

UNIVERSIDAD DE SONORA

**DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DEL DEPORTE Y DE LA ACTIVIDAD FÍSICA**

**“Determinantes Sociales de la Salud que afectan los estilos de vida de los
estudiantes de la Universidad de Sonora: URC”**



Hermosillo, Sonora

Diciembre 2017

Repositorio Institucional UNISON



**"El saber de mis hijos
hará mi grandeza"**



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

VOTOS APROBATORIOS (segunda página)

AGRADECIMIENTOS

Primero que nada, quiero dar las gracias a Dios por guiarnos en este bonito y largo trayecto universitario, por el aprendizaje y las experiencias adquiridas; así mismo por poner en nuestro camino a personas que en todo momento nos apoyaron.

A nuestros padres que siempre tuvieron las palabras justas para que pudiéramos continuar y así llegar a este momento y por inculcarnos el camino a seguir.

Nuestra familia, amigos y los que ya no se encuentran con nosotros pero que fueron un ejemplo y estuvieron para escucharnos e incluso en situaciones más difíciles impulsarnos a hacer nuevas cosas, nuevos proyectos y terminar con nuestras metas al iniciar esta linda aventura.

Sin embargo, sin el apoyo incondicional de nuestro director de tesis el MAPE Carlos Ernesto Ogarrio Perkins y sobre todo de nuestra admirable asesora de tesis la Dra. María Elena Chávez Valenzuela esto no hubiera sido posible.

Esta experiencia la guardamos en nuestros corazones como impulso para desarrollar nuevas habilidades con las bases que fuimos adquiriendo en la Licenciatura en Cultura Física y Deporte.

DEDICATORIA

Este proyecto va dedicado como agradecimiento a nuestros padres Rubén Valdez Lerma y Margarita Bray Duran, sin dejar atrás a nuestros hermanos, amigos, familia, pareja y compañeros que estuvieron a mi lado en esta linda trayectoria.

INDICE DE TABLAS

TABLA 1. Porcentaje de población por división, semestre y sexo	22
TABLA 2. Variables de la investigación e instrumentos para su medición	25
TABLA 3. Descripción de las variables dependientes del estudio.....	26
TABLA 4. Resultados de la validación de expertos a las variables dependientes	30
TABLA 5. Resultados de la validación de expertos a las variables independientes	31
TABLA 6. Percepción del estado de Salud, según sexo y estructura familiar	34
TABLA 7. Percepción del estado de Salud	35
TABLA 8. Apoyo que le brinda a su familia para sus proyectos personales, según sexo y estructura familiar	36
TABLA 9. Apoyo que le brinda a su familia para sus proyectos personales, según divisiones/títulos	37
TABLA 10. Relación que mantiene con los amigos según sexo y estructura familiar	38
TABLA 11. Relación que mantiene con los amigos según divisiones/títulos.	38
TABLA 12. Relación que mantiene en su contexto socio-académico, según sexo y estructura familiar.	40
TABLA 13. ¿Habitualmente fumas (tabaco)?, según divisiones/títulos.....	42
TABLA 14. ¿Qué tipo de bebidas sueles ingerir?	44

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO 1. Distribución según división académica	22
GRAFICO 2. Percepción del estado de Salud.....	33
GRAFICO 3. Apoyo que le brinda a su familia para sus proyectos personales.....	35
GRAFICO 4. Relación que mantiene con los amigos	37
GRAFICO 5. Relación que mantiene en su contexto socio-académico	39
GRAFICO 6. ¿Habitualmente fumas (tabaco)?.....	41
GRAFICO 7.¿Cuántos cigarrillos fumas al día?	42
GRAFICO 8. Tipo de bebida que suelen ingerir	43
GRAFICO 9. Tipo de sustancias toxicológicas que consumen los universitarios	45
GRAFICO 10. ¿Considera que su dieta es equilibrada?	46
GRAFICO 11. Consumo de bollerías	46
GRAFICO 12. Consumo de bebidas gaseosas y refrescos.....	47
GRAFICO 13. Consumo de embutidos	47
GRAFICO 14. Consumo de frutos secos	48
GRAFICO 15. Consumo de legumbres	48
GRAFICO 16. Consumo de huevos.....	49
GRAFICO 17. Consumo de carne de pollo u otras carnes magras	49
GRAFICO 18. Consumo de carne, pescados o mariscos.....	50
GRAFICO 19. Tipo de grasas con que suelen cocinar	50
GRAFICO 20. Consumo de leche y/o sus derivados.....	51
GRAFICO 21. Consumo de hortalizas o verduras	51
GRAFICO 22. Frecuencia de consumo de frutas	52
GRAFICO 23. Frecuencia de consumo de cereales o tubérculos.....	52
GRAFICO 24. Intensidad de la actividad física	53

INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. Relación entre enfermedad-pobreza-calidad de vida.....	12
FIGURA 2. Determinantes sociales de la Salud.....	14
FIGURA 3. Determinantes sociales de la Salud.....	14
FIGURA 4. Factores que intervienen en los estilos de vida	20

Índice general

INTRODUCCIÓN	IX
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1. Contexto	1
1.2. Objetivos.....	6
1.3. Definición del problema	6
1.4. Justificación	7
II. MARCO TEÓRICO	8
2.1. Concepto de salud	8
2.2. Determinantes sociales de la salud.....	13
2.3. Calidad de vida	16
2.4. Conceptos de Estilos de vida	17
III. METODOLOGÍA.....	21
3.1. Diseño de la Investigación.....	21
3.1.1. Población	21
3.1.2. Diseño y selección de la muestra	23
3.1.3. Instrumentos.....	24
3.2. Variables	25
3.3. Analisis estadistico de los datos.....	32

IV. RESULTADOS	33
4.1. Analisis descriptivo de los resultados	33
V. CONCLUSIONES	54
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	55

INTRODUCCIÓN

En todo el mundo, las sociedades urbanas han incorporado estilos de vida sedentarios en extremo, caracterizados por un consumo de alimentos abundantes en lípidos y azúcares, pero escasos en fibras y micronutrientes. La población urbana latinoamericana no es ajena a este fenómeno, ya que también ha cambiado su condición mayoritaria de poco peso y estatura baja, hacia un escenario de obesidad creciente acompañada de enfermedades crónicas como las cardiovasculares, diabetes y cáncer. (Barría et al. 2006).

Estas enfermedades son una consecuencia inevitable de la vida moderna propia del siglo XXI. No obstante, los cambios necesarios en el consumo de tabaco, la actividad física y la alimentación no siempre son fáciles de lograr y es preciso brindar apoyo e incentivos mediante inversiones en educación, cambios en las políticas de alimentación o incluso modificaciones de la infraestructura urbana.

El estado de Sonora, al que corresponde los estudios de este trabajo, diremos que geográficamente está ubicado en la frontera noroeste de México, colinda con Estados Unidos de Norteamérica, con quien comparte el desierto de Sonora-Arizona. Por ese motivo, tanto los sonorenses como los norteamericanos de esta región compartimos mutuamente la influencia en hábitos alimenticios y culturales y con relación al sobrepeso y la obesidad, los datos tienden a ser muy semejantes, que han hecho modificar hasta los estilos de vida.

El presente trabajo tiene como objetivo general: Describir los Determinantes Sociales que afectan en forma positiva o negativa la salud del universitario de la Unidad Regional Centro (URC) de la Universidad de Sonora.

El ser humano es un ente bio psico social, que se mueve, que piensa, tiene emociones, que socializa e interactúa con su alrededor. El mantener un equilibrio no es cuestión de mantenerse alejada de malas influencias, es cuestión de actitud y de identidad personal.

Nuestro trabajo está organizado en Cinco capítulos, en el Capítulo I, expresamos nuestro planteamiento del problema el cual lo situamos al interior de la Unidad Regional Centro (URC),

de la Universidad de Sonora, su contexto, los objetivos que nos planteamos, la definición del problema y terminamos justificando él porque es factible y viable nuestra investigación.

En el Capítulo II, ingresamos al marco teórico con los conceptos de salud, desde diferentes perspectivas hasta hoy en la actualidad, así seguimos con los determinantes sociales, los cuales desde el punto de vista de la Comisión de Determinantes Sociales por la OMS, son aquellos elementos que, por su parte, actúan sobre la salud (para bien o para mal) y que, por la otra, están determinados por la forma en que se distribuye el dinero y el poder en el mundo, estas formas generan determinantes sociales de la salud. Otro aspecto incluido son los conceptos de calidad de vida, estilos de vida y terminamos con los estilos de vida de los universitarios.

En el Capítulo III nos adentramos al aspecto de la metodología, en que consiste el diseño de la presente investigación, población de estudio, la selección de la muestra, los instrumentos y terminamos con las variables de estudio.

El Capítulo IV, se refiere a los Resultados obtenidos en este estudio de forma descriptiva, los cuales interpretamos de una manera sencilla para su completa comprensión.

En el Capítulo V del estudio se encuentran las Conclusiones del estudio y terminando con las referencias bibliográficas y anexos donde se encuentran los instrumentos utilizados. Los resultados obtenidos deben beneficiar una nueva perspectiva al interior de la universidad, es una realidad que tiene ya sus consecuencias, económicas, sociales y culturales, “promover soluciones es promover responsabilidades compartidas”.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Contexto

La presente investigación se realizó en la comunidad estudiantil de la Universidad de Sonora, institución de educación superior ubicada en el estado de Sonora, México.

La Universidad de Sonora cuenta con tres Unidades Académicas distribuidas en el territorio sonorense: Unidad Norte integrada por los campus Nogales, Caborca y Santa Ana; Unidad Centro, campus Hermosillo y Cajeme; y la Unidad Sur por el campus Navojoa.

Como antecedentes para esta investigación se tomó la información arrojada por varios estudios que exponen los Determinantes Sociales que intervienen en la salud, entre ellos los estilos de vida de los universitarios, patrones alimentarios, actividad física, relaciones sociales, hábitos toxicológicos, y sueño.

Los resultados a los que hacemos referencia a continuación fueron obtenidos a través de varios estudios aplicados en la comunidad estudiantil de la Universidad de Sonora. En primer lugar, citaremos la encuesta realizada por la Dirección de Servicios Estudiantiles el año 2010 dirigida a estudiantes de primer ingreso de las cohortes generacionales del 2010 al 2012, consistentes en 12 preguntas distribuidas en cuatro rubros: datos generales, datos personales, datos académicos y datos de tipo profesional.

La información resultante mostró que, en esta nueva etapa de desarrollo, los jóvenes entre 18 y 21 años se encuentran comprometidos con nuevos roles sociales, familiares, emocionales y de salud. Del total de alumnos encuestados, el 97% eran solteros y el 89% todavía recibía el sostén de sus padres. Respecto a la alimentación, se encontró que aproximadamente 50% consumía los tres alimentos diarios acostumbrados en México; en cambio, el 82% desayunaba de cinco a siete días a la semana; un 91% llegaba a comer los siete días a la semana y un 81% cenaba entre cinco a siete días a la semana. En cuanto a la actividad física, más del 90% dijo realizar algún tipo de ejercicio, entre cuatro y siete días a la semana, aunque no especificó cuánto tiempo ni dónde lo realizaba. En general este estudio llegó a describir a un estudiante de primer

ingreso sano, con buenos hábitos alimenticios, calidad de vida saludable y con una aceptación de su imagen corporal, ideal.

Sin embargo, a diferencia de los alumnos de primer ingreso, quienes “se encuentran todavía en la construcción de la identidad” (Erikson, 1968, citado por Valenzuela 2011) podemos observar que a medida que el estudiante empieza a sentirse independiente, adulto y tomar sus propias decisiones, experimenta cambios en sus hábitos de salud y estilos de vida.

El segundo estudio al que hacemos referencia lo realizó el Módulo de Orientación Nutricional como parte del programa de salud estudiantil. Este módulo está adscrito a la Dirección de Servicios Estudiantiles de la Universidad de Sonora. Su informe abarca la misma cohorte generacional del año 2010 al 2012 y señala los motivos por los cuales los alumnos asistieron a este módulo, así como todos aquellos factores que se evaluaron con el fin de obtener antecedentes del contexto de los diferentes programas que brinda la institución a los universitarios.

En esta primera aproximación a las condiciones de nutrición y salud de los estudiantes, se conoció que al menos un 36% presentaban un riesgo aumentado para desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Los datos sobre conductas alimenticias indicaron consumo de alimento alto en colesterol (348.3 ± 274.4) y grasas (90.4 ± 36.1). Con relación a la práctica de actividades físicas, la mayoría de los estudiantes señalaron que no las realizaban. Algunos afirmaron que asistían a un gimnasio, pero sin regularidad.

Con relación a los objetivos perseguidos por quienes participaron en este programa, podemos decir que son diversos: bajar de peso, mejorar su nutrición, seleccionar mejor los alimentos, mejorar su aspecto físico. Por último, se hace referencia a las diversas formas en las que fueron contactados los participantes en este programa. El sector mayoritario afirmó haber participado porque fueron invitados por un amigo o por sugerencia de su novio(a), mientras que el resto recibió invitación de parte de maestros o por otro medio.

Además, se encontró información nutricional de los estudiantes universitarios, pero no necesariamente sobre el entorno y las prácticas alimentarias específicas. Por ello consideramos indispensable analizar el estilo de vida relacionado con la nutrición desde una perspectiva integral.

Otra investigación realizada por López (2008) indaga sobre los conocimientos, actitudes, conductas y recursos que condicionan el estado de nutrición y salud de los estudiantes de la Universidad de Sonora. El 83% de los estudiantes que integraron la muestra de este estudio tenían entre 20 y 23 años de edad, de los cuales el 53% fueron mujeres; así mismo, el 70% residía en la ciudad de Hermosillo. Con relación al Índice de Masa Corporal (IMC), el 23% fueron estudiantes obesos. Al observar estos datos por sexo se apreció también que el 32% de los estudiantes hombres y 15% de las mujeres eran obesos con un $IMC > 30$. El 7% de los estudiantes que presentaron un peso bajo para su talla fue integrado por mujeres, a diferencia de los hombres donde no se encontró bajo peso. Por otro lado, el 26% de los estudiantes tuvo sobrepeso, con un $IMC \geq 25$. Es importante señalar que esta información resulta preocupante, ya que el porcentaje de sobrepeso en estos jóvenes es considerado por muchos investigadores como el paso previo para la obesidad.

Con relación a la actividad física, López, indica que el 93% de los estudiantes tenía un nivel de actividad ligero o leve, porque el sedentarismo les ocupaba aproximadamente 9 horas al día y consistían, entre otras, en ver televisión 1.7 h/día y actividades ocupacionales como: permanecer sentado en clases, frente a la computadora, elaborar tareas, manejar automóvil, estudiar en la biblioteca, entre las cuales sumaban 7.3 h/día. En cuanto a la alimentación, específicamente en el consumo de las fuentes energéticas, se encontró que el 43% de la muestra consume niveles altos de grasa total y un 48% de la población consume niveles elevados de grasa saturada; además el 40% consume más de los 300 mg/día de colesterol que se recomiendan; sólo un poco más del 4% de los estudiantes tiene prácticas alimentarias adecuadas, aunque más del 87% las tiene moderadamente adecuadas.

Otro estudio, realizado por Alcaraz (2008) llevó a cabo un diagnóstico sobre hábitos de salud y actividad física en los estudiantes inscritos en el Programa de Deporte Curricular. Del

total de alumnos inscritos, Alcaraz tomó una muestra no probabilística integrada por 200 estudiantes de los primeros semestres de distintas carreras, con edades de 18 a 19 años, a la que aplicó un cuestionario de 13 ítems para conocer la forma en la que los estudiantes organizan su tiempo. Los resultados fueron: con relación al tiempo libre, el 60% empleó para ver televisión y otro 18% en usar la computadora. Con relación al ejercicio físico, el 58.5% practicaba alguna actividad física por períodos esporádicos, el 12% de forma constante y el 29.5% no realiza ninguna actividad. Otro aspecto que se abordó fue la alimentación y los resultados se obtenidos fueron: el 25.5% desayunaba a lo máximo dos veces a la semana, pero casi el 70% no desayuna ningún día de la semana.

