



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN
FACULTAD DE FILOSOFÍA



**ESTILO DE VIDA, RASGOS DE PERSONALIDAD Y RENDIMIENTO
ACADÉMICO EN ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE MEDICINA
DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD
NACIONAL DE ASUNCIÓN. AÑO 2018**

Tesis presentada a la Facultad de Filosofía de la UNA para
optar por el título de doctor en educación

Autor: Ignacio Ortiz Galeano

Tutor: Dr. Pedro Enrique Rosales Villarroel

Asunción – 2018



El Doctorado en Educación, en el marco del “Programa Paraguayo para el desarrollo de la Ciencia y Tecnología (PROCENCIA), convocatoria 2013 para el financiamiento del programa de apoyo a la formación de Docentes investigadores. Contrato financiado a través del Fondo para la Excelencia de la Educación y la Investigación (FEEI), asignado por el Fondo Nacional de Inversión Pública y Desarrollo (FONACIDE), Programa 14-PO5-019”. Contrato Facultad de Filosofía UNA-CONACYT.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN
FACULTAD DE FILOSOFÍA**



Página de Aprobación

**ESTILO DE VIDA, RASGOS DE PERSONALIDAD Y RENDIMIENTO
ACADÉMICO EN ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE MEDICINA
DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD
NACIONAL DE ASUNCIÓN. AÑO 2018**

**TESIS PRESENTADA PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
DOCTOR EN EDUCACIÓN**

Tutor: Dr. Pedro Enrique Rosales

Autor: Ignacio Ortiz Galeano

Comisión Evaluadora

Comisión Evaluadora

Comisión Evaluadora

Decano

Fecha de Aprobación

Asunción - 2018

*A mis queridos padres Prisciliana y Francisco,
A mis hermanos y sobrinos*

Agradecimientos

Este trabajo ha sido posible gracias a la valiosa y desinteresada ayuda de mis directores de tesis, Dr. Pedro Enrique Rosales Villarroel y Luis Ortiz Jiménez, sin ellos hubiera sido difícil llevar a cabo este estudio, y por ello quiero agradecerles por mostrarme el camino de la investigación y por el tiempo dedicado a mi formación científica.

Especialmente quiero agradecer a Carla Decoud, Gloria Alvarenga y Miguel Ángel Recalde, por el tiempo que me han dedicado en la difícil tarea de la investigación.

A los compañeros/as del Doctorado de la Facultad de Filosofía de la Universidad Nacional de Asunción por su compañerismo.

A todos los alumnos que han participado en este estudio, por su profesionalidad, tiempo y esfuerzo.

Ha sido decisiva para mí la beca que he recibido del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, Paraguay (CONACYT) a través de su programa PROCIENCIA, sin la cual no hubiera sido posible desarrollar este programa de Doctorado en Educación. Gracias al por el apoyo que me ha ofrecido para el desarrollo de este programa de doctorado.

Y finalmente a mi familia, amigos, al Profesor César Chirico Achinelli y María Olmedo por el apoyo que me han brindado.

Resumen

Este informe final es fruto de un estudio que lleva por título "Estilo de vida, rasgo de personalidad y rendimiento académico en estudiantes de la carrera de medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción", cuyo objetivo general es analizar la relación que existe entre el estilo de vida, los rasgos de personalidad y el rendimiento académico en los estudiantes de la carrera de Medicina de la FCM-UNA, año 2018. Se trata de una investigación de enfoque cuantitativo, de nivel descriptivo correlacional y según el tiempo transversal. La población fueron los alumnos de primer, tercer, cuarto y sexto curso la carrera de medicina. La muestra fue no probabilística, por conveniencia, El tamaño de muestra estuvo conformado por 432 alumnos. Para medir las variables se ha creado un cuestionario, validado por expertos. El cuestionario se envió a los alumnos por mensajería instantánea, utilizando la aplicación del formulario Google Drive. Las técnicas estadísticas utilizado para el análisis de los datos fueron la descriptiva y correlacional. En el resultado de la investigación se observa la relación entre el estilo de vida, rasgos de personalidad y rendimiento académico. La relevancia de la investigación es de carácter práctico, porque podría servir para buscar estrategias de mejora del estilo de vida y la prevención y tratamiento de los trastornos de personalidad de los alumnos y de esa manera obtener un mayor rendimiento académico de los estudiantes.

Palabras claves: Rendimiento académico; adultos jóvenes; estudiantes de medicina; alcoholismo; tabaquismo; autonomía.

Summary

This final report is the result of a study entitled "Lifestyle, personality trait and academic performance in students of the medical career of the Faculty of Medical Sciences of the National University of Asunción", whose general objective is to analyze the relationship between lifestyle, personality traits and academic performance in the students of the Medicine career of the FCM-UNA, year 2018. This is a research with a quantitative approach, descriptive correlational level and according to the transverse time. The population was the students of the first, third, fourth and sixth years of medical school. The sample was non-probabilistic, for convenience. The sample size was made up of 432 students. To measure the variables, a questionnaire has been created, validated by experts. The questionnaire was sent to the students by instant messaging, using the Google Drive form application. The statistical techniques used to analyze the data were descriptive and correlational. The result of the research shows the relationship between lifestyle, personality traits and academic performance. The relevance of the research is of a practical nature, because it could serve to seek strategies to improve the lifestyle and the prevention and treatment of personality disorders of students and thus obtain a higher academic performance of students.

Keywords: Academic performance; young adults; Medicine students; Alcoholism; smoking; autonomy.

Resumo

Este relatório final é o resultado de um estudo intitulado "estilo de vida, traço de personalidade e desempenho acadêmico em estudantes de medicina na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nacional de Assunção", cujo objetivo geral é analisar a relação entre estilo de vida, traços de personalidade e desempenho acadêmico em estudantes de carreira Medicina FCM-a de 2018. Esta é uma abordagem quantitativa pesquisa, nível descritivo e de correlação de acordo com o tempo transversal. A população foi a dos alunos do primeiro, terceiro, quarto e sexto anos da faculdade de medicina. A amostra foi não probabilística, por conveniência, e o tamanho da amostra foi de 432 estudantes. Para medir as variáveis, um questionário foi criado, validado por especialistas. O questionário foi enviado aos alunos por mensagens instantâneas, usando o formulário do Google Drive. As técnicas estatísticas utilizadas para analisar os dados foram descritivas e correlacionais. O resultado da pesquisa mostra a relação entre estilo de vida, traços de personalidade e desempenho acadêmico. A relevância da pesquisa é de natureza prática, pois poderia servir para buscar estratégias para melhorar o estilo de vida e a prevenção e tratamento dos transtornos de personalidade dos estudantes e, assim, obter um maior desempenho acadêmico dos estudantes.

Palavras chaves: Rendimento acadêmico; jovens adultos; estudantes de medicina; alcoolismo; fumar; autonomia

Índice

Resumen	VI
Summary	VII
Resumo	VIII
Lista de Abreviaturas	XVI
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1	5
MARCO INTRODUCTORIO	5
1.1. Tema	5
1. 2. Título	5
1.3. Planteamiento del problema	6
1.3.1. Descripción del problema	6
1.3.2. Formulación del problema	8
1.3.2.1. Pregunta general.....	8
1.3.2.2. Preguntas específicas.....	8
1.4. Objetivos de la investigación	9
1.4.1. Objetivo general.....	9
1.4.2. Objetivos específicos.....	9
1.5. Justificación.....	9
2.6. Viabilidad	10
2.7. Limitaciones	10
2.8. Aplicabilidad y utilidad práctica de los resultados.....	11
CAPÍTULO 2	12
MARCO TEÓRICO	12
2.1. Antecedentes de la investigación	12
2.2. Teorías que sustentan la investigación y el marco legal.....	14
2.2.1. Estilos de vida y salud	15
2.2.2. Historia del origen y evolución del estudio de la Personalidad	67
2.2.3. Rendimiento Académico	94
2.2.4. Estado de arte de la investigación	110

2.2.5. Marco legal relacionado a la investigación	119
2.3. Marco situacional (Contexto del estudio).....	121
2.4. Hipótesis.....	123
2.4.1. Hipótesis Alternativa.....	123
2.4.2. Hipótesis Nula	123
2.5. Definición conceptual de las variables.....	123
2.5.1. Rendimiento Académico	123
2.5.2. Estilos de vida.....	124
2.5.3. Personalidad	124
2.6. Definición operacional de las variables	125
2.6.1. Rasgos de personalidad	125
2.6.2. Estilos de vida.....	126
2.6.3. Rendimiento Académico	127
2.7. Aspectos legales vinculantes.....	130
2.8. Aspectos éticos	130
2.8.1. Respeto por la persona	130
2.8.2. Justicia.....	131
2.8.3. Beneficencia.....	131
CAPÍTULO 3	132
DISEÑO METODOLÓGICO	132
3.1. Abordaje metodológico	132
3.2. Aspecto de fondo del proyecto de investigación.....	132
3.3. Nivel de estudio y alcance temporal.....	133
3.4. Unidad de análisis	133
3.5. Población.....	133
3.6. Muestra.....	134
3.7. Muestreo.....	134
3.8. Cálculo del tamaño de muestra	134
3.9. Criterios de inclusión.....	135
3.10. Criterios de exclusión.....	135
3.11. Reclutamiento de datos	135
3.12. Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos.....	136
3.12.1. Fuente	136
3.12.2. Técnica	136

3.12.3. Instrumento	136
3.13. Herramientas y procedimientos de análisis e interpretación de datos.....	147
3.13.1. Preparación de datos	147
4.13. 2. Técnica para el análisis de los datos	148
CAPÍTULO 4	149
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	149
4.1. Presentación de los datos demográficos	149
4.2. Presentación de los factores que explican rasgos de personalidad	150
4.2.1. Primer factor de rasgo de personalidad (Dimensión de Protección, afiliación y cambio)	150
4.2.2. Segundo factor de rasgo de personalidad (Dimensión de logro, exhibicionismo y orden).....	158
4.2.3. Tercer factor de rasgo de personalidad (Dimensión de heterosexualidad)	162
4.2.4. Cuarto factor de rasgo de personalidad (Dimensión de agresión)	164
4.2.5. Quinto factor de rasgo de personalidad (Dimensión de intercepción)	167
4.2.6. Sexto factor de rasgo de personalidad (Dimensión de persistencia)	169
4.2.7. Séptimo factor de rasgo de personalidad (Dimensión de autonomía).....	173
4.2.8. Octavo factor de rasgo de personalidad (Dimensión de dominio).....	174
4.2.9. Noveno factor de rasgo de personalidad (Dimensión de degradación)	176
4.2.10. Décimo factor de rasgo de personalidad (Dimensión de aislamiento).....	177
4.3. Presentación de los factores que explican estilo de vida	178
4.3.1. Primer factor de estilo de vida (Dimensión de actividad física y alimentación) 178	
4.3.2. Segundo factor de estilo de vida (Dimensión de hábitos no saludables)	180
4.3.3. Tercer factor de estilo de vida (Dimensión de autocuidado y actitud positiva) 182	
4.4. Presentación de los factores que explican percepciones sobre rendimiento académico	185
4.4.1. Primer factor de rendimiento académico (Dimensión personal, docente e institucional)	185
4.4.2. Segundo factor de rendimiento académico (Dimensión de evaluación).....	190
4.5. Presentación de la asociación entre los factores de rasgos de personalidad, estilos de vida con el rendimiento académico	191
DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	194
DEMOSTRACIÓN DE HIPÓTESIS	196
CAPÍTULO 5	197
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	197
Conclusiones	197

Recomendaciones.....	199
¿Por qué implementar una Facultad Saludable?	202
Aspectos organizacionales para promover una Facultad Saludable.....	203
1. Las políticas universitarias	204
2. La estructura	205
3. Los procesos.....	205
4. Mallas curriculares.....	206
5. Ambiente físico	207
Pasos sugeridos para construir una Facultad Saludable.....	208
1. Conformación del equipo coordinador.....	208
2. Socialización de la idea a nivel de las autoridades universitarias y apoyo presupuestario para un diagnóstico basal que incluya.....	208
3. Presentación de los resultados a las autoridades superiores, propuesta de un plan estratégico para la FS y compromiso institucional	209
4. Sensibilización, comunicación y difusión interna	209
5. Diseño e implementación de programas.....	209
6. Monitoreo y evaluación	210
Temas estratégicos en una Facultad Saludable	210
La US tiene el potencial de generar beneficios para sí misma, los miembros de la comunidad universitaria y sus familias y son:	210
Problemas y desafíos encontrados en la implementación de un proyecto de una Facultad Saludable.....	211
GLOSARIO.....	213
BIBLIOGRAFÍA.....	224
ANEXO 1	242

Índice de figuras

Fig. 1. Estilo de vida saludable. Elaborado por Ana Elena Hernández. Federación Mexicana de Diabetes.....	20
Fig. 2. Nueva pirámide alimenticia. OMS, 2018.....	29
Fig. 3. Beneficios de la actividad física regular en las personas. Elaboración propia, a partir de OMS, 2016.	35
Fig. 4. Beneficios de la actividad física y efectos de la vida sedentaria. Elaboración propia, a partir de OMS, 2016.....	39
Fig. 5. Efectos del consumo de tabaco en el cuerpo humano. Elaboración propia, a partir de OMS, 2016.	43
Fig. 6. Mapa mundial de consumo de tabaco. OMS, 2016.	44

Fig. 7. Mapa mundial de consumo de alcohol. OMS,2010.....	49
Fig. 8. Consecuencias del consumo agudo y crónico del alcohol. Elaborado por Jorge Sánchez Mejorada (2015).	51
Fig. 9. Otros hábitos, comportamientos y estilos de vida. Diseño y elaboración propia.	60
Fig. 10. Factores relacionados con el rendimiento académico. Diseño y elaboración propia, a partir de Predictores emocionales y cognitivos del bajo rendimiento académico. Fernández, 2010.....	109

Índice de tablas

Tabla 1. Consecuencias del consumo de drogas	56
Tabla 2. Tipos de necesidades de Murray.....	89
Tabla 3. Variables de la investigación.	125
Tabla 4. Operacionalización de la variable estilo de vida.....	128
Tabla 5. Operacionalización de la variable de rasgos de personalidad.	129
Tabla 6. Operacionalización de la variable de rendimiento académico.	130
Tabla 7. Estudio de fiabilidad del cuestionario.	142
Tabla 8. Organización de factores.....	145
Tabla 9. Varianza total explicada.	146
Tabla 10. Característica de la distribución por curso de los alumnos de Medicina FCM-UNA (n=521).	149
Tabla 11. . Ítem 1. Cuando planeo algo me gusta pedir consejo a las personas cuyas opiniones yo respeto.	150
Tabla 12. Ítem 5. Me gusta tener amigos íntimos.....	151
Tabla 13. Ítem 10. Me gusta compartir cosas con mis amigos.....	151
Tabla 14. . Ítem 19. Me gusta saber que tengo a quien acudir ante cualquier problema que tenga.....	152
Tabla 15. Ítem 24. Me gusta que mis amigos me traten bondadosamente.....	152
Tabla 16. . Ítem 25. Me gusta saber que cuento con la ayuda de personas importantes.....	153
Tabla 17. Ítem 26. Me gusta que mis amigos se sientan apenados cuando yo estoy enfermo.....	153
Tabla 18. Ítem 27. Me gusta que mis amigos sean amables conmigo y me animen cuando estoy deprimido.	154
Tabla 19. Ítem 28. Me siento complacido cuando las personas que yo respeto aprueban lo que hago.....	154
Tabla 20. Ítem 34. Me gusta ser generoso/a con las personas que considero necesitan ayuda.	155
Tabla 21. . Ítem 35. Me gusta que mis amigos confíen en mí y me confíen sus problemas.....	155
Tabla 22. Ítem 37. Me gusta experimentar novedades y cambios en mi rutina diaria.....	156
Tabla 23. Ítem 50 Me gusta recibir y dar cariño.....	156

Tabla 24. Ítem 51 Me gusta tener personas con quien hablar de las cosas importantes para mí.....	157
Tabla 25. Ítem 2. Cada vez que emprendo algo me gusta realizarlo lo más rápidamente posible.	158
Tabla 26. Ítem 3. Cualquier cosa que yo haga, me gusta hacerla lo mejor posible.	158
Tabla 27. Ítem 7 Me gusta hacer un plan antes de empezar a hacer algo difícil....	159
Tabla 28. Ítem 8. Cualquier trabajo escrito que yo haga me gusta hacerlo preciso, limpio y bien organizado.	160
Tabla 29. Ítem 18. Me gusta superarme en cada nueva actividad que emprendo.	160
Tabla 30. Ítem 41. Cuando tengo que hacer alguna tarea me gusta empezar y continuar hasta que quede completa.	161
Tabla 31. Ítem 43. Me gusta participar en discusiones acerca de lo sexual.	162
Tabla 32. Ítem 44. Me gusta leer libros y revistas en los cuales lo sexual juega un papel importante.....	162
Tabla 33. Ítem 45. Me gusta participar en actividades sociales con personas del sexo opuesto.....	163
Tabla 34. Ítem 46. Me gusta conversar con mi familia, amigos o con mi pareja sobre temas de sexualidad.....	164
Tabla 35. Ítem 13. Me gusta confrontar los puntos de vista contrarios a los míos.	164
Tabla 36. Ítem 47. No tengo problemas en hacer críticas públicamente si la persona lo merece.....	165
Tabla 37. Ítem 48. Me gusta expresar mi enojo más bien que reprimirme.....	166
Tabla 38. Ítem 49. Me siento inclinado a tomar revancha cuando alguien me ha insultado.	166
Tabla 39. Ítem 20. Me gusta pensar acerca de la personalidad de mis amigos y tratar de descubrir.....	167
Tabla 40. Ítem 21. Vivo en mi imaginación tanto como en el mundo externo.....	167
Tabla 41. Ítem 23. Me gusta analizar y estudiar la conducta de los otros.	168
Tabla 42. Ítem 29. Me gusta ser capaz de convencer e influir sobre los otros para que hagan lo que yo quiero.	168
Tabla 43. Ítem 15. Me gusta estudiar solo y sin molestias.....	169
Tabla 44. Ítem 37. Me gusta experimentar novedades y cambios en mi rutina diaria.	170
Tabla 45. Ítem 39. Me gustan los trabajos que requieren resistencia.....	170
Tabla 46. Ítem 40. Puedo hacer un trabajo minucioso sin cansarme.....	171
Tabla 47. Ítem 36. Soy fiel a mis gustos y se mantienen habitualmente, no hay cambios.	171
Tabla 48. Ítem 64. Me gusta realizar controles de mi salud en forma periódica....	172
Tabla 49. Ítem 42. Me gusta permanecer hasta tarde estudiando.....	173
Tabla 50. Ítem 52. Me gusta participar activamente en algún grupo de apoyo a la salud y de la calidad de vida como organizaciones de autocuidado, clubes de enfermos crónicos, etc.	173
Tabla 51. Ítem 30. Cuando participo en alguna organización o club, me gusta ser elegido o nombrado presidente.	174
Tabla 52. Ítem 31. Me gusta supervisar y dirigir las acciones de las otras personas cada vez que puedo.	175

Tabla 53. Ítem 32. Me siento deprimido cuando no soy capaz de resolver/afrentar situaciones.	176
Tabla 54. Ítem 33. Me siento culpable cada vez que he hecho algo que sé que está mal.	176
Tabla 55. Ítem 16. Me gusta analizar mis propios motivos y sentimientos.	177
Tabla 56. Ítem 22. Me gusta analizar mis propios motivos y sentimientos.	178
Tabla 57. Ítem 53. Me gusta caminar diariamente por lo menos 30 minutos.	178
Tabla 58. Ítem 54. Me gusta consumir frutas y verduras diariamente.	179
Tabla 59. Ítem 55. Me gusta consumir frecuentemente gran cantidad alimentos azucarados, salados o con mucha grasa.	179
Tabla 60. Ítem 56. Me gusta fumar cigarrillos en el último año.	180
Tabla 61. Ítem 57. No me molesta convivir con personas que fuman tabaco.	181
Tabla 62. Ítem 58. Me gusta el uso de algunas drogas como marihuana, cocaína, etc.	181
Tabla 63. Ítem 59. Me gusta consumir bebidas alcohólicas 2 a 4 veces por semana.	182
Tabla 64. Ítem 60. Me gusta dormir y sentirme bien descansado/a.	182
Tabla 65. Ítem 61. Me gusta controlar el estrés o la tensión de la vida diaria.	183
Tabla 66. Ítem 62. Me siento bien en las clases teóricas, prácticas y en mis otras actividades diarias.	183
Tabla 67. Ítem 63. Me considero una persona positiva, optimista.	184
Tabla 68. Ítem 64. Me gusta realizar controles de mi salud en forma periódica.	184
Tabla 69. Ítem 68. La cantidad de horas de estudios y de prácticas influyen en mi rendimiento académico.	185
Tabla 70. Ítem 69. La metodología utilizada por los docentes en el aula influye en tu rendimiento académico.	185
Tabla 71. Ítem 70. La infraestructura y los equipos didácticos de la facultad, influye en tu rendimiento académico.	186
Tabla 72. Ítem 71. Las cooperaciones de los compañeros influyen en tu rendimiento académico.	187
Tabla 73. Ítem 72. El uso del internet en el ámbito educativo influye en tu rendimiento académico.	187
Tabla 74. Ítem 73. La manera como está estructurado el programa de las asignaturas influye en tu rendimiento académico.	188
Tabla 75. Ítem 74. La distribución de los horarios de clases teórico-práctico de las asignaturas influye en tu rendimiento académico.	188
Tabla 76. Ítem 75. Su estado de salud físico-mental influye en tu rendimiento académico.	189
Tabla 77. Ítem 66. Mis calificaciones se corresponden con el esfuerzo que pongo en cada asignatura.	190
Tabla 78. Ítem 67. La forma en que soy evaluado, los criterios de evaluación, responden a las características y competencias de cada asignatura.	191
Tabla 79. Relación entre los rasgos de personalidad, estilo de vida y el rendimiento académico (correlación de Pearson).	192
Tabla 80. Relación entre los rasgos de personalidad, estilo de vida y el rendimiento académico (correlación de Spearman).	193

Lista de Abreviaturas

AF: Actividad física

AHA: American Heart Association

c-HDL: Colesterol de alta densidad

c-LDL: Colesterol de baja densidad

CO: Monóxido de carbono

CT: Colesterol total

DM2: Diabetes Mellitus tipo 2

ECV: Enfermedad cardiovascular

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

ES: Educación Superior

FCM: Facultad de Ciencias Médicas

FS: Facultad Saludable

HAT: Exposición al humo ambiental de tabaco

HTA: Hipertensión Arterial

INAN: Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición

MET: Metabolic Energy Turnover

MSP y BS: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

OMS: Organización Mundial de la Salud

PS: Promoción de la Salud

RA: Rendimiento Académico

SNC: Sistema Nervioso Central

SNS: Sistema Nacional de Salud

TG: Triglicéridos

UNA: Universidad Nacional de Asunción

US: Universidad Saludable

INTRODUCCIÓN

La calidad en la Educación Superior (ES) es un tema actual, abordado por diversas universidades de muchos países. Cuando los resultados o productos obtenidos en las universidades e instituciones de ES no responden a las expectativas de los diferentes grupos y sectores con interés en ellas se llama al debate y a las acciones a fin de superar el problema relacionado con la calidad, aspecto medular de la educación.

Inicialmente, las universidades fueron evaluadas por estudiantes, profesores y gobiernos de acuerdo al prestigio social de sus egresados y de la jerarquía de los empleos en los que se posicionaban en el ámbito laboral. Ninguna de estas cuestiones se refería directamente a la calidad de la enseñanza o de la investigación científica conducidas al interior de las instituciones, y en muy pocos casos el contenido mismo de la enseñanza y de la investigación universitarias eran comparados con lo que se hacía en otros países y regiones. Por lo general, los resultados de estas comparaciones eran insatisfactorios, pero no había sectores en la sociedad suficientemente fuertes para provocar los cambios necesarios.

La educación no sólo se apropia de la economía del término eficiencia para estimar la optimización que hace el sistema de los recursos disponibles, sino que además aplica el término eficacia para plantearse el grado de cumplimiento del sistema educacional respecto de los objetivos propuestos.

De esta manera el sistema no solamente se interesa en asegurar cuántos alumnos ingresan, permanecen y son promovidos de un curso a otro hasta egresar; también le concierne saber qué competencias desarrollan los educandos durante su paso por la institución, cuáles son los aspectos que favorecen o afectan el aprendizaje, el grado de satisfacción de la sociedad con el servicio que presta.

Una de las mayores preocupaciones de los profesionales de la educación, de las familias de los alumnos, de los equipos directivos de los centros educativos y de las administraciones públicas con responsabilidades en temas educativos, es la de mejorar el aprendizaje de los alumnos y, como consecuencia, reducir el fracaso escolar (Alvares, 2006). En cuanto a los indicadores de calidad tenidos en cuenta en el marco de la evaluación de instituciones de ES, el rendimiento académico (RA) compone un aspecto central. El RA no constituye únicamente resultados estadísticos o cuantitativos, también debe considerarse el aspecto cualitativo.

En este estudio se relaciona el RA con el complejo mundo que rodea al estudiante, determinado por una serie de aspectos cotidianos: esfuerzo, capacidad de trabajo, intensidad de estudio, competencias, aptitud, personalidad, atención, motivación, memoria, medio relacional, que afectan directamente el desempeño académico de los individuos (Alvares, 2006).

En el RA, intervienen muchas variables externas al sujeto, como la calidad del maestro, el ambiente de clase, la familia, el programa educativo, etc., y las variables que dependen del sujeto como el estilo de vida, la actitud

hacia la asignatura, la inteligencia, la personalidad, el autoconcepto del alumno, la motivación, etc. (Cascón, 2000; Edel, 2003).

En esta investigación se significa la incidencia de los rasgos de la personalidad en el RA, pues la capacidad demostrada por un egresado o futuro egresado es la sumatoria de la dimensión tanto profesional como personal. A su vez, los estilos de vida saludable influyen en la conformación de la personalidad. Los psicólogos de la personalidad han discutido durante mucho tiempo el sentido preciso del concepto de personalidad y, a pesar de que se han ofrecido diversas definiciones, ninguna ha recibido una aceptación universal (Carver & Scheier, 1997). Sin embargo, las distintas corrientes teóricas coinciden, en que este concepto designa a un conjunto de características de un individuo que lo definen como persona única e irrepetible, el cual surge para dar cuenta del aspecto individual que adquiere el comportamiento, es decir, pone de relieve las diferencias interindividuales de la persona.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998), definió el estilo de vida como una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales, y es uno de los mayores condicionantes sobre el estado de salud de la población.

Estos aspectos son abordados en el siguiente trabajo en la perspectiva de esclarecer la relación entre estas variables: estilos de vida, rasgos de

personalidad y RA en una población de estudiantes de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción (FCM-UNA).

Se indagó en publicaciones científicas a nivel nacional e internacional y no fueron encontrados estudios publicados que evalúen conjuntamente la relación existente entre estilos de vida, rasgos de personalidad y RA de universitarios.

Por ello, los hallazgos de esta investigación serán útiles para orientar el compromiso de la universidad con el desarrollo integral de las capacidades en la formación de médicos. Partiendo del entendimiento de que las capacidades comportan aspectos conceptuales, procedimentales y por sobre todo actitudinales. Este último es el valor agregado de quienes ponen la ciencia de la medicina al servicio de otros seres humanos para hacer sus vidas mejores y así potenciar las posibilidades de salud, bienestar y progreso de la población de todo un país.

CAPÍTULO 1

MARCO INTRODUCTORIO

1.1. Tema

Rendimiento académico en estudiantes de la Carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción.

Delimitación epistémica: involucra dos áreas del saber: la ciencia de la educación y ciencias médicas. Por tanto, es una investigación de carácter transdisciplinar.

a. Ciencias de la educación: aprendizaje, evaluación.

b. Ciencias de la salud: salud, estilo de vida, rasgos de personalidad.

Delimitación espacial y temporal: estudiantes de primer, tercer, cuarto y sexto año de la Carrera de Medicina de la FCM-UNA, año 2018.

1. 2. Título

Estilo de vida, rasgos de personalidad y rendimiento académico en estudiantes de la carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, año 2018.

1.3. Planteamiento del problema

1.3.1. Descripción del problema

La salud y la educación son pilares fundamentales para el desarrollo y bienestar de toda sociedad. El avance de la ciencia ha permitido que la sociedad experimente cambios importantes en los indicadores relacionados a la salud de las personas. Este fenómeno incrementa la esperanza de vida de la población, pero han aparecido problemas de salud relacionados en el estilo de vida. Las recomendaciones de las instituciones sanitarias de tener estilo de vida saludable reportan enormes beneficios para la salud física y el bienestar mental de las personas.

La educación formal es un hecho intencionado y, en términos de calidad de la educación, todo proceso educativo busca permanentemente mejorar el rendimiento del estudiante. En este sentido, la variable dependiente clásica en cualquier análisis que involucra la educación es el RA.

El RA es entendido como el sistema que mide los logros y la construcción de conocimientos en los estudiantes, los cuales se crean por la intervención de didácticas educativas que son evaluadas a través de métodos cualitativos y cuantitativos en una materia (Jiménez, 2000; Zapata, 2009).

La retención en el ámbito académico de un alumno depende de una compleja interrelación de factores no académicos o psicosociales como la motivación para lograr el éxito académico, el grado de autoconfianza, los hábitos de estudio, el apoyo social que brinda la institución a sus alumnos y el compromiso institucional, de factores académicos como el grado de preparación previa medido con indicadores como el promedio de

calificaciones de grados anteriores y del nivel socioeconómico medido con indicadores de la escolaridad de los padres y del ingreso familiar (Lotkowski, Robbins & Noeth, 2004; Robbins, Allen, Casillas & Peterson, 2006).

Los factores individuales que afectan el RA en los alumnos se debe a los malos estilos de vida (Aloise, Crucikank & Chávez, 2002; Needham, Crosnoe & Muller, 2004; Bridgeland, Dilulio & Burke, 2006; Piko, 2007; WHO, 2008). Los factores que afectan el RA en adolescentes son los siguientes: fumar cigarro, beber alcohol, consumir marihuana, tener mala relación con sus profesores y amigos, aislarse socialmente, padecer desórdenes psiquiátricos o enfermedades físicas crónicas, tener deseo suicida, malos hábitos alimenticios o sobrepeso (Neumark-Sztainer, Story, Fench & Resnick, 1997; Aloise et al., 2002).

Los trastornos de personalidad se corresponden con pautas de conducta inflexibles y no adaptativas, denotan problemas en el aprendizaje de estrategias de afrontamiento efectivas antes las dificultades cotidianas, generan conflictos interpersonales y conducen a limitaciones graves en la vida cotidiana. A diferencia de los trastornos mentales, son estables temporalmente y reflejan alteraciones globales de la persona. (Echeburúa, Marañón, 2001).

El interés por la relación existente entre RA con rasgos de la personalidad ha persistido a través de los siglos XX y XXI. Es así que múltiples estudios han evidenciado que el RA está fuertemente relacionado con varias medidas de rasgos de la personalidad (Poropat, 2009).

En Paraguay, la prevalencia de las consecuencias del mal estilo de vida de los universitarios como el sobrepeso, la obesidad, la hipertensión arterial (HTA) y la conducta sedentaria es elevada en la población de estudiantes universitarios de la UNA (Ortiz, 2016), pero se desconoce los rasgos de personalidad de los mismos.

A la luz de los antecedentes referidos, se revela la importancia de estudiar las características de los alumnos de la carrera de Medicina de la FCM-UNA, particularmente, en lo que refiere a los rasgos de personalidad, estilos de vida, los cuales podrían llegar a influir en su RA.

1.3.2. Formulación del problema

Conforme a lo anteriormente expuesto, surge la siguiente pregunta de investigación:

1.3.2.1. Pregunta general

¿Qué relación existe entre el estilo de vida, los rasgos de personalidad y el rendimiento académico en los estudiantes de la carrera de Medicina de la FCM-UNA, año 2018?

1.3.2.2. Preguntas específicas

- ¿Cuáles son los factores que influyen en el rendimiento académico de los estudiantes?
- ¿Cuál es el estilo de vida de los estudiantes?
- ¿Cuáles son los rasgos de personalidad de los estudiantes?

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

- Analizar la relación que existe entre el estilo de vida, los rasgos de personalidad y el rendimiento académico en los estudiantes de la carrera de Medicina de la FCM-UNA, año 2018.

1.4.2. Objetivos específicos

- Determinar los factores que influyen en el rendimiento académico de los estudiantes.
- Describir el estilo de vida de los estudiantes.
- Identificar rasgos de personalidad en los estudiantes.
- Proponer un modelo integrador de orientación al alumnado (salud y educación) de carácter preventivo para mejorar el desempeño académico de los estudiantes.

1.5. Justificación

En Paraguay, la investigación sobre los rasgos de personalidad, estilo de vida y RA de los estudiantes es un tema relativamente nuevo, que poco o nada se ha investigado, y por lo mismo, se desconocen la relación entre rasgos de personalidad, estilo de vida y el RA. Específicamente, tratándose de estudiantes de la carrera de Medicina de la FCM-UNA, no existen a la fecha estudios al respecto, por esto, resulta interesante investigar acerca de la relación que existe, en los alumnos de dicha institución educativa, entre los rasgos de su personalidad, estilo de vida y su RA.

La relevancia de la investigación es de carácter práctico, puesto que, si existe relación entre los rasgos de personalidad, estilo de vida y RA, podría servir para buscar estrategias de mejora del estilo de vida y la prevención y tratamiento de los trastornos de personalidad de los alumnos y de esa manera obtener un mayor RA de los estudiantes de la carrera de Medicina de la FCM-UNA. Además, serviría para realizar otras investigaciones similares en otras facultades y niveles educativos del país y proponer un modelo de salud-educación de carácter preventivo y de intervención en las Universidades.

2.6. Viabilidad

Esta investigación fue posible realizar debido a que el investigador es docente de la FCM-UNA y los alumnos de la carrera de medicina habitualmente participan en investigaciones, no requiere de mucho tiempo ni de muchos recursos económicos, debido a que la aplicación de los cuestionarios se realiza vía Internet y la creación del mismo en la plataforma virtual fue posible porque se disponen de informáticos capacitados.

2.7. Limitaciones

Una de las amenazas de este estudio fue que tenga una baja tasa de respuesta, y como consecuencia su validez interna se vea amenazada por falta de representatividad de la muestra. Para minimizar este problema se ha prestado especial atención al marketing de la investigación, poniendo reclamos como conocer la relación que existe entre el estilo de vida, rasgos de personalidad y el RA. Sin embargo, realizar un estudio en universitarios es

de gran importancia, en primer lugar, porque no existen datos en este grupo de población que evalúan la relación del rendimiento académico con los estilos de vida y rasgos de personalidad.

También pudo haber sido una debilidad que los estudiantes universitarios no constituye una muestra poblacional. Sin embargo, realizar un estudio en el grupo estudiado de universitarios es de gran importancia, en primer lugar, porque no existen estudios en este grupo de población que evalúan conjuntamente el estilo de vida, rasgos de personalidad con el RA y, en segundo lugar, porque es un momento de la vida donde se afianzan los hábitos de salud que pueden convertirse en factores de riesgo futuros. Un primer estudio que identifique la relación de estilo de vida y rasgos personalidad con el RA, es necesario para diseñar intervenciones preventivas posteriores.

2.8. Aplicabilidad y utilidad práctica de los resultados

Un estudio transversal que analice en una muestra de universitarios la relación de estilos de vida y rasgos de personalidad con el RA brinda una primera instantánea de cuál es el estado actual del problema, y nos permite establecer hipótesis a confirmar en sucesivos estudios longitudinales sobre esta muestra inicial.

Además, los resultados de este estudio brindan datos de gran interés para priorizar aquellas intervenciones sobre estilos de vida no saludable, y de ciertos rasgos de personalidad para mejorar el RA en los universitarios.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

En la actualidad existen diversas investigaciones que se dirigen a encontrar los factores que influyen en el RA, las cuales van desde estudios exploratorios, descriptivos y correlacionales hasta estudios explicativos. Maclure & Davies (1994), en sus estudios sobre capacidad cognitiva en estudiantes, postulan que el desempeño retrasado es sólo la capacidad cognitiva manifiesta del alumno en un momento dado, no es una etiqueta para cualquier característica supuestamente estable o inmutable del potencial definitivo del individuo. Así mismo concluyen que el funcionamiento cognitivo deficiente no está ligado a la cultura ni limitado al aula.

Nieto (2008) y en su texto titulado, “Hacia una teoría sobre el RA en enseñanza primaria a partir de la investigación empírica: datos preliminares”, explicando que sobre el tema se han realizado estudios con diferentes modelos de investigación, como el exploratorio, descriptivo y explicativo y advirtiendo que a pesar de que hay información sobre el tema esta no es concluyente. En Colombia el estudio, “Factores que influyen en el rendimiento escolar”, publicado por la Secretaria de Educación de Bogotá en

el año 2010 y realizado por Bondensiek concluyo que factores como el género, edad, frecuencia de estudio, hábitos, trayectoria académica, características familiares, ocupación, nivel educativo de los padres, vida familiar, clima afectivo y seguridad, uso del tiempo, prácticas de crianza y relaciones de la familia con la escuela, cultura, infraestructura, enseñanza, uso del espacio y el tiempo, organización, rutinas y normas, clima, formas de evaluación y sistemas de premios y castigos son elementos asociados al RA. Similar conclusión describe Gonzales (2003), en Madrid (España), señaló que factores de tipo intelectual, auto concepto, estrategias de aprendizaje, nivel socioeducativo alto y motivación hacia la tarea son características de estudiantes de alto rendimiento a diferencia del bajo rendimiento quienes tienen dificultades para utilizar estrategias, poca ayuda, desmotivación de los padres y mala actitud ante procesos académicos.

Bravo (1994), encontró que las condiciones físicas influyen en el rendimiento académico de los alumnos. Las características físicas, se denomina así por su referencia con la condición física. Capdevila (2015), encontró que los sujetos deportistas tienen mejor RE, mejores hábitos de estudio y dedican menos tiempo al ocio sedentario; además, dentro de los hábitos de estudio, los sujetos deportistas planifican mejor su tiempo libre y presentan mejor actitud frente a los estudios.

2.2. Teorías que sustentan la investigación y el marco legal

Las teorías que sustentan esta investigación son:

Para el estilo de vida la teoría ecologista, la teoría de interaccionismo simbólico y la teoría del aprendizaje social cuyos representantes son Bronfeubenner, Blúmer y Bandura respectivamente. Para los rasgos de la personalidad la teoría de personalidad de Henry Murray y para el aprendizaje la teoría constructivista de Piaget. La interacción de factores, corriente teórica y modelo práctico de interacción psicopedagógica que defienden que el RA de los alumnos es el resultado de variables personales, sociales y psicosociales.

A continuación, se mencionan las teorías que sustentan esta investigación y otras teorías relacionados al tema investigado.

Para describir en esta tesis las teorías relacionados a estilos de vida, rasgos de personalidad y RA se han utilizado libros, revistas científicas y trabajos de tesis de maestría y de doctorado relacionados al tema, principalmente se ha tenido en cuenta por sus amplias revisiones bibliográficas el trabajo de tesis de maestría de Isaac Aguilar Encina titulado “Estilos de vida y rendimiento académico en adolescentes de instituciones educativas del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa de la Provincia de Tacna-2011”; la tesis doctoral de Federico Salvador Pérez “Relación entre actividad física, hábitos de vida saludable y rendimiento académico en escolares granadinos”; tesis de Pedro Rosales Villarroel “Rasgos de personalidad y rendimiento académico en alumnos de I año de la carrera de derecho de la

Universidad Autónoma de Chile” y la tesis de Miguel Bennassar Veny “Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios”, entre otros autores.

2.2.1. Estilos de vida y salud

Actualmente se considera a los factores ambientales como la principal causa de muerte en la sociedad industrializada, mientras que históricamente lo habían sido las infecciones. Este estudio trata sobre los cambios de paradigma en el ámbito de la medicina en relación a la salud o la enfermedad.

La medicina se enfocaba en la enfermedad, lo cual derivó en una cultura de consumo exagerado de medicamentos. De esta manera se trataba la enfermedad del ser humano reduciéndolo a ser solo materia, una entidad física. En la necesidad de aliviar el dolor, la medicina evoluciona luego hacia el paradigma holístico, es decir, enfoque interdisciplinario. Se plantea el análisis más global, pues los seres humanos son cuerpo, emociones, espíritu. Es así como comienza a centrarse en hábitos de vida saludable.

Los filósofos Karl Marx y Max Weber pensaban que el grupo, el contexto social eran determinantes para la adopción de patrones de comportamiento por parte de los individuos. Comenzaron a estudiar las condiciones de vida de los obreros y poblaciones en cinturones de pobreza.

En el siglo XX, la antropología empezó el estudio de los estilos de vida desde un enfoque cultural y la medicina desde una perspectiva médico con un enfoque biológico, considerando que las personas tienen estilos de vida saludables o no saludables por su propia voluntad, por lo tanto, la responsabilidad de tener una vida saludable depende las personas (Erben,

Franzkowiak, & Wenzel, 1992). Desde el modelo biomédico la pérdida de la salud, depende de las personas y no se tiene en cuenta la importancia del entorno social la obtención de los estilos de vida. (Mechanic, 1979).

Según Menéndez (1998), el concepto “estilo de vida” se constituyó a partir de corrientes teóricas como el marxismo, el comprensivismo weberiano, el psicoanálisis y el culturalismo antropológico. El objetivo era producir un concepto que a partir de las dimensiones materiales y simbólicas posibilitara la articulación entre sectores macro y de los grupos intermedios expresados en sujetos cuyo comportamiento se caracterizaba por un determinado estilo ejercitado en la vida personal y colectiva. Era un concepto holístico, ya que por medio del sujeto pretendía observarse la globalidad de la cultura expresada mediante estilos particulares. Estudiar a los sujetos y colectividades desde un punto de vista holístico implica para la medicina abrirse a la integración con otras disciplinas que puedan aportar su mirada y así fundamentar los estilos de vida.

Para la epidemiología el alcoholismo, el tabaquismo, la drogadicción, algunas conductas sexuales son signos precursores de enfermedad; ya que aumentan la probabilidad de contraer una enfermedad o sufrir una lesión. El aumento de estos factores en la población pasó a ser un problema de salud pública, ya que generan enfermedades crónicas y/o discapacidad cuyo costo presupuestario es alto. La epidemiología, también utilizó este concepto, eliminando la perspectiva holística y reduciéndolo a conducta de riesgo.

Ahora bien, según la perspectiva antropológica, el comportamiento de un alcohólico o de un fumador no debe ser reducido al riesgo en sí, escindido

de las condiciones en las que el sujeto produce/reproduce su vida. Aunque, desde la perspectiva epidemiológica lo importante sería la eliminación del riesgo, por el cual, si realmente se logra la disminución de la incidencia del daño, pasa a ser secundario que el concepto se maneje o no en términos holísticos. En consecuencia, la cuestión radica en observar si el tipo de aplicación sirve realmente para reducir el riesgo. Todo indicaría que, para algunos problemas como el alcoholismo, salvo en lo referente a la relación alcohol/riesgo/accidentes de tránsito, no tiene demasiada eficacia, o si la tiene, opera en determinados sectores sociales. Esto es lo que también se observa en el caso de los fumadores, los que abusan de grasas animales o los sedentarios.

En el enfoque sociológico se consideraba que las variables sociales eran los principales determinantes de la adopción y del mantenimiento de un estilo de vida determinado, mientras que desde el psicoanálisis los determinantes se desplazaron desde la sociedad al individuo y a su personalidad.

Los estilos de vida individuales, caracterizados por patrones de comportamiento identificables, pueden ejercer un efecto profundo en la salud de un individuo y en la de otros. Si la salud ha de mejorarse permitiendo a los individuos cambiar sus estilos de vida, la acción debe ir dirigida no solamente al individuo, sino también a las condiciones sociales de vida que interactúan para producir y mantener esos patrones de comportamiento. Sin embargo, es importante reconocer que no existe un estilo de vida óptimo al que puedan adscribirse todas las personas.

La cultura, los ingresos, la estructura familiar, la edad, la capacidad física, el entorno doméstico y laboral, harán más atractivas, factibles y adecuadas determinadas formas y condiciones de vida. Por ello, la estrategia de crear ambientes favorables para la salud se centra en gran medida en la necesidad de mejorar y cambiar las condiciones de vida para apoyar la salud (OMS, 1998). Según la OMS, definió estilo de vida como una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales. Además, se explicó la necesidad de diferenciar entre estilo de vida y estilo de vida saludable y se resaltó sobre la importancia de emprender el estudio del estilo de vida saludable desde un enfoque más social que médico (Kickbusch, 1986).

