

SALUT PERCEBUDA, PATRONS D'ACTIVITAT FÍSICA I AUTODESCRIPCIÓ FÍSICA EN UNA MOSTRA D'ESTUDIANTS UNIVERSITARIS

Araceli Gonzalez-Lafont

Per citar o enllaçar aquest document:
Para citar o enlazar este documento:
Use this url to cite or link to this publication:
<http://hdl.handle.net/10803/671067>



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.ca>

Aquesta obra està subjecta a una llicència Creative Commons Reconeixement-
NoComercial

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial licence



Universitat de Girona

TESI DOCTORAL

Salut percebuda, patrons d'activitat física i autodescripció física en una mostra d'estudiants universitaris

Araceli Gonzalez-Lafont

2020



TESI DOCTORAL

Universitat de Girona

Salut percebuda, patrons d'activitat física i autodescripció física en una mostra d'estudiants universitaris

Araceli Gonzalez-Lafont

2020

Programa de Doctorat en Psicologia, Salut i Qualitat de Vida

Dirigida per: Dr. Manuel de Gracia Blanco

Tutor: Dr. Manuel de Gracia Blanco

Memòria presentada per optar al títol de doctora per la Universitat de Girona

**A la Carla i en Carles
pel temps de joc i de lleure que aquest projecte els ha robat**

Pels que m'han deixat durant aquest camí:

**En Carles,
et trobem a faltar!**

**La mare,
m'hagués agradat compartir aquest moment amb tu!**

**El pare,
amb mi sempre!**

Presentació

Aquest projecte que avui concloc es va iniciar l'any 1988 quan creia, fermament, que el meu futur professional podria estar en la docència universitària.

Moltes coses han passat en aquests anys, tota una vida.

Dos anys a l'INEF de Lleida, per seguir amb una proposta difícil de rebutjar, formar part de l'equip que organitzaria els JJOO de Barcelona'92, després la gestió, primer a l'Estació del Nord i després, un canvi de ciutat, Girona, ara la meva ciutat, a la Piscina Municipal de Salt.

En total 12 anys al davant d'instal·lacions esportives, una feina que requereix d'una dedicació extensiva i que no em permetia compartir temps amb la meva filla, la Carla.

La inauguració d'un centre de Ciències de l'Activitat Física i l'Esport (CAFE) depenent de la Universitat de Girona (UdG) al costat de casa, em va fer plantejar moltes coses i, al final, decidir tornar a la universitat i recuperar el projecte de la tesi doctoral.

Vull primer agrair al Dr. Manuel de Gràcia que acceptes dirigir aquesta tesi i acompanyar-me en el camí no sols professional, si no també personal en els moments més difícils que he viscut durant aquesta etapa. Ell tenia experiències anteriors en la direcció de tesi de dones que, després de molts anys, decideixen concloure-la. Serà pel seu interès per l'envelliment? No sé, li hauré de preguntar.

I sense dubte, a en David Grau, director del servei d'esports, per la seva col·laboració sense condicions en totes les fases de l'estudi, tant en recursos materials com humans, però sobretot per la seva amistat.

Recordo el primer dia que ens vàrem trobar tots tres, en el bar de la Facultat de Ciències. Imagineu a tres "majors de 40" rodejats de joves estudiants, uns a les taules de fora, prenent el sol i bevent cervesa, altres amb l'entrepà fet a casa i repassant apunts, altres asseguts a l'escala fumant i escoltant un company que tocava la guitarra. Joves que marxaven o arribaven en bicicleta, altres buscaven aparcament...

I, d'una proposta inicial d'estudiar els hàbits de pràctica d'activitat físicoesportiva dels estudiants de la UdG, comencem a reflexionar sobre altres conductes que afectaran la seva vida futura. Tots aquests aspectes, al final, han configurat el projecte definitiu.

Vull agrair també, a totes aquelles persones que han format part de la meva vida i que segur han deixat petjada, fonamentalment, a la Marta que ha estat companya en bona part d'aquest trajecte. També, als alumnes entrevistadors que van passar moltes estones en les facultats intentant convèncer als companys que responguessin algunes preguntes i, molt

especialment, a tots els estudiants que van acceptar i, per tant, van participar en aquest estudi.

No em puc oblidar, dels companys de feina que, sovint, han sentit parlar d'aquesta tesi i m'han aguantat les meves pors, especialment la Raquel i la Blanca. D'aquells companys que l'han presentada els darrers anys i que, per tant, m'entenen perfectament, la Glòria, en Ricard, l'Oriol, en Graham i l'Afra o els que estan lluitant per acabar-la, l'Adrià, en Marc, l'Ernest, l'Eloi, i en Jordi. I, per últim, el meu total suport a aquells que l'han iniciada recentment, tots els ànims Miriam, Aida, Albert, Jorge i Maurici.

I, sense dubte, a l'Àngels, la meva germana que no es va negar a fer-ne la darrera lectura.

Haig de reconèixer que m'agrada la docència universitària, compartir coneixement amb els meus alumnes i acompanyar-los en el procés d'aprenentatge. Però sobretot, sentir que pensen i quines són les seves inquietuds, això m'ajuda a no anquilosar-me en idees preconcebudes.

Per últim, voldria demanar disculpes pel temps que ha passat des de la recollida de les dades però, conjuguar la redacció de la tesi amb la vida laboral i familiar és complex. Sobretot, si en aquesta etapa convius amb la parella que pateix una malaltia amb conseqüències fatals i que, sense dubte, tenen un impacte devastador tant en mi com en la meva filla, ara adolescent.

El Dr. Manuel de Gracia Blanco, de la Universitat de Girona,

DECLARO:

Que el treball titulat Salut percebuda, patrons d'activitat física i autodescripció física en una mostra d'estudiants universitaris que presenta Araceli Gonzalez-Lafont per a l'obtenció del títol de doctora, ha estat realitzat sota la meva direcció.

I, perquè així consti i tingui els efectes oportuns, signo aquest document.

Signatura

Girona, 24 de gener de 2020

LLISTA D'ABREVIATURES

AC	Autoconcepte
ACF	Autoconcepte Físic
ACSM	American College Sports and Medicine
AESAN	Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición
AF	Activitat Física
AFE	Activitat Físicoesportiva
AFI	Activitat Física Intensa
AFM	Activitat Física Mitjana
ANOVA	Anàlisi de la variància
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification
BOE	Boletín Oficial del Estado
CAF	Cuestionario de Autoconcepto Físico
CAGE	Chronic Alcoholism General Evaluation
CIS	Centro de Investigaciones Sociológicas
CSD	Consejo Superior de Deportes
DE	Desviació estàndard
DM	Dieta Mediterrània
DMNID	Diabetis Mellitus No Insulinodependent
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
EUFIC	European Food Information Council
EV	Estil de Vida
EVS	Estil de Vida Saludable
F	Freqüència
FDMS	Fuma, drogues, millor salut
FTND	Fargeström Test for Nicotine Dependence
GIESyT	Grupo Investigación en Estudios Sociales y Territoriales
gl	Grau de llibertat
GN-SBQ	The Glover-Nilsson Smoking Behavioral Questionnaire
HDL	High Density Lipoproteins
HIIT	High-Intensity Interval Training
HSI	Heavy Smoking Index
INE	Instituto Nacional de Estadística
INJUVE	Instituto Nacional de la Juventud
IPAQ-s	International Physical Activity Questionnaire Short
MANOVA	Anàlisi multivariat de la varància
MCS	Mental Component Summary

MS	Millor Salut
n	Nombre de casos
N	Casos totals
NFNDPS	No fuma, no drogues, pitjor salut
NSP	Noves substàncies psicotròpiques
OEDT	Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OMS	Organització Mundial de la Salut
p	Probabilitat
PCS	Physical Component Summary
PHP	Hipertext Preprocessor
PS	Pitjor Salut
PSDQ	Physical Self Description Questionnaire
PSPP	Physical Self-Perception Profile
QV	Qualitat de Vida
QVRS	Qualitat de Vida Relacionada amb la Salut
SGE	Secretaria General de l'Esport
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UdG	Universitat de Girona
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
WHO	World Health Organization
WHOQOL	The World Health Organization Quality of Life
χ^2	Chi quadrat

ÍNDEX DE CONTINGUT

LLISTA D'ABREVIATURES.....	7
ÍNDEX DE FIGURES.....	12
ÍNDEX DE TAULES.....	15
RESUM.....	19
RESUMEN.....	22
ABSTRACT.....	25
INTRODUCCIÓ	28
PROCEDIMENT DE LA INVESTIGACIÓ	31
Part I: MARC TEÒRIC	32
Capítol 1. La Qualitat de Vida relacionada amb la salut.....	32
1. Estil de Vida Saludable: l'activitat físicoesportiva i l'alimentació	35
1.1. L'activitat físicoesportiva	36
1.1.1. Els joves i la pràctica d'activitat físicoesportiva	48
1.1.2. Els universitaris i la pràctica d'activitat físicoesportiva	49
1.1.3. Instruments d'avaluació de l'activitat físicoesportiva	52
1.2. Alimentació	54
1.2.1. Els joves i l'alimentació.....	56
1.2.2. L'alimentació dels joves universitaris.....	58
1.2.3. Instruments d'avaluació de la dieta	59
2. Hàbits nocius per a la salut: consum de substàncies legals i il·legals	61
2.1. Consum d'alcohol	68
2.1.1. Els joves i el consum d'alcohol	69
2.1.2. Els joves universitaris i l'alcohol	70
2.1.3. Instruments d'avaluació del consum d'alcohol	72
2.2. Consum de tabac.....	74
2.2.1. Els joves i el consum de tabac	77
2.2.2. Els universitaris i el tabac	78
2.2.3. Instruments d'avaluació del consum de tabac.....	80
2.3. Consum de substàncies il·legals	82
2.3.1. Els joves i les substàncies il·legals.....	87
2.3.2. Els universitaris i les substàncies il·legals	89
2.4. El policonsum de substàncies	91
2.4.1. Els joves i el policonsum.....	92
2.4.2. Els universitaris i el policonsum	93
Capítol 2. L'autopercepció de la salut.....	97
1. L'autopercepció de la salut en els joves	99
2. L'autopercepció de la salut en els universitaris	101
3. Instruments d'avaluació de la Qualitat de Vida Relacionada amb la Salut	102
Capítol 3. L'Autoconcepte o l'autodescripció	104
1. L'autodescripció física segons l'edat i el sexe	107
2. L'autodescripció física i els hàbits de vida.....	109
3. Instruments d'avaluació de l'autodescripció física.....	113
Part II. JUSTIFICACIÓ DE LA RECERCA, OBJECTIUS I HIPÒTESIS	115
1. Objectius.....	119
2. Hipòtesis.....	119
Part III: METODOLOGIA	120
Capítol 4. Disseny de la recerca i mostra seleccionada.....	120
1. Disseny de la recerca	120
1.1. Variables principals.....	120
1.2. Variables secundàries	120
2. Mostra.....	120

3.	Criteri d'inclusió	120
4.	Criteris exclusió	120
5.	Cronograma i fases de la recerca	121
6.	Estructura del protocol d'avaluació.....	121
7.	Prova de comprensió.....	123
8.	Disseny del quadern de recollida de dades.....	124
8.1.	Desenvolupament de l'aplicació informàtica.....	124
8.2.	Redacció del manual d'enquestadors.....	124
8.3.	Selecció i formació dels enquestadors	125
8.3.1.	Selecció dels enquestadors	125
8.3.2.	Formació dels enquestadors	125
8.3.3.	Treball de camp	125
	Capítol 5. Instruments d'avaluació.....	126
1.	SF-12v2 Health Survey.	126
2.	Adherència a la Dieta Mediterrània – KIDMED.	128
3.	Alcohol Use Disorders Identification – AUDIT.	129
4.	Heavy Smoking Índex – HSI.....	130
5.	The Glover-Nilsson Smoking Behavioral Questionnaire - GN-SBQ.	130
6.	Cut down, Annoyed, Guilty, Eye opener - CAGE-AID.	131
7.	International Physical Activity Questionnaire – IPAQ-s.	131
8.	Physical Self Description Questionnaire – PSDQs.....	132
	Capítol 6. Pla d'anàlisi estadístic.....	135
	Part IV. ANÀLISIS ESTADÍSTIQUES.....	136
	Capítol 7. Anàlisis descriptives de la mostra	136
1.	Participants	136
2.	Característiques de la mostra.....	136
3.	Anàlisis descriptives de les variables principals de l'estudi.....	141
3.1.	Salut general (SF-12)	141
3.2.	Adherència a la dieta mediterrània (Kidmed)	142
3.3.	Consum d'alcohol (AUDIT)	143
3.4.	Consum del tabac (Test de Fageström)	145
3.5.	Consum d'altres substàncies (CAGE-AID)	147
3.6.	Autodescripció física (PSDQ-s)	148
3.7.	Nivell d'activitat física (IPAQ-s).....	150
3.8.	Activitat físicoesportiva (qüestionari <i>ad hoc</i>).	153
	Capítol 8. Anàlisis descriptives de la variància de les variables principals.....	170
1.	Autopercepció de la salut	170
1.1.	Anàlisis descriptives de la variància segons nivell d'AF.	170
1.2.	Anàlisis descriptives de la variància segons la pràctica d'AFE en el temps lliure	171
1.3.	Anàlisis descriptives de la variància segons l'adherència a la dieta mediterrània.....	172
1.4.	Anàlisis descriptives de la variància segons el consum de substàncies	173
1.5.	Anàlisis descriptives de la variància segons el campus	175
2.	Autodescripció física i de la forma física	177
2.1.	Anàlisis descriptives de la variància segons nivell d'AF	177
2.2.	Anàlisis descriptives de la variància segons la pràctica d'AFE en el temps lliure	178
2.3.	Anàlisis descriptives de la variància segons l'adherència a la dieta mediterrània.....	181
2.4.	Anàlisis descriptives de la variància segons el consum de substàncies	184
2.5.	Anàlisis descriptives de la variància segons el campus	188
3.	Pràctica d'activitat físicoesportiva en el temps lliure.....	191
3.1.	Anàlisis descriptives de la variància segons nivell d'AF	191
3.2.	Anàlisis descriptives de la variància segons l'adherència a la dieta mediterrània.....	191
3.3.	Anàlisis descriptives de la variància segons el consum de substàncies	193
3.4.	Anàlisis descriptives de la variància segons el campus	195
	Capítol 9. Anàlisis descriptives de la variància de les variables secundaries.....	196
1.	Adherència a la dieta mediterrània	196
1.1.	Anàlisis descriptives de la variància segons el consum de substàncies	196
1.2.	Anàlisis descriptives de la variància segons el campus	198

2.	Policonsum de substàncies	199
2.1.	Anàlisi descriptives de la variància segons el policonsum d'alcohol i tabac	199
2.2.	Anàlisi descriptives de la variància segons el policonsum d'alcohol i altres substàncies 199	
2.3.	Anàlisi descriptives de la variància segons el policonsum de tabac i altres substàncies 200	
2.4.	Anàlisi descriptives de la variància segons el policonsum de tres substàncies.....	201
3.	Consum de substàncies i policonsum segons el Campus	202
Capítol 10. Anàlisi d'agrupacions de conglomerats (clústers) de les variables salut autopercebuda, autodescripció física i pràctica d'activitat física		207
1.	Distribució de freqüències per grups de salut (clústers).....	208
1.1.	Anàlisi de la variància (ANOVA) segons la pràctica d'AFE per clúster de salut.....	209
1.2.	Anàlisi de la variància (ANOVA) segons l'adherència a la dieta mediterrània per clúster de salut.....	209
1.3.	Anàlisi de la variància (ANOVA) de les variables alcohol, tabac i altres substàncies per clústers de salut	210
1.4.	Anàlisi de la variància (ANOVA) de les variables policonsum de substàncies per clústers de salut	211
1.5.	Anàlisi de la variància (ANOVA) de les variables minuts caminant i asseguts (IPAQ-s) per clústers de salut	212
1.6.	Anàlisi de la variància (ANOVA) de les variables d'autodescripció física i de la forma física (PSDQ-s) per clústers de salut	212
1.7.	Anàlisi de la variància (ANOVA) de la variable campus per clústers de salut.....	215
2.	Anàlisi multivariat (MANOVA).....	217
2.1.	SF-12 per sexe, campus i consum de tabac i altres substàncies	217
2.2.	SF-12 per sexe, campus i pràctica d'activitat físicoesportiva	219
2.3.	PSDQ-s per sexe, campus, consum de tabac i altres substàncies	221
2.4.	PSDQ-s per sexe, campus i pràctica d'activitat físicoesportiva	223
3.	Anàlisi factorial dels motius de pràctica d'AFE segons clústers de salut	225
4.	Anàlisi de regressió logística	226
Part V. DISCUSSIÓ		230
Part VI. CONCLUSIONS, PROPOSTES DE FUTUR I LIMITACIONS		274
1.	Conclusions	274
2.	Limitacions.....	276
3.	Propostes / Implicacions de futur	277
REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES		278
ANNEXOS		333
Annex 1. Qüestionari		333
Annex 2. Quadern de recollida de dades		337
Annex 3. Especificacions del programa: Qüestionari		347
Annex 4. Consentiment informat del participant		355

ÍNDIX DE FIGURES

<i>Figura 1.</i> Evolució de la població de 18 a 24 anys dels matriculats en Grau i 1r i 2n cicle i de la taxa neta d'escolarització en educació universitària.	117
<i>Figura 2.</i> Exemple pantalla aplicació informàtica qüestionari.	124
<i>Figura 3.</i> Dimensions del SF-12 seleccionats (Ware et al., 2009).....	127
<i>Figura 4.</i> Distribució de la mostra segons el mitjà de transport habitual per anar a la Facultat	137
<i>Figura 5.</i> Transport utilitzat per desplaçar-se a la Facultat segons els Campus	138
<i>Figura 6.</i> Distribució de la mostra segons el seguiment d'una dieta per perdre pes	138
<i>Figura 7.</i> Seguiment d'una dieta per perdre pes segons pràctica d'AFE.....	139
<i>Figura 8.</i> Distribució de la mostra segons el canvi d'hàbits des de l'inici dels estudis universitaris.....	139
<i>Figura 9.</i> Distribució de la mostra segons el consum de substàncies	140
<i>Figura 10.</i> Distribució de la mostra segons l'autopercepció de la salut per sexe	141
<i>Figura 11.</i> Comparació puntuació mitjana i desviació dels sumaris físic i mental per sexe	142
<i>Figura 12.</i> Distribució de la mostra segons adherència a la dieta mediterrània per sexe ...	142
<i>Figura 13.</i> Distribució de la mostra segons freqüència de consum d'alcohol segons sexe.	143
<i>Figura 14.</i> Distribució de la mostra segons nombre de consumicions alcohòliques habituals per sexe	144
<i>Figura 15.</i> Distribució de la mostra segons consum de <i>binge drinking</i> per sexe.....	144
<i>Figura 16.</i> Distribució de la mostra segons consum de risc d'alcohol per sexe	145
<i>Figura 17.</i> Distribució de la mostra segons nombre de cigarrets diaris segons sexe.....	145
<i>Figura 18.</i> Estona que passa des que es lleven al matí fins el primer cigarret per sexe.....	146
<i>Figura 19.</i> Distribució de la mostra segons dependència física al tabac segons sexe.....	146
<i>Figura 20.</i> Distribució de la mostra segons dependència psicològica-conductual al tabac per sexe	147
<i>Figura 21.</i> Distribució de la mostra segons consum d'altres substàncies per sexe	147
<i>Figura 22.</i> Puntuació mitjana i desviació de l'escala d'autodescripció física i de la forma física.....	148
<i>Figura 23.</i> Puntuacions mitjanes i desviació estàndard de l'autopercepció física i de la forma física segons sexe	149
<i>Figura 24.</i> Comparació puntuacions mitjanes i desviació de les subescales per sexe.	150
<i>Figura 25.</i> Nivell d'activitat física segons sexe	151
<i>Figura 26.</i> Quantificació MET-minuts/setmana i desviació estàndard segons tipus activitat física.....	151
<i>Figura 27.</i> Quantificació MET-minuts/setmana total i desviació estàndard per sexe	152
<i>Figura 28.</i> Quantificació MET-minuts/setmana i desviació estàndard per tipus d'AF.....	152
<i>Figura 29.</i> Distribució de la mostra segons minuts dedicats a caminar i a fer activitats asseguts per sexe	153
<i>Figura 30.</i> Distribució de la mostra segons pràctica d'AFE actual per sexe.....	154
<i>Figura 31.</i> Distribució dels practicants segons la regularitat de les sessions d'AFE per sexe	154
<i>Figura 32.</i> Distribució dels practicants segons duració mitjana de les sessions d'AFE per sexe	155
<i>Figura 33.</i> Distribució dels practicants segons la intensitat de les sessions d'AFE per sexe	155
<i>Figura 34.</i> Comparació mitjanes i desviacions estàndards segon tipus d'AFE habitual per sexe	156
<i>Figura 35.</i> Comparació de mitjanes i desviacions estàndards amb qui practica AFE per sexe	157
<i>Figura 36.</i> Comparació mitjanes i desviacions estàndards del lloc habitual de pràctica d'AFE per sexe	158
<i>Figura 37.</i> Comparació de mitjanes i desviacions estàndards sobre quan practiquen AFE per sexe	158

<i>Figura 38.</i> Comparació de mitjanes i desviacions estàndard per tipologia de pràctica d'AFE per sexe	159
<i>Figura 39.</i> Distribució de la mostra segons nivell d'AFE des de l'accés a la universitat per sexe	159
<i>Figura 40.</i> Mitjana i desviacions estàndards dels motius al·ludits pels practicants d'AFE segons sexe.....	161
<i>Figura 41.</i> Mitjana i desviacions estàndards dels motius al·ludits per haver abandonat la practica per sexe.....	162
<i>Figura 42.</i> Mitjana i desviacions estàndards dels motius al·ludits per no practicar AFE.....	163
<i>Figura 43.</i> Comparació puntuacions mitjanes i desviacions estàndards segons el nivell d'AF	171
<i>Figura 44.</i> Puntuacions mitjanes i desviacions estàndards de l'autopercepció de la salut segons la pràctica d'AFE en el temps lliure	171
<i>Figura 45.</i> Puntuacions mitjanes del SF-12 segons freqüència, duració i intensitat de la pràctica d'AFE.....	172
<i>Figura 46.</i> Puntuacions mitjanes i desviacions estàndard de l'autopercepció de la salut segons l'adherència a la DM.....	173
<i>Figura 47.</i> Puntuacions mitjanes i desviacions estàndard de l'autopercepció de la salut segons el consum de risc d'alcohol	174
<i>Figura 48.</i> Puntuacions mitjanes i desviacions estàndard de l'autopercepció de la salut segons el consum de tabac	174
<i>Figura 49.</i> Puntuacions mitjanes i desviacions estàndard de l'autopercepció de la salut segons consum de risc de drogues	175
<i>Figura 50.</i> Puntuacions mitjanes i desviacions estàndard de l'autopercepció de la salut segons campus.....	176
<i>Figura 51.</i> Puntuacions mitjanes i desviacions estàndard de l'autodescripció física i forma física segons pràctica d'AFE.....	178
<i>Figura 52.</i> Puntuacions mitjanes i desviacions estàndard de l'autodescripció física i de la forma física segons la pràctica d'AFE en el temps lliure.	178
<i>Figura 53.</i> Puntuacions mitjanes i desviacions estàndard de l'autodescripció física i de la forma física segons sexe	179
<i>Figura 54.</i> Puntuació mitjana de les subescales de l'autodescripció física i de la forma física segons la pràctica d'AFE	180
<i>Figura 55.</i> Puntuacions mitjanes de les subescales de l'autodescripció física i de la forma física per sexe.....	180
<i>Figura 56.</i> Puntuació mitjana de l'autodescripció física i de la forma física segons paràmetres de pràctica d'AFE	181
<i>Figura 57.</i> Puntuació mitjana i desviació estàndard de l'autodescripció física i de la forma física segons l'adherència a la DM	182
<i>Figura 58.</i> Puntuació mitjana i de les subescales segons la qualitat de la dieta.	183
<i>Figura 59.</i> Puntuació mitjana i desviació estàndard de l'autodescripció física i de la forma física segons el consum d'alcohol	184
<i>Figura 60.</i> Puntuació mitjana subescales segons el consum de risc d'alcohol	185
<i>Figura 61.</i> Puntuacions mitjanes i desviacions estàndard de l'autodescripció física i de la forma física segons el consum de tabac.....	186
<i>Figura 62.</i> Puntuació mitjana segons el consum de tabac	187
<i>Figura 63.</i> Puntuació mitjana i desviació estàndard de l'autodescripció física i de la forma física segons els consum d'altres substàncies	187
<i>Figura 64.</i> Puntuació mitjana de les subescales segons els consum d'altres substàncies.	188
<i>Figura 65.</i> Puntuació mitjana i desviació estàndard de l'autodescripció física i de la forma física segons campus	189
<i>Figura 66.</i> Puntuació mitjana segons el campus	190
<i>Figura 67.</i> Quantificació MET-minuts/setmana segons tipus de pràctica d'AFE en el temps lliure	191
<i>Figura 68.</i> Distribució de la mostra segons l'adherència a la DM i pràctica d'AFE.....	192

<i>Figura 69.</i> Distribució de la mostra segons adherència a la DM segons pràctica d'AFE i sexe	192
<i>Figura 70.</i> Distribució de la mostra segons consum d'alcohol i pràctica d'AFE.....	193
<i>Figura 71.</i> Distribució de la mostra segons consum de tabac i pràctica d'AFE	193
<i>Figura 72.</i> Distribució de la mostra segons consum de risc d'altres substàncies segons pràctica d'AFE	194
<i>Figura 73.</i> Distribució de la mostra segons policonsum de substàncies i la pràctica d'AFE.....	194
<i>Figura 74.</i> Distribució de la mostra segons el campus i pràctica d'AFE	195
<i>Figura 75.</i> Distribució de la mostra segons l'adherència a la DM segons el consum d'alcohol	196
<i>Figura 76.</i> Distribució de la mostra segons l'adherència a la DM segons el consum de tabac	197
<i>Figura 77.</i> Distribució de la mostra segons l'adherència a la DM i segons el consum d'altres substàncies	197
<i>Figura 78.</i> Policonsum de substàncies segons l'adherència a la DM.....	198
<i>Figura 79.</i> Distribució de la mostra segons l'adherència a la DM segons Campus.....	198
<i>Figura 80.</i> Distribució de la mostra policonsumidors de tabac i alcohol per sexe	199
<i>Figura 81.</i> Distribució de la mostra policonsumidors d'alcohol i altres substàncies per sexe	200
<i>Figura 82.</i> Distribució de la mostra de policonsumidors de tabac i altres substàncies per sexe	201
<i>Figura 83.</i> Distribució de la mostra segons policonsum de substàncies per sexe	201
<i>Figura 84.</i> Consum d'alcohol de risc segons campus	202
<i>Figura 85.</i> Consum de tabac segons Campus	202
<i>Figura 86.</i> Consum de drogues segons Campus	203
<i>Figura 87.</i> Policonsum de substàncies segons el campus.....	203
<i>Figura 88.</i> Puntuació mitjana i desviació estàndard dels sumaris del SF-12 segons clústers de salut	207
<i>Figura 89.</i> Puntuacions mitjanes del SF-12 segons clústers de salut per sexe	208
<i>Figura 90.</i> Distribució de la mostra segons grups de salut per sexe	209
<i>Figura 91.</i> Grups de salut segons pràctica d'AFE	209
<i>Figura 92.</i> Grups de salut segons l'adherència a la DM.....	210
<i>Figura 93.</i> Puntuacions mitjanes dels clústers segons el consum de substàncies	211
<i>Figura 94.</i> Grups de salut segons el policonsum de substàncies.....	211
<i>Figura 95.</i> Puntuació mitjana i desviació estàndard minuts caminant i asseguts segons clúster salut.....	212
<i>Figura 96.</i> Puntuacions mitjanes de les subescales del PSDQ-s segons clústers de salut	213
<i>Figura 97.</i> Distribució de la mostra segons grups de salut i el campus.....	216
<i>Figura 98.</i> Puntuacions mitjanes dels sumari físic i mental segons consum de tabac, drogues i millor salut per sexe i campus.....	218
<i>Figura 99.</i> Puntuacions mitjanes sumaris SF-12 per grups salut segons pràctica d'AFE per campus	219
<i>Figura 100.</i> Autodescripció física segons consum de tabac, drogues i millor salut per campus	221
<i>Figura 101.</i> Puntuacions mitjanes de les escales del PSDQ-s segons la pràctica d'AFE per campus	223
<i>Figura 102.</i> Puntuació mitjana dels motius de pràctica d'AFE segons pertinença als clústers de salut	225
<i>Figura 103.</i> Exemple del servidor Apache proporcionat pel programari XAMPP.....	347
<i>Figura 104.</i> Exemple de la base de dades del qüestionari proporcionada per MySQL-PhPMyAdmin.	348
<i>Figura 105.</i> Pantalla d'inici del qüestionari.	348

ÍNDEX DE TAULES

Taula 1. <i>Població practicant d'AFE segons enquestes europea, espanyola i catalana</i>	42
Taula 2. <i>Motius de pràctica i no pràctica segons les enquestes europea, espanyola i catalana</i>	47
Taula 3. <i>Instrumentes d'avaluació de l'activitat físicoesportiva</i>	52
Taula 4. <i>Instrumentes d'avaluació de la dieta</i>	60
Taula 5. <i>Definició i terminologia</i>	72
Taula 6. <i>Nivells i categories de consum</i>	72
Taula 7. <i>Mètodes per estimar el consum</i>	73
Taula 8. <i>Qüestionaris per establir el perfil dels fumadors</i>	80
Taula 9. <i>Tipus d'instruments per avaluar la QVRS</i>	102
Taula 10. <i>Instrumentes d'avaluació de la QVRS</i>	102
Taula 11. <i>Instrumentes d'avaluació de l'autodescripció física</i>	113
Taula 12. <i>Contingut de les escales del SF-12</i>	127
Taula 13. <i>Dominis i ítems de l'AUDIT</i>	129
Taula 14. <i>Número i pregunta del PSDQ seleccionades en el PSDQ-s segons categories internes</i>	133
Taula 15. <i>Característiques antropomètriques de la mostra</i>	136
Taula 16. <i>Distribució de la mostra segons la ubicació de la Facultat en els Campus</i>	136
Taula 17. <i>Mitjà de transport habitual per desplaçar-se a la Facultat</i>	137
Taula 18. <i>Transport habitual utilitzat per desplaçar-se a la Facultat segons els Campus</i> ...	137
Taula 19. <i>Distribució de la mostra segons seguiment d'una dieta per perdre pes</i>	138
Taula 20. <i>Distribució de la mostra segons seguiment dieta per perdre pes i practica d'AFE</i>	139
Taula 21. <i>Distribució de la mostra segons canvi d'hàbits des de l'inici dels estudis a la universitat</i>	139
Taula 22. <i>Distribució de la mostra segons el consum de substàncies</i>	140
Taula 23. <i>Distribució de la mostra segons el consum de substàncies per sexe</i>	140
Taula 24. <i>Autopercepció de la salut de la població estudiada per sexe</i>	141
Taula 25. <i>Comparació de les puntuacions mitjanes i desviacions de les subescales física i mental per sexe</i>	142
Taula 26. <i>Distribució de la mostra segons adherència a la dieta mediterrània per sexe</i>	142
Taula 27. <i>Puntuacions mitjanes i desviacions de l'adherència a la dieta mediterrània per sexe</i>	143
Taula 28. <i>Distribució de la mostra segons freqüència de consum d'alcohol per sexe</i>	143
Taula 29. <i>Distribució de la mostra segons nombre de consumicions alcohòliques habituals per sexe</i>	144
Taula 30. <i>Distribució de la mostra segons consum en binge drinking per sexe</i>	144
Taula 31. <i>Distribució de la mostra segons consum de risc d'alcohol per sexe</i>	145
Taula 32. <i>Distribució de la mostra segons nombre de cigarrets diaris segons sexe</i>	145
Taula 33. <i>Distribució de la mostra segons estona que passa des que es lleven al matí i el primer cigarret segons sexe</i>	146
Taula 34. <i>Distribució de la mostra segons dependència física del tabac</i>	146
Taula 35. <i>Distribució de la mostra segons dependència psicològica i conductual al tabac</i>	147
Taula 36. <i>Distribució de la mostra segons consum d'altres substàncies per sexe</i>	147
Taula 37. <i>Puntuacions mitjanes i desviació estàndard de les subescales de l'autoconcepte físic i de la forma física</i>	148
Taula 38. <i>Comparació puntuacions mitjanes i desviació estàndard de les subescales per sexe</i>	149
Taula 39. <i>Nivell d'activitat física segons IPAQ-s per sexe</i>	150
Taula 40. <i>Descriptiva de la quantificació MET-minuts/setmana d'activitat física segons IPAQ-s</i>	151
Taula 41. <i>Quantificació MET-minuts/setmana per tipus activitat física i sexe</i>	152
Taula 42. <i>Minuts dedicats diàriament a caminar segons sexe</i>	152

Taula 43. <i>Distribució mostra segons minuts dedicats diàriament a caminar per sexe</i>	153
Taula 44. <i>Distribució de la mostra segons pràctica d'activitat físicoesportiva per sexe</i>	153
Taula 45. <i>Distribució dels practicants d'AFE segons la regularitat de la pràctica</i>	154
Taula 46. <i>Distribució dels practicants segons la duració mitjana de les sessions d'AFE per sexe</i>	155
Taula 47. <i>Distribució dels practicants segons la intensitat de les sessions d'AFE per sexe</i>	155
Taula 48. <i>Distribució de la població practicant d'AFE segons sigui saludable o no per sexe</i>	156
Taula 49. <i>Comparació mitjanes i desviacions estàndards per tipus d'AFE habitual per sexe</i>	156
Taula 50. <i>Comparació de mitjanes i desviacions estàndards segons amb qui practica AFE per sexe</i>	157
Taula 51. <i>Comparació mitjanes i desviacions estàndards segons lloc habitual de pràctica d'AFE per sexe</i>	157
Taula 52. <i>Comparació de mitjanes i desviacions estàndards sobre quan practiquen AFE per sexe</i>	158
Taula 53. <i>Comparació de mitjanes i desviacions estàndard per tipologia de pràctica d'AFE per sexe</i>	159
Taula 54. <i>Distribució de la mostra segons nivell d'AFE des de l'accés a la universitat segons sexe</i>	159
Taula 55. <i>Distribució de la mostra segons nivell de pràctica d'AFE des de l'accés a la universitat del total de la població estudiada</i>	160
Taula 56. <i>Pesos factorials, valors propis i variància explicada pels motius de pràctica d'AFE</i>	160
Taula 57. <i>Mitjana i desviacions estàndards dels motius al·ludits pels practicants segons sexe</i>	161
Taula 58. <i>Pesos factorials, valors propis i variància explicada pels motius de no pràctica d'AFE</i>	161
Taula 59. <i>Mitjana i desviacions estàndards dels motius al·ludits per no practica AFE</i>	162
Taula 60. <i>Pesos factorials, valors propis i variància explicada pels motius d'abandonament de la pràctica d'AFE</i>	163
Taula 61. <i>Mitjana i desviacions estàndards dels motius al·ludits per no practicar AFE</i>	163
Taula 62. <i>Comparació de les puntuacions mitjanes i desviacions estàndard segons la pràctica d'AF</i>	170
Taula 63. <i>Prova diferència mínima significativa entre el SF-12 i l'IPAQ-s</i>	170
Taula 64. <i>Puntuacions mitjanes i desviacions estàndards de l'autopercepció de la salut segons la pràctica d'AFE en el temps lliure</i>	171
Taula 65. <i>Puntuacions mitjanes del sumari físic i mental segons característiques de la pràctica</i>	172
Taula 66. <i>Puntuacions mitjanes i desviacions estàndard de l'autopercepció de la salut segons l'adherència a la dieta mediterrània</i>	173
Taula 67. <i>Puntuacions mitjanes i desviacions estàndard de l'autopercepció de la salut segons el consum de risc d'alcohol</i>	173
Taula 68. <i>Puntuacions mitjanes i desviacions estàndard de l'autopercepció de la salut segons el consum de tabac</i>	174
Taula 69. <i>Puntuacions mitjanes i desviacions estàndard de l'autopercepció de la salut segons el consum de risc de drogues</i>	175
Taula 70. <i>Puntuacions mitjanes i desviacions estàndard de l'autopercepció de la salut segons campus</i>	175
Taula 71. <i>Comparacions parcials múltiples, test Bonferroni</i>	176
Taula 72. <i>Puntuacions mitjanes i desviacions estàndard de l'autodescripció física i de la forma física segons la pràctica d'AF</i>	177
Taula 73. <i>Comparacions parcials múltiples, test Bonferroni</i>	177

Taula 74. <i>Puntuacions mitjanes i desviacions estàndard de l'autodescripció física i de la forma física segons la pràctica d'AFE en el temps lliure</i>	178
Taula 75. <i>Puntuacions mitjanes i desviacions estàndard de l'autodescripció física i de la forma física segons sexe</i>	179
Taula 76. <i>Puntuació mitjana i desviació estàndard de les subescales segons la pràctica d'AFE</i>	179
Taula 77. <i>Puntuacions mitjanes i desviació estàndard de l'autodescripció física i de la forma física segons paràmetres de pràctica</i>	181
Taula 78. <i>Puntuacions mitjanes i desviacions estàndard de l'autodescripció física i de la forma física segons l'adherència a la dieta mediterrània</i>	181
Taula 79. <i>Comparacions parcials múltiples, test Bonferroni</i>	182
Taula 80. <i>Puntuació mitjana i desviació estàndard de les subescales segons la qualitat de la dieta</i>	183
Taula 81. <i>Puntuació mitjana i desviació estàndard de l'autodescripció física i de la forma física segons el consum d'alcohol</i>	184
Taula 82. <i>Puntuació mitjana i desviació estàndard de les subescales segons el consum de risc d'alcohol</i>	185
Taula 83. <i>Puntuació mitjana i desviació estàndard l'autodescripció física i de la forma física segons el consum de tabac</i>	186
Taula 84. <i>Puntuació mitjana i desviació estàndard subescales de l'autodescripció física i de la forma física segons el consum de tabac</i>	186
Taula 85. <i>Puntuació mitjana i desviació estàndard de l'autodescripció física i de la forma física segons els consum d'altres substàncies</i>	187
Taula 86. <i>Puntuació mitjana i desviació estàndard de les subescales segons els consum d'altres substàncies</i>	188
Taula 87. <i>Puntuació mitjana i desviació estàndard de l'autodescripció física i de la forma física segons campus</i>	189
Taula 88. <i>Prova diferència mínima significativa entre PSDQ-s i Campus</i>	189
Taula 89. <i>Puntuació mitjana i desviació estàndard segons el campus</i>	190
Taula 90. <i>Quantificació MET-minuts/setmana segons tipus practica d'AFE en el temps lliure</i>	191
Taula 91. <i>Distribució de la mostra segons l'adherència a la DM i pràctica d'AFE</i>	192
Taula 92. <i>Distribució de la mostra segons adherència a la DM segons pràctica d'AFE i sexe</i>	192
Taula 93. <i>Distribució de la mostra segons consum d'alcohol i pràctica d'AFE</i>	193
Taula 94. <i>Distribució de la mostra segons consum de tabac i pràctica d'AFE</i>	193
Taula 95. <i>Distribució de la mostra segons consum de risc d'altres substàncies segons pràctica d'AFE</i>	194
Taula 96. <i>Distribució de la mostra segons policonsum de substàncies i la pràctica d'AFE</i> 194	
Taula 97. <i>Distribució de la mostra segons el campus i pràctica d'AFE</i>	195
Taula 98. <i>Distribució de la mostra segons l'adherència a la dieta mediterrània segons el consum d'alcohol</i>	196
Taula 99. <i>Distribució de la mostra segons l'adherència a la dieta mediterrània segons el consum de tabac</i>	196
Taula 100. <i>Distribució de la mostra segons l'adherència a la DM i segons el consum d'altres substàncies</i>	197
Taula 101. <i>Distribució de la mostra segons policonsum i l'adherència a la DM</i>	198
Taula 102. <i>Distribució de la mostra segons l'adherència a la DM segons Campus</i>	198
Taula 103. <i>Distribució de la mostra de policonsumidors de tabac i alcohol per sexe</i>	199
Taula 104. <i>Distribució de la mostra policonsumidors d'alcohol i altres substàncies per sexe</i>	200
Taula 105. <i>Distribució de la mostra de policonsumidors de tabac i altres substàncies</i>	200
Taula 106. <i>Distribució de la mostra segons policonsum de substàncies per sexe</i>	201
Taula 107. <i>Consum de risc d'alcohol segons campus</i>	202
Taula 108. <i>Consum de tabac segons Campus</i>	202

Taula 109. <i>Consum de drogues segons Campus</i>	203
Taula 110. <i>Policonsum de substàncies segons el campus</i>	203
Taula 111. <i>Distribució dels participants en l'estudi segons clústers de millor salut i pitjor salut</i>	207
Taula 112. <i>Puntuacions mitjanes del SF-12 segons clústers de salut per sexe</i>	208
Taula 113. <i>Distribució de la mostra segons grups de salut per sexe</i>	208
Taula 114. <i>Grups de salut segons la pràctica d'AFE</i>	209
Taula 115. <i>Grups de salut segons l'adherència a la DM</i>	210
Taula 116. <i>Puntuacions mitjanes i desviacions dels clústers segons el consum de substàncies</i>	210
Taula 117. <i>Grups de salut segons el policonsum de substàncies</i>	211
Taula 118. <i>Puntuació mitjana i desviació estàndard de minuts caminant i asseguts segons clústers de salut</i>	212
Taula 119. <i>Distribució dels participants en l'estudi segons clústers de millor salut i pitjor salut i autodescripció física i de la forma física</i>	212
Taula 120. <i>Puntuació mitjana i desviació estàndard segons les subescales del PSDQ-s</i> ..	213
Taula 121. <i>Distribució segons les subescales del PSDQ-s i el sexe</i>	214
Taula 122. <i>Prova d'efectes intersubjectes de subescales del PSDQ-s, segons clúster salut i sexe</i>	215
Taula 123. <i>Distribució de la mostra segons grups de salut i el Campus</i>	215
Taula 124. <i>Sumari físic i mental segons grups de salut, campus, sexe, consum de tabac i altres substàncies</i>	217
Taula 125. <i>Proves d'efectes inter-subjectes de les variables SF-12, sexe, campus i consum de tabac i drogues</i>	218
Taula 126. <i>Puntuacions mitjanes del sumari físic i mental segons la pràctica d'AFE per Campus</i>	219
Taula 127. <i>Prova d'efectes inter-subjectes de les variables del SF-12, sexe, campus i AFE</i>	220
Taula 128. <i>Autodescripció per sexe, campus i consum de tabac, drogues i salut</i>	221
Taula 129. <i>Proves d'efectes inter-subjectes de les variables del PSDQ-s, sexe, campus i consum tabac, drogues i salut</i>	222
Taula 130. <i>Puntuacions mitjanes de l'autodescripció física i de la forma física segons pràctica d'AFE per Campus</i>	223
Taula 131. <i>Prova d'efectes inter-subjectes de la variables del PSDQ-s, sexe, campus i AFE</i>	224
Taula 132. <i>Pertinença als clústers de salut segons motius al·ludits per la pràctica d'AFE</i> ..	225
Taula 133. <i>Model de regressió logística</i>	226

RESUM

Avui dia ningú posa en qüestió que el desenvolupament socioeconòmic ha aportat grans millores en la salut però també representa nous riscos sanitaris relacionats amb les conductes i els estils de vida, fonamentalment, com a resultat de canvis en les rutines diàries que afecten l'alimentació i l'activitat física, a la vegada que s'ha produït un increment en el consum de substàncies, sobretot entre els més joves.

Les proves empíriques permeten afirmar que les conductes i els hàbits tenen un impacte molt important en la salut i la qualitat de vida en la mesura que, la seva presència o absència, poden constituir un factor de risc o de protecció per a l'individu.

El procés pel qual la gent s'involucra en un determinat estil de vida és complex i es veu influenciat per múltiples factors d'índole personal, social i/o ambiental i, tot i que la majoria dels joves són conscients de quins són els hàbits que haurien de desenvolupar, consideren que el tema de la salut i els problemes derivats dels hàbits no saludables és una cosa llunyana i que a ells no els afecta.

La universitat és un espai de vida quotidiana en què les persones treballen, es diverteixen, aprenen i viuen i on es configura la salut, el benestar i la qualitat de vida, present i futura. Per tant, és un lloc estratègic per promoure patrons de comportament saludables, aprendre i consolidar actituds personals i professionals, incloent els estils de vida.

Malgrat això, molts estudiants es veuen sotmesos a pressió a causa de les activitats acadèmiques, sense temps i motivació per a la pràctica d'activitat física i més exposats a hàbits nocius i una mala alimentació. Es tracta, per tant, d'un grup vulnerable per a l'adquisició de conductes poc saludables que, de vegades, abandonen quan arriben a l'edat adulta però que, en altres, determinaran la salut amb la qual afrontaran la resta de la seva vida.

Els objectius d'aquesta tesi són descriure i identificar possibles patrons d'estil de vida d'una mostra representativa d'estudiants de la Universitat de Girona i si aquests patrons influeixen en l'autopercepció de la salut, l'autoconcepte físic i la pràctica d'activitat físicoesportiva.

Pel que fa a la metodologia es tracta d'un disseny observacional, descriptiu i transversal d'una mostra representativa d'estudiants de grau de la UdG. Es van analitzar les següents variables: salut autopercebuda (SF-12), autodescripció física (PSDQ-s), activitat física (IPAQ), adherència a la dieta mediterrània (KIDMED), consum d'alcohol (AUDIT), dependència física i psicològica conductual al tabac (Fagerström i Glover-Nilson), consum d'altres substàncies (CAGE-AID) i característiques de la pràctica d'activitat físicoesportiva (qüestionari *ad hoc*).

Els principals resultats obtinguts són que un percentatge elevat dels estudiants de la UdG desenvolupen hàbits de vida que disten del que seria recomanable per a aquest grup d'edat. Un 29,5% de la població estudiada es poden considerar inactius físicament. La pràctica d'activitat físicoesportiva del 49,3% no aconsegueix amb les recomanacions de l'OMS (2010) per a obtenir beneficis per a la salut. Més del 60% necessiten millorar la seva dieta. Un 40,9% són fumadors, un 24,8% fan un consum de risc d'alcohol i un 50,3% fan un consum de risc d'altres substàncies.

Els resultats confirmen diferències d'estil de vida entre dones i homes, sent més saludable el de les dones, a excepció de la pràctica d'activitat físicoesportiva i el consum de tabac.

Sembla que aquestes dades no afecten de manera significativa a la seva salut percebuda, ja que un 91,9% considera que la seva salut és bona, molt bona o excel·lent, ni tampoc afecten a l'autodescripció física i de la forma física.

Cal tenir en compte però que, en general, aquells que presenten un estil de vida més saludable s'autoperceben amb millor estat de salut, sobretot mental; s'autodescriuen amb puntuacions més elevades, principalment en la dimensió de la forma física, i presenten una prevalença de pràctica d'activitat físicoesportiva superior.

Aquesta influència és més perceptible entre els homes que entre les dones i entre aquells que cursen estudis relacionats amb les ciències de la salut que entre aquells que cursen estudis relacionats amb les àrees de lletres, educació i psicologia.

La pràctica d'activitat físicoesportiva té una influència positiva sobre altres hàbits de vida, sobretot, en el consum de substàncies, principalment entre els homes, i en la salut mental autopercebuda, fonamentalment, en les dones.

En l'anàlisi d'agrupació de conglomerats (clúster) es van identificar dos patrons de salut: Millor salut (76,2%) i Pitjor Salut (23,8%). Els homes (83,3%) pertanyen al grup de Millor salut, molt per sobre de les dones (69,5%).

El grup de Millor Salut es percep amb millor salut mental però amb pitjor salut física. Els hàbits de vida no afecten de manera estadísticament significativa a la pertinença a un grup o l'altre, encara que un major nombre d'estudiants d'aquest grup practica AFE, s'alimenten de manera més òptima, no consumeixen tabac i fan un menor consum de risc d'alcohol però consumeixen més altres substàncies. També aquest grup presenten puntuacions més elevades en l'escala de l'autodescripció física i de la forma física.

El Campus del Barri Vell és el que presenta un major nombre d'estudiants classificats en el grup de Pitjor Salut (28,4%), conseqüència d'un percentatge superior (37,0%) de dones que hi pertanyen en comparació a les estudiants d'altres Campus.

Per últim, l'anàlisi de regressió logística mostra que, en igualtat de la resta de variables, a major pràctica d'AFE menor és el risc de consum de substàncies i millors puntuacions en salut mental.

Les principals conclusions d'aquesta tesi són que la influència positiva dels hàbits saludables és molt important a l'hora de proposar accions per millorar l'estil de vida dels estudiants de la universitat. Cal un enfocament holístic de la salut, que abasti múltiples comportaments, aprofitant els efectes sinèrgics entre comportaments. Sobretot, la interconnexió entre l'activitat físicoesportiva, els patrons de conducta i la salut mental.

Aquestes intervencions transversals i multidisciplinars, basades en l'agrupació de comportaments detectats, respectant l'especificitat de gènere i d'estudis cursats, aprofitant les oportunitats educatives tant formals com informals, poden donar millors resultats i ser més rendibles i eficients que intervencions orientades a un sol comportament.

Aquestes accions, amb l'activitat físicoesportiva com a nucli, i basant-se en un aprenentatge orientat a la transferència, permetran repercutir, simultàniament, en diverses conductes.

Aquelles universitats que disposen de facultats especialitzades en Ciències de l'Activitat Física i l'Esport podrien aprofitar els seu coneixement dotant-les d'un paper important a l'hora de dissenyar plans i programes.

RESUMEN

Hoy en día nadie cuestiona que el desarrollo socioeconómico ha aportado grandes mejoras en la salud, pero también representa nuevos riesgos sanitarios relacionados con las conductas y los estilos de vida, fundamentalmente, como resultado de cambios en las rutinas diarias que afectan la alimentación y la actividad física, a la vez que se ha producido un incremento en el consumo de sustancias, sobre todo entre los más jóvenes.

Las pruebas empíricas permiten afirmar que las conductas y los hábitos tienen un impacto muy importante en la salud y la calidad de vida en la medida en que, su presencia o ausencia, pueden constituir un factor de riesgo o de protección para el individuo.

El proceso por el que la gente se involucra en un determinado estilo de vida es complejo y se ve influenciado por múltiples factores de índole personal, social y/o ambiental y, aunque la mayoría de los jóvenes son conscientes de cuáles son los hábitos que deberían desarrollar, consideran que el tema de la salud y los problemas derivados de los hábitos no saludables es algo lejano y que a ellos no les afecta.

La universidad es un espacio de vida cotidiana en que las personas trabajan, se divierten, aprenden y viven y donde se configura la salud, el bienestar y la calidad de vida, presente y futura. Por lo tanto, es un lugar estratégico para promover patrones de comportamiento saludables, aprender y consolidar actitudes personales y profesionales, incluyendo los estilos de vida.

Sin embargo, muchos estudiantes se ven sometidos a presión debido a las actividades académicas, sin tiempo y motivación para la práctica de actividad física y más expuestos a hábitos nocivos y una mala alimentación. Se trata, por tanto, de un grupo vulnerable para la adquisición de conductas poco saludables que, a veces, abandonan cuando llegan a la edad adulta pero que, en otros, determinarán la salud con la que afrontarán el resto de su vida.

Los objetivos de esta tesis son describir e identificar posibles patrones de estilo de vida de una muestra representativa de estudiantes de la Universidad de Girona y si estos patrones influyen en la autopercepción de la salud, la autodescripción física y la práctica de actividad física.

En referencia a la metodología utilizada, se trata de un diseño observacional, descriptivo y transversal de una muestra representativa de estudiantes de grado de la UdG. Se analizaron las siguientes variables: salud autopercebida (SF-12), autodescripción física (PSDQ-s), actividad física (IPAQ), adherencia a la dieta mediterránea (KIDMED), consumo de alcohol (AUDIT), dependencia física i psicológica conductual al tabaco (Fagerström i

Glover-Nilson), consumo de otras sustancias (CAGE-AID) y características de la práctica de actividad físicodeportiva (cuestionario *ad hoc*).

Los principales resultados obtenidos son que un porcentaje elevado de los estudiantes de la Universidad de Girona desarrollan hábitos de vida que distan de lo que sería recomendable para este grupo de edad. Un 29,5% de la población estudiada se pueden considerar inactivos físicamente. La práctica de actividad físicodeportiva 49,3% no cumple con las recomendaciones de la OMS (2010) para obtener beneficios para la salud. Más del 60% necesitan mejorar su dieta. Un 40,9% son fumadores, un 24,8% tienen un consumo de riesgo de alcohol y un 50,3% tienen un consumo de riesgo de otras sustancias.

Los resultados confirman diferencias de estilo de vida entre mujeres y hombres, siendo más saludable el de las mujeres, a excepción de la práctica de actividad físico-deportiva y el consumo de tabaco.

Parece que estos datos no afectan de manera significativa a su salud percibida, ya que un 91,9% considera que su salud es buena, muy buena o excelente, ni tampoco afectan a su autodescripción física y de la forma física.

Hay que tener en cuenta sin embargo que, en general, aquellos que presentan un estilo de vida más saludable autoperceben con mejor estado de salud, sobre todo mental; se autodescriben con puntuaciones más elevadas, principalmente en la dimensión de la forma física, y presentan una prevalencia de práctica de actividad físicodeportiva.

Esta influencia es más perceptible entre los hombres que entre las mujeres y entre aquellos que cursan estudios relacionados con las ciencias de la salud que entre aquellos que cursan estudios relacionados con las áreas de letras, educación y psicología.

La práctica de actividad físicodeportiva tiene una influencia positiva sobre otros hábitos de vida, sobre todo, en el consumo de sustancias, principalmente entre los hombres, y en la salud mental autopercebida, fundamentalmente, en las mujeres.

En el análisis de agrupación de conglomerados (cluster) se identificaron dos patrones de salud: Mejor salud (76,2%) y Peor Salud (23,8%). Los hombres (83,3%) pertenecen al grupo de Mejor salud, muy por encima de las mujeres (69,5%).

El grupo de Mejor Salud se percibe con mejor salud mental pero con peor salud física. Los hábitos de vida no afectan de manera estadísticamente significativa en la pertenencia a un grupo u otro, aunque un mayor número de estudiantes de este grupo practica AFE, se alimentan de manera más óptima, no consumen tabaco y hacen un menor consumo de riesgo de alcohol pero consumen más otras sustancias. También este grupo presentan puntuaciones más elevadas en la escala de la autodescripción física y de la forma física.

El Campus del casco antiguo es el que presenta un mayor número de estudiantes clasificados en el grupo de Peor Salud (28,4%), consecuencia de un porcentaje superior (37,0%) de mujeres que pertenecen en comparación a las estudiantes de otros Campus.

Por último, el análisis de regresión logística muestra que, en igualdad del resto de variables, a mayor práctica de actividad físicodeportiva menor es el riesgo de consumo de sustancias y mejores puntuaciones en salud mental.

Las principales conclusiones son que la influencia positiva de los hábitos saludables es muy importante a la hora de proponer acciones para mejorar el estilo de vida de los estudiantes de la Universidad. Se requiere un enfoque holístico de la salud, que abarque múltiples comportamientos, aprovechando los efectos sinérgicos entre comportamientos. Sobre todo, la interconexión entre la actividad físicodeportiva, los patrones de conducta y la salud mental.

Estas intervenciones transversales y multidisciplinarias, basadas en la agrupación de comportamientos detectados, respetando la especificidad de género y de estudios cursados, aprovechando las oportunidades educativas tanto formales como informales, pueden dar mejores resultados y ser más rentables y eficientes que intervenciones orientadas a un solo comportamiento.

Estas acciones, con la actividad físicodeportiva como núcleo, y basándose en un aprendizaje orientado a la transferencia, permitirán repercutir, simultáneamente, en diversas conductas.

Aquellas universidades que disponen de facultades especializadas en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte podrían aprovechar su conocimiento dotándolas de un papel importante a la hora de diseñar planes y programas.

ABSTRACT

No one today disputes that socioeconomic development has brought about great improvements in health but also poses new health risks related to behaviours and lifestyles, mainly as a result of changes in daily routines that affect health, diet and physical activity. At the same time there has been an increase in substance use, especially among young people.

