

# TRABAJO FIN DE GRADO

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

## **DIAGNÓSTICO DE SALUD Y HÁBITOS DE VIDA DE LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO**

**ARANZAZU ARROITAJAUREGI GUTIERREZ**

*Leioa, a 13 de Mayo del 2016*



## **AGRADECIMIENTOS**

*A Elena Rodríguez Álvarez, sin su guía y ayuda este trabajo habría sido realmente impensable, desde el tema hasta la conclusión.*

*A Vanessa, Iker y Joana, porque cuatro años pueden ser un periodo muy largo o un recorrido con las tristezas divididas y las alegrías duplicadas.*

## RESUMEN

*Introducción.* Actualmente, existen numerosos estudios sobre los estilos de vida en jóvenes universitarios de Universidades americanas y europeas que han demostrado un predominio de estilos de vida poco saludables, relacionados principalmente con el consumo de tabaco y bebidas alcohólicas, dietas poco equilibradas y falta de ejercicio físico. Sin embargo, en nuestro medio son aún escasos este tipo de estudios y no se ha encontrado ninguno que analice el estado de salud y los hábitos de salud de la comunidad universitaria del País Vasco.

*Objetivo.* Determinar los estilos de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios de Leioa, así como los activos en salud con los que cuenta el campus, para poder desarrollar un plan de promoción de la salud en la UPV con acciones concretas para la promoción de la salud en la comunidad universitaria.

*Metodología.* Estudio de diseño mixto (perspectivas cualitativa y cuantitativa) con producción de datos primarios. En la perspectiva cuantitativa se realizará una encuesta a población universitaria para conocer su estado de salud y sus hábitos de vida. El análisis a realizar será descriptivo y de contingencia bidireccional, mediante Chi-cuadrado y de regresión log-binomiales. En la perspectiva cualitativa se recogerá información para identificar los espacios en los que la población estudiantil del Campus de Leioa desarrolla su actividad y que generan salud. Se utilizarán dos técnicas: el photovoice y las entrevistas en profundidad. El análisis de la información se realizará a partir del modelo de análisis de contenido.

**Palabras clave:** diagnóstico de salud, estilos de vida, universidad saludable

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....</b>	<b>7</b>
2.1 Hipótesis .....	7
2.2 Objetivos .....	7
<b>3. METODOLOGÍA.....</b>	<b>8</b>
3.1. Perspectiva cuantitativa. Objetivos 1 y 2 .....	8
3.2. Perspectiva cualitativa. Objetivo 3.....	10
3.3. Análisis de datos .....	11
3.4. Aspectos éticos .....	12
<b>4. DESARROLLO DEL PROYECTO .....</b>	<b>13</b>
4.1. Cronograma de las actividades .....	13
4.2. Recursos necesarios para la realización del proyecto .....	14
4.3. Justificación económica y financiera .....	15
<b>5. BENEFICIOS E INNOVACIONES ESPERADOS DEL PROYECTO .....</b>	<b>16</b>
<b>6. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>17</b>

## 1. INTRODUCCIÓN

### *La salud y sus determinantes*

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad (WHO, 1948). A partir de esta definición, se plantea el estudio de los determinantes de la salud entendidos como el conjunto de factores personales, sociales, culturales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones (Dixon, 2000). Entre los modelos que se desarrollaron para explicar los determinantes de la salud uno de los más conocidos es el desarrollado por Lalonde (ex ministro de Sanidad canadiense) donde en el informe “*A new perspective on the health of Canadians*” (Lalonde, 1974) establece que el nivel de salud de una comunidad estaría influido por cuatro grandes grupos de determinantes: la biología humana, el medio ambiente, los estilos de vida y conductas de salud y por último el sistema sanitario. Según este informe, los tres primeros factores tenían un mayor impacto sobre la salud en detrimento del último, al cual, sin embargo, era destinada la mayor parte del gasto sanitario. En los años siguientes, diversos estudios ponen de manifiesto el enorme impacto que determinantes sociales como el nivel de ingresos, la pobreza, el desempleo, la precariedad laboral, la vivienda, el barrio de residencia, el nivel educativo o el género tienen sobre la salud (Marmot, 2005). También en España, los últimos informes señalan las desigualdades socioeconómicas y de género como dos de los mayores determinantes y con peores repercusiones en la salud (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015).