El estilo de vida es uno de los mayores condicionantes sobre el estado de salud de la población, un estilo de vida saludable podría disminuir la mortalidad global hasta cerca de 50% (OMS, 1998).

Según Marqués (2009), las intervenciones que ayudan a las personas a adoptar un estilo de vida saludable comparte una serie de principios comunes, como son:

- Las personas deben tener un papel proactivo en el proceso del cambio.
- Adquirir una nueva conducta es un proceso, no un hecho puntual, que, a menudo, requiere un aprendizaje basado en aproximaciones sucesivas.
- Los factores psicológicos, como creencias y valores, influyen en la conducta y ésta, a su vez, influye en los valores y en la experiencia de las personas.

- Las relaciones y las normas sociales tienen una influencia sustantiva y persistente.
- La conducta depende del contexto en que ocurre; la gente influye y está influenciada por su entorno físico y social.
- Cuanto más beneficiosa o gratificante es una experiencia, más posibilidades hay de que se repita; cuanto más perjudicial, menos probable es que se repita.

Estos principios se sustentan en el compromiso individual y social, solo así se satisfacen las necesidades fundamentales; se mejora la calidad de vida y se alcanza el desarrollo humano en términos de la dignidad de la persona.



Fig. 1. Estilo de vida saludable. Elaborado por Ana Elena Hernández. Federación Mexicana de Diabetes.

2.2.1.1. Modelos explicativos sobre la adquisición y mantenimiento de un estilo de vida saludable

2.2.1.1.1. Teoría ecologista del desarrollo

Según esta teoría, cada persona es afectada de modo significativo por las interacciones de una serie de sistemas que se superponen. Estos son, el microsistema, el mesosistema, el exosistema y el macrosistema (Bronfenbrenner, 1987).

El microsistema es el entorno inmediato en el que se sitúa la persona en desarrollo. En la socialización del estilo de vida, algunos de los agentes socializadores de este nivel son la familia, los padres, la escuela, los vecinos, el trabajo y los medios de comunicación. Ya que un ser humano educa a otro ser humano, se puede decir que son estos agentes socializadores los que configuran la educación de las personas desde la niñez respecto a alimentación, hábitos de ejercicios, conducta ante factores de dependencia, calidad de relaciones inter e intrapersonales etc. En el microsistema es la cultura del grupo la que incide en el individuo en desarrollo.

En el segundo nivel del ambiente ecológico se encuentra el mesosistema, que incluye las interrelaciones entre la familia y la escuela o la familia y el trabajo. En este estamento la persona en desarrollo participa activamente; por consiguiente, debería existir una complementariedad entre la formación recibida en los hogares y la formación recibida en la escuela. Los hábitos de vida saludables o no saludables dependen de las circunstancias en que se gesta la interacción familia, escuela, trabajo.

El exosistema, tercer nivel, constituye el entorno más amplio. Aquí podemos situar las instituciones sociales: sistema escolar, sistema sanitario, contexto laboral, etc. O sea, ambientes u organizaciones sociales que están más allá de la experiencia inmediata del niño pero que influyen en él.

El último nivel, el macrosistema, que corresponde con la cultura en la cual el individuo nace y se desarrolla. Está integrado por el conjunto de leyes, valores y costumbres de la sociedad.

Esta teoría nos ofrece una organización de los contextos y sistemas que afectan al proceso de socialización de los estilos de vida. Cabe señalar, no obstante, que la investigación sobre estilos de vida se ha centrado fundamentalmente en estudiar al individuo y su entorno más inmediato, es decir, el microsistema, presentándose menos atención al resto de estructuras del ambiente ecológico.

2.2.1.1.2. Interaccionismo simbólico

Teoría que estudia a la sociedad basándose en la comunicación, se origina en la Psicología Social y la Antropología. Permite entender el proceso de cambio, es decir, cómo se produce el desarrollo y cambio de conducta (Blúmer,1982). Sus aportaciones sirven para comprender cómo las personas adquirimos las normas, los valores, las actitudes y los hábitos de los grupos sociales o la cultura a la cual pertenecemos.

Considera que un individuo se convierte en persona cuando es capaz de verse a sí mismo desde la perspectiva del otro. A partir de esta asunción del otro generalizado, adquirimos los valores de la cultura que nos envuelve, lo que marcará el estilo de vida. Las personas cambian a partir de su contacto con otras personas, de esta manera construyen sus experiencias en un proceso durante el cual seleccionan, transforman y organizan los significados que dan al aprendizaje de sus hábitos, valores y actitudes.

Por todo lo mencionado, se puede deducir que desde la perspectiva del Interaccionismo Simbólico la publicidad influye en el proceso de adquisición de costumbres saludables o no. Por lo general, en los medios de

comunicación se publicita el consumo de bebidas alcohólicas o cigarrillos relacionando con actitudes de audacia, seducción, liderazgo; las gaseosas o alimentos saturados de azúcares y grasas se asocia con el compartir entre familiares y de amigos. Mientras que la promoción de la alimentación saludable, ejercicios, salud mental se relaciona con la educación en el ámbito del sistema escolar y sanitario, su impacto en la consciencia de las personas es más débil que el de la publicidad.

2.2.1.1.3. Teoría del aprendizaje social

Analiza los procesos de aprendizaje que se dan en el individuo. Concretamente, los procesos de imitación y modelado sirven de base para entender la socialización del estilo de vida (Bandura, 1977; Rotter, 1966). Observando el modo en que los demás se comportan, así como las consecuencias de su comportamiento nos formamos una idea de cómo ejecutar determinadas conductas y en el futuro la información codificada nos sirve de guía para nuestro propio comportamiento.

Estos modelos explicativos del proceso de socialización de los estilos de vida saludables son fundamentales, ya que explican las claves básicas en relación con la adquisición y el mantenimiento de un estilo de vida saludable.

2.2.1.2. Factores condicionantes de los estilos de vida

Un estilo de vida saludable está integrado por un conjunto de factores que deben funcionar de forma armoniosa y completa. A continuación, vamos a describir las variables que la investigación ha demostrado como más

influyentes en un estilo de vida saludable como son: los hábitos alimentarios, la actividad física, el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas y los comportamientos sexuales.

2.2.1.2.1. Alimentación y dieta

Los hábitos alimentarios constituyen un factor determinante del estado de salud, tanto a nivel individual como poblacional (Hu,2002). La modernización de la sociedad ha supuesto una serie de cambios sociológicos y/o culturales que afectan inevitablemente a los hábitos y preferencias alimentarias (Dura Trave & Castroviejo Gandarias, 2011). Por ejemplo, cada vez se dedica menos tiempo a la compra de alimentos y elaboración de las comidas y, en contraposición, se prefieren los alimentos procesados que, generalmente, conllevan un consumo excesivo de alimentos de origen animal, especialmente de carnes y derivados, y de azúcares refinados, con el consecuente incremento de grasas saturadas y colesterol en la dieta y, al mismo tiempo, un bajo consumo de alimentos de origen vegetal. Todo ello se traduce en una disminución en el aporte porcentual de energía a partir de hidratos de carbono complejos y proteínas de origen vegetal, y un aumento en la proporción de grasas saturadas e hidratos de carbono simples (Aranceta, 2001; Sanchez-Villegas, Martinez, De Irala, & Martinez-Gonzalez, 2002; Sofi, et al., 2005).

Los hábitos alimentarios inadecuados, tanto por exceso como por defecto, se relacionan con numerosas enfermedades de elevada prevalencia y mortalidad (enfermedades cardiovasculares, algunos tipos de cáncer,

obesidad, osteoporosis, anemia, caries dental, cataratas y ciertos trastornos inmunitarios, entre otras). Estas modificaciones en la dieta se acompañan de importantes cambios en el entorno, en los estilos de vida y en una progresiva disminución de la actividad física y el gasto energético derivado de la deambulación, el trabajo y el mantenimiento del equilibrio térmico. Los factores que determinan la selección de los alimentos que integrarán la dieta de un individuo son de naturaleza compleja y no están del todo bien definidos. No obstante, podemos asumir que, en la selección de unos determinados alimentos, y no otros, estarían implicados numerosos factores, aunque básicamente la tipología alimentaria está supeditada a factores socioculturales y familiares junto con la capacidad de elección, determinada por la disponibilidad económica, el grado de educación nutricional y el estado de salud del individuo. Dentro de los condicionantes socioculturales se englobarían diversos factores, como creencias religiosas, costumbrismo y tradiciones, modas y las campañas de publicidad y marketing que pretenden promocionar una determinada cultura o modelo alimentario (Serra Majem, Ribas Barba, Álvarez León, & Ramon Torrell, 2008).

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la primera causa de muerte en el mundo actualmente, se ven influenciadas en gran medida, por comportamientos nutricionales inadecuados. Los países occidentales, incluidos los EEUU, continúan teniendo una tasa absoluta de morbimortalidad cardiovascular alta y la incidencia de la enfermedad coronaria ha sido menor en algunos países europeos como España, Francia, Grecia, Italia y Portugal entre otros. Este fenómeno ha sido por el patrón de alimentación propio de los

países mediterráneos, conocido como dieta mediterránea (Kastorini, et al., 2011; Trichopoulou, Costacou, Bamia, & Trichopoulos, 2003).

Sin embargo, la globalización ha provocado, especialmente entre los más jóvenes, la adopción de un patrón alimentario de tipo occidental en los países mediterráneos, con la consiguiente pérdida de la dieta mediterránea tradicional. Ello ha provocado un aumento del consumo de carnes rojas y otros productos cárnicos, junto a alimentos y bebidas ricas en azúcares. Además, también se observa que el aceite de oliva virgen está siendo sustituido por otros aceites vegetales de calidad inferior (Costacou, et al., 2003; Sanchez-Villegas, Delgado-Rodriguez, Martinez-Gonzalez, & De Irala-Estevez, 2003).

La dieta mediterránea se caracteriza por un alto consumo de cereales, legumbres, frutos secos, frutas y verduras, un consumo relativamente alto de alimentos ricos en grasa, el empleo de aceite de oliva como fuente principal de grasa; consumo moderado o alto de pescado, consumo en cantidades moderadas o bajas de pollo y derivados lácteos, bajo consumo de carnes rojas y productos derivados de la carne y consumo moderado de alcohol, principalmente en forma de vino tinto consumido con las comidas (Martinez-Gonzalez & Estruch, 2004).

Este patrón de alimentación y su valor nutricional se distingue por una adecuada aportación energética de los macronutrientes: 55-60% de hidratos de carbono, 10-15% de proteínas y 25-30% de grasas. La calidad de las grasas ingeridas, mayoritariamente monoinsaturadas debido al consumo de aceite de oliva. Es una alimentación de base vegetal que la hace rica en hidratos de carbono complejos, en vitaminas y minerales, muchos de ellos de

carácter antioxidante. Recientemente, además se ha puesto énfasis en los factores no nutritivos que aporta, que son micronutrientes bioquímicamente activos, la mayoría de ellos con una alta capacidad antioxidante como, por ejemplo, los esteroides, la fibra, los flavonoides, el ácido fólico, poliaminas, fitoestrógenos, isoflavonas, saponinas e inhibidores enzimáticos (Serra Majem, et al., 2008).

Por estos motivos, el patrón de dieta mediterránea se considera un patrón de alimentación saludable y se ha trasladado a innumerables guías dietéticas de todo el mundo. Así, las políticas nutricionales de muchos países promueven el consumo de grasas de alta calidad procedente del aceite de oliva y pescados azules en detrimento de las grasas trans y las grasas saturadas.

La dieta mediterránea se considera el modelo de alimentación más saludable (Fung, et al., 2009; Mitrou, et al., 2007; Trichopoulou, et al., 2003). Los beneficios sobre la salud de la dieta mediterránea se han puesto de manifiesto en numerosos estudios. Estudios de cohortes y ensayos clínicos han demostrado los efectos positivos de la dieta mediterránea sobre la salud y la prevención de numerosas enfermedades (de Lorgeril, et al., 1999; Fidanza, Alberti, Lanti, & Menotti, 2004; Katsarou, et al., 2010; Martinez-Gonzalez, et al., 2009; Panagiotakos, et al., 2004; Turlouki, et al., 2010; Trichopoulou, 2004; Trichopoulou & Vasilopoulou, 2000; Tyrovolas, et al., 2009).

Hoy sabemos que la dieta mediterránea aumenta la longevidad y protege contra el infarto de miocardio, determinados tumores (cáncer de

mama, colorectal, próstata), la HTA, la diabetes y el síndrome metabólico, algunas patologías digestivas e incluso infecciones. También contribuye a la disminución de la complicación en diversas enfermedades (como la aparición de un segundo infarto de miocardio o de complicaciones vasculares en la diabetes mellitus). La American Heart Association (AHA) llamó la atención acerca de que la dieta mediterránea podría ser una herramienta potencialmente útil en la prevención de la enfermedad coronaria, pero advirtió que era necesario realizar más estudios (Sofi, Cesari, Abbate, Gensini, & Casini, 2008).

Por todos los motivos citados anteriormente, se necesitan unos objetivos y recomendaciones nutricionales que expresen cuáles son las ingestas deseables que pueden contribuir a un estado óptimo de nutrición y salud. Dichos objetivos y recomendaciones se basan en evidencias indirectas, por ello están sometidos a continuas revisiones y adaptaciones para hacerlos más reales y alcanzables por la mayoría de consumidores.

Para conseguir que los objetivos nutricionales planteados lleguen a la población y se hagan efectivos, es necesario desarrollar e implementar programas de promoción de la salud que contemplen distintos tipos de estrategias de intervención en la comunidad. Con tal finalidad, se publican las guías alimentarias, que expresan en alimentos los nutrientes y el valor energético recomendado, por medio de cantidades orientativas y recomendaciones sobre la frecuencia de consumo de raciones estándar de los alimentos.



Fig. 2. Nueva pirámide alimenticia. OMS, 2018.

A modo de resumen, se puede decir que, las principales recomendaciones incluidas en las guías alimentarias se refieren a mantener el peso adecuado; moderar el consumo de grasas y de carnes rojas (particularmente la de vacuno y sobre todo las carnes procesadas); aumentar el consumo de cereales, preferentemente integrales, y aumentar el consumo de frutas, verduras y pescado; utilizar productos lácteos, total o parcialmente desnatados; moderar el consumo de alcohol y sal, y promocionar la práctica de ejercicio físico.

En Paraguay la Guía Alimentaria consiste en una Olla Alimentaria, en reemplazo de la anterior pirámide nutricional. Un diagnóstico de la situación alimentaria y nutricional, realizado por la INAN (Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición) de Paraguay, reveló que los principales problemas son: deficiencia de micronutrientes, parasitosis, desnutrición crónica e insuficiente acceso a los alimentos. Además, la población paraguaya no se caracteriza por una cultura de consumo de verduras, frutas, lácteos y legumbres. Sobre las legumbres en particular existe la creencia de que se trata de comida para pobres.

También constituye un problema la costumbre muy extendida de consumir carne de baja calidad como consecuencia de los precios, los cuales son privativos para muchos paraguayos.

2.2.1.2.2. Actividad física

En los últimos años ha incrementado el sedentarismo, debido a una disminución progresiva de la cantidad de ejercicio físico que realizan las personas. Los avances tecnológicos y en el transporte han provocado que las personas reduzcan progresivamente su actividad física en las actividades de la vida diaria, disminuyendo el gasto energético asociado a ello y, por tanto, se conviertan en sedentarios, probablemente esta tendencia continuará en el futuro.

A todo ello, hay que añadir un entorno urbanístico poco favorable a la práctica de actividad física. Por lo que, se necesitan urgentemente medidas

de salud pública eficaces para promover la actividad física y mejorar la salud pública en todo el mundo (Douglas, et al., 2006).

La actividad física (AF) y el ejercicio no son términos intercambiables y, aunque se trata de conceptos diferentes, sus límites son a veces imprecisos (Caspersen, Powell, & Christenson, 1985). La AF se define como el movimiento corporal producido por la contracción del músculo esquelético que aumenta el gasto energético por encima del nivel basal. Así pues, al hablar de AF debemos valorar las actividades que la persona realiza durante las 24 horas del día (como, por ejemplo, el trabajo, las tareas del hogar, las actividades de ocio o de tiempo libre y el transporte). Se trata, por tanto, de un término amplio que engloba al de ejercicio físico.

Mientras que el término "ejercicio físico" se utiliza para indicar la AF que es programada, estructurada y repetitiva que produce un mayor o menor consumo de energía, y cuyo principal objetivo es la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la forma física.

Tanto el ejercicio físico como la AF se definen por 4 componentes: tipo (modalidad del ejercicio), intensidad (consumo energético por unidad de tiempo), frecuencia (número de veces que se realiza la actividad física durante una semana) y duración (tiempo durante el cual se realiza la AF).

La forma física, consiste en una serie de atributos que las personas tienen o adquieren y que están relacionados con la capacidad de realizar actividad física. También se puede definir como la capacidad de realizar trabajo físico. La forma física es necesaria para todas las actividades de la vida diaria y constituye un indicador de primer orden del estado de salud,

además de ser un factor protector independiente de riesgo cardiovascular. Una persona con buena forma física tiene mayor capacidad para tolerar los desafíos físicos que plantea la vida diaria, mientras que la que no está en forma se verá obligada a interrumpir la actividad a causa de la fatiga.

Se distinguen cinco componentes de la forma física: resistencia cardiorrespiratoria (corazón y pulmones), fuerza muscular, resistencia muscular, composición corporal y flexibilidad. La resistencia cardiorrespiratoria es la capacidad para efectuar una actividad física prolongada. La fuerza y resistencia musculares están relacionadas y mejoran con ejercicios de carga. Las proporciones de músculo, tejido adiposo (grasa) y agua conforman la composición corporal. La flexibilidad guarda relación con la amplitud de movimientos y mejora con ejercicios suaves y sistemáticos de estiramiento muscular y del tejido conjuntivo que rodea los músculos.

Existen diferentes formas de medir la intensidad del ejercicio físico: METs, Kilocalorías, consumo de oxígeno, frecuencia cardíaca, test del habla o escala subjetiva de Borg.

El MET (Metabolic Energy Turnover) o equivalente metabólico, es una unidad que se utiliza para estimar el costo metabólico (consumo de oxígeno) de la AF. Un MET es igual a la tasa metabólica en reposo de aproximadamente 3,5 mL O₂/kg/min, y representa la tasa aproximada de consumo de oxígeno de un adulto de unos 70 kg sentados en reposo. La AF incluye la actividad realizada a una intensidad de tres a seis MET, o el equivalente a caminar rápidamente, de 4,8 a 6,4 kilómetros por hora. Pasear en bicicleta, nadar de forma moderada, jugar al golf, hacer limpieza general

en casa, o cortar el césped también constituyen una AF moderada (Pate, et al., 1995).

También se pueden utilizar las kilocalorías para determinar el gasto de energía. Así, por ejemplo, caminar 1 Km implica un gasto energético equivalente a consumir aproximadamente 140 kcal. Correr 1 Km supone gastar unas 200 kcal. Se da la equivalencia de que una actividad física que requiera una intensidad de 1 MET supone un gasto de energía de 1 kcal/kg de peso/h. Ahora bien, el gasto de energía tiene un amplio margen de variabilidad, dependiendo de la composición corporal y de la eficacia metabólica del sujeto.

Según la OMS (2010), se entiende por actividad física moderada la que requiere un ejercicio físico moderado, que acelera de forma perceptible el ritmo cardiaco, y requiere aproximadamente entre 3 y 6 MET. Ejemplos de ejercicio moderado serían: caminar a paso rápido, bailar, realizar tareas domésticas, etc. En cambio, una AF intensa requiere una gran cantidad de esfuerzo y provoca una respiración rápida y un aumento sustancial de la frecuencia cardiaca (aproximadamente > 6 MET). Ejemplos de ejercicios vigorosos serían: ascender a paso rápido, desplazamientos rápidos en bicicleta, aeróbic, natación rápida, deportes y juegos competitivos (fútbol, voleibol, baloncesto). Ahora bien, debemos tener en cuenta que la intensidad de las diferentes formas de AF varía de una persona a otra. La intensidad de la actividad física depende de lo ejercitado que esté cada uno y de su forma física. Por consiguiente, los ejemplos anteriores son orientativos y variarán de una persona a otra.

La intensidad suele definirse también en términos categóricos como: ligera, moderada y vigorosa. En general se define la AF moderada como aquella que “hace respirar un poco más fuerte de lo normal” o que supone “empezar a sudar”. La AF vigorosa es aquella que supone “respirar mucho más fuerte de lo normal” o “que aumenta la respiración dificultando el mantener una conversación”. Estas intensidades han sido catalogadas en valores de MET, tanto en población adulta como en niños y jóvenes. En población adulta la actividad moderada equivale a un intervalo de 3 a 6 METs, la intensa a más de 6 METs. En niños y jóvenes se ha definido la actividad física ligera como aquella que supone un gasto energético inferior a 5 METs, la moderada entre 5 y 8 METs y la intensa superior a 8 METs. Evidentemente, esta definición está sometida a la percepción individuo que es examinado y, por tanto, depende de la edad, sexo, nivel de condición física de la persona, así como de la duración total de la AF que se está evaluando (HHS, 1996).

Seguidamente se mencionan los beneficios del ejercicio físico: el vínculo entre AF y los beneficios sobre la salud son ampliamente conocidos. Así como, que el sedentarismo provoca problemas importantes de salud y se convierte en el germen de muchas enfermedades, tanto de forma directa como indirecta.

La AF regular es una parte importante del estilo de vida saludable que comporta beneficios que contribuyen al bienestar de las personas en los ámbitos físico, psíquico y social (Duncan, Al-Nakeeb, & Nevill, 2004; Gray & Leyland, 2008; Hagger, Chatzisarantis, & Biddle, 2001; HHS, 2000; WHO, 2007).



**Fig. 3. Beneficios de la actividad física regular en las personas.
Elaboración propia, a partir de OMS, 2016.**

Los resultados son tan evidentes, que cada vez existe un mayor consenso por impulsar la AF como fuente de salud. La evidencia científica se ha acumulado de tal modo que los estudios actuales se enfocan ya más al estudio de la naturaleza de las relaciones entre ambos elementos, que en determinar si estas relaciones existen. Además, debemos tener en cuenta que la importancia de la práctica de ejercicio físico es doble, ya que además de ser un hábito saludable en sí mismo es un impulsor de otros hábitos de salud.

Las personas que presentan un estilo de vida activo tienen tasas más bajas de mortalidad y una mayor longevidad que las que mantienen una actividad sedentaria (Knoops, et al., 2004; Paffenbarger, et al., 1994). Es más, aquellas que en un determinado momento de su vida abandonan el sedentarismo e inician una forma de vida físicamente activa, también reducen

de forma significativa sus tasas de mortalidad (Blair, et al., 1995), aunque hay que tener presente que la protección que otorga el ejercicio físico no es permanente si se deja de practicar. Sus beneficios se dan mientras la actividad física se mantenga en el tiempo y se produce además una reducción de la mortalidad a medida que el nivel de forma física aumenta (Balady, 2002; Myers, et al., 2002).

Un estudio publicado en la Revista Lancet demuestra que 15 minutos al día o 90 minutos a la semana de ejercicio físico produce una reducción en todas las causas de muerte, incluidos todos los tipos de cáncer, así como un aumento de la vida útil de las personas de 3 años (Wen, et al., 2011).

Los estudios han ido acumulando evidencias no sólo del efecto protector de la AF sobre diversas enfermedades, sino de que la buena forma física supone una reducción del riesgo de muerte por todas las causas, independientemente de la presencia de otros factores de riesgo, además de mejorar la calidad de vida de forma considerable (Abu-Omar & Rutten, 2008). Asimismo, el sector de la población que puede beneficiarse de esta posibilidad es amplísimo, lo que incrementa considerablemente el impacto potencial de las intervenciones.

En algunas enfermedades y procesos en los que existe un potencial preventivo o terapéutico al adoptar un estilo de vida que incluya la práctica de AF:

- En las enfermedades cardiovasculares: La AF regular reduce el riesgo de mortalidad por enfermedad cardiovascular en general y cardiopatía coronaria en particular, con un nivel similar al de otros factores relacionados con el estilo

de vida, como por ejemplo el tabaquismo. Respecto a la enfermedad cerebrovascular, aunque parece disminuir el riesgo, no hay datos concluyentes. Además, el ejercicio físico regular previene o retrasa el desarrollo de la HTA y mejora la situación de las personas que ya la padecen. Se pueden lograr unas disminuciones medias de 10 mmHg en la presión arterial tras 6 meses de práctica de ejercicio aeróbico. Por otra parte, el entrenamiento aeróbico induce efectos beneficiosos sobre las lipoproteínas, incrementando el colesterol de alta densidad (c-HDL) y disminuyendo el colesterol de baja densidad (c-LDL) y los triglicéridos (TG) (Warburton, Nicol, & Bredin, 2006).

- En la obesidad: La AF puede afectar favorablemente tanto a la disminución como a la distribución de la grasa corporal. El papel de la AF en la prevención del sobrepeso y la obesidad es esencial, ya que es un problema muy frecuente en las sociedades industrializadas.

El sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo muy importantes y causa de muchas enfermedades como la cardiopatía coronaria, los accidentes cerebrovasculares, la diabetes, la artrosis, el dolor lumbar, algunos cánceres, además de numerosos problemas de carácter psicológico y social. Los estudios demuestran de forma convincente que, sin una AF regular, el control de peso suele resultar imposible de lograr. Además, se ha demostrado que el ejercicio físico resulta más efectivo que la dieta para el control de peso a largo plazo (Wing & Phelan, 2005).

- En la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2): La AF regular reduce el riesgo de desarrollar la DM2, además de aumentar la tolerancia a la glucosa. El ejercicio

físico tiene una serie de efectos sobre la diabetes tanto de forma directa aumentando el número y de la sensibilidad de los receptores a la insulina a nivel del músculo y adipocitos, aumenta el transporte de glucosa y mejora la secreción de la insulina; y de forma indirecta disminuyendo el peso y el porcentaje de grasa, mejora flujo vascular, disminuye la concentración de glucosa, aumenta la síntesis de glucógeno, y disminuye los lípidos sanguíneos.

- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y asma: El ejercicio en personas con EPOC mejora los síntomas respiratorios y mejora la habilidad para llevar a cabo las tareas diarias. Aunque, en este caso, debe tenerse en cuenta el grado de alteración respiratoria a la hora de aconsejar el ejercicio.

- Cáncer: La AF se asocia a una reducción del cáncer de colon (reduciéndose en un 20-30%). Se ha visto que el ejercicio físico afecta al control del tránsito del colon y estimula su peristaltismo.

- Área psicosocial: La AF parece aliviar los síntomas de depresión y ansiedad, y mejorar el estado de ánimo. Es muy probable que algunos efectos psicológicos beneficiosos estén relacionados con un incremento de endorfinas, que produce un aumento de la sensación de bienestar y de euforia.

La AF o el ejercicio además de producir una sensación de bienestar, incide en el nivel de autosatisfacción, el aumento de la seguridad y la confianza en uno mismo; lo que hace que mejoren las funciones a nivel personal, social y laboral. Los sujetos que practican ejercicio, mejoran las funciones intelectuales, reducen el tiempo de reacción para labores mentales

en las que participa la memoria. El ejercicio físico ha sido utilizado como apoyo en programas de deshabituación de drogodependencias y alcoholismo (Warburton, et al., 2006).

En cuanto a las estrategias de intervención se puede diferenciar dos tipos de estrategias de intervención: las estrategias a nivel individual y las estrategias a nivel poblacional. Aunque a continuación se describen algunas estrategias a nivel individual nos centraremos más en las estrategias a nivel población.

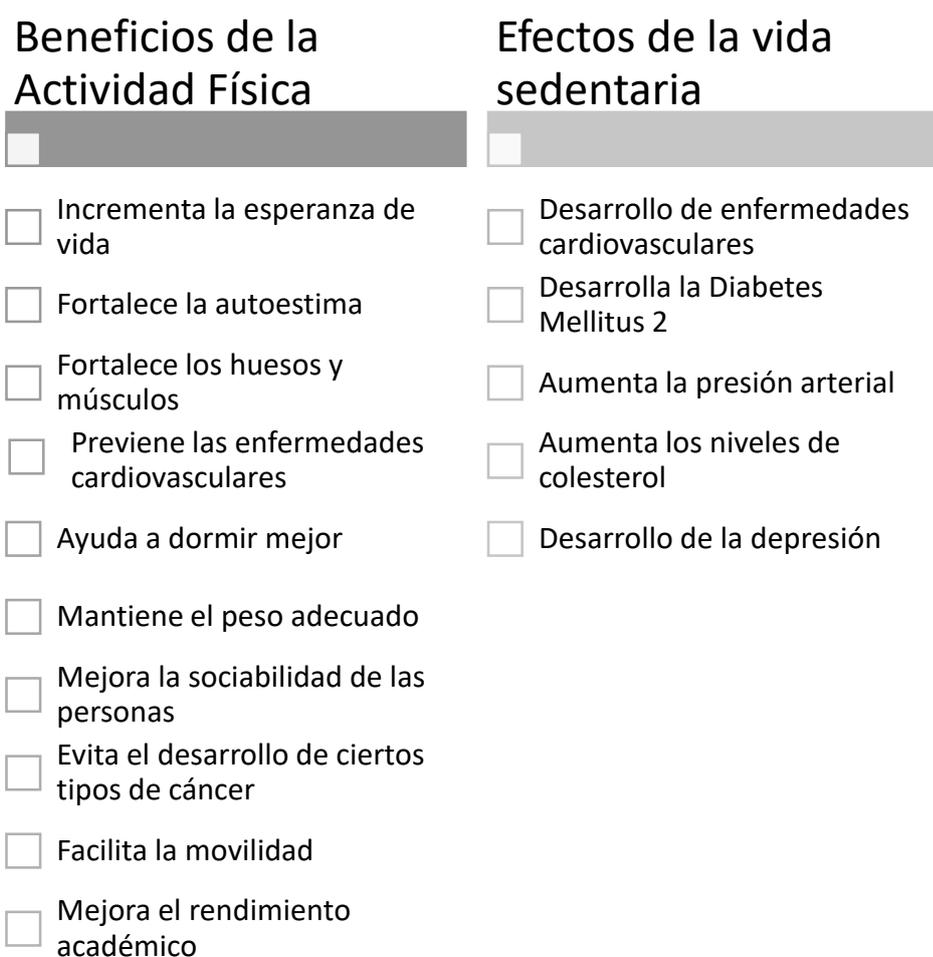


Fig. 4. Beneficios de la actividad física y efectos de la vida sedentaria. Elaboración propia, a partir de OMS, 2016

El incremento de la AF en la vida de las personas puede realizarse de dos formas (Marqués Molías, et al., 2009):

1. Mediante un aumento del esfuerzo físico en las actividades de la vida diaria. Llegando a acumular un mínimo de 30 minutos de actividad física de intensidad moderada-alta todos los días de la semana mediante la actitud de incorporar a la vida diaria hábitos como salir a pasear, ir a bailar, subir escaleras siempre que sea posible, desplazarse andando o en bicicleta dentro de la ciudad, etc.

2. Otra posibilidad es realizar algún tipo de ejercicio o deporte de tipo aeróbico en el tiempo libre, al menos 3 días no consecutivos a la semana, con una duración mínima de 40 a 60 minutos por día según el deporte, y con una intensidad que lleve a trabajar en una frecuencia cardíaca que oscile entre el 60 y el 85% de la máxima teórica.

Instituciones de referencia como la OMS, el American College of Sport Medicine y la AHA han propuesto recomendaciones mínimas de AF asociada a un buen estado de salud (Blair, La Monte, & Nichaman,2004). Estas instituciones señalan que en personas de 18 a 65 años se logran beneficios saludables realizando al menos:

- 30 minutos de ejercicio aeróbico moderado (caminar rápido) cinco días a la semana.

- 20 minutos de ejercicio aeróbico intenso (por ejemplo, footing) tres días a la semana; - o una combinación de ambos tipos de ejercicio.

Se pueden mejorar estos resultados si se aumenta la duración de las actividades aeróbicas y si se complementan con trabajo de fuerza y

resistencia muscular al menos uno o dos días por semana, así como ejercicios de flexibilidad todos los días de la semana con un mínimo de 10 minutos al día (Haskell, et al., 2007; Nelson, et al., 2007).

2.2.1.2.3. Asistencia y prevención del tabaquismo

El tabaquismo es un importante factor de riesgo para la salud y es la primera causa de muerte evitable en los países desarrollados. Está ampliamente estudiada la relación entre el consumo de tabaco y la mortalidad. El consumo de tabaco favorece la aparición de numerosas enfermedades, como cáncer de pulmón, cardiopatía isquémica, bronquitis crónica y enfisema, entre otras (Fagerstrom, 2002; Ferrando, Plasencia, Oros, Borrell, & Kraus, 2000; Hausmann, 2007; Sasco, Secretan, & Straif, 2004). No hay un umbral de consumo por debajo del cual los riesgos para la salud desaparezcan: fumar cualquier cantidad de tabaco comporta riesgos para la salud (Ezzati & López, 2003; HHS, 2004). Ahora bien, según el US Department of Health and Human Services (2004) el riesgo de padecer enfermedades causadas por tabaco se incrementa al aumentar el número de cigarrillos fumados.

Aunque la composición exacta de los cigarrillos se desconoce, en el humo del tabaco se han aislado hasta 4.500 sustancias diferentes, muchas de ellas tóxicas para la salud. Algunas tienen capacidad de producir cáncer, otras causan lesiones irreversibles en el aparato respiratorio y en el sistema cardiovascular o tienen efectos irritantes (Rodés, Piqué, & Trilla, 2007). Las sustancias químicas del humo de tabaco más relevantes son: nicotina, monóxido de carbono, alquitranes y radicales libres.

Los cigarrillos tienen entre un 1 y un 3% de nicotina. En cada inhalación se consumen alrededor de 0,12 miligramos, aunque gran parte de estos se pierden con la combustión del cigarrillo. La dosis acumulada en el cigarrillo no es tóxica en sí misma, aun así, es la causante de la adicción.

El monóxido de carbono (CO) es un tóxico que tiene gran afinidad por la hemoglobina y está relacionado con enfermedades cardíacas y vasculares. Los alquitranes son un conjunto de hidrocarburos aromáticos causantes de la mayoría de los diferentes tipos de cáncer. Los oxidantes son un grupo de productos químicos capaces de producir bronquitis crónica, enfisema pulmonar e irritación en ojos, nariz y garganta.

Según la Clasificación Internacional de las Enfermedades publicada por la OMS, la dependencia del tabaco o tabaquismo se considera una enfermedad crónica adictiva. El tabaquismo, a pesar de ser un hábito aceptado por una parte importante de nuestra sociedad, es una forma de drogodependencia, puesto que la nicotina es una sustancia adictiva que presenta las características de las demás drogas, es decir, crea tolerancia, dependencia física y psicológica, a la vez que síndrome de abstinencia tras abandonar el consumo.

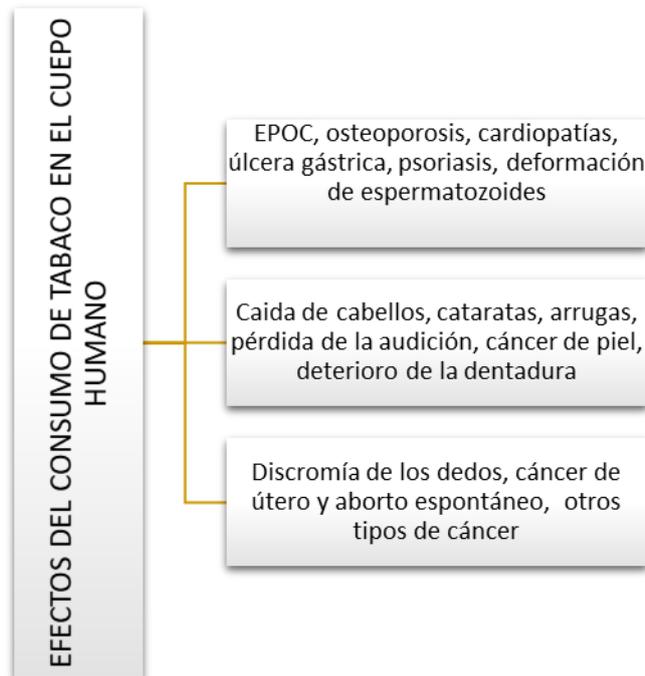


Fig. 5. Efectos del consumo de tabaco en el cuerpo humano. Elaboración propia, a partir de OMS, 2016.

El consumo de tabaco, por sus características y dimensiones actuales, es el problema sanitario que mayor mortalidad y morbilidad causa en España, ya que produce una pérdida enorme de años de vida potenciales, además de invalideces, jubilaciones prematuras, hospitalizaciones y actos sanitarios de todo tipo, y ocasiona el coste sanitario y social más elevado al que tiene que hacer frente la sociedad española (Gonzalez-Enriquez, et al., 2002; Pardell, Salto, Jane, & Salleras, 2001).

La prevalencia del hábito tabáquico en estudiantes universitarios de las universidades españolas, considerados en general, puede oscilar entre el 17% en el caso de la Universidad de Valladolid y el 39% en el de la Universidad de Santiago. Si bien, las cifras habituales se sitúan alrededor del 26%, con una prevalencia significativamente mayor en mujeres que en

hombres, sin embargo, en estudiantes universitarios de la Universidad Nacional de Asunción, la prevalencia del consumo de tabaco es del 6,6% (Ortiz, 2016).

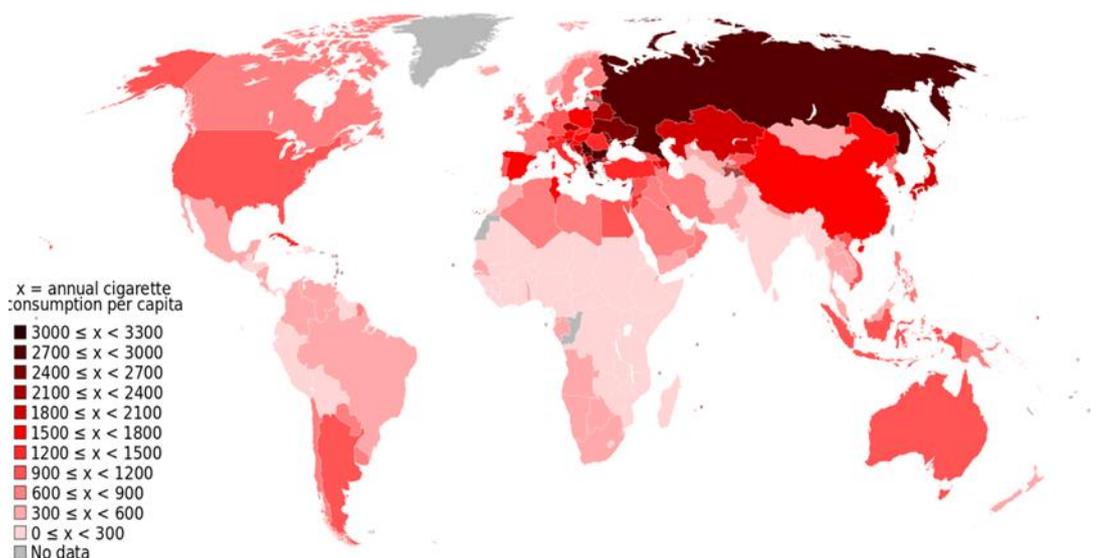


Fig. 6. Mapa mundial de consumo de tabaco. OMS, 2016.

Determinadas características sociodemográficas se han asociado consistentemente con el consumo de tabaco. Así, se ha comunicado una relación inversa con el nivel de estudios, aunque los resultados no son siempre coincidentes (García de Albeniz, et al., 2004). Una clase social baja o una situación laboral o económica desfavorable pueden contribuir a perpetuar el hábito tabáquico. Se ha objetivado una mayor prevalencia del tabaquismo entre los parados (Stronks, van de Mheen, Looman, & Mackenbach, 1997). Pero la evidencia sobre la relación entre la situación económica y el consumo de tabaco es limitada, incoherente e, incluso, contradictoria, de modo que algunos investigadores no encuentran diferencias

socioeconómicas, o solo las encuentran con una fuerza de asociación muy débil (Morgan, Malam, Muir, & Barker, 2006; Richter & Leppin, 2007).

El tabaquismo pasivo, también llamado exposición al humo ambiental de tabaco (HAT) es una mezcla del humo exhalado por los fumadores y del humo que emana de los cigarrillos. Dicho humo, contiene nicotina y varios carcinógenos y toxinas. Según un estudio de la International Agency for Research on Cancer (2002), las concentraciones de nicotina en el aire en los lugares de trabajo donde está permitido fumar y en los hogares de fumadores varía entre 2 y 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$.

El humo de tabaco está reconocido como un importante contaminante medioambiental. La evidencia científica establece que la exposición al HAT causa enfermedades, discapacidad y mortalidad, incluso entre los no fumadores (Fernández, et al., 2009; Lightwood & Glantz, 2009; Mackay, Haw, Ayres, Fischbacher, & Pell, 2010; Nebot, et al., 2011). Además, diversos estudios han demostrado que el tabaquismo pasivo es uno de los agentes contaminantes de espacios interiores, más frecuentes y nocivos (Brownson, Figgs, & Caisley, 2002; Nebot, López, et al., 2004).

Las estrategias de intervención en la prevención del tabaquismo podemos afirmar que fumar es al mismo tiempo una adicción física y psicológica, una conducta aprendida y una dependencia social. Dejar de fumar, supone, por lo tanto, superar la adicción, desprenderse de una conducta y modificar la influencia del entorno (Physicians, 2000).

Por lo que la adicción desempeña un papel primordial en el mantenimiento del hábito tabáquico, ahora bien, debemos tener en cuenta que

los sujetos no empiezan a fumar porque sean adictos a la nicotina. Uno de los principales problemas con el que nos encontramos es la gran accesibilidad que existe al producto y la intensa publicidad de la que éste es objeto. Las industrias tabaqueras, uno de los grupos de presión más poderosos del mundo, realizan una gran inversión publicitaria destinada al mantenimiento y a la captación de nuevos fumadores en grupos de población vulnerables, tanto a través de la publicidad directa como indirecta. Durante años, estas campañas masivas de propaganda han inyectado agresivamente el mensaje de que fumar es glamuroso, excitante, maduro, una declaración de independencia y de reafirmación de la personalidad y, en definitiva, una forma deseable de comportamiento; sin embargo, los casi 5 millones de muertes que se producen en el mundo anualmente debidas al tabaco no se mencionan en esas campañas, y la composición de los cigarrillos tampoco se declara, acogiéndose al “secreto empresarial”. Además, la industria del tabaco financia una decisiva y continuada presión para cuestionar, negar y manipular las evidencias científicas acumuladas en las últimas décadas sobre los efectos del consumo de tabaco sobre la salud, las características adictivas de la nicotina y los efectos de la exposición al HAT (Piedrola, 2008).

Según Piédrola (2008) dos son los ejes principales en torno a los que hay que articular las intervenciones para la prevención y el control del tabaquismo: impedir la iniciación al consumo, fomentar y facilitar el abandono del consumo. La prevención del inicio del tabaquismo en los jóvenes constituye uno de los mayores retos de la salud pública en la actualidad. Es

innegable que la adolescencia es un momento crítico en el establecimiento del comportamiento de fumar.

La adicción a la nicotina se establece rápidamente, por ello la prevención del tabaquismo en adolescentes constituye un elemento clave en la actual epidemia de tabaquismo (Warren, Jones, Eriksen, Asma, & Global Tobacco Surveillance System collaborative, 2006). En concreto, la duración del hábito de fumar y el número de cigarrillos necesarios para establecer la adicción a la nicotina es menor en esta etapa evolutiva que en los adultos, lo que puede explicar el hecho de que alrededor del 80% de los adultos fumadores empezaron a fumar antes de los 18 años (Ramos-Valverde, 2009).

Los factores asociados al inicio del consumo de tabaco en adolescentes son múltiples y se pueden agrupar en tres niveles (Flay, 1999):

- Individual: corresponde a factores intrínsecos de la persona, como edad, factores cognitivos, emocionales y biológicos.
- Contexto social inmediato: corresponde al ámbito más cercano del adolescente como son las actitudes y conductas relacionadas con el tabaquismo de familiares y amigos.
- Ambiente sociocultural: es el ambiente social más ampliamente entendido como la política escolar sobre tabaquismo del centro al que asiste el adolescente o el grado de privación socioeconómica de la familia.

Numerosos proyectos han analizado el efecto de las intervenciones preventivas del tabaquismo en adolescentes. En una revisión sobre programas escolares para la prevención del hábito tabáquico, indica que los programas sólo se enfocan en la provisión de información, y no tuvieron

resultados positivos; por otro lado, los programas que incorporan los modelos de influencias sociales, centradas en la identificación de las presiones sociales y habilidades de rechazo, han alcanzado algún resultado relevante (Thomas & Perera, 2006).

