

UNIVERSIDAD NACIONAL
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD INTEGRAL Y MOVIMIENTO HUMANO
FACULTAD EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA CIENCIAS DEL DEPORTE

***ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL DE UN INSTRUMENTO SOBRE
ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN ADOLESCENTES DE III CICLO
DEL COLEGIO DE SANTA ANA***

Tesis sometida a la consideración del Tribunal Examinador de Tesis de Posgrado en Salud Integral y Movimiento Humano con mención en salud para optar por el título de Magíster Scientiae.

Cindy María Rojas Vargas

Campus Presbítero Benjamín Núñez, Heredia, Costa Rica

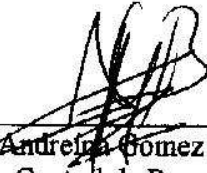
***ADPATACIÓN TRASCULTURAL DE UN INSTRUMENTO SOBRE ESTILOS DE
VIDA SALUDABLE EN ADOLESCENTES DE III CICLO DEL
COLEGIO DE SANTA ANA***

CINDY MARÍA ROJAS VARGAS

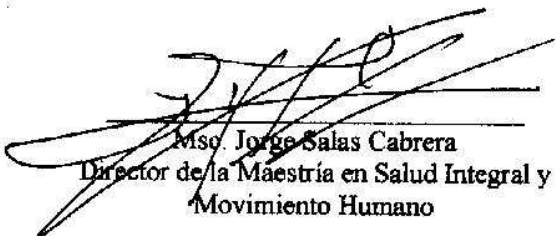
Tesis sometida a la consideración del Tribunal Examinador de Tesis de Posgrado en Salud Integral y Movimiento Humano con mención en salud, para optar por el título de Magíster Scientiae. Cumple con los requisitos establecidos por el Sistema de Estudios de Posgrado de la Universidad Nacional.

Heredia, Costa Rica

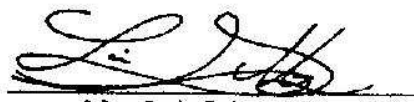
Miembros del Tribunal Examinador



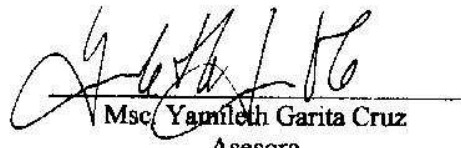
Msc. Andreina Gomez Brenes
Presidente Consejo Central de Posgrado o representante



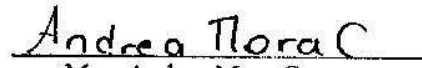
Msc. Jorge Salas Cabrera
Director de la Maestría en Salud Integral y
Movimiento Humano



Msc. Luis Solano Mora
Tutor



Msc. Yamileth Garita Cruz
Asesora



Msc. Andrea Mora Campos
Asesora

Cindy Rojas Vargas

Cindy María Rojas Vargas
Candidata

Tesis sometida a la consideración del Tribunal Examinador de Tesis de Posgrado en Salud Integral y Movimiento Humano con mención en Salud para optar por el título de Magister Scientiae. Cumple con los requisitos establecidos por el Sistema de Estudios de Posgrado de la Universidad Nacional.

Dedicatoria

El presente trabajo está dedicado a un profesional en el área de a salud, el señor Msc. Luis Solano por los años de amistad, por el conocimiento compartido y por darme una gran lección de superación. Gracias por todas las tardes de reunión en Multiplaza, en tu oficina en la Escuela Ciencias del Deporte y por aclarar mis dudas hasta en el Mc de la Sabana, solo me queda agradecerte profundamente por tu apoyo, entrega y gran conocimiento como tutor.

Que el Señor te Bendiga, hoy, mañana y Siempre.

Agradecimiento

Para el presente trabajo tengo que agradecer en primer plano a DIOS por la salud y por las habilidades de que otorgo para tener la capacidad de cumplir con metas y proyectos.

Quiero agradecer de forma especial a mi tutor Msc.Luis Solano ya que durante muchos años y a pesar de varios tropiezos al inicio de este trabajo, con el equipo de apoyo del mismo, el siempre se mantuvo como un gran profesional dándome su apoyo y asesoría cuando los otros miembros tuvieron que cumplir con otras metas personales.

A mi tía Flor Rojas quien con su dulzura, paciencia y carisma que la caracteriza siempre estuvo anente para brindar su ayuda en la redacción y corrección de ortografía.

A mi compañera de informática Silvia Elena Zamora Hernández quien me ayudo a darle el formato y correcciones en las tablas o gráficos.

A la lectora Msc. Yamilet Garita por sus oportunas aportaciones desde el punto de vista psicopedagógico y psicológico.

A la señora Msc.María Isabel González Lutz profesora de Estadística de la Universidad de Costa Rica, por sus aportes a este trabajo

Al Lic. Junior Pastor Pérez Molina por sus aportes estadísticos.

Y a mi familia, por su apoyo incondicional.

Miembros del Tribunal Examinador

Msc. Andreína Gómez Brenes
Presidente Consejo Central de Posgrado o representante

Msc. Jorge Salas Cabrera
Director de la Maestría en Salud Integral y
Movimiento Humano

Msc. Luis Solano Campos
Tutor

Msc. Yamilet Garita Cruz
Asesor

Msc. Andrea Mora Campos
Asesor

Cindy María Rojas Vargas
Candidata

Tesis sometida a la consideración del Tribunal Examinador de Tesis de Posgrado en Salud Integral y Movimiento Humano con mención en Salud para optar por el título de Magíster Scientiae. Cumple con los requisitos establecidos por el Sistema de Estudios de Posgrado de la Universidad Nacional.

Índice

Capítulo I

Introducción

Planteamiento y delimitación del problema.....	1
Justificación	3
Objetivo General.....	9
Objetivo específico	9
Conceptos claves.....	10

Capítulo II

Marco conceptual

1. Historia y antecedentes del Colegio de Santa Ana	12
1.2. Otros Actores Sociales	13
1.3. Servicio de Bienestar Estudiantil	13
1.4. Otros Servicios con los que cuenta la institución.....	13
2. Conceptualización de la Salud	14
2.1. Componente Biológico de la Salud	15
2.2. Componente Psicológico de la Salud	16
2.3. Componente Social de la Salud.....	19
3. Calidad de Vida: Hábitos y estilos de Vida Saludables.....	21
3.1. Conceptualización de Calidad de Vida	22
3.2. Conceptualizando de Estilo de Vida	24
4. Aspectos relacionados con la higiene corporal y actitud de postura	28
4.1. Actitud Postural. Las Posturas Estudiantiles	29
5. Situación del Estado Nutricional y alimentario de Costa Rica.....	31
5.1. Antecedentes	31
5.2. La Seguridad Alimentaria y Nutricional	38
5.3. Panorama socioeconómico del País	40

5.4. Acceso y Consumo de alimentos de los costarricenses.....	41
5.5. Consumo de los alimentos.....	43
6. Frecuencia de la Actividad Física en la población Costarricense.....	46
7. Instrumentos de Evaluación o Medición relacionados con la Salud	49
7.1. Instrumento PRECEDE.....	49
7.2. Instrumento Autoinforme de Motivos para la Práctica del Ejercicio Físico (Exercise Motivations Inventory, EMAI-2).....	50
7.3. Instrumento sobre la Escala de Evaluación del Cambio para el Ejercicio Físico	51
7.4. El Inventario de Procesos de Cambio para el Ejercicio (Excercise: Processes of Chance, IP- EJ).....	52
7.5. Escala de Balance Decisional en el Control del Peso (Weight: Decisional Balance)	53
7.6. SF-36	54
7.7. Instrumento PAR-Q.....	54
7.8. Cuestionario Internacional sobre Actividad Física (IPAQ)	55
8. Revisión de Literatura sobre artículos científicos que han utilizado diversos cuestionarios o instrumentos de medición sobre la salud	56
9. Adaptación Transcultural de diversos cuestionarios encargados de evaluar la salud.....	79

Capítulo III

Metodología

Sujetos.....	89
Instrumentos.....	90
Procedimientos.....	92
Análisis estadístico	96

Capítulo IV

Resultados.....	99
-----------------	----

Capítulo V

Discusión	110
-----------------	-----

Capítulo VI

Conclusiones.....	121
-------------------	-----

Capítulo VII

Recomendaciones	122
-----------------------	-----

Referencias.....	124
------------------	-----

Anexo.....	120
------------	-----

Resumen

En la actualidad, existe evidencia científica de que los factores de riesgo de enfermedades crónicas se establecen durante la infancia y la adolescencia. La adopción de un estilo de vida saludable parece necesaria desde edades tempranas, por lo tanto existe un consenso cada vez mayor hacia la prevención. Al revisar ampliamente los diferentes instrumentos que evalúan variables relacionadas con la salud; se pudo constatar la necesidad de un instrumento específico, que permita medir ampliamente los estilos de vida saludable de los adolescentes. El propósito de la investigación fue adaptar transculturalmente un instrumento sobre estilos de vida saludable en adolescentes costarricenses durante el 2012. Dentro de la metodología empleada participaron 150 sujetos con edades entre los 12-15, años hombres y mujeres pertenecientes a los niveles de séptimo, octavo y noveno año del Colegio de Santa Ana. El instrumento utilizado fue elaborado por Vílchez (2007) autora Española, dicho cuestionario mide los Estilos de Vida Saludable en adolescentes y dicho instrumento está separado en diferentes dimensiones referentes a la salud. Posteriormente se inició el proceso de adaptación transcultural del instrumento por parte de un grupo de profesionales en la salud, como fueron psicólogos, nutricionistas, terapeutas físicos, educadores físicos y fisioterapeutas. Una vez reunido el grupo de especialistas se analiza el cuestionario propuesto por Vílchez (2007) y se inicia los cambios en la redacción, conjugación de verbos, sustitución de conceptos entre otros, para dar inicio a la primera propuesta de cuestionario sobre estilos de vida saludable para adolescentes del Colegio de Santa Ana. El análisis estadístico para obtener los datos fue el método estándar para valorar la consistencia interna Alfa de Cronbach (α_C), del programa estadístico PASW 18.0. Los resultados demuestran que el análisis de Alfa de Cronbach utilizados en las 9 dimensiones del instrumento sobre Estilos de Vida Saludable fueron superiores a 0.7 lo que indica que el instrumento es muy confiable. Por consiguiente se concluye que el instrumento sobre estilos de vida saludable es muy válido y confiable. Además de que la adaptación transcultural de este instrumento permite comparar los resultados con otras poblaciones o culturas y así lograr un instrumento semejante conceptualmente, equiparable al original, y que resulte apropiado, confiable y válido en la cultura costarricense.

Capítulo I

INTRODUCCIÓN

Planteamiento y delimitación del problema:

En la actualidad, la preocupación por la salud y sus posibilidades para el mantenimiento y la mejora de la misma se están incrementando. La sociedad reconoce cada vez más la importancia que tienen los hábitos de vida para mejorar y mantener la salud ya que existe evidencia suficiente que avala una larga lista de beneficios para la salud que se pueden obtener a través de la práctica de actividad física y la adopción de estilos de vida saludable. Hoy en día, existe una emergente demanda de actividades físicas y deportivas, actividades de ocio, actividades de relajación, promoción de estilos de vida saludable y campañas de hábitos de higiene con el fin de mejorar la calidad de vida de las sociedades mismas.

La sociedad ha conferido hoy, al ejercicio, al deporte y al arte, en sus manifestaciones recreativas, educativas o competitivas una función trascendente para la preservación y desarrollo de la salud del ser humano. Por esta razón el movimiento debe manifestarse como una forma de cultura, de educación y promoción de la salud (Loraine, Parish y Darren, 2003).

Sin embargo, aunque existe un reconocimiento social de la actividad física como medio para mejorar la salud, parece que esta “aparente motivación”, no es lo suficiente como para hacer realidad una práctica de actividad física continuada y moderada, que realmente pueda incidir en la mejora de la salud del individuo, ya que los índices de práctica de actividad física no solo no son los esperados, sino que esta sociedad presenta los mayores índices de sedentarismo que se hayan conocido hasta el momento (OMS, 2002).

Lo anterior presenta un elemento agravante de más, pues se ha demostrado que si a edades tempranas se desarrolla la obesidad, se tendrán muchas posibilidades de arrastrar esta obesidad hasta la edad adulta por diferentes factores, lo que conlleva a que la situación

a nivel de salud pública se vea muy perjudicada sobre todo en los años venideros (Organización Panamericana de la Salud, 2005).

Específicamente en el caso de los y las adolescentes, varios de estos factores pueden atender de manera nociva para que éstos se adhieran a los estilos de vida saludable, pues si bien, en la etapa de la niñez es cuando los niños y niñas realizan más actividad física de manera espontánea y natural y tienen más tiempo libre, al llegar a la adolescencia juegan menos y se mueven menos, disminuyendo también las posibilidades de desarrollo saludable, personal y social que el juego y la actividad física les ofrece, además de la adquisición de valores sociales necesarios en la actualidad (Tercedor y Delgado, 2000).

Los cambios en los patrones de consumo de ocio y los valores sociales caracterizan el dinamismo del entorno que rodea a los y las jóvenes condicionando su salud, unido al deterioro ambiental y ecológico inducido por la inconsciencia y el materialismo que está presente en el ser humano hoy día (Rojas, 2002).

Así, se vislumbra la necesidad de implementar en la actualidad, programas multidisciplinarios que permitan incrementar los niveles de actividad física de los y las adolescentes y por ende, mejorar su salud.

Pero, para que una propuesta programática sea eficiente y pueda lograr involucrar a los jóvenes en los estilos de vida saludables, debe de incorporar un proceso de evaluación para garantizar que la información que se deriva de ésta, permita la toma de decisiones, bien sea para cambiar la línea de trabajo inicial, o bien, para fortalecer los aspectos que están produciendo buenos resultados. Por ende, si se desean incrementar los niveles de actividad física y ejercicio en los y las adolescentes, es necesario tomar en cuenta los diferentes procesos en los que éstos y éstas se verán inmersos; de este modo, una evaluación adecuada donde se indague sobre los estilos de vida saludable será una estrategia de vital importancia para permitir adultos más sanos y con una mejor calidad de vida en un futuro (Rojas, 2002).

Ahora bien, aunque existen diversos instrumentos de medición que han sido desarrollados para observar distintos componentes relacionados con la salud, cada uno de estos instrumentos se enfoca específicamente en un área en particular, excluyendo variables trascendentales como lo son los niveles de actividad física, los hábitos de higiene postural, los hábitos alimenticios, los agentes primarios y secundarios y variables psicosociales que inciden en la salud; además varios de estos instrumentos son foráneos por lo que la elaboración y validación de los mismos responde a características culturales y sociales no propias del entorno costarricense, de este modo al poseer, un instrumento de medición que valore o indague globalmente sobre la calidad de vida de esta población, y que a su vez se adapte a los elementos culturales de esta sociedad, es de vital importancia para obtener un mayor conocimiento acerca de los Hábitos y Estilos de Vida de los y las adolescentes y de este modo, poder elaborar propuestas programáticas tanto educativas como de salud pública para generar las políticas de salud pública necesarias para incrementar los niveles de actividad física de esta población.

Por consiguiente, validar un instrumento que involucre las variables anteriormente mencionadas en conjunto con la caracterización sociocultural de Costa Rica, será clave para que los organismos encargados de las políticas relacionadas con la salud y la educación puedan elaborar propuestas programáticas integrales tomando en cuenta todas las áreas que permitan garantizar una óptima valoración de la calidad de vida de los y las adolescentes y así, incrementar los estilos de vida saludable en los y las adolescentes costarricenses.

Justificación:

Existen diferentes estudios que sostienen que la población adolescente presenta un nivel de sedentarismo elevado, el cual aumenta constantemente en la sociedad actual (García, 2001; Martínez y otros 2001; Klee, Tavares, Horta, Gelatti, y San'Tana, 2004) lo que resulta preocupante ya que es durante la infancia y la adolescencia cuando se adquieren los patrones de conducta y hábitos de vida que consolidarán, en la edad adulta, el estilo de

vida de cada persona (Mc Lennan, 2004). Por ejemplo, la obesidad infantil se relaciona directamente con la prevalencia de la obesidad en la edad adulta (Glenmark, Hedberg, y Jansson, 1994; Guo y Chumlea, 1999; Baranowski y otros, 2000, Ludwig y Gortmaker, 2004).

Por otro lado, diferentes trabajos realizados en los últimos años muestran cómo la práctica de la actividad física declina con la edad, es decir a mayor edad, menor práctica de la actividad física; lo que puede conllevar a un desarrollo de patologías relacionadas con estilos de vida sedentarios (Rojas, 2002).

Frente al aumento creciente de este fenómeno (sedentarismo), también va en aumento la promoción de hábitos de vida saludable, tales como la actividad física y la nutrición, que puede contrarrestar estos problemas. Estudios actuales corroboran que mantener un buen estado de forma física es una buena estrategia para prevenir la aparición de la obesidad y los problemas asociados con ella como la diabetes, enfermedades cardiovasculares, el cáncer y problemas mentales (Baranowski, y otros 2000; Dwyer y otros, 2002).

Si bien lo anterior muestra las diversas ventajas de mantener estilos de vida activos, lamentablemente los adolescentes son cada vez más sedentarios; de hecho en las últimas tres décadas del siglo pasado, se estudió el papel del sedentarismo como un factor de riesgo cardiovascular independiente por ser una variable muy importante a evaluar ya que a partir de ella se estaban derivando una gran cantidad de enfermedades físicas (Kannel, 1999; Paffenbarger, 1993).

El reconocimiento de la importancia de la actividad física para la salud de la población ha incidido en las investigaciones del área de la salud pública, pues componentes tales como el sobrepeso, el sedentarismo y las enfermedades no transmisibles, inciden significativamente en los gastos en que debe incurrir el estado para aminorar sus efectos sobre la salud pública, lo cual aunado al hecho anteriormente indicado de que la población

adolescente se está tornando cada vez más sedentaria, hace imperativo que los organismos encargados de velar por la evolución de estas enfermedades hipocinéticas, cuenten con herramientas de evaluación precisas, prácticas y que midan aquellas variables pertinentes relacionadas con los estilos de vida saludable (Vilchéz, 2007).

Jacoy, Bull y Neiman (2003) ahondan aún más en lo anterior, pues la medición de la actividad física y de otros hábitos de vida vinculados con salud, es de suma importancia para los encargados de elaborar políticas públicas, interesados en la observación de la población, porque les permite tomar decisiones y establecer prioridades, así como reducir los altos costos de hospitalizaciones o rehabilitaciones provocados por alguna complicación de la salud; es por esto que la prioridad de campañas y políticas publicitarias, deberían de ir orientadas a la población para brindarles las oportunidades de prevención para cualquier complicación de salud, y así disminuir los altos costos económicos en rehabilitaciones o tratamientos médicos para curar las enfermedades no transmisibles, las cuales fueron provocadas por estilos de vida poco saludables.

Del mismo modo, Baranowski y otros (2000) mostraron en su revisión que la mayoría de los estudios poblacionales que contemplan enfermedades crónicas, incorporan la indagación sobre actividad física, lo que detalla la necesidad de contar con instrumentos de medición adecuados.

Por consiguiente, para los especialistas interesados en la investigación y evaluación de programas de la medición de la actividad física y de los factores que inciden en ésta, es una parte importante de los esfuerzos que promocionan la salud para abordar la inactividad física (Mathers, Vos y Stevenson, 1999; OMS, 2002 y 2005).

La medición exacta y confiable junto con el monitoreo de los comportamientos y sus atributos, se considera como una parte importante de la investigación de la promoción de la salud y la práctica de evaluación. La medición óptima de la actividad física avala

todos los elementos importantes de la base de pruebas para la promoción de la salud y la práctica de ésta última (Sallis y Owen, 1999).

Propiamente, la medición de variables relacionadas con estilos de vida saludables, se usan en la investigación epidemiológica, para entender la relación entre la actividad física y una serie de resultados en la salud física y mental; se usan también para el monitoreo y observación de los niveles de actividad física en la población y para entender las y los determinantes de la actividad física. También se usan para explicar por qué algunas personas o grupos son más activos que otros, para medir el impacto y la eficacia de los programas e intervenciones para la promoción de la salud, diseñados para aumentar la actividad física y para proporcionar una base de pruebas firme y sólida para iniciativas más amplias en cuanto a las políticas y prácticas de promoción de la salud (OMS, 2002).

Específicamente, las mediciones de la actividad física para propósitos de la promoción de la salud se hacen usualmente a través de un autoinforme, mediante la aplicación de cuestionarios, entrevistas y encuestas (Welk, 2002). Como alternativa se incluyen agendas o registros de actividad física, donde la información sobre todas las formas de actividad se registra cada día. Otros métodos de medición de la actividad física incluyen mediciones más directas, objetivas y fisiológicas, como la medición del estado físico (evaluaciones directas e indirectas del consumo máximo de oxígeno y pruebas de estado físico), medición del gasto energético usando un calorímetro directo con agua doblemente marcada o la reacción del ritmo cardíaco ante un volumen fijo de trabajo (Welk, 2002).

Otras evaluaciones objetivas sobre la cantidad de actividad física se pueden hacer con sensores de movimiento, los que miden la actividad en uno o más planos de movimiento. El instrumento objetivo más simple para medir lo anterior es un podómetro, que cuenta los pasos que da una persona y es particularmente útil para captar la conducta de caminar (Tudor, Locke y Myers, 2001). Dispositivos más complejos, conocidos como acelerómetros, pueden medir el movimiento y también registrar el tiempo y evaluar la

intensidad del movimiento, esto es más útil para caracterizar el volumen total de la actividad y para estimar la energía gastada (Welk, 2002).

Ahora bien, otros investigadores han utilizado la observación directa de las conductas de la actividad física, la cual se puede usar para evaluar patrones de actividad de niños, niñas y adolescentes en ambientes escolares o preescolares. Estas mediciones, como SOFIT (*System for Observing Fitness Instruction Time*) y SOPLAY (*System for Observing Play and Leisure Activity in Youth*) se pueden usar para evaluar los patrones de actividad de una población de niños, (as) y adolescentes en un espacio definido como el patio de la escuela o el parque de EEUU (McKenzie, Marshall, Sallis y Conway, 2000).

Otro de los instrumento vinculados con la salud que se debe considerar es el instrumento SF-36, que mide los estados positivos y negativos de la salud, el cuál fue desarrollado a principios de los noventa, en Estados Unidos, para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, [MOS]) (Ware y Sherbourne, 1992).

Por su parte, el PAR-Q (Physical Activity Readiness Questionarie) es un instrumento más utilizado en las investigaciones vinculadas con la salud; este cuestionario está compuesto por siete preguntas y fue validado contra un reconocimiento médico que incluía un electrocardiograma en reposo y en esfuerzo y la determinación de la tensión arterial (Bauman, Sallis y Owen, 2002).

Sin embargo, dichos instrumentos solamente ofrecen un resultado numérico del nivel de actividad física, no investigan más profundo y más ampliamente en otras variables relacionadas con estilos de vida saludables, como los factores primarios (la familia, los amigos, y el ambiente en la escuela) y secundarios vinculados con la actividad física (como los medios de comunicación masiva, sea la televisión, la radio y los periódicos y revistas y las normas culturales y sociales) o los valores sociales tales como el respeto, la tolerancia a las habilidades y destrezas físicas individuales, el trabajo en equipo, los deseos de

superación y la cooperación, los cuales están presentes durante la práctica de cualquier actividad física.

Los instrumentos de medición, relacionados con la salud que expresan resultados numéricos de los diferentes aspectos de la salud tanto aspectos físicos como psicológicos fueron creados en un idioma diferente al nuestro y desarrollados en un contexto cultural es por esto que se requiere de un proceso de adaptación cultural para que así, los resultados puedan ser comparados y así, ampliar la validez y confiabilidad de los resultados obtenidos.

La importancia de una adaptación transcultural de un instrumento o cuestionario va en aumento ya que muchos cuestionarios fueron validados en un ambiente cultural diferente a la población costarricense, por lo tanto se ocupa desarrollar una adaptación transcultural de los instrumentos que resulte apropiado a las características socioculturales del entorno; donde el lenguaje y el significado de los diferentes contenidos del instrumento son aplicables a diferentes escenarios propios de cada país, es por esto que la adaptación transcultural permite que los datos entre diferentes culturas puedan ser comparados entre sí, además de encontrar semejanzas en cuanto a resultados de las investigaciones; otro aspecto importante que se debe mencionar es que los elementos de adaptación transculturales presentan características específicas y propias de cada país; es decir la validez de contenido del instrumento a nivel conceptual; de manera que la versión local adaptada, persigue medidas similares a la versión original de dicho instrumento o cuestionario (Berra, 2009).

Anteriormente, se mencionó la importancia de que un instrumento de medición sea sometido a un proceso de adaptación transcultural donde la validez de contenido está relacionada con las características propias de cada país, y donde los aspectos psicosociales y hábitos de vida saludable sean tomados en cuenta para medir y valorar la calidad de vida de la población costarricense.

Con base en lo anterior, se justifica la importancia de esta investigación en el hecho de validar un instrumento de medición que involucre tanto los hábitos de vida vinculados a

la salud, junto con aspectos psicosociales y los agentes primarios y secundarios que inciden en la formación de dichos hábitos, y que éstos a su vez sean tomados en consideración en la población adolescente y así disminuir el número de muertes por enfermedades no trasmisibles, reducir los altos costos que genera los tratamientos médicos de enfermedades como la Diabetes Mellitus, la hipertensión arterial, la obesidad y enfermedades relacionadas con el corazón que están afectando la salud de los y las adolescentes de los países, quienes se convertirán en los adultos del futuro y que por consiguiente los organismos encargados de la promulgación de las políticas relacionadas con la salud pública puedan observar y monitorear continuamente sus estilos de vida para obtener en el futuro adultos saludables y con una óptima calidad de vida.

Objetivo General:

- Realizar el proceso de transculturalización de un instrumento sobre estilos de vida saludable al ámbito de Costa Rica.
- Validar un instrumento sobre estilos de vida saludable en adolescentes de III ciclo de un colegio público del Gran Área Metropolitana.

Objetivos Específicos:

- Discutir con un grupo de expertos en el área de la salud y la estadística las diferentes áreas, variables y términos del instrumento para definir la estructura del primer borrador del mismo, tomando en cuenta las características socioculturales de la muestra de estudio.
- Realizar una prueba piloto que permita determinar el nivel de entendimiento del instrumento en un grupo de adolescentes con las mismas características de la muestra de estudio.

- Determinar en las reuniones subsecuentes del comité interdisciplinario que ítems se deberían eliminar, cambiar o variar con base en la prueba piloto para obtener la versión final del instrumento.
- Establecer la confiabilidad y la validez del instrumento de evaluación sobre estilos de vida saludable en adolescentes del III ciclo del Colegio de Santa Ana con edades entre los 12-16 años.

Conceptos claves:

Adolescente: Varias organizaciones como; la OPS y la OMS (2002) definen a la adolescencia como el 10 y los 19 años de edad, y la juventud como el periodo comprendido entre los 15 y los 24 años. Maddaleno y Breinbauer (2005) desglosan la adolescencia según el sexo para incluir cambios específicos del desarrollo. En las adolescentes, por lo general se llama preadolescencia al periodo entre los 9 y los 12 años; la adolescencia temprana abarca desde los 12 a los 14 años; la adolescencia intermedia, desde los 14 a los 16; la adolescencia tardía, desde los 18 a los 21 años; y la edad adulta joven desde los 21 a los 24 años.

Confiabilidad: Este criterio tiene que ver con la capacidad del instrumento para producir medidas constantes dado un mismo fenómeno. Se distingue la confiabilidad externa y la interna. La primera tiene que ver con lo que indican otros investigadores, si usando los mismos instrumentos observan los mismos hechos; la segunda indica que otros investigadores harían la misma conexión entre las definiciones en uso y los datos que se recojan, o sea, elaborarían el mismo constructo con base en los mismos hechos (Barrantes, 2007).

Estilos de vida: definido por la O.M.S como “un modo general de vivir basado en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones de conducta individuales determinados por factores socioculturales y características personales” (OMS, 1998, p. 54).

Transculturalización: consiste en la adaptación transcultural de un instrumento de medición o evaluación a una nueva cultura, donde el instrumento que se va a adaptar sea semejante conceptualmente hablando, equiparablemente al original y que resulte apropiado y válido a otra cultura diferente. Por ello, es necesario comprobar las propiedades psicométricas, fundamentalmente y así darle fiabilidad y validez al nuevo instrumento adaptado transculturalmente (Hays, Anderson, y Revicki, 1993).

Validez: Es la capacidad del instrumento de producir medidas adecuadas y precisas para permitir extraer conclusiones correctas. También, busca que los hallazgos puedan ser aplicados a grupos similares. Existe la validez interna y externa. La primera se refiere a la precisión de los datos y si las conclusiones refleja la realidad empírica, la segunda indica que el fenómeno observado se da en el grupo en estudio u puede ser generalizado a grupos similares (Barrantes, 2007).

Capítulo II

MARCO CONCEPTUAL

En el presente capítulo se tratarán temas relacionados con la población estudiantil de estudio y las características del cantón de Santa Ana, además los estilos de vida saludable, la calidad de vida, adaptación transcultural de los instrumentos y los hábitos vinculados a la salud en una población de estudiantes adolescentes colegiales, así como la importancia de elaborar un nuevo instrumento de evaluación que permita analizar aquellas variables que inciden directamente con los estilos de vida saludables, así como los elementos socioculturales característicos de la población anteriormente mencionada.

1. Historia y antecedentes del Colegio de Santa Ana

La Asociación de Desarrollo Integral de la Comunidad de Santa Ana, en 1971, se planteó el proyecto: Fundación de un colegio académico (Jiménez, 1992).

Para ello, organizó un Comité Comunal que inició sus gestiones de trabajo por las noches, en la escuela Andrés Bello López. Se avocó a difundir el proyecto, por los diversos distritos de la comunidad, a promover actividades que generaran recursos y a dialogar con diversas personalidades del Gobierno como el Ministro de Educación Pública Uladislao Gámez, el presidente de la Asamblea Legislativa Lic. Daniel Oduber Quirós y el Diputado Marcial Aguilar Orellana (Jiménez, 1992).

Así el 13 de marzo de 1972, el Colegio de Santa Ana, inició lecciones en la Escuela Andrés Bello López y es hasta el 09 de julio del 1973, que la Asamblea Legislativa aprobó el traspaso de la finca de la Escuela de Policía a nombre de la Junta Administrativa del Colegio de Santa Ana, por medio de la ley 5278, que se publicó en “La Gaceta” número 165 de 1973 (Jiménez, 1992).

En la actualidad se cuenta con una población estudiantil de 1750, un grupo de 114 docentes, 11 funcionarios administrativos y siete empleados que contribuyen con la limpieza, la seguridad y el mantenimiento de las instalaciones (Jiménez, 1992).

Se dispone de cuarenta y seis aulas, talleres, biblioteca, dos salas de informática, gimnasio, cancha de fútbol, salón de actos, soda y servicio de comedor. Las instalaciones y el equipo se encuentra en buen estado gracias al apoyo de la comunidad, Municipalidad y empresa privada (Jiménez, 1992).

Se fomenta entre la población estudiantil diversas actividades; grupos culturales, giras educativas, campamentos, actividades deportivas, religiosas y la promoción de diversos clubes (Jiménez, 1992).

1.2 . Otros actores sociales

En el desarrollo de la institución existe un grupo de figuras que han brindado un aporte relevante al desarrollo de la institución, específicamente, la Junta Administrativa del Colegio de Santa Ana y la asociación de Padres y Madres (Jiménez, 1992).

1.3. Servicio Bienestar estudiantil

El Colegio de Santa Ana a medida que crece, aumenta y perfecciona los diferentes servicios que permite garantizar el bienestar integral de sus alumnos y alumnas. Ante este reto, el Departamento de Orientación busca promover el desarrollo de las potencialidades y fortalezas de los educandos, con la finalidad de que alcance en cada una de las etapas en que se encuentra su desarrollo socio afectivo, vocacional y autónomo y por ende, una mejor calidad de vida personal y social, concretado en su proyecto de vida; del mismo modo, el departamento ofrece una gran variedad de servicios como por ejemplo, la orientación colectiva e individual para los estudiantes, asesoramiento a padres de familia, ejecución de programas y estrategias educativas del Ministerio de Educación Pública, entre otras (Jiménez, 1992).

1.4. Otros Servicios con los que cuenta la institución.

El comedor estudiantil del Colegio de Santa Ana funciona con una ayuda que recibe de DANEA (institución gubernamental que brinda servicios de apoyo); por día el comedor recibe aproximadamente 300 estudiantes. El comedor cuenta con 4 personas encargadas de

la preparación de los alimentos y otras 2 para la limpieza, quienes están debidamente preparadas para la atención del público y el servicio de biblioteca que ofrece la oportunidad a los estudiantes de acceder a libros diccionarios y revistas, y servicio de internet (Jiménez, 1992).

2. Conceptualización de la salud

En una sociedad en la cual se vive en constante aceleración y no hay tolerancia con los ritmos biológicos, es necesario redefinir los límites de diversas actividades para que cada individuo sea capaz de poder organizar su tiempo, de manera que puedan realizar ejercicio y descansar apropiadamente, así como otras actividades que fomenten la salud (Rojas, 2002).

Además, la percepción acelerada y lineal del tiempo conduce a una manera de vivir compulsiva, que hace que se viva con la sensación de urgencia constante, lo que conlleva al padecimiento de enfermedades del corazón, presión alta y depresión de la función inmunológica, que contribuye a una mayor vulnerabilidad a todo tipo de infecciones, por consiguiente, no hay calidad de vida sin una vivencia del tiempo que favorezca los ritmos biológicos y los contactos humanos (Palomares, 2003).

Al respecto, Vílchez, (2007, p. 22) cita que:

“La imparable tendencia hacia la tecnificación y la especialización científica y médica, ha tenido como principal consecuencia el alejamiento del individuo de la responsabilidad personal sobre su propia salud, que es percibida cada vez más fuera de su alcance. Se ha reducido el debate sobre las causas de la mala salud a un tema para expertos, cerrando la posibilidad de interrogarse sobre cualquier otra causa social, como los ritmos no naturales de vida y de trabajo, el exceso de fármacos, la mala alimentación y la contaminación ambiental”.

Considerando este aspecto, las directrices de la O.M.S. formuladas en Ginebra (1977), señalan que el acceso a la salud es uno de los derechos fundamentales de toda

persona (independiente de la raza de color o religión) y propone a todos los gobiernos la posibilidad de alcanzar para todos los habitantes de la Tierra un nivel de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva. Para ello, cada país debería fijar sus propias metas; erradicación de la patología local más acusada, protección contra las enfermedades infecciosas, mejora de las condiciones ambientales, mejora de la alimentación, lucha contra el infarto, la hipertensión y la obesidad entre otras (Ministerio de Salud, 2003).

Por consiguiente, Perea (1992, p. 31) estima que la salud *“es un conjunto de condiciones y la calidad de vida que permite a la persona desarrollar y ejercer todas las facultades en armonía y relación con su propio entorno”*. Es por esto, que se considera que estas condiciones y calidad de vida deben desarrollarse en edades tempranas para que los niños y niñas se desarrollen como personas en su plenitud además de que matiza la dimensión social, en cuanto a la capacidad para desenvolver las facultades personales en armonía y relación con su propio entorno.

Asimismo, la OMS define el concepto de salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 2000).

2.1. Componente biológico de la Salud

El autor Ruíz (2002) manifiesta que el hombre, como un ser biológico con un alto nivel de complejidad orgánica, debe ser visto como un todo y no solo como la suma de sus partes, puesto que la mejora o el deterioro de algunas de ellas lo afecta, en mayor medida, tanto a nivel individual como a nivel social. Desde un punto de vista biológico del ser humano, se puede ver la salud como la capacidad de estar libre de enfermedades o lesiones y las limitaciones que éstas puede producir. Sin embargo, prevenir la enfermedad, tener huesos, piel, y dientes sanos así como evitar el peligro, no refleja la gran complejidad del mismo, dado que se debe tomar en cuenta la suma de las partes, considerando que se puede ser saludable sin tener que ser perfecto. A medida que se expanda la definición de salud

para que incluya el funcionamiento general del cuerpo, emerge una imagen general de la salud que incluya la conexión de mente/cuerpo, sin limitarse a ello; de este modo, la salud incluye un estado mental, así como la paz y armonía consigo mismo y con el entorno físico y social (OMS, 2000).

Por consiguiente, el ser humano no es únicamente una entidad biológica, sino un organismo dinámico que posee otras dimensiones que son críticas para tener un nivel de salud adecuado, tales como aspectos de tipo psicológico y social.

2.2. Componente psicológico de la salud

En las últimas décadas, el desarrollo de la salud ha implicado una revisión del paradigma salud-enfermedad hacia la definición de metas saludables en términos de condiciones de vida.

Si se acepta como punto de partida que lo que se ha percibido como la calidad de vida de una persona, es precisamente la percepción individual de su bienestar, entonces es en su mente donde se expresa de manera concreta la condición de salud. Es decir, la experiencia interna (pensamientos, afectividad y relaciones con el entorno) debe ser tomada en cuenta para lograr un balance óptimo entre la mente y el cuerpo (Ministerio de Salud, 2001).

Asimismo, el reconocimiento de la salud mental, lejos de plantearse como ausencia de enfermedades y problemas mentales, debe orientarse por el contrario, a fomentar la percepción y conciencia de los problemas, al igual que la posibilidad personal y /o colectiva para su solución, modificación e intervención. Es un componente inseparable de la salud, un aspecto constitutivo de bienestar, determinado por el estado que asumen en individuos o grupo los sistemas sociales, orgánicos y psíquicos en cada momento histórico, resultante de una compleja dinámica interacción que se expresa a través del comportamiento en sus diversas manifestaciones (Owen, 2004).

Considerando la dificultad para construir y socializar definiciones concretas al complejo asunto de la salud mental, es importante tomar en cuenta algunos conceptos.

El Ministerio de Salud y Bienestar de Canadá (Mental Health Canadiens, 1988 p. 22), define: *“la salud mental como:” la capacidad de las personas y de los grupos para interactuar entre Sí y con el medio ambiente; un medio para promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas, ya sea cognitivas, afectivas o relacionales, junto con el logro de metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común.”*

Analizando lo anterior, el Comité de Salud Mental de la OMS (2001) define a la salud mental como el goce del grado máximo de salud que se puede lograr; es uno de los derechos fundamentales e inalienables del ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica y social.

En la actualidad, hay muchos factores que afectan la salud psíquica y social de los adolescentes colegiales, como por ejemplo familias disfuncionales, los fracasos escolares, la deserción estudiantil, la falta de autoestima y la violencia estudiantil, entre otras. Los factores protectores de unas buenas relaciones sociales, de los amigos y amigas, pueden disminuir en algunos casos esas creencias que podrían acarrear, a la larga, consecuencias graves para la salud psicosocial del adolescente. También es verdad que en ocasiones, son estas relaciones sociales las que fomentan los problemas psicológicos, el “bullying” (pandillas) y problemas sociales como la delincuencia y el vandalismo, entre otros, que son características específicas de los grupos destructivos o nocivos para la salud psicosocial del adolescente (Marín y Torres, 2006).

Es por esto que, el rechazo o indiferencia del resto del grupo puede ser otro de los problemas que influyen directamente en los adolescentes de hoy (Marín y Torres, 2006).