En cambio, la investigación que realizó Herrera (2010) tuvo como principal objetivo evaluar un programa de educación nutricional previamente diseñado para la promoción del consumo de frutas, verduras y la realización de actividades físicas. Los estudiantes que integraron la muestra provenían de los programas académicos de Ciencias Nutricionales y Cultura Física y Deporte, quienes se encontraban en un rango de edad de 18 a 25 años, aunque el porcentaje mayor se encontraba entre los 18 y 21 años, la muestra estaba integrada por un 78% de mujeres en Ciencias Nutricionales, mientras que en Cultura Física y Deporte, un 77% de hombres. Con base en la información disponible puedo comentar que los estudiantes de la Universidad de Sonora fueron caracterizados por tener prácticas alimentarias inadecuadas y un nivel de actividad física bajo. Ambas características son factores de riesgo para el desarrollo de obesidad y sus comorbilidades. En lo referente a los parámetros antropométricos y de composición corporal se encontró que, entre los participantes es elevado el riesgo potencial de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles. En ese sentido, se encontró que más de la mitad de los estudiantes presentó riesgo aumentado por exceso de grasa corporal (62.9% en Ciencias Nutricionales y 54.8% en Cultura Física y Deporte). Así mismo, menos del 25% de los estudiantes presentaron patrones de alimentación adecuados, pero fue preocupante el alto consumo de sodio, colesterol y grasas saturadas.

En otro espacio al interior de la universidad se encuentra el Programa “Deporte Curricular” es el plan de acción que está implementando la Universidad de Sonora, desde 2004-2 para la promoción de la salud de los estudiantes y forma parte de las actividades

complementarias incluidas en los planes de estudio de todas las licenciaturas que ofrece la institución. Después de varios años de su inclusión, identificamos y clasificamos la actividad física que realizaron los jóvenes estudiantes durante su tiempo libre, en el ciclo escolar 2010-2012, e identificamos posibles enfermedades crónico no transmisibles.

Las edades promedio de los estudiantes fueron de 18 a 25 años. Los resultados obtenidos señalan que el 62% se ubicaba en un nivel bajo de actividad física, el 33% en un nivel moderado y un 5% en un nivel alto. Las diferencias fueron significativas entre los que realizaban actividad física vigorosa (alta), moderada o leve. Por lo tanto, se concluyó que la población estudiantil se encontraba en un nivel de leve a moderado, y que estos bajos niveles de actividad física pudiesen contribuir a la creciente incidencia de la obesidad. Aunado a estos resultados sobresale la presencia de ECNT como la diabetes tipo 2, el colesterol y los triglicéridos. Según declararon los propios universitarios, los impedimentos por los cuales no realizaban ejercicio físico con regularidad son la falta de tiempo, horarios quebrados, falta de infraestructura, incluso porque no les gustaba realizar ejercicio físico.

Como parte del proyecto institucional *Ejercítate por tu salud*, Chávez (2011) convocó a estudiantes interesados en participar de manera voluntaria y que tuvieran un sobrepeso mínimo de 8 kgs. Respondieron 38 individuos entre hombres y mujeres que pertenecían a diferentes carreras y semestres. Las actividades fueron programadas para desarrollarse en un período de seis meses, tres veces a la semana. La edad promedio en mujeres fue de 22 años, el peso inicial fue de 91.89 Kg, y al final se logró una disminución a 85.40 Kg. La estatura promedio fue de 1.64 metros, con una media del IMC de 33.64 que indica obesidad. Por otra parte, la edad promedio en varones fue de 20 años, con una estatura de 1.73, el peso inicial de la media: 94.58 Kg., en la etapa final la media disminuyó 8 Kg., quedando en 86.77 Kg. y un IMC fue de 31.58. En la dinámica Focal comentaron que los resultados obtenidos no surten efecto inmediato en la mayoría de los casos, ni en la bioimpedancia ni en las pláticas de nutrición, debido a la poca economía, el tiempo disponible para preparar los alimentos en casa, la poca atención al interior de la institución que no apoya el combate a la problemática de la obesidad. El resultado final fue un mejoramiento paulatino de las capacidades físicas condicionales. Además de los problemas de sobrepeso y obesidad, se detectaron enfermedades como diabetes tipo 2, asma,

problemas de rodilla, operaciones de columna, tiroides, arritmia respiratoria; así como algunos problemas emocionales.

En resumen, en el contexto formado por la comunidad estudiantil de nuestra institución, observamos que los estilos de vida de estudiantes de nuevo ingreso y los estudiantes de semestres avanzados, a medida que van avanzando en semestres van cambiando sus estilos de vida de acuerdo a diversos factores que determinan su salud. Tales factores son internos y externos que intervienen en esa etapa de sus vidas, como es el cambio de casa, de alimentación, que definirá en un futuro próximo su calidad de vida.

1.2. Objetivo general:

Para esta investigación hemos propuesto el siguiente objetivo general:

Describir los Determinantes Sociales que afectan en forma positiva o negativa la salud del universitario de la Unidad Regional Centro (URC) de la Universidad de Sonora.

1.2.1. En relación al objetivo general, se espera conseguir los siguientes objetivos específicos:

- Determinar como perciben su estado de salud
- Describir de acuerdo al genero el estado de salud social que tienen con respecto a maestros, administrativos, relación con sus amistades y familia.
- Conocer los habitos toxicologicos que más consumen los universitarios, según refieren, entre ellos, consumo de cigarros, uso de sustancias toxicas, consumo de alcohol.
- Identificar el nivel de actividad física que tienen los universitarios.

1.3. Planteamiento del problema

Partiendo del hecho de que el ámbito universitario constituye una etapa en la que los jóvenes estudiantes atraviesan por muchos cambios físicos, mentales y sociales, cuyas causas corresponde a diversos factores, en esta investigación nos hemos propuesto identificarlos y analizarlos a fin de establecer su relación con la existencia de problemas de salud. Por lo tanto, hemos decidido plantear el problema de investigación de la siguiente manera:

¿Cómo perciben el estado de salud? ¿Cuál es el nivel de actividad física de los estudiantes de la Universidad de la Sonora? ¿Cómo es la relación entre los estudiantes de la Universidad de Sonora y su familia, amigos, compañeros y maestros? ¿hábitos alimentarios que consume el universitario? ¿Existe el consumo de tóxicos en los jóvenes universitarios? Si existen ¿Cuáles son los tóxicos más consumidos?

1.4. Justificación

Conocer los factores que determinan la salud del estudiante, a partir de los diferentes ambientes donde se desenvuelve, llámese estas relaciones saludables o no saludables en el caso de la vida académica, la vida sentimental, los amigos, la familia; sustancias tóxicas, percepción de la salud, alimentación, actividad física, entre otros factores.

Al identificarlos será una ventaja para promover y desarrollar estrategias que vayan en pro de mejorar los estilos de vida identificados como no saludables.

Este trabajo de investigación aportará elementos esenciales para determinar acciones en las diferentes divisiones académicas y proyectar que estos determinantes también pueden estar relacionados con la trayectoria académica del universitario.

Este trabajo se realiza con el fin de concientizar a las autoridades de la calidad de vida con la que egresan los estudiantes los cuales en un futuro a corto y mediano plazo formarán parte de una sociedad competitiva.

La actuación que tengamos sobre los factores que determinan la salud del universitario, tendrá un gran potencial para reducir los efectos negativos de las enfermedades y promover la salud de la población universitaria.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Concepto de salud

Castro (2012) nos presenta la perspectiva histórica en la que cada sociedad le ha conferido valores y significados distintos a la salud. Determinados por la manera concreta en la que cada sociedad organiza las relaciones entre sus integrantes, el grado de desarrollo de la tecnología y de la capacidad de satisfacción de sus necesidades, así como por la ideología y corrientes de pensamiento dominantes.

Se considera a la salud como el atributo inseparable de la vida humana para su disfrute pleno, como un derecho humano universal que debe ser garantizado por los Estados. La mejor forma de expresar su propósito es cuidado y desarrollo integral en la salud para todos y por todos.

El hombre primitivo apunta a la convicción de que la salud y enfermedad eran mágicos: fuerzas externas, intervenían para protegerla o dañarla. Tales fuerzas externas incluían a otras personas, animales, objetos o fenómenos de la naturaleza.

Conforme las sociedades se fueron organizando de manera más compleja, la visión mágica de la enfermedad fue cambiando, sin desaparecer del todo, pero prevaleciendo una concepción religiosa (la enfermedad como efecto de voluntad divina). También se asignó a los dioses un poder para causar enfermedades o curarlas. Se fue acumulando y sistematizando el conocimiento del poder curativo de ciertas plantas y sustancias, la importancia de la dieta y el ejercicio, la influencia del ambiente sobre la salud.

Por ello en distintas sociedades de la antigüedad, la concepción sobre la salud y la enfermedad empezó a tener una relación con el equilibrio entre el cuerpo, el espíritu, la naturaleza y la religión, lo cual se manifiesta con claridad en diversos preceptos jurídico-religiosos de diferentes civilizaciones antiguas.

En la Grecia clásica se desarrolló un concepto diferente sobre un cuerpo de prácticas y conocimientos sistemáticos con respecto a la salud. Tountas ha escrito que “particularmente de los siglos sexto al cuarto a.C., los antiguos griegos fueron los primeros en romper con las

concepciones meta-físico/sobrenaturales de salud y enfermedad que habían dominado las sociedades humanas”.

Los griegos desarrollaron la escuela de pensamiento fisiocrática la cual explicaba que conservar buena salud y combatir las enfermedades no estaba disociado del ambiente físico y social particular ni de la conducta humana. Esto se observa en la relación que, a partir de la escuela pitagórica, hacían entre los cuatro humores corporales (sangre, flema, bilis amarilla, bilis negra) con los cuatro elementos naturales (fuego, tierra, agua y aire) y sus respectivas cuatro cualidades (calor, sequedad, humedad y frío). La enfermedad era una condición de desequilibrio entre los cuatro humores y entre ellos, la naturaleza y sus cualidades.

Platón, por su parte postulaba, que para conservar la salud habría que vivir en equilibrio del cuerpo y en completa armonía con el universo. Los griegos desarrollaron diversas ideas alrededor de la salud, precursores de los rumbos estratégicos de la promoción de la salud contemporánea. Con Galeno médico griego de la Roma Imperial, la higiene obtuvo un mayor significado promotor de la salud y, en forma simultánea, un sentido profundamente clasista, en una de sus obras:

Tal como ha sido mostrado que hay gran diversidad de cuerpos, así también hay numerosas formas de vivir. En consecuencia, no es posible administrar cuidados corporales perfectos para todas las formas de vida (...) la vida de muchos hombres es afectada por las particularidades de su ocupación, e inevitablemente serán dañados por lo que hacen, y esto es imposible de cambiar. Algunos viven así a causa de la pobreza, otros de la esclavitud, o por descender de sus padres, o por haber sido apresados o raptados (...) de modo que para estos es imposible prescribir un cuidado absolutamente perfecto del cuerpo. Pero para quien quiera que sea completamente libre, por azar o por elección, es posible sugerirle como puede gozar la mejor salud, padecer un mínimo de enfermedades, y llegar a viejo más saludablemente. (Citado por Castro, 2012, pp.19).

El pensamiento de Galeno es una de las primeras evidencias escrita de la relación entre “estilos de vida” y salud. Su pertinencia a la clase dominante le hacía percibir la determinación social de la salud, como un “fenómeno natural”.

La higiene de Galeno fue sostenida como dogma en la Edad Media, deslizándose a lo largo de la historia de la cultura occidental, paralela a las prácticas curativas de la enfermedad, pero bastante diferenciada de ellas. De la escuela de Salerno, al Renacimiento al Siglo de las Luces

al siglo XIX, la higiene fue practicándose como forma individual de moderar los excesos de la vida ociosa, como medio para alcanzar la armonía entre el cuerpo y el alma, como salvación ante las impurezas y el pecado, como conjuro de la peste, como expresión sofisticada de la perfección humana en la lucha por la prolongación de la vida.

Con la Revolución Industrial y el desarrollo del capitalismo, los cambios sociales sucedieron de manera vertiginosa y profunda. El veloz desarrollo de la ciencia y tecnología corrió paralelo al incremento de la inequidad y la desigualdad social. La religión dejó de tener el papel determinante en el gobierno de las sociedades. La salud pública surgió entonces como doctrina, campo de conocimiento, política y práctica social sistematizada. Rosen (1958), historiador médico y salubrista destacado, señala que el período de 100 años transcurrido entre 1750 y 1850, constituye una etapa crucial en el desarrollo de la moderna salud pública. En pleno auge industrial, las ciudades europeas se transformaron en enormes asentamientos contaminados, con habitantes hacinados, en condiciones de vida y trabajos inhumanas, presa fácil de enfermedades y muerte prematura. Los precursores del pensamiento sanitarista al identificar a la pobreza como “generadora de enfermedades”, establecieron las bases de una política pública y una práctica social de la salud. La epidemiología, a partir de los trabajos de

John Snow sobre el cólera en Londres 1850, le aportaba a la salud pública un sustento empírico y una metodología para estudiar los problemas de la salud poblacionales.

La salud fue concebida como lo opuesto a la enfermedad, el estado de equilibrio, la homeostasis; lo normal, el polo positivo. El ser humano es normalmente sano y los microbios y otros agentes unicastales desajustan su equilibrio biológico y provocan enfermedad.

El historiador de la medicina Henry Sigerist, bajo su visión la promoción de la salud, es la primera y más importante de las cuatro grandes tareas de la medicina (las otras tres son la prevención de la enfermedad, la reparación del daño y rehabilitación). El médico suizo explicaba en el año de 1945:”la salud se promueve proporcionando un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación, ejercicio físico y los medios de descanso y recreación”.

Con respecto a la salud cinco años antes de la creación de la OMS, Sigerist escribió:” La

salud no es simplemente la ausencia de enfermedad, es algo positivo, una actitud gozosa y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida impone al individuo”.

El enfoque de Sigerist, no limitado a la ausencia de enfermedad y relacionado con el bienestar es retomado por Stampar y redactado en la muy conocida definición que se incorporó a la constitución de la OMS en 1946.

La carta de Ottawa (1986) incorpora en su contenido que: “para alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario”.

La salud es un proceso de adaptación y expresa la capacidad de una persona de adaptarse a los diferentes entornos, de crecer y envejecer, de curarse cuando está enferma y de esperar pacíficamente aquello que no tiene remedio (Sáez y Pérez 1999). La salud no es estática, sino cambiante, según la influencia de esos determinantes. Algunos consideran incluso que la salud no es un objetivo en sí misma, sino un recurso para la vida cotidiana, como una manera de vivir (citado por el Ministerio de la Protección Social, Departamento Administrativo del Deporte, la Recreación, la Actividad Física y el Aprovechamiento del Tiempo Libre. Hábitos y Estilos de Vida Saludable).

Para González (2004). La salud es un concepto que todos conocemos y que está presente a lo largo de toda nuestra vida. Sin embargo, si nos preguntamos ¿Qué es la salud?, no siempre encontramos fácilmente una definición. Habitualmente según define el autor, la salud en sentido negativo, esto es como ausencia de enfermedad. Es decir estamos sanos si no tenemos ninguna patología.