Empirical evidence suggests that behaviours and habits have a very significant impact on health and quality of life insofar as their presence or absence can be a risk or protective factor for the individual.

The process by which people become involved in a particular lifestyle is complex and influenced by multiple personal, social and/or environmental factors. Although most young people are aware of the habits that they should develop, they consider that the issues of health and problems arising from unhealthy habits are distant and do not affect them.

The university is an everyday living space in which people work, have fun, learn and configure their health, well-being and quality of life, in the present and for the future. Therefore, it is a strategic place to promote healthy behaviour patterns, to learn and consolidate personal and professional attitudes, including lifestyles.

Despite this, many students find themselves under pressure due to academic workloads, without time or motivation to do physical activity, and exposed to harmful habits and poor nutrition. They are therefore vulnerable to the acquisition of unhealthy behaviours, which at times are left behind when they reach adulthood, but which in some cases determine life-long health conditions.

The objectives of this thesis are to describe and identify possible lifestyle patterns from a representative sample of students at the University of Girona [UdG], and analyse whether these patterns influence self-perception of health, physical self-concept and physical activity.

Regarding methodology, this is an observational, descriptive and cross-sectional design of a representative sample of undergraduate students from the UdG. The following variables were analysed: self-perceived health (SF-12), physical self-description (PSDQ-s), physical activity (IPAQ), adherence to the Mediterranean diet (KIDMED), alcohol consumption (AUDIT), physical and psychological behavioral dependence on tobacco (Fagerström and Glover-Nilson), consumption of other substances (CAGE-AID), and level and characteristics of sport/physical activity (ad hoc questionnaire).

The main results obtained demonstrate that a high percentage of the students of the UdG develop habits different from what would be advisable for this age group. 29.5% of the study

population may be considered physically inactive. 49.3% do not comply with the recommendations of the WHO (2010) for health benefits. More than 60% need to improve their diet. 40.9% are smokers, 24.8% are at-risk alcohol consumers and 50.3% are at-risk consumers of other substances.

The results confirm lifestyle differences between women and men, with women being healthier, apart from in the practice of physical activity and smoking.

It seems that this data does not significantly affect their perceived health, as 91.9% consider their health to be good, very good or excellent. Neither does it affect self-description of physical fitness.

However, in general terms, those who lead a healthier lifestyle perceive themselves as having better health, especially regarding mental health; self-described with higher scores, mainly in the physical dimension; and do more physical activity.

This influence is more noticeable among men than among women and between those pursuing studies in the health sciences than among those pursuing studies in the fields of literature, education and psychology.

Practising sport or physical activity has a positive effect on other life habits, especially in substance use, mainly among men, and in self-perceived mental health, mainly in women.

Two cluster patterns were identified in the cluster analysis: Best Health (76.2%) and Worst Health (23.8%). Men (83.3%) belong to the group of Best Health, far above women (69.5%).

The Best Health group is perceived as having better mental health but poorer physical health. In statistical terms lifestyle habits do not significantly affect belonging to one group or the other, although a greater number of students in this group practice sport or physical activity, eat better, do not smoke, and have a lower risk level of alcohol consumption but consume more substances. This group also scores higher on the physical self and physical fitness scale.

The Barri Vell Campus has the highest number of students classified in the Worst Health group (28.4%), as a result of a higher percentage (37.0%) of women students compared to other campuses.

Finally, logistic regression analysis shows that, like the rest of the variables, the more sport or physical activity practised, the lower the risk of substance abuse and better mental health scores.

The main conclusions are that the positive influence of healthy habits is very important when making proposals to improve the lifestyle of university students, and that a holistic approach

to health which encompasses multiple behaviours is needed, facilitating the synergistic effects amongst behaviours - above all, the interconnectedness between physical and sports activity, behaviour patterns, and mental health.

Such transversal multidisciplinary interventions, based on the grouping of detected behaviours, while respecting gender specificity and the courses studied, taking advantage of both formal and informal educational opportunities, can give better results and be more beneficial and efficient than interventions oriented towards one single behaviour.

These actions, with physical and sports activity as the core, and based on transfer-oriented learning, will be able to have an impact on several behaviours simultaneously.

Those universities that have specialized faculties in Physical Activity and Sport Sciences could exploit their knowledge by playing an important role in designing future plans and programmes.

INTRODUCCIÓ

La recerca que es presenta té com a objectiu principal conèixer quins són els hàbits de vida desenvolupats per una mostra representativa d'estudiants de la UdG i com influeixen en l'autopercepció de la salut, l'autodescripció física i la pràctica d'activitat físicoesportiva.

L'interès per aquest tema es va anar gestant al llarg de la meua vida professional al capdavant d'una instal·lació esportiva. Durant aquests anys vaig copsar la importància i la necessitat de desenvolupar hàbits de vida saludables. El fet de treballar a la universitat m'ha permès orientar aquest interès a aprofundir en el coneixement dels hàbits de vida dels universitaris.

En un inici, la necessitat de disposar d'un tema de tesi doctoral ben acotat, em va decantar per l'estudi dels hàbits esportius dels estudiants universitaris, ja que segons el Consejo Superior de Deportes [CSD] (2010), en el *Plan integral para la actividad física y el deporte*, en el dossier corresponent a Deporte en la universidad (Hernando Domingo, 2009), són els grans desconeguts i, la majoria d'estudis que analitzen aquest col·lectiu ho han fet de manera sectorial. Cal tenir en compte que és en aquestes edats quan es produeix un gran daltabaix en el nivell de pràctica i, per tant, aquesta etapa es converteix en un predictor del nivell de dedicació en l'edat adulta. A més, és aquest col·lectiu el que primer mostra els canvis que s'aniran estenent després en el conjunt de la societat (García Ferrando, 1986; Ruiz-Juan i Garcia Montes, 2002).

A mesura que desenvolupàvem el tema i amb les primeres lectures, ens vàrem adonar que potser era més interessant abastar més aspectes relacionats amb la salut i amb el desenvolupament d'hàbits saludables, per tal de no caure en el mateix error que apuntava el CSD.

S'ha produït un increment exponencial de campanyes per fomentar hàbits saludables, com L'Estratègia Mundial de l'Organització Mundial de la Salut [OMS] sobre règim alimentari, Activitat Física i Salut (OMS, 2004), l'Estratègia per a la nutrició, activitat física i prevenció de l'obesitat [NAOS] (Ministerio de Sanidad. Servicios Sociales e Igualdad, 2005), PAFES (A. González, 2005), Programa PERSEO (AESAN, 2007), "Come sano y muévete: 12 decisiones saludables" (Calañas et al., 2008), el Pla integral per a la promoció de la salut mitjançant l'activitat física i l'alimentació saludable [PAAS] (Departament de Salut, 2008), entre d'altres.

Aquestes campanyes s'adrecen a diferents col·lectius, amb l'objectiu de reduir l'augment de les malalties no transmissibles, provocades pel sobrepès i l'obesitat, el sedentarisme, una dieta no equilibrada i l'augment d'hàbits nocius com el consum de tabac, alcohol i/o substàncies il·legals.

Els hàbits no saludables i modificables s'estableixen, generalment, durant la joventut. Per tant, aquest grup que es vol estudiar és molt vulnerable pel que respecta a l'adopció d'un estil de vida i està exposat a conductes de risc per a la salut, que tindran un impacte significatiu en l'edat adulta (Gil Madrona, Gonzalez, Pastor, i Gómez, 2008; Telama, 2009).

Com a part d'aquest grup, els universitaris estan més fàcilment exposats a comportaments que representen riscos, a causa dels canvis d'horaris, independència que experimenten quan accedeixen a la universitat, s'enfronten a costums diferents, a altre tipus d'activitats, a personalitats diferents... i per a molts, es produeix la transició de viure amb la família a ser responsables de sí mateixos. També es produeix un augment de les hores d'estudi amb el consegüent increment d'actituds sedentàries i una disminució del temps d'oci (Arnett, 2000, 2001, 2004, 2007; Arnett i Tanner, 2006; Dodd, Al-Nakeeb, Nevill, i Forshaw, 2010; García-Laguna, García-Salamanca, Tapiero-Paipa, i Ramos, 2012).

L'existència de la xarxa d'universitats saludables, de la qual la UdG n'és membre, té com a objectiu fonamental, potenciar la universitat com entorn promotor de la salut. Per tant, es converteix en un marc incomparable per plantejar programes d'intervenció específics basats en el coneixement dels hàbits de vida desenvolupats pels seus estudiants (Ministerio de Sanidad. Política Social e Igualdad, 2016).

En investigacions realitzades en aquest camp s'han desenvolupat molts qüestionaris però, la majoria d'ells avalua un o diversos hàbits de vida i no la relació existent entre ells. Per tant, no permet correlacionar els resultats i establir comparacions (Garcia et al., 2010; Moreno, 2012; Ortiz-Moncada, Norte, Zaragoza, Fernández, i Davó, 2012; Romaguera et al., 2011).

És per això, que en aquesta investigació hem optat per la construcció d'un qüestionari, que interrelacioni diferents aspectes (autopercepció de la salut, autodescripció física, dieta, activitat física i consum de substàncies) a partir de qüestionaris validats i que disposen de normes de referència i que s'han fet servir en centres d'atenció primària, en pràctica clínica i en investigació.

Per tot això, la recerca que es presenta es concreta en l'objectiu general següent:

Descriure i identificar possibles patrons d'estil de vida d'una mostra representativa d'estudiants de la Universitat de Girona i si aquests influeixen en l'autopercepció de la salut, l'autoconcepte físic i la pràctica d'activitat fisicoesportiva.
--

Aquest objectiu general es concretarà en objectius més específics i hipòtesis de treball que es detallaran en l'apartat de justificació de la recerca.

Un cop identificat el què es vol estudiar i amb quin col·lectiu, presentem com s'ha estructurat aquesta recerca, la qual està dividida en sis parts.

En la primera part "Marc teòric", el capítol 1 està dedicat a la qualitat de vida relacionada amb la salut i la seva relació amb l'estil de vida (hàbits saludables i nocius per a la salut) desenvolupat pels joves i, en concret, els joves universitaris.

El capítol 2, està dedicat l'autopercepció de la salut, com a mesura subjectiva de la qualitat de vida relacionada amb la salut, i la influència que tenen els hàbits desenvolupats en aquesta percepció, especialment entre els joves universitaris.

En el capítol 3, s'analitza l'autodescripció física, la seva evolució al llarg del cicle vital, incidint en l'etapa juvenil, la relació amb els hàbits de vida i la seva mesura.

En la segona part es justifica la recerca i es detallen els objectius i les hipòtesis de partida.

En la part III "Metodologia", s'exposa la metodologia emprada, en aquest estudi. En el capítol 4 es presenta el disseny de la recerca, les característiques de la mostra seleccionada, les fases de l'experiència, el procediment de recollida d'informació i les variables analitzades. A continuació, en el capítol 5, s'exposen els instruments utilitzats per a la seva avaluació. Per últim, en el capítol 6 es descriu el pla d'anàlisi estadístic.

En la part IV "Anàlisis estadístiques", es mostren els resultats de la investigació a partir de l'anàlisi de les diferents variables plantejades.

En la part V, es presenta la discussió dels resultats obtinguts.

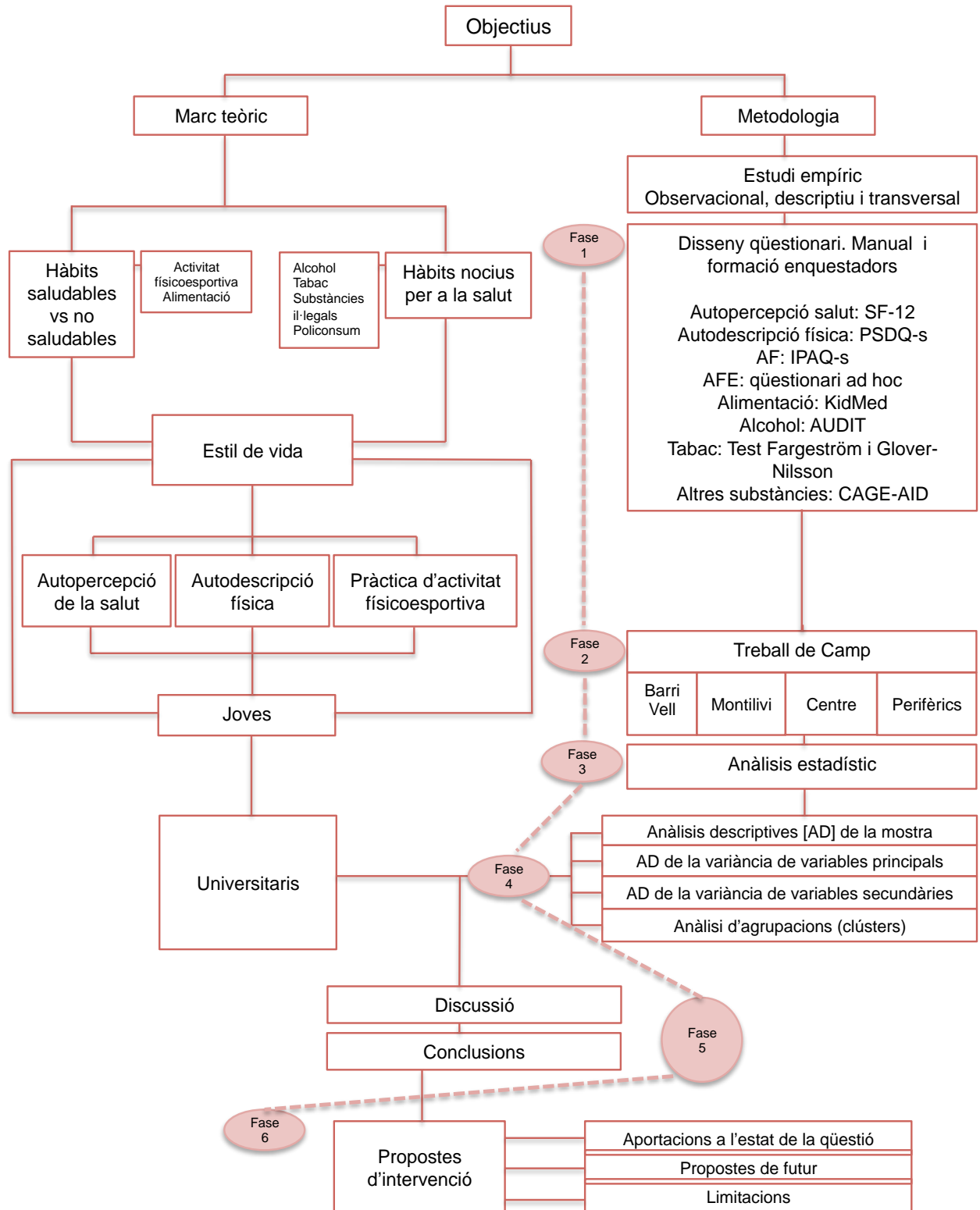
En la part VI s'exposen les conclusions, les propostes i implicacions de futur i les limitacions d'aquest estudi.

A continuació, es mostren les referències bibliogràfiques mencionades al llarg del present treball.

Per últim, en l'apartat d'annexos s'adjunta el qüestionari utilitzat en aquesta investigació, el manual dels enquestadors i es presenta el qüestionari utilitzat i el manual elaborat per als enquestadors i les especificacions del programa informàtic desenvolupat per a la seva aplicació en els ordinadors portàtils i el consentiment informat.

A continuació, presentem de manera esquemàtica el procediment de la investigació.

PROCEDIMENT DE LA INVESTIGACIÓ



Part I: MARC TEÒRIC

Capítol 1. La Qualitat de Vida relacionada amb la salut

Avui en dia, no hi ha dubte que el desenvolupament socioeconòmic ha portat grans millores per a la salut però també, representa nous riscos sanitaris relacionats amb els estils de vida, fonamentalment, resultat de canvis en les rutines diàries que afecten l'alimentació i l'activitat física. Al mateix temps, s'ha incrementat el consum de substàncies, sobretot entre els més joves.

En els països desenvolupats s'ha produït un descens progressiu de les malalties infeccioses i virals però, alhora, un augment considerable de les malalties cròniques-degeneratives no transmissibles que, segons l'Organització Mundial de la Salut¹, són la causa principal de mort prematura, mortalitat i morbiditat (OMS, 2013).

Per tant, la tendència actual a l'augment de l'esperança de vida no assegura que la qualitat, amb què la població afrontarà aquests anys de més, serà la més adequada (Quiles, Pérez, Serra-Majem, Román, i Aranceta, 2008; Sanchez Bañuelos, 1996). A més, no es pot oblidar el conseqüent increment de despeses sanitàries que això representa.

En el Preàmbul de la Constitució de l'OMS es menciona que la salut és un estat de complet benestar físic, mental i social i no solament l'absència d'afeccions i malalties (OMS, 1948). Malgrat sembli una definició senzilla va representar un important avançament en la manera d'entendre la salut. Es converteix en un concepte multifactorial que abasta, també, les dimensions psicològiques i social i no, exclusivament, les relacionades amb la dimensió física i/o biològica de l'ésser humà.

Aquesta definició de l'OMS, encara vigent avui en dia, considera la salut com un continu. No es tracta d'una qüestió de tot o res. És un concepte dinàmic i relatiu que ha anat canviant al llarg de la història i, previsiblement, seguirà evolucionant.

Entorn del concepte salut, emergeix el de qualitat de vida [QV], definit per La Divisió de Salut Mental de l'OMS (WHOQOL GROUP, 1995) com "la percepció de l'individu de la seva posició en la vida en el context de la cultura i sistema de valors en els quals viu i en relació amb els seus objectius, expectatives, estàndards i preocupacions" (p. 1405).

D'altra banda, Bouchard, Shepard, Sutton i McPherson (1990) la defineixen com la sensació de benestar, capacitat de gaudir, òptim nivell d'estrès i tolerància als reptes que planteja l'entorn.

¹ En aquest document utilitzarem indistintament la denominació anglesa o espanyola d'aquest organisme, en funció de si el document consultat està en una o altra llengua.

Per tant, el terme QV relacionat amb la salut [QVRS], és un concepte ampli que incorpora: la salut física de la persona, l'estat psicològic, els nivells d'independència, les relacions socials, l'ambient i les creences personals (WHOQOL GROUP, 1994).

Les proves empíriques permeten afirmar que els hàbits, conductes que es repeteixen en el temps de manera sistemàtica, tenen un impacte molt important en la salut i la qualitat de vida en la mesura que, la seva presència o absència, poden constituir un factor de risc o de protecció per a l'individu (Flórez, 2007). Els hàbits dels què es parla i que influeixen de manera directa són: activitat física, dieta, consum de fàrmacs i substàncies legals i il·legals; situacions de competitivitat, tensió i estrès; pràctiques sexuals de risc i hàbits reproductius inadequats; conducció perillosa... També, sense dubte, influeix en la salut el nivell de qualitat, cobertura i gratuïtat de l'assistència sanitària; el medi ambient i la biologia humana.

De tota manera, la incidència sobre la salut de cadascun d'aquests factors no és la mateixa. Diversos estudis adjudiquen a la biologia humana del 14 al 27%, a l'assistència sanitària del 10 al 15%, al medi ambient del 19 al 33% i a l'estil de vida, des del 33 al 43%, coincidint, en tots els casos, que aquest darrer és el que més influeix (Cruz Roja, 2005; Lalonde, 1974; M. Martínez et al., 2009).

En alguns d'aquests factors, la nostra capacitat per influir-hi, és indirecta. Aquest és el cas del medi ambient, per exemple, utilitzant més el transport públic, reciclant... En d'altres però, podem incidir de manera molt més directa, com en el cas de l'estil de vida [EV], eliminant tots aquells hàbits que suposin un risc per a la salut.

Per tant, la salut no és un do, com es va pensar durant molt de temps, ni depèn de la sort o de l'herència. La salut té a veure, sobretot, amb la nostra manera de comportar-nos (Cruz Roja, 2005). Però si la salut depèn de com fem les coses, millorar el nostre estat de salut té a veure amb mantenir un estil de vida saludable.

Els EV fan referència, principalment, als comportaments habituals i quotidians que caracteritzen el modus de vida d'un individu. Solen ser permanents en el temps, és a dir, el conjunt d'hàbits que configuren la manera de viure d'una persona.

La World Health Organization [WHO] (1986) va definir l'EV com una forma general de vida, basada en la interacció entre les condicions de vida en un sentit ampli i els patrons individuals de conducta, determinats per factors socioculturals i les característiques personals.

D'altra banda, Arrivillaga, Fernandez Villarino, i López Villar (2003) van definir l'estil de vida com:

El conjunt de pautes o hàbits de comportament quotidians d'una persona i com aquells patrons de conducta individuals que demostren certa consistència en el temps, sota condicions més o menys constants i que poden constituir-se en dimensions de risc o seguretat, depenent de la seva naturalesa (p. 186).

Una altra definició és la proposada per McAlister (1981) segons el qual l'EV són "accions realitzades per un subjecte que influeixen en la probabilitat d'obtenir conseqüències físiques i fisiològiques immediates i a llarg termini, repercutint en el seu benestar físic i en la seva longevitat" (p. 27).

Al llarg de la seva vida, les persones van desenvolupant cert estil de vida per aprenentatge, assimilació o imitació de models, patrons familiars o d'amics, i que un cop adquirits són difícils de modificar (Meda et al., 2004).

Però, si bé és cert que l'EV es relaciona amb l'ambient i les pràctiques culturals, també l'elecció de les pràctiques està influenciada per les actituds cap a la salut i la seva relació amb els comportaments de risc o protecció (Nuviala, Munguía, Fernández, Ruiz-Juan, i García Montes, 2009; Rodríguez-Soriano, Rios, Lozano, i Álvarez, 2009).

Dins dels patrons de comportament que conformen l'EV s'inclouen pràctiques saludables i no saludables que interactuen entre sí. Per tant, podem dir que ens trobem amb un ventall de possibilitats que conformen un *continuum* que abasta des d'EV molt saludables a EV gens saludables (Lázaro, 2011).

Malgrat que la majoria dels joves són conscients de quins són els hàbits que haurien de desenvolupar, i donat que el seu organisme està en un moment àlgid, consideren que la salut i els problemes derivats dels hàbits no saludables és una cosa llunyana, que a ells no els afecta (Cruz Roja, 2006; Rodríguez-Soriano et al., 2009). La realitat és que, en aquest punt del seu desenvolupament, els joves són més receptius a situacions associades a conductes no saludables, com la recerca d'experiències immediates que els facin sentir millor. Per això, solen provar substàncies que els reporten aquestes sensacions. Solen percebre el risc com atractiu i només hi veuen els avantatges sense pensar en les conseqüències (Gil Madrona et al., 2008; Lema et al., 2010; Páez, 2012). A més, els que ingressen a la universitat són influenciats per un nou grup de persones i, sovint, aquestes noves relacions tampoc els ajuda a mantenir un estil de vida saludable (García-Laguna et al., 2012; Navarro et al., 2006).

1. Estil de Vida Saludable: l'activitat físicoesportiva i l'alimentació

A partir de la definició d'Estil de Vida de la WHO (1986), els investigadors van aprofundir per clarificar el terme i introduir el concepte saludable.

Els estils de vida saludables [EVS] es caracteritzen perquè són observables, constitueixen hàbits, és a dir, són recurrents en el temps i tenen conseqüències beneficioses per a la salut (Elliot, 1993; Perea, 2004). Per tant, es pot afirmar que l'EVS és un conjunt de patrons conductuals que tenen repercussions positives per a la salut de les persones. Patrons que, per alguns autors, són d'elecció i, per d'altres, hi ha certa involuntarietat en l'adquisició i manteniment dels mateixos per influència de variables psicosocials (Pastor, Balaguer, i García Merita, 1999).

Els hàbits de vida s'adquireixen i desenvolupen en la infància i adolescència però, és en el període de la joventut on es consoliden i, per tant, a partir d'aquest moment són més difícils de modificar. Aquests hàbits seran determinants, entre d'altres factors, de la QV amb la qual s'enfrontarà el futur (Elliot, 1993).

Entre els hàbits considerats com fonamentals pel desenvolupament d'un estil de vida saludable estan la pràctica d'activitat física [AF], portar una dieta equilibrada, descansar les hores suficients per recuperar l'energia, no consumir substàncies psicoactives i prendre medicaments sols sota prescripció mèdica. Al contrari, si aquests es desenvolupen de manera incorrecta, poden ser nocius per a la salut en tant que, la seva absència, excés o execució inadequada porten associades diverses patologies.

És important que la realització d'activitat física i l'alimentació s'ajustin entre elles per assolir un equilibri entre la dieta (en tipus i quantitat de nutrients) i la despesa energètica realitzada tant en l'activitat diària com en la del temps lliure.

A continuació, s'analitza amb més profunditat aquestes dues variables, fonamentals i modificables, que han de permetre reduir l'increment de les malalties no transmissibles i que tenen, no sols un impacte positiu en la salut individual, sinó en el sistema socio sanitari (Aragonés, Fernández, i Ley, 2016; Mayo, del Villar, i Jiménez, 2017).

1.1. L'activitat fisicoesportiva

Avui en dia, ningú posa en dubte que un dels hàbits fonamentals per desenvolupar un estil de vida saludable és la pràctica d'activitat fisicoesportiva [AFE], realitzada d'acord amb la freqüència, intensitat i duració adequada als paràmetres recomanats per cada franja d'edat (Corrales, 2009; WHO, 2010b).

La Comissió Europea en el seu Llibre Blanc, "Estratègia europea sobre problemes de salut relacionats amb l'alimentació, el sobrepès i l'obesitat", adoptada el 30 de maig de 2007, a part de tractar sobre l'obesitat i aspectes de nutrició, argumenta la necessitat de prendre mesures apropiades per a incrementar els nivells d'AFE i resoldre, per tant, el dèficit actual (Comisión de las Comunidades Europeas, 2007).

Els estudis científics, desenvolupats al llarg dels anys, demostren els beneficis que la pràctica d'AFE regular representa per a la salut, considerant la inactivitat com un factor de risc.

Segons l'OMS (2010), la Unió Europea (2008) i United States Department of Health and Human Services (2008), les evidències científiques mostren que aquells que tenen una vida físicament activa poden gaudir d'efectes beneficiosos per a la salut, tant físics com psicològics:

- Reducció del risc de desenvolupar malalties cardiovasculars i diversos tipus de càncers.
- Prevenció i/o retard del desenvolupament d'hipertensió arterial, i disminució dels valors de la tensió arterial en les persones hipertenses.
- Millora el perfil dels lípids a la sang (reducció dels triglicèrids i augment del colesterol HDL).
- Ajuda a controlar i regular les xifres de glucosa en sang. Disminueix el risc de patir diabetis mellitus no insulina dependent o tipus II [DMNID].
- Millora la digestió. Optimitza la regulació del ritme intestinal.
- Increment de la utilització del greix corporal i ajuda al control del pes.
- Manteniment i millora de la força i la resistència muscular, augmentant la capacitat funcional per a realitzar altres activitats necessàries de la vida diària.
- Ajuda al manteniment de l'estructura i funció de les articulacions.
- Combat l'estrès. Ajuda a alliberar tensions i a agafar el son, optimitzant la seva qualitat.
- Millora la imatge personal i l'autoestima.
- Ajuda a lluitar contra els símptomes de l'ansietat i depressió, i augmenta l'entusiasme i l'optimisme.

- Disminueix l'absentisme laboral.

Malgrat això, l'estil de vida de la població en els països desenvolupats o en vies de desenvolupament és cada cop més sedentària (Füzéki, Vogt, i Banzer, 2015; Mayo et al., 2017; Rhodes, Mark, i Temmel, 2012; Varela-Moreiras et al., 2013) o no realitza suficient activitat física per gaudir d'aquests beneficis (Dumith, Hallal, Reis, i Kohl III, 2011; Puig, González, i Martín, 2011; WHO, 2010b).

L'activitat física ha adquirit, amb el temps, una nova identitat i definició. Enfront d'un concepte d'esport tradicional i restringit, apareix un altre més ampli i diversificat. (Heinemann, 1986; Puig i Heinemann, 1991; Willimczik, 2009).

L'AF ha estat definida com "qualsevol moviment corporal produït pels músculs esquelètics que es tradueix en despesa d'energia". (Caspersen, Powell, i Christenson, 1985, p. 126). Bouchard i Shephard (1994) afegeixen que, si es volen obtenir beneficis en la salut, l'augment de despesa d'energia ha de ser substancial respecte a la de repòs.

Aquesta àmplia definició inclou l'activitat física desenvolupada en tots els contextos de la vida quotidiana: temps lliure, ocupacional (treball o estudis), a la llar i la relacionada amb el transport (desplaçaments).

Cal considerar que, aquesta definició és incompleta perquè no considera el caràcter experiencial i vivencial de l'activitat física, és a dir, no contempla el seu caràcter de pràctica social, dimensió que més hauria de destacar-se, quan es parla de salut com alguna cosa més que absència de malaltia. Per això, Devís et al. (2000) i Pérez Samaniego i Devis (2003) afegeixen, a la definició abans proposada, aquesta dimensió d'experiència personal i sociocultural conseqüència de l'existència d'interacció amb altres éssers humans i amb l'ambient que els rodeja.

També cal tenir en compte que, el terme activitat física és el més genèric, ja que engloba, com s'ha comentat abans, tot moviment intencional que suposa despesa d'energia en tots els àmbits de la vida quotidiana, entre els quals cal diferenciar l'exercici, entès segons Caspersen et al. (1985) com l'activitat física planejada, estructurada i repetitiva desenvolupada amb l'objectiu de millorar o mantenir la forma física i dins d'aquest, l'esport, que segons García Ferrando (1990) seria tot exercici governat per regles institucionalitzades, estructurades i de naturalesa competitiva.

Segons Devís et al. (2000) les relacions entre activitat física i salut estan plenes de conjectures que mantenen una relació problemàtica. La hipòtesi de partida és que la persona que realitza activitat física millora la seva condició física i en millorar aquesta, millora la salut. Tot i això, no sempre les millores de la condició física repercuteix en millores

en la salut tan física com psico-social. Aquesta consideració però, no sembla problemàtica per a la població en general (Haskell et al., 2007).

La relació entre aquests dos conceptes segueixen sent objecte de contínues revisions i transformacions. Per tant, primer cal preguntar-se, quanta activitat física és bona per a la salut.

L'OMS, seguint les recomanacions de Pate et al. (1995) pels adults nord-americans i revisades per Haskell et al. (2007) i altres evidències científiques (Blair i Morris, 2009; Bouchard, Blair, i Haskell, 2006; Cavill, Kahlmeier, i Racioppi, 2006; Warburton, Whitney, i Bredin, 2006) estableixen per la població en general, que s'hauria de dedicar almenys 30 minuts al dia a la pràctica d'AF, preferiblement cada dia de la setmana.

L'any 2010, en el document "Recomanacions Mundials sobre Activitat Física per a la Salut" (WHO, 2010b), amb l'objectiu de prevenir les malalties no transmissibles proposen, per grups d'edat, les característiques que hauria de reunir la pràctica pel que fa a:

- Freqüència: dies a la setmana.
- Duració: temps per sessió.
- Intensitat: esforç requerit, consum energètic per unitat de temps. S'entén per AF lleugera, aquella que requereix una baixa despesa d'energia (aproximadament 1,6-2,9 MET), com estar dret i caminar lent; AF moderada la que accelera de manera perceptible el ritme cardíac i que requereix aproximadament entre 3 i 6 METs i AF intensa, aquella que requereix una gran quantitat d'esforç, una respiració ràpida i un augment substancial de la freqüència cardíaca (aproximadament >6 METs).

Entenent, segons Ainsworth et al. (2000), un MET com la raó de la taxa metabòlica estàndard de 1.0 Kcal x Kgh.

Per un adult, el valor MET representa la mitjana de la taxa metabòlica basal relativa a la massa corporal per minut.

- Tipus: totes les modalitats d'AF que realitza una persona en qualsevol moment del dia (temps lliure, treball...).
- Quantitat total.

Les recomanacions pels nens/es de 5 a 17 anys són d'acumular un mínim de 60 minuts diaris d'AF moderada o intensa, majoritàriament, aeròbica. Caldria, també, incorporar activitats intenses per enfortir els músculs i els ossos, com a mínim, tres cops per setmana. A més temps, més beneficis per a la salut.

Pels adults, majors de 18 anys, recomana acumular un mínim de 150 minuts setmanals d'AF aeròbica moderada o bé, un mínim de 75 minuts setmanals d'activitat aeròbica intensa, o una combinació d'ambdues. Les sessions hauran de tenir una duració mínima de

10 minuts. Cal també, la realització d'exercicis d'enfortiment dels grups musculars, dos o més dies a la setmana. A major duració més beneficis per a la salut, encara que no hi evidència que augmentin a partir dels 300 minuts setmanals.

Pels adults majors de 65 anys amb problemes de mobilitat, a més, haurien de realitzar activitats per millorar l'equilibri, tres o més dies a la setmana.

Aquestes activitats han d'afegir-se a les activitats rutinàries de la vida quotidiana, que solen ser lleugeres i d'una duració major a 10 min.

Tot i això, la Guia d'Activitat Física de B. D. Cox et al. (1987) apunta que per les persones inactives és probable que fins a un increment d'exercici, sigui lleuger o moderat, és beneficiós per a la salut. Inclús, si l'activitat es desenvolupa en sessions curtes, ja que les sessions són acumulables (Blair, Gordon, Kohl, i Paffenbarger, 1992; Haskell et al., 2007 ; Minuchin, 1996).

Això, unit al fet que sembla més fàcil reemplaçar el temps assegut per una AF lleugera que per una AF moderada o intensa (D. Córdoba, Carmona, Terán, i Márquez, 2013; Dantzer, Wardle, Fuller, Pampalone, i Steptoe, 2006; F. Rodríguez et al., 2013), són dos aspectes a tenir molt en compte a l'hora d'incrementar l'adherència de la població a la pràctica d'AF. A més, mentre els riscos derivats de l'activitat són molt reduïts a nivells moderats, aquests augmenten quan la intensitat és molt important (Haskell et al., 2007; Varela-Moreiras et al., 2013).

Per alguns autors sembla prudent intentar maximitzar els beneficis i disminuir els riscos, en el cas d'AF per a millorar la salut, essent l'activitat moderada regular la millor alternativa (Aleksandrova et al., 2011; Westerterp, 2001). En aquest sentit, tal com recomana l'American College Sports and Medecine (2000) cal augmentar la freqüència i la durada de l'activitat abans d'augmentar la intensitat. I com proposa la guia de B. D. Cox et al. (1987), per minimitzar els efectes adversos, cal realitzar petits increments seguits de períodes d'adaptació.

Per altres, el High-Intensity Interval Training [HIIT] sembla l'opció més efectiva per millorar nombroses funcions fisiològiques i metabòliques (García-Hermoso et al., 2016; Gibala i Jones, 2013; Milanović, Sporiš, i Weston, 2015; Shiraev i Barclay, 2012; Zuhl i Kravitz, 2012), tant en el rendiment dels esportistes (Buchheit i Laursen, 2013; Joyner i Coyle, 2008; Laursen, 2010), com en els que practiquen en el seu temps de lleure (Hottenrott, Ludyga, i Schulze, 2012; Kemmler, Scharf, Lell, Petrusek, i Von Stengel, 2014) i en els pacients de diverses patologies (Gibala, Little, MacDonald, i Hawley, 2012; Weston, Wisløff, i Coombes, 2014). Aquest tipus de programa, basat en l'alternança d'interval·ls relativament curts d'exercici d'alta intensitat i, per tant, anaeròbics (entre el 80-100% de VO₂), i de períodes de

descans o exercici de baixa intensitat, permet obtenir resultats iguals o millors que altres mètodes de treball invertint menys temps, amb rutines desafiantes i entretingudes i no requereix material especialitzat. Això, pot associar-se a una major adherència a la pràctica d'activitat física, ja que permet superar barreres sovint al·ludides per no practicar com: la manca de temps, l'avorriment o el cost (Bartlett et al., 2011; Shiraev i Barclay, 2012).

Uns altres dos termes que cal diferenciar, i que sovint s'han utilitzat com a sinònims en nombrosos estudis, són sedentarisme i inactivitat física i que, com apunten diversos autors caldria unificar criteris alhora de classificar el nivell d'AF de les persones (Dunstan et al., 2010; Ekblom-Bak, Hellénus, i Ekblom, 2010; Owen, Sparling, Healy, Dunstan, i Matthews, 2010; Pate, O'Neil, i Lobedo, 2008).

El primer pot definir-se, segons Pate et al. (2008) i Sedentary Behaviour Research Network (2012), com *“qualsevol activitat realitzada per l'individu, mentre està despert en posició assegut o estirat, amb una despesa energètica $\leq 1,5$ METs², en el temps ocupacional, en el temps de lleure (davant l'ordinador, estudiant, mirant TV, videojocs, llegint, estant en companyia...) i en el transport (Sisson et al., 2009).*

En canvi, la inactivitat física fa referència a no fer suficient AF moderada o intensa, és a dir, que no es compleixen les directrius esmentades anteriorment i per tant, no assoleixen el lliandar mínim de les recomanacions de l'OMS (Owen et al., 2010; Pate et al., 2008).

Per aquest motiu, i com recomanen tots aquests autors, cal reservar el terme sedentari per aquells subjectes que passen molt temps asseguts i no per aquells que fan poca AF.

Nombrosos estudis suggereixen que la conducta sedentària sembla actuar de manera independent del nivell d'AF. Segons Owen et al. (2010), Füzéki et al. (2015), Finni, Haakana, Pesola, i Pullinen (2014) i Sedentary Behaviour Research Network (2012), entre d'altres, indiquen que els que realitzen altes quantitats de conducta sedentària poden presentar un risc de morbiditat i mortalitat, independentment de quin sigui el seu nivell d'AF moderada o intensa.

A més, s'ha observat que, sovint, hi ha poca associació entre el comportament sedentari i la pràctica d'AF (Ekblom-Bak et al., 2010; Ekelund et al., 2006; Sedentary Behaviour Research Network, 2012). És possible que un individu al llarg del dia acumuli grans quantitats tant d'AF com de comportament sedentari (Katzmarzyk, 2010; Pérez-Ríos et al., 2009). Ainsworth et al. (2000) suggereix, inclús, que el temps que es passa assegut pot contrarestar la influència positiva de les sessions d'AF diàries.

² Sedentary Behaviour Research Network, 2012. Traducció al català pròpia de la traducció castellana proposada per Ana Lucía André i revisada per Verónica Varela Mato. Red de Investigación del Comportamiento Sedentario.

Tots aquests autors afirmen que l'excés de seure i realitzar molt poca AF representen factors de risc diferents i separats per a les malalties cròniques. Essent, per tant, els que realitzen menys AF i més conducta sedentària els que pateixen més risc (Ainsworth et al., 2000; Farinola, 2011)

Les investigacions recents recomanen, a més de la pràctica d'activitat física, la realització d'interrupcions regulars (aixecar-se, caminar...) durant el temps que s'està assegut (Cervera, Serrano, Vico, Milla, i García Meseguer, 2013; Swartz, Squires, i Strath, 2011). Aquest consell consensuat s'ha incorporat a les recomanacions, inclús pels subjectes suficientment actius (British Heart Foundation National Centre for Physical Activity and Health, 2012; Farinola, 2011).

Tot i que les evidències científiques afirmen que la pràctica d'AF regular i la disminució de les conductes sedentàries redueixen el risc de patir malalties no transmissibles, segueix existint una alta prevalença d'inactivitat i un augment del temps dedicat a desenvolupar activitats sedentàries.

Les institucions, organismes i comunitat científica estan convençuts dels beneficis que la pràctica d'AF representa per a la salut en general, per diverses malalties en particular i per la disminució de la morbiditat i mortalitat. Per això, no és d'estranyar que, amb l'objectiu d'incrementar el nivell de pràctica de la població, inverteixin esforços i diners en campanyes de promoció.

La majoria elaboren enquestes oficials i periòdiques que els permetin fer un seguiment dels nivells de pràctica i així, comprovar els resultats de les intervencions que fan en els seus àmbits de competència. Malauradament, cada un d'aquests organismes per recollir les dades que són del seu interès, elabora una enquesta pròpia que pot repetir al llarg del temps. A més, sovint, suprimeix o introdueix preguntes per obtenir informació sobre nous indicadors, focus d'interès de la comunitat científica.



En aquest sentit, les primeres enquestes se centraven en la pràctica fisicoesportiva desenvolupada en el temps lliure, fent sols referència a l'exercici planificat i l'esport, anomenada per la Secretaria General de l'Esport [SGE] (2010) pràctica subjectiva i interioritzada, que s'associa als esports tradicionals. Progressivament, però, han anat incorporant preguntes referents al que la mateixa SGE (2010) anomena pràctica objectiva, com caminar o anar amb bicicleta.

A més, algunes inclouen preguntes sobre l'AF desenvolupada en altres àmbits de la vida quotidiana, és a dir, en el temps de treball (caminar, estar dret, carregar pesos...), en la rutina diària (tasques al jardí, netejar la casa...) i en els desplaçaments (pujar escales, anar caminant o en bicicleta de casa al lloc de treball...) que, com ja s'ha comentat, són activitats

que també es consideren beneficioses per a la salut. Per últim, en algunes de les darreres enquestes, també es recullen dades sobre les hores que les persones passen assegudes, tant en el temps d'oci com ocupacional.

Aquesta heterogeneïtat en el disseny de les enquestes i en l'agrupació per edats de la població dificulta la comparació de diversos indicadors i dades. Tot i això, a continuació s'aporten algunes dades que ens ha semblat interessant recollir d'algunes enquestes realitzades, en els darrers anys, en l'àmbit internacional, espanyol i català (Taula 1).

Taula 1. Població practicant d'AFE segons enquestes europea, espanyola i catalana

	Total practicants	Regulars (5 o més dies a la setmana)	15 a 24 anys	Homes 	Dones 
Eurobaròmetre 412 ⁽¹⁾					
Esport					
28 països	41,0%	8,0%	64,0%	45,0%	37,0%
Espanya	46,0%	15,0%			
Activitat física					
28 països		48,0%	55,0%	45,0%	37,0%
Espanya		38,0%		51,0%	44,0%
Caminar mínim 10 min seguits	86,0%	60,0%	70,0%		
Encuesta hábitos España ⁽²⁾					
Esport i AF		43,0%	60,0%		
Caminar mínim 10 min seguits	61,0%	60,0%	49,0%	63,0%	56,0%
Enquesta hàbits Catalunya ⁽³⁾					
Esport	50,5%		59,3%	56,9%	44,2%
Activitat física	85,6%		91,6%	87,5%	83,7%
Caminar o jogging	37,3%			19,6%	41,6%

(1) Dades extretes de l'European Commission (2014)

(2) García Ferrando i Llopis (2011)

(3) Secretaria General de l'Esport (2010)

Font: elaboració pròpia

Segons les dades de l'Eurobarometer 412 un 41% de la població resident als 28 països de la Unió Europea [UE] de més de 15 anys, declarava fer exercici o esport amb regularitat (8%) o almenys un cop per setmana (33%). Espanya està per sobre la mitjana (46%) i presenta un dels índexs més elevats d'increment (7 punts percentuals) de tots els països participants. Cal destacar també, que és un dels països amb major percentatge de persones (15%) que declaraven practicar de manera regular (5 o més cops a la setmana) (European Commission, 2014b)³.

Entre els residents als 28 països de l'UE⁴, els homes practiquen més que les dones (45% i 37%, respectivament).

El nivell de pràctica d'exercici físic i/o esport disminueix amb l'edat, sent el grup de 15 a 24 anys el que més practica per anar disminuint fins a l'1%, en els majors de 55 anys.

³ Segons l' Special Eurobarometre 472, amb dades més recents, s'aprecia una baixada generalitzada dels nivells de pràctica en tots els trams temporals i grups d'edat (European Commission, 2018).

⁴ L'Eurobaròmetre no ofereix dades sobre pràctica per sexe i edat de cada país membre.

Si s'analitzen les dades a la pregunta "Participació en altres activitats físiques com anar en bicicleta d'un lloc a un altre, ballar, jardineria...", el percentatge de població que declarava fer-ne regularment o amb certa regularitat, s'eleva al 48% (38% entre els espanyols). També, en aquesta ocasió, practiquen més els homes (51%) que les dones (44%) i els del grup de 15 a 24 anys (55%).

Les dades de l'enquesta quinquennal que realitza el CSD sobre els hàbits esportius dels espanyols (García Ferrando i Llopis, 2011)⁵, mostren dades similars. Un 43% dels enquestats manifestaven practicar AFE (incloïa un llistat de 46 activitats que poden o no tenir vinculació federativa). Això, representava un increment d'un 6% respecte a l'anterior⁶, augment que es produeix en els dos sexes però, més en les dones, encara que la diferència segueix sent molt elevada (18 punts)⁷. La pràctica disminueix amb l'edat, sent els que més practiquen els joves de 15 a 24 anys (60%) triplicant el percentatge dels majors de 55 anys.

Pel que fa a l'enquesta d'hàbits esportius de la població catalana d'entre 15 i 74 anys (SGE, 2010), darrera edició, mostra dades superiors. Un 50,5% declaraven practicar esport. Aquest percentatge s'elevava fins a un 85,6% si es considera els que responien afirmativament a la pregunta si havien practicat, en els darrers 12 mesos, alguna de les AF proposada en un llistat, que incloïa caminar.

Si s'analitzen les dades per sexes, l'estudi conclou que la diferència en la pràctica d'esports tradicionals és d'un 12,7% superior en els homes (56,9%). Aquesta desigualtat es redueix a un 3,8% en el cas de la pràctica d'activitat fisicoesportiva. Aquest fet és reflex d'unes preferències desiguals a l'hora de triar les activitats i una menor consciència, per part de les dones, de fer esport.

Si s'analitza el tipus de pràctica s'observa que, a mesura que avança l'edat s'abandona progressivament la pràctica dels esports més tradicionals per anar decantant-se cap a una pràctica d'activitats més adaptades a l'evolució fisicobiològica, conseqüència de l'edat.

L'enquesta europea incloïa dades sobre la intensitat i duració de la pràctica realitzada durant la setmana anterior a l'enquesta.

⁵ Malgrat que, s'ha publicat l'edició de l'enquesta de l'any 2015, s'han mantingut les dades de l'anterior (2010), ja que, per primera vegada en la sèrie, s'han eliminat preguntes que ha semblat interessant analitzar en aquesta tesi i, a més, es tracta d'un període similar a la nostra recollida de dades.

⁶ Cal tenir en compte que el nivell de participació en l'enquesta del 2015 s'ha incrementat considerablement i se situa en un 53,5% els que declaraven fer pràctica fisicoesportiva en el darrer any (19,5% cada dia i 46,2% almenys un cop per setmana).

⁷ L'enquesta del 2015 segueix mostrant aquesta tendència d'un increment més gran en la pràctica de les dones, reduint-se la diferència a 12,3 punts percentuals (59,8% en els homes i 47,5% en les dones).

Un 54% declarava no haver fet cap AFE intensa i un 44% cap de moderada. Els homes realitzaven més activitat intensa (53%) que les dones (38%) (European Commission, 2014b).

Pel que fa a activitat moderada s'observa, en general, un decreixement respecte a l'enquesta anterior⁸. També són els homes joves els que més en fan, encara que les diferències no són tan grans entre sexes i entre edats. Un 63% declarava dedicar 1 hora o menys a cada sessió.

Les enquestes espanyola i catalana no aportaven dades sobre aquests indicadors.

Algunes de les enquestes analitzades recollien, de manera separada, informació referent al temps dedicat a caminar o passejar, més o menys ràpid, almenys 10 minuts seguits amb l'objectiu de mantenir o millorar la forma física.

Aquesta activitat lliure, accessible i econòmica ha anat prenent, progressivament, importància i s'ha anat incorporant en els hàbits de vida de la població, sobretot, a mesura que l'edat avança o entre aquells que s'incorporen a la pràctica, ja que és la que millor s'adapta a les seves condicions físiques i habilitats (Hallal et al., 2012).

Segons Hallal et al. (2012), en l'àmbit mundial, un 64,1% dels adults declarava caminar almenys 10 minuts seguits, cinc o més dies a la setmana. No existint, en aquest cas, massa variacions entre països, sexe i edat. Sis de cada deu europeus ho feia 4 o més dies a la setmana. Espanya està entre els països amb una major prevalença de persones que declaren caminar de 4 a 7 dies a la setmana (76%).

Pel que fa al temps dedicat a caminar, el 41% dels europeus ho fa 30 minuts o menys, mentre que entre els espanyols el percentatge més gran es troba entre aquells que hi dediquen entre 31 i 60 minuts. No s'observen massa diferències, entre els diversos grups d'edat⁹.

Segons l'enquesta espanyola d'hàbits esportius (García Ferrando i Llopis, 2011) un 60% dels enquestats declarava passejar amb el propòsit de fer exercici físic¹⁰ tots o quasi tots els dies de la setmana¹¹. En aquest cas, són les dones que presenten un percentatge més

⁸ Aquest decreixement segueix existint en l'enquesta europea del 2017 (European Commission, 2018).

⁹ Les dades de l'Eurobaròmetre 472, mostren un augment d'1 punt percentual entre els que ho fan més de 4 dies a la setmana, però un descens en els que ho fan amb menys regularitat.

¹⁰ Potser la formulació de la pregunta justifica la diferència de percentatge de practicants respecte a l'enquesta europea.

¹¹ L'enquesta del 2015, en la qual se suprimia el concepte "per fer exercici" el percentatge de població que manifestava caminar o passejar era del 70,6% (67% els homes i 74% les dones), dels quals un 49,1% ho feia diàriament i un 68,2% almenys un cop per setmana.

elevat (63%) respecte als homes (56%)¹². Pel que fa a l'edat, és el grup més jove (15-24) els que ho fan menys (49%) per anar incrementant-se fins al grup de 55 a 64 anys, que és el que més ho fa (71%).

Per últim, en l'enquesta catalana no s'inclouïa cap pregunta específica sobre aquest tipus d'activitat, sinó que era una de les activitats proposades en el llistat de pràctiques AFE subjectives, i un 23,9% declarava caminar com exercici físic. També, en aquest cas, són les dones les que realitzen més aquesta activitat (30,5%). Pel que fa a l'edat, són els més grans els que més caminen (65%) i va decreixent el percentatge fins a un 1,4% dels més joves.

Les diverses enquestes, abans esmentades, inclouïen algunes preguntes sobre característiques de la pràctica, de les quals pot extreure's que:

- La pràctica dels pares influencia de manera positiva en la pràctica dels enquestats, com factor de socialització esportiva, procés pel qual la població adquireix la cultura esportiva (García Ferrando, Puig, Lagardera, Llopis, i Vilanova, 2009). En aquest sentit, un 61% dels que declaraven practicar tenien un o ambdós pares practicants.
- Un 44% dels espanyols practicaven amb un grup d'amics, seguit d'un 27% que manifestava que la major part del temps ho feia sol (García Ferrando i Llopis, 2011). Dades similars es van obtenir en l'enquesta catalana, un 43,5% ho feia amb un grup d'amics o amigues i un 25,9% en solitari (SGE, 2010)
- Un 40% dels europeus manifestaven fer activitat físicoesportiva a l'aire lliure, mentre que un 54% ho feia en instal·lacions esportives, a la feina, escola o universitat. Segons aquesta enquesta, un 51% els espanyols prefereixen els espais a l'aire lliure i un 45% en espais tancats (European Commission, 2014b).

L'enquesta espanyola del 2010 no recollia aquesta dada però si la del 2015 en la que un 45,9% dels participants solien practicar a l'aire lliure, un 24% en espais tancats i la resta ho feia indistintament en ambdós llocs (García Ferrando i Llopis, 2011).

Un 46,6% dels catalans manifestaven practicar, majoritàriament, a l'aire lliure, un 40,3% en instal·lacions esportives convencionals i la resta en altres espais (SGE, 2010).

Pel que fa a la inactivitat física, les dades aportades per les diferents enquestes difereixen significativament, segurament per considerar diferents paràmetres a l'hora de considerar una persona inactiva.

¹² En l'enquesta del 2015, els percentatges s'incrementen fins a un 74% entre les dones i un 67% entre els homes.

Hallal et al. (2012), en el seu estudi basat en el dipòsit de dades de l'Observatori Global de la Salut (WHO, 2011)¹³, estima que la prevalença a escala mundial d'inactivitat física entre els adults/es, majors de 18 anys, és del 31,1%, sent superior en els països més rics. La mitjana europea se situava en el 38,4%.

Les dones eren menys actives (27,9%) que els homes (33,9%). Aquesta diferència és més gran entre el grup més jove (15 a 24 anys).

La inactivitat augmenta amb l'edat. Segons la WHO (2010b), la prevalença entre les persones més grans era del 55% i un 19% entre els més joves. No obstant això, les dones joves eren lleugerament menys actives que les dones de mitjana edat.

Aquests índexs tan elevats es deuen, en gran mesura, al canvi produït en les activitats d'oci, cada cop més sedentàries, i en el treball, la llar i el desplaçament, cada cop més automatitzats.

A Espanya, segons aquest estudi, el nivell d'inactivitat física s'estimava en un 30,5% (27,2% homes i 33,7% dones).

Segons les dades de l'Eurobarometer 412 un 42% de la població resident als 28 països de la Unió Europea declarava no fer mai exercici o esport. Un 44% entre els espanyols¹⁴ (European Commission, 2014b).

Segons les dades de l'enquesta del CSD, el percentatge de població d'entre 15 i 65 anys que declarava no practicar cap AFE era d'un 55%, sent més elevat en les dones (69%) que en els homes (51%). La pràctica fisicoesportiva disminueix progressivament amb l'edat, sent el grup més jove el menys inactiu (36%) fins al 81% en el grup de més de 65 anys (García Ferrando i Llopis, 2011),.

Per últim, l'enquesta de l'Eurobarometer (2014) també recollia dades sobre el temps que els subjectes passaven asseguts. Els resultats indiquen que un 26% dels enquestats manifestava passar entre 2:31 h i 5:31 h asseguts. Cal destacar però, que un 37% dels europeus declaraven estar asseguts més de 5:31 h (11% dels quals ho fa més de 8:31 h), incrementant-se entre els joves de 15 a 24 anys (46%)¹⁵.

Pel que fa als principals motius al·ludits per practicar AFE, haver-la abandonat o no practicar es recullen en la Taula 2.

¹³ Dades obtingudes amb els qüestionaris: International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) o Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ) de 122 països que representen el 88,9% del total de la població mundial.

¹⁴ Les dades del 2017 mostren un augment de 4 punts percentuals en els que declaren no practicar mai. 2 punts entre els espanyols (European Commission, 2018).

¹⁵ Augmenta el nombre de persones que passaven més de 5:31 h (41%), també entre els més joves (51%).

Taula 2. Motius de pràctica i no pràctica segons les enquestes europea, espanyola i catalana

	Eurobaròmetre 412 ⁽¹⁾		Encuesta hábitos España ⁽²⁾	Enquesta hàbits Catalunya ⁽³⁾
	Europa 28	Espanya		
Motius pràctica				
Salut	62%	73%	48%	82,5%
Millorar forma física	40%	26%	64,0%	
Relaxar-se	36%	35%	15%	
Divertir-se	30%	26%	50%	58,2%
Imatge corporal	23%	29%	23%	
Estar amb els amics	20%	16%	28%	
Fer exercici			70%	
Perquè els agrada			41%	76,6%
Motius abandonament o no pràctica				
Manca de temps	42%	45%	12%	40,9%
Manca motivació o mandra	20%	24%	30%	7,4%
Cansament després jornada			49%	7,0%
Salut, malaltia o lesió	13%		21%	15,1%
Preu elevat	10%			
No agrada	8%			9,3%
No amics que en practiquin	4%			
No IE accessibles	4%			
Estat			16%	

(1) Dades extretes de l'European Commission (2014)

(2) García Ferrando i Llopis (2011)

(3) Secretaria General de l'Esport (2010)

Font: elaboració pròpia

Segons l'Eurobarometer 412, un 62% dels practicants d'AFE manifestaven com a motiu de pràctica, la salut. Millorar la forma física era el motiu al·ludit pel 40%, relaxar-se el 36% i divertir-se pel 30%.

Segons aquesta enquesta, entre els espanyols, un 73% ho feien per salut, un 35% perquè els relaxava, un 29% per millorar l'aparença física i un 26% per millorar la forma física o per divertir-se.