En este caso en particular, se evidencia que el profesor de Educación Física es quien conoce que un buen medio para eliminar dichos problemas es la práctica de actividades físicas y deportivas, dado que además de liberar tensiones y de proporcionar una relajación corporal, se establecen gran cantidad de relaciones sociales diferentes. Es bien sabido, que para cualquier docente (profesor, entrenador, organizador), si un adolescente no se encuentra a gusto en su grupo difícilmente rendirá y no estará concentrado; esto se puede extrapolar a la vida diaria, si un adolescente no tiene relaciones sociales positivas que le aporten una buena autoestima y un bienestar social, entonces se pueden afectar otros aspectos de su vida y de su entorno (Rojas, 2002).

Algunos autores relacionan la práctica sistemática del ejercicio físico con una sensación acentuada de control sobre sí mismos y de las funciones corporales, lo que genera una mejor percepción del estado general de bienestar. Del mismo modo, la motivación debe incluirse como un elemento básico para comprobar el efecto del ejercicio físico y del deporte en la salud psicológica de los participantes, definido por el tipo de satisfacción logrado (condición física, competencia, o sensación de bienestar) (Sánchez, 1996). Es por esto, que se puede decir que la vida activa se refiere en particular a una forma de vida en la que las personas hacen actividades físicas útiles, placenteras y satisfactorias como parte integrante de su vida cotidiana (Sánchez, 1996).

Partiendo de estos elementos básicos, se han encontrado diversos estudios y resultados empíricos que apoyan la relación entre la actividad física y la salud psicológica, aunque se les ha criticado por la falta de consistencia metodológica y por la carencia de estudios longitudinales (Sánchez, 1996).

Resumiendo estos aspectos, se puede decir que tener salud mental o carecer de ella, depende de la capacidad y de la habilidad de: a) aprender y poseer capacidades intelectuales; b) procesar información y actuar con base en ella; c) clarificar valores y creencias; d) ejecutar la capacidad de tomar decisiones y e) el entender las ideas nuevas.

Considerando lo anterior, se estima que la actividad física y el ejercicio generan una serie de beneficios físicos y psicológicos, sin dejar de lado el factor social, que está implícito en todas las actividades recreativas y deportivas que le permiten a los participantes mejorar sus relaciones afectivas propias de una sociedad.

2.3. Componente social de la salud

El ser humano es un ser social y biológicamente activo; el aprendizaje, las costumbres, el comportamiento o las relaciones son aspectos que determinan la vida humana.

Analizando lo anterior, con respecto al componente social Aztarain y De Luis, (1994 p. 49) manifiestan que *“La vida humana es vida social. La evolución supone un paso de lo simple a lo complejo, de lo único a lo plural, una tendencia a la agregación inscrita en la lógica de la vida. Esta agregación cumple un papel adaptador que aumenta las posibilidades de sobrevivir y multiplicarse”*.

Por lo anterior, el objetivo de la socialización es incluir las costumbres, las carencias morales y desarrollar características de personalidad en el individuo, principalmente las consideradas deseables por una cultura en particular; en este caso, la socialización se da a través de dos procesos interdependientes denominados refuerzo y modelado. Lo anterior tiene implicaciones importantes dentro de la práctica deportiva.

Las conductas que son reforzadas se incrementan, mientras aquellas que son desaprobadas y se castigan, tienden a desaparecer. Además, el modelado proporciona a los deportistas ejemplos concretos a favor de la socialización, mostrando conductas, actitudes y valores deseables en patrones de comportamiento. Por su grado de implicación y la influencia que generan, las actividades físicas en grupo y los deportes son considerados excelentes agentes de socialización (Baranowski y otros, 2000).

Por consiguiente, esta característica social de la salud es una llamada a descubrir que ésta es una tarea de todos y compete a todos. Se toma como propio el objetivo general que señala la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986, p. 55), ratificado en el Congreso de Liverpool (1988), cuando formula como objetivo guía el “*conocer y apreciar el propio cuerpo en sus posibilidades y limitaciones para afianzar hábitos autónomos de cuidado y salud personales, y de respeto y solidaridad con la salud de los otros*”. *El compartir tareas y el aportar todos a la consecución de objetivos comunes, hace que el grupo tome conciencia de la importancia de la suma de todos y cada unos de sus componentes*”(Carta de Ottawa, 1986).

Asimismo, Ballester y Gill (2002) consideran que las habilidades sociales actuales son conductas básicas, que facilitan el relacionarse mejor con los demás. Estas habilidades sociales son valoradas a través de varios criterios de comportamiento, algunas de ellas son mencionadas por los mismos autores (p. 11):

- a) *“Consenso social (un comportamiento es considerado incorrecto si no es del agrado del grupo que lo juzga, pero puede ser considerado habilidoso por otro grupo de referencia).*
- b) *Efectividad (una conducta que es una habilidad en la medida en que conduce a la obtención de aquello que se propone).*
- c) *Carácter situacional (un mismo comportamiento es adecuado en una situación, pero puede no serlo en absoluto en otra).”*

Al respecto, Bauman, Sallis y Owen (2002) señalan tres facetas de la socialización que afectan al componente social de la salud y cuyos efectos han sido más estudiados: el sentido del yo en el niño/a su ajuste personal a la escuela y sus relaciones sociales.

Además, se menciona que uno no se retira del grupo, más bien es obligado a retirarse, el niño/a intenta siempre permanecer en el grupo, solo se aparta de él cuando lo obligan y aunque se enfade con el grupo, vuelve a él. También se indica que las

discusiones, peleas, y burlas están presentes en este tipo de relaciones, y en ocasiones la diferencia individual plantea un problema por la distancia que separa al niño/a de los demás (Perea, 1992).

No obstante, una de las responsabilidades que se tiene como educadores para mejorar los aspectos sociales de la salud, es buscar métodos para que los alumnos y alumnas vayan encontrándose a sí mismos y construyan, de forma positiva, su verdadera personalidad. Hacerles sentir lo gratificante que es tener una actitud positiva ante los demás, ante situaciones de dificultad, mostrando actitudes solidarias y que fomenten respeto para ellos mismos y los demás, debería ser una de las premisas de la clase de educación física. Ser amigos o amigas significa un paso adelante en la convivencia, así como el saber compartir y la efectividad en grado sumo. La convivencia en la escuela posibilita experimentar un alto grado de empatía, de compartir, de cooperar, de sentirse unidos por opiniones y creencias (Pérez, 1999).

Los aspectos sociales vinculados a la salud, están estrechamente ligados a la calidad de vida, un ser humano socialmente aceptado en la sociedad es sinónimo de un ser humano con calidad de vida. Es por ello que analizar los beneficios de una buena calidad de vida es esencial dentro del concepto de salud.

3. Calidad de Vida: Hábitos y Estilos de Vida Saludables

El interés por la calidad de vida ha existido desde tiempos inmemorables. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo, es relativamente reciente. La idea comienza a popularizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general.

Por otra parte, el desarrollo y perfeccionamiento de los indicadores sociales, a mediados de los 70 y comienzos de los 80, provocó el proceso de la diferenciación entre

estos y la calidad de vida. La expresión comienza a definirse como concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida (carácter multidimensional) y hace referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos. La inclusión del término en la primera revista monográfica de EE UU, “Social Indicators Research”, en 1974 y “Sociological Abstracts” en 1979, contribuyó a su difusión teórica y metodológica, convirtiendo a la década de los 80 en la del despegue definitivo de la investigación en torno al término (González, 2001).

El concepto de calidad de vida en términos subjetivos, surge cuando las necesidades primarias básicas han quedado satisfechas con un mínimo de recurso. (Ministerio de Salud, 2003).

Finalmente, surge entonces el concepto de la calidad de vida, el cual se define como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que se vive y en relación con sus expectativas, normas y sus inquietudes (Organización Mundial de la Salud, 2002).

3.1. Conceptualización de la Calidad de Vida

Uno de los conceptos más relacionados con la forma en que las personas intentan alcanzar la felicidad es la calidad de vida.

“Cuando se habla del concepto de calidad de vida, se refiere particularmente a grupos o comunidades, en las cuales existe un óptimo bienestar entre las cinco dimensiones que constituyen la salud e integración familiar, participación comunitaria activa y el lograr establecer estilos de vida adecuados, tales como actividad física regular, buena alimentación, entre otros, y calidad ambiental” (Lopategui, 1997, p. 6).

Antes de continuar, es conveniente tratar de aclarar qué significa tener calidad de vida; según Levy y Anderson (1980) la calidad de vida es, una medida compuesta de

bienestar físico, mental y social tal y como la percibe el individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa e influyen en la misma aspectos tan variados como la salud, el matrimonio, la familia, el trabajo, la vivienda y la situación financiera. Al considerar el concepto de calidad de vida como algo subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción y el bienestar, se hace aún más complejo el poder dar una sola definición de la misma.

La definición de calidad de vida es muy amplia y compleja, por lo tanto, la clave para que una persona considere que posee calidad de vida, no se concentra específicamente en la posesión de objetos o las experiencias vividas, sino más bien en el significado que se les da a las mismas. Esto provoca que cada persona pueda definir la calidad de vida de forma diferente. En general, se puede entender la calidad de vida como la felicidad, la satisfacción por la vida y como ésta afecta el bienestar psicológico (Levy y Anderson, 1980).

Según Torres Guerrero (1999) algunos de los indicadores de calidad de vida que se repiten con mayor frecuencia en los estudios sociológicos, son los siguientes:

- a) Salud
- b) Consumo de alimentación
- c) Educación
- d) Ocupación, condiciones de trabajo
- e) Condiciones de vivienda
- f) Seguro social
- g) Ropa
- h) Derechos humanos

Por lo tanto, hace más de dos décadas Racionero (1986) estableció una jerarquía de necesidades, organizando los indicadores de calidad de vida en cuatro campos:

- a) Seguridad personal: incluye la cobertura de las necesidades biológicas de cuerpo y sus indicadores económicos; así como indicadores de protección, seguridad y salud.

- b) Ambiente físico: indicadores de este tipo hacen referencia al ambiente urbano: polución, ruido, congestión, desplazamientos. También tienen una clara relación con la salud.
- c) Ambiente social: hace referencia a la pertenencia a grupos, amistades, afectos entre otros.
- d) Ambiente psíquico: incluye indicadores sobre la necesidad de autorrealización o libertad para el pleno desarrollo de talentos y capacidades de la persona.

Unido al concepto de calidad de vida se encuentran los estilos de vida, los cuales incluyen los patrones de comportamiento propios de cada individuo que conforman una sociedad.

3.2. Conceptualización de Estilo de Vida

El concepto de estilo de vida se ha hecho muy popular en las sociedades occidentales desde la década de los sesenta del siglo XX, e incluye diversas acepciones según se describa desde la economía, la política, la sociología o las ciencias de la salud (Gutiérrez, Raich, Sánchez y Deus, 2003). Este apartado se abocará, en primer lugar, a clarificar brevemente lo que se entiende por estilos de vida saludables, desde el ámbito de las ciencias de la salud.

La OMS define el estilo de vida como un conjunto de patrones de comportamientos identificables y relativamente estables en el individuo o en una sociedad determinada. Dicho estilo de vida resulta de la intervención entre las características individuales, la intervención social y las condiciones de la vida socioeconómica y ambiental en que viven las personas (OMS, 2002).

Los estilos de vida que se han estudiado en mayor profundidad han sido fundamentalmente: el consumo de tabaco, los hábitos alimenticios inadecuados y la inactividad física (WHO, 2000). Otros estilos de vida contemplados en los programas de promoción de la salud o prevención de la enfermedad son: el descanso y ocio, la higiene, la educación sexual y planificación familiar, el consumo de alcohol y otras drogas, la

automedicación, las revisiones sanitarias, el seguimiento de prescripciones médicas o las prácticas de seguridad y protección (Gutiérrez, Raich, Sánchez y Deus, 2003).

Con frecuencia se habla de estilo de vida para referirse a alguno de dichos patrones comportamentales, tales como la actividad física o hábitos alimenticios.

No obstante y a pesar de esta multiplicidad de patrones comportamentales, sí existe un consenso avalado por la investigación científica y la riqueza cultural, mediante el cual se puede identificar una conducta como saludable (por ejemplo la práctica de actividad física moderada) o no saludable (por ejemplo el consumo de sustancias tóxicas). Bien es cierto, que existen diversas conductas menos radicales bajo la perspectiva de la salud y cuya incidencia sobre ésta dependerá del punto de vista del observador o de circunstancias concretas. Boachard y Shephard (1994) y Mendoza, Sagrera y Batista (1994) muestran cuatro grandes tipos de factores que determinan el estilo de vida de una persona: a) las características individuales, genéticas o adquiridas; b) las características del entorno micro social en que se desenvuelve el individuo (vivienda, familia y escuela, entre otros); c) los factores macro sociales, que influyen directamente sobre los anteriores (el sistema social, la cultura predominante y los medios de comunicación, por citar algunos ejemplos) y d) el medio físico geográfico.

Estos factores influyen sobre la vinculación de la práctica de actividades físicas al aire libre con periodos estacionales, así como la habilidad en la práctica y sobre la respuesta fisiológica (Bochard y Shephard, 1994).

Los elementos anteriormente descritos, muestran factores altamente críticos a la hora de que las personas se involucren o no con los estilos y hábitos de vida saludables, especialmente desde edades tempranas.

De hecho, hace ya dos décadas el investigador De la Cruz (1989) ya había denotado como hábitos de salud importantes en edades escolares, el de una alimentación equilibrada, la costumbre de realizar ejercicio físico frecuente, con descansos y esfuerzos adecuados, las

posturas escolares y la higiene personal debida. En resumen, uno de los hábitos importantes considerados como positivos para los estilos de vida saludables y su contribución al objetivo final de calidad de vida, es la práctica de actividad física, realizada de acuerdo con una frecuencia, intensidad y duración adecuadas. El conocimiento de estos factores de la dinámica de los esfuerzos hará que la actividad física que se realice sea más saludable.

Por consiguiente, los hábitos de salud anteriormente mencionados deben formar parte de la vida cotidiana de cada uno de los niños y niñas, para lograr que dichos hábitos se involucren en el diario vivir de la población infantil y así garantizar una población más saludable.

Es por esto que Coreil, Lewin y Garty (1992, p. 227), proponen que *“los hábitos de salud y los hábitos de vida están íntimamente unidos, de manera que sería más apropiado hablar de hábitos saludables de vida”*; asimismo, Dawson (1994, p. 302) *“asocia los conceptos de hábitos saludables de vida, con el concepto de calidad de vida.”*

Ahora bien, Bouchard y Shephard (1994) consideraron que se debía dar un paso más allá del modelo de salud-enfermedad y utilizar indicadores de un concepto de salud integral bio-psico-social; además, manifestaron que las dimensiones físicas, psicológicas y sociales de la salud, se pueden contemplar desde dos estados extremos absolutamente contrapuestos: una parte en un estado de signo positivo y en el otro, un estado de signo negativo. Este modelo plantea la posibilidad de muy diversos estados de salud según la ubicación del individuo entre ambos extremos. A los estados de salud positiva se les asocia con un estilo de vida adecuado, una sensación de bienestar, una capacidad de disfrute de la vida y una tolerancia a los retos que plantea el entorno. Por otra parte, a los estados negativos referentes con la salud, se les asocia con el incremento de niveles variados de mutabilidad de dichos estados y sus efectos asociados de carácter físico, psicológico y social y con una incidencia prematura de la mortalidad.

Por lo anterior, se deduce que existen tanto a nivel personal como colectivo, formas y maneras de comportarse que son más favorables para la salud, frente a otras que pueden resultar más desfavorables. Puede interpretarse, que cada persona o colectivo construye un estilo de vida propio, conforme a los hábitos comportamentales que posea. Uno de los hábitos importantes considerados como positivos respecto al estilo de vida es la práctica de la actividad física.

Se puede mencionar que las prácticas de salud y/o de riesgo no son conductas que surgen de forma esporádica. Por el contrario, constituyen constelaciones de comportamientos más o menos organizados, complejos, coherentes, estables y duraderos fuertemente relacionados con el entorno en que vive la persona.

Así, por ejemplo, el consumo de alcohol está integrado en un conjunto de comportamientos, como la forma de vestir, la jerga utilizada, la forma de divertirse o la manera de aproximarse al otro sexo, que configuran un estilo de vida particular (Gutiérrez, Raich, Sánchez y Deus, 2003).

Por otra parte, se debe tener en cuenta que aunque a nivel individual algunos patrones comportamentales son relativamente estables, desde el punto de vista social, estos modelos de comportamiento no son fijos, están continuamente sometidos a interpretación y a una prueba en distintas situaciones sociales. En este sentido, resulta evidente que no existe un estilo de vida “óptimo” al que puedan describirse todas las personas. Los estilos de vida están claramente determinados por la cultura: los ingresos, la estructura familiar, la edad, la capacidad física o el entorno laboral, todo lo cual hace que algunos estilos de vida sean más factibles y adecuados con algunas formas y condiciones de vida (Gutiérrez, Raich, Sánchez y Deus, 2003).

Los estilos de vida se vienen estudiando desde los fines de la década de los sesenta. Las primeras investigaciones se centraron fundamentalmente en el estudio de los estilos de vida como patrones de comportamiento aislados que suponían un riesgo para la salud. A

partir de la década de 1980, aproximadamente, surgieron críticas respecto a esta postura un tanto reduccionista dentro del paradigma de la salud pública y se empezaron a contemplar las aportaciones de los modelos teóricos más complejos y complementarios, como el modelo bio-psico-social. Ello ha facilitado el avance metodológico hacia modelos de medidas multivariantes más complejos para evaluar los estilos de vida (Gutiérrez, Raich, Sánchez, y Deus, 2003).

Evaluar los estilos de vida implica abarcar una serie de elementos tanto sociales como psicológicos además de incluir los hábitos de salud, la alimentación, el consumo de drogas u otro tipo de sustancias, así como los hábitos de postura y los hábitos de higiene los cuales son de suma importancia que se adopten desde edades tempranas, ya que de la adherencia de dichos hábitos corporales depende la calidad de vida en la etapa adulta, además de garantizar la aplicación de dichos hábitos de higiene y aseo a la vivencia personal, escolar y comunal, en diferentes actividades diarias o actividades físicas y deportivas que son primordiales en la convivencia de una sociedad.

4. Aspectos relacionados con la higiene corporal y actitud de postura

Higiene es el conjunto de conocimientos y técnicas que deben aplicar los individuos para el control de factores que ejercen o que pueden ejercer efectos nocivos para la salud (Ministerio de Salud, 2002). La higiene personal como hábito de vida saludable debería de estar en un lugar prioritario en el estilo de vida de los estudiantes. De las actividades diarias escolares durante las clases de educación física, donde se produce un aumento de la temperatura corporal, el contacto con las instalaciones deportivas y las manipulaciones de diferentes materiales, entre otros, es de vital importancia una adecuada higiene personal (Ministerio de Salud, 2002).

El reconocimiento de las normas, principios y enfoques vigentes de higiene y aseo personal así como los hábitos posturales, son de vital importancia debido principalmente a que en las últimas décadas, las molestias de la espalda se han convertido en una “epidemia”

que casi cualquiera puede sufrir. El síntoma de dolor de espalda comprende una serie de dolores y molestias que difieren entre sí. El dolor puede aparecer en la nuca, entre las escápulas o en la zona de los riñones. Las causas musculares del dolor de espalda no radican siempre en la columna vertebral y se pueden dar por malos hábitos posturales, pero si se aprende a cargar la espalda de manera correcta, se pueden prevenir lesiones a futuro. El interés por incorporar a la vida personal y familiar adecuados hábitos de postura, permitirá disminuir los dolores musculares y evitar lesiones como escoliosis, cifosis y lordosis entre otros.

4.1 Actitud Postural. Las posturas estudiantiles

Desde el mismo momento del nacimiento (período de crecimiento en el vientre de la madre), la columna vertebral va modificándose para ir adaptándose al medio acuoso donde se debe desenvolver. Así, se parte de la lógica posición cifótica fetal de toda la columna (convexidad posterior), para poder ubicarse y desenvolverse en el vientre materno. Posteriormente, el bebé, para poder conocer el mundo que lo rodea, comienza a elevar la cabeza cuando se le coloca en la posición prona sobre todo a partir de los 3-4 meses, favoreciendo la lordosis cervical (convexidad anterior). Más adelante, cuando el niño se sienta sólo y, más tarde, con sus primeros pasos, se desarrolla la lordosis lumbar, para favorecer la mayor resistencia del raquis (Ministerio de Salud, 2000).

Santoja y Martínez (1992) consideran que ya en los primeros años de vida se comienza a desfigurar la postura, no sólo por no prestarle al cuerpo la atención que merece sino también por una serie de hábitos incorrectos posturales, muchas veces por el mobiliario empleado (sillas, mesas o camas) que conllevan a desequilibrios musculares, que posteriormente se acompañarán de acunamiento vertebral, rigidez segmentaria, jibosidad y rotación vertebral.

El término homeostasis postural, describe el estado en el que el cuerpo se mantiene en equilibrio. Este estado de reposo, es el resultado de la relación organizada entre las distintas articulaciones y estructuras del cuerpo, cuyo objetivo principal es el de vencer el efecto de la acción de la gravedad sobre el cuerpo, haciendo que esta continua agresión debilite lo menos posible estas estructuras, consiguiendo un control muscular derivado de complejas y delicadas coordinaciones y que se va a traducir en una economía de esfuerzos, transferibles positivamente hacia cualquier movimiento (Brownson y cols, 2000).

Según la Caja Costarricense de Seguro Social (2001) este tipo de agresiones al cuerpo no sólo van a afectar a la musculatura del individuo, sino que van a provocar una reacción en cadena en todo el organismo. Así, determinados órganos se pueden ver afectados por este desajuste postural, limitando y condicionando no sólo la movilidad del individuo, sino que además puede repercutir en parámetros fisiológicos, emocionales o conductuales. Es evidente, por lo tanto, la importancia de una buena educación postural.

Ante esta realidad, se concluye que los educadores son quienes podrían ayudar a vigilar la forma en que se sientan los estudiantes en clase, considerando también que están diariamente cinco horas (cuando menos) en postura estáticas, algunas veces sentados en sillas cuyas dimensiones no son las adecuadas para su desarrollo físico. Ni la altura de las mesas, a veces demasiado pequeñas y bajas y otras que obligan a los estudiantes a hacer posturas compensatorias para poder seguir el ritmo de la clases (Ministerio de Salud, 2003).

Se debe buscar inculcar en los y las alumnas el mantener una postura correcta, desde la posición de sentado, con la espalda erguida y con el contacto con el respaldo, con los pies apoyados en el suelo, hasta enseñar a los estudiantes a cargar las mochilas o salveques sobre sus espaldas. Esto, principalmente para prevenir cifosis, lordosis, escoliosis e hiperlordosis que se producen por malas posturas. El peso de los salveques es a veces inadecuado para la edad y fuerza de los niños y niñas, provocando problemas de espalda; por lo tanto, la distribución de las cargas será de gran utilidad para los estudiantes (Rojas, 2002).

Analizando lo anterior, se puede mencionar que los hábitos de postura de la población estudiantil adolescente de este país están en riesgo por lo tanto, se debe de evaluar y diagnosticar el estado actual de la salud corporal para prevenir complicaciones de salud en dicha población (Agencia EFE, 2005).

Pero además, la salud y el desarrollo de los adolescentes están amenazados por una variedad de problemas que van desde el consumo de sustancias ilícitas, la mala postura corporal y la mala nutrición, donde las comidas hipercalóricas, la deficiencia de calcio y vitaminas es evidente en la dieta diaria de un adolescente; trayendo consecuencias negativas y devastadoras en esta etapa de la vida y por ende serias consecuencias de salud. Es por esto que conocer el estado nutricional de la población costarricense, permitirá ampliar el debate sobre el estado de salud actual y cómo afecta negativa o positivamente a la población costarricense.

5. Situación del estado nutricional y alimentario de Costa Rica

5.1. Antecedentes

El estado nutricional hace referencia a la valoración de deficiencias o el alto consumo de micronutrientes como vitaminas y minerales a través de pruebas bioquímicas, mientras que el estado alimentario se refiere al alto o bajo consumo de micronutrientes considerando a los grandes grupos alimentarios: carbohidratos, proteínas, grasas y el efecto del exceso de los mismos como lo son el sobrepeso y la obesidad (PASP, 2001).

El conocer sobre la seguridad alimentaria y nutricional define el estado en que las personas gozan, en forma oportuna y permanente del acceso a los alimentos en cantidad y calidad para su adecuado consumo y utilización biológica, garantizando un estado de bienestar que coadyuve a su desarrollo y así, el consumo de los micro y macro nutrientes permitan ser una herramienta de prevención de las enfermedades no trasmisibles (Ministerio de Salud, 2002).

En Costa Rica el bienestar económico, el envejecimiento de la población y los cambios en el perfil epidemiológico plantean un panorama nacional de alta vulnerabilidad para las enfermedades no transmisibles. La sociedad costarricense incrementó su expectativa de vida en forma constante hasta 1999 de 76,9 años hasta los 79 años de vida actualmente, mientras que la tasa de natalidad bruta pasó de 32/1000 en 1985 a 22,6/1000 en año 2000. La población ha envejecido y la pirámide poblacional se ha ensanchado con base en los adultos jóvenes (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), 2001); Ministerio de Salud, 2003).

Las enfermedades cardiovasculares han constituido la principal causa de muerte de la población costarricense, tanto hombres como mujeres desde el quinquenio 1970-1974, siendo siempre la tasa ajustada de mortalidad en los hombres más alta que en las mujeres, hasta el año 2000 en que murieron 2675 hombres y 2145 mujeres por esta causa, representando el 32% y 35% respectivamente de la mortalidad total para ese año (Ministerio de Salud, 2003).

La tendencia observada a lo largo del tiempo en Costa Rica es la de un descenso aparente de la mortalidad en la década del 70 para luego estabilizarse en los hombres, inclusive mostrar una ligera tendencia al aumento en los últimos años en este grupo y descender en las mujeres ligeramente (Ministerio de Salud, 2003).

Es posible que el descenso de la mortalidad por esta causa que se observa en los 70's se deba a un mejor registro de defunciones como parece ser por el descenso notorio en la proporción de las muertes por causas mal definidas que se observa en la década del 80 (Ministerio de Salud, 2003).

Las enfermedades cardiovasculares representan casi las tres cuartas partes de la mortalidad debida al aparato circulatorio (72% y 73% en 1995 y 2001, respectivamente),

mientras que el infarto del miocardio es el 44,6% y el 44,7% de la enfermedad cardiovascular para los dos mismos años considerados (Ronderos, 2001).

La tendencia de la mortalidad desde 1970 y hasta el 2000 por enfermedades cerebrovasculares ha mostrado un descenso de un 29%, siendo más notable en mujeres (34%) que en hombres (23%). La Enfermedad Isquémica Coronaria (EIC) por el contrario, muestra un claro aumento en hombres y en las mujeres tiende a permanecer estable. Si bien la magnitud de la mortalidad por enfermedad hipertensiva aún es baja, preocupa por su aumento vertiginoso ya que comprende aquella ocasionada por daño secundario a la hipertensión. *“Este panorama parece señalar que si bien el país ha venido mejorando la prevención y atención del accidente cerebrovascular, es poco lo que ha logrado frente a los daños crónicos derivados de un mal control en la población de hipertensos y en la prevención y atención del manejo del EIC”* (Morice, 1998, p. 29).

Existe evidencia que sólo un número limitado de factores determina en mayor medida la carga de mortalidad por enfermedades cardiovasculares y éstos son la obesidad, dislipidemia y diabetes mellitus. A su vez, éstos determinados por la alimentación escasa en frutas y vegetales, alto consumo de grasas saturadas y carbohidratos simples. Por lo anterior, es importante considerar los aspectos alimentarios nutricionales como factores que favorecen la incidencia de algunas enfermedades no transmisibles (Escobar y cols, 2000).

Considerando lo anterior, resulta necesario señalar que las encuestas nacionales de nutrición realizadas en Costa Rica, muestran un aumento del sobrepeso y obesidad en los diferentes grupos poblacionales; por ejemplo, en el grupo de preescolares la prevalencia de sobrepeso según el indicador peso para talla, pasó de un 2,3% en 1982 a un 6,2% en 1996 (Ministerio de Salud, 1996).

En el año 1996, el grupo de población escolar mostró un 14,9% de sobrepeso según el índice de masa corporal. La mayor prevalencia se presentó en la zona metropolitana (20%), mientras que en la zona urbana fue de 17,5% y en la zona rural de 9,3%. En ese

mismo año se encontró que el grupo de mujeres de 15 a 19 años presentó un 23,2% de sobrepeso.

En las mujeres de 20 a 44 años de edad, se observó un aumento del sobrepeso y obesidad (IMC >25) de 34,6 a 45,9% entre 1982 y 1996. En este último año se registró un mayor porcentaje en la zona rural (50,6%), en comparación con la zona metropolitana (42,2%) y la zona urbana (44,6%). Asimismo en las mujeres de 45 a 59 años, se observó un aumento de 55,6 a 75% en el mismo período (Ministerio de Salud, 1996).

En las encuestas realizadas en los años 1999 y 2000 en los sitios centinela ubicados en los distritos de Damas de Desamparados y San Antonio de Nicoya, representativos de la zona metropolitana y rural, respectivamente, se determinó un 6,0% y un 3,2% de preescolares con sobrepeso de acuerdo con el indicador de peso para talla. El grupo de población escolar mostró una prevalencia de sobrepeso (IMC >85 percentil) de 22,1% en Damas de Desamparados y de 14% en San Antonio de Nicoya. También se encontró en Damas que el 56,4% de las mujeres de 19 a 44 años y 58,8% de los hombres con edades comprendidas entre los 19 y 59 años presentaron algún grado de sobrepeso y obesidad. En San Antonio de Nicoya estos porcentajes fueron del 58,8% y 40,6% respectivamente (Ministerio de Salud-INCIENSA, 2002).

Es evidente que el patrón de consumo de alimentos de la población costarricense ha variado con el tiempo debido posiblemente a factores económicos y socioculturales como el nivel de ingreso, estrato socioeconómico, nivel de educación y lugar de residencia; por lo anterior, la prevalencia de enfermedades relacionadas con la alimentación también cambió considerablemente.

Los estudios sobre consumo de alimentos realizados en los últimos años muestran algunas diferencias según zona y estrato socioeconómico. En 1991 se encontró que el consumo de arroz (principal fuente de energía de la dieta del costarricense) y frijoles fue mayor en la zona rural y disminuía conforme aumentaba el estrato socioeconómico; por el

contrario el consumo de carnes fue menor en la zona rural y aumentó conforme mejoraba el estrato socioeconómico (Ministerio de Salud, 1991).

Es importante notar que entre 1991 y 1996 se observó una reducción importante en el consumo per cápita de azúcar en la zona urbana, la cual pasó de 86 a 57 gramos y el consumo de grasas también pasó de 46 a 30 gramos en el mismo período. Por otra parte, aunque se observó una conducta positiva hacia el consumo de grasa en la cual, se tiende a sustituir la manteca vegetal por el aceite, aún existe un mayor consumo de manteca. Además, la contribución de grasas al valor energético total, pasó de 31% en 1989 a 29% en 1991 y bajó a 27% en el 1996, aunque la recomendación para la población es del 25% (Ministerio de Salud, 1997). Más recientemente, el aporte de ácidos grasos saturados, el cual se ha asociado con un alto riesgo de enfermedades cardiovasculares, fue alto (12% del valor energético total) en el percentil 50 de la población del nivel nacional (INCIENSA, 2002).

Por otro lado, el aporte de ácidos grasos poliinsaturados n-6 (3% del valor energético total) y de ácidos grasos monoinsaturados (12% del valor energético total), los cuales se han asociado con menor riesgo de enfermedad cardiovascular, se encontró que están por debajo de los valores recomendados en las metas técnicas establecidas para Costa Rica. La relación grasa poliinsaturada/grasa saturada (P/S) de 0,2, es un valor considerado bajo, mientras que el índice colesterol-grasa saturada (CSI) fue muy alto. Esta situación señala que la dieta de la población nacional presenta un potencial aterogénico alto (INCIENSA, 2002).

En la encuesta realizada en 1999 en el distrito de Damas de Desamparados, el cual se considera representativo de la zona metropolitana, se mostró que el consumo per cápita de energía fue de 2749Kcal, la mayor parte de ellas provenientes de arroz, azúcar, carnes y panes. El porcentaje de adecuación de vitaminas que ejercen algún efecto protector en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares como vitamina C, riboflavina, folatos y vitaminas C. Por otra parte, se observó un bajo consumo de fibra (19g) y un alto consumo

de colesterol (372 mg) de acuerdo con las metas establecidas para Costa Rica (entre 30 mg y 100 mg/1000 Kcal); igualmente el consumo de sodio fue de 1639 mg que se considera adecuado (Ministerio de Salud, 2003).

Del mismo modo, un hallazgo de la encuesta realizada en sitios centinela (Barrios urbanos marginales de Desamparados), importante de mencionar por su relación con el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, es la reducción de los niveles bajos de folatos plasmáticos; el ácido fólico o folato es una vitamina del complejo B, es soluble en agua e interviene en la elaboración (síntesis) del ADN, ayuda a elaborar glóbulos rojos y provee muchos beneficios a la salud (Fenech, Aitken y Rinaldi, 1998).

El folato plasmático en mujeres en edad fértil, pasó de 2.5% en 1996 a 19.1% en 1999 como producto de la fortificación de la harina de trigo c(on esa vitamina; es posible que los efectos de esta intervención sobre la reducción de enfermedades cardiovasculares puedan observarse a largo plazo (Ministerio de Salud, 2003).

Otro detalle a considerar, es que en el país distintos estudios han confirmado el papel predictor y la existencia de una relación causal entre hipercolesterolemia y cardiopatía coronaria. La hipercolesterolemia es una condición esencial en el desarrollo y progreso de aterosclerosis, la lesión vascular asociada a la enfermedad isquémica del corazón. La encuesta Nacional de Nutrición de 1982 mostró que un 20% de la población de 20 a 59 años tenía un nivel de colesterol superior a 200 mg/dl y un 10% presentó valores superiores a 240 mg/dl (Jiménez, 1982).

Hace 30 años, se publicó el primer estudio que daba a conocer la estrecha relación entre la hipertrigliceridemia y la enfermedad de las arterias coronarias (Azarin y De Luis, 1994). De manera similar, Criqui, Heiss y Cohn (1993) indicaron que las enfermedades de las arterias coronarias se debían más al descenso de las lipoproteínas de alta densidad (HDL) que al incremento en los niveles de triglicéridos en la sangre. Posteriormente,

aparecen nuevas publicaciones reafirmando a la hipertrigliceridemia como un factor de riesgo independiente para la enfermedad coronaria.

En el estudio PROCAM (Estudio Prospectivo Cardiovascular Munster) (Antonio, 2002) se incluyeron 4.849 hombres entre los 35-65 años de edad, con niveles elevados de triglicéridos en ayuno. Recibieron un seguimiento durante 8 años, demostrándose un incremento en el riesgo cardiovascular en 1.6 veces comparado con la población sin niveles elevados de triglicéridos en ayuno y también se observó una combinación de hipertrigliceridemia mayor de 200 mg/dl, con un bajo HDL-C y una alta relación entre el Colesterol Total / HDL-C (>5) (Antonio, 2002).

Lo anterior se ha visto no solo en Costa Rica, de hecho, resultados reportados del estudio nacional de factores de riesgo de enfermedades crónica ENFREC II realizado en Colombia en 1999, revelan una prevalencia general de niveles de colesterol total superiores a 240 mg/dl de 8,3%: 6,1 para los menores de 40 años y 12, 7% los mayores de 40 años. En la población general, el 8,3% presentó niveles de LDL-colesterol y el 39% de los adultos entre 18 y 69 años de edad presentaron cifras de riesgo alto (35 mg/dl). A diferencia de los otros lípidos, los valores promedios de triglicéridos se encontraron en niveles de riesgo aceptable (Escobar y otros, 2000).

En la relación con la diabetes mellitus (DM), la prevalencia de diabetes tipo II en América varía del 1,4% en la población indígena de Chile a 17,9% en adultos de Jamaica. Estudios recientes en Colombia estimaron una prevalencia de DM de 2% (IC 95%: 1,36-3,8) y la prevalencia del desorden metabólico denominado glicemia alterada en ayunas alrededor del 4,3% (IC 95%: 2,9-5,6) (Encuestas de Unimer, 2006).

En 1968, la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) estudió la población mayor de diez años usuarias de los servicios y encontró que el 6,8% eran diabéticos y que el 80,2% de las personas detectadas desconocían su enfermedad. En el cantón de Desamparados, un estudio de una muestra representativa de la población de 15 y más años,

encontró que la prevalencia de personas con glicemia de concentraciones >200 mg/dl (tomado durante el día) fue de 2,6% y con glicemias entre 140-199 mg/dl fue del 3% (CCSS, 1989).

En 1989, otro estudio mostró en personas entre 20 y 65 años una prevalencia de DM (nivel de glicemia no definido) de 2,7% en hombres y 3,3% en mujeres rurales y una prevalencia de diabetes de 4,5% y 1,7% en hombres y mujeres urbanos, respectivamente (Campos y otros, 1992).

La mortalidad por DM en Costa Rica ha venido en aumento, la edad promedio de muerte en 1996 fue de 67 años, produciendo la mayoría arriba de los 65 años. Las tasas específicas se elevan conforme aumenta la edad y las manifestaciones de enfermedad renal son las principales causas de muerte del paciente diabético (Morice, 1998).

En la consulta ambulatoria, la DM se ubica dentro de las primeras causas de consulta, por lo que genera un elevado costo a los servicios de salud. En 1995, el costo estimado del internamiento en hospitales públicos por DM y cardiopatía fue de 2431 millones de colones (Morice, 1998).

Asimismo, en La Encuesta de Hogares de 1998, aplicada a una muestra representativa de hogares del país que indagó sobre la DM, se encontró que el 2,2% de hombres y 3,4% de mujeres se identificaron como diabéticos para un total de 2,8% de DM en todas las edades. La prevalencia en personas mayores de 40 años fue de 9,4%; 7,6% en hombres y 11% en mujeres. Esta estimación indica que en el 1998 había 94.377 diabéticos diagnosticados. Para ese mismo año, la CCSS que cubre en atención en salud al 95% de la población, contaba con 66.000 personas en tratamiento activo para DM bien con insulina o hipoglicemia orales, lo cual hace suponer que posiblemente la encuesta sobreestima el número de personas diagnosticadas (Morice, 1998).

Como se mencionó anteriormente, la situación nutricional de la población costarricense expresa ampliamente la deficiencia de micronutrientes y como esta dieta baja

en alimentos nutritivos provoca enfermedades cardíacas o enfermedades no transmisibles, trayendo consecuencias devastadoras para varios sectores de la salud pública, como por ejemplo, los altos gastos hospitalarios en rehabilitación cardíaca o terapia física. Es por esto y más que la seguridad alimentaria y nutricional, juega un papel de vital importancia para conocer la cantidad, la calidad y el acceso de los diferentes alimentos que consume la población costarricense hoy en día y como ésta influye en su calidad de vida.

5.2. La seguridad alimentaria y nutricional

La Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) ha sido definida por el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP/OPS) como el estado en el cual todas las personas gozan, en forma oportuna y permanente, de acceso a los alimentos que necesitan, en cantidad y calidad, para un adecuado consumo y utilización biológica, garantizándoles un estado de bienestar que coadyuve al desarrollo (INCAP, 2002). Este concepto engloba los cuatro eslabones de la cadena alimentaria: disponibilidad, acceso, consumo y utilización biológica de los alimentos (CCSS, 2001).

Cada uno de estos eslabones, a su vez, está condicionado por determinantes internos (políticas estatales, programas nacionales, proyectos comunales y la familia misma) y externos (políticas internacionales, tratados de libre comercio, organismos económicos internacionales) que hacen posible el desarrollo de la cadena alimentaria de un país (CCSS, 2001).