Desde 1948, la OMS publicó una definición de salud que aún hoy sigue vigente “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no tan sólo la ausencia de enfermedad”. De esta definición destaca dos aspectos que considera significativos: en primer lugar, la concepción holística e integral de la persona, ya que no se limita a la salud orgánica,

sino que contempla la dimensión psíquica y social del ser humano.

En segundo lugar, concibe la salud como una situación de equilibrio dinámico de mayor o menor nivel de bienestar entre todos los ámbitos del ser humano, que darán como resultado un cierto nivel de salud, ya que parece utópico alcanzar ese completo bienestar en todas las facetas de nuestra vida. Así lo define González.

Estas nuevas conceptualizaciones indican que las concepciones de la salud se están moviendo desde una perspectiva antropocéntrica hacia otra biocéntrica, en la cual, el hombre funciona como parte del ecosistema, pero no como centro, se trata de un integrante más. El respeto, la inclusión, la equidad y la sustentabilidad vital son elementos funcionales del ecosistema.

Podríamos llegar a la conclusión de que la salud depende de la calidad de vida, como se expresa a continuación en la Figura 1.

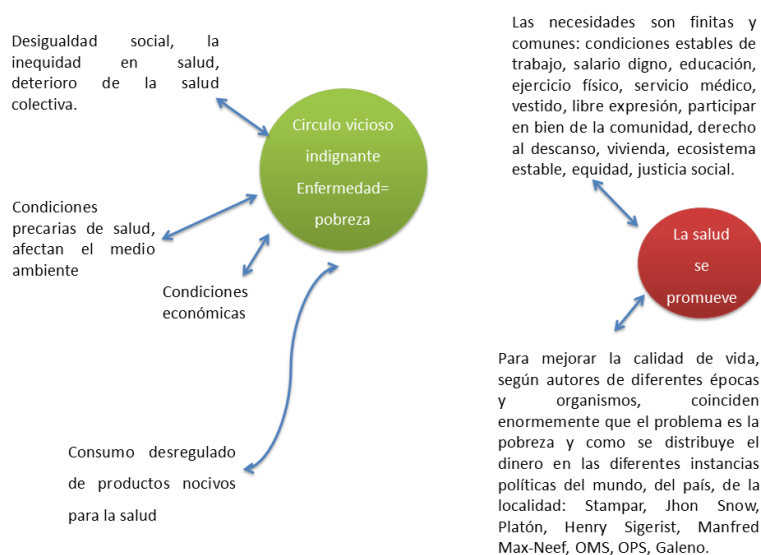


Figura 1. Relación entre enfermedad-pobreza-calidad de vida.
Fuente: (Chávez 2015).

2.2. Determinantes Sociales de la salud

En 1974 salió a la luz uno de los informes más revolucionarios en lo que a la Salud Pública se conoce. El informe elaborado en Canadá y que lleva el nombre del entonces ministro de sanidad (Lalonde) partió de la base de que la salud o la enfermedad no estaban relacionadas simplemente con factores biológicos o agentes infecciosos de hecho remarcaba que la mayoría de las enfermedades tenían una base u origen marcadamente socio-económico.

Partiendo de esa base que ya había sido expuesta por otros autores como el mismísimo Hipócrates u otros más modernos como Laframboise con su modelo de salud holística en los 70, Marc Lalonde llegó a la conclusión de que la situación de salud individual y colectiva está muy poco influenciada por las intervenciones biomédicas (servicios médicos, avances farmacéuticos, hospitales...).

También realizó un análisis del cuál es el impacto de las medidas sanitarias/inversión sanitaria llevadas a cabo en Canadá y en parte de los países Occidentales de esa época y puede decirse de la actualidad. (Lalonde,1981)

Por su parte la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS (2005). Señala que los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas, nacen, crecen, trabajan y envejecen, incluyendo el sistema de salud. Estas circunstancias son resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial,nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Desde el punto de vista de esta Comisión son aquellos elementos que, por su parte, actúan sobre la salud (para bien o para mal) y que, por la otra, a su vez están determinados por la forma en que se distribuye el dinero y el poder en el mundo, estas formas generan determinantes sociales de la salud.

Determinantes Sociales de la Salud

Figura 1: Los Principales determinantes de la Salud
Modelo Socioeconómico de Salud



DSS son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud - resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos

(Organización Mundial de la Salud, 2008)

Figura 2. Determinantes Sociales de la Salud (OMS,2008)

En concordancia al concepto Castro (2012) hace casi el mismo señalamiento: los determinantes sociales de la salud, son formas asimétricas de distribución del dinero y del poder que generan determinantes sociales de la salud.

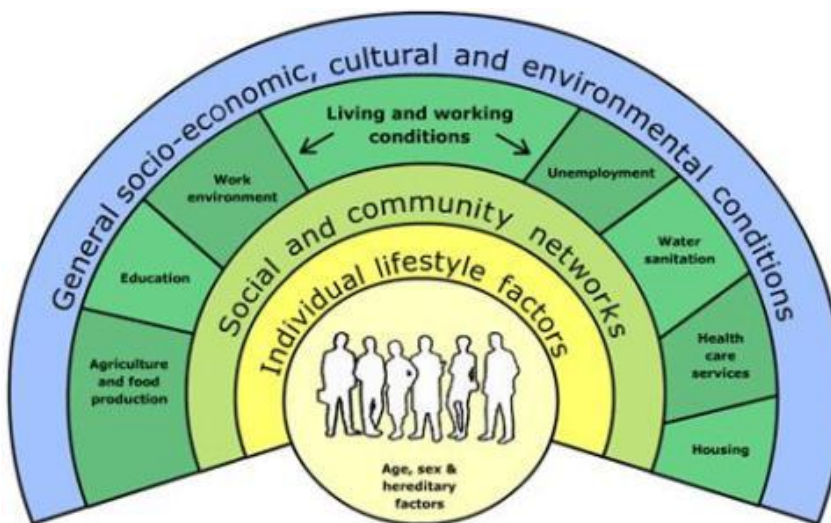


Figura 3 Castro 2012, Determinantes Sociales de la salud.

Para Avila-Agüero (2009). El estado de salud es muy complejo, en ella intervienen diferentes factores que deben considerarse al momento de hablar de salud. Este concepto puede ir vinculado a aspectos de índole biológica, hereditaria, personal, familiar, social, ambiental, alimenticia, económica, laboral, cultural, de valores, educativo, sanitarios y religiosos. Y que de acuerdo avanza la tecnología, la medicina, la ciencia y el conocimiento, y señala también que en algunos casos se pueden modificar hasta algunos factores biológicos. Es tal la relación entre unos y otros que no pueden separarse. Para que exista una reducción de los efectos negativos de la salud es necesario que participe la comunidad, otros sectores como el académico, la investigación, entre otros sectores que están dentro y fuera del sector salud.

Mediante la participación en red se pueden establecer estrategias efectivas que estén destinadas a abordar los determinantes sociales de la salud.

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.(tomado de la pagina de la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS, citado por Castro,2012:30).

La Comisión de determinantes sociales plantea que el contexto social y político incluyendo las instituciones políticas y los procesos económicos, dan origen a posiciones socioeconómicas desiguales, y dicha estratificación de los grupos sociales por ingreso, educación, ocupación, género y otros factores, lleva a la creación de inequidades sociales en condiciones de vida y trabajo.(Castro,2013:31)

Es importante señalar que la concepción de la juventud o adolescencia como mero periodo de transición tiene el peligro de no reconocer a los jóvenes como creadores y poseedores de culturas propias de su juventud, el peligro de descalificar a los adolescentes o los jóvenes como creadores de culturas propias puede conducir al grave desconocimiento sobre las temáticas vinculadas más estrechamente con los jóvenes, como son la educación, la deserción escolar, el acceso al trabajo, la salud, la sexualidad, entre otros.

Los jóvenes en México son un sector de la población con características sociales y culturales muy heterogéneas, de tal manera que caracterizarlos como sector resulta difícil. Existe una constante que es la enorme diversidad de comportamientos y de ideas.

2.3. Calidad de vida

Existen factores determinantes para mejorar los estilos de vida y por consecuencia la salud física, mental y social, del individuo, para Manfred Max –Neef: la calidad de vida dependerá de las posibilidades que tengan las personas para satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas fundamentales (citado por Castro, 2012).

Las necesidades son finitas y comunes a todos los seres humanos, lo que cambia son los satisfactores, contrario a la idea tradicional de que las necesidades son infinitas y cambian de forma constante variando de acuerdo con cada cultura y período histórico. Max-Neef agrupa las necesidades en dos grupos, las llamadas axiológicas y las existenciales, tal combinación permite reconocer, por una parte, las necesidades de ser, tener, hacer y estar y por la otra, las necesidades de subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad. Afirma además, que no existe una correspondencia única entre necesidades y satisfactores: un satisfactor puede contribuir simultáneamente a la satisfacción de diversas necesidades, a la inversa, una necesidad puede requerir de diversos satisfactores para ser satisfecha.

La pobreza genera patologías y deficiencia en la productividad, por tanto un país depende de la salud de sus habitantes.

Una política de desarrollo orientada a la satisfacción de las necesidades humanas hace posible construir una filosofía y una política auténticamente humanistas.

En la “Declaración de Río” (1992) se llevó a cabo la Primera Cumbre Mundial de Desarrollo Sostenible, estableció que la vida humana constituye el centro de los intereses del “desarrollo sostenible”, donde una de las recomendaciones fue “cambiar patrones de comportamiento y desarrollo que causan condiciones precarias de salud y afectan el medio ambiente.

En la Segunda Cumbre Mundial de Desarrollo Sostenible, en Johannesburgo (2002). Con la temática “la defensa de la vida”, la salud colectiva ha sido cada vez más objeto de análisis en lo que se refiere al impulso o reducción del desarrollo, en otras palabras: si la salud tiene consecuencias para el desarrollo social y económico, las condiciones económicas y sociales también influyen sobre la salud.

Confirmando este binomio de salud y desarrollo social por la OMS, se puede decir que el campo de la salud viene acumulando potencial pero también influir sobre el modelo de desarrollo y provocar algunas reflexiones sobre alternativas al modelo hegemónico que ocasiona el consumo desregulado de productos nocivos a la salud. El combate al tabaquismo, la estrategia global anti obesidad y el exceso de consumo de energía son ejemplos de esa posibilidad.

Entonces comprendamos que calidad de vida retomando el planteamiento de Saúl Franco Agudelo en el sentido de que la “salud significa vida digna, adecuado funcionamiento individual y colectivo, bienestar, seguridad y tranquilidad.

2.4. Concepto de Estilos y hábitos de vida

El estilo de vida también comprendido como el conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona (Rodríguez, 1995) o como aquellos patrones de conducta individuales, que demuestran cierta consistencia en el tiempo, bajo condiciones más o menos constantes y que pueden constituirse en dimensiones de riesgo o de seguridad, dependiendo de su naturaleza (Roth, 1990) incluye entre sus componentes el factor cognitivo. Específicamente, los estilos de vida saludables incluyen conductas de salud, patrones de conducta, creencias, conocimientos, hábitos y acciones de las personas para mantener, restablecer y/o mejorar su salud (Goodman, 1982, citado por Arrivillaga y Salazar, 2005, parr.1).

Los hábitos de vida (conjunto de comportamientos o aptitudes que desarrollan las personas) pueden ser saludables o dañinos para la salud y puede ser causa de muchas enfermedades. La conducta de la persona, sus valores, su actitud frente al riesgo, su capacidad de comunicarse, la forma en que enfrenta sus problemas y preocupaciones y su capacidad de adaptarse a los

cambios de la vida, determinan sus preferencias y hábitos de vida. En cada comunidad existen problemas de salud como el tabaquismo, el alcoholismo, la malnutrición, la exposición a agentes infecciosos y tóxicos, la violencia y los accidentes, que tienen su base en los estilos de vida que asumen las personas, pero también existen costumbres familiares y comunitarias que tienen un impacto muy positivo en la salud de las persona y familias, como la actitud de cuidado ante las enfermedades, la práctica de la planificación familiar, el cuidado y apoyo a las mujeres embarazadas, la lactancia materna, la lucha por un ambiente limpio y saludable, entre otras.

Los hábitos de vida (conjunto de comportamientos o aptitudes que desarrollan las personas) pueden ser saludables o dañinos para la salud y puede ser causa de muchas enfermedades. La conducta de la persona, sus valores, su actitud frente al riesgo, su capacidad de comunicarse, la forma en que enfrenta sus problemas y preocupaciones y su capacidad de adaptarse a los cambios de la vida, determinan sus preferencias y hábitos de vida.

Hacia el último cuarto del siglo pasado (S.XX), entre la comunidad científica emergió un debate crítico sobre el papel de la medicina en la salud que le proporcionó marco a un concepto de promoción de la salud distinto al preventivista y más orientado al cambio de conductas personales. Tal concepto lo consideraba como: “el arte y la ciencia de ayudar a las personas a cambiar su estilo de vida hacia un estado de óptima salud”.

La promoción de la salud en la actualidad se encuentra bajo la tensión de los paradigmas: médico-preventivista, conductual individualista o socio-político, cada uno de ellos incide en dimensiones distintas de la salud y la enfermedad, recayendo en los estilos de vida.

El enfoque médico-preventivista: siempre referida al objeto enfermedad, prevenir, atender, asistir, todo lo confiere a la enfermedad.

El enfoque conductual individualista: prioriza cambios en el comportamiento mediante intervenciones dirigidas a individuos. Mediante el enfoque de estilos de vida saludables introduce un elemento que conduce el bienestar individual al ámbito de las relaciones de mercado: “para estar sano y mantenerse sano, es necesario consumir estilos de vida

individuales”. “El estilo de vida sano” fácilmente se vuelve una mercancía más a la que todos pueden aspirar pero que no todos logran adquirir. El estilo saludable es un “paquete” de satisfactores que pueden comprarse juntos o por separado, pero que para acceder a sus beneficios hay que ser, poder y tener.

Por aquellos mismos años, en Canadá ve la luz el “informe Lalonde” que hace un llamado de atención acerca de que la salud de las personas está influenciada por un amplio espectro de factores: la biología humana, los estilos de vida, la organización de la atención a la salud y los ambientes sociales y físicos en los que vive la población, con este otro enfoque.

Para Lalonde (1974) el componente estilo de vida representa el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control (citado por Castro, 2012, pp.22-23).

Retomado de la Guía para la prescripción del ejercicio físico en pacientes con riesgo cardiovascular (2010). Relacionada con los estilos de vida nos indica que el organismo humano está diseñado para la práctica de ejercicio físico. Sin embargo, los cambios sociales y el progreso han relegado la práctica de ejercicio a una mera opción cada vez más alejada de la vida cotidiana. El uso de los medios automatizados de locomoción, el acceso a medios informativos digitales, así como numerosos trabajos que se realizan desde puestos sedentarios y actividades de ocio que en su inmensa mayoría se relacionan con el descanso y el confort han convertido al hombre actual en un individuo sedentario. El acceso fácil a la comida y la falta de ejercicio condicionan unos tipos antropométricos cada vez más obesos en los que se promueven cambios metabólicos perjudiciales para la salud. Este tipo de comportamiento se ha introducido de forma brutal en los segmentos infanto-juveniles augurando un sombrío panorama de futuras complicaciones cardiovasculares debido a estos estilos de vida.

Conseguir cambios a largo plazo en el estilo de vida de los individuos debe ser una parte importante de la labor asistencial de los profesionales sanitarios. Sin embargo, el proceso implica multitud de variables complejas que deben ser abordados globalmente, incluyendo los condicionantes personales, los factores sociales y los ambientales entre otros.