En el contexto de la Comunidad Autónoma Vasca (CAV), la prevalencia de las enfermedades crónicas ha aumentado significativamente en las últimas décadas. Factores demográficos, modificaciones en las condiciones de vida (situación laboral, nivel educativo...), en las conductas (tabaco, alcohol, dieta, actividad física), factores relacionados con el sistema sanitario y con el medio ambiente tienen una clara influencia en el aumento de la cronicidad. Las condiciones de vida tienen una repercusión directa en el desarrollo de estas enfermedades e indirecta por la probabilidad de que a peores condiciones de vida peores estilos de vida, y por tanto, la estrategia para la modificación de las conductas no saludables tiene que tener en cuenta los diversos determinantes sociales de la salud (Idler y Benyamini, 1997). Para ello la actuación no puede ser exclusivamente individual, sino que son necesarias actuaciones estructurales

que integren a diversos sectores, además de los servicios sanitarios, como la educación, el trabajo, la distribución de la riqueza o el medioambiente que inciden directamente en las posibilidades de las personas para realizar opciones más saludables de una manera fácil. Así, la Organización Mundial de la Salud ha destacado que la mejora de la salud de la población exige también actuar sobre los determinantes sociales de la salud (entorno social, económico y medioambiental) desde una perspectiva multidisciplinar y multisectorial y dirigiendo los esfuerzos no únicamente hacia las personas en riesgo de padecer una determinada enfermedad sino al conjunto de la población (NORMATIVO, CDUM, 2002).

### *Hábitos de vida y salud*

Conseguir que las personas adopten estilos de vida saludables entre los que se encuentran la alimentación, la actividad física, el consumo de tóxicos (tabaco, alcohol y otras drogas) y los comportamientos sexuales es un proceso complejo (Osorio et al., 2010). Se cree que un estilo de vida saludable en la etapa adulta se consigue con los hábitos adquiridos a edades tempranas, sobre todo durante la infancia y la adolescencia, y se consolidan en la juventud (Lee y Loke, 2005). Con este fin, la OMS , en su 57ª Asamblea General, aprobó la Estrategia mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud (DPAS), en la que se recomendaba a los Estados miembros la formulación de planes nacionales y políticas concretas para incrementar el nivel de práctica de actividad física de sus poblaciones y para ello desarrollar e implementar guías nacionales de actividad física asociada a la salud, introducir políticas activas y seguras de transporte para el acceso a los lugares de trabajo y centros educativos (andando o en bicicleta), asegurar entornos saludables y seguros para la actividad física y crear espacios deportivos y recreacionales. En el ámbito de la alimentación instó a la promoción de productos alimenticios acordes con una dieta saludable, con un mayor control por parte de las instituciones en la comercialización y publicidad, el correcto etiquetado y políticas fiscales que faciliten la disponibilidad y la asequibilidad de diversos alimentos (NORMATIVO, CDUM, 2002).

La alimentación se ha relacionado en numerosos estudios con enfermedades con alta prevalencia y mortalidad, como son las enfermedades cardiovasculares, algunos tipos de cáncer o la obesidad (Hu, 2002). Entre los factores que implican la selección de unos alimentos, y no otros, se encuentran factores económicos,

educativos y socioculturales, como las creencias religiosas y las tradiciones, las modas y las campañas de publicidad (Serra Majem et al., 2008).

Según la encuesta sobre Hábitos alimentarios y estado de salud de la Población Vasca de entre 4 y 18 años (2005) del Gobierno Vasco, la ingesta media diaria de energía es de 2.002 kilocalorías. Los hidratos de carbono aportan el 44% de las kcal totales, los lípidos el 39% (saturados el 13,1%, monoinsaturados el 16,6% y poliinsaturados el 6,6%), y las proteínas el 17%. Aunque la ingesta calórica es adecuada, no lo es así la proporción de macronutrientes según las recomendaciones de la Sociedad Española de Nutrición y Consumo (SENC), cuya proporción debería ser 55-60% de carbohidratos, especialmente complejos, 10-15% de proteína de alta calidad, y un 25-30% de grasas, especialmente insaturadas (SENC&SEMFYC, 2007). La ingesta energética diaria es superior en niños que en niñas, aunque la distribución porcentual de los hidratos de carbono, lípidos y proteínas es muy similar. Además según los resultados de la encuesta los hábitos empeoran con los años, siendo el grupo de 15 a 18 años el que peores hábitos registra, aumentando el consumo de proteínas y grasas de peor calidad y disminuyendo el de carbohidratos complejos, así como el de hortalizas, frutas y verduras. Este cambio se relaciona con una mayor independencia a la hora de elegir los alimentos por parte de los adolescentes, hábitos que no mejoran al llegar a la edad adulta.

La actividad física junto con el mantenimiento de una alimentación saludable constituye áreas esenciales para una vida sana. La falta de actividad física se asocia con un incremento de mortalidad, así como con un mayor riesgo de aparición y desarrollo de numerosas enfermedades no transmisibles (Varo et al., 2003). Diversos estudios han descrito un aumento de los niveles de sedentarismo relacionados con la falta de ejercicio físico, la actividad laboral, los avances en el transporte, un entorno urbanístico poco favorable a su práctica y los cambios en los hábitos de ocio (Gibbs et al., 2014). El sedentarismo es una de las 10 causas fundamentales de mortalidad y discapacidad, y la OMS estima que la inactividad física causa en conjunto 3,2 millones de muertes al año y está relacionada con la prevalencia del cáncer de mama, cáncer colorrectal, diabetes mellitus, y aproximadamente un 30% de los casos de cardiopatía isquémica (WHO, 2014).