A pesar de las evidencias y recomendaciones que indicarían que los programas preventivos de base escolar no son efectivos de forma aislada, sino que deberían ser de base comunitaria con impacto sobre el aula, el entorno escolar y la comunidad, existen muy pocos estudios que analicen rigurosamente el efecto de este tipo de intervenciones; la mayoría de experiencias previas se fundamentan en la intervención directa realizada en el aula y dejando de forma anecdótica la intervención y evaluación sobre el entorno (Muller-Riemenschneider, et al., 2008). Ahora bien, los proyectos con un componente comunitario proporcionan en general mejores resultados (Campbell, et al., 2008; Perry, Kelder, Murray, & Klepp, 1992).

2.2.1.2.4. Prevención del consumo riesgoso y nocivo del alcohol

El alcohol representa una inusual paradoja desde la perspectiva de la salud porque la humanidad lo ha ingerido durante milenios con un aceptable margen de seguridad y con gran satisfacción, ocupando, incluso, un importante papel en numerosas ceremonias religiosas y seculares. Por si fuera poco, múltiples estudios evidencian que un consumo moderado y habitual de alcohol de entre 10 y 30 g/día, reduce el riesgo de padecer enfermedad isquémica (Hvidtfeldt, et al., 2010; Rimm, 2000).

Sin embargo, un porcentaje significativo de bebedores desarrollarán complicaciones relacionadas con el consumo de bebidas alcohólicas,

constituyendo uno de los principales factores de riesgo relacionados con la salud tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. El abuso de las bebidas alcohólicas se ha erigido en un problema de gran magnitud para los individuos por su efecto sobre el orden físico y psíquico, así como para las sociedades por las repercusiones laborales y familiares, gravado todo ello con un enorme coste social y económico (OMS, 2005).

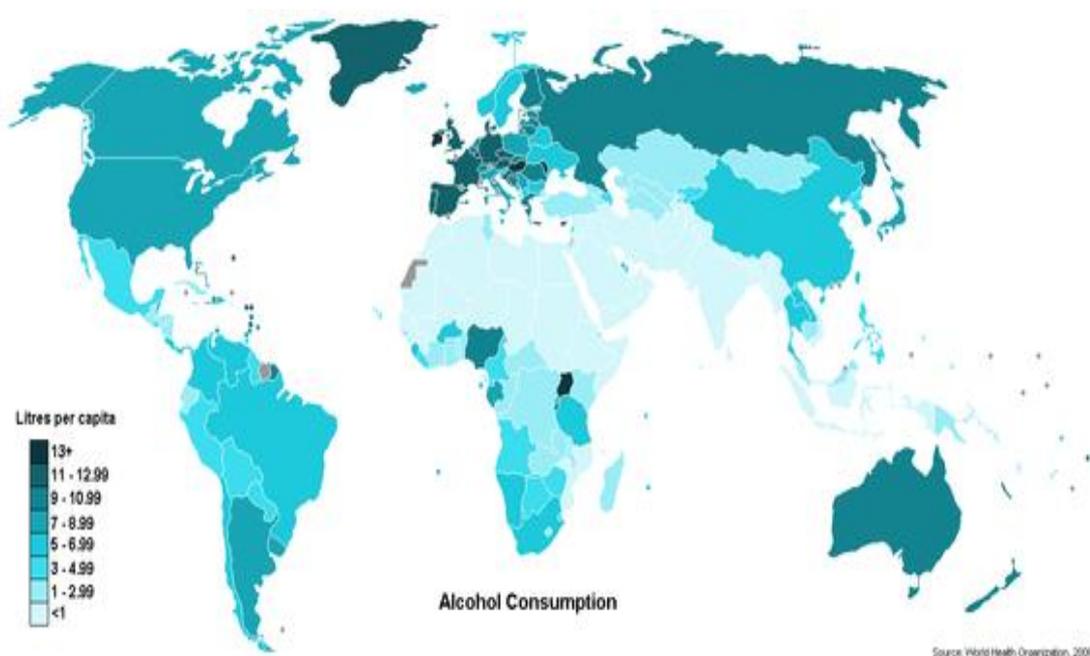


Fig. 7. Mapa mundial de consumo de alcohol. OMS,2010.

En Europa, en general, y en España, en particular, el arraigo sociocultural al consumo de alcohol, así como el papel que se le ha otorgado dentro del modelo alimentario, y la elevada producción de diversas bebidas alcohólicas han determinado que dicho consumo se consolide como uno de los factores determinantes de la salud más importantes en los países europeos, siendo el continente en que más alcohol se consume por persona del mundo.

El alcohol, es sin duda, después del tabaco, la sustancia psicoactiva que causa un mayor número de muertes en España. Además, es el tercer factor de riesgo para la salud en importancia por detrás del consumo de tabaco y la HTA, provocando una morbilidad prematura. Como factor de riesgo para la salud es 3 veces más importante que la DM2 y 5 veces más importante que el asma (Anderson & Baumberg, 2006).

El alcoholismo es una enfermedad multifactorial que probablemente se debe a una alteración del funcionamiento de determinados circuitos cerebrales que intervienen en el autocontrol de la conducta de ingerir bebidas alcohólicas. Si no se detiene el curso de esta enfermedad aparecerán, de manera progresiva, sus consecuencias médicas, psiquiátricas y adictivas, que van a conducir al paciente a recaídas sucesivas y a que esta enfermedad se convierta en crónica. Además, las personas que inician el consumo de bebidas alcohólicas durante la adolescencia tienen una mayor probabilidad de sufrir las consecuencias del consumo excesivo de alcohol al llegar a la vida adulta, entre las cuales se encuentran el riesgo de desarrollar alcoholismo o dependencia al alcohol (Guardia Serecigni, 2007).



Fig. 8. Consecuencias del consumo agudo y crónico del alcohol. Elaborado por Jorge Sánchez Mejorada (2015).

Las estrategias de prevención de los problemas relacionados con el consumo de alcohol en primer lugar existen las estrategias de prevención primaria, que se dirigen a la población bebedora, pero su objetivo fundamental es la disminución del consumo per cápita de alcohol. La primera se refiere a las medidas de protección de la salud y comprende las estrategias que los gobiernos y las autoridades sanitarias, junto con la industria, tienen que ejecutar para reducir el consumo per cápita, esencialmente mediante el establecimiento de barreras que reduzcan la disponibilidad de alcohol. El segundo grupo de medidas son las destinadas a la promoción de la salud y comprenden las estrategias que favorecen la adopción de estilos de vida saludables en los individuos y en la población. Las dos aproximaciones son complementarias y cada una refuerza a la otra (Piedrola, 2008).

En la prevención basada en la evidencia, se ha comprobado que las medidas preventivas más eficaces son las que controlan el precio y la disponibilidad de bebidas alcohólicas. Es decir, un aumento del precio, una restricción de los días, los horarios y el número de establecimientos de venta de las mismas, consigue una reducción de las consecuencias del consumo excesivo de alcohol; mientras que un aumento de la edad legal para poder tomar bebidas alcohólicas consigue reducir, no sólo el consumo de alcohol sino incluso la tasa de accidentes de tráfico en los jóvenes (Room, Babor, & Rehm, 2005).

2.2.1.2.5. Asistencia y prevención del consumo de otras drogas

El consumo de drogas es uno de los problemas que mayor interés ha despertado en las últimas décadas debido a la creciente implicación de los adolescentes y jóvenes en estas conductas. Además, constituye un auténtico problema de salud pública y social debido a los costes humanos, sociales y económicos que conlleva, y que se confirma por los datos epidemiológicos sobre el consumo. Debemos tener en cuenta que la juventud de los países desarrollados está expuesta desde muy temprana edad a entrar en contacto con la oferta de diferentes tipos de drogas.

Siguiendo la clásica definición de la OMS, entendemos por droga “toda sustancia que, una vez introducida en el organismo, es capaz de modificar una o más funciones de éste” y, por droga de abuso “cualquier sustancia, tomada a través de cualquier vía de administración que altera el estado de ánimo, el nivel de percepción o el funcionamiento cerebral”. Se trata de un

concepto intencionadamente amplio, sólo delimitado por los conceptos de dependencia, tolerancia y abstinencia (Schuckit, 2000).

En este sentido, se entiende por drogodependencia, el estado psíquico, y a veces físico, resultante de la interacción de un organismo vivo y una droga, caracterizado por un conjunto de respuestas comportamentales que incluyen la compulsión a consumir la sustancia de forma continuada con el fin de experimentar los efectos psíquicos o, en ocasiones, de evitar la sensación desagradable que su falta ocasiona. Los fenómenos de tolerancia pueden o no estar presentes (OMS, 1986).

Debido a la diversidad de significados, la OMS completa su definición indicando que debe contemplarse la dependencia utilizando los siguientes criterios de referencia para delimitar el problema:

- Una evidencia subjetiva de compulsión para la utilización de las drogas durante los intentos de abandono del consumo.
- El deseo de abandonar el consumo.
- Un hábito de consumo relativamente estereotipado.
- Evidencia de neuroadaptación, con fenómenos de tolerancia y dependencia.
- El consumo de drogas para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- El predominio de conductas de búsqueda de la droga por encima de otras prioridades.
- Una rápida instauración de la dependencia después de un período de abstinencia.

Cada sustancia produce en el organismo diversos efectos, pero éstos pueden variar según su administración. Hay que considerar que el uso de cualquier sustancia supone necesariamente la aparición de problemas para el

consumidor. Este uso puede ser meramente circunstancial, con un objetivo experimental o en un momento determinado de la historia del individuo, y no acarrear modificaciones en su personalidad, en el funcionamiento de su sistema nervioso o en su estilo de vida. La repetición de estos usos experimentales o circunstanciales es lo que pueden conducir a una dependencia.

Por regla general, el uso y abuso de drogas puede generar dependencia debido al fenómeno de la neuroadaptación. Éste consiste en un cambio permanente (pero reversible) de la estructura y funcionamiento de las neuronas sobre las cuales se localizan los efectos de las drogas. En niveles más complejos, hay otros mecanismos de adaptación: emocional, conductual, cognitivo, relacional, etc. Los cambios que se producen en una persona por el uso de drogas no se limitan a la mera acción de la sustancia sobre la célula nerviosa, sino que suponen una transformación que se define en el marco de la relación entre el individuo, la sustancia y el contexto (Fernández-Crehuet Navajas, Gómez-Aracena, & Gómez-Gracia, 2008).

Adicción y dependencia son términos prácticamente análogos. La adicción está integrada básicamente por un impulso que no se puede autocontrolar, una tendencia a la reiteración y una implicación nociva para el sujeto.

Cuando la adicción se acompaña de otras implicaciones biológicas, manifestadas en forma de reacciones de tolerancia y abstinencia, se puede hablar de dependencia. La dependencia es la necesidad imperiosa e incontrolable que tiene una persona de ingerir una determinada sustancia.

Sería, por tanto, la predisposición a la utilización de manera continuada, debido a una serie de estados (psicológicos, bioquímicos, sociales o ambientales), que la administración de la droga desencadena. De forma que hay dos tipos de dependencia claramente definidos: la dependencia psicológica y la dependencia física.

La dependencia psicológica hace referencia a la necesidad creada por el contacto con la droga y que lleva a buscar compulsivamente los efectos que produce. La consecución y el consumo de la sustancia se convierte en la conducta prioritaria, desplazando cualquier actividad o centro de interés que hubiera sido importante para el individuo. Dicha compulsión a consumir periódicamente puede ser para conseguir un estado afectivo positivo o bien para liberarse de un estado afectivo negativo, debemos tener en cuenta que todas las drogas producen dependencia psicológica.

La dependencia física se presenta en el organismo acostumbrado a un consumo continuado de una sustancia, de tal forma que necesita mantener un determinado nivel en la sangre para funcionar con normalidad. La interrupción del consumo habitual genera una serie de trastornos físicos que varían de intensidad según el tipo de droga, la cantidad de la sustancia y el estado del organismo y que constituyen lo que se conoce como el síndrome de abstinencia.

Tabla 1. Consecuencias del consumo de drogas

CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE DROGAS	Desajustes neuroquímicos en el cerebro; alteración del humor; problemas familiares, relacionales y sociales; adicción.
	Problemas cardiovasculares; defectos en el embarazo; disfunción sexual; debilitamiento del sistema inmune y enfermedades infecciosas respiratorias.
	Conductas antisociales; aislamiento; ansiedad e insomnio; esquizofrenia; sobredosis y coma.

Elaboración propia, a partir de OMS, 1986.

Existen diferentes tipos de consumo de drogas (experimental, ocasional, habitual y abusivo o compulsivo). A continuación, se presenta una descripción de cada uno de ellos:

- Consumo experimental: Corresponde a las situaciones de contacto inicial con una o varias sustancias, de las cuales puede pasarse a un abandono de las mismas o a la continuidad en el consumo. El consumo de carácter experimental es propio de adolescentes y jóvenes que, al desconocer los efectos de distintas drogas, tienen deseos de experimentar con ellas. Las motivaciones pueden ser varias: curiosidad, presión del grupo, atracción de lo prohibido y del riesgo, búsqueda del placer y de lo desconocido, entre otras. Como indicadores de evaluación para caracterizar este tipo de consumo se considera que el individuo desconoce los efectos de la sustancia y que su consumo se realiza, generalmente, en el marco de un grupo que le invita a probarla.

- Consumo ocasional: Es el uso esporádico de una sustancia, sin frecuencia ni intensidad fija y con largos intervalos de abstinencia. Entre las motivaciones principales está facilitar la comunicación, la búsqueda de placer, relajación, o transgredir las normas, entre otras.

Algunas características generales que definen este tipo de consumo son: el individuo continúa utilizando la sustancia en grupo, aunque es capaz de realizar las mismas actividades sin necesidad de drogas; ya conoce la acción de la misma en su organismo y por este motivo la consume.

- Consumo habitual: Supone una utilización frecuente de la droga. Esta práctica puede conducir a las otras formas de consumo, dependiendo de la sustancia, la frecuencia con que se emplee, las características de la persona, el entorno que le rodea, etc. Entre las motivaciones expresadas para mantener el uso de las drogas están: intensificar las sensaciones de placer; vivencia de pertenencia al grupo y necesidad de reconocimiento dentro de éste; mitigar la soledad, el aburrimiento o la ansiedad; reafirmar la independencia o la aversión hacia la sociedad, y también reducir el hambre, el frío, la debilidad o el cansancio.

Algunos indicadores que definen esta forma de consumo son: el sujeto amplía las situaciones en las que recurre a las drogas; éstas se usan tanto individualmente como en grupo; sus efectos son perfectamente conocidos y buscados por el usuario. Puesto que no ha perdido el control sobre su conducta, manifiesta poder abandonar el hábito en caso de proponérselo.

Existen diferentes tipos de clasificación de las drogas. A continuación, expondremos una clasificación según su mecanismo de acción. Así, las

drogas pueden actuar como depresoras del sistema nervioso central (SNC), psicoestimulantes y, psicodélicas o alucinógenas.

- Depresoras del SNC: son aquellas que actúan inhibiendo los mecanismos cerebrales que mantienen el estado de vigilia y producen diferentes grados de depresión, desde la sedación y la somnolencia hasta la anestesia y el coma. Ahora bien, a dosis pequeñas pueden generar euforia. Entre ellas se encuentran el alcohol, opiáceos (heroína, morfina, opio, etc.), derivados del cannabis (hachís y marihuana), hipnóticos y sedantes (barbitúricos, benzodiacepinas) y sustancias inhalables (disolventes, colas, pinturas, barnices, lacas, gasolina, etc.).

- Psicoestimulantes o estimulantes del SNC: son sustancias que producen euforia, manifestada con bienestar y mejoría del humor, y aumentan el estado de alerta y la actividad motriz. Disminuyen la sensación de fatiga y el apetito, y pueden mejorar el rendimiento intelectual. También producen la estimulación del sistema cardiovascular. Entre las más conocidas se encuentran la cocaína, las anfetaminas (algunas de venta en farmacias y otras ilegales, como la metaanfetamina y el éxtasis), la cafeína, las xantinas y la nicotina.

- Alucinógenas o psicodélicas: son sustancias que se encuentran en plantas, en hongos, o bien son productos de síntesis. Dependiendo del tipo de sustancia, distorsionan aspectos relacionados con la percepción, con los estados emocionales y con la organización del pensamiento, llegando a producir alucinaciones. Entre ellas se encuentran la mescalina y la psicolibina.

En cuanto a las estrategias de prevención, parece existir un consenso acerca de la necesidad de resolver el problema del consumo de drogas desde el desarrollo de programas de prevención eficaces dirigidos a promover el crecimiento de individuos capaces de decidir de forma libre y responsable la abstinencia, en una realidad donde la existencia, la disponibilidad y la oferta de sustancias de abuso es un hecho cotidiano.

Las actuaciones preventivas hacia la demanda se fundamentan en el cambio de actitudes ante la oferta. Pero, no se trata sólo de informar, sino también de educar para facilitar el desarrollo (especialmente en los jóvenes) de rasgos de carácter que deriven en el rechazo de las drogas. El rechazo ha de basarse en un criterio firme, pero no en el miedo. Se trata de enseñar a defender sus propios valores, de mostrar otros caminos diferentes del consumo para superar los momentos de desánimo y desesperanza que todos experimentan. Por tanto, se focaliza la acción en el robustecimiento de la resistencia a la presión de grupo, ya que, el inicio del consumo es un fenómeno grupal. La mayor parte de los adolescentes empiezan a fumar, a beber o a experimentar con otras drogas en el seno del grupo. Por consiguiente, un objetivo prioritario en la prevención es el aprendizaje de estrategias para afrontar la presión de grupo. La prevención debe seguir el objetivo de sensibilizar a la sociedad para generar una cultura de rechazo a las drogas mediante el fomento de sus propios valores y recursos. Además, tiene que informar y educar sobre todo a los jóvenes, para que desarrollen estilos de vida positivos, saludables y autónomos (entrenamiento en habilidades para la vida). Por otra parte, centrarse en reducir los riesgos

derivados del consumo, cuando ya no existan otras posibilidades es solo un complemento necesario. (Fernández-Crehuet Navajas, Gomez-Aracena, et al., 2008).

2.2.1.2.6. Otros hábitos, comportamientos y estilos de vida: conducta sexual, higiene dental y seguridad vial

A continuación, describiremos aspectos relacionados con los estilos de vida que no hemos comentado en ninguno de los apartados anteriores como son la conducta sexual, la higiene dental y los accidentes de tráfico y seguridad vial.



Fig. 9. Otros hábitos, comportamientos y estilos de vida. Diseño y elaboración propia.

2.2.1.2.6. 1. Conducta sexual

La OMS define la sexualidad humana como “un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los

papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales”.

Aunque la sexualidad tiene importancia a lo largo de toda la vida, en la adolescencia adquiere una mayor dimensión. Alcanzar la sexualidad madura, con todas las implicaciones físicas y psicológicas, es uno de los muchos retos a los que deben hacer frente los adolescentes. En los países desarrollados, una alta proporción de jóvenes que finalizan la escuela obligatoria, informan haber participado en comportamientos sexuales de riesgo (Godeau, et al., 2008). Por tanto, abordar las relaciones sexuales tempranas y mal protegidas sigue siendo un problema importante para la salud pública.

Las intervenciones en salud sexual en la adolescencia tienen como objetivo, tanto reducir las posibles consecuencias adversas del comportamiento sexual, como mejorar la calidad de las relaciones sexuales de los jóvenes para una vida actual y también para su vida adulta.

Como base de la planificación de las intervenciones preventivas, se vienen realizando muchos esfuerzos por parte de los investigadores para establecer modelos coherentes de los determinantes del comportamiento sexual que permitan identificar factores de riesgo y de protección.

En general, la literatura ha apoyado la existencia de un perfil de riesgo diferente en chicos y chicas, de modo que se viene registrando desde hace décadas, en el caso de los chicos, un inicio anterior en las relaciones sexuales y mayor número de parejas ocasionales, mientras que las chicas suelen tener relaciones sexuales en el marco de una relación estable y asociada a una relación afectiva y de confianza (Ramos-Valverde, 2009). Además, los indicios sobre la sexualidad de los adolescentes y jóvenes españoles muestran que los adolescentes inician cada vez más temprano su actividad sexual, que vivencian su vida sexual de manera activa, que lo hacen sin usar las protecciones adecuadas y necesarias, y que ello conduce a infecciones de transmisión sexual y a embarazos no deseados.

2.2.1.2.6. 2. Higiene dental

Las enfermedades bucodentales constituyen un problema de salud pública frecuentemente subestimado, pero de importante relevancia por su posible morbilidad, elevada prevalencia, por el coste del tratamiento y por su impacto en términos de dolor, malestar y limitación funcional, así como de su efecto sobre la calidad de vida (Sheiham, 2005).

La fluoración en el suministro de aguas por la red de alcantarillado público es el método preventivo más rentable utilizado para prevenir las enfermedades bucodentales. Éste, junto al uso de flúor tópico, son los métodos más usados para prevenir la caries en las últimas décadas. Pero, a pesar de que se ha reducido drásticamente la incidencia de caries dental en niños, este problema se encuentra muy lejos de ser erradicado (WHO, 1994).

A pesar de que son varias las recomendaciones para protegerse de las enfermedades bucodentales, como son el uso racional de los productos con azúcar, la fluoración del agua, la reducción del consumo de tabaco y alcohol y el uso adecuado de atención dental, es la higiene bucodental eficaz uno de los factores de protección más importantes para la prevención, siendo la recomendación universal cepillarse los dientes al menos dos veces al día (Loe, 2000).

El cepillado dental con pasta fluorada es el método más importante de aplicación de flúor en la superficie dental y ha demostrado ser una medida efectiva en la prevención de caries (Moynihan & Petersen, 2004). El cepillado dental es fundamental para la prevención de las enfermedades de las encías como la gingivitis y la periodontitis. Una buena higiene dental comienza por un correcto cepillado, que conviene realizar después de cada comida o ingesta (bebidas azucaradas y carbonatadas, golosina). El cepillado más importante y, el que no debe faltar, es el de después de la cena o de la última ingesta antes de dormir. Ahora bien, debemos tener en cuenta que un cepillado excesivo puede desgastar el esmalte, por lo que lo ideal son 2 o 3 cepillados al día. Se recomienda también limpiar el espacio interdentario con seda al menos una vez al día, usando una parte distinta de la seda para cada espacio. Y, tras pasar el cepillo y la seda dental, puede ser conveniente un enjuague con un colutorio, aunque sin abusar (Cuenca-Sala & Baca-García, 2005).

En este mismo sentido, debemos remarcar que el uso de chicles y de xilitol puede ser adecuado, ya que la acción de masticar estimula la secreción

de saliva que evita que el pH de la boca sea excesivamente ácido, y el uso de xilitol inhibe el crecimiento de la bacteria streptococcus mutans, que causa la caries.

2.2.1.2.6. 3. Seguridad vial

Los accidentes de tráfico constituyen uno de los problemas de salud pública más preocupantes en los países occidentales por la magnitud del problema y porque afecta en mayor proporción a personas jóvenes. Según estimaciones de la OMS, las lesiones por accidente de tráfico ocuparán en el año 2020, el tercer lugar entre las diez principales causas de muerte en todo el mundo.

Existen gran cantidad de medidas para prevenir los accidentes y también muchas medidas de promoción y educación para la salud para modificar aquellas conductas que pueden ayudar a que los accidentes no se produzcan o que, en caso de que se produzcan, repercutan lo menos posible en la salud de quienes los sufran (OMS, 2016).

En el mundo se producen cada año más de 750.000 muertos y más de 20 millones de heridos debido a los accidentes de tráfico, de éstos, más de 10 millones padecen con discapacidades permanentes (OMS, 2016).

Frente a este importante coste económico que suponen los accidentes de tráfico para cualquier país, la inversión en medidas preventivas y de promoción de la salud no es equiparable a la de otros problemas de salud, a pesar de que se conocen estas medidas y su aplicación ha demostrado que son efectivas.

La presión ejercida por parte del grupo de iguales para comportarse de forma arriesgada, es clave a la hora de explicar los comportamientos de riesgo en los jóvenes. En un estudio de adolescentes conductores, la presencia de un pasajero aumentó en el 50% el riesgo de sufrir un accidente fatal, comparado con ir conduciendo solo (Williams, 2001).

En relación a las estrategias de prevención de accidentes de tráfico, la solución a los accidentes de tráfico reside en la prevención primaria. Según Piédrola-Gil (2008) para que tenga efecto se deben tener en cuenta una serie de aspectos:

- Fomentar la educación vial: consiste en potenciar las actitudes positivas (prudencia, cortesía, anticipación al problema, etc.) y eliminar las negativas (sobre todo el alcohol y las drogas). Se debe fomentar la educación vial, que debe iniciarse en la edad escolar y continuar en la autoescuela.
- Prevención de la fatiga: normas acerca del descanso obligatorio. Está demostrado que conducir más de 4 horas seguidas tiene una relación directa con el déficit de atención a causa de la fatiga y, por tanto, hay un mayor riesgo de accidente.
- Reducción de la tasa de alcoholemia permitida.
- Adecuación de las vías y los sistemas de seguridad en el vehículo (avisos de mal funcionamiento del vehículo, aviso de frenada, control de la distancia entre vehículos, etc.).

Para concluir este apartado de los factores condicionantes de los estilos de vida, mencionaremos la presencia de la asociación de factores de riesgo; está ampliamente demostrado que determinadas conductas de riesgo,

tales como, tabaquismo, un consumo excesivo de alcohol, una dieta poco saludable (bajo consumo de frutas y verduras) y la inactividad física (conducta sedentaria), pueden contribuir a incrementar la morbimortalidad desarrollando patologías tales como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes tipo 2 y el cáncer, entre otras (Mokdad, Marks, Stroup, & Gerberding, 2004; WHO, 2002b). El seguimiento de los factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares desde la infancia hasta la edad adulta, sugiere que la adopción de estilos de vida saludables desde los inicios de la vida tiene el potencial de influenciar la salud cardiovascular a largo plazo. Además, los comportamientos iniciados en la adolescencia tienden a seguir en la edad adulta (Escobedo, Marcus, Holtzman, & Giovino, 1993).

A pesar de que está ampliamente descrito el efecto de los factores de riesgo de forma independiente, se ha estudiado poco el posible efecto sinérgico resultante de la combinación de los mismos. No obstante, algunos estudios revelan que los estilos de vida no saludables raramente se presentan aislados, sino que tienden a asociarse entre ellos (Dodd, Al-Nakeeb, Nevill, & Forshaw, 2010; Moreno-Gomez, et al., 2012; Tobias, Jackson, Yeh, & Huang, 2007). Este hecho puede tener profundas implicaciones, tanto a nivel de morbimortalidad como en la aplicación de intervenciones de prevención más enfocadas al conjunto que a las conductas individuales. Por tanto, teniendo en cuenta los efectos aditivos de los mismos, las intervenciones orientadas a promocionar múltiples hábitos saludables simultáneamente podrían tener un mayor impacto sobre la salud pública que las intervenciones que promueven hábitos aislados.

Varios autores han examinado la relación existente entre comportamientos de riesgo para la salud en adultos, adolescentes y niños, utilizando un amplio rango de variables, entre las que destacan el consumo de alcohol y tabaco, la dieta y la actividad física. Para examinar este tipo de asociaciones se han aplicado diversos métodos, entre los que destacan la regresión logística, el análisis de los conglomerados o el análisis de los componentes principales (Haftenberger, et al., 2002; Poortinga, 2007a, 2007b; Tobias, et al., 2007). Los resultados sugieren que los estilos de vida que comúnmente se asocian a la salud o a la enfermedad se conglomeran en la población, existiendo una tendencia a la clusterización de los estilos de vida saludables versus los estilos de vida no saludables.

2.2.2. Historia del origen y evolución del estudio de la Personalidad

El estudio de la personalidad se puede remontar a la antigua Grecia. La palabra “persona” se utilizaba para referirse a la máscara utilizada en las representaciones teatrales en Grecia. Los griegos se interesaron por personificar diferentes papeles, para lo que las personas utilizaban máscaras que cubrían sus rostros que les permitía representar distintos estilos de vida diferentes a los propios, sin dejar de ser ellos mismos.

El punto de partida del sistema categorial y de intento clasificatorio de la personalidad surge con la teoría humoral de Hipócrates para quien el equilibrio entre los humores (bilis negra, bilis, flema y sangre) daba lugar a los cuatro temperamentos o personalidad (colérico, melancólico, sanguíneo y flemático). (Myers 2016). Posteriormente Galeno asoció el temperamento

colérico a la irascibilidad, el sanguíneo al optimismo, el melancólico a la tristeza y el flemático a la apatía.

Kraepelin descubrió dos tipos de personalidades previas entre los antecedentes de la demencia, una disposición ciclotímica y un temperamento autista. Así mismo describió una serie de personalidades patológicas que eran la hipomaniaca, depresiva, irascible y emocionalmente inestable. Años más tarde Schneider (1923), con la misma idea de la existencia de personalidades previas que eran las precursoras de otros trastornos mentales describió 10 tipos diferentes. Las personalidades hipertímicas, las depresivas, las inseguras, las fanáticas, las buscadoras de atención, las lábiles, las explosivas, las personalidades sin afecto, las de voluntad débil y la asténica.

Kretschmer en sus primeras aproximaciones intentó hacer una categorización en base a las diferencias morfológicas. Intentó relacionar esas diferencias con la esquizofrenia y la psicosis maniaco-depresiva. Estudió así mismo el carácter pre mórbido de estas dos patologías y los temperamentos normales.

Clasificó a las personas en cuatro tipos diferentes basándose en sus características físicas. La tipología pícnica que se caracteriza por un tórax y abdomen ancho y extremidades débiles y poco musculosas tendentes a la obesidad. Por otro lado, el carácter atlético con un desarrollo muscular generalizado y esqueleto fuerte. El asténico que tiene una estructura ósea delicada y musculatura delgada. El displásico que tiene una estructura corporal desgarrada.

2.2.2.1. Nociones entorno a la personalidad de los sujetos.

Los psicólogos de la personalidad han discutido durante mucho tiempo el sentido preciso del concepto de personalidad y, a pesar de que se han ofrecido diversas definiciones, ninguna ha recibido una aceptación universal (Carver & Scheier, 1997).

Sin embargo, durante siglos incluso se ha tratado de conceptualizar y clasificar la personalidad. En psicología la búsqueda de rasgos personales que expliquen las diferencias intra e interindividuales se inicia con F. Galton a finales del s. XIX con el desarrollo de la psicología diferencial. Desde los estudios de Allport durante la primera mitad del pasado siglo hasta los modelos de Eysenk y el modelo de cinco factores (FFM), se han constituido varios modelos con distintas dimensiones.

Un primer acercamiento al tema nos lleva a una diferenciación entre distintos aspectos que pueden desglosarse dentro del concepto de lo que hace que una persona se muestre de determinada manera.

En primer lugar, se encuentra el concepto de temperamento como aquello que es innato, heredado y la materia prima sobre la cual posteriormente se formará la personalidad.

El concepto de carácter hace referencia al resultado de actuar sobre esa "materia prima" mediante la interacción con el entorno y las personas que nos rodean y mediante las acciones educativas. Es, por tanto, adquirido, modificable y educable de manera que podemos controlar su manifestación externa. En la niñez y adolescencia vamos configurando el carácter, mediante el proceso relacional y educativo.

Sin embargo, las distintas corrientes teóricas coinciden, que la personalidad designa a un conjunto de características de un individuo que lo definen como persona única e irreplicable, el cual surge para dar cuenta del aspecto individual que adquiere el comportamiento, es decir, pone de relieve las diferencias interindividuales de la persona.

Una de las definiciones que tiene más aceptación, es la siguiente: “Personalidad es la organización dinámica en el interior del individuo de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y su pensamiento característicos” (Allport, 1961).

Los psicólogos contemporáneos definen la personalidad como patrones de relativa consistencia y duración. Estos patrones dan cuenta de distintos modos de percibir, pensar, sentir y comportarse, lo que proporciona a los individuos identidades independientes. Incluye pensamientos, motivos, emociones, intereses, actitudes y habilidades (Florenzano, 2003).

El interés de la medicina y otras ciencias sobre el impacto del ambiente y la calidad de vida en el grado de salud da relevancia a investigaciones sobre la personalidad como uno de los componentes de los estilos de vida saludable.

El estilo de vida saludable se hace evidente a través del patrón de comportamiento sostenido de manera relativamente estable. Por ejemplo, haber probado una vez tabaco o beber esporádicamente en reuniones sociales no significan conductas de riesgo. Igualmente, hacer ejercicios y llevar una alimentación saludable para abandonar el tratamiento al cabo de un tiempo no forma parte del estilo de vida saludable.

2.2.2.2. Perspectivas de la personalidad

Es posible considerar que las teorías de la personalidad desarrolladas con los años, caben en diversos grupos, de los que cada una se distingue por su punto de vista sobre la naturaleza humana. Por lo que, la orientación de cada grupo difiere de la de otros. Estas orientaciones pueden ser definidas como perspectivas (Carver & Scheier, 1997).

A continuación, se describirán las perspectivas de la personalidad más relevantes.

2.2.2.2.1. Perspectiva de las disposiciones

La perspectiva de las disposiciones, se basa en la idea de que las personas tienen cualidades (disposiciones) relativamente estables, que se presentan en diversas situaciones. Desde este punto de vista, la naturaleza humana es un conjunto de cualidades relativamente permanentes en el interior de cada individuo (Carver & Scheier, 1997).

La idea de que las personas puedan ser clasificadas en tipos o categorías diferentes, puede rastrearse por lo menos hasta la época de Hipócrates (alrededor del 400 A.C.), cuyas ideas fueron detalladas por Galeno (hacia el 150 A.C). En aquellos tiempos se creía en la existencia de cuatro grupos de individuos: coléricos (irritables), melancólicos (depresivos), sanguíneos (optimistas) y flemáticos (tranquilos). Supuestamente, cada tipo de personalidad reflejaba un exceso de un fluido corporal (Carver & Scheier, 1997).

En las tipologías, los tipos se consideran categorías distintas y discontinuas. En contraste, los análisis de los rasgos, por lo general, suponen que la gente difiere en variables o dimensiones continuas.

En la teoría de los rasgos, se considera que lo que distingue a los individuos es la cantidad de características diversas que muestra su personalidad (Carver & Scheier, 1997). Desde esta perspectiva, la conducta surge de un rasgo (o de varios rasgos a la vez). El rasgo existe a un nivel más profundo dentro de la persona; es lo que se encuentra detrás de la acción y le confiere dirección.

Autores como Cattell y Eysenck se suman a esta perspectiva de la personalidad. Raymond Cattell realizó importantes aportes al desarrollo de la psicología de los rasgos, y fue uno de los pioneros en el uso de los procedimientos del análisis factorial (Cattell, 1947, 1965, 1978; Cattell & Klive, 1977). Cattell, afirmaba que los investigadores debían determinar, empíricamente, cuáles son los rasgos que subyacen a la conducta humana, argumento que ha ejercido una influencia considerable sobre los posteriores investigadores del tema.

Eysenck (1986), en cambio, se dispuso a investigar la idea de los cuatro tipos de individuos identificados por Hipócrates y Galeno, que podrían ser el resultado de la combinación de distintos niveles de dos rasgos de orden superior, de modo que reformuló las observaciones de los antiguos en una matriz de sólo dos dimensiones. Los dos rasgos de orden superior, que Eysenck propone como trasfondo de la personalidad, son los de introversión-extroversión y emocionalidad-estabilidad (Carver & Scheier, 1997).

2.2.2.2.2. Perspectiva biológica

La perspectiva biológica, subraya el hecho de que los seres humanos son criaturas biológicas. Afirma que la personalidad tiene una base genética, que las disposiciones de cada persona son heredadas (Carver & Scheier, 1997).

Una aproximación al estudio de la herencia en la personalidad, se centra en los temperamentos. Arnold Buss y Robert Plomin, emplearon el término “temperamentos”, para referirse a los rasgos de personalidad heredados que se encuentran presentes desde la temprana infancia. En su opinión, existen varios temperamentos, los cuales tienen una base genética, que los hace diferenciarse de los rasgos, además de la mayor influencia y alcance que éstos pueden tener (Buss, 1984; en Carver & Scheier, 1997).

Sheldon y Allport, consideran que los temperamentos afectaban a la personalidad adulta y no únicamente a la de los niños pequeños, los cuales mostrarían una continuidad a lo largo del ciclo vital (Plomin, 1983; en Carver & Scheier, 1997).

Buss y Plomin (1984), afirmaban que existían tres disposiciones normales de personalidad que merecen el nombre de temperamento: el nivel de actividad, la sociabilidad y la emocionalidad. En cada una de estas dimensiones es posible encontrar una gama de diferencias individuales. El nivel de actividad es el gasto global de energía o conducta. Este temperamento tiene dos aspectos: uno es el rigor, la intensidad o amplitud de la conducta, el otro, es el ritmo o velocidad de las actividades. La sociabilidad es la preferencia por hallarse con otras personas en lugar de estar solo;

consiste en el deseo de compartir actividades y recibir de los demás la atención, responsabilidad y estimulación que forman parte de la interacción social.

La emocionalidad es definida como la tendencia a activarse fisiológicamente en situaciones perturbadoras. Aseguran que este tipo de temperamento abarca a sólo tres emociones: la aflicción, la ira y el temor, ya que consideran que la activación generada por las otras emociones no es suficiente para hacerla relevante para este temperamento (Plomin, 1983; en Carver & Scheier, 1997).

2.2.2.2.3. Perspectiva del aprendizaje

La perspectiva del aprendizaje enfatiza que la cualidad más evidente de la naturaleza humana, es que la conducta cambia sistemáticamente como resultado de la experiencia, la cual se modifica de acuerdo con leyes predecibles. Desde este punto de vista, la personalidad sería “un conjunto acumulado de las tendencias aprendidas por el individuo en el transcurso de su experiencia” (Carver & Scheier, 1997). La personalidad debería ser factible de moldeamiento, pulida y civilizada por los acontecimientos que abarca la historia única e individual de cada persona.

2.2.2.2.3.1. Condicionamiento clásico

Uno de los primeros descubrimientos, en el esfuerzo por comprender el aprendizaje, fue que, al asociar un estímulo con otro, era posible que uno de ellos adquiriera la capacidad de provocar una respuesta. Este tipo de

aprendizaje se denomina condicionamiento clásico, algunos de los representantes de esta corriente son Watson y Thorndike (Carver & Scheier, 1997).

Para que ocurra este condicionamiento se requieren, al menos dos elementos esenciales: el organismo tiene que responder a cierta clase de estímulos de manera refleja. Un reflejo es una conexión, ya existente, entre un estímulo y una respuesta, de modo que uno conduce a la otra. La segunda condición, es que el estímulo que ocasiona la reacción refleja se asocie temporalmente con otro estímulo.

2.2.2.2.3.2. Condicionamiento instrumental

La segunda forma de condicionamiento, que contribuye al estudio de la personalidad, es llamada condicionamiento instrumental. Este condicionamiento, difiere en varios aspectos del clásico. Es un proceso activo (Skinner, 1938; en Carver & Scheier, 1997). Si una conducta es seguida por un estado de hechos o sucesos mejores o más satisfactorios, entonces aumenta la probabilidad de que la conducta vuelva a presentarse en una situación similar, mientras que, si el estado de un hecho o suceso resulta menos satisfactorio, disminuye la probabilidad de que la conducta vuelva a realizarse en el futuro.

2.2.2.2.3.3. Teorías del aprendizaje cognoscitivo social

Estas teorías también abarcan el estudio de la personalidad desde la perspectiva del aprendizaje, pero conceden mayor importancia a los procesos

mentales que las primeras corrientes teóricas. Estos teóricos no abandonan los principios del condicionamiento, sino que empezaron por sugerir elaboraciones sobre esos principios. Como representante de esta teoría se cita a Albert Bandura.

2.2.2.2.3.3.1. Reforzamiento social

Estos teóricos creyeron que, la mayor parte del reforzamiento de la experiencia humana poco se relacionaba con las necesidades fisiológicas, sino más bien, tenían mayor importancia los reforzadores sociales, como la aceptación, sonrisas, abrazos, alabanzas, aprobación, interés y atención de los demás (Bandura 1978).

2.2.2.2.3.3.2. Reforzamiento vicario

Otra elaboración de los modelos de condicionamiento, proviene del hecho de que la gente puede experimentar muchos eventos de manera vicaria, es decir, los experimenta indirectamente a través de alguien más. Si se observa que un sujeto al realizar una conducta determinada recibe un reforzamiento, es más probable que el observador realice la misma acción, pero es menos probable que repita la acción si ve que se castiga por realizarla. Aunque el reforzamiento o el castigo no se aplica al observador, las tendencias a la acción se verán afectadas como si los hubiera recibido él mismo (Carver & Scheier, 1997).

2.2.2.2.4. Perspectiva psicoanalítica

Una de las primeras teorías de la personalidad con amplio desarrollo, ha sido el psicoanálisis. Freud habla del psiquismo o del aparato psíquico, dispensa singular prominencia a los factores dinámicos o energéticos del mismo y al hecho de que este es internamente activo, movilizado por energías propias (Fierro, 1996). Según esta teoría, la vida psíquica puede ser dividida de acuerdo con el grado de concienciación de los fenómenos, en los siguientes términos: consciente, pre-consciente e inconsciente (Pervin, 1979).

Freud utiliza el término consciente, para referirse a la parte de la mente que contiene aquello de lo que se está al tanto. La parte de la mente que representa la memoria ordinaria se denomina Preconsciente y sus elementos están fuera de la consciencia, pero pueden ser recuperados con facilidad. Freud emplea el término inconsciente para referirse a una parte de la mente que no es directamente accesible a la consciencia. Estos tres niveles de consciencia constituyen el modelo topográfico de la mente, escenario donde se representa la dinámica de la personalidad (Carver & Scheier, 1997).

En 1923, Freud elaboró un modelo estructural más formal, que complementa el modelo topográfico de la mente. Considera que la personalidad tiene tres componentes, que al actuar dan la complejidad del comportamiento humano, los cuales no son entidades físicas, sino etiquetas para los tres aspectos del funcionamiento de la personalidad que se conocen como: Ello, Yo y Superyo (Carver & Scheier, 1997).

Lo esencial del desarrollo de la teoría psicoanalítica, es que trata del desarrollo de los instintos, la fuente de éstos radica en los estados de tensión

corporal, los cuales tienden a concentrarse en determinadas regiones del cuerpo, llamadas zonas erógenas (Pervin,1979). Según esta teoría, las principales zonas erógenas del cuerpo van cambiando a medida que se desarrolla el individuo y estos cambios vienen dictados por la biología. La primera zona erógena es la boca, luego es el ano y la tercera son los genitales.

El crecimiento mental y emocional del niño depende de las interacciones sociales, de las ansiedades y gratificaciones ocurridas con relación a dichas zonas erógenas. (Pervin,1979).

2.2.2.2.5. Perspectiva neoanalítica

Los teóricos que conforman el grupo neoanalítico, discrepaban de la teoría de Freud en diversos aspectos. Algunos estaban en desacuerdo con la relevancia que daba a la sexualidad y a su opinión de que los temas sexuales son importantes incluso en la infancia.

A otro grupo de teóricos, les resultaba incómodo el acento que ponía en los procesos inconscientes, sin dar suficiente atención al yo, lo que trajo como consecuencia que, muchos teóricos centrados en esta perspectiva dirijan su foco de atención a la naturaleza y al funcionamiento del yo (Carver & Scheier,1997). Desde esta perspectiva, el yo participa en el proceso de adaptación, de un ajuste cada vez mejor al mundo. Esta explicación sostiene que la adaptación y los procesos conscientes son más importantes para la personalidad que la conducta instintiva e inconsciente (Wolberg, 1967; en Carver & Scheier,1997).

En general, los teóricos de esta perspectiva resaltan la idea de que la meta principal del yo es lograr una mejor adaptación al mundo. Parte de esta adaptación consiste en aprender a controlar los impulsos, lo que permite que el individuo obtenga un sentimiento de dominio en su relación con el mundo. Parte del éxito, consiste también en mostrar flexibilidad en la interacción con el entorno, saber cuándo es conveniente restringirse y cuando comportarse con mayor libertad (Carver & Scheier, 1997).

Uno de los teóricos que resalta en esta perspectiva es Carl Jung. Uno de sus conceptos centrales es la individuación, término usado para significar un proceso de desarrollo personal que implica el establecimiento de una conexión entre el ego (centro de la consciencia) y el sí mismo (centro de la psiquis total que incluye tanto lo consciente como el inconsciente). Para este autor, existe una constante interacción entre lo consciente e inconsciente, los cuales no son sistemas separados, sino dos aspectos de un sistema único. La psicología jungiana se refiere básicamente al equilibrio de los procesos de consciente e inconsciente y al perfeccionamiento del intercambio dinámico entre ellos (Fadiman, 2001).