Sierra (2002) comenta que, para entender qué son los estilos de vida saludable, tendremos que conocer un término parejo a éste, la calidad de vida y conocer la relación con la salud.

Hernández y Forero (2011) actualmente se reconoce la práctica de la actividad física como parte de un estilo de vida saludable. No hay un óptimo estilo de vida generalizable a toda la población, pues la cultura, los ingresos, la estructura familiar, la edad, el medio ambiente del hogar y del trabajo, plantean diferentes opciones para ser asumidas por las personas. Es importante destacar que la práctica de la actividad física debe concebirse como una práctica regular que se realice en intensidades de moderadas a vigorosas, durante el tiempo libre o de ocio y en las actividades de la vida diaria, tanto en el ámbito del hogar, como laboral o escolar, pues representa beneficios para la salud en general, permite experimentar emociones placenteras y sumada a una dieta sana y una actitud positiva ante la vida, en un medio ambiente que fomente estilos de vida saludables, contribuye a mejorar la calidad de vida de la población.

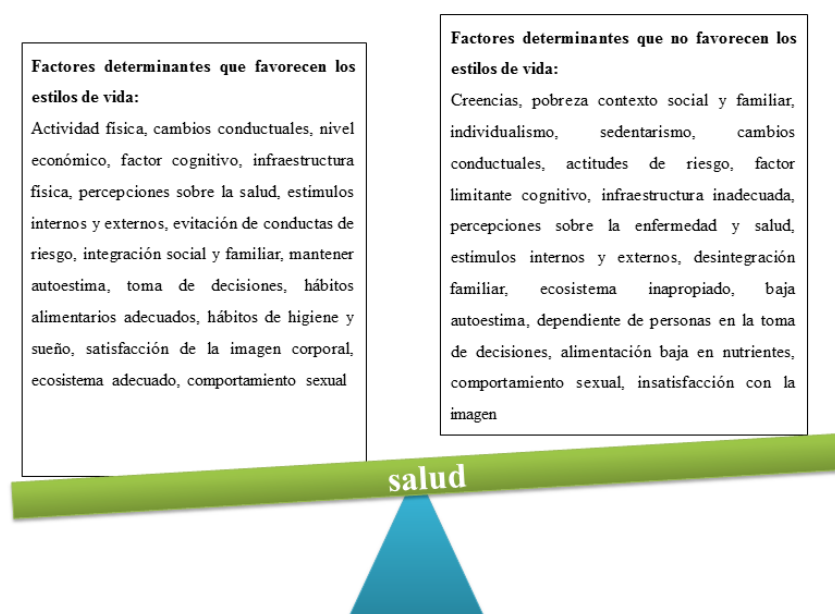


Figura 4. Factores que intervienen en los Estilos de Vida. Fuente: (Chavez,2015).

III. METODOLOGÍA

3.1. Diseño de la Investigación

La investigación que desarrollamos está inmersa dentro del tratamiento de tipo cuantitativo, debido a que utiliza los datos para su valoración numérica, así como una aplicación del análisis estadístico para comprobar las hipótesis formuladas que nos permitan alcanzar los objetivos planteados.

Así mismo, este estudio es de alcance descriptivo, ya que se centra en encontrar características o rasgos distintivos de los alumnos que nos permitan obtener información importante sobre las variables objeto de estudio. Para ello, calificamos los hábitos de actividad física, consumo de alimentos, bebidas y sustancias toxicológicas, entre otros aspectos conforme a índices de referencia validados internacionalmente.

En resumen, es un estudio cuantitativo, de diseño no experimental, de corte transversal, de alcance descriptivo (ex -post –facto), de la población estudiantil de la Universidad de Sonora. El diseño del presente trabajo está basado en la propuesta metodológica de Hernández, Fernández y Baptista (2010), para investigaciones de tipo cuantitativo.

3.1.1. Población

La población estudiantil está integrada por los alumnos de la Universidad de Sonora, de las seis Divisiones Académicas del Campus Hermosillo, incluyendo a ambos sexos, que se encontraban matriculados con estatus de activos en los semestres de primero a cuarto y de quinto a noveno en el ciclo escolar 2016-1.

Conviene recordar que la Unidad Regional Centro, campus Hermosillo, está integrada por seis Divisiones Académicas de las 11 que existen en la Universidad de Sonora, éstas son: 1) División de Ciencias Biológicas y de la Salud, 2) División de Ciencias Económico Administrativas, 3) División de Ciencias Exactas y Naturales, 4) División de Ingenierías, 5) División de Ciencias Sociales y 6) División de Humanidades y Bellas Artes. (Ver Gráfico 1).

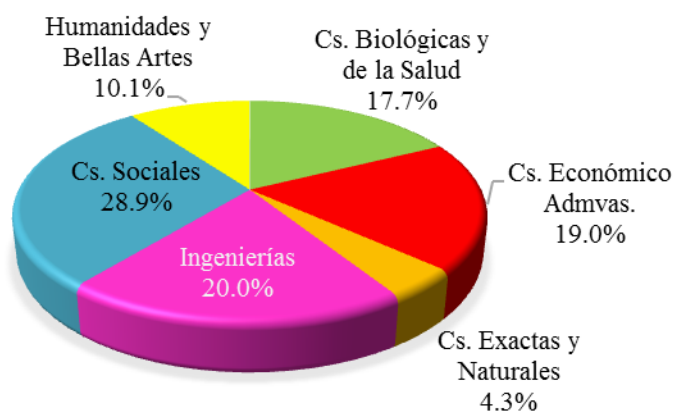


Gráfico 1. Distribución según división académica.

Fuente: Elaboración propia.

Según los datos proporcionados por la Dirección de Servicios Escolares de la Institución, en el curso 2016-1 se encontraban activos un aproximado de 19527 alumnos; de los cuales, 9803 eran mujeres (49.9%) y 9824 eran hombres (50.1%).

Tabla 1

Porcentaje de población por División, Semestre y Sexo

DIVISION	1° a 4° semestre		Sub Total	5° a 9° Semestre		Sub Total	Total División
	Mujer	Hombre		Mujer	Hombre		
Humanidades y Bellas Artes	3,7%	2,6%	6,3%	2,3%	1,4%	3,7%	10,1%
Ciencias Económico Administrativas	5,7%	4,9%	10,6%	4,9%	3,4%	8,4%	19,0%
Ciencias Exactas y Naturales	0,7%	2,3%	3,0%	0,3%	1,0%	1,3%	4,3%
Ciencias Sociales	11,3%	6,7%	18,0%	6,9%	4,1%	11,0%	28,9%
Ciencias Biológicas y de la Salud	5,9%	5,1%	11,0%	3,8%	2,8%	6,7%	17,7%
Ingenierías	3,0%	10,5%	13,5%	1,5%	5,0%	6,5%	20,0%
Total Semestre	30,3%	32,1%	62,5%	19,9%	17,7%	37,5%	100,0%

Fuente: elaboración propia

3.1.2. Diseño y selección de la muestra

Para la estimación de la muestra, se tomaron los siguientes criterios para elegir la unidad de análisis, en este caso el alumno:

- El criterio de inclusión abarca a los alumnos inscritos en el semestre 2016-1 y que tuvieran el estatus de activo al momento del estudio.
- El criterio de exclusión se refiere a los alumnos inscritos con un estatus diferente al de estudiante activo, como puede ser: baja temporal, baja definitiva, suspendido por incumplimiento de reglamento, embarazadas, entre otros.

Así como también realizamos otras consideraciones para calcular la muestra:

1. Población: Universidad de Sonora, Unidad regional Centro (Campus Hermosillo).
2. División Académica: las seis del Campus Hermosillo
3. Semestre: divididos de 1 a 4 y de 5 a 9.
4. Sexo: Masculino y Femenino

El tamaño de la muestra consideró la fórmula para poblaciones finitas y conocidas. Esta es:

$$n = \frac{N \cdot Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde n = tamaño de la muestra

N= tamaño de la población

z_{α} = valor correspondiente al nivel de confianza (95,45%) en unidades Z

para un nivel de significancia $\alpha = 0.05$, $z_{\alpha=0.05}^2=2$

p= es la posibilidad de que ocurra el fenómeno a evaluar = 0.5

q= es la probabilidad de que el evento no ocurra (1-p) = 0.5

d^2 = al error que se prevé cometer (porcentaje de acertar en la representatividad de la muestra). $d = \pm 2,5\%$

Fijando un nivel de confianza del 95.45%, un error de diseño del 5.0% para una población de 19527 estudiantes, se obtuvo un tamaño de muestra de $n = 1479$.

La cobertura de la encuesta está diseñada para dar resultados a nivel de divisiones académicas con especificación de carreras o títulos, semestres y sexo; y su diseño se caracteriza por ser probabilístico. Por tanto, los resultados obtenidos se pueden generalizar a toda la población. Dado que el diseño es por etapas en la primera etapa se utilizó un método estratificado de asignación proporcional, con el que se dividió la población en seis estratos, cada División Académica representa un estrato. En una segunda etapa, también con este método, separamos a los miembros de las divisiones en hombres y mujeres. En una tercera etapa, los diferenciamos según el semestre en el cual se encontraban activos. Por último, en la cuarta etapa se utilizó un muestreo aleatorio simple, en donde la probabilidad de escoger al individuo al interior del estrato era igual para todos.

3.1.3. Instrumentos

Procedimiento para construir el instrumento de medición

Existen diversos tipos de instrumentos de medición, cada uno con características diferentes, en este caso el instrumento de captación elegido fue el cuestionario, ya que este formato de recolección de datos presenta cuatro ventajas fundamentales para nuestro estudio:

- Es de fácil llenado, los estudiantes están muy familiarizados con su cumplimentación, lo que ayuda a que existan menos errores.
- En general, los alumnos gozan de buen estado de salud mental y físico como para responderlo por ellos mismos sin ningún impedimento.
- Permite recoger datos de una muestra grande de forma simultánea en algunos grupos, con lo que se ahorra tiempo de captación.
- Es más objetivo y menos sesgado que la entrevista, ya que el estudiante responde sin límite de tiempo, sin presiones y con mayor libertad.

El procedimiento general para la construcción del cuestionario se llevó a cabo en varias etapas:

El primer paso fue seleccionar y revisar varias literaturas e instrumentos de medición utilizados en estudios semejantes, para identificar las herramientas que nos podrían ser de utilidad. Después de realizar la consulta de diversos instrumentos validados internacionalmente, seleccionamos ocho que se adaptaban más a las necesidades de nuestra investigación, de los cuales se seleccionaron solo los ítems necesarios y, en otros casos, se modificaron sus respuestas con el fin de facilitar la respuesta. Para el levantamiento de la información se formuló un instrumento inspirado en estos cuestionarios, con un constructo que cubre los componentes físicos, mentales y sociales, a los que también se enfoca nuestra investigación.

3.2. Variables

A continuación, se detallan las variables que se incluyen en esta investigación, ver Tabla 2

Tabla 2

Variables de la investigación e instrumentos para su medición.

Variables	instrumentos
Sociodemograficas:sexo,estructura familiar, semestre, carrera. (V. Independiente)	Ensanut 2012
Horas de sueño (V. Dependiente)	El boletín de la European Food Information Council
Nivel de actividad física (V. Dependiente)	El cuestionario versión larga del IPAQ (2007)
Habitos toxicologicos (V. Dependiente)	Encuesta Nacional de Adicciones (2011) e Instrumento Steps v2.1 de la Organización Mundial de la Salud (OMS)
Frecuencia de ingesta de alimentos (V. Dependiente)	Encuesta Nacional de Ingesta Dietética Española (2007)
Relación que mantienes con familia, amigos, escuela, pareja sentimental (en caso de tenerla). (V. Dependiente)	Encuesta de Salud Short Form 36 México (SF-36)

Fuente: Elaboración propia

VARIABLES DEPENDIENTES:

Tabla 3

Descripción de las variables dependientes del estudio

variables	dimensión	indicadores	ítems
Intensidad de actividad física	física	Intensidad (porcentaje) del tipo de actividad física	Se hace una valoración la intensidad de las actividades físicas (leves, moderadas y vigorosas).
Habitos toxicológicos		Consumo de tabaco	Opción dicotómica para saber si fuman o no.
		Frecuencia del consumo de tabaco	Cantidad de cigarrillos que se fuma diariamente 5 opciones (de 1 a 20)
		Consumo de bebidas alcohólicas	Se dan 4 opciones para los que toman bebida alcohólicas que van desde a diario hasta algún día a la semana
		Consumo de drogas	Las mencionamos 6 opciones de drogas de uso más frecuente junto con la opción de "otras" así como de que no consumen.
		Frecuencia de consumo de sustancias toxicológicas	4 opciones desde a diario hasta algún día a la semana (sin periodicidad)

Continuación de la Descripción de las variables dependientes del estudio

variables	dimensión	indicadores	ítems
Dieta equilibrada	Física	Periodicidad de llevar un balance en la dieta	Entendimiento por dieta equilibrada, la formada por alimentos que nos aportan la cantidad y la variedad de nutrientes que necesitamos para mantener el cuerpo de forma saludable se menciona la frecuencia con la que su dieta es equilibrada (5 opciones que van desde siempre hasta nunca).
Bollería		Frecuencia con que se consumen harinas	Esta variable incluye pastelitos, galletas, panques, entre otros y da 4 opciones de respuesta.
Refrescos y bebidas gaseosas		Frecuencia con que se consumen refrescos y bebidas gaseosas	Esta variable incluyen 4 ppciones de respuesta desde (diariamente, semanalmente, ocasionalmente y no ingiero)
Embutidos y carnes grasas		Frecuencia de consumo de embutidos y carnes grasas	Mismas opciones de respuesta.
Frutos secos		Frecuencia de consumo de frutos secos	Mismas opciones de respuesta
Legumbres		Frecuencia de consumo de legumbres	Mismas opciones de respuesta
Huevos		Frecuencia de consumo de huevos	Mismas opciones de respuesta
Carnes magras		Frecuencia de consumo de carnes magras	Mismas opciones de respuesta
Pescados y mariscos		Frecuencia de consumo de pescados y mariscos	Mismas opciones de respuesta
Lácteos y sus derivados		Frecuencia de consumo de lácteos	Mismas opciones de respuesta
variable		Dimension	Indicadores

Verduras y hortalizas	física	Frecuencia de consumo de verduras y hortalizas	Mismas opciones de respuesta
frutas		Frecuencia de consumo de frutas	Mismas opciones de respuesta
Cereales y tubérculos		Frecuencia de consumo de cereales y tubérculos	Mismas opciones de respuesta
hidratación		Cantidad de agua ingerida diariamente	5 opciones que van desde menos de 1 litro hasta más de 2 litros.
Aceites y grasas		Tipos de grasas utilizados para cocinar alimentos	Opcion multirespuestas a 6 opciones y una de otras donde se mencionan los principales aceites utilizados en la cocina.
Apoyo familiar	Social	Nivel de apoyo que recibe de la familia para proyectos personales	5 opciones de respuesta desde incondicional, amplio, suficiente, escaso y nulo
Relacion con amigos		Nivel de calificación cuantitativa de la relación con amigos	5 opciones de respuesta que miden la calidad de la relación (Muy buena, buena, regular, mala y nula)
Relacion de ambiente académico		Calificación cualitativa que mantiene en su contexto socioacadémico	Mismas opciones de respuesta

Fuente: Elaboración propia

Validación del cuestionario

En el siguiente paso aplicamos a una pequeña muestra de estudiantes (15 en total de la carrera de Psicología). El propósito fue analizar la comprensión del mismo, desde léxico, expresiones, tiempo, dinamismo, precisión y pertinencia.