En la CAPV, según la Encuesta de Salud del País Vasco 2013 (ESCAV 2013) solo el 50% de la población realiza ejercicio físico, con diferencias significativas

entre hombres y mujeres (65% en hombres y 35% en mujeres). Las diferencias de género en la actividad física tienen una explicación compleja que está relacionada con factores como la socialización diferencial de las niñas y los niños, las diferentes ocupaciones y responsabilidades de unos y otras a lo largo del ciclo vital, así como con estereotipos de género que asocian la fuerza y el esfuerzo físico como atributo masculino. También, según los datos de la encuesta, se observa que la actividad física disminuye principalmente en la etapa de la adolescencia y la juventud, cuando la práctica de ejercicio físico ya no es una actividad obligatoria.

Dentro del consumo de tóxicos, el tabaquismo está considerado como una enfermedad crónica adictiva. Enfermedades como el cáncer de pulmón, la cardiopatía isquémica, la bronquitis crónica y el enfisema, se ven favorecidas e incluso provocadas por el consumo de tabaco (US Department of Health and Human Services, 2014). Los datos sobre consumo de tabaco en la Comunidad Autónoma del País Vasco de la ESCAV 2013 reflejan un importante descenso del consumo de éste en los últimos 10 años (2002-2013), especialmente en el colectivo más joven (15 a 24 años), disminuyendo de un 29,2% a un 14% en los hombres y de un 28,1% a un 14,6% en las mujeres, lo que muestran el efecto favorable de las intervenciones dirigidas a prevenir y controlar el tabaquismo. Sin embargo, los datos también señalan que en el siguiente grupo de edad (25 a 44 años), el porcentaje de fumadores duplica al del grupo de edad anterior (29,7% en hombre y 25,6% en mujeres)

Para el consumo de alcohol, según datos de la OMS (WHO, 2015), cada año se producen 3,3 millones de muertes en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol, lo que representa un 5,9% de todas las defunciones y en el grupo etario de 20 a 39 años, un 25% de las defunciones son atribuibles al consumo de alcohol. Además, el uso nocivo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos. En general, el 5,1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones es atribuible al consumo de alcohol, calculado en términos de la esperanza de vida ajustada por discapacidad (EVAD). En la CAPV los datos de la ESCAV 2103 muestran que el consumo de alcohol de alto riesgo ronda el 20%, una tasa muy elevada.



### *Promoción de la salud basada en los entornos: La Universidad como entorno promotor de la salud*

Se entiende por entorno o contexto promotor de la salud (del término inglés *settings for health*) como “el lugar o contexto social en que las personas desarrollan las actividades diarias y en el cual interactúan factores ambientales, organizativos y personales que afectan a la salud y el bienestar” (OMS, 1998). Estos entornos suelen tener unos límites físicos, estructura organizativa y personas con unas funciones definidas. Las acciones para promover la salud a través de estos entornos pueden suponer modificaciones o cambios en el espacio físico, en la organización, administración y gestión de esos contextos. Como ejemplos se pueden citar los centros de enseñanza, los lugares de trabajo los hospitales, etc. La OMS ha desarrollado diferentes programas basados en entornos saludables, como son ciudades saludables, escuelas promotoras de la salud, hospitales promotores de salud o prisiones saludables.

La Universidad tiene la posibilidad de convertirse en un importante agente creador de salud y bienestar. En primer lugar, como entorno, es decir, lugar físico y contexto social en el que las personas desarrollan sus actividades diarias (estudio, trabajo, ocio...), la Universidad tiene capacidad para favorecer las opciones saludables entre la comunidad universitaria. En segundo lugar, como centro de investigación puede aportar conocimiento sobre las estrategias y metodologías más eficaces para promocionar la salud. Por último, como institución docente puede aportar un importante valor tanto en la formación de los futuros profesionales en competencias para la promoción de la salud como en el reciclaje y formación continua de los profesionales actuales en nuevas formas y metodologías para la promoción de la salud (Tsouros et al.,1998). Bajo estas premisas, en 1997 se formó la Red Europea de Universidades Promotoras de Salud, y en España, se constituyó en 2008 la Red Española de Universidades Saludables (REUS), en la que actualmente participan 22 universidades de toda España, la Conferencia de Rectores de Universidades Españolas, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, el Ministerio de Educación y algunas Estructuras Autonómicas de Salud Pública. Entre los objetivos principales de la REUS se encuentran potenciar la Universidad como entorno promotor de la salud de la comunidad universitaria y de la sociedad en su conjunto, fomentar la Investigación y la Docencia en Promoción de la Salud, favorecer el intercambio de experiencias en Promoción de la Salud, promover y favorecer el trabajo conjunto entre los organismos de salud pública, las instituciones comunitarias y

las universidades y consensuar líneas estratégicas y de trabajo para llevar a cabo un proyecto de universidad promotora de salud (REUS, 2008). La Universidad del País Vasco aún no forma parte de la red de Universidades saludables.