Entre los conceptos de Jung, la introversión y la extroversión son los que más ampliamente se han generalizado. Descubrió que el individuo se puede caracterizar por estar orientado primordialmente hacia el interior o el exterior (Fadiman, 2001).

Jung identificó cuatro funciones fundamentales. Pensamiento, sentimiento, sensación y la intuición; cada una de ellas se puede experimentar en forma introvertida o extrovertida (Fadiman, 2001). Nuestro tipo funcional

indica nuestras fuerzas y debilidades relativas y el estilo de actividades que tendemos a preferir. Jung ha llamado “función inferior” a la función menos desarrollada de cada individuo.

2.2.2.2.5.1. Teorías psicosociales

En la medida en que las teorías neoanalíticas atribuían mayor importancia al yo, y conforme fueron examinando sus funciones con mayor detalle, tuvo lugar otro cambio que consistió en la idea de que la personalidad es inherentemente social. Los teóricos empezaron a hacer énfasis en que muchos de los temas de la personalidad tenían que ver con las relaciones del individuo con los demás (Carver & Scheier, 1997). Dentro de estos postulados se pueden mencionar, la teoría del apego de John Bowlby y la teoría del desarrollo psicosocial de Erikson.

2.2.2.2.6. Perspectiva fenomenológica

La perspectiva fenomenológica se basa en las ideas principales de que la experiencia subjetiva de cada cual es importante, valiosa, significativa y única; que la gente tiende de manera natural a la autoperfección; y que todos pueden avanzar en esa dirección ejerciendo su libre voluntad para hacerlo. La personalidad es asunto de la unicidad interna y de lo que el individuo decida hacer de él mismo. (Carver & Scheier, 1997).

Carls Rogers fue una figura importante del movimiento humanista de la psicología, cuyas ideas proporcionaron un marco teórico para tratar la naturaleza de la personalidad, la forma en que se realiza el potencial y lo que

puede impedir que esto suceda. En su opinión, de no encontrar una fuerte oposición, puede esperarse que el potencial para el crecimiento positivo y saludable se exprese de manera natural en la conducta de cada individuo, tendencia que se conoce como realización (Rogers,1959). La realización se aplica a la personalidad y se le llama autorrealización cuando promueve el mantenimiento o el mejoramiento de la estructura del yo.

El concepto del sí mismo es relevante para la aproximación adoptada por Rogers. Suponía que el yo existe desde el nacimiento y que el infante gradualmente va diferenciándose del resto del mundo (Rogers,1965; en Carver & Scheier,1997).

Por su parte, otro exponente, de este enfoque teórico es Maslow quien postulaba que las necesidades humanas, forman una jerarquía que a menudo se representa gráficamente como una pirámide (Carver & Scheier,1997), señalaba que las necesidades humanas varían en su inmediatez y su poder. Algunas necesidades son muy primitivas, básicas y exigentes y son fundamentales para la vida, forman parte de la base de la pirámide, estas necesidades son fisiológicas, imprescindibles para sobrevivir.

Las cualidades del siguiente nivel de la jerarquía, también son necesarios para la supervivencia, pero resultan menos exigentes, estas son las necesidades de protección y de seguridad física. En el siguiente nivel de jerarquía, las necesidades comienzan a presentar características más sociales, esta es la categoría del amor y la pertenencia, los intercambios con los demás satisfacen estas necesidades. En un nivel más alto, se encuentran las necesidades de estima, que se basan en la evaluación y autoevaluación,

este nivel incluye la necesidad de una sensación de dominio, poder y un sentimiento de aprecio de los demás. En la cima de la jerarquía se encuentra la autorrealización. Para Maslow, la autorrealización es el motivo humano más elevado (Carver & Scheier,1997). En general el individuo debe satisfacer primero las necesidades de los niveles inferiores de la jerarquía, antes de que pueda atender a las necesidades superiores.

2.2.2.2.6.1. Teoría de los constructos personales

Un grupo de psicólogos de la personalidad, defienden la declaración de que la realidad física no constituye la esencia de la experiencia humana, sino su materia prima (Carver & Scheier,1997). De este modo, cada individuo prueba la materia prima y concibe una visión personal de cómo está organizada y en qué consiste la realidad. Esas representaciones mentales, proporcionan la base para las percepciones, interpretaciones y acciones futuras (Jussim, 1991; en Carver & Scheier,1997). La personalidad consistiría en la organización de las estructuras mentales con las cuales el individuo ve la realidad.

Esta es la posición adoptada por George Kelly, quién argumentaba que la mejor manera de comprender la personalidad es pensar en los individuos como científicos. Tenemos la necesidad de predecir los acontecimientos con cierta regularidad y comprender las cosas que suceden a nuestro alrededor y elaborar de esta forma, teorías acerca de la realidad (Carver & Scheier,1997).

Las personas generan un conjunto de constructos o construcciones personales que luego imponen a la realidad externa. En la opinión del autor, la gente no experimenta al mundo de manera directa, sino que lo conoce a

través de los lentes de sus constructos. Esto es la esencia de lo que Kelly denominó su “postulado fundamental” de la conducta humana: que la conducta, los pensamientos y los sentimientos del ser humano son determinados por los constructos que éste utiliza para anticipar o predecir los acontecimientos (Carver & Scheier, 1997).

2.2.2.2.7. Perspectiva de la autorregulación cognoscitiva

Esta perspectiva plantea tres suposiciones básicas. La primera, postula que comprender la conducta humana significa comprender la forma en que la gente trata o procesa la información que le rodea. La segunda suposición, que está a la base de esta explicación de la personalidad, es que el flujo de la vida consiste en una trama elaborada de decisiones, de las cuales algunas se toman conscientemente, pero en su mayor parte se hace de manera implícita, fuera de la consciencia. La personalidad se expresaría en parte, en la forma en que la toma de decisiones influye en la mente, en los rasgos que introduce la organización mental y por el modo en que se utiliza. Por último, la tercera suposición, plantea que la conducta humana está intrínsecamente dirigida a metas. Lo que representaría una clase particular de aproximación a la motivación humana.

Esta explicación de la personalidad supone que la gente actúa de manera muy parecida, asumiendo metas, acercándose a ellas y supervisando su progreso en la dirección deseada. De esta caracterización de la conducta proviene el término autorregulación. Según esta postura, todos los actos humanos están al servicio de la obtención de una u otra meta. La vida sería

una corriente infinita de sentirse, revisar y ajustar; y un movimiento continuo hacia una compleja red de objetivos bien definidos. (Carver & Scheier,1997).

2.2.2.3. Teoría de la personalidad de Henry Murray

Henry Murray (1938) desarrolló una teoría de la personalidad organizada en términos de necesidades, presiones y motivos (Engler,1996), la cual sirve de base a la presente investigación.

Sugirió que el concepto de personalidad es una hipótesis, un constructo que ayuda a explicar la conducta de un individuo. No creía que el concepto de personalidad se refiriera a alguna sustancia física real. Postulaba que la personalidad de un individuo depende de procesos cerebrales y, por consiguiente, el centro anatómico de ésta, es el cerebro. Habría una relación estrecha entre la fisiología cerebral y la personalidad, siendo los procesos neurofisiológicos la fuente de la conducta humana. Desarrolló una teoría de la personalidad organizada en términos tanto biológicos como psicológicos, formulada desde un punto de vista “organísmico” y “dinámico”, conceptos utilizados para designar a una psicología que acepte como una característica fundamental del comportamiento, el que éste sea dirigido hacia un fin (adaptativo) y que intente descubrir y formular los aspectos tanto internos como externos que lo determinan.

Para Murray, el ser humano es una unidad: temporal, móvil, que discrimina, que evalúa, que asimila, que se adapta, que diferencia, que integra y reproduce, dentro de una matriz de medio ambiente cambiante. Es un organismo dinámico, ya que su necesidad transformada en conducta tiene una meta como objetivo; que se encuentra influenciada por los factores

internos y externos (presiones), y está caracterizado por una sucesión rítmica de actividad y de reposo.

Desarrolló el término “Personología”, el cual definió como “la rama de la psicología que estudia la vida de los individuos y los factores que influyen en su curso” (Murray, 1938; en Carver & Scheier,1997). La personología subraya la importancia de conocer la historia de cada persona, para así poder llegar a comprenderla. De acuerdo con Murray, “la historia de una personalidad es la personalidad” (Murray, 1938; en Carver & Scheier,1997). “La personología sería la ciencia del hombre, tomando a éste como una unidad en conjunto” (Ferrada & Lers,2004). Al estudiar lo individual, Murray creía que es útil separar la conducta total de una persona en unidades identificables y manejables. Su unidad básica es un procedimiento, un patrón de conducta significativamente breve que tiene un principio y un fin claros. Los procedimientos son interacciones entre el sujeto y otra persona u objeto en el ambiente, por ejemplo, tomar un libro o sostener una conversación, pueden ser internos (imaginados) o externos (reales). Una sucesión de procedimientos constituye una serie. Por tanto, una amistad o un matrimonio consisten de una serie de procedimientos que necesita ser estudiada en su conjunto. Una serie planeada de procedimientos es un programa en serie, el cual conduce hacia un objetivo, tal como convertirse en abogado, por ejemplo y puede prolongarse en el futuro por meses o incluso años. Cada procedimiento en una serie, puede ser considerado por tener un sub objetivo que acerca al individuo al objetivo final. Los programas en serie son gobernados por un proceso mental conocido como orden. Esto nos permite,

una vez que entendemos nuestro mundo, desarrollar una estrategia para afrontarlo.

El orden también permite desarrollar calendarios o planes para resolver procedimientos conflictivos. Un calendario, como un presupuesto familiar, trata de acomodar todas las necesidades y objetivos implicados permitiéndoles ser expresados en momentos diferentes (Engler, 1996).

Algunos aspectos de la teoría de Murray fueron extraídos de la teoría de Freud. Sin embargo, Murray redefinió, explicó y enriqueció los conceptos de Freud. Usó los términos Ello, Yo y Superyó para describir las divisiones básicas de la personalidad, pero agregó su propio significado.

Murray concordaba con Freud en que el Ello es la fuente de los impulsos y las necesidades básicas, pero enfatizó que el Ello contiene impulsos positivos y negativos. El Súper yo es una representación internalizada del ambiente social, que indica cuándo, dónde, cómo y qué necesidades pueden ser expresados. El Yo es la “parte más organizada, discriminativa, vinculada al tiempo, razonadora, resolvedora y cohibida de la personalidad” (Murray, 1938; en Engler, 1996). Su papel es facilitar que satisfaga sus impulsos; su efectividad en hacer esto afecta a la adaptación de un individuo. Murray atribuía una función más activa para el Yo.

La personalidad sería en definitiva la encargada de hacer una mediación entre las necesidades y las normativas sociales, la cual actuaría como un mecanismo conciliador entre los impulsos que ejercen tensión y que necesitan satisfacción, en conjunto con la adaptación al medio social. Al conciliar ambos aspectos, la personalidad, cubriría la necesidad de un matiz

más aceptable, en donde se construiría un nuevo concepto, el de variables de personalidad, el cual es definido como: “la necesidad químicamente pura, más la acción de la personalidad y las normas socioculturales” (Guerra,1985; en Ferrada & Leres,2004).

Las variables de personalidad, son sistemas de reacción que conducen al sujeto a lograr objetivos, como: elevar su estatus, conservar y defender ese estatus alcanzado; constituir afiliaciones y cooperar con objetos aliados o instituciones; o rechazar, resistir, atacar o renunciar a objetos hostiles o que se detestan.

La personalidad, también cumpliría con algunas funciones, como: reducir tensiones, permitir la auto expresión, reducir tensiones de acuerdo a la normativa social, reducir tensiones que nacen de las aspiraciones, reducir conflictos, por medio del conformismo y de la identificación social.

2.2.2.3.1. Sistema de necesidades de Murray

Es probable que la contribución más significativa de Murray, para el estudio de la personalidad, sea su extensa investigación de las necesidades humanas. Desarrolló, lo que sin duda es, la lista más cuidadosa y amplia de necesidades humanas que se encuentra en la psicología (Engler,1996).

Murray define este concepto como: “Una necesidad es un constructo hipotético que representa una fuerza de naturaleza físico-química desconocida en una región del cerebro, una fuerza que organiza la percepción, la apercepción, la intelección, el esfuerzo y la acción, de manera de cambiar en una cierta dirección una situación existente no satisfecha” (Murray,1953). Una necesidad es, en ciertas ocasiones, provocada

directamente por un proceso interno, visceral, endócrino o talámico, dentro del curso de procesos vitales, pero más frecuentemente, por la acción de influencias externas o por la acción de imágenes anticipadas de esas influencias. La necesidad se vuelve manifiesta dirigiendo al organismo a buscar o evitar encuentros y responder a algunas clases de presiones.

Las 15 necesidades de Murray son: logro o motivación, deferencia, orden, exhibicionismo, autonomía, afiliación, intercepción, ser protegido, dominio, degradación, proteger, cambio, persistencia, heterosexualidad, agresión.

Cada necesidad se encuentra acompañada por un sentimiento o una emoción y tiende a usar ciertas sub necesidades y actones para desarrollar una tendencia, que puede ser débil, intensa, momentánea o duradera en el tiempo, es así lo que da origen a un comportamiento manifiesto o imaginable que si el organismo es capaz de realizar y la oposición externa no es muy significativa produce una situación meta (conducta) que satisface al organismo. (Murray,1953).

No todas las necesidades están presentes en todos los individuos, además varían en su fuerza e intensidad. Murray creía que hay una jerarquía de necesidades, un concepto que después fue explicado con más detalle por Maslow (Engler,1996).

Cada necesidad se sostiene por sí misma, pero Murray argumentaba que las necesidades también pueden relacionarse unas con otras de diversas maneras (Engler,1996). Pueden fusionarse (varias que se reflejen en un mismo acto) o ser subsidiarias entre sí, es decir, unas están al servicio de

otras. La satisfacción de una necesidad fusionada y subsidiaria, no es una satisfacción pura en sí, sino que ayuda a que se satisfaga una necesidad mayor. En el mismo sentido, la fuerza de una necesidad influye en la intensidad de una conducta y determina qué acción se tomará primero y cuándo.

Tabla 2. Tipos de necesidades de Murray.

NECESIDADES	SIGNIFICADO
LOGRO O MOTIVACIÓN	Sobreponerse a obstáculos, rivalizar y sobrepasar a otros.
AFILIACIÓN	Agradar y ganarse el afecto, acercarse, disfrutar y alternar con personas semejantes.
AGRESIÓN	Sobreponerse a la oposición de la fuerza.
AUTONOMÍA	Evitar actividades pre escritas por autoridades dominantes.
DEFERENCIA	Necesidad de halagar a otros, la necesidad de complacer a otros.
DOMINIO	Deseo de controlar sus propios sentimientos y los de los demás, deseo de ser líder, influir sobre los demás.
EXHIBICIÓN	Causar una impresión, ser visto u oído.
ORDEN	Lograr limpieza, arreglo, organización.
CAMBIO	Deseos de cambio, hábitos, preferencias, de hacer cosas nuevas, de buscar aventuras nuevas.
PROTECCIÓN	Deseo de satisfacer necesidades de otros, cuidar a otro, gozar con la compañía de sujetos inferiores.
DEGRADACIÓN	Deseo de someterse sumisamente a las órdenes de otros, aceptar críticas sin rebelarse, con resignación.
SER PROTEGIDO	Deseo de pedir ayuda, necesidad de rogar, implorar, pedir. Tendencia a ser dependiente de otro.
INTERCEPCIÓN	Necesidad de mantenerse en contacto con sus propios sentimientos, tendencia a soñar despierto.
PERSISTENCIA	Mantener el esfuerzo, actividad vigorosa, hacer trabajos largos, no dejan de hacer algo sin antes terminarlo.
HETEROSEXUALIDAD	Deseo de formar y promover relaciones eróticas, salir con sujetos del sexo opuesto, enamorarse, participar en discusiones acerca de lo sexual.

Elaboración propia, a partir de Teorías de la personalidad. Engler, 1996.

Adicionalmente, en un organismo, pueden presentarse al mismo tiempo varias necesidades, por lo cual entrarían en conflicto entre sí, pero siempre será satisfecha la más intensa antes que las demás. De igual manera que las necesidades se relacionan de forma compleja, se interrelacionan las necesidades y las presiones. Así como una necesidad puede servir a otra, una presión puede apoyar a una necesidad (Engler,1996). Los estados de necesidad deben ser satisfechos y a medida que transcurre el tiempo van intensificándose éstas, hasta que la persona termina por actuar para que la necesidad sea satisfecha.

Un observador puede inferir una necesidad a partir de diversas señales, tales como: un efecto o patrón de conducta típica, la búsqueda y evitación de ciertos tipos de presión, la expresión de una emoción específica, y señales de satisfacción o insatisfacción con los efectos de la propia conducta. Además, un sujeto por lo general puede confirmar la presencia de una necesidad por medio de reportes subjetivos (Engler,1996).

2.2.2.3.2. Concepto de presión de Murray

Caracterizar la conducta de un individuo tan solo con base en las necesidades, es presentar un cuadro unilateral. Es por eso que Murray introdujo el concepto de presión, “fuerzas de los objetos o personas dentro del ambiente que ayudan u obstaculizan a un individuo en el logro de sus objetivos” (Engler,1996).

El organismo va reaccionando a los estímulos externos (presiones), generando así un impulso (pulsión), necesidad o propensión en el organismo,

determinando así una conducta direccional, que Murray define como Actone (el que puede observarse en los movimientos verbales o corporales per se, aislados de su efecto), orientado hacia el logro de uno o varios efectos, lo cual depende de si la presión es o no percibida como amenazante o como beneficiosa. Cada Actone produce un sub efecto, que da como fin una tendencia unitaria adaptativa (acción). Por lo tanto, los Actones se originan en fuerzas hipotéticas llamados impulsos, necesidades o propensiones que se dan al interior del organismo (Murray, 1953; en Ferrada & Leres, 2004).

Adicionalmente, Murray denomina la combinación: Organismo + Presión + Necesidad = Thema. La cual es definida como: “una estructura dinámica de un hecho o episodio, una interacción singular entre el ser viviente y su medio ambiente” (Murray, 1953). Los themas simples pueden combinarse y formar themas más complejos, la relación puede llevar a una satisfacción o a una frustración (éxito o fracaso), lo cual va determinando la dirección del organismo, conformando ritmos de asimilación, diferenciación e integración a lo largo de una secuencia temporal, ya que el organismo se encuentra inserto en su medio ambiente cambiante, donde ningún suceso es igual a otro.

El individuo muestra una tendencia a reacciones similares ante situaciones semejantes, lo que se acrecienta con la edad; puesto que la similitud (constancia, consistencia) así como el cambio (la variabilidad), son una causa de que el organismo pueda ser descrito por la enumeración de los themas (influencia-necesidad), o por la enumeración de los impulsos o las características más repetidas (Ferrada & Leres, 2004). Ejemplos de presión son la discordia cultural y familiar, la pobreza, los accidentes, la pérdida de

posición, la presencia de hermanos, el maltrato de contemporáneos, el entrenamiento religioso, el aliento, la amistad, el abuso sexual y la enfermedad. (Engler,1996).

Como se puede notar cada perspectiva de estudio sobre la personalidad toma como punto de partida una diversidad de aspectos característicos y complejos del ser humano, y es precisamente esa diversidad y complejidad la que configura las interacciones en los entornos sociales: familia, institución, ámbito laboral, comunidad. El contexto social del individuo seguido del grado que tenga de motivación y de satisfacción de sus necesidades básicas psicológicas comportará su bienestar o malestar. Las condiciones psicológicas, sociales e institucionales en las que se ejerce el trabajo o el estudio exponen a la persona a situaciones que lo afectan en su salud mental y física. Las conductas de riesgo además de relacionarse con factores individuales, se asocia a factores laborales e institucionales tales como la presencia de fuentes de tensión en el trabajo e insatisfacción personal. El componente de la personalidad en el marco de los estilos de vida saludables se relaciona con el grado de capacidad que la persona posea para dar respuesta a situaciones de estrés sin que estas afecten negativamente el equilibrio de su mundo interior.

Desde la década de 1970 se aplica el término burnout al desgaste o sobrecarga profesional padecido por profesionales que se dedican a atender a personas en situación de necesidad o de dependencia; lo cual expone al profesional a mayor desgaste y agotamiento que posteriormente se manifiesta en forma física, emocional y cognitiva.

Los síntomas físicos más recurrentes son cefalea, fatiga, dolores musculares, molestias gastrointestinales, alteraciones en el peso, problemas en el sueño, hipertensión arterial, sensaciones de ahogo, impotencia y alteraciones menstruales, entre otros.

Las manifestaciones emocionales y psicológicas, se puede observar sentimientos de culpabilidad, baja tolerancia a la frustración, irritabilidad, ansiedad, baja autoestima, melancolía, depresión, cinismo e incluso agresividad hacia otros. Todo lo mencionado puede conducir al abuso de sustancias.

El Síndrome de Burnout se presenta cuando el agotamiento se prolonga en el tiempo. Puede observarse diferentes grados de intensidad que convierten a quien lo padece a ser proclive a la enfermedad. Se caracteriza también por actitud fría y despersonalizada en relación con los demás y una sensación de inadecuación a las tareas por realizar; por consiguiente, se pierde la sensación de realización personal. La suma de todos los factores lleva a una extenuación general que afecta la vida propia y la de las personas del entorno a su cargo.

Es importante destacar que el burnout es reversible, no se trata de un punto estático de no retorno. Mantener un estilo de vida saludable en los jóvenes, proponer y realizar experiencias de bienestar y crecimiento personal pueden favorecer la adopción de conductas de vida saludable y les proporcionará herramientas para sentirse capaces y asumir creativamente los desafíos que se les presenten.

2.2.3. Rendimiento Académico

2.2.3.1. Delimitación del término rendimiento académico y su relación con otros términos afines.

El término rendimiento nació en las sociedades industriales de donde derivó a otros ámbitos de la ciencia y de la técnica. Su origen y las características específicas de las áreas de conocimiento que lo asimilaron, hicieron que el constructo rendimiento se enriqueciera en muchos aspectos y también que se contaminara, como explicaremos más adelante. Al ámbito escolar llegó tardíamente y con frecuencia se le identificó con aprendizaje. La investigación científica y la experiencia profesional han ayudado de forma relevante a clarificar conceptos afines y a delimitar los términos. RA y aprendizaje son los más próximos; otros guardan una estrecha relación como instrucción, éxito y fracaso, competencia y eficacia escolar.

Todos los términos citados se refieren a conductas que tienen que ver con los conocimientos de los estudiantes, si bien unos son más específicos de los procesos de adquisición como aprendizaje e instrucción y otros lo son más de la demostración del nivel de conocimientos obtenidos, es el caso de los términos competencia, eficacia y rendimiento.

La relación entre aprendizaje y rendimiento es muy estrecha; durante mucho tiempo, se identificaron, al menos en la práctica docente; es decir el educando había aprendido y sabía lo que demostraba cuando era sometido a una prueba de examen.

El concepto aprendizaje como proceso cognitivo de elaboración de la información previamente percibida se ha estudiado relacionándola con

factores internos y externos al sujeto que aprende. Su delimitación y conceptualización se ha ido enriqueciendo y modificando como consecuencia de los resultados de la investigación; desde las corrientes más conductistas de inicio del siglo XX que acentuaban la influencia de factores ambientales, a mediados del mismo siglo ganó protagonismo la corriente cognitiva en la que los factores internos eran fundamentales, aunque sin olvidar los ambientales. En la actualidad tiene mayor predicamento la tendencia a considerar que el aprendizaje se caracteriza por ser socio-constructivo, es decir un proceso que es social, cultural e interpersonal (Gajardo,2012). El sujeto que aprende, recibe, selecciona y almacena información; la codifica, analiza e interpreta para construir conocimientos.

Cuando hablamos de RA nos estamos refiriendo al nivel de conocimientos que el alumno demuestra tener en el campo, área o ámbito que es objeto de evaluación; es decir el rendimiento académico es lo que el alumno demuestra saber en las áreas, materias, asignaturas, en relación a los objetivos de aprendizaje y en comparación con sus compañeros de aula o grupo. Así pues, el rendimiento se define operativamente tomando como criterio las calificaciones que los alumnos obtienen. Esta conceptualización del RA no es nueva; desde la década de los setenta del siglo XX viene imponiéndose. La tendencia a considerar las calificaciones escolares como indicadores del rendimiento centra la atención en la mención a lo que los alumnos obtienen en un determinado curso, tal y como se refleja en las notas o calificaciones escolares (Gimeno,1976). También se plantea la comprobación de la variabilidad en el rendimiento académico con ayuda de

las notas escolares obtenidas por los alumnos (Brenghelmann,1975). Las calificaciones escolares son el resultado de evaluaciones periódicas que los profesores van realizando a sus alumnos a lo largo del curso escolar y constituyen el criterio social y legal del rendimiento de un estudiante en el contexto de la institución escolar. Pero no podemos olvidar, como expone Álvaro (1990), que las calificaciones escolares tienen un valor relativo como medida del rendimiento pues no hay un criterio estandarizado para todos los centros, para todas las asignaturas, para todos los cursos y para todos los profesores. Para Martínez-Otero (1996) el rendimiento es el producto que rinde o da el alumno en el ámbito de los centros oficiales.

Durante mucho tiempo se consideró que las notas obtenidas certificaban el logro alcanzado, el rendimiento se medía de manera cuantitativa y determinaban las materias aprobadas o no, la deserción y el grado de éxito académico. De esta forma, el concepto de rendimiento se restringía a una valoración parcial de las potencialidades de los alumnos. En muchos casos, las calificaciones obtenidas eran el resultado de aprendizajes memorísticos, mecanicistas. Quedaban fuera de la evaluación la capacidad de resolución de problemas, habilidades procedimentales y actitudinales.

Actualmente se considera el RA como la resultante de un conjunto de factores personales, sociales, educativos-institucionales y económicos. La valoración de las consecuencias y repercusiones del éxito o fracaso escolar, la realidad de cómo trasciende al propio ámbito académico, la conexión directa de la función productiva de la sociedad, la adecuación de los diversos tratamientos educativos para la consecución de los objetivos propuestos junto

a las inversiones realizadas en educación en base a la satisfacción de las demandas sociales; influyen en la valoración del rendimiento académico. Tampoco podemos olvidar que el rendimiento está muy influenciado por el esfuerzo individual del sujeto que aprende y por la voluntad o perseverancia en el esfuerzo (Kaczynska,1965). Como ya sabemos la educación escolarizada es un hecho intencionado y, en términos de calidad de la educación, todo proceso educativo busca permanentemente mejorar el aprovechamiento del alumno. En este sentido, la variable dependiente clásica en la educación escolarizada es el rendimiento escolar (Gajardo,2012).

El rendimiento en sí y el RA, también denominado rendimiento escolar, son definidos como “una relación entre lo obtenido y el esfuerzo empleado para hacerlo, el aprovechamiento del alumno. Es un nivel de éxito en la escuela, en el trabajo, etc.” (Enciclopedia de pedagogía/psicología). Al hablar de rendimiento en la escuela, nos referimos al aspecto dinámico de la institución escolar. El problema del rendimiento escolar, se resolverá de forma científica, cuando se encuentre la relación existente entre el trabajo realizado por el maestro y los alumnos de un lado y la educación de otro. Al estudiar científicamente el rendimiento, es básica la consideración de los factores que intervienen en él. Por lo menos en lo que a la instrucción se refiere, existe una teoría que considera que el rendimiento escolar se debe predominantemente a la inteligencia; sin embargo, lo cierto es que ni siquiera en el aspecto intelectual del rendimiento, la inteligencia es el único factor. Al analizarse el rendimiento escolar, deben valorarse los factores ambientales como la familia, la sociedad y el ambiente escolar. (Álvaro,1990).

Además, el RA es entendido como una medida de las capacidades respondientes o indicativas que manifiestan, en forma estimativa, lo que una persona ha aprendido como consecuencia de un proceso de instrucción o formación (Navarro,2003). El mismo autor, ahora desde una perspectiva propia del alumno, define el rendimiento como una capacidad respondiente de éste frente a estímulos educativos, susceptibles de ser interpretado según objetivos o propósitos educativos pre-establecidos. Este tipo de RA, puede ser entendido en relación con un grupo social que fija los niveles mínimos de aprobación ante un determinado cúmulo de conocimientos o aptitudes (Carrasco,1985). Por otra parte, se sostiene que el RA es el quantum obtenido por el individuo en determinada actividad académica (Novárez,1986). El concepto de RA está ligado al de aptitud, y sería el resultado de ésta, de factores volitivos, afectivos y emocionales, además de la ejercitación.

Chadwick (1979), define el RA como la expresión de capacidades y de características psicológicas del estudiante, desarrolladas y actualizadas a través del proceso de enseñanza aprendizaje, que le posibilita obtener un nivel de funcionamiento y logros académicos a lo largo de un periodo o semestre, que se sintetiza en un calificativo final evaluador del nivel alcanzado.

En síntesis, el RA es un indicador del nivel de aprendizaje alcanzado por el alumno, por ello el sistema educativo brinda tanta importancia a dicho indicador, En tal sentido, el RA se convierte en una tabla imaginaria de medida para el aprendizaje logrado en el aula, que constituye el objetivo central de la educación. Sin embargo, en el RA, interviene muchas otras variables ajenas

al sujeto, como la calidad del docente, el ambiente de clase, la familia, el programa educativo, etc.; y variables psicológicas o internas, como la actitud hacia la asignatura, la inteligencia, la personalidad, el autoconcepto del alumno, la motivación, etc. Es pertinente dejar establecido que aprovechamiento escolar no es sinónimo de rendimiento escolar.

El RA o escolar parte del supuesto de que el alumno es responsable de su rendimiento. En tanto que el aprovechamiento escolar está referido, más bien, al resultado del proceso de enseñanza aprendizaje, de cuyos niveles de eficiencia son responsables tanto el que enseña como el que aprende.

2.2.3.2. Importancia del rendimiento académico

Es importante porque permite establecer en qué medida los estudiantes han logrado cumplir con los objetivos educacionales, no sólo sobre los aspectos del tipo cognoscitivos del alumno, sino en muchos otros aspectos determinantes, esto nos permitirá obtener información, para establecer estándares educativos. El eficiente RA de los estudiantes, no sólo se demuestra en la calificación obtenida en un examen, sino en el resultado de diversas etapas del proceso educativo, en el cual desembocan todos los esfuerzos de los estudiantes, maestros y padres de familia.

Se puede inferir entonces que el RA se interpreta desde dos puntos de vista. El primero considera criterios inmediatos tales como el conjunto de calificaciones para la titulación y la regularidad académica, es decir, el tiempo que lleva al estudiante en culminar su carrera. El segundo se refiere a criterios mediatos, guardan relación con la opinión que los empleadores y egresados

tienen sobre la calidad de la formación evidenciada por los profesionales graduados.

2.2.3.3. Factores implicados en el rendimiento académico

En el ámbito pedagógico y psicopedagógico, son pocos los trabajos que han estudiado el constructo RA sin relacionarlo con otros constructos. Tras la revisión bibliográfica, entendemos que las investigaciones más relevantes se pueden agrupar en dos núcleos. En el primero, los que analizan factores que lo afectan ya sea facilitándolo o dificultándolo. En el segundo, se agrupan aquellas que pretenden poner de manifiesto los efectos positivos o negativos del rendimiento tanto en el alumnado como en la institución escolar y en la sociedad. Los investigadores han diferenciado entre: factores ambientales y personales (Ortiz, 2007) junto a emocionales y cognitivos (Fernández, 2010).

2.2.3.3.1. Factores según González (2003)

Para González (2003), tomando como referencia diversos estudios publicados en la última década del siglo XX, clasifica los factores en los siguientes tipos:

2.2.3.3.1.1. Factores individuales: En los que se incluye los de carácter genético, los cognitivos y los psicoafectivos; estos últimos referidos básicamente al clima familiar y escolar. Esta línea de investigación ha sido

ampliamente estudiada desde la perspectiva del RA negativo que denominamos fracaso escolar.

2.2.3.3.1.2. Factores socioculturales: Esta corriente defiende que el rendimiento académico establece una relación muy estrecha con las características del medio cultural familiar planteando que el éxito o el fracaso en los estudios no es más que el reflejo del éxito o fracaso social. Como crítica a esta corriente surgió en los años 90 una nueva línea de investigación centrada en el análisis de los factores de carácter estrictamente escolar: el centro educativo como institución, el clima o relaciones interpersonales y los estímulos educativos.

2.2.3.3.1.3. Corriente ecléctica o interactividad entre factores: Según dicha corriente, el RA depende de múltiples factores de carácter personal y contextual que actúan de forma interactiva.

La capacidad lingüística y comunicativa se encuentra entre los factores individuales tenidos en cuenta para el RA. Se considera que los alumnos con capacidad verbal tienen mayor posibilidad de éxito en todas las áreas. Los estudiantes que presentan debilidades en esta capacidad pueden afianzarse con técnicas adecuadas. Los docentes también deberían poder brindar estrategias que ayuden a sus alumnos a tener éxito, ya que la lengua es transversal a todas las materias. Un aspecto a tener en cuenta es el hecho de que el alumno manifieste bajo desempeño lingüístico no debería ser determinante, pues puede presentar otras fortalezas que fácilmente pueden

pasar desapercibidas y hasta perderse sin una adecuada didáctica y mediación docente; por otra parte, los alumnos cuya destreza fuerte es la lengua pueden presentar debilidad en otras habilidades relacionadas con el rendimiento académico, por ejemplo, las que son de naturaleza procedimental e incluso actitudinal.

En cuanto al clima escolar y familiar, por ejemplo, un hogar en el que se favorece la lectura y el compartir las experiencias de sus miembros puede generar efectos mucho más positivos en la formación académica de los hijos. Igualmente, las instituciones que ofrecen variados espacios como bibliotecas, laboratorios, espacios de recreación y otros recursos que facilitan el acceso al aprendizaje de calidad.

2.2.3.3.2. Factores de carácter psicológico

El modelo psicológico fue el pionero en la explicación de la influencia de factores personales e individuales en el RA de los escolares. Los primeros trabajos estudiaron la influencia de la inteligencia; posteriormente se analizaron dimensiones dinámicas de la personalidad y aspectos motivacionales. Los últimos trabajos se han centrado en verificar la interrelación entre personalidad, inteligencia y motivación con el rendimiento.

Desde una perspectiva de carácter clínico se han desarrollado investigaciones centradas en el aspecto neuropsicológico. En este sentido no podemos deducir la existencia de lesiones cerebrales en los educandos que presentan cierta dificultad para el establecimiento de un rendimiento o éxito ante el logro de la actividad escolar. Sin embargo, las investigaciones

realizadas desde este enfoque teórico advierten la existencia de correlatos neurofisiológicos (lesión cerebral y disfunción cerebral mínima) que influyen en la solución de problemas de lectoescritura. A pesar de todo, la evolución ha sido considerable al pasar de un interés por el cerebro y la localización de las zonas cerebrales hacia aspectos psiconeurológicos nuevos (neurotransmisores, control de la atención, memoria, inteligencia, factores lingüísticos, procesamiento de la información, percepción, etc.) necesarios para la modificación de la conducta y el requerimiento escolar de un mayor rendimiento académico para la formación integral del educando. Algunos trabajos de investigación sobre el enfoque neurobiológico nos muestran cómo el cerebro procesa la información y transforma la percepción en significado, intentando conocer las funciones neurológicas en cada aprendizaje. (Accardo, 1980; Bakker, 1982; Gaddes, 1980; Golden y Anderson, 1981; Mosse, 1982).

La relación entre inteligencia y rendimiento ha sido muy estudiada; es la línea de investigación que más se ha trabajado desde mediados de la década del siglo XX. La Inteligencia General, el Razonamiento Verbal, el Razonamiento Abstracto, la Memoria y la Percepción son las aptitudes mentales más investigadas como factores influyentes en el RA positivo y también en el negativo. En este sentido son múltiples los trabajos que muestran correlaciones altas entre las alteraciones de la percepción visual, auditiva y táctil, las dificultades de aprendizaje y el RA. Lo mismo podemos decir de la memoria inmediata a corto y a largo plazo. Por su parte Suárez y Fernández (2004) investigan sobre el aprendizaje autorregulado incidiendo de forma especial en sus componentes estratégicos y motivacionales, y ofrecen

pautas tanto para su evaluación como para la intervención educativa. Suárez y Fernández (2013) señalan la necesidad de valorar el tipo de instrucción escolar que se ha aplicado tradicionalmente, basado en la transmisión de conocimientos por parte del docente, que guía y controla en gran medida el proceso de aprendizaje de los estudiantes y limitará la investigación sobre la autorregulación del aprendizaje.

La teoría constructivista de Piaget (1972) nos muestra que las formas que nos sirven para organizar los conocimientos no son innatas sino aprendidas a través del desarrollo de las capacidades lógico-matemáticas y de su interacción con la realidad. Y nuestras capacidades nos permiten desarrollar nuestra inteligencia y a través de ella adquirimos el conocimiento de la realidad. En dicho proceso mental, es el sujeto quien construye su propio conocimiento.

Son facetas importantes del desarrollo cognitivo: la percepción, la memoria y la atención. Son múltiples los trabajos que muestran correlaciones entre las alteraciones de la percepción visual, auditiva y táctil y las dificultades de aprendizaje y rendimiento escolar. Lo mismo podemos decir en relación a los diversos tipos de memoria: inmediata, a corto plazo y a largo plazo; desde la perspectiva del desarrollo cognitivo se ha estudiado la relación entre este tipo de memoria y el rendimiento tanto en escolares con dificultades de aprendizaje como en escolares con desarrollo normal (Estévez, 1997). De lo dicho podemos concluir que tanto el aprendizaje escolar como el rendimiento están muy relacionados con la atención voluntaria sobre la involuntaria.

La investigación científica constata que las alteraciones en percepción, memoria y atención -estrechamente relacionadas- son la verificación de las observaciones cotidianas de padres y educadores que advierten la dificultad de aprendizaje que el educando manifiesta al "no fijarse", "olvidarse" o "distraerse" en la elaboración de su tarea educativa.

2.2.3.3.3. Factores de carácter sociológico

Este modelo define como factores básicos del rendimiento la influencia familiar y la escolar en términos generales. La investigación desarrollada es muy rica y variada a la vez que difícil de llevarla a cabo tanto por la generalidad y amplitud del hecho sociológico como por la dificultad de aislar las variables.

A continuación, se citarán algunas de las investigaciones más relevantes; pero no en profundidad porque el modelo como las variables analizadas no son objeto de estudio en nuestra tesis doctoral.

Respecto a la influencia familiar en el RA de los hijos, se han estudiado diversos aspectos: el nivel socioeducativo de la familia, el control de los padres sobre los hábitos de estudio de los hijos y la implicación de la familia en actividades del centro educativo. En cuanto al nivel socioeducativo familiar, las variables más analizadas son los estudios o la titulación académica del padre y de la madre, el número de libros o canales de información que se manejan habitualmente por la familia (Morrow, 1983; Prats, 2002 y González, 2003). El control que los padres ejercen sobre los hábitos de estudio de los hijos se valora evaluando el tiempo que pasan en la calle, el que dedican a juegos con las nuevas tecnologías o viendo la televisión, así como el número de actividades extraescolares que realizan. La implicación de los padres en

las actividades del centro educativo la estudia Barbera (2003) a través de variables como: asistencia a reuniones y citas, participación en actividades extraescolares organizadas por el propio centro, el tipo de relación entre el equipo docente y la familia. “La relación fluida entre la familia y el centro educativo favorece no solo la calidad del rendimiento de los alumnos sino también el desarrollo integral de los mismos como personas, sobre todo en la etapa de Educación Secundaria Obligatoria”.

Como factor de carácter sociológico ha sido ampliamente estudiada la influencia del propio medio escolar en el rendimiento académico de los alumnos. Se han analizado variables referidas a los docentes, al propio grupo de alumnos y al centro como institución.

2.2.3.3.4. Factores de carácter psicosocial

El modelo denominado psicosocial analiza los procesos interpersonales en la vida de los escolares. Es decir, el yo como eje vertebrador que actúa como catalizador de las experiencias interpersonales de los sujetos; nos estamos refiriendo al medio o ambiente en el que viven el estudiante: ambiente familiar, ambiente escolar y medio social. Esta línea de investigación ha sido ampliamente analizada en los últimos años tratando de descubrir las variables que facilitan o limitan el rendimiento. Tres son los ejes en torno a los cuales se agrupan los estudios:

1. La familia: su estructura, el nivel socioeconómico, el tipo de relaciones interpersonales, la existencia o no de situaciones críticas como enfermedades, paro, conflictos, divorcios, desamparo del hogar, nivel de

aspiraciones, estado del bienestar y expectativas han sido las variables más analizadas). Son relevantes los trabajos de Gimeno (1976); Castejón y Pérez (1988).

2. El centro educativo: conducta del profesor, actitud del alumno, expectativas de profesores y alumnos, aceptación, rechazo y popularidad en el grupo, estilos educativos, metodología, sistemas de evaluación, características específicas del propio centro. Como trabajos relevantes podemos mencionar a Gimeno (1976), INCIE (1976), Rodríguez (1982), Sánchez-Cabezudo (1986).

3. El entorno social: bajo esta denominación nos referimos a la influencia que, en el RA de los escolares, ejercen los amigos las relaciones sociales y las redes sociales, junto a características del entorno físico y sociológico como el barrio o el vecindario (Brunner y Elacqua, 2004). La aceptación que el alumno recibe de sus compañeros de clase es uno de los factores que más influencia positiva ejerce en el RA; mientras que el rechazo por parte del grupo actúa como inhibidor de las propias capacidades.

Numerosos estudios han puesto de manifiesto la relación entre el rendimiento en los estudios y las relaciones de amistad con los compañeros. Martínez (2010) en la revisión que hace de los trabajos sobre el tema, destaca los de Redondo (2004) y Adeyemi (2008). Para todos ellos, las amistades que provocan seguridad emocional se relacionan positivamente con el RA, mientras que las conflictivas o carentes de empatía producen baja motivación por el estudio, rendimiento insuficiente y fracaso escolar. Por otra parte, en el grupo de amistades el “joven tiende a seguir la tendencia del grupo y,

dependiendo del tipo de actitudes, conductas y metas que tenga el grupo de amistades respecto de la salud, el futuro académico, etc., la influencia de los iguales puede inclinarse a un lado u otro de la balanza académica” (Martínez, 2010). Otra línea de investigación asocia las habilidades sociales positivas y la competencia emocional con el rendimiento; los trabajos se contextualizan en el ámbito de la inteligencia emocional.

2.2.3.3.5. Interrelación de factores

Bajo esta denominación nos referimos a la corriente teórica y modelo práctico de intervención psicopedagógica que defienden que el RA de los alumnos es la resultante de variables personales, sociales y psicosociales; de características estáticas y dinámicas de la personalidad, íntimamente relacionadas entre sí. La mayoría de los autores defienden la interrelación de factores como predictores, facilitadores o inhibidores del éxito escolar.

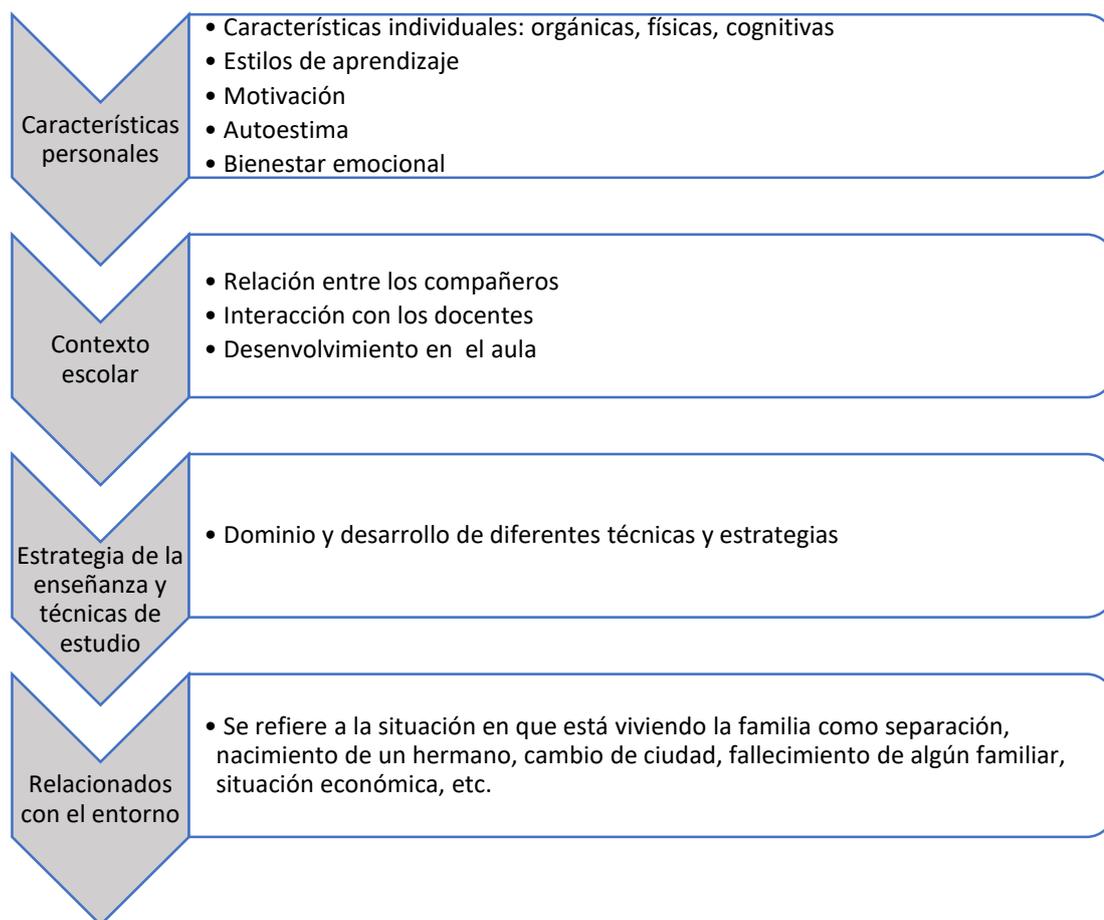


Fig. 10. Factores relacionados con el rendimiento académico. Diseño y elaboración propia, a partir de Predictores emocionales y cognitivos del bajo rendimiento académico. Fernández, 2010.