A nivel local, se observa que la condición familiar puede producir y comprar los alimentos necesarios para comer adecuada y saludablemente. A la vez, el estado de salud de todos sus miembros permite el aprovechamiento de los nutrientes aportados por los alimentos para un adecuado desarrollo (crecimiento, inteligencia, energía para trabajar) y calidad de vida (CCP, 2003).

La SAN ha sido acogida por los países centroamericanos como una estrategia basada en criterios de equidad, sostenibilidad, productividad, suficiencia y estabilidad, a fin

de garantizar el acceso, producción, consumo y la adecuada utilización biológica de los alimentos, articulando la producción agropecuaria con la agroindustria y acompañada de paquetes tecnológicos con asistencia técnica, crédito y mecanismos de comercialización rentables prioritariamente para los pequeños y medianos productores (FAO, 2001).

En 1999, en Guatemala, durante la XX Cumbre de Presidentes, se reconoció la importancia de considerar la equidad alimentaria y nutricional en la prevención y mitigación de desastres, solicitando una estrategia regional y un plan en cada país para reducir la vulnerabilidad de la población (FAO, 2001).

Además en el 2000, como parte de la Cumbre Hemisférico, los mandatarios y el sector salud reconocieron la importancia de promover e impulsar la SAN en el hemisferio en donde se comprometieron a integrar la SAN en procesos e iniciativas de desarrollo local (FAO, 2001).

Costa Rica ha cumplido, desde entonces, en la aplicación de una estrategia de SAN en el nivel local. Para el 2003, se realizan acciones articuladas de SAN en ocho cantones en el corto plazo, uno en perspectiva y se tiene planificado en la estrategia a un mayor número de cantones en el corto plazo (CCSS, 2001).

Por otro lado, de los valores culturales, la tecnología y la condición socioeconómica de cada país se ve influenciada por el consumo y la calidad de alimentos que los acompañan diariamente en su mesa. El conocer el panorama socioeconómico de Costa Rica permite incorporar la relación entre consumo de alimentos y el ingreso económico familiar en los hogares costarricenses (Ministerio de Salud-UNICEF, sf).

5.3. Panorama socioeconómico del país

En Costa Rica, aproximadamente la quinta parte de los hogares es pobre, situación que se mantiene desde 1993. La magnitud y severidad de la pobreza es mayor en la zona

rural. En el año 2000, el 17,5% y el 24,3% de los hogares de la zona urbana y rural, respectivamente, eran pobres, correspondiendo al 6,4% y 8,3% los que vivían en extrema pobreza, según el área urbana y rural. Para el año 2002, esta situación aumentó ligeramente según datos de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (2002). La misma mostró que el porcentaje de hogares pobres, de hogares en extrema pobreza y los que no satisfacen sus necesidades básicas fue mayor en la zona rural, lo cual confirma que el área rural continúa siendo la que muestra la mayor concentración de la pobreza, con un el 28,76% de los hogares en comparación con el 19,58% de la zona urbana (CCP, 2003).

Con respecto a esta información, es importante señalar que la población en extrema pobreza es aquella que no cuenta con un monto mínimo que permita a un hogar disponer de recursos suficientes para asumir el costo de una canasta básica alimentaria. La población pobre es la que no dispone del monto de ingreso para satisfacer el monto de una canasta normativa de necesidades alimentarias y no alimentarias (CCSS, 2001).

Se puede recalcar que la población costarricense es sinónimo de pobreza, la cual queda en evidencia por el consumo de sus alimentos diarios los cuales no cumplen con los nutrientes básicos o necesarios para una dieta balanceada, lo que puede producir consecuencias serias en la salud. Ampliar el debate del acceso y consumo de los alimentos costarricenses, permite conocer la realidad alimenticia de la población costarricense (Agencia EFE, 2005).

5.4. Acceso y consumo de alimentos de los Costarricenses

El acceso a los alimentos de una población está definido por la disponibilidad de alimentos, el poder adquisitivo de las familias y de los individuos, las regulaciones de comercialización existentes en el país y el autoconsumo. El mercado constituye el principal medio de acceso mediante el ejercicio de la demanda efectiva de la población, por lo que el empleo, la distribución del ingreso nacional y los precios, definen el acceso de una población a los alimentos (OPS, 2002).

En Costa Rica, la Canasta Básica Alimentaria (CBA) es utilizada como un indicador de referencia en el acceso de los diferentes grupos sociales del país a los alimentos. La misma es definida como un conjunto de alimentos expresados en cantidades suficientes para satisfacer, por lo menos, las necesidades de calorías de un hogar promedio en una población de referencia (Ministerio de Salud, 1995).

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), la estructura vigente de la CBA y el consumo aparente per cápita para los años 2000 al 2002, muestra que los tres principales alimentos son el arroz, el atún y el azúcar; para el periodo 2000-2002, el arroz que se consumía en gramos era de 149,31 con un total de 543,49 kcal/día, mientras que la cantidad de gramos de atún consumido para ese mismo periodo, al igual que el arroz, se mantuvo estable para un consumo de 5,84g de cantidad bruta y 16,81 kcal/día, mientras que el consumo de azúcar en el mismo lapso, fue de 97,98g y 376, 24 kcal/día, es decir, los tres principales alimentos se mantuvieron estables en relación con el consumo durante tres años (Ministerio de Salud, 2003).

La metodología utilizada para la confección de la CBA, indica que los alimentos seleccionados cumplieron con el criterio de universalidad (alimentos consumidos por 15% o más de los hogares), además la contribución calórica al total de la dieta fue de 0,5% o más y la proporción del gasto en ese alimento particular fue de 0,5% o más del gasto en alimentos en el hogar. De esta forma, usando la CBA por zona, se permite destacar las diferencias en el comportamiento alimentario de la población urbana con la rural, ya que la estructura de consumo de alimentos también varía (Ministerio de Salud, 2003).

Esta situación se ve reflejada en la CBA para la zona urbana, la cual está conformada por 44 alimentos a diferencia de la CBA para la zona rural, la cual contiene menos alimentos, un total de 37. A escala nacional, la estructura de consumo de la CBA contiene más alimentos, un total de 45. Esta diferencia se debe al tratamiento de los datos, pues los alimentos que la componen, además de cumplir con los criterios de selección,

deben representar 85% del consumo calórico reportado por el grupo de hogares de referencia (OPS, 2002).

Un determinante importante del acceso a los alimentos es el costo. De acuerdo con la estructura de consumo de alimentos definida para el ámbito nacional, el INEC monitorea el precio de los alimentos que contiene la CBA. De esta manera es posible determinar el costo mensual de la CBA per cápita por año (Ministerio de Salud, 2003).

Las fluctuaciones en el costo de la CBA per Cápita constituyen un indicador para valorar el poder adquisitivo del salario mínimo. En este sentido, se tiene que el salario mínimo vigente para los tres últimos años, cubrió ampliamente el costo mensual de una CBA per cápita. Sin embargo, es necesario considerar que el salario mínimo en la mayoría de los hogares constituye la única fuente de ingreso. Por lo tanto, para un hogar formado por dos adultos y dos menores de edad, este salario apenas cubriría los costos de alimentación con lo cual se clasificaría al hogar como pobre (INEC, 2001).

Al igual que en el apartado anterior, al haber un ingreso económico limitado, este no va a permitir que una familia costarricense cubra sus necesidades básicas alimentarias, que podrían afectar del mismo modo, no solo el rendimiento académico de los adolescentes, sino también su calidad de vida. Un determinante importante de los alimentos es el costo. De acuerdo con la estructura de consumo de alimentos definida para el ámbito nacional, el INEC monitorea el precio de los alimentos que contiene la canasta básica. De esta manera es posible determinar el costo mensual de la canasta básica per cápita por año. Es evidente la importancia del acceso de los alimentos y su relación con el salario que ingresa a los hogares costarricenses, sin embargo también es de vital importancia conocer cuáles son los alimentos más consumidos y las características de los mismos y así, analizar mejor el estado nutricional (consumo de alimentos) de la población (OPS, 2003).

5.5. Consumo de alimentos

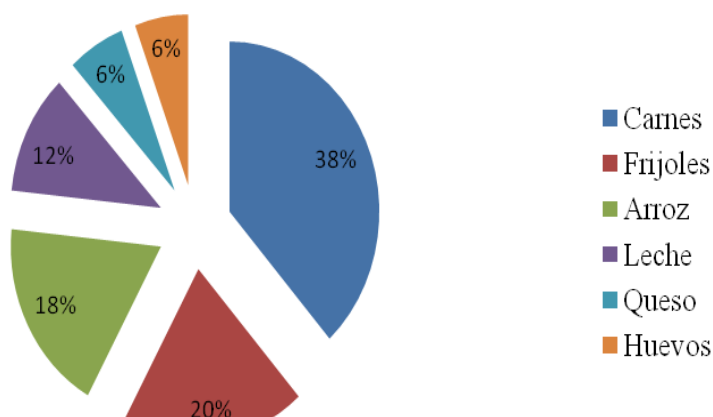
Los hábitos alimentarios son el conjunto de costumbres que determinan el comportamiento de las personas en relación con los alimentos. El patrón alimentario de los costarricenses está fundado en el consumo de arroz, azúcar, grasas y frijoles, algún producto cárnico o sus derivados y un bajo consumo de frutas y vegetales (Ministerio de Salud, 2003).

El módulo de consumo de alimentos de la Encuesta Nacional de Nutrición de 1996, indicó que el arroz es el alimento de mayor consumo en el país, el cual provee el 24,2% de las calorías totales diarias per cápita (VET). El azúcar es el segundo alimento en importancia de la alimentación del costarricense, el cual aporta un 16,1% del VET. El tercer alimento que figura como predominante en la alimentación, está compuesto por las grasas y los aceites (15,3% del VET). Otros alimentos importantes son los derivados del trigo (11,1% del VET) y los frijoles (8,3%). Estos cinco alimentos proveen el 75% de las calorías totales diarias per cápita (Ministerio de Salud, 2003).

El consumo de otros alimentos como las carnes, los vegetales y las frutas está reducido a porcentajes inferiores al 7% del VET, lo cual refleja un bajo consumo en términos de gramos diarios y en términos de recomendaciones dietéticas (Ministerio de Salud, 2003).

La Encuesta Nacional de Consumo Aparente de alimentos realizada en el 2001, indicó un desplazamiento de las grasas al tercer lugar en su contribución al VET, ya que los azúcares tomaron el segundo lugar en comparación con las encuestas realizadas en años anteriores. Lo mismo sucedió con los frijoles, los cuales fueron desplazados al sexto lugar. Lo anterior refleja un cambio en el patrón alimentario de la población como se muestra en el figura 1.

Gráfico 1. Contribución porcentual de alimentos a consumo de energía y proteínas en el nivel nacional



Fuente: Encuesta Nacional de Consumo
Aparente de Alimentos, 2001

Existen diferencias importantes en el consumo de los alimentos según área urbana y rural. En la zona urbana, el consumo de panes y galletas, leche fluida, carne de res, frutas y vegetales es mayor que en la zona rural, mientras que el arroz, frijoles y azúcares se consumen mucho más en la zona rural. Esto se debe principalmente al grado de educación, poder adquisitivo, costumbres de las regiones y disponibilidad de alimentos en la zona. Además la comida rápida ha crecido de forma acelerada en los grupos de población que laboran y que prefieren esta opción que traer alimentos de la casa (Ministerio de Salud, 2003).

El consumo de alimentos además se ve afectado por el ingreso de las familias, en los hogares de la zona urbana, la cantidad de arroz, azúcar y frijoles disminuye conforme aumenta el ingreso y el consumo de cereales también se incrementa. Estos datos fueron tomados de la Encuesta Basal Comunidades Centinela en Alimentación y Nutrición entre 1999-2000 por parte del Ministerio de Salud-UNICEF (sf); cabe agregar que los datos en esta encuesta fueron desplegados en deciles. Es interesante señalar que la manteca se

consume solamente por las familias del percentil 10, lo cual es de esperar, dado que la manteca es un alimento de menor precio que el aceite. Los hogares de la zona rural muestran un comportamiento similar con la diferencia de que el consumo de manteca se observa aún en las familias del decil 40 (Ministerio de Salud, 2003).

En relación al consumo de alimentos de origen animal, de vegetales y de frutas, tanto para los hogares de la zona urbana como la rural, se observa que conforme aumenta el ingreso también aumenta el consumo de estos productos (Ministerio de Salud, 2003).

Por lo anterior, reviste gran importancia monitorear el consumo diario de alimentos pertenecientes a la canasta básica, por cuanto se ha vuelto crítico controlar el consumo adecuado de alimentos tanto en calidad como en cantidad, pues en vista del creciente aumento de los índices de sedentarismo y obesidad en las poblaciones jóvenes por un lado y el incremento en los índices de pobreza por otro, pueden incidir negativamente en el desempeño académico de los adolescentes estudiantes, por lo que se hace necesario tener un instrumento diagnóstico que permita indagar la evolución de posibles situaciones que puedan resultar perjudiciales para la salud de los mismos.

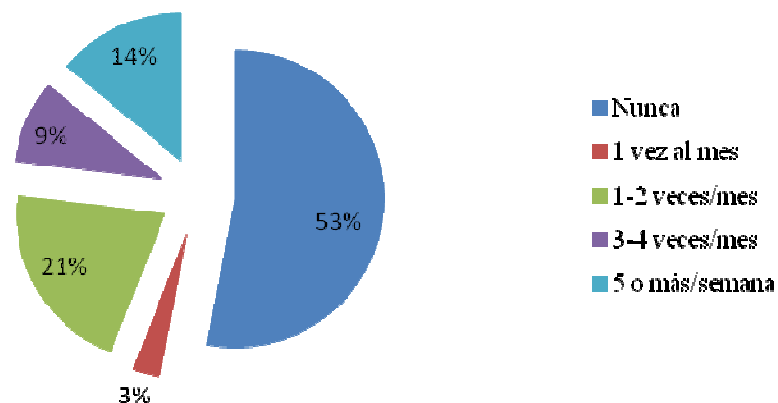
Como se analizó anteriormente, la situación alimentaria y nutricional en el marco del ámbito socioeconómico, demográfico y geográfico del país atraviesa un proceso de cambio social, económico y estructural donde se dan una serie de combinaciones de aspectos que están condicionando a la salud de los habitantes. Por ejemplo, la estructura poblacional del país y su estilo de vida donde se incluye la frecuencia y el tipo de actividad física condiciona tendencias al desarrollo de enfermedades crónicas y degenerativas. De ahí la importancia de promocionar la práctica de ejercicio o actividad física de manera regular que podrían ser una alternativa para la prevención de las enfermedades no transmisibles en la población costarricense.

6. Frecuencia de la Actividad Física en la población Costarricense

Los estilos de vida son los determinantes más importantes de la salud de la población ya que se relacionan con los hábitos culturales aprendidos, tales como la alimentación, el uso de tabaco, consumo de drogas o alcohol, la actividad física y otros hábitos que pueden ser modificables. En términos generales, la prevención primaria y la promoción son los medios más eficaces para prevenir o reducir la mayor parte de los problemas de la salud relacionados con los estilos de vida inadecuados.

La población costarricense tiende a la inactividad física y se caracteriza en la actualidad por adquirir comodidades que reducen el esfuerzo físico (ver Gráfico 4). Además, en la Tabla 1 es interesante observar el cambio considerable dado en las adquisiciones de equipo que alivian la realización de actividades que no requieren mayores esfuerzos físicos; del mismo modo, se puede detallar el aumento en los hogares con televisores, carros, computadoras y lavadoras obtenidos entre 1984 y 2000 (Ministerio de Salud, 2003).

Gráfico 4. Distribución porcentual de la muestra según la frecuencia de la práctica de ejercicio físico Costa Rica, 1999



Fuente: (Ministerio de Salud, 2003).

TABLA 1. Total de viviendas individuales ocupadas que tienen un artefacto o más y sus relativos (%), 1984-2000.

	Vivienda	Relativos	Vivienda	Relativos
Televisor de color	95 688	19,1	793 909	84,9
Refrigeradora	268 451	53,7	788 153	84,3
Lavadora	175 376	35,1	756 106	80,8
Teléfono	130 140	26,0	508 062	54,3
Ducha agua caliente	74 039	14,8	387 017	41,4
Horno microondas	-	-	298 014	31,9
Carro	56 603	11,3	250 434	26,8
Computadora	-	-	131 519	14,1
Tanque agua caliente	16 742	3,3	43 598	4,7

Fuente: I.N.E.C Censo Nacional 2000

Además, la actividad física que se realiza durante las horas de trabajo, en la mayoría de los casos, no es suficiente para mantener la buena salud y por lo tanto es necesario realizar actividades adicionales. Un estudio realizado por el Instituto de Alcoholismo y Fármaco Dependencia (IAFA), mostró que la mayoría de los costarricenses entre los 12 y 70 años no realizan ningún tipo de ejercicio físico, un 24% lo realiza de manera poca o moderada y solamente un 23% lo realiza de forma constante (I.N.E.C, 2000).

El grupo de 15,24 años, es el que practica algún deporte con mayor regularidad y generalmente tiende a disminuir esta actividad conforme aumenta la edad, siendo el grupo de 30 a 50 años el que menos deporte realiza (I.N.E.C, 2000).

Ahora bien, en el caso de la población estudiantil, esta realiza alrededor de una hora o menos de ejercicio físico durante los días lectivos, pero normalmente incrementa su actividad los fines de semana (I.N.E.C, 2000).

Una investigación realizada por la Universidad de Costa Rica en jóvenes de primer ingreso, determinó que el 57,4% practicaba algún tipo de ejercicio al día, lo cual contrastaba con el porcentaje reportado por estudiantes de escuelas y colegios del país que oscilaba entre el 80 y 87%. Se ha establecido que las personas prefieren ocupar su tiempo en actividades sedentarias, por ejemplo, invierten cerca de 6,76 horas al día en ver televisión (Censo Centroamericano de Población, 2003).

Estos resultados son consistentes con una encuesta realizada por UNIMER (La Nación, Octubre 2006), donde se muestra que la mayoría de las personas realizan actividades sedentarias como dormir, estudiar, ver televisión, comer o leer y otras que no requieren esfuerzo físico. Por ejemplo, toman en promedio 2hrs y 18 min en ver televisión durante la semana, mientras que en fines de semana esta actividad les toma entre 4 a 5 horas.

Es importante, observar constantemente tanto la frecuencia de la práctica de actividad física y los gustos y otras actividades de la población estudiantil adolescente para considerar aspectos que les permitan a los adolescentes generar el sentido de adherencia al ejercicio, así como una concientización de la importancia de un estilo de vida saludable óptimo que les garantice una salud integral.

El conocer el nivel de actividad física o la práctica de actividad física, indica cuál es el nivel de acondicionamiento físico de la población costarricense, el cual está íntimamente ligado con el consumo y acceso de los alimentos y su relación con los factores de riesgo de las enfermedades cardiacas, por lo tanto, evaluar la frecuencia de actividad física por medio de un instrumento de evaluación es tan importante como medir la calidad de vida relacionada con la salud, o medir los motivos por los cuales los seres humanos practican o no la actividad física, además de conocer los factores que facilitan o dificultan comportamientos concretos relacionados con la salud (CCSS, 2003)

Los aspectos precitados son algunos de los necesarios para evaluar el estado bio-psico-social de los estilos de vida relacionados con la salud y así ofrecer un aporte de la salud actual del ser humano. Así, existen una gran variedad de instrumentos de medición o cuestionarios relacionados con la salud, a continuación se presentan algunos de los más utilizados actualmente.

7. Instrumentos de evaluación o medición relacionados con la salud

En cuanto a instrumentos de evaluación disponibles, cabe recordar que los estilos de vida se vienen estudiando desde finales de la década de los sesenta.

Las primeras investigaciones se centraron fundamentalmente en el estudio de los estilos de vida como patrones de comportamiento aislados que suponían un riesgo para la salud. A partir de la década de 1980, aproximadamente, surgieron críticas respecto a esta postura un tanto reduccionista dentro del paradigma de la salud pública y se empezaron a contemplar las aportaciones de modelos teóricos más complejos y complementarios, como el modelo de medida multivariantes para evaluar los estilos de vida (Cockerham, Rutten y Abel, 1997).

A partir de estos estudios, surgen entonces una serie de instrumentos diseñados para escudriñar diversos aspectos relacionados con la salud.

Algunas pruebas o instrumentos de evaluación son: a.) el PRECEDE; b.) el Autoinforme de Motivos para la Práctica del Ejercicio Físico; c.) La Escala de Evaluación del Cambio para el Ejercicio Físico; d.) Inventario del Proceso para el Ejercicio Físico; e.) El IPAQ; f.) el SF-36 y g.) el PAR-Q, entre otros. A continuación se ampliará cada uno de estos instrumentos de evaluación para ahondar en las diferentes características y variables que miden.

7.1) Instrumento PRECEDE

El instrumento PRECEDE (Predisposing, Reinforcing, Enabling, Causes, Education, Diagnosis and Evaluation), es un tipo de evaluación que se da a través de una entrevista o autoinforme, el objetivo general es evaluar los factores que facilitan o dificultan comportamientos concretos relacionados con la salud (Baghianimoghadam, 2009).

Los ámbitos de medidas, áreas o problemas evaluados son: a.) los factores predisponentes, (como son información, actitudes, valores y creencias que preparan o disponen a la población o persona a implicarse en determinadas conductas); b.) los factores facilitadores (habilidades y destrezas del individuo, recursos sociales y económicos y accesibilidad a estos recursos que hacen posible la práctica de la conducta en cuestión) y por último, c.) los factores reforzadores (incluyen la respuesta del propio individuo con sus consecuencias físicas y emocionales, las consecuencias tangibles y la respuesta del medio como la familia, amigos y pareja) (Baghianimoghadam, 2009).

Cabe señalar que la población a la que se le aplica, son adolescentes, jóvenes y adultos. El procedimiento de puntuación es un análisis cualitativo (Gutiérrez y cols, 2003).

Dentro de los profesionales que pueden pasar la prueba se encuentran psicólogos o profesionales de la salud previamente capacitados; dentro de los datos psicométricos, el modelo de evaluación cuenta con la validez aparente y ha demostrado su utilidad clínica en diversas problemáticas relacionadas con la psicología de la salud (Gutiérrez y cols, 2003). Los profesionales en el área de la salud previamente capacitados, le evitan errores durante la ejecución de la prueba; por otro lado, este tipo de prueba es muy aplicada para conocer o determinar variables relacionadas con la psicología aplicada a la salud.

Es por esto y más que conocer acerca de los factores que favorecen o perjudican la salud, son tan importantes como los motivos para la práctica del ejercicio, ya que ambos son pilares importantes para la práctica o no práctica del ejercicio de forma regular en la vida de las personas.

7.2) Instrumento Autoinforme de Motivos para la Práctica del Ejercicio Físico (Exercise Motivations Inventory, EMAI-2)

El instrumento Autoinforme de Motivos para la Práctica del Ejercicio Físico, (Exercise Motivations Inventory, EMAI-2) de Markland y Hardy (1993) citado por Gutiérrez y cols (2003), es un instrumento donde la evaluación se da por medio de autoinforme; el objetivo es evaluar el perfil motivacional del individuo para la práctica del ejercicio físico. Los ámbitos de medida, áreas o problemas que evalúa son 5 áreas generales relacionadas con la motivación para practicar ejercicio físico: a.) motivos psicológicos; b.) interpersonales; c.) de la salud; d.) relacionados con el cuerpo y e.) motivos de forma física.

La población en la que se puede utilizar este instrumento son adolescentes y adultos y el tiempo de administración de la prueba es de 10-15 minutos; el momento más adecuado para pasar la prueba es la fase de evaluación inicial y para los procedimientos de puntuación, se utiliza una escala de 0-10; dentro de los profesionales que pueden aplicar la prueba se encuentran los especialistas en promoción de la salud. Los datos psicométricos el EMI-2 son muy estables y la validez de su estructura factorial también, además los resultados del EMAI-2 discriminan entre individuos que se encontraban en diferentes etapas de las fases de cambio para hacer ejercicio y pudieron predecir los cambios en estas fases en un período de tres meses (Gutiérrez y otros, 2003).

Conocer el nivel motivacional para la práctica de la actividad física, permitirá a la población costarricense conocer sobre su salud y poder tener una vida activa que le garantice bienestar físico, psicológico y emocional.

7.3) Instrumento sobre la Escala de Evaluación del Cambio para el Ejercicio Físico

Otro instrumento es la Escala de Evaluación del Cambio para el Ejercicio Físico, que tiene como objetivo central, evaluar la etapa motivacional en que se encuentra una persona para precisar su disponibilidad hacia el cambio; las áreas o ámbitos de medida son: a) Precontemplación; b) Preparación; c) Contemplación; d) Acción; e) Mantenimiento y f)

Finalización. La población a la que se le puede aplicar debe ser adulta, el tiempo de administración es de 15 minutos y lo pueden aplicar psicólogos o profesionales previamente entrenados (Gutiérrez y otros, 2003).

La motivación para la realización del ejercicio consta de diversos factores o escalas las cuales permiten conocer los motivos psicológicos, los motivos personales, los motivos de salud y los motivos de forma física de cada individuo para dar una valoración sobre el nivel de motivación de una etapa; por otro lado existe otro instrumento que mide el cambio de conducta relacionada con el ejercicio y que está basado en el modelo llamado modelo transteorético de cambio de conducta, es muy útil para comprender cómo cambian las personas intencionalmente su conducta con o sin ayuda terapéutica y así lograr la eliminación de conductas en riesgo para la salud.

El modelo transteorético del cambio de conducta es uno de los modelos actuales más relevantes e interesantes sobre los procesos de cambio de conducta. Se trata de un modelo centrado en los procesos de toma de decisiones relacionados con el cambio intencional, es decir, aquel que es decidido por la persona y ha sido ampliamente aplicado en temas relacionados con la psicología de la salud (Gutiérrez y cols, 2003).

El modelo transteorético postula que tanto la erradicación de conductas de riesgo como la adquisición de conductas saludables, progresan a lo largo de cinco estadios de cambio debido a que el cambio es un fenómeno complejo en el que el individuo va pasando por una serie de estadios a lo largo del tiempo; es por esto que es de vital importancia, conocer las diferentes etapas y características de los diferentes periodos de cambio y así poder comprender mejor al ser humano (Gutiérrez y cols, 2003).

El estadio de cambio y los Procesos de Cambio para el ejercicio, constituyen unas de las mejores variables predictoras del cambio y en este sentido es una buena variable para guiar la intervención más adecuada en cada caso (Gutiérrez y cols, 2003).

7.4 El Inventario de Procesos de Cambio para el Ejercicio (Excercise: Processes of Chance, IP-EJ)

El Inventario de Procesos de Cambio para el Ejercicio (Excercise: Processes of Chance, IP-EJ (Nigg, y Courneya, 1998) es otro instrumento sobre estilos de vida saludable que se realiza a través de un autoinforme, el objetivo es identificar los procesos de cambio que se han desarrollado en una persona con respecto a la realización de ejercicio físico e indirectamente en qué estadio de cambio se encuentra; las áreas que evalúa son: a) Proceso de cambio experimentales: concientización, alivio por dramatización, reevaluación ambiental, auto-reevaluación y liberación social. b) Proceso de cambio conductual: control de estímulos, relaciones de ayuda, acondicionamiento, manejo de contingencias y autoliberación. La población a los que se les puede aplicar son adultos y el tiempo aproximadamente es de 15 minutos y los procedimientos de puntuación es una escala tipo Likert de 5 puntos; dentro de los profesionales que la pueden aplicar se encuentran los psicólogos o profesionales previamente entrenados (Gutiérrez, 2003).

En general, antes de que la persona tome una decisión acerca de realizar algún cambio de comportamiento, dominan los procesos experimentales y en las etapas de acción y mantenimiento dominan los procesos conductuales. Las diferentes etapas de cambios dependen de la toma de decisiones, por lo tanto asumir ese compromiso para el cambio, es primordial para cualquier aspecto de la vida diaria, como por ejemplo dejar de tomar alcohol o dejar de fumar, hacer ejercicio, o controlar o disminuir el peso (Gutiérrez, 2003).

7.5) Escala de Balance Decisional en el Control del Peso (Weight: Decisional Balance)

La Escala de Balance Decisional en el Control del Peso (Weight: Decisional Balance) es un instrumento donde el tipo de evaluación es un autoinforme y evalúa los pro y los contras para el control del peso corporal; los problemas o áreas que evalúa son: a) variables a favor del control del peso, b) variables en contra del control del peso corporal; la población en la cual este instrumento puede ser utilizada son los adultos y cuenta con un tiempo de 15 minutos de administración y los datos psicométricos presentan una validez

predictiva para el cambio de estadio motivacional y sensibilidad al cambio de conducta (Gutiérrez y cols, 2003).

La decisión de pasar de un estadio de cambio a otro, de acuerdo con el modelo transteorético, depende en parte del peso dado a los factores a favor y en contra del cambio de conducta requerido los pros, representan aspectos positivos favorecedores del cambio de conducta. Los contra son aspectos negativos que dificultan u obstaculizan el cambio (Janis y Mann, 1977).

En general, los factores a favor del cambio y los pros se van incrementando a medida que se avanza en los estadios de cambio, mientras que los contras van disminuyendo.

Asumir el compromiso de pasar de un estadio a otro, va a depender de la motivación; como se mencionó anteriormente, el concepto de salud es muy amplio ya que abarca muchos aspectos uno de ellos es la salud mental así como los estadios negativos que se pueden presentar en la salud.

7.6) Instrumento SF-36

El cuestionario SF-36 se desarrolló a partir de una extensa batería de cuestionarios utilizados en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study [MOS]). Detecta tanto estados positivos de salud como negativos, así como explora la salud física y la salud mental también, determina la calidad de vida de los sujetos en ocho dimensiones y clasifica las respuestas considerando el número total obtenido y a partir de ese momento clasifica el resultado (Alonso, 1995).

El mismo consta de 36 ítems que exploran 8 dimensiones del estado de salud: a) función física; b) función social; c) limitaciones del rol: de problemas físicos; d) limitaciones del rol: problemas emocionales; e) salud mental; f) vitalidad; g) dolor y h) percepción de la salud general. Existe un elemento no incluido en estas ocho categorías,

que explora los cambios experimentados en el estado de salud en el último año (Alonso, 1995).

Este instrumento permite ampliar el conocimiento de la calidad de vida relacionada con la salud; el SF-36 como medida del estado de salud, muestra una alta fiabilidad y es capaz de discriminar pacientes en estadios diferentes de tratamiento (Alonso, 1995). La fiabilidad del cuestionario, inter-observador fue mayor de 0.80; el test-retest superó el 0.70.

7.7) Instrumento PAR-Q

El PAR-Q es un cuestionario que se puede aplicar a personas entre los 15 y los 69 años. El PAR-Q requiere de consultar con un médico antes de iniciar la prueba, dicho instrumento cuenta con siete preguntas a las cuales se debe de responder con respuestas dicotómicas (sí o no) (López, 2002).

La evidencia acumulada sobre el valor preventivo de la actividad física y el ejercicio regular es muy importante. Cada día más estudios epidemiológicos demuestran que la inactividad física y la falta de ejercicio está relacionado con diversos trastornos y que causan mortalidad e incapacidad en las personas en los países desarrollados, por lo que la actividad física estructurada, planeada y controlada es un pilar importante para la salud.

El PAR-Q analiza los beneficios físicos y psicológicos de la actividad física, como se ha demostrado en varias investigaciones, la práctica regular de actividad física previene una serie de enfermedades cardiovasculares, por lo tanto conocer el nivel de actividad física permite evaluar la condición física y el grado de riesgo de las enfermedades no transmisibles; sin embargo, este instrumento no permite conocer el nivel de actividad física de un individuo, haciéndose necesario indagar en uno que si lo haga.

7.8) Cuestionario Internacional sobre Actividad Física (IPAQ)

El IPAQ, (Cuestionario Internacional sobre Actividad Física) es un formato corta autoadministrado de los últimos días que mide el nivel de actividad física y puede ser utilizado en adultos y jóvenes de media edad (15-69 años). Los cuestionarios

internacionales sobre actividad física (IPAQ) comprenden una serie de cuatro cuestionarios (IPAQ, 2000).

Las versiones disponibles son: largos (5 campos de actividad sobre los que se pregunta individualmente) y cortos (4 ítems genéricos), para ser utilizados por vía telefónica o autoadministrados. La finalidad de estos cuestionarios es proporcionar instrumentos comunes que puedan usarse para obtener información internacional comparable sobre la actividad física relacionada con la salud (IPAQ, 2000).

La medición de la actividad física es un proceso complicado ya que sus componentes varían considerablemente aún entre individuos de una misma población. Incluso hay que tener en cuenta sus diferentes aspectos como el gasto calórico, el volumen y la intensidad del trabajo, el metabolismo aeróbico y anaeróbico utilizado y el desarrollo de la fuerza (Caspersen, Powell y Christenson, 1985).

Con base en la revisión de literatura presentada en este capítulo y dada la problemática que en general se halla alrededor de los adolescentes estudiantes, es de vital importancia poder conocer factores que puedan incidir negativamente en sus Estilos de Vida Saludable.

Los instrumentos anteriormente revisados, evalúan por separado diferentes aspectos de la salud, además, algunos de estos aspectos no son pertinentes para con la población adolescente estudiantil y ninguno de estos evalúa las variables de interés (nutrición, Estilos de vida, nivel de actividad física y postura) como un todo, teniendo que administrarlos en diferentes momentos, lo que resulta engorroso y hasta poco práctico, pues, como bien se indicó anteriormente, no todas las variables que evalúan son de interés en esta población en particular.

Por consiguiente y para lograr indagar en variables de interés en la población adolescente estudiantil, es necesario disponer de un instrumento específico que evalúe de una manera integral, todos aquellos factores asociados con los Estilos de Vida Saludable y

así poder realizar evaluaciones de procesos y de las propuestas programáticas diseñadas para mejorar la Calidad de Vida de los estudiantes adolescentes de Costa Rica.

8. Revisión de literatura sobre artículos científicos que han utilizado diversos cuestionarios o instrumentos de medición sobre la salud.

A continuación, se presenta una serie de investigaciones científicas en las cuáles se han utilizado una gran variedad de instrumentos o cuestionarios de medición relacionados con la salud, en diversas poblaciones como por ejemplo; personas asmáticas, madres con sobre peso, estudiantes universitarios, niños escolares y adolescentes, entre otros. Dichas investigaciones, manifestaron conclusiones y resultados importantes que permitieron establecer parámetros de comparación entre diferentes países o culturas sobre los diferentes componentes de la salud y cómo estos afectan la calidad de vida de los seres humanos hoy en día.

De manera inicial, autores tales como Méndez y otros (2003) y Testa y Simonson (1996) evaluaron la calidad de vida en pacientes asmáticos mexicanos. Siendo el asma una enfermedad con afectaciones en las actividades físicas y sociales que deteriora la calidad de vida del paciente y que la calidad de vida a su vez, se basa en mediciones con una carga variable de subjetividad, se requiere de métodos de evaluación válidos, reproducibles y confiables que permitan observar y evaluar esta enfermedad desde un perspectiva integrativa (Smith, 1988).

Este último punto resulta vital para analizar los resultados de estos estudios, pues al detallar las diferentes dimensiones del cuestionario de calidad de vida se encontró que la calificación de una de las dimensiones era similar entre los diferentes grupos de gravedad del asma excepto en el área que evalúan el estado emocional, en el que los sujetos con asma grave mostraron significativamente más deterioro que los pacientes con asma leve ($p < 0.05$) o con asma moderada ($p < 0.01$), por lo que Méndez y otros (2003) concluyeron que en la actualidad, las repercusiones de una enfermedad se deben de evaluar más allá del grado de

afectación de la capacidad física para tomar en cuenta las repercusiones que ésta tiene sobre las actividades sociales y la salud mental del paciente.

Es por lo anterior que los cuestionarios que se han diseñado para medir la calidad de vida en pacientes asmáticos tienen las siguientes ventajas: 1) reflejan las áreas que son importantes para los pacientes; 2) evalúan aspectos físicos y emocionales; 3) se pueden reproducir cuando el estado del paciente sea estable; 4) el paciente puede responder cualquier cambio que sienta, por mínimo que sea; 5) están validados; 6) son eficaces, de bajo costo y de rápida aplicación y por último; 7) pueden ser autoaplicados (Global Initiative For Asthma, 1995).

Por otro lado, Chang, Baumann, Nitzke y Brown (2005) realizaron una investigación para determinar si el comportamiento de los predictores de la ingesta de grasas afecta el consumo de la misma grasa, para esto utilizaron una población que consistía en mujeres con peso normal y mujeres obesas; el instrumento que se aplicó fue el modelo PRECEDE-PROCEDE además de identificar predictores de la ingesta de grasa para cada grupo. Dentro de los resultados más importantes obtenidos, se manifiesta que al controlar las covariables de ciertos factores que afectan el comportamiento de la ingesta de grasa, se encontraron diferencias entre las mujeres de peso normal y las mujeres obesas. Para el grupo de mujeres con peso normal, sólo los factores de refuerzo se asociaron positivamente con el comportamiento de consumo de grasas, mientras que para el grupo de mujeres obesas, los factores de refuerzo y apoyo pero no predisponente, se asociaron positivamente con el comportamiento de consumo de grasas.

En conclusión, el comportamiento de las mujeres de baja ingesta de grasas podría beneficiarse con predictores de comportamiento como lo son el tamaño corporal, el control del peso, el atractivo sensorial y el estado de ánimo tanto para mujeres con peso normal como mujeres obesas (Chang, Baumann, Nitzke y Brown, 2005), por lo que se sugiere que futuros instrumento evaluando la ingesta de grasas en mujeres incorporen los factores anteriormente citados.

Asimismo, Baghianimoghadan, Nadrían y Rahaer (2009) se reunieron para indagar sobre el efecto de la educación del comportamiento de las madres en relación con la alimentación de sus hijos considerando el tipo de botella y la leche de fórmula. Sabiendo que

el índice de lactancia ha disminuido en Irán y los comportamientos de alimentación no son adecuados, sino que de hecho, resultan insuficientes en las madres lactantes, se estudió el efecto de la educación basada en el Modelo PRECEDE en la mejora del comportamiento de las madres en relación con la alimentación en Yazd, Irán.

Meses antes y 3 meses después de la aplicación del programa educativo a través de grupos de discusión, conferencias y folletos, se completó un cuestionario de auto preparado el cual fue completado por los encuestados. Después de implementar el programa educativo, el 38% de las madres mostraron una actitud positiva hacia la alimentación de sus hijos con base en la leche materna.

Después de la ejecución del programa, el 85% de las madres alimentaban a sus hijos exclusivamente con leche materna y el otro 15%, los amamantaban con fórmula. Los niños que fueron alimentados con fórmula, se les brindó 5 veces al día, mientras que los niños que fueron alimentados con leche materna, se les suministro de 4-5 veces al día. Por otra parte, ninguno de ellos fue alimentado con fórmula desde el momento del nacimiento y la alimentación con fórmula dio como resultado un peso inadecuado en estos niños (Baghianimoghadan, Nadrían y Rahaer, 2009).

En conclusión, con el fin de diseñar programas efectivos de educación, los profesionales de la salud deben comprender mejor los determinantes de comportamientos de alimentación en las madres lactantes y desarrollar la etapa de intervenciones específicas, dentro del cual, la promoción de factores predisponentes como el conocimiento y la actitud son las prioridades del programa (Baghianimoghadan, Nadrían y Rahaer, 2009), indicando por consiguiente, que el observar estos factores dentro de una evaluación, resulta crucial para el manejo y el control de los neonatos.