Se administró al grupo piloto para probar su pertinencia y eficacia, incluyendo las instrucciones del mismo. Después de analizar las observaciones realizadas por los estudiantes, las de mayor incidencia fueron:

- Es muy largo
- No comprendo qué es el aceite de colza.
- Las figuras no se ven claras.
- A mí me gusta el “Bacanora” y aquí no está.
- A mí me gusta el “Red Bull” y no está.
- Yo vivo con “Otros familiares”.
- El término “Bollerías” a qué corresponde.
- ¿Qué son las actividades vigorosas?

De acuerdo con algunos de estos comentarios se rediseñó el formato, el siguiente paso consistió en darle validez al instrumento de medición, siguiendo el método de validez de expertos, ello con el fin de conocer la evaluación de expertos en el área o disciplinas relacionadas y sobre lo exhaustivo del cuestionario para medir la variable y sus dimensiones física, social y mental.

Las características de los evaluadores agrupaban a profesores con grado de Doctorado en los ámbitos de la Actividad Física, Nutrición, Medicina Deportiva, Psicología y Salud Pública.

Se les pidió apoyo vía internet, al responder positivamente se les envía el instrumento con las siguientes indicaciones: se les pidió una valoración individual de las 28 preguntas y al final, una valoración general del cuestionario. También se les requirió que siguieran estas indicaciones: marque el valor que considere, en una escala de puntuación del 1 al 10, siendo del 1 a los 5 valores de no aprobación y a partir del 6 al 10 la calificación es positiva o aprobada, en relación a la adecuación del objetivo de la variable, al objetivo del estudio y a las respuestas propuestas relacionadas con éste.

A continuación, en la Tabla 4, mostramos la evaluación de los expertos a las variables sociodemográficas (sexo, estructura familiar, semestre y división académica).

Tabla 4

Resultados de la Validación de Expertos a las Variables Independientes

VARIABLES INDEPENDIENTES	JURADOS										PROMEDIO V.I.
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
SEXO	10	9	10	10	10	10	10	10	10	10	9.9
ESTRUCTURA FAMILIAR	7	8	10	10	10	7	10	8	8	10	8.1
SEMESTRE	10	8	10	10	10	8	8	9	10	9	9.2
DIVISIÓN	9	10	10	10	10	10	10	6	6	8	8.9
PROMEDIO POR JUEZ	9.0	8.75	10	10	10	8.75	9.5	8.25	8.5	9.25	9.2
DESVIACIÓN ESTANDAR	1.4	0.9	0	0	0	1.5	1	1.7	1.9	0.9	0.7

Fuente: elaboración propia

Tabla 5

Resultados de la Validación de Expertos a las Variables Dependientes

NÚMERO DE PREGUNTAS	JURADOS										PROMEDIO DE LAS PREGUNTAS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	10	9	10	10	10	9	8	10	9	8	9.3
2	7	9	10	10	10	10	10	8	9	10	9.3
3	10	9	7	8	10	10	10	8	7	9	8.8
4	10	9	8	10	10	10	9	8	7	9	9
5	10	8	9	10	9	8	10	10	10	10	9.4
6	10	9	7	10	10	8	10	10	10	8	9.2
7	10	9	9	10	10	9	10	10	8	10	9.5
8	10	9	7	10	10	9	9	10	10	10	9.4
9	10	9	8	10	10	9	9	9	8	10	9.2
10	10	9	9	10	10	9	9	10	10	10	9.6
11	10	8	10	10	10	9	8	9	10	10	9.4
12	10	10	10	10	10	9	9	9	10	10	9.7
13	10	9	10	10	10	9	10	9	10	8	9.5
14	10	10	10	10	10	10	10	10	8	9	9.7
15	10	9	10	10	10	10	10	8	8	7	9.2
16	10	9	9	10	10	10	10	10	8	10	9.6
17	10	9	8	10	10	10	10	8	8	9	9.2
18	10	9	10	10	10	10	9	8	9	10	9.5
19	10	9	10	10	10	10	10	10	7	10	9.6
20	9	9	10	10	10	10	10	8	7	10	9.3
21	10	9	10	10	10	10	10	10	8	10	9.7
22	10	9	10	10	10	10	10	8	6	10	9.3
23	10	9	10	10	10	9	10	8	6	10	9.2
24	10	9	10	10	10	10	10	10	6	10	9.5
25	10	9	10	10	10	10	10	9	8	10	9.6
26	10	8	10	10	10	10	10	10	8	8	9.4
27	10	8	10	9	10	10	10	10	7	8	9.2
28	10	9	10	9	10	8	10	10	9	9	9.4
PROMEDIO POR JUEZ	9.857	8.929	9.321	9.857	9.964	9.464	9.643	9.179	8.25	9.357	9.382142857
DESVIACIÓN ESTANDAR	0.591	0.466	1.056	0.448	0.189	0.693	0.621	0.905	1.323	0.911	0.216116518

Fuente: elaboración propia

Cuestionario administrado

Esta etapa del proceso muestra el tiempo y las fases que se realizaron en la recolección de información y la aplicación del instrumento.

El tiempo de la investigación fue de un año. Se realizaron las gestiones ante la Dirección de Servicios Escolares, solicitando la base de datos de los alumnos de la URC, se gestionó permiso ante los Directores de las Divisiones Académicas para llevar a cabo el llenado del instrumento. El cuestionario se aplicó en dos fases: la primera correspondió al *estudio piloto* que se aplicó a un total de 15 estudiantes de la carrera de Psicología, a principios del ciclo escolar 2016-1; la segunda fase consistió en el *estudio definitivo*, en el cual se extendió la aplicación del cuestionario a los estudiantes de todas las divisiones académicas, en los últimos dos meses del semestre 2016-1.

3.3. Analisis estadístico de los datos

Para llevar a cabo el análisis estadístico de los datos, iniciamos con una exploración de las variables. En primer lugar, vimos qué tipo de variable teníamos: cualitativa o cuantitativa. Después determinábamos la unidad de medida de cada variable. Es decir, en el caso de las cualitativas, éstas podían ser ordinales o cardinales (también llamadas categóricas).

Como segundo paso, a los diferentes tipos de variables (independientes y dependientes) les sacamos las estadísticas descriptivas, tales como frecuencia (conteo), suma, porcentajes; en algunos casos, promedio, desviación estándar, rango, entre otros.

Para las variables cualitativas hicimos un análisis exploratorio visual con gráficos de barras.

A Groso modo, analizamos los datos y procedimos a hacer un análisis inferencial, con nivel de confianza del 95% y un error de 5%. Iniciamos el análisis inferencial con las variables cualitativas. En todos los casos, utilizando la prueba de X^2 , y se complementaban con los estadísticos *Phi* y *V* de Cramer.

IV. RESULTADOS:

4.1. Analisis descriptivo de los resultados

Como observamos en la Gráfica 2, la percepción de la salud de los alumnos es, en general, positiva, ya que casi 85.0% mencionó tener excelente, muy buena o buena salud. El restante 15.0% calificó con respuestas de carácter negativo (regular o mala).

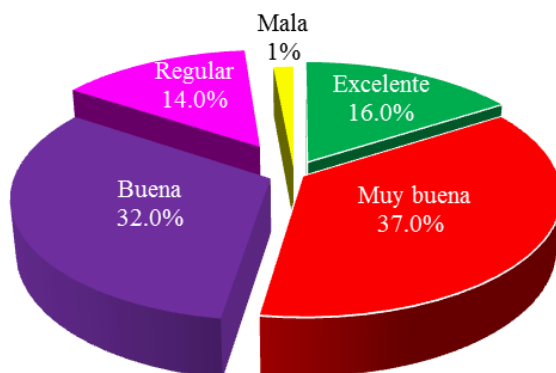


Gráfico 2. Percepción del estado de salud.

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 6, podemos ver en la desagregación por sexo, que muestra datos que resaltan a favor de los hombres, mientras que un 39,6% de los varones dice percibir su salud como “Muy buena”, solo el 33,6% de las mujeres la percibe de esta manera; en cambio, en los que perciben la salud como “Buena”, las mujeres tiene más alta percepción de su salud obteniendo un 34,1% por encima de los hombres que contabilizan 29,7%, así también, el porcentaje más alto de los que perciben su salud como “Excelente” son los hombres, con un 20,0%, con una diferencia de 8,2 puntos porcentuales por arriba de las mujeres, quienes registran 11,8% de los que dicen percibir una salud excelente, de este modo, podemos decir que, en general, ambos sexos presentan una percepción positiva sobre su salud. En el lado contrario, están quienes perciben de manera negativa su salud; en este caso la percepción de la mujer sobre su salud catalogada como “Regular” fue de 19,0%, mientras que el 9.1% de los hombres la percibe de esta manera, en cuanto a quienes perciben una salud en condición “Mala” ambos sexos presentan porcentajes similares que promedia 1,5% (1,6% para los hombres y 1,4% para las mujeres). El hecho que la mayoría de los hombres perciban mucho mejor la salud que las mujeres, podría deberse a las

múltiples tareas que tienen éstas, su estabilidad emocional es muy diferente al hombre y da como resultado que ésta sea más vulnerable.

Tabla 6

Percepción del estado de salud, según sexo y estructura familiar.

	SEXO				ESTRUCTURA FAMILIAR										TOTAL			
	Hombres		Mujeres		Padres		Tutores		Abuelos		Hermanos		Otros		Solos		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
a) Excelente	139	20.0	87	11.8	163	16.2	6	20.0	5	12.8	15	15.2	14	13.1	23	15.8	226	15.8
b) Muy buena	275	39.6	247	33.6	387	38.5	9	30.0	11	28.2	39	39.4	30	28.0	46	31.5	522	36.6
c) Buena	206	29.7	251	34.1	318	31.6	11	36.7	11	28.2	24	24.2	44	41.1	47	32.2	455	31.9
d) Regular	63	9.1	140	19.0	127	12.6	4	13.3	12	30.8	19	19.2	17	15.9	23	15.8	202	14.2
e) Mala	11	1.6	10	1.4	10	1.0	0	0.0	0	0.0	2	2.0	2	1.9	7	4.8	21	1.5
	694	100.0	735	100.0	1005	100.0	30	100.0	39	100.0	99	100.0	107	100.0	146	100.0	1426	100.0

Fuente: Elaboración propia.

Por su parte, la Tabla 7 referente a las divisiones académicas muestra que la que mejor percibe su estado de salud (positiva), con un 88.3%, es la División de Ingenierías, seguida, con 86.7%, por la División de Ciencias Exactas y Naturales, le secunda a su vez, con un 84.6%, la División de Ciencias Económico-Administrativas, mientras que un 84.1% de alumnos de la División de Humanidades y Bellas Artes perciben su salud de excelente a buena, después, con un 82.9%, está la División de Ciencias Sociales, y por último, con un 82.3%, se encuentra la División de Ciencias Biológicas y de la Salud.

Así, las divisiones que dicen percibir una salud de excelente a buena con mayores porcentajes presentan los porcentajes más bajos de los que perciben su salud de forma negativa, aquellas que dijeron tener una percepción de salud entre regular a mala, por ejemplo, el valor más alto alcanzado corresponde a la División de Ciencias Biológicas y de la Salud, con un 17.8%, seguida de la División de Ciencias Sociales, con un 17.1%, y de la División de Humanidades y Bellas Artes, con un 15.9%. Por su parte, las de menor porcentaje de valoración negativa de su estado de salud, corresponden a la División de Económico Administrativas, con un 15.4%, seguida de la División de Ciencias Exactas y Naturales, con un 13.3%, y con el porcentaje menor está la División de Ingenierías, con 11.6%. Podemos ver que el orden de las divisiones que tienen la valoración negativa, es completamente inverso a las de percepción positiva. Resalta el hecho de que la División de Ciencias Biológicas y de la Salud es la que presenta el porcentaje más alto de percepción negativa de su salud, llama la atención porque

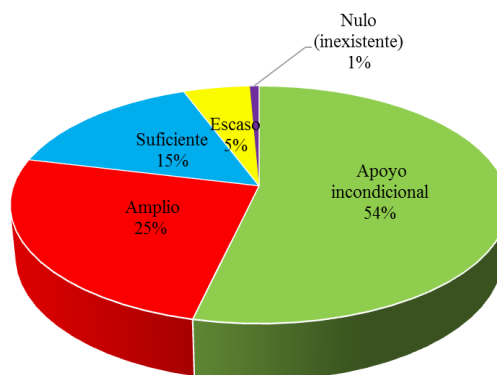
siendo esta un área que promueve la salud física (nutrición, cultura física, enfermería, medicina, y otras) entre los estudiantes se esperaría una percepción más positiva.

Tabla 7

Percepción del estado de salud

Percepción del estado de salud														
	DIVISIONES/TÍTULOS												TOTAL	
	Humanidad es/Artes		Econ./ Admvas.		Exáctas / Naturales		Ciencias Sociales		BioL/ Salud		Ingenierías			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
a) Excelente	16	10.6	58	20.8	6	13.3	61	14.1	33	13.4	54	19.6	228	15.9
b) Muy buena	61	40.4	84	30.1	12	26.7	155	35.9	96	38.9	114	41.3	522	36.5
c) Buena	50	33.1	94	33.7	21	46.7	142	32.9	74	30.0	76	27.5	457	32.0
d) Regular	22	14.6	40	14.3	5	11.1	67	15.5	39	15.8	29	10.5	202	14.1
e) Mala	2	1.3	3	1.1	1	2.2	7	1.6	5	2.0	3	1.1	21	1.5
	151	100.0	279	100	45	100	432	100	247	100	276	100	1430	100

Cuando se tiene el apoyo de la familia para realizar nuestros proyectos personales, la percepción de la vida cambia a favor de la persona, así es como en el siguiente Gráfico 3, podemos apreciar de forma positiva que el 54.0% obtiene un apoyo incondicional de su familia, esto es que sobrepasa la mitad del total, así también un 40.0% lo obtienen entre amplio y suficiente, lo que nos puede indicar que el 94.0% se encuentra con perceptiva de estabilidad familiar, que es la base de muchas necesidades humanas, mientras que un 6.0% tiene escaso y nulo apoyo familiar, lo cual afecta negativamente al individuo en esta situación.



Fuente: elaboración propia

Gráfico 3. Apoyo que le brinda su familia para sus proyectos personales

En la Tabla 8 en relación al sexo, ambos sienten que sus familias los apoyan en sus proyectos personales, pues tanto hombres como mujeres tienen similitud en los porcentajes (93.8% los primeros y un 94.7% las mujeres) de quienes dicen tener entre un apoyo incondicional, amplio y suficiente.

En el lado contrario, en la tabla en mención encontramos que el 6.2% de los hombres y un 5.3% de las mujeres expresan tener un escaso y hasta inexistente apoyo familiar para sus proyectos personales. Es decir, no se muestran diferencias amplias en la desagregación por sexo del apoyo recibido por parte de su familia.

Tabla 8

Apoyo que le brinda su familia para sus proyectos personales, según sexo y estructura familiar.

Apoyo que le brinda su familia para sus proyectos personales																		
	SEXO				ESTRUCTURA FAMILIAR												TOTAL	
	Hombres		Mujeres		Padres		Tutores		Abuelos		Hermanos		Otros		Solos		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
a) Apoyo incondicional	342	49.3	426	58.0	538	53.5	14	46.7	15	38.5	60	60.6	55	51.4	83	56.8	765	53.6
b) Amplio	187	26.9	170	23.1	258	25.7	8	26.7	12	30.8	22	22.2	27	25.2	32	21.9	359	25.2
c) Suficiente	122	17.6	100	13.6	159	15.8	6	20.0	7	17.9	12	12.1	15	14.0	21	14.4	220	15.4
d) Escaso	36	5.2	36	4.9	46	4.6	2	6.7	5	12.8	4	4.0	8	7.5	7	4.8	72	5.0
e) Nulo (inexistente)	7	1.0	3	0.4	4	0.4	0	0.0	0	0.0	1	1.0	2	1.9	3	2.1	10	0.7
	694	100.0	735	100.0	1005	100.0	30	100.0	39	100.0	99	100.0	107	100.0	146	100.0	1426	100.0

Fuente: Elaboración propia.

En el siguiente panorama la Tabla 9 observamos positivamente que el 57.3% de los alumnos que pertenecen a las seis divisiones académicas expresan recibir apoyo de forma incondicional por parte de su familia para sus proyectos personales, un 25.1% dice tener un amplio apoyo y un 15.5% se le brinda de manera suficiente; mientras que un 5.7% dice recibir apoyo escaso o nulo para sus proyectos personales. Si desagregamos por divisiones, encontramos que las divisiones que tienen alumnos con más apoyo de la familia (incondicional, amplio y suficiente) para sus proyecto personales son la División de Ingenierías, con 96.0%, seguida de la División de Humanidades y Bellas Artes, con un 95.4%, continuando con la División de Ciencias Sociales, con un 95.1%, luego con un 93.3% la División de Ciencias Exactas y Naturales, y con un punto porcentual de diferencia está la División de Ciencias Económicas-Administrativas, con 93.2%, por último, con un 91.9% la División de Ciencias Biológicas y de la Salud.

Y con un panorama poco alentador o negativo lo presentan quienes mencionaron tener apoyo escaso o nulo, donde la División con el porcentaje de menor apoyo fue Ciencias Biológicas y de la Salud, con un 8.1%, una diferencia de cuatro puntos porcentuales por arriba de la División de Ingenierías, donde solo un 4.0% dice tener escaso apoyo o nulo.

Tabla 9

Apoyo que le brinda su familia para sus proyectos personales, según divisiones/títulos.

Apoyo que le brinda su familia para sus proyectos personales														
	DIVISIONES/TITULOS												TOTAL	
	Humanidades/Artes		Econ./ Admvas.		Exáctas / Naturales		Ciencias Sociales		BioL/ Salud		Ingenierías		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
a) Apoyo incondicional	78	51.7	151	54.1	24	53.3	245	56.7	132	53.4	138	50.0	768	53.7
b) Amplio	48	31.8	67	24.0	11	24.4	103	23.8	57	23.1	73	26.4	359	25.1
c) Suficiente	18	11.9	42	15.1	7	15.6	63	14.6	38	15.4	54	19.6	222	15.5
d) Escaso	6	4.0	18	6.5	3	6.7	16	3.7	19	7.7	9	3.3	71	5.0
e) Nulo (inexistente)	1	0.7	1	0.4	0	0.0	5	1.2	1	0.4	2	0.7	10	0.7
	151	100.0	279	100	45	100	432	100	247	100	276	100	1430	100

Fuente: Elaboración propia.

La relación que podamos mantener con nuestro contexto debe ser lo más saludable posible para lograr una mejor armonía entre las personas, es así como podemos apreciar en el Gráfico 4 que el 58.0% de los estudiantes considera que mantiene una “Muy buena” relación con sus amigos, un 36.0% opina que es “Buena”, mientras que el 5.0% dice que mantiene una relación “Regular” y solo el 1.0% tiene una “Mala” relación con sus amigos. Esto es, los alumnos mantienen vínculos sociales que podemos considerar sanos (categorías Buena o Muy buena), y no se presentan casos de personas antisociales que no tengan amigos (ya que 0.0% mencionó que su relación fuera nula o inexistente).

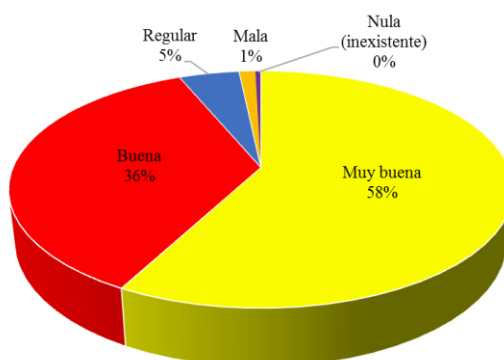


Gráfico 4. Relación que mantiene con los amigos.

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 10 referente al sexo observamos que las relaciones de hombres son más positivas que la de las mujeres, ya que poco más del 95.0% de los hombres mantienen una “Muy buena y Buena” relación con sus amistades frente al 92.2% de las mujeres que opinan lo mismo, teniendo los hombres una diferencia de casi tres puntos porcentuales por arriba de las mujeres.

En cambio, quienes mantienen una amistad que va de regular a inexistente o nulo, con un 6.9%, están las mujeres, dos puntos porcentuales por arriba de los hombres, con un 4.9%, atreviéndonos a decir que los hombres mantienen mejor relación con sus amistades que las mujeres.

Tabla 10

Relación que mantiene con los amigos. Según sexo y estructura familiar.

Relación que mantiene con los amigos																			
	SEXO				ESTRUCTURA FAMILIAR												TOTAL		
	Hombres		Mujeres		Padres		Tutores		Abuelos		Hermanos		Otros		Solos		N	%	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
a) Muy buena	398	58.4	429	57.3	575	57.2	21	70.0	26	66.7	66	66.7	57	53.3	80	54.8	825	57.9	
b) Buena	242	36.7	270	34.9	372	37.0	7	23.3	10	25.6	27	27.3	40	37.4	57	39.0	513	36.0	
c) Regular	38	3.8	28	5.5	42	4.2	0	0.0	1	2.6	4	4.0	9	8.4	8	5.5	64	4.5	
d) Mala	10	1.1	8	1.4	15	1.5	1	3.3	1	2.6	0	0.0	0	0.0	1	0.7	18	1.3	
e) Nula (inexistente)	6	0.0	0	0.9	1	0.1	1	3.3	1	2.6	2	2.0	1	0.9	0	0.0	6	0.4	
	735	100.0	694	100.0	1005	100.0	30	100.0	39	100.0	99	100.0	107	100.0	146	100.0	1426	100.0	

Fuente:

Elaboración propia

Tabla 11

Relación que mantiene con los amigos, según divisiones/títulos.

Relación que mantiene con los amigos															
	DIVISIONES/TÍTULOS												TOTAL		
	Humanidades/Artes		Econ./ Admvas.		Exáctas / Naturales		Ciencias Sociales		Biol./ Salud		Ingenierías		N	%	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
a) Muy buena	89	58.9	155	55.6	22	48.9	250	57.9	142	57.5	169	61.2	827	57.8	
b) Buena	54	35.8	109	39.1	19	42.2	148	34.3	95	38.5	89	32.2	514	35.9	
c) Regular	7	4.6	13	4.7	3	6.7	21	4.9	8	3.2	14	5.1	66	4.6	
d) Mala	0	0.0	2	0.7	0	0.0	11	2.5	2	0.8	2	0.7	17	1.2	
e) Nula (inexistente)	1	0.7	0	0.0	1	2.2	2	0.5	0	0.0	2	0.7	6	0.4	
	151	100.0	279	100	45	100	432	100	247	100	276	100	1430	100	

Fuente:

Elaboración propia.

A continuación la Tabla 12 nos muestra que en promedio en las diferentes divisiones académicas el 93.7% de sus estudiantes mantienen una “Muy buena y Buena” relación con sus amistades, contra un 6.0% que opina que la relación con sus amigos es regular, mala o inexistente. De hecho, la brecha que separa el valor más alto (96.0%) y el más bajo (91.1%) es de apenas 4.9 puntos porcentuales, percibiéndose un contexto agradable entre ellos en todas las divisiones académicas.

Las divisiones que alcanzaron más alto porcentaje en mantener “Muy buena o Buena” relación con los amigos fueron Ciencias Biológicas y de la Salud, con 96.0%, seguida de Humanidades y Bellas Artes, con 94.7%, y de Ciencias Económico-Administrativas, con 94.6%.

En el lado opuesto, están las divisiones que dijeron tener relaciones regulares, malas o nulas, donde Ciencias Exactas y Naturales resultó ser la más alta, con 8.9%, seguida de Ciencias Sociales, con 7.9%, y de Ingenierías, con 6.5%.

En el Gráfico 5 se observa que el 59.0% (más de la mitad) manifiesta que la relación con su contexto socio académico es “Buena”, seguida de un 27.0% de quienes opinan que su relación con los compañeros de clase y maestros es “Muy buena”, de esta manera, podemos percibir que en su mayoría el alumno mantiene una relación bastante positiva en su ambiente académico.

Opuesto a esto, el 14.0% opina que mantiene una relación “Regular” (12.0%), “Mala” (1.0%) y hasta “Inexistente” (1.0%) entre compañeros de clase y maestros; por lo que podríamos visualizar que existe un panorama ameno y de buen ambiente, aunque no del todo excelente, ya que solo muestra cierta estabilidad entre compañeros y maestros.

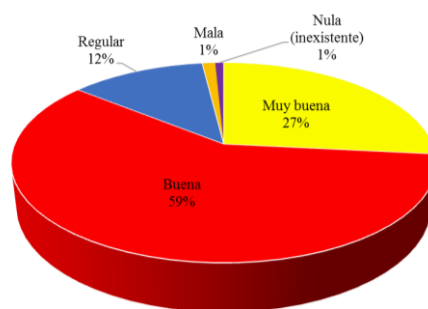


Gráfico 5. Relación que mantiene en su contexto socio-académico.

Fuente: Elaboración propia

En la siguiente Tabla 12 observamos que las mujeres mantienen una mejor relación en su contexto socio-académico a diferencia de los hombres. El 88.3% de las mujeres dice tener una relación entre “Muy buena” y “Buena”, mientras que los hombres presentan porcentajes por debajo de las mujeres, con 83.1% que expresaron llevar una relación catalogada como “Muy buena” y “Buena”, esto nos indica que hay una relación positiva, que se mantiene estable, pero en la que la desagregación por sexo sí muestra diferencias (5.2 puntos porcentuales) importante entre ambos grupos.

Mientras que, con un panorama negativo, casi el 17.0% de los hombres expresan que mantienen una relación entre “Regular”, “Mala” e “Inexistente” en su contexto socio académico, las mujeres obtuvieron el 11.8% de los que opinan que mantienen una relación poco favorable, esto es, entre regular, mala y /o nula, lo que las sitúa por debajo del hombre con cinco puntos porcentuales menos, por lo que, desde esta perspectiva el ambiente socio-académico parece resultar ser más benéfico para la mujer más que para el hombre.

Tabla 12

Relación que mantiene en su contexto socio-académico, según sexo y estructura familiar.

	Relación que mantiene en su contexto socio-académico (compañeros-profesores)																	
	SEXO				ESTRUCTURA FAMILIAR												TOTAL	
	Hombres		Mujeres		Padres		Tutores		Abuelos		Hermanos		Otros		Solos		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
a) Muy buena	172	24.8	208	28.4	272	27.1	6	20.0	10	25.6	25	25.5	29	27.1	37	25.3	379	26.6
b) Buena	404	58.3	439	59.9	598	59.6	18	60.0	23	59.0	58	59.2	68	63.6	78	53.4	843	59.2
c) Regular	96	13.9	79	10.8	114	11.4	6	20.0	4	10.3	13	13.3	8	7.5	28	19.2	173	12.2
d) Mala	12	1.7	5	0.7	13	1.3	0	0.0	1	2.6	0	0.0	0	0.0	3	2.1	17	1.2
e) Nula (inexistente)	9	1.3	2	0.3	6	0.6	0	0.0	1	2.6	2	2.0	2	1.9	0	0.0	11	0.8
	693	100.0	733	100.0	1003	100.0	30	100.0	39	100.0	98	100.0	107	100.0	146	100.0	1423	100.0

Fuente: Elaboración propia.

Como podemos observar en el presente Gráfico 6, el 80.0% de los estudiantes de las diferentes divisiones académicas no fuman tabaco, en comparación con el 20.0% que dice sí fumar.

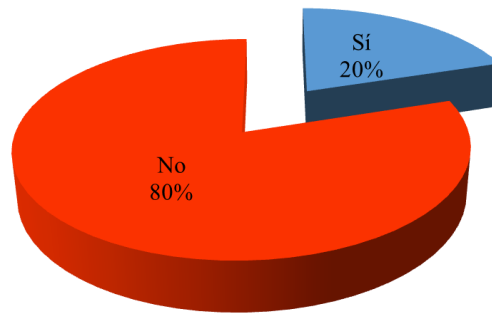


Gráfico 6. ¿Habitualmente fumas (tabaco)?.

Fuente: Elaboración propia.

Respecto a las divisiones académicas y el hábito de fumar, la Tabla 12 nos indica que solo el 20.2% del total de las divisiones que representan a la Universidad, Campus Hermosillo, fuman tabaco, y que las divisiones con más consumo son la División de Ciencias Económico Administrativas, con un 23.9%, y con una mínima diferencia, está la División de Ingenierías, con 23.2%, seguida de la División de Humanidades y Bellas Artes, con un 21.5%, mientras que más abajo está la División de Ciencias Sociales, con un 18.1%, después con un 1.1. puntos porcentuales de diferencia, sigue la División de Ciencias Biológicas y de la Salud (17.1%) y, por último, está la división con menos hábito al tabaco que es Ciencias Exactas y Naturales, con un 11.1%, alejándose del primer lugar en 12.8 puntos porcentuales por debajo.

Tabla 13

¿Habitualmente fumas (tabaco)?, según divisiones/título.

¿Habitualmente FUMAS (tabaco)?														
	DIVISIONES/TÍTULOS												TOTAL	
	Humanidades/ Artes		Econ./ Admvas.		Exáctas / Naturales		Ciencias Sociales		Biol/ Salud		Ingenierías			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
a) Sí	26	21.5	66	23.9	5	11.1	78	18.1	42	17.1	64	23.2	281	20.2
b) No	95	78.5	210	76.1	40	88.9	353	81.9	203	82.9	212	76.8	1113	79.8
	121	100.0	276	100.0	45	100.0	431	100.0	245	100	276	100.0	1394	100.0

Fuente:

Elaboración propia.

Una de las mayores causas de muerte a nivel mundial es el consumo del tabaco, en el presente Gráfico 7 el 81.0% de los estudiantes de la Universidad de Sonora fuman entre 1 y 5 cigarrillos al día, seguido del 12.0% que fuman de 6 a 10 cigarros al día y, concentrando los siguientes porcentajes, podemos apreciar que el 7.0% fuma de 11 a más de 20 cigarrillos diarios.

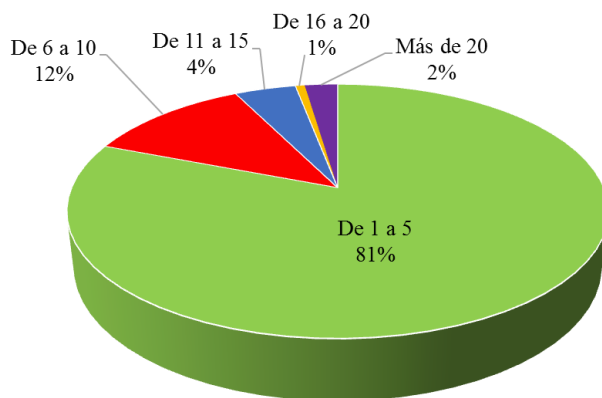


Gráfico 7. ¿Cuántos cigarrillos fumas al día?