2.2.3.4. Características del rendimiento académico

Después de realizar un análisis comparativo de diversas definiciones del rendimiento escolar, algunos autores concluyen que hay diversos puntos de vista, estático y dinámico, que atañen al sujeto de la educación como ser social. En general, el rendimiento escolar es caracterizado del siguiente modo:

a) El rendimiento en su aspecto dinámico responde al proceso de aprendizaje, como tal, está ligado a la capacidad y esfuerzo del alumno; b) En su aspecto estático comprende el producto del aprendizaje generado por el alumno y expresa una conducta de aprovechamiento; c) El rendimiento está ligado a

medidas de calidad y a juicios de valoración; d) El rendimiento es un medio y no un fin en sí mismo; e) El rendimiento está relacionado a propósitos de carácter ético que incluyen expectativas económicas, lo que hace necesario un tipo de rendimiento en función al modelo social vigente (García & Palacios y col.,2000). El rendimiento educativo entonces, implica el conjunto de transformaciones operadas en el educando, a través del proceso enseñanza - aprendizaje, que se manifiesta mediante el crecimiento y enriquecimiento de la personalidad en formación.

2.2.4. Estado de arte de la investigación

La mayoría de los estudios fueron realizados en niños y en adolescentes y en escasa cantidad en universitarios. En este apartado se describirá resultados de los estudios realizados previamente a esta investigación. Se encontró que en varias investigaciones fueron evaluados el estilo de vida y el rendimiento académico o los rasgos de personalidad con el RA; pero no se ha encontrado ningún estudio publicado que evalúe conjuntamente el estilo de vida y los rasgos de personalidad con el RA.

2.2.4.1. Estilos de vida y rendimiento académico

El enfoque educativo del estilo de vida solo se formula desde la educación y promoción de la salud, con una perspectiva epidemiológica. En la actualidad, el sistema educativo promueve una educación integral en todas las etapas de la vida, pero se limita en cuanto al estilo de vida, desde un punto de vista del sector salud, dejando de considerar otros aspectos importantes.

Si se comprendiera los estilos de vida desde un enfoque integrador, como expresión de comportamientos de la subjetividad individual, podría revelar aspectos esenciales para poder enfrentar desde la educación problemas de gran actualidad como la formación en valores, el cuidado y mejoramiento del medioambiente y otros aspectos referentes a la calidad de vida en general.

Por otra parte, una práctica educativa comprometida con el progreso social, no puede dejar de abordar tendencias nocivas al ser humano de carácter creciente como el individualismo, el hedonismo, el consumismo, entre otras. Es por ello que las teorías educativas y las prácticas que de ellas se deriven, tienen en la categoría de estilo de vida una importante alternativa.

En el caso del educando, el estudio del estilo de vida comienza con la adolescencia, pues es aquí donde se considera que el sujeto comienza a ejercer su autodeterminación, lo que presupone la configuración de su estilo de vida. El análisis del estilo de vida del adolescente, constituye una alternativa en la caracterización de su situación social de desarrollo (Aguilar, 2012).

A continuación, se describen algunos estudios que han evaluado la relación entre el estilo de vida y el rendimiento académico: Sibley & Ednier (2003), encontraron una asociación positiva entre la realización de la actividad física y el RA en escolares. Vera, J. G., Arrebola, I. A., & García, N. A. (2018), encontraron que la AF se relaciona con el mayor rendimiento escolar, así también Córdoba LG, Luengo LM, García Preciado & V. (2014), concluyeron que los jóvenes con dieta saludable tienen menos problemas académicos.

Cavdevila et al. (2013), encontraron que los adolescentes deportistas tienen mejor RA, mejores hábitos de estudio y dedican menos tiempo al ocio sedentario; además, dentro de los hábitos de estudio, los adolescentes deportistas planifican mejor su tiempo libre y presentan mejor actitud frente a los estudios.

El RA de los adolescentes está negativamente vinculado al consumo de alcohol y tabaco y a las horas que pasan viendo televisión, sin embargo, practicar deporte se asocia positivamente al rendimiento académico según el estudio realizado por Kovacs et al. (2008) en España. En el trabajo de Celi (2012), manifiesta que uno de los factores del bajo RA en los adolescentes es la mala alimentación.

En el trabajo de tesis de maestría realizado por Aguilar (2012), Estilos de vida y RA en adolescentes de instituciones educativas del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa de la provincia de Tacna-2011, Perú ha encontrado que existe una correlación directa entre los estilos de vida de los adolescentes y el RA. Ting-Kuang et al. (2014), evaluaron la relación entre los factores de riesgo cardiovascular y el RA en adolescentes taiwaneses, encontraron una asociación negativa entre el aumento de la presión sistólica, la obesidad con el RA.

Occio (2014), en su trabajo de fin de máster en Universidad de Oviedo, España ha evaluado la relación entre la AF y RA en adolescentes y encontró que aquellos alumnos que realizan más actividad física obtienen un mayor RA que aquellos que realizan menos AF. Pérez (2015), en su trabajo de tesis doctoral ha encontrado en escolares de Granada, España que aquellos que

tienen mayor índice de masa corporal son los que obtienen peores calificaciones en la asignatura de lengua.

En una revisión bibliográfica sobre estilos de vida en estudiantes universitarios iberoamericanos realizado por Bastías et al. (2014), encontraron que la alimentación, el ejercicio, la conducta sexual, el consumo de tabaco, alcohol y drogas, son las prácticas más estudiadas y que los jóvenes universitarios son una población vulnerable que debe ser investigada de manera particular, para crear y evaluar programas de intervención acorde a sus necesidades.

Podemos concluir diciendo que existen muchas investigaciones que han encontrado la relación positiva entre los componentes del estilo de vida con el RA. Varios de los estudios evaluaron solamente algunos componentes del estilo de vida con el RA y los estudios fueron realizados en su mayoría en escolares y fueron escasos los estudios en universitarios.

2.2.4.2. Rasgos de personalidad y rendimiento académico

El papel primordial de la personalidad en el RA ha sido considerado recientemente, permitiendo el desplazamiento exclusivo del factor inteligencia. La inteligencia, la personalidad y la motivación juntos constituyen el 25% de la varianza del RA (Castell,1966), sin embargo, la variable personalidad sirve para realizar predicciones poblacionales y no pueden ser utilizado para realizar predicción concreta sobre un individuo, debido a que están basados en el estudio de grupos y no de individuos.

Según O'Connor y Paunonen (2007), los rasgos de personalidad de un estudiante como predictores de su RA está determinado tres grandes vías: las tendencias de comportamiento reflejadas en los rasgos de personalidad afectan a algunos hábitos que pueden tener influencia positiva en el éxito académico, algunos modos característicos de comportamiento como la perseverancia, la comunicabilidad pueden estar relacionados con el éxito académico; la habilidad cognitiva o la inteligencia refleja lo que un individuo puede hacer, los rasgos de personalidad reflejan lo que ese individuo realmente hará en la realidad y las medidas de habilidad cognitiva podrían perder su poder predictivo en los niveles superiores de educación, tal y como se recoge en algunos estudios empíricos, debido en parte a una mayor homogeneidad en los niveles de inteligencia de los alumnos (Furnham et al., 2003).

A continuación, se describirán los resultados a las investigaciones más resaltantes que evaluaron la relación de los rasgos de la personalidad con el RA:

Los factores de personalidad han demostrado ser significativamente predictivos del rendimiento académico (Muelas,2013; Nácher,2002; Niño, 2009; O'Connor y Paunonen,2007; Pérez, Cupani y Ayllón,2005; Poropat, 2009) y su estudio viene justificado porque las diferencias individuales afectan a formas de aprender, hábitos y comportamientos que pueden influir en el logro académico.

En un estudio realizado por Cerchairo y col. (2006) a estudiantes universitarios de la Universidad de Magdalena, Colombia han encontrado que

el promedio académico no presenta ninguna correlación directa con los factores o rasgos de la personalidad, indicando esto que el promedio de las calificaciones no obedece a un factor en especial ni está sujeto a una variable en particular.

Rosales (2010), en su investigación a estudiantes de la carrera de derecho de la Universidad Autónoma de Chile, evaluó la relación entre características de personalidad y RA de alumnos. Para la investigación ha utilizado el cuestionario de Edwards y logró establecer la existencia de seis relaciones significativas entre las necesidades o características de la personalidad y el RA. Cuatro relaciones fueron negativas, esto es, que las variables correlacionadas actúan en forma inversa, estas correlaciones fueron: motivación de logro, deferencia, intercepción y degradación. Mientras que dos relaciones fueron positivas, esto es, que las variables correlacionadas actúan en el mismo sentido, y fueron: autoridad y cambio con el promedio general de las asignaturas. Las necesidades de logro, orden, persistencia y autonomía, no reflejaron correlaciones positivas significativas con el RA, como podría esperarse, ya que normalmente se las asocia a mejores resultados. La adecuada adaptación a los cambios, como reflejo de flexibilidad y adaptabilidad, se relaciona positivamente con un mayor rendimiento general, lo que puede reflejar que aquellos alumnos con mayor capacidad de adaptación, enfrentan mejor los cambios que se producen al pasar de la educación secundaria a la terciaria. Llamó poderosamente la atención que, a menor motivación de logro mejore el rendimiento y que a mayor capacidad de reflexión más bajo sea el rendimiento, lo que podría estar reflejando que

existen otras variables, no contempladas en la investigación, que influyeron en dichos resultados. La investigación no revela diferencias significativas en el RA entre hombres y mujeres de la muestra estudiada.

Martínez De Ibarreta y col. (2012) han utilizado el cuestionario Big Five de personalidad para estimar modelos de regresión múltiple para explicar el RA de estudiantes de grado de la Universidad Pontificia Comillas de Madrid. Los resultados muestran que la única dimensión relevante para explicar el rendimiento académico tanto globalmente como de cada una de las asignaturas es la dimensión de Tesón (con sus subdimensiones de Escrupulosidad y Perseverancia). Este resultado, en concordancia con la mayoría de estudios empíricos previos indicar que un mayor nivel de esfuerzo y de búsqueda de excelencia por parte del alumno tiene su premio en un rendimiento académico más elevado.

En otro estudio Torres-Acosta (2013), en estudiantes de medicina de la Universidad de Nueva León, España, utilizando como en el estudio anterior el cuestionario Big Five de personalidad. El principal objetivo del estudio fue encontrar los factores de personalidad y enfoques de aprendizaje que están relacionados con el RA en estudiantes de medicina. Los resultados mostraron correlaciones significativas entre los factores de personalidad y el RA.

En estudiantes de psicología y medicina de una universidad de Perú, Aponte (2015), buscó establecer la relación entre la motivación de logro, la personalidad y el RA. A través del inventario de personalidad de Eysenck (EPI Forma-B) determinó los rasgos de personalidad. Se concluyó de manera general, que no hay relación entre la motivación de logro, la personalidad y el

RA en los estudiantes. Al establecer la relación entre la motivación de logro y la de extraversión, se encontró que no existe relación y son independientes. Sin embargo, al establecer la relación entre la motivación de logro y el neuroticismo de los estudiantes, se encontró que sólo hay relación entre tarea y capacidad con neuroticismo.

En niños escolares de Navarra, España (Domblás García,2016) investigó la relación que existe entre la ansiedad, rasgos de personalidad y RA. Para la relación entre los rasgos de personalidad y RA utilizó el cuestionario Big Five de personalidad. Los resultados obtenidos muestran que, de forma general, se constata que la fobia escolar presenta una correlación negativa con el rendimiento. Los rasgos de personalidad han mostrado una correlación positiva con el RA, con la excepción de la inestabilidad emocional.

García (2011), realizó una revisión bibliográfica con el objetivo de conocer los principales factores de personalidad que permiten predecir el rendimiento académico en estudiantes de educación primaria, secundaria y universitaria. Se han revisado principalmente estudios que han medido la personalidad a partir del Modelo de los cinco factores de personalidad o Big Five. La conclusión de la revisión puede afirmarse que el factor más consistentemente asociado con el éxito académico es conciencia o responsabilidad y que para el resto de factores se han encontrado relaciones menos evidentes. También puede concluirse que la inestabilidad emocional tiende a inhibir el rendimiento, que la extraversión y la apertura pueden

favorecer el éxito académico en niveles de instrucción más bajos y que la amabilidad facilita obedecer a profesores y maestros.

En síntesis, podemos afirmar que la mayoría de los estudios que buscan la relaciones entre los rasgos de personalidad y el RA han incluido para el estudio los rasgos de extraversión-introversión, neuroticismo y estabilidad emocional (Digman,1989). Las relaciones han sido realizadas a través de correlacionales, motivo por el cual no se pueden establecer causa-efecto.

Otro aspecto a considerar en los resultados de los estudios es la utilización de diferentes instrumentos creados por diferentes autores, teniendo en cuenta varias teorías, es decir no existe un instrumento único para la medición de los rasgos de personalidad y el RA. Así, hay autores que proponen un gran número de factores según su teoría, como la taxonomía de Cattell et al. (1970) que propone 16, la de Henry Murray (1938) que propone 15 factores, la de Guilford y Zimmerman (1949) que propone 10, la de Comrey (1970) que proponer 8 factores principales, etc. Por el contrario, aparecen otras teorías que proponen un número pequeño de los mismos, que suelen denominar "superfactores" como Eysenck y Eysenck (1975) que proponen 3 superfactores.

A pesar de esta limitación ha sido posible realizar algunas generalizaciones de las investigaciones realizadas, que el RA tiene relación con los rasgos de la personalidad y la calidad de vida, esta es el resultado de los hábitos de alimentación saludable, la práctica de ejercicios físicos, la prevención de adicciones y accidentes viales, así como la salud buco – dental.

El RA es determinado por una serie de aspectos cotidianos: esfuerzo, capacidad de trabajo, intensidad de estudio, competencias, aptitud, personalidad, atención, motivación, memoria, medio relacional. Otros factores son los relacionados con el aspecto psicológico o emocional: ansiedad, depresión, falta o exceso de sueño, incapacidad para concentrarse, etc.

Se deben superar paradigmas con visión fragmentada y materialista de las personas. Por una parte, el enfoque biologicista centrado en la enfermedad; por otra, el conductismo basado únicamente en resultados medibles y que no ahonda el abordaje de todas las dimensiones del ser humano.

Si la universidad se encuentra en el estamento más alto del sistema educativo es la más indicada para contribuir a la salud y bienestar de la población en general y del estudiantado en particular.

2.2.5. Marco legal relacionado a la investigación

Para la mejora de la calidad de vida de las personas cada país tiene un sistema de salud que es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además, tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero (OPS/OMS, 2005).

El principal responsable por el desempeño global del sistema de salud de un país es el gobierno, pero también resulta fundamental la buena gestión de las regiones, los municipios y cada una de las instituciones sanitarias. El fortalecimiento de los sistemas de salud y el aumento de su equidad son estrategias fundamentales para luchar contra la pobreza y fomentar el desarrollo.

Los sistemas de salud de los países pobres no son los únicos que tienen problemas. Algunos países ricos tienen grandes sectores de la población que carecen de acceso al sistema de salud debido a que los mecanismos de protección social son injustos. Otros están luchando contra el aumento de los costos debido a la utilización ineficiente de los recursos (OPS/OMS, 2005).

Los países tienen leyes para el cumplimiento de su sistema nacional de salud; en Paraguay, el Sistema Nacional de Salud (SNS), creado por la ley 1032/96, está integrado por instituciones públicas y privadas, caracterizándose por su segmentación y fragmentación sostenido por un alto gasto proveniente de los hogares y con coberturas territoriales asimétricas. En su Artículo segundo. dice lo siguiente: el sistema tiene el objetivo de distribuir de manera equitativa y justa los recursos nacionales en el sector salud, y a través del mismo se establecen conexiones intersectoriales e intrasectoriales concertadas e incorpora a todas las instituciones que fueron creadas con la finalidad específica de participar en las actividades de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud y prevención de la enfermedad de individuos y comunidades, dentro del territorio de la república.

En el Artículo tercero de la ley del SNS hace mención en relación a la Promoción de la Salud (PS) y dice lo siguiente: el sistema tiene como finalidad primordial prestar servicios a todas las personas de manera equitativa, oportuna y eficiente, sin discriminación de ninguna clase, mediante acciones de promoción, recuperación y rehabilitación integral del enfermo.

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSP y BS) de la República del Paraguay y otras organizaciones privadas cuentan con Programas de Promoción de la Salud, muchos de ellos con resultados de poco impacto a la población en general, en especial en cuanto al estilo de vida saludable y salud mental; Paraguay tiene una Política Nacional de Salud mental a partir del año 2011, pero está limitado por la carencia de recursos técnicos, económicos y humanos, además de falta de gratuidad en la atención, a pesar de las políticas legales vigentes.

2.3. Marco situacional (Contexto del estudio)

Haciendo una breve reseña histórica de la FCM-UNA, el año 1764 constituye el hito de llegada al Paraguay de los primeros médicos. En el Archivo Nacional de Asunción se identifican algunos nombres ligados a la Medicina, que son: Antonio Cruz Fernández, teniente del protomedicato; Juan Gelly, boticario; Dr. Gregorio Larrea, "Profesor de Medicina y de Cirugía. En 1787 llegaba a Asunción el Dr. Juan Lorenzo Gaona, uno de los primeros graduados universitarios en medicina en arribar y radicarse en Paraguay. Luego de la revolución libertadora de mayo de 1811, el Dr. Gaona permanece

en Asunción y se vuelve posteriormente médico del Dr. Gaspar Rodríguez de Francia.

En 1821 fue apresado junto con más de 300 españoles "colaboradores" del régimen provincial. (Netto, 1981). El 24 de septiembre de 1889 se creó, por ley de la nación, la Universidad Nacional de Asunción, mediante el rechazo del Senado al veto emitido por el Presidente General Patricio Escobar (1886-1890). Dicha creación implicó que el Paraguay ya no sería el único país hispanoamericano sin una universidad. (Caballero, 2009).

El primer decano de la Facultad de Medicina fue Juan Vallory de nacionalidad española. En el año 1898 asume el primer decano paraguayo de la Facultad de Medicina, el Dr. Héctor Velázquez, al ser designado Rector de la Universidad, es sustituido por el Dr. Facundo Insfrán, iniciando sus actividades con 26 estudiantes. Seis años después, en 1904, esta Facultad daba sus primeros resultados, culminaron sus estudios los primeros médicos graduados en el Paraguay (Netto, 1981).

La FCM- UNA, se encuentra ubicado en Asunción y en el Campus de la UNA en San Lorenzo, y la filial en Santa Rosa del Aguaray; alberga actualmente cuatro carreras, Medicina y Cirugía, en la sede Central (Asunción y San Lorenzo) y en la filial de Santa Rosa del Aguaray; Kinesiología y Fisioterapia; Instrumentación y Área Quirúrgica e iniciando este año, la Tecnicatura Superior en Podología. La FCM-UNA para la Carrera de Medicina y Cirugía, funciona con aproximadamente 180 profesores y cuenta actualmente con 1000 alumnos. El Hospital de Clínicas, hospital escuela de la FCM-UNA, se encuentra ubicado en el Campus de la UNA en San Lorenzo,

es un hospital de alta complejidad donde acuden miles de pacientes de todo el país para su diagnóstico y tratamiento; es un lugar de aprendizaje para los alumnos de grado y postgrado de la FCM-UNA.

2.4. Hipótesis

Una vez revisada la literatura y planteado el problema, se plantea las siguientes hipótesis:

2.4.1. Hipótesis Alternativa

H1: Los estilos de vida y rasgos de personalidad influyen significativamente en la calidad del rendimiento académico de estudiantes de la carrera de Medicina de la FCM-UNA.

2.4.2. Hipótesis Nula

HO: Los estilos de vida y rasgos de personalidad no influyen significativamente en la calidad del rendimiento académico de estudiantes de la carrera de Medicina de la FCM-UNA.

2.5. Definición conceptual de las variables

Se formula y se describe las variables de la investigación derivadas de los objetivos y de la hipótesis formulada en los apartados anteriores.

2.5.1. Rendimiento Académico

Es una medida de las capacidades del alumno, que expresa lo que éste ha aprendido a lo largo del proceso formativo. También supone la capacidad del alumno para responder a los estímulos educativos (Adell,2006).

2.5.2. Estilos de vida

Dentro de los aspectos identificados como componentes de conductas y hábitos que caracterizan el estilo de vida de una persona encontramos los factores motivacionales, el aprendizaje, las creencias y las influencias sociales, además de la historia biológica (Espinosa, 2004); por lo tanto, se busca establecer conductas saludables y eliminar conductas de riesgo, como una aspiración de la promoción de salud en la sociedad. Es una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales (Kickbusch,1986).

2.5.3. Personalidad

Los psicólogos de la personalidad han discutido durante mucho tiempo el sentido preciso del concepto de personalidad y, a pesar de que se han ofrecido diversas definiciones, ninguna ha recibido una aceptación universal (Carver & Scheier,1997). Sin embargo, las distintas corrientes teóricas coinciden, en que este concepto designa a un conjunto de características de un individuo que lo definen como persona única e irrepetible, el cual surge para dar cuenta del aspecto individual que adquiere el comportamiento, es decir, pone de relieve las diferencias interindividuales de la persona.

Una de las definiciones que tiene más aceptación, es la siguiente: “Personalidad es la organización dinámica en el interior del individuo de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y su pensamiento característicos” (Allport,1961).

Tabla 3. Variables de la investigación.

VARIABLES	
DEPENDIENTE	INDEPENDIENTES
Rendimiento académico	Estilo de vida Rasgos de personalidad

Diseño y elaboración propia.

2.6. Definición operacional de las variables

El estilo de vida, los rasgos de personalidad y el RA mediremos a través de un cuestionario creado para la investigación, que toma como referente el cuestionario Edwards (Edwards, 1959), que evalúa los rasgos de personalidad y el cuestionario “¿Tienes un Estilo de Vida Fantástico?” (Williams, 2001), que evalúa el estilo de vida. Al principio de la investigación se planificó utilizar los cuestionarios mencionados, pero posteriormente se detectaron que estos cuestionarios no son aplicables para esta investigación debido a su extensión, su complejidad de análisis e interpretación y por qué no respondían totalmente a las intenciones del estudio. Además, con el nuevo instrumento se podrá medir el RA para responder a los objetivos del estudio y se va preservar el anonimato de los sujetos que participan en el estudio.

2.6.1. Rasgos de personalidad

El concepto de personalidad de Edwards, autor del instrumento utilizado en la presente investigación (Edwards, 1959), está basado en la teoría de la personalidad de Murray, quién la define como la organización de

todos los procesos integrativos del cerebro, desde el nacimiento hasta la muerte. La personalidad sería una variable de reacción social, la cual estaría encargada de conciliar las demandas de satisfacción de necesidades con las exigencias sociales, cumpliendo así, entre otras cosas, la función de generar y reducir tensiones, diseñar programas de logro de metas distantes, reducir y resolver los conflictos de necesidades y ajustar los niveles de aspiraciones.

Los rasgos de personalidad, serán establecidos por el perfil de puntajes t, obtenidos por el sujeto de estudio en las quince escalas del inventario de preferencias personales de Edwards, que corresponden a las 15 necesidades consideradas en el instrumento por su autor (logro o motivación, deferencia, orden, exhibicionismo, autonomía, afiliación, intercepción, ser protegido, dominio, degradación, proteger, cambio, persistencia, heterosexualidad, agresión).

2.6.2. Estilos de vida

El cuestionario “¿Cómo es tu estilo de vida?” a los estudiantes (Williams, 1984), evalúa 9 diferentes aspectos sobre el estilo de vida los cuales tienen que ver con la familia y amigos, asociatividad y actividad física, nutrición, tabaco, alcohol y otras drogas, sueño y estrés, trabajo y tipo de personalidad, introspección, control de salud y conducta sexual, y otras conductas. El cuestionario fue evaluado atendiendo a lo propuesto en el diseño del mismo, los puntos que se obtendrán serán comparados con los rangos del instrumento, de tal manera que se asigna una de 5 posibles

definiciones sobre el estilo de vida: 1. Felicitaciones, 2. Buen Trabajo, 3 Adecuado, 4 Algo bajo y 5 Estas en zona de peligro.

2.6.3. Rendimiento Académico

Mediremos a través de la satisfacción del promedio de las calificaciones de las asignaturas del último semestre/año de los estudiantes integrado en el nuevo cuestionario para evaluar el estilo de vida y los rasgos de personalidad.

Tabla 4. Operacionalización de la variable estilo de vida.

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTO
ESTILO DE VIDA	Familia y amigos	Mantiene buena comunicación Da y recibe afecto	Cuestionario
	Actividad física	Integra activamente grupo de apoyo a su salud y calidad de vida Realiza actividad física Tiempo destinado a la práctica de actividad física	Cuestionario
	Nutrición	Practica la alimentación balanceada Consume comidas chatarras Mantiene peso ideal	Cuestionario
	Tabaco	Fuma cigarrillos Cantidad de cigarrillos fumados por día	Cuestionario
	Alcohol. Otras drogas	Promedio de tragos por semana Cantidad de tragos en una misma ocasión Conduce vehículo después del consumo de alcohol Uso drogas como marihuana, cocaína y otras drogas Uso excesivo de medicamentos o automedicación Bebe café, té o bebidas cola que contienen cafeína	Cuestionario
	Sueño, estrés	Disfruta de buen sueño Controla el estrés o la tensión Disfruta de su tiempo libre	Cuestionario
	Tipo de personalidad. Trabajo	Vive acelerado Se siente enojado o agresivo Vive contento	Cuestionario
	Introspección	Es optimista Se siente tenso o apretado Se siente deprimido o triste	Cuestionario
	Control de salud. Conducta sexual	Control de la salud en forma periódica Converso con mi pareja o mi familia temas de sexualidad En mi conducta sexual me preocupo del autocuidado y del cuidado de mi pareja	Cuestionario
	Otras conductas	Respeto las ordenanzas del tránsito Usa cinturón de seguridad	Cuestionario

Diseño y elaboración propia.

Tabla 5. Operacionalización de la variable de rasgos de personalidad.

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTO
RASGOS DE PERSONALIDAD	Logro o motivación	Logro como deseo o tendencia a hacer las cosas rápido y bien, como un deseo de perfeccionarse.	Cuestionario
	Deferencia	Necesidad de halagar a otros, la necesidad de complacer a otros.	Cuestionario
	Orden	Conjunto de tendencias conductuales dirigidas hacia la organización del ambiente.	Cuestionario
	Exhibicionismo	Deseo o tendencia a causar una buena impresión, necesidad de hablar de sí mismo, ser el centro de atención, necesidad de ser visto y escuchado, de no pasar desapercibido.	Cuestionario
	Autonomía	Deseo o tendencia a actuar libre de impulsos, hacer lo que uno quiere sin tomar en cuenta las reglas convencionales.	Cuestionario
	Afiliación	Tendencia o deseos a acercarse a otros, deseos de cooperar gustosamente con otros, necesidad de pertenencia.	Cuestionario
	Intercepción	Necesidad de mantenerse en contacto con sus propios sentimientos, tendencia a soñar despierto.	Cuestionario
	Ser protegido	Deseo o tendencia a pedir ayuda, necesidad de rogar, implorar, pedir. Tendencia a ser dependiente de otro, deseos de tener siempre a quién acudir.	Cuestionario
	Dominio	Deseo o tendencia a controlar sus propios sentimientos y los de los demás, deseo de ser líder, tratar de ejercer influencia sobre el otro.	Cuestionario
	Degradación	Deseo o tendencia a someterse sumisamente a las órdenes de otros, aceptar críticas sin rebelarse, con resignación.	Cuestionario
	Protección	Deseo o tendencia a satisfacer necesidades de otros, cuidar a otro, gozar con la compañía de sujetos inferiores.	Cuestionario
	Cambio	Deseo o tendencia a la flexibilidad y cambiar de métodos, hábitos o preferencias, deseos de hacer cosas nuevas, buscar aventuras nuevas.	Cuestionario
	Persistencia	Mantención del esfuerzo, actividad vigorosa, hacer trabajos largos, no dejan de hacer algo sin antes terminarlo, trabaja sin distraerse.	Cuestionario
	Heterosexualidad	Deseo o tendencia a formar y promover relaciones eróticas, salir con sujetos del sexo opuesto, enamorarse, participar en discusiones acerca de lo sexual.	Cuestionario
Agresión	Deseo o tendencia a vencer la oposición mediante la fuerza, atacar, censurar, ridiculizar, moverse y hablar en forma autoritaria.	Cuestionario	

Diseño y elaboración propia.

Tabla 6. Operacionalización de la variable de rendimiento académico.

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	INSTRUMENTO
RENDIMIENTO ACADÉMICO	Calificaciones de las asignaturas	Satisfacción de las calificaciones de las asignaturas del último semestre/año	Cuestionario
	Factores que influyen en el rendimiento académico	Esfuerzo personal Forma de evaluación Horas de estudios Metodología del docente Infraestructura y equipo didáctico Cooperación de los compañeros Uso de internet Estructura del programa de estudios Distribución de los horarios de clases Estado de salud físico-mental.	Cuestionario

Diseño y elaboración propia.

2.7. Aspectos legales vinculantes

Esta investigación no presenta aspectos legales vinculantes.

2.8. Aspectos éticos

Se tuvo en cuenta los principios éticos básicos para esta investigación; a saber: la investigación no presenta riesgos de lesión física ni psicológica para los participantes.

2.8.1. Respeto por la persona

Confidencialidad de los datos de la investigación.

2.8.2. Justicia

Todos los alumnos que cumplieron los criterios de inclusión podría participar en el estudio.

2.8.3. Beneficencia

Se informó a los alumnos los objetivos y la importancia del estudio para el investigador, para la institución y la población en general.

Los resultados se publicarán en congresos y en revistas científicas.

CAPÍTULO 3

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Abordaje metodológico

La presente tesis se enmarca en el enfoque cuantitativo, conforme a la obra de Hernández, Fernández & Baptista, (2014) en la selección del enfoque metodológico que se ha utilizado en el mismo. Conforme a estos actores existen 3 enfoques posibles a saber, el cuantitativo, cualitativo, y mixto (multimodal). El enfoque que se ha utilizado en esta investigación es el cuantitativo porque el investigador plantea un problema de estudio delimitado y concreto; la recolección de los datos se fundamentó en la medición; debido a que los datos son productos de mediciones, se representan mediante números en gráficos, y son analizados a través de métodos estadísticos.

3.2. Aspecto de fondo del proyecto de investigación

Conforme a los autores citados (Hernández, Fernández & Baptista, 2014), el trabajo se estructura según el Reglamento y Manual para elaboración y presentación de tesis de Maestrías y Doctorados (Resolución N°1022/2013), de la Universidad Nacional de Asunción, homologado por la Facultad de Filosofía, UNA según Acta N° 12 (A.S. No 12119/06/2013)

Resolución No 0282-00-2013. Las Referencias se elabora según las Normas APA, 6ta ed.

3.3. Nivel de estudio y alcance temporal

Se trata de una investigación no experimental, porque no se manipulan las variables. El nivel es descriptivo, correlacional, y según el tiempo transversal.

- *Descriptivo*, las interpretaciones de los resultados se presentan de manera narrativa.
- *Transversal* porque se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único.
- *Correlacional* porque se describen las relaciones entre dos o más variables (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).
- *Alcance temporal*: el estudio fue realizado entre los meses de marzo a setiembre de 2018.

3.4. Unidad de análisis

Las unidades de análisis fueron cada uno de los alumnos de la carrera de Medicina que integran la muestra de la FCM-UNA, sede central, Campus San Lorenzo y Sajonia.

3.5. Población

La población en esta investigación fueron alumnos de la carrera de Medicina de la FCM-UNA.

Población	Cantidad de alumnos	Muestra
Primer año	150	137
Tercer año	150	141
Cuarto año	150	123
Sexto año	150	120
Total	600	521

3.6. Muestra

La muestra fueron alumnos de primer, tercer, cuarto y sexto año de la carrera de Medicina de la FCM-UNA. Total 600 alumnos.

Para poder obtener una información global de todos los alumnos en diferentes momentos de la carrera, se han incluido en el estudio a los alumnos del primer año (inicio del ciclo básico y de la carrera); alumnos del tercer año (fin del ciclo básico de la carrera); alumnos de cuarto año (inicio del ciclo clínico de la carrera) y los alumnos del sexto año (fin del ciclo clínico y de la carrera).

3.7. Muestreo

En esta investigación el muestreo fue *no probabilístico, por conveniencia*.

Se invitaron a participar en el estudio a todos los alumnos de primer, tercer, cuarto y sexto cursos.

3.8. Cálculo del tamaño de muestra

Para el tamaño de muestra se ha utilizado la siguiente fórmula:

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

Donde:

N = Total de la población (600)

Z α = 1.96 al cuadrado (95%)

p = proporción esperada (0.05)

q = 1 – p (1-0.05 = 0.95)

El tamaño de muestra calculado es de 432 alumnos.

3.9. Criterios de inclusión

Alumnos de primer, tercer, cuarto y sexto curso de la carrera de Medicina.
Varones y mujeres.

3.10. Criterios de exclusión

Alumnos del segundo y quinto curso de la carrera de Medicina.

3.11. Reclutamiento de datos

Para la realización del estudio se solicitó el permiso correspondiente a la Dirección Académica de la FCM-UNA. Tras la aceptación de la Dirección Académica se realizó la presentación del proyecto de investigación a los alumnos de cada curso. Se les presentó los objetivos de la investigación, la importancia y la metodología del estudio. Se explicó que deberían rellenar un cuestionario tipo Escala Likert. Se solicitó la participación en el estudio y se les aclaró que la respuesta es anónima y que la participación no es obligatoria.

El cuestionario fue creado en Google Drive y se envió a los alumnos por mensajería instantánea.

3.12. Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos

3.12.1. Fuente

Se aplicó a los estudiantes un cuestionario tipo Escala Likert creado y validado mediante la opinión de expertos, prueba piloto y estudio de fiabilidad para medir la calidad de vida, rasgos de personalidad y RA.

3.12.2. Técnica

El cuestionario se envió a los alumnos por mensajería instantánea, utilizando la aplicación del formulario Google Drive.

3.12.3. Instrumento

A través de un cuestionario tipo Likert creado y validado mediante la opinión de expertos, prueba piloto y estudio de fiabilidad medimos el estilo de vida, los rasgos de personalidad y el RA, teniendo como referencia el cuestionario Edwards que evalúa los rasgos de personalidad y el cuestionario “¿Cómo es tu estilo de vida?” que evalúa el estilo de vida.

3.12.3.1. Cuestionario Edwards

Se consideró 15 necesidades de la teoría de la personalidad de Murray que las presentó en un cuestionario de 225 preguntas (Edwards,1959). Cada

una de las preguntas o ítem presenta dos de estas necesidades y la instrucción al sujeto para responder al cuestionario es que elija una de las dos, es decir, que señale cuál de las dos es la que mejor lo identifica o es más característica de el/ella. En los diferentes ítems que componen el cuestionario, las 15 necesidades se presentan de forma repetida, pero en distinta combinación, salvo 15 ítems que se repiten exactamente iguales y que sirven para verificar la consistencia de las respuestas del sujeto, lo que permite luego de corregirlo, ordenar las necesidades según las importancias que para ese sujeto tienen o tendrían. En este sentido, los puntajes asignados a cada una de las necesidades, son puntajes que indican posiciones relativas y no pueden ser interpretados como puntajes absolutos, así como tampoco tiene sentido la comparación de los puntajes de un sujeto a otro o con normas de algún grupo. Lo único que se puede comparar, es cómo se ordenan las necesidades en un sujeto y otro según el puntaje que en cada caso tienen.

La aplicación del cuestionario, habitualmente, tuvo una duración entre 40 a 60 minutos. El sujeto siempre deberá escoger A o B, obligatoriamente, dando respuesta a todas las necesidades, con lo que establece una jerarquía de necesidades dependiendo de lo que para él es necesario.

Este instrumento tiene la ventaja de involucrar una gran gama de necesidades, pero en algunos casos, las personas aparecen con más de una necesidad en un mismo nivel, por lo tanto, discriminaría bien en sujetos que poseen una necesidad muy alta o muy baja, porque sería una característica del perfil del sujeto.

El cuestionario incluye las siguientes necesidades: logro o motivación, deferencia, orden, exhibicionismo, autonomía, afiliación, intercepción, ser protegido, dominio, degradación, proteger, cambio, persistencia, heterosexualidad, agresión.

Los rasgos de personalidad de cada alumno del universo estudiado, serán establecidos por el puntaje más alto, lo que corresponderá entonces a la necesidad más importante, el segundo a la que se encuentra en segundo lugar y así sucesivamente. Se hace entonces en base al orden jerárquico que estas necesidades tienen en la configuración de la personalidad del sujeto en las 15 escalas del test.

La determinación del grado de validez del cuestionario de Edwards al inventario de Edwards, se sustenta en la teoría de las necesidades de Murray, de la cual postuló 15 necesidades que comprenden las categorías del instrumento final. Sus reactivos están basados en el método *ipsativo*, es decir, se ha de escoger una opción en la que aparecen dos afirmaciones, con aproximadamente el mismo valor de deseabilidad social, pero representando necesidades diferentes. La tarea del sujeto consiste en seleccionar la opción que mejor le describe (Eysenck, 1986).

3.12.3.2. Cuestionario ¿Tienes un estilo de vida fantástico?

En el año 1984, Wilson et al. proponen el uso de un cuestionario denominado FANTÁSTICO. Es un instrumento genérico diseñado en el Departamento de Medicina Familiar de la Universidad McMaster de Hamilton, Ontario (Canadá), considerado una herramienta de apoyo a los profesionales en el contexto de promoción de la salud y prevención de la enfermedad;

permite identificar y medir los estilos de vida de una población en particular. Este cuestionario contiene 25 ítems cerrados que explora nueve categorías o dominios físicos, psicológicos y sociales relacionados al estilo de vida. Existen versiones cortas y extensas; ambas versiones han sido adaptadas por un panel de profesionales de la salud para su mejor comprensión en sujetos de diferentes países (Wilson, 1984).

Para la promoción de la salud fue adaptado por el Ministerio de Salud de Chile: ¿Tienes un Estilo de Vida Fantástico? (Gobierno de Chile Ministerio de Salud). Se caracteriza por ser una herramienta breve y sencilla; cuenta con el menor número posible de preguntas; cada dimensión trata de ser representada en lo posible por aquellos interrogantes que implican una mayor objetividad en la respuesta; ajustado a la población de estudio y, por tanto, modificado según sus preferencias y lenguaje; con una visión integradora que facilita conocer un panorama general del estilo de vida a través de diez dimensiones: F: familiares y amigos, A: asociatividad y actividad física, N: nutrición, T: toxicidad A: alcohol, S: sueño y estrés, T: tipo de personalidad y actividades, I: imagen interior, C: control de la salud y sexualidad y, finalmente, O: orden. El cuestionario reúne algunos de los criterios de consistencia interna y validez de constructo. El Ministerio de Salud, Departamento Promoción de la Salud de Chile recomienda utilizar el cuestionario en la atención primaria en salud y en estudios epidemiológicos

3.12.3.3. Procedimientos de construcción y validación del instrumento de medición

Los cuestionarios Edwards y “¿Cómo es tu estilo de vida?” son pocos aplicables para esta investigación debido a su extensión, su complejidad de análisis e interpretación, no respondían totalmente a las intenciones del estudio. Con la construcción y validación de un nuevo instrumento de medición se podrá medir el RA para responder a los objetivos del estudio y se va preservar el anonimato de los sujetos que participan en el estudio,

La secuencia lógica para el proceso de diseño, redacción y validación del instrumento fueron: objetivos, teoría y constructo; juicio de expertos; prueba piloto y validación psicométrica.

Para el primer paso se realizó una búsqueda exhaustiva de literatura que permitió entender de mejor forma los conceptos a estudiar. El procedimiento de análisis teórico se complementó con una revisión bibliográfica de diferentes artículos sobre construcción de los cuestionarios de Edwards y “¿Cómo es tu estilo de vida?” de afines a los diferentes objetos de estudio. Esto permitió que los diversos conceptos definidos en la primera etapa se correspondieran con antecedentes empíricos que permiten mejorar la medición de ellos.

En la primera etapa de revisión de literatura se llevó a cabo la definición conceptual de las diversas variables incluidas en la investigación. Las variables se ajustaron a los diversos elementos que forman parte de las áreas ya mencionadas. Se han considerado todas las dimensiones de los cuestionarios Edwards y “¿Cómo es tu estilo de vida? Además, se han incluido

dimensiones correspondientes al RA. Luego, un segundo momento consistió en el desarrollo del proceso de definición operacional de estas variables, de manera que se identificaron indicadores y/o factores pertinentes para su medición.

Una vez diseñado el cuestionario, se procedió a una validación de las preguntas incluidas por expertos mediante técnica Delphi.

La validación de expertos mediante la técnica Delphi es un procedimiento eficaz y sistemático, que tiene como objeto la recopilación de opiniones de un grupo de expertos (panelistas) sobre un tema particular, con el fin de incorporar dichos juicios en la configuración de un cuestionario y conseguir un consenso a través de la convergencia de las opiniones de expertos diseminados geográficamente (Landeta, 1999; Ludwig, 1997). Las observaciones hechas por los jueces expertos fueron sometidas a un análisis de concordancia a través de la medida de Kappa de Cohen.

Posteriormente se probó el cuestionario por medio de una prueba piloto o pretest. La prueba piloto es un procedimiento metodológico que involucra aplicar el instrumento a sujetos que comparten características con la población a estudiar. Se administró el instrumento bajo las mismas condiciones con las que se aplicará y posteriormente se procede al procesamiento de datos y análisis estadísticos descriptivos. Se realizó a 40 alumnos del segundo curso y a 40 alumnos del quinto curso de la carrera de Medicina de la FCM-UNA arrojando un resultado positivo de la aplicabilidad del instrumento. Las instrucciones se comprenden, los ítems funcionan de manera adecuada, el lenguaje y la redacción fueron adecuados y consta

finalmente de 75 preguntas o ítems distribuidos de la siguiente manera: los ítems 1 a 52 corresponden a rasgos de personalidad; 53 a 64 a estilo de vida y 65-75 a percepciones a rendimiento académicos.

En último lugar, el instrumento fue sometido a la prueba de unidimensionalidad del constructo (estudio de fiabilidad), para ello se propuso el análisis del gráfico de sedimentación. Al evidenciar la unidimensionalidad del constructo se procede a la validación (análisis de confiabilidad y validez del instrumento), a través del análisis Alpha de Cronbach. Así, el índice de fiabilidad para la escala muestra un nivel aceptable con un alfa global = 0,887.

Tabla 7. Estudio de fiabilidad del cuestionario.