Considerando lo anterior, Waters y Satia (2009) investigaron sobre la asociación de los factores psicosociales que inciden en la ingesta de grasas en la dieta de los adultos afroamericanos entre 18 a 70 años; los métodos empleados para poder evaluar lo anterior fueron: a.) un auto-reporte de una encuesta transversal de los afroamericanos (n = 658) utilizando un cuestionario de 11 páginas, recogidas de junio a octubre de 2003; b.) los factores basados en el marco PRECEDE, para determinar las asociaciones psicosociales (predisponentes, de refuerzo y favorable) las conductas y características de los participantes (por ejemplo, edad, sexo, educación, índice de masa corporal) y c.) el consumo de grasas saturadas.

De acuerdo con los resultados más destacados, se puede mencionar que dentro los factores psicosociales, los más fuertes están relacionados con el consumo de grasa y que dichos factores

predisponentes son: la creencia en la importancia de una dieta baja en grasa (ambos sexos) y una alta auto-eficacia (sólo mujeres) (Waters y Satia, 2009).

En dicho estudio se concluye que la intervención de la dieta para disminuir la ingesta de grasas en los adultos afroamericanos, puede beneficiarse si se incorporan algunos factores predisponentes en la implementación, tales como las creencias personales, la auto-eficacia en su diseño y aplicación (Waters y Satia, 2009).

Otros autores, Glanz y otros (2010) asociaron el deterioro cognitivo y la calidad de vida en pacientes con esclerosis múltiple temprana (EM). La calidad de vida fue medida a través del modelo PRECEDE y una batería de pruebas cognitivas bien establecidas. Los sujetos que participaron en el estudio fueron 82 con edades entre 18-55 años con el síndrome de EM diagnosticados en los últimos tres años. Dentro de la metodología, los sujetos de estudio se sometieron a un estudio neurológico, evaluación neuropsicológica y evaluación de la calidad de vida utilizando el modelo PRECEDE. Dentro de los principales resultados, después de controlar la depresión, las puntuaciones de las pruebas de velocidad de procesamiento de información se asociaron significativamente con varias medidas de la calidad de vida, incluyendo bienestar físico, la fatiga y el apoyo social. Dichos resultados sugieren que los programas de rehabilitación cognitiva para mejorar las habilidades cognitivas, también pueden mejorar la calidad de vida de los pacientes con EM.

Como se mencionó anteriormente el modelo PRECEDE ha sido utilizado en varias investigaciones, arrojando resultados importantes en cuanto a los factores predisponentes, factores reforzadores y factores facilitadores que explican determinadas conductas de los seres humanos, tanto en personas físicamente saludables como en población con alguna complicación de salud. Sin embargo, conocer no solo los factores reforzadores o facilitadores que explican las conductas humanas es importante, también lo es investigar sobre el nivel de motivación para la práctica de actividad física o el disfrute del ejercicio.

A continuación, se hará referencia a los cuestionarios o instrumentos que miden el nivel de motivación y el disfrute del ejercicio, el autoinforme de motivos para la práctica del ejercicio o actividad física, el autoinforme de barreras percibidas para la práctica de ejercicio físico, la escala de evaluación del cambio para el ejercicio o actividad física, el inventario del proceso de cambio para el ejercicio, investigaciones sobre el modelo transteórico del cambio de conducta y el perfil de estados de ánimo (Profile of Mood States [POMS]).

Los autores Moreno Murcia, López de San Román, Martínez Galindo, Alonso Villodre y González-Cutre Coll (2007) analizaron los efectos de la edad, el género y la frecuencia de la práctica deportiva en la percepción del clima motivador, la orientación de metas, los mediadores motivadores, la motivación autodeterminada y el disfrute. Para ello, se utilizó una muestra de 394 participantes de ejercicio físico colectivo no competitivo con edades que oscilaron entre los 12-54 años de edad. Las escalas utilizadas fueron: a) CMI (Escala de Percepción del Clima Motivador de los Iguales); b) GOES (Escala de las Orientaciones de Metas en Ejercicio); c) EMMAF (Escala de Mediadores Motivadores en la Actividad Física); d) BREQ-2 (Cuestionario de Regulación de la Conducta en el Ejercicio Físico-2) y e) PACES (Escala de Disfrute en la Actividad Física).

Los resultados revelaron que el sexo masculino poseía un mayor clima de ego, es decir, los hombres estaban más orientados al ego y se percibían más competentes que el sexo femenino, en el cual puntuaba más alto en la satisfacción de la necesidad de relacionarse con los demás. El grupo de mayor edad (24-54 años) demostraba mayor motivación autodeterminada, disfrute y satisfacción de la necesidad de relación con los demás que los grupos de menor edad. Los sujetos que practicaban deporte más de tres días por semana se mostraron más orientados a la tarea que aquellos que practicaban puntualmente. Este trabajo trae datos fiables a los responsables por las prácticas deportivas, mostrando así, que intervenir para potenciar la adhesión y la permanencia en programas físico-deportivos contribuye a que los participantes de dichos programas permanezcan de manera regular y sí mejoren su condición física y alcancen sus objetivos personales o individuales relacionados con la salud (Moreno Murcia y otros, 2007).

Un estudio realizado por Niñerola, Capdevila y Pintanel (2006) evaluó las barreras percibidas y la actividad física y cómo las barreras dificultaban la práctica de actividad física, resultando un paso imprescindible antes de planificar cualquier estrategia para aumentar la motivación y la adherencia hacia el inicio y el mantenimiento de la conducta activa. Tales barreras han ido en aumento en los países desarrollados, debido en parte, a la dependencia de la tecnología, a la urbanización de la población y a la mecanización en el

ámbito laboral entre otros, provocando un deterioro físico y un aumento del sedentarismo el cual repercute en la calidad de vida del ser humano.

En este estudio (2006) participaron 720 sujetos, entre ellos estudiantes universitarios, usuarios de un servicio universitario y socios de diferentes clubes con edades entre los 13-63 años. Los instrumentos utilizados fueron: a) el Autoinforme de Barreras para la Práctica de Ejercicio Físico (ABPEF) el cual cuenta con 20 ítems que se responden utilizando la escala tipo Likert de 0 a 10 puntos; b) los motivos para la práctica de ejercicio físico a partir del Autoinforme de Motivos para la Práctica de Ejercicio Físico (AMPEF); c) datos personales como edad, el género, la cantidad de horas de estudio o de trabajo, o la cantidad de cigarrillos fumados y d) el nivel de ejercicio físico practicado en el momento de contestar el ABPEF y durante los 6 meses anteriores. Dentro de los resultados más importantes, de acuerdo con el modelo de los estadios de cambio respecto a la conducta de ejercicio físico de la muestra, se han clasificados en activos (57,6% en el estado de mantenimiento) y sedentarios (42,4% en el resto de los estadios), indicando una muestra de sedentarios considerablemente alta.

Por otro lado, se encontró una relación significativa entre diferentes factores del ABPEF (Auto informe de Motivos para la Práctica de Ejercicio Físico) y del Autoinforme de Motivos para la Práctica de Ejercicio Físico (AMPEF) administrado conjuntamente y validado en un estudio previo (Capdevila y otros, 2004), sólo se destacaron las correlaciones de Pearson superior a 0.3. En este caso, existió una correlación positiva significativa ($r = .331$; $p < .001$) entre el factor de imagen corporal/ansiedad física social del ABPEF y el factor de Peso e Imagen Corporal del AMPEF (Niñerola y colaboradores, 2006) pero la correlación es relativamente baja, lo que indica que se deben de considerar otros posibles factores en futuros estudios, que muestren una relación adecuada entre estas variables predictoras de estilos de vida saludable.

Sin embargo, la versión final del Autoinforme de Barreras para la Práctica de Actividad Física (ABPEF) presenta cualidades psicométricas al incluir 17 ítems agrupados

en cuatro factores que permiten explicar el 62,94 de la variabilidad total de los datos con una elevada consistencia interna (Alfa de Crombach= 0.85) y con una buena fiabilidad de Test-Retest (coeficiente de correlación superior o muy próximo a 0.5), lo que demuestra que es un instrumento adecuado, válido y fiable para evaluar las barreras percibidas relacionadas con la práctica del ejercicio físico, por lo que la información brindada por este cuestionario puede resultar muy útil al planificar estrategias de adopción de un estilo de vida activo, tanto a nivel individual como en comunidades específicas (Niñerola, Capdevila, y Pintanel, 2006).

Continuando con el tema de la relación de la actividad física con la motivación de la misma, Castillo y Molina (2009) se plantearon el objetivo de determinar mediante el uso de un modelo de ecuaciones estructurales, las relaciones que existen entre la actividad física, la grasa corporal, la capacidad física percibida, además de tres indicadores de bienestar psicológico, en una muestra de estudiantes universitarios españoles. El estudio fue descriptivo de corte transversal con una muestra de 639 estudiantes de 18-29 años de edad de las universidades de Valencia, España, durante el período 2005-2006. El ejercicio físico fue evaluado para hacer un inventario de comportamientos saludables entre los estudiantes.

En este caso, se diseñó un modelo teórico usando seis variables medidas. Dentro de los resultados más destacados se puede mencionar, que el nivel de actividad física de los participantes fue moderado, se percibían a sí mismos físicamente competentes, había una alta autoestima, se mostraron satisfechos con la vida y además, tenían una vitalidad alta. La actividad física correlacionó negativamente con el porcentaje de grasa corporal en los hombres y mujeres por igual y fue negativamente asociada con la habilidad física percibida, mientras que la habilidad física percibida se asoció positivamente con la autoestima, la satisfacción con la vida y la vitalidad subjetiva (Castillo y Molina, 2009).

El efecto de la actividad física en la competencia percibida fue propiciado en parte por el porcentaje de grasa corporal en los hombres, mientras que en las mujeres, el ejercicio estuvo directamente correlacionado con el Porcentaje de Grasa Corporal, así como con la capacidad de percepción (Castillo y Molina, 2009); pero estos instrumentos utilizados no

analizan factores como hábitos alimentarios, hábitos de aseo e higiene personal, hábitos de postura y nivel de actividad física, entre otros, lo que de acuerdo con Vélchez (2007) sería un problema pues estarían quedando por fuera, importantes variables predictoras de estilos de vida saludables.

En cuanto al modelo de la teoría trasteórica del cambio de conducta, Mardones, Olivares, Araneda y Gómez (2009) realizaron una investigación con el fin de diseñar intervenciones eficaces de promoción de la salud, estado nutricional y las etapas de cambio en relación con el consumo de frutas y verduras, actividad física y el control del peso; todo esto se determinó en 955 estudiantes de ambos sexos en la Universidad del Bío-Bío, en Chile.

La muestra fue seleccionada al azar por el campus y contó con un nivel de confianza del 95% y un error máximo del 3%. Para poder elaborar una intervención efectiva en promoción de la salud, se evaluó el estado nutricional y las etapas de cambio relacionadas con la ingesta de frutas y vegetales, así como la actividad física y el control de peso. El estado nutricional fue determinado por el IMC y las normas de referencia para los adultos de la OMS, (Mardones, Olivares, Araneda, y Gómez, 2009).

Por otro lado, se utilizó un cuestionario previamente validado por el INTA para evaluar las etapas de cambio. La prevalencia de sobrepeso y obesidad fue significativamente mayor en hombres que en mujeres ($p < 0.0001$), alcanzando el 48,2% en hombres y 25,5% en mujeres. Ahora bien, también existieron diferencias significativas entre cantidad de consumo diario y sexo ($p < 0.0001$), ya que sólo el 3,1% de los hombres y el 7,3% de las mujeres consumían las 5 porciones diarias recomendadas de frutas y hortalizas y la gran mayoría consumía 1 o 2 porciones diarias (69,5% hombres y 54,3% mujeres). Asimismo, hubo un desarrollo significativo en cuanto al nivel de actividad física entre hombres (58%) y mujeres (43%) ($p < 0.0001$).

El patrón alimenticio y el consumo de frutas y vegetales presentan una serie de características asociados al desarrollo de enfermedades crónicas. Dado lo anterior, es evidente la urgente necesidad de desarrollar intervenciones a fin de reducir las elevadas prevalencia de los factores de riesgo de enfermedades crónicas; para ello se requiere analizar la conducta humana ya que esta es de vital importancia para comprender ampliamente la relación de la nutrición con factores psicosociales propios de la salud. Es por ello, que aparece el modelo transteórico de cambio de conducta, es cuál es uno de los métodos más actuales donde se pretende eliminar las conductas de riesgo para la salud y la adquisición de conductas saludables a lo largo de la vida.

Otra investigación que sustenta la importancia de estudiar los cambios de conducta es la de Cardinal, Jong-Young, Young-Ho, Hyo y Qi (2009) cuyo propósito fue examinar la conducta, las características demográficas, psicosociales y socioculturales de las etapas de cambio de la conducta de actividad física entre un grupo de estudiantes universitarios de Corea del Sur ($n = 221$) y otros de los Estados Unidos ($n = 166$) con edades que oscilaban entre los 18-30 años. En este estudio se evaluaron la edad, el IMC, la nacionalidad, el género, el comportamiento de ejercicio, los procesos de cambio, el balance de toma de decisiones, la auto-eficacia, las etapas de cambio, los predisponentes de refuerzo y los factores de apoyo.

Dentro de los resultados más destacados, el mayor porcentaje de varianza explicada para la etapa de cambio en el modelo transteórico se presentó en la toma de decisiones, los procesos de cambio y la autoeficacia, en los cuales osciló entre un 11% a 29% ($p < .001$), mientras que los factores como la predisposición (2%; $p = .052$) y el refuerzo (3%, $p = .06$) no fueron importantes.

En dicho estudio (2009) se concluyó que en términos de comportamiento de la actividad física, las mujeres de Corea del Sur tenían más probabilidades que los hombres de Corea del Sur para estar en las primeras etapas, mientras que los hombres americanos fueron ligeramente más propensos a igualar en las primeras etapas a las mujeres norteamericanas, cuando todas las características fueron contabilizadas. Entre la fase psicosocial de los concomitantes cambio, sólo los procesos de cambio de comportamiento se consideraron importantes, lo que implica que es crucial en los estudios que indaguen los estilos de vida saludable, analizar los componentes anteriores para obtener mayor objetividad a la hora de analizar los distintos subgrupos que componen la sociedad.

Como se ha mencionado anteriormente, los instrumentos de medición para evaluar las variables relacionadas con la salud son muy diversos, debido principalmente a los diferentes componentes de la salud, además de las características específicas de la población que se pretende estudiar y los componentes psicológicos relacionados con la conducta humana. Es por esto que estudiar la relación que existe entre la frecuencia de ejercicio o actividad física relacionada con alguno de los componentes anteriormente mencionados, ha sido de vital importancia para comprender ampliamente la salud y los efectos negativos o positivos en diversas poblaciones.

Guirao, Cabrero, Moreno y Muñoz (2009) realizaron una revisión estructurada utilizando diversos cuestionarios y escalas que miden la Actividad Física, específicamente en los adultos mayores españoles con edades entre los 50-70 años. El objetivo principal de dicho estudio, fue caracterizar los diferentes cuestionarios y escalas utilizadas para medir la actividad física, además de sus marcos conceptuales, las propiedades psicométricas y las normas de aplicación.

La medición de la calidad de vida o el nivel de actividad física relacionada con la salud se mide mediante cuestionarios con múltiples ítems de validez y comparabilidad bien establecida; en la actualidad, la promoción de la práctica regular de actividad física y el deporte, se ha convertido en uno de los objetivos esenciales en la política educativa en diferentes países.

Ya desde el periodo 1990-1995, el American College of Sport Medicine indicó que una adecuada práctica de actividad físico-deportiva contribuye el bienestar y la calidad de vida de nuestra sociedad; de este modo, medir el nivel de actividad física requiere de instrumentos de evaluación que acerquen con mayor precisión a la realidad presente. Existen algunos cuestionarios validados como lo son los estimadores de la actividad física realizada, destacándose entre estos la utilización de los diarios de carácter auto administrable (Bouchard y otros, 1990; Gálvez, 2007), los cuestionarios de recuerdo de la actividad realizada recientemente (Paffenbarger y otros, 1991, citado en Gálvez, 2007; Lee

y otros, 1993), o los cuestionarios de recuerdo de largos períodos de tiempo (Sobolski y otros, 1988); dichos instrumentos se pueden clasificar atendiendo a la forma de administración (entrevista o auto administrados), el período de recopilación de la información, la duración de la administración del cuestionario, el carácter de la actividad (laboral, tiempo libre, actividades deportivas, actividades de hogar) y el nivel de dificultad de la recopilación de la información.

Además de evaluar la actividad física, es importante indagar sobre la influencia del ejercicio y la actividad física relacionada con el estado anímico; es por esto que Jiménez, Martínez, Miró y Sánchez (2008) se preocuparon por analizar la relación entre la práctica de actividad física–deportiva y la salud física y psicológica y así explicar y describir mejor dicha relación. En general, los efectos del ejercicio sobre la salud física están mejor establecidos en la literatura científica que aquellos otros que supuestamente produce sobre el bienestar psicológico.

El método utilizado por Jiménez, Martínez, Miró y Sánchez (2008) fue un estudio descriptivo mediante encuesta en la que se utilizó un diseño transversal. Se utilizaron 2 grupos muestrales, uno era de la Universidad de Aveiro (Portugal) y estaba conformado por 208 participantes (189 mujeres y 19 varones) con edades entre los 17-44 años y el otro grupo era de la Universidad de Granada, España, en el cual participaron 239 estudiantes (188 mujeres y 51 varones) de las mismas edades. En cuanto a los instrumentos utilizados, se aplicaron un cuestionario en formato de preguntas mixtas (abiertas y tipo test) para recolectar datos como: edad, sexo, nacionalidad, estudios que cursa, número de bebidas alcohólicas consumidas semanalmente, número de cigarrillos consumidos semanalmente, así como si había realizado o no ejercicio, la frecuencia, duración por sesión y hace cuanto tipo (meses o años) lo practica además de tipo de ejercicio que realiza.

La salud percibida se midió mediante la Escala de Estrés Percibido y por último se aplicó la forma abreviada del Perfil de Estados Anímicos (POMS). Dentro de los resultados más destacados, se menciona que el consumo de alcohol y cigarrillos aumenta con la edad,

al igual que el sobrepeso; en cuanto a la salud percibida no hubo diferencias significativas entre los grupos, mientras que en el estado de ánimo no existieron diferencias significativas en los niveles de tristeza, vigor, cólera o fatiga en función de la edad o el sexo (Jiménez, Martínez, Miró y Sánchez, 2008).

Por lo tanto, la investigación de Jiménez y otros (2008) permite concluir que el bienestar psicológico está asociado a la práctica de actividad física, es decir, las personas que realizan regularmente ejercicio físico se perciben más saludables, con menor estrés y presentan mejor estado de ánimo que aquellas otras que no realizan ningún tipo de ejercicio físico.

Seguidamente, se hará referencia a la importancia de conocer acerca del nivel de actividad física utilizando el instrumento de medición (IPAQ), debido principalmente a que la inactividad física ocasiona 2 millones de muertes y 19 millones de años de vida ajustados por discapacidad según la Encuesta Nacional de Riesgo (2005).

Los autores Jacoby, Bull y Neiman (2003) investigaron los cambios acelerados de los estilos de vida, apuntando la importancia de estimular la práctica de actividad física como una prioridad en la Región de las Américas. Según datos obtenidos de 24 países en la región de las Américas, más de la mitad de la población es inactiva, es decir, no realiza la recomendación de un mínimo de 30 minutos diarios de actividad física de moderada a intensa al menos cinco días a la semana (World Health Organization, 2002).

Para observar las tendencias de la práctica de actividad física en la población, se requiere de un instrumento sencillo para cuantificar la actividad física y tener información que pueda utilizarse en los sistemas de vigilancia sanitaria de alcance poblacional y el IPAQ en este aspecto, ha sido eficaz al aplicarlo. El cuestionario de Actividad Física se ha puesto a prueba en 14 países y actualmente se emplea en varias redes regionales para la promoción de la salud.

Asimismo, es el instrumento central de un extenso proyecto de demostración que abarca a 24 países en las seis regiones de la OMS y se encamina a recoger una muestra mundial compuesta de datos nacionales representativos sobre el sedentarismo, es por esto que el uso de un indicador (instrumento) estándar permite hacer comparaciones dentro de un país, entre países vecinos y en los niveles regionales y mundiales lo que ayuda a comparar entre diversas modalidades de intervención, entre políticas de salud públicas y entre grupos etarios, entre otros (Jacoby, Bull y Neiman, 2003). A continuación se discutirán algunas investigaciones que han utilizado el instrumento IPAQ en diferentes poblaciones y en una gran variedad de países.

En la Encuesta Nacional de Riesgo (2005) realizada en Argentina, se indagó sobre la actividad física intensa y moderada, además de caminatas durante la última semana y las horas sentado por día; las preguntas de esta sección (nivel de actividad física) constituyen las preguntas incluidas en el cuestionario IPAQ que permite discriminar a la población en inactivos y activos y medir el nivel de actividad en la última semana, además de categorizar el nivel de actividad física en nivel bajo, moderado o intenso.

En dicha encuesta se destacaron los siguientes resultados: el 46,2% de la población argentina tenía un nivel bajo de actividad física; en relación con el sexo también se observó un nivel bajo, pero los hombres desarrollaron más un nivel intenso (15% vs 6,3%) y las mujeres más un nivel moderado (46,7% vs 39,8%); a mayor edad se observó un menor nivel de actividad física con una reducción marcada del nivel intenso, manteniéndose el nivel moderado e incrementándose el nivel bajo (Encuesta Nacional de Riesgo, 2005). En esta encuesta se concluyó que en América Latina varios países han iniciado políticas de promoción de la actividad física; entre ellos se destaca Brasil que desde el 2001 ha iniciado el programa Agita Brasil y que ha sido generalizado por la OMS con el programa Agita Mundo.

Continuando con el tema sobre el nivel de actividad física, Gómez, Duperly, Lucumí, Gámez y Venegas (2005) determinaron la prevalencia de los grados de actividad

física global en las personas de 18 a 65 años de la ciudad de Bogotá e identifican los factores asociados con la regularidad en la actividad. Los métodos que se utilizaron fueron: 3000 encuestas a adultos residentes en el año 2003, el nivel de actividad física por medio del IPAQ y la aplicación de un modelo de regresión logístico para identificar los factores asociados con la regularidad en la actividad. Dentro de los resultados, se encontró que el 36,8% son personas activas y que la autopercepción del estado de salud era buena o muy buena (OR= 1,87; IC del 95% 1,41-2,49). La conclusión más importante fue que en futuros trabajos, se debía establecer en el contexto de las ciudades latinoamericanas, si es pertinente determinar los grados de actividad física global y los indicadores específicos en cada dominio.

Otra investigación realizada por Barquero, Barriopedro y Montil (2008) indagó sobre los patrones de actividad física en niños con sobrepeso y normopeso. En este se encontró que la obesidad se produjo por un desajuste del control del equilibrio entre la energía ingerida y la consumida en los procesos metabólicos. Aunque el factor genético de la obesidad desempeña un papel importante en su desarrollo, son los cambios en la alimentación y los nuevos estilos de vida los que hacen que el organismo no esté dotado del control suficiente para hacer frente a la excesiva ingesta energética o sedentarismo. Según el (Centers for Disease Control and Prevention, 2000), al mismo tiempo que aumenta la masa grasa de los niños y adolescentes, disminuye el tiempo de ejercicio realizado.

La falta de convergencia entre las medidas objetivas y subjetivas de la actividad física ha sido subrayada por autores tales como Sallis, Prochaska y Taylor (2000) como responsables de la falta de congruencia de los resultados en la literatura sobre la actividad física infantil y juvenil. Dada la importancia de conocer los patrones de actividad física y no sólo el gasto calórico con objeto de desarrollar programas de intervención que incrementan la práctica de actividad, es que son importantes en este campo las medidas a través de cuestionarios.

De acuerdo con el estudio de Barquero, Barriopedro y Montil (2008) aunque la fiabilidad del instrumento IPAQ es muy buena ($r=0.8$), los estudios de validez de criterio, utilizando como referencia los valores obtenidos mediante acelerómetro, muestran valores considerablemente bajos ($r=0.3$). Así, el objetivo de este estudio fue valorar y comparar los patrones de actividad física en niños con normopeso y sobrepeso a través de medidas objetivas (acelerómetro) y subjetivas (IPAQ) y valorar el grado de concordancia entre ambos.

En dicho estudio la muestra estuvo constituida por 30 varones con edades comprendidas entre los 11 y 13 años y 30 mujeres con edades entre los 11 y 12 años. Los instrumentos utilizados fueron: un acelerómetro Caltrac (Hemokinetics, Inc, Madison, Wisconsin) y el cuestionario autoadministrado IPAQ (Barquero y otros, 2008).

Los resultados más destacados en esta investigación (Barquero y otros, 2008), demuestran que el gasto calórico medido por día obtenido a partir del Caltrac, en función del sexo y del peso, fue superior en niños que en niñas ($F_{1,56}= 15.90$; $p < 0.001$); además los datos mostraron una correlación moderada entre el gasto calórico obtenido mediante el Caltrac y el gasto total estimado a partir del IPAQ ($r = 0.49$; $p < 0.001$).

En cuanto a las conclusiones a las que llegaron los autores Barquero y otros (2008) se pone de manifiesto la falta de concordancia entre el IPAQ y el Caltrac, aunque la validez obtenida en este estudio es mayor que la informada por los autores Craig y otros (2003). Del mismo modo, a pesar de la falta de validez concurrente del IPAQ, utilizando como referencia el acelerómetro, este instrumento ofrece información necesaria para el desarrollo de programas de intervención. Por lo tanto, sigue siendo necesaria la investigación de las medidas subjetivas de actividad física para observar mejoras en los niveles de actividad física.

Los resultados anteriormente mencionados son apoyos por: (Rangul, Holmen, Kurtze, Cuyper, y Midthjell, 2008) quienes estudiaron la fiabilidad y la validez de dos instrumentos de medición sobre la actividad física, participaron 71 adolescentes con edades

entre los 13-18 años; se utilizaron dos instrumentos el IPAQ y el cuestionario Health Behaviour in Schoolchildren (HBSC) questionnaire, los cuales se aplicaron dos veces con 8-12 días de diferencia entre cada medición.

Los resultados más importantes demuestran que los coeficientes de correlación intraclase para la fiabilidad del cuestionario del IPAQ fueron 0.71 y 0.73 para la frecuencia de la duración. En cuanto a la frecuencia, existe una diferencia significativa entre sexos, 0.87 para las niñas y 0.59 para los varones ($p < 0.05$). Los coeficientes de correlación intraclase del IPAQ variaron entre 0.10 y 0.62 para la fiabilidad, mientras que los coeficientes de correlación de Pearson para la validez, tanto para el cuestionario del IPAQ y el IPAQ medido contra (VO_2 pico) fueron bajas, dado que oscilaron entre 0.29 a 0.39. El cuestionario del IPAQ contra la medida del IPAQ VO_2 pico de las niñas eran aceptables y oscilaron entre 0.30 a 0.55. Por lo tanto se concluye que estos datos indican que el cuestionario del IPAQ produce una fiabilidad sustancial y los instrumentos fueron aceptables para la medición de la aptitud cardiorrespiratoria, especialmente entre las niñas; sin embargo, ninguno de los cuestionarios parecía ser un instrumento válido para medir la actividad física comparando a uno con el otro.

A continuación, se hará referencia a artículos científicos relacionados con la evaluación de la calidad de vida utilizando los instrumentos SF-36 y el SF-12. La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) ha sido objeto de un creciente interés por parte de la comunidad de investigadores, especialmente en la aplicación de cuestionarios de la familia del Short Form Health Survey (SF), que es un instrumento genérico muy complejo que permite evaluar elementos que engloban la definición de salud y lo biosociológico, socioeconómico y cultural de manera dinámica y multidimensional. Por lo tanto, se estima que la medición de la salud debe ir más allá de los usuales indicadores de morbilidad, mortalidad y esperanza de vida, dado que la salud es la resultante de la interacción de múltiples factores (Herdman, 2005).

Es por esto que Tuesta, Centeno, Salgado, García y Lobo (2008) investigaron la calidad de vida en Barranquilla, Colombia. Se realizó un estudio trasversal, dirigido a

adolescentes escolarizados de 14-19 años de instituciones pertenecientes al sector estatal y privado del área metropolitana de Barranquilla, entre febrero a mayo del 2007.

En este estudio realizado con 845 estudiantes, el cuestionario de encuesta se estructuró mediante 42 preguntas, de estas 12 preguntas cerradas que hacen parte del cuestionario Short Form Health Survey en español para medir calidad de vida (SF-12) (Tuesta, Centeno, Salgado, García y Lobo, 2008).

En cuanto a los resultados, las puntuaciones bajas corresponden a las subescalas de salud general ($28,28 \pm 22,6$) y dolor corporal ($14,41 \pm 21,87$), sin embargo las mujeres obtuvieron mejor puntuación en función física, rol físico e índice mental. Además los escolares entre los 14-15 años obtuvieron mayor puntuación en el rol físico ($88,88 \pm 32,03$; $p < 0,05$) comparados con sus pares mayores de 16 años ($78,87 \pm 33,6$). Por otro lado, la calidad de vida de acuerdo con el tipo de institución (privada o pública), también presenta variantes; por ejemplo, los escolares de las instituciones públicas presentaron mayor puntuación en la escala de salud general versus las privadas ($29,9 \pm 23,9$ vs $26,3 \pm 21,0$; $p = 0,002$). En dicha investigación se concluyó que a partir de estos resultados, es necesario implementar dentro del sistema de vigilancia en salud pública del nivel local, un programa de vigilancia de factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles y calidad de vida relacionada con la salud en población juvenil (Tuesta y otros, 2008).

Continuando en la misma línea de investigación sobre calidad de vida, Ureña (2008) analizó la Calidad de Vida de académicos (as) y administrativos (as) del Campus Presbítero Benjamín Nuñez de la Universidad Nacional, Costa Rica. En cuanto la metodología, se trató de un estudio descriptivo; se contó con la participación de 30 administrativos (as) y 37 académicos (as) con una edad promedio de 36,7 años. La información se recopiló con base en el Cuestionario de Salud (SF-36), la Escala de Sentido de Coherencia y un Cuestionario sobre hábitos relacionados con el ejercicio físico. Dentro de los resultados más importantes, se puede mencionar que en relación con el ejercicio físico, que el total de los encuestados (68,1%) realizaba algún tipo de actividad física, donde la caminata era la más

practicada por un 40,6%, seguido por el trabajo con pesas con un 8,7% y en tercer lugar, practicar deportes de conjunto con un 5,8% .

En cuanto a los factores de la Calidad de Vida de los trabajadores, las dimensiones Función Física y Rol Físico presentaron los mayores puntajes, mientras que los puntajes menores le correspondieron a las dimensiones de Salud General y Vitalidad. Por otro lado, en términos proporcionales los puntajes promedios obtenidos en las dimensiones de Vida y de Sentimientos, fueron muy similares, en donde el puntaje de 70,69 correspondió a la dimensión Vida y representó un 77,68% del puntaje máximo a alcanzar en esa dimensión y el promedio de 42,08 registrado en la dimensión Sentimientos, representó un 75,14% del puntaje máximo alcanzable en la misma (Ureña, 2008).

Como conclusión general puede afirmarse que la valoración de la calidad de vida que hacen los académicos y administrativos del Campus Presbítero Benjamín Núñez es “buena”, aunque no la mejor. Por otro lado, en relación con el Sentido de Coherencia es preciso también invertir en acciones que fortalezcan la posición de los trabajadores (as) del Campus en cuanto a su actitud ante la vida (Ureña, 2008).

Reid y otros (2010) estudiaron los efectos del ejercicio aeróbico, ejercicios de resistencia y ambos tipos de ejercicios en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. En el estudio se emplearon 218 participantes inactivos con diabetes mellitus tipo 2 quienes realizaron 22 semanas de ejercicio aeróbico (n = 51), ejercicio de contraresistencia (n = 58), combinado aeróbico y ejercicios de contraresistencia (n = 57) y nada de ejercicio (control n = 52).

Se utilizó una $p = .0125$ para la obtener la significancia estadística pues se realizaron comparaciones múltiples. Los métodos, incluyeron el estado de salud según la evaluación de las puntuaciones del componente físico y mental del cuestionario *SF-36* y el bienestar, medido por el Cuestionario de Bienestar de 12 ítems (WBQ-12), los cuales fueron evaluados en el Hospital de Ottawa (Reid y otros, 2010).

Los resultados demostraron que hubo diferencias clínicas pero no estadísticamente significativas en cuanto a la puntuación del componente físico del cuestionario SF-36 del ejercicio de contrarresistencia en comparación con el ejercicio aeróbico ($p = 0.048$) y con el grupo control (es decir, sin ejercicio, $p = 0.015$). Sin embargo, en las puntuaciones del componente mental ocurrió algo interesante pues el grupo control obtuvo mejoras clínicas en comparación con el grupo de contrarresistencia ($p < 0.001$) y el grupo combinado de aeróbicos con contrarresistencia ($p < 0.001$); más aún, tampoco se observaron efectos significativos sobre las puntuaciones del WBQ-12 entre los grupos (Reid y otros, 2010), lo que muestra que pudieron haber existido posibles variables contaminantes en la investigación que requirieran que se aplicaran otros instrumentos más específicos con base en las características de la población estudiada para así detectar esas posibles fuentes y, finalmente, poder explicar los resultados con mayor precisión.

Por otra parte, Moller y Sartipy (2010) indagaron los posibles cambios en la calidad de vida (CDV) después de la cirugía de pulmón entre los pacientes jóvenes y ancianos. Los métodos empleados se basaron en un estudio prospectivo basado en la población y el estudio de cohorte para investigar la calidad de vida relacionada con la salud antes y seis meses después de la cirugía de pulmón. En esta investigación, se utilizó el instrumento SF-36 para investigar la calidad de vida y se compararon los dos grupos de edad y sexo en concordancia con las poblaciones de referencia.

En esta investigación se incluyeron 166 adultos < 70 años y 83 adultos de edad ≥ 70 años. Dentro de los resultados más importantes se puede mencionar que no hubo diferencias significativas en las medidas de resultado primarias entre los pacientes < 70 años y los adultos con edades entre ≥ 70 años respectivamente ($p = 0.55$) ($p = 0.22$) con respecto a la supervivencia al año (media de seguimiento 2 años), la cual fue de 83% y 84%, respectivamente; además también se observó que en ambos grupos, la calidad de vida física y la mental eran más bajas que en las poblaciones de referencia. En cuanto a las conclusiones más relevantes, en dicho estudio se encontró que a los 6 meses después de la cirugía de pulmón, los pacientes de edad ≥ 70 años experimentaron un deterioro en la

salud física y mental relacionados con la calidad de vida similar a los pacientes <70 años. Por otro lado, la supervivencia fue similar en los dos grupos de edad (Sana y otros, 2010).

Como se ha mencionado anteriormente, los instrumentos de medición relacionados con la salud aportan resultados importantes sobre los cambios y características específicas relacionadas con esta variable en diversas poblaciones, aparte que estas investigaciones también permiten dar aportes sobre el estado actual de la salud y las posibles intervenciones o soluciones que se puedan desarrollar para revertir el deterioro de la calidad de vida. Así, otro de los instrumentos ampliamente utilizados en el área de la salud es el PAR-Q, que permite indagar sobre la influencia de la actividad física y sus efectos en la salud (Barrientos y Yañez, 2001).

Al respecto, autores tales como Culos, Carlson y Daroux (2006) indagaron sobre el efecto físico y psicológico que se produce por medio de un estudio piloto del yoga en sobrevivientes de cáncer de mama. La actividad física proporciona una serie de beneficios físicos y psicológicos a los sobrevivientes de cáncer, incluyendo el reducir el impacto del cáncer en detrimento de los síntomas y efectos secundarios del tratamiento (por ejemplo, fatiga, náuseas) y mejorando el bienestar general y la calidad de vida. El propósito del presente estudio piloto fue examinar los beneficios físicos y psicológicos que ofrece un programa de 7 semanas de yoga para las sobrevivientes de cáncer.

El método empleado contó con participantes elegibles por tamizaje con *PAR-Q/PAR-MED-X*, quienes fueron asignadas al azar a la intervención ya sea el grupo de yoga (n = 20) o el grupo control (n = 18). Todas las participantes completaron la pre y la post evaluación inmediatamente antes y después del programa de yoga. Los resultados indicaron que las participantes sobrevivientes de cáncer de mama con edades entre los 51,18 años y con un promedio de 55,95 meses de tasa de supervivencia después del diagnóstico, mejoraron significativamente su salud. Por otro lado, se presentaron diferencias significativas entre el grupo de intervención y el grupo control en la post-intervención

donde se observó una mejoría en la calidad de vida psicosocial ($p < 0.05$) (Culos y otros, 2006).

También hubo tendencias aunque no significativas de las diferencias de grupo en las direcciones de la hipótesis para las variables psicosociales de la irritabilidad emocional, síntomas gastrointestinales, desorganización cognitiva, alteraciones del estado de ánimo, tensión, depresión y confusión (todos $p > 0.10$). Por último, en cuanto a las mejoras, también hubo importantes cambios físicos en los participantes del programa entre las mediciones pre y post-intervención en una serie de variables de condición física (Culos y otros, 2006).

Se concluyó que el yoga tiene un potencial significativo y debería explorarse más como una opción de la actividad física beneficiosa para los sobrevivientes de cáncer. Las investigaciones futuras podrían tratar de incluir un rango más amplio de participantes (por ejemplo otros tipos de diagnósticos de cáncer o incluir varones), una muestra de mayor tamaño y una mayor duración del programa en un ECA (Culos, y otros, 2006). Además, un aspecto importante en esta investigación es que se recalca la necesidad de pruebas complementarias que permitan ampliar el conocimiento de diferentes conductas de comportamiento que son relevantes para diagnosticar y mejorar la calidad de vida de los seres humanos, pues por ejemplo, el instrumento *PAR-Q/PAR-MED-X* indagó variables específicas con respecto al ejercicio y sus efectos en la salud de pacientes adultos sobrevivientes de cáncer de mama, pero por la estructura de la prueba deja de lado otros factores importantes que podrían enriquecer los resultados de las investigaciones, como por ejemplo, los hábitos alimentarios, hábitos de postura e higiene, adherencia al ejercicio, usos del tiempo libre y actividades recreativas preferidas, entre otras, las cuales son vitales para evaluar la salud integral de las poblaciones futuras, de ahí la importancia de conocer los estilos de vida de los adolescentes costarricenses de una manera integrada y así diagnosticar, prevenir y reorientar conductas o comportamientos inadecuados que podrían conllevar a padecer enfermedades crónicas e incluso la muerte.

Otros investigadores tales como Martínez y otros (2009) evaluaron la fiabilidad y la validez del cuestionario Par-Q en los adolescentes españoles y utilizaron la medición de la

actividad física por un acelerómetro ActiGraph GT1M como criterio de comparación. La confiabilidad fue analizada por el coeficiente de correlación intraclase (ICC) y la consistencia interna por el coeficiente alfa de Cronbach.

Este estudio se dividió en dos fases; primero se realizó un estudio con una muestra de 82 adolescentes, con edades entre los 12 y los 17 años, a quienes se les aplicó el Par-Q bajo la modalidad de test-retest con 1 semana de diferencia; después se realizó un estudio correlacional entre el Par-Q y el acelerómetro con otros 232 adolescentes entre los 13 y 17 años de edad, quienes completaron el Par-Q y llevaron el acelerómetro durante 7 días. El Par-Q se comparó contra el total de la AP (actividad física) y la actividad física de moderada a fuerte (MVPA) obtenidos por el acelerómetro (Martínez y otros, 2009).

Los resultados de Martínez y otros (2009) indicaron en la primera fase, una fiabilidad test-retest obtenida por ICC de 0.71 y una consistencia interna de alfa de Cronbach = 0.65. En la segunda fase, se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.74 y se obtuvieron correlaciones moderadas entre el Par-Q y la AP ($\rho = 0.39$) y el MVPA ($\rho = 0.34$) evaluados por el acelerómetro.

Considerando lo anterior, si bien los instrumentos Par-Q y acelerómetro son importantes para determinar patologías subyacentes y niveles y cantidad de actividad física, en la actualidad dadas las particularidades de la población adolescente, es trascendental evaluar otras variables importantes como por ejemplo el uso del tiempo libre y los hábitos alimenticios, que junto con la frecuencia de actividad física permitirán a futuro monitorear el estado de salud de esta población a través del tiempo.

Ahora bien, la relación entre la práctica de actividad física-deportiva y la salud física y psicológica es un tema que viene despertando un gran interés entre los investigadores, siendo numerosos los trabajos científicos que tratan de describir y explicar dicha relación, como por ejemplo mejorar la salud subjetiva, el estado anímico y la emotividad, reducir la depresión, disminuir los niveles de ansiedad, favorecer el afrontamiento del estrés e incrementar la autoestima, los cuales son muestra de los

beneficios psicológicos de la actividad física (Jiménez, Martínez, Miró y Sánchez, 2007), pero, para tener certeza de la precisión de los instrumentos que se van a utilizar dentro de un contexto determinado, sean estos físicos o psicológicos, es fundamental analizar la aplicabilidad real de ese instrumento o grupo de instrumentos en ese ambiente.

Factores tales como las expresiones idiomáticas y los elementos culturales en general, pueden dar al traste con los distintos análisis que se realicen de las variables que componen diversos estudios; propiamente, en un país se puede crear algún instrumento en el que unas variables resulten trascendentales para su ambiente cultural mientras que en otros se pueden calificar de irrelevantes o bien, incluso hasta pueden ser definidas o conceptualizadas de maneras muy diversas, por lo que antes de utilizar un instrumento para una determinada realidad cultural, es imprescindible analizar si el o los instrumentos se podrían aplicar sin mayor problema o, como en la presente investigación, si necesitan primero de un proceso de transculturalización antes de ser utilizados, sobre todo si estos instrumentos de medición se pueden utilizar en diferentes países o culturas para comparar los resultados de las investigaciones; entonces para alcanzar este objetivo, es que con más razón dichos instrumentos o cuestionarios deben de pasar por un proceso de adaptación transcultural que le permita al instrumento ser lo más semejante posible al original y así dar la posibilidad de comparación de los resultados en diferentes poblaciones del mundo.

9. Adaptaciones transculturales de diversos cuestionarios diseñados de evaluar la salud.

La definición y la medición de la salud ha tenido una notable evolución durante las últimas décadas, como consecuencia de los cambios en los patrones de morbilidad y mortalidad de la población, así como de avances conceptuales y científicos sobre la salud y sus determinantes. Las diversas y modernas definiciones sobre la salud promovieron el desarrollo de medidas que permiten captar la salud en sus dimensiones múltiples y también positivas, como las de la salud percibida o calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), el Nivel de Actividad Física y el Autoinforme de Motivos para la Práctica del Ejercicio Físico, entre otros (Starfield, 2001).

De hecho, el contar con diversos instrumentos de medida para la salud ha sido estudiado ampliamente desde años atrás, como lo fue el caso del estudio de Guillermin, Bombardier y Beaton (1993) analizaron las numerosas ventajas de la adaptación transcultural de diversos instrumentos para medir la salud o calidad de vida. Dentro de las ventajas de dicho proceso mencionaron que permitía que los instrumentos fueran validados y utilizados ampliamente por otros investigadores, además de que supone un ahorro de tiempo y de dinero, ya que el desarrollo de un nuevo instrumento es un proceso lento y costoso. Por otro lado, el uso de instrumentos idénticos en distintas poblaciones va a permitir comparar los resultados obtenidos en cada una de ellas.

Sin embargo, la mayoría de estos instrumentos han sido elaborados y utilizados en países de habla y cultura diferente a la costarricense. Por ello, previo al empleo de cualquier cuestionario o escala en cualquier medio, Berra y otros (2009) indican que es crucial la adaptación transcultural del mismo.

El objetivo de la adaptación de un instrumento de medida de salud (cuestionario) a una nueva cultura, es obtener un instrumento que sea semejante, es decir, conceptualmente equiparable al original y que resulte apropiado y válido en esa cultura (Badia, 1994), que en el caso específico del presente estudio es la cultura o el contexto costarricense. Por ello, Hays, Anderson y Revicki (1993) citaron que es necesario comprobar las propiedades psicométricas, fundamentalmente la fiabilidad y validez del instrumento adaptado.

Para la adaptación transcultural de un cuestionario, se pueden distinguir dos componentes: a.) por una parte la traducción de un idioma a otro y por otra, b.) la adaptación de una cultura a otra (Guillermin, Bombardier y Beaton, 1993). Este proceso tiene como objetivo lograr una equivalencia de significados entre la cultura en la que se desarrolló el cuestionario o la escala y aquella en la que se va a aplicar, de forma que se obtiene un instrumento adaptado equivalente al original y que permitirá comprar los resultados obtenidos por otros investigadores (Aguilar, Blánquez y Calvo, 2002).

Del mismo modo, Beaton, Bombardier, Guillemin y Ferraz (2000) manifestaron que se puede decir que la adaptación transcultural trata de evaluar y generar equivalencia entre un instrumento original y uno derivado de éste, mientras que Scascighini, Angst, Uebelhart y Aeschlimann (2008) indicaron que se acepta que hay una alta necesidad de disponer de cuestionarios y escalas adaptados transculturalmente, teniendo en cuenta que tales instrumentos permiten la comparación de datos entre diferentes países y culturas.

A continuación, se presenta una revisión literaria sobre varias investigaciones que han utilizado la adaptación transcultural como parte de su metodología de trabajo, en diversos instrumentos de medición relacionados con la salud, cuyo fin es la obtención de un instrumento equivalente al original para ser adaptado a diversas culturas y así poder comprar los resultados de diversas investigaciones.

La versión castellana de la escala “The Nursing Stress Scale”, utiliza la adaptación transcultural de la escala de estresores laborales en personal de enfermería hospitalario; la metodología que se utilizó fue por medio de grupos de discusión. La escala original fue traducida al castellano de forma independiente por dos enfermeras bilingües de origen español que habían residido en Estados Unidos; posteriormente se realizó la retroalimentación al inglés por dos traductores de origen norteamericano residentes en España. Posteriormente se conformaron 2 grupos de discusión, uno compuesto por enfermeras/os y otro por auxiliares de enfermería de distintos servicios y hospitales y por último, se realizó una encuesta piloto en 20 profesionales de enfermería (Más Pons y Escribà Agüir, 1998).

Dentro de los principales resultados se destaca que los ítems fueron clasificados según la dificultad en encontrar una expresión en castellano conceptualmente equivalente a la original; 15 ítems no presentaron ninguna dificultad, en 13 ítems la dificultad fue moderada y en 6 alta. Tras una nueva traducción de los ítems problemáticos y las consultas realizadas a uno de los autores de la escala original, se obtuvo una versión en castellano en la que 12 ítems presentaban dos o más versiones alternativas, que fueron valoradas posteriormente en la encuesta piloto. Como resultado de los grupos de discusión se

concluyó que, los estresores laborales percibidos por el personal de enfermería son equiparables a los contenidos en la escala original exceptuando el ítem “Avería del ordenador” que no resulta procedente en la comunidad estudiada.

Por otro lado, Aguilar, Blázquez y Calvo (2002) realizaron un estudio sobre la adaptación transcultural de un cuestionario de calidad de vida (QOLIE-AD-48) al castellano en adolescentes epilépticos. El proceso de adaptación transcultural se realizó por el método traducción-retrotraducción que asegura la equivalencia conceptual. Para ello un equipo constituido por tres personas bilingües, a las que se informó de la metodología de la adaptación, tradujeron la versión original al idioma de interés, en este caso el castellano. Se compararon las versiones y se acordó una versión única. Esta versión fue de nuevo traducida al inglés independientemente por otro traductor bilingüe que desconocía la versión original. Una vez hecho esto, se comparó con la versión original y se concluyó que la versión española y la inglesa fueron consideradas conceptualmente equivalentes.

Posteriormente se realizó un presenta un grupo piloto, constituido por 10 pacientes de diferentes edades y nivel socioeconómico, con el objeto de comprobar la comprensibilidad de los ítems. Seguidamente el instrumento se administró a 54 adolescentes epilépticos y se verificó la fiabilidad mediante el coeficiente α -Cronbach, y la validez de constructo, que se obtuvo por medio del análisis factorial de las subescalas y el estudio de la correlación con otras medidas extremas.

La versión española del cuestionario (QOLIE-AD-48) al igual que la versión original, consta de 48 ítems más 3 ítems adicionales de contestación opcional, agrupados en 8 subescalas que se refieren a las dimensiones de la calidad de vida: a.) impacto de la epilepsia (12 ítems); b.) memoria-concentración (10 ítems); c.) función física (5 ítems); d.) estigma (6 ítems); e.) actitudes escolares (4 ítems); f.) apoyo social (4 ítems); g.) actitudes hacia la epilepsia (4 ítems) y h.) percepción de la propia salud (3 ítems). Se trata de un cuestionario autoadministrado en el que las dimensiones y los ítems proceden de varias

fuentes; algunos ítems han sido adaptados de instrumentos genéricos de medida de calidad de vida (Aguilar, Blánquez y Calvo, 2002).

Se concluye en esta investigación que las propiedades psicométricas de la versión española de QOLIE-AD-48 son comparables a las del instrumento original y es, por lo tanto, fiable y válido para el estudio de la calidad de vida de los adolescentes epilépticos (Aguilar, Blánquez y Calvo, 2002).

Asimismo, Molina y otros (2006) realizaron una investigación sobre la Escala de Despersonalización de Cambridge (CDS) el cual es un cuestionario autoadministrado constituido para captar la frecuencia y duración de los síntomas de despersonalización en los últimos seis meses. El instrumento ha mostrado ser válido y fiable y puede ser útil tanto en la clínica como en la investigación neurobiológica. La metodología empleada en este trabajo, presentó la adaptación y validación al castellano de la CDS, en la que el estudio fue llevado a cabo en dos etapas. En la primera etapa se desarrolló la versión española de la CDS siguiendo la metodología de adaptación transcultural. En la segunda etapa la CDS fue aplicada en una muestra de 130 sujetos: 77 pacientes reunieron criterios del DSM-IV-TR para esquizofrenia, 35 con trastorno depresivo y 18 con trastorno de ansiedad. Las puntuaciones obtenidas fueron comparadas con el diagnóstico clínico (patrón oro).

Dentro de los resultados más importantes se mostró que el 29,2% presentó síntomas de despersonalización. En cuanto a la adaptación transcultural se llevó a cabo en tres fases: en una fase inicial se realizaron, por separado, dos traducciones al castellano de la escala, posteriormente una retrotraducción por dos traductores bilingües ajenos al estudio que desconocían la existencia del original en inglés (Molina y otros, 2006).

Posteriormente se constituyó un comité de traducción integrado por investigadores, traductores y autores que elaboró una primer versión al castellano. Se intentó garantizar la correspondencia de contenido en relación con los ítems. Los criterios de comparación fueron: a) literales, si el significado global en las versiones y los cambios de palabras

fueron los mismos; b) semejantes, si hubo cambios en el significado de alguna palabra, pero no en el conjunto de la pregunta; c) diferentes si se encontró una pérdida de significado original, y d) cambio en la pregunta, cuando se requirieron cambios en la formulación para su adaptación transcultural. En una fase final, se aplicó una prueba piloto con 11 pacientes esquizofrénicos y 11 depresivos y se concretó la versión definitiva (CDS-VE) (Molina y otros, 2006).

En dicho estudio se concluyó que la versión en castellano de la CDS-VE posee propiedades psicométricas comparables con las de la versión original, por lo tanto puede ser utilizado como instrumento evaluador de la población psiquiátrica española (Molina y otros, 2006).

Por otro lado, Cuvelo y Cardoso (2009) fundamentan la adaptación transcultural del instrumento Family & Needs Questionnaire (FNQ); dicho instrumento fue estructurado y desarrollado en Estados Unidos para medir las necesidades percibidas por los miembros de la familia después de un trauma craneo encefálico (TCE) de un familiar. La traducción y adaptación del cuestionario sugirió una metodología propia que permitió alcanzar equivalencia semántica, idiomática, cultural y conceptual del instrumento traducido, denominado en portugués, Cuestionario de Necesidades de la Familia. Los resultados de la aplicación del cuestionario en 161 familias brasileñas mostraron que el contenido del instrumento es válido para medir las necesidades de las familias en la comunidad brasileña.

El principal objetivo de Cuvelo y Cardoso (2009) fue la traducción para la lengua portuguesa y adaptación para la cultura brasileña y validar el contenido de la versión adaptada del FNQ, a fin de que los profesionales se instrumentalicen para conocer las necesidades de las familias y contribuir para que ellas se adapten a la nueva condición de tener un miembro con TCE. En el proceso de traducción y adaptación transcultural del FNQ, la versión traducida denominada Cuestionario de Necesidades de la Familia mostró equivalencia semántica, idiomática, cultural y conceptual después de la evaluación de los

comités de especialistas, lo que entrega una medida de validez de contenido del instrumento.

Asimismo, Berra y otros (2009) realizaron una adaptación transcultural del cuestionario KIDSCREEN para medir calidad de vida relacionada con la salud en población argentina de 8 a 18 años. Las medidas de calidad de vida relacionadas con la salud son cada vez más utilizadas en investigaciones en la práctica clínica. El KIDSCREEN es un cuestionario desarrollado en Europa para población de 8 a 18 años, el objetivo principal de esta investigación fue adaptar transculturalmente dicho instrumento para la población argentina y evaluar su adecuación cultural y equivalencia semántica respecto a la versión original.

Los métodos utilizados incluían una traducción directa según recomendaciones internacionales para adaptación transcultural de instrumentos, incluyendo participación de lingüistas profesionales en traducciones, entrevistas cognitivas con personas de diferentes edades, sexo, nivel de estudios y socioeconómico para analizar la adecuación cultural, junto con la comparación de la versión argentina con la versión original para constatar la equivalencia semántica. Dentro de los principales resultados obtenidos, se destaca que el lenguaje requirió adaptación en el uso de pronombres y tiempo verbales, sin embargo, la mayoría de los ítems se consideraron de baja dificultad de traducción y alta equivalencia semántica. Para este estudio, se entrevistaron a niños y niñas de 8-11 (n=7), adolescentes de 12-15 (n=7) y 16-18 años (n=2), así como 6 madres. No hubo dificultades importantes en la comprensión, pero los niños más pequeños y de menor nivel socioeconómico tuvieron algunas dificultades para responder, por lo que 8 preguntas se modificaron para alcanzar mayor equivalencia semántica (Berra y otros, 2009).

Dentro de las conclusiones más importantes, se puede mencionar que la versión argentina del cuestionario KIDSCREEN obtenida por adaptación transcultural, es equivalente a la versión europea (Berra y otros, 2009); además la metodología utilizada fue la recomendada por expertos en este campo para conseguir una versión culturalmente adecuada a la población local y semánticamente equivalente a la versión original (Aaronson

y otros, 2002; Beaton, Bombardier, Guillemin y Ferraz, 2000). Este caso es un buen ejemplo de la necesidad de adaptar el lenguaje de los instrumentos ya que, aun con el mismo idioma, son necesarias expresiones lingüísticas diferentes para adaptar los mismos significados de los conceptos que se intentan medir (Berra y otros, 2009).

Por otra parte, Sánchez, Venegas, Otero y Sánchez (2009) realizaron un estudio para obtener una versión en español colombiano de 2 instrumentos que miden la calidad de vida relacionada con la salud: EQRTC QLQ C-30 (instrumento general) y el EORTC QLQ BR23 (instrumento específico); en esta investigación se buscó que el lenguaje y los significados de los contenidos sean consistentes con diferentes escenarios de aplicación en Colombia. La metodología utilizada fue muy similar a la de las investigaciones anteriormente mencionadas, donde el proceso de adaptación cultural utilizó las recomendaciones sugeridas por el grupo de calidad de vida de EORTC relacionadas con las traducciones, los grupos piloto y los procesos de ajuste de escalas de calidad de vida relacionada con la salud. Dentro de los resultados más importantes tanto en el proceso de traducción como en el de los grupos pilotos, se introdujeron cambios que ajustaron el significado del instrumento para ser usado en el contexto colombiano, pero estas modificaciones fueron incorporadas en el conjunto de instrumentos del grupo EORTC.

En esta investigación se concluyó que existe una versión disponible en español colombiano de las escalas EQRTC QLQ C-30 y EORTC QLQ BR23 (Sánchez, Venegas, Otero y Sánchez, 2009).

Los estudios anteriormente mencionados, muestran la importancia de la adaptación transcultural de diversos cuestionarios de evaluación relacionados con la salud en diversas poblaciones que van desde pacientes epilépticos, personas con cáncer, pacientes que han sufrido un trauma craneo encefálico hasta niños y adolescentes sanos.

De hecho, hace algunos años Hunt y McKenna (1992) habían indicado que la adaptación transcultural de instrumentos es necesaria para medir cualquier variable

relacionada con la salud, además de que buscaba que el lenguaje y el significado de los contenidos del instrumento fueran consistentes con los diferentes escenarios de aplicación.

Asimismo, la adaptación siempre debe realizarse antes de que se comience el uso en actividades clínicas o investigativas. Este proceso aplica cuando el instrumento ya está disponible en la lengua en la que se quiere aplicar, pero que se requiere realizarle ajustes para su uso en otro país donde dicha lengua se habla pero que presenta modificaciones semánticas (Staquet, Hays y Fayers, 2000), como es el caso de la presente investigación, ya que el cuestionario sobre estilos de vida saludable está disponible en español de España pero no en español de Costa Rica y, al quererse utilizar en Costa Rica, se necesitaba entonces adaptarlo transculturalmente. Así, se asumió que las diferencias culturales se relacionaron con una diferente utilización del idioma, lo cual podía generar particularidades en la interpretación y en la calidad de medición del instrumento.

Por consiguiente, este instrumento que se va adaptar transculturalmente en estilos de vida saludables de adolescentes costarricenses, podrá utilizarse en estudios en ámbitos como el clínico, el escolar o de la salud pública dado que abarca momentos importantes del desarrollo personal como la pubertad o la transición entre diferentes niveles de escolaridad y los posibles factores que pueden incidir sobre dichos estilos de vida.

Del mismo modo, la adaptación transcultural de instrumentos que permitan medir la salud y los estilos o hábitos de vida en los niños y las niñas adolescentes y adultos, contribuirá a ampliar los conocimientos y resultados del estado de salud integral, además de detectar los factores que inciden negativamente en el empobrecimiento de la salud o estilos de vida, ya que la salud principalmente de los adolescentes es un factor clave para el progreso social, económico y político de todos los países y en especial en países pobres o en vías de desarrollo, como es el caso de los que se encuentran en América Latina.

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos gubernamentales y de las agencias internacionales, las necesidades y los derechos de las y los adolescentes no se reflejan en programas integrales del sector salud, excepto cuando su conducta es inadecuada, caso

particular de las acciones parciales en farmacodependencia y salud sexual y reproductiva (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, 2006; Organización Mundial de la Salud, 2000). Por ejemplo, en América Latina los adolescentes presentan altas tasas de consumo de alcohol, incrementos en el hábito de fumar y cerca del 50% de los jóvenes entre los 15-19 años están inmersos en el mercado laboral de manera no formalizada, unido a los resultados desalentadores con respecto a que los adolescentes son cada vez más sedentarios (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, 2006; Sierra, Pérez y Nuñez, 2005).

Por otro lado, recientemente se ha comprobado que la práctica de actividad física en la infancia y la juventud se asocia con mayores niveles de actividad en la edad adulta (Telama y otros, 2005), es decir, los jóvenes que hoy son sedentarios serán adultos más inactivos mañana. Por lo tanto resulta indispensable promocionar la actividad física y los estilos de vida saludables entre niños y jóvenes, de forma que cuando lleguen a la edad adulta mantengan hábitos de vida saludables.

La adolescencia es un periodo del ciclo vital de transición entre la niñez a la adultez caracterizado por la consolidación de la personalidad que se refleja en una serie de hábitos y costumbres, muchas veces difíciles de modificar en estadios posteriores de la vida (Ancheta, Ilynes y Shrier, 2005). Es por ello que este estudio sobre la adaptación transcultural de un cuestionario sobre estilos de vida saludable en una muestra de adolescentes colegiales, es necesario para poder implementar a futuro programas de prevención, divulgación y promoción de estilos de vida saludables, donde se vincule a la familia, el centro educativo, los pares y los medios de comunicación entre otros, ya que como se indicó anteriormente, intervenir en este periodo de crecimiento de forma saludable garantiza adultos más sanos y con una óptima calidad de vida.

Igualmente, es de vital importancia identificar a edades tempranas posibles trastornos en las variables predictoras de estilos de vida saludables, que pueden producir efectos negativos en la salud tales como un incremento en las enfermedades hipocinéticas y así evitar acarrear dichas enfermedades a futuro o aumentar la cantidad de padecimientos, que además de producir daños a la salud, tienen serias implicaciones económicas en las

políticas de salud pública; es por tal motivo que se necesita realizar la presente adaptación transcultural de un instrumento sobre estilos de vida saludable en adolescentes colegiales entre los 12 y 15 años.

Capítulo III

METODOLOGÍA

Sujetos

Antes de iniciar con la descripción de la muestra de estudio y al ser esta una investigación sobre transculturalización y validación de un instrumento sobre estilos de vida saludable, es importante brindar algunas particularidades socioeconómicas de la muestra con la que se trabajó

Propiamente, las características socioeconómicas de los estudiantes van desde condiciones económicas extremas y vulnerables hasta las condiciones económicas catalogadas como no pobre y de condición económica muy sustentable. Un 70% de la población tiene un grupo familiar estable y completo mientras que el 30% restante pertenece a un grupo familiar donde la cabeza de hogar es la madre y el principal sustento económico y emocional (Aguiluz, 2009).

A continuación se muestra la Tabla 2, en la cual se indica el número de estudiantes por nivel y género:

Tabla 2. Cantidad de estudiantes considerando su nivel académico y su género durante el 2012.

Nivel	Total de secciones	Total de alumnos (as)	Hombres	Mujeres
Sétimo	18	450	120	180
Octavo	13	242	110	132
Noveno	13	236	108	128

En el estudio participó un grupo de 150 (n=150) estudiantes del Colegio de Santa Ana, subdivididos en 50 participantes por nivel, de los cuales 25 son mujeres y 25 hombres

equivalentes a un 20% de la población de III ciclo, cuyas edades oscilan entre los 12 y los 15 años tanto en hombres como mujeres (ver Tabla 3).

Tabla 3. Cantidad de estudiantes hombres y mujeres por nivel académico que participaron en la validación del instrumento.

Nivel Académico	Hombres	Mujeres	Total
Sétimo	25	25	50
Octavo	25	25	50
Noveno	25	25	50

Instrumentos y materiales

En la presente investigación se utilizó el instrumento sobre Estilos de Vida Saludable de Vílchez (2007) el cual es una herramienta que recopila información de las y los estudiantes para explorar de una forma ordenada y sistemática, las ideas, creencias, motivos y hábitos de las y los estudiantes en relación con los estilos de vida saludable.

Dicho instrumento fue seleccionado posterior a una exhaustiva recopilación de diversos instrumentos de medición relacionados con los estilos de vida, sin embargo, los otros instrumentos indagaban variables muy específicas, lo que no permitía poder evaluar los estilos de vida saludable de una forma integral y esto era justamente lo que se requería para la presente investigación.

Con base en lo anterior, el instrumento seleccionado fue el de la autora española Vílchez (2007) el cual si incluía varias variables sobre estilos de vida saludable y no solo algunas como los otros instrumentos investigados.

El instrumento propuesto por Vílchez (2007) se compone de 5 dimensiones con 92 ítemes en total, a saber:

a) el concepto de salud, el cual busca conocer qué es lo que entiende el alumno por tener salud y qué aspectos considera que la forman **(19 ítems)**.

b) hábitos y estilos de vida saludable, donde se incluye la relación entre los hábitos y la salud, la alimentación y la nutrición adecuada, la higiene, la seguridad y la actitud postural **(22 ítems)**.

c) la percepción sobre su nivel de salud, en donde se consideraron aspectos como las dificultades de autopercepción, cómo se ven ellos, cómo los ven los demás y los modelos que transmiten los medios de comunicación **(17 ítems)**.

d) la percepción psico-social de la salud, incluye factores como la agresividad en el entorno escolar, el acoso escolar y valores como la cooperación, la solidaridad, la tolerancia y la amistad **(12 ítems)**.

e) ocupación del tiempo libre y actividades de ocio, donde incluía la influencia del entorno en actividades de ocio, la distribución de las actividades de ocio y tiempo libre, el sedentarismo y las actividades que realizan **(12 ítems)**.

En cada una de las dimensiones se realizaron diversas preguntas, algunas cerradas donde solo podían responder a una dicotomía de Sí o No, preguntas abiertas donde no se estableció ningún tipo de opción de respuesta y por lo tanto, podían aparecer tantas respuestas como encuestadas y encuestados y preguntas categorizadas, donde se dio la opción de elegir entre una serie de categorías establecidas como posibles respuestas a la pregunta planteada. Con respecto a la validez y confiabilidad del instrumento Original Vílchez, 2007 se menciona lo siguiente; el Error de la muestra que acompaña al diseño de encuesta realizado por Vílchez, 2007 toma una confianza de $(1-\alpha)$ del $95,5 \pm (\pm 2\sigma)$ con error muestral de $\pm 3,65\%$ para el conjunto de la muestra y aplicando la fórmula utilizada por Taglicarne, donde e = error muestra, $P=Q$, (50/50 en % estimados) $Z_{\alpha}=2$ asociada a un nivel de significación; obteniendo un $N=555$. Fórmula utilizada por Taglicarne para

elaborar la Tabla. Prontuaria para poblaciones Finitas, para establecer suficientemente Seguros (Seguridad del 95,5%) que es el resultado esté comprendido dentro del límite de error (\pm) indicado, en nuestro caso Vílchez, 2007 entre 3,65%. En : Sierra Bravo, R. (1985) Técnicas de investigación Social. Teoría y Ejercicios, Madrid: Paraninfo.

Procedimientos

a) Primera etapa

Inicialmente, en la primera etapa se indagaron diversos instrumentos relacionados o vinculados con la salud pública, específicamente cuestionarios sobre estilos de vida saludable, nutrición y actividad física para la población joven y adulta, entre otros.

Después de haber realizado el proceso de búsqueda inicial, se seleccionaron varios instrumentos sobre estilos de vida saludable, a saber: a) IPAQ; b) PAR-Q; c) SF-36; d) análisis alimenticio de 24 horas; e) Test de alimentación saludable para la población adulta; f) el test ¿Cuánto conozco de alimentación saludable?; g) el cuestionario para determinar la fase de cambio relacionado con la alimentación; h) el modelo PRECEDE; i) Auto informe para la práctica de ejercicio físico (AMPEF); j) la Escala de Evaluación del Cambio para el Ejercicio Físico (URICA-E2), k) la Escala de Balance Decisional en el Control de Peso y, l) Instrumento sobre Estilos de Vida Saludables, para así determinar cuál de estos se ajustaba a los objetivos de la presente investigación.

Posteriormente, un grupo de especialistas con un mínimo de 10 años de experiencia en cada uno de sus campos, a saber: 2 nutricionistas, 1 terapeuta físico, 2 psicopedagogas especialistas en adolescencia, 2 psicólogos, 2 filólogas y 2 especialistas en movimiento humano, se encargaron de evaluar los diferentes cuestionarios y pruebas anteriormente citadas para indagar si estos instrumentos de medición reunían los siguientes criterios de selección: a) tenían que evaluar hábitos alimenticios, hábitos de postura, hábitos de sueño, hábitos de higiene y hábitos nocivos para la salud, además de niveles de actividad física, estilos de vida, gustos y pasatiempos y elementos posturales y, b) que las dimensiones que

evaluaban fueran totalmente excluyentes, es decir, que los ítemes que evalúan una de estas dimensiones no evalúan los de otras.

Cabe agregar que en esta primer etapa, los y las especialistas revisaron cada uno y cada una por separado todos los instrumentos seleccionados para determinar a su criterio cuál era el más adecuado, analizando las distintas variables componentes de los instrumentos y emitiendo sus comentarios finales.

Una vez analizados todos los instrumentos de medición anteriormente mencionados a profundidad (Capítulo II), junto con las dimensiones relacionadas con la salud y los componentes de cada uno de los instrumentos, además de los tipos de escalas que plantean, el nivel de complejidad o dificultad que presentan cada uno de los ítemes y los aspectos relacionados con la vida diaria de los adolescentes (costumbres, gustos y tradiciones), se concluyó que el Instrumento sobre Estilos de Vida Saludable realizado por Vilchez (2007), contemplaba los criterios de selección requeridos y diversidad de variables predictoras de los estilos de vida saludables en población estudiantil adolescente.

b) Segunda etapa

Posteriormente, en la segunda etapa el Instrumento sobre Estilos de Vida Saludable planteado por Vilchez (2007) fue evaluado por el mismo grupo de especialistas quienes se reunieron para diseñar y establecer una primera versión del Cuestionario sobre Estilos de Vida Saludable para adolescentes del Colegio de Santa Ana. Seguidamente, se obtuvieron los porcentajes de estudiantes por niveles académicos, para poder tomar la muestra representativa de cada uno de los mismos que garantizaba la validez de los resultados obtenidos en la investigación.

Así, para iniciar con la adaptación transcultural de dicho instrumento, se procedió de la siguiente manera: primeramente se solicitó la autorización de la autora de dicho

instrumento para poder utilizarlo, quien indicó que brindaba su autorización para que se pudiera proceder con la fase de transculturalización (jtorresgugr.es 02/07/2012).

En una fase inicial se realizaron por separado dos adaptaciones al castellano latinoamericano costarricense por parte de dos filólogas; posteriormente el equipo de especialistas en el área de la salud anteriormente descrito, analizó las adaptaciones del cuestionario para diseñar y establecer una primera versión del Cuestionario sobre Estilos de Vida Saludable para adolescentes del Colegio de Santa Ana.

De este modo, del cuestionario propuesto por Vílchez (2007) que contenía 92 ítems distribuidos entre 5 dimensiones, quedó un instrumento de 9 dimensiones con 92 ítems, a saber:

a) Hábitos alimentarios, el cual busca conocer qué alimentos consumen los estudiantes y con qué frecuencia tanto dentro de su casa como fuera de esta, en el colegio y en todos los tiempos de comida junto con la ingesta de líquido (**17 ítems**).

b) Aptitud hacia la clase de educación física, donde se incluyó si a los y las estudiantes les gusta o no la clase, si ordenan el material deportivo, si tienen ropa deportiva adecuada para la clase, o bien, si se siente cómodo relacionándose con gente de otro género, entre otros (**13 ítems**).

c) Socialización, en este se consideraron aspectos acerca de si les gustaba realizar clases en grupos, si en el tiempo libre preferían utilizar dispositivos electrónicos como medio de recreación o salir a hacer actividades al aire libre con otras personas (**12 ítems**).

d) Hábitos nocivos y aceptación personal, incluyó factores como el fumado, ingesta de licor y si estaban conformes con su auto percepción (**4 ítems**).

e) **Hábitos de higiene**, como su nombre lo indica, indagó sobre aspectos relacionados con la higiene personal (**4 ítems**).

f) **Frecuencia y tipo actividad física**, deportes practicados fuera del horario lectivo en vacaciones y fines de semana y con cuánta frecuencia (**13 ítems**).

g) **Uso del tiempo libre**, la diversidad de actividades que realizaban en su tiempo libre y con quién lo realizaban (**14 ítems**).

h) **Hábitos de postura y de sueño**, que se refería a las horas en que normalmente se acostaban o levantaban y cómo se sientan y levantan objetos del suelo, entre otros (**6 ítems**).

i) **Aspectos de salud**, en la cual se investigaba el nivel de conocimiento en cuanto a lo que es alimentación saludable y estímulos brindados por la familia hacia la práctica del deporte y actividad física, entre otros (**9 ítems**).

c) Tercera etapa

En la tercera etapa se procedió a aplicar la primera versión del instrumento a un grupo de profesionales que no tuvieran ninguna relación con el área de la salud, para observar el nivel de entendimiento y la complejidad de cada uno de los ítems y así verificar si los cambios del test original están acordes con la terminología lingüística costarricense. A partir de esto, se observó que 2 de los ítems debían ser modificados en cuanto a su redacción, específicamente un ítem de la dimensión de Tiempo Libre (ítem 83) y Hábitos alimenticios (ítem 2. De la II Parte) pregunta sobre los alimentos ¿qué desayuna habitualmente en su casa? el cuestionario original utilizaba conceptos como dulces y pastelillos los cuales se cambiaron por alimentos habituales en Costa Rica como son; el pan y la repostería dulce o salada.

d) Cuarta etapa

Durante la cuarta etapa, una vez evaluadas las observaciones y sugerencias del grupo de profesionales que no tenían relación con el área de la salud, se procedió a realizar una nueva versión del instrumento.

Esta segunda versión se presentó a otro grupo de profesionales no relacionados con el área de la salud y además a un grupo de estudiantes de la misma zona (Santa Ana) y cuyas características son las mismas del grupo que fue evaluado, es decir, fueron estudiantes colegiales, tanto hombres como mujeres entre los 12 y los 15 años de edad, pertenecientes a un estrato socioeconómico equivalente al grupo de estudio. Entonces, se les pidió que llenaran debidamente el cuestionario y que consultaran si hubiese habido alguna duda. En caso que así hubiese ocurrido, el grupo de especialistas en el área de la salud que estaban validando el instrumento, debía de reunirse las veces que se consideraran pertinentes, para así tener el instrumento que iba a ser aplicado finalmente.

e) Quinta etapa

Posteriormente, se consultó con un estadístico especialista en el área de evaluación y, con base en la población del Colegio de Santa Ana, indicó que se debía obtener mínimo un 30% de la muestra en los 3 niveles, quedando establecido un n de 50 estudiantes por nivel, divididos en 25 mujeres y 25 hombres los cuales sumaron 150 estudiantes en total; cabe agregar que esta muestra de 150 estudiantes fue obtenida a conveniencia con el horario lectivo de la investigadora.

Una vez finalizado lo anterior, se solicitaron los permisos respectivos al director de la institución para que 150 estudiantes completaran el cuestionario. Seguidamente, a los estudiantes se les dio una Hoja de Consentimiento Informado para que se la enviaran a sus padres o encargados y estos a su vez la retornaran debidamente llena.

Teniendo esto, se procedió a pasarles a los estudiantes el instrumento una única vez para determinar la consistencia interna entre los ítemes y finalmente, la validez y la

confiabilidad del mismo. Una vez recolectados todos los cuestionarios, se procedió a elaborar la base de datos respectiva para su posterior análisis estadístico.

Realizada la base de los datos, se discutió con otra especialista en estadística sobre cuáles preguntas no se debían de incluir en el análisis estadístico final ya que presentaban la característica de ser dicotómicas, es decir su respuesta correspondía a dos opciones de respuesta (sí o no), dichas preguntas fueron cinco; a continuación se presentan las preguntas con su número de ítems: a.) La pregunta número 10 de la II Parte que corresponde al enunciado ¿a qué hora te levantas cuándo vas al colegio?, b.) La pregunta número 15 de la II Parte, que se refiera al fumado de los padres, c.) La pregunta 16 de la II Parte que hace referencia a ¿Cuándo no estás en el colegio con quien pasas del tiempo libre?, d.) La pregunta número 20 de la II Parte, sobre ¿si hay o no computadora en su casa? y e.) la pregunta número 4 de los datos personales sobre la repitencia de algún año lectivo por parte del estudiante.

Finalmente, otro especialista en estadística tomó la base de datos final y procedió a realizar los análisis estadísticos respectivos.

Análisis estadístico

La confiabilidad y la validez de cada una de las preguntas del instrumento de evaluación sobre estilos de vida saludable (86 preguntas procesadas en total), se determinó a través del cálculo de la correlación de cada una de las preguntas con el valor total del alfa de Cronbach (α_C) (sin incluir la pregunta a evaluar) con base en lo indicado por el autor Cronbach (1951), esta prueba es imprescindible para la interpretación y posible reformulación del instrumento de evaluación, en donde preguntas con correlaciones menores a 0.35 deben de ser reformuladas o eliminadas del instrumento de evaluación (Cohen-Manion, 1990).

El α_C fue calculado a partir de la ecuación 1(Cronbach, 1951):

$$\alpha_{CV} = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_{\bar{x}}^2} \right], \quad \text{Ec. 1.}$$

donde el S_i^2 es la varianza de la pregunta i -ésima, el $S_{\bar{x}}^2$ es la varianza de todas las preguntas y la k es el número de preguntas totales.

Alternativamente, el de Cronbach α También puede definirse como

$$\alpha = \frac{K\bar{c}}{(\bar{v} + (K-1)\bar{c})}$$

donde K es como anteriormente, \bar{v} la varianza media, y \bar{c} la media de todas las covarianzas entre los componentes a través de la muestra actual de las personas.

El *alfa estandarizado de Cronbach* se puede definir como

$$\alpha_{\text{standardized}} = \frac{K\bar{r}}{(1 + (K-1)\bar{r})}$$

donde K es como anteriormente y \bar{r} la media de la $K(K-1)/2$ no redundantes coeficientes de correlación (es decir, la media de un triangular superior, o triangular inferior, matriz de correlación).

El α de Cronbach está relacionado conceptualmente con la fórmula de predicción de Spearman-Brown. Ambos surgen de la base clásica de la teoría de la prueba, de modo que la fiabilidad de los resultados de las pruebas se puede expresar como la relación entre la puntuación verdadera y las variaciones de la puntuación total (puntuación de error más verdadera):

$$\rho_{XX} = \frac{\sigma_T^2}{\sigma_X^2}$$

Para obtener los criterios estadísticos de confiabilidad y validez, se procedió a obtener la consistencia interna de los ítems por medio del Alfa de Cronbach, pues según

Ledesma, Molina y Vallero (2002, p.143), “el método de consistencia interna es el camino más habitual para estimar la fiabilidad de pruebas, escalas o test, cuando se utilizan conjuntos de ítems o reactivos que se espera midan el mismo atributo o campo de contenido.”

La principal ventaja de este método es que requiere solo una administración de la prueba, además los principales coeficientes de estimación basados en este enfoque son sencillos de computar y están disponibles como opción de análisis en el programa estadístico llamado JMP, realizados en el programa R (R Development Core Team, 2010, Crawley 2007).

Capítulo IV

RESULTADOS

Para el análisis de los datos, los resultados del alfa de Cronbach (α_C) y el alfa de Cronbach estandarizado (α_{Cs}) mostraron valores muy altos de confiabilidad.

Se obtuvo una alta confiabilidad y validez de las preguntas en el Instrumento sobre Estilos de Vida Saludable para los adolescentes del III ciclo del Colegio de Santa Ana, donde los valores del α_C y el α_{Cs} obtenidos fueron de 0.7388 y 0.7764, respectivamente. Además, todas las preguntas de este instrumento (86 preguntas en total) obtuvieron valores de correlación con el α_C (sin incluir la pregunta a evaluar) mayores a 0.71, en un intervalo entre 0.725 y 0.750 (Fig. 3).