El enfoque de salud basado en los activos tiene su origen en el modelo salutogénico desarrollado por el sociólogo Antonovski en la década de los 70, lo que supuso un cambio fundamental por el hecho de plantearse preguntas en positivo sobre la salud (Antonovski, 1999). Este cambio en el enfoque ha llevado a centrarse desde entonces en los factores que hacen que las personas se mantengan sanas y saludables, más que en los factores generadores de enfermedad (Rivera de los Santos et al, 2011) En los años 90, Kretzman y McKnight, en línea con ese enfoque positivo de la salud, desarrollaron el modelo de los activos comunitarios, en los que proponen identificar los activos de las comunidades, y los definen como cualquier factor o recurso que potencia la capacidad de individuos, comunidades y poblaciones para mantener la salud y el bienestar (Kretzman y McKnight, 1993). Este enfoque basado en los activos pretende identificar y potenciar los activos que funcionan en las personas y en la comunidad, así como los que no funcionan, para poder investigar las razones y lograr que se conviertan en activos.

Actualmente, existen numerosos estudios sobre los estilos de vida en jóvenes universitarios de Universidades americanas y europeas que han demostrado un predominio de estilos de vida poco saludables, relacionados principalmente con el consumo de tabaco y bebidas alcohólicas, la adopción de dietas poco equilibradas en las que predomina la comida rápida y la falta de ejercicio físico. Sin embargo, en nuestro medio son aún escasos este tipo de estudios y no se ha encontrado ninguno que analice el estado de salud y los hábitos de salud de la comunidad universitaria del País Vasco. Tampoco hay estudios que analicen el entorno físico en el que los universitarios desarrollan sus actividades diarias. Estos estudios son necesarios como paso previo a desarrollar un plan de promoción de la salud en la UPV con acciones concretas para la promoción de la salud en la comunidad universitaria.

## **2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS**

### **2.1 Hipótesis**

Una vez revisada la literatura, y teniendo en cuenta las evidencias que en ella se presentan, en este trabajo, se plantean las siguientes hipótesis:

1. Los estudiantes universitarios del Campus de Leioa presentan unos hábitos de vida poco saludables.
2. El entorno universitario aunque tiene déficits en salud, también cuenta con activos en salud (las personas, las asociaciones, las instituciones, las infraestructuras y el espacio físico) que necesitan ser identificados para trabajar la salud de la población universitaria del Campus de Leioa.

### **2.2 Objetivos**

Este estudio tiene como objetivo general determinar los estilos de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios de Leioa, así como los activos en salud con los que cuenta el campus, para poder desarrollar un plan de promoción de la salud en la UPV con acciones concretas para la promoción de la salud en la comunidad universitaria.

Para la consecución de este objetivo general se plantean los siguientes objetivos específicos:

1. Determinar el estado de salud percibido de los estudiantes universitarios del Campus de Leioa.
2. Identificar los estilos de vida (alimentación, ejercicio físico, consumo de tabaco y alcohol) de los estudiantes universitarios del Campus de Leioa.
3. Identificar los activos y déficits en salud del entorno físico en el que los universitarios/as desarrollan sus actividades diarias.

### 3. METODOLOGÍA

Para dar respuesta a los objetivos planteados, este proyecto contempla un diseño mixto basado en la combinación de las perspectivas cuantitativa y cualitativa. El planteamiento metodológico se detalla siguiendo los objetivos propuestos.

#### 3.1. Perspectiva cuantitativa. Objetivos 1 y 2

*Diseño de la investigación.* Se plantea un diseño transversal a partir de la producción de datos primarios obtenidos mediante una encuesta dirigida a la población universitaria del Campus de Leioa.

*Fuentes de datos.* Como fuente de datos se utilizarán los módulos del estado de salud y de los determinantes de la salud del cuestionario de salud de la Comunidad Autónoma Vasca en su edición del año 2013.

*Población a estudio.* La población a estudio serán las y los universitarios del campus de Leioa. Según los datos suministrados en la Memoria 2014/2015 de la Universidad del País Vasco, en el campus de Leioa se imparten 27 grados, repartidos en 8 Escuelas y Facultades, con un total de 11.563 alumnos/as matriculados, agrupados en 4 áreas de conocimiento: Ciencias y Tecnología (2.354 alumnos/as), Ciencias de la Salud (2.522 alumnos/as), Arte (1.263 alumnos/as), Ciencias Sociales y Jurídicas (5.404 alumnos/as).

Para el cálculo del tamaño de la muestra se recurre a la fórmula tradicional que se realiza en un muestreo aleatorio, utilizando como referencia una proporción de 0,5, que asegura el máximo tamaño muestral. Un nivel de confianza del 95% y un error máximo admisible del 5% para una población de 11.563 y con una sobreestimación del 20% adicional para cubrir posibles pérdidas muestrales debido al absentismo da como resultado un tamaño muestral de 447 estudiantes.