1 Cuando planeo algo me gusta pedir consejo a las personas cuyas opiniones yo respeto	,883
2. Cada vez que emprendo algo me gusta realizarlo lo más rápidamente posible	,885
3 Cualquier cosa que yo haga, me gusta hacerla lo mejor posible	,884
4 Me gusta completar un solo trabajo o tarea antes de emprender otro	,885
5 Me gusta tener amigos íntimos.	,883
6 Cuando tengo que realizar actividades en conjunto, prefiero escoger personas superiores a mí	,885
7 Me gusta hacer un plan antes de empezar a hacer algo difícil	,884
8 Cualquier trabajo escrito que yo haga me gusta hacerlo preciso, limpio y bien organizado	,885
9 Me gusta conversar acerca de mis éxitos	,884
10 Me gusta compartir cosas con mis amigos	,883
11 Me gusta hacer preguntas que, yo sé, nadie será capaz de responder	,887
12 Me gusta ser independiente para tomar mis decisiones	,885
13 Me gusta confrontar los puntos de vista contrarios a los míos	,884
14 Me gusta decir lo que pienso acerca de las cosas	,883
15 Me gusta estudiar solo y sin molestias	,889
16 Me gusta analizar mis propios motivos y sentimientos	,883
17 Me gusta decir cosa que son consideradas como ingeniosas e inteligentes por otras personas	,883

18 Me gusta superarme en cada nueva actividad que emprendo	,882
19 Me gusta saber que tengo a quien acudir ante cualquier problema que tenga	,882
20 Me gusta pensar acerca de la personalidad de mis amigos y tratar de descubrir	,882
21 Vivo en mi imaginación tanto como en el mundo externo	,886
22 Me gusta analizar mis propios motivos y sentimientos	,883
23 Me gusta analizar y estudiar la conducta de los otros	,883
24 Me gusta que mis amigos me traten bondadosamente	,883
25 Me gusta saber que cuento con la ayuda de personas importantes	,883
26 Me gusta saber que tengo a quien acudir ante cualquier problema que tenga	,883
27 Me gusta que mis amigos sean amables conmigo y me animen cuando estoy deprimido	,883
28 Me siento complacido cuando las personas que yo respeto aprueban lo que hago	,883
29 Me gusta ser capaz de convencer e influir sobre los otros para que hagan lo que yo quiero	,883
30 Cuando participo en alguna organización o club, me gusta ser elegido o nombrado presidente	,886
31 Me gusta supervisar y dirigir las acciones de las otras personas cada vez que puedo	,884
32 Me siento deprimido cuando no soy capaz de resolver/afrentar situaciones	,886
33 Me siento culpable cada vez que he hecho algo que sé que está mal	,885
34 Me gusta ser generoso/a con las personas que considero necesitan ayuda	,883
35 Me gusta que mis amigos confíen en mí y me confíen sus problemas	,883
36 Soy fiel a mis gustos y se mantienen habitualmente, no hay cambios	,884
37 Me gusta experimentar novedades y cambios en mi rutina diaria	,884
38 Me gusta viajar y conocer nuevos lugares	,883
39 Me gustan los trabajos que requieren resistencia	,883
40 Puedo hacer un trabajo minucioso sin cansarme	,885
41 Cuando tengo que hacer alguna tarea me gusta empezar y continuar hasta que quede completa	,884
42 Me gusta permanecer hasta tarde estudiando	,886
43 Me gusta participar en discusiones acerca de lo sexual	,884
44 Me gusta leer libros y revistas en los cuales lo sexual juega un papel importante	,886
45 Me gusta participar en actividades sociales con personas del sexo opuesto	,884
46 Me gusta conversar con mi familia, amigos o con mi pareja sobre temas de sexualidad	,884
47 No tengo problemas en hacer críticas públicamente si la persona lo merece	,886
48 Me gusta expresar mi enojo más bien que reprimirme	,884
49 Me siento inclinado a tomar revancha cuando alguien me ha insultado	,887
50 Me gusta recibir y dar cariño	,883

51 Me gusta tener personas con quien hablar de las cosas importantes para mí	,883
52 Me gusta participar activamente en algún grupo de apoyo a la salud y de la calidad de vida como organizaciones de autocuidado, clubes de enfermos crónicos, etc.	,885
53 Me gusta caminar diariamente por lo menos 30 minutos.	,884
54 Me gusta consumir frutas y verduras diariamente	,883
55 Me gusta consumir frecuentemente gran cantidad alimentos azucarados, salados o con mucha grasa	,887
56 Me gusta fumar cigarrillos en el último año	,886
57 No me molesta convivir con personas que fuman tabaco	,889
58 Me gusta el uso de algunas drogas como marihuana, cocaína, etc.	,886
59 Me gusta consumir bebidas alcohólicas 2 a 4 veces por semana	,887
60 Me gusta dormir y sentirme bien descansado/a	,884
61 Me gusta controlar el estrés o la tensión de la vida diaria	,883
62 Me siento bien en las clases teóricas, prácticas y en mis otras actividades diarias	,883
63 Me considero una persona positiva, optimista	,882
64 Me gusta realizar controles de mi salud en forma periódica	,884
65 El promedio de mis calificaciones de las asignaturas del último semestre/año es satisfactorio	,886
66 Mis calificaciones se corresponden con el esfuerzo que pongo en cada asignatura	,886
67 La forma en que soy evaluado, los criterios de evaluación, responden a las características y competencias de cada asignatura	,886
68 La cantidad de horas de estudios y de prácticas influyen en mi rendimiento académico	,883
69 La metodología utilizada por los docentes en el aula influye en tu rendimiento académico	,884
70 La infraestructura y los equipos didácticos de la facultad, influye en tu rendimiento académico	,883
71 La cooperación de los compañeros influyen en tu rendimiento académico	,883
72 El uso del internet en el ámbito educativo influye en tu rendimiento académico	,885
73 La manera como está estructurado el programa de las asignaturas influye en tu rendimiento académico	,883
74 La distribución de los horarios de clases teórico-práctico de las asignaturas influye en tu rendimiento académico	,884
75 Su estado de salud físico-mental influye en tu rendimiento académico	,884

Alfa de Cronbach: 0,887

Luego se procedió al análisis factorial exploratorio. Aparecen 15 factores que explican el 60 % de la varianza. Además, se confirma que la estructura del cuestionario es correcta al agruparse los ítems en factores que

se corresponden con la estructura teórica prevista. Se puede apreciar como los ítems 65 a 75, correspondiente a la categoría de percepciones sobre rendimiento académico se agrupan en los factores 2 y 8. Los ítems 53 a 64 igualmente se agrupan en los factores 9,11 y 15, correspondiente a la categoría de estilo de vida y los ítems 1 a 52 se agrupan en los factores 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 13, y 14, correspondiente a la categoría de rasgos de personalidad. La prueba de KMO y Bartlett fue 0,001.

Tabla 8. Organización de factores.

Factor General	Categoría	Factores	Ítems de cada factor
Factor General	Rasgos de personalidad	F1	1-5-10-19-24-25-26-27-28-34-35-37-50-51
		F2	2-3-7-8-18-41-6
		F3	43-44-45-46
		F4	13- 47-48-49
		F5	20-21-23-29
		F6	15-36-37-39-40-64
		F7	30-31
		F8	32-33
		F9	42-52
		F10	16-22
	Estilos de vida	F1	53-54-55
		F2	56-57-58-59
		F3	60-61-62-63-64
	Percepciones sobre rendimiento académico	F1	68-69-70-71-72-73-74-75
		F2	66-67

Elaboración propia a partir del análisis factorial exploratorio.

A continuación, se presenta la tabla de la varianza total explicada obtenido por el método de extracción (análisis de componentes principales).

Tabla 9. Varianza total explicada.

Componente	Total	Autovalores iniciales		Sumas de rotación de cargas al cuadrado		
		% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	10,777	14,369	14,369	7,401	9,868	9,868
2	4,910	6,546	20,916	4,589	6,118	15,986
3	4,636	6,181	27,097	2,917	3,889	19,876
4	3,854	5,138	32,235	2,883	3,844	23,720
5	2,857	3,809	36,044	2,632	3,510	27,229
6	2,649	3,533	39,577	2,436	3,248	30,477
7	2,176	2,902	42,478	2,387	3,183	33,660
8	2,043	2,724	45,203	2,341	3,122	36,782
9	1,919	2,559	47,761	2,267	3,023	39,804
10	1,793	2,391	50,152	2,218	2,957	42,762
11	1,644	2,192	52,344	2,154	2,872	45,633
12	1,597	2,129	54,473	2,123	2,830	48,464
13	1,566	2,088	56,561	1,998	2,664	51,128
14	1,421	1,895	58,456	1,816	2,422	53,550
15	1,331	1,775	60,231	1,808	2,410	55,960

Finalmente se ha determinado las correlaciones entre categorías. Para establecer las correlaciones siguió el siguiente proceso:

- a. Se calculó una puntuación global para cada categoría.
- b. Se asumió que una puntuación alta en cada categoría suponía un elemento positivo al estar las preguntas planteadas en sentido positivo. Excepto los ítems 56, 57, 58 y 59 que estaban invertidos, desde la teoría se apunta que una posición de totalmente en desacuerdo suponía la que mejor se ajustaba a la intención del ítem.

c. Una vez calculados como nuevas variables esas puntuaciones generales, se procedió a correlacionar las tres variables.

Aplicados los estadísticos de Pearson y Spearman, se observa una alta correlación entre los factores con un nivel de significatividad de 0,01

3.13. Herramientas y procedimientos de análisis e interpretación de datos.

3.13.1. Preparación de datos

El tratamiento y análisis estadísticos de los datos obtenidos en esta investigación, requiere de una serie de actividades, necesarias para garantizar la confiabilidad de la información relevada. Para tal fin, se realiza las siguientes actividades:

4.13.1.1. Confección de fichero

La digitación de los datos obtenidos, irán en un archivo en formato Access, principalmente porque puede ser trabajado con distintas programas y planillas de cálculo y por su compatibilidad con otros programas de análisis y tratamiento de la información, en particular el software estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22.

4.13.1.2. Depuración de datos de rango

Para minimizar los posibles errores de digitación, se procedió a realizar una validación de la base de datos. Particularmente, este proceso consistió

en corregir la digitación de números que no estén contenidos en la hoja de tabulación de los instrumentos.

4.13.1.3. Depuración de datos de condición

Siguiendo el mismo propósito anterior de validación, se aplicó la validación de condición, la cual, consiste en la revisión de las respuestas que requieren una condición o respuesta previa, para ello, se verificó que cada sujeto de la muestra cuente con puntuaciones t por cada necesidad evaluada y que además registró el promedio de notas de las asignaturas del año anterior de carrera.

4.13. 2. Técnica para el análisis de los datos

Se realizaron dos tipos de análisis estadísticos:

4.13.2.1. Descriptiva

En el análisis descriptivo, se realizó un análisis de frecuencia, media y desviación. Junto a ello, se procedió a elaborar una serie de tablas para dar cuenta de la distribución y variabilidad de las variables involucradas en la investigación.

4.13.2.2. Correlacional

Es un tipo de análisis inferencial, se utilizó los estadísticos de Pearson y Spearman para obtener información que permitiera cumplir con el objetivo general de la investigación.

CAPÍTULO 4

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Presentación de los datos demográficos

Del total de 600 estudiantes de la carrera de Medicina de la FCM-UNA que fueron invitados a participar en el estudio, aceptaron participar 521 (86,8%).

La edad media global de los participantes fue de 22,2 \pm 2,3 años, iguales en hombres y mujeres. Un total de 330 (63,3%) fueron mujeres. La característica de la edad media y la distribución por curso de los estudiantes se observa en la tabla 10.

Tabla 10. Característica de la distribución por curso de los alumnos de Medicina FCM-UNA (n=521).

	PRIMER CURSO	TERCER CURSO	CUARTO CURSO	SEXTO CURSO
(%)	137 (26,3)	141 (27,1)	123 (23,6)	120 (23)
MASCULINO (%)	47 (34,3)	51 (36,2)	48 (39)	44 (36,7)
FEMENINO (%)	89 (65,7)	90 (63,8)	75 (61)	76 (63,3)
EDAD MEDIA (años)	19,6 \pm 1	21,5 \pm 0,7	23 \pm 1,2	25,2 \pm 1,5

4.2. Presentación de los factores que explican rasgos de personalidad

4.2.1. Primer factor de rasgo de personalidad (Dimensión de Protección, afiliación y cambio)

Tabla 11. . Ítem 1. Cuando planeo algo me gusta pedir consejo a las personas cuyas opiniones yo respeto.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	23	4,4	4,4
2	35	6,7	11,1
3	79	15,2	26,3
4	131	25,1	51,4
5	157	30,1	81,6
6 Totalmente de acuerdo	96	18,4	100
Total	521	100	

El 73% de los alumnos están de acuerdo a pedir consejo a las personas de referencia cuando planea hacer alguna cosa. Es una dimensión de deferencia. Es decir, actitud de halagar o complacer a otros. Es bueno pedir consejos para tomar ciertas decisiones, pero es importante que cada persona tome sus propias decisiones.

Tabla 12. Ítem 5. Me gusta tener amigos íntimos.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	9	1,7	1,7
2	19	3,6	5,4
3	60	11,5	16,9
4	77	14,8	31,7
5	124	23,8	55,5
6 Totalmente de acuerdo	232	44,5	100
Total	521	100	

En esta tabla se observar que el 83% de los alumnos le gusta tener amigos íntimos, es una dimensión de afiliación de las necesidades de Edwards. Significa que la mayoría tienen el deseo a acercarse a otros, de cooperar gustosamente con otros. Es una actitud favorable para las personas.

Tabla 13. Ítem 10. Me gusta compartir cosas con mis amigos.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	5	1,0	1,0
2	13	2,5	3,5
3	43	8,3	11,7
4	83	15,9	27,6
5	168	32,2	59,9
6 Totalmente de acuerdo	209	40,1	100
Total	521	100	

El 92 % de los alumnos quieren compartir cosas con sus amistades, es una dimensión de afiliación. Tiene la misma interpretación que la tabla anterior, es decir una actitud positiva para de los alumnos.

Tabla 14. . Ítem 19. Me gusta saber que tengo a quien acudir ante cualquier problema que tenga.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1Totalmente desacuerdo	3	,6	,6
2	10	1,9	2,5
3	46	8,8	11,3
4	71	13,6	25,0
5	125	24,0	48,9
6Totalmente de acuerdo	266	51,1	100
Total	521	100	

La mayoría de los alumnos necesitan de alguien para actuar en situaciones adversas. Corresponde a la dimensión de Ser Protegido y significa el deseo a pedir ayuda y la tendencia a ser dependiente de otro. Es bueno pedir ayuda, pero no es bueno vivir dependiente de otros.

Tabla 15. Ítem 24. Me gusta que mis amigos me traten bondadosamente.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1Totalmente desacuerdo	3	,6	,6
2	4	,8	1,3
3	18	3,5	4,8
4	84	16,1	20,9
5	138	26,5	47,4
6Totalmente de acuerdo	274	52,6	100
Total	521	100	

El 85% de los alumnos respondieron que le gusta que sus amigos le traten bondadosamente. Es una dimensión de protección, significa la necesidad de satisfacer necesidades de otros, gozar de la compañía de otras personas. Sentirse protegido es favorable para la seguridad de las personas.

Tabla 16. . Ítem 25. Me gusta saber que cuento con la ayuda de personas importantes.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1Totalmente desacuerdo	2	,4	,4
3	30	5,8	6,1
4	76	14,6	20,7
5	88	16,9	37,6
6Totalmente de acuerdo	325	62,4	100
Total	521	100	

La mayoría de los encuestados le gusta saber que cuenta con la ayuda de personas importantes. Corresponde a la dimensión ser protegido y significa la tendencia a ser dependiente de otro, el deseo de tener siempre a quién acudir. Es una actitud de dependencia para los alumnos en el sentido de tener necesidad de otras personas; pero proporciona seguridad a las personas

Tabla 17. Ítem 26. Me gusta que mis amigos se sientan apenados cuando yo estoy enfermo.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1Totalmente desacuerdo	3	,6	,6
2	7	1,3	1,9
3	34	6,5	8,4
4	49	9,4	17,9
5	98	18,8	36,7
6Totalmente de acuerdo	330	63,3	100
Total	521	100	

Este ítem corresponde a la dimensión de Ser protegido, se observa que mayoritariamente desean que sus amigos se sientan apenados cuando están

enfermos. Significa la tendencia a ser dependiente de otro, deseos de tener siempre a quién acudir.

Tabla 18. Ítem 27. Me gusta que mis amigos sean amables conmigo y me animen cuando estoy deprimido.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	3	,6	,6
2	10	1,9	2,5
3	28	5,4	7,9
4	81	15,5	23,4
5	148	28,4	51,8
6 Totalmente de acuerdo	251	48,2	100
Total	521	100	

El 92% desean que sus amigos sean amables con ellos y le animen cuando se encuentran deprimidos, corresponde a la dimensión Ser protegido y se interpreta de la misma manera que el ítem anterior.

Tabla 19. Ítem 28. Me siento complacido cuando las personas que yo respeto aprueban lo que hago.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
2	7	1,3	1,3
3	26	5,0	6,3
4	54	10,4	16,7
5	153	29,4	46,1
6 Totalmente de acuerdo	281	53,9	100
Total	521	100	

Más del 90% se sienten complacidos cuando las personas que respetan aprueban lo que hacen. Corresponde a la dimensión de deferencia. Se observa que la mayoría de los alumnos Significa que la mayoría de los alumnos tienen la necesidad de halagar a otros, la necesidad de complacer a

otros. Pedir consejos para tomar ciertas decisiones es necesario, pero es importante que cada persona tome sus propias decisiones.

Tabla 20. Ítem 34. Me gusta ser generoso/a con las personas que considero necesitan ayuda.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	3	,6	,6
2	15	2,9	3,5
3	12	2,3	5,8
4	23	4,4	10,2
5	185	35,5	45,7
6 Totalmente de acuerdo	283	54,3	100
Total	521	100	

Casi la totalidad de los alumnos contestaron ser generoso/a con las personas que consideran que necesitan ayuda. Corresponde a la dimensión de protección y significa la tendencia a satisfacer necesidades de otros, cuidar a otro. El significado de esta dimensión ya fue explicado más arriba.

Tabla 21. . Ítem 35. Me gusta que mis amigos confíen en mí y me confíen sus problemas.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	7	1,3	1,3
2	14	2,7	4,0
3	8	1,5	5,6
4	49	9,4	15,0
5	132	25,3	40,3
6 Totalmente de acuerdo	311	59,7	100
Total	521	100	

El 94% de los alumnos quieren que sus amigos confíen en ellos y le confíen sus problemas. La mayoría de los alumnos tienen necesidad de protección.

Tabla 22. Ítem 37. Me gusta experimentar novedades y cambios en mi rutina diaria.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	19	3,6	3,6
2	42	8,1	11,7
3	81	15,5	27,3
4	98	18,8	46,1
5	176	33,8	79,8
6 Totalmente de acuerdo	105	20,2	100
Total	521	100	

El 72% de los alumnos respondieron que le gusta experimentar novedades y cambios en su rutina diaria. Corresponde a la dimensión de cambio, significa la tendencia a la flexibilidad y cambiar de métodos, hábitos o preferencias, deseos de hacer cosas nuevas, buscar aventuras nuevas. Es una actitud positiva para los alumnos.

Tabla 23. Ítem 50 Me gusta recibir y dar cariño.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	14	2,7	2,7
2	27	5,2	7,9
3	53	10,2	18,0
4	99	19,0	37,0
5	82	15,7	52,8
6 Totalmente de acuerdo	246	47,2	100
Total	521	100	

El 82% de los alumnos contestaron estar de acuerdo en recibir y dar cariño, dimensión de protección. Este tipo de rasgo se caracteriza por la tendencia a ser dependiente de otro, deseos de tener siempre a quién acudir. La interpretación de esta dimensión ya fue explicada más arriba.

Tabla 24. Ítem 51 Me gusta tener personas con quien hablar de las cosas importantes para mí.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	3	,6	,6
2	7	1,3	1,9
3	12	2,3	4,2
4	51	9,8	14,0
5	133	25,5	39,5
6 Totalmente de acuerdo	315	60,5	100
Total	521	100	

La mayoría de los alumnos quieren tener personas con quien hablar de las cosas importantes para ellos. Este ítem pertenece a la dimensión de afiliación y se caracteriza por la tendencia o deseos a acercarse a otros, deseos de cooperar gustosamente con otros, necesidad de pertenencia. Es una necesidad favorable para el desarrollo personal de las personas.

4.2.2. Segundo factor de rasgo de personalidad (Dimensión de logro, exhibicionismo y orden)

Tabla 25. Ítem 2. Cada vez que emprendo algo me gusta realizarlo lo más rápidamente posible.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	8	1,5	1,5
2	41	7,9	9,4
3	78	15,0	24,4
4	114	21,9	46,3
5	156	29,9	76,2
6 Totalmente de acuerdo	124	23,8	100
Total	521	100	

El 76% de los alumnos respondieron que cada vez que emprende algo le gusta realizarlo lo más rápidamente posible. Corresponde a la dimensión de exhibicionismo y significa el deseo o tendencia a causar una buena impresión, necesidad de hablar de sí mismo, ser el centro de atención, necesidad de ser visto y escuchado. Es una necesidad útil, pero el exceso puede dañar a las personas.

Tabla 26. Ítem 3. Cualquier cosa que yo haga, me gusta hacerla lo mejor posible.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	3	,6	,6
2	7	1,3	1,9
3	22	4,2	6,1
4	87	16,7	22,8
5	161	30,9	53,7
6 Totalmente de acuerdo	241	46,3	100
Total	521	100	

En esta tabla la mayoría de los alumnos respondieron que cuando realiza alguna actividad, le gusta realizar de la mejor manera. Corresponde a la dimensión de logro y significa deseo o tendencia a hacer las cosas rápido y bien, como un deseo de perfeccionarse. Es una necesidad útil para los alumnos.

Tabla 27. Ítem 7 Me gusta hacer un plan antes de empezar a hacer algo difícil.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
2	28	5,4	6,5
3	43	8,3	14,8
4	74	14,2	29,0
5	156	29,9	58,9
6 Totalmente de acuerdo	214	41,1	100
Total	521	100	

El 85% de los alumnos respondieron que le gusta hacer un plan antes de empezar a hacer algo difícil. Corresponde a la dimensión de logro, igual que el ítem anterior y la interpretación de la dimensión es la misma.

Tabla 28. Ítem 8. Cualquier trabajo escrito que yo haga me gusta hacerlo preciso, limpio y bien organizado.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	3	,6	,6
2	30	5,8	6,3
3	41	7,9	14,2
4	75	14,4	28,6
5	158	30,3	58,9
6 Totalmente de acuerdo	214	41,1	100
Total	521	100	

En esta tabla se observa que el 96% de los alumnos contestaron que cuando realizan cualquier trabajo escrito le gusta hacerlo preciso, limpio y bien organizado. Corresponde a la dimensión de orden y se interpreta como tendencias conductuales dirigidas hacia la organización del ambiente, una dimensión necesaria y útil para las personas.

Tabla 29. Ítem 18. Me gusta superarme en cada nueva actividad que emprendo.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	3	,6	,6
2	9	1,7	2,3
3	33	6,3	8,6
4	89	17,1	25,7
5	145	27,8	53,6
6 Totalmente de acuerdo	242	46,4	100
Total	521	100	

Este ítem muestra que la gran mayoría de los encuestados afirman que le gusta superarse en cada nueva actividad que emprende. Corresponde a la

dimensión de afiliación, ya fue mencionado la interpretación de esta dimensión.

Tabla 30. Ítem 41. Cuando tengo que hacer alguna tarea me gusta empezar y continuar hasta que quede completa.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	16	3,1	3,1
2	20	3,8	6,9
3	67	12,9	19,8
4	141	27,1	46,8
5	127	24,4	71,2
6 Totalmente de acuerdo	150	28,8	100
Total	521	100	

El 80% de los alumnos respondieron que cuando tiene que hacer alguna tarea, le gusta empezar y continuar hasta que quede completar. Es una dimensión de persistencia y significa mantención del esfuerzo, actividad vigorosa, hacer trabajos largos. La mayoría de los alumnos encuestados tienen esta necesidad, y es bueno para el desarrollo personal.

4.2.3. Tercer factor de rasgo de personalidad (Dimensión de heterosexualidad)

Tabla 31. Ítem 43. Me gusta participar en discusiones acerca de lo sexual.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	42	8,1	8,1
2	71	13,6	21,7
3	114	21,9	43,6
4	118	22,6	66,2
5	94	18,0	84,3
6 Totalmente de acuerdo	82	15,7	100
Total	521	100	

El 56% de los alumnos tienen tendencia de querer participar en discusiones acerca de lo sexual, el resto no quieren participar. Esta pregunta corresponde a la dimensión de heterosexualidad y significa tendencia a formar y promover relaciones eróticas, salir con sujetos del sexo opuesto, enamorarse. Llama la atención el escaso deseo de tener relaciones con el sexo opuesto.

Tabla 32. Ítem 44. Me gusta leer libros y revistas en los cuales lo sexual juega un papel importante.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	86	16,5	16,5
2	120	23,0	39,5
3	126	24,2	63,7
4	85	16,3	80,0
5	64	12,3	92,3
6 Totalmente de acuerdo	40	7,7	100
Total	521	100	

Solamente el 36% de los alumnos les gustan leer libros y revistas en los cuales lo sexual juega un papel importante. Llama la atención el alto porcentaje que no desean hacerlo. Es una dimensión de heterosexualidad y tiene la misma interpretación que la pregunta anterior.

Tabla 33. Ítem 45. Me gusta participar en actividades sociales con personas del sexo opuesto.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	16	3,1	3,1
2	7	1,3	4,4
3	50	9,6	14,0
4	129	24,8	38,8
5	166	31,9	70,6
6 Totalmente de acuerdo	153	29,4	100
Total	521	100	

En la pregunta de querer participar en actividades sociales con personas del sexo opuesto, 86% contestaron que les gustan. Corresponde a la dimensión de heterosexualidad. Es llamativo que en las dos preguntas anteriores que corresponde a la dimensión de heterosexualidad fueron escasos los que respondieron positivamente, este hecho podría deberse a la interpretación de las preguntas.

Tabla 34. Ítem 46. Me gusta conversar con mi familia, amigos o con mi pareja sobre temas de sexualidad.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	47	9,0	9,0
2	71	13,6	22,6
3	88	16,9	39,5
4	138	26,5	66,0
5	114	21,9	87,9
6 Totalmente de acuerdo	63	12,1	100
Total	521	100	

En esta tabla se observa la tendencia que tienen los alumnos de querer conversar con la familia, amigos o con la pareja sobre temas de sexualidad, solamente el 60% quieren conversar sobre el tema. Corresponde también a la dimensión de heterosexualidad y significa lo mismo que en las tablas anteriores.

4.2.4. Cuarto factor de rasgo de personalidad (Dimensión de agresión)

Tabla 35. Ítem 13. Me gusta confrontar los puntos de vista contrarios a los míos.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	32	6,1	6,1
2	60	11,5	17,7
3	110	21,1	38,8
4	135	25,9	64,7
5	100	19,2	83,9
6 Totalmente de acuerdo	84	16,1	100
Total	521	100	

En este ítem se observa que 60% de los participantes han optado por la tendencia de confrontar los puntos de vista contrarios a los suyos. Pertenece a la dimensión de agresión y significa tendencia a vencer la oposición mediante la fuerza, atacar, censurar, ridiculizar, moverse y hablar en forma autoritaria. Es una dimensión que actúa negativamente para los alumnos.

Tabla 36. Ítem 47. No tengo problemas en hacer críticas públicamente si la persona lo merece.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	84	16,1	16,1
2	87	16,7	32,8
3	116	22,3	55,1
4	110	21,1	76,2
5	60	11,5	87,7
6 Totalmente de acuerdo	64	12,3	100
Total	521	100	

La tendencia de los alumnos de criticar y hacer críticas públicamente si la persona lo merece se puede observar en esta tabla. En un 45% de los alumnos respondieron tener esta actitud. Corresponde a la dimensión de agresión y tiene la misma interpretación que la pregunta anterior.

Tabla 37. Ítem 48. Me gusta expresar mi enojo más bien que reprimirme.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	44	8,4	8,4
2	81	15,5	24,0
3	120	23,0	47,0
4	108	20,7	67,8
5	80	15,4	83,1
6 Totalmente de acuerdo	88	16,9	100
Total	521	100	

La mitad de los estudiantes quieren expresar su enojo más bien que reprimirse. También corresponde a la dimensión de agresión.

Tabla 38. Ítem 49. Me siento inclinado a tomar revancha cuando alguien me ha insultado.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	46	8,8	8,8
2	92	17,7	26,5
3	113	21,7	48,2
4	100	19,2	67,4
5	107	20,5	87,9
6 Totalmente de acuerdo	63	12,1	100,0
Total	521	100	

La mitad de los alumnos quieren tomar revancha cuando alguien le insulta. Es una dimensión de agresión. Esta pregunta, más en los tres anteriores no es despreciable la cantidad de alumnos que tienen la dimensión de agresión.

4.2.5. Quinto factor de rasgo de personalidad (Dimensión de intercepción)

Tabla 39. Ítem 20. Me gusta pensar acerca de la personalidad de mis amigos y tratar de descubrir.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	17	3,3	3,3
2	14	2,7	6,0
3	79	15,2	21,1
4	114	21,9	43,0
5	124	23,8	66,8
6 Totalmente de acuerdo	173	33,2	100
Total	521	100	

En la tabla se puede observar que el 79% de los encuestados les gustan pensar acerca de la personalidad de sus amigos y tratar de descubrir. Es una dimensión de intercepción y significa que la persona con este rasgo necesita mantenerse en contacto con sus propios sentimientos, tendencia a soñar despierto. Es una actitud positiva para el desarrollo integral de las personas.

Tabla 40. Ítem 21. Vivo en mi imaginación tanto como en el mundo externo.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	43	8,3	8,3
2	37	7,1	15,4
3	100	19,2	34,5
4	139	26,7	61,2
5	85	16,3	77,5
6 Totalmente de acuerdo	117	22,5	100
Total	521	100	

El 65% de los alumnos están de acuerdo en vivir en su imaginación tanto como en el mundo externo. Como en la pregunta anterior corresponde a la dimensión de intercepción. Una cantidad importante de los alumnos no tienen la necesidad de esta dimensión a pesar de la importancia para una vida integral de las personas.

Tabla 41. Ítem 23. Me gusta analizar y estudiar la conducta de los otros.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	20	3,8	3,8
2	60	11,5	15,4
3	77	14,8	30,1
4	102	19,6	49,7
5	106	20,3	70,1
6 Totalmente de acuerdo	156	29,9	100
Total	521	100	

El 68% de los alumnos desean querer analizar y estudiar la conducta de los otros. Como en las dos preguntas anteriores pertenece a la dimensión de intercepción y en todas ellas existen importante cantidad de alumnos que no tienen la necesidad de esta dimensión.

Tabla 42. Ítem 29. Me gusta ser capaz de convencer e influir sobre los otros para que hagan lo que yo quiero.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	19	3,6	3,6
2	51	9,8	13,4
3	88	16,9	30,3
4	97	18,6	48,9
5	128	24,6	73,5
6 Totalmente de acuerdo	138	26,5	100
Total	521	100	

Se observa que en el 70% de los universitarios les gustan ser capaz de convencer e influir sobre los otros para que hagan lo que ellos quieren. Este ítem pertenece a la dimensión de dominio y las personas con este tipo de rasgo se caracteriza por la tendencia a controlar sus propios sentimientos y los de los demás, deseo de ser líder, tratar de ejercer influencia sobre el otro.

4.2.6. Sexto factor de rasgo de personalidad (Dimensión de persistencia)

Tabla 43. Ítem 15. Me gusta estudiar solo y sin molestias.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	39	7,5	7,5
2	39	7,5	15,0
3	91	17,5	32,4
4	99	19,0	51,4
5	70	13,4	64,9
6 Totalmente de acuerdo	183	35,1	100
Total	521	100	

El 69% de los universitarios prefieren estudiar sólo y sin molestias. Corresponde a la dimensión de autonomía y significa la tendencia a actuar libre de impulsos, hacer lo que uno quiere sin tomar en cuenta las reglas convencionales. La autonomía es una necesidad positiva para las personas.

Tabla 44. Ítem 37. Me gusta experimentar novedades y cambios en mi rutina diaria.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	19	3,6	3,6
2	42	8,1	11,7
3	81	15,5	27,3
4	98	18,8	46,1
5	176	33,8	79,8
6 Totalmente de acuerdo	105	20,2	100
Total	521	100	

En este ítem se puede observar que el 73% de los alumnos les gustan experimentar novedades y cambios en su rutina diaria. Pertenece a la dimensión de cambio y significa la tendencia a la flexibilidad y cambiar de métodos, hábitos o preferencias, deseos de hacer cosas nuevas, buscar aventuras nuevas. Alto porcentaje de los universitarios encuestados tienen esta necesidad.

Tabla 45. Ítem 39. Me gustan los trabajos que requieren resistencia.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	21	4,0	4,0
2	43	8,3	12,3
3	100	19,2	31,5
4	118	22,6	54,1
5	132	25,3	79,5
6 Totalmente de acuerdo	107	20,5	100
Total	521	100	

El 69% de los universitarios encuestados están de acuerdo en realizar trabajos que requieren resistencia. Este ítem corresponde a la dimensión de

persistencia. En otros ítems ya se ha mencionado la interpretación de esta dimensión, en este caso casi los dos tercios de los alumnos poseen esta necesidad.

Tabla 46. Ítem 40. Puedo hacer un trabajo minucioso sin cansarme.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	19	3,6	3,6
2	56	10,7	14,4
3	95	18,2	32,6
4	151	29,0	61,6
5	123	23,6	85,2
6 Totalmente de acuerdo	77	14,8	100
Total	521	100	

Es una dimensión de persistencia, el 68% de los alumnos están de acuerdo en realizar trabajo minucioso sin cansarse. Como en la pregunta anterior más de un tercio de los alumnos no tienen esta necesidad.

Tabla 47. Ítem 36. Soy fiel a mis gustos y se mantienen habitualmente, no hay cambios.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	10	1,9	1,9
2	42	8,1	10,0
3	74	14,2	24,2
4	137	26,3	50,5
5	145	27,8	78,3
6 Totalmente de acuerdo	113	21,7	100
Total	521	100	

El 76% de los universitarios manifiestan que son fieles a sus gustos y se mantienen habitualmente. Pertenece a la dimensión de persistencia y las

características de las personas con este rasgo son la realización de actividad vigorosa, hacer trabajos largos, no dejan de hacer algo sin antes terminarlo, trabaja sin distraerse. Es una dimensión de responsabilidad de las personas.

Tabla 48. Ítem 64. Me gusta realizar controles de mi salud en forma periódica.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	46	8,8	8,8
2	101	19,4	28,2
3	142	27,3	55,5
4	110	21,1	76,6
5	88	16,9	93,5
6 Totalmente de acuerdo	34	6,5	100
Total	521	100	

Solo el 45% de los universitarios les gustan realizar controles periódicos de la salud. Es una dimensión de autonomía. Se puede observar el escaso número de estudiantes que tienen la intención de realizar controles de su salud.

4.2.7. Séptimo factor de rasgo de personalidad (Dimensión de autonomía)

Tabla 49. Ítem 42. Me gusta permanecer hasta tarde estudiando.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	109	20,9	20,9
2	115	22,1	43,0
3	85	16,3	59,3
4	103	19,8	79,1
5	80	15,4	94,4
6 Totalmente de acuerdo	29	5,6	100
Total	521	100	

El 60% de los alumnos encuestados respondieron que no le gustan permanecer estudiando hasta tarde. Este ítem corresponde a la dimensión de persistencia. Por lo tanto, de acuerdo a este ítem existe poca persistencia de los alumnos, para esta actividad.

Tabla 50. Ítem 52. Me gusta participar activamente en algún grupo de apoyo a la salud y de la calidad de vida como organizaciones de autocuidado, clubes de enfermos crónicos, etc.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	31	6,0	6,0
2	70	13,4	19,4
3	130	25,0	44,3
4	126	24,2	68,5
5	92	17,7	86,2
6 Totalmente de acuerdo	72	13,8	100
Total	521	100	

La mitad de los universitarios están de acuerdo en participar activamente en algún grupo de apoyo a la salud y de la calidad de vida como organizaciones de autocuidado, clubes de enfermos crónicos, etc. Es una actitud proactiva, de autonomía, de protección y logro de los estudiantes.

4.2.8. Octavo factor de rasgo de personalidad (Dimensión de dominio)

Tabla 51. Ítem 30. Cuando participo en alguna organización o club, me gusta ser elegido o nombrado presidente.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	99	19,0	19,0
2	128	24,6	43,6
3	121	23,2	66,8
4	78	15,0	81,8
5	46	8,8	90,6
6 Totalmente de acuerdo	49	9,4	100
Total	521	100	

El 33% (un tercio) de los alumnos respondieron que le gustan ser elegido o nombrado presidente, cuando los estudiantes participan en alguna organización o club. Corresponde a la dimensión de dominio, las personas con este rasgo se caracterizan por tendencia a controlar sus propios sentimientos y los de los demás, deseo de ser líder, tratar de ejercer influencia sobre el otro.

Tabla 52. Ítem 31. Me gusta supervisar y dirigir las acciones de las otras personas cada vez que puedo.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	51	9,8	9,8
2	77	14,8	24,6
3	109	20,9	45,5
4	135	25,9	71,4
5	92	17,7	89,1
6 Totalmente de acuerdo	57	10,9	100
Total	521	100	

Solo al 45% de estudiante le gusta supervisar y dirigir las acciones de las otras personas cada vez que puedo. Es también una dimensión de dominio y su característica ya se ha comentado más arriba. En las dos últimas preguntas que corresponde a la dimensión de dominio, fueron escasa esta necesidad en los universitarios.

4.2.9. Noveno factor de rasgo de personalidad (Dimensión de degradación)

Tabla 53. Ítem 32. Me siento deprimido cuando no soy capaz de resolver/afrentar situaciones.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	17	3,3	3,3
2	48	9,2	12,5
3	83	15,9	28,4
4	88	16,9	45,3
5	160	30,7	76,0
6 Totalmente de acuerdo	125	24,0	100
Total	521	100	

En esta tabla se observa que existen 71% de los alumnos se sienten deprimidos cuando no es capaz de resolver/afrentar situaciones. Es una dimensión de degradación y las personas con ese rasgo se caracterizan por la tendencia a someterse sumisamente a las órdenes de otros, aceptar críticas sin rebelarse, con resignación. Llama la atención el alto porcentaje de alumnos con este rasgo, que influye negativamente en las personas.

Tabla 54. Ítem 33. Me siento culpable cada vez que he hecho algo que sé que está mal.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	7	1,3	1,3
2	24	4,6	6,0
3	31	6,0	11,9
4	79	15,2	27,1
5	171	32,8	59,9
6 Totalmente de acuerdo	209	40,1	100
Total	521	100	

El 87% de los alumnos respondieron que se siente culpable cada vez que he hecho algo que sabe que está mal. Corresponde también a la dimensión de degradación. También es alto el porcentaje de alumnos con esta necesidad.

4.2.10. Décimo factor de rasgo de personalidad (Dimensión de aislamiento)

Tabla 55. Ítem 16. Me gusta analizar mis propios motivos y sentimientos.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	5	1,0	1,0
2	11	2,1	3,1
3	55	10,6	13,6
4	99	19,0	32,6
5	187	35,9	68,5
6 Totalmente de acuerdo	164	31,5	100
Total	521	100	

El 86% de los universitarios están de acuerdo en analizar sus propios motivos y sentimientos. Es una dimensión, la característica de la misma ya se ha mencionado anteriormente.

Tabla 56. Ítem 22. Me gusta analizar mis propios motivos y sentimientos.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1Totalmente desacuerdo	8	1,5	1,5
2	10	1,9	3,5
3	48	9,2	12,7
4	115	22,1	34,7
5	150	28,8	63,5
6Totalmente de acuerdo	190	36,5	100
Total	521	100	

Como en la tabla anterior, a la mayoría (87%) de los encuestados les gustaría analizar mis propios motivos y sentimientos. Es un ítem que también corresponde a la dimensión de intercepción y su característica ya se ha mencionado. Es importante destacar que la gran mayoría de los alumnos presentan este rasgo de personalidad.

4.3. Presentación de los factores que explican estilo de vida

4.3.1. Primer factor de estilo de vida (Dimensión de actividad física y alimentación)

Tabla 57. Ítem 53. Me gusta caminar diariamente por lo menos 30 minutos.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1Totalmente desacuerdo	38	7,3	7,3
2	71	13,6	20,9
3	95	18,2	39,2
4	78	15,0	54,1
5	96	18,4	72,6
6Totalmente de acuerdo	143	27,4	100
Total	521	100	

El 60% de los estudiantes manifestaron que le gusta caminar diariamente por lo menos 30 minutos, lo que implica que tienen actitud para caminar, en cambio una cantidad considerable (40%) no están de acuerdo que realizar esta actividad.

Tabla 58. Ítem 54. Me gusta consumir frutas y verduras diariamente

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	20	3,8	3,8
2	65	12,5	16,3
3	69	13,2	29,6
4	101	19,4	48,9
5	123	23,6	72,6
6 Totalmente de acuerdo	143	27,4	100
Total	521	100	

Los dos tercios de los estudiantes quieren consumir diariamente frutas y verduras, eso implica que si tienen la oportunidad de acceder a esos alimentos van a consumir vitaminas, minerales, fibras diariamente.

Tabla 59. Ítem 55. Me gusta consumir frecuentemente gran cantidad alimentos azucarados, salados o con mucha grasa.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	29	5,6	5,6
2	62	11,9	17,5
3	104	20,0	37,4
4	136	26,1	63,5
5	124	23,8	87,3
6 Totalmente de acuerdo	66	12,7	100
Total	521	100	

Consumir frecuentemente gran cantidad alimentos azucarados, salados o con mucha grasa es la tendencia que tienen los estudiantes, el 73% respondieron que están de acuerdo en consumir. Es un hábito de mala alimentación que predispone al desarrollo de enfermedades.

4.3.2. Segundo factor de estilo de vida (Dimensión de hábitos no saludables)

Tabla 60. Ítem 56. Me gusta fumar cigarrillos en el último año.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	470	90,2	90,2
2	12	2,3	92,5
3	4	,8	93,3
4	7	1,3	94,6
5	17	3,3	97,9
6 Totalmente de acuerdo	11	2,1	100
Total	521	100	

Menos del 10% de los estudiantes universitarios encuestados manifestaron que no le gusta fumar cigarrillos en el último año. Esta conducta de los alumnos es favorable para un estilo de vida saludable.

Tabla 61. Ítem 57. No me molesta convivir con personas que fuman tabaco.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	291	55,9	55,9
2	64	12,3	68,8
3	38	7,3	75,5
4	58	11,1	86,6
5	22	4,2	90,8
6 Totalmente de acuerdo	48	9,2	100
Total	521	100	

Los alumnos en su mayoría (75%), contestaron que le molesta convivir con personas que fuman tabaco. Como la mayoría no fuman cigarrillos, entonces no quieren ser fumadores pasivos.

Tabla 62. Ítem 58. Me gusta el uso de algunas drogas como marihuana, cocaína, etc.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	384	73,7	73,7
2	49	9,4	83,1
3	28	5,4	88,5
4	31	5,9	94,4
5	14	2,7	97,1
6 Totalmente de acuerdo	15	2,9	100
Total	521	100	

En la tabla se observa que la mayoría de los alumnos no están de acuerdo con el uso de drogas. Pero se debe considerar que existe un porcentaje no despreciable (12%) que manifestaron que le gusta el uso de algunas drogas.

Tabla 63. Ítem 59. Me gusta consumir bebidas alcohólicas 2 a 4 veces por semana.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	283	54,3	54,3
2	101	19,4	73,7
3	36	6,9	80,6
4	60	11,5	92,1
5	26	5,0	97,1
6 Totalmente de acuerdo	15	2,9	100
Total	521	100	

En relación al consumo de bebidas alcohólicas en exceso, el 80% de los alumnos manifestaron que no están de acuerdo. El consumo excesivo de alcohol trae muchas consecuencias negativas para las personas.

4.3.3. Tercer factor de estilo de vida (Dimensión de autocuidado y actitud positiva)

Tabla 64. Ítem 60. Me gusta dormir y sentirme bien descansado/a.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	3	,6	,6
3	6	1,2	1,7
4	11	2,1	3,8
5	47	9,0	12,9
6 Totalmente de acuerdo	454	87,1	100
Total	521	100	

Casi la totalidad de los alumnos (96%) quieren dormir bien y tener un buen descanso. Esto demuestra una actitud favorable para la salud, porque

el cuerpo necesita del buen descanso para evitar enfermedades físicas y mentales.

Tabla 65. Ítem 61. Me gusta controlar el estrés o la tensión de la vida diaria.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	10	1,9	1,9
2	19	3,6	5,6
3	72	13,8	19,4
4	118	22,6	42,0
5	166	31,9	73,9
6 Totalmente de acuerdo	136	26,1	100
Total	521	100	

El 80% de los alumnos quieren controlar el estrés o la tensión de la vida diaria. El estrés o la tensión predispone a las personas a desarrollar enfermedades físicas o mentales, como en la falta del sueño y del descanso.