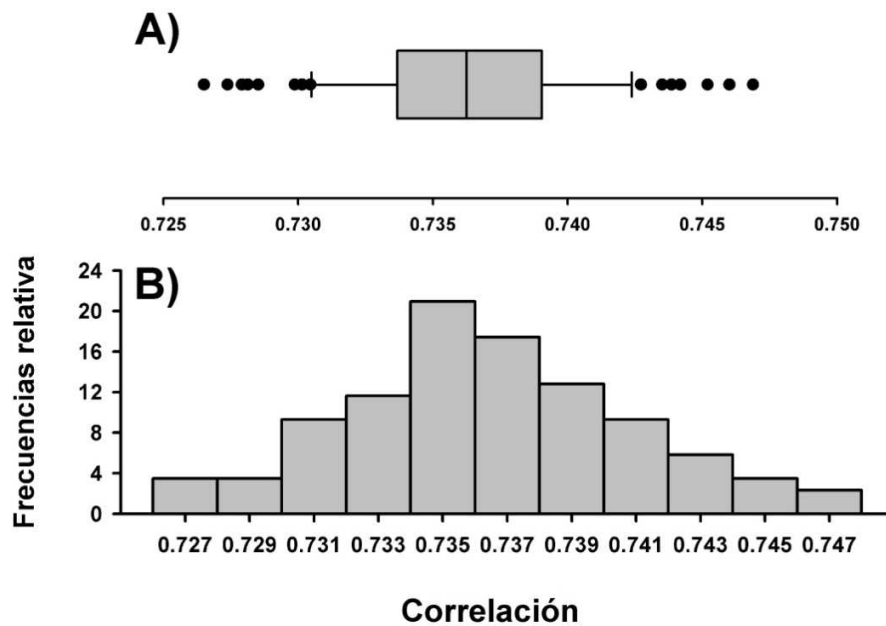


Fig. 3. Gráfico de caja (A) e histograma de frecuencia relativa (B) de los valores de correlación de 86 preguntas con el α_C (sin incluir la pregunta a evaluar), para el instrumento

sobre estilos de vida saludable aplicado a los adolescentes del III ciclo del Colegio de Santa Ana.

Ahora bien, en el caso de las correlaciones del alfa de Cronbach (α_C) y el alfa de Cronbach estandarizado (α_{Cs}) desglosados en cada una de las dimensiones componentes del instrumento, las Tablas de la 5 hasta la 13 muestran ítem por ítem, que todos los valores de los 86 ítems son significativamente muy altos, probando que el instrumento sobre Estilos de Vida Saludable es confiable.

Inicialmente, en la **dimensión de Hábitos Alimentarios** (ver Tabla 4) los α_C más bajos se obtuvieron en los ítems 6 y 13 con un valor de 0.730 en ambos y los α_{Cs} más bajos se obtuvieron igualmente en los ítems 6 y 13 con valores de 0.768 y 0.769 respectivamente, mientras que los α_C y α_{Cs} estandarizado más altos se dieron en los ítems 1 y 5, con un valor de α_C 0.744 en ambos y 0.783 y 0.781 en el α_{Cs} estandarizado respectivamente.

Tabla 4. Resultados obtenidos del alfa Cronbach (α_C) y el alfa de Cronbach estandarizado (α_{Cs}) en el Cuestionario de Estilos de Vida Saludable para cada uno de los ítems de la dimensión de Hábitos Alimentarios.

Número de ítem en la dimensión de Hábitos Alimentarios	Alfa Cronbach (α_C)	Alfa de Cronbach estandarizado (α_{Cs})
1	0.744	0.783
2	0.735	0.773
3	0.736	0.774
4	0.737	0.775
5	0.744	0.781
6	0.730	0.768
13	0.730	0.769
41	0.737	0.776
42	0.737	0.775

43	0.734	0.773
44	0.739	0.777
45	0.742	0.778
46	0.737	0.776
47	0.741	0.778
74	0.739	0.777
78	0.742	0.778

Similar a la tabla anterior, en la **dimensión de la Actitud hacia la clase de Educación Física** (ver Tabla 5) se obtuvieron valores de α_C y α_{Cs} muy elevados, oscilando los valores del α_C entre 0.727 y 0.743 y los valores del α_{Cs} entre 0.764 y 0.778, lo que muestra igualmente un alto nivel de confiabilidad.

Tabla 5. Resultados obtenidos del alfa Cronbach (α_C) y el alfa de Cronbach estandarizado (α_{Cs}) en el Cuestionario de Estilos de Vida Saludable para cada uno de los ítemes de la dimensión de Actitud hacia la clase de Educación Física.

Número de ítem en la dimensión Aptitud hacia la clase de Educación Física	Alfa Cronbach (α_C)	Alfa de Cronbach estandarizado (α_{Cs})
7	0.732	0.768
8	0.734	0.772
9	0.727	0.764
10	0.728	0.764
11	0.728	0.767
12	0.736	0.773
16	0.734	0.771
17	0.734	0.770
18	0.736	0.774
19	0.732	0.771
20	0.732	0.770

28	0.736	0.773
39	0.743	0.778

De acuerdo con la tabla anterior en la **dimensión de Socialización** (ver Tabla 6), se obtuvieron valores de α_C y α_{Cs} muy elevados, oscilando los valores del α_C entre 0.730 y 0.738 y los valores del α_{Cs} entre 0.769 y 0.775, es decir, valores muy confiables.

Tabla 6. Resultados obtenidos del alfa Cronbach (α_C) y el alfa de Cronbach estandarizado (α_{Cs}) en el Cuestionario de Estilos de Vida Saludable para cada uno de los ítems de la dimensión de Socialización.

Número de ítem en la dimensión de Socialización	Alfa Cronbach (α_C)	Alfa de Cronbach estandarizado (α_{Cs})
21	0.732	0.769
22	0.734	0.770
23	0.734	0.772
24	0.735	0.773
25	0.732	0.772
26	0.736	0.775
27	0.730	0.769
29	0.738	0.774
30	0.736	0.772
31	0.732	0.769
32	0.737	0.774
33	0.736	0.773

Del mismo modo, en la **dimensión de Hábitos Nocivos y Aceptación Personal** (ver Tabla 7) se obtuvieron valores de α_C y α_{Cs} muy elevados, oscilando los valores del α_C entre 0.731 y 0.742 y los valores del α_{Cs} entre 0.773 y 0.779, mostrando estos valores una alta confiabilidad uno de los ítemes de la dimensión de Hábitos Nocivos y Aceptación Personal.

Tabla 7. Resultados obtenidos del alfa Cronbach (α_C) y el alfa de Cronbach estandarizado (α_{Cs}) en el Cuestionario de Estilos de Vida Saludable para cada uno de los ítemes de la dimensión de Hábitos Nocivos y Aceptación Personal.

Número de ítem en la Dimensión de Hábitos nocivos y Aceptación Personal	Alfa Cronbach (α_C)	Alfa de Cronbach estandarizado (α_{Cs} estandarizado)
37	0.742	0.779
38	0.737	0.775
75	0.733	0.773
79	0.731	0.773

En el caso de la **dimensión de Hábitos de Higiene** (ver Tabla 8), los valores de α_C y α_{Cs} mostraron ser muy elevados, variando el α_C entre 0.734 y 0.740 y el α_{Cs} entre 0.771 y 0.779, que al igual que los resultados anteriores, indica un alto nivel de confiabilidad.

Tabla 8. Resultados obtenidos del alfa Cronbach (α_C) y el alfa de Cronbach estandarizado (α_{Cs}) en el Cuestionario de Estilos de Vida Saludable para cada uno de los ítemes de la dimensión de Hábitos de Higiene.

Número de ítem en la Dimensión de Hábitos de Higiene	Alfa Cronbach (α_C)	Alfa de Cronbach estandarizado (α_{Cs} estandarizado)
14	0.736	0.773

15	0.734	0.771
48	0.739	0.777
49	0.740	0.779

Con respecto a la **dimensión de Hábitos de Adherencia al Ejercicio** (ver Tabla 8), los resultados muestran que tanto el α_C como el α_{Cs} fueron elevados, estableciéndose un rango para el α_C entre 0.727 y 0.742 y un rango del α_{Cs} entre 0.769 y 0.781, determinando igualmente un alto nivel de confiabilidad. Cabe agregar que esta fue la única dimensión en que dos ítems, específicamente el ítem 87 y el ítem 88, no mostraron ni un α_C ni un α_{Cs} significativo.

Tabla 9. Resultados obtenidos del alfa Cronbach (α_C) y el alfa de Cronbach estandarizado (α_{Cs}) en el Cuestionario de Estilos de Vida Saludable para cada uno de los ítems de la dimensión de Adherencia al Ejercicio.

Número de ítem en la Dimensión de Adherencia al Ejercicio	Alfa Cronbach (α_C)	Alfa de Cronbach estandarizado (α_{Cs} estandarizado)
56	0.729	0.769
59	0.732	0.772
64	0.732	0.771
72	0.742	0.781
73	0.736	0.773
74	0.739	0.777
76	0.738	0.777
77	0.741	0.778
80	0.736	0.774
81	0.736	0.774
82	0.731	0.773
85	0.727	0.771

87	-	-
88	-	-

Por el contrario, en la **dimensión de Hábitos de Uso del Tiempo Libre** (ver Tabla 10) todos los ítemes probaron tener valores de confiabilidad muy altos, dando el α_C un rango entre 0.732 y 0.745 y un α_{Cs} entre 0.773 y 0.781, lo que muestra que los ítemes en esta dimensión son muy confiables.

Tabla 10. Resultados obtenidos del alfa Cronbach (α_C) y el alfa de Cronbach estandarizado (α_{Cs}) en el Cuestionario de Estilos de Vida Saludable para cada uno de los ítemes de la dimensión de Hábitos de Uso del Tiempo Libre.

Número de ítem en la Dimensión de Uso del Tiempo Libre	Alfa Cronbach (α_C)	Alfa de Cronbach estandarizado (α_{Cs} estandarizado)
54	0.735	0.773
55	0.739	0.777
57	0.739	0.778
58	0.739	0.778
60	0.740	0.778
61	0.738	0.775
63	0.745	0.781
64	0.732	0.771
65	0.738	0.776
66	0.735	0.774
67	0.736	0.775
68	0.739	0.776
69	0.738	0.775
71	0.738	0.777

En el caso de las **dimensiones de Hábitos de Postura y Hábitos de Sueño** (ver Tabla 11), se obtuvieron valores de α_C y α_{Cs} muy elevados, oscilando los valores del α_C

entre 0.735 y 0.744 y los valores del α_{Cs} entre 0.775 y 0.779, alcanzando estos ítemes altos niveles de confiabilidad.

Tabla 11. Resultados obtenidos del alfa Cronbach (α_C) y el alfa de Cronbach estandarizado (α_{Cs}) en el Cuestionario de Estilos de Vida Saludable para cada uno de los ítemes de la dimensión de Hábitos de Postura y Hábitos de Sueño.

Número de ítem en la Dimensión de Hábitos de Postura y Hábitos de Sueño	Alfa Cronbach (α_C)	Alfa de Cronbach estandarizado (α_{Cs} estandarizado)
51	0.735	0.775
52	0.739	0.777
53	0.740	0.778
90	0.740	0.779
91	0.741	0.778
92	0.744	0.776

De manera similar a la tabla anterior, en la **dimensión de Aspectos de Salud** (ver Tabla 12), se obtuvieron valores de α_C y α_{Cs} muy elevados, oscilando los valores del α_C entre 0.733 y 0.747 y los valores del α_{Cs} entre 0.770 y 0.782, indicando un alto nivel de confiabilidad.

Tabla 12. Resultados obtenidos del alfa Cronbach (α_C) y el alfa de Cronbach estandarizado (α_{Cs}) en el Cuestionario de Estilos de Vida Saludable para cada uno de los ítems de la dimensión de Aspectos de Salud.

Número de ítem en la Dimensión sobre Aspectos de Salud	Alfa Cronbach (α_C)	Alfa de Cronbach estandarizado (α_{Cs} estandarizado)
34	0.733	0.770
35	0.734	0.771
36	0.747	0.782
40	0.737	0.776
50	0.744	0.780
89	0.741	0.776

Capítulo V

DISCUSIÓN

El proceso de transculturalización de un instrumento o cuestionario va a permitir que los ítems, preguntas y escalas que componen un instrumento que fue creado en una cultura, se puedan aplicar a otra cultura y contexto diferente, logrando comparar y ampliar el análisis de los resultados obtenidos en ambas culturas (Guillermin, Bombardier y Beaton, 1993).

Además, como se mencionó en un apartado anterior, este proceso permite ahorrar tiempo y dinero ya que confeccionar un nuevo instrumento es un proceso muy lento y con altos costos económicos. La equivalencia de significados entre las diferentes culturas es el principal objetivo de la transculturalización, tanto para la cultura que creó y diseñó el instrumento de medición, como la cultura que desea implementarlo y adaptarlo a sus necesidades culturales (Badia, 1994; Beaton y otros, 2000; Berra y otros, 2009).

De manera similar Guillermin y otros (1993) habían indicado que para realizar la transculturalización de un cuestionario, era necesario traducirlo de un idioma a otro y adaptarlo de una cultura a otra para lograr una equivalencia de significados entre la cultura en la que se desarrolló y en la que se desea utilizarlo; de lo anterior solo se requirió el segundo paso pues era el mismo idioma de origen, por lo que solo se necesitó adaptar las expresiones idiomáticas y que fue logrado en las fases iniciales del desarrollo del presente cuestionario con el equipo de especialistas de las áreas relacionadas con la salud y la filología.

Otro aspecto importante de acotar de por qué no se desarrolló un instrumento nuevo sino que se optó por la transculturalización de uno previamente elaborado, lo dan Scascighini y otros (2008) quienes indicaron que se acepta que hay una alta necesidad de

disponer de cuestionarios y escalas adaptados transculturalmente, teniendo en cuenta que tales instrumentos permiten la comparación de datos entre diferentes países y culturas.

Es por ello que la presente investigación no solo cumplió con las etapas requeridas en dicho proceso para diseñar una versión adaptada a la población colegial costarricense para evaluar los Estilos de Vida Saludable de los adolescentes, si no que además los resultados permitirán comparar los datos obtenidos en el territorio nacional con los de otros países, lo que le brindará a las autoridades educativas costarricenses un instrumento que sondée de una manera más adecuada los estilos de vida de los colegiales, por ejemplo, conocer la frecuencia de actividad o nivel de actividad física en dicha población y diseñar así, diversas políticas de promoción de la salud en esta población en particular.

Esto último fue claramente visualizado por Antonio (2002) quien indicó que se ha comprobado científicamente que la frecuencia de actividad física disminuye conforme se avanza en edad, por consiguiente, si no se logra variar esto, se podrían dar enfermedades tales como la diabetes y la hipertensión a edades tempranas produciendo a futuro adultos poco saludables o enfermos, lo que conllevará al aumento de los gastos pre hospitalarios y post hospitalarios producto de las enfermedades hipocinéticas, lo que a su vez, aumentaría la concurrencia de la población a centros médicos públicos y privados y como consecuencia, el gobierno se vería en la obligación de invertir mucho dinero para recuperar la salud de las personas en lugar de invertir en la promoción y creación de programas deportivos, educativos, formativos, para fomentar la salud y los estilos de vida saludable.

Los 6 cuestionarios transculturalizados descritos con anterioridad, a saber: a) la versión castellana de la escala “The Nursing Stress Scale”, b) el cuestionario de calidad de vida (QOLIE-AD-48), c) la Escala de Despersonalización de Cambridge (CDS), e) el instrumento Family & Needs Questionnaire (FNQ), f) el cuestionario KIDSCREEN y g) el instrumento para medir la calidad de vida relacionada con la salud: EQRTC QLQ C-30 (instrumento general) y el EORTC QLQ BR23 (instrumento específico), son claros en

mostrar que el proceso de transculturalización tiene que ser llevado de manera secuencial o fases que garanticen la validez y confiabilidad de los resultados.

En todos los procesos de transculturalización de cada uno de estos cuestionarios, se observó que el desarrollar dichos procesos a manera de fases o etapas, les permitió a los diferentes equipos de investigadores supervisar la traducción, adaptación e implementación de los distintos instrumentos; lo anterior fue cumplido a cabalidad en esta investigación, pues se contó con una *primera etapa* en la que se realizó una indagación de diversos instrumentos vinculados con estilos de vida saludables y temáticas de estilos en general, así como la conformación de un grupo de especialistas en el área de la salud quienes evaluaron los diferentes cuestionarios anteriormente mencionados y quienes seleccionaron finalmente el Cuestionario sobre Estilos de Vida Saludable elaborado por Vilchez (2007), el cual contemplaba los criterios de selección requeridos y diversidad de variables predictoras de los estilos de vida saludables en población estudiantil adolescente y con una *segunda etapa* en la que el Instrumento sobre Estilos de Vida Saludable planteado por Vilchez (2007) fue evaluado por el mismo grupo de especialistas quienes se reunieron para diseñar y establecer una primera versión de este cuestionario para estudiantes adolescentes de un colegio público y en la que además, se obtuvieron los porcentajes de los estudiantes según su grado académico y así obtener la muestra representativa por nivel; asimismo, se obtuvo la autorización de la autora del cuestionario para usar dicho instrumento y se efectuaron dos adaptaciones al castellano latinoamericano costarricense por parte de 2 filólogas; posteriormente, el equipo de especialistas en el área de la salud, analizaron las adaptaciones del instrumento y así obtener la primer versión del cuestionario Sobre Estilos de Vida Saludable para adolescentes del Colegio de Santa Ana.

En la *tercera etapa*, una vez establecida la primera versión del cuestionario, se le aplicó a un grupo de profesionales no relacionados con el área de la salud para discutir el nivel de comprensión general del cuestionario como el de los significados de los ítemes, de los que se procedió a cambiar solo dos.

Para la *cuarta etapa*, se revisaron las indicaciones del grupo de profesionales no relacionados con la salud, se aplicaron los cambios solicitados y se produjo una segunda versión que se aplicó a otro grupo de profesionales no relacionados con la salud y a un grupo de estudiantes con características muy similares a la población de estudio y así, analizar el nivel de comprensión del cuestionario, que fue entendido sin problemas; mientras que en la *quinta etapa*, se aplicó la versión final del Cuestionario sobre Estilos de Vida Saludable una sola vez a la muestra estudiantil seleccionada al azar, para obtener la consistencia interna, lo cual fue conseguido efectivamente.

Todo el proceso de transculturalización anterior subdividido por etapas, garantizó la validez del instrumento y la determinación de la confiabilidad del mismo, tal y como lo sugirieron los y las investigadoras de los estudios de transculturalización citados previamente.

Como se indicó en el párrafo anterior, la etapa final de todo este proceso de transculturalización versó sobre la obtención de la confiabilidad, específicamente la técnica estadística del alfa de Cronbach.

Ahora bien, ¿por qué esta técnica y no otra para obtener la confiabilidad? Porque dadas las características del Cuestionario sobre Estilos de Vida Saludable, la técnica que mejor se adecuaba a las particularidades de la investigación fue justamente esta, ya que el coeficiente de alfa de Cronbach (α_C) y el alfa de Cronbach estandarizado (α_C estandarizado) poseen una larga historia dentro del desarrollo de la Teoría clásica en psicometría y como tal, ha recibido la atención de una amplia variedad de investigaciones con el fin de comprender mejor su funcionamiento (Cervantes, 2005).

La vital importancia de contar con instrumentos válidos y confiables, es una de las razones básicas de la psicometría; por esta razón cuando el investigador desarrolla una prueba psicológica, lleva a cabo una evaluación rigurosa de las mediciones psicométricas de dicho instrumento. En primer lugar, evalúa la presencia de un nivel apropiado de confiabilidad, condición *sine qua non* puede obtenerse un instrumento válido y útil. Así en

el proceso de construcción de una prueba psicológica, la evaluación de la confiabilidad de la misma es un paso imprescindible para que pueda ser utilizada en la medición del atributo de interés. En este sentido, la estimación de la confiabilidad ha recibido un amplio interés desde la Teoría Clásica de los Test (en adelante TCT) (Cervantes, 2005).

Junto con estas formas de evaluar la confiabilidad, se encuentra, también, la evaluación por consistencia interna de la prueba. Esta estimación indica la interrelación entre los distintos componentes de la prueba y, en qué sentido, separa el conjunto la variación que corresponde a factores comunes de los ítems y al que corresponde a factores únicos de cada uno de ellos (Barrientos, 2001).

En esta investigación, se comprobó la consistencia interna de las 9 dimensiones con las que cuenta el Cuestionario sobre Estilos de Vida Saludables en los adolescentes del colegio de Santa Ana, cuya consistencia interna fue muy buena y por ende, el cuestionario es confiable, cumpliendo de esta forma con los aspectos indicados por Barrientos (2001) y Cervantes (2005) en cuanto a los procesos de confiabilidad.

En 1951, Cronbach propuso el coeficiente que lleva su nombre denominado alfa de Cronbach (α_C) como un estimador de índice de equivalencia, con el cual generalizó un conjunto de diferentes métodos que se empleaban en la época para tal fin. Desde entonces, el uso del coeficiente α_C se ha venido generalizando no sólo en la psicología, sino también en gran cantidad de áreas afines dentro de las ciencias sociales, de la salud, y de la estadística, como el estimador por excelencia de la confiabilidad de un compuesto de otras mediciones (Muñiz, 1996).

El alfa de Cronbach es un método ampliamente utilizado para conseguir la consistencia interna de los ítems que componen un cuestionario o instrumento debido principalmente a su única aplicación, la cuál permite comprobar las propiedades psicométricas, fundamentalmente la fiabilidad y validez del instrumento o cuestionario adaptado. A continuación se presentarán una serie de investigaciones que han utilizado el

alfa de Cronbach como método estadístico para alcanzar la confiabilidad y validez en sus pruebas, instrumentos y cuestionarios.

Oviedo y Campo (2005) realizaron un estudio sobre la aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach, quienes mencionaron que las escalas se usan frecuentemente en la investigación y en la práctica clínica de psiquiatría; no obstante todas las escalas deben de ser formalmente validadas con anterioridad, con el propósito de conocer de las propiedades psicométricas en una población específica; dichas las escalas pueden ser validadas con el uso de un patrón de referencia (primera opción) o sin él (segunda opción); la segunda opción es una única forma de validar algunos instrumentos.

Del mismo modo, establecer la consistencia interna de una escala es una aproximación a la validación del constructo y consiste en la cuantificación de la correlación que existe entre los ítems que la componen. Valores de alfa de Cronbach entre 0.70 y 0.90 indican una buena consistencia interna; dichos valores conciben con los reportados en la presente investigación, donde los 86 ítems sobre Estilos de Vida Saludables mostraron valores de alfa de Cronbach (α_C) y alfa de Cronbach standarizado (α_{Cs}) mayores a 0.70, lo que muestra que este es un instrumento bastante confiable y válido.

Cabe agregar que esta técnica estadística, se ha utilizado en diversas investigaciones de validación y transculturalización de instrumentos, lo que le da un valor agregado como punto de referencia a la hora de realizar comparaciones entre instrumentos; por ejemplo, una investigación realizada por Alvarado y Muñoz (2006) sobre un estudio psicométrico del Cuestionario de Sevilla para valorar la Calidad de Vida (CSCV) en personas con trastornos mentales severos, en dicha investigación se trabajó con una muestra de 183 personas de Chile a quienes se les había diagnosticado un trastorno mental severo al menos dos años antes de la aplicación del instrumento CSCV.

Utilizando una entrevista guiada por profesionales especialistas y entrenados para esta actividad, se procedió a realizar el análisis estadístico de la siguiente manera: 1) un

análisis descriptivo de las respuestas frente a cada pregunta; 2) un estudio de la correlación ítem-escala (se consideraron las dos escalas mayores y los componentes entre cada una; 3) el análisis de consistencia interna entre cada escala, utilizando el coeficiente del α_C ; 4) un análisis factorial de componentes principales con rotación de factores; y por último, 5) la descripción de las puntuaciones obtenidas en el CSCV de la muestra (Alvarado y Muñoz, 2006).

Dentro de los resultados más relevantes, se mencionó que la dimensión de Aspectos Favorables mostró un α_C de 0.8974 y la dimensión de Aspectos Desfavorables un α_C de 0.9508. Ambas cifras son elevadas y señalan una buena consistencia interna dentro de cada dimensión (Alvarado y Muñoz, 2006).

En el caso de los factores descritos para la estandarización española, los valores de α_C y α_{Cs} mostraron valores elevados en la Dimensión de Aspectos Desfavorables (como en el caso de los factores de pérdida de energía y dificultad de expresión cognitiva con cifras que oscilaron entre los 0.8297 y 0.8089 respectivamente), hasta los que obtuvieron cifras bajas (es el caso del factor de hostilidad contenida con un alfa α_C de 0.3500). Los tres factores de la Dimensión de Aspectos Favorables, presentaron valores de α_C moderadamente elevados (alrededor de 0.7) en contraste con la Dimensión de Aspectos Desfavorables, donde se aprecia una gran variabilidad. Por estos resultados, los autores concluyeron que es preferible utilizar sólo estas dos dimensiones del CSCV, ya que mostraron una buena consistencia interna y así evitar usar los factores que fueron descritos en la versión española que obtuvieron coeficientes α_C bajos (Alvarado y Muñoz, 2006).

Como se mencionó anteriormente, el α_C ha sido ampliamente usado en varios campos, entre ellos, las ciencias sociales y de la salud, es por esto que autores como Peña y otros (2007) lo utilizaron para realizar una investigación para la Validación Mexicana de la escala MOS-HIV de la calidad de vida en pacientes infectados por el VIH.

Dichos autores (2007) realizaron la recolección de sus datos durante 2 años; un comité de expertos previamente a los dos años de estudio, realizó las traducciones al castellano del cuestionario MOS-HIV, cuya factibilidad se valoró midiendo tiempos de respuesta y número de ítems no resueltos en un grupo de 32 personas.

Posteriormente, se aplicó el cuestionario a un grupo de pacientes infectados por el VIH y a un grupo de referencia. Se evaluaron la consistencia interna (coeficiente de α_C), la validez discriminante, la validez convergente y las puntuaciones de las Escalas Visuales Analógica (EVA) del cuestionario EQ-5D (Cuestionario para conocer la calidad de vida relacionada con la salud). El EQ-5D es un instrumento de medida que se ha mostrado útil para medir la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes críticos quienes presentan una lista de síntomas, donde la carga viral y el recuento de linfocitos TCD4₊ son muy importantes de considerar. En cuanto a los resultados de esta investigación, el tiempo de respuesta del cuestionario fue de 10 min y 22 s y un solo ítem quedó sin resolver (Peña y otros, 2007). En las 11 dimensiones, el coeficiente α_C fue mayor a 0.75 lo cual es importante, ya que de acuerdo con Oviedo y Campo Arias (2005, p. 572) “valores de alfa de Cronbach entre 0.70 y 0.90, indican una buena consistencia interna”, por lo tanto, Peña y otros (2007) concluyen que la escala MOS-HIV es válida para su uso en su investigación, en la población mexicana infectada por el VIH.

Recientemente, los investigadores Moral de la Rubia y Alvarado (2011) mostraron la validez y confiabilidad de la escala de Síntomas Somáticos en adultos mexicanos. El objetivo de dicha investigación fue evaluar las cualidades psicométricas de la Escala de Síntomas Somáticos (ESS) para su utilización en la población general como instrumento diagnóstico.

En dicha investigación se utilizó una muestra de 553 adultos (273 mujeres y 280 hombres) y la consistencia interna obtenida fue alta ($\alpha_C = 0.96$ para el puntaje total y 0.74 a 0.90 para los factores). La estructura de los 9 factores se correlacionaron con 4 indicadores cada uno, los cuales fueron los siguientes: a) síntomas cardiorrespiratorios ($\alpha_C = 0.86$); b)

gastrointestinales ($\alpha_C = 0.80$); c) genitourinarios ($\alpha_C = 0.81$); d) respiratorios de vías altas de naturaleza catarral o gripal ($\alpha_C = 0.80$); e) el aparato reproductor femenino ($\alpha_C = 0.83$); f) musculo esqueléticos ($\alpha_C = 0.75$); g) fatiga y neurosensoriales ($\alpha_C = 0.83$); h) alérgicos ($\alpha_C = 0.76$); e i) dermatológicos ($\alpha_C = 0.74$). Con base en lo anterior, se concluyó que los resultados de consistencia interna fueron similares a los encontrados en el análisis de la escala original de Sandín (1999) que iban de 0.78 a 0.82.

Ahora bien, es sumamente importante tomar en cuenta que el proceso de validación de una escala, es un proceso largo y costoso si se necesita comparar con un patrón de referencia, por lo que el proceso de transculturalización resulta ser muchas veces la mejor alternativa para poder tener un instrumento adaptado a las necesidades específicas de diversas poblaciones (Aguilar, Blánquez y Calvo, 2002).

Por otro lado, el coeficiente de α_C es la forma más sencilla y conocida de medir la consistencia interna y es la primera aproximación a la validación del constructo de una escala. El coeficiente de α_C debe entenderse como una medida de la correlación de los ítems que forman una escala, esto indica la determinación del coeficiente de α_C en escalas unidimensionales que tengan entre 3 y 20 ítems y siempre se debe informar este valor en la población específica donde se empleó la escala (Oviedo y Campo Arias, 2005), lo que fue realizado en la presente transculturalización.

Como se mencionó ampliamente, la importancia de la consistencia interna del α_C consiste en que el constructo muestra la relación de los ítems que componen la escala o interrelación de las preguntas o incisos que forman parte de la escala, es decir, el α_C permite evaluar la magnitud en que los ítems están correlacionados entre sí (Bland, Altman y Cronbach, 1997; Cortina, 1993).

En otras palabras el coeficiente de α_C es el promedio de las correlaciones entre los ítems que hacen parte de un instrumento (Streiner, 2003). La popularización del coeficiente de Alfa de Cronbach se debe a la practicidad de su uso, ya que requiere una sola

administración de la prueba; además, tiene la ventaja de corresponder a la media de todos los posibles resultados de la comparación que se hace en el proceso de dividir en mitades las escalas (Kwok y Sharp, 1998).

Entonces, ¿para qué es importante el análisis de consistencia interna por medio del α_C dentro de un proceso de transculturalización de un instrumento? Pues bien, el α_C tiene la capacidad de relacionar los diferentes ítems, los componentes de diferentes escalas y la interrelación de las preguntas (Oviedo y Campos Arias, 2005) mientras que el proceso de transculturalización de un instrumento o cuestionario va a permitir que dichos ítems, preguntas y escalas que componen un instrumento que fue creado en una cultura, se pueda aplicar a otra cultura y contexto diferente, logrando comparar y ampliar el análisis de los resultados obtenidos en ambas culturas (Guillermin, Bombardier y Beaton, 1993) con una consistencia interna muy elevada, lo que indica de manera certera, que el instrumento utilizado en esta investigación no solo fue adaptado transculturalmente de manera exitosa, sino que también es muy confiable.

Del mismo modo, es imperativo recalcar uno de los aspectos por los que se requirió realizar este proceso de transculturalización, el cual era lograr adaptar un cuestionario que evaluara estilos de vida saludable en población colegial.

La OMS (2011) había indicado que el conocer ampliamente la salud de los adolescentes, es de vital importancia y así orientar, aconsejar y alejar o prevenir muchas enfermedades no transmisibles. Hace 20 años se prestaba poca atención al ejercicio y al buen estado físico, además de la falta de divulgación de la importancia de los estilos de vida saludable; la investigación de las ciencias de la salud sobre la actividad física, ejercicio y deporte era incipiente y, por lo general, era denigrada por la comunidad científica. Pero los tiempos han cambiado, sobre todo por causa del impresionante cúmulo de investigaciones que documentan el efecto beneficioso del ejercicio regular para la salud y el mantenimiento de las funciones corporales, no solo para mantener la salud física, sino también para que exista un equilibrio entre mente y cuerpo para lograr un desarrollo integral, ya que las

argumentaciones expuestas, subrayan la importancia de la práctica de los estilos de vida saludable como un factor de promoción del desarrollo orgánico, psicológico y social que permita mejorar la calidad de vida del ser humano.

Todo esto muestra, dadas las circunstancias de la sociedad actual en la que deben convivir los estudiantes colegiales, que es imprescindible el poder monitorear la evolución de esta población para poder detectar posibles anomalías, interferencias y situaciones que puedan resultar en detrimento de los estilos de vida saludable, de ahí la importancia de la presente investigación.

Capítulo VI

CONCLUSIONES

Con base en los resultados de este estudio, se llegó a las siguientes conclusiones:

1. La presente investigación mostró que previo a la validación de un instrumento obtenido fuera del propio ámbito cultural, es imprescindible y pertinente realizar un proceso de transculturalización para asegurar una equivalencia lingüística, semántica y cultural con el original y así, replicar en la medida de lo posible sus propiedades psicométricas.
2. Este proceso de transculturalización tiene que ser llevado a cabo mediante el consenso de un grupo multidisciplinario de especialistas en el área de la salud, la estadística y la lingüística sobre las diferentes áreas, variables y términos del instrumento para definir la estructura del primer borrador del mismo, tomando en cuenta las características socioculturales de la muestra de estudio.
3. Del mismo modo, para garantizar el éxito de un proceso de transculturalización, deben de realizarse al menos tres fases para este proceso, a saber: a.) traducción al idioma o adaptación idiomática; b.) la revisión por especialistas y una muestra de la población de estudio para ejecutar un estudio piloto; y c.) una discusión de los resultados del estudio piloto junto con una nueva retrotraducción del instrumento para obtener la versión final del instrumento.
4. Finalmente, con base en los análisis estadísticos se estableció que el Instrumento sobre Estilos de Vida Saludable es confiable y válido para evaluar de manera adecuada dichos estilos de vida saludable en adolescentes del III ciclo del Colegio de Santa Ana así como en poblaciones de estudiantes de III ciclo con las mismas características de los evaluados en este instrumento.

Capítulo VII

RECOMENDACIONES

Con la intención de elaborar propuestas investigativas mejoradas en el campo que esta investigación abordó, se ofrecen las siguientes recomendaciones:

1. Utilizar instrumentos multidimensionales para indagar posibles variables que puedan incidir tanto positiva como negativamente en los estilos de vida de los estudiantes colegiales.
2. Incluir a los y las estudiantes de IV ciclo de colegio así como a las y los estudiantes de escuela, con el fin de considerar sus respuestas para poder ampliar el criterio de opiniones y conocimiento de las y los niños y las y los adolescentes sobre los estilos de vida saludable.
3. Diseñar estudios de carácter longitudinal de manera que se pueda establecer la relación entre actividad física, ejercicio físico y deporte con variables como la auto-motivación, el auto-concepto o autoimagen en estudiantes en edades escolares y colegiales.
4. Realizar aplicaciones del Instrumento sobre Estilos de Vida Saludable en poblaciones ligeramente diferentes y muy diferentes a la muestra con la que se validó este instrumento para determinar posibles modificaciones al mismo que permitan realizar comparaciones entre diferentes regiones del país.
5. Involucrar a las autoridades nacionales tales como el Ministerio de Salud, el INCIENSA, el Ministerio de Educación Pública y a otras entidades relacionadas con la salud de los adolescentes costarricense y así ampliar el conocimiento sobre los hábitos o estilos de vida de los adolescentes que

permitan generar políticas de Educación y Salud Pública en aras de mejorar la calidad de vida de las y los estudiantes costarricenses.

Referencias

- Aaronson, N., Acquadro, C., Alonso, J., Apolone, G., Bucquet, D. y Bullinger, M. (1992). International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Quality of the Life Research*, 1(5), 349-351. doi: 10.1007/BF00434949.
- Aaronson, N, Alonso, Jordi, B, Audrey, L, Kathleen, N, Patrick, D, Perrin, E, y Stein, R. (2002). Assessing health status and quality-of-life instruments: attributes and review criteria. *Quality of the Research*, 11, 193-205. doi: 10.1023/A:1015291021312
- Agencia EFE. (Marzo, 12 2005) Sección: Sociedades. Niños “Arrastran la obesidad”. *Periódico Al Día*. Obtenido desde http://www.aldia.cr/ad_ee/2005/marzo/12/sociedad4.html
- Aguilar, B., Blánquez, M. y Calvo, R. (2002). Adaptación transcultural del cuestionario de medida de calidad de vida (QOLIE-AD-48) en adolescentes epilépticos. *Psiquis*, 23(6), 14-25. Obtenido desde <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?Código=287786 &info=resumen>.
- Aguiluz, V. (2009). *Santa Ana 100 Años de Vida Independiente 1907-2007. Historias de antes y después*. Santa Ana, Costa Rica: Mars Editores.
- Albrink, M.J. y Man, E.B. (1959). Serum triglycerides in coronary artery disease. *Archives of Internal Medicine*, (103)1,4-8. Obtenido desde <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=562768>
- Alonso J, Prieto, L. y Anto, J. M. (1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36 *Medicine Clin (Barc)*,(10)11, 410-416.

Alonso J, Antó JM. (1990). Instrumentos de medida de calidad de vida relacionada con la salud: características generales y proceso de adaptación transcultural. *Quaderns CAPS* 14: 16-24.

Alvarado, R., y Muñoz, K. (2006). Estudio psicométrico del cuestionario Sevilla para valorar la calidad de vida en personas con trastornos mentales severos, en una muestra chilena. *Revista Chilena Neuro-Psiquiat*, 44(4), 249-257. doi: 10.4067/S0717-92272006000400003

American College of Sport Medicine. (1995). *Guidelines for exercise testing and prescription*. (5ta ed). Philadelphia: Williams & Wilkins.

Ancheta, R., Ilynes, C. y Shrier, L. (2005). Reproductive health education and sexual risk among high-risk female adolescents and Young adults. *Medicina Clínica*, 18(2), 105-111. doi: 10.1016/j.jpag.2005.01.005

Antonio, J. (2002). Triglicéridos, “El Enemigo Olvidado”. *Revista Costarricense de Cardiología*, 4(1), 1-4. Obtenido desde http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-1422002000100006&script=sci_arttext

Arostegui, I. (1999). *Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental*. Instituto de Ciencias de la Educación. Universidad de Deusto. III Jornada de Investigación sobre Personas con Discapacidad dentro del Simposio “Retos en la Respuesta al retraso mental en la vida adulta: Formación, oportunidades y calidad de vida”. Obtenido desde <http://www.campus.usal.es/~inicio/investigación/jornadas/jornada3/actas/simp29.pdf>.

Assman, G., y Schulte, H. (1998). The Münster Hearts Study (PROCAM). Results of follow up 8 years. *European Heart Journal*, 19, A2-A11. ISSN. 0195-668X. INIST-CNRS. Obtenido desde: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9519336>

Assmann, G., Cullen, P., Schulte, H. y von Eckarsdstein, A. (1996). Hypertriglyceridemia and elevated level of lipoprotein (a) are risk factors for major coronary events in middle-aged men. *American Journal of Cardiology*, 77, 1179-1184. doi: 10.1016/S0002-9149(96)00159-2.

Aztarain, F. y De Luis, M. (1994). Setenta minutos a la semana para la salud. *Archivos de Medicina del Deporte*, 11(41), 49-54.

Badia, X. (1994). Adaptación de una medida de la disfunción relacionada con la enfermedad: la versión Española del Sicknee Impact Profile. *Medicina Clínica*, 102(3), 90-95. Obtenido desde <http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion-27>

Baghianimoghadam, M., Nadrian, H., y Rahaei, Z. (2009). The Effects of Education on Formula and Bottle Feeding Behaviors of Nursing Mothers Based on PRECEDE Model. *Pediatrics Center of Excellence, Children's Medical Center, Tehran*, 19(4), 359-366. Obtenido desde <http://www.bioline.org.br/pdf?pe 09042>

Ballester, R., y Gill, V. (2002). *Habilidades Sociales*. Madrid: Editorial Síntesis. Obtenido desde <http://www.palermo.edu>.