La selección de la muestra se realizará mediante un muestreo aleatorio, polietápico, estratificado por área de conocimiento y proporcional al tamaño de la rama. En cada una de las área de conocimiento se seleccionarán los estudios necesarios para alcanzar la muestra diana de cada área. Esta selección se realizará de forma estratificada y proporcional al tamaño de la rama. La unidad de aleatorización será, en una primera etapa, el estudio universitario y, en una segunda etapa, el curso. Teniendo en cuenta la distribución porcentual de la

población estudiantil del Campus de Leioa por áreas de conocimiento se calcula el tamaño de cada estrato muestral (Tabla 1) dando lugar al tamaño de muestra necesario en cada una de las áreas de conocimiento

**Tabla 1.** *Tamaño de la muestra por ramas de conocimiento.*

RAMAS DE CONOCIMIENTO	Población Campus de Leioa		Muestra teórica	
	N	Porcentaje(%)	n	Porcentaje(%)
Ciencias y Tecnología	2.354	20,36%	91	20,36%
Ciencias de la Salud	2.522	21,81%	98	21,81%
Arte	1.263	10,92%	49	10,92%
C.Sociales y Jurídicas	5.404	46,74%	209	46,74%
<b>Total</b>	<b>11.563</b>	<b>100%</b>	<b>447</b>	<b>100%</b>

El reclutamiento de los estudiantes se realizará en el aula, en cada una de las titulaciones y cursos obtenidos en el cálculo realizado en la selección de la muestra. A todos los/as participantes y previo a la realización del cuestionario se les facilitará los objetivos del estudio, las normas para su cumplimentación y el consentimiento informado para su firma.

Como criterios de inclusión se consideran: tener entre 18 y 30 años, dominar la lengua castellana, no padecer trastornos visuales severos o dificultades para la lectura o escritura, ser alumno permanente de alguna de las titulaciones del Campus de Leioa.

*Variables.* Se utilizarán variables del estado de salud, de hábitos de vida y socioeconómicas.

Como variables de estado de salud se utilizará únicamente la autovaloración de la salud, que se ha mostrado muy relacionada con el padecimiento de enfermedades crónicas, la mortalidad o el uso de servicios sanitarios. La salud percibida se medirá con la pregunta *¿En general como diría que es su salud?: muy buena, buena, normal, mala, muy mala*, para el análisis se considerará buena salud cuando las personas declaren su salud como “muy buena” o “buena.” Es una de las medidas de la salud más sencillas, a pesar de ser una medida recogida mediante un solo ítem, es válida como medida general de la salud y se ha mostrado asociada a la enfermedad y a los componentes de valoración subjetiva de la salud (Idler y Benyamini, 1997).

Como variables de los hábitos de vida relacionados con la salud se utilizarán: (a) consumo de alcohol, diferenciando las categorías no bebedor (no beber bebidas alcohólicas y no haberlo hecho jamás); bebedor ocasional (haber bebido durante el último año, al menos de una vez por semana); bebedor habitual (haber consumido bebidas alcohólicas al menos una vez por semana durante el último año). Se utiliza el cuestionario Cage, para detectar el consumo de riesgo y la dependencia alcohólica (Ewing y Rouse,1968); (b) consumo de tabaco, diferenciando las categorías como no fumador (haber fumado menos de 100 cigarrillos en la vida); fumador habitual (fumar al menos un cigarrillo diario) y fumador ocasional (haber fumado en su vida al menos 100 cigarrillos); (c) peso corporal, se clasifica a las personas según su IMC con peso insuficiente (IMC<18,5), normal (IMC=18,5-24,9), sobrepeso (IMC=25-29,9) y obesidad (IMC ≥30) y alimentación y (d) actividad física, medida mediante el cuestionario IPAQ (IPAQ 2005), estandarizado y validado, diferenciando a las personas en sedentarias, moderadamente activas, activas o muy activas, según la actividad que realizan en su tiempo libre, combinando frecuencia y duración de las actividades realizadas.

Como variables sociodemográficas y socioeconómicas individuales se utilizarán: (a) edad, (b) sexo, (c) el nivel de estudios de los padres, con cuatro categorías: *primaria, secundaria baja, secundaria alta y universitaria*, y (d) la clase social basada en la ocupación de los padres, construida a partir de las diferentes propuestas realizadas para el estudio de las desigualdades sociales en salud, agrupada en cinco categorías: *I, II, III, III, IV, V*; desde directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias a trabajadores no cualificados (Domingo-Salvany et al., 2012).

### **3.2. Perspectiva cualitativa. Objetivo 3.**

*Diseño de la investigación.* Se plantea un diseño cualitativo transversal a partir de la producción de datos primarios mediante la identificación de activos de salud universitaria del Campus de Leioa, centrado en comprender los espacios que generan salud en los que la población estudiantil desarrolla su actividad. Se utilizarán dos diferentes técnicas: el photovoice y las entrevistas en profundidad.