Tabla 66. Ítem 62. Me siento bien en las clases teóricas, prácticas y en mis otras actividades diarias.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	34	6,5	6,5
2	84	16,1	22,6
3	119	22,8	45,5
4	157	30,1	75,6
5	91	17,5	93,1
6 Totalmente de acuerdo	36	6,9	100
Total	521	100	

El 44,5% de los universitarios se sienten bien en las clases teóricas, prácticas y en las otras actividades diarias. Es un factor importante para el aprendizaje y el bienestar de los alumnos.

Tabla 67. Ítem 63. Me considero una persona positiva, optimista.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	47	9,0	9,0
2	67	12,9	21,9
3	87	16,7	38,6
4	106	20,3	58,9
5	128	24,6	83,5
6 Totalmente de acuerdo	86	16,5	100
Total	521	100	

El 60% de los alumnos se consideran personas positivas y optimistas. Una actitud positiva y optimista ayuda a tener un estilo de vida saludable.

Tabla 68. Ítem 64. Me gusta realizar controles de mi salud en forma periódica.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	46	8,8	8,8
2	101	19,4	28,2
3	142	27,3	55,5
4	110	21,1	76,6
5	88	16,9	93,5
6 Totalmente de acuerdo	34	6,5	100
Total	521	100	

El 60% de los universitarios estudiados tienen la tendencia de no querer realizar controles de su salud en forma periódica, característica común en los adultos jóvenes.

4.4. Presentación de los factores que explican percepciones sobre rendimiento académico

4.4.1. Primer factor de rendimiento académico (Dimensión personal, docente e institucional)

Tabla 69. Ítem 68. La cantidad de horas de estudios y de prácticas influyen en mi rendimiento académico.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	9	1,7	1,7
2	20	3,8	5,6
3	46	8,8	14,4
4	110	21,1	35,5
5	172	33,0	68,5
6 Totalmente de acuerdo	164	31,5	100
Total	521	100	

La mayoría de los alumnos (86%), consideran que la cantidad de horas de estudios y de prácticas influyen en su rendimiento académico. A medida que estudian y practican más tendrán mejor rendimiento académico.

Tabla 70. Ítem 69. La metodología utilizada por los docentes en el aula influye en tu rendimiento académico.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	10	1,9	1,9
2	47	9,0	10,9
3	66	12,7	23,6
4	89	17,1	40,7
5	131	25,1	65,8
6 Totalmente de acuerdo	178	34,2	100
Total	521	100	

El 76% de los alumnos consideran que una metodología adecuada de los docentes influye positivamente en sus RA. Esta consideración podría deberse a la experiencia que tienen como alumnos universitarios.

Tabla 71. Ítem 70. La infraestructura y los equipos didácticos de la facultad, influye en tu rendimiento académico.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	16	3,1	3,1
2	52	10,0	13,1
3	75	14,4	27,4
4	99	19,0	46,4
5	101	19,4	65,8
6 Totalmente de acuerdo	178	34,2	100
Total	521	100	

El 70% de los investigados tienen la percepción de que la infraestructura y los equipos didácticos de la facultad, influye en sus rendimientos académicos. Esta consideración también podría deberse a la experiencia previa que tienen los alumnos.

Tabla 72. Ítem 71. Las cooperaciones de los compañeros influyen en tu rendimiento académico.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	19	3,6	3,6
2	60	11,5	15,2
3	103	19,8	34,9
4	109	20,9	55,9
5	123	23,6	79,5
6 Totalmente de acuerdo	107	20,5	100
Total	521	100	

Más de la mitad (73%) de los alumnos tienen la percepción de que la cooperación de los compañeros influye en sus rendimientos académicos. Esto significa que los alumnos consideran que el trabajo en equipo es un factor para su RA.

Tabla 73. Ítem 72. El uso del internet en el ámbito educativo influye en tu rendimiento académico.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	17	3,3	3,3
2	31	6,0	9,2
3	37	7,1	16,3
4	94	18,0	34,4
5	172	33,0	67,4
6 Totalmente de acuerdo	170	32,6	100
Total	521	100	

También el uso del internet en el ámbito educativo fue considerado por el 84% de los alumnos, como un factor que influye en sus rendimientos

académicos. Actualmente la tecnología es un medio facilitador del aprendizaje de los alumnos.

Tabla 74. Ítem 73. La manera como está estructurado el programa de las asignaturas influye en tu rendimiento académico.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	7	1,3	1,3
2	19	3,6	5,0
3	37	7,1	12,1
4	119	22,8	34,9
5	156	29,9	64,9
6 Totalmente de acuerdo	183	35,1	100
Total	521	100	

La manera como está estructurado el programa de las asignaturas fue considerada por el 88% de los alumnos como un factor de su RA. Por lo tanto, una buena preparación de los programas de estudios es obligación de los docentes.

Tabla 75. Ítem 74. La distribución de los horarios de clases teórico-práctico de las asignaturas influye en tu rendimiento académico.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	7	1,3	1,3
2	17	3,3	4,6
3	49	9,4	14,0
4	83	15,9	29,9
5	142	27,3	57,2
6 Totalmente de acuerdo	223	42,8	100
Total	521	100	

El 86% de los alumnos consideran que la distribución de los horarios de clases teórico-práctico de las asignaturas influye en el RA. Este factor está muy relacionado con la manera como está estructurado el programa de las asignaturas. Una mala distribución de los horarios de clase influirá negativamente en el RA de los alumnos.

Tabla 76. Ítem 75. Su estado de salud físico-mental influye en tu rendimiento académico.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	3	,6	,6
2	8	1,5	2,1
3	17	3,3	5,4
4	38	7,3	12,7
5	118	22,6	35,3
6 Totalmente de acuerdo	337	64,7	100
Total	521	100	

La salud físico-mental fue considerado como un factor del RA, así consideraron el 95% de los universitarios. Una buena salud físico y mental favorece a un buen aprendizaje.

4.4.2. Segundo factor de rendimiento académico (Dimensión de evaluación)

Tabla 77. Ítem 66. Mis calificaciones se corresponden con el esfuerzo que pongo en cada asignatura.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	66	12,7	12,7
2	67	12,9	25,5
3	107	20,5	46,1
4	129	24,8	70,8
5	90	17,3	88,1
6 Totalmente de acuerdo	62	11,9	100
Total	521	100	

La percepción que tienen los estudiantes en relación a sus calificaciones, si corresponden con el esfuerzo que ponen en cada asignatura, el 54% de los alumnos respondieron que influye el esfuerzo. Esta baja percepciones que tienen los alumnos podría deberse a que la forma de evaluación de las asignaturas no es igual, en algunas asignaturas se obtienen buenas calificaciones sin mucho esfuerzo personal.

Tabla 78. Ítem 67. La forma en que soy evaluado, los criterios de evaluación, responden a las características y competencias de cada asignatura.

	Frecuencia (n)	%	% acumulado
1 Totalmente desacuerdo	104	20,0	20,0
2	104	20,0	39,9
3	130	25,0	64,9
4	114	21,9	86,8
5	54	10,4	97,1
6 Totalmente de acuerdo	15	2,9	100
Total	521	100	

El 35% de los alumnos consideran que la forma en que son evaluados, los criterios de evaluación no responden a las características y competencias de cada asignatura. Este resultado debe ser considerado por los docentes para mejorar el sistema de evaluación por competencias.

4.5. Presentación de la asociación entre los factores de rasgos de personalidad, estilos de vida con el rendimiento académico

A continuación, se presenta el resultado del análisis de la correlación que existe entre el rasgo de personalidad, estilo de vida y el RA.

Tabla 79. Relación entre los rasgos de personalidad, estilo de vida y el rendimiento académico (correlación de Pearson).

		Rendimiento académico	Rasgos de Personalidad	Estilos de vida
Rendimiento académico	Correlación de Pearson	1	,353**	,343**
	Sig. (bilateral)		,000	,000
	N	521	521	521
Rasgos de personalidad	Correlación de Pearson	,353**	1	,363**
	Sig. (bilateral)	,000		,000
	N	521	521	521
Estilos de vida	Correlación de Pearson	,343**	,363**	1
	Sig. (bilateral)	,000	,000	
	N	521	521	521

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

En esta tabla se observa la asociación significativa que existen entre los rasgos de personalidad con el RA; y del estilo de vida con el RA, utilizando la correlación de Pearson. Un mejor estilo de vida y de rasgos de personalidad mejor RA.

Tabla 80. Relación entre los rasgos de personalidad, estilo de vida y el rendimiento académico (correlación de Spearman).

			Rendimiento académico	Rasgos de personalidad	Estilo de vida
Rho de Spearman	Rendimiento académico	Coefficiente de correlación	1,000	,329**	,315**
		Sig. (bilateral)	.	,000	,000
		N	521	521	521
	Rasgos de personalidad	Coefficiente de correlación	,329**	1,000	,276**
		Sig. (bilateral)	,000	.	,000
		N	521	521	521
	Estilo de vida	Coefficiente de correlación	,315**	,276**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	,000	.
		N	521	521	521

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Utilizando la correlación de Spearman también existe la asociación estadísticamente significativa entre el estilo de vida, rasgos de personalidad y RA.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En esta investigación, la participación de los estudiantes incluidos en el estudio fue alta, cantidad representativa de la muestra estudiada. La edad de los universitarios fue igual entre hombres y mujeres, y corresponde a la edad que los estudiantes paraguayos inician y terminan habitualmente la carrera universitaria. Participaron más mujeres que hombres, esta distribución es similar a la de todos los estudiantes de la Universidad Nacional de Asunción.

En esta investigación se ha encontrado que existe relación entre el estilo de vida, rasgos de personalidad y la percepción de RA de los estudiantes. Cuando los estudiantes tienen un mejor estilo de vida y rasgos de personalidad tendrán un mejor RA. Es una comprobación científica del conocimiento popular de la sociedad.

Es una confirmación científica importante para la comunidad educativa y para la sociedad en general, debemos proponer la mejora del estilo de vida y de los rasgos de personalidad para lograr un mejor RA de los estudiantes de la FCM-UNA.

En relación a las características de los rasgos de personalidad de los alumnos estudiados, se observa diferencias según las necesidades, fue altas en las necesidades de protección, afiliación, cambio, logro, exhibicionismo y logro; medianas necesidades en agresión, intercepción, pertenencia, autonomía y degradación y baja necesidad en dominio.

Más de la mitad de los estudiantes manifiestan tener un estilo de vida saludable, sin embargo muchos tienen hábitos perjudiciales para su salud

como el consumo de tabaco, alcohol y drogas; hábito sedentario y mala alimentación. En este sentido es importante el cambio de estilo de vida en aquellos estudiantes que llevan un estilo de vida no saludable.

En relación a la percepción del RA, los estudiantes manifestaron que casi la mitad no están satisfecho con el promedio de sus calificaciones de las asignaturas del último semestre/año y manifestaron que existen factores que tienen relación con el RA, esta percepción de los estudiantes podría deberse a la forma de evaluación y otros factores inherentes a los estudiantes.

La limitación de este estudio fue su diseño transversal, que dificulta su generalización, otra limitación a considerar es la muestra estudiada, se estudiaron solamente a estudiantes de la carrera de medicina de la FCM-UNA.

Los resultados de este estudio tienen interés para la FCM-UNA porque proporciona datos sobre rasgos de personalidad, estilo de vida y percepciones sobre RA de los estudiantes. Se considera que la mejora de aquellos alumnos con estilo de vida no saludable y de rasgos de personalidad podría mejorar el RA de los futuros alumnos.

DEMOSTRACIÓN DE HIPÓTESIS

Para demostrar la hipótesis H1: "*Los estilos de vida y rasgos de personalidad influyen significativamente en la calidad del rendimiento académico de estudiantes de la carrera de Medicina de la FCM-UNA*", se ha utilizado los estadísticos de Pearson y Spearman para obtener información que permitiera cumplir con el objetivo general de la investigación. (ver tablas 79 y 80). Se observa que, los rasgos de personalidad y estilo de vida se correlaciona estadísticamente significativos con el RA. Por lo tanto, en esta investigación se acepta la hipótesis de la investigación.

La hipótesis HO: "*Los estilos de vida y rasgos de personalidad no influyen significativamente en la calidad del rendimiento académico de estudiantes de la carrera de Medicina de la FCM-UNA*"., ya está demostrada con la hipótesis principal de la investigación.

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

En relación al primer objetivo específico, "*Determinar los factores que influyen en el rendimiento académico de los estudiantes*", se concluye que la relación de la percepción del RA, los estudiantes manifestaron que casi la mitad no están satisfecho con el promedio de sus calificaciones de las asignaturas del último semestre/año; y que tienen relación con su RA la manera de la evaluación los siguientes factores: la cantidad de horas de estudios y de prácticas; la metodología utilizada por los docentes; a infraestructura y los equipos didácticos de la facultad; la cooperación de los compañeros; el uso del internet en el ámbito educativo; la manera como está estructurado el programa de las asignaturas; la distribución de los horarios de clases teórico-práctico de las asignaturas y el su estado de salud físico-mental.

Con respecto al segundo objetivo específico planteado "*Describir el estilo de vida de los estudiantes*", se concluye que el estilo de vida, más de la mitad de los estudiantes manifiestan tener un estilo de vida saludable, sin embargo, muchos tienen hábitos perjudiciales para su salud como el consumo de tabaco, alcohol y drogas; hábito sedentario y mala alimentación.

En cuanto a tercer objetivo específico, "*Identificar rasgos de personalidad en los estudiantes*", se comprobó que la muestra estudiada se caracteriza por revelar que los estudiantes tienen altas necesidades en protección, afiliación, cambio, logro, exhibicionismo y logro; medianas necesidades en agresión, intercepción, pertenencia, autonomía y degradación; bajas necesidades en dominio.

Por último, el cuarto objetivo específico, "*Proponer un modelo integrador de orientación al alumnado (salud y educación) de carácter preventivo para mejorar el desempeño académico de los estudiantes*", se plantea a las autoridades, docentes, alumnos y funcionarios en general de la FCM-UNA, la creación e implementación de un modelo integrador (salud y educación) de carácter preventivo y de intervención en el ámbito universitario. Se trata de un proyecto educativo denominado Facultad Saludable, o una Facultad como entorno de Promoción de Salud.

Finalmente, se demuestra el objetivo general "Analizar *la relación que existe entre el estilo de vida, los rasgos de personalidad y el rendimiento académico en los estudiantes de la carrera de Medicina de la FCM-UNA, año 2018*", porque se encontró que existe relación entre el estilo de vida, rasgos de personalidad y RA. A un mejor estilo de vida y rasgos de personalidad mejor RA.

Recomendaciones

A las autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción:

De acuerdo a los resultados arrojados en esta investigación "*Rendimiento académico en estudiantes de la Carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción*", el investigador propone a las autoridades, docentes, alumnos y funcionarios en general de la FCM-UNA, la creación e implementación de un modelo integrador (salud y educación) de carácter preventivo y de intervención en el ámbito universitario. Se trata de un proyecto educativo denominado *Facultad Saludable* (FS), o una Facultad como entorno de Promoción de Salud (PS). Según las experiencias que han tenido las Universidades con este tipo de proyecto se podrá encontrar soluciones a las problemáticas detectadas en la FCM-UNA.

El proyecto se basaría en el material "*Guía para Universidades Saludables y otras Instituciones de Educación Superior*", cuyos autores son

Ilta Large, Directora Ejecutiva UC Saludable, Pontificia. Universidad Católica de Chile y Fernando Vio, Director INTA, Universidad de Chile.

Se entiende por FS o Facultad Promotora de Salud aquella que incorpora la PS a su proyecto educativo y laboral, con el fin de propiciar el desarrollo humano y mejorar la calidad de vida de quienes allí estudian o trabajan y, a la vez, formarlos para que actúen como promotores de conductas saludables en el ámbito de sus familias, en sus futuros entornos laborales y en la sociedad en general.

Se trata de promover una nueva visión sobre la educación universitaria, cuya misión fue siempre educar para la ilustración y la expertez en procedimientos; se plantea ahora que forme valores agregados tales como el desarrollo de la dimensión espiritual, afectiva, ética y estética de sus alumnos. Su papel protagónico en la sociedad, además de satisfacer y cubrir el reto de formar profesionales será el de formar ciudadanos solidarios, líderes que influyan en la calidad de vida de su entorno próximo y de la sociedad en general.

Este tipo de proyecto educativo fue implementado por varias Universidades del mundo, como la Universidad de Bielefeld de Alemania; la universidad de Newcastele y la Universidad Central Lancashire de Reino Unido y varias universidades chilenas como la Universidad de Concepción, Pontificia Universidad Católica de Chile, INTA de la Universidad de Chile. Actualmente participan del programa 45 Universidades chilenas. Varias Universidades españolas participan en la llamada *Red Española de*

Universidades Saludables, con la finalidad de desarrollar en sus Universidades la PS.

El compromiso con la PS se manifiesta actualmente en la Universidad a través de sus múltiples roles: como organización educativa, como empleadora, como una institución comunitaria y frecuentemente como proveedora de servicios de salud. La FS viene a potenciar lo anterior, generando alianzas y apoyando iniciativas orientadas a mejorar el bienestar de su comunidad local y regional.

Para lograr una FS se requiere de una planificación estratégica, de corto, mediano y largo plazo, que represente los intereses y compromisos de toda la comunidad universitaria. Estas reparticiones seguirán cumpliendo su labor, pero una vez que se implementen las políticas de PS, se integrarían en un trabajo coordinado entre todas las iniciativas, que surjan, para mejorar la salud bio-psicosocial, espiritual y ambiental en el ámbito universitario.

La FS ofrecen un entorno donde hay acceso a la alimentación sana y la posibilidad de practicar AF regularmente. En cuanto a los procesos, otorgan gran valor a aspectos psicosociales como el respeto, la solidaridad, la no violencia entre y dentro de cada estamento de la comunidad universitaria; desincentivan el consumo de la drogas lícitas e ilícitas, y se preocupan de la seguridad personal de sus miembros, tanto en la universidad como en lugares fuera de ella donde se realicen actividades académicas.

Están interesadas en apoyar a todos los integrantes de la comunidad universitaria para que crezcan como personas integrales, desarrollando sus potencialidades personales y profesionales.

¿Por qué implementar una Facultad Saludable?

- Porque la FS tiene una fuerza potencial para influir positivamente en la vida y la salud de sus miembros, protegiéndolas y promoviendo el bienestar de sus estudiantes y personal, así como también de la comunidad externa, a través de sus políticas y prácticas.
- Son organizaciones grandes donde muchas personas pasan una parte importantes de sus vidas estudiando o trabajando.
- La comunidad universitaria utiliza una vasta gama de servicios que se relacionan con la salud, tales como: transporte, servicio de alimentación, seguridad, actividades deportivas, etc.
- La modificación de los ambientes pueden incidir en el logro de estilos de vida más saludables. La ampliación de estos efectos tiene que ver con cambios culturales, por lo que reformas en los sectores de salud y educación son elementos facilitadores.
- Las actividades principales de sus cuerpos académicos son la docencia, la investigación y la extensión, lo que permite la incorporación del concepto de salud, como responsabilidad personal y social, en todas las asignaturas curriculares, así como su inclusión dentro del área de investigación e indudablemente en los programas de extensión.

Aspectos organizacionales para promover una Facultad

Saludable

No existe una receta estándar en general a todas las Universidades, pero si algunos lineamientos básicos. Es indispensable que la máxima autoridad de la institución asuma la responsabilidad de ir creando una cultura favorecedora de la salud y bienestar dentro de la Facultad.

Esta decisión política debe quedar plasmada en el Plan Estratégico de la institución. Sólo de esta forma se logrará involucrar gradualmente a todos sus estamentos: estudiantes, académicos y funcionarios, garantizando que esta iniciativa se consolide, institucionalice y sea sustentable a través del tiempo, aun cuando las autoridades cambien.

Para lograr la sustentabilidad de esta estrategia, debe existir recursos humanos motivados y bien preparados, además de contar con un presupuesto que permita implementar el plan anual consensuado con las autoridades del plantel. El proceso de cambio es lento y requiere de una construcción colectiva, con una amplia participación de todos los estamentos, lo que exige una labor de sensibilización, información, motivación, demostración de los beneficios, educación y convencimiento. Por tanto, más que hablar de gastos, es necesario pensar en inversión para lograr resultados óptimos. Muchas de las actividades que implica esta estrategia pueden ser financiados con fondos externos. Es importante señalar que, aunque varias actividades pueden de ser de muy bajo costo, éstas requieren ser articuladas adecuadamente para lograr sinergia y optimizar los recursos existentes, como, por ejemplo, mejorar la base de licitación de los casinos o cafeterías dentro de la Universidad,

reestructurar horarios de clases, aprovechar mejor la infraestructura deportiva, área de recreación y lectura e incluso incorporar espacios para desarrollar actividades artísticas.

Los cinco ámbitos en las que deben integrarse la PS, con sus temas prioritarios (alimentación, actividad física, prevención del consumo de tabaco, alcohol y drogas, factores psicosociales y factores ambientales) para construir una FS, son:

1. Las políticas universitarias

Integrar el concepto de un entorno físico y social, que permita desarrollar estilos de vida saludable debe ser una decisión política que irradie desde la dirección superior a todos los niveles de la institución universitaria. Esto debe ser señalado explícitamente en la política institucional.

La promoción de un entorno saludable y la orientación de formar un capital humano que sea capaz de su autocuidado y promover la salud en la sociedad, debe formar parte del plan estratégico de todos los planteles universitarios. Este plan estratégico debe complementarse con modificaciones de reglamentos internos que refuercen estas iniciativas y con los recursos económicos necesarios para su implementación. Sin la incorporación de la PS dentro de la política universitaria, las acciones que se generen resultaran de escasa cobertura y sustentabilidad en el tiempo.

2. La estructura

Es importante desarrollar una estructura organizacional que sea capaz de proponer y ejecutar articuladamente las acciones que la Universidad Saludable ha priorizado.

En todas las instituciones existen estamentos responsables de determinados aspectos de la salud y bienestar de la comunidad universitaria, por lo que debe haber representación de estos estamentos en el organismo, que apruebe el plan y presupuesto anual. La participación activa de todos los estamentos es fundamental para fomentar la cooperación, coordinación y evitar paralelismos.

3. Los procesos

En una FS, el concepto de vida sana debe estar incorporado en los procesos de toma de decisiones y abarcar la mayor cantidad de áreas posibles, como son la licitación de los casinos, la elaboración de los currículo en cursos de pre y post grado, definición de horarios de trabajo, reglamentos internos, decisiones de inversión de infraestructura, desarrollo de líneas de investigación, actividades de extensión a la comunidad, selección de personal, capacitación del personal docente y funcionarios, entre otras posibilidades.

Se sugiere construir un grupo interdisciplinario que sensibilice y promueva la conformación de una red de estamentos que lleve a cabo la tarea en cada unidad académica. Las Facultades que cuentan con facultades o departamentos del área de la salud, éstos deben liderar y apoyar los procesos de educación en estilos de vida saludables en la comunidad universitaria. En

aquellas Universidades que no cuenten con este recurso, resulta útil establecer contactos con los centros de salud locales, otros centros de educación y redes regionales para coordinar los programas educativos. Las campañas comunicacionales y la entrega de contenidos educativos pueden resultar de un relativo bajo costo, si se utilizan los medios de difusión con que cuenta la Facultad, como son los boletines, correo electrónico, pagina web, revistas, etc.

4. Mallas curriculares

Los profesionales formados en una FS no sólo deben tener ellos mismos estilos de vida más sanos, sino también deben ser agentes promotores de los estilos de vida saludable en sus familias y en los lugares de trabajo.

Los temas de la PS deben formar parte del currículum de todas las carreras y cursos de postgrado. Esto pueden lograrse a través de la incorporación de los contenidos transversales en distintas asignaturas, así como también, por la presencia de cursos específicos o electivos que entreguen contenidos teóricos y práctico, que fortalezcan, desarrollen un análisis crítico de aquellos factores que afectan la salud y el desarrollo de conductas saludables. La idea es implementar una concepción amplia e integral de la salud que facilita la visión de que ésta es responsabilidad de toda la sociedad y no solo del sector salud. La inclusión de estas temáticas debe ir acompañada por un proceso de sensibilización y capacitación de las personas encargadas del diseño e implementación de la malla curricular, de

manera que no sea visto como una sobrecarga de las mismas. La meta sería llegar a establecer que un porcentaje del currículo o de las competencias a desarrollar en cada carrera, correspondan a contenidos de PS.

Las dificultades que pueden surgir durante esta iniciativa son múltiples. Entre ellas podemos nombrar en primer lugar la resistencia, es decir, la creencia de no considerar pertinentes estos contenidos en determinadas carreras; la falta de horarios disponibles, tanto para incluir el tema de PS en asignaturas existentes como para dictar cursos específicos; la carencia de recursos humanos capacitados y la falta de infraestructura para desarrollar las habilidades requeridas. Sin embargo, esto puede ser superado con una adecuada sensibilización por parte de la comunidad universitaria, aprovechar espacios de cursos exitosos en las Universidades, generando alianzas estratégicas dentro del plantel y con otras instituciones y, por último, estableciendo mecanismos eficientes de comunicación y coordinación para optimizar el uso de los recursos humanos y de infraestructura.

5. Ambiente físico

El ambiente físico debe incentivar y facilitar el vivir saludablemente dentro de la Facultad. Por ejemplo, teniendo casinos adecuados, espacios para hacer actividad física, baños apropiados y suficientes, bebederos de agua para incentivar la suficiente ingesta de líquido, espacios para los fumadores en el marco de hacer de la Universidad un lugar libre de humo de tabaco y dotando a ésta de áreas verdes y lugares de esparcimiento para fomentar la cultura, la convivencia, el descanso y la reflexión.

Pasos sugeridos para construir una Facultad Saludable

Estas fases no son necesariamente cronológicas y pueden sobreponerse entre sí:

1. Conformación del equipo coordinador

Debe estar conformado por representantes de los distintos estamentos universitarios u otros liderazgos naturales. La estructura que se dé al grupo debe considerar la operatividad de acuerdo a la realidad de la institución. Puede existir un grupo coordinador general, encargado de los aspectos macro: administrativos, económicos y políticos. También pueden estructurarse grupos organizados por temas y acciones específicas; por campos o facultades, que tengan por misión coordinar las actividades a nivel local. Estos grupos debieran recibir alguna capacitación y asesoría en PS, para su mejor desempeño y tener un reconocimiento explícito como tales por las autoridades universitarias.

2. Socialización de la idea a nivel de las autoridades universitarias y apoyo presupuestario para un diagnóstico basal que incluya

2.1. Realizar una línea de base y diagnóstico de estilos de vida de estudiantes, académicos y funcionarios.

2.2. Realizar un catastro de las actividades existentes en la casa de estudios que contribuyen a una FS.

3. Presentación de los resultados a las autoridades superiores, propuesta de un plan estratégico para la FS y compromiso institucional

Lograr el compromiso explícito de la institución para la implementación del plan estratégico. Este apoyo es fundamental para iniciar el trabajo y debe quedar explícito en un acta de compromiso u otro tipo de documento institucional.

4. Sensibilización, comunicación y difusión interna

Es fundamental sensibilizar a la comunidad universitaria en esta nueva forma de enfocar el quehacer universitario, generando la participación de todos los autores. Se puede recurrir a eventos, artículos, boletines, exposiciones, afiches, página web, correo electrónico. Generar investigaciones que aporten conocimientos sobre el tema de PS.

5. Diseño e implementación de programas

Puede resultar más fácil en la práctica, comenzar a trabajar en algunos temas de la PS que en el diagnóstico basal aparezcan como una necesidad sentida. Recordemos que existe interrelación entre los cinco temas de la PS de manera que comenzar con cualquiera de ellos puede servir para otros. Se recomienda que las primeras acciones, aquellas que marcaran el sello propio del programa, sean atractivas y no punitivas.

6. Monitoreo y evaluación

Es necesario el establecimiento de objetivos, metas e indicadores, de manera que se puedan hacer monitoreos y evaluaciones que orienten la creación o rediseño de los programas.

Temas estratégicos en una Facultad Saludable

En esta parte se citan los temas estratégicos en una FS, en el anexo se encuentra en forma desarrollada y en detalle la manera de cómo implementar y desarrollar.

Los aspectos a considerar son:

1. Aspectos Generales
2. Aspectos Psicosociales
3. Aspectos Ambientales
4. Aspecto Alimentario
5. Actividad física
6. Prevención del consumo de alcohol, drogas y tabaco

La US tiene el potencial de generar beneficios para sí misma, los miembros de la comunidad universitaria y sus familias y son:

- Entregar un valor agregado a la Universidad, lo que podría aumentar la satisfacción laboral y ser un factor de interés para atraer un mayor número de estudiantes.
- Ser un elemento importante en la formación de profesionales integrales.

- Disminuir ausentismo de estudiantes y personal.
- Favorecer las relaciones interpersonales armoniosas y la convivencia, mejorando el clima laboral y de estudio.
- Contribuir a mejorar la percepción de calidad de vida durante el estudio y trabajo.
- A largo plazo, promover cambios en la situación de salud del país a través de las generaciones de estudiantes que egresan de las US, quienes fomentarán cambios a favor del bienestar y la salud en las instituciones y comunidades en las que trabajarán.

Problemas y desafíos encontrados en la implementación de un proyecto de una Facultad Saludable

Tradicionalmente los sectores de salud y educación han funcionado como sistemas cerrados autorreferenciales. Introducir la preocupación por la PS en el sector educativo, donde los conocimientos son más especializados y parcelados, resulta complejo. Además, el concepto de salud manejado socialmente no es asociado a primera vista con calidad de vida o bienestar integral, con una perspectiva de salud positiva y socioecológica. Más bien, se le asigna un carácter biomédico, orientado a la prevención de enfermedades, a través del cambio de conductas y estilos de vida individual, por lo que su responsabilidad es automáticamente asignada al sector salud.

Es un tema amplio y complejo, que pretende finalmente un cambio cultural, se corre el riesgo de perder la motivación cuando los resultados se

demoran o no son los esperados. En cambio, si el proceso es gradual y año a año se van proponiendo metas que se cumplen, es más factible alcanzar los objetivos generales.

Proponer una intervención relacionada con la salud suele asociarse a restricciones, prohibiciones y amenazas de enfermedad. Por ello es un desafío que esta propuesta logre entregar un enfoque atractivo con énfasis a la alegría, el agrado, la participación, la creatividad, la integración y el respeto por la integridad y las opciones personales.

Es importante concienciar a quienes toman las decisiones, de que la FS es una preocupación propia de toda institución de ES, que tiene que ver con los alumnos, la formación de sus competencias y perspectivas de futuro.

Otro desafío es lograr una sensibilización tal en el estudiantado, hasta el punto de convertirlo en bandera de lucha del movimiento estudiantil. Por otra parte, académicos y funcionarios debieran convertirse en modelos de las conductas que se enseñan.

En resumen, podemos decir que esta guía para una FS constituya el primer paso de un gran desafío: que en conjunto autoridades, académicos, funcionarios y estudiantes construyan establecimientos saludables para estudiar, trabajar y vivir.

En esta guía se entrega lineamientos para que autoridades educacionales de Universidades se comprometan a dar impulso e implementen aspectos de PS, ayudando a los programas del MSP y BS para promover una mejor calidad de vida de todos los paraguayos/as.

GLOSARIO

Accidente Cerebro Vascular: Es un síndrome clínico de desarrollo rápido debido a una perturbación focal de la función cerebral de origen vascular y de más de 24 horas de duración. Sus consecuencias dependerán del lugar y el tamaño de la lesión.

Actividad física: Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía.

Actones: El organismo va reaccionando a los estímulos externos (presiones), generando así un impulso (pulsión), necesidad o propensión en el organismo, determinando así una conducta direccional, que Murray define como Actone

Alcoholismo: Adicción a las bebidas alcohólicas. Se trata, por lo tanto, de una enfermedad provocada por el consumo excesivo de este tipo de bebidas, que genera diversos trastornos en la salud.

Alucinógenas: Llamadas psicodélicas, psicotomiméticas, visionarias o enteógenas. Son sustancias que modifican el estado de consciencia, el pensamiento, el estado de ánimo y, especialmente, la percepción. Su característica más peculiar es su capacidad para inducir visiones o alucinaciones.

Cafeína: Es un alcaloide blanco que pertenece al grupo de las xantinas, su apariencia física es sólida cristalina, blanca y al gusto es de sabor amargo, en tanto, entre sus acciones principales se cuentan la de actuar como un estimulante del sistema nervioso central y del corazón.

Carácter: Hace referencia al resultado de actuar sobre esa "materia

Dependencia física: Se presenta en el organismo acostumbrado a un consumo continuado de una sustancia, de tal forma que necesita mantener un determinado nivel en la sangre para funcionar con normalidad. La interrupción del consumo habitual genera una serie de trastornos físicos que varían de intensidad según el tipo de droga, la cantidad de la sustancia y el estado del organismo y que constituyen lo que se conoce como el síndrome de abstinencia.

Dependencia psicológica: Es la necesidad creada por el contacto con la droga y que lleva a buscar compulsivamente los efectos que produce. La consecución y el consumo de la sustancia se convierte en la conducta prioritaria, desplazando cualquier actividad o centro de interés que hubiera sido importante para el individuo. Dicha compulsión a consumir periódicamente puede ser para conseguir un estado afectivo positivo o bien para liberarse de un estado afectivo negativo, debemos tener en cuenta que todas las drogas producen dependencia psicológica.

Diabetes Mellitus tipo 2: Es un trastorno metabólico que se caracteriza por hiperglucemia (nivel alto de azúcar en la sangre) en el contexto de resistencia a la insulina y falta relativa de insulina; Los síntomas clásicos son sed excesiva, micción frecuente y hambre constante.

Dieta mediterránea: Es una valiosa herencia cultural que representa mucho más que una simple pauta nutricional, rica y saludable. Es un estilo de vida equilibrado que recoge recetas, formas de cocinar, celebraciones, costumbres, productos típicos y actividades humanas diversas.

Droga de abuso: Cualquier sustancia, tomada a través de cualquier vía de administración que altera el estado de ánimo, el nivel de percepción o el funcionamiento cerebral.

Droga: Toda sustancia que, una vez introducida en el organismo, es capaz de modificar una o más funciones de éste.

Drogas alucinógenas: También llamadas psicodélicas, psicotomiméticas, visionarias o enteógenas. Son sustancias que modifican el estado de consciencia, el pensamiento, el estado de ánimo y, especialmente, la percepción. Su característica más peculiar es su capacidad para inducir visiones o alucinaciones.

Drogas psicoestimulantes: Son drogas que aumentan los niveles de actividad motriz y cognitiva, refuerza la vigilia, el estado de alerta y la atención.

Educación Superior: La educación superior es aquella que contempla la última fase del proceso de aprendizaje académico, es decir, aquella que viene luego de la etapa secundaria. Es impartida en las universidades, institutos superiores o academia de formación técnica. La enseñanza que ofrece la educación superior es a nivel profesional.

Ejercicio físico: Es la realización de movimientos corporales planificados, repetitivos y en ocasiones supervisados por un instructor, con el objetivo de estar en forma física y gozar de una salud sana. El ejercicio físico es una actividad que se lleva a cabo en los momentos de tiempo libre, en el cual se incluye el baile, deporte, gimnasia, educación física, entre otros. El ejercicio físico es sinónimo de bienestar físico, mental y social de una persona.

Enfermedad coronaria: Conocida también como enfermedad de las arterias coronarias, es una afección en la que la placa se deposita dentro de las arterias coronarias. Estas arterias suministran sangre rica en oxígeno al músculo cardíaco, que es el músculo del corazón.

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica: No es una sola enfermedad, sino un concepto general que designa diversas dolencias pulmonares crónicas que limitan el flujo de aire en los pulmones.

Enfermedades Cardiovasculares: son un conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos. Se clasifican en: hipertensión arterial, cardiopatía coronaria, enfermedad cerebrovascular, enfermedad vascular periférica, insuficiencia cardíaca, cardiopatía reumática, cardiopatía congénita, miocardiopatías.

Estilo de vida: Es una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales.

Estilos de vida saludable: Son una estrategia global, que hace parte de una tendencia moderna de salud, básicamente está enmarcada dentro de la prevención de enfermedades y promoción de la salud. Conjunto de comportamientos o actitudes cotidianas que realizan las personas, para mantener su cuerpo y mente de una manera adecuada.

Exosistema: Constituye el entorno más amplio. Aquí podemos situar las instituciones sociales: sistema escolar, sistema sanitario, contexto laboral, etc.

Facultad Saludable o Promotora de salud: Aquella que incorpora la Promoción de la Salud a su proyecto educativo y laboral, con el fin de propiciar el desarrollo humano y mejorar la calidad de vida de quienes allí estudian o trabajan y, a la vez, formarlos para que actúen como promotores de conductas saludables a nivel de sus familias, en sus futuros entornos laborales y en la sociedad en general.

Flouración: Se denomina fluoración a cualquier procedimiento que permita la aplicación de flúor sobre los dientes con el fin de prevenir la aparición de las caries.

Grasas insaturadas: Formadas principalmente por ácidos grasos insaturados como el oleico o el palmitoleico. Son líquidas a temperatura ambiente y comúnmente se les conoce como aceites. Pueden ser por ejemplo el aceite de oliva, de girasol, de maíz.

Grasas saturadas: Son las que no presentan dobles enlaces, y se encuentran en los alimentos de origen animal, como las carnes, embutidos, o la leche y sus derivados; también están presentes en algunos vegetales, como el aceite de palma y el de coco.

Grasas trans: Son ácidos grasos insaturados que se forman de forma industrial al convertir aceite líquido en grasa sólida (proceso llamado hidrogenación). También se conocen como ácidos grasos trans, aceites parcialmente hidrogenados y grasas trans-colesterol.

Hipertensión Arterial: Es una patología crónica que consiste en el aumento de la presión arterial. Se considera hipertensión arterial cuando la presión

arterial sistólica es mayor o igual a 140 mmHg y/o presión diastólica mayor o igual a 90 mmHg.

Holístico: Define la práctica misma de la filosofía holista, es decir, lo holístico se fundamenta en que cada sistema ya sea físico, biológico, económico, etc., y sus propiedades, deben ser estudiadas de forma general y no individual ya que de esta forma se puede tener un mayor entendimiento de su continuidad, sin tener que hacerlo por medio de las partes que lo integran. Lo holístico puede ajustarse a un concepto o punto de vista en donde se le da mayor importancia a una percepción más integral y completa en el estudio de una realidad.

Macrosistema: Integran contextos más amplios que no incluyen a la persona como sujeto activo.

manera que podemos controlar su manifestación externa.

mediante las acciones educativas. Es, por tanto, adquirido, modificable y educable de

Mescalina: Sustancia alucinógena obtenida a partir de las flores de algunas especies de cactus originarios de México, cuyo consumo provoca cambios en la percepción, en especial visión de colores irreales, y crea dependencia psíquica.

Mesosistema: Cuando nos referimos a las interrelaciones (en su conjunto) de más de un entorno en los que participa el individuo (familia/colegio; trabajo/vida social)

MET (Metabolic Energic Turnover) o equivalente metabólico: es una unidad que se utiliza para estimar el costo metabólico (consumo de oxígeno) de la actividad física.

Metanefrinas: Son un subproducto de la descomposición de las hormonas llamadas catecolaminas, que son producidas por las glándulas suprarrenales. Las catecolaminas son responsables de la respuesta que el cuerpo tiene ante el estrés.

Microsistema: Comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente.

Monóxido de carbono: Es un gas tóxico, inodoro, incoloro e insípido, parcialmente soluble en agua, alcohol y benceno, resultado de la oxidación incompleta del carbono durante el proceso de combustión.

Neurotransmisores: Es una sustancia química cuya principal función es la transmisión de información de una neurona a otra a través de aquel espacio denominado como sináptico que separa dos neuronas consecutivas. De todas maneras, la información que transmite el neurotransmisor también puede llevarse a otras células como ser las musculares o glandulares; se trata de una pieza clave a la hora de la transmisión de los estímulos nerviosos. El neurotransmisor comienza actuar liberándose en la extremidad de una neurona, mientras se desarrolla la propagación del influjo nervioso, fijándose en los puntos precisos de la membrana de la neurona siguiente.

Nicotina: Es un compuesto orgánico, del tipo alcaloide, que se puede hallar en las plantas de tabaco con una importante concentración en sus hojas.

Paradigma: Denominamos todo aquel modelo, patrón o ejemplo que debe seguirse en determinada situación. En un sentido amplio, se refiere a una teoría o conjunto de teorías que sirve de modelo a seguir para resolver problemas o situaciones determinadas que se planteen.

Personalidad: Es la organización dinámica en el interior del individuo de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y su pensamiento característicos.

prima” mediante la interacción con el entorno y las personas que nos rodean.

Psicolibina: es un alcaloide profármaco del clásico compuesto alucinógeno: psilocina, responsable del efecto psicoactivo de la droga. Ambas drogas son miembros de las clases de drogas del indol y la triptamina.

Rasgos de la personalidad: Es un concepto científico que resume las conductas que las personas realizan en distintas situaciones y ocasiones. Según Eysenck son disposiciones que permiten describir a las personas y predecir su comportamiento.

Rendimiento académico: Es la resultante de un conjunto de factores personales, sociales, educativos-institucionales y económicos. La valoración de las consecuencias y repercusiones del éxito o fracaso escolar, la realidad de cómo trasciende al propio ámbito académico, la conexión directa de la función productiva de la sociedad, la adecuación de los diversos tratamientos educativos para la consecución de los objetivos propuestos junto a las inversiones realizadas en educación en base a la satisfacción de las demandas sociales; influyen en la valoración del rendimiento académico.

Salud Pública: Permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación.

Sedentarismo o Conducta Sedentaria: Es la actitud del sujeto que lleva una vida sedentaria. En la actualidad, el término está asociado al sedentarismo físico (la falta de actividad física).

Sexualidad humana: Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales.

Síndrome de Burnout: Es un trastorno emocional de creación reciente que está vinculado con el ámbito laboral, el estrés causado por el trabajo y el estilo de vida del empleado.

Sistema Nervioso Central: El cuerpo de las neuronas y sus prolongaciones están distribuidos de forma desigual en el sistema nervioso. La parte del sistema nervioso dentro del cráneo se denomina encéfalo, y la que está dentro de la columna vertebral es la médula espinal.

Sistemas de necesidades: Es un constructo hipotético que representa una fuerza de naturaleza físico-química desconocida en una región del cerebro, una fuerza que organiza la percepción, la apercepción, la intelección, el

esfuerzo y la acción, de manera de cambiar en una cierta dirección una situación existente no satisfecha. Una necesidad es, en ciertas ocasiones, provocada directamente por un proceso interno, visceral, endócrino o talámico, dentro del curso de procesos vitales, pero más frecuentemente, por la acción de influencias externas o por la acción de imágenes anticipadas de esas influencias. La necesidad se vuelve manifiesta dirigiendo al organismo a buscar o evitar encuentros y responder a algunas clases de presiones.

Sobrepeso y Obesidad: Se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Una forma simple de medir la obesidad es el índice de masa corporal (IMC), esto es el peso de una persona en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros. Una persona con un IMC igual o superior a 30 es considerada obesa y con un IMC igual o superior a 25 es considerada con sobrepeso. El sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo para numerosas enfermedades crónicas, entre las que se incluyen la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

Tabaquismo pasivo: Llamado también exposición al humo ambiental de tabaco. Es una mezcla del humo exhalado por los fumadores y del humo que emana de los cigarrillos.

Tabaquismo: Es un daño de características crónicas que se produce en la persona que consume tabaco en exceso. El concepto también se utiliza para nombrar a la adicción que un sujeto experimenta por el tabaco, lo que suele generarse por la nicotina.

Xantinas: Son sustancias que pertenecen a un grupo químico de bases purínicas que incluyen sustancias endógenas tan importantes como la guanina, adenina, hipoxantina y ácido úrico.

BIBLIOGRAFÍA

Abu-Omar, K., & Rutten, A. (2008). Relation of leisure time, occupational, domestic, and commuting physical activity to health indicators in Europe. *Prev Med*, 47(3), 319-323.

Accardo, P. J. (1980). *Neurodevelopmental Perspective on Specific Learning Disabilities*. Baltimore: University Park Press.

Adell Marc Antoni, 2006. *Estrategias para mejorar el rendimiento Académico de los Adolescentes*. Ed. Pirámide.

Adeyemi, B. A. (2008): Efectos del aprendizaje cooperativo y las estrategias de resolución de problemas en el rendimiento de estudiantes del primer ciclo de secundaria en ciencias sociales. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 16 (3), 691-708.

Aguilar Encinas, I. (2012). *Estilos de vida y rendimiento académico en adolescentes de instituciones educativas del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa de la Provincia de Tacna-2011*. (Tesis de Maestría en Tecnología Educativa, Universidad Nacional Jorge Basadre Grdhrmann). Recuperado de <http://www.repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/642>

Allport, W. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Aloise, P., Crucikank, C. & Chávez, E. (2002). Cigarette smoking and perceived health in school dropouts: A comparison of Mexican American and non-hispanic white adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 27 (6), 497-507.