En l'enquesta del CSD (2011) apareixen, com a motius principals, per fer exercici (70%), seguit de per diversió i passar el temps (50%) o per mantenir o millorar la salut amb un 48%.

Segons l'enquesta d'hàbits esportius de la població catalana el principal motiu era per mantenir-se en forma o millorar la salut (82,5%), perquè els agrada (76,6%) i per diversió (58,2%).

Pel que fa als motius al·ludits per no practicar o haver abandonat la pràctica, en l'enquesta europea la manca de temps era el motiu principal (42%), seguit per un 20% que manifestava manca de motivació o interès. Entre els espanyols la manca de temps era el principal motiu (45%), seguit de la manca d'interès o motivació (24%).

En l'enquesta espanyola del 2010, el cansament després de la jornada laboral o escolar era el principal motiu per no practicar o haver abandonat la pràctica (49%), seguit per un 30% que al·ludia mandra o desgana (García Ferrando i Llopis, 2011).

Pel que fa a l'enquesta d'hàbits esportius de la població catalana el principal motiu per no practicar era la manca de temps (40,9%) (SGE, 2010).

1.1.1. Els joves i la pràctica d'activitat físicoesportiva

Malgrat que els joves consideren que la pràctica d'AFE és important per la salut, molts no realitzen un nivell de pràctica suficient per obtenir-ne els beneficis (Castañeda, Zagalaz, Chacón-Borrego, Cachón, i Romero, 2014; Cocca, Mayorga-Vega, i Viciano, 2013; Sánchez-Ojeda i De Luna-Bertos, 2015).

S'observa una davallada progressiva de la pràctica diària a mesura que augmenta l'edat, sobretot entre les dones (Observatorio de la Vida Activa y Saludable de la Fundación Activa, Centro de Estudios del Deporte Universidad Rey Juan Carlos, i CSIC, 2017; Ottevaere et al., 2011), probablement perquè la pràctica d'AF es converteix en voluntària (Castañeda et al., 2014; Moreno et al., 2012). Ho justifiquen, principalment, per la manca de temps (50%) (Al-Nakeeb, Lyons, Dodd, i Al-Nuaim, 2015).

El nivell de pràctica d'AFE, segons l'Eurobaròmetre 412, un 64% dels joves europeus manifestaven fer-ne. La diferència entre homes i dones era de 19 punts percentuals, molt per sobre de la mitjana de tota la població que era de 8 punts percentuals (European Commission, 2014b)¹⁶.

Segons dades del Centro de Investigaciones Sociológicas (2010) la pràctica esportiva dels joves espanyols era de 61%, encara que en aquest cas aporten dades diferenciades que permet observar un descens de pràctica en el grup de 18 a 24 anys (58%) respecte al de 15 a 17 anys (64%). L'enquesta de l'any 2015 indica però, que els més joves (15-19 anys) hi dediquen menys minuts setmanals (334 min/set.) que els més grans (20-24 anys) que hi dediquen de mitjana 361,4 min/set.

La pràctica dels joves catalans d'entre 15 i 24 anys, era de 61,8%, sent el grup d'edat on el nivell de pràctica és més elevat. Pel que fa a la freqüència, un 47,8% dels que practiquen ho fan 1 o 2 cops per setmana.

L'European Commission (2014b) informa que sols un 20% dels joves de 15 a 24 anys afirma que la seva feina o activitat principal requereix molta AF. El mateix succeeix si es consideren els desplaçaments, sols el 25% deien fer-los a peu. Dades similars ofereix l'Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra (2016), segons el qual un 61,5%% dels joves navarresos d'entre 18 i 23 anys es poden considerar inactius en la seva activitat diària, sent el grup d'edat amb una major prevalença respecte als més joves (14 a 17 anys) i també, per sobre de grup de major edat (24 a 29 anys).

¹⁶ Les dades de l'Eurobaròmetre 472, mostren un descens de la practica d'un 2%. Malgrat això, la diferència entre sexes es redueix un punt percentual.

A més, un 56,2% dels joves declaraven estar asseguts la major part del dia¹⁷, sent 9,1 punts percentuals superiors en les dones (60,5%) respecte als homes (51,9%).

Els joves prefereixen ocupar el seu temps lliure amb activitats de caràcter social i tecnològic/audiovisual més que les de caràcter físic. Un 28,8% declarava ocupar, de manera quasi completament sedentària el temps lliure sent, en aquesta ocasió, les diferències entre sexes molt superior, un 35,9% de les dones respecte al 18,0% dels homes (INE, 2014; Moscoso, Martín, Pedrejas, i Sánchez, 2013; Secretaria de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. INJUVE, 2012).

En tots aquests estudis es manifesta una prevalença superior d'inactivitat entre les dones (García Ferrando i Llopis, 2011; INE, 2014, 2017; Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra, 2016). Aquestes dades també les corrobora l'informe de l'Observatorio de la Vida Activa y Saludable de la Fundación Activa et al. (2017) que conclou que en el grup on s'observen les majors diferències és el de 15 a 24 anys (8 punts percentuals).

Pel que fa als motius al·ludits per fer AFE s'observen diferències respecte a la població en general. Entre el col·lectiu de joves prevalen els relacionats amb el plaer de fer exercici, perquè els agrada i pel component de diversió i relacional que representa la seva pràctica. Menys presents són motius relacionats amb la salut, mantenir la línia i la competició (García Ferrando i Llopis, 2011; Moscoso i Moyano, 2009).

Els motius principals manifestats pels joves per no practicar AFE o haver-la abandonat eren la manca de temps, la mandra o desgana i per estar molt cansats quan acaben la seva jornada laboral o d'estudi.

1.1.2. Els universitaris i la pràctica d'activitat físicoesportiva

Com ja s'ha comentat, la manca de dades periòdiques i homogènies, impedeix, en gran mesura, disposar d'una fotografia sobre la pràctica d'AFE a la universitat.

Malgrat que en la darrera dècada han estat nombrosos els estudis que han analitzat aquest indicador, no s'ha pogut aconseguir el que ja anunciava el CSD (2010), generar uns indicadors, unes unitats de mesura i una metodologia comuna, que aportin dades vàlides i fiables que permetin comparar les realitats de les diferents universitats, i poder extreure conclusions sobre l'evolució de la pràctica físicoesportiva dels estudiants i l'esport universitari.

Sembla però, que el pas per la universitat no millora els nivells de pràctica d'AFE, ja que el percentatge més elevat d'estudiants declaraven que la seva pràctica havia disminuït o

¹⁷ Les dades de l'any 2017, en aquesta ocasió, mostren un descens d'un 5%.

l'havien abandonat, per sobre d'aquells que consideraven que era més o menys igual o l'havien incrementat (Al-Nakeeb et al., 2015; Bennasar, 2013a).

Segons Moscoso (2011), en un estudi realitzat amb les dades obtingudes per l'Enquesta sobre hàbits esportius dels espanyols (García Ferrando, 2005) de la població de 18 a 25 anys, un 63% declaraven practicar esport, dels quals un 54% ho feien amb una freqüència de 3 o més cops a la setmana. Com passa amb la resta de la població, els homes practiquen més que les dones.

Les dades de la majoria dels estudis realitzats amb aquest col·lectiu, conclouen que aquests practiquen més AFE que els seus coetanis que han abandonat els estudis (63% a 51%). Pel contrari, si es considera l'AF que es duu a terme en l'activitat principal de la vida diària, les xifres són inverses, 37% dels no universitaris realitzen tasques que requereixen força física o grans desplaçaments en front del 27% dels universitaris. Això també succeeix si s'analitza el temps dedicat per cada col·lectiu a estar assegut o dret sense desplaçar-se, 59% i 78%, respectivament (Molina-García, Castillo, i Pablos, 2009).

En els estudis que han analitzat la practica d'AFE d'una universitat concreta, que es descriuen a continuació, s'observen diferències molt importants, segurament per la diversitat en la consideració del tipus d'AFE, la freqüència i regularitat de la mateixa.

Els estudiants de les universitats de Murcia eren els que manifestaven practicar més AFE, amb un 76,8% (Lozano i Herrero-Gutiérrez, 2013). La majoria però, situen el seu nivell de pràctica entre el 60 i 68% (Bennasar, 2013a; Castañeda, 2012; Castro et al., 2014; Martínez Pastor et al., 2010; Ruiz, Del Pozo, Valero, Ávila, i Valera-Moreiras, 2013; Serrano, Belmonte, i Granado, 2015).

Altres universitats, presenten índexs més baixos, entre un 50 i 59% (Abu, Kahlaf, i Barghoti, 2010; Cervera et al., 2013; Moreno, 2012; Moreno et al., 2012; Romaguera et al., 2011).

I en altres, els percentatges eren encara inferiors, per sota el 49% (D. Alonso i García Soidán, 2010; Castañeda, Díaz, i González, 2017; Castillo Viera i Giménez, 2011; Cervera et al., 2013; Cutillas, Herrero, de San Eustaquio, Zamora, i Pérez-Llamas, 2013).

Ara bé, si s'analitzen les dades tenint en compte el que recomana l'OMS (2010), aquests percentatges de participació es redueixen considerablement, fins un 42,6% dels estudiants madrilenys (Serrano et al., 2015), al 40% dels granadins (Cocca et al., 2013), el 38,5% dels de la Comunitat de Murcia (Lozano i Herrero-Gutiérrez, 2013) i el 32,6% dels sevillans (Díaz-Cabrera, Carmona-Álamos, i García-Tascón, 2017).

Els estudis que analitzaven els nivells d'activitat física en la vida quotidiana conclouen que entre el 20% i el 30% poden considerar-se inactius o amb un baix nivell d'AF setmanal

(Bennasar, 2013a; Mantilla, Gómez-Conesa, i Hidalgo, 2011; Martínez Lemos, 2008; Pérez-Ugidos, Laiño, Zelarayán, i Márquez, 2014).

El nivell de sedentarisme dels universitaris és molt elevat. Segons Moscoso (2011) un 78% passa la major part del dia asseguts amb una mitjana de 8 h/diàries. Xifres superiors als seus coetanis que ja no estudien (59%).

En tots els estudis hi ha una prevalença superior de pràctica d'AFE entre els homes. Les diferències van des de 14,3 punts percentuals dels universitaris de Murcia (Lozano i Herrero-Gutiérrez, 2013), els 16,7 punts, en un estudi realitzat per Ruiz et al. (2013) en diverses universitats espanyoles, els 18,8 punts entre els alumnes de la Universitat de Huelva (Castillo Viera i Giménez, 2011). Un 19,3 o 20 punts percentuals troben Bennasar (2013a) i Romaguera et al. (2011) en universitaris de les Illes Balears fins els 22,1 punts dels universitaris de la Comunitat de Madrid (Serrano et al., 2015) o 32,6% dels estudiants de la Universitat Pablo de Olavide de Sevilla (Díaz-Cabrera et al., 2017). En totes les ocasions, ells ho fan amb més intensitat, freqüència i duració (Castañeda, Campos, i Del Castillo, 2016; Lozano i Herrero-Gutiérrez, 2013).

Pel que fa a les preferències manifestades respecte al lloc de pràctica habitual, els homes es decanten per les instal·lacions públiques i les dones per les instal·lacions i centres privats. Menys habitual és fer-ho a casa i a les instal·lacions universitàries. Segurament reflecteix, la preferència dels homes per la pràctica d'esports tradicionals en competició o amb amics, i la preferència de les dones per la pràctica individual o grupal en activitats organitzades (Castañeda et al., 2014; Lozano i Herrero-Gutiérrez, 2013; Mollinedo, Trejo, Araujo, i Lugo, 2013; Rodríguez, 2010).

Els motius al·ludits per practicar difereixen entre les universitats i dels que manifesten aquells que no estudien. Els motius vinculats al manteniment de la forma física i la salut prevalen sobre aquells relacionats amb la diversió i les relacions socials. Pocs són els que manifesten que els motiva la competició, principalment, homes, o raons estètiques, majoritàriament dones (Bennasar, 2013a; Cambroner, Blasco, Chiner, i Lucas-Cuevas, 2015; Castañeda et al., 2014; Lozano i Herrero-Gutiérrez, 2013; Mollinedo et al., 2013; Rodríguez, 2010).

Pel que fa als motius per no practicar AFE les raons són similars a la resta de població. La gran majoria manifesten la manca de temps. També, l'exigència dels estudis, el cansament quan finalitza la jornada, per mandra o desgana o, simplement, per que no agrada. Cal tenir en compte però, que hi ha un percentatge important que ho justifiquen pels horaris canviants, la manca d'instal·lacions esportives o de les activitats que voldrien i a una

saturació de l'oferta (Cambronero et al., 2015; Gómez López, Granero, i Baena, 2010; Lozano i Herrero-Gutiérrez, 2013).

1.1.3. Instruments d'avaluació de l'activitat físicoesportiva

Mesurar l'AF de manera fiable i sense biaix, és un dels problemes fonamentals que existeix alhora realitzar estudis epidemiològics.

L'instrument hauria de ser capaç de mesurar, efectivament, totes i cada una de les dimensions de l'AF que tenen un efecte sobre algun aspecte de la salut, tenint en compte els diferents components que permetran determinar el valor de despesa energètica com són la intensitat, freqüència i durada de l'AF realitzada.

Segons Petee, Storti, Ainsworth, i Kriska (2009) i Bauman, Phongsavan, Schoeppe, i Owen (2006) els mètodes de mesura s'engloben en dos grans grups: mètodes objectius i subjectius.

Els mètodes objectius es poden classificar en:

Taula 3. *Instruments d'avaluació de l'activitat físicoesportiva*

Mesura objectiva de la despesa energètica	
Calorimetria directa	Mètode més precís i fiable en laboratori. Mesura la despesa energètica. No apropiat per estudis poblacionals. No permet mesurar AF.
Calorimetria indirecta	Mètode fiable de mesura indirecte en laboratori. Mesura despesa energètica de curta durada. Molt car.
Aigua doblement marcada	Mètode vàlid i fiable. Mesura despesa energètica però no patrons de conducta. Apte per a tots els grups d'edat. Requereix avaluadors experts. Car. No apropiat per a estudis poblacionals. Requereix mínim tres dies registre.

Font: elaboració pròpia

Mesura objectiva de l'AF	
Tècniques objectives d'observació directa	
Observació directa del comportament	Millor mètode perquè es registra activitat en el moment en que es realitza i en el seu context. Molt laboriós. Requereix personal molt preparat per evitar biaixos.
Podòmetres	Econòmic i fàcil utilitzar. Apte per a tots grups edat. No registra tots els patrons AF (pla horitzontal i part superior del cos). No registra intensitat. Poca capacitat d'emmagatzematge de dades.
Acceleròmetres	Econòmic i fàcil utilitzar. Apte per a tots grups edat. No registra tots els patrons AF (pla horitzontal i part superior del cos). Registra intensitat. Gran capacitat emmagatzematge de dades. Requereix establir punt de tall.
Tècniques objectives de mesura de l'aptitud física	
1. Mesura de freqüència cardíaca	Econòmic. Apte per a tots grups edat encara que requereix la participació individu. Mesura despesa energètica i no patró AF. Cal tenir en compte que la freqüència cardíaca també es veu afectada per altres situacions.

2. Màxima absorció d'oxigen	Mètode més precís per l'aptitud cardiovascular aeròbica. Alt cost econòmic. No apte per a grans estudis epidemiològics. Sembla que l'associació entre AF i aptitud física sols és moderada.
-----------------------------	--

Font: elaboració pròpia

Els mètodes subjectius es poden classificar en:

Mètodes subjectius	
Diari d'AF	Econòmic. Permet avaluar molta gent simultàniament. Requereix col·laboració individu. Poc adequat per a nens. Necessita conversió a METs que pot repercutir en errors de càlcul. Dóna informació del temps invertit en AF segons intensitat.
Qüestionaris AF	Econòmics. Vàlid per a estudis epidemiològics. Permet classificar la població en nivell alt, moderat i baix. Està basat en la memòria i l'estimació personal sobre el nivell d'intensitat de l'AF. Més utilitzats i validats en diferents països i idiomes: IPAQ i GPAQ que permeten recollir la freqüència i la durada de l'AF.
Qüestionaris <i>ad hoc</i>	Econòmic. Vàlid per a estudis poblacionals. Inclou preguntes que recullen informació sobre les variables que es volen analitzar.

Font: elaboració pròpia

1.2. Alimentació

La modernització de la societat ha comportat canvis que afecten els hàbits i preferències alimentàries. Els aliments processats “fàcils de preparar i fàcils de consumir”, han estat una alternativa a la manca de temps que els nous estils de vida representen, amb una menor disponibilitat per la compra d'aliments i l'elaboració dels menjars.

Aquests canvis en l'alimentació, juntament amb un descens de l'activitat física en totes les vessants de la rutina diària i el temps lliure, han repercutit en un increment del sobrepès i obesitat que, segons l'OMS, en l'actualitat afecten, aproximadament, a uns 1.200 milions de persones (WHO, 2012).

A Espanya, el problema no és menor, les dades de l'Enquesta Nacional de Salut de l'any 2017 alerten que en els darrers vint-i-cinc anys l'obesitat ha augmentat del 7 al 17,4% (Ministerio de Sanidad. Consumo y Bienestar Social, 2018). Les dades indiquen que un 54,5% dels adults tenen excés de pes o obesitat.

Els desajustaments, entre AF i alimentació, poden ser factors de risc per moltes de les malalties cròniques no transmissibles que prevalen en l'actualitat, i que són el principal problema de Salut Pública i principal causa de mort en els països industrialitzats, com les malalties cardiovasculars, algun tipus de càncer, la diabetis mellitus tipus 2, osteoporosis, càries dental, funcionalitat del sistema immunitari... (Stoody et al., 2014; United States Departament of Agriculture, 2014a).

En l'extrem oposat, les pressions publicitàries, els règims d'aprimament mal programats per adaptar-se a cànons de bellesa imperants també poden convertir-se en factors de risc nutricional (Hernández, Alves, Arroyo, i Basabe, 2012; White, 2000). Com a conseqüència d'això, s'ha incrementat el nombre de persones que pateixen un trastorn alimentari (TDA), obsessionats, exageradament, per perdre pes (anorèxia i bulímia), o per guanyar massa muscular i perdre greix (vigorèxia), (Cabrera i Fanjul, 2012; Castro-López, 2013; de Pedro, 2004). Segons l'Enquesta Nacional de Salut, la prevalença de pes insuficient en dones de 18 a 24 anys és del 12,7% davant el 3,5% en els homes d'aquest grup d'edat (INE, 2017).

Avui en dia, està clar que una gran proporció de morbi-mortalitat que pot prevenir-se està relacionada amb el comportament alimentari. Existeix, per tant, la possibilitat de modificar la dieta com una mesura preventiva o, més exactament, com una manera de retardar l'aparició de la malaltia (Martinez-González et al., 2009; OMS, 2013).

Alguns patrons de consum d'aliments tradicionals, característics de diverses cultures, s'associen a taxes més baixes de mortalitat i morbiditat per malalties cròniques no transmissibles i una esperança de vida més llarga.

Des que Ancel Keys i col·laboradors en la dècada dels 70, en un estudi sobre la relació de la dieta i malaltia coronària en set països, troben evidències que demostraven que la taxa de mortalitat dels països mediterranis era 20 vegades inferior a l'existent en els països del nord d'Europa i dels Estats Units (1970), nombrosos han estat els estudis de cohort i assajos clínics que han demostrat els efectes positius de la Dieta Mediterrània [DM] sobre la salut i la prevenció de nombroses malalties (Lairon, Vincent, i Defoort, 2006; F Sofi, Cesari, Abbate, Gensini, i Casini, 2008; Trichopoulou, Corella, Martinez - Gonzalez, Soriguer, i Ordovas, 2006); així com l'esperança de vida (Serra Majem, Roman, i Estruch, 2006; Trichopoulou i Critselis, 2004) i el sobrepès (Buckland, Bach, i Serra Majem, 2008; Romaguera et al., 2009).

A part d'això, diversos autors, manifesten que garanteix una aportació calòrica i de nutrients en quantitats suficients i proporcions adequades (Bach-Faig et al., 2011; del Pozo et al., 2012; Márquez-Sandoval, Bulló, Vizmanos, Casas-Agustench, i Salas-Salvadó, 2008).

Per aquests motius, el patró de la DM es considera un patró d'alimentació saludable (Carbajal i Ortega, 2001) i s'ha traslladat a innumerables guies dietètiques de tot el món.

La DM es caracteritza per un perfil dietètic basat en aliments típics de la regió mediterrània i en el seu estil de vida. Reflecteix el patró alimentari característic de diversos països de la conca mediterrània durant els primers anys de la dècada dels 60. Aquesta dieta és en realitat, el conjunt de les diferents DM agrupades per una filosofia de vida afí (Nestle, 1995; Trichopoulou i Lagiou, 1997).

La DM és més que un llistat d'aliments, ja que la societat, la cultura i els estils de vida de la mediterrània influeixen en gran mesura en els seus efectes beneficiosos per la salut: l'ús d'aliments frescos de temporada i poc processats; una cuina elaborada i tradicionalment consumida en companyia i al voltant d'una taula, sense presses; la pràctica moderada d'AF i inclús l'hàbit de la migdiada (Serra Majem, Roman, et al., 2006; Trichopoulou i Lagiou, 1997).

Malgrat això, el que resulta sorprenent és que les poblacions del mediterrani siguin les que menys s'han beneficiat de la investigació i promoció de la DM. Avui en dia, s'observa una tendència completament oposada als resultats de l'estudi de Keys (1970) i a les estadístiques de l'OMS (1960-90). Els països que encapçalen la llista d'esperança de vida no són precisament els del mediterrani, sinó països com Suïssa, Japó i els països escandinaus (da Silva et al., 2009; European Commission, 2009).

Una transició nutricional diferent entre els països del nord i el sud d'Europa, podria ser l'explicació. Els del nord, han iniciat canvis de comportament en la seva alimentació i estil de vida amb l'objectiu de millorar el seu estat de salut general. En canvi, els del sud, com a

conseqüència del desenvolupament econòmic i social de les darreres dècades, han patit una occidentalització, no sols en el patró alimentari sinó també, en la manera de consumir els aliments (Blasco, López, Mínguez, i Herrero, 2009; Marrodán, Montero, i Cherkaoui, 2012).

La manca de temps, els menjars sovint fora de casa, el fet que els aliments sans siguin poc atractius així com, la incorporació de la dona al treball, el ritme de vida accelerat o l'àmplia oferta de menjars precuinats i de menjar ràpid són algunes de les raons per les quals s'han abandonat les pautes d'alimentació tradicionals. Però també, la migració i el turisme han suposat un intercanvi i introducció de nous hàbits alimentaris (Márquez-Sandoval et al., 2008; Moreno, 2012; Serra Majem, Aranceta, i Mataix, 2006)

Les possibles conseqüències d'aquesta transició nutricional i la pèrdua de la DM comencen a fer-se evidents. Com ja s'ha comentat, es reflecteix, per un costat, en un important increment en les taxes d'obesitat en les poblacions mediterrànies i, per un altre, en un augment de les taxes de mortalitat per malalties cròniques, malgrat que encara són inferiors que les dels països del nord d'Europa (da Silva et al., 2009; Fundación Española de la Nutrición, 2013; Paletas et al., 2010).

I, el que és més preocupant, les generacions més joves de diversos països del mediterrani són les que presenten un patró d'alimentació més allunyat de la DM (Durá i Castroviejo, 2011; Serra Majem, Roman, et al., 2006).

1.2.1. Els joves i l'alimentació

Aquesta etapa segueix sent un període de la vida especialment vulnerable. L'organisme segueix madurant. Per això, la nutrició és important per garantir un desenvolupament adequat i prevenir futures patologies (Riba, 2002).

No s'ha d'oblidar que, a aquestes edats els hàbits de vida segueixen jugant un paper essencial en la salut del dia a dia i també, en la salut del futur. En aquests anys, el jove s'està jugant bona part de la seva salut en les pròximes dècades.

Malgrat que la majoria de la població jove sap que "menjar sa" significa menjar "variati i equilibrat", consumir més fruita i verdures i disminuir els greixos en l'alimentació, 1 de cada 4 europeus d'entre 15 a 24 anys reconeix que la seva alimentació habitual no és saludable (European Commission, 2006)¹⁸.

¹⁸ La Comissió europea no ha publicat dades més recents.

Els motius que manifesten, per aquesta escassa alimentació saludable, són: la manca de temps, els menjars freqüents fora de casa o que els aliments sans són poc atractius, definits per ells com insípidos i poc apetitosos (Lappalainen et al., 1997; Tangen i Thoresen, 2005).

Els joves critiquen la seva pròpia alimentació, sovint més ràpida i barata que menjar a casa. Afirmen que si fos igual d'econòmic menjar de manera saludable, optarien per això (Hernán, Fernández, i Ramos, 2004).

L'increment dels establiments de menjar escombraria (pizzeries, hamburgueseries, bocateries,...) i el baix cost, en general, d'aquest tipus de menjar han contribuït que s'instauri el seu consum de manera natural i freqüent, sobretot en el col·lectiu de joves. A més, la manca d'habilitat en la cuina els decanta també, pel consum d'aliments precuinats, amb l'inconvenient del seu alt contingut calòric (Aranceta, 2001; Bennasar, 2013b).

Pel que fa a l'alimentació dels joves espanyols, malgrat les dades que apareixen en la recent Enquesta Nacional de Salut (Ministerio de Sanidad. Consumo y Bienestar Social, 2018) mostren certes millores, encara està lluny del que les organitzacions i experts consideren com a dieta saludable (Fundación Española de la Nutrición, 2013; F Sofi, Abbate, Gensini, i Casini, 2010; UNESCO-ICH, 2010).

Els resultats de l'enquesta, abans mencionada, mostren que un 8% dels joves d'entre 15 i 24 anys, no esmorza habitualment. A més, segueixen sent pocs els que declaraven menjar, més d'un cop a la setmana, verdures i hortalisses. Tampoc, en general, compleixen les recomanacions mínimes proposades pel que fa a la ingesta diària de fruita, del grup de pasta, arròs i patates, així com el consum setmanal de llegums.

Respecte a l'aliment principal consumit en els segons plats, s'observa un descens en el percentatge de joves que manifesta consumir carn diàriament encara que segueixen consumint més del que és recomanable. Pel que fa a la ingesta de peix, continua en descens del ja baix consum que existia.

Pel que fa als postres, els joves espanyols consumeixen preferentment làctics i fruites.

Per a finalitzar, cal afegir que s'observa un augment significatiu del percentatge de joves que acostumen a prendre diàriament productes que aporten, majoritàriament, greixos saturats i sucres refinats. I que, un de cada dos joves manifesta que, com a mínim, 1 cop a la setmana fa un àpat de menjar ràpid.

Resumint, les dades de l'Enquesta Nacional de Salut de 2018, en comparació amb les anteriors edicions, mostren entre els joves un descens general però, sobretot en les dones, del consum diari d'aliments greixosos i més calòrics, i de carn i un augment en la ingesta de

verdures. Potser, aquest fet està més motivat per un afany de perdre pes (54,2%) que per viure saludablement (22,5%) (Ministerio de Sanidad. Consumo y Bienestar Social, 2018).

També cal tenir en compte el tema econòmic ja que, en termes generals, les dietes a base de sucres, greixos i grans refinats són més assequibles que les dietes recomanades a base de carn magra, peix, verdures o fruites fresques (Drewnowski i Specter, 2004; Tangen i Thoresen, 2005).

El que sí que no ha canviat, des de fa dècades, és que el grup de 15 a 24 anys és el que desenvolupa una dieta més allunyada de les recomanacions en tots els grups d'aliments de la Dieta Mediterrània i el que més abusa del menjar ràpid (Bondia Pons, 2007; Tur, Romaguera, i Pons, 2004).

1.2.2. L'alimentació dels joves universitaris

Els universitaris, com els joves en general, són un grup vulnerable des del punt de vista nutricional. A més, és un període crític per al desenvolupament de bons hàbits dietètics que repercutiran en la seva vida futura (De la Montaña, Castro, Cobas, Rodríguez, i Míguez, 2012; Iglesias et al., 2013; Irazusta, Hoyos, Díaz, Irazusta, i Gil, 2007).

Aquesta etapa sol coincidir amb l'abandonament de la llar familiar i el seu entorn, per viure independentment i convertir-se en els responsables de la seva alimentació.

Malgrat que, els universitaris són conscients de la importància de l'alimentació equilibrada més de la meitat reconeix que la seva alimentació, en general, no s'hi adequa (Castañeda, Campos, i Garrido, 2011; Troncoso, 2011). Aquesta opinió preval entre aquells que viuen fora de la llar familiar (De la Montaña et al., 2012; El Ansari, Stock, i Mikolajczyk, 2012).

Perceben que l'etapa universitària dificulta la realització d'una bona alimentació. Especialment pels canvis en l'organització de la vida, la manca de temps i unes jornades de classe que dificulten mantenir els horaris de menjar habitual, i que faciliten el consum de pisolabis i altres menjars d'alta densitat energètica (Ortiz-Moncada et al., 2012; Troncoso i Amaya, 2009).

També perceben com a barreres: la disponibilitat limitada de recursos econòmics que sovint resolen en establiments de menjar ràpid i econòmic (Cervera et al., 2013; De la Montaña et al., 2012), la inexperiència en la compra, la planificació i la preparació dels menjars que resolen amb menjars preparats que els resulten més còmodes (European Food Information Council, 2012; Troncoso, 2011).

A més, cal tenir en compte que, és un col·lectiu molt receptiu a dietes per aprimar-se, a la publicitat i als productes nous (AESAN, 2011; Cervera et al., 2013) provocant que la qualitat

sigui inadequada, sent desequilibrada i insuficient (De la Montaña et al., 2012; European Food Information Council, 2012; Iglesias et al., 2013).

Segons aquests autors la dieta d'aquest col·lectiu es caracteritza per:

- Saltar-se freqüentment els àpats, sobretot l'esmorzar.
- Menjar a deshores i picotejar.
- Ingesta de menjar ràpid.
- Alimentació poc diversificada.
- Abusar dels dolços.
- Abusar del consum d'alcohol i de les begudes ensucrades.

És a dir, el seu consum dietètic també es caracteritza per no assolir les recomanacions de la base de la piràmide alimentària i un excés en el consum dels aliments de la part superior (Bach-Faig et al., 2011; Marrodán et al., 2012). Mostrant, com s'anunciava amb anterioritat, una occidentalització de la dieta (da Silva et al., 2009; Iglesias et al., 2013).

Pel que fa a les diferències per sexe, els estudis abans esmentats, mostren, en general, una tendència a presentar patrons d'alimentació més saludable per part de les dones. Possiblement, per estar més conscienciades o més interessades per temes relacionats amb la salut i l'alimentació o bé per una major tendència a realitzar dietes per perdre pes (Arganini, Saba, Comitato, Virgili, i Turrini, 2012; INE, 2013).

Per últim, en els estudis en què s'analitza l'adherència a la DM, tots coincideixen que aquest col·lectiu, sobretot els homes, cal que millorin la seva alimentació (Cervera et al., 2013; Durá i Castroviejo, 2011; Ortiz-Moncada et al., 2012).

1.2.3. Instruments d'avaluació de la dieta

Per avaluar, de manera global, l'adequació de la dieta s'han desenvolupat diversos índexs que tenen en compte, simultàniament, diferents aspectes que confereixen a una dieta el caràcter de saludable com, per exemple, la varietat, l'adequació i la moderació, per després comparar-la amb un patró dietètic determinat al qual se li han atribuït propietats beneficioses per a la salut, com és el cas de la DM (Romaguera, 2007).

La qualitat de la dieta d'un individu o grup pot ser determinada mitjançant l'estudi del consum de determinats aliments o grups d'aliments (Norte i Ortiz, 2011), ponderant-los amb mètodes basats en patrons dietètics definits a priori, a partir dels quals es deriven índexs que ens permeten quantificar de manera global la qualitat de la dieta.

Els més utilitzats són:

Taula 4. *Instruments d'avaluació de la dieta*

Índex qualitat de la dieta	Avalua el grau de similitud amb les directrius dietètiques formulades per a la població espanyola
Índex de diversitat de la dieta	Avalua la diversitat o la varietat en el consum diari d'aliments procedents de diversos grups (aliments rics en proteïnes (carn, peixos, ous), rics en calci (làctics, llegums), rics en hidrats de carboni complexos (cereals, tubèrculs), fruites i verdures.
Índex d'adherència a la dieta mediterrània	Analitza el consum de 10 productes típics/atípics de la DM

Font: elaboració pròpia

2. Hàbits nocius per a la salut: consum de substàncies legals i il·legals

Juntament amb els hàbits no saludables, inactivitat física, sedentarisme i dieta desequilibrada, esmentats en l'apartat anterior, cal tenir present altres hàbits que directament són nocius per a la salut, com el consum de substàncies legals o il·legals, que s'ha convertit en un problema de salut pública (WHO, 2012), sobretot entre la població jove, objecte d'estudi, especialment vulnerable al manteniment i increment de les conductes de risc (Salazar i Arrivillaga, 2004).

Segons Cornellà (1999) les conductes de risc són "aquelles actuacions repetides i fora de determinats límits, que poden desviar o comprometre el desenvolupament psicosocial normal durant la infància o l'adolescència, amb repercussions perjudicials per a la vida actual o futura" (p. 41).

Malgrat que aquestes conductes s'iniciïn, fonamentalment, durant l'adolescència (Balaguer, 2002; Cornellà, 1999; Ros et al., 2002), augmenten i es consoliden durant la joventut (EMCDDA, 2009b; Martín-Montañez et al., 2011) i de manera especial, durant els estudis universitaris (Mantilla et al., 2011; Morales et al., 2011; Páez, 2012).

Les conseqüències del consum, a curt termini, estan relacionades amb intoxicacions agudes i amb la distorsió en l'avaluació de les situacions de risc que poden causar accidents de tràfic, conductes sexuals de risc, baralles o dificultat per complir amb les responsabilitats de l'endemà (Schulenberg i Maggs, 2002; Schulenberg et al., 2001).

Existeix menys consens pel que fa a les conseqüències a llarg termini. Molts estudis informen sobre fracàs i abandonament escolar, problemes conductuals, símptomes depressius encara que, en tractar-se d'estudis transversals, no queda clar si són conseqüències o precursors del consum de substàncies (Baker, Brandon, i Chassin, 2004; Chassin, Pitts, i Prost, 2002).

On sí hi ha consens, és que aquells que n'abusen i/o ho converteixen en una rutina fixa en el temps, tenen més possibilitats de desenvolupar malalties i afectar així, la seva vida futura (Alfonso, Huedo-Medina, i Espada, 2009; Tirodimos, Georgouvia, Savvala, Karanika, i Noukari, 2009; Varela-Mato, Cancela, Ayan, Martín, i Molina, 2012).

No obstant això, certes conductes de risc, desenvolupades en aquestes edats, s'han d'entendre com una manifestació del camí personal cap a l'autonomia i la independència o, una espècie de ritu de trànsit que marca el final de la infantesa. Segons Alfonso et al. (2009) Oliva, Parra, i Sánchez-Queija (2008) i WHO (2005), es podria dir que si el consum en adolescent o joves és moderat o experimental és indicador d'un bon ajustament.

Els joves necessiten qüestionar les normes, enfrontar-se als seus dubtes i emocions, desafiar les potencialitats del seu propi cos explorant els seus límits i establir noves formes de relació amb els adults. Segons Cornellá (1999) “No hem ni podem anul·lar tota la riquesa d'experimentació personal que suposa el creixement de l'adolescent entre els riscos, sinó que cal fomentar factors de protecció” (p. 42). Només quan aquestes situacions es repeteixen amb excessiva freqüència o excedeixen els límits del comportament social acceptable, es pot parlar de conductes de risc.

A l'hora d'analitzar les diferències existents en el consum de substàncies, cal tenir molt present la percepció que el subjecte té del risc i els factors de protecció que posseeix i que redueixen, inhibeixen o atenuen la probabilitat de fer-ne ús (Alfonso et al., 2009; Cáceres, Salazar, Varela, i Tovar, 2006; Jessor, Van Den Bos, Vanderryn, Costa, i Turbin, 1995).

Alguns estudis com els de Fernández Gómez (2003) i Salazar i Arrivillaga (2004) manifesten que la percepció més gran del risc no s'estableix amb el patró de consum, sinó amb la relació amb el tipus de substància consumida. Altres, com el de la Villa, Rodríguez, i Sirvent (2006), informen que té a veure amb la freqüència de consum, de tal manera que, es considera més perjudicial l'ús continuat que l' esporàdic.

Cal tenir en compte que, el risc percebut davant diferents conductes de consum pot ser, també, un indicador directe de l'evolució del consum. Així, Becoña (2000) i Ruiz-Olivares, Lucena, Pino, i Herruzo (2010) afirmen que el consum de substàncies legals, podria facilitar el posterior consum d'il·legals, sobretot el cànnabis, considerada primera substància il·legal a Espanya.

Alguns investigadors parlen d'actituds, creences i valors com a predictors fiables del consum (Arrivillaga et al., 2003; de la Villa, Ovejero, Sirvent, Rodríguez, i Pastor, 2009). Així que, el que es pensi sobre les substàncies, les creences sobre els seus efectes i sobre el mateix acte de consumir, i el que s'experimenta en fer-ho, donen com a resultat un balanç subjectiu positiu o negatiu que determinarà si es consumeix o no. En aquest sentit, els joves que percebin la conducta de consum com arriscada i/o els que no perceben cap avantatge en practicar-la manifestaran, en menor mesura, conductes de consum (Megías i Elzo, 2006).

Per un altre costat, existeixen incongruències entre les creences i les pràctiques diàries. Malgrat que els joves no ignoren el que han de fer per tenir cura de la seva salut presenten conductes de risc. Els joves consideren la malaltia i la mort com a fenòmens molt llunyans i per això, no valoren els riscos que representa el consum de substàncies (Cruz Roja, 2006; Páez, 2012; Rodríguez-Soriano et al., 2009).

La literatura científica aporta evidència del fet que el consum juvenil de substàncies respon a un patró conductual multideterminat, on s'integren variables tals com: actituds, recerca de sensacions, pressió del grup i tendències socioculturals (Espada, Pereira, i García-Fernández, 2008).

Com molts autors apunten, hi ha altres factors que poden influenciar en el consum entre els joves i que tenen a veure amb factors individuals o relacionals (Arnett, 2005; Cáceres et al., 2006; de la Villa et al., 2009; Peñafiel, 2009b).

Entre els factors individuals cal considerar:

- a. L'edat: està documentat que l'edat té un efecte positiu sobre la freqüència i intensitat del consum (Alfonso et al., 2009; Chassin et al., 2002). La relació entre els patrons de consum i l'edat es descriuen en termes d'una funció curvilínia, és a dir, augmenta amb l'edat, assolint el seu punt màxim entre els 18-24 anys i posteriorment descendeix (Funes, 2008; Maggs i Schulenberg, 2005; Peñafiel, 2009b)
- b. El sexe: els homes consumeixen més que les dones tota mena de substàncies (Kashdan, Vetter, i Collins, 2005; Muñoz-Rivas, Andreu, i Gutiérrez, 2005). Tot i això, cada cop hi ha més evidència d'una homogeneïtzació en els patrons de consum, tant a Espanya com a la resta dels països europeus (Fernández Gómez, 2003).
- c. L'autoconcepte, l'autoestima, l'autocontrol i la tolerància a la frustració: les investigacions mostren que els joves amb una autoestima baixa són més vulnerables a la pressió dels seus iguals en el desenvolupament de conductes de risc (Moreno Murcia, Moreno, i Cervelló, 2009; A. Rodríguez, Goñi, i Ruiz de Azua, 2006). L'autocontrol és la capacitat per dirigir i controlar la pròpia conducta i sentiments i es relaciona inversament amb la quantitat del consum (López-Torrecillas, Peralta, Muñoz-Rivas, i Godoy, 2003; Verdejo-García, Rivas-Pérez, López-Torrecillas, i Pérez-García, 2006). Per altra banda, algunes persones són incapaces de tolerar la frustració i requereixen una satisfacció a l'acte de les seves necessitats i els sembla que les substàncies són un mitjà ràpid per aconseguir el plaer immediat (Alfonso et al., 2009; Cáceres et al., 2006; Rodríguez-Soriano et al., 2009).
- d. Experimentació i la recerca de sensacions: les investigacions han trobat relacions significatives entre la recerca de sensacions i la conducta de risc en general i el consum de substàncies en particular (Arnett, 2005; Martínez-Lorca i Alonso-Sanz, 2003; Nadal, 2008).
- e. Habilitats socials: La manca de recursos per establir relacions s'ha associat amb el consum de substàncies com a inhibidors dels sentiments d'ansietat i estrès que aquestes situacions els provoquen (Llorens, Palmer, i Perelló, 2005; Llorens, Perelló,

i Palmer, 2004). Les persones que tenen una major necessitat d'obtenir l'aprovació dels altres, poden tenir una major dependència del grup i per aconseguir-la ajusten la seva conducta a les seves exigències, sense tenir en compte si és adequada o no (de la Villa et al., 2009; de la Villa et al., 2006).

- f. Inconformitat amb les normes socials: les persones que tendeixen a transgredir les normes que regulen la societat poden veure's impulsades a consumir drogues pel sol fet d'incomplir-les (Cáceres et al., 2006).
- g. Accessibilitat a les substàncies: una major disponibilitat és un factor que es correlaciona amb el consum. S'ha demostrat que la percepció de fàcil accessibilitat a la droga és un factor d'alt risc en l'inici i manteniment del consum (Hernán et al., 2004; Jiménez-Muro, Beamonte, Marqueta, Gargallo, i Nerín, 2009). I com més alta és la permissivitat del consum, aquest augmenta (Cruz Roja, 2006; Luengo, Romero, Gómez, Guerra, i Lence, 1999).

I els factors relacionals són aquells aspectes relatius a l'entorn pròxim de les persones:

- a. L'escola: com agent educatiu i socialitzador influencia de manera positiva o negativa en l'aprenentatge de conductes, segons siguin les experiències viscudes durant aquesta etapa (de la Villa et al., 2006; Luengo et al., 1999).
- b. El grup d'amics: en l'adolescència i la joventut el grup d'amics va substituint, progressivament, la família com a referent. El grup es converteix en factor de risc o de protecció del consum en tant que, si els amics en fan ús hi ha una alta probabilitat també de consumir (Borsari i Carey, 2001; Julià, Escapa, Mari-Klose, i Mari-Klose, 2012; Talbott et al., 2008) i no fer-ho si ells tenen una percepció negativa respecte al consum (Bachman et al., 2012; F. Zimmermann i Sieverding, 2011).

Els amics, a més, formen part del temps d'oci dels joves, sobretot, del cap de setmana quan, sovint, van a bars o discoteques, llocs que es correlacionen amb un major consum de substàncies (Calafat, Fernández, Juan, i Becoña, 2007a; Carrasco i García, 2002).

Segons Calafat i col·laboradors (2005; 2007a; 2007b), Tirado-Morueta, Aguaded-Gómez, i Marín-Gutiérrez (2013) i Valverde, Farías, i Benítez (2013) la manera en què els joves ocupen el temps d'oci és el millor predictor, per sobre d'altres variables, del consum de substàncies.

Els diners que disposen els joves per gastar en el seu temps d'oci, també és una variable a tenir en compte, ja que com més diners més consum d'alcohol tant en la freqüència com en el grau d'alcohol de la beguda (Elzo, Comas, Laespada, Salazar, i Vielva, 2000). Tot i això, sembla evident que els que no disposen de recursos econòmics eludeixen aquesta dificultat en el que Baigorri, Fernández, i GIESyT

(2004) defineixen com reunions massives de joves, fonamentalment, en llocs oberts de lliure accés per beure la beguda que han adquirit prèviament a comerços, escoltar música i parlar, en el que col·loquialment s'anomena botelló (Calafat, 2005; Cortés, Espejo, i Giménez, 2007; Gómez Fraguera, Fernández, Romero, i Kuengo, 2008).

- c. La família: com a context socialitzador de gran importància actua llicitant, neutralitzant o inhibint el consum. Apareixen com a variables constants en molts dels consumidors l'estructura i composició de la família, el nivell socioeconòmic, les relacions afectives, la comunicació (I. Martínez, Fuentes, García, i Madrid, 2013) i les actituds i conductes dels pares o germans (Chassin, Flora, i King, 2004; March et al., 2010; Ruiz-Juan i Ruiz Risueño, 2011).

Els principals hàbits nocius per a la salut són, sense dubte, el consum de substàncies tant legals com il·legals que està present en tots els grups d'edat però, de manera particular, en el col·lectiu de joves.

Segons l'Observatori Español de la Droga i les Toxicomanies [OEDT], en el seu informe del 2017, s'observa, en els darrers anys, una estabilització en el consum de les diferents substàncies però, l'inici en el consum segueix sent a edats molt joves. La mitjana d'edat d'inici en el consum de tabac i alcohol està entre els 16 i 17 anys (encara que, un percentatge molt elevat experimenta a l'inici de l'adolescència). Cap als 18 anys ho fan en el cànnabis i entre els 19 i els 23 en les altres drogues il·legals.

A partir d'aquestes edats d'inici es produeix un ascens progressiu fins als 25-30 anys, moment en què s'inicia l'assumpció dels rols i responsabilitats de l'edat adulta, a partir de la qual es produeix, sobretot en les substàncies il·legals, un descens progressiu (Alfonso et al., 2009; Comas, 2008; Oliva et al., 2008).

En general, hi ha una major prevalença en el consum de totes les substàncies (excepte els hipnosedants) entre els homes però s'observa un increment gradual del consum entre les dones des d'edats molt joves (Meneses et al., 2009; Ministerio de Sanidad. Consumo y Bienestar Social, 2018). Tant és així que en alguns estudis, les noies han superat als homes en la prevalença de consum de tabac (Garcia et al., 2010; Mendoza, López, i Reyes, 2007), han igualat els indicadors del consum d'alcohol (Sánchez Pardo, 2002) i s'han apropat, notablement, a les prevalences de consum experimental d'altres substàncies, sobretot, el cànnabis (de la Villa et al., 2009; Muñoz-Rivas et al., 2005).

Actualment, el consum de substàncies entre els joves es vincula a un estil d'oci recreatiu concentrat en els caps de setmana, compartit amb el grup d'iguals, buscant una sobreestimulació i com a mecanisme de reafirmació de la identitat grupal (Becoña et al.,

2012; Espada et al., 2008; Megías i Elzo, 2006; Oliva et al., 2008; Ruiz-Olivares, Lucena, Pino, i Herruzo, 2010).

A més, cada cop és més comú el consum de diverses substàncies simultàniament o el policonsum, on l'alcohol es combina amb altres substàncies com la nicotina, el cànnabis, la cocaïna i les drogues de disseny. Generalment, els joves comencen la nit amb l'alcohol al qual li van afegint d'altres substàncies amb l'objectiu d'aguantar i, tot sovint, tal com assenyalen els estudis de Gómez (2013), Patiño-Masó, Gras-Pérez, Font-Mayolas, i Baltasar-Bagué (2013) i Peñafiel (2009a) acaben amb el consum de pastilles per a dormir o tranquil·litzants per a la necessitat de parar i amortir els efectes dels estimulants.

Com ja s'ha comentat, els joves que accedeixen a la universitat conformen una població que es troba en una etapa crítica en el seu desenvolupament, ja que comencen a ser responsables de si mateixos.

Malgrat que un nivell educatiu alt funciona com a protector del consum (García de Albéniz, Guerra-Gutiérrez, Ortega-Martínez, Sánchez-Villegas, i Martínez-González, 2004; Steptoe, Wardle, Cui, Baban, et al., 2002). Diversos estudis com els d'Arguello et al. (2011), Font-Mayolas, Gras, i Planes (2006), Intra, Gil, i Moreno (2011) i Kowalska, Rzeznicki, i Stelmach (2009) conclouen que un gran nombre de joves que accedeixen a la universitat inicien i/o consoliden una conducta de consum al llarg de l'etapa universitària. Martín-Montañez et al. (2011) i VanKim, Laska, Ehlinger, Lust, i Story (2010), en un estudi transversal entre estudiants de 1r i 4t curs, observen un major consum de substàncies entre els alumnes dels cursos superiors, encara que no poden afirmar que sigui conseqüència del seu pas per la universitat.

Tampoc sembla que aquells que cursen els estudis relacionats amb la salut presentin un consum inferior (Andrés, Remesal, Torrico, i Salazar, 2013; Fabro i Tolosa Müller, 2011; La Torre et al., 2012).

Segons Mantilla et al. (2011), a més, a la universitat segueix existint una certa permissivitat en l'ús de substàncies i els estudiants estan més fàcilment exposats a comportaments que representen riscos, podent-se convertir en una "situació de risc" definida per Cornella (1999) com "aquelles circumstàncies que ofereixen un risc a tota la comunitat o grup social" (p. 42).

La transició a l'educació universitària està associada amb una combinació d'estressos que tenen un gran impacte en estils de vida. Alguns estudis com els de Fortich, Montes, Cuadrado, i Hernández (2012), Varela-Mato et al. (2012) i Hicks i Heastie (2008) mostren que, el pas del batxillerat a la universitat es reflecteix en la rutina diària i estils de vida dels joves, afectant, d'una manera o altra, la seva salut mental, física i emocional.

L'adquisició de la majoria d'edat i el canvi de vida que aquest període representa, sobretot si s'inicia una convivència fora de la llar familiar i, per tant, del seu control, facilita el contacte i, moltes vegades, l'abús de diferents substàncies psicoactives. Diversos estudis indiquen que viure amb companys o en residències augmenta el risc de consum (Boot, Rosiers, Meijman, i Van Hal, 2010; Caamaño-Isorna, Corral, Parada, i Cadaveira, 2008; Martín-Montañez et al., 2011).

Respecte al patró de consum dels universitaris Karam, Kypri, i Salomoun (2007), Patiño-Masó et al. (2013) i Castañeda i Romero (2014) no difereix dels joves en general. Principalment, consumeixen els caps de setmana i les "nits de marxa" de manera convulsiva i, sovint, ho combinen amb altres substàncies amb l'objectiu d'augmentar la diversió i mantenir-la el màxim temps possible. Malgrat això, segons ells aquestes conductes no interfereixen massa en la seva rutina diària i la seva integració en l'àmbit universitari.

2.1. Consum d'alcohol

A Espanya i a molts països europeus, les begudes alcohòliques formen part de la vida social, cultural i gastronòmica. Per tant, l'entorn en què vivim és favorable al consum d'alcohol, fet que no succeeix amb cap altra substància. Existeix una excessiva permissivitat en el consum, inclús l'abusiu, sobretot quan està lligat a situacions de festa o diversió (Calafat, Fernandez, Juan, i Becoña, 2008; Calafat et al., 2005). Aquesta permissivitat és deriva de dos fets, per una banda, l'alcohol és una substància amb "prestigi", atribuint-li una àmplia gamma d'efectes positius, inclús medicinals, que no es correspon amb les seves propietats reals. Per una altra, existeix un fàcil accés a les begudes alcohòliques per la seva gran disponibilitat i el seu baix preu.

Segons l'informe de la Cruz Roja (2006) i l'estudi de Vaquero-Cristóbal, Isorna, i Ruiz (2012) el patró de consum, en la nostra societat, es caracteritza per fer-ho en qualsevol lloc i moment perquè ajuda a afavorir les relacions socials. A més, hi ha una actitud condescendent i permissiva en vers l'embriaguesa, sempre que no es transformi en dependència.

Tradicionalment, s'ha après a consumir alcohol de la mà de la família. Una gran part de la població s'ha iniciat durant la infància, com a part d'un ritu en alguna celebració familiar. Més tard, durant l'adolescència, el consum és amb els amics, en la recerca de la pròpia identitat i l'acceptació dels altres, on és freqüent que es reforci un consum excessiu, sense tenir en compte els seus efectes nocius i de risc (Palmer et al., 2009; Quigg et al., 2014; WHO, 2014).

A més, s'ha produït un canvi en la manera de veure el consum, fins llavors influenciat pels estereotips socials de masculinitat i feminitat. És a dir, el consum excessiu dels homes era tolerat o, inclús, considerat com a símptoma de virilitat, mentre que el de les dones era reprovat i, de manera evident, quan aquest es convertia en dependència (Luengo et al., 1999; Sánchez Pardo, 2012). Aquesta diferència s'ha anat reduint gradualment fins que, cada cop és més habitual que existeixi també un reforç per el consum en les noies joves, ja que és vist com una expressió d'igualtat de gènere (Sánchez Pardo, 2009).

Malgrat que en els darrers anys s'observa una estabilització en el consum i fins i tot un lleuger descens, sobretot en homes, encara un 62,1% de la població declarava haver-ne consumit el darrer mes i un 9,3% ho feien a diari (OEDT, 2016b).

Els homes consumeixen alcohol més freqüentment i en majors quantitats que les dones però, cada cop aquesta diferència es va reduint fins a invertir-se en el grup dels més joves

(14 a 18 anys) on les noies superen als nois en la prevalença de consum anual, mensual i esporàdic (OEDT, 2016b).

També, en aquest cas, que les enquestes presentin diferències metodològiques, sobretot en l'agrupació d'edats i en la quantificació de les unitats de beguda, fa difícil la comparació dels resultats però sembla que hi ha un consens en:

- S'observa una estabilització i, fins i tot, un lleuger descens en el consum d'alcohol en tots els períodes analitzats, sobretot en els grups de major edat i en els homes.
- L'edat d'inici és cada cop més precoç i no existeixen diferències significatives per sexe.
- Els homes beuen, en general, més alcohol que les dones, però cada cop aquestes diferències són menys perceptibles sobretot entre els més joves.
- El grup que més consumeix és el de 20 a 24 anys.
- Destaca la prevalença de consum de risc i el consum excessiu i intermitent en els més joves, sobretot entre les dones joves.
- Hi ha diferències en el patró de consum dominant segons l'edat analitzada, sent el dels joves de caràcter experimental o ocasional, vinculat a contextos lúdics, concentrat bàsicament en els caps de setmana i les nits de festa, i el consum diari en els més grans.

2.1.1. Els joves i el consum d'alcohol

Segons l'OEDT (2016b) malgrat que s'observa un descens en el consum entre el grup de 14 a 18 anys, segueix sent molt elevat, sobretot tenint en compte que és il·legal. Un 68,2%, declarava haver begut alcohol en el darrer mes.

Pel que fa al grup de 15 a 24 anys, un 59,5% declarava haver-ne pres en el darrer mes. És en aquest grup d'edat, on les diferències entre sexes són menors (3,8%).

També, és el grup on es declarava, en el darrer any, un nivell d'ocasions d'embriaguesa més elevat (35,1%), situació que és produeix més en els homes que en les dones.

Segons J. Álvarez et al. (2007) el patró de consum difereix entre els joves i els grups de més edat (més de 35). Per aquests darrers, el consum és més tradicional, diàriament i normalment lligat als àpats. Al contrari, entre els més joves, està més vinculat al temps d'oci del cap de setmana amb el grup d'amics i en forma d'afartament o *binge drinking* (5 o més copes en homes i 4 o més en dones, en un interval de dues hores) en recerca de l'embriaguesa.

És precisament en aquest tipus de consum on s'ha produït un increment respecte a l'anterior enquesta, arribant al 30,1% els que declaraven haver-ho fet, en els darrers 30 dies.

L'alt nivell de tolerància i permissivitat cap al consum d'alcohol contribueix a una menor percepció del risc. Sols un de cada quatre joves europeus, consideren que el consum d'aquesta substància representa un risc alt (The Gallup Organization, 2014). Això, juntament amb la falsa sensació de control que tenen abans de començar a beure en una nit de festa, afavoreix un tipus de consum compulsiu (Fortich et al., 2012; Pascual, 2002).

S'ha produït a Espanya, un canvi de patró en el consum dels joves. Ha disminuït el consum diari i ha augmentat, espectacularment, el consum en afartament (EMCDDA, 2009b).

Aquest consum ha passat a ser essencial en el temps d'oci i estils de diversió dels joves, compartit amb el grup d'iguals, a la recerca de la sobreestimulació i, segons Geoffrey, Kristin, i Faith (2008) i Ruiz-Olivares, Lucena, Pino, i Herruzo (2010), com a mecanisme de reafirmació de la identitat grupal. Segons Martín-Montañez et al. (2011) rarament és un consum en soledat.