*Obtención de la información y perfiles de los participantes.*

Photovoice es una herramienta de investigación-acción participativa que emplea la fotografía como medio para reflexionar y representar asuntos de la comunidad de una forma creativa y personal (Wang y Burris, 1997). Se utilizará ésta técnica por considerarla idónea para la generación de datos en relación a los objetivos del proyecto. El muestreo para la selección de los/as estudiantes se basará en el principio de representación socioestructural, de forma que cada persona represente un nivel diferenciado según la posición que ocupa en la estructura social y en la rama de conocimiento. Los/as participantes registrarán su actividad diaria en la Universidad durante 1 semana: tomarán fotografías de los momentos relacionados con sus hábitos de vida de alimentación y ejercicio físico y los espacios en los que los realizan. Posteriormente se realizarán 5 sesiones con los/as participantes en la que se incluyen: (1ª) Introducción a la técnica del photovoice, (2ª) Cuestiones relacionadas con las fotos seleccionadas: ¿Qué ves aquí, que es lo que realmente sucede? ¿Cómo se relaciona esto con nuestras vidas? ¿Qué podemos hacer al respecto? Este método se utiliza para provocar el diálogo crítico, (3ª) Análisis positivo de la situación, (4ª) Análisis negativo de la situación, (5ª) Cada sesión será grabada para su análisis posterior.

La técnica del photovoice se completará con las entrevistas en profundidad. La realización de entrevistas en profundidad en el marco de este estudio se realizará para los niveles institucionales. En este sentido, se recogerá información relativa a los espacios universitarios que aportan salud a los/estudiantes, las intervenciones que se realizan en el campus de Leioa y sus características y posibilidades de coordinación y mejora. Así se plantean cinco entrevistas: E1: persona responsable de velar por el respeto de los derechos de estudiantes entre otros miembros de la UPV/EHU (ADEZLE); E2: Vicerrector/a de Estudiantes, Empleo y Responsabilidad Social; E3: Vicerrector/a de personal docente e investigador y E4: Vicerrector/a Campus de Bizkaia; E5: Vicerrector de estudios de grado e innovación y E6: responsable del servicio de prevención.

El guión semi-estructurado de las entrevistas contendrá al menos las siguientes variables: espacios en el campus de Leioa que pueden aportar salud, intervenciones en promoción de la salud que se llevan a cabo en el campus de Leioa, espacios de coordinación de los espacios de salud en el campus, y la promoción de la salud en los planes de estudios. Las entrevistas se realizarán en las propias instituciones, con una duración máxima de una hora y media.

### **3.3. Análisis de datos**

*En el análisis de datos del diseño cuantitativo.* Como paso previo, se realizará un análisis descriptivo de las variables utilizadas. Para las variables cuantitativas, se estimarán la media o la mediana, como medidas de tendencia central, y la desviación estándar o los percentiles 25, 75, ó 95 como medidas de dispersión, usando como población de referencia la de la CAPV de 2013. Las variables cualitativas se resumirán mediante porcentajes. Posteriormente se realizará un análisis de tablas de contingencia bidireccional, utilizando la prueba de Chi-cuadrado para determinar la asociación de las variables sociodemográficas, del estado de salud y de los estilos de vida relacionados con la salud. En tercer lugar, se realizarán los análisis de regresión log-binomiales para determinar las variables asociadas con las variables resultado (estado de salud y estilos de vida). Las variables independientes (edad y sexo) serán introducidas como categóricas tomando como referencia el grupo social más favorecido.

*En el análisis de datos del diseño cualitativo.* El análisis de la información del photovoice y las entrevistas, que previamente fueron grabadas, se realizará a partir del modelo de análisis de contenido. La interpretación y elaboración preliminar de conclusiones se realizará mediante triangulación entre los investigadores para garantizar la fiabilidad de la información.

### **3.4. Aspectos éticos**

Se presentará el proyecto al Comité Ético de la Universidad del País Vasco para su evaluación y aprobación. Se le suministrará el proyecto de diagnóstico, el modelo de consentimiento informado que se entregará a los participantes en la encuesta, la encuesta y los métodos de evaluación, y los documentos relacionados con los aspectos locales.