Fuente: Elaboración propia

En México la mayor parte de los accidentes es por el alto consumo de alcohol; en el presente Gráfico 8 podemos apreciar las bebidas más ingeridas por los universitarios, observamos que el 31.9% prefiere consumir cerveza, seguida del 22.2% que dice que no suele beber, el 15.7% ingiere otro tipo de bebidas como el whisky, ginebra, y ron, con 12.7% están los que ingieren tequila, después con un 10.1% encontramos a los que suelen ingerir bebidas energizantes (estas

se incluyen ya que son mezcladas con alcohol) y el resto, con un 7.4%, ingieren bebidas como vino y bacanora (bebida típica de la región)

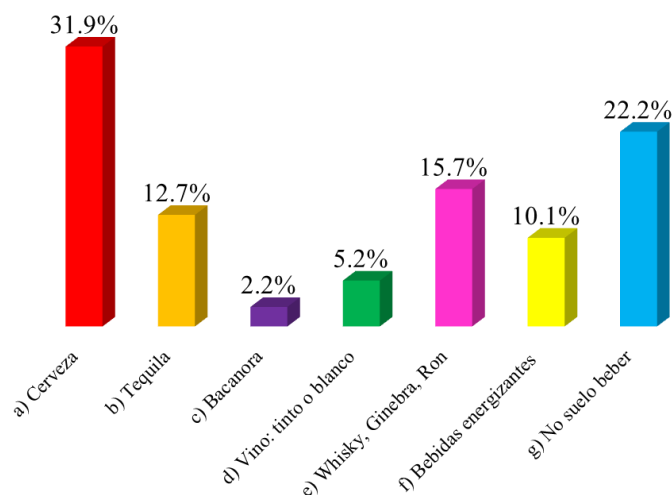


Gráfico 8. Tipo de bebida que suelen ingerir.

Fuente: Elaboración propia

Como observamos en la Tabla 13 los alumnos que más beben cerveza están en las divisiones de Ingenierías, con un 39%, Humanidades y Bellas Artes, con 31.4%, seguida de Económico Administrativas, con 30.6%, después esta Ciencias Sociales, con 30.3%, luego Ciencias biológicas y de la Salud, con el 29.1%, y por último, con un 28.8%, la División de Ciencias Exactas y Naturales.

En cuanto al whisky, ginebra, ron las divisiones con mayor preferencias por estas están primeramente, Ciencias Económico Administrativas, con 16.9%, Ingenierías, con el 16.3%, Humanidades y Bellas Artes, con 16.2%, Ciencias Sociales, con el 15.1%, Ciencias biológicas y de la Salud, con el 14.4% y, finalmente, Ciencias Exactas y Naturales, con 11.9%. La bebida consumida en menor proporción es el Tequila, 14.7%

que dijeron consumirlo pertenecen a la División de Humanidades y Bellas Artes, seguida de un Ciencias Biológicas y de la Salud, con, 14.1%, 13.9% es de Económico Administrativas, un 11.5% de Ciencias Sociales y 8.5% de la División de Ciencias Exactas y Naturales.

Las bebidas energizantes son hoy una opción más para adulterar las bebidas alcohólicas y están son más consumidas en las divisiones de Humanidades y Bellas Artes, con un 11.5%,

seguida de las Ingenierías, con el 11%, Ciencias Sociales, con el 10.1%, y con una mínima diferencia, el 10.0% de Ciencias Biológicas y de la Salud, después esta Económico Administrativas, con un 8.9%, y con 8.5% la División de Ciencias Exactas y Naturales. La bebida más fuerte de la región conocida como la bacanora, es consumida por el 2.3% (promedio porcentual) de las divisiones.

Asimismo, tenemos que las divisiones académicas que tienen menos consumo de alcohol, son: Ciencias Exactas y Naturales, con 35.6%, seguidas de Ciencias Biológicas y de la Salud, con 26.8%, después sigue, con 24.3% Ciencias Sociales, Económico Administrativas, con 19.5%, Humanidades y Bellas Artes, con un 18.3%, y en último lugar está la división de Ingenierías, con un 17.1%

Tabla 14

¿Qué tipo de bebidas sueles ingerir?, según divisiones/títulos.

¿Qué tipo de bebidas sueles ingerir?														
	DIVISIONES/TÍTULOS												TOTAL	
	Humanidades/Artes		Econ./Admvas.		Exáctas / Naturales		Ciencias Sociales		Biol/ Salud		Ingenierías			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
a) Cerveza	60	31.4	130	30.6	17	28.8	182	30.3	99	29.1	160	39.0	648	32.0
b) Tequila	28	14.7	59	13.9	5	8.5	69	11.5	48	14.1	48	11.7	257	12.7
c) Bacanora	1	0.5	11	2.6	1	1.7	19	3.2	6	1.8	8	2.0	46	2.3
d) Vino: tinto o blanco	14	7.3	32	7.5	3	5.1	33	5.5	13	3.8	12	2.9	107	5.3
e) Whisky, Ginebra	31	16.2	72	16.9	7	11.9	91	15.1	49	14.4	67	16.3	317	15.6
f) Bebidas energizantes	22	11.5	38	8.9	5	8.5	61	10.1	34	10.0	45	11.0	205	10.1
g) No suelo beber	35	18.3	83	19.5	21	35.6	146	24.3	91	26.8	70	17.1	446	22.0
	191	100.0	425	100.0	59	100.0	601	100.0	340	100.0	410	100.0	2026	100.0

Fuente: Elaboración propia.

Según encuestas nacionales sobre el consumo de drogas más utilizadas por los jóvenes mexicanos, caen estas primeras citadas (marihuana, cocaína). En el presente Gráfico 9, apreciamos que 66.2% dijo no consumir sustancias toxicológicas, sin embargo, un significativo porcentaje de 33.8% si ha consumido alguna sustancia, de estas la marihuana es la más consumida, con 11.5%, seguida del consumo de cocaína, con 7.3%, y de otras sustancias, con

un 5.6%, los porcentajes restantes se refieren desde el 2.1% a 2.6% a estupefacientes como cristal, pastillas, pegamento, hachís.

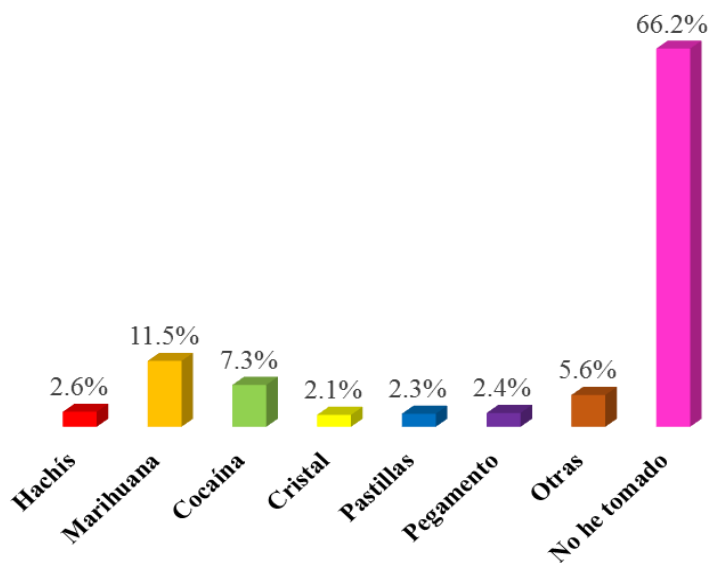


Gráfico 9. Tipo de sustancias toxicológicas que consumen los universitarios.

Fuente: Elaboración propia

En relación a la dieta equilibrada y la percepción de los estudiantes, se observó lo siguiente:

En el presente Gráfico 10 donde expresa el estudiante sobre una dieta equilibrada, apreciamos el 46.0% dijo que en “algunas ocasiones” cree que su dieta es equilibrada, mientras que un 27.0% responde a que “habitualmente” su dieta es equilibrada, un 17.0% mencionó que en “escasas ocasiones” y un 6.0% considera que su dieta “siempre” es equilibrada, por el contrario el 4.0% nos indica que “nunca” ha sido equilibrada, por tanto la mayor parte de los estudiantes considera que su dieta no tiene un equilibrio en nutrientes.

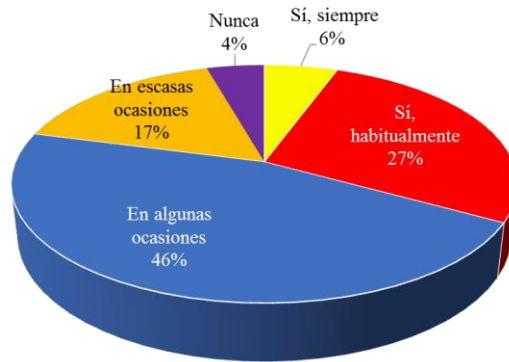


Gráfico 10. ¿Considera que su dieta es equilibrada?

Fuente: Elaboración propia

En el presente Gráfico 11, podemos apreciar que el consumo de bollerías puede ser “diariamente” (todos los días), “semanalmente” (con frecuencia), “ocasionalmente” (algo casual, ocasional) y “no ingiero” (no consume), también podemos notar que el 49.0% opina que consume bollerías de forma “ocasional”, de vez en cuando, el 30.0% “semanalmente”, que puede ser un fin de semana a otro, o un día, el 13.0% dijo consumir bollerías “diariamente” y un 8.0% que “no consume”, en general puede notarse que el estudiante si consume bollerías de manera frecuente.

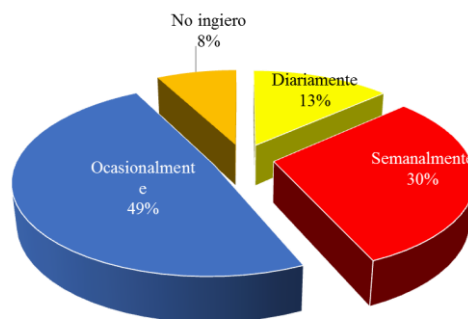


Gráfico 11. Consumo de bollerías.

Fuente: Elaboración propia

Como podemos apreciar en el Gráfico 12 el consumo de bebidas gaseosas y refrescos nos indica que el 29.0% de los universitarios consume “diariamente” este tipo de bebidas, por otra parte, el 26.0% dijeron consumirlos “semanalmente”, mientras que el 32.0% dijo que

“ocasionalmente” y un 13.0% dijo “no ingerirlas”. Según Malik (2010) citado por Tenorio (2014).: un consumo habitual de refrescos puede ocasionar resistencia a la insulina, inflamación, disfunción de las células β hipertensión y altos niveles de triglicéridos. Lo anterior por los ingredientes que poseen dentro de los cuales se encuentran: sacarosa, altas concentraciones de jugo de fruta y jarabe de maíz con altos niveles de fructosa. Problemática de salud que ya se tiene con los universitarios de la URC.

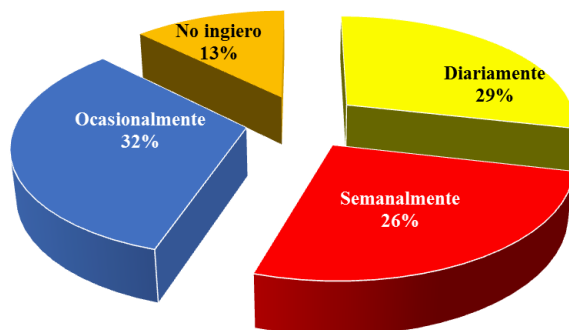


Gráfico 12. Consumo de bebidas gaseosas y refrescos.

Fuente: Elaboración propia

El Gráfico 13 nos muestra de manera general la frecuencia del consumo de embutidos (de puerco, de res, otros) donde el 13.0% dijo ingerirlos “diariamente”, un porcentaje grande del 44.0% los consume “semanalmente”, el 39.0% dijo consumirlos “ocasionalmente” y solo el 4.0% no los hace parte de su dieta.

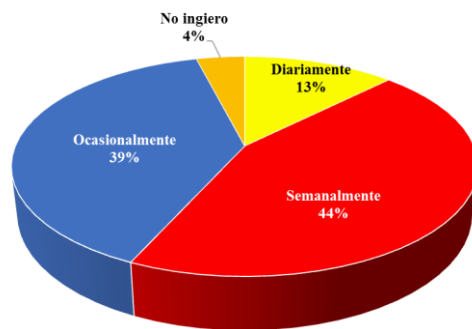


Gráfico 13. Consumo de embutidos.

Fuente: Elaboración propia

El consumo de frutos secos referente al Gráfico 14, nos presenta que el 55.0% de la media de la población encuestada dijeron consumirlos de forma “ocasional”, muy por debajo de estos, el 20.0% los consume “semanalmente”, mientras que el 19.0% “no consume” y solo un 6.0% de los universitarios encuestados dijeron consumirlos “diariamente”. Estos productos tienen un costo alto para muchos universitarios y por otra la falta de información y cultura alimentaria, sobre la importancia de ingerirlos por su contenido nutrimental.

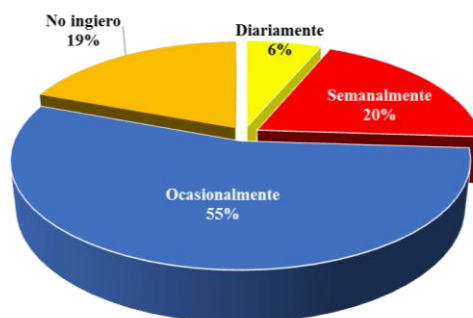


Gráfico 14. Consumo de frutos secos.

Fuente: Elaboración propia.

En el Gráfico 15 apreciamos que el 41.0% consume legumbres “semanalmente”, mientras que un 35.0% los consume “diariamente”, por su parte un 21.0% los ingiere de forma “ocasional” y solo un 3.0% no forman parte de su dieta alimentaria. Por su abundancia y costo, son alimentos básicos del hombre, constituyen la fuente más importante de proteína vegetal, también proporcionan hierro, tiamina, riboflavina, niacina, piridoxina y fibra, nutrimentos que no deben faltar en una dieta. (Esquivel, Martínez, Martínez, 2003).

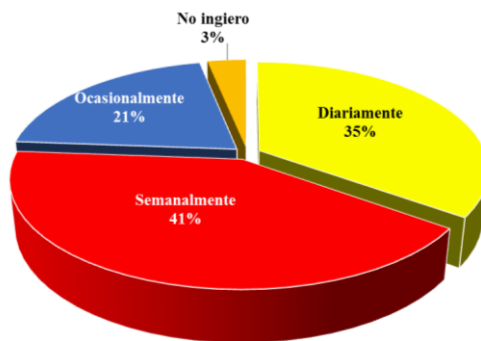


Gráfico 15. Consumo de legumbres

Fuente: Elaboración propia

En el presente Gráfico 16 nos muestra la frecuencia del consumo del huevo entre los universitarios encuestados, indicando que el 38.0% lo consume de forma “semanal”, el 33.0% dijeron consumirlo “diariamente”, continuando con el 20.0% que es para quienes dijeron que lo consumen “ocasionalmente” y el 9.0% “no lo ingiere”.

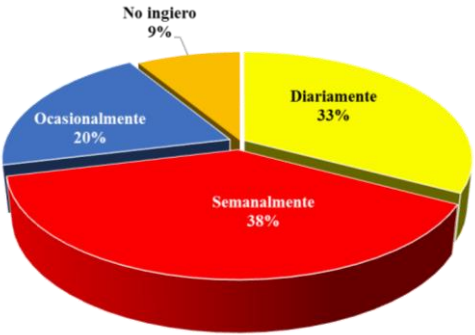


Gráfico 16. Consumo de huevos.

En el presente Gráfico 17, en relación al consumo de carne de pollo u otras carnes magras, observamos que más arriba de la media, el 57.0% dijeron consumirlos “semanalmente”, el 20.0% dijeron que ingieren “diariamente” este tipo de carnes, mientras que el 19.0% solo lo consume “ocasionalmente” y el 4.0% restante dijeron que “no lo consumen”. Podríamos deducir que, en cuestión de consumo de carnes, esta debe tener relación con la economía y con quienes viven, siendo un indicador de su consumo y su frecuencia.