Cada cop però, s'observa que els motius subjectius comencen a tenir més pes. Pretenen, com amb altres substàncies, la transformació temporal que proporciona l'alcohol. És una forma de consumir importada dels països anglosaxons i nòrdics, en els que el consum excessiu i l'embriaguesa, són un fi en si mateix i no un mitjà. El canvi no és que cada cop hi hagi més joves que beuen, sinó que els que beuen, beuen més (Cruz Roja, 2006).

2.1.2. Els joves universitaris i l'alcohol

L'alcohol és també la substància més consumida entre els universitaris i el seu nivell de consum és superior al dels joves en general (Castañeda et al., 2011; Zaldívar, López, García, i Molina, 2011), sobretot en dones (INE, 2013; Sánchez-López, Rivas-Diez, i Cuéllar-Flores, 2013).

Tampoc en els estudis amb universitaris s'ha utilitzat un mateix qüestionari per esbrinar el percentatge de bevedors, els patrons i nivells de consum, això fa difícil extreure dades representatives però en la majoria apareix una prevalença de consum d'entre el 60 i el 75% (Martín-Montañez et al., 2011; Molina et al., 2012; Sánchez-López et al., 2013; Zaldívar et al., 2011).

Durant aquest període, s'inicia o consolida el consum d'alcohol, ja que les dades mostren que el consum a aquestes edats són superiors a les del grup de 14 a 18 anys (Borsari, Murphy, i Barnett, 2007; VanKim et al., 2010).

Malgrat que no hi ha estudis longitudinals que avaluin el paper del context universitari sobre el consum, Intra et al. (2011) i Morales et al. (2011) el comparen entre els estudiants de primer i darrer curs, obtenint un major consum en aquests últims. L'estudi de Martínez Pastor et al. (2009) conclou que els estudiants no modifiquen els seus hàbits al llarg del període universitari. Fins i tot, en els estudis d'Alberdi-Erice, Huizi-Egilegor, Barandiarán-Lasa, Zupiria-Gorostidi, i Uranga-Iturrioz (2007) i Fabro i Tolosa Müller (2011) ni tan sols milloren els seus hàbits aquells que cursen estudis de l'àmbit de la salut.

Segons Bennasar (2013a), Karam et al. (2007) i Mota et al. (2010) un percentatge molt elevat dels estudiants que consumeixen alcohol presenten un consum de risc¹⁹. Fins i tot, es percep el consum com a part integrant de la vida universitària, sobretot, el cap de setmana al qual, els universitaris, han incorporat el dijous, dia que s'ha convertit en la seva nit de festa (Martín-Montañez et al., 2011).

Com s'ha mencionat en la introducció d'aquest apartat, Caamaño-Isorna et al. (2008), Boot et al. (2010), Wicki, Kuntsche, i Gmel (2010) i Molina et al. (2012), confirmen que els que viuen en entorns on existeix una alta concentració de joves, lluny de la supervisió dels pares, com en residències o en pis d'estudiants, mostren una major prevalença de consum d'alcohol.

Respecte al sexe, alguns estudis com els de Bennasar (2013a), Sánchez-López, Cuellar-Flores, i Dresch (2012) i Zaldívar et al. (2011) mostren menors diferències en el consum entre nois i noies universitaris que en altres grups de població.

També, la majoria dels estudis realitzats amb aquest col·lectiu, com els d'Iwamoto, Cheng, Lee, Takamatsu, i Gordon (2011), Lumbreras et al. (2009), Mantilla et al. (2011), Molina et al. (2012) i Zaldívar et al. (2011), conclouen que tant nois com noies consumeixen alcohol amb una freqüència similar però, les noies tendeixen a concentrar el consum el cap de setmana i els nois beuen més quantitat d'alcohol en cada ocasió.

Pel que fa al consum de risc, diversos autors com Bennasar (2013a), Caamaño-Isorna et al. (2008) i Iwamoto et al. (2011) coincideixen en que els nois presenten un major perfil de risc, ja que realitzen un consum més habitual i en majors quantitats.

Tot i això, pel que fa als episodis de *binge drinking* i embriaguesa diversos estudis presenten un major percentatge en el sexe femení, sobretot els caps de setmana, encara que es podria deure al nivell de tall utilitzat per a cada sexe, normalment pròxim al 2 a 1 (Kelly-Weeder, 2008; Molina et al., 2012; Varela-Mato et al., 2012).

¹⁹ Consum de risc: veure Taula 6 (p. 74)

2.1.3. Instruments d'avaluació del consum d'alcohol

Cal esmentar que la quantificació de l'alcohol consumit i el nivell de tall en què se situa el consum de risc difereix entre els països, dificultant els estudis comparatius. L'índex on se situa el consum de risc és important a l'hora d'analitzar el percentatge de persones que presenten un consum de risc, de *binge drinking* i d'embriaguesa.

Per tant, cal concretar, primer, els termes que s'utilitzen per descriure el consum d'alcohol i les seves característiques a Espanya. Per fer-ho, s'ha seguit el document de Rodríguez-Martos i Rosón (2008) que van presentar en la 1a Conferència de prevenció i promoció de la salut en la pràctica clínica (Madrid, 2007).

Taula 5. Definició i terminologia

Beguda alcohòlica	Es considera tota aquella que té 1,2 graus o més.
Unitat Beguda Estàndard (UBE) (Rodríguez-Martos, Gual, i Llopis, 1999)	10 g d'alcohol equival a: - una copa de vi o cava (100 ml). - 1 cervesa (250 ml). - ½ copa de licor (25 ml).

Font: elaboració pròpia

Taula 6. Nivells i categories de consum

L'OMS quantifica els consums per categories, especialment pels estudis epidemiològics, segons el nivell de consum diari, diferenciats per sexe i considerant els abstemis com a categoria a part (Rehm et al., 2004).		
	DEFINICIO (g alcohol / dia)	
	HOME	DONA
ABSTEMI	0	0
NIVELL I	>0-40 g	>0-20 g
NIVELL II	>40-60 g	>20-40 g
NIVELL III	>60 g	> 40 g
Abstemí	Qui mai ha consumit alcohol o no ho ha fet en els darrers 12 mesos.	
Bevedors esporàdics	Aquells que sols consumeixen en alguna ocasió.	
Consum de risc (<i>quan es diu sense més detalls fa referència al nivell II (risc mitjà) que indica el llindar per a una intervenció</i>)	Pauta de consum que augmenta el risc de conseqüències nocives per al bevedor i tercers. El risc augmenta en funció del nivell però no s'ha consensuat lllindar. Anderson (1996), Hawks (1989) i Rehm et al. (2004) consideren la ingesta mitjana habitual de: - 20-24 g/dia, en dones (> 170 g/setmana). - 40 g/dia, en l'home (> 280 g/setmana). Cal registrar consum diari i setmanal, ja que, pot coexistir un total setmanal baix amb un consum de risc a vegades. Tenint en compte aquests paràmetres, a Europa, es considera: - En dones i persones majors de 65 anys: > 2-2,5 UBEs/dia, 17 UBEs/setmana o 4 UBEs per ocasió consum. - En homes: > 4 UBEs/dia, 28 UBEs/setmana o 6 UBEs per ocasió consum (Anderson i Baumberg, 2006).	
Dependència a l'alcohol (Rodríguez-Martos i Rosón, 2008).I	Es considera quan apareix un conjunt de manifestacions fisiològiques, de conducta i cognitives que es desenvolupen més tard d'un consum repetit. Poden incloure un fort desig de consumir, dificultat per controlar l'ús, persisteix el consum malgrat les conseqüències negatives, reducció o abandonament d'activitats socials, ocupacionals o recreatives per a consumir o com a conseqüència del consum, augment de la tolerància, aparició de símptomes d'abstinència o consum per evitar els símptomes.	

Intoxicació	Estat d'alteració funcional psicològica i psicomotora de duració més o menys breu, amb presència d'alcohol a l'organisme (WHO, 1992).
Binge drinking <i>Segons (OECD, 2017) aquest patró està en augment en alguns països i grups socials, sobretot els joves.</i>	Afartament de beguda. També utilitzen el terme <i>episòdic heavy drinking</i> (Herring, Berridge, i Thom, 2008). A Espanya, la millor traducció seria episodis de consum intensiu en poc espai de temps, de caràcter episòdic, com oposat a regular.
Binge	És la consumició d'un determinat nombre de consumicions, en funció del valor en grams de la consumició, és a dir, la ingestió d'almenys 60 g d'alcohol (6 UBEs, a Espanya) en una ocasió de consum (Rodríguez-Martos, Navarro, Vecino, i Pérez, 1986; WHO, 2014).
Ocasió de consum	Segons (Anderson i Baumberg, 2006) i (Anderson, 2007) és beure fins la intoxicació (2,8 l cervesa, una ampolla de vi o 5 glops de licor en una sola ocasió de consum). Cal tenir en compte que depèn del gènere, el pes i d'estar o no en dejuni. És important la concentració del consum en un període curt de temps que porta al subjecte a un grau variable d'intoxicació. S'estima una ingesta de 4/5 o més consumicions en dues hores. També cal tenir en compte la freqüència d'aquests episodis.
Consum perjudicial	Normalment fa referència a poques hores (majoritàriament, un parell), però altres poden incloure tot un dia
Consum perjudicial	Patró de consum que causa dany a la salut. El mal pot ser físic (cirrosi hepàtica, càncer..) o mental (depressió...) S'associa també, a un patró de consum regular elevat (> 40 g per les dones i 60 g pels homes) (Rehm et al., 2004).

Font: elaboració pròpia

Existeixen diversos instruments que permeten identificar els consumidors de risc i la majoria poden ser complimentats en una entrevista o autoadministrats.

Aquest tipus d'instruments tenen com a objectiu realitzar un cribratge previ al diagnòstic. Es tracta d'instruments senzills d'aplicar i tenen valor des del punt de vista de la pràctica clínica i epidemiològica (Sáiz, G-Portilla, Paredes, Bascarán, i Bobes, 2002).

Taula 7. *Mètodes per estimar el consum*

Alcohol Use Disorders Identification Test AUDIT	Desenvolupat per l'OMS. Millor rendiment per la detecció de bevedors de risc i la dependència alcohòlica (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, i Monteiro, 2001). Aplicat en diversos països i cultures. Presenta una alta fiabilitat en ambdós sexes i en totes les edats. També amb universitaris (Fleming, Barry, i MacDonald, 1991). Existeix versió traduïda i validada en castellà i català. S'aconsella el seu ús camuflat entre altres preguntes sobre hàbits de salut (Contel, Gual, i Colom, 1999)
Chronic Alcoholism General Evaluation CAGE	Desenvolupat per Ewing (1984). Existeix versió validada en castellà (Rodríguez-Martos et al., 1986) Qüestionari senzill de quatre preguntes. Permet detectar l'alcoholisme. No té adequada sensibilitat per detectar consum de risc.

Font: elaboració pròpia

1.1. Consum de tabac

El tabac, com l'alcohol, és una substància molt present en el nostre entorn. Ambdós tenen aspectes en comú pel que fa a l'inici i l'adquisició de l'hàbit. Tradicionalment s'ha experimentat en el marc d'una celebració familiar, per a després, consolidar el seu consum amb el grup d'amics.

Malgrat això, hi ha una diferència fonamental i és que, pel que fa al tabac, s'ha regulat el seu consum, venda i publicitat amb l'entrada en vigor de la llei antitabac de gener de 2006 que prohibeix el seu consum en espais d'ús públic. Posteriorment, es va ampliar amb la modificació de la llei de gener de 2011 (BOE, 2010), on la prohibició de fumar s'estén a qualsevol mena d'espai d'ús col·lectiu, local obert al públic, que no estigui a l'aire lliure, amb algunes excepcions, com parcs infantils, entorn centres escolars i sanitaris... convertint-se Espanya en el país amb la legislació antitabac més estricta d'Europa (European Commission, 2012).

Això, més un augment important del preu de venda, han estat fonamentals a Espanya en la prevenció i reducció considerable del percentatge de fumadors, 25% en la darrera dècada (WHO. Regional office for Europe, 2013a) i de la quantitat de cigarrets consumits (OMS, 2011). Aquest descens, encara que s'ha produït en ambdós sexes i en totes les edats, és menys evident en les dones i en el grup de 15 a 24 anys (European Commission, 2012)²⁰.

Així i tot, encara les xifres de fumadors, de malalts crònics i morts associades al seu consum segueix sent un problema de salut pública (The Gallup Organization, 2014; UNODC, 2013).

Les dades de les diferents enquestes varien. Segons EAE Escuela de Negocios (2016), Espanya és un dels cinc països més consumidors de tabac del món. L'European Commission (2012)²¹ informa d'una prevalença del 33% i segons l'OECD (2013) es situa en un 23,9%. Les darreres dades de l'Enquesta Nacional de Salut a Espanya confirmen aquest descens, situant la prevalença en un 22,1% (ENS 2017).

Malgrat això, en els darrers anys, s'observa un descens de fumadors superior a Espanya que a la resta dels 37 països de l'OCDE (4 punts percentuals més que la mitjana).

²⁰ Mantenim les dades d'aquesta enquesta donat que en els dos Special Eurobarometer posteriors (2015 i 2017) no es detallen dades diferenciades per sexe i edat. Malgrat això, si bé el nombre de consumidors va descendir al 26% l'any 2015, es manté estable l'any 2017. Pel que fa al grup de 15 a 24 anys, si al 2015 apareixia com el grup en el que més havia descendit el consum (25%), l'enquesta del 2017 mostra una alça de 4 punts percentuals.

²¹ El consum espanyol ha seguit descendant. En el 2015 era d'un 29%, ocupant el 9è lloc i els 2017 d'un 28%, situant-se en el 13è lloc.

Totes aquestes enquestes conclouen que els homes fumen més que les dones, Malgrat això, la tendència indica una progressiva convergència en el consum en el grup dels més joves (16-24 anys). Fins al punt que, estudis com el de l'EMCDDA i Ministerior de Sanidad (2013) i el de la Secretaria de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. INJUVE (2012) ja indiquen una major prevalença de dones fumadores en el grup de 14 a 18 anys.

També, estudis com els de l'European Commission (2012) i el de Regidor, Gutiérrez-Fisac, i Alfaro (2009) conclouen que s'observa un descens general en el nombre de fumadors de risc (20 o més cigarrets al dia), sobretot entre les dones²². Majoritàriament, el consum diari situa en menys de 10 cigarrets (INE, 2013). Les enquestes indiquen que els homes, de totes les edats, fumen més quantitat de cigarrets que les dones.

Fumar és un dels hàbits de major risc per a la salut i està estretament relacionat amb dues de les causes de major mortalitat en els països desenvolupats com el càncer i les malalties del cor, i representa un cost molt important en l'àmbit sanitari (García de Albéniz et al., 2004).

El descens gradual del nombre de fumadors i del nombre de cigarrets diaris consumits, sembla estar relacionat amb un increment de la percepció del risc que representa el consum d'un paquet de tabac diari. Segons Megías i Elzo (2006) i el Ministerio de Sanidad. Servicios Sociales e Igualdad (2013b) més del 90% dels joves, entre 14 i 18 anys, opina que el tabac pot provocar molts problemes de salut, situant-lo per sobre del consum d'alcohol i de cànnabis. En aquesta línia, en l'informe de l'European Commission (2012), el Special Eurobarometer núm. 385, apareix com a principal motiu per deixar de fumar pel 60% de la població europea "la cura de la salut", alçant-se fins el 68% en el cas de la població espanyola.

El discurs social està, cada cop més en contra del tabac i això marca la diferència amb el consum d'alcohol (Garcia del Castillo, 2012; Jiménez-Muro et al., 2009)

Socialment, al tabac no se li ha atribuït una vinculació tan clara, com amb l'alcohol, en la facilitació de les relacions i les expectatives col·lectives associades són molt limitades. Excepte en els inicis del consum, on la pressió grupal actua com a factor de risc, el seu consum és individualista. L'única persona que n'obté "beneficis" és el fumador. No afavoreix vivències ni sensacions col·lectives (Cruz Roja, 2006). Tot i això, també ha estat durant molt de temps una substància amb prestigi.

La dependència psicològica té, segons Nerín et al. (2005) i Solano, García-Tenorio, i de Granda (2003), un paper molt important en el manteniment de l'hàbit de fumar i, sovint, es

²² Aquest descens es manté en els darrers anys.

converteix en la barrera més difícil de superar a l'hora de plantejar-se deixar el consum. Té a veure amb la funció que cada fumador li dóna al tabac: pensar millor, treballar més, celebrar que s'ha acabat una tasca, "inspirar-se", sentir-se segurs de si mateixos, no avorrir-se, fer amics, menjar menys o no engreixar-se, tenir alguna cosa entre les mans o per totes aquestes coses alhora...

Les dones puntuen més alt en dependència psicològica, per Peris et al. (2007) i WHO (2010a). Possiblement aquest factor podria explicar l'increment o el menor descens del percentatge de fumadores.

Per això, i per l'increment en les darreres dècades dels índexs de mortalitat i malalties associades al consum de tabac entre les dones (European Commission, 2012; WHO, 2010a), cal fer esment de les diferències existents en els motius per l'inici i manteniment del seu consum.

Si bé, durant molt de temps la dona fumadora era mal vista per la societat, a partir dels anys 60 fumar es va convertir, per a moltes, en un signe d'alliberament i d'igualtat amb els homes (Jiménez Rodrigo, 2008; Sánchez Pardo, 2009).

Amb aquest argument i amb la fal·làcia de què fumar ajuda a aprimar-se o a mantenir el pes, segons Jiménez Rodrigo (2008), Samet i Yoon (2001) i WHO (2010a) les dones van passar a ser objecte de la publicitat, amb l'objectiu d'incrementar el seu consum amb campanyes publicitàries que fomentaven en l'imaginari femení el cigarret com a eina per controlar la gana. També, segons aquests mateixos autors, el fet que la percepció del risc sigui superior en les dones va incentivar l'entrada al mercat dels cigarrets *lights* que amb un menor percentatge de nicotina i quitrà, semblava que era menys perjudicial per a la salut.

En els estudis de Jané, Pardell, Saltó, i Salleras (2001) i Planchuelo (2001) van trobar que la preocupació més gran entre les dones pel control de pes, és un dels motius principals pel qual les dones s'inicien en l'hàbit i, també, explicaria el perquè elles fracassen més en els intents de deshabitació, tenint més recaigudes que els homes.

Per Planchuelo (2001), Ochoa (2007) i WHO (2010a) un altre dels factors que influeixen en el manteniment de l'hàbit en les dones és l'estrès, sovint associat a una major càrrega social, i trobant en el cigarret una manera de relaxar-se.

Com ha succeït amb l'alcohol, la incorporació de la dona a la vida social i laboral s'ha associat a un increment del consum de tabac. Fins al punt que, en l'actualitat, segons WHO (2010a) ser noia és considerat, en molts països, com un factor de risc per l'inici de l'hàbit.

Malgrat en l'estudi del consum de tabac els instruments de mesura estan més estandarditzats (Regidor et al., 2009), tampoc els resultats obtinguts pels diferents

organismes que realitzen enquestes coincideixen (Bogdanovica, Godfrey, McNeill, i Britton, 2011) no obstant, la majoria conclouen que:

- S'observa un descens generalitzat del consum de tabac en la majoria dels països però més accentuat en aquells que han aplicat lleis restrictives en el seu consum, venda i publicitat.
- Un descens més accentuat en els homes que en les dones representa que les prevalences de consum tendeixen a convergir entre els dos sexes, principalment, en aquells països on els homes presenten índexs més baixos de consum.
- En les edats més joves (14 a 18 anys), en general, el consum està més estès entre les dones. A mesura que augmenta l'edat el consum dels homes s'incrementa, amb una punta en el grup de 25 a 34 anys, per anar disminuint a majors edats.
- S'observa una estabilització tant en l'edat de primer contacte amb el tabac com de l'edat d'inici del consum diari.
- S'observa un descens en el nombre de cigarrets consumits al dia i en el percentatge de grans fumadors (20 o més cigarrets al dia).
- En general, els homes consumeixen més quantitat de cigarrets.
- L'accessibilitat al tabac bé determinada pel preu del tabac. Les majors prevalences de consum s'associen als països amb els preus més baixos.
- En general, el principal motiu per iniciar-se en el consum és tenir amics fumadors però les dones manifesten, cada cop més, la preocupació per la seva imatge, utilitzant el cigarret com a recurs per controlar la gana i així, perdre o mantenir el pes.
- Augmenta el percentatge de persones que perceben major risc en el consum d'un paquet de tabac al dia, situant-se aquest per davant del consum d'altres substàncies.
- Tres de cada cinc fumadors han intentat deixar de fumar, manifestant com a motiu principal la salut.
- Les dones fracassen més en els intents de deixar de fumar, moltes vegades, per la por a guanyar pes.

2.2.1. Els joves i el consum de tabac

Com ja s'ha comentat, durant l'adolescència i primera joventut és el moment en el que, amb major freqüència, es comença a fumar. La imitació i el desig de ser com els altres són factors importants en l'inici del consum. Quasi el 80% dels joves fumadors manifestaven com a primera raó per iniciar-se en el consum que els seus amics ho fan (Julià et al., 2012; Peñafiel, 2009b; Solano et al., 2003; Vaquero-Cristóbal, Isorna, i Ruiz, 2013).

Començar a fumar segueix considerant-se, en l'adolescència, com un dels ritus pels quals es deixa endarrere la infància, ja que es relaciona amb l'adquisició de seguretat, de confiança en un mateix,... El tabac juga un doble paper. Per un costat, representa l'oposició a les normes dels adults i per l'altre, la incorporació a aquest món adult per a ells considerat amb més llibertat. La "clandestinitat" a la qual els adolescents han de sotmetre el seu consum, no fa més que reforçar aquest hàbit (Cruz Roja, 2006; Solano et al., 2003).

El procés d'habitució al tabac és molt similar al de l'alcohol. En la infància, s'identifica amb el món adult, posteriorment, es veu reforçat pel consum dels amics, sentir-se a gust amb quelcom a les mans... Fumar passarà, a poc a poc, d'una conducta ocasional a ser cada cop més freqüent i més necessària i, per tant, s'anirà incrementant el nombre de cigarrets, donada la progressiva intoxicació de l'organisme (Font-Mayolas, Gras, Planes, Patiño, i Sullman, 2013; Moreno et al., 2012).

En aquest procés, el consum deixa de fer-se solament en companyia dels amics per convertir-se en un hàbit personal i es fumarà en qualsevol moment, desenvolupant-se, segons Torrecilla et al. (2001), la dependència fisiològica i psicològica.

Com ja s'ha comentat, entre els joves europeus s'ha trencat la tendència de descens en el consum, augmentant 4 punts percentuals (European Commission, 2017).

No és aquesta la situació a Espanya, ja que s'ha seguit produint el descens iniciat des que va entrar en vigor la Llei antitabac (BOE, 2005). La prevalença en el 2016 és d'un 23,9% (1,1 punts percentual menys que l'anterior enquesta). Segueix sent el grup d'edat en el que les diferències de consum entre sexes són menors però, en aquesta ocasió, s'ha produït un major descens entre les dones, 2,6% superior als homes (OEDT, 2017).

També, per primera vegada, la prevalença de consum, entre els joves de 14 a 18 anys, és inferior al 10%. S'observa un major descens entre les noies, encara que segueix sent superior en elles (9,1% vs 8,7%), (OEDT, 2016b).

2.2.2. Els universitaris i el tabac

Com passa amb els joves en general, el tabac és la segona substància més consumida pels universitaris.

Diversos estudis que s'han realitzat amb població universitària com els de Mantilla et al. (2011), Sánchez-López et al. (2013) i Tirodimos et al. (2009) conclouen que aquest col·lectiu presenta índexs de prevalença superiors a la població general del tram d'edats compres entre els 16 i els 24 anys.

El fet que s'hagi utilitzat diferents qüestionaris i que, en els darrers anys, s'ha produït també un descens en el consum de substàncies, podria justificar que els resultats obtinguts en

diferents universitats variïn molt, situant-se la prevalença de fumadors, habituals o ocasionals, entorn del 30% (± 10 punts) (Bennasar, 2013a; Mantilla et al., 2011; Martín-Montañez et al., 2011; Ruiz-Olivares, Lucena, Pino, i Herruzo, 2010; Vaquero-Cristóbal et al., 2013).

En la majoria dels estudis, les dones universitàries presenten un consum superior als seus companys. Les diferències són majors en els realitzats en els darrers anys (Consejería de Sanidad y Política Social, 2014; Moreno et al., 2012; Sánchez-López et al., 2013; Vaquero-Cristóbal et al., 2013). Això, donaria suport a la tendència existent, en l'àmbit mundial, d'un increment o menys descens de consum per part de les dones (WHO, 2010a).

També, en aquest col·lectiu, els homes que fumen consumeixen més quantitat de cigarrets que les dones (Bennasar, 2013a; Castillo Viera, 2006).

Aquells estudis que han esbrinat el nivell de dependència, segons el Test de Fagerström (1978), conclouen que els universitaris tenen una dependència física mitjana (4,5 sobre 10) (Garcia et al., 2010). En canvi, Bennasar (2013a), troba que més del 75% dels fumadors enquestats tenen una dependència lleu.

A diferència d'altres substàncies, segons Megías i Elzo (2006) i Cáceres et al. (2006) fumar no s'associa a l'avorriment i és l'única en la qual es presenta un consum en solitari.

Pel que fa a la percepció del risc, Martín-Montañez et al. (2011), Megías i Elzo (2006) i Ruiz-Olivares, Lucena, Pino, i Herruzo (2010), conclouen que el consum d'un paquet diari se situa el nivell de risc més alt i superior entre les dones, com passava entre la població en general.

Per això, un percentatge molt elevat dels universitaris enquestats manifestaven haver intentat deixar de fumar o tenien la intenció de deixar-ho a curt termini, principalment, per motius de salut (Consejería de Sanidad y Política Social (2014), Garcia et al. (2010) i Ramón, Bruguera, Fernández, Sanz de Burgoa, i Ramírez (2009). Malgrat això, molts d'ells recauen, principalment per motius socials com: sortir de marxa amb els amics, estres o ansietat (Bennasar, 2013a).

Sembla també interessant comprovar si aquells joves que cursen estudis relacionats amb ciències de la salut i que es pressuposa tenen més informació sobre els efectes nocius del tabac, presenten un consum inferior als seus companys, és a dir, si aquesta formació actua com a factor protector.

Les recerques amb dades diferenciades per tipus d'estudis no coincideixen. Tirodimos et al. (2009), Varela-Mato et al. (2012) i Molina et al. (2012) conclouen que, els estudiants de Ciències de la salut, Educació Física i Magisteri tenen menor prevalença de consum que els

companys d'altres graus i, inclús, que la població en general (La Torre et al., 2012). Al contrari, Mantilla et al. (2011) i Gil Madrona (2009) obtenen majors prevalences en els estudiants de Ciències de la salut i Educació. Per últim, Nerín, Guillén, Mas, i Crucelaegui (2004) conclouen que la influència de la facultat de Medicina no exerceix canvis positius en la prevalença del tabaquisme.

Per últim, respecte a l'impacte de la vida universitària en el consum de tabac els resultats tampoc són concloents. Bennasar (2013a), amb universitaris de les Illes Balears, mostra un percentatge molt similar entre els que han baixat el consum o ho han deixat i els que s'hi han iniciat o han augmentat el consum. Martínez Pastor et al. (2009), amb universitaris murcians, i Navarro et al. (2006), amb veneçolans, conclouen que molts dels estudiants inicien o consoliden el seu consum a la universitat.

2.2.3. Instruments d'avaluació del consum de tabac

El tabaquisme és una malaltia additiva crònica, sent la nicotina la responsable de l'addicció i amb conseqüències similars a les d'altres substàncies com la tolerància, la dependència física i psicològica i l'aparició de síndromes d'abstinència quan no es consumeix.

Tant el component físic com el psicològic de la dependència tenen un paper fonamental en el manteniment de l'hàbit.

El consum de tabac va lligat, en la majoria dels casos, a una dependència física (nicotínica) que es manifesta en una sèrie de símptomes clínics que componen la síndrome d'abstinència a la nicotina (Teixeira, Andrés-Pueya, i Álvarez, 2005; Torrecilla et al., 2001)

La dependència psicològica i conductual té a veure amb la connexió repetida de situacions de la vida quotidiana amb l'acte de fumar un cigarret. Situacions que poden implicar una càrrega afectiva, nerviosisme, tranquil·litat... una càrrega gestual com encendre un cigarret quan es treballa amb l'ordinador, quan es despenja el telèfon o bé, amb una situació social com prendre un cafè, sortir amb els amics... (C. A. Jiménez et al., 2003; Nerín et al., 2005).

Per establir el perfil del fumador, es poden utilitzar diversos tests entre els quals els més utilitzats són:

Taula 8. Qüestionaris per establir el perfil dels fumadors

<p>Fagerström Test for Nicotine Dependence FTND</p>	<p>Desenvolupat per Heatherton, Kozlowsky, Frecker, i Fagerström (1991) amb l'objectiu de millorar la consistència interna del <i>Fagerström Tolerance Questionnaire</i> [FTQ] (Fagerström, 1978) Traduït en molts idiomes. Validat en diferents contextos i països (Becoña i Vázquez, 1998; Marqueta, Beamonte, Jiménez-Muro, Gargallo, i Nerín, 2008; Mushtaq i Beebe, 2017). La puntuació obtinguda permet classificar al fumador segons el nivell de dependència a la nicotina.</p>
<p>Test de Heavy Smoking Index</p>	<p>Versió reduïda de l'anterior. Desenvolupada per Heatherton, Kozlowsky, Frecker, Rickert, i Robinson (1989).</p>

HSI	Inclou les dues preguntes més sensibles per mesurar el grau de dependència. Permet una valoració ràpida.
The Glover-Nilsson Smoking Behavioral Questionnaire GN-SBQ	Desenvolupat per Glover, Nilsson, i Westin (2001); (Glover et al., 2005). Dóna informació sobre com es comporta el fumador i els classifica, segons la puntuació obtinguda, en un grau de dependència psicològica-conductual (social i gestual) lleu, moderada, forta o molt forta. Traduït a diversos idiomes. Validat i avaluat en estudis clínics (Nerín et al., 2005; Rath, Sharma, i Beck, 2013). Existeix relació directa entre el FTND i el GN-SBQ de tal manera que, una puntuació elevada en ambdós induïx a pensar que la dependència física i psicològica formen part d'un mateix fenomen, la dependència a la nicotina (Nerín et al., 2005)
Test de Richmond	Valora el nivell de motivació per a deixar de fumar. Segons puntuació obtinguda, classifica als fumadors, segons la motivació sigui baixa, moderada o alta. Traduït a diversos idiomes. Extensament utilitzat en l'àmbit de l'Atenció Pública (R. Córdoba et al., 2000; Marqueta et al., 2008)

Font: elaboració pròpia

2.3. Consum de substàncies il·legals

A part de l'alcohol i el tabac, els joves presenten un consum preocupant d'altres substàncies psicoactives.

Segons l'informe anual de l'Observatori Europeu de les Drogues i les Toxicomanies (OEDT, 2013) Espanya es manté al cap de la Unió Europea en el consum de substàncies il·legals, sobretot cànnabis i cocaïna, especialment entre els joves. S'observa però un descens en els darrers anys, després d'haver tocat sotre el 2008.

Segons Rodríguez San Julián (2006) l'opinió de la població espanyola respecte al consum d'aquestes substàncies ha evolucionat, passant de la consideració que no aporten cap benefici a trobar aspectes positius o beneficis associats al seu consum. S'ha produït una banalització del consum, convertint-se en normal i acceptable si aquest produeix en els espais de diversió o s'utilitzen amb les finalitats terapèutiques que se li han atribuït. Segons aquesta mateixa autora, el control és el concepte bàsic: no és addicte el que consumeix, sigui de manera habitual o esporàdica, sinó el que no controla, el que desfasa. Argument que també s'utilitza com a coartada per justificar els consums propis i dels més propers (fills, amics...).

El risc percebut, en general, és superior en les substàncies il·legals (cànnabis, cocaïna i al·lucinògens) que en les substàncies legals (tabac, alcohol i hipnosedants). Les dones perceben un major risc encara que en el cas dels psicofàrmacs les diferències són inapreciables.

Segons el Ministerio de Sanidad. Consumo y Bienestar Social (2018), la percepció del risc davant el consum de cànnabis (droga il·legal més consumida a Espanya) ha disminuït notablement en els darrers anys. Megías i Elzo (2006) afirmen que la percepció social del consum de cànnabis, entre la població, és la menys perillosa, inclús per sota de les substàncies legals.

Els resultats de l'enquesta nacional d'alcohol i drogues en la població en general, EDADES, 2015-16 (OEDT, 2016a), indica que:

- S'observa una lleugera reducció del consum en totes les substàncies (excepte el cànnabis).
- Els homes presenten una prevalença superior en el consum de totes les substàncies il·legals excepte en hipnosedants, a on la proporció de dones consumidores duplica a la dels homes. Tant en tranquil·litzants com en somnífers, el consum entre les dones és, aproximadament, el doble que entre els homes. El seu consum ha crescut

considerablement en ambdós sexes (6 punts en el cas de les dones i 3 en els homes).

En altres substàncies el consum dels homes duplica el de les dones, excepte en el d'al·lucinògens i amfetamines que el triplica, i la cocaïna en pols on el consum dels homes és quatre vegades major.

- Es manté, pràcticament, estable l'edat mitjana d'inici en totes les substàncies. La substància que es comença a consumir més tardanament són els hipnosedants (35,6). Si es tracta dels hipnosedants sense recepta, l'edat d'inici es redueix a 32,5 anys.
- El grup de 15 a 34 anys és el més consumidor, excepte d'hipnosedants. En aquestes substàncies el consum del grup de 35 a 64 quasi dobra el del grup de menor edat.
- El grup de 18 a 24 anys és el que més consumeix, excepte cànnabis, on el grup de 15 a 17 supera en 3,9 punts al grup de major edat.
- Augmenta el risc percebut davant el consum, sent més gran entre les dones en totes substàncies il·legals. Persisteix la consideració del consum de cànnabis com a menys perillós que el tabac.
- Les drogues que generen més demanda assistencial, sense comptar alcohol, són en primer lloc, la cocaïna seguit dels opioides i el cànnabis.

Pel que fa als consums de les diferents drogues:

Cànnabis: la prevalença de consum puja lleugerament, sent significativa en el consum experimental. Però, segueix sent la substància il·legal amb la qual més s'ha experimentat, un 31,5% (OEDT, 2016a).

Es calcula que 1 de cada 5 adults europeus ha consumit cànnabis algun cop a la seva vida. L'11,7% manifesta que l'ha provat almenys un cop el darrer any, sent el 17% a Espanya, ocupant el 3è lloc (OECD, 2013).

S'observa un lleuger descens en la continuïtat del consum (nombre de persones que han provat la substància algun cop a la vida i han continuat el seu consum en el darrer any i darrers 30 dies), (OEDT, 2014)

Segons Guxens, Nebot, Ariza, i Ochoa (2007), en una revisió d'estudis sobre el seu consum (període 1980-2004), apunten una sèrie de factors que es van relacionar amb una major evidència amb l'inici del consum de cànnabis, com són:

- sexe masculí,
- consum de tabac i alcohol,
- consum dels amics,

- tenir relació problemàtica amb els pares,

Cocaïna: l'1,9% dels europeus manifesta que l'ha provat almenys un cop el darrer any, sent d'un 3,6% a Espanya, ocupant el 2n lloc dels països participants en l'enquesta de OECD (2013).

Es trenca la tendència a l'augment, amb sostre en el 2009, en tots els trams temporals. El descens en el consum és més apreciable entre els homes (OEDT, 2016b).

El consum dels homes és 3 vegades més gran que el de les dones. El grup on hi ha més prevalença és el de 15 a 34 anys i, entre les dones el grup de 15 a 24 anys (OEDT, 2014)

Heroïna: Perd el predomini que va tenir en els anys 80, passant a ser una de les substàncies menys consumides, consolidant-se el descens iniciat l'any 1991 (EMCDDA i Ministerior de Sanidad, 2013).

El seu consum s'ha estabilitzat entorn d'un 0,6% algun cop a la vida i un 0,1% el darrer mes (OEDT, 2016a).

Es tracta de la droga reconeguda pel conjunt de la població, com la de major risc per a la salut (96,3% adolescents i 99,4% població en general).

Altres substàncies psicoactives (èxtasis, amfetamines, al·lucinògens): es consolida la tendència descendent, en ambdós sexes, iniciada el 2001. Sent les xifres més baixes des de l'inici de les enquestes. S'observa també, un descens entre el grup de 14 a 18 anys (EMCDDA i Ministerior de Sanidad, 2013). Tot i això, l'INJUVE (2012), informa d'un increment del percentatge de consumidors experimentals, fins al 3,9%.

L'informe de l'EMCDDA i Ministerior de Sanidad (2013) situa l'èxtasi com la substància més consumida. Encara que s'observa un descens en els tres trams temporals, sobretot, en el consum experimental. La prevalença més gran, en els darrers 12 mesos, es troba en el grup d'homes de 15 a 24 anys.

Segons el mateix informe el consum d'amfetamines és, principalment, experimental, amb un lleuger descens respecte del 2009. Es mantenen la prevalença en el consum en el darrer any i el darrer mes. També, en aquest cas, són els homes de 15 a 24 anys els més consumidors, encara que és el grup que presenta un major descens.

Respecte al consum d'al·lucinògens, es produeix un descens general en el consum, principalment, el de caràcter experimental. Un 2,9% declara haver-ne consumit algun cop a la vida (-0,8 punts, respecte a l'anterior enquesta).

Psicofàrmacs: es consideren, principalment, tranquil·litzants i/o somnífers però, també inclou lexatin, valium, hipnòtics, barbitúrics. No es consideren les plantes medicinals

(valeriana, antiestamínics,...). Es tenen en compte aquells que es consumeixen amb recepta i sense (receptats a altres membres de la família o amics; que els hi han receptat en alguna ocasió i segueixen prenent-los sense control mèdic i els aconseguits per altres mitjans sense recepta mèdica), (EMCDDA i Ministerior de Sanidad, 2013).

S'observa una tendència creixent en el consum de psicofàrmacs, tant amb recepta com sense ella, des de 2005 (primer any en que es va registrar aquesta substància), amb un increment de més del doble. Per primer cop, és la tercera substància més consumida per la població (8,3%) per sobre el cànnabis, fins arribar al 7% de prevalença (EMCDDA i Ministerior de Sanidad, 2013; Ministerio de Sanidad. Servicios Sociales e Igualdad, 2013b). Aquest increment també s'observa en el consum experimental (algun cop en la vida) entre els joves de 14 a 18 anys (Secretaria de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. INJUVE, 2012).

La posició dels psicofàrmacs es deu, principalment, a l'increment dels tranquil·litzants (de 4 a 6,9%) i, en segon lloc, dels somnífers (de 2,7 a 3,4%) (Ministerio de Sanidad. Servicios Sociales e Igualdad, 2013b)²³.

Si sols es tenen en consideració els psicofàrmacs sense recepta (2,4% de la població de 15 a 64 anys n'han consumit algun cop a la vida), les diferències entre sexes, pràcticament, són inapreciables (0,5%) (EMCDDA i Ministerior de Sanidad, 2013).

El percentatge de dones que consumeix duplica als homes (15,3 versus 7,6%). Existint les diferències més importants en el grup de 45 a 54 anys (21,35% en les dones, en front al 9% del homes). Encara que la major prevalença en el consum està en el grup de major edat, de 55 a 64 anys (OEDT, 2016a).

Romo i Gil (2006) en el seu estudi sobre els motius de consum de dones residents en tres comunitats autònomes, identifica tres discursos diferents respecte al consum d'aquestes substàncies i que es relacionen amb l'edat. En tots ells però, apareixen motius relacionats amb la percepció de malestar associat a la manca de models, a la sobrecàrrega de treball i/o emocional i com a conseqüència de la presa de decisions.

De la Cruz, Herrera, i Egea (2008) informen que les dones que solen usar psicofàrmacs tendeixen a l'aïllament, la soledat i l'apatia. Per les noies més joves s'associa al plaer, la diversió, fugir de problemes personals o pel gust d'experimentar amb allò prohibit. En canvi, les dones més grans estan més influenciades per la necessitat d'evitar o superar l'angoixa o el nerviosisme, les dificultats per a conciliar el son, fugir de problemes familiars o de parella o l'estrès que provoca la doble jornada laboral (dins i fora de casa).

²³ L'informe del 2016 no recollia aquest tipus de substàncies.

Arostegui i Urbano (2005) destaquen que moltes dones tenen la falsa creença que l'única solució per a resoldre determinades situacions emocionals, és l'ús de psicofàrmacs.

En aquest sentit, Ochoa (2007) observa una probabilitat ascendent d'automedicació en les dones degut a la sobrecàrrega psicofísica del múltiple rol, tant laboral com familiar, als canvis hormonals, a les pressions de l'entorn pel que fa a l'aparença i a la baixa estigmatització dels psicofàrmacs en relació amb altres drogues.

Noves substàncies psicotròpiques [NSP]: En els darrers anys han emergit, en el mercat de les drogues, noves substàncies i noves formes de consum, on internet desenvolupa un paper essencial en la seva distribució fàcil i anònima, així com de la cultura del consum (Doiengevich-Segal, Gómez-Arnau, Rodríguez-Salgado, Rabito-Alcón, i Correas-Lauffer, 2013).

L'informe anual de l'OEDT (2013) alerta que aquest tipus d'estupefaents sintètics té una evolució molt ràpida i, a vegades, es venen com a "euforitzants legals", sense que es conegui la seva composició química.

En general, NSP és un terme genèric que inclou substàncies o productes psicoactius no reglamentats que tracten d'imitar els efectes de les drogues subjectes a fiscalització. S'han comercialitzat donant a entendre que el seu consum i utilització són innocus, encara que la realitat pot ser molt diferent. Per enganyar a les autoritats, els proveïdors les comercialitzen amb noms de productes d'ús diari relativament innocus com ambientadors locals, sals de bany, encens vegetals i, inclús, adobament per a plantes.

El nombre de NSP notificades al sistema d'alerta primerenca, pels estats membres de l'Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, ha augmentat des de 126 detectades l'any 2009 a 541 a finals del 2014 (UNODC, 2015).

El desconeixement dels perills associats al consum, ha fet augmentar el nombre de persones que declaraven haver-ne consumit, en contraposició a l'estabilització o al descens de la resta de substàncies tant legals com il·legals (OEDT, 2013).

La percepció del risc associat al seu consum esporàdic és superior en els grups de major edat i entre les dones.

El grup de 19 a 34 anys és el que més declarava haver-les provat algun cop a la vida (6,6%). Pel que fa al consum en els darrers 12 mesos hi ha una prevalença similar entre el grup de 15 a 18 anys (1,8%) i el de 19 a 34 anys (1,7%). Però en el consum realitzat el darrer mes, torna a ser el grup de 19 a 34 anys on hi ha un major percentatge de consumidors (0,8%) (OEDT, 2016a).

Entre un 60-90% dels consumidors d'aquest tipus de drogues ho fan en situació de policonsum (5 o més substàncies). La droga que més es consumeix són les setes màgiques seguides de ketamines, salvia, spice metaanfetamines, esteroides anabolitzants i nexus.

De totes maneres hi ha un 47% de les persones enquestades que afirmen no haver sentit mai parlar d'aquestes drogues (OEDT, 2016a).

2.3.1. Els joves i les substàncies il·legals

Com ja s'ha comentat, els joves són els que presenten major prevalença de consum de substàncies il·legals, excepte d'hipnosedants. Malgrat això, la tendència, en els darrers anys, és lleugerament decreixent o d'estabilització, excepte en el cànnabis.

El seu consum també es vincula a l'oci recreatiu, compartit amb el grup d'iguals, en la recerca de la sobreestimulació i com a mecanisme de reafirmació de la identitat grupal (Geoffrey et al., 2008; Ruiz-Olivares, Lucena, Pino, Raya, i Herruzo, 2010).

Calafat et al. (2007a) conclouen que hi ha una sèrie de predictors en el consum de drogues de naturalesa individual i interpersonal:

- haver provat el tabac i l'alcohol,
- ser mal estudiant,
- ser poc religiós,
- tenir amics consumidors,
- tenir conductes de risc i desviades socialment i en contra del control legal.

Però a més, en un estudi posterior (2008) amb joves europeus en entorns recreatius afegixen:

- major implicació per sortir de marxa,
- major implicació en contextos recreatius.

Segons l'informe d'INJUVE (2012) el seu consum té a veure amb la percepció que les substàncies tenen en el seu espai simbòlic particular i que són molt afins als objectius propis del temps d'oci:

- L'alcohol és adequat per qualsevol moment de festa i per qualsevol persona,
- El cànnabis els relaxa,
- Les pastilles i cocaïna augmenten el seu nivell de resistència i amplifiquen sensacions.

Segons J. Rodríguez, Agulló, i Agulló (2003), l'oci dels joves tendeix a una progressiva homogeneïtzació tant en les activitats com en el lloc i el temps, especialment les nits del cap de setmana i sovint al carrer. Aquesta forma d'oci porta associat un consum important d'alcohol i altres drogues il·legals, banalitzant-se el seu consum i donant lloc a l'aparició de

fenòmens socials com el *botelló* i la proliferació del consum de substàncies de síntesi o NSP.

Malgrat que, el cànnabis segueix sent, amb diferència, la substància il·legal més consumida entre el jovent, l'informe de European Commission (2014a) manifesta que un 8% dels joves de la Unió Europea han consumit algun tipus de substàncies de síntesi o NSP algun cop a la vida, això representa un 3% més que en l'anterior informe del 2011. Consum que a Espanya s'eleva fins al 13% (8 punts més que en l'enquesta anterior). Equival a una quarta part dels que han provat el cànnabis i a més de la meitat dels que han consumit altres substàncies.

Els NSP, freqüentment, es prenen una o més pastilles per nit però, un 25% dels que les consumeixen prenen més de 4 i, sovint, les prenen simultàniament amb cànnabis, alcohol i/o tabac. Menys comú, és associar-les a la cocaïna, altres amfetamines i menys encara amb al·lucinògens. El risc que suposa això, sovint és desconegut pels joves.

En general, el creixent èxit d'aquestes substàncies radica en els mites i creences errònies que sobre elles es tenen, entre les quals es troben:

- Una presentació atractiva i de còmode ús.
- La creença generalitzada de la seva innocuïtat.
- L'efecte que produeix d'autoconfiança, estat d'alerta, augment de la resistència i millor rendiment físic.
- La duració del seu efecte estimulants sobre el sistema nerviós central.
- El seu relatiu baix cost i fàcil disponibilitat.

Per últim, cal no oblidar el fet que les darreres enquestes alerten sobre l'increment de l'ús dels psicofàrmacs cada cop a edats més primerenques. En el cas de les noies i segons afirma Ochoa (2007), té a veure amb l'estrès, la baixa autoestima, els problemes relacionats amb el pes i una major preocupació per l'autoimatge però, com ja s'ha comentat, són aspectes cada cop més presents entre els nois i que podria explicar l'augment del consum que també s'observa en aquest col·lectiu.

Pel que fa als motius pel consum, segons EMCDDA (2009b) i Deseurmont (2009), més del 60% dels joves manifesten que la curiositat és la principal raó per provar-les. Un 45% per pressió dels seus iguals i, aproximadament, un 40% ho fa en la recerca d'emocions.

Un terç dels joves que proven les substàncies il·legals tenen problemes a casa i un 15% per soledat, problemes socials o econòmics. També, problemes a l'escola i el treball són motius manifestats.

Morales-Manrique, Bueno-Cañigeral, Aleixandre-Benavent, i Valderrama-Zurián (2011), indiquen que els motius associats al consum és relaxar-se, divertir-se i oblidar els problemes. El motiu més assenyalat per no consumir és perquè perjudica la salut física i mental.

2.3.2. Els universitaris i les substàncies il·legals

L'interès per l'estudi del consum d'aquestes substàncies s'ha incrementat els darrers anys. L'objectiu era comprovar, com es podria pensar, si la formació actua com a protector en el desenvolupament d'hàbits no saludables, entre els quals es troba el consum de substàncies. Sembla que els resultats de la majoria no corroboren aquesta hipòtesi.

Els estudis realitzats amb el col·lectiu confirmen patrons de consum importants en substàncies il·legals com, per exemple, el cànnabis (Cebrián, 2013; Font-Mayolas et al., 2006; Martín-Montañez et al., 2011), la cocaïna (Gantiva, Trujillo, Gómez, i Martínez, 2007; Patiño-Masó et al., 2013), els psicofàrmacs (Bavarian, Flay, Ketcham, i Smit, 2015; McCabe, Schulenberg, O'Malley, Patrick, i Kloska, 2014; McCabe, West, Teter, i Boyd, 2014) i les NSP (Bennett i Holloway, 2014; Nerín et al., 2005).

Per altra banda, Cogollo-Milanés et al. (2011), Zaldívar et al. (2011) i Font-Mayolas et al. (2006) informen que el nivell de consum s'inicia o consolida durant el període universitari. Intra et al. (2011) i Morales et al. (2011) observen majors consums entre els alumnes dels cursos superiors.

A més, alguns estudis informen d'una major prevalença de consum en aquest col·lectiu que en la població en general (15-64 anys), que en els menors d'edat (14-18), i igual o superior que en els joves en general (Caamaño-Isorna et al., 2010; Riou, Dautzenberg, Falissard, i Reynaud, 2010; Zaldívar et al., 2011).

Com en el cas de les substàncies legals i segons Boot et al. (2010) i Molina et al. (2012), el nivell de consum és més elevat en aquells que viuen en pisos compartits i residències.

Els nivells de consum de substàncies il·legals de les quals informen les investigacions realitzades en el context universitari són preocupants. Els resultats de Kracmarová, Klusonová, Petrelli, i Grappasonni (2011), amb universitaris italians, indiquen que un 50,4% de la mostra afirma haver tingut experiències. Varela-Mato et al. (2012), amb estudiants de la Universitat de Vigo, informen que un terç admet haver-ne fet ús. Font-Mayolas et al. (2006) troba més d'un 50% d'estudiants de la UdG que ha experimentat algun cop a la vida. La Consejería de Sanidad y Política Social (2014), que un 48,9% dels universitaris murcians n'ha provat algun cop. Castillo Viera (2006), indica un 41,9% en universitaris de Huelva. Zaldívar et al. (2011) troben que més de la meitat dels alumnes de la Universitat d'Almeria,

han consumit el darrer any. Castañeda i Romero (2014) indiquen un menor nivell de consum entre els alumnes sevillans, no arriben al 20% els que declaren haver-les provat i Bennasar (2013a) un 26,5% entre els universitaris mallorquins.

Tots els estudis anteriors conclouen una prevalença superior entre els homes, excepte psicofàrmacs. Però, malgrat que les diferències són grans en el cas de l'experimentació i el consum esporàdic, aquestes es redueixen considerablement quan s'analitza el consum habitual o regular, sobretot el dels caps de setmana (Castañeda et al., 2011; Castañeda i Romero, 2014).

Si el cànnabis és la substància il·legal més consumida entre els joves a Espanya també ho és entre la població universitària. Així ho informen tots els estudis mencionats anteriorment.

En aquells estudis en els quals s'ha inclòs els psicofàrmacs, aquests apareixen com a segona substància per davant dels NSP, la cocaïna, l'èxtasi, speed o amfetamines, al·lucinògens (LSD) i l'heroïna, encara que amb poca prevalença.

1.1. El policonsum de substàncies

El policonsum és un patró de consum comú en l'època en la qual vivim. Existeix la tendència, cada cop més estesa, a consumir diverses substàncies simultàniament.

Kandel (1975) planteja que la introducció en el món de les substàncies és seqüencial i s'observen tres etapes:

1r - Apareix el consum de tabac i drogues.

2n - S'introdueix en el cànnabis.

3r - Consum d'altres drogues.

Tanmateix, aquest plantejament no implica que tots els subjectes que s'iniciïn en el consum d'algunes de les substàncies hagi de passar, necessàriament, a consumir la següent. Si no que, la majoria dels que es troben en una etapa superior ha consumit prèviament les pròpies de l'etapa o etapes precedents.

Segons Calafat et al. (2005) sembla que tenir contacte amb unes substàncies facilita el contacte amb altres i que, comptar amb una actitud oberta cap a les drogues augmenta la possibilitat de consumir diferents substàncies. Espada, Hernández, Orgilés, i Méndez (2010) i Vargas i Trujillo (2006) afirmen que el consum i intensitat en les fases més primerenques de la seqüència d'escalada, sembla incrementar la probabilitat i, per tant, el risc de consumir altres substàncies posteriors de la seqüència.

El policonsum pot tenir diferents motivacions i estar associat a diferents conductes. Es poden barrejar substàncies per a potenciar, al màxim, l'experiència psicoactiva. També, és possible que es consumeixi una segona substància per a compensar els efectes negatius d'una primera.

Com ja s'ha comentat, generalment, el policonsum es desenvolupa en els entorns d'oci, on l'alcohol és la substància escollida per començar la nit, a la qual es van afegint les altres, acabant amb el consum de pastilles per a dormir i tranquil·litzants, complint una funció a posteriori quan els joves tenen necessitat de parar i esmorteir els efectes de les substàncies estimulants (Calafat et al., 2000). Es trenca així el mite dels consumidors d'una sola substància i va més enllà de l'associació tradicional de l'alcohol i el tabac (Sánchez Pardo, 2002).

Si el consum de substàncies, tant legals com il·legals, són perjudicials per a la salut, la combinació d'aquestes, sens dubte, incrementen els riscos per a la salut (Gil Madrona, 2009; OECD, 2013).

L'EMCDDA i Ministerior de Sanidad (2013) conclouen que el policonsum s'ha convertit en una pauta dominant a Europa. El nombre de combinacions de substàncies és molt elevada i, possiblement, és reflex de diferències nacionals en el mercat de les substàncies i en els estils de vida. No obstant això, més del 96% dels que van informar un consum de 2 o més substàncies podrien agrupar-se en tres tipus d'usuaris:

- Tipus A - Alcohol i cigarrets.
- Tipus B - Cànnabis, alcohol i/o cigarrets.
- Tipus C - Cànnabis juntament amb alcohol i/o cigarrets i almenys un dels següents: l'èxtasi, la cocaïna, les amfetamines, LSD o l'heroïna.

Gairebé tres quartes parts dels que es declaraven consumidors, esmenten l'ús d'alcohol i cigarrets però sense l'ús d'una substància il·lícita. Una cinquena part van reportar l'ús de cànnabis i alcohol i/o cigarrets, i el 3,5% a més, el consum d'èxtasi, cocaïna, amfetamines, LSD o heroïna.

Per últim, segons UNODC (2013), preocupa la combinació de medicaments amb substàncies il·lícites. Més del 60% dels països compresos en l'informe classifica aquest consum entre els tres primers d'ús indegut.

A Espanya més del 41,7% dels consumidors de substàncies d'entre 15 a 64 anys admet consumir dues o més substàncies. Entre els homes hi ha major prevalença de policonsum en tots els grups d'edat, encara que les diferències són menors a mesura que disminueix l'edat. Les diferències entre sexe són més àmplies a mesura que augmenta el nombre de substàncies consumides (Ministerio de Sanidad. Servicios Sociales e Igualdad, 2013b).

2.4.1. Els joves i el policonsum

La major part dels joves consumidors de substàncies psicoactives es caracteritza per presentar un perfil de policonsum.

Les dades del EMCDDA (2009a) indiquen que entre els adults joves de nou països, els consumidors freqüents i intensius d'alcohol tenen entre dues i sis probabilitats més d'haver consumit, durant el dotze mesos anteriors, cànnabis i nou vegades més d'haver consumit cocaïna.

Dades que també observa el Ministerio de Sanidad. Servicios Sociales e Igualdad (2013a). Un terç dels joves de 14 a 18 anys que es declarava consumidor ho era d'una substància, un terç en consumia dos i l'altre terç més de dues. Segons aquest informe el major policonsum es produïa en situacions de *binge drinking*. Un 42% dels que declarava haver-ne fet, admetia haver consumit altres substàncies, principalment, cànnabis (34%), seguit de la cocaïna (3,3%), al·lucinògens, èxtasis, amfetamines/speed (més del 2%) i heroïna

(1,1%). Consum molt superior al que feien els que declaraven no haver realitzat *binge drinking*.

De la mateixa manera, més del 6,3% dels que havien fumat tabac, en el darrer mes, havien consumit cànnabis en aquest període, confirmant-se també la relació inversa (Agrawal, Madden, Martin, i Lynskey, 2013).

Abu et al. (2010), en un estudi amb joves de 14 a 18 anys, relacionava el consum d'alcohol i alcohol/cànnabis amb una baixa percepció del risc, sobretot en els policonsumidors. La sensació d'invulnerabilitat augmenta quantes més substàncies consumeixin, major permissivitat i menor percepció dels riscos associats amb l'experimentació.

Aquest policonsum també s'observa en el consum de drogues emergents. Segons les dades obtingudes per l'enquesta del Ministerio de Sanidad. Servicios Sociales e Igualdad (2013a), entre els consumidors d'aquestes substàncies, el consum de substàncies il·legals és significativament superior (91%) a la d'aquells que no en consumeixen (41,7%). També, entre els usuaris de drogues emergents, es va registrar major prevalença de consum *binge drinking* (86,9%), enfront del 66,1% dels que no en consumeixen; major prevalença d'embriagament (92,2% enfront del 57,4%), i major prevalença de consum d'alcohol de manera regular.

2.4.2. Els universitaris i el policonsum

En tots els estudis realitzats sobre el consum de substàncies psicoactives en l'àmbit universitari, troben una elevada presència de policonsum.

Riquelme et al. (2012) troba un 42,7% de policonsum en universitaris xilens. Herrera et al. (2012), amb universitaris de ciències de la salut de set països d'Amèrica llatina, informa que el policonsum corresponia a la combinació d'alcohol i tabac, alcohol i marihuana, alcohol, tabac i marihuana i alcohol i hipnosedants de prescripció.

Martín-Montañez et al. (2011), en un estudi amb universitaris malaguenys, afirma que el consum de tabac, alcohol i cànnabis s'associa amb una major probabilitat de consumir altres substàncies. Aquests autors com també Castañeda i Romero (2014), amb alumnes sevillans, afirmen que fumar diàriament s'associa a un major consum d'alcohol o cànnabis, tant habitualment com esporàdicament. A més, aquests darrers parlen del fet que un consum problemàtic d'alcohol s'associa, de manera significativa, a un consum de tabac, marihuana, cocaïna i èxtasis.

Els resultats fan pensar que l'inici al consum de tabac pot actuar com a porta d'entrada al consum d'alcohol i altres drogues institucionalitzades (Castañeda i Romero, 2014; Kashdan et al., 2005). Les dades mostren que els estudiants que eren fumadors van començar a

beure més aviat i s'embriagaven amb major freqüència. També, queda clara la relació entre tabac i cànnabis en la mostra. El 84% dels fumadors diaris havien provat els porros i, un percentatge considerable dels que eren ex fumadors continuaven fumant, en alguna ocasió, porros.

Font-Mayolas et al. (2006) conclouen que, entre els universitaris gironins, existeix una relació positiva entre consum tabac i cànnabis. Els resultats mostren que 90% dels joves que no han provat mai el tabac tampoc han provat el cànnabis. Al contrari, sols un 15% dels fumadors habituals es troben en aquesta situació. Conclouen que el consum d'alcohol, tabac i cànnabis solen associar-se estretament, de manera que el consum d'una d'aquestes substàncies s'associa al consum de les altres.

Com ja s'ha comentat, el risc percebut davant les diferents conductes de consum de substàncies pot ser indicador indirecta de l'evolució del consum. Així, el consum de substàncies legals, podria facilitar el posterior consum de cànnabis (Ruiz-Olivares, Lucena, Pino, i Herruzo, 2010).

Per últim, cal destacar que cada cop s'observa més policonsum de substàncies psicoactives i psicofàrmacs en aquest col·lectiu en període d'exàmens, moments en els quals estan sotmesos a un major estrès i ansietat (Carballo et al., 2011; Martínez-Domínguez et al., 2008) i amb l'objectiu de millorar el rendiment acadèmic (Ponnet, Wouters, Walrave, Heirman, i Van Hal, 2015)

Caamaño-Isorna et al. (2010) afirmen que, probablement, el consum de medicines és una altra manera de policonsum. Conclouen que el perfil de consumidors d'aquest tipus de substàncies és ser dona, viure fora de casa i ser fumadora. A més, manifesten que el consum indegut de psicofàrmacs augmenta la probabilitat de consumir altre tipus de substàncies, principalment, alcohol. Alertant que la barreja de begudes etíliques amb tranquil·litzants són causa de greus accidents i intoxicacions.

Resum:

El desenvolupament socioeconòmic ha aportat grans millores per a la salut però també, un augment de les malalties no transmissibles responsables principals de les morts prematures, mortalitat i morbiditat.

Entre els experts existeix consens que la qualitat de vida relacionada amb la salut depèn, en gran mesura, de l'estil de vida, és a dir, dels hàbits, conductes que es repeteixen en el temps de manera sistemàtica. La seva presència o absència poden constituir un factor de risc o de protecció per a l'individu. També hi ha acord en el fet que, l'estil de vida es conforma d'hàbits que interactuen entre si i que formen un contínuum que abasta des de comportaments molt saludables a nocius per a la salut.

Els autors que han investigat el col·lectiu de joves manifesten que la major part són conscients dels riscos que representa per a la salut no complir amb les recomanacions de l'Organització Mundial de la Salut respecte als hàbits de vida però, donat que es troben en un moment àlgid de la vida, creuen que els problemes derivats de no complir-les, a ells no els afecta. A més, són més receptius a la recerca de sensacions immediates que els facin sentir millor i perceben el risc com atractiu, veuen sols els avantatges sense pensar en les conseqüències, sense tenir en compte que és durant aquesta època quan els hàbits es consoliden i, per tant, seran més difícils de modificar.

La bibliografia consultada apunta que amb l'arribada a la majoria d'edat, a partir de la qual desapareixen les restriccions de compra i consum de substàncies, i l'inici del període universitari representen canvis en la vida d'un gran nombre de joves. A més, molts es converteixen en responsables de la seva vida, ja que s'allunyen de la llar familiar i, sovint, es veuen sotmesos a més hores d'estudi i d'activitats acadèmiques que els genera estrès. Això, té com a conseqüència un empitjorament dels seus hàbits de vida.

Els autors que analitzen la població universitària opinen que la vida a la universitat no té una influència positiva en el seu estil de vida. En la majoria d'estudis s'observa un descens en el nivell de pràctica d'activitat físicoesportiva dels estudiants i, en molts casos, la que realitzen no compleix amb les recomanacions de la OMS perquè sigui saludable. A més, la seva alimentació no compleix amb els paràmetres de la dieta mediterrània. Sovint, es salten menjars o piquen alguna cosa i consumeixen menjar preparat o escombraria. Troben que el menjar sa és insípid i car i, a més, no disposen de coneixements suficients per comprar-los o cuinar-los.

La majoria dels autors opinen que les dones estan més conscienciades i interessades pels temes relacionats amb la salut però malgrat això, presenten una prevalença inferior de pràctica d'activitat físicoesportiva que els homes, i malgrat que tenen més cura de la seva alimentació aquesta també presenta moltes deficiències.

En els estudis on s'analitza el consum de substàncies d'aquest col·lectiu s'observa que quan ingressen en la universitat l'inicien o consoliden. Els seus índexs de consum són preocupants, sobretot, d'alcohol d'afartament (*binge drinking*) i d'altres substàncies psicoactives, sobretot el cànnabis.

Les dones consumeixen menys que els homes excepte el tabac però la tendència és que les diferències cada cop són menors.

Les dades publicades confirmen l'existència d'un patró de consum diferent. Elles acostumen a concentrar el consum d'alcohol els caps de setmana però de manera compulsiva, fet que representa un major nombre d'episodis d'embriagament. Respecte al tabac, elles consumeixen menys nombre de cigarrets però presenten una dependència física i psicològica superior. Pel que fa a altres substàncies les diferències són majors a mesura que els efectes nocius de la droga són més evidents.

Els estudis apunten a que la majoria dels universitaris consumidors presenten un perfil de policonsum, sobretot, en els entorns d'oci. L'alcohol és la substància escollida per començar la nit, a la qual se li van afegint les altres. I, en ocasions, acaben amb pastilles per a dormir o tranquil·litzants, per la necessitat de parar i esmorteir els efectes de les substàncies estimulants.

Capítol 2. L'autopercepció de la salut

Tradicionalment, s'ha definit la salut en termes de diagnòstic, morbiditat i taxes de mortalitat però, des de fa dècades i, des d'una perspectiva multidimensional, s'ha donat importància a l'aspecte biopsicosocial de la malaltia, considerant no sols l'aspecte físic i les seves mesures, sinó també la percepció que en té el pacient i la seva manera d'enfrontar la malaltia (Gumà i Cámara, 2014).

Com ja s'ha comentat, qualitat de vida és un macro concepte totalment subjectiu i multifactorial, influenciat per factors relacionats amb la salut, l'estat emocional, i per aspectes socials, econòmics, culturals, espirituals, ... La QV en el context de malaltia, fa referència a com se sent el pacient i com percep les limitacions que aquesta li provoca. Es parla, aleshores, de QVRS i, dos dels seus conceptes integrants són "estat de salut" i "capacitat funcional". La importància de mesurar-la rau en què proporciona una visió biopsicosocial del subjecte i ajuda a comprendre la manca de relació entre la capacitat funcional i la percepció de l'estat de salut del subjecte.

La salut percebuda o autopercepció de la salut és un indicador multidimensional que proporciona informació sobre la salut tant física com mental de la persona i és considerat com un predictor important de la morbiditat, la mortalitat i l'ús dels serveis sanitaris (Bombak, 2013; Bopp, Braun, Gutzwiller, i Faeh, 2012; Gumà i Cámara, 2014; Nery et al., 2012; Schnittker i Bacak, 2014; Zhang, Zhao, Feng, i Hu, 2016).

Es tracta d'una mesura subjectiva de la salut general actual en termes qualitius que sembla estar associada amb problemes de la salut física, les capacitats funcionals i aspectes psicològics (Simon, De Boer, Joung, i Mackenbach, 2005).

Per la seva avaluació es donen opcions de resposta, normalment estructurades en una escala likert (Landmann et al., 2015). La pregunta es pot formular com "en general, diria que la seva salut és excel·lent, molt bona, bona, justa o pobre?" (J. Alonso i QualityMetric, 1996; Ware i Gandek, 1994; Ware, Snow, Kosinski, i Gandek, 1993) o com, "En general, com valora la seva salut avui", amb les possibles opcions "molt bé", "bé", "moderada", "dolenta" o "molt dolenta", segons la utilització de l'Organització Mundial de la Salut (WHO. Regional office for Europe, 2002). Les preguntes no necessàriament tenen cinc opcions de resposta. A més, es poden incloure altres preguntes per esbrinar, en el període recent a l'enquesta, com l'estat físic i emocional limita d'alguna manera les activitats diàries.

L'aplicació d'aquestes enquestes permet realitzar comparacions entre països i estudiar diferents factors que determinen la percepció de la salut.

Les dades mostren que aquesta empitjora amb l'edat i que els homes perceben millor la seva salut que les dones en tots els grups d'edat, amb diferències més evidents en salut mental (Departament de Salut, 2016; INE, 2014; Landmann et al., 2015; Zarini et al., 2014).

En aquest sentit, les enquestes oficials realitzades per institucions europees, espanyoles i catalanes ofereixen resultats que situen la mitjana entre 71 a 83 punts la percepció positiva de la salut de la població de 15 o més anys. Les puntuacions més baixes s'obtenen en les europees i les més altes en les de Catalunya. A més, en aquesta darrera, apareixen dades per províncies, situant-se la més alta a Girona, amb 87,1 punts. Les dades mostren un descens de l'autopercepció positiva a mesura que augmenta l'edat, i una diferència entre sexes d'entre 5 i 12 punts. Aquesta diferència és més àmplia en el grup de menor edat (15 a 24 anys) i els majors de 65 anys (Departament de Salut, 2016; INE, 2014).

Cal tenir en compte però, que hi ha altres aspectes que, també, influeixen en la percepció de la salut com són: el nivell educatiu, la situació ocupacional, la classe social, l'accés a l'atenció sanitària i l'exposició a ambients de risc (Aguilar-Palacio, Carrera-Lafuentes, i Rabanaque, 2015; Castañeda et al., 2016; Departament de Salut, 2016; INE, 2014).

Alguns estudis realitzats mostren un efecte positiu de les conductes saludables en la percepció de la salut. La realització d'AF, l'alimentació saludable i l'absència d'hàbit tabàquic milloren la percepció de la salut (Aguilar-Palacio et al., 2015; Breidablik, Meland, i Lydersen, 2008; Nakamura et al., 2014). Al contrari, tenir baix pes o obesitat, la inactivitat física, el menjar ràpid i les dietes altes en greix influeixen negativament (Cámara i Spijker, 2010; Gumà i Cámara, 2014; Tsai et al., 2010; Zarini et al., 2014).

Altres però, troben que aquesta relació no és tan evident, ja que, en moltes ocasions, les persones que desenvolupen estils de vida més saludables són, en realitat, més propenses a ser pessimistes respecte al seu estat de salut (Bombak, 2013; Layes, Asada, i Kepart, 2012). Per exemple, la pràctica d'AFE sembla no tenir una relació graduada i continua entre les seves característiques (freqüència, intensitat i duració) i la millora de la salut autopercebuda (Galán, Meseguer, Herruzo, i Rodríguez-Artalejo, 2010) o respecte al consum d'alcohol, la relació sembla ambigua, ja que els bevedors moderats tenen millor percepció de la salut que els no bevedors. (Barrios-Vicedo et al., 2015).

1. L'autopercepció de la salut en els joves

Tenir una bona salut física i emocional permet als joves fer front als reptes d'aquesta etapa i facilitar la seva transició cap a l'edat adulta (Cavallo et al., 2015). No obstant, s'ha prestat poca atenció a la salut dels joves perquè no solen patir massa malalties i semblen menys vulnerables que els nens o ancians. No s'ha tingut en compte, en canvi, que estan més exposats a patir problemes derivats de la seva conducta.

Per això, és important analitzar-ho, ja que és durant aquesta etapa quan la salut comença a deteriorar-se, sobretot entre les noies (Bleidablik, Lydersen, i Meland, 2009; Marques, Mota, Gaspar, i Gaspar de Matos, 2017).

Segons l'OMS (1989) l'estat de salut dels joves depèn tant de factors individuals com ambientals, és a dir, de les circumstàncies de la seva vida i de com es comporten i com ho fan les persones que els rodegen.

Els joves quan fan una valoració de la seva salut es basen en el funcionament general, incloent-hi les dimensions físiques i psicològiques (benestar emocional, i autoestima, relació amb els pares i companys, acceptació escolar, l'estatus social, econòmic i cultural), i l'associen amb una àmplia gamma d'indicadors com el nivell educatiu, l'accés a l'educació i el nivell de salut i serveis socials (Bleidablik et al., 2008; Krause i Jay, 1994).

European Commission (2009) i Wade, Pevalin, i Vingilis (2000) suggereixen que, mentre els adults reconeixen com a construccions diferents el funcionament físic del psíquic i, per tant, quan valoren la seva salut ho fan de manera diferenciada, els adolescents i joves, sovint, relacionen l'estat de salut amb l'angoixa per la vida, de tal manera que quan qualifiquen la seva salut com a pobre, pot ser una expressió somàtica d'angoixa de la vida, i pot estar relacionada amb conductes de risc. Aquests autors troben diferències significatives en la percepció de la salut dels joves i adolescents segons el sexe, el país de residència, l'estatus social subjectiu, el sobrepès, les hores de son, l'AF intensa, l'esmorzar i el consum de tabac. També, la desesperança, la timidesa i la percepció de l'atractiu físic són factors que influeixen.

Tremblay et al. (2011), en aquesta mateixa línia, conclouen que aquells que presenten una autopercepció més positiva de la salut són els que tenen uns pares amb nivells més alts d'educació, tenen una bona relació amb l'escola i viuen en un barri segur. Altres aspectes que la determinen són problemes de salut física i discapacitat, la relació entre pares i fills, l'assoliment escolar, ser dones, major Índex de Massa Corporal i el consum de tabac.

Tots els autors afirmen que els homes joves s'autoperceben en millor estat de salut que les dones. Justificant-ho per temes com la reproducció, nivells més alts d'angoixa emocional i/o

una major preocupació per l'aparença, el pes corporal i les relacions socials en el cas de les dones.

Segons l'Informe Joventut a Espanya la percepció positiva és superior en els homes (93%) que en dones (85%) i disminueix amb l'edat. 9 de cada 10 joves, d'entre 15 i 24 anys, consideren que tenen una salut bona (30%) o molt bona (59%) (Ministerio de Sanidad, 2017). Aquestes dades coincideixen amb altres enquestes realitzades amb aquest col·lectiu a Espanya (INE, 2014; Secretaria de Estado de Servicios Sociales e Igualdad i INJUVE, 2013).

Cal destacar però, que l'informe de joventut indica que, un 4% consideren que la seva salut és dolenta o molt dolenta. En aquest cas hi ha una major prevalença entre els homes (5%) que entre les dones (2%), Aquestes dades són inferiors a les obtingudes en l'Enquesta Europea de Salut a Espanya (2014b).

Els estils de vida són els causants de molts problemes de salut i és durant aquesta etapa quan s'inicien i es consoliden. Això podria afectar a la valoració de la seva pròpia salut de manera que, malgrat reportar menys problemes de salut física, no presentin puntuacions més positives.

En general, els estudis realitzats amb aquest col·lectiu conclouen que els subjectes que practiquen AFE i realitzen una alimentació més saludable, amb alt consum de fruita i verdura, presenten autopercepcions més positives. Aquesta associació és més estreta entre els nois que entre les noies (Granger, Williams, Di Nardo, Harrison, i Verma, 2017; Marques et al., 2017; Zarini et al., 2014).

Galán et al. (2010) apunta que a mesura que augmenta la quantitat i la freqüència de pràctica d'AFE millora gradualment la percepció de la salut. Tot i que, alguns autors afirmen que aquells que es consideren molt actius, sovint, presenten puntuacions més baixes. Segurament, es deu al fet que són més propensos a patir lesions i a què presenten una major preocupació per la seva salut.

Barbosa et al. (2014), en un estudi amb adolescents brasilers, afirma que canvis en els estils de vida com un desplaçament actiu, la millora dels hàbits alimentaris i descens del consum d'alcohol s'associen estadísticament amb canvis positius en l'autopercepció de la salut en tots els grups d'edat, sexe, estat nutricional i nivell socioeconòmic.

2. L'autopercepció de la salut en els universitaris

Segons Reig, Cabrero, Ferrer, i Richart (2001) els estudiants universitaris solen presentar un perfil i comportaments més saludables que altres grups de joves. A més, realitzen més accions per prevenir malalties, mostrant una major preocupació per la seva pròpia salut.

Tot i això, M. Schmidt (2012) afirma que els canvis als quals es veuen sotmesos quan accedeixen a la universitat els pot provocar estrès, afectant el seu rendiment acadèmic i la seva salut. Un augment del consum de substàncies, de la inactivitat física, de la pressió acadèmica i social, de la competència, d'un empitjorament de la dieta i de les hores de son, juntament amb el fet que molts d'ells es troben en període de transició de l'adolescència a l'edat adulta, poden ser factors que influeixen en aquesta percepció de la salut, sobretot pel que fa al benestar mental. Aquests aspectes, sempre més evidents en el col·lectiu de dones, expliquen que també les universitàries perceben pitjor la seva salut que els seus companys homes (Borsari et al., 2007; Singh i Upadhyay, 2008; Soffer, 2010).

Barrios-Vicedo et al. (2015), en un estudi on analitza la relació entre alguns estils de vida i l'autopercepció de la salut, conclouen que la pràctica d'AFE i una bona adherència a la Dieta Mediterrània s'associen a una millor autopercepció de la salut mentre que, el consum de tabac i un excés de pes s'associa a uns valors més negatius. Aquests resultats coincideixen amb els obtinguts per Mikolajczyk et al. (2008) i M. Schmidt (2012).

Castañeda et al. (2016), Pedišić, Rakovac, Titze, Juranić, i Oja (2014) i Moscoso i Moyano (2009) troben, també, una relació significativament positiva entre la pràctica d'AFE en el temps lliure i la percepció de la salut. Diferència que es presenta de manera desigual segons el sexe. Les percepcions són millors entre aquells que practiquen seguint les recomanacions de l'American College Sports and Medicine (2000). Pedišić et al. (2014) però, sols troba una relació positiva amb la salut física però no amb la mental. També conclouen que l'AF desenvolupada en els àmbits de la vida quotidiana com desplaçaments i tasques de la llar també s'associen positivament a la percepció de la salut. No és el cas de l'AF en l'àmbit laboral que sols presentava aquesta associació en el cas dels nois.

En la mateixa línia, Martínez Lemos (2008) troba diferències significatives en la percepció de la salut dels universitaris actius segons quina era la freqüència, la duració i la intensitat de pràctica d'AFE. Pel contrari, la freqüència i la durada dels desplaçaments caminant no mostrava canvis en la salut autopercebuda.

Per últim, Mikolajczyk et al. (2008) analitzen l'impacte del consum d'alcohol en la percepció de la salut d'una mostra d'universitaris alemanys, polonesos i búlgars. Conclouen que aquells que tenien menys cura de la seva salut presentaven un problema segons quin era el

nivell de consum però no amb la freqüència de consum. Encara que també s'observava una pitjor percepció entre els que manifestaven fer-ho amb més regularitat.

3. Instruments d'avaluació de la Qualitat de Vida Relacionada amb la Salut

Es realitza mitjançant qüestionaris dissenyats amb una estructura multidimensional. Existeixen dos tipus:

Taula 9. Tipus d'instruments per avaluar la QVRS

Genèrics	Cobreixen un ampli marge de dimensions de la QVRS, que permeten detectar problemes o efectes inesperats. Permet comparar poblacions diferents Adequat per estudis transversals La seva amplitud implica que l'interès de l'enquestat decaigui, perdent-se informació i sensibilitat.
Específics	Analitzen un símptoma o una malaltia concreta Resulten més còmodes pel pacient perquè reconeix en les preguntes quelcom lligat directament a la malaltia i tenen major sensibilitat per detectar canvis (Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, 2007)

Font: elaboració pròpia

Taula 10. Instruments d'avaluació de la QVRS

EuroQoL5 EQ-5D	Revisió EuroQol (1991), resultat projecte multidisciplinari d'investigadors de Regne Unit, Finlàndia, Holanda, Suècia i Dinamarca, que van posar en comú mètodes per la valoració de la salut. Instrument genèric i senzill. Proporciona perfil descriptiu i valoració actual del propi estat de salut en cinc dimensions (mobilitat, cura personal, activitats quotidianes, dolor/malestar, ansietat/depressió). Presenta tres nivells de gravetat: sense problemes, alguns/moderats problemes i molts problemes. Genera, també, un índex que permet valorar estats de salut. Existeixen traduccions i adaptacions en diverses llengües i cultures. La versió espanyola ha estat utilitzada i validada en mostra de pacients i població general.
WHOQoL <i>World Health Organization Quality of Life</i>	Desenvolupat per la Divisió de Salut mental de l'OMS, a principis dels anys 90 amb l'objectiu de conèixer si existia un concepte universal de qualitat de vida i construir una mesura que el pogués avaluar (WHO, 1993; WHOQOL GROUP, 1994). Desenvolupat, simultàniament, en diverses llengües i cultures. Estructurat en àrees i facetes. Les escales de resposta fan referència a intensitat, capacitat, freqüència i avaluació dels estats o conducta que són específiques per cada conducta (WHOQOL GROUP, 1995). Posteriorment, es va obtenir el WHOQoLBREF, amb la millor pregunta de cada faceta: salut física, salut psicològica, relacions socials i ambient i dos preguntes globals (QV global i salut general).
SF-36 Health Survey	Un dels instruments més utilitzats a tot el món per a l'avaluació de la QVRS. Els estudis confirmen empíricament l'existència de dos dominis, el físic i el mental i un altre que mesura el canvi de la salut en el temps (Vilagut et al., 2008).
SF-12 Health Survey	Versió reduïda de l'anterior amb l'objectiu reduir el temps de resposta quan s'utilitza amb altres instruments. Format per 12 ítems del SF-36, seleccionant 1 o 2 de cada dimensió i dels components sumaris físic i mental. Existeixen valors de referència per a la població espanyola i catalana que permeten establir comparacions tenint en compte l'edat i el sexe (S. Schmidt et al., 2012).

Font: elaboració pròpia

Resum:

Els experts afirmen que l'autopercepció de la salut és una mesura subjectiva de la salut general en termes qualitatius. Ajuda a comprendre com se sent la persona més enllà de la seva capacitat funcional. Es tracta d'un indicador multidimensional que proporciona informació sobre la salut física i mental i es considera un predictor important de la morbiditat, mortalitat i l'ús dels serveis sanitaris.

La relació entre el desenvolupament d'hàbits de vida i la salut percebuda admet diferents interpretacions. Per alguns autors, les conductes saludables mostren efectes positius al contrari que les no saludables. Però, per altres autors, sembla que aquells subjectes que desenvolupen un estil de vida més saludable, en realitat, són més propensos a ser més pessimistes en la percepció de la seva salut. Això podria justificar el fet que, en totes les etapes de la vida, les dones es perceben amb pitjor estat de salut que els homes.

Habitualment, no s'ha prestat massa atenció a la salut dels joves perquè no solen patir malalties i semblen menys vulnerables que els nens i els ancians. Malgrat que estan més sotmesos a problemes derivats de la manera de comportar-se.

Els autors que han investigat el col·lectiu de joves opinen que aquests, a diferència de les persones més grans, no reconeixen com construccions diferents el funcionament físic i el mental. Per tant, tendeixen a relacionar el seu estat de salut general amb el nivell d'angoixa que senten. Això, podria ser la raó per la qual malgrat reportar pocs problemes de salut física, no obtinguin puntuacions massa positives sobre el seu estat de salut general.

En els estudis sobre universitaris es constaten que, sovint, els joves creuen que durant l'etapa universitària estan sotmesos a estressors acadèmics, relacionals i de perspectives de futur. És evident que això pot afectar a la percepció de la seva salut, sobretot al benestar mental.

Capítol 3. L'Autoconcepte o l'autodescripció

Des que Shavelson, Hubner y Stanton (1976) plantegessin una concepció multidimensional i jeràrquica de l'autoconcepte, aquesta ha estat assumida de manera generalitzada i ha estat base per a la creació d'un gran nombre de models multidimensionals i qüestionaris de mesura.

Van definir l'autoconcepte [AC] com: “La percepció que una persona té de si mateixa, que es forma a partir de les experiències i relacions amb el medi, a on juguen un important paper tant els reforços ambientals com altres significatius” (Shavelson et al., 1976, p. 411).

Segons aquests autors, les principals característiques del model d'autoconcepte general són:

- Està estructurat i organitzat per la persona en funció de les experiències i circumstàncies viscudes.
- És multidimensional: les facetes particulars reflecteixen el sistema de categories adoptades per un individu i/o un grup. Segons aquesta perspectiva, estaria compost per diversos dominis o dimensions: l'acadèmic, l'emocional, el social i el físic (no acadèmic). Cadascun es subdivideix en facetes més específiques, és a dir, seria el resultat d'un conjunt de percepcions parcials del propi jo.
- És jerarquitzat: les facetes més específiques (vivències socials i experiències de vida personal) estan en la base i l'autoconcepte global al vèrtex.
- Varia en estabilitat segons el nivell jeràrquic: l'autoconcepte global és estable, mentre que les facetes més específiques depenen de situacions concretes. Ofereix resistència al canvi, especialment quan s'estabilitza en els nivells superiors de la jerarquia, excepte si hi ha una intervenció externa o es tingui una experiència transcendental.
- Té un caràcter evolutiu: es diferencia internament a mesura que avança l'edat.
- Té un aspecte descriptiu (autoconcepte) i un altre avaluatiu (autoestima). El primer fa referència a la idea que cada persona té de si mateixa, mentre que el segon és la dimensió valorativa i al·ludeix a l'estima que cadascun sent per si mateix. L'autoestima té a veure amb la competència social, ja que influeix sobre la persona en com se sent, com pensa, com aprèn, com es valora, com es relaciona amb els altres i, en definitiva, com es comporta. La persona, de manera permanent, s'avalua i valora ja sigui en funció d'un model ideal o d'elements socioculturals i/o d'influència ambiental.

El que sembla clar és que, l'autoconcepte és un dels trets més rellevants pel benestar personal, ja que molts aspectes conductuals es relacionen amb aquesta variable. Té una implicació vital en el procés de desenvolupament del jove, per la sèrie de repercussions que

representa en la vida real i en les diferents dimensions de la conducta personal (Molero, Ortega, Valiente, i Zagalaz, 2010; Shavelson et al., 1976).

Un AC positiu està en la base d'un bon funcionament personal, social i professional. Depenen d'ell, en bona mesura, la satisfacció personal, és a dir, sentir-se bé amb un mateix (Esnaola, Goñi, i Madariaga, 2008).

La formació de l'AC té lloc durant l'adolescència, època en la qual es donen canvis intensos en l'àmbit corporal, emocional i cognitiu, en els que el subjecte s'avalua a si mateix, comparant-se amb els que troba al seu entorn. Serà d'aquestes comparacions de les quals sorgirà l'autoconcepte, i en funció del tipus de comparació i el seu resultat podrà ser positiu o negatiu (A. Goñi, Esnaola, Ruiz de Azúa, Rodríguez, i Zulaika, 2003; Hagger, Biddle, i Wang, 2005; Ruiz de Azúa, 2005).

Aquesta implicació directa de l'autoconcepte en la personalitat/conducta dels individus, ha fet créixer l'interès per identificar el nombre de dimensions que posseeix i l'estructura interna de cadascuna d'elles, sobretot, de la dimensió física, considerada una de les dimensions més importants a l'hora de configurar l'autoconcepte general i l'autoestima (Fernández, Contreras, García, i González, 2010; Marsh, 2008).

L'autoconcepte físic [ACF] es constitueix en la base de l'autoconcepte global i de l'enfortiment de l'autoestima. És un dels factors modeladors del caràcter, de la personalitat i pot influir en l'estat de salut (L. R. Espinoza, Rodríguez, Gálvez, Vargas, i Yáñez, 2011).

S'ha definit com la representació mental multidimensional que les persones tenen de la seva realitat corporal, incloent-hi elements perceptius, cognitius, afectius, emocionals i altres aspectes relacionats amb aspectes corporals. Resulta ser un bon indicador de salut mental i d'ajustament amb la vida (A. Goñi, Ruiz de Azúa, i Rodríguez, 2005; Marchago, 2002).

Més concretament Stein (1996) el defineix com les percepcions que els subjectes tenen de les seves habilitats físiques i la seva aparença física.

Si bé la seva naturalesa multidimensional no ofereix dubtes, segueix sent un tema obert a discussió quin és el nombre i identitat de les dimensions que el componen. És un element decisiu en la construcció de qüestionaris fiables i consistents, ja que les escales s'han de redactar en funció de les dimensions que pretén mesurar.

Des dels anys vuitanta, diverses han estat les propostes que ens permeten apreciar l'abast de les coincidències i discrepàncies a l'hora de determinar l'estructura interna de l'ACF.

En totes les propostes existents apareixen les dimensions d'aparença física i habilitat física, però n'inclouen d'altres (Esnaola et al., 2008; A. Goñi et al., 2003).

Harter (1982, 1983) inclou dos elements: competència atlètica i aparença física, com representatius de les percepcions en el domini físic. Sonstroem (1981) distingeix l'alçada, el pes, la constitució corporal, l'atractiu, la força i un llarg etcètera. Bracken (1992) distingeix les dimensions de competència física, aparença física, forma física i salut. K. R. Fox (1988) contempla les quatre següents dimensions: habilitat física, condició física, atractiu físic i força. I Marsh, Richards, Johnson, Roche, i Tremayne (1994) indiquen que l'ACF inclou les dimensions de coordinació, activitat física, salut, greix corporal, força, competència esportiva, flexibilitat, aparença física, resistència, autoestima i autoconcepte físic global.

Els dos models teòrics més significatius són aquests dos darrers i serveixen de referent per a la construcció dels dos qüestionaris més utilitzats en l'estudi de l'autoconcepte físic i les seves implicacions en la conducta.

En resum, tant la dimensionalitat com l'organització jeràrquica de l'autoconcepte físic admet interpretacions diferents, i no pot donar-se com a resolta la discussió sobre quina és la seva estructura interna.

La identificació dels subdominis de l'ACF té gran importància, ja que la seva modificació s'incrementa a mesura que les dimensions són més específiques i concretes (l'habilitat física és més educable i canvia que l'AC general). Els que proposen menys components defensen que malgrat no abasten tots els aspectes de la realitat sí que la recullen suficientment. En canvi, els models amb major nombre de components ofereixen major probabilitat de ser reflex exhaustiu del fenomen però perden operativitat (A. Goñi et al., 2003). Però això, no impedeix que les dades empíriques mostrin variacions associades amb l'edat, el sexe, els hàbits de vida i el benestar psicològic (A. Goñi et al., 2005).

El que sembla clar és que l'ACF en general i l'autoestima en particular, estan influenciats per l'edat, el sexe i la pràctica d'AFE (J. A. Moreno et al., 2008).

Com qualsevol altre element de la personalitat, l'autopercepció física evoluciona i canvia en les diferents èpoques de la vida, en funció de les experiències i interpretacions de la persona.

1. L'autodescripció física segons l'edat i el sexe

Les autopercepcions físiques s'estructuren de diferent manera durant el desenvolupament evolutiu fins al punt que algunes dimensions, que són importants en l'adolescència, com l'habilitat o força, poden tenir escassa rellevància en la vellesa, moment en el qual percebre's amb capacitat funcional sembla decisiu per veure's i sentir-se físicament bé (Ruiz de Azúa, Rodríguez, i Goñi, 2005).

Malgrat la manca d'estudis longitudinals sobre l'evolució de l'ACF al llarg de la vida, si existeixen estudis comparatius entre diferents grups d'edat però no tots els autors concorden en els resultats, segurament per la utilització de diferents instruments o per les franges d'edat establertes en cada estudi.

Alguns autors indiquen que en la preadolescència (12-14 anys) s'inicia un descens de l'ACF (Esnaola, 2005b, 2008). Al finalitzar l'adolescència i en els primers anys de la joventut és quan es produeix la diferenciació interna (Esnaola, 2008; Molero, Zagala-Sánchez, i Cachón-Zagalaz, 2013), les autopercepcions físiques milloren, encara que la pauta de cada escala és particular (A. Goñi et al., 2005). Més endavant, quan l'individu s'adapta a les transformacions, l'ACF augmenta de nou (A. Goñi, Ruiz de Azúa, i Liberal, 2004; Soriano, Navas, i Holgado, 2011) i s'estabilitza, per tornar a decreixer a mesura que l'individu es va fent gran, la qual cosa es podria associar a l'envelliment i a la pèrdua de capacitats funcionals (Shaw, Liang, i Krause, 2010; Tiggemann, 2004).

Altres autors defensen que l'ACF pateix un descens, en algunes de les seves dimensions, des de la pre-adolescència fins l'edat adulta (Infante, Goñi, i Villarroel, 2011; Klomsten, Skaalvik, i Espnes, 2004; Moreno Murcia, Cervelló, i Moreno, 2008).

Al contrari, altres estudis no troben aquest descens sinó que les diferents dimensions mostren una pauta evolutiva pròpia (A. Goñi et al., 2004).

Pel que fa al sexe, els resultats són més consistents. L'autoconcepte físic de les dones sol ser pitjor que el dels homes (Klomsten et al., 2004). Una preocupació més gran d'aquestes pel seu cos i la seva imatge fa que siguin més crítiques i estiguin més preocupades per l'aparença física (de Gracia, Marcó, i Trujano, 2007; Loland, 1998). Això pot explicar que presentin una major insatisfacció corporal (discrepància entre el jo-físic percebut i el jo-físic desitjat) (A. Goñi et al., 2005) que podria afectar a l'ACF, a l'autoestima (López Atencio et al., 2008; Moreno Murcia et al., 2008) i al benestar psicològic (Castillo i Molina-García, 2009; Esnaola, 2010; Morano, Colella, Robazza, Bortoli, i Capranica, 2011).

Les dones semblen vincular més l'atractiu amb el conjunt de l'ACF. Al contrari, els homes es basen més en aspectes relacionats amb la força i l'ego personal (Aşçi, 2001; Esnaola, 2008; Molero et al., 2013).

Aquests resultats s'han obtingut tant en investigacions que han utilitzat qüestionaris que contemplen quatre dimensions: habilitat, condició, atractiu i força (Lindwall i Hassmen, 2004; Pastor, Balaguer, i Garcia-Merita, 2006; Ruiz de Azúa, 2005); sis dimensions: habilitat, condició, atractiu, força, autoconcepte físic general i autoconcepte general (Esnaola i Revuelta, 2009; Infante et al., 2011; Molero et al., 2010; Soriano et al., 2011), com en aquells basats en el model de les onze dimensions del PSDQ, encara que aquests darrers presenten més variacions. Les diferències que troben apareix d'un mínim de tres escales a un màxim del total de les escales (Arazi i Hosseini, 2013; de Gracia et al., 2007; L. R. Espinoza, Rodríguez, Gálvez, Vargas, et al., 2011; Klomsten et al., 2004).

Si s'analitza l'evolució de l'ACF al llarg del cicle vital, en funció del sexe, les investigacions realitzades mostren els següents resultats:

Infante et al. (2011), en un estudi realitzat amb persones d'edats compreses entre els 23 i 64 anys, observa un menor descens de les puntuacions en les dones que en els homes. Aquests darrers mostren un descens més acusat en totes les dimensions de l'ACF i en l'ACF mateix. En canvi, entre les dones quasi no disminueixen i, inclús, s'observen millores en les dimensions d'habilitat, ACF general i atractiu entre les adultes joves (23-34) i les adultes (35-49), encara que les diferències no són significatives.

A partir dels 50, l'ACF presenta puntuacions significativament inferiors en habilitat, condició física i ACF general, que s'associa a l'envelliment del cos i unes pitjors qualitats físiques bàsiques. Al contrari, l'atractiu tendeix a millorar amb l'edat, sembla que per activar-se una sèrie de mecanismes psicològics, entre els quals destaca la relativització de la importància conferida a l'aparença física (Esnaola, 2008, 2009; Tiggemann, 2004).

Infante et al. (2011) i Giarrusso, Mabry, i Bengtson (2001), en els seus estudis, observen que l'autoestima presenta un nivell alt entre els nens, un descens durant l'adolescència, un augment gradual en l'edat adulta i una disminució notable durant la 3a edat. Les dones manifesten major insatisfacció corporal en totes les èpoques de la seva vida, des de la preadolescència fins a la 3a edat, si bé les diferències entre els dos sexes en l'edat adulta i 3a edat són menors que en l'adolescència (Esnaola, 2010).

En resum, sembla que, l'ACF de les dones pateix fluctuacions més grans al llarg de la vida (Ruiz de Azúa et al., 2005) i que les majors diferències entre sexes es donen en l'adolescència i els primers anys de joventut (Aşçi, 2001) i que aquestes decreixen amb l'edat (Esnaola, 2005b; Klomsten et al., 2004).

2. L'autodescripció física i els hàbits de vida

Segons Esnaola i Iturriaga (2008) la relació d'uns determinats hàbits de vida saludable amb l'autoconcepte físic és inequívoca

Tot i això, queda per esclarir quin és el sentit de la causalitat entre aquests dos factors: si un ACF elevat és el que sosté una forma de viure sana o sí, en canvi, l'estil de vida saludable és conseqüència de percebre's bé físicament o que, un ACF positiu derivi d'una sèrie de costums saludables en la vida diària (Esnaola et al., 2008, p. 78).

Algunes investigacions desenvolupades, que estudiaven la relació entre autoconcepte i conductes de salut, plantejaven la hipòtesi: a major ACF, hàbits de vida més saludables (Carraro, Scarpa, i Ventura, 2010; Guillén i Sánchez Lujan, 2003; Infante et al., 2011). No obstant això, els resultats eren contradictoris, no podent extreure dades concloents al respecte. Una de les causes, de nou, és la diferència d'instrument utilitzat i les contradiccions en la definició del constructe (Balaguer i Pastor, 2001).

Actualment, amb la utilització d'instruments multidimensionals, es pot estudiar amb major profunditat les relacions existents entre els estils de vida i l'autoconcepte físic. Malgrat això, els resultats obtinguts no recolzen la hipòtesis anterior, sinó que al contrari, mostren la complexitat d'aquesta relació i, per tant, és necessari analitzar com contribueix cadascuna de les dimensions a l'ACF.

Balaguer i Pastor (2001) observen que algunes dimensions mantenen una relació positiva amb un estil de vida saludable, mentre que per altres la relació és negativa.

Els que practiquen activitat físicoesportiva, mantenen una alimentació equilibrada, dormen suficients hores, no consumeixen tabac i alcohol i no passen masses hores davant la TV i internet,... ofereixen puntuacions superiors en l'autoconcepte físic respecte a aquells que es comporten de manera antagònica (Carraro et al., 2010; Infante i Goñi, 2009; Moreno Murcia et al., 2009; Slutzky i Simpkins, 2009).

Pel que fa a la pràctica d'activitat física, en general, les investigacions conclouen que té efectes positius sobre l'autoconcepte físic, sobretot pel que fa a les dimensions de condició física i habilitat esportiva (Fernández et al., 2010; Moreno Murcia, Moreno, i Cervelló, 2007), amb la força i la resistència (L. R. Espinoza, Rodríguez, Gálvez, Vargas, et al., 2011; Infante et al., 2011), però poc o cap relació amb la dimensió de l'atractiu físic (Candel, Olmedilla, i Blas, 2008; Fernández et al., 2010; Reigal, Videra, Martín, i Juárez, 2013).

A més, les investigacions desenvolupades per Contreras, Fernández, García, Palou, i Ponseti (2010), Reigal i Videra (2011) i Moreno Murcia et al. (2008) conclouen que a major freqüència de pràctica majors són les puntuacions obtingudes en l'ACF.

Pel que fa al tipus d'esport practicat i l'atractiu o imatge corporal, també s'observen diferències. Segons Alvariñas, Fernández Villarino, i López Villar (2009), Piéron (2004) i Esnaola (2005a) els que presenten millors puntuacions en aquestes dimensions són aquells que practiquen disciplines amb una alta exigència física, com el triatló i l'atletisme. Pel contrari, els que fan activitats aeròbiques o practiquen esports d'una elevada exigència estètica són els que pitjors puntuacions obtenen, bàsicament les dones. Moreno Murcia i Cervello (2005) i Fernández et al. (2010) apunten que, possiblement, la recerca de la millora de l'atractiu propicia la seva pràctica. de Gracia et al. (2007) conclouen que el fet que les dones focalitzin, fonamentalment, l'ACF en la imatge corporal fa que recorrin a la pràctica d'activitat física quan perceben negativament aquest paràmetre i assolir així, una millora de l'ACF.

La majoria de les investigacions sobre ACF i alimentació, es centren en els trastorns que la insatisfacció corporal pot provocar en l'autoestima, la depressió i els desordres de la conducta alimentària, especialment en adolescents (Cabrera i Fanjul, 2012; Murawski, Elizathe, i Rutzstein, 2009; Xie et al., 2003), ja que per aquest col·lectiu la imatge corporal és la dimensió que més pes té en l'ACF.

Aquesta disconformitat amb el pes i la imatge corporal, sovint, els porta a realitzar dietes i conductes compensatòries inapropiades, generalment les noies per baixar de pes o guanyar massa muscular els nois (Arroyo et al., 2008; Ramos, Rivera, i Moreno, 2010; Zoraide i Vivas, 2006).

La realització de dietes no equilibrades s'agreuja en l'etapa universitària, ja que es converteixen en els responsables de la seva alimentació i això pot donar lloc a una descompensació en els nutrients i a saltar-se àpats freqüentment (Altare, Correché, i Robles, 2012; Martínez-González et al., 2014; M. Salvador, García-Gálvez, i de la Fuente, 2010).

Com ja s'ha comentat, són pocs els estudis que s'han dut a terme sobre la relació que existeix entre l'ACF i l'alimentació en subjectes sense risc de patir trastorns deguts a la distorsió en la imatge corporal.

Esnaola (2007), en un estudi comparatiu entre adolescents, joves i adults, indica que hi ha una clara relació entre una bona percepció de l'alimentació, l'autoconcepte i la imatge corporal. Sent aquestes darreres millors entre els que pensen que la seva alimentació era

més sana. Conclouen que en totes les edats l'alimentació té una gran importància en la percepció corporal.

En aquest sentit, Pastor et al. (2006) assenyalen que, els que es senten més insatisfets amb l'aparença física realitzen més control i restricció de la dieta. L. R. Espinoza, Rodríguez, Gálvez, i MacMilan (2011) afirmen que els individus que presenten una autoestima elevada tendeixen a tenir més cura del seu organisme, ja sigui alimentant-se adequadament i/o practicant esport. Aquests resultats són similars als obtinguts per Pastor et al. (2006), en un estudi amb adolescents, on troben que, aquells que presenten una autoestima alta consumeixen aliments sans amb major freqüència. Xie et al. (2003), conclouen que, els que tenien una autopercepció de sobrepès presentaven major risc de baixa autoestima i depressió que aquells que tenien pes normal o baix pes.

Els resultats obtinguts per Moreno Murcia, Cervelló, Huéscar, i Llamas (2011), en un estudi amb joves de 15 a 20 anys, indiquen que l'activitat física i la imatge autopercebuda correlacionava positiva i significativament amb la percepció de competència física i hàbits alimentaris saludables.

Pel que fa al consum de substàncies i la seva relació amb l'ACF, tampoc existeixen masses estudis al respecte i molts d'ells avaluen les implicacions que representen en l'AC general i les seves dimensions (acadèmica, familiar, social i física).

Els resultats no són concloents respecte a si un bon AC implica un menor consum de substàncies tant legals com il·legals o si el seu consum implica un AC més o menys positiu (Oliva et al., 2008; A. Rodríguez et al., 2006).

Utilitzant instruments unidimensionals, Kavas (2009) i Connor, Poyrazli, Ferrer-Wreder, i Grahame (2004) troben que un baix autoconcepte es relaciona amb alts nivells de consum. Pel contrari, Oliva et al. (2008) troben que alts nivells d'AC s'associen a alts nivells de consum. Kokkevi, Richardson, Florescu, Kuzman, i Stergar (2007) no troben cap relació.

Els estudis realitzats amb instruments multidimensionals sembla que coincideixen en els resultats referents al factor protector de la dimensió familiar i acadèmica mentre que serien factors de risc les dimensions social i física (Cava, Murgui, i Musitu, 2008; Fuentes, García, Gracia, i Lila, 2011; T. I. Jiménez, Musitu, i Murgui, 2006; Musitu, Jiménez, i Murgui, 2007).

No obstant, no està clar el paper que tenen alguns factors com l'autoestima, ni tampoc les possibles diferències en cada etapa de l'adolescència (Kokkevi, Arapaki, et al., 2007; Kokkevi, Richardson, et al., 2007). Un altre cop, els resultats empírics de la relació entre autoestima i conductes de salut són confosos i poc concloents i les diferències poden donar-se per la utilització de diferents instruments de mesura.

Els que han fet servir mesures globals obtenen, generalment, factors de protecció, és a dir, una relació significativa entre l'alta autoestima i el baix consum de substàncies (Kavas, 2009; Laure, Binsinger, Friser, Ambard, i Girault, 2005). Malgrat això, altres estudis indiquen que una alta autoestima es relaciona amb el consum de substàncies, precisament, perquè els individus tenen més confiança en si mateixos i assumeixen el risc de provar-les o consumir-les (Cáceres et al., 2006; Faggiano, Minozzi, Versino, i Buscemi, 2014).

En estudis multidimensionals s'ha constatat una relació diferent en funció dels dominis específics considerats (T. I. Jiménez et al., 2006; Wild, Flisher, Bhana, i Lombard, 2004).

Com en el cas de l'AC, sembla que l'autoestima familiar i l'escolar actuen com a factors de protecció. Alguns treballs constaten que elevades puntuacions en determinats dominis (social i físic) poden constituir un potencial factor de risc pel desenvolupament de conductes de consums (Cava et al., 2008; Fuentes et al., 2011; Musitu et al., 2007).

Segons Wild et al. (2004) la relació positiva entre la dimensió social i el consum de substàncies podria explicar-se perquè els joves amb menor autoestima passen menys temps amb els seus iguals i en activitats socials i, per tant, tenen més oportunitats d'experimentar amb les diferents substàncies. També podria justificar-se perquè, aquells que es consideren competents socialment i que tenen més amics són precisament els que presenten majors nivells de consum. En aquest sentit, Pastor et al. (2006) en un estudi amb adolescents, observa que aquells que es senten acceptats pels seus iguals, es senten més populars, tenen més amics i es guanyen fàcilment el seu afecte, manifesten major tendència a consumir tabac, alcohol i cànnabis. Musitu i Herrero (2003) indiquen que és factible, per tant, pensar que els subjectes que consumeixen certes substàncies amb els iguals s'autoperceben com "éssers socials normals" i, inclús, s'autoavaluen positivament.

Altres autors, manifesten que aquells que presenten una baixa autoestima sovint són més vulnerables al comportament dels seus iguals i a desviar-se de la norma (Pastor, Balaguer, i García Merita, 1998; A. Rodríguez et al., 2006). Les mateixes inconsistències són extensibles a l'ACF (Moreno Murcia et al., 2009).

Esnaola (2006), en un estudi amb joves adolescents, troba que els consumidors d'alcohol i tabac presenten menors puntuacions en l'ACF. Moreno Murcia et al. (2009) posen en rellevància que fumar s'associa, sobretot en dones, amb una bona imatge corporal per la creença de que les ajuda a mantenir-se primes.

Jiménez et al. (2008) conclouen que hi ha una escassa relació i Dolcini i Adler (1994) no troben relació directa entre el consum de substàncies tòxiques legals i l'ACF.

3. Instruments d'avaluació de l'autodescripció física

Taula 11. *Instruments d'avaluació de l'autodescripció física*

<p>Physical Self-Perception Profile PSPP</p>	<p>Desenvolupat per K. R Fox i Corbin (1989). Primers que van estudiar, específicament, el contingut del domini físic. Model multidimensional i jeràrquic. Relacionen autopercepcions amb l'autoestima. Inclou tres nivells: autoestima en el nivell superior, competència en l'esport i la força física en el nivell inferior i actuant com a mitjancer, en el nivell intermedi, l'autovaloració física. Dades empíriques corroboren pertinença model (R. H. Cox, 2009; A. Goñi i Ruiz de Azúa, 2009). Propietats psicomètriques validades amb: - universitaris: Asçi, Asçi, i Zorba (1999), Hayes, Crocker, i Kowalski (1999) i Lindwall i Hassmen (2004). - adolescents: Malet, Sullivan, i Matthies (2008), A. Goñi, Palacios, Ruiz de Azua, i Zulaika (2002) i Moreno Murcia et al. (2007). - adults Fonseca i Fox (2002) i Sonstroem, Speliotis, i Fava (1992). Aquests estudis confirmen que les percepcions del jo físic s'organitzen, de manera diferenciada, en quatre dimensions però coincideixen en que s'aprecia un cert solapament entre les escales atractiu físic i l'escala, teòricament de nivell jeràrquic superior, de l'autoconcepte físic general; succeeix que el físic s'associa de manera important a l'atractiu i menys amb l'habilitat i la condició física (Atienza, Balaguer, Moreno, i Fox, 2004; E. Goñi, 2009).</p>
<p>Physical Self Description Questionnaire PSDQ</p>	<p>Model de Marsh et al. (1994). Qüestionari específic de l'autoconcepte físic desenvolupat en base a anàlisis factorials de les puntuacions del test de rendiment del Self Description Questionnaire (SDQ). Consta de dues escales organitzades en 11 ítems. - Autodescripció física: salut, greix corporal, aparença física, físic global i autoestima. - Autodescripció de la forma física: activitat física, coordinació, resistència, flexibilitat, condició esportiva i força. Instrument de mesura amb propietats psicomètriques adequades i amb validesa (Marsh, 1996a, 1996b, 1997; Tietjens, Freund, Büsch, i Strauss, 2012). Schipke i Freund (2012) confirmen la validesa interna i fiabilitat basada en l'evidència empírica en 49 estudis. Existeix versió curta PSDQ-s (Marsh, Martin, i Jackson, 2010). Traduït a diversos idiomes. Utilitzat en investigacions en diferents països i edats.</p>
<p>Cuestionario de Autoconcepto Físico CAF</p>	<p>Desenvolupat per A. Goñi, Ruiz de Azúa, i Rodríguez (2006) basant-se en el PSPP. Redactat en castellà amb algunes variacions en la redacció i el format. Lleugeres modificacions en la delimitació conceptual de les quatre dimensions i substitució de la denominació competència esportiva per habilitat física (E. Goñi, 2009). Utilitzat en diverses investigacions: - evolució de l'ACF al llarg de la vida: Molero et al. (2013). - adolescents: Esnaola i Revuelta (2009) i A. Rodríguez et al. (2006). - universitaris: Soriano et al. (2011). - relació amb la pràctica d'AFE: Reigal, A., Parra, i Juárez (2012), Fernández et al. (2010), Molero et al. (2010) i Infante et al. (2011). - relació amb els estils de vida: A. Rodríguez et al. (2006).</p>

Font: elaboració pròpia

Resum:

Existeix consens en el fet que l'autoconcepte o autodescripció és un concepte multidimensional i jeràrquic. Es basa en la percepció que una persona té de sí mateixa i que es forma a partir de les experiències i les relacions amb l'entorn.

Les dades publicades confirmen que té dues dimensions, la descriptiva i l'avaluativa (autoestima) i que evoluciona amb l'edat. Es forma durant l'adolescència, època de majors canvis i quan un s'avalua a sí mateix i es compara amb els altres. A partir de la joventut sembla que s'estabilitza, al menys en la majoria de les seves dimensions, per anar descendint amb l'edat, fet que es podria associar a l'envelliment i pèrdua gradual de les capacitats funcionals.

Els estudis apunten a que una autodescripció positiva representa un bon funcionament personal, social i professional, ja que d'ella depèn la satisfacció personal.

La majoria dels autors afirmen que en la base de l'autodescripció es troba l'autodescripció física. Malgrat que, respecte a aquesta darrera, també hi ha consens en que és multidimensional, no succeeix el mateix a l'hora d'identificar el nombre i dimensions que la componen.

Tots els estudis conclouen que les dones solen presentar una autodescripció física pitjor que els homes en totes les edats. Sembla que la raó estaria en que les dones la vinculen més amb la imatge i l'aparença corporal. Això, les fa més propenses a presentar una insatisfacció corporal més gran, afectant la seva percepció física, l'autoestima i el benestar psicològic. En comparació, els homes la basen més en aspectes relacionats amb la força i l'ego personal.

Els autors manifesten que la relació entre l'autodescripció física i els hàbits de vida mostren una relació complexa i no afecta de la mateixa manera a cada una de les dimensions. Sembla que la pràctica d'AFE es relaciona positivament amb una millor autodescripció en les dimensions vinculades a la condició física però no amb les relacionades amb l'atractiu. Però això, sembla diferir segons l'esport practicat. Relació inversa sembla produir-se amb l'alimentació.

Per últim, pel que fa al consum de substàncies les posicions són més extremes. Per alguns autors, una baixa autoestima es relaciona amb un major consum de substàncies, ja que les utilitzen per aïllar-se o, pel contrari, ser acceptats pels seus iguals. Per altres, són aquells que se senten competents socialment i acceptats pels seus iguals els que presenten un major consum.

Són pocs els estudis que han analitzat l'autodescripció física dels universitaris i, la majoria, ho han fet des de la vessant dels trastorns alimentaris, sobretot, entre les noies.

Part II. JUSTIFICACIÓ DE LA RECERCA, OBJECTIUS I HIPÒTESIS

L'objectiu d'aquesta tesi és determinar com els hàbits de vida d'una mostra d'estudiants universitaris influeixen en l'autopercepció de la salut, l'autoconcepte físic i la pràctica d'activitat física. Fer l'estudi amb el col·lectiu de joves ens ha semblat interessant donat que és en aquest període on es consoliden els hàbits que es desenvoluparan en l'edat adulta.

La majoria d'edat que s'assoleix en aquest període i l'inici de llibertat en la presa de decisions, l'increment de les responsabilitats, el gust per l'experimentació, el converteix en un grup vulnerable en l'adquisició de conductes poc saludables que, en moltes ocasions, s'abandonaran a l'entrada a l'edat adulta però, en moltes altres, determinaran la salut amb la qual afrontaran la resta de la seva vida (Park, Mulye, Adams, Brindis, i Irwin, 2006; Sussman i Arnett, 2014; Williams, Holmbeck, i Neff, 2002).

En les darreres dècades, s'observa una prolongació de l'etapa que precedeix la vida adulta, amb un inici més precoç (11 a 12 anys) i un final cada cop més tardà (25 a 29 anys) (Arnett, 2001, 2014; Goossens, 2006).

Si bé, generalment, hi ha consens en l'edat d'inici d'aquesta etapa, que es considera quan es produeixen canvis biològics (pubertat), no és així, a l'hora de determinar una edat específica per considerar el final. Es tracta d'un procés gradual, que pot durar molts anys i el final del qual, no és biològic sinó que, sovint, es defineix culturalment. Això representa que difereix d'una cultura a una altra, sobretot si es tracta de cultures obertes o tancades (Arnett i Taber, 1994).

El pes de la perspectiva cultural suggereix que no hi ha una única i universal resposta a quan finalitza l'adolescència. En l'època en què vivim i, principalment, en les societats desenvolupades s'estén fins a finals de la tercera dècada de vida, conseqüència d'una prolongació de l'etapa formativa, el retard de la independència econòmica a través de l'ocupació i el retard en la formació de noves unitats de convivència (parelles i família), que tendeixen a realitzar-se després d'assolir una certa consolidació de la inserció laboral (Arnett, 2000).

Aquesta etapa ha estat denominada amb termes molt diferents al llarg de la història. Des del concepte genèric d'adolescència, diferenciada en tres etapes (primerenca, mitjana i tardana) seguida, en molts casos per la d'adult. Però, si al final d'aquest període se'ls considera adults, què passa amb els de 30, 35 i 40 anys? Per aquest motiu, Arnett (2007, 2014; 2006) proposa el concepte adults emergents (*emerging adulthood*), per referir-se al grup amb edats compreses entre els 18 i 25 - 29 anys, etapa que cal considerar com un període diferent en el curs de la vida, amb aspectes diferencials de l'etapa que la precedeix, l'adolescència i la d'adult que la segueix.

Potser, és el període més heterogeni del curs de la vida, ja que alguns estudien, alguns treballen i alguns combinen estudis i feina; alguns tenen relacions compromeses altres no; alguns viuen amb una parella romàntica, alguns amb amics, altres sols o, encara, amb els pares (Arnett, 2005).

La universitat és un lloc que facilita el contacte amb aquest tipus de població, els adults emergents. A més, és un lloc estratègic per a promoure patrons de comportament saludables. És un context valuós per l'accés a informació rellevant, ja que és un espai de vida quotidiana en el que les persones treballen, es diverteixen, aprenen, viuen i on es configura la salut, el benestar i la qualitat de vida, present i futura.

Segons Steptoe i Wardle (1996), estudiar aquest col·lectiu presenta tres avantatges:

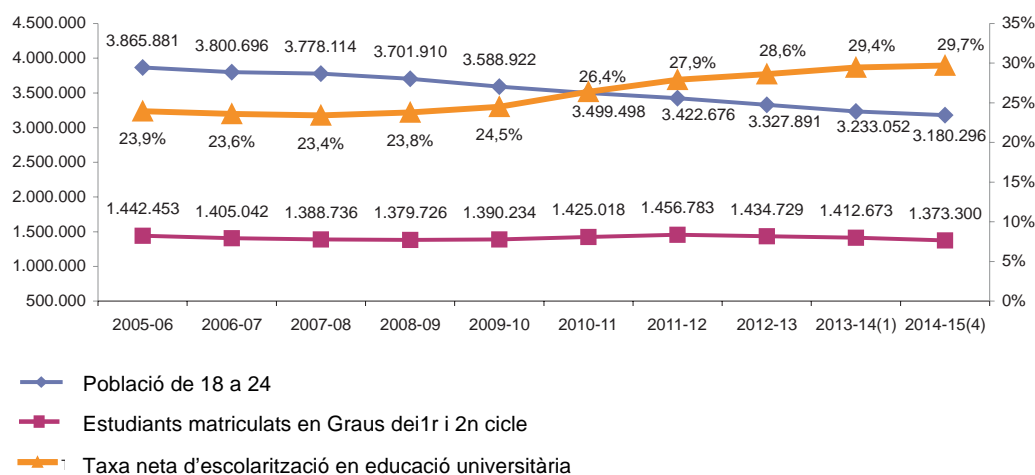
- És un grup de població accessible i homogeni, al qual es pot identificar i accedir amb facilitat.
- Es tracta d'un grup relativament sa i saludable,
- Els universitaris ocupen una posició significativa en la vida pública i en determinats casos, constitueixen un grup exemplar com a model saludable des del punt de vista sanitari.

Però, també presenta una sèrie de limitacions, com:

- Són un grup amb biaix de selecció perquè els adults joves estudiants poden arribar a presentar diferències pel que fa al nivell cultural i socioeconòmic respecte a la resta d'adults joves de la població general. Per tant, no es pot esperar que sigui una mostra representativa del total de la població d'aquestes edats.
- Els estudiants solen presentar un perfil més saludable o que desenvolupen més accions relacionades amb la prevenció de la malaltia davant altres grups d'adults emergents.

No obstant aquestes contrapartides, ens ha semblat interessant fer l'estudi amb una mostra d'estudiants universitaris perquè és on es formen futurs professionals que poden contribuir, notablement, a la millora i promoció de la salut i del benestar de la població en general (Roig, Cabrero, Ferrer, i Richart, 2003).

A més, malgrat que el percentatge de població d'aquestes edats ha disminuït en els darrers anys, cada cop són més els que opten per aquesta via educativa amb l'objectiu de millorar les seves expectatives professionals (Ministerio de Educación, 2015), (Figura 1)



Font: Ministerio de Educación (2015)

Figura 1. Evolució de la població de 18 a 24 anys dels matriculats en Grau i 1r i 2n cicle i de la taxa neta d'escolarització en educació universitària.

El fet de formar part de la comunitat universitària de la UdG i, en cert sentit, participar de l'educació i formació d'alguns membres d'aquest col·lectiu, ha motivat aquest estudi amb l'objectiu d'avaluar quins són els hàbits de salut que desenvolupen els seus estudiants, i com aquests influeixen la percepció del seu estat de salut, l'autopercepció física i la pràctica d'activitat física, per plantejar propostes d'intervenció que ajudin a assolir alguns dels objectius del programa "La Universitat de Girona: Una universitat saludable" (Universitat de Girona, s.d.) com:

- Guanyar salut positiva biopsicosocial i prevenir malalties en els membres de la comunitat universitària.
- Oferir serveis i activitats de promoció de la salut adreçats a tots els membres de la comunitat universitària.

La universitat ha de ser un entorn que fomenti hàbits saludables, és un context ideal per aprendre i consolidar actituds personals i professionals, inclòs l'estil de vida (Keller, Maddock, Hannover, Thyrian, i Basler, 2008). Tot i això, i com ja s'ha comentat en el primer apartat d'aquesta tesi, molts estudiants s'enfronten a un augment de pressió a causa de la participació en activitats acadèmiques, sense temps i motivació per a la pràctica d'activitat física i amb un ambient poc adequat per a una correcta alimentació i més exposats a hàbits nocius per a la salut (Boot et al., 2010; González-Alfaya, 2007; Nuñez Rojas, 2004; Ulla i Pérez-Fortis, 2010).

És en aquesta etapa quan es consoliden els hàbits de vida però també és l'època de l'experimentació que sovint es caracteritza per l'assumpció de riscos que, si es converteixen en hàbits, afectaran la qualitat de vida amb què enfrontaran la resta de la seva vida.

Reyna i Farley (2006) i Steinberg (2007), entre d'altres, afirmen que si bé la teoria de la percepció del risc s'ha basat en la premissa de que els adolescents i adults emergents es creuen invencibles i invulnerables, termes que s'han utilitzat amb freqüència per explicar o justificar les seves conductes de risc hi ha poca evidència que sostingui aquesta afirmació, ja que les persones de totes les edats tendeixen a subestimar la probabilitat d'experimentar conseqüències negatives de les seves accions. Aquests autors troben poques diferències entre individus de diferents edats en l'avaluació dels riscos inherents en una gran part de comportaments perillosos, en el judici de les conseqüències que podrien produir els comportaments de risc o en la manera en que s'avaluen els costos-beneficis d'aquestes conductes. Per tant, es pensa que les diferències en l'assumpció de riscos es deu a la informació que fan servir a l'hora de prendre decisions.

Somerville, Jones, i Casey (2010), Steinberg (2010) i Strang, Chein, i Steinberg (2013) postulen que la probabilitat per la qual els més joves prenen decisions de risc es deu a la interacció entre dues xarxes cerebrals: la socioemocional i la del control cognitiu, que segueixen processos de maduració diferents. La primera, sensible als estímuls socials i emocionals, que tenen gran importància en el procés de recompensa, especialment si és immediata (O'Brien, Albert, Chein, i Steinberg, 2011; Weigard, Chein, Albert, Smith, i Steinberg, 2014), i que es troba molt més activada quan hi ha presència de companys (Albert, Chein, i Steinberg, 2013; Chein, Albert, O'Brien, Uckert, i Steinberg, 2011; Silva, Shulman, Chein, i Steinberg, 2015) i la segona, és la que realitza funcions executives com planificar, pensar per endavant i l'autoregulació.

L'assumpció de riscos és producte tant del raonament lògic com de factors psicosocials. Les habilitats de raonament lògic s'han desenvolupat, en la seva majoria, entorn els 15 anys. En canvi, les capacitats psicosocials, és a dir, el control dels impulsos, la regulació de l'emoció, la demora de la gratificació i la resistència a la igualtat amb els seus iguals, que faciliten la presa de decisions de risc, continua madurant fins ben entrada l'edat adulta (Steinberg, 2004, 2007; Tottenham, Hare, i Casey, 2011).

La conseqüència d'aquest desequilibri en la maduració durant l'adolescència i els adults emergents pot posar en perill el que seria la presa de decisions competents i l'assumpció de riscos (Duckworth i Steiberg, 2015; Shulman, Harden, Chein, i Steinberg, 2014). Malgrat això, aquesta etapa es caracteritza per ser l'edat de l'exploració i l'experimentació, requisits imprescindibles pel desenvolupament i creixement personal i l'assoliment de la identitat personal, per tant, una assumpció de riscos controlada pot ser convenient pel desenvolupament mental d'aquest col·lectiu (Oliva, 2007; Oliva et al., 2008; Silva et al., 2015).

1. Objectius

A continuació es presenten els objectius principals de la recerca.

- 1- Descriure els hàbits de vida (activitat físicoesportiva, alimentació i consum de substàncies) d'una mostra de joves estudiants de la Universitat de Girona.
- 2- Identificar patrons d'estil de vida en relació als hàbits de vida d'una mostra de joves estudiants de la Universitat de Girona.
- 3- Analitzar la relació entre els patrons d'estil de vida i la salut autopercebuda, l'autodescripció física i la pràctica d'activitat física d'una mostra de joves estudiants de la Universitat de Girona.

2. Hipòtesis

En funció d'aquests objectius, a continuació, es descriuen les hipòtesis d'estudi.

- H1.- Els hàbits de vida (IPAQ, qüestionari AFE "ad hoc", Kidmed, AUDIT, Fargeström, Glover-Nilsson, CAGE-AID) dels estudiants de la Universitat de Girona no assoliran paràmetres saludables i existiran diferències per sexe i tipus d'estudis cursats (campus).
- H2.- Els joves universitaris es percebran en bon estat de salut i s'autodescriuran positivament tant físicament com respecte la forma física i existiran diferències per sexe i tipus d'estudis cursats (campus).
- H3.- Els hàbits de vida dels joves universitaris no afecten a l'autopercepció de la salut, ni a l'autodescripció física i la pràctica d'activitat física i existiran diferències entre ambdós sexes i segons el tipus d'estudis cursats (campus).
- H4.- Els hàbits de vida permetran establir diferents grups d'estudiants universitaris i s'espera trobar perfils de salut més positius en les dones que en els homes.

Part III: METODOLOGIA

Capítol 4. Disseny de la recerca i mostra seleccionada

1. Disseny de la recerca

Disseny observacional, descriptiu i transversal.

1.1. Variables principals

- Salut física i salut mental (SF-12)
- Autodescripció física i de la forma física (PSDQ-s)
- Activitat física (IPAQ i qüestionari "ad hoc")

1.2. Variables secundàries

- Alimentació (KIDMED)
- Consum alcohol (AUDIT)
- Consum tabac (Fargeström i Glover-Nilsson)
- Consum drogues (CAGE-AID)

2. Mostra

La població objecte d'estudi està formada pels alumnes matriculats en titulacions de primer cicle en la UdG durant el curs 2011-12 que segons dades extretes de la Memòria de la UdG, corresponent al curs 2011-12, era de 13.030 alumnes, dels quals un 55,2% (7.190) eren dones i un 44,8% (5.840) homes.

La mostra representativa va correspondre a un total de 289 alumnes estratificats per localització de les facultats en els diferents Campus de la UdG, i es va determinar per a una proporció esperada del 95%, una precisió del 0,057% i un nivell de confiança de l'1,96%.

3. Criteri d'inclusió

Estudiants d'ambdós sexes matriculats als estudis de grau de la UdG o en els seus centres adscrits, que acceptin participar voluntàriament en aquesta investigació i firmin el consentiment informat, fins a arribar a completar el nombre d'alumnes de la mostra.

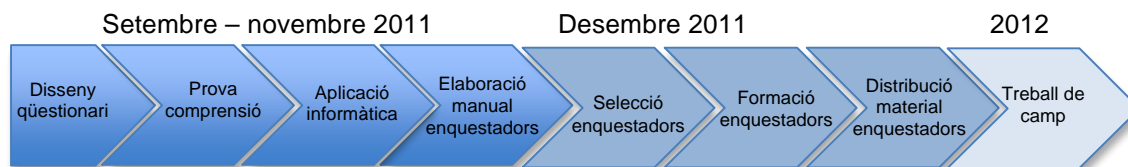
4. Criteris exclusió

Prendre alguna medicació incompatible amb el desenvolupament habitual d'una o algunes conductes objecte d'estudi o que pugui repercutir en alguna de les percepcions analitzades.

5. Cronograma i fases de la recerca

L'estudi s'ha desenvolupat en dues fases:

a. Elaboració del qüestionari, formació enquestadors i treball de camp



b. Anàlisi estadístic:



6. Estructura del protocol d'avaluació

El qüestionari consta d'11 apartats, 4 han estat dissenyats *ad hoc* i els altres 7 són qüestionaris validats i amb valors de referència (veure apartat instruments). En l'annex 1 es pot trobar el qüestionari utilitzat en la recerca.

A. DADES GENERALS (9 preguntes i mesura de l'alçada, pes i plec de greix)

Consta de dades sociodemogràfiques, facultat en què estudien, antecedents de pràctica esportiva i familiars practicants, mitjà habitual de transport. També, recull les dades antropomètriques. Es va decidir pesar i mesurar els participants (bàscula i tallímetre) per tal d'evitar, el biaix que existeix quan aquestes dades són autoinformades (Bes-Rastrollo, Pérez, Sánchez-Villegas, Alonso, i Martínez-González, 2005; Rodríguez-Rodríguez, Aparicio, López-Sobaler, i Ortega, 2009).

Malgrat que, l'IMC ofereix una mesura fiable del greix corporal per a la majoria de les persones i s'utilitza per controlar les categories de pes que poden provocar problemes de salut, cal tenir en compte que, en el cas dels atletes i de persones molt musculoses i amb poca massa magra, a vegades, no resulta tan precís, situant-los en una categoria d'IMC superior, malgrat tenir un nivell de greix corporal saludable. Per això, també es va prendre mesures del plec de greix, mitjançant un plicòmetre.

B. SF-12, HEALTH SURVEY

AUTOPERCEPCIÓ DE LA SALUT (SF-12)
(12 preguntes)

C. MEDITERRANEAN DIET QUALITY INDEX DIETA**ADHERÈNCIA A LA DIETA MEDITERRÀNIA (KIDMED)**
(16 preguntes)

Per a cada substància psicoactiva hi ha un ítem introductor, en la qual es preguntava si en consumien o no, si la resposta era no, directament es passava a la substància següent.

D. ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST**DEPENDÈNCIA DEL CONSUM D'ALCOHOL (AUDIT)**
(10 preguntes)**E. FAGERSTRÖM TEST OF NICOTINE DEPENDENCE-short****DEPENDÈNCIA FÍSICA DE LA NICOTINA (FTND)**
(2 preguntes)**THE GLOVER-NILSSON SMOKING BEHAVIORAL****DEPENDÈNCIA PSICOLÒGICA-CONDUCTUAL A LA NICOTINA**
(11 preguntes)**F. CAGE-AID****CONSUM DE SUBSTÀNCIES IL·LEGALS**
(4 preguntes)**G. PHYSICAL SELF-DESCRIPTION QUESTIONNAIRE****AUTOPERCEPCIÓ FÍSICA – (PSDQ-s),**
(40 preguntes)**H. INTERNATIONAL PHYSICAL ACTIVITY QUESTIONNAIRE****QÜESTIONARI INTERNACIONAL D'ACTIVITAT FÍSICA (IPAQ-s)**
(7 preguntes)

Per a l'apartat referent als hàbits esportius, es va dissenyar un qüestionari ad hoc. Els ítems es basen en els utilitzats en els estudis sobre hàbits esportius de la població espanyola, realitzats per García Ferrando i Llopis (2011), per la població catalana (SGE, 2010), sobre la població adolescent i jove (Piéron, Telama, Almond, i Carreiro da Costa, 1997) i d'alguns específics sobre la població universitària (Castillo Viera i Giménez, 2011; Pavón, 2004).

Amb la pregunta, en l'actualitat fas activitat física?, s'introdueixen els apartats referents a:

I. MOTIUS PRÀCTICA, NO PRÀCTICA O ABANDONAMENT

En l'elaboració d'aquest apartat, es van seleccionar, de les enquestes anteriorment citades, les opcions de resposta que es va creure que més s'adequaven a un context universitari i amb un format d'escala likert d'1 (totalment en desacord) a 5 (totalment d'acord).

J. HÀBITS ESPORTIUS (8 preguntes)

Donat que en l'apartat de l'IPAQ ja es preguntava sobre l'activitat física desenvolupada en la rutina diària, en aquest sols es feia referència a l'activitat física i/o esport realitzat durant el temps de lleure.

En la seva elaboració també es van prendre com a referència els estudis indicats anteriorment, encara que les opcions de resposta en format escala likert eren d'1 (mai) a 5 (sempre).

Amb l'objectiu de poder comparar la pràctica d'AFE dels estudiants amb les recomanacions del *Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine* i l'OMS (OMS, 2010; Pate et al., 1995), se'ls preguntava sobre:

- regularitat (esporàdicament, 1 o 2 cops/setmana o 3 o més cops/setmana).
- temps dedicat en cada sessió (menys d'els joves amb menor autoestima passen menys temps amb els seus pares i en activitats socials e 30 min., de 30 min. a una 1:30 h o més d'1:30 h).
- intensitat de la pràctica (lleugera, moderada o intensa).

Finalment, se'ls preguntava, si creien que des de l'inici dels estudis universitaris la seva pràctica d'activitat física havia disminuït, augmentat o era més o menys la mateixa.

Font: elaboració pròpia

Un cop es va disposar dels diferents instruments es va procedir a traduir al català aquells dels quals no existia aquesta versió.

7. Prova de comprensió

Com que la majoria dels qüestionaris ja han estat validats en múltiples estudis, no es va creure necessari fer una prova pilot del qüestionari elaborat.

Per valorar el grau de comprensió dels diversos ítems per a la població universitària general el qüestionari *ad hoc* va ser administrat de manera autoaplicada a una mostra d'estudiants de la Facultat de Ciències de l'Educació i Psicologia de la UdG, durant el mes de novembre de 2011. Per això, es va utilitzar una escala Likert d'1 a 7 punts, a on 1 indicava una comprensió baixa de l'ítem i 7 una comprensió alta. La prova de comprensió la van realitzar 42 estudiants de primer a quart curs de grau, en la seva majoria dones (n=30; 88,6%), amb una mitjana d'edat de 18,9 anys i desviació estàndard (DE) de 2,6 en un interval de 17 a 33 anys. Les dades obtingudes indiquen que els ítems presentaven una puntuació mitjana de comprensió de 6,2 punts (DE=0,2) amb un valor mínim de 6 i màxim de 7.

8. Disseny del quadern de recollida de dades

8.1. Desenvolupament de l'aplicació informàtica

El qüestionari es va desenvolupar en suport informàtic, per part d'un col·laborador del Servei d'Esports de la UdG, amb les següents característiques:

- Llenguatge Hipertext Preprocessor [PHP], per poder ser utilitzat amb navegadors web.
- Servidor APACHE, proporcionat pel "pack" de desenvolupament XAMPP
- Base de dades MySQL-PhpMyAdmi, L'aplicació i el servidor estaven associats amb una base de dades per emmagatzemar tots els resultats obtinguts.

Enquesta de Valoració Curs 2011-12	
Mòdul A: DADES GENERALS	
Qüestionari 1	
1.- Sexe	- ▾
2.- Edat	- ▾
3.- Facultat	<input type="text"/> cm (ex: 1,623)
4.- Alçada	<input type="text"/> Kg (ex: 63,123)
5.- Pes	<input type="text"/> mm (ex: 2,123)
6.- Plec greix	- ▾
7.- Alguns dels teus pares o familiars directes (p.e. germans, oncles, cosins...) practica esport?	- ▾
8.- Durant la teva escolaritat obligatòria feies alguna activitat esportiva extraescolar?	- ▾
9.- Per quin motiu principal en feies?	- ▾
10.- Habitualment com et desplaces a la universitat?	- ▾
11.- Estas fent o has fet alguna dieta per perdre pes?	- ▾

Figura 2. Exemple pantalla aplicació informàtica qüestionari.

Després es va instal·lar l'aplicació en sis ordinadors portàtils del Servei d'Esports. Cadascun identificat amb una lletra i número per tal de poder comprovar després, interferències en les respostes per part dels enquestadors

8.2. Redacció del manual d'enquestadors

Es va elaborar un manual en el qual es recollia l'objectiu de l'estudi, l'explicació de cada apartat i les indicacions pertinents (annex 2).

8.3. Selecció i formació dels enquestadors

Seguint les indicacions d'Heinemann (2003), abans de la realització de les enquestes demoscòpiques es van seguir les següents etapes:

8.3.1. Selecció dels enquestadors

Els enquestadors pertanyien al darrer curs de Psicologia. Es varen seleccionar 6 alumnes (5 noies i 1 noi) que després es van agrupar per parelles, cadascun amb un ordinador amb l'aplicació informàtica. Cada alumne havia de realitzar 50 enquestes i es van repartir entre les diferents facultats.

8.3.2. Formació dels enquestadors

Es va realitzar una sessió de treball on es va introduir als alumnes en l'estudi, informant-los sobre els seus objectius, es va fer un repàs de cada apartat i preguntes del qüestionari i la seva aplicació informàtica. Cadascun dels enquestadors va realitzar una enquesta a un dels seus companys, resolent els dubtes que es poguessin plantejar.

També se'ls va donar instruccions de com procedir en les enquestes, des de posar-se en contacte amb la facultat per localitzar i preparar un espai habilitat a aquest fi, la preparació de l'espai (*roller* identificatiu), procediment en la selecció dels enquestats i normes de comportament.

Per últim, se'ls va distribuir el material: a cada enquestador se li va lliurar una samarreta i un xandall del Servei d'Esports perquè estiguessin identificats i un ordinador (numerat) amb l'aplicació informàtica del qüestionari. A cada grup se'ls va lliurar un *roller*, una bàscula, un tallímetre i una pinça per mesurar el greix corporal.

8.3.3. Treball de camp

El mes de gener de 2012 es va iniciar el treball de camp en les diferents facultats de la UdG i va finalitzar el mes de juny, amb les corresponents aturades durant les vacances lectives.

L'enquesta es va emplenar en llocs estratègics de les diferents facultats, definits com a llocs de major concurrència.

L'elecció dels estudiants es va realitzar mitjançant un mostreig sistemàtic. Va consistir a entrevistar al quart dels estudiants que passava per algun d'aquests llocs, seguits del vuitè, dotzè... per evitar seleccionar alumnes que pertanyien a un grup d'amics.

Les enquestes es van realitzar en diferents moments del dia de dilluns a dissabte.

Capítol 5. Instruments d'avaluació

Com ja s'ha comentat en l'apartat anterior, part del qüestionari utilitzat en aquesta investigació, és el resultat d'un compendi d'instruments ja validats i amb valors de referència que permetran, en l'apartat de conclusions, identificar desviacions en les puntuacions dels individus o grups en relació amb els esperats per la seva edat i sexe.

1. SF-12v2 Health Survey.

Versió original: Ware (1996) i Ware, Kosinski, i Keller (1996). Adaptació espanyola: J. Alonso i QualityMetric (1996) de la traducció a l'espanyol desenvolupada en el projecte *International Quality of Life Assessment (IQOLA)*, J. Alonso, Prieto, i Antó (1995).

El SF-12 és el qüestionari de salut genèric més utilitzat a tot el món per a l'avaluació de la qualitat de vida relacionada amb la salut (Vilagut et al., 2005). Està adreçat a persones de 14 anys o més, i preferiblement ha de ser autoadministrat. És una versió reduïda del SF-36 (SF-36 Health Survey), desenvolupat als Estats Units per Ware i Sherbourne (1992). Diversos estudis Gandek, Ware, i Aaronson (1998), , Jenkinson, Layte, i Jenkinson (1997), Rebollo (2008) i Vilagut et al. (2008), entre d'altres, han demostrat que és una alternativa pràctica al SF-36, per mesurar la salut física i mental en general, quan la mesura de la mostra és elevada i quan s'aplica juntament amb altres instruments, ja que es redueix, significativament, el temps d'administració (aproximadament, 2 min. de mitjana). La Figura 3 mostra les dimensions o components sumaris del SF-36 on s'assenyalen els ítems seleccionats per formar part del SF-12 (Ware, Kosinski, Turner-Bowker, i Gandek, 2009).

Ítems	Ecales	Índexs sumaris		
3a. Esforços intensos	Funció Física (PF)	Sumari físic (PCS)		
3b. Esforços moderats				
3c. Agafar o portar la compra				
3d. Pujar diversos pisos per l'escala				
3e. Pujar un pis				
3f. Ajupir-se, agenollar-se				
3g. Caminar 1 km				
3h. Caminar varies illes				
3i. Caminar una illa				
3j. Banyar-se, vestir-se sol				
4a. Reduir el temps	Rol Físic (RF)	Sumari físic (PCS)		
4b. Vas fer menys				
4c. Deixar de fer tasques				
4d. Amb dificultats				
7. Dolor	Dolor corporal (BP)		Sumari físic (PCS)	
8. Dolor que dificulta treball				
1. Salut en general	Salut general (GH)			Sumari físic (PCS)
11.a. Emmalalteix més fàcilment				
11.b. Tant sa com qualsevol				
11.c. Salut empitjora				
11.d. Salut excel·lent				

F

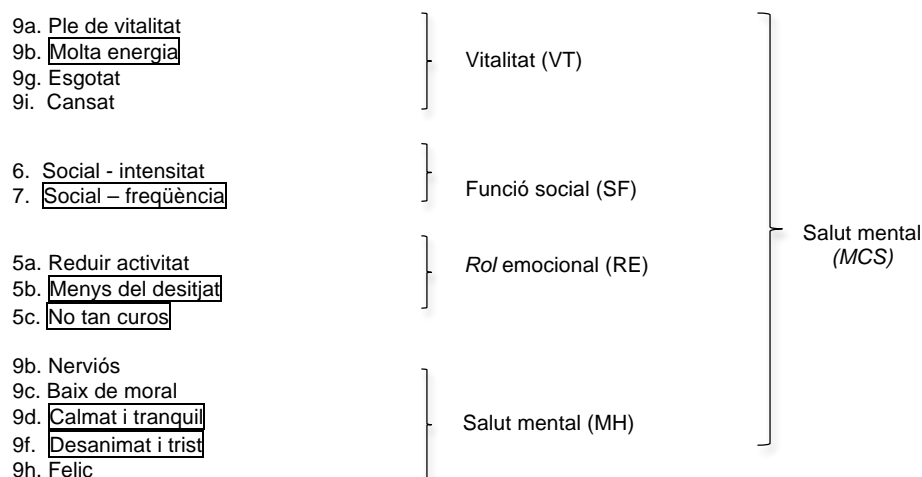


Figura 3. Dimensions del SF-12 seleccionats (Ware et al., 2009)

Amb l'objectiu d'avaluar que l'estructura factorial del SF-12 era generalitzable, Gandek et al. (1998) van desenvolupar una anàlisi sobre mostres representatives de la població general de 9 països europeus, inclosa Espanya, que van participar en el projecte IQOLA (International Quality of Life Assessment). El SF-36 i SF-12 són aplicables tant a la població general com a pacients amb diferents malalties, en estudis descriptius i d'avaluació. Està compost per 36 o 12 ítems, respectivament, i detecta estats de salut tant positius com negatius. Cobreixen vuit dimensions: Funció Física, Rol Físic, Rol Emocional, Funció Social, Salut Mental, Salut General i altres conceptes addicionals: Dolor Corporal i Vitalitat (Taula 12). A més, la combinació ponderada de les puntuacions de cada dimensió permet obtenir dues puntuacions sumari: el sumari físic (PCS) i el mental (MCS). Dominis principals de la salut que han estat demostrats empíricament tant amb l'ús d'aquest qüestionari com amb d'altres existents per valorar la QVRS (Medical Outcomes Study (MOS)-Functioning and Well- Being Profile, el Sickness Profile (SIP) i el Health Insurance Medical History Questionnaire) (Vilagut et al., 2008).

Taula 12. Contingut de les escales del SF-12

	Dimensió	Núm. ítems	“Pitjor” (puntuació=0)	“Millor” (puntuació=100)
FISIC	Funció física (PF)	2	Molt limitat per portar a terme totes les activitats físiques, incloent banyar-se o dutxar-se, degut a la salut	Porta a terme tot tipus d'activitats físiques incloent les més vigoroses, sense cap limitació degut a la salut
	Rol físic (RP)	2	Problemes amb la feina o altres activitats diàries degut a la salut física	Cap problema amb el treball o altres activitats diàries degut a la salut física
	Dolor corporal (BP)	1	Dolor molt greu i extremadament limitant	Cap dolor ni limitacions degudes al dolor
	Salut general (GH)	1	Avalua com a dolenta la pròpia salut i creu possible que empitjori	Avalua la pròpia salut com excel·lent

MENTAL	Vitalitat (VT)	1	Es sent cansat i exhaust tot el temps	Es sent molt dinàmic i ple d'energia tot el temps
	Funció social (SF)	1	Interferència extrema i molt freqüent amb les activitats socials normals, degut a problemes físics o emocionals	Porta a terme activitats socials normals sense cap interferència degut a problemes físics o emocionals
	Rol emocional (RE)	2	Problemes amb el treball i altres activitats diàries degut a problemes emocionals	Cap problema amb el treball o altres activitats diàries degut a problemes emocionals
	Salut mental (MH)	2	Sentiment d'angoixa i depressió durant tot el temps	Sentiment de felicitat, tranquil·litat i calma durant tot el temps

Font: elaboració pròpia a partir informació SF-36 (Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, 2007).

Les dimensions del SF-12 es puntuen de manera que a major puntuació millor és l'estat de salut. Per calcular-ho, cada ítem és recodificat a una escala des de 0 (pitjor estat de salut) fins a 100 (millor estat de salut). A més, la combinació ponderada de les puntuacions de cada dimensió permet obtenir dues puntuacions sumari físic i mental, que es basa en normes poblacionals de referència. Puntuacions superiors o inferiors a 50 punts poden interpretar-se directament com a millors o pitjors, respectivament, a la població en general.

Per facilitar la interpretació de les dades, existeixen valors de referència que permeten identificar desviacions en les puntuacions dels individus o grups en relació amb els esperats per la seva edat i sexe. Aquests valors, per la població espanyola, amb el SF-36 van ser publicats per J. Alonso et al. (1998), tot i que sols aporten dades sobre les 8 dimensions, ja que encara no es feia ús dels components sumaris. Més recentment, S. Schmidt et al. (2012) aporten normes de referència per a la població general de Catalunya amb la versió SF-12v2.

Les seves propietats psicomètriques han estat avaluades en més de 400 articles. El seu ús a Espanya, els darrers anys, s'ha incrementat tant en la investigació clínica, en estudis descriptius que mesuren l'impacte sobre la CVRS en diferents poblacions de pacients o estudis d'avaluació d'intervencions terapèutiques i epidemiològiques (Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, 2007; Vilagut et al., 2005).

2. Adherència a la Dieta Mediterrània – KIDMED.

Versió original: Serra Majem i Ngo de la Cruz (2002). Aquest qüestionari permet determinar, de manera ràpida i senzilla, el grau d'adhesió a la Dieta Mediterrània (DM) i, a més, permet identificar poblacions amb hàbits alimentaris poc saludables i, per tant, amb risc de deficiències.

Consta de 16 components que puntuen positivament o negativament. Les respostes afirmatives a les preguntes que representen una connotació negativa en relació amb la DM (6, 12, 14 i 16) valen -1 punt, i les respostes afirmatives a les preguntes que representen un aspecte positiu en relació a la DM (12 preguntes) valen +1 punt. Les respostes negatives no puntuen. Per tant, l'índex pot oscil·lar entre 0 (mínima adherència) i 12 (màxima adherència) (Serra Majem et al., 2002).

La suma permet classificar la qualitat de la DM en tres categories:

De 8 a 12: dieta mediterrània òptima (adherència alta).

De 4 a 7: necessitat de millora del patró alimentari per adequar-se al model mediterrani (adherència mitjana).

De 0 a 3: dieta de molt baixa qualitat (adherència baixa).

3. Alcohol Use Disorders Identification – AUDIT.

Versió original: Saunders, Aasland, Babor, de la Fuente, i Grant (1993) per encàrrec de l'Organització Mundial de la Salut, amb l'objectiu de disposar d'una escala internacional per detectar bevedors de risc. Adaptació al català: Contel et al. (1999).

Des que el manual de l'usuari de l'AUDIT (Babor et al., 2001) va ser publicat per primera vegada el 1989, la seva fiabilitat i validesa han estat establertes en estudis d'investigació desenvolupats en diversos àmbits (atenció primària, estudis epidemiològics per a l'estimació de la prevalença en població general i en grups específics) i la seva traducció en molts idiomes ha permès la seva aplicació en molts països diferents. També, ha demostrat ser precís en la detecció de dependència d'alcohol en estudiants universitaris (Fleming et al., 1991).

El qüestionari consta de 10 preguntes que exploren el consum d'alcohol del subjecte, la conducta associada i els problemes derivats del consum. Permet identificar consums de risc, perjudicials i presència de dependència (Taula 13).

Taula 13, *Dominis i ítems de l'AUDIT*

Dominis	Pregunta	Contingut de l'ítem
Consum de risc	1	Freqüència de consum
	2	Quantitat típica
	3	Freqüència de consum elevat
Síntomes de dependència	4	Pèrdua de control sobre el consum
	5	Augment de la rellevància del consum
	6	Consum matutí
Consum perjudicial	7	Sentiment de culpa després del consum
	8	Llacunes de memòria
	9	Lesions relacionades amb l'alcohol
	10	Altres es preocupen pel consum

Font: elaboració pròpia a partir informació AUDIT (Babor, Keorner, Wilber, i Good, 1987)

Cada pregunta té una sèrie de respostes a escollir en una escala de puntuació del 0 al 4 a puntuació en les 8 primeres i de 0 a 3 en les dues restants. La puntuació s'obté sumant els 10 ítems i les categories establertes són:

- Entre 8 i 15: nivell mitjà de problemes amb l'alcohol
- Entre 16 i 19: consum abusiu
- ≤ 20: dependència alcohòlica

Donat que en cada país o regió els tipus de beguda típicament consumida varia, cal abans d'iniciar el test fer una descripció del tipus de beguda alcohòlica a la qual es refereix (vi, cava, cervesa, vodka, ginebra...) i quina quantitat de cadascuna constitueix una consumició (aproximadament 10 grams d'alcohol pur).

4. Heavy Smoking Índex – HSI.

Versió original: Heatherton et al. (1989). Inclou les dues preguntes més sensibles del Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) per mesurar el grau de dependència física. Adaptació al castellà: Becoña i Vázquez (1998).

Es presenta com a alternativa quan s'aplica conjuntament a l'avaluació d'altres factors de risc i també quan s'aplica a mostres grans de població.

Mostra una alta consistència amb el FTND en diversos estudis amb població en general (Chabrol, Niezborala, Chastan, i De Leon, 2005; John et al., 2004; Pérez-Ríos et al., 2009).

Compren sols dues preguntes

- “quants cigarrets fuma al dia”
 - Més de 30: 3 punts
 - De 21 a 30: 2 punts
 - D'11 a 20: 1 punt
 - 10 o menys: 0 punts
- “quant temps passa entre que es lleva i el primer cigarret”
 - Menys de 5 minuts: 3 punts
 - De 5 a 30 minuts: 2 punts
 - De 31 a 60 minuts: 1 punt
 - Més de 60 minuts: 0 punts

El grau de dependència resulta de la suma de les dues puntuacions:

- 5 - 6 Alta
- 3 – 4 Moderada
- 0 – 2 Baixa

5. The Glover-Nilsson Smoking Behavioral Questionnaire - GN-SBQ.

Versió original: Glover et al. (2001); (2005). Adaptació al castellà: Nerín, Crucelaegui, Novella, Beamonte, Sobradie, Bernal, and Gargallo (2005).

La versió més recent consta d'11 preguntes de les 18 originals i classifica el grau de dependència psicològica-conductual del resultat de la suma de les puntuacions en:

0 - 11	Lleu
12 – 22	Moderada
23 – 33	Forta
34 – 44	Molt forta

S'ha utilitzat en diversos estudis clínics (Nerín et al., 2005; Rath et al., 2013) i, s'aconsella el seu ús en la majoria de manuals i guies per abordar el tabaquisme (C. A. Jiménez et al., 2003; Torrecilla et al., 2001).

Aquest test complementa l'anterior, donada la necessitat d'avaluar dos aspectes d'un mateix fenomen, la dependència física i la psicològica-conductual (Nerín et al., 2005).

6. Cut down, Annoyed, Guilty, Eye opener - CAGE-AID.

Versió original Ewing (1984) per detectar problemes d'abús d'alcohol (CAGE), modificat per la detecció d'abús de drogues (CAGE-AID). Traducció a l'espanyol per Rodríguez-Martos et al. (1986).

El qüestionari és senzill, ja que sols conté quatre preguntes de les quals prové el seu nom (Cut down, Annoyed, Guilty, Eye opener).

Els resultats indiquen que existeix algun problema amb el consum de drogues i proporciona senyals clars d'advertència tant en adolescents com en adults.

Les respostes es puntuen de 0 per "NO" i 1 per "SÍ". Una puntuació total de dos o més es considera clínicament significativa.

7. International Physical Activity Questionnaire – IPAQ-s.

Desenvolupat a Ginebra l'any 1998 per un grup d'experts encapçalats per M. Prat (Center for Disease Control, Estats Units d'Amèrica), M. Booth (Universitat de Sidney) i M. Sjöstrom (Institut Karolinska de Suècia) amb l'objectiu de dissenyar un qüestionari que avalués, en joves i adults de mitjana edat (15 a 69 anys), l'activitat física en tots els àmbits i fos aplicable en tots els països. Traducció i validació al castellà: Roman et al. (2010).

L'any 2000 es van obtenir estudis de confiabilitat i validesa a 12 països, aprovant-se el seu ús per a les recerques de prevalença de l'activitat física a diversos països (Craig et al., 2003).

Existeix una versió llarga (27 preguntes) i una versió curta (7 preguntes), ambdues en versió d'entrevista telefònica i autoadministrada (www.ipaq.ki.se). Les quatre versions han estat traduïdes i provades amb diferents poblacions confirmant la seva validesa, fiabilitat i estabilitat temporal (Booth, 2000; Hagströmer, Oja, i Sjösrom, 2006; Mantilla i Gómez-

Conesa, 2007; Pérez i García, 2012; Roman, 2008). També validació en població catalana de Roman, Ribas, Ngo, i Serra Majem (2013).

L'IPAQ-s mesura el temps dedicat a caminar i a fer activitat física d'intensitat moderada (AFM) i intensa (AFI), en els set dies previs a la seva administració, tenint en compte sols aquelles que es van realitzar almenys 10 minuts seguits. Inclou tota l'activitat física realitzada en tots els àmbits de la vida diària: feina, activitat domèstica, transport i temps de lleure (inclòs exercici i esport). També mesura el temps dedicat a seure. Es demana informació sobre la freqüència (mitjana dies per setmana) i duració (temps al dia). Proporciona l'avaluació separada de l'AF caminant, AFM i AFI, així com un resultat total que descriu el nivell global d'AF. El còmput total requereix la suma de la duració (en minuts) i la freqüència (en dies) de temps caminant, d'AFM i d'AFI (The IPAQ group, 2005). L'indicador es pot presentar com a mitjana min/set o MET-min/set que resulta de la ponderació de cada tipus d'activitat per les seves necessitats d'energia (Ainsworth, 2000):

- Caminar: 3,3 METs
- Activitat física moderada: 4 METs
- Activitat física intensa: 7 METs

En funció de les dades obtingudes els individus es classifiquen en tres categories:

- Alta:
 - 3 o més dies d'AFI o que acumulin 1.500 METs-min./set.
 - 7 o més dies de qualsevol combinació d'AF lleu, moderada o intensa que assoleixi un registre de 3.000 METs-min./set.
- Mitjana:
 - 3 o més dies d'AFI al menys 20 min/dia.
 - 5 o més dies de qualsevol combinació d'AFM o caminar almenys 30 min.
 - 5 o més dies de qualsevol combinació d'AF lleu, moderada o intensa que assoleixi un registre de 600 METs-min/set.
- Baixa:
 - No registren activitat o no assoleix els valors de les categories mitjana i alta.

8. Physical Self Description Questionnaire – PSDQs.

Versió de Marsh et al. (2010) a partir del PSDQ de Marsh et al. (1994), per tal de satisfer les necessitats dels investigadors que el volen administrar juntament amb altres tests o proves. Adaptació i traducció al castellà: (I. Tomás, 1998).

Permet mesurar el nivell de l'autoconcepte físic de manera ràpida i confiable.

Està compost per 40 preguntes curtes, extretes de les 70 del PSDQ i té tanta força psicomètrica com la versió llarga (Marsh et al., 2010; Peart, Marsh, i Richards, 2005).

El seu disseny, que indueix la contrastació de les respostes a preguntes que es troben redactades en positiu front a altres que estan en sentit negatiu, exigeix un bon nivell d'atenció del subjecte davant l'instrument, incrementant el nivell de fiabilitat de les respostes. Les respostes varien de falsa (1) a la verdadera (6) en una escala Likert de 6 punts.

Dona evidències en onze categories (Taula 14) internes de l'Autoconcepte Físic: salut, greix corporal, aparença, físic global, autoestima, coordinació, condició esportiva, força, resistència, flexibilitat, activitat física.

Taula 14. *Número i pregunta del PSDQ seleccionades en el PSDQ-s segons categories internes*

Núm.	Pregunta	Factors Qüestionari
12	Sovint contrec malalties contagioses com gripes, refredats, virus, etc.	salut
23	Estic malalt/a tant sovint que no puc fer totes les coses que voldria	salut
45	Sovint estic malalt/a	salut
56	Quan estic malalt/a, tardo molt de temps en recuperar-me	salut
67	He d'anar al metge més sovint que la majoria de la gent de la meua edat	salut
15	La meua cintura és ampla	greix corporal
26	Tinc massa greix al meu cos	greix corporal
37	Tinc excés de pes	greix corporal
18	Tinc una cara bonica	aparença
29	Soc més guapo/a que la majoria dels meus amics	aparença
51	Soc guapo/a	aparença
17	Físicament estic molt content/a amb mi mateix/a	físic global
39	Em sento bé físicament	físic global
50	Estic content/a amb el tipus de persona que soc i amb les meves capacitats físiques	físic global
11	En general, la majoria de les activitats que faig tenen un bon resultat	autoestima
44	En general no soc bo/na per res	autoestima
55	La majoria de les activitats que faig, les faig bé	autoestima
66	En general, tinc moltes coses que em fan sentir orgullós/a	autoestima
70	Mai faig les coses bé	autoestima
2	Em sento segur/a quan realitzo moviments coordinats	coordinació
13	M'és molt fàcil controlar els moviments del meu cos	coordinació
24	Realitzo bé activitats que requereixen moviments de coordinació	coordinació
35	Puc realitzar els moviments de la majoria de les activitats físiques suaument	coordinació
46	Crec que puc realitzar moviments de coordinació fàcilment	coordinació

16	Faig la majoria dels esports bé	condició esportiva
38	Tinc bones habilitats per a fer esport	condició esportiva
60	Jugo bé en els esports	condició esportiva
65	Físicament soc una persona molt forta	força
19	Tinc bastanta força física	força
52	Podria superar bé una prova de força	força
10	Puc córrer distàncies llargues sense parar	Resistència
54	Puc estar actiu físicament durant molt temps sense cansar-me	Resistència
65	Faig bé activitats de resistència, com córrer llargues distàncies, aeròbic, ciclisme, natació o esquí de fons	Resistència
9	Soc molt bo/na en activitats que requereixen flexibilitat	flexibilitat
20	El meu cos és flexible	flexibilitat
64	Crec que podria realitzar amb èxit una prova de flexibilitat física	flexibilitat
14	Sovint faig exercicis o altres activitats que em fan respirar profundament	Activitat física
36	Faig activitats físiques (p.e. footing, ballar, ciclisme, aeròbic, gimnàstica o natació) al menys tres cops per setmana	Activitat física
47	Faig molt esport, ballo, faig gimnàstica o altres activitats físiques	Activitat física
58	Quasi cada dia faig esport, ballo o faig activitats físiques	Activitat física

Font: elaboració pròpia segons qüestionari PSDQ (Marsh et al., 2010)

El PSDQ i el PSDQ-s han estat traduïts i validats en molts països, entre ells Espanya, (I Tomás i González-Romá, 2000; I. Tomás, 1998), també s'ha utilitzat en investigacions transculturals (Aşçı, Alfermann, Gağar, i Stiller, 2008; Aşçı, Fletcher, i Çağlar, 2009; Marsh, Ascı, i Tomás, 2002).

S'ha avaluat la seva validesa en tots els grups d'edat: nens (Mayorga, Viciano, i Cocca, 2012), adolescents (Carraro et al., 2010; Moreno Murcia et al., 2009; Parker, Martin, Martinez, Marsh, i Jackson, 2010), universitaris (L. R. Espinoza, Rodríguez, Gálvez, i MacMilan, 2011; Geraldo et al., 2011; So et al., 2009), adults (Aşçı, 2005; Bahram i Shafizadeh, 2006) i gent gran (Hsu i Lu, 2013; Moore, Mitchell, Beets, i Bartholomew, 2012).

Capítol 6. Pla d'anàlisi estadístic

Descripció de les proves estadístiques que es van utilitzar en l'estudi de les variables principals i secundàries. Aquestes proves són:

- Anàlisi descriptiu de dades sociodemogràfiques i de les variables principals i secundàries de l'estudi.
- Anàlisi factorial exploratori dels motius de pràctica o no pràctica d'activitat físicoesportiva.
- Anàlisi de la variància (ANOVA) entre les variables principals i secundàries de l'estudi.
- Anàlisi d'agrupacions de conglomerats (clúster) de les subescales Salut Mental i Salut Física del SF-12 per identificar tipologies de salut dels participants.
- Anàlisi multivariat de la variància (MANOVA) de les característiques de les variables independents i de les interaccions sexe per sexe, campus i consum de substàncies.
- Anàlisi factorial de les variables de pràctica d'AFE per clústers de salut
- Anàlisi multivariat de regressió logística (RegLog) de les variables principals d'estudis per tipus de dieta, salut física i psicològica i forma i descripció física en funció del consum de substàncies.

Part IV. ANÀLISIS ESTADÍSTIQUES

Capítol 7. Anàlisis descriptives de la mostra

1. Participants

La mesura de l'univers correspon a 13.030 estudiants (5.840 homes i 7.190 dones) matriculats en els estudis de Grau o Llicenciatura de la UdG (dades extretes de la Memòria de la UdG, corresponent al curs 2011-12).

La mesura de la mostra final va ser de 298 estudiants, dels quals 48,3% eren homes (n=144) i el 51,7% dones (n=154).

2. Característiques de la mostra

En la Taula 15 es poden observar les característiques antropomètriques de la mostra. L'edat mitjana, pel conjunt de participants, va ser de 21,99 anys (DE=2,90).

Taula 15. Característiques antropomètriques de la mostra

	Homes		Dones		F (gl=1)	p
	Mitjana	DE	Mitjana	DE		
Edat (anys)	22,39	3,19	21,74	2,59	3,737	0,054
Alçada (cm)	179,17	6,97	164,98	6,27	345,678	0,000
Pes (kg)	73,59	10,96	57,9	7,52	212,271	0,000
Plec greix (mm)	1,53	0,67	1,38	0,55	4,035	0,045
IMC	22,92	3,23	21,28	2,68	22,900	0,000

La distribució dels participants per campus es pot observar en la Taula 16.

Taula 16. Distribució de la mostra segons la ubicació de la Facultat en els Campus

	Homes n (%)	Dones n (%)	Total n (%)	χ^2 (gl=3)	p
Barri Vell	41 (28,5)	54 (35,1)	95 (31,9)	2,441	0,486
Montilivi	70 (48,6)	62 (40,3)	132 (44,3)		
Centre	11 (7,6)	11 (7,1)	22 (7,4)		
Perifèrics	22 (15,3)	27 (55,1)	49 (16,4)		
Total	144 (48,3)	154 (51,7)	298		

Un 84,2% (n=251) dels participants en l'estudi feia activitat físicoesportiva fora de l'horari lectiu, durant el període educatiu obligatori, un 92,4% dels homes (n=133) i un 76,6% (n=118) de les dones, sent les diferències entre sexes estadísticament significatives ($\chi^2=13,874$, gl=1, p=0,000).

Un 82,4% (n=206) dels que feien activitat físicoesportiva extraescolar, en feien perquè els agradava i un 7,6% al·ludien o bé motivacions extrínseques (n=19) o bé amotivació (n=19).

Tres de cada quatre participants (75,2%, n=224), manifestava que els seus pares o familiars directes practicaven o havien practicat esport en algun moment de la seva vida.

Un 42,6% (n=127) es desplaçaven a la universitat en cotxe o moto, un 33,9% (n=101) ho feia a peu, un 16,4% (n=49) en transport públic i un 7,1% (n=21) ho feia en bicicleta.

S'observen diferències estadísticament significatives per sexes i mitjà de transport ($\chi^2=14,255$, gl=3; p=0,003). Un 51,4% dels homes (n=74) ho feien en vehicle motoritzat, seguit per un 30,6% (n=44) que ho feien a peu. Entre les dones predominaven els desplaçaments a peu (37,0%, n=57), seguit per les que feien ús del vehicle motoritzat (34,4%, n=53) i el transport públic (22,7%, n=35); (Taula 17; Figura 4).

Taula 17. Mitjà de transport habitual per desplaçar-se a la Facultat

	Vehicle motoritzat n (%)	A peu n (%)	Bicicleta n (%)	Transport públic n (%)	χ^2 (gl=3)	p
Homes	74 (51,4)	44 (30,6)	12 (8,3)	14 (9,7)	14,255	0,003
Dones	53 (34,4)	57 (37)	9 (5,8)	35 (22,7)		
Total	127 (42,6)	101 (33,9)	21(7,0)	49 (16,4)		

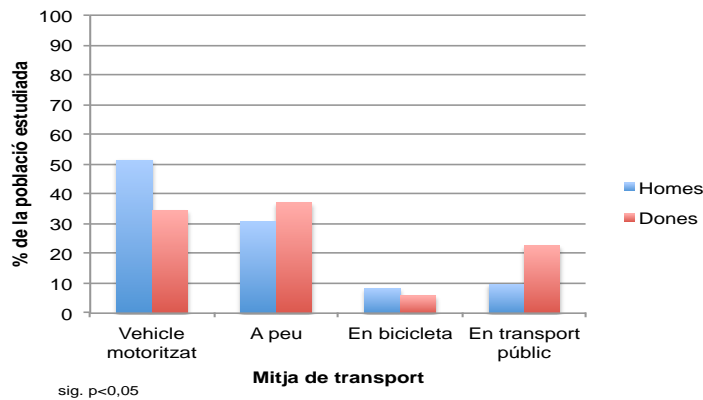


Figura 4. Distribució de la mostra segons el mitjà de transport habitual per anar a la Facultat

També, les diferències són estadísticament significatives ($\chi^2=30,425$, gl=9; p=0,000) si s'analitza el mitjà de transport segons la localització de la Facultat en la qual estudien. Els que pertanyen al campus de Montilivi, majoritàriament, utilitzaven el vehicle motoritzat (57,6%, n=76), mentre que ho fan a peu els del Barri Vell (47,4%, n=45), els del Campus Centre (50,0%, n=11) i els de les facultats perifèriques (40,8%; n=20), encara que aquests darrers amb poques diferències amb els que utilitzen el vehicle motoritzat (38,8%, n=19). En tots els casos, és la bicicleta el mitjà de transport menys utilitzat per desplaçar-se a la universitat (Taula 18; Figura 5).

Taula 18. Transport habitual utilitzat per desplaçar-se a la Facultat segons els Campus

	Vehicle motoritzat n (%)	A peu n (%)	Bicicleta n (%)	Transport públic n (%)	χ^2 (gl=9)	p
Barri Vell	28 (29,5)	45 (47,4)	6 (6,3)	16 (16,8)	30,425	0,000
Montilivi	76 (57,6)	25 (18,9)	9 (6,8)	22 (16,7)		
Centre	4 (20,0)	10 (50,0)	2 (10,0)	4 (20,0)		
Perifèrics	19 (37,3)	21 (41,2)	4 (7,8)	7 (13,7)		
Total	127 (42,6)	101(33,9)	21(7,0)	49 (16,4)		

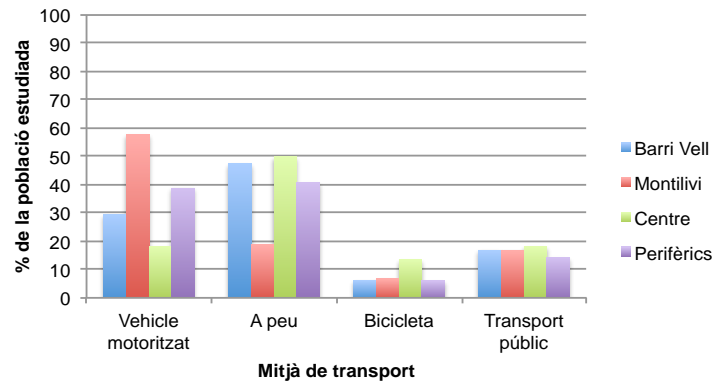


Figura 5. Transport utilitzat per desplaçar-se a la Facultat segons els Campus

Respecte a la realització d'algun tipus de dieta, un 80,5% (n=240) dels enquestats, manifestava no haver-ne fet mai. D'aquests, un 65,1% (n=194) considerava que no n'havia de fer perquè el seu pes era correcte i un 7,7% (n=23) declarava que, malgrat no fer-ne, haurien de perdre pes, els mateixos que creien que n'haurien de guanyar (n=23; 7,7%). Un 19,5% (n=58) manifestava estar fent dieta o haver-ne fet algun cop a la seva vida amb l'objectiu de perdre pes. Per sexes, les dones (n=42; 27,3%) eren les que més havien realitzat restriccions alimentàries, en una proporció de 2,5 dones per cada home (Taula 19; Figura 5).