## 4. DESARROLLO DEL PROYECTO

### 4.1. Cronograma de las actividades

La distribución de las tareas para cada objetivo se recoge en el siguiente cronograma (Tabla 2):

**Tabla 2.** Cronograma de actividades.

	Oct-Dic	Ene-Mar	Mar-Jun	Jul-Sep	Oct-Dic	Ene-Mar
<b>Obj 1.</b> Determinar el estado de salud percibido de los estudiantes universitarios del Campus de Leioa						
<b>Obj 2.</b> Identificar los estilos de vida de los estudiantes universitarios del Campus de Leioa						
Elaboración del cuestionario y manual del encuestador						
Reclutamiento y formación de los encuestadores						
Trabajo de campo del diseño cuantitativo						
Grabación de los cuestionarios, control de calidad de la base de datos y creación de la base de datos						
Redacción de resultados						
<b>Obj 3.</b> Identificar los activos y déficits en salud del entorno y de los espacios del Campus de Leioa						
Elaboración del cuestionario y manual del encuestador						
Reclutamiento y formación de los encuestadores						
Trabajo de campo del diseño cualitativo						
Transcripción y análisis de las entrevistas en profundidad y del photovoice						
Redacción de resultados						

El proyecto tendrá una duración de dieciocho meses. Durante el primer trimestre del primer año se llevará a cabo la elaboración del cuestionario y del manual del encuestador, así como el reclutamiento y la formación de encuestadores. Durante el segundo trimestre del mismo año se realizará el trabajo de campo correspondiente al diseño cuantitativo. El tercer trimestre se dedicará al trabajo

de campo correspondiente al diseño al cualitativo (photovoice y entrevistas en profundidad).

El cuarto trimestre del proyecto se dedicará a la grabación de los cuestionarios, el control de calidad de la base de datos y la creación de la base de datos para su posterior análisis en el caso de los datos cuantitativos. En el caso de los datos cualitativos se dedicará a la transcripción y análisis de las entrevistas en profundidad y del photovoice.

En los siguientes seis meses se redactarán los resultados sobre el estado de salud y los hábitos de vida de la población universitaria del Campus de Leioa y los activos y déficits en salud del entorno y de los espacios del Campus de Leioa que promueven salud y generan bienestar en la población universitaria.

#### **4.2. Recursos necesarios para la realización del proyecto**

Los recursos necesarios para la realización de este proyecto se agrupan en categorías: los agentes y sectores colaboradores, los medios materiales y humanos y los recursos y las infraestructuras. Se detalla a continuación las necesidades en cada uno de las categorías:

*Agentes y sectores colaboradores.* Para la encuesta, los alumnos que reuniendo los requisitos, acepten realizar la encuesta y los agentes encargados de realizar las encuestas. Para el photovoice y entrevistas en profundidad, el grupo de participantes voluntarios y los agentes encargados de dirigir las actividades. Para el análisis de los datos recogidos, personal del Departamento de Estadística de la UPV y del Departamento de Salud Pública y Adicciones del Gobierno Vasco.

*Medios materiales y humanos.* Para la encuesta, los formularios de la encuesta y los formularios de consentimiento. Para el photovoice y las entrevistas en profundidad los guiones semi-estructurados de las entrevistas, grabadoras, cámaras fotográficas de los teléfonos móviles.

*Recursos e infraestructuras.* Aulas del Campus de Leioa, sala para la exposición de las fotos seleccionadas en el photovoice.

### 4.3. Justificación económica y financiera

A continuación, se detallan los gastos necesarios para la puesta en marcha y realización del proyecto en cuatro campos:

Material inmovilizado. Se utilizarán las estructuras de la propia Universidad (aulas necesarias para la reunión de los grupos, sala de exposición), por lo que no será necesaria financiación en este punto.

Material fungible. Se solicita una financiación de 3000€ para el material necesario para la encuesta (fotocopias para formularios de encuesta, consentimiento informado), la impresión de las fotografías y su exposición.

*Total de gastos de material fungible: 3.000€*

Otros gastos. El proyecto cuenta con personal investigador de la Universidad para la realización de las entrevistas en profundidad y el photovoice. Sin embargo, para la aplicación de los cuestionarios serán necesarios encuestadores/as, que supondrá un coste de 6.000€. La grabación de los cuestionarios y el control de la calidad de los datos será llevada a cabo por una empresa con un coste de 2.000€.

*Total de Otros gastos: 8.000€*

Viajes y dietas. Se solicita una financiación de 1000 € para las reuniones entre los miembros de trabajo.

La **financiación** necesaria para la realización del proyecto será de **12.000 €**.

## **5. BENEFICIOS E INNOVACIONES ESPERADOS DEL PROYECTO**

Como ya se ha comentado, la Universidad tiene la posibilidad de convertirse en un importante agente creador de salud y bienestar, tanto como entorno (lugar físico y contexto social), como centro de investigación (ya que puede aportar conocimiento sobre las estrategias y metodologías más eficaces para promocionar la salud), y como institución docente en la formación de futuros profesionales en competencias para la promoción de la salud. Para conseguir esto, es necesario conocer previamente el estado de salud y los hábitos de salud de la comunidad universitaria del País Vasco, así como analizar el entorno físico en el que esta comunidad desarrolla sus actividades diarias. Mediante este estudio, se quiere conseguir conocer estos factores, como paso previo a desarrollar un plan de promoción de la salud en la Universidad del País Vasco, con acciones concretas para la promoción de la salud en la comunidad universitaria.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11: 11-18.