Baranowski, T., Mendlein, J., Resnicow, K., Frank, E., Cullen, K., y Baranowski, J. (2000). Physical activity and nutrition in children and youth: an overview of obesity prevention. *Preventive Medicine*, 31, S1-S10. doi.org/10.1006/pmed.2000.0686

Barquero, P., Barriopedro, M., y Montil, M. (2008). Patrones de actividad física en niños con sobre peso y normopeso. Un estudio de validez concurrente. *Archivos de Medicina del Deporte*, XI(41), 43(159), 127-134. Obtenido desde http://www.apunts.org/apunts/ctl_servlet?_f=40&ident=13126393

- Barrantes, R. (2007). *Investigación un camino al conocimiento un enfoque cuantitativo y cualitativo*. San José, Costa Rica: EUNED.
- Barrientos, J y Yañez, R. (2001). *Técnicas y Métodos de Investigación Social: Método Delphi, Aplicación en el campo sanitario*. Departamento de Ciencias Políticas, Universidad de Granada. doi:10.40667/S0717-95532008000100002.
- Bauman, A., Sallis, J., Dzewaltowski, DA. y Owen, N. (2002). Toward a better understanding of the influences on physical activity. The role of determinants, correlates, causal variables, mediators, moderators, and confounders. *American Journal of Preventive Medicine* (23), 5–14. doi: 10.1016/S0749-3797(02)00469-5
- Beaton, D.E., Bombardier, C., Guillemin, F. y Ferraz, M.B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25, 3186-3191. PMID: 11124735. Obtenido desde <http://www.emgo-extra.nl/Kc/preparation/research%20design/vragenlijsten/Beaton.pdf>
- Becoña, E., Vázquez, F., y Oblitas, L. (1995). Estado actual y perspectiva de la psicología de la salud. *Psicología Contemporánea*, (2), 100-111.
- Berra, S., Bustingorry, V., Henze, C., Del Pilar Díaz, M., Rajmil, L., y Butinof, M. (2009). Adaptación transcultural del cuestionario KIDSCREEN para medir calidad de vida relacionada con la salud en población argentina de 8 a 18 años. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 107(4), 307-314. Obtenido desde http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752009000400006&script=sci_arttext
- Bland, J., Altman, DG. (1997). Cronbach' alpha. *British Medical Journal*, 314, 193-198. doi: 10.1136/bmj.314.7080.572

Bland, J., Altman, DG. (2002). Validating scales and indexes. *British Medical Journal* 324, pp 606-607. ido: 10.1136/bmj.324.7337.606

Bouchard, C, y Perusse, L. (1994). DNA Polymorphis in the uncoupling protein (UCP) gene and human body fat. *Internacional Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders: Journal of the international Association for study of Obesity*, 18(8), 526-531. Obtenido desde: <http://ukpm.ac.uk/abstract/MED/795/471>.

Bouchard, C. y Shephard, R.J. (1994). Physical activity, fitness and health: the model and key concepts. In *Physical activity fitness and health: International proceedings and consensus statement*. Edited by C. Bouchard, R.J, Shephard, and T. Stephens, *Human Kinetics, III* (77-88.) Obtenido desde <http://books.google.com.mx/books?id=nQbcc2Ysc&pg>.

Bouchard, C., Shephard, R., Stephens, T., Sutton, J., y Mcperson, B. (1990). *Excercise Fitness and Health*. Champaing, Human Kinetics. Citado por GALVEZ CASAS, Tesis de Doctorado: Actividad Física habitual de los adolescentes de la región de Murcia. Análisis de los motivos de práctica y abandono de la actividad física deportiva, Universidad de Murcia, 2004. Obtenido desde <http://www.efdeprtes.com/efd107/motivos-de-practica-y-abanadono-de-la-actividad-fisico-deportiva.hm>.

Breinbauer, C. y Maddaleno, M. (2005). *Youth: Choices and change. Promoting healthy behaviors in adolescents*, 72(11), 998. Organización Panamericana de la Salud. Obtenido desde <http://www.nature.com/ijosuo/index.html>

Brislin, R. (1970). Back-translation for cross-cultural research. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 1(3), 185-216. doi: 10.1177/135910457000100301

Brownson, R., Housemann, R., Brown, D., Jackson-Thompson, J., King, A., Malone, B., y Sallis, J. (2000). Promoting physical activity in rural communities: walking trail access, use, and effects. *American Journal of Preventive Medicine*, 18, 235-241. doi: S0749-3797(99)00165-8

Bullinger, M., Alonso ,J., Apolone, G., Leplege, A., Sullivan, M., y Wood-Dauphinee, S. (1998). Translating health status questionnaires and evaluating their quality: the IQOLA Project approach. International Quality of Life Assessment, *Journal Clin Epidemiol*, 51(11), 913-923. Obtenido desde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9817108>

Caja Costarricense de Seguro Social/Oficina Panamericana de la Salud. Diagnóstico del estado Actual y Tendencias de los Servicios de Salud para la Enfermedades Crónicas de Costa Rica. (1989). *Caso diabetes mellitus y enfermedad hipertensiva en el Cantón de Desamparados*.

Caja Costarricense del Seguro Social. (2001). *Estadística General de los Servicios de Salud de la Caja Costarricense del Seguro Social*.

Campos, H., Mata, L., Siles, X., y cols (1992). Prevalencia of cardiovascular risk factors un rural and urban Costa Rica, *Circulation*, 85(2), 261-266. doi: 10.1161/01.CIR.85.2.648

Capdevila, L. (2005). *Actividad física y Salud*. Barcelona, España: Mirade.

Cardinal, B., Jong-Young, L., Young-Ho, K., Hyo, L., Kín, K. y Qi, S. (2009). Behavioral Demographic, Psychosocial and sociocultural Concomitants of stage of change for Physical Activity Behavior in a Mixed- Culture Sample. *American Journal of Health Promotion*, 23(4), 574-578. doi: 10.4278/ajhp.06051667

Carl J, Caspersen, C.J., Powell, K.E., y Christenson, G.M. (1985). Physical activity, exercise and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100, 126-131. Obtenido desde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424733/pdf/pubhealthrep00100-0016.pdf>

Castillo, I. y Molina, G. (2009). Adiposidad corporal y bienestar psicológico: Efectos de la actividad física en Universitarios de Valencia España. *Pan American Journal of Public Health*, 26(4), 334-340. Obtenido desde <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v26n4/v26n4a08.pdf>

Centers for Disease Control and Prevention. (2000). Promoting better health for young people through physical activity and sports. A Report to the President from the Secretary of Health and Human Services and the Secretary of Education. Silverspring (MD). *US Department on Health and Human Services and Department of Education*. Obtenido desde: http://www.eatsmartmovemorenc.com/NCWaksToSchool./Texts/W2s_promote_health_yp.pdf

Centro Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica. (2003). Consulta a censos y grandes bases de datos. *Memoria del Taller sobre la calidad de dieta en la población escolar y adolescente: un problema latente*. Obtenido desde: http://www.inciensa.sa.cr/contenido/publicaciones/memorias_pdf/memoria_taller_calidad_dieta.pdf

Cervantes, V. (2005). Interpretación del Coeficiente Alfa de Cronbach. *Avances en Medición*, (3), 9-28. Universidad Nacional de Colombia, Colombia. Obtenido desde <http://scienti.colciencias.gov.co:8084/publindex/docs/articulos/1692-0023/2/1.pdf>

Chacón, Y. y Monacada, J. (2005). *Aplicación de un modelo tras teórico en los padres y encargados legales de los niños que participan en las escuelas deportivas y*

- recreativas de la Universidad de Costa Rica*. Revista Electrónica “Actualidades Investigativas en Educación. Obtenido desde <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=44750213>
- Chang, M., Baumann, L., Nitzke, S. y Brown, R. (2005). Development of an Instrument to Assess Predisposing, Enabling, and Reinforcing Constructs Associated with fat Intake Behaviors of low-Income Mothers. *American Journal of Health Promotion*, 19(4), 269-277. doi: 10.1016/j.neb.2011.11.007
- Cockerham., W. C., Rutten, A., y Abel, T. (1997). Conceptualizing contemporary health lifestyles: moving beyond Weber. *The Sociological Quarterly*, 38(2), 321-342. Obtenido desde <http://www.jstor.org/stable/4120739>
- Cohen, L. y Manion, L. (1990). *Métodos de investigación educativa*. Madrid, España: La Muralla. Obtenido desde: <http://funes.uniandes.edu.co/492>
- Carta de Ottawa. (1986). Obtenido desde [http:// webs.uvigo.es/mpsp/rev01-1/Ottawa-01-1.pdf](http://webs.uvigo.es/mpsp/rev01-1/Ottawa-01-1.pdf)
- Coreil., J., Levin, J., y Jaco, G. (1992). Estilo de vida. Un concepto emergente en las ciencias sociomédicas. *Clinica y Salud*, 3(3), 221-231.
- Cortina, J. (1993). What is coefficient alpha?. An examination of theory and applications. *Journal of Applied: Psychology* 78, pp 98-104. doi:10.1037/0021-9010.78.1.98
- Craig, C. L., Marshall, A. L., Sjostrom, M., Bauman, A. E., Booth, M. L. y Ainsworth. B. E. (2003). Consensus Group and the IPAQ Reliability and Validity Study Group. International Physical Activity Questionnaire (IPAQ): 12- country reliability and validity. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 35(8), 1381-1385. doi:10.1249/01.MSS.0000078924.61453.FB

- Crawley, W. (2007). *The R Book*. (942 p.) Chichester, Inglaterra: Wiley. Obtenido desde doi: 10.1093/icejms/fss115
- Criqui, M. H., Heiss, G., Cohn, R., Cowam, L. P., Suchindran, C. M. y Bangdiwala, S. (1993). Plasma triglyceride level and mortality from coronary heart disease. *New England Journal Medicine*, 328(17), 1220-1225. Obtenido desde <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199304293281702>
- Croft, JB., Freedman, DS., Cresanta, JL y otros. (1987). Adverse influences of alcohol, tabacco, and Oral contraceptive use on cardiocascular risk factores during transition to adulthood. *American Journal Epidemiology*, 126(2), 203-213. doi: 10.1093/aje/126.2.202
- Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334. doi: 10.1007/BF02310555
- Cuestionario Internacional de Actividad Física. Obtenido desde [http://. www.ipaq.ki.se](http://www.ipaq.ki.se).
- Culos, R., Carlson, L. E., y Daroux, L. M. (2006). A pilot study of yoga for breast cáncer survivors: physical and psychological benefits. *Psychooncology*, 15(10), 897-899. doi: 10.1002/pon.1021.
- Curvelo, E., y Cardoso, R. (2009). Cultural adaptation of the instrument. Family Needs Questionnaire. *Revista Latino-Americana Enfermagen*, 17(4), 1-9. doi: 10.1590/s0104-11692009000400017
- Dawson, J. (1994). Health and lifestyle surveys; beyond health status indicators. *Health Education Journal*, 53, 300-308. doi: 10.1177/001789699405300308

De la Cruz, J. (1989). *Educación para la salud en la deportiva escolar*. Málaga: UNISPORT.

De Miguel, A. (1996). La salud va unida a la belleza. *ABC*, 5-4(96), 93-94. Madrid. Obtenido desde <http://www.hemeroteca.abc.es/detalle.stm>

Dwyer, J., Feldman, H., Yang, M., Webber, L., Must, A., Perry, C., Nader, P. y Parcel, G. (2002). Maintenance of lightweight correlates with decreased cardiovascular risk factors in early adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 31(2), 117–124. doi: S1054-139X(01)00323-8.

Encuesta Basal Comunidades Centinela en Alimentación y Nutrición entre 1999-2000 por parte del Ministerio de Salud–UNICEF. Obtenido desde <http://www.binasss.sa.cr/Cendamas.pdf>.

Encuesta de Unimer para La Nación. (2006). *Mitad de los Costarricenses nunca realizan ejercicio*. Obtenido desde http://www.nacion.com/ln_ee/2006/octubre/30/aldea874345.html

Encuesta Nacional de Riesgo. (2005). Resultados principales. Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares en la Argentina. *Revista Argentina de Cardiología*, 7(1),61- 68. Obtenido desde <http://www.scielo.org.ar/pdf/rac/v75n1/v75n1a05.pdf>

Escobar., M. C., Petrasovits, A., Peruga, A., Silva, N., Vives, M., y Robles, S. (2000). Mitos sobre la prevención y control de enfermedades no transmisibles en América Latina. *Salud Pública de México*,42(1), 56-64. Obtenido desde <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v42n1/2401.pdf>

Esquivel, V., Suárez de Ronderos, P., Calzada, L., Sandí, L., Ureña, J. (2005). Factores de riesgo cardiovascular en un grupo de niños escolares obesos Costarricenses. *Acta*

Pedriática Costarricense, 16(1), San José. Obtenido desde http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-00902002000100002&script=sci_arttext

Fenech, M., Aitken, C., Rinaldi, J. (1998). "Folate, vitamin B12, homocysteine status and DNA damage in young Australian adults". *Carcinogenesis*, 19(7), 1163-1171. Doi: 10.1093/carcin/19.7.1163

Fondo de Naciones Unidas para la Infancia- UNICEF, Procuraduría General de la Nación, Instituto Colombiano de Bienestar familiar, Municipios y Departamentos de la Infancia y la Adolescencia. (2006). Bogotá: *Gente Nueva*.

Food and Agriculture Organization of the United Nations. (2001). *The state of food Insecurity in the World*. Obtenido desde <http://www.fao.org/publications/sofi/en/>.

Fórmula utilizada por Taglicarne para elaborar la Tabla. Prontuaria para poblaciones Finitas, para establecer suficientemente Seguros (Seguridad del 95,5%) que es el resultado esté comprendido dentro del límite de error (\pm) indicado, en nuestro caso Vílchez, 2007 entre 3,65%. En: Sierra Bravo, R. (1985) Técnicas de investigación Social. Teoría y Ejercicios, Madrid: Paraninfo.

Freedman DS., Srinivasa SE., Shear CL., (1986). Cigarette smoking initiation and longitudinal changes in serum lipids and lipoproteínas in early adulthood: the Bogalusa Heart Study. *American Journal of Epidemiology* 124(2), 207-219. Obtenido desde: <http://aje.oxfordjournals.org/content/124/207.full.pdf>

Gálvez, A. (2007). Actividad física habitual de los adolescentes de la región de Murcia. Análisis de los motivos de práctica y abandono de la actividad físico-deportiva (Tesis de Doctorado). *Universidad de Murcia. Departamento de Expresión Plástica, Musical y Dinámica*. 12(107), 1-17. Obtenido desde

<http://www.efdeportes.com/efd107/motivos-de-practica-y-abandono-de-la-actividad-fisico-deportiva.htm>

García, M. (2001). *Los españoles y el deporte. Prácticas y comportamientos en la última década del siglo XX: encuesta sobre los hábitos deportivos de los españoles, 2000(1ª Ed)*. Madrid, España C.S.D y MECED.

García, R., y Gross, P. (2000). *Diccionario enciclopédico ilustrado*. (3ª ed.) México.

Glanz, B., Healy Brian., Rintell, D., Jaffin, S., Bakshi, R., y Weiner, H. (2010). The association between cognitive impairment and quality of life in patients with early multiple sclerosis. *Journal of the Neurological Sciences*, 290(2010), 75–79. doi: 10.1016/j.jns.2009.11.004

Glenmark, B., Hedberg, G., y Jansson, E. (1994). Prediction of physical activity level in adulthood by physical characteristics, physical performance and physical activity in adolescence: an 11 year follow – up study. *European Journal of Applied Physiology and Occupational Physiology*, 69(6), 530–538. doi: 10.1007/BF00239871

Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. (1995). Revised 2002. NHLBI/WHO Workshop Report. Bethesda: National Institutes of Health National Heart, Lung and Blood Institute. *Publication Numer*, (95), 3659-3660. Obtenido desde <http://www.ginasthma.org/>

Gómez, L., Duperly, J., Lucumí, D., Gámez, R., y Venegas, A. (2005). Physical activity levels in adults living in Bogotá (Colombia). *Gaceta Sanitaria*, 19(3), 206-213. doi: dx.doi.org/10.1590/S0213-91112005000300005

- González, G., Gómez L., Valteña J., y A., Meléndez (2008). La “Pirámide del estilo de vida saludable”. *Nutricion Hospitalaria*, 23(2), 159-186. Obtenido desde <http://www.nutricionhospitalaria.com/piramide.pdf>
- González, N., Padierna, A., Quintana, J., Arostegui, I., Horcajo, M. (2001). Calidad de vida de los pacientes afectados de trastornos de la alimentación. *Gaceta Sanitaria*, 2001(15), 18-24. Obtenido desde <http://www.elsevier.es/revista/gaceta-sanitaria-138/calidad-vida-los-pacientes-afectados-trastornos-alimentacion-12003315-originales-2001>
- Guillermin, F., Bombardier, C., Beaton, D. (1993). Cross cultural adaptation of health-related quality of life: literature review and proposed guidelines. *Journal Clin Edpidemiol*, 46(12), 1417-1432. doi: [http://dx.org/10.1016/0895-4356\(93\)90142-N](http://dx.org/10.1016/0895-4356(93)90142-N)
- Guirao, G., Cabrero, G., Moreno, P., Muñoz, M. (2009). Structerd review of questionnaires and scales that measure physical activiyt older adults and the-elderly. *Gaceta Sanitaria*, 23(4), 334-339. http://scielo.iscii.es/scielo.php?S0213-911120090004000158&script=sci_arttext
- Guo, S. y Chumlea, W. (1999). Tracking of body mass index in children in relation to overweight in adulthood. *American Journal of Clinical Nutrition*, 70(1), 145S–148S. Obtenido desde <http://www.ajcn.org/content/70/1/145s.full.pdf+html>
- Gutiérrez, T., Reich, Sánchez, D., y Deus, J. (2003). Instrumentos de evaluación en trastornos del comportamiento alimentario y obesidad. *Instrumentos de evaluación de psicología de la salud. Psicología y Educación*. S.A, Madrid: Alianza Editorial. Obtenido desde <http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=9975>
- Guttman, L. (1945). A basis for analyzing test-retest reliability. *Psychometrika*, 10(4), 255-282. Obtenido desde: <http://personality-project.org/r/html/guttman.html>

- Hays, R., Anderson, R., y Revicki, D. (1993). Psychometric considerations en evaluating health-related quality of life measures. *Quality of the Researche*. 2(6),441-449. doi: 10.1007/BF00422218
- Henderson, J., Hall, M., y Lipton, H. (1979). *Changing self destructive behaviors*. In Stone et al. (Eds). *Health Psychology*. San Francisco: Jossey-Bass. Obtenido desde: <http://profiles.nlm.nih.gov/ps/access/NNBBYM.pdf>.
- Herdman M, Fox-Rushby, Badia X. (1998). A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Qual Life Res*, 7:323-335.
- Herdman, M. (2005). Reflexiones sobre la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en España. *Gaceta Sanitaria*,19(2), 91-92. Obtenido desde <http://www.elsevier.es/en/node/2038594>
- Hoyt, C. (1941). Test reliability estimated by analysis of variance. *Psychometrika*, 6(3), 153-160. doi: 10.1007/BF02289270
- Hunt, S. y McKenna, S. (1992). The QLDS: A Scale for the Measurement of Quality of life in Depression. *Health Policy*, 22, 307-319. Obtenido desde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10122730>
- Institucional Nacional de Estadística y Censos. (2001). *IX Censos Nacional de Población y V de Vivienda*. Resultados Generales. Costa Rica, Editorial: Instituto Nacional de Estadística y Censos. “31 de enero del 2001”. “Censo 2000, aquí todos contamos”. Obtenido desde <http://searchworks.stanford.edu/view/4752702>

Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (1995). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Costa Rica*. Editorial Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia.

Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (2002). Organización Panamericana de la Salud. *Seguridad Alimentaria y Nutricional en Centroamérica*. Guatemala. Editorial: Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá.

Instituto de Nutrición del Centro América y Panamá (INAP, 2001). *Valor nutritivo de los alimentos de Centroamérica*. INCAP/OPS. Guatemala. Editorial: Instituto de Nutrición del Centro América y Panamá.

Instituto Interamericano para la Agricultura (IICA) (2000). *El contexto rural y el escenario de la Agricultura Costa Rica*. Editorial: Instituto Interamericano para la Agricultura.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (2000). *Compendio de Nacimiento por grupo de edad de la madre*. Editorial: Instituto Nacional de Estadística y Censos.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (2001). *Boletín Mortalidad en el año 2001 y Evaluación Reciente*. Editorial: Instituto Nacional de Estadística y Censos.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (2002). *Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples*. Editorial: Instituto Nacional de Estadística y Censos.

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) (2002). *Encuesta Nacional Sobre Consumo de Drogas*. San José, Costa Rica. Editorial: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.

Ioannou, GN., Dominitz, JA., Weiss NS., Heagerty PJ., Kowdley, KV (2004). The effect of alcohol consumption on the prevalence of iron overload, iron deficiency, and iron

deficiency anaemi. *Gastroenterology*, 126(5), 1293-12931. doi: 10.1053/j.gastro.2004.01.020

IPAQ (2000). Assessment of Physical Activity: An International Perspective. *Research Quarterly for Exercise and Sport*. 71(2), 114-120. *Otras presentaciones y publicaciones científicas sobre el uso de IPAQ se resumen en www.ipaq.ki.se y en Booth, M.L. doi: 10.1079/PHN2005898.*

Jacoby, E., Bull, F. y Neiman, A. (2003). Cambios acelerados del estilo de vida obligan a fomentar la actividad física como prioridad en la Región de las Américas. *Revista Panamericana Salud/Pan American/Public Health*, 14(4), 223-225. Obtenido http://revista.paho.org/index.php?a_ID=569

Janis., I., y L. Mann. (1977). “*Desición making: A psychological análisis of conflict, choice, and commitment*”. EEUU: Collier Macmillian. Obtenido desde: [http://dx.doi.org/10.1016/0140-1971\(89\)90077-8](http://dx.doi.org/10.1016/0140-1971(89)90077-8)

Jiménez, J. G., Castro, V., Piza, J., Días, G., Valverde, P. y Díaz, C. (1982). Colesterol y triglicéridos en la población costarricense. Interpretación de los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Nutrición. *Revista Costarricense Ciencias Médicas*, 8(2), 89-95. Obtenido desde <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rccm/v8n2/art6.pdf>

Jiménez, M. (1992). “*Reseña histórica del Colegio de Santa Ana*”. En: *Memoria del Vigésimo Aniversario del Colegio de Santa Ana*, pp 12-21. Revista elaborado por el Colegio de Santa Ana. En memoria del XXX Aniversario del Colegio de Santa Ana.

Jiménez, M., Martínez, P., Miró, E., y Sánchez, A. (2008). Bienestar Psicológico y hábitos saludables: ¿están asociados a la práctica de ejercicio físico?. *International Journal of clinical and Health psychology*, 8(1), 185-192. Obtenido desde <http://www.redalyc.uaemex.mx/pdf/337/33780113.pdf>

Kahn, E. B., Ramsey, Lt. y Brownson, R. (2002). The task force on community Preventive Services. "The effectiveness of interventions to increase physical activity: A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*. 22(45), 73-107. Obtenido desde [http://dx.doi.org/10.1016/S0749-3797\(02\)00434-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0749-3797(02)00434-8)

Kannell, W., y Sorlie, P. (1979). Some health benefits of physical activity: The Framingham Study. *Archives of Internal Medicine*, 139(8), 857-861. Obtenido desde <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=589696>

Keller, SD., Ware, JE., Jr., Bentler, P. M., Aaronson, N. K., Alonso, J., Apolone, G.(1998). Use of structural equation modeling to test the construct validity of the SF-36 Health Survey in ten countries: results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment. Journal of Clinical Epidemiology*. 51, 1179-1188. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0895-4356\(98\)00110-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0895-4356(98)00110-3)

Klee, M. H., Tavares, R., Horta, B., Gelatti, C., y San'Tana, P. (2004). Prevalence of sedentarism and its associated factors among urban adolescents. *Revista Saúde Pública*, 38(2), 1-6. Obtenido desde http://www.scielo.br/pdf/rsp/V38n2/en_19773.pdf.

La Organización Mundial de la Salud (OMS). Obtenido desde <http://www.who.int/es/>

Labrador, F., Muñoz, M., y Cruzado, J. (1990). Medicina conductual: En F. Fuentenebro y C. Vázquez (Eds). *Psicología Médica*. Psicopatología y Psiquiatría. (pp.641-651). Madrid: Interamericana- McGraw-Hill. Obtenido desde: <http://www.alapsa.org/detalle/05/12.HTM>

Lacar, E., Soto, X., y Riley, W. (2000). Adolescent obesity in a low-income Mexican american district in south Texas. *Archives of Pediatrics Adolescent Medicine*, 154,

837-840. Obtenido desde [http://archped:jamanetwork.com / article.aspx?articleid=350659](http://archped:jamanetwork.com/article.aspx?articleid=350659)

Ledesma, R., Molina, G., y Valero, P. (2002). Análisis de consistencia interna mediante Alfa de Cronbach: Un programa basado en gráficos dinámicos. *Psico-USF*, (7)2, 143-152. Obtenido desde: [www.scielo.br /pdf/pusf/v7n2 /v7n2a03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/pusf/v7n2/v7n2a03.pdf)

Lee, I., Hsieh, C., y Paffenbarger, R. (1993). Vigorous Physical activity, non vigorous physical activity, and risk of mortality in men. *Medicine Science in Sport and Exercise*, 25, 167-169. Obtenido desde: <http://www.pazienti.net/answers>

Levy, L., y Anderson, L. (1980). *La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida*. México: El Manual Moderno.

Lopategui, C. (1997). *El ser Humano y la Salud*. San Juan de Puerto Rico: Publicaciones Puertorriqueñas. Obtenido desde [http://www.saludmed.com/ Salud/SaludMen.html](http://www.saludmed.com/Salud/SaludMen.html)

López, P. (2002). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad. *Revista Anual de Psicología Psicothema*. 16(3). Obtenido desde [http://www.unioviado.es/reunido/index.php / PST/ article/view/8214](http://www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/view/8214)

López, S. (2000). *Marco conceptual de educación para la salud, en Frías Osuna, "Salud pública y educación para la salud"*. Barcelona: Masson. Obtenido desde: <http://www.sildeshare.net/mayrathbg/marco-conceptual-de-la-educacin-para-la-salud>

Ludwig, D., y Gortmaker, S. (2004). Programming obesity in childhood. *Lancet*, 364, 226-227. doi: 10.1016/S0140-6736(04)16688-9

Maddaleno., M., y Breinbauer, C. (2005). Youth: choices and change. Promoting Healthy Behaviors in Adolescents (Scientific and Techhical Publication). *Pan American*

- Health Organization*, 594. Washington D.C. Obtenido desde http://www.paho.org/English/DD/PUB/Youth_Presentation_Jure_2005.pdf
- Mader, U., Martín, P. N., Schutz, Y., y Martí, B. (2006). Validity of four short physical activity questionnaires in middle-aged persons. *Medicine and Science in sports and exercise*, 38(7), 1255-1266. Obtenido desde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16826022>
- Manifiesto Mundial de Educación Física. (2000). *Federación Internacional de Educación Física*. Edición México. Obtenido desde <http://www.fiepmexico.com/manif.pdf>
- Marcer, H., Finlay, F., y Jordan, N. (2006). Body piercing in school children: a review of the issues. *Community Pract*, 79(10), 328-330. Obtenido desde: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17061664>.
- Mardones, M. A., Olivares, C. S., Araneda, F. J., Gómez, F. N. (2009). Stages of the changes related to fruit and vegetable consumption physical activity and Weight control in students from the university of chile. *Archives Lationamerican Nutr*, 159(3), 304-309. Obtenido desde <http://www.ukpmc.ac.uk/abstract/MED/19886516>
- Marín, R., Nieves, y Torres, G. (2006). Efectos de un programa de actividades físico-deportivas sobre la salud psico-social de niños y niñas en edad escolar. *En Actas del IV Congreso nacional de deporte en edad escolar. Deporte y Salud*, 115-159. Obtenido desde <http://www.efdeportes.com/efd152/efectos-de-la-actividad-fisica-en-la-salud-escolar.htm>
- Markland, D., Hardy, L. (1993). The Exercise Motivations Inventory: Preliminary development and validity of measure of individuals' reason for participation in regular physical exercise. *Personality y Individual Differences*, 15(3), 289-296. Obtenido desde [http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869\(93\)90219-S](http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869(93)90219-S)

- Martínez, D., Martínez, V., Pozo, T., Welk, G. J., Villagra, A., Calle, M. E., Marcos, A, y Veiga, O. L. (2009). The reliability and validity of the PAQ-A questionnaire to assess physical activity in spanish adolescents. *Revista Española de Salud Pública*, 83(3), 427-39. Obtenido desde <http://dx.doi.org/10.1590/S1135-57272009000300008>
- Martínez, M., González, M. A., Varo, J. J., Santos, J. L., De Irala, J., Gibney, M., Kearney, J., y Martínez, J. A. (2001). Prevalence of physical activity during leisure time in the European Union. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 33(7), 1142-1146. Obtenido desde <http://dspace.unav.es/dspace/bitstream/10171/17570/1/MedScisportsExerc.2001.pdf>
- Más Pons, R. y Escribà Agüir, V. (1998). La versión castellana de la escala “The Nursing Stress Scale”. Proceso de Adaptación Transcultural. *Revista Española de Salud Pública*, 72(6), 529-538. Obtenido desde <http://dx.doi.org/10.1590/S1135-57271998000600006>
- Matarazzo, J. (1984). Behavioral Health: A 1990 challenge for the health sciences professions. En J.D. Matarazzo S.M. Neiss, H.A. Herd, N.E.mIller y SM Weiss (Eds)., *Behavioral Health: A handbook of health enhancement and disease prevention*. Nueva York: Wiley. Obtenido desde: http://www.sagepub.com/upm-data/9483_017591Ch1.pdf
- Mathers, C., Vos, T. y Stevenson, C. (1999). *The burden of disease and injury in Australia*. AIHW cat. no. PHE 17. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare. Obtenido desde <http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=6442459196>

- Mc Lennan, J. (2004). Obesity in children. Tackling a growing problem. Peprinted from *Australian Family Physician*, 33(1-2), 33-36. Obtenido desde <http://www.racgp.org.au/afp/200401/20040123mclenna.pdf>
- McHorney, C. A., Ware, J. E, Jr., Raczek, A. E (1993). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) (II). Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Medicine Care*, 1993(31), 247-63. Obtenido desde <http://www.jstor.org/discover/10.2307/3765819?uid03737816&uid=2&uid=4&sid=21101201346087>
- McKenzie, T. L., Marshall, S. J., Sallis, J. F. y Conway, T. L. (2000). Leisure-time physical activity in school environments: an observational study using SOPLAY. *Preventive Medicine*, 30(1), 70-77. doi: 10.1006/pmed.1999.0591
- Medical Outcomes Study (1992). *Medical Outcomes Study: 36 Items Short Form Survey Scoring Instructions*. *Medical Care*, 33(4), 264. Obtenido desde <http://www.jstor.org/discover/10.2307/3765819?uid=3737816&uid=2&uid=4&sid=21101201346087>
- Méndez, M., Salas, J., H , Vargas, M., Pérez, R., Lcon, L., Franco, S., y Ciapella, R. (2003). Calidad de vida en pacientes asmáticos mexicanos. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 16(4). Obtenido desde <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd46/vida.pdf>
- Mendoza, R. (1990). Concept of healthy lifestyle and their determinants. En 2and. European Conference on Health Education (Warsaw, 7-9 June 1990), pp.13. Obtenido desde: http://www.retos.org/numero_17/RETOS17-10.pdf
- Mendoza, R., Sagrera, M. R y Batista, J. M. (1994). *Conductas de los escolares españoles relacionados con la salud*. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Madrid.

Obtenido desde: [http://books.google.com.mx/books?id=AYpngIUgQtQC&pg=PA494&pg=Mendoza, +R., +sagrera, +M.+R+y Batista, +J.+m.+\(1994\).](http://books.google.com.mx/books?id=AYpngIUgQtQC&pg=PA494&pg=Mendoza,+R.,+sagrera,+M.+R+y+Batista,+J.+m.+(1994).)

Merom, D., Bauman, A., Vita, P., y Close, G. (2003). An environmental intervention to promote walking and cycling-the impact of a newly constructed Rail Trail in Western Sydney. *Preventive Medicine*, 36, 235-42. doi: 10.1016/s0091-7435(02)00025-7

Meza, N. Hábitos alimentarios de la población costarricense. Programa CEN-CINAI. Seminario (2002). “Índice glicémico en salud y alimentación humana”. INCIENSA: Costa Rica, 12 de setiembre. http://www.inciensa.sa.cr/contenido/publicaciones/memorias_pdf_/CONTENIDO/7%20Habitos%20aliment%20CR%20.PDF

Ministerio de Economía, Industria y Comercio (1995). Dirección General de Estadística y Censos. Ministerio de Salud. *Canasta Básica de Alimentos*. San José, Costa Rica.

Ministerio de Salud (2001). *Encuesta Basal de Factores de Riesgo para enfermedades no transmisibles*. Módulo 1: Factores alimentario nutricional/ Melany Ascencio Rivera, Sara Rodríguez Aguilar, Sandra Murrillo González. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud de Colombia (1999). *II Estudios Nacional de Salud Bucal- ENSAB III. II Estudio Nacional de factores de riesgo de Enfermedades Crónica ENFRECE II. Tomo III. Perfil lipídico y conocimientos, actitudes y prácticas en hipertensión, ejercicio, hiperlipidemia y peso corporal*. Informe de actividades 2001-2002, e Informe Cuatrienio 1998-2002. Dirección general de Análisis y Planeación de la Política Sectorial.

Ministerio de Salud de Colombia (1999). II Estudios Nacional de Salud Bucal- ENSAB III. II Estudio Nacional de factores de riesgo de Enfermedades Crónica ENFRECE II. Tomo V. *Prevalencia de diabetes mellitus y glicemia alterada en ayunas*. Informe de actividades 2001-2002, e Informe Cuatrienio 1998-2002. Dirección general de Análisis y Planeación de la Política Sectorial.

Ministerio de Salud e INCIENSA. *Encuesta basal comunidades centinela en alimentación y nutrición 1999-2000-2002*. Costa Rica, 2003.

Ministerio de Salud y Bienestar de Canadá (1988). Comité Nacional de Promoción de la Salud del Consejo Nacional de Salud. *Lineamientos de política de promoción de la Salud*. 1-19. Obtenido desde http://www.forosalud.org.pe/lineamientos_depromoción_de_la_salud.pdf.

Ministerio de Salud, (1993). *II Encuesta nacional sobre consumo aparente de alimentos, 1991. Análisis de tendencias en el consumo de alimentos 1989-1991*. Ministerio de Salud, Departamento de Nutrición y Atención Integral. Costa Rica, 1993.

Ministerio de Salud. (1996). Encuesta Nacional de Nutrición 1996. “*Fascículo 1. Antropometría*”. Costa Rica.

Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Nutrición 1996. “*Fascículo 3. Consumo de alimentos*”. Costa Rica, 1997.

Ministerio de Salud. Memoria Institucional (2003). Costa Rica, 2003. Obtenido desde <http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/sobre-ministerio-memoria-institucional-ms>

Molina, J., Martínez de la Iglesia, J., Albert, C., Berrios, G., Sierra, M., y Luque, R. (2006). Adaptación y validación al castellano de la Escala de Despersonalización de

Cambridge. *Actas. Esp Psiquica*, 34(3), 18-192. Obtenido desde <http://www.elizabethselwyn.50webs.com/PDF%20Papers%20about%20Depersonalization%20Disorder/J.%20J.%20Molina%202006.pdf>

Moller, A. y Sartipy, U. (2010). Changes in quality of life after lung surgery in old and young patients: are they similar? *World Journal of Surgery*, 34(4), 684-691. doi: 10.1007/s00268-010-0430.7

Moral de Rubia, J., y Alvarado, B. (2011). Validez y confiabilidad de la escala de Síntomas Somáticos Revisada en adultos Mexicanos. *Revista Electrónica de Psicología Tztacala*, 14(4), 206-222. Obtenido desde <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/28901>

Moreno Murcia, J. P, López de San Román, M., Martínez Galindo, C., Alonso Villodre, N. y González-Cutre Coll, D. (2007). Effects of the gender, the age and the practice frequency in the motivation and the enjoyment of the physical exercise. *Fitness & Performance Journal*, 6(3), 140-146. doi:10.3900/fpj.6.3.140.e

Morice, A. (1998). *Situación de las enfermedades crónicas no trasmisibles en Costa Rica*. Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en nutrición y Salud. Costa Rica, Junio. Obtenido desde http://www.scielo.sa.cr/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S1409-41422006000300003 &script=_arttext

Muñiz, J. K. Hambleton, R. (1996). Directrices para la traducción y adaptación de los tests. En J. Muñiz (Ed). *Papeles del Psicólogo*. Madrid, España: Universidad de Oviedo y Universidad de Massachusetts. <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=737>.

Neyfeth, M. (2011). Adaptación transcultural de la Escala de Cuidado Profesional (CPS): Adecuación Semántica. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de

Enfermería. Tesis para optar por el título magíster en enfermería con énfasis en cuidado para la salud materna perinatal. Obtenido desde: <http://www.bdigital.unal.edu.co/7056/1/539576.2011.pdf>

Nigg, C.R., y Courneya, K.S (1998). Inventario de Procesos de cambio para el ejercicio. Transtheoretica model: Examining adolescent exercise behavior. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the society for Adolescent Medicine*, 22(3), 214-224. Obtenido desde http://www.self.ox.ac.uk/conferences/2004_Dowson_Marsh_Martin.pdf

Niñerola, J., Capdevila, L., y Pintanel, M. (2006). Barreras percibidas y actividad física: el autoinforme de barreras para la práctica de ejercicio físico. *Revista de Psicología del Deporte*, 15(1), 53-69. Obtenido desde: dduab.cat/pub/revpsidep/19885636v15n1p53.pdf

O.M.S. (2001). *Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud*.

O.M.S. (2002). *La salud de la juventud*. Serie de Discusiones Técnicas: Ginebra.

O' Connell, D. y Velicer, W. (1998). A decisional balance measure for weight loss. *The International Journal of Addictions*, 23(7), 729-770. doi: 10.3109/10826088809058836

O' Connell., D. y Velicer., W. (1998). Escala de Balance Decisional en el Control del Peso. Instrumento de Evaluación en Psicología de la Salud. Psicología y Educación. Alianza editorial S.A. Madrid. Obtenido desde: http://www.journals.elsevierhealth.com/medline/record/ivp_0020773x_23_729

Oblitas, L. (1989). Características del hábito de fumar en una población universitaria. *Revista Intercontinental de Psicología y educación*, 2(3), 165-175. Obtenido desde: http://132.248.192.201/seccion/db_iresei/iresie_busqueda.pdp?indice=autor&busqueda=OBLITAS

Oblitas, L. (2004a). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thomson. Obtenido desde: <http://www.psicologiacientifica.com/psicologia-de-la-salud-panorama/>

Oblitas, L. (2004b). *22 enfoques psicoterapéuticos contemporáneos*. Bogotá: PSICOM. Obtenido <http://grupohaxion.99k.org/uploads/terapia/Como-hacer-psicoterapias-Luis-Oblitas.pdf>

Oblitas, L. (2004c). *Manual de psicología clínica y de la salud hospitalaria*. Bogotá: PSICOM. Obtenido. http://javeriana.academia.edu/M%C3%B3nica/Papers/438547/Manual_de_Psicologia_Clinica_y_de_la_Salud

Olson, R. (2000). Is it wise to restrict fat in the diets of children?. *Journal of American Dietetic Association*, 100(1), 28-32. doi: 10.1016/S0002-8223(00)00012-2

Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y Alimentación (FAO). 2002. *Diagnóstico de la Agricultura Costarricense*. San José, Costa Rica.