Taula 19. Distribució de la mostra segons seguiment d'una dieta per perdre pes

	No, el meu pes és correcte n (%)	No, però hauria de perdre n (%)	No, perquè necessito guanyar n (%)	Si n (%)	χ^2 (gl=3)	p
Homes	102 (70,8)	9 (6,2)	17 (11,8)	16 (11,1)	18,203	0,000
Dones	92 (59,7)	14 (9,1)	6 (3,9)	42 (27,3)		
Total	194 (65,1)	23 (7,7)	23 (7,7)	58 (19,5)		

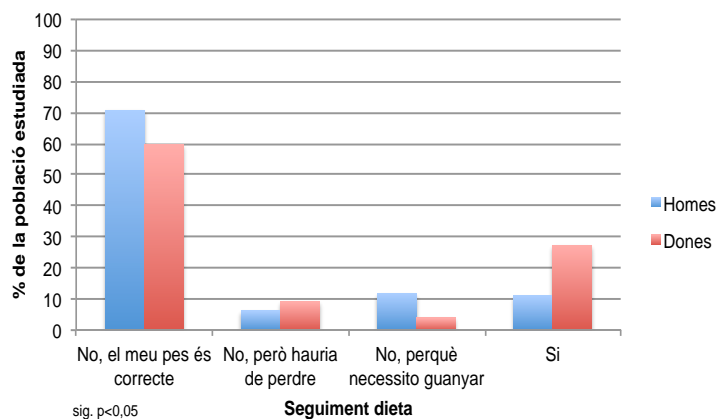


Figura 6. Distribució de la mostra segons el seguiment d'una dieta per perdre pes

Si s'analitza la realització d'una dieta amb la realització o no d'activitat física es pot observar que les diferències no són estadísticament significatives ($\chi^2=1,226$, gl=3; p=0,747); (Taula 20; Figura 7).

Taula 20. Distribució de la mostra segons seguiment dieta per perdre pes i practica d'AFE

AFE	No, el meu pes és correcte n (%)	No, però hauria de perdre pes n (%)	No, perquè necessito guanyar pes n (%)	Si n (%)	χ^2 (gl=3)	p
Si	119 (66,5)	12 (6,7)	15 (8,4)	33 (18,4)	1,226	0,747
No	75 (63,0)	11 (9,2)	8 (6,7)	25 (21,0)		
Total	194 (65,1)	23 (7,7)	23 (7,7)	58 (19,5)		

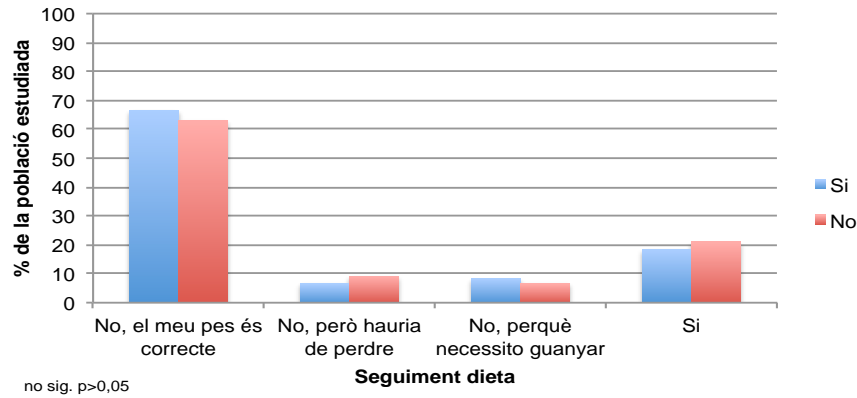


Figura 7. Seguiment d'una dieta per perdre pes segons pràctica d'AFE

Un 80,5% (n=240) dels enquestats manifestava que els seus hàbits de vida havien canviat des que van iniciar els estudis a la universitat. Un 39,6% (n=118) creien que havien canviat una mica, un 28,9% (n=86) bastant i un 12,1% (n=36) molt.

Si s'analitzen aquestes respostes en funció del sexe, s'observen diferències estadísticament significatives. ($\chi^2=17,799$, gl=3, p=0,003). Un 48,6% homes (n= 70) declaraven que l'accés a la universitat havia repercutit en els seus hàbits bastant o molt, consideració que està present en un 33,7% (n=52) de les dones (Taula 21; Figura 8)

Taula 21. Distribució de la mostra segons canvi d'hàbits des de l'inici dels estudis a la universitat

	Res n (%)	Una mica n (%)	Bastant n (%)	Molt n (%)	χ^2 (gl=3)	p
Homes	32 (22,2)	42 (29,2)	55 (38,2)	15 (10,4)	17,799	0,003
Dones	26 (16,9)	76 (49,4)	31 (20,1)	21 (13,6)		
Total	58 (19,5)	118 (39,6)	86 (28,9)	36 (12,1)		

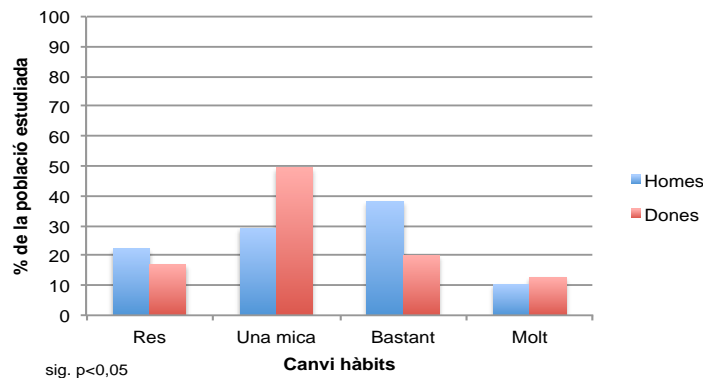


Figura 8. Distribució de la mostra segons el canvi d'hàbits des de l'inici dels estudis universitaris

Pel que fa al consum de substàncies, un 96,6% (n=288) reconeixia haver pres alcohol en alguna ocasió, un 40,9% (n=122), declarava consumir tabac i un 50,3% (n=150) declaraven ser consumidors d'algun tipus de drogues (Taula 22; Figura 9).

Taula 22. Distribució de la mostra segons el consum de substàncies

	Si n (%)	No n (%)
Consum d'alcohol	288 (96,6)	10 (3,4)
Consum de tabac	122 (40,9)	176 (59,1)
Consum de drogues	150 (50,3)	148 (49,7)

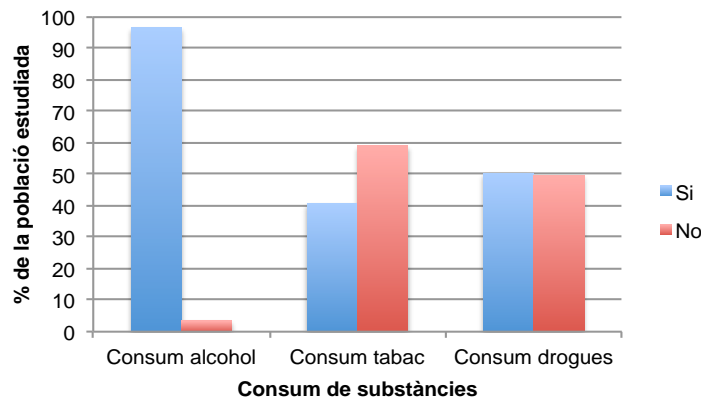


Figura 9. Distribució de la mostra segons el consum de substàncies

En relació al consum de substàncies per sexe, el 97,2% (n=140) dels homes i el 96,1% de les dones (n=148) declaraven haver consumit alcohol en alguna ocasió. ($\chi^2=0,287$, gl=1, p=0,592); (Taula 23).

No es van observar diferències estadísticament significatives entre les distribucions de freqüències d'homes i dones fumadores ($\chi^2=1,970$, gl=1, p=0,160). Un 36,8% (n=53) dels homes era fumador, davant el 44,8% (n= 69) de les dones (Taula 23).

Respecte al nombre de consumidors de drogues no es van trobar diferències estadísticament significatives entre sexes ($\chi^2=2,283$, gl=1, p=0,131). Un 54,9% (n=79) dels homes i un 46,1% (n=71) de les dones declarava haver consumit drogues en alguna ocasió; (Taula 23).

Taula 23. Distribució de la mostra segons el consum de substàncies per sexe

		Homes n (%)	Dones n (%)	χ^2 (gl=1)	p
Consum d'alcohol	Si	140 (97,2%)	148 (96,1%)	0,287	0,592
	No	4 (2,8%)	6 (3,9%)		
Consum de tabac	Si	53 (36,8%)	69 (44,8%)	1,970	0,160
	No	91 (63,2%)	85 (55,2%)		
Consum de drogues	Si	79 (54,9%)	71 (46,1%)	2,283	0,131
	No	65 (45,1%)	83 (53,9%)		

3. Anàlisis descriptives de les variables principals de l'estudi

3.1. Salut general (SF-12)

El 91,9% (n=274) del total de participants consideraven que la seva salut era bona, molt bona o excel·lent.

El 58,4% (n=84) dels homes valoraven la seva salut com molt bona o excel·lent davant el 36,3% (n=56) de les dones, un 36,1% (n=52) dels homes la valoraven com a bona i un 5,6% (n=8) com a regular davant el 53,2% (n=82) i 10,4% (n=16) de les dones, respectivament. Cap dels enquestats considerava que la seva salut era dolenta. Les diferències estadístiques eren significatives ($\chi^2=20,121$, gl=3, p=0,000); (Taula 24; Figura 10).

Taula 24. Autopercepció de la salut de la població estudiada per sexe

	Excel·lent n (%)	Molt bona n (%)	Bona n (%)	Regular n (%)	Dolenta n (%)	χ^2 (gl=3)	p
Homes	25 (17,4)	59 (41)	52 (36,1)	8 (5,6)	0 (0)	20,121	0,000
Dones	7 (4,5)	49 (31,8)	82 (53,2)	16 (10,4)	0 (0)		
Total	32 (10,7)	108 (36,2)	134 (45)	24 (8,1)	0 (0)		

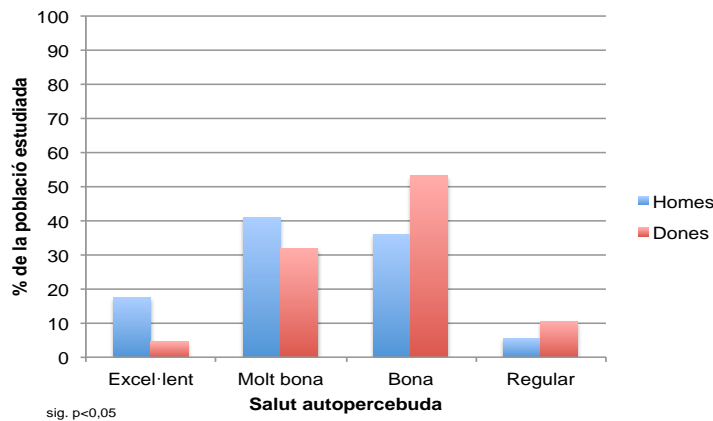


Figura 10. Distribució de la mostra segons l'autopercepció de la salut per sexe

Els resultats de la variable salut general del SF-12 mostren que els participants tenien una autopercepció de la salut en el sumari físic per sobre la mitjana (50 punts) amb una puntuació total de 55,04 i per sota en el sumari mental (47,43).

Tant en el sumari físic com en el mental les dones presentaven puntuacions mitjanes inferiors a les observades en el grup d'homes. En el sumari físic els homes (ME=55,58, DE=3,82) presenten puntuacions lleugerament superiors a les dones (ME=54,54, DE=5,69) però sense diferències significatives (3,360, gl=1, p=0,680). En el sumari mental s'observava una major puntuació mitjana en els homes (ME=49,64, DE=8,36) que en les dones (ME=45,37, DE=10,13), sent estadísticament significativa aquesta diferència (F=15,621, gl=1, p=0,000); (Taula 25; Figura 11).

Taula 25. Comparació de les puntuacions mitjanes i desviacions dels sumaris físic i mental per sexe

		núm.	Mitjana	DE	Interval de confiança per la mitjana al 95%		F (gl=1)	p
					Límit inferior	Límit superior		
Sumari físic	Home	144	55,58	3,82	54,95	56,20	3,360	0,680
	Dona	154	54,54	5,69	53,63	55,44		
Sumari mental	Home	144	49,64	8,36	48,26	51,01	15,621	0,000
	Dona	154	45,37	10,13	43,75	46,98		

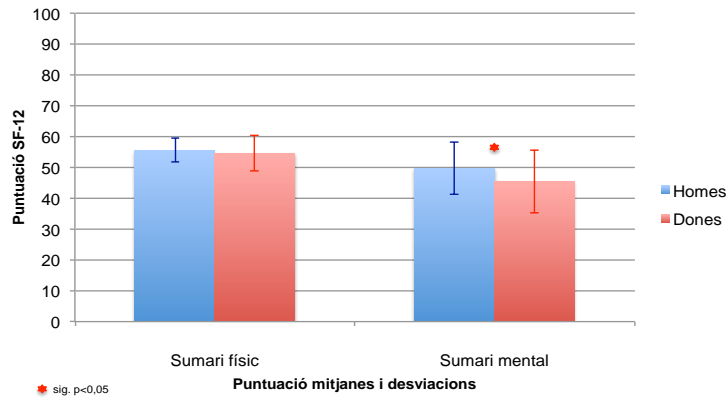


Figura 11. Comparació puntuació mitjana i desviació dels sumaris físic i mental per sexe

3.2. Adherència a la dieta mediterrània (Kidmed)

Un 73,8% (n=220) presentaven una alimentació inadequada, un 12,45% (n=37) dels quals, de baixa qualitat i un 61,4% (n=183) calia que la milloressin. Les diferències entre sexes no són estadísticament significatives ($\chi^2=2,114$; gl=2; p=0,348); (Taula 26; Figura 12).

Taula 26. Distribució de la mostra segons adherència a la dieta mediterrània per sexe

	Baixa qualitat n (%)	Cal millorar qualitat n (%)	Dieta òptima n (%)	χ^2 (gl=2)	p
Homes	22 (15,3)	86 (59,7)	36 (25)	2,114	0,348
Dones	15 (9,7)	97 (63)	42 (27,3)		
Total	37 (12,4)	183 (61,4)	78 (26,2)		

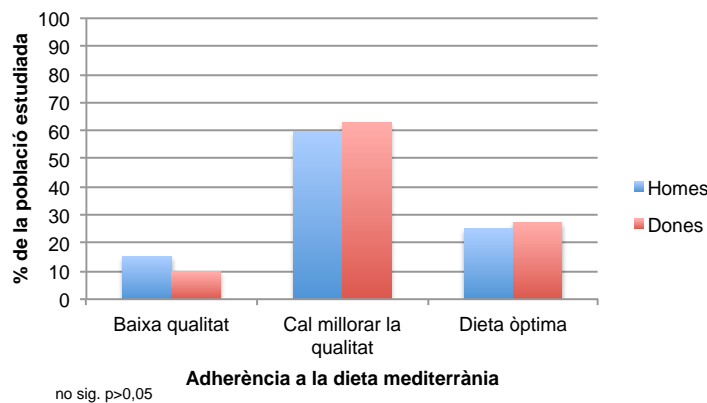


Figura 12. Distribució de la mostra segons adherència a la dieta mediterrània per sexe

La puntuació mitjana en l'escala Kidmed era de 6,10 (DE=2,13). La de les dones (ME=6,29; DE=2,04) era superior a la dels homes (ME=5,90; DE=2,22), però sense diferències estadísticament significatives (11,312; gl=2;p=0,115); (Taula 27).

Taula 27. Puntuacions mitjanes i desviacions de l'adherència a la dieta mediterrània per sexe

	núm.	Mitjana	DE	Interval de confiança per la mitjana al 95%		F (gl=1)	Sig.
				Límit inferior	Límit superior		
Hombre	144	5,90	2,22	5,53	6,26	11,312	0,115
Mujer	154	6,29	2,04	5,96	6,61		
Total	298	6,10	2,13	0,12	5,85		

3.3. Consum d'alcohol (AUDIT)

Un 96,6% (n=288) del conjunt de la mostra reconeixia haver pres alcohol, dels quals un 9,1% (n=13) declarava ja no fer-ho en l'actualitat. De la resta (n=275), un 15,6% (n=45) ho feia de manera ocasional (1 o menys cops a la setmana). Un 45,8% (n=132) ho feia de 2 a 4 cops al mes i un 33,7% (n=98) bevia amb regularitat (2 o més cops a la setmana). S'observen diferències estadísticament significatives entre sexes ($\chi^2=15,660$, gl=4, p=0,004); (Taula 28; Figura 13).

Taula 28. Distribució de la mostra segons freqüència de consum d'alcohol per sexe

	1 o menys cops al mes n (%)	2 a 4 cops al mes n (%)	2 a 3 cops setmana n (%)	4 o més a la setmana n (%)	χ^2 (gl=4)	p
Homes	11 (8,5)	66 (50,8)	32 (24,6)	21 (16,2)	15,660	0,004
Dones	34 (23,9)	66 (46,5)	32 (21,6)	10 (7,0)		
Total	45 (15,6)	132 (45,8)	67 (23,3)	31 (10,4)		

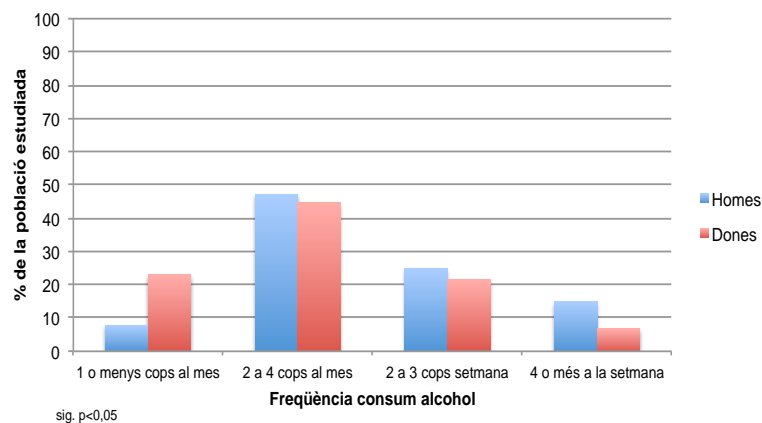


Figura 13. Distribució de la mostra segons freqüència de consum d'alcohol segons sexe

Pel que fa al nombre de consumicions habituals que els enquestats manifestaven fer en cada ocasió, i tal com es pot observar en la taula següent, un 50,8% (n=152) del total de bevedors actuals (n=275) prenia d'1 a 2 consumicions en cada ocasió. Un 35,8% (n=107) consumien de 3 a 4 begudes i un 5,3% (n=16) prenen 5 o més. Els homes prenen,

habitualment, més consumicions, sent la diferència estadísticament significativa ($\chi^2 = 9,705$, $gl=5$, $p=0,046$); (Taula 29; Figura 14).

Taula 29. Distribució de la mostra segons nombre de consumicions alcohòliques habituals per sexe

	1 a 2 consumicions n (%)	3 a 4 consumicions n (%)	5 a 6 consumicions n (%)	7, 8 o 9 consumicions n (%)	10 o més consumicions n (%)	χ^2 (gl= 5)	p
Homes	65 (48,9)	56 (42,1)	11 (8,3)	0 (0,0)	1 (0,8)	9,705	0,046
Dones	87 (61,3)	51 (35,9)	3 (2,1)	1 (0,7)	0 (0,0)		
Total	152 (50,8)	107 (35,8)	14 (4,7)	1 (0,3)	1 (0,3)		

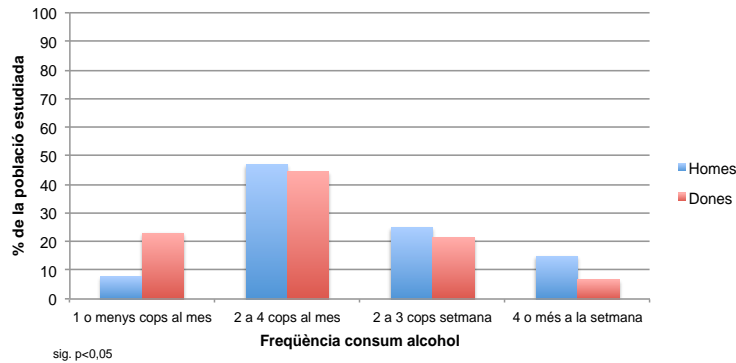


Figura 14. Distribució de la mostra segons nombre de consumicions alcohòliques habituals per sexe

Si s'analitza el *binge drinking* (6 o més consumicions en una sola ocasió), un 54,2% ($n=149$), dels que declarava consumir begudes alcohòliques ($n=275$), n'havia begut en alguna ocasió, dels quals un 5,1% ($n=14$) setmanalment i un 17,5% ($n=48$) mensualment. Els homes realitzaven aquest tipus consum de manera més habitual que les dones, un 33,9% ($n=45$) ho feia amb freqüència mensual i setmanal enfront a un 12,0% ($n=17$) de les dones, sent les diferències estadísticament significatives ($\chi^2 = 19,785$, $gl=3$, $p=0,000$); (Taula 30; Figura 15).

Taula 30. Distribució de la mostra segons consum en *binge drinking* per sexe

	Mai n (%)	1 cop o menys al mes n (%)	Mensualment n (%)	Setmanalment n (%)	χ^2 (gl= 3)	p
Homes	49 (36,8)	39 (29,3)	34 (25,6)	11 (8,3)	19,785	0,000
Dones	77 (54,2)	48 (33,8)	14 (9,9)	3 (2,1)		
Total	126 (45,8)	87 (31,6)	48 (17,5)	14 (5,1)		

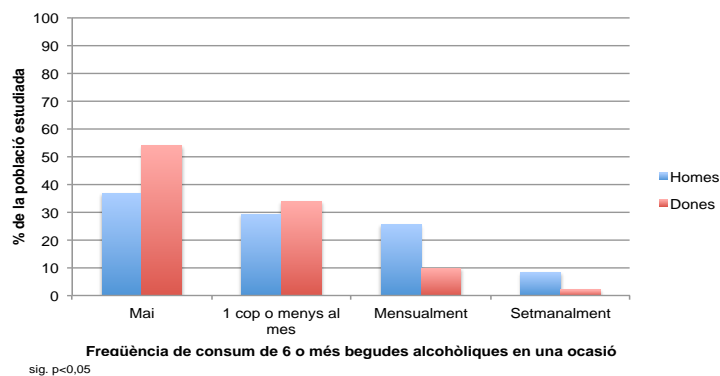


Figura 15. Distribució de la mostra segons consum de *binge drinking* per sexe

En funció del punt de tall de l'AUDIT per a risc de consum d'alcohol, es va trobar que un 24,8% (n=74) realitzava un consum de risc. Pel que fa a la distribució del risc del consum d'alcohol per sexe, es van observar diferències estadísticament significatives, un 34,0% dels homes (n=49) puntuaven per sobre del valor de tall davant un 16,2% (n=25) de les dones ($\chi^2 = 12,623$, gl=1, p=0,000); (Taula 31; Figura 16).

Taula 31. Distribució de la mostra segons consum de risc d'alcohol per sexe

	consum sense risc n (%)	consum de risc n (%)	χ^2 (gl=1)	p
Homes	95 (66,0)	49 (34,0)	12,623	0,000
Dones	129 (83,8)	25 (16,2)		
Total	224 (75,1)	74 (24,8)		

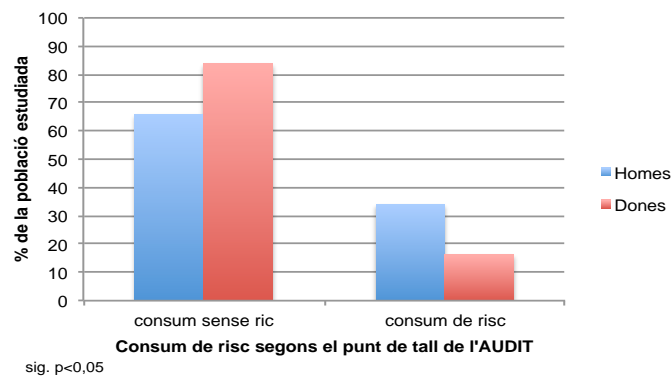


Figura 16. Distribució de la mostra segons consum de risc d'alcohol per sexe

3.4. Consum del tabac (Test de Fageström)

Com es pot observar en la Taula 32 i la Figura 16 la majoria dels fumadors consumeixen entre 11 i 20 cigarrets al dia (n=81; 66,4%).

Taula 32. Distribució de la mostra segons nombre de cigarrets diaris segons sexe

	10 o menys n (%)	de 11 a 20 n (%)	de 21 a 30 n (%)	més de 30 n (%)	χ^2 (gl= 3)	p
Homes	1 (1,9%)	34 (64,2%)	17 (32,1%)	1 (1,9%)	2,136	0,545
Dones	0 (0,0%)	47 (68,1%)	19 (27,5%)	3 (4,3%)		
Total	1 (0,8%)	81 (66,4%)	36 (29,5%)	4 (3,3%)		

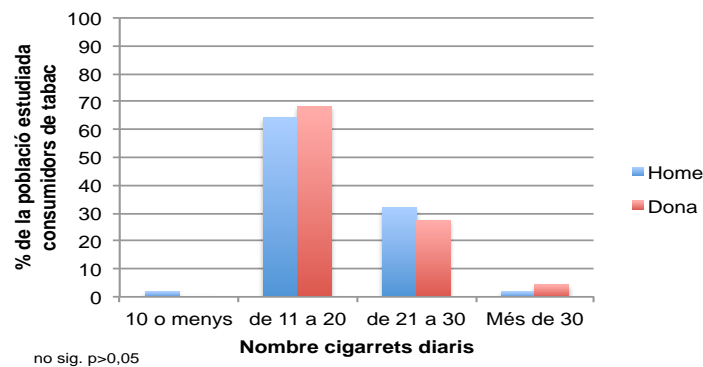
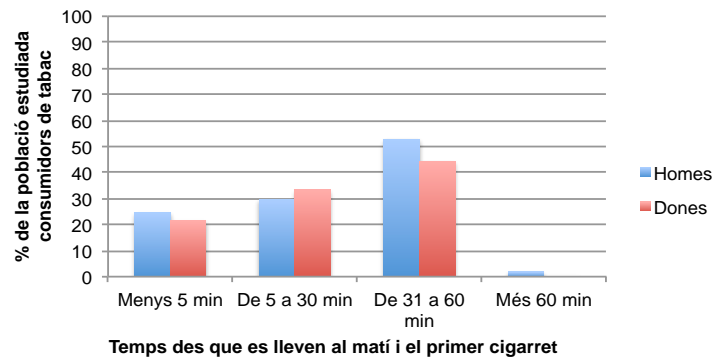


Figura 17. Distribució de la mostra segons nombre de cigarrets diaris segons sexe

Respecte a l'estona que passa des que es lleven al matí i el primer cigarret, més d'un 50% dels fumadors el fan abans de mitja hora, percentatge que s'eleva fins al 55% entre les noies. Les diferències no són estadísticament significatives (Taula 33; Figura 18).

Taula 33. Distribució de la mostra segons estona que passa des que es lleven al matí i el primer cigarret per sexe

	menys 5 min n (%)	de 5 a 30 min n (%)	de 31 a 60 min n (%)	més 60 min n (%)	χ^2 (gl= 3)	p
Homes	13 (24,5%)	11 (29,8%)	28 (52,8%)	1 (1,9%)	3,492	0,322
Dones	15 (21,7%)	23 (33,3%)	31 (44,9%)	0 (0,0%)		
Total	28 (23,0%)	34 (27,9%)	59 (48,4%)	1 (0,8%)		



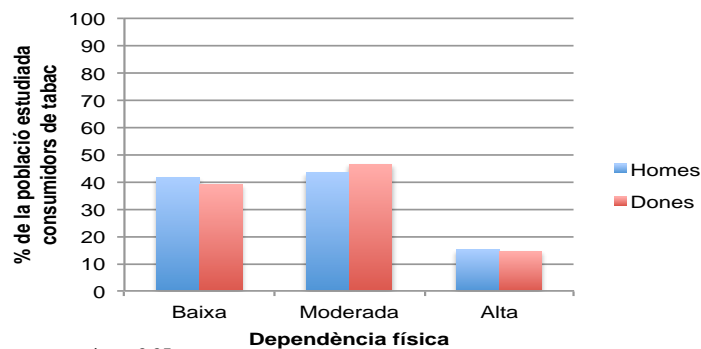
no sig. $p > 0,05$

Figura 18. Estona que passa des que es lleven al matí fins el primer cigarret per sexe

El Test de Fargeström d'aquestes dues preguntes, analitza el nivell de dependència física. Del 40,9% ($n=122$) del total dels participants que declarava consumir tabac, un 40,2% ($n=49$) presentava una dependència baixa, un 45,1% ($n=55$) moderada i un 14,8% alta ($n=18$). Les dones presentaven una dependència física superior. Un 60,9% ($n=42$) presentava una dependència moderada o alta respecte al 58,6% ($n=31$) dels homes, però sense diferències significatives ($\chi^2=0,109$; $gl=2$; $p=0,947$); (Taula 34; Figura 19).

Taula 34. Distribució de la mostra segons dependència física del tabac

	Baixa n (%)	Moderada n (%)	Alta n (%)	χ^2 (gl=2)	p
Homes	22 (41,5)	23 (43,4)	8 (15,1)	0,109	0,947
Dones	27 (39,1)	32 (46,4)	10 (14,5)		
Total	49 (40,2)	55 (45,1)	18 (14,8)		



no sig. $p > 0,05$

Figura 19. Distribució de la mostra segons dependència física al tabac segons sexe

Pel que fa a la dependència psicològica i conductual (**Test de Glover-Nilsson**), més de la meitat dels fumadors (54,1%, n=66), presentaven una dependència moderada o severa, sent lleugerament superior en els homes (54,7%, n=29) que en les dones (53,6%, n=37), però sense diferències significatives ($\chi^2 = 2,042$, gl=3, p=0,564); (Taula 35; Figura 20).

Taula 35. Distribució de la mostra segons dependència psicològica i conductual al tabac

	Lleu n (%)	Moderada n (%)	Severa n (%)	χ^2 (gl=2)	p
Homes	24 (45,3)	22 (41,5)	7 (13,2)	2,042	0,564
Dones	32 (46,4)	29 (42,0)	8 (11,6)		
Total	56 (45,9)	51 (41,8)	15 (12,3)		

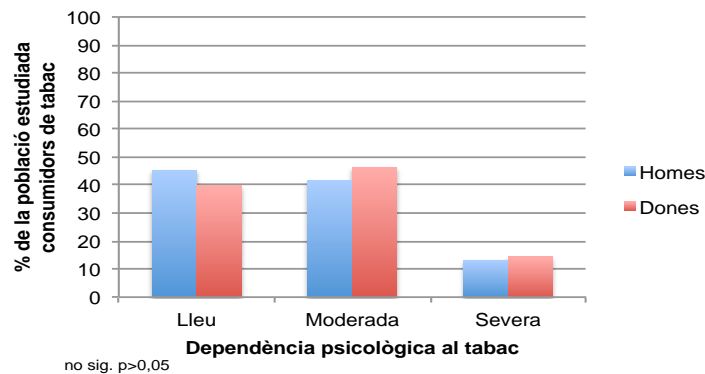


Figura 20. Distribució de la mostra segons dependència psicològica-conductual al tabac per sexe

3.5. Consum d'altres substàncies (CAGE-AID)

El total dels participants (50,3%, n=150) que declaraven consumir aquest tipus de substàncies, van puntuar per sobre del punt de tall (2 punts) del CAGE-AID per consum de risc, no observant-se diferències significatives entre homes (54,9%, n=79) i dones (46,1%, n=71), ($\chi^2 = 2,283$, gl=1, p=0,081); (Taula 36; Figura 21).

Taula 36. Distribució de la mostra segons consum d'altres substàncies per sexe

	No consumeix n (%)	Consum de risc (>2) n (%)	χ^2 (gl=1)	p
Homes	65 (45,1)	79 (54,9)	2,283	0,081
Dones	83 (53,9)	71 (46,1)		
Total	148 (49,7)	150 (50,3)		

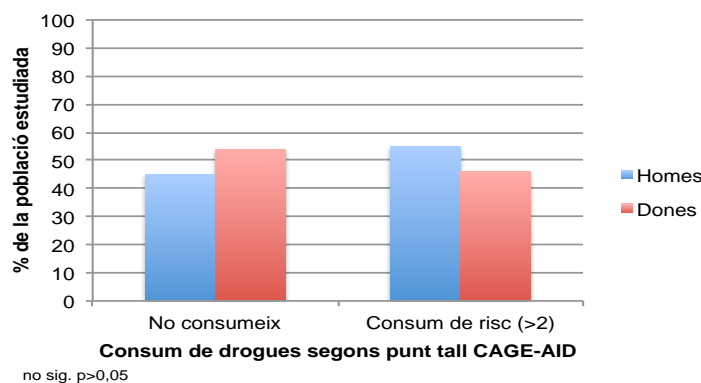


Figura 21. Distribució de la mostra segons consum d'altres substàncies per sexe

3.6. Autodescripció física (PSDQ-s)

Es van obtenir els descriptius per l'escala total i per cadascun dels factors. Cal tenir en compte que en les subescales de salut i greix corporal les puntuacions més elevades mostren una pitjor autopercepció.

S'observa una menor puntuació en l'escala d'autodescripció física ($M=3,67$; $DE=0,42$) que en l'escala d'autodescripció de la forma física ($M=4,16$; $DE=1,95$), encara que la desviació estàndard és molt inferior en la primera.

Com es pot observar en la Taula 37 i la Figura 22, les mitjanes més elevades en l'autodescripció física es van trobar en autoestima ($M=5,42$; $DE=0,57$) i la més baixa en greix corporal ($M=2,05$; $DE=4,29$). Pel que fa a les puntuacions més altes en autoconcepte de la forma física apareixen en coordinació ($M=5,13$; $DE=0,93$) i la més baixa en flexibilitat ($M=3,57$; $DE=1,67$).

Taula 37. Puntuacions mitjanes i desviació estàndard de les subescales de l'autoconcepte físic i de la forma física

	N=298		Interval de confiança per la mitjana al 95%	
	Mitjana	DE	Límit inferior	Límit superior
Salut	1,51	0,83	1,42	1,61
Greix corporal	2,05	1,43	1,88	2,21
Físic global	5,04	1,04	4,92	5,16
Aparença física	4,34	1,24	4,2	4,48
Autoestima	5,42	0,57	5,35	5,48
Coordinació	5,13	0,93	5,02	5,24
Força	4,16	1,45	3,99	4,32
Flexibilitat	3,57	1,67	3,38	3,77
Resistència	3,93	1,65	3,74	4,12
Condicció esportiva	4,58	1,37	4,42	4,74
Activitat física	3,61	1,78	3,4	3,81
Autodescripció física	3,67	0,42	3,62	3,72
Autodescripció de la forma física	4,16	1,95	4,04	4,28

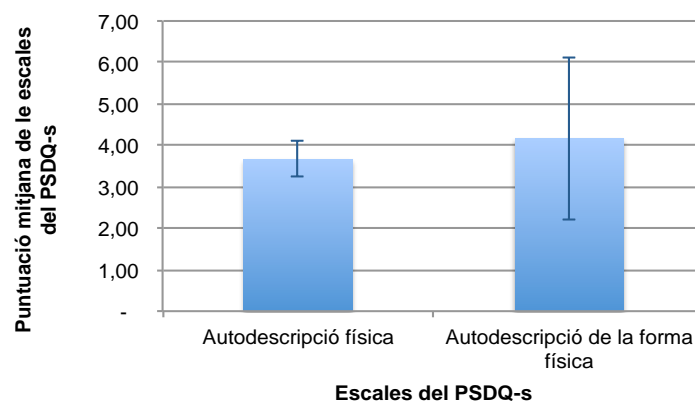


Figura 22. Puntuació mitjana i desviació de l'escala d'autodescripció física i de la forma física

Pel que fa a les escales totals del PSDQ-s, s'observen diferències estadísticament significatives, entre ambdós sexes, en les puntuacions totals. Els homes van obtenir puntuacions lleugerament més elevades en l'autodescripció física ($ME=3,67$; $DE=0,42$) que

l'observada entre les dones (ME=3,62; DE=3,72), ($F=5,368$; $gl=1$; $p=0,021$). També, s'observen diferències estadísticament significatives en l'autodescripció de la forma física, els homes presenten puntuacions més elevades (ME=4,53; DE=0,95) que l'observada entre les dones (ME=3,82; DE=1,04), ($F=37,023$; $gl=1$; $p=0,000$); (Taula 38; Figura 23).

Taula 38. Comparació puntuacions mitjanes i desviació estàndard de les subescales per sexe

	Homes (n=144)		Dones (n=154)		F (gl=1)	Sig.
	Mitjana	DE	Mitjana	DE		
Salut	1,38	0,61	1,63	0,97	7,041	0,008
Greix corporal	1,76	1,33	2,31	1,46	11,364	0,001
Físic global	5,25	0,98	4,85	1,07	11,582	0,001
Aparença física	4,71	1,10	4,00	1,27	25,722	0,000
Autoestima	5,55	0,50	5,29	0,61	16,272	0,000
Coordinació	5,28	0,87	4,99	0,96	6,911	0,009
Força	4,80	1,11	3,55	1,47	67,215	0,000
Flexibilitat	3,28	1,65	3,85	1,65	8,711	0,003
Resistència	4,56	1,55	3,34	1,51	47,230	0,000
Condió esportiva	5,16	1,07	4,04	1,40	59,645	0,000
Activitat física	4,08	1,68	3,17	1,76	20,723	0,000
Autodescripció física	3,73	0,34	3,63	0,48	5,368	0,021
Autodescripció de la forma física	4,53	0,95	3,82	1,04	37,023	0,000

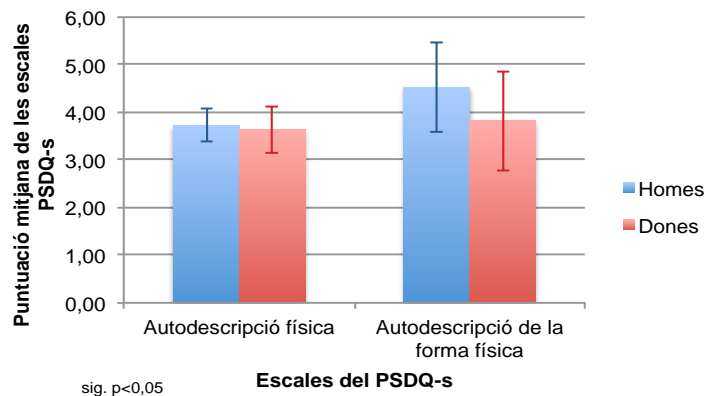


Figura 23. Puntuacions mitjanes i desviació estàndard de l'autopercepció física i de la forma física segons sexe

Si s'analitzen els resultats, segons el sexe, es troben diferències significatives en totes les dimensions. Els homes presenten valors significativament superiors en totes les dimensions excepte en flexibilitat, salut i greix corporal (Figura 24).

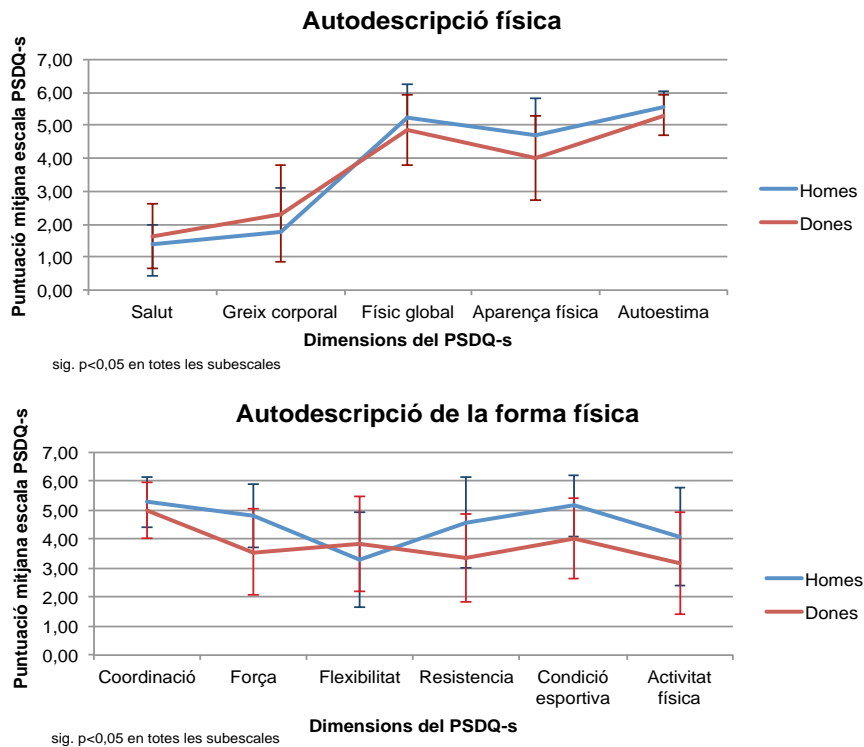


Figura 24. Comparació puntuacions mitjanes i desviació de les subescales per sexe.

3.7. Nivell d'activitat física (IPAQ-s)

S'ha classificat al 29,5% (n=88) dels participants com inactius (no realitzaven cap AF), al 34,2% (n=102) amb un nivell baix d'AF (≤ 499 total MET-minuts/setmana), al 16,8% (n=50) amb un nivell moderat d'AF (500-900 total MET-minuts/setmana) i un 19,5% (n=58) amb un nivell alt d'AF (≥ 1.000 total MET-minuts/setmana)

Respecte a la distribució de la prevalença d'activitat física per sexe, els homes presentaven un percentatge més elevat d'inactivitat (39,6%; n=57) en comparació amb les dones (20,1%; n=31). En ambdós casos, els percentatges més elevats situen als participants, en un nivell baix d'AF, però amb 10 punts de diferència a favor de les dones. Un percentatge similar d'homes i dones, presentava un nivell moderat d'AF, superior en 1,6% entre les dones. Per últim, els homes són els que més realitzaven un nivell alt d'AF (21,5%, n=31) en comparació a les dones (17,5%, n=27). Les diferències són estadísticament significatives ($\chi^2=20,502$; gl=3; p=0,000); (Taula 39; Figura 25).

Taula 39. Nivell d'activitat física segons IPAQ-s per sexe

	Cap activitat n (%)	Nivell baix n (%)	Nivell moderat n (%)	Nivell alt n (%)	χ^2 (gl=3)	p
Homes	57 (39,6)	42 (29,2)	14 (24,2)	31 (21,5)	20,502	0,000
Dones	31 (20,1)	60 (39)	36 (25,8)	27 (17,5)		
	88 (29,5)	102 (34,2)	50 (16,8)	58 (19,5)		

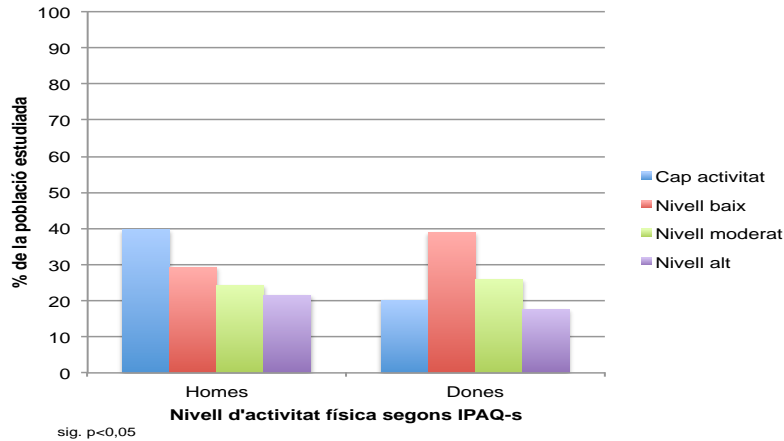


Figura 25. Nivell d'activitat física segons sexe

La mitjana d'AF total quantificada amb l'IPAQ-s va ser de 2.736,23 (DE=4.061,34) MET-minuts/setmana (Taula 40; Figura 26).

Taula 40. Descriptiva de la quantificació MET-minuts/setmana d'activitat física segons IPAQ-s

	Mitjana	DE	Interval de confiança per la mitjana al 95%	
			Límit inferior	Límit superior
Caminar	569,39	1.095,33	444,52	694,26
Activitat física moderada	764,04	1.629,36	578,29	949,79
Activitat física intensa	1.402,79	2.747,76	1.089,54	1.716,04
Activitat física total	2.736,23	4.061,34	2.273,22	3.199,23

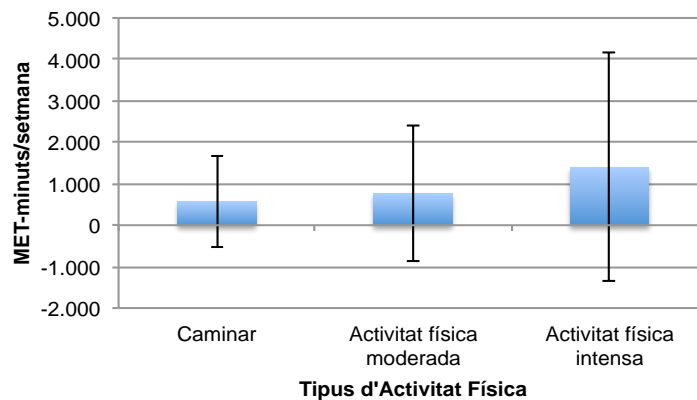


Figura 26. Quantificació MET-minuts/setmana i desviació estàndard segons tipus activitat física

Si s'analitzen les dades segons el sexe, els homes realitzen més quantitat de MET-minuts/setmana que les dones de manera significativa ($\chi^2=9,147$;gl=1;p=0,003) però, a expenses de l'activitat física intensa ($\chi^2=17,193$;gl=1;p=0,000). Pel que fa a la quantitat de MET-minuts/setmana en activitats moderades i caminar, són molt similars en ambdós sexes, no presentant diferències significatives (Taula 41; Figures 27 i 28).

Taula 41. Quantificació MET-minuts/setmana per tipus activitat física i sexe

		Mitjana	DE	Interval de confiança per la mitjana al 95%		F (gl=1)	p
				Límit inferior	Límit superior		
Caminar	Homes	589,48	1.170,91	396,60	782,36	0,093	0,760
	Dones	550,60	1.023,10	387,73	713,48		
Activitat física moderada	Homes	796,16	1.762,30	505,87	1.086,46	0,108	0,743
	Dones	734,00	1.499,61	495,26	972,73		
Activitat física intensa	Homes	2.076,50	3.128,01	1.561,23	2.591,76	17,693	0,000
	Dones	772,83	2.164,38	428,26	1.117,39		
Activitat física total	Homes	3.462,15	4.570,26	2.709,31	4.214,98	9,147	0,003
	Dones	2.057,43	3.396,58	1.516,71	2.598,16		

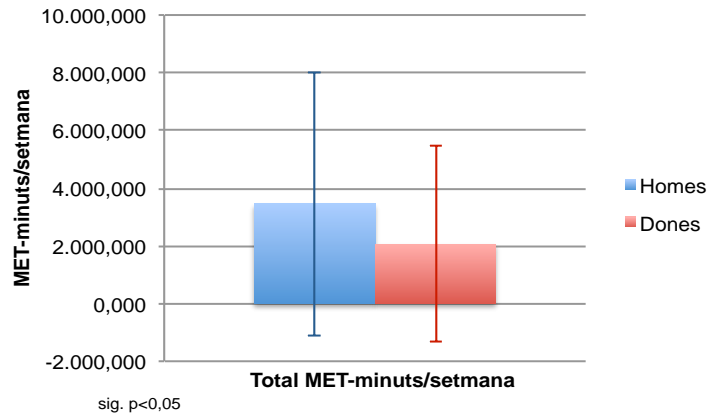


Figura 27. Quantificació MET-minuts/setmana total i desviació estàndard per sexe

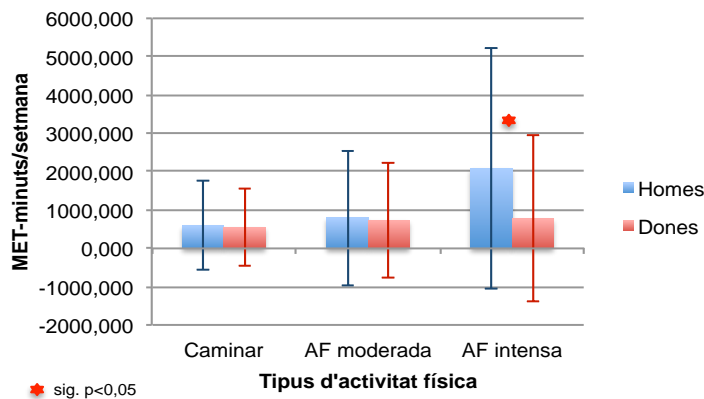


Figura 28. Quantificació MET-minuts/setmana i desviació estàndard per tipus d'AF

Pel que fa al temps dedicat a caminar es pot observar que són les noies les que caminen durant més temps (35 minuts/dia) però les diferències no són significatives ($\chi^2=0,373$;gl=1;p=0,542); (Taula 42).

Taula 42. Minuts dedicats diàriament a caminar segons sexe

	Mitjana	DE	Interval confiança per mitjana al 95%		F (gl= 1)	p
			Límit inferior	Límit superior		
Homes	31,66	47,03	23,90	39,41	0,373	0,542
Dones	35,06	48,84	27,28	42,84		
Total	33,42	47,93	27,95	38,87		

Per últim, l'IPAQ-s també recull dades referents a temps asseguts són els homes els que passen més temps asseguts (2 h i 10 minuts aproximadament) però sense diferències significatives ($\chi^2=0,266$; gl=1; p=0,606); (Taula 43; Figura 29).

Taula 43. Distribució mostra segons minuts dedicats diàriament a caminar per sexe

	Mitjana	DE	Interval confiança per mitjana al 95%		F (gl= 1)	p
			Limit inferior	Limit superior		
Homes	125,83	130,12	104,39	147,26	0,266	0,606
Dones	118,44	117,21	99,78	137,1		
Total	122,01	123,46	107,93	136,08		

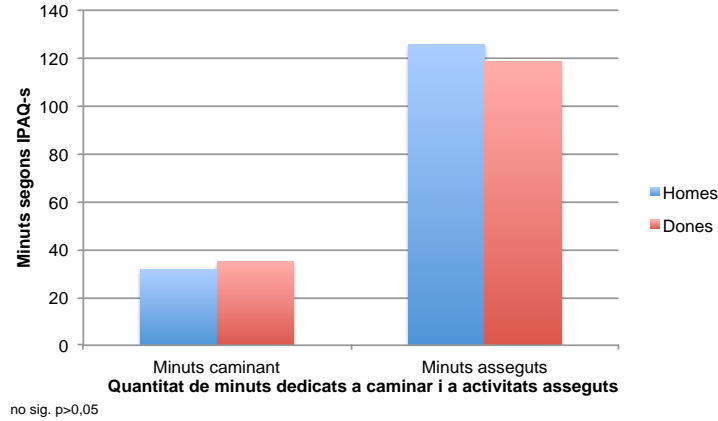


Figura 29. Distribució de la mostra segons minuts dedicats a caminar i a fer activitats asseguts per sexe

3.8. Activitat físicoesportiva (qüestionari *ad hoc*).

Un 60,3% (n=179) del total dels participants manifestava fer activitat físicoesportiva en el seu temps lliure. Un 29,6% (n=88) declarava haver abandonat la pràctica, dels quals un 7,7% (n=23) no mostrava interès per tornar-ne a fer. Un 10,1% (n=30), afirmava no haver practicat mai en la vida, encara que un 4,7% (n=14) d'aquests manifestava que li agradaria fer-ne.

Un 62,2% dels homes (n=99) i un 52,0% de les dones (n=80) declaraven fer activitat física en l'actualitat, sent les diferències estadísticament significatives ($\chi^2=14,088$, gl=4, p=0,007); (Taula 44; Figura 30).

Taula 44. Distribució de la mostra segons pràctica d'AFE per sexe

	Si	Abans si, ara no puc	Abans si, ara no vull	No mai, però m'agradaria	No n'he volgut fer mai	χ^2 (gl=4)	p
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Homes	99 (62,2)	28 (19,6)	10 (7)	3 (2,1)	3 (2,1)	14,088	0,007
Dones	80 (52)	37 (24)	13 (8,4)	11 (7,1)	13 (8,4)		
Total	179 (60,3)	65 (21,9)	23 (7,7)	14 (4,7)	16 (5,4)		

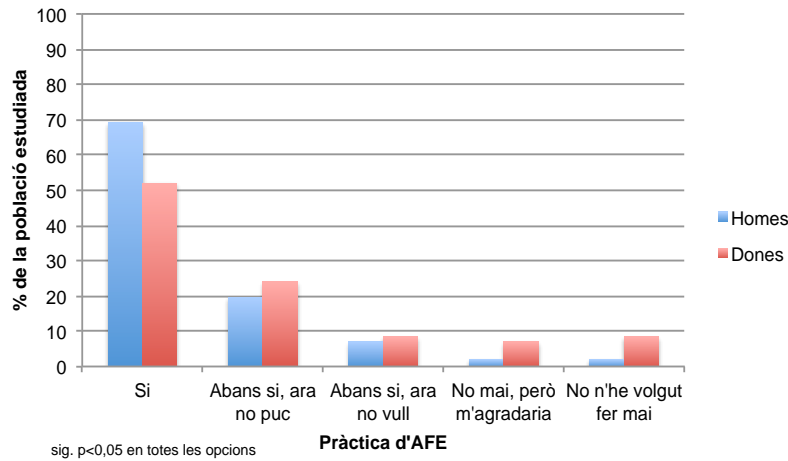


Figura 30. Distribució de la mostra segons pràctica d'AFE actual per sexe

Les dones presenten un major índex d'abandonament, quasi 6 punts més que els homes i també, són les dones les que més declaraven no haver-ne practicat mai (15,5%; n=24). No obstant això, hi ha un percentatge més elevat de dones que manifesten el seu interès per realitzar-ne (7,1%; n=11).

Del subgrup de participants (n=179) que practicaven algun tipus d'activitat física en l'actualitat, mesurat amb una enquesta ad hoc, un 63,1% (n=113) la realitzaven 3 o més cops per setmana. Un 67,7% (n=67) eren homes davant un 57,5% (n=46) de dones però sense diferències estadísticament significatives ($\chi^2=3,598$, gl=2, p=0,165); (Taula 45; Figura 31).

Taula 45. Distribució dels practicants d'AFE segons la regularitat de la pràctica

	Esporàdicament n (%)	1 o 2 cops/set n (%)	més 3 cops/set n (%)	χ^2 (gl=2)	p
Homes	3 (3,0)	29 (29,3)	67 (67,7)	3,598	0,165
Dones	7 (8,8)	27 (33,8)	46 (57,5)		
Total	10 (5,6)	56 (31,3)	113 (63,1)		

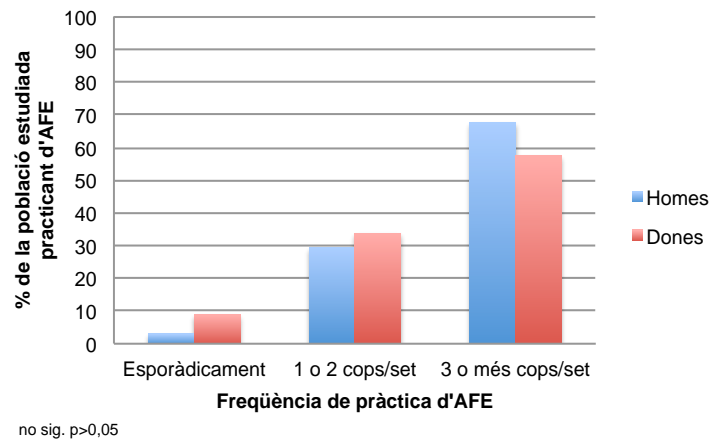
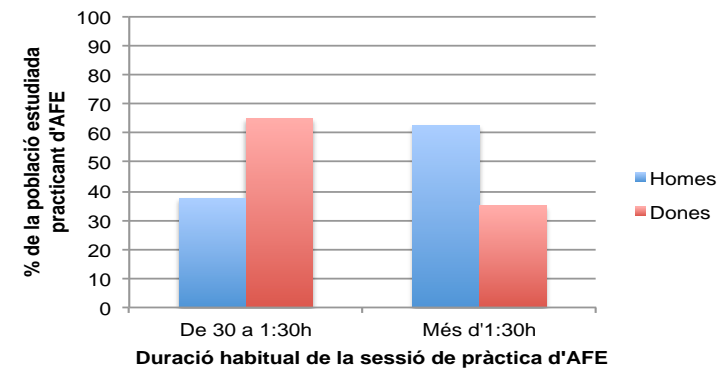


Figura 31. Distribució dels practicants segons la regularitat de les sessions d'AFE per sexe

Un 50,3% (n=90) manifestava que invertien en cada sessió, més d'1 h 30 min. En aquest cas, les diferències entre sexes eren estadísticament significatives ($\chi^2=13,508$, gl=1, p=0,000), ja que un 62,6% (n=62) dels homes, declarava fer sessions d'aquesta duració enfront a un 35% (n=28) de les dones que, majoritàriament, hi dedicaven entre 30 min i 1h 30 min. Cap va manifestar fer sessions de menys de 30 min (Taula 46; Figura 31).