Alvares R, Castaño, C. (2007). *Estilos de vida en estudiantes de la Universidad de Manizales, año 2006*. En: *Revista Archivos de Medicina (Col)*, 15, 46-56.

Álvaro, M. (1990). *Hacia un modelo causal del rendimiento académico*. Madrid: CIDE.

American Psychological Association - APA. (2011). *Manual de Publicaciones de la American Psychological Association (3ra ed.)*. México: El Manual Moderno.

Anderson, P., & Baumberg, B. (2006). *El alcohol en Europa. Una perspectiva de salud pública*. Institute of Alcohol Studies.

Aranceta, J. (2001). Spanish food patterns. *Public Health Nutr*, 4(6A), 1399-1402.

Bakker, D.J (1982). Cognitive deficits and cerebral asymmetry. *Journal of Research and development in Education*, 15(3), 48-54.

Balady, G. J. (2002). Survival of the fittest--more evidence. *N Engl J Med*, 346(11), 852-854.

Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Nueva Jersey, EEUU: Prentice Hall.

Bastías Arriagada, EM, & Stiepovich Bertoni, J. (2014). Una Revisión de los estilos de vida de estudiantes Universitarios Iberoamericanos. *Ciencia y enfermería*, 20(2), 93-101.

Benítez, M; Gimenez, M. & Osicka, R. (2000). Las asignaturas pendientes y el rendimiento académico: ¿existe alguna relación? En red. Recuperado en: <http://fai.unne.edu.ar/links/LAS%2...20EL%20RENDIMIENTO%20ACADEMIC O.htm>

Bennassar Veny, M. (2012). *Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios: la universidad como entorno de promoción de salud*. (Tesis doctoral, Universitat de les Illes Balears). Recuperado de <http://www.tdx.cat/handle/10803/84136>

Bergman, M. M. (2008). Introduction: Whiter mixed methods. En M. M. Bergman (Ed.), *Advances in mixed methods research* (pp. 1-7). Thousand Oaks, CA, EE.UU. Sage.

Blair, S. N., Kohl, H. W., 3rd, Barlow, C. E., Paffenbarger, R. S., Jr., Gibbons, L. W., & Macera, C. A. (1995). Changes in physical fitness and all-cause mortality. A prospective study of healthy and unhealthy men. *JAMA*, 273(14), 1093-1098.

Blair, S. N., LaMonte, M. J., & Nichaman, M. Z. (2004). The evolution of physical activity recomendations: how much is enough? *Am J Clin Nutr*, 79(suppl), 913S-920S.

Blumer, H. (1982). *El interaccionismo simbólico, perspectiva y método*. Barcelona: Hora D.L.

Bodensiek, A. (2010). *Estudio sobre los factores que influyen en el rendimiento escolar*. Bogotá – Colombia: Secretaria de Educación Municipal.
Bravo, M. (1994). *Teorías del desarrollo cognitivo y su aplicación educativa*. Interuniversitaria de Formación del Profesorado, 231-246.

Brengelmann, J.C. (1975). Determinantes personales del rendimiento escolar. *Primer symposium sobre aprendizaje y modificación de conducta en ambientes educativos*. pp. 155-170.

Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.

Brownson, R. C., Figgs, L. W., & Caisley, L. E. (2002). Epidemiology of environmental tobacco smoke exposure. *Oncogene*, 21(48), 7341-7348.

Brunner, J.J. y Elacqua, G. (2004): Factores que inciden en una educación efectiva; evidencia internacional. *La educación*, 139-140, 1-11.

Campbell, R., Starkey, F., Holliday, J., Audrey, S., Bloor, M., Parry-Langdon, N., et al. (2008). An informal schoolbased peer-led intervention for smoking prevention in adolescence (ASSIST): a cluster randomised trial. *Lancet*, 371(9624), 1595-1602.

Campoy, T.J. (2016). *Metodología de la Investigación Científica. Manual para elaboración e tesis y trabajos de investigación*. Asunción, Paraguay: Marben Editora y Gráfica.

Capdevila S, Bellmunt H., & Hernando C. (2015). Estilo de vida y rendimiento académico en adolescentes: comparación entre deportistas y no-deportistas. *Retos: Nuevas Perspectivas de Educación Física, Deporte y Recreación*, (27), 28–33.

Capdevila, A. (2013). El rendimiento académico de adolescentes de 2º ciclo de ESO: diferencias entre deportistas y no-deportistas. Recuperado de Universidad de Castellón: <http://tdx.cat/bitstream/handle/10803/119771/acapdevila.pdf?sequence=1>

Capdevila, A., Bellmunt, H., & Hernando, C. (2015). Estilo de vida y rendimiento académico en adolescentes: comparación entre deportistas y no-deportistas. / Lifestyle and academic performance in adolescents: comparison between athletes and non-athletes. *Retos: Nuevas Perspectivas de Educación Física, Deporte y Recreación*, (27), 28–33. Recuperado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=sso&db=s3h&AN=114665430&lang=es&site=eds-live&scope=site>

Carrasco, J. (1998). *¿Cómo aprender mejor? Estrategias de aprendizaje*. Madrid: Rialp.

Carver, C., Scheier., M. (1997), *Teorías de la personalidad*. México. Editorial Prentice-Hall Hispanoamericana.

Carver, C., Scheier., M. (1997), *Teorías de la personalidad*. México. Editorial Prentice-Hall Hispanoamericana.

Cascón, I. (2000). Análisis de las calificaciones escolares como criterio de rendimiento académico. En red. Recuperado en: <http://www3.usal.es./inico/investigacion/jornadas/jornada2/comunc/cl7.html>

Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep*, 100(2), 126-131.

Castejón, J.L. y Pérez, A. M. (1998): Un modelo causal, explicativo sobre la influencia de las variables psicosociales en el rendimiento académico. *Bordón*, 50, 171-185.

Cattell, R., Kline, P (1982), *El análisis científico de la personalidad y la motivación*. Editorial Pirámide, Madrid.

Córdoba LG, Luengo LM, García Preciado & V. (2014). Analysis of knowledge about healthy breakfast and its relation to life style habits and academic performance in compulsory secondary students. *Endocrinología y nutrición*; 61:242-251.

Costacou, T., Bamia, C., Ferrari, P., Riboli, E., Trichopoulos, D., & Trichopoulou, A. (2003). Tracing the Mediterranean diet through principal components and cluster analyses in the Greek population. *Eur J Clin Nutr*, 57(11), 1378-1385.

Creswell, J. W. (2005). *Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research (2a Ed.)*. Upper Saddle River, NJ, EE. UU.: Prentice-Hall.

Cuenca-Sala, E., & Baca-García, P. (2005). *Odontología preventiva y comunitaria: principios, métodos y aplicaciones*. Barcelona: Masson.

de Lorgeril, M., Salen, P., Martin, J. L., Monjaud, I., Delaye, J., & Mamelle, N. (1999). Mediterranean diet, traditional risk factors, and the rate of cardiovascular complications after myocardial infarction: final report of the Lyon Diet Heart Study. *Circulation*, 99(6), 779-785.

Dodd, L. J., Al-Nakeeb, Y., Nevill, A., & Forshaw, M. J. (2010). Lifestyle risk factors of students: a cluster analytical approach. *Prev Med*, 51(1), 73-77.

Douglas M. C. Wilson DC. Lifestyle Assessment: Development and use of the FANTASTIC checklist. *Can Fam Physician*. 1984; 30:1527–32.

Douglas, F., van Teijlingen, E., Torrance, N., Fearn, P., Kerr, A., & Meloni, S. (2006). Promoting physical activity in primary care settings: health visitors' and practice nurses' views and experiences. *J Adv Nurs*, 55(2), 159-168.

Duncan, M. J., Al-Nakeeb, Y., & Nevill, A. M. (2004). Body esteem and body fat in British schoolchildren from different ethnic groups. *Body Image*, 1(3), 311-315.

Dura Trave, T., & Castroviejo Gandarias, A. (2011). Adherence to a Mediterranean diet in a college population. *Nutr Hosp*, 26(3), 602-608.

Edel, R. (2003). Factores asociados al rendimiento académico. *Revista Iberoamericana de Educación*. Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura. En red. Recuperado en: http://www.campus-oei.org/revista/frame_participar.htm. Sección: Investigación, 20 de septiembre de 2003.

Edwards, A.L (1959). *Personal Preference Schedule*. Manual. New York, The Psychological Corporation.

Engler, B. (1996), *Teorías de la personalidad*, Editorial McGrawHill.

Erben, R., Franzkowiak, P., & Wenzel, E. (1992). Assessment of the outcomes of health intervention. *Soc Sci Med*, 35(4), 359-365.

Escobedo, L. G., Marcus, S. E., Holtzman, D., & Giovino, G. A. (1993). Sports participation, age at smoking initiation, and the risk of smoking among US high school students. *JAMA*, 269(11), 1391-1395.

Espinoza, L. (2004). Cambios del Modo y Estilos de Vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad. *Rev cubana de Estomatol*, vol.41 n.3, pp.

Espinoza, L. (2004). Cambios del Modo y Estilos de Vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad. *Rev Cubana de Estomatol*, vol.41 n.3, pp.

Estebaranz, A. (2012). Formación del profesorado de educación secundaria. *Tendencias Pedagógicas*, 19, 149-173.

Eysenck, H., Eysenck, M, (1986) *Personalidad y diferencias individuales*. España. Pirámide. Madrid,

Ezzati, M., & Lopez, A. D. (2003). Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet*, 362(9387), 847-852.

Fadiman, J., Fragar, R. (2002), *Teorías de la personalidad*. México. Editorial Oxford.

Fagerstrom, K. (2002). The epidemiology of smoking: health consequences and benefits of cessation. *Drugs*, 62 Suppl 2, 1-9.

Fernández, E. (2010). *Predictores emocionales y cognitivos del bajo rendimiento académico: un enfoque biopsicoeducativo*. (Tesis doctoral, Universidad de Málaga. Facultad de psicología). Recuperado de <https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/4569/16TEFM.pdf?sequence=1>

Fernández, E., Fu, M., Pascual, J. A., López, M. J., Perez-Rios, M., Schiaffino, A., et al. (2009). Impact of the Spanish smoking law on exposure to second-

hand smoke and respiratory health in hospitality workers: a cohort study. *PLoS One*, 4(1), e4244.

Fernández-Crehuet Navajas, J., Martínez González, M., & Gómez-Aracena, J. (2008). Obesidad. Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia y Bulimia. In P. Gil (Ed.), *Medicina Preventiva y Salud Pública* (11ª ed., pp. 1045-1055). Barcelona, España: Elsevier.

Ferrada, V., & Leres, C. (2004). Estudio exploratorio-descriptivo acerca de la relación de los perfiles de personalidad esperados y observados a través del cuestionario de preferencias personales de Edwards, las aspiraciones vocacionales y las motivaciones personales que expresan los alumnos de cuarto año medio de colegios particulares subvencionados de la comuna de Quilpue. (Tesis de grado de psicólogo. Universidad del Mar. Valparaíso). Recuperado de http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2004/guzman_s/sources/guzman_s.pdf

Ferrando, J., Plasencia, A., Oros, M., Borrell, C., & Kraus, J. F. (2000). Impact of a helmet law on two-wheel motor vehicle crash mortality in a southern European urban area. *Inj Prev*, 6(3), 184-188.

Fidanza, F., Alberti, A., Lanti, M., & Menotti, A. (2004). Mediterranean diet score: correlation with 25-year mortality from coronary heart disease in the Seven Countries Study. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*, 14(6), 397.

Fierro, A. (1996) *Manual de psicología de la personalidad*. Paidós Iberica.

Flay, B. R. (1999). Understanding environmental, situational and intrapersonal risk and protective factors for youth tobacco use: the Theory of Triadic Influence. *Nicotine Tob Res*, 1 Suppl 2, S111-114; discussion 569-170.

Florenzano, R. (2003). *Psicología médica*. Atlante Editorial.

Fung, T. T., Rexrode, K. M., Mantzoros, C. S., Manson, J. E., Willett, W. C., & Hu, F. B. (2009). Mediterranean diet, incidence of, and mortality from coronary heart disease and stroke in women. *Circulation*, 119(8), 1093-1100.

Gaddes, W. (1980). *Learning disabilities and brain function: A Neuropsychological approach*. New York: Springer-Verlag.

Gajardo, A. (2012). Caracterización del rendimiento escolar de niños y niñas mapuches: contextualizando la primera infancia. (Tesis doctoral, Universidad de Valladolid). Recuperado de <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/2726/1/TESIS289-130502.pdf>

García de Albeniz, X. A., Guerra-Gutierrez, F., Ortega-Martinez, R., Sanchez-Villegas, A., & Martínez-González, M. A. (2004). [Smoking among a cohort of Spanish university graduates. The SUN Project]. *Gac Sanit*, 18(2), 108-117.

García, M.V., Alvarado, J.M. y Jiménez, A. (2000). La predicción del rendimiento académico: regresión lineal versus regresión logística. *Psicothema*, 12(2), 248-252.

Gimeno, J. (1976). *Autoconcepto, sociabilidad y rendimiento escolar*. Madrid: Servicio de Publicaciones del M.E.C.

Godeau, E., Nic Gabhainn, S., Vignes, C., Ross, J., Boyce, W., & Todd, J. (2008). Contraceptive use by 15-year-old students at their last sexual intercourse: results from 24 countries. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 162(1), 66-73.

Golden, CH. J. y Anderson, S. (1981). *Problemas de aprendizaje y disfunción cerebral*. Buenos Aires: Paidós.

Gonzales, G., Castro, A. & González, F. (2008). Perfiles aptitudinales, estilos de pensamiento y rendimiento académico. *Anuario de Investigaciones*, 15, 35-64.

González, C. (2003). *Factores determinantes del bajo rendimiento académico en Educación Secundaria*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Educación. Madrid. Recuperado de <https://biblioteca.ucm.es/tesis/edu/ucm-t27044.pdf>

González, J., & Portolés, A. (2014). Actividad física extraescolar: relaciones con la motivación educativa, rendimiento académico y conductas asociadas a la salud. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 9(1), 51-65.

Gonzalez-Enriquez, J., Salvador-Llivina, T., Lopez-Nicolas, A., Anton De Las Heras, E., Musin, A., Fernandez, E., et al. (2002). [The effects of implementing a smoking cessation intervention in Spain on morbidity, mortality and health care costs]. *Gac Sanit*, 16(4), 308-317.

Gray, L., & Leyland, A. H. (2008). Overweight status and psychological well-being in adolescent boys and girls: a multilevel analysis. *Eur J Public Health*, 18(6), 616-621.

Guardia Serecigni, J. (2007). *Guía clínica sobre alcoholismo*. Barcelona: SOCIDROGALCOHOL.

Haftenberger, M., Schuit, A. J., Tormo, M. J., Boeing, H., Wareham, N., Bueno-de-Mesquita, H. B., et al. (2002). Physical activity of subjects aged 50-64 years involved in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC). *Public Health Nutr*, 5(6B), 1163-1176.

Hagger, M. S., Chatzisarantis, N., & Biddle, S. J. (2001). The influence of self-efficacy and past behaviour on the physical activity intentions of young people. *J Sports Sci*, 19(9), 711-725.

Haskell, W. L., Lee, I. M., Pate, R. R., Powell, K. E., Blair, S. N., Franklin, B. A., et al. (2007). Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*, 116(9), 1081-1093.

Hausmann, H. J. (2007). Smoking and lung cancer: future research directions. *Int J Toxicol*, 26(4), 353-364.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2010). *Metodología de la Investigación* (Quinta ed.). México, DF: McGraw Hill.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación* (Sexta ed.). México DF: MacGraw Hill. Recuperado de https://periodicooficial.jalisco.gob.mx/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf

Hernando D. C., Bellmunt Villalonga, H., & Capdevila Seder, A. (2015). Estilo de vida y rendimiento académico en adolescentes: comparación entre deportistas y no-deportistas. *RETOS. Nuevas Tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, enero-junio, 28-33.

HHS. (1996). *Physical activity and health: A report of the surgeon general*. Atlanta, USA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.

HHS. (2000). *Healthy People 2010*. Washington, DC: US Department of Health and Human Services.

HHS. (2004). *The Health consequences of smoking: A report of the Surgeon General*. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health Retrieved from <http://www.surgeongeneral.gov/library/smokingconsequences/>.

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

Hurtado de Barrera, J. (2000). *Metodología de la investigación holística*. Caracas: Instituto Universitario de Tecnología Caripito Servicio y Proyecciones para América Latina.

Hvidtfeldt, U. A., Tolstrup, J. S., Jakobsen, M. U., Heitmann, B. L., Gronbaek, M., O'Reilly, E., et al. (2010). Alcohol intake and risk of coronary heart disease in younger, middle-aged, and older adults. *Circulation*, 121(14), 1589-1597.

INCE (1976). *Determinantes del rendimiento académico*. Madrid: Servicio de Publicaciones del MEC.

Jiménez, C. (2000). *Diagnóstico y educación de los más capaces*. Madrid: UNED.

Kaczynska, M. (1965). *El rendimiento escolar y la inteligencia*. Madrid: Espasa Calpe.

Kastorini, C. M., Milionis, H. J., Esposito, K., Giugliano, D., Goudevenos, J. A., & Panagiotakos, D. B. (2011). The effect of Mediterranean diet on metabolic syndrome and its components: a meta-analysis of 50 studies and 534,906 individuals. *J Am Coll Cardiol*, 57(11), 1299-1313.

Katsarou, A., Tyrovolas, S., Psaltopoulou, T., Zeimbekis, A., Tsakountakis, N., Bountziouka, V., et al. (2010). Socioeconomic status, place of residence and dietary habits among the elderly: the Mediterranean islands study. *Public Health Nutr*, 13(10), 1614-1621.

Kickbusch, I. (1986). Life-styles and health. *Soc Sci Med*, 22(2), 117-124.

Knoops, K. T., de Groot, L. C., Kromhout, D., Perrin, A. E., Moreiras-Varela, O., Menotti, A., et al. (2004). Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10-year mortality in elderly European men and women: the HALE project. *JAMA*, 292(12), 1433-1439.

Kovacs, F. M., Gil del Real, MT, López, J., Mufraggi, N & Palou, P. (2008). Relación entre hábitos de vida y calificaciones escolares en adolescentes. *Medicina de l'esport*, 43 (160), 181-188.

Lakatos, E. M., & Marconi, M. d. (2002). *Metodología do trabalho científico*. São Paulo: Atlas.

Lakatos, I. (1974). *Historia de la ciencia y sus reconstrucciones racionales*. Madrid.

Lange, I & Vio, F. (2006). *Guía de Universidades saludables y otras instituciones de educación superior*. Universidad Católica de Chile. Recuperado de <http://www7.uc.cl/ucsaludable/img/guiaUSal.pdf>

Lightwood, J. M., & Glantz, S. A. (2009). Declines in acute myocardial infarction after smoke-free laws and individual risk attributable to secondhand smoke. *Circulation*, 120(14), 1373-1379.

Loe, H. (2000). Oral hygiene in the prevention of caries and periodontal disease. *Int Dent J*, 50(3), 129-139.

Lotkowski, V., Robbins, S. & Noeth, R. (2004). The role of academic and non-academic factors in improving college retention. USA: ACT Policy Report. Disponible en: http://www.act.org/research/policymakers/pdf/college_retention.pdf

Mackay, D., Haw, S., Ayres, J. G., Fischbacher, C., & Pell, J. P. (2010). Smoke-free legislation and hospitalizations for childhood asthma. *N Engl J Med*, 363(12), 1139-1145.

Maclure, S.; Davies, P. (1994). *Aprender a pensar, pensar en aprender*. Barcelona: Gedisa.

Maclure, S.; Davies, P. (1994). *Aprender a pensar, pensar en aprender*. Barcelona: Gedisa.

Marqués Molías, F., Cabezas Peña, C., Camaralles Guillem, F., Córdoba García, R., Gómez Puente, J., Muñoz Seco, E., et al. (2009). Recomendaciones sobre el estilo de vida. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria Retrieved from http://www.papps.org/upload/file/08_PAPPS_ACTUALIZACION_2009.pdf.

Marqués Molías, F., Cabezas Peña, C., Camaralles Guillem, F., Córdoba García, R., Gómez Puente, J., Muñoz Seco, E., et al. (2009). Recomendaciones sobre el estilo de vida. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria Retrieved from http://www.papps.org/upload/file/08_PAPPS_ACTUALIZACION_2009.pdf.

Martínez, A.E. (2010). Importancia de los amigos y de los padres en la salud y el rendimiento escolar. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8 (1) 111-138.

Martinez-Gonzalez, M. A., Bes-Rastrollo, M., Serra-Majem, L., Lairon, D., Estruch, R., & Trichopoulou, A. (2009). Mediterranean food pattern and the primary prevention of chronic disease: recent developments. *Nutr Rev*, 67 Suppl 1, S111-116.

Martínez-Otero, V. (1996). *Factores determinantes del rendimiento académico en la Enseñanza Media*. Madrid: Publicaciones del Colegio de Psicólogos de Madrid.

Maslow, A. (1989), *El hombre autorrealizado*. Editorial Kairos, Buenos Aires.
Mechanic, D. (1979). The stability of health and illness behavior: results from a 16-year follow-up. *Am J Public Health*, 69(11), 1142-1145.

Menéndez, E. L. (1998). Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos*, 46, 37-67.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Paraguay. Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición. (2003). Guías alimentarias de Paraguay. Guías alimentarias para niñas y niños menores de dos años del Paraguay y los documentos técnicos N° 1,2 y 3 que fundamentan dichas guías, así como los materiales de apoyo. Resolución S.G. N° 270/2003. Recuperado de Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2015). Política Nacional de Salud 2015 -2030. Recuperado de <https://www.mspbs.gov.py/planificacion/materiales.html>

Mitrou, P. N., Kipnis, V., Thiebaut, A. C., Reedy, J., Subar, A. F., Wirfalt, E., et al. (2007). Mediterranean dietary pattern and prediction of all-cause mortality in a US population: results from the NIH-AARP Diet and Health Study. *Arch Intern Med*, 167(22), 2461-2468.

Mokdad, A. H., Marks, J. S., Stroup, D. F., & Gerberding, J. L. (2004). Actual causes of death in the United States, 2000. *JAMA*, 291(10), 1238-1245.

Moreno-Gomez, C., Romaguera-Bosch, D., Tauler-Riera, P., Bennasar-Veny, M., Pericas-Beltran, J., Martinez-Andreu, S., et al. (2012). Clustering of lifestyle factors in Spanish university students: the relationship between smoking, alcohol consumption, physical activity and diet quality. *Public Health Nutr*, 1-9.

Morgan, A., Malam, S., Muir, J., & Barker, R. (2006). Health and social inequalities in English adolescents: Exploring the importance of school, family and neighbourhood, findings from the WHO Health Behaviour in School-aged Children study. Londres, Inglaterra: National Institute for Health and Clinical Excellence.

Morrow, L.M. (1983). Home and school correlates of early interest in literatura. *Journal of Educational Reserch*. 76, 221-230.

Mosse, H. L. (1982). *The complete handbook of children´s Reading Disorders*. New York: Human Sciences Press.

Moynihan, P., & Petersen, P. E. (2004). Diet, nutrition and the prevention of dental diseases. *Public Health Nutr*, 7(1A), 201-226.

Muller-Riemenschneider, F., Bockelbrink, A., Reinhold, T., Rasch, A., Greiner, W., & Willich, S. N. (2008). Long-term effectiveness of behavioural interventions to prevent smoking among children and youth. *Tob Control*, 17(5), 301-302.

Murray, H. (1953). *Exploration de la personnalité*. Presses Universitaires de France. Paris.

Myers, J., Prakash, M., Froelicher, V., Do, D., Partington, S., & Atwood, J. E. (2002). Exercise capacity and mortality among men referred for exercise testing. *N Engl J Med*, 346(11), 793-801.

Myers, Steve. (2016). "The Five Functions of Psychological Type." *Journal of Analytical Psychology* 61 (2): 183–202. doi:10.1111/1468-5922.12205.

Navarro, E. (2003). El rendimiento académico, concepto, investigación y desarrollo. *Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 1(2), 45-72.

Nebot, M., Lopez, M. J., Tomas, Z., Ariza, C., Borrell, C., & Villalbi, J. R. (2004). Exposure to environmental tobacco smoke at work and at home: a population based survey. *Tob Control*, 13(1), 95.

Nebot, M., Manzanares, S., Lopez, M. J., Ariza, C., Galan, I., Moncada, A., et al. (2011). [Estimation of environmental tobacco smoke exposure: review of questionnaires used in Spain.]. *Gac Sanit*, 25(4), 322-328.

Neumark-Sztainer, D., Story, M., Fench, S. & Resnick, M. (1997). Psychosocial correlates of health compromising behaviors among adolescents. *Health Education Research*, 12 (1), 37-52.

Nieto, M. (2009). Hacia una teoría sobre el rendimiento académico en enseñanza primaria a partir de la investigación empírica: datos preliminares. *Teoría de La Educación: Revista Interuniversitaria*, Vol 20, Iss 0 (2009), (0). Recuperado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=sso&db=edsdoj&AN=edsdoj.4f4c5cc68ede4787983d6bfaba5c9585&lang=es&site=eds-live&scope=site>

Novaes, M. (1973). *Psicología de la actividad escolar*. Argentina: Ed. Kapelusz (cap. 10: Repercusión de la problemática emocional en el rendimiento y en las relaciones escolares).

Novaez, M. (1986). *Psicología de la actividad escolar*. México. Iberoamericana.

Ocio, AM. (2014). *Rendimiento académico y actividad física en adolescentes. Un estudio en 2º ciclo de la E.S.O del I.E.S, Pando de Oviedo*. España. Universidad de Oviedo.

Office of the Surgeon General (US); Office on Smoking and Health (US). *The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General*. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2004.

OMS. (2010). Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Ginebra, Suiza: OMS.

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

OMS. (1986). Carta de Ottawa sobre promoción de la salud. Ginebra: OMS Recuperado de <http://www.paho.org/spanish/HPP/OttawaChapterSp.pdf>.

OPS, OMS. (2005). Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas.

Ortiz, A. (2007). Procesos de atribución, causas de la conducta del alumnado. Granada: Universidad de Granada.

Ortiz-Galeano, I. (2016). Prevalencia de Pre-Hipertensión Arterial y factores de riesgo asociados en estudiantes universitarios de la Universidad Nacional de Asunción. (Tesis para escalafón docente). San Lorenzo. Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional de Asunción.

Paffenbarger, R. S., Jr., Kampert, J. B., Lee, I. M., Hyde, R. T., Leung, R. W., & Wing, A. L. (1994). Changes in physical activity and other lifeway patterns influencing longevity. *Med Sci Sports Exerc*, 26(7), 857-865.

Panagiotakos, D. B., Pitsavos, C., Polychronopoulos, E., Chrysohoou, C., Zampelas, A., & Trichopoulou, A. (2004). Can a Mediterranean diet moderate the development and clinical progression of coronary heart disease? A systematic review. *Med Sci Monit*, 10(8), RA193-198.

Pardell, H., Salto, E., Jane, M., & Salleras, L. (2001). [How to fight against the smoking epidemic today]. *Med Clin (Barc)*, 116(2), 60-62.

Pate, R. R., Pratt, M., Blair, S. N., Haskell, W. L., Macera, C. A., Bouchard, C., et al. (1995). Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA*, 273(5), 402-407.

Pérez, FS. (2015). Relación entre actividad física, hábitos de vida saludables y rendimiento académico en escolares granadinos. (Tesis doctoral, Universidad de Granada). Recuperado de <http://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/41329/25642935.pdf;jsessionid=FF76947579C55AE13E149D9F28174178?sequence=1>

Perry, C. L., Kelder, S. H., Murray, D. M., & Klepp, K. I. (1992). Communitywide smoking prevention: long-term outcomes of the Minnesota Heart Health Program and the Class of 1989 Study. *Am J Public Health*, 82(9), 1210-1216.

Pervin, L. (1979). *Personalidad: teoría, diagnóstico e investigación*. España. Quinta edición. Desclee Brouwer.

Physicians, R. C. o. (2000). *Nicotine addiction in Britain*. London: Royal College of Physicians.

Piaget, J. (1972). Intellectual evolution from adolescence to adulthood. *Human Development*, 15, 1-12 (Cap. 14).

Piedrola. (2008). *Medicina Preventiva y Salud Pública (11ª edición ed.)*. Barcelona: Elsevier.

Poortinga, W. (2007a). Associations of physical activity with smoking and alcohol consumption: a sport or occupation effect? *Prev Med*, 45(1), 66-70.

Poortinga, W. (2007b). The prevalence and clustering of four major lifestyle risk factors in an English adult population. *Prev Med*, 44(2), 124-128.

Poropat AE (2009) A meta-analysis of the five-factor model of personality and academic performance. *Psychol. Bull.* 135: 322-338.

Prats, J. (2002). ¿Hay que hacer la reforma educativa? *Iber: Didáctica de las Ciencias Sociales, Geografía e Historia*. 33, 10-21.

Ramos-Valverde, M. P. (2009). *Estilos de vida y salud en la adolescencia*. Sevilla. Universidad de Sevilla.

Raspberry CN, Lee SM, Robin L, et al. The association between school-based physical activity, including physical education, and academic performance: a systematic review of the literature. *Prev Med (Baltim)* 2011; 52: S10–20.

Redondo, J. (2007). *Conducta prosocial, atribuciones causales y rendimiento académico en ESO*. (Tesis doctoral, Universidad Miguel Hernández, Elche, España). Recuperado de [www.http://biblioteca.iucesmag.edu.co/digital/memoria/9789588439006/9789588439006.pdf](http://biblioteca.iucesmag.edu.co/digital/memoria/9789588439006/9789588439006.pdf)

Richter, M., & Leppin, A. (2007). Trends in socio-economic differences in tobacco smoking among German schoolchildren, 1994-2002. *Eur J Public Health*, 17(6), 565-571.

Rimm, E. (2000). Alcohol and cardiovascular disease. *Curr Atheroscler Rep*, 2(6), 529-535.

Robbins, S., Allen, J., Casillas, A. & Peterson, C. (2006). Unraveling the differential effects of motivational and skills, social and self- management measures from traditional predictors of college outcomes. *Journal of Educational Psychology*, 98 (3), 598-616.

Rodés, J., Piqué, J. M., & Trilla, A. (2007). Libro de la Salud del Hospital Clínic de Barcelona y la Fundación BBVA. Bilbao: Fundación BBVA.

Rodríguez, S. (1982). Un modelo de predicción del rendimiento académico en la 2ª etapa de EGB. *Modelos de Investigación Educativa*. Barcelona: Edicions Universitat.

Rogers, C. (2002), *El proceso de convertirse en persona*. Editorial Paidós, Buenos Aires.

Romero, F. & Lavigne, R. (2005). *Dificultades en el aprendizaje: unificación de criterios diagnósticos*. Vol. I. Sevilla – España: Consejería de Educación Junta de Andalucía.

Room, R., Babor, T., & Rehm, J. (2005). Alcohol and public health. *Lancet*, 365(9458), 519-530.

Rosales, P. (2010). Rasgos de personalidad y rendimiento académico en alumnos de I año de la carrera de derecho de la Universidad Autónoma de Chile. (Tesis de Maestría, Universidad de Viña de del Mar. Chile).

Rotter, J. B. (1966). Generalised expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1-28.

Ruesga Benito, SM., da Silva Bichara, J & Monsueto, SE. (2014). Estudiantes universitarios, experiencia laboral y desempeño académico en España. *Revista Educación*, 365. Julio-septiembre.

Sánchez-Cabezudo, J. (1986). *Predictores del rendimiento académico*. (Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Psicología, Madrid, España.

Sanchez-Villegas, A., Delgado-Rodriguez, M., Martinez-Gonzalez, M. A., & De Irala-Estevez, J. (2003). Gender, age, socio-demographic and lifestyle factors associated with major dietary patterns in the Spanish Project SUN (Seguimiento Universidad de Navarra). *Eur J Clin Nutr*, 57(2), 285-292.

Sasco, A. J., Secretan, M. B., & Straif, K. (2004). Tobacco smoking and cancer: a brief review of recent epidemiological evidence. *Lung Cancer*, 45 Suppl 2, S3-9.

Schuckit, M. A. (2000). *Drug and alcohol abuse. A clinical guide to diagnosis and treatment* (5th ed ed.). New York: Plenum Medical Book Company.

Serra Majem, L., Garcia Alvarez, A., & Ngo de la Cruz, J. (2004). [Mediterranean diet. Characteristics and health benefits]. *Arch Latinoam Nutr*, 54(2 Suppl 1), 44-51.

Serra-Majem, L., Trichopoulou, A., Ngo de la Cruz, J., Cervera, P., Garcia Alvarez, A., La Vecchia, C., et al. (2004). Does the definition of the Mediterranean diet need to be updated? *Public Health Nutr*, 7(7), 927-929.

Sheiham, A. (2005). Oral health, general health and quality of life. *Bull World Health Organ*, 83(9), 644.

Sibley, B., & Etnier, J. (2003). The Relationship between Physical Activity and Cognition in Children: A Meta-Analysis. *Pediatric Exercise Science*, 15, 243-256.

Sofi, F., Cesari, F., Abbate, R., Gensini, G. F., & Casini, A. (2008). Adherence to Mediterranean diet and health status: meta-analysis. *BMJ*, 337, a1344.

Sofi, F., Vecchio, S., Giuliani, G., Martinelli, F., Marcucci, R., Gori, A. M., et al. (2005). Dietary habits, lifestyle and cardiovascular risk factors in a clinically healthy Italian population: the 'Florence' diet is not Mediterranean. *Eur J Clin Nutr*, 59(4), 584-591.

Stronks, K., van de Mheen, H. D., Looman, C. W., & Mackenbach, J. P. (1997). Cultural, material, and psychosocial correlates of the socioeconomic gradient in smoking behavior among adults. *Prev Med*, 26(5 Pt 1), 754-766.

Suárez, J.M. y Fernández, A.P. (2013). Un modelo sobre cómo las estrategias motivacionales relacionadas con el componente de afectividad inciden sobre las estrategias cognitivas y metacognitivas. *Educación XX1*, 16(2), 231-246.

Thompson, P. D., Buchner, D., Pina, I. L., Balady, G. J., Williams, M. A., Marcus, B. H., et al. (2003). Exercise and physical activity in the prevention and treatment of atherosclerotic cardiovascular disease: a statement from the Council on Clinical Cardiology (Subcommittee on Exercise, Rehabilitation, and Prevention) and the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity). *Circulation*, 107(24), 3109-3116.

Ting-Kuang Yeh, Ying-Chun Cho, Ting-Chi Yeh, Chung-Yi Hu, Li-Ching Lee, & Chun-Yen Chang. (2015). An Exploratory Analysis of the Relationship between Cardiometabolic Risk Factors and Cognitive/Academic Performance among Adolescents. *BioMed Research International*, Vol 2015 (2015).

Tobias, M., Jackson, G., Yeh, L. C., & Huang, K. (2007). Do healthy and unhealthy behaviours cluster in New Zealand? *Aust N Z J Public Health*, 31(2), 155-163.

Trapmann S, Hell B, Hirn JOW, Schuler H (2007) Meta-analysis of the relationship between the Big Five and academic success at university. *Zeitschr. Psychol.* 215: 132-151.

Trichopoulou, A., Costacou, T., Bamia, C., & Trichopoulos, D. (2003). Adherence to a Mediterranean diet and survival in a Greek population. *N Engl J Med*, 348(26), 2599-2608.

Tyrovolas, S., Bountziouka, V., Papairakleous, N., Zeimbekis, A., Anastassiou, F., Gotsis, E., et al. (2009). Adherence to the Mediterranean diet is associated with lower prevalence of obesity among elderly people living in Mediterranean islands: the MEDIS study. *Int J Food Sci Nutr*, 1-14.

UNESCO. Situación Educativa de América Latina y el Caribe: Hacia la educación de calidad para todos al 2015. 2013. Santiago de Chile. Ed. Ediciones del Imbunche.

Vera, J. G., Arrebola, I. A., & García, N. A. (2018). Gender and its Relationship with the Practice of Physical Activity and Sport. *Apunts: Educació Física i Esports*, (132), 123–141.

Warburton, D. E., Nicol, C. W., & Bredin, S. S. (2006). Health benefits of physical activity: the evidence. *CMAJ*, 174(6), 801-809.

Warburton, D. E., Nicol, C. W., & Bredin, S. S. (2006). Health benefits of physical activity: the evidence. *CMAJ*, 174(6), 801-809.

Warren, C. W., Jones, N. R., Eriksen, M. P., Asma, S., & Global Tobacco Surveillance System collaborative, g. (2006). Patterns of global tobacco use in young people and implications for future chronic disease burden in adults. *Lancet*, 367(9512), 749-753.

Wen, C. P., Wai, J. P., Tsai, M. K., Yang, Y. C., Cheng, T. Y., Lee, M. C., et al. (2011). Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study. *Lancet*.

WHO. (1994). Fluorides and oral health. Report of WHO Expert Committee on Oral Health Status and Fluoride Use. Ginebra, Suiza: WHO.

WHO. (2002b). The World Health Report: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva: WHO.

WHO. (2007). Promoting physical activity for health - a framework for action in the WHO European Region. Diet and physical activity for health. Conferencia de Ministros Europeos para Neutralizar la Obesidad. Istanbul, Turquía.

Wilson DM, Ciliska D. (1984). Life-style assessment: Development and use of the FANTASTIC checklist. *Can Fam Physician*, 30:1527.

Williams, A. (2001). Teenagers Passengers in Motor Vehicle Crashes: A Summary of Current Research. Insurance Institute for Highway Safety.

Wing, R. R., & Phelan, S. (2005). Long-term weight loss maintenance. *Am J Clin Nutr*, 82(1 Suppl), 222S-225S.

Zapata, L., De Los Reyes, C., Lewis S. & Barceló, E. (2009). Memoria de trabajo y rendimiento académico en estudiantes de primer semestre de una universidad de la ciudad de Barranquilla. *Psicología Desde El Caribe*, 23, 66-82.

ANEXO 1



Respetado estudiante. Este instrumento ha sido elaborado con la finalidad de recabar información para el desarrollo de una tesis del Programa de Doctorado en Educación de la Facultad de Filosofía de la Universidad Nacional de Asunción con el apoyo del CONACYT. El objetivo de la investigación es “Analizar la relación que existe entre el estilo de vida, los rasgos de personalidad y el rendimiento académico en los estudiantes de la carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, año 2018.” El cuestionario es de carácter anónimo, garantizando la absoluta confidencialidad sobre los datos del encuestado/a. Desde ya muchas gracias por su valiosa colaboración.

El investigador

Sexo: M__ F__ Curso _____ Edad _____

En los siguientes constructos marque con una **X** la opción que considere más apropiada; o una de las casillas de números que considere más próximo en relación a su opción.

Nº	PREGUNTAS	Totamente	2	3	4	5	Totamente
		desacuerdo					de acuerdo
		1					6
1	Cuando planeo algo me gusta pedir consejo a las personas cuyas opiniones yo respeto.						
2	Cada vez que emprendo algo me gusta realizarlo lo más rápidamente posible.						
3	Cualquier cosa que yo haga, me gusta hacerla lo mejor posible.						
4	Me gusta completar un solo trabajo o tarea antes de emprender otro.						
5	Me gusta tener amigos íntimos.						
6	Cuando tengo que realizar actividades en conjunto, prefiero escoger personas superiores a mí.						
7	Me gusta hacer un plan antes de empezar a hacer algo difícil.						
8	Cualquier trabajo escrito que yo haga me gusta hacerlo preciso, limpio y bien organizado.						
9	Me gusta conversar acerca de mis éxitos.						

10	Me gusta compartir cosas con mis amigos.						
11	Me gusta hacer preguntas que, yo sé, nadie será capaz de responder.						
12	Me gusta ser independiente para tomar mis decisiones.						
13	Me gusta confrontar los puntos de vista contrarios a los míos.						
14	Me gusta decir lo que pienso acerca de las cosas.						
15	Me gusta estudiar solo y sin molestias.						
16	Me gusta analizar mis propios motivos y sentimientos.						
17	Me gusta decir cosa que son consideradas como ingeniosas e inteligentes por otras personas.						
18	Me gusta superarme en cada nueva actividad que emprendo.						
19	Me gusta saber que tengo a quien acudir ante cualquier problema que tenga.						
20	Me gusta pensar acerca de la personalidad de mis amigos y tratar de descubrir el porqué de su manera de ser.						
21	Vivo en mi imaginación tanto como en el mundo externo.						
22	Me gusta analizar mis propios motivos y sentimientos.						
23	Me gusta analizar y estudiar la conducta de los otros.						
24	Me gusta que mis amigos me traten bondadosamente.						
25	Me gusta saber que cuento con la ayuda de personas importantes.						
26	Me gusta que mis amigos se sientan apenados cuando yo estoy enfermo.						
27	Me gusta que mis amigos sean amables conmigo y me animen cuando estoy deprimido.						
28	Me siento complacido cuando las personas que yo respeto aprueban lo que hago.						
29	Me gusta ser capaz de convencer e influir sobre los otros para que hagan lo que yo quiero.						
30	Cuando participo en alguna organización o club, me gusta ser elegido o nombrado presidente.						

31	Me gusta supervisar y dirigir las acciones de las otras personas cada vez que puedo.						
32	Me siento deprimido cuando no soy capaz de resolver/afrentar situaciones.						
33	Me siento culpable cada vez que he hecho algo que sé que está mal.						
34	Me gusta ser generoso/a con las personas que considero necesitan ayuda.						
35	Me gusta que mis amigos confíen en mí y me confíen sus problemas.						
36	Soy fiel a mis gustos y se mantienen habitualmente, no hay cambios.						
37	Me gusta experimentar novedades y cambios en mi rutina diaria.						
38	Me gusta viajar y conocer nuevos lugares.						
39	Me gustan los trabajos que requieren resistencia.						
40	Puedo hacer un trabajo minucioso sin cansarme.						
41	Cuando tengo que hacer alguna tarea me gusta empezar y continuar hasta que quede completa.						
42	Me gusta permanecer hasta tarde estudiando.						
43	Me gusta participar en discusiones acerca de lo sexual.						
44	Me gusta leer libros y revistas en los cuales lo sexual juega un papel importante.						
45	Me gusta participar en actividades sociales con personas del sexo opuesto.						
46	Me gusta conversar con mi familia, amigos o con mi pareja sobre temas de sexualidad.						
47	No tengo problemas en hacer críticas públicamente si la persona lo merece.						
48	Me gusta expresar mi enojo más bien que reprimirme.						
49	Me siento inclinado a tomar revancha cuando alguien me ha insultado.						
50	Me gusta recibir y dar cariño.						
51	Me gusta tener personas con quien hablar de las cosas importantes para mí.						

52	Me gusta participar activamente en algún grupo de apoyo a la salud y de la calidad de vida como organizaciones de autocuidado, clubes de enfermos crónicos, etc.						
53	Me gusta caminar diariamente por lo menos 30 minutos.						
54	Me gusta consumir frutas y verduras diariamente.						
55	Me gusta consumir frecuentemente gran cantidad alimentos azucarados, salados o con mucha grasa.						
56	Me gusta fumar cigarrillos en el último año.						
57	No me molesta convivir con personas que fuman tabaco.						
58	Me gusta el uso de algunas drogas como marihuana, cocaína, etc.						
59	Me gusta consumir bebidas alcohólicas 2 a 4 veces por semana.						
60	Me gusta dormir y sentirme bien descansado/a.						
61	Me gusta controlar el estrés o la tensión de la vida diaria.						
62	Me siento bien en las clases teóricas, prácticas y en mis otras actividades diarias.						
63	Me considero una persona positiva, optimista.						
64	Me gusta realizar controles de mi salud en forma periódica.						
65	El promedio de mis calificaciones de las asignaturas del último semestre/año es satisfactorio.						
66	Mis calificaciones se corresponden con el esfuerzo que pongo en cada asignatura.						
67	La forma en que soy evaluado, los criterios de evaluación, responden a las características y competencias de cada asignatura.						
68	La cantidad de horas de estudios y de prácticas influyen en mi rendimiento académico.						
69	La metodología utilizada por los docentes en el aula influye en tu rendimiento académico.						
70	La infraestructura y los equipos didácticos de la facultad, influye en tu rendimiento académico.						

71	La cooperación de los compañeros influyen en tu rendimiento académico.						
72	El uso del internet en el ámbito educativo influye en tu rendimiento académico.						
73	La manera como está estructurado el programa de las asignaturas influye en tu rendimiento académico.						
74	La distribución de los horarios de clases teórico-práctico de las asignaturas influye en tu rendimiento académico.						
75	Su estado de salud físico-mental influye en tu rendimiento académico.						

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN