realizado actividades físicas moderadas como ir en bicicleta a velocidad regular o jugar dobles de tenis? (No incluyas caminar y ten en cuenta solo aquellas actividades físicas que has realizado durante al menos 10 minutos seguidos)
☐ Ninguno ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7

Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total has dedicado a una actividad física moderada en uno de esos días? Indica en las siguientes casillas el número de horas y minutos respectivamente (Por ejemplo 1 hora 30 minutos)
☐ horas ☐ minutos

Anexo 3: Cuestionario utilizado para la investigación (Pág. 2 y 3)

Piensa en el tiempo que has dedicado a caminar en los últimos 7 días. Esto incluye caminar en el trabajo o en casa, para trasladarte de un lugar a otro, o cualquier otra caminata que podrías hacer solamente en tiempo libre, el deporte, el ejercicio o el ocio.

Durante los últimos 7 días, ¿En cuántos días has caminado por lo menos 10 minutos seguidos?

☐ Ninguno ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7

Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total has dedicado a caminar en uno de esos días? Indica en las siguientes casillas el número de horas y minutos respectivamente (por ejemplo 1 hora 30 minutos)

☐ horas ☐ minutos

Durante los últimos 7 días ¿cuánto tiempo has pasado sentado durante un día laborable? (Indica en las siguientes casillas el número de horas y minutos respectivamente. Por ejemplo 1 hora 30 minutos. Ten en cuenta el tiempo en el trabajo, en casa, en clase, y durante el tiempo libre).

En general, un día laborable: ☐ horas ☐ min./día

En concreto:

Viendo la televisión	Durante la semana (L-V)	Durante el fin de sem. (V-D)
☐ horas ☐ min./día	☐ horas ☐ min./día	☐ horas ☐ min./día
Frente al ordenador	☐ horas ☐ min./día	☐ horas ☐ min./día

Si practicas APTL, ¿Cuál es el motivo de mayor peso por el que lo practicas?

☐ Me gusta ☐ Sentirme mejor ☐ Sentirme en forma ☐ Perder peso ☐ Conocer gente nueva ☐ Otros

Si no practicas APTL, ¿Cuál es el motivo de mayor peso por el que no lo practicas?

☐ No me gusta ☐ Falta de tiempo ☐ Falta de lugar ☐ Motivos económicos ☐ No me apetece ☐ Otros

Descanso Nocturno

¿Podrías indicar cuantas horas duermes (sueño nocturno) al día?

Durante la semana (L-V) ☐ horas ☐ min./día

Durante el fin de semana (V-D) ☐ horas ☐ min./día

Hábito Tabáquico

¿Podrías decir si actualmente fumas?

☐ Si, diariamente ☐ Si, pero no diariamente ☐ Exfumador ☐ Nunca he fumado

Si la respuesta es "Exfumador":

¿Has fumado más de 100 cigarrillos en tu vida? ☐ Si ☐ No

¿Qué edad tenías cuando comenzaste a fumar? (En años) ☐ años

¿Cuántos días al mes fumabas cuando te planteaste dejarlo?

☐ 0 días ☐ 1-2 días ☐ 3-5 días ☐ 6-9 días ☐ 10-19 días ☐ 20-29 días ☐ 30 días

¿Cuánto tabaco fumabas, como media, cada día que fumabas? (Cigarrillos o cigarrillos liados a mano)

☐ cigarrillos o cigarrillos liados a mano

Si la respuesta es "Si, fumo":

¿Has fumado más de 100 cigarrillos en tu vida? ☐ Si ☐ No

¿Qué edad tenías cuando comenzaste a fumar? (En años) ☐ años

¿Cuánto tiempo hace que empezaste a fumar diariamente? (Exprésalo en años o meses, como te sea más cómodo)

☐ años ☐ meses

¿Por qué empezaste a fumar? (Elige el motivo principal)

☐ Fumaban casi ☐ Fumaba mi ☐ Me sentía ☐ Para sentirme ☐ Me gustaba ☐ Otros:

2

Durante los últimos 30 días, ¿Cuántos días has fumado cigarrillos?

☐ 0 días ☐ 1-2 días ☐ 3-5 días ☐ 6-9 días ☐ 10-19 días ☐ 20-29 días ☐ 30 días

Durante los últimos 30 días, ¿Cuánto tabaco fumaste, como media, cada día laborable que has fumado? (Cigarrillos o cigarrillos liados a mano)

☐ cigarrillos o cigarrillos liados a mano

Durante los últimos 30 días, ¿Cuánto tabaco fumaste, como media, cada día del fin de semana que has fumado? (Cigarrillos o cigarrillos liados a mano)

☐ cigarrillos o cigarrillos liados a mano

Consumo de Alcohol

¿Has tomado, alguna vez, aunque fuera sólo una vez, cualquier clase de bebida alcohólica?

☐ Si, alguna vez he tomado una bebida alcohólica ☐ Nunca he bebido una bebida alcohólica

¿Qué edad tenías la primera vez que tomaste cualquier clase de bebida alcohólica? (No incluyas sorbos de la bebida de otra persona. Si no puedes recordar la edad exacta puedes poner una edad aproximada en Años)

☐ años

Ahora piensa en los últimos 12 meses ¿Cuántos días has tomado una o más bebidas alcohólicas?

☐ días

Durante los últimos 12 meses ¿Cuántos días te has emborrachado?

☐ días

Centrándote en los últimos 30 días, ¿cuántos días has tomado una o más bebidas alcohólicas?

☐ días

Durante los últimos 30 días, en los días que has tomado alcohol, ¿cuántas bebidas te tomabas de costumbre? (Cuenta como una bebida: una lata o botella de cerveza, o un vaso de vino, champán, jenever o una copa de licor o un combinado)

☐ bebidas

Durante los últimos 30 días, ¿Cuántos días has tomado en la misma ocasión 5 o más bebidas alcohólicas? (Se entiende por "ocasión" cuando se toman varias bebidas seguidas o en el plazo de un par de horas. No excluyas las bebidas tomadas durante las comidas). Número de días: ☐ días

¿Con qué frecuencia consumes bebidas alcohólicas?

☐ Nunca ☐ 1 o menos /mes ☐ 2-4 veces /mes ☐ 2-3 veces /semana ☐ 4 o más veces /semana

¿Cuántas bebidas alcohólicas consumes normalmente cuando bebes?

☐ 1 o 2 ☐ 3 o 4 ☐ 5 o 6 ☐ 7 a 9 ☐ 10 o más

¿Qué tipo de bebida sueles consumir?

Durante la semana ☐ Cerveza - Vino ☐ Combinados

Fin de semana (V-D) ☐ Cerveza - Vino ☐ Combinados

Uso de sustancias

¿Has consumido, aunque sólo fuera una vez en tu vida alguna de las siguientes drogas? (Señala cuales)

☐ Cannabis- Mariguana	☐ Cocaína en polvo	☐ GHB o éxtasis líquido	☐ Alucinógenos volátiles
☐ Cocaína en tabletas	☐ Éxtasis o Speed o	☐ Heroína	☐ Tranquilizantes,

3

Anexo 4: Confirmación por la Universidad de Pardubice de la investigación



Univerzita
Pardubice
Fakulta
zdravotnických studií

Confirmation

We confirm that student **David Viedma Talavera** has worked at his research.
He distributed his questionnaires to students of Faculty of Health studies, University of Pardubice.
All responses were received correctly.

Pardubice, 25. January 2016

Mgr. Lucie Chrudimská, DiS.



Deputy Head of Nursing department



Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
532 10 Pardubice, Průmyslová 395

Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.



Vice-dean Faculty of Health studies