Organización Mundial de la Salud (1998) *Glosario Promoción de Salud*. Editado en España por Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.

Organización Mundial de la Salud. (2000). *¿Qué ocurre con los muchachos?. Una revisión bibliográfica sobre la salud y el desarrollo de los muchachos adolescentes*. Documento técnico. Who/FCH/CAH/00.7. Obtenido desde http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/que_ocurre_con_muchachos.pdf

Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud mental del mundo 2001*. Ginebra. Obtenido desde: http://biblioteca.hegoa.ehu.es/system/ebooks/11195/original/Informe_sobre_la_Salud_en_el_Mundo_2001.pdf

Organización Panamericana de la Salud y Organización mundial de la Salud, (2002). *Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Jóvenes de Enseñanza Media*. Administración del Proyecto observatorio Ecuatoriano sobre Drogas. CONSEP-OPS/OMS. Obtenido desde: http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/20012/libredetabaco/docsTrab/cuaderno15_tabaquismoescolares.secundaria.pdf

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2005). *La obesidad en la pobreza: Un nuevo reto para la salud*. Washintong D.C, Publicación científica (Nº. 576), OPS, 132 p. Obtenido desde: <http://bvsde.paho.org/texcom/nutricion/pc.576/01indice.pdf>

Oviedo, H., y Campos, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente Alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, (34)004, 572-580. Obtenido desde <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v34n4/v34n4a09.pdf>

Owen, N., Humpel, N., Leslie, E., Bauman, A, y Sallis, J. F. (2004). *Understanding environmental influences on walking: Review and research agenda*. *American Journal of Preventive Medicine*, 27(1), 67-76. doi: 10.1616/j.amepre.2004.03.006 obtenido desde: http://www.ipenproject.org/documents/publications_docs/owenwalkreview.pdf

Paffenbarger, R., Hyde, R., Wing, A., Lee, I., Jung, D y Kampter, J. (1993). The association of changes in physical activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. *The New England Journal Medicine*, 328, 538-545. Obtenido desde <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMI1993022532808043#article>

- Palomares Cuadros, J. (2003). *Motivaciones, hábitos físico-deportivos y usos de los espacios del parque Periurbano Dehesas del Generalife*. Granada. Reprodigital. Obtenido desde <http://tesis.com.es/documentos/motivaciones-habitos-fisicodeportivos-usos-espacios-parque/>
- Parish, L. y Treasure, D (2003). Physical Activity and Situational Motivation in Physical Education: Influence of the Motivational Climate and Perceived Ability. *Research Quarterly for Exercise and Sport by the American Alliancenfor health. Physical Education, Recreation and Dance*, 74(2), 173-182. Obtenido <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12848230>.
- Pate, R., R., Pratt, M., Steven, N y cols (1995). Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease and Prevention and the American College of Sport Medicine. *Journal of the American Medical Association*, 273(5), 402-407. Obtenido desde: <http://www.ncbi.nlm.gov/pubmed/17762377.elderly>.
- Peat, J. K. (1996). The Epidemiology of Asthma. *Current Opinion in Pulmonary Medicine*, 2(1), 7-15. Obtenido desde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9363109>.
- Peña de León, E., Aguilar, S., Suárez, A y Reyes, G. (2007). Validación Mexicana de la escala MOS-HIV de la calidad de vida e pacientes infectados por el VIH. *Revista Panamericana Salud Pública*, 21(5), 313-319. Obtenido desde: http://revista.paho.org/index.php?a_ID=918
- Perea, R. (1992). “Educación para la salud” En: Las materias transversales como criterio de calidad educativa. III Jornadas sobre la LOGSE. Proyecto Sur de Ediciones. Obtenido desde <http://www.buenastareas.com/temas/materias-transversales>
- Pérez Samaniego, V.M. (1999). El cambio de las Actitudes hacia la Actividad Física Relacionada con la Salud: Una investigación con los estudiantes de Magisterio

- Especialistas en Educación Física. Tesis Doctoral, Universidad de Alcalá, Madrid.
Obtenido desde <http://ddd.uab.cat/pub/revpsidep/19885636v13n2p157.pdf>
- Phillon, S. (2008). The acute effects of acupuncture on the performance of 20km bike. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 18(1), 6-80. doi: 10.1097/JSM.0b013e31815ed6a9
- Plan de Atención a la Salud de las Personas PASP 2001-2006. OPS/OMS, CCSS. 2001.
Obtenido desde: <http://www.binasss.sa.cr/Paspcr.pdf>
- Prochaska, J. O. (1994). Strong and weak principles for progressing from precontemplation to action on the basis of twelve problem behaviors. *Health Psychology*, 13(1), 47-51.
Obtenido desde <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionTobuy&id=1994-26988-001>
- Pyron, M. (2003). *Exercise and the older adult*. ACSM Fit Society Page, summer p.1.
Obtenido desde: <http://www.nutrinform.com/pagina/info/ipastango.pdf>
- R Development Core Team. (2010). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. Obtenido desde <http://www.lsw.uni-heidelberg.de/users/christlieb/teaching/UKStass10/R-refman.pdf>
- Racionero, L. (1983). *Del paro al ocio*. Barcelona, España. Obtenido desde http://www.anagrama-ed.es/titulo/A__69
- Rangul, V., Holmen, T., Kurtze, N., Cuypers, K. y Midthjell, K. (2008). Reliability and validity of two frequently used self-administered physical activity questionnaires in adolescents. *BMC Medical Research Methodology*, 15(8), 47. doi: 10.1186/1471-2288-8-47

Reid., RD, Tulloch , S., Sigal, R., Kenny, G. , Fortier, M, McDonnell, L.,Wells G.A., Boulé, G., Phillips, P., y Coyle, D. (2010). Effects of aerobic exercise, resistance or both, on patient-reported health status and well-being in type 2 diabetes mellitus: a randomized trial. *Diabetología*, 53(4), 632-640. doi: 10.1007/s00125-009-1631-1

Rodríguez, M. J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: (Ed). Síntesis. Obtenido desde: <http://www.ujaen.es/~spuertas/Private/PT4.ppt>

Rojas, C. (2002). *Nivel de actividad física y posibles causas de sedentarismo en estudiantes de secundaria varones y mujeres entre los 12 y los 18 años del Colegio de Santa Ana en el 2002*. Tesis presentada como requisito para la obtención del grado de licenciatura en ciencias del deporte con énfasis en salud. Universidad Nacional, Heredia, Costa Rica.

Ronderos, M. (2001). *Enfermedades cardiovasculares en Costa Rica*. Encuesta basal de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles Cartago, Costa Rica. Ministerio de Salud Pública. Obtenido desde http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/boletines/doc_view/390-encuesta-basal-carmen

Roque, R (1999). *Actividad Física y Salud*. Obtenido desde <http://www.ucam.ed/Actividad%20fisica%20salud>.

Ruíz, L. (2002). *Naturaleza biológica del hombre*. Capítulo I. En Guillén del Castillo, Manuel y Linares Girela, Daniel: Bases biológicas y fisiológicas del movimiento humano, Conceptos básicos. España: Editorial Médica Panamericana.

Sallis, J. F., y Owen, N. (1999). *Physical activity and behavioral medicine*. SAGE publications, Inc. Obtenido desde

http://books.google.co.cr/books/about/Physical_Activity_and_Behavioral_Medicin.html

Sallis, J.F, Prochaska, J. J y Taylor, W. C (2000). A review of correlates of physical activity of children and adolescents. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 32, 963-975. <http://www.edf.ufpr.br/mestrado/Referencias2006/AFS%20Sallis%20et%20al%202000.pdf>

Sana, Ouali. M.D; Elyes Neffeti. M.D; Karima., Ghoul. M.D; Sami Hammas, M.D., Slim, Kacem M.D, Rim Gribaa, M.D., Fahm Remedi, M.D.; Essia Boughzela, M.D. (2010). DDV Versus VVIR Pacing in Patients Ages 70 and over, with complete Heart Block. *Pacing Clin Electrophysiol*, 33(5), 583-589. doi: 10.1111/j.1540-8159.2009.02636.x

Sánchez, R., Venegas, M., Otero, J. y Sánchez, O. (2009). Adaptación transcultural de los escalas para medir calidad de vida en pacientes con cáncer en Colombia: EORTC QLQ-C30 y QLQ-BR23. *Revista Colombiana Cancer*,13(4), 205-212. Obtenido desde [http://www.cancer.gov.co/documentos/RevistaCC2009%20Vol%2013\(4\)/rcc2009v13n4a03.pdf](http://www.cancer.gov.co/documentos/RevistaCC2009%20Vol%2013(4)/rcc2009v13n4a03.pdf)

Sánchez, F. (1996). *La actividad física orientada hacia la salud*. España. Biblioteca Nueva. Obtenido desde <http://148.201.94.3:8991/f?func=direct&tbase=ITEO1&docnumber=000129882&gshyeuer2>

Sandín, B. (1999). Escala de Síntomas Somaticos Revisada (ESS-R). En el estrés psicosocial: conceptos y consecuencias clínicas. Madrid: Klinik. Obtenido desde <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3177>. ISBN: 8470304232 ISBN-13: 9788470304231

Santoja, F, y Martínez, I (1992). *Valoración Medico- deportiva Escolar*. Secretario de publicaciones. Universidad de Murcia.

Scascighini, L, Angst, F, Uebelhart, D, Aeschlimann, A. (2008). Translation, transcultural, reality and validity of the Patient Satisfaction Questionnaire in German. *Physiotherapy*, 94(1), 43-55. doi: 10.1016/j.physio.2007.04.010

Serra, J. (2008). *Factores que influyen la práctica de la actividad física en la población adolescente de la provincia de la Huesca*. Universidad de Zaragoza. Departamento de expresión Musical, Plástica y Corporal. Tesis Doctoral. Obtenido desde: zaguan.unizar.es/record/1903/files/TUZ_0027_serra-factor.pdf

Serrano, A., Field, J., y Prieto, G. (1994). Obesidad. México. *PAIDOS-Pediatría*, 6(1):3-12. Obtenido desde <http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-00902002000100002>.

Sierra, D., Pérez, A., y Núñez, M. (2005). Representaciones sociales en jóvenes consumidores y no consumidores de sustancias psicoactivas. *Adicciones*, 17(4), 349-360. Obtenido desde <http://www.adicciones.es/files/Perez.pdf>

Smith, T. G. (1988). *Introduction*. In: Smit TG, editor. *Measuring Health: a Practical Approach*. London: John Wiley. Obtenido desde: <http://www.cabdirect.org/abstracts/19882055644.html;jsessionid=91F8DF40EAB1BC400BDA95B4BB7E6093>

Sobolski, J. C., Kolesar, J., Kotnitzer, M. D., DeBacker, G., Mikes, Z., DrAMAIX, mm., Degre., S., y Denolin., H. (1988). Physical Fitness does not reflect physical activity patterns in middle-age workers. *Medicine in Science in Sports and Exercise*, 20, 6-13. Obtenido desde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3343918>.

Staquet, M.J , Hayes, R. D. y Fayers, P. M. (2000). Quality of life assessment in Clinical trials. *Methods and practice*. Oxford: Oxford University Press,18(5),419-423. doi:10.1002/(SICI)1097-0258(20000530)

Starfield, B. (2001). Basic concepts in population health and health care. *Journal Epidemiol Community Health*, 2001, 55, 452-454. doi: 10.1136/jech.55.7.452

Shephard, R. J (1984). Physical activity and “wellness” of the child. En R.A. Boileau (Ed). *Advances in Pediatric Sport Sciences, Human Kinetics,1*, 1-27. Obtenido desde: <http://www.larnet.org/2002-2.html>

Stone, G.C. (1979). Health and the health system: A historical Overview and conceptual framework. En G.C.Stone, F. Cohen y N.E. Alder (Eds). *Health Psychology*. Pp.(1-17). San Francisco CA: Jossey- Bass. Obtenido desde: <http://books.google.com.mx/books?isbn=6074811253>.

Streiner, D. (2003). Being inconsistent about consistency: when coefficient alpha does and doesn't matter. *Journal of Personality Assessment*, 80(3), 217-222. doi: 10.1207/S/5327752JPA8003_01

Telama, R., Yanng X., Viikari J., Valimaki I., Wanne O., y Raitakari, O. (2005). Physical activity from childhood to adulthood: a 21 year tracking study. *American Journal of Preventive Medicine*, 28, 267-73. doi: 10.1016/j.amepre.2004.12.003.[http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(0400339-3/pdf](http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(0400339-3/pdf)

Tercedor., P y Delgado, M. (2000). Modalidades de la práctica de actividad física en el estilo de vida de los escolares. *Revista Digital EFdeportes*, 5(24). Obtenido desde <http://www.efdeportes.com/efd24b/estilo.htm>

Testa, M.A. y Simonson, D.C. (1996). Assessment of Quality of Life Outcomes. *New England Journal*, 334 (13), 835-840. Obtenido desde <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM/199603283341306>

Tuesta, R., Centeneno, H., Null, M., García N., y Lobo, J. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud y determinantes sociodemográficos en adolescentes de Barranquilla Colombia. *Salud Uninorte(1)* 53-63. Obtenido desde: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=81724107>.
http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud_uninorte/24-1/6_Calidad_de_vida_ado.pdf

The Catholic Encyclopedia. (1999). *Family*. Obtenido desde <http://www.newadvent.org>

Torres, G. J (2012). Correo electrónico sobre la autorización del cuestionario sobre Estilos de Vida Saludable. (jtorresg@ugr.es). 02/07/2012.

Torres, G. J. (1999). *La actividad física para el ocio y el tiempo libre*. Una propuesta didáctica España, Granada. Editorial. Proyecto Sur-Rosillo'S. Obtenido desde <http://www.ugr.es/...%20Especialista%20en%20Educación%20Física/Actividad%20Física%20para%20el%20Ocio%20y%20el%20Tiempo%20Li>.

Tudor-Locke, C. y Myers, A. (2001). Challenges and opportunities for measuring physical activity in sedentary adults. *Sports Medicine*, 31(2), 91-100.

Tuesca, R., Centono, H., Salgado, M., García, N., y Lobo, J. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud y determinantes sociodemográficos en adolescentes de Baranquilla (Colombia). Obtenido desde: http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud_uninorte/24-1/6_Calidad_de_vida_ado.pdf.

- Unimer, La Nación. (2006). (Octubre, 16 2006) Mitad de los Costarricenses nunca realiza ejercicio. Obtenido desde: http://www.nacion.com/ln_ee/2006/octubre/30/aldea874345.html.
- Ureña, P. (2008). Calidad de Vida, sentido de coherencia y niveles de sedentarismo en académicos (as) y administrativos del Campus Presbítero Benjamín Nuñez, UNA. *Revista MHSalud*, 5(2), 1-15. Obtenido desde: <http://www.revistas.una.ac.cr/index.php/mhsalud/article/view/363.0>
dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=3579649
- Varela, J. (1991). Los métodos de consenso en el sector sanitario. *Gaceta sanitaria, Editorial*, 5(24), 114-116. Obtenido desde [http:// apps.elsevier.es/watermark/ctl_servet?_f=10&pident_articulo=13140867&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=138&ty=30&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=138v05n24a13140867pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servet?_f=10&pident_articulo=13140867&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=138&ty=30&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=138v05n24a13140867pdf001.pdf)
- Vicky, S y Mike., H. (2001). Metodología de adaptación transcultural de instrumentos de medida de la calidad de vida relacionada con la salud. *Gencat* 24. Obtenido desde: <http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/html/es/dir384/doc8075.html>
- Vilagut, G. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 135-150. Obtenido desde: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112005000200007&script=sci_arttext
- Vilchez, G. (2007). Adquisición y mantenimiento de Hábitos de vida saludable en los escolares de tercer ciclo de educación primaria de la comarca granadina de los Montes Orientales y la influencia de la educación física sobre ellos. Tesis doctoral. Facultad de Ciencias de la Educación. Departamento de didáctica de la expresión musical, plástica y corporal. Granada. Obtenido desde <http://digibug.urg.es/bitstream/10481/1561/1/16729158.pdf>

- Wagner, A., Gandek, B., Aaronson, N., Acquadro, C., Alonso, J. y Apolone, G. (1998). Cross-cultural comparisons of the content of SF-36 translations across 10 countries: results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment. *Journal of Clinical Epidemiology*, (51), 925-932. Obtenido desde: [http://www.jclinepi.com/article/S0895-4356\(98\)00083-3/abstract](http://www.jclinepi.com/article/S0895-4356(98)00083-3/abstract)
- Ware, J. E. Jr., Gandek, B., y el IQOLA Project Group. (1994). The SF-36 Health Survey: development and use in mental health research and the IQOLA project. *International Journal of Mental Health*, 23(2), 49-73. Obtenido desde <http://www.sf-36.org/tools/sf36.shtml>
- Ware JE Jr., Sherbourne, CD. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) (I). Conceptual framework and item selection. *Medicine Care*, 1992(30), 473-483. Obtenido desde <http://www.jstor.org/stable/3765916>
- Ware, J. E., Gandek, B., Kosinski, M., Aaronson, NK., Apolone, G. y Brazier. (1998). The equivalence of SF-36 summary health scores estimated using standard and country-specific algorithms in 10 countries: results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment. *Journal of Clinical Epidemiology*, 1998 (51), 1167-1170. Obtenido desde: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9817134>
- Ware, J. E. (2000). SF-36 health survey update. *Spine*, 2000(25), 3130-3139. Obtenido desde <http://wolsen.tumc.org/pdf/sf36update.pdf>
- Ware, J. E., Snow, K. K., Kosinski, M., y Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey: manual and interpretation guide*. Boston: New England Medical Center; 1993. Obtenido desde <http://www.musc.edu/dfm/RCMAR/SF36.html>

Ware, J.E, Kosinski, M., Gandek B., Aaronson, N. K., Apolone, G. y Bech, P. (1998).The factor structure of the SF-36 Health Survey in 10 countries: results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment. Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 1159-1165. Obtenido desde <http://www.Jclinepi.com/article/PIIS0895435698001073/fulltext>

Ware, J.E., Kosinski, M. y Keller, S.D (1994). *SF-36 physical and mental health summary scales: a user's manual*. EEUU: The Health Institute. Obtenido desde: <http://www.sf36-org/tools/sf36.shtml>

Watters , J., y Asattia, J. (2009). Psychosocial correlates of dietary fat intake in African-American adults: a cross-sectional study. *Nutrition Journal*, 8(15), 1-9. doi: 10.1186/1475-2891-8-15.<http://www.nutritionj.com/content/pdf/1475-2891-8-15-pdf>

Welk, G. J. (2002): *Physical activity assessments for health-related research*. Human Kinetics. Obtenido desde <http://www.humankinetics.com/products/all-products/physical-activity-assessments-for-health-related-research>

World Health Organization. (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Ginebra, Suiza: WHO. Technical Report Series 894. Obtenido desde http://whtqlibdos.who.int/trs/WHO_TRS_894.pdf

World Health Organization. (2002). *World health report: reducing risks, promoting healthy life*. Geneva 27: WHO. Obtenido desde http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf

Anexo

Instrumento de la investigación (Cuestionario sobre hábitos de vida vinculados a la salud) PRIMERA PARTE

ANEXO II

Tema de la investigación: Validación de un instrumento sobre estilos de vida saludable en adolescentes en un colegio público en estudiantes de II y III ciclo del área metropolitana.

- Responda a las siguientes frases siguiendo la siguiente escala:

1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre

Para responder debes tomar en cuenta los siguientes conceptos los cuales son diferentes y muy importantes:

- **Concepto de Actividad Física:** Es cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos y que requiere un cierto gasto energético; por ejemplo: actividades que realizas en el colegio o en tu casa, como lavar, barrer, cortar el zacate del jardín, o lavar el auto (Pérez, 1999).
- **Concepto de ejercicio físico:** es aquella actividad física que se realiza de una forma determinada y con objetivos concretos, en el ejercicio se involucran gran grupos musculares, son planeadas, estructuradas, programadas y constantes, tienen un objetivo o meta el cuál es mantener la salud del individuo desde un punto de vista físico y mental por ejemplo; correr, bailar, aeróbicos, o ir al gimnasio a realizar el plan de entrenamiento (Pérez, 1999). Existen dos tipos de ejercicios:
- **Ejercicio anaeróbico:** cuando se trabaja a una intensidad alta, (muchísimo esfuerzo), tiempos cortos (10 seg. a 2 min.) y poca cantidad, por ejemplo correr 100 metros a máxima velocidad, nadar a máxima velocidad una prueba como los 50 metros o los 100 metros libres, o correr a máxima velocidad cuando nos deja el bus.
- **Ejercicio aeróbico:** cuando se trabaja a intensidades bajas o moderadas de esfuerzo, períodos prolongados (15 minutos a 60 minutos) y cantidades mayores, por ejemplo nadar, trotar, realizar clases de aeróbicos, caminar, ciclismo y bailar.
- **Concepto de deporte:** Es un tipo de ejercicio físico, cuyas características son: existe un reglamento que lo rige, tiene un objetivo específico y además, presenta un carácter competitivo, por ejemplo: boxeo, fútbol, karate, triatlón, etc (Pérez, 1999).

- Responda a las siguientes frases siguiendo la siguiente escala:

1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre

Número de ítem correspondiente a la dimensión de **Hábitos Alimentarios**.

		1	2	3	4	5
1.	Casi todos los días como algunas golosinas: chicles, caramelos, confites y chocolates.					
2.	En mi casa nos preocupamos mucho por mantener una dieta sana y equilibrada.					
3.	Conozco los alimentos que más perjudican mi salud.					
4.	Me gusta comer frutas: bananos, naranjas, y vegetales: espinacas, lechugas, tomates.					
5.	Cuando llega la hora de comer no tengo hambre.					
6.	Desayuno sentado y tranquilo.					
13.	Bebo agua durante y después de las clases de Educación Física con regularidad.					

(Cuestionario sobre hábitos de vida vinculados a la salud II PARTE.

Conteste con una sola "X" excepto en las preguntas que se indica que puedes poner más

- 41.** ¿Cuántos períodos de comidas realizas al día?

1) Almuerzo	4) Desayuno, almuerzo, merienda por la mañana y cena
2) Almuerzo y cena	5) Desayuno por la mañana, almuerzo, merienda en la tarde y cena
3) Desayuno, almuerzo y cena	Explique

- 42.** Señalá los alimentos que solés consumir generalmente al desayunar en tu casa. (Máximo dos alimentos)

1) Leche o yogurt	3) Dulces o repostería	5) Otros alimentos
2) Jugo o frutas	4) Cereales, pan, pinto o	6) y los snaks

		tortillas		
--	--	-----------	--	--

43. ¿Dónde desayunás los días que vas al colegio?

	1) En mi casa antes de salir al colegio		4) En el recreo
	2) En el camino hacia el colegio		5) No desayuno
	3) En el aula		6) otro:

44. ¿Cuántos días a la semana te quedás a comer en el comedor del colegio?

	Ninguno		Cuatro Días
	Un día		Todos los días, de lunes a viernes
	Dos Días		
	Tres Días		

45. ¿Qué comes durante los recreos?

	1) Nada		5) Empanadas, hamburguesas, Perros caliente., emparedados
	2) Gaseosa		6) Frutas o Jugos
	3) Yogurt o leche		7) otros, explique
	4) Productos empacados o (galletas) repostería, brownies, costillas, palitos de queso		8) Snaks

46. ¿Qué bebidas tomás con más frecuencia durante el día?

	1) Refrescos Gaseoso		2) Refrescos natural		3) Jugos		4) Leche		5) Agua		6) Otros
--	----------------------	--	----------------------	--	----------	--	----------	--	---------	--	----------

47. ¿Cuántas frutas te comés al día?

	Ninguna		Una		Dos		Tres		Cuatro		Más de 4
--	---------	--	-----	--	-----	--	------	--	--------	--	----------

74. ¿Qué hacés con más frecuencia los días de la semana cuando salís del colegio? (Marcá con una "x" cada una de las opciones)

	Nunca 1	Casi nunca 2	Algunas veces 3	Casi siempre 4	siempre 5
Jugar con la computadora o videojuegos					
Practicar deporte y ejercicio					
Ver televisión					
Hacer las tareas y estudiar					
Jugar en la calle o plaza					
Leer					
Ayudar a mis padres en el trabajó o con mis hermanos y hermanas					

Otras _____

78. Señalá los alimentos que solés consumir generalmente al desayunar en el colegio. (Máximo dos alimentos)

1) Leche o yogurt	3) Dulces o repostería	5) Otros alimentos
2) Jugo o frutas	4) Cereales, pan, pinto o tortillas	6) y los snaks

Número de ítem correspondiente a la dimensión de **Actitud Hacia la Clase de Educación Física.**

		1	2	3	4	5
7.	Casi todos los días como algunas golosinas: chicles, caramelos, confites y chocolates.					
8.	Los ejercicios y las actividades físicas, independientemente en la forma en la que se realicen, todos son buenos.					

9.	En la clase de Educación Física hay mucha diversión.					
10.	Me esfuerzo para mejorar mi salud.					
11.	La asignatura de Educación Física es una de las que más me gustan.					
12.	Antes de realizar una actividad física se recomienda comer.					
16.	Siempre voy a clases de Educación Física con la ropa y calzado adecuado.					
17.	Al utilizar el material lo hacemos de forma ordenada.					
18.	Los alumnos y las alumnas de la clase de Educación Física respetan y cumplen las normas o reglas de la misma.					
19.	Suelo tomarme las pulsaciones cuando realizo alguna actividad física para verificar el estado de mi corazón.					
20.	En el lugar en el cual realizo clases de Educación Física, procuro dejarlo todo igual de limpio o mejor de como lo encontré.					
28.	Todos mis compañeros y compañeras me buscan para que forme equipos con ellos-ellas para jugar.					

En las siguientes preguntas marque con una "X" donde usted considere mejor la respuesta (SÍ O NO)

		SÍ	NO
39.	Casi nunca digo en las clases de Educación Física: "Yo no sé, a mi no me sale, esto no me gusta".	SÍ	NO

Número de ítem correspondiente a la **Dimensión de Socialización**

		1	2	3	4	5
21.	Realizar actividades físicas y juegos en Educación Física hacen que me sienta bien.					
22.	A mis compañeros y a mis compañeras les gusta mi compañía y se lo pasan muy bien conmigo.					
23.	Mis amigos y mis amigas me dicen que soy muy bueno en el deporte.					
24.	Cuando discuto con alguien enseguida nos disculpamos.					
25.	Los compañeros de mi clase se pelean conmigo con bastante frecuencia.					
26.	Todos mis compañeros y compañeras me buscan para que forme equipos con ellos-ellas para jugar.					
27.	Para jugar me da lo mismo formar pareja con una mujer o un hombre.					
29.	Me gusta jugar con mujeres y hombres de otras razas distintas de la mía.					
30.	Las clases de Educación Física me ayudan a hacer amigos y amigas.					
31.	Me encuentro a gusto en mi colegio.					

32.	Me da igual que en mi equipo haya mujeres u hombres para jugar en cualquier actividad.					
33.	Ayudo a mis compañeros y compañeras en los ejercicios o actividades físicas que les cuestan.					

Número de ítem correspondiente a la **Dimensión de Hábitos Nocivos y Aceptación Personal.**

		1	2	3	4	5
37.	Al utilizar el material lo hacemos de forma ordenada.					

En las siguientes preguntas marque con una "X" donde usted considere mejor la respuesta (SÍ O NO)

		SÍ	NO
38.	¿Alguna vez has fumado?	SÍ	NO
39.	¿Estoy contento con mi estatura y peso?	SÍ	NO
75.	¿En el recreo juego?	SÍ	NO
79.	¿Realizó otros ejercicios o deportes además de la clase de Educación Física	SÍ	NO

Número de ítem correspondiente a la **Dimensión de Hábitos de Higiene.**

		1	2	3	4	5
14.	Me preocupo por ir al colegio bien aseado, peinado y vestido.					
15.	Me aseo cuando termino la clase de Educación Física.					

(Cuestionario sobre hábitos de vida vinculados a la salud II PARTE.

Conteste con una sola "X" excepto en las preguntas que se indica que puedes poner más

48. ¿Cuántas veces te lavás los dientes?

No me los lavo		Después de todas las comidas
Cuando me acuerdo		Una vez, antes de dormir
Tres veces al día		Otros.

49. ¿Con qué frecuencia te bañas a la semana?

Nunca		Una vez		Dos veces		Tres veces		Cuatro veces		5 o más veces
-------	--	---------	--	-----------	--	------------	--	--------------	--	---------------

Número de ítem correspondiente a la **Dimensión de Hábitos de Adherencia al ejercicio**.

56. ¿Qué hacés con más frecuencia los días de la semana cuando salís del colegio? (Marcá con una “x” cada una de las opciones)

	Nunca 1	Casi nunca 2	Algunas veces 3	Casi siempre 4	siempre 5
Practicar deporte y ejercicio					

Otras _____

59. ¿Qué hacés con más frecuencia los días de la semana cuando salís del colegio? (Marcá con una “x” cada una de las opciones)

	Nunca 1	Casi nunca 2	Algunas veces 3	Casi siempre 4	siempre 5
Jugar en la calle o plaza					

64. ¿Durante las vacaciones a qué dedicás la mayor parte del tiempo? (Marcá con una “x” cada una de las opciones).

	Nunca 1	Casi nunca 2	Algunas veces 3	Casi Siempre 4	Siempre 5
Practicar deporte y ejercicio					

72. ¿Qué hacés durante los recreos? (Marcá con una “x” en **todas las casillas** la opción que considerés correcta).

	Nunca 1	Casi Nunca 2	Algunas veces 3	Casi Siempre 4	Siempre 5
Sentarme y pasar el tiempo					

73. ¿Qué hacés durante los recreos? (Marcá con una “x” en **todas las casillas** la opción que considerés correcta).

	Nunca 1	Casi Nunca 2	Algunas veces 3	Casi Siempre 4	Siempre 5
Pasear y hablar con los amigos					

74. ¿Qué hacés durante los recreos? (Marcá con una “x” en **todas las casillas** la opción que considerés correcta).

	Nunca 1	Casi Nunca 2	Algunas veces 3	Casi Siempre 4	Siempre 5
No sé qué hacer y me aburro					

76. ¿Qué hacés durante los recreos? (Marcá con una “x” en **todas las casillas** la opción que considerés correcta).

	Nunca 1	Casi Nunca 2	Algunas veces 3	Casi Siempre 4	Siempre 5
Jugar a las carreras o a las perseguidas					

77. ¿Qué hacés durante los recreos? (Marcá con una “x” en **todas las casillas** la opción que considerés correcta).

	Nunca 1	Casi Nunca 2	Algunas veces 3	Casi Siempre 4	Siempre 5
No juego nada					

80. ¿Realizás algún tipo de calentamiento antes de iniciar algún ejercicio físico?

<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
--------------------------	----	--------------------------	----

81. ¿Realizás estiramientos o alguna actividad suave al finalizar algún ejercicio físico?

<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
--------------------------	----	--------------------------	----

82. Prácticas algún tipo de actividad física o deportiva además de la que realizás en el colegio en las clases de Educación Física, como por ejemplo: pertenecer a un equipo del Comité Cantonal o clubes deportivos? Si marcás Sí pasá a la pregunta 27.

	No, solo practico cuando tengo educación física		Sí, en el gimnasio
	Sí, pertenezco al Comité Cantonal		Sí, juego en la calle con mis amigos ya amigas
	Sí, pertenezco a un club deportivo		Sí, otras formas

83. Señalá las razones por las que SÍ PRACTICÁS alguna actividad física además de la que realizás en las clases de Educación Física en el colegio? (Máximo dos “X”).

	Porque me divierto		Porque me gusta hacer deporte
	Porque me ayuda a mantener la línea		Porque cuido y mejoro mi salud
	Porque me encuentro con mis amigos-as		Porque me gusta competir
	Porque mis padres quieren que haga deporte		Porque es bueno hacer ejercicio físico
	Porque me entretiene		Otros

84. ¿Perteneceés a algún equipo deportivo?

	SI		NO
--	----	--	----

85. ¿Qué deportes o actividades físicas practicas con más frecuencia? (Máximo dos “x”). Marcá en orden de importancia asignándole un “1” al más importante y “2” al segundo menos importante.

	Atletismo		Voleibol		Gimnasia
	Judo o artes marciales		Aeróbicos o baile		Ciclismo, o montar en bicicleta
	Natación		Trotar o correr		Senderismo
	Tennis		Fútbol		Fútbol sala
	Balonmano		Baloncesto		Otros

86. ¿Cuántos días a la semana realizás esa actividad?

<input type="checkbox"/>	Uno	<input type="checkbox"/>	Dos	<input type="checkbox"/>	Tres	<input type="checkbox"/>	Cuatro	<input type="checkbox"/>	O más de 5
--------------------------	-----	--------------------------	-----	--------------------------	------	--------------------------	--------	--------------------------	------------

87. ¿Cuánto tiempo le dedicás al día a esa actividad física o deportiva?

<input type="checkbox"/>	Media hora	<input type="checkbox"/>	Una hora	<input type="checkbox"/>	Hora y media	<input type="checkbox"/>	Dos horas	<input type="checkbox"/>	Dos horas y media	<input type="checkbox"/>	Más de dos horas y media
--------------------------	------------	--------------------------	----------	--------------------------	--------------	--------------------------	-----------	--------------------------	-------------------	--------------------------	--------------------------

88. ¿Hay actividades deportivas extracurriculares en tu colegio para poder practicar deporte por las tardes?

<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
--------------------------	----	--------------------------	----

Número de ítem correspondiente a la **Dimensión de Uso del Tiempo Libre**.

51. ¿Cuántas horas ves la televisión al día?

<input type="checkbox"/>	Nada	<input type="checkbox"/>	Menos de 1 hora	<input type="checkbox"/>	De 1 a 2 horas	<input type="checkbox"/>	De 2 a 4 horas	<input type="checkbox"/>	Más de 4 horas
--------------------------	------	--------------------------	-----------------	--------------------------	----------------	--------------------------	----------------	--------------------------	----------------

55. ¿Cuánto tiempo usás la computadora por día?

<input type="checkbox"/>	Menos de 1 hora	<input type="checkbox"/>	De 1 a 2 horas	<input type="checkbox"/>	De 2 a 4 horas	<input type="checkbox"/>	Más de 4 horas
--------------------------	-----------------	--------------------------	----------------	--------------------------	----------------	--------------------------	----------------

58. ¿Qué hacés con más frecuencia los fines de semana? (Marcá con una "x" cada una de las opciones)

	Nunca 1	Casi nunca 2	Algunas veces 3	Casi siempre 4	siempre 5
Hacer las tareas y estudiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

60. ¿Qué hacés con más frecuencia los fines de semana? (Marcá con una "x" cada una de las opciones)

	Nunca 1	Casi nunca 2	Algunas veces 3	Casi siempre 4	siempre 5
Leer					
Ayudar a mis padres en el trabajo o con mis hermanos y hermanas					

61. ¿Qué hacés con más frecuencia los fines de semana? (Marcá con una “x” cada una de las opciones)

	Nunca 1	Casi nunca 2	Algunas veces 3	Casi siempre 4	siempre 5
Ayudar a mis padres en el trabajo o con mis hermanos y hermanas					

62. Durante las vacaciones a qué dedicás la mayor parte del tiempo? (Marcá con una “x” cada una de las opciones).

	Nunca 1	Casi nunca 2	Algunas veces 3	Casi Siempre 4	Siempre 5
Jugar con la computadora o videojuegos					

63. Durante las vacaciones a qué dedicás la mayor parte del tiempo? (Marcá con una “x” cada una de las opciones).

	Nunca 1	Casi nunca 2	Algunas veces 3	Casi Siempre 4	Siempre 5
Practicar deporte y ejercicio					

65. Durante las vacaciones a qué dedicás la mayor parte del tiempo? (Marcá con una “x” cada una de las opciones).

	Nunca 1	Casi nunca 2	Algunas veces 3	Casi Siempre 4	Siempre 5

Ver televisión					
----------------	--	--	--	--	--

66. Durante las vacaciones a qué dedicás la mayor parte del tiempo? (Marcá con una “x” cada una de las opciones).

	Nunca 1	Casi nunca 2	Algunas veces 3	Casi Siempre 4	Siempre 5
Hacer las tareas y estudiar					

68. Durante las vacaciones a qué dedicás la mayor parte del tiempo? (Marcá con una “x” cada una de las opciones).

	Nunca 1	Casi nunca 2	Algunas veces 3	Casi Siempre 4	Siempre 5
Leer					

69. Durante las vacaciones a qué dedicás la mayor parte del tiempo? (Marcá con una “x” cada una de las opciones).

	Nunca 1	Casi nunca 2	Algunas veces 3	Casi Siempre 4	Siempre 5
Ayudar a mis padres en el trabajo o con mis hermanos y hermanas					

71. ¿Cuánto tiempo usás la computadora por día?

	Menos de 1 hora		De 1 a 2 horas		De 2 a 4 horas		Más de 4 horas
--	-----------------	--	----------------	--	----------------	--	----------------

Número de ítem correspondiente a la **Dimensión de Hábitos de postura y Hábitos de Sueño.**

51. ¿De qué forma llevás el material escolar al colegio?

	1) En la mano		4) No llevo porque los dejo en el locker
	2) En un salveque colgada a la espalda por los dos hombros		5) En un salveque colgada en un solo hombro
	3) En un salveque con ruedas		6) Otros.

52. ¿A qué hora te acostás los fines de semana?

1) Antes de las 9		2) Entre las 9 y 11		3) Después de las 11
-------------------	--	---------------------	--	----------------------

53. ¿A qué hora te acostás durante los días escolares?

1) Antes de las 9		2) Entre las 9 y 11		3) Después de las 11
-------------------	--	---------------------	--	----------------------

90. Mirá los dibujos y señalá el que creas que indica mejor la posición en la que vos solés estar más tiempo sentado en clase. Marca con una "X" la letra del dibujo elegido.



91. Observá en estos tres dibujos y señalá el que creás que se parece más a la altura de tu silla y mesa del colegio en relación con tu estatura.

92. Observá los dibujos y señalá qué postura utilizás normalmente para tomar algo que pese y que esté en el suelo (Marca con una "X" en la letra del dibujo).

Número de ítem correspondiente a la **Dimensión sobre Aspectos de Salud**.

		1	2	3	4	5
34	Creo que lo importante en los juegos es participar, más que ganar.					
		1	2	3	4	5
35	En mi casa me animan para que haga deporte.					
		1	2	3	4	5
36	Me gusta más jugar con la computadora o videojuegos, que jugar con un balón o montar la bicicleta.					

En las siguientes preguntas marque con una "X" donde usted considere mejor la respuesta (SÍ O NO)

		SÍ	NO
40.	Creo que soy quien mejor tiene condición física de mi clase.	SÍ	NO

50. ¿A qué hora te levantas los fines de semana?

	1)Antes de las 7		2)De 7 a 9		3)De 9 a 10		4) De 10 a 11		5)De 11 a 12		6)más de 12
--	------------------	--	------------	--	-------------	--	---------------	--	--------------	--	-------------