Dixon J. (2000). Social determinants of health. *Health Promotion International*, 15(1): 87-89.

Domingo-Salvany A, Bacigalupe A, Carrasco JM, Espelt A, Ferrando J, et al. (2013). Propuestas de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones. *Gaceta Sanitaria*, 27(3): 263-72.

Gibbs B, Hergenroeder A, Katzmarzy P, Lee I, Jakicic J. (2015). Definition, measurement, and health risks associated with sedentary behavior. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 47(6):1295-300.

Encuesta de Nutrición sobre hábitos alimentarios y estado de salud de la población vasca de 4 a 18 años (2005). Departamento de Salud. Gobierno Vasco. Disponible en: [http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones\\_informacion/es\\_estudio/es\\_pub/adjuntos/EncuestaNutricion2005.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informacion/es_estudio/es_pub/adjuntos/EncuestaNutricion2005.pdf)

Encuesta de Salud del País Vasco 2013 (2013). Departamento de Salud Gobierno Vasco. Disponible en: [http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-pkpubl01/es/contenidos/informacion/encuesta\\_salud/es\\_escav/encuesta\\_salud.html](http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-pkpubl01/es/contenidos/informacion/encuesta_salud/es_escav/encuesta_salud.html)

Hu, F. B. (2002). Dietary pattern analysis: a new direction in nutritional epidemiology. *Current Opinion in Lipidology*, 13(1): 3-9.

Idler E & Benyamini Y. (1997). Self-related health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behaviour*, 38: 21-37.

Kretzman J & McKnight J. (1993) Building communities from the inside out: a path toward finding and mobilizing a community assets. Institut for Policy Research: Evanston (Illinois, EE. UU.) Available in: <http://www.abcdinstitute.org/docs/abcd/GreenBookIntro.pdf>

Lalonde M. (1974). A New Perspective on the Health of Canadians. Government of Canada (Ottawa, Ontario, Canada) Available in: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>

Lee R L & Loke A J. (2005). Health-promoting behaviors and psychosocial well-being of university students in Hong Kong. *Public Health Nursing*, 22(3): 209-220.

Marmot M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365, 1099-1104.

Avanzando hacia la equidad. Propuesta de Políticas e Intervenciones para reducir las desigualdades Sociales en salud en España (2015). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta\\_Politiclas\\_Reducir\\_Desigualdades.pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politiclas_Reducir_Desigualdades.pdf)

Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud (2002). *NORMATIVO*, C. D. U. M. Disponible en: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy\\_spanish\\_web.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf)

OMS. (1998). Glosario de términos básicos en promoción de la salud. Ginebra: OMS. Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>.

Osorio A, Rosero M, Ladino A, Garcés C y Rodríguez S. (2010). La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 15(1): 128-143.

Principios, objetivos y estructuras de la red. (2008). Red Española de Universidades Saludables. Disponible en: [http://www.um.es/reus/docs/2008\\_principios-objetivos-y-estructura-de-la-REUS.pdf](http://www.um.es/reus/docs/2008_principios-objetivos-y-estructura-de-la-REUS.pdf)

Rivera de los Santos F, Ramos P, Moreno C, Hernán M. (2011). Análisis del modelo salutogénico y del sentido de coherencia: retos y expansión de un enfoque positivo de la salud y el desarrollo. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272011000200002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000200002)

Serra L, Ribas L, Álvarez E, Ramon JM. (2008). Nutrición y Salud Pública. Problemas Nutricionales. In P. Gil (Ed.), Medicina Preventiva y Salud Pública (11ª ed., pp. 1019-1029). Barcelona, España: Elsevier.

Sociedad Española Nutrición Comunitaria & Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Consejos para una alimentación saludable (2007). Disponible en: [https://www.semfyec.es/pfw\\_files/cma/Informacion/modulo/documentos/guia\\_alimentacion.pdf](https://www.semfyec.es/pfw_files/cma/Informacion/modulo/documentos/guia_alimentacion.pdf)

Varo JJ, Martínez-Hernández JA, Martínez -González MA. (2003). Beneficios de la actividad física y riesgos del sedentarismo. Medicina Clínica, 121: 665-672.

Tsouros A, Dowding G, Thompson J & Dooris M. (1998). Health Promoting Universities: Concept, experience and framework for action. Available in: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/108095/1/E60163.pdf>

US Department of Health and Human Services. (2014). The health consequences of smoking—50 years of progress: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 17. Available in: <http://ash.org/wp-content/uploads/2014/01/full-report.pdf>

Wang C & Burris M (1997). Photovoice: Concept, Methodology, and Use for Participatory Needs Assessment. Health Education & Behaviour, Vol. 24 (3): 369-387.

WHO. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. Disponible en: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

WHO. Physical activity. Fact sheet N°385. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/>

WHO. Alcohol. Fact sheet N°349. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es>