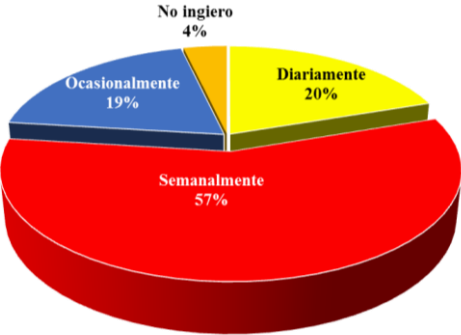


Gráfico 17. Consumo de carne de pollo u otras carnes magras.

Fuente: Elaboración propia

En el Gráfico 18 apreciamos que el 56.0% más arriba de la media consume la carne de pescado y mariscos de manera “ocasional”, mientras que el 35.0% lo ingieren “semanalmente”, a su vez el 7.0% “no lo ingiere”, y solo el 2.0% dijeron consumirlo “diariamente”.

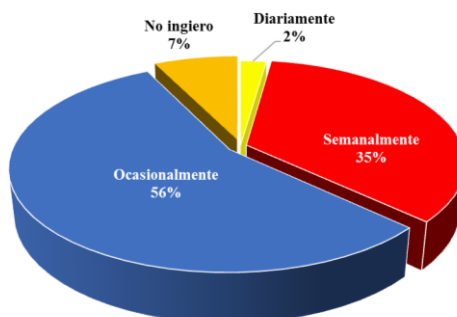


Gráfico 18. Consumo de carne de pescados o mariscos

En el Gráfico 19 se puede observar con claridad, cual es el tipo de grasa más utilizado según respuesta del universitario, el 36.1% suelen cocinar con el “aceite de oliva”, siendo este uno de los más utilizados, seguido con el 30.2% para el “aceite de maíz”, con una gran diferencia del primero, empezaremos a observar que los siguientes tipos de grasa van disminuyendo considerablemente, el 10.0% dijo utilizar la “manteca de cerdo” (este tipo de grasa, es muy utilizado para darle sabor a ciertas comidas tradicionales de la región), seguido del “aceite de soja”, utilizado por el 9.7%, con 7.8% cocinan con el “aceite de girasol”, un 5.0% dijeron utilizar “otro tipo de aceites” (como puede ser el de aguacate, el de cacahuate, ajonjolí), y con el 1.3% el “aceite de colza” (colza, es la semilla, con la que se produce este aceite, muy utilizado en Europa y conocido como aceite de canola).

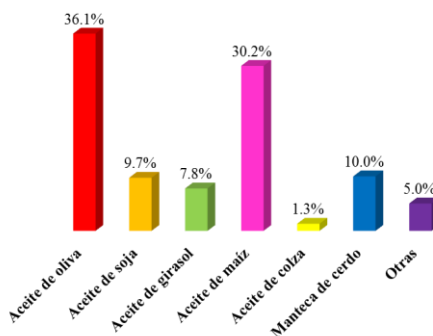


Gráfico 19. Tipo de grasas con que suelen cocinar.

Fuente: Elaboración propia

En el siguiente Gráfico 20 referente al consumo de leche y sus derivados observamos que existe un buen porcentaje de universitarios que lo tiene dentro de su dieta diaria, así se contempla, que el 62.0% dijo consumirlo “diariamente”, continuando con el 26.0% que dijeron consumirla “semanalmente”, mientras que un 10.0% lo hace de forma “ocasional” y un 2.0% “no lo ingiere”.

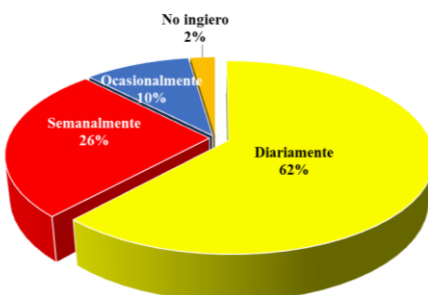


Gráfico 20. Consumo de leche y/o sus derivados. Fuente: Elaboración propia

En el Gráfico 21 con respecto al consumo de hortalizas o verduras, observamos que arriba del promedio con el 57.0% dijeron consumirlo “a diario”, el 30.0% lo consume “semanalmente”, mientras que el 11.0% solo las consume de forma “ocasional” y un 2.0% no las llega a consumir.

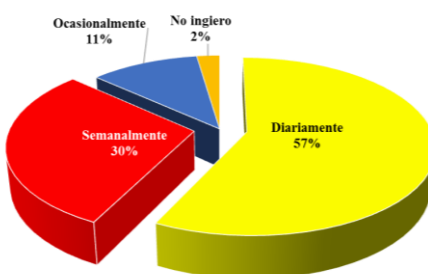


Gráfico 21. Consumo de hortalizas o verduras.

Fuente: Elaboración propia

El presente Gráfico 22 que se refiere al consumo de frutas, otro elemento del “plato del buen comer” analizamos que el 41.0% solo las consume con una frecuencia “semanal”, el 39.0%

las llega a consumir “diariamente”, pero un 18.0% solo las consume “en ocasiones” y el 2.0% no las contempla en su dieta.

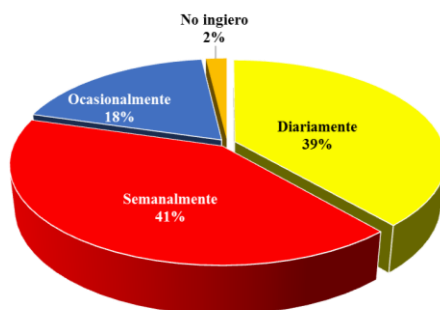


Gráfico 22. Frecuencia de consumo de frutas
Fuente: Elaboración propia

El Gráfico 23 con respecto a la frecuencia del consumo de cereales o tubérculos, observamos que por arriba del promedio general, el 61.0% las consume “diariamente”, el 29.0% las consume con una frecuencia “semanal”, mientras que el 8.0% solo “ocasional” y un 2.0% “no los ingiere”.

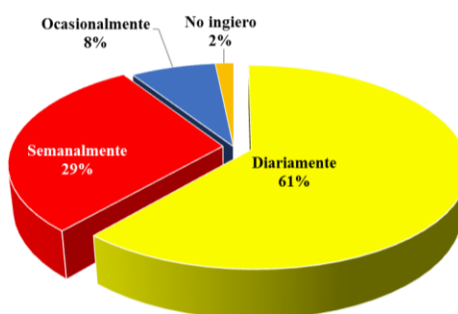


Gráfico 23. Frecuencia de consumo de cereales o tubérculos.
Fuente: Elaboración propia

La intensidad de la actividad física según recomendaciones de la OMS se distribuye en leves, moderadas y vigorosas, en el Gráfico 24 observamos que el 37.7% realiza actividad física con una intensidad “leve”, es decir, aquellas que requieren un gasto energético por encima del gasto en reposo (basal) en la que la frecuencia respiratoria apenas se modifica y el ritmo cardíaco es menor a las 120 pulsaciones por minuto (casi un nivel de sedentarismo), con una mínima diferencia el 36.5% realiza actividades de intensidad “moderadas” (aquellas que requieren

aumento del ritmo respiratorio y una frecuencia cardiaca de 120 a 140 pulsaciones por minuto: ppm) y el 25.8% realiza actividades de intensidad “vigorosa”(aquellas que requieren un gran esfuerzo, provoca una respiración rápida y un aumento sustancial de la frecuencia cardiaca de 140 a 180 ppm.

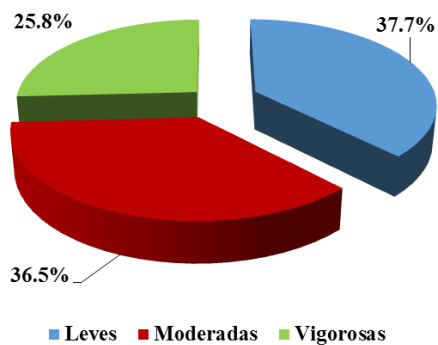


Gráfico 24. Intensidad de la actividad física

Fuente: Elaboración propia

V. CONCLUSIONES

A continuación, se destacan las principales conclusiones que se extraen de la misma con el objeto de dar respuesta al estudio en cuestión.

Uno de los objetivos específicos fue identificar cual es el nivel de actividad física que realizan los estudiantes de la Unidad Regional Centro.

Los estudiantes de la Unidad Regional Centro realizan más actividades físicas con intensidad leve que las recomendadas de moderadas a vigorosas. Es decir, los estudiantes no cumplen con las recomendaciones mínimas que sugiere la OMS donde un adulto debe alcanzar de 30 minutos diarios o 150 minutos a la semana de actividades con intensidad de “moderadas” a “vigorosas”.

En cuanto al objetivo específico de identificar los tóxicos más consumidos por los universitarios de la URC, la marihuana y la cocaína son las sustancias más consumidas entre los universitarios, con 11.5 y 7.3%, respectivamente. Y de hecho, encontramos que son los estudiantes de últimos semestres más consumidores que los de los primeros de estas drogas; 12.6% de los semestres avanzados fuma marihuana contra 10.8% de los primeros mientras que 8.0% de los semestres de quinto a noveno inhala cocaína frente a 6.9% de los de primero a cuarto.

Las mujeres que creen tener una dieta equilibrada “siempre” y “habitualmente” solo 25.0% está en riesgo. Mientras que 51.3% de las mujeres que están en riesgo dijeron que “en algunas ocasiones” su dieta es equilibrada.

Se concluye que las percepciones que tienen el estudiante con respecto a su salud, a dieta equilibrada, pueden ocasionar a futuro riesgos en la salud física principalmente, en cuanto a las relaciones sociales que tienen el estudiante dentro y fuera del contexto universitario son en general buenas, esto aporta gran importancia para su estabilidad emocional y social.

Y por último concluimos que los desafíos que se le presentan a las políticas de salud son pasar de un modelo basado en la curación de las enfermedades para llegar a un *modelo basado en la promoción de la salud*, siendo la mejor herramienta para enfrentarse a las mismas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alcaraz, M.P. (2008). Propuesta de comunicación educativa para la promoción de la salud en el área de deporte curricular de la Universidad de Sonora (tesis no publicada) Universidad de Sonora.
- Alcalá, J., Huerta, S., García, G., Hernández, D. y Yamamoto, L. (2012) Promoción de la salud. Promoción de la salud en el ciclo de la vida. (pp.93-95). México, D.F. McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- Arrivillaga, M., y Salazar, I. (2005). Creencias relacionadas con el estilo de vida de jóvenes latinoamericanos. *Psicología Conductual*, 13, (1), 19-36.
- Ávila-Agüero, María Luisa. (2009). Hacia una nueva Salud Pública: determinantes de la Salud. *Acta Médica Costarricense*, 51(2), 71-73. Recuperado de la http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022009000200002&lng=en&tlng=es.
- Barría, R. M. y Amigo, H. (marzo,2006). Transición nutricional: una revisión del perfil latinoamericano. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*,56(1).Recuperado de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S000406222006000100002&script=sci_arttext
- Carta de Ottawa (1986). Recuperada de <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>
- Castro, J.M. (2012 a). Desarrollo humano, salud y calidad de vida. Promoción de la salud en el ciclo de la vida. (pp.1-15). México, D.F. McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- Castro, J.M. (2012 b). Promoción de la salud. Promoción de la salud en el ciclo de la vida. (pp.17-33). México,D.F. Mc.Graw-Hill/Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- Castro, J.M. (2012c). Promoción de la salud. Promoción de la salud en el ciclo de la vida. (pp.30-31). México,D.F. Mc.Graw-Hill/Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- Chávez, M. (2011). Ejercítate por tu salud. (registro informe DEPI1109V) Universidad de Sonora.
- Chávez,M.(2015). Nivel de actividad física en relación con el estado de salud general del estudiante universitario de Sonora-México, Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=47289>

Comisión de los Determinantes Sociales de la OMS (2005). Recuperado de la http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/es/

Cuestionario SF-36. México. Recuperado de <http://www.dgplades.salud.gob.mx/Contenidos/Documentos/CuestionarioSalud.pdf>

Determinantes sociales de la Salud, 2012, recuperada de la [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5165%3A2011-determinants-health&catid=5075%3Ahealth promotion & Itemid=3745&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5165%3A2011-determinants-health&catid=5075%3Ahealth_promotion_&Itemid=3745&lang=es)

Dirección de Servicios Estudiantiles. (2012a). Compilación de resultados de la encuesta aplicada a primer ingreso 2010, 2011, 2012. Universidad de Sonora, México.

Dirección de Servicios Estudiantiles. (2012b). Programa de Orientación Nutricional, Universidad de Sonora-México.

Encuesta Nacional de Adicciones. (2011). Recuperado de www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.

Encuesta Nacional de Ingesta Dietética Española (2007). Recuperado de www.aesan.msssi.gob.es/AESAN/docs/docs/notas.../Presentacion_ENIDE.pdf

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012). Resultados Nacionales. Recuperado de <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012). Resultados por entidad federativa, Sonora. Cuernavaca, México. Recuperado de <http://ensanut.insp.mx/informes/Sonora-OCT.pdf>

González, J. (2004). La actividad física orientada a la promoción de la salud. Recuperado de dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/1065700.pdf

Guía para la prescripción del ejercicio físico en pacientes con riesgo cardiovascular(2010). Recuperado de <http://www.seh-lelha.org/pdf/guiaejerciciorc.pdf>

Hernández, J., Forero, C. (2011). Concepciones y percepciones sobre salud, calidad de vida, actividad física en una comunidad académica de salud; 27(2), (pp.159-170).

Hernández R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). Metodología de la Investigación. México, D.F. Mc.Graw Hill.

- Herrera, M. (2010). Desarrollo y Evaluación de un Programa de Educación Nutricional para los Estudiantes de la Universidad de Sonora. (Tesis de maestría). Recuperada de la base de datos de la Universidad de Sonora.
- Informe Mundial sobre las drogas (2012). Recuperado de <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2012.html>
- IPAQ core group (2005). Guidelines for data processing and analysis of the international physical activity questionnaire (IPAQ). Short and Long forms. Recuperado de www.ipaq.ki.se.
- Lalonde, M. (1981). A New Perspective on the health of Canadians. Recuperado de la <http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/informe-lalonde.pdf>
- López, A. (2008). Conocimientos, Actitudes, Conductas y Recursos que Condicionan la Nutrición y el Estilo de Vida en los Estudiantes de la Universidad de Sonora, Unidad Regional Centro (tesis de maestría) Recuperada de la base de datos de la Universidad de Sonora.
- Ministerio de la Protección Social, Departamento Administrativo del Deporte, la Recreación, la Actividad Física y el Aprovechamiento del Tiempo Libre. Hábitos y Estilos de Vida Saludable. (2011). Recuperado de: <http://www.javeriana.edu.co/documents/245769/305029/Habitos+y+Estilos+de+Vida+Saludable+TOMO+2/6b664115-0b42-4262-8f05-18b7caa3d1bc>
- OMS (2009) Método Step wise para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas-instrumento- v2.1. Recuperado de www.who.int/chp/steps.
- OMS. (2010). Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Recuperado de www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/es
- The European Food Information Council. (2011). La privación del sueño y sus consecuencias metabólicas. Recuperada de www.eufic.org.
- Valenzuela, E.(2011).Formación de identidad en estudiantes universitarios: un diseño combinado secuencial explicativo <https://www.ciad.mx/archivos/desarrollo/publicaciones/Tesis%20asesoradas/Doctorado/ValenzuelaErnesto.pdf>