Taula 46. Distribució dels practicants segons la duració mitjana de les sessions d'AFE per sexe

	de 30 min a 1:30h n (%)	Més 1:30h n (%)	χ^2 (gl=2)	p
Homes	37 (37,4)	62 (62,6)	13,508	0,000
Dones	52 (65)	28 (35)		
Total	89 (49,7)	90 (50,3)		



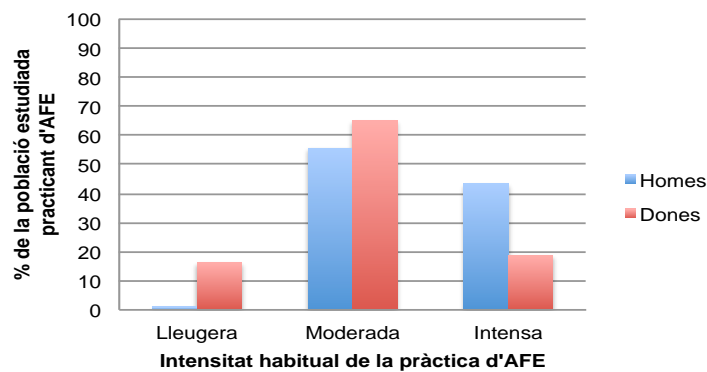
sig. p<0,05

Figura 32. Distribució dels practicants segons duració mitjana de les sessions d'AFE per sexe

Pel que fa a la intensitat de les sessions, el 59,8% (n=107) consideraven que era moderada, un 43,4% (n=43) dels homes declaraven que eren intenses mentre que sols un 18,8% (n=15) de les dones creia que aquesta era la intensitat de les seves sessions, les diferències eren estadísticament significatives ($\chi^2=22,120$, gl=2, p=0,000); (Taula 47; Figura 33).

Taula 47. Distribució dels practicants segons la intensitat de les sessions d'AFE per sexe

	Lleugera n (%)	Moderada n (%)	Intensa n (%)	χ^2 (gl=2)	p
Homes	1 (1,0)	55 (55,6)	43 (43,4)	22,120	0,000
Dones	13 (16,2)	52 (65)	15 (18,8)		
Total	14 (7,8)	107 (59,8)	58 (32,4)		



sig. p<0,05

Figura 33. Distribució dels practicants segons la intensitat de les sessions d'AFE per sexe

Un 60,9% (n=109) dels que declaraven fer AFE, segueien les recomanacions de l'American College Sports and Medicine (2000) per considerar-la saludable (3 o més cops per setmana, sessions de més de 30 min i d'intensitat moderada o intensa). Aquest percentatge era superior entre els homes (67,7%; n=67) que entre les dones (52,5%; n=42), sent les diferències significatives ($\chi^2= 4,280$, gl=1, p=0,039); (Taula 48).

Taula 48. Distribució de la població practicant d'AFE segons sigui saludable o no per sexe

	Practica Saludable n (%)	Pràctica no saludable n (%)	χ^2 (gl=1)	p
Homes	67 (67,7)	32 ((32,3)	4,280	0,039
Dones	42 (52,5)	38 (47,5)		
Total	109 (60,9)	70 (39,1)		

Pel que fa a les variables analitzades de la pràctica d'AFE s'observen diferències entre homes i dones en les característiques de la seva pràctica:

Els homes practiquen més esport de competició amb una mitjana de 3,58 (DE=1,49), en una escala likert de 5 punts, enfront de la no competitiva amb una mitjana de 3,28 (DE=1,45). Entre les dones predomina la pràctica no competitiva, amb una mitjana de 4,11 (DE=1,31), en comparació a la competitiva amb una puntuació mitjana de 2,24 (DE=1,60), sent les diferències entre sexes estadísticament significatives (Taula 49; Figura 34).

Taula 49. Comparació mitjanes i desviacions estàndards per tipus d'AFE habitual per sexe

	Homes		Dones		χ^2 (gl=4)	p
	Mitjana	DE	Mitjana	DE		
No competitiva	3,28	1,45	4,11	1,31	18,582	0,001
Competitiva	3,58	1,49	2,24	1,60	36,921	0,000

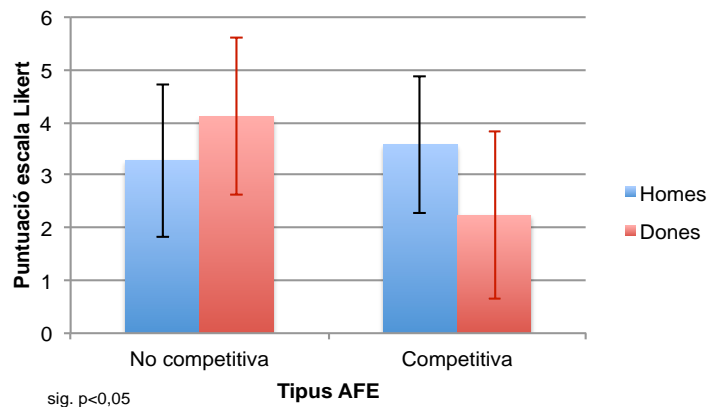


Figura 34. Comparació mitjanes i desviacions estàndards segon tipus d'AFE habitual per sexe

En el que fa referència a la manera de fer esport la puntuació mitjana més alta entre els homes, en l'escala Likert de 5 punts, és la pràctica en un equip federat o amateur (ME=3,30; DE=1,70) i entre les dones, la practica més habitual, és en activitats dirigides, amb una puntuació mitjana d'un 3,05 (DE=1,76). Sols hi ha una diferència estadísticament significativa en l'opció de pràctica en equips federats o amateurs (Taula 50; Figura 35).

Taula 50. Comparació de mitjanes i desviacions estàndards segons amb qui practica AFE per sexe

	Homes		Dones		χ^2 (gl=4)	p
	Mitjana	DE	Mitjana	DE		
Pel meu compte sol	3,09	1,37	3,01	1,60	8,842	0,650
Pel meu compte amb amics	3,12	1,27	2,88	1,40	4,566	0,335
Activitats Dirigides	2,71	1,70	3,05	1,76	5,185	0,269
Equip federat o amateur	3,30	1,70	2,09	1,60	23,561	0,000

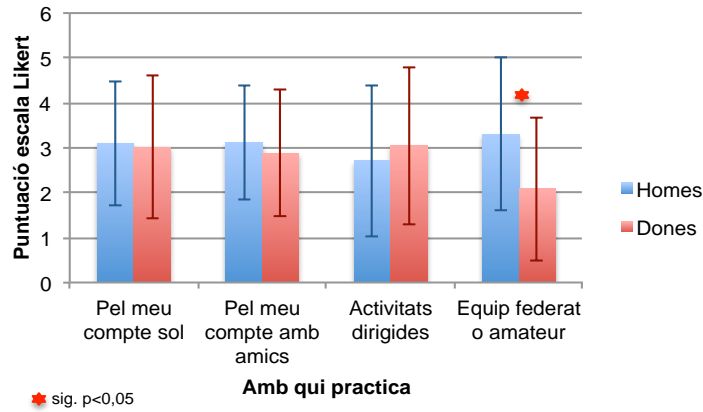


Figura 35. Comparació de mitjanes i desviacions estàndards amb qui practica AFE per sexe

Pel que fa al lloc de pràctica, també s'observen diferències, els nois presenten una puntuació mitjana, en l'escala Likert de 5 punts, més elevada en la pràctica en espais a l'aire lliure (ME=3,43; DE=1,37) mentre que les noies prefereixen un club o gimnàs privat (ME=3,26; DE=1,40). El lloc menys freqüent de pràctica és en les instal·lacions esportives de la universitat, amb una mitjana d'un 1,97 (DE=1,70) en els nois i 1,31 (DE=1,60) en les noies. Només en l'ús d'aquests espais esportius les diferències són estadísticament significatives (Taula 51; Figura 36).

Taula 51. Comparació mitjanes i desviacions estàndards segons lloc habitual de pràctica d'AFE per sexe

	Homes		Dones		χ^2 (gl=4)	p
	Mitjana	DE	Mitjana	DE		
A l'aire lliure	3,43	1,37	3,23	1,60	1,544	0,819
En un club o gimnàs privat	3,09	1,27	3,26	1,40	6,583	0,160
En instal·lacions públiques	2,90	1,70	2,54	1,76	8,338	0,080
A les instal·lacions de la UdG	1,97	1,70	1,31	1,60	18,819	0,001

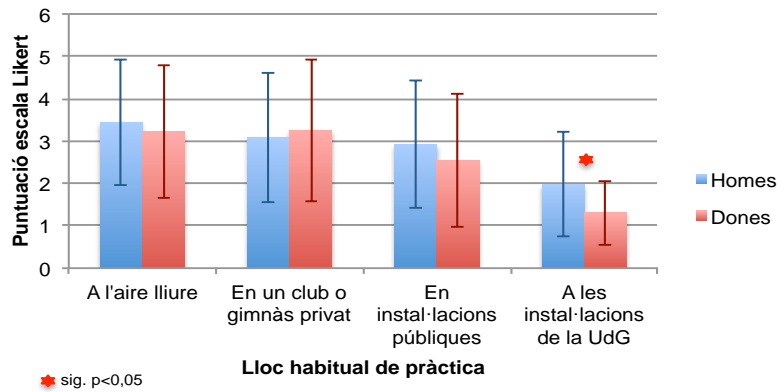


Figura 36. Comparació mitjanes i desviacions estàndards del lloc habitual de pràctica d'AFE per sexe

Tant els nois com les noies declaraven practicar més AFE els dies feiners, amb una mitjana, en l'escala Likert de 5 punts, molt similar 4,10 (DE=1,06) i 4,11 (DE=1,22), respectivament. La pràctica per vacances és la que obté menor puntuació mitjana, i és menor en les noies (ME=2,94; DE=1,33) que en els nois (ME=3,39; DE=1,33). La pràctica els caps de setmana és la segona opció tant en els nois (ME=3,79; DE=1,29) com en les noies (ME=3,06; DE=1,42) i és l'única que presenta diferències estadísticament significatives (Taula 52; Figura 37).

Taula 52. Comparació de mitjanes i desviacions estàndards sobre quan practiquen AFE per sexe

	Homes		Dones		χ^2 (gl=4)	p
	Mitjana	DE	Mitjana	DE		
Els dies feiners	4,10	1,06	4,11	1,22	5,146	0,273
Els caps de setmana	3,79	1,29	3,06	1,42	12,99	0,011
Per vacances	3,39	1,31	2,94	1,33	5,998	0,199

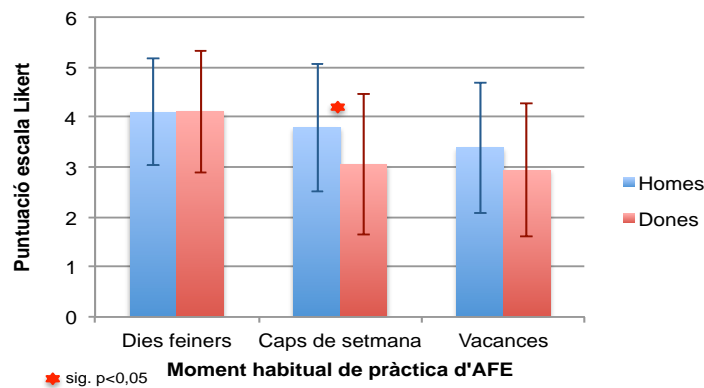


Figura 37. Comparació de mitjanes i desviacions estàndards sobre quan practiquen AFE per sexe

Els homes es decanten més per l'exercici planificat, amb una mitjana, en l'escala Likert de 5 punts, de 3,68 (DE=1,45) i les dones per l'activitat física lliure (ME=3,57; DE=1,24), però en cap cas la diferència és estadísticament significativa (Taula 53; Figura 38).

Taula 53. Comparació de mitjanes i desviacions estàndard per tipologia de pràctica d'AFE per sexe

	Homes		Dones		χ^2 (gl=4)	p
	Mitjana	DE	Mitjana	DE		
Exercici planificat	3,68	1,45	3,20	1,69	7,62	0,107
Activitat física	3,39	1,29	3,58	1,24	1,588	0,811

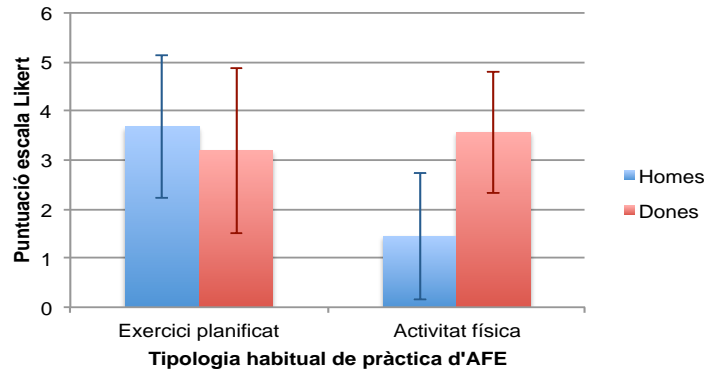


Figura 38. Comparació de mitjanes i desviacions estàndard per tipologia de pràctica d'AFE per sexe

Per últim, se'ls preguntava respecte al canvi d'hàbits de pràctica fisicoesportiva des de l'accés a la. Un 49,7% (n=89) manifestaven fer més o menys la mateixa activitat física que abans d'accedir a la universitat, un 26,3% (n=47) declaraven haver disminuït el nivell de pràctica i un 24,0% (n=43) haver-la augmentat. Són els homes els que declaraven, en major percentatge, tant haver-la disminuït (27,3%, n=27) com haver-la augmentat (25,3%, n=25), però sense diferències estadísticament significatives (Taula 54; Figura 39).

Taula 54. Distribució de la mostra segons nivell d'AFE des de l'accés a la universitat segons sexe

	Ha disminuït n (%)	Més o menys n (%)	Ha augmentat n (%)	χ^2 (gl=2)	p
Homes	27 (27,3)	47 (47,5)	25 (25,3)	0,451	0,798
Dones	20 (25,0)	42 (52,5)	18 (22,5)		
Total	47 (26,3)	89 (49,7)	43 (24)		

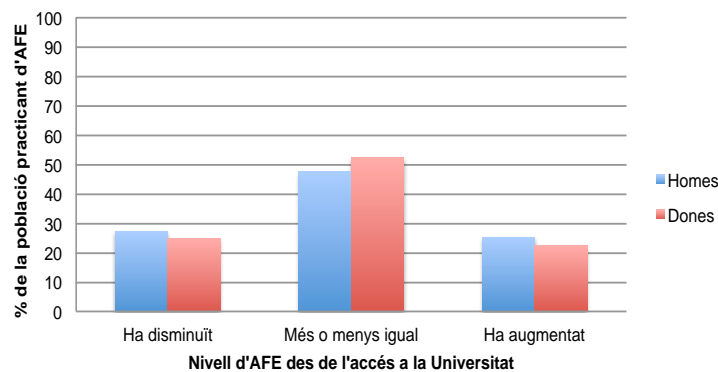


Figura 39. Distribució de la mostra segons nivell d'AFE des de l'accés a la universitat per sexe

Si es considera al total de la població enquestada que manifestava fer o haver fet AFE (n=267), el percentatge que declarava haver-la disminuït s'eleva al 42,0% (n=112), sent superior entre les dones (43,1%, n=56); (Taula 55).

Taula 55. *Distribució de la mostra segons nivell de pràctica d'AFE des de l'accés a la universitat del total de la població estudiada*

	Ha disminuït n (%)	Més o menys n (%)	Ha augmentat n (%)	χ^2 (gl=2)	p
Homes	56 (40,9%)	56 (40,9%)	25 (18,3%)	0,134	0,935
Dones	56 (43,1%)	51 (39,2%)	23 (17,7%)		
Total	112 (42%)	107 (40,1%)	48 (18%)		

A continuació, es presenten els resultats de l'anàlisi factorial dels motius al·ludits per fer AFE. En la Taula 56, es mostren les dades de l'anàlisi factorial amb rotació Varimax. Els ítems es van agrupar en quatre factors esperats amb una variància total del 63,66%. El factor que explica un percentatge més gran de variància total recull els motius relacionats amb la socialització que la pràctica d'AFE proporciona (21,57%), seguit del factor que agrupa els motius relacionats amb la millora o manteniment de la imatge corporal (18,39%), la vivència (13,04%) i, per últim, els que es relacionen amb la salut (10,64%).

Taula 56. *Pesos factorials, valors propis i variància explicada pels motius de pràctica d'AFE*

	Socialització	Imatge corporal	Vivència	Salut
Per conèixer gent	0,742			
Perquè els meus amics ho fan i m'agrada estar amb ells	0,720			
Perquè m'agrada competir	0,720			
Per mantenir la línia		0,799		
Per aprimar-me		0,743		
Per evasió			0,793	
Perquè trobo que és una forma agradable i divertida de passar el temps			0,668	
Per salut				0,824
Perquè m'agrada el contacte amb la natura				0,575
Per fer exercici físic				0,502
Valor pròpi	2,158	1,840	1,305	1,064
% variància	21,575	18,396	13,048	10,642

Els motius relacionats amb la vivència personal que la pràctica d'AF reporta són els que obtenen major puntuació de mitjana de M=4,09 (DE=0,87) en els homes i M=4,18 (DE=0,74) en les dones, però sense diferències significatives (F=0,620; gl=1; p=0,432). En segon lloc, ambdós sexes, manifesten motius relacionats amb la salut amb una mitjana de M=3,93 (DE=0,73) en els homes i M=3,81 (DE=0,80) en les dones, però tampoc existeixen diferències significatives (F=1,011; gl=1; p=0,316). Com a tercer factor més al·ludit pels homes és aquell que recull els motius relacionats amb els aspectes de socialització que la pràctica d'AFE ofereix, amb una mitjana de M=2,74 (DE=1,02), mentre que per les dones són els aspectes relacionats amb la imatge corporal, amb una mitjana de M=2,96 (DE=1,06).

Són significatives les diferències entre sexes en aquests darrers factors, socialització ($F=10,615$; $gl=1$; $p=0,001$) i imatge corporal ($F=18,345$; $gl=1$; $p=0,000$); (Taula 57; Figura 40).

Taula 57. Mitjana i desviacions estàndards dels motius al·ludits pels practicants segons sexe

		Mitjana	DE	Interval confiança per la mitjana al 95%		F (gl=1)	p
				Límit inferior	Límit superior		
Socialització	Homes	2,74	1,02	2,54	2,95	10,615	0,001
	Dones	2,26	0,92	2,06	2,47		
Imatge corporal	Homes	2,29	1,01	2,09	2,49	18,345	0,000
	Dones	2,96	1,06	2,72	3,20		
Vivència	Homes	4,09	0,87	3,91	4,26	0,620	0,432
	Dones	4,18	0,74	4,02	4,35		
Salut	Homes	3,93	0,73	3,78	4,07	1,011	0,316
	Dones	3,81	0,80	3,63	3,99		

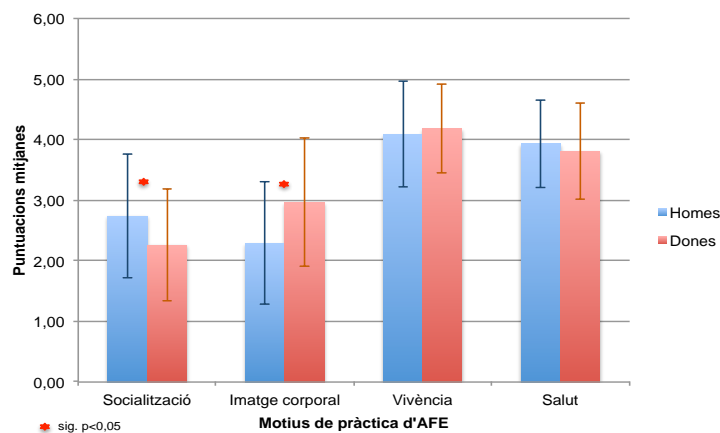


Figura 40. Mitjana i desviacions estàndards dels motius al·ludits pels practicants d'AFE segons sexe

A continuació, es presenten els resultats de l'anàlisi factorial dels motius al·ludits per no practicar AFE. En la Taula 58, es mostren les dades de l'anàlisi factorial amb rotació Varimax. Els ítems es van agrupar en dos factors esperats amb una variància total del 56,99%. El factor que explica un percentatge més gran de variància total recull els motius relacionats amb la manca de temps (32,58%), seguit del factor que agrupa els motius relacionats amb dificultats d'accés a la pràctica siguin econòmics, d'ubicació de les instal·lacions esportives o l'oferta d'horaris (24,41%).

Taula 58. Pesos factorials, valors propis i variància explicada pels motius de no pràctica d'AFE

	Manca temps	Accés a la pràctica
Manca temps	0,879	
Per estudis	0,793	
Ès car		0,800
Instal·lacions esportives llunyanes i manca transport		0,672
Manca horaris compatibles		0,490
Valor pròpi	1,629	1,221
% variància	32,583	24,416

Els motius relacionats amb manca de temps són els que obtenen major puntuació de mitjana de $M=3,60$ ($DE=1,07$) en els homes i $M=3,50$ ($DE=1,13$) en les dones, però sense diferències significatives ($F=0,148$; $gl=1$; $p=0,701$). En segon lloc manifesten motius relacionats amb les dificultats que perceben per accedir a l'oferta amb una mitjana de $M=2,11$ ($DE=0,72$) en els homes i $M=2,62$ ($DE=1,01$) en les dones. En aquest cas existeixen diferències significatives ($F=4,976$; $gl=1$; $p=0,029$); (Taula 59; Figura 41).

Taula 59. Mitjana i desviacions estàndards dels motius al·ludits per no practica AFE

		Mitjana	DE	Interval confiança per la mitjana al 95%		F (gl=1)	p
				Límit inferior	Límit superior		
Manca temps	Homes	3,60	1,07	3,19	4,02	0,148	0,701
	Dones	3,50	1,13	3,12	3,87		
Accés a la pràctica	Homes	2,11	0,72	1,83	2,39	4,976	0,029
	Dones	2,62	1,01	2,28	2,95		

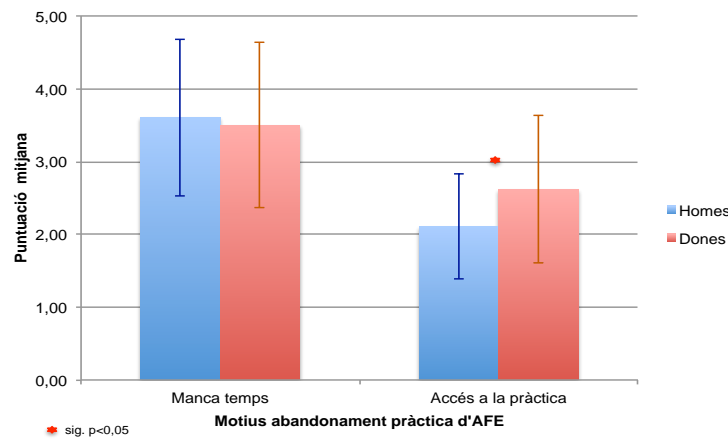


Figura 41. Mitjana i desviacions estàndards dels motius al·ludits per haver abandonat la practica per sexe

Pel que fa als resultats de l'anàlisi factorial dels motius al·ludits per haver abandonat la practicar d'AFE. En la taula següent, es mostren les dades de l'anàlisi factorial amb rotació Varimax. Els ítems es van agrupar en tres factors esperats amb una variància total del 63,09%. El factor que explica un percentatge més gran de variància total recull els motius relacionats amb motius socials (33,02%), seguit del factor que agrupa els motius relacionats amb la mandra i el preu (16,72%) i, per últim, els motius relacionats amb un a percepció negativa de la pròpia competència esportiva i per motius de salut (13,35%); (Taula 60).

Taula 60. Pesos factorials, valors propis i variància explicada pels motius d'abandonament de la pràctica d'AFE

	Motius socials	Mandra i preu	Competència esportiva
No em divertia	0,817		
Els meus amics no en fan	0,783		
No m'agrada l'ambient	0,720		
Per mandra		0,875	
Tinc coses més interessants que fer		-0,716	
És car		0,64	
Per vergonya			0,849
No ho feia bé			0,625
Males experiències			0,584
Per motius de salut			0,582
Valor pròpi	3,302	1,672	1,335
% variància	33,023	16,723	13,35

Els motius relacionats amb la mandra i econòmics són els que obtenen major puntuació de mitjana de $M=3,30$ ($DE=0,77$) en els homes i $M=2,93$ ($DE=0,66$) en les dones, però sense diferències significatives ($F=1,316$; $gl=1$; $p=0,266$). En segon lloc, els homes manifesten motius socials amb una mitjana de $M=2,1$ ($DE=0,96$) mentre que entre les dones és per motius relacionats a una percepció negativa de la pròpia competència esportiva i $M=1,88$ ($DE=0,82$); (Taula 61; Figura 42).

Taula 61. Mitjana i desviacions estàndards dels motius al·ludits per no practicar AFE

		Mitjana	DE	Interval confiança per la mitjana al 95%		F ($gl=1$)	p
				Límit inferior	Límit superior		
Socials	Homes	2,10	0,96	1,40	2,79	1,240	0,278
	Dones	1,71	0,67	1,30	2,12		
Mandra i econòmics	Homes	3,30	0,77	2,74	3,85	1,316	0,266
	Dones	2,93	0,66	2,49	3,38		
Competència esportiva	Homes	1,40	0,66	0,92	2,87	2,280	0,146
	Dones	1,88	0,82	1,38	2,38		

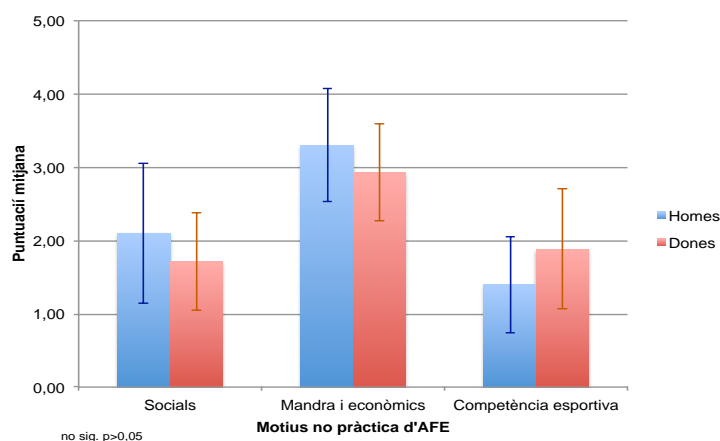
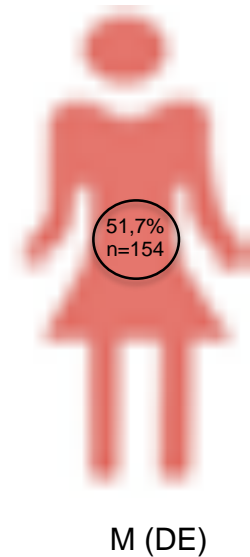
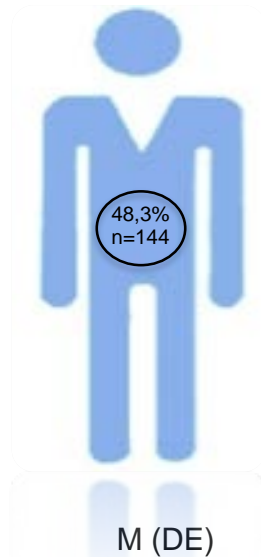
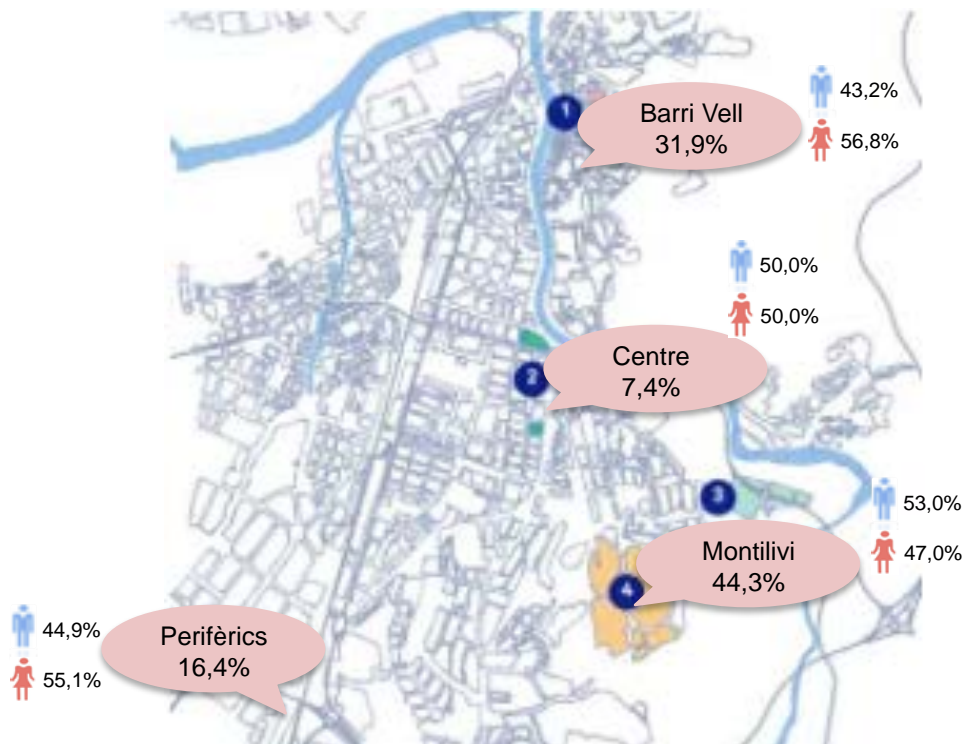


Figura 42. Mitjana i desviacions estàndards dels motius al·ludits per no practicar AFE.

CARACTERÍSTIQUES DE LA MOSTRA

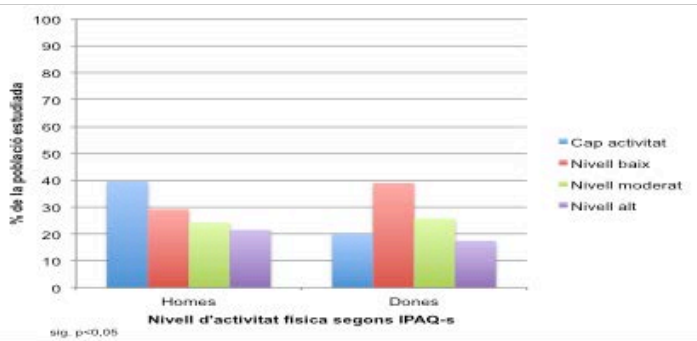


	M (DE)	M (DE)
Edat (anys)	22,39 (3,19)	21,74 (2,59)
Alçada (cm)	179,17 (6,97)	164,98 (6,27)
Pes (kg)	73,59 (10,96)	57,9 (7,52)
Plec greix (mm)	1,53 (0,67)	1,38 (0,55)
IMC	23,00 (5,18)	21,32 (2,68)



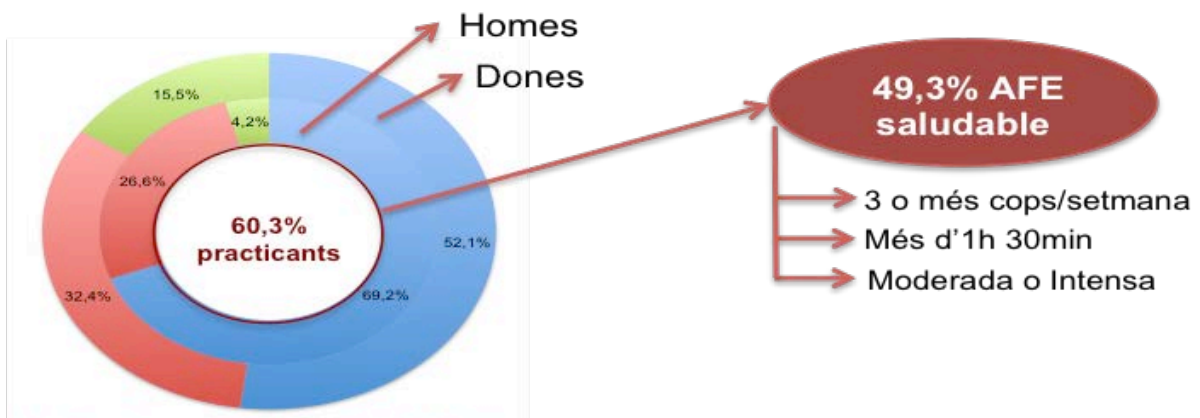
RESULTATS DESCRIPTIUS

ACTIVITAT FÍSICA (IPAQ-S)



29,5% inactius

AFE temps lliure (qüestionari "ad hoc")



Perfils de pràctica d'AFE diferents segons sexe

HOMES



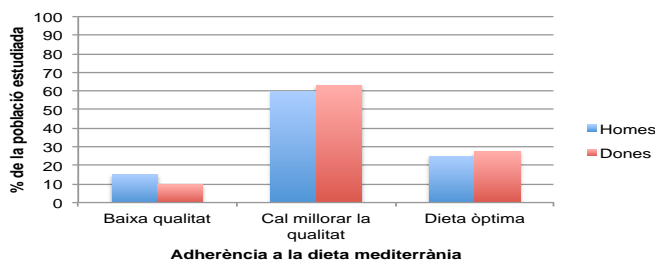
- Esport de competició
- equips federats o amateurs,
- preferentment en espais a l'aire lliure

DONES



- pràctica no competitiva,
- activitats dirigides
- en clubs o gimnasios privats

Adherència dieta mediterrània (Kidmed)



La majoria dels estudiants necessiten millorar la qualitat de la seva dieta

RESULTATS DESCRIPTIUS

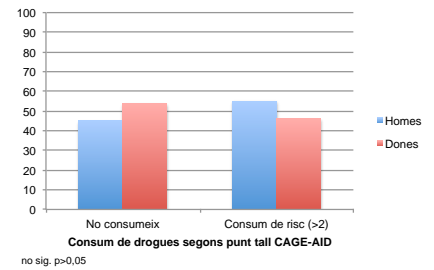
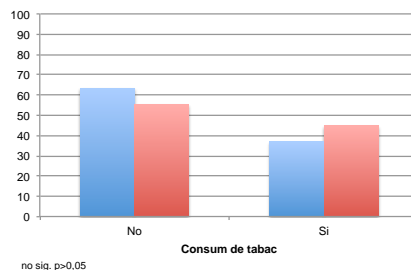
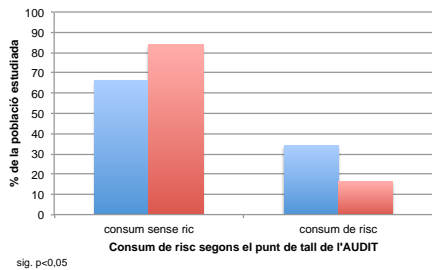
CONSUM DE SUBSTÀNCIES (AUDIT, Fargeström/Glover-Nilsson, CAGE-AID)



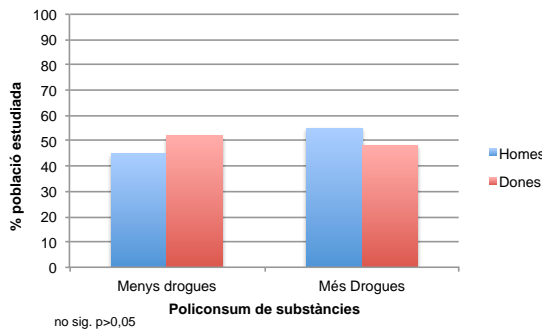
	Si n (%)	No n (%)
Consum alcohol	288 (96,6)	10 (3,4)
Consum tabac	122 (40,9)	176 (59,1)
Consum altres substàncies	150 (50,3)	148 (49,7)

ALCOHOL
Consum de risc
24,8%

ALTRES
Consum de risc
50,3%



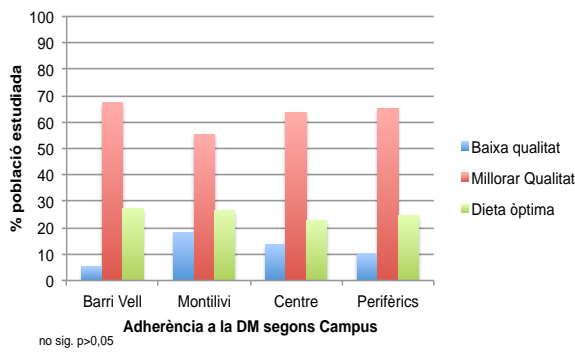
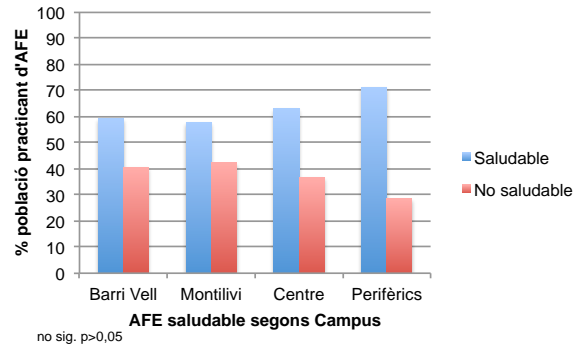
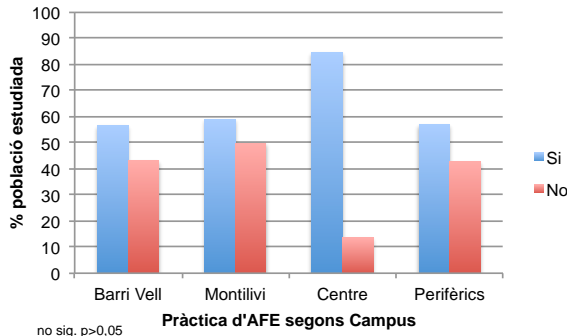
- El consum d'alcohol és molt similar entre els dos sexes
- Els homes beuen amb més freqüència i quantitat
- 22,6% declara fer *binge drinking* al menys 1 cop al mes
- Les dones fumen més que els homes
- Les dones fumen un major nombre de cigarrets al dia
- La dependència física a la nicotina és superior entre les dones
- El consum d'altres substàncies és molt similar entre els dos sexes
- Tots els consumidors fa un consum de risc
- Els homes consumeixen més però sense diferències estadísticament significatives



Els homes presenten un perfil de policonsum superior a les dones

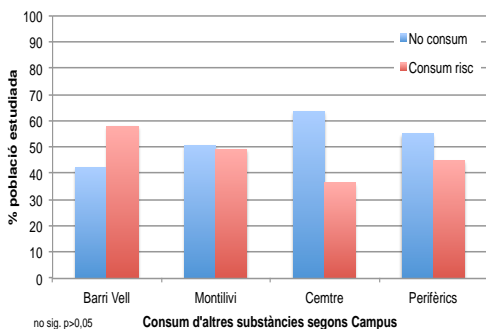
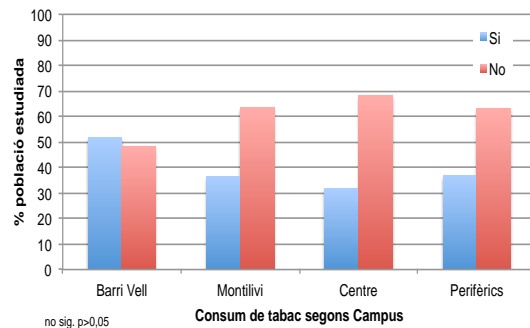
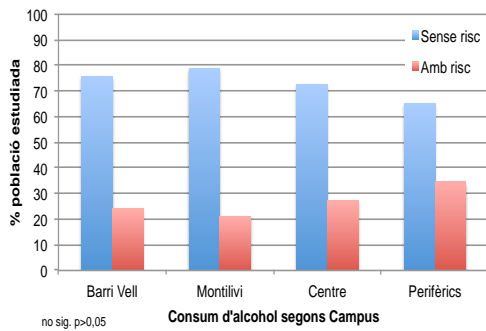
RESULTATS DESCRIPTIUS

DISTRIBUCIÓ VARIABLES SEGONS CAMPUS



Els estudiants del campus Centre són els que més practiquen AFE
Són però, els de les facultats perifèriques els que més compleixen amb les recomanacions de l'OMS

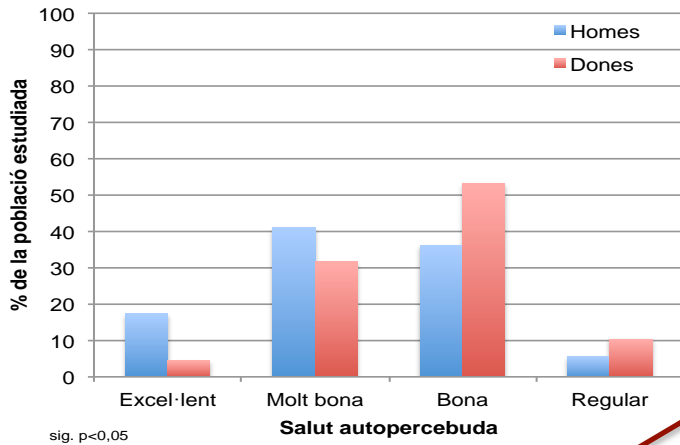
Els estudiants del Barri Vell són els que més s'alimenten seguint els paràmetres de la Dieta Mediterrània



Els estudiants de les facultats perifèriques són els que més fan un consum de risc d'alcohol
Els del Barri Vell són els que més fumen tabac i fan un consum de risc d'altres substàncies

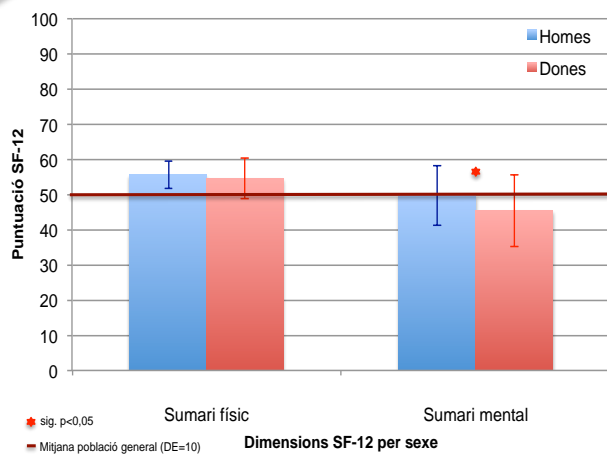
RESULTATS DESCRIPTIUS

Salut autopercebuda (SF-12)



Els homes es perceben amb millor estat de salut que les dones

Sobretot en el sumari mental On la diferència entre sexes és estadísticament significativa



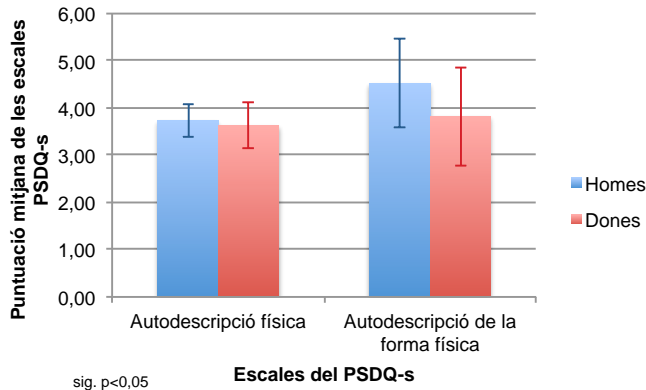
Malgrat tractar-se d'una població jove, mitjana de 22 anys

La puntuació del sumari físic està una mica per sobre la mitjana (50 punts)

La puntuació del sumari mental està per sota la mitjana (50 punts)

RESULTATS DESCRIPTIUS

Autodescripció Física (PSDQ-s)

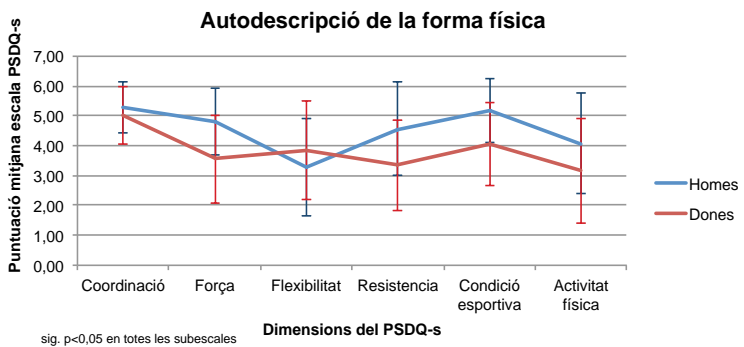
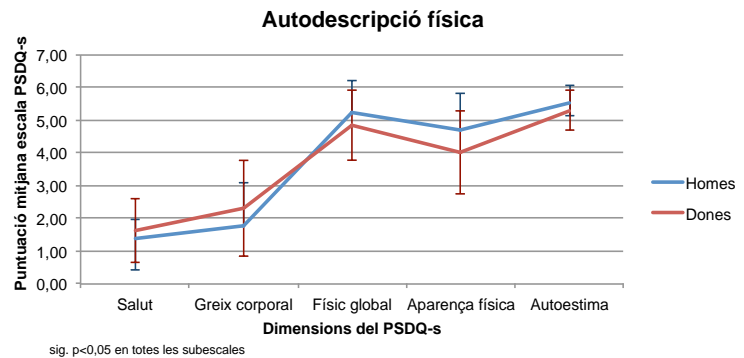


La puntuació dels homes és superior a la de les dones en les dues escales

La diferència de puntuació és superior en l'autodescripció de la forma física

Les diferències són estadísticament significatives en totes les subescales

Sols en flexibilitat les dones es perceben amb major competència que els homes



Capítol 8. Anàlisis descriptives de la variància de les variables principals

1. Autopercepció de la salut

1.1. Anàlisis descriptives de la variància segons nivell d'AF.

L'anàlisi de la variància (ANOVA) de l'autopercepció de la salut segons el nivell d'AF (IPAQ-s) mostra puntuacions lleugerament més altes, tant en el sumari físic (ME=55,96; DE= 4,75) com en el sumari mental (ME=47,96; DE=9,56) en aquells que declaraven no realitzar cap activitat. Les diferències són estadísticament significatives en el sumari físic ($F=2,824$, $gl=3$, $p=0,039$) però no en el sumari mental ($F=0,200$, $gl=3$, $p=0,897$); (Taula 62).

Taula 62. Comparació de les puntuacions mitjanes i desviacions estàndard segons la pràctica d'AF

SF-12	IPAQ	N (298)	Mitjana	DE	Intèrval confiança per la mitjana al 95%		F (gl=3)	p
					Límit inferior	Límit superior		
Sumari Físic	Cap activitat	88	55,96	4,75	54,96	56,97	2,824	0,039
	Nivell baix	102	54,26	5,55	53,17	55,35		
	Nivell moderat	50	55,85	2,69	55,09	56,62		
	Nivell alt	58	54,33	5,11	52,99	55,68		
Sumari Mental	Cap activitat	88	47,96	9,56	45,93	49,99	0,200	0,897
	Nivell baix	102	47,46	9,15	45,67	49,26		
	Nivell moderat	50	47,27	9,02	44,71	49,84		
	Nivell alt	58	46,72	10,76	43,89	49,55		

Els resultats de la prova diferència mínima significativa (DSM LSD) permet comparar tots els pars de mitjana mostrals amb un estadístic i decidir, en funció d'aquesta comparació, si les mitjanes poblacionals corresponents són estadísticament diferents o no. Aquesta prova permet identificar les diferències significatives petites, quan la seva significació és real, encara que es tinguin poques observacions en cada tractament (Taula 63).

Taula 63. Prova diferència mínima significativa entre el SF-12 i l'IPAQ-s

SF-12	IPAQ-s		Diferències mitjanes	Error típic	p
Sumari físic	Cap activitat	Nivell baix	1,795	0,705	0,016 *
		Nivell moderat	0,114	0,858	0,894
		Nivell alt	1,629	0,820	0,048 *
	Nivell baix	Cap activitat	-1,705	0,705	0,016 *
		Nivell moderat	-1,591	0,837	0,580
		Nivell alt	-0,076	0,797	0,924
	Nivell moderat	Cap activitat	-0,114	0,858	0,894
		Nivell baix	1,591	0,837	0,058
		Nivell alt	1,515	0,935	0,106
	Nivell alt	Cap activitat	-1,629	0,820	0,048 *
		Nivell baix	0,076	0,797	0,924
		Nivell moderat	-1,515	0,935	0,106
Sumari mental	Cap activitat	Nivell baix	0,496	1,394	0,722
		Nivell moderat	0,686	1,697	0,686
		Nivell alt	1,236	1,621	0,446
	Nivell baix	Cap activitat	-0,496	1,394	0,722
		Nivell moderat	0,189	1,654	0,909
		Nivell alt	0,740	1,576	0,639
	Nivell moderat	Cap activitat	-0,686	1,697	0,686
		Nivell baix	0,189	1,654	0,909
		Nivell alt	0,550	1,849	0,766
	Nivell alt	Cap activitat	-1,236	1,621	0,446
		Nivell baix	-0,740	1,576	6,639
		Nivell moderat	-0,550	1,849	0,766

* sig. $p < 0,05$

Aquesta prova mostra que les diferències s'observen en el sumari físic, entre els que no practiquen cap activitat física i els que s'han classificat amb un nivell baix (ME=1,795; DE=0,705; $p=0,016$) i entre els que no practiquen cap activitat física i els classificats amb un nivell alt (ME=1,629; DE=0,820; $p=0,048$); (Figura 43).

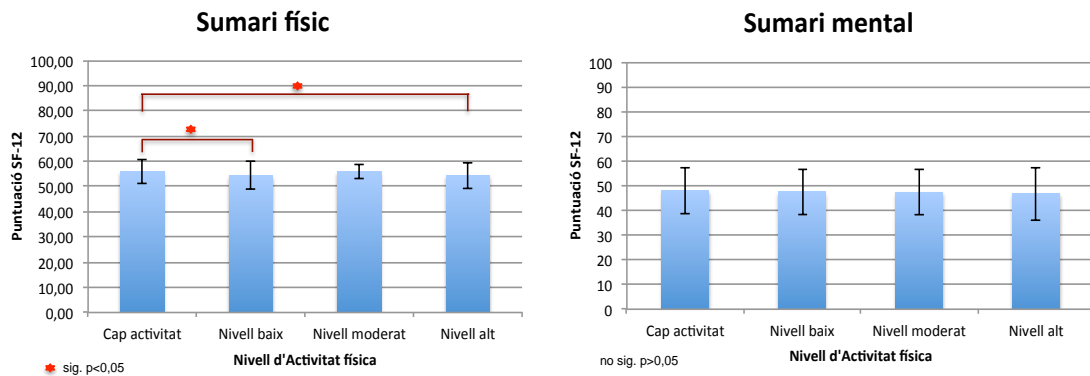


Figura 43. Comparació puntuacions mitjanes i desviacions estàndards segons el nivell d'AF

1.2. Anàlisis descriptives de la variància segons la pràctica d'AFE en el temps lliure

L'anàlisi de la variància (ANOVA) de l'autopercepció de la salut segons el nivell d'AFE en el temps de lliure (qüestionari ad hoc) mostra puntuacions més altes tant en el sumari físic (ME=55,57; DE= 4,27) com en el mental (ME=48,43; DE=9,21) en aquells que declaraven fer AFE en el temps lliure. Les diferències són estadísticament significatives en el sumari físic ($F=5,320$, $gl=1$, $p=0,022$) i en el sumari mental ($F=4,966$, $gl=1$, $p=0,027$); (Taula 64; Figura 44).

Taula 64. Puntuacions mitjanes i desviacions estàndards de l'autopercepció de la salut segons la pràctica d'AFE en el temps lliure

SF-12	AFE	N (298)	Mitjana	DE	Intèrval confiança per la mitjana al 95%		F (gl=1)	p
					Límit inferior	Límit superior		
Sumari Físic	Si	179	55,57	4,27	54,94	56,20	5,320	0,022
	No	119	54,25	5,64	53,22	55,27		
Sumari Mental	Si	179	48,43	9,21	47,07	49,79	4,966	0,027
	No	119	45,93	9,88	44,14	47,93		

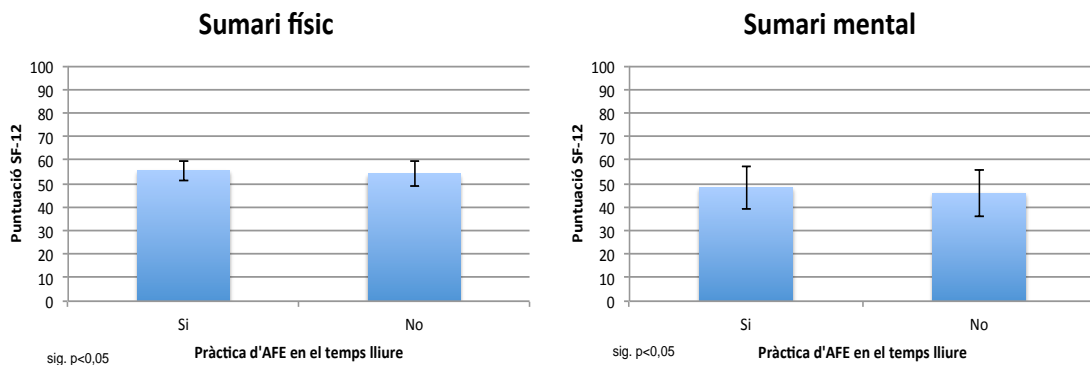


Figura 44. Puntuacions mitjanes i desviacions estàndards de l'autopercepció de la salut segons la pràctica d'AFE en el temps lliure

Si es considera les característiques de la pràctica, les diferències no són significatives en el sumari físic ni en el mental, en funció de quina sigui la freqüència, la duració i la intensitat habitual de la pràctica d'AFE (Taula 65; Figura 45).

Taula 65. Puntuacions mitjanes del sumari físic i mental segons característiques de la pràctica

SF-12	Freqüència	n (179)	Mitjana	DE	Interval confiança per mitjana al 95%		F (gl=2)	p
					Limit inferior	Limit superior		
Sumari físic	Esporàdicament	10	56,01	2,73	54,05	57,96	0,247	0,781
	1 o 2 cops/set	56	55,25	4,45	54,06	56,45		
	més 3 cops/set	113	55,69	4,29	54,88	56,49		
Sumari mental	Esporàdicament	10	49,48	6,56	44,79	54,18	0,141	0,868
	1 o 2 cops/set	56	48,75	9,41	46,23	51,27		
	més 3 cops/set	113	48,17	9,36	46,43	49,92		

Duració		n	Mitjana	DE	Interval confiança per mitjana al 95%		F	p
Sumari físic	Sumari mental				Limit inferior	Limit superior		
Sumari físic	de 30 min a 1:30h	89	55,55	4,67	54,56	56,53	0,004	0,948
	Més 1:30h	90	55,59	3,84	54,78	56,39		
Sumari mental	de 30 min a 1:30h	89	47,60	9,36	45,63	49,58	1,419	0,235
	Més 1:30h	90	49,24	9,02	47,35	51,13		

Intensitat		n	Mitjana	DE	Interval confiança per mitjana al 95%		F	p
Sumari físic	Sumari mental				Limit inferior	Limit superior		
Sumari físic	Lleugera	14	54,31	5,63	51,05	57,56	1,785	0,171
	Moderada	107	55,31	4,55	54,44	56,18		
	Intensa	58	56,35	3,15	55,52	57,18		
Sumari mental	Lleugera	14	48,60	9,75	42,97	54,23	0,505	0,605
	Moderada	107	47,88	9,50	46,06	49,70		
	Intensa	58	49,39	8,58	47,13	51,65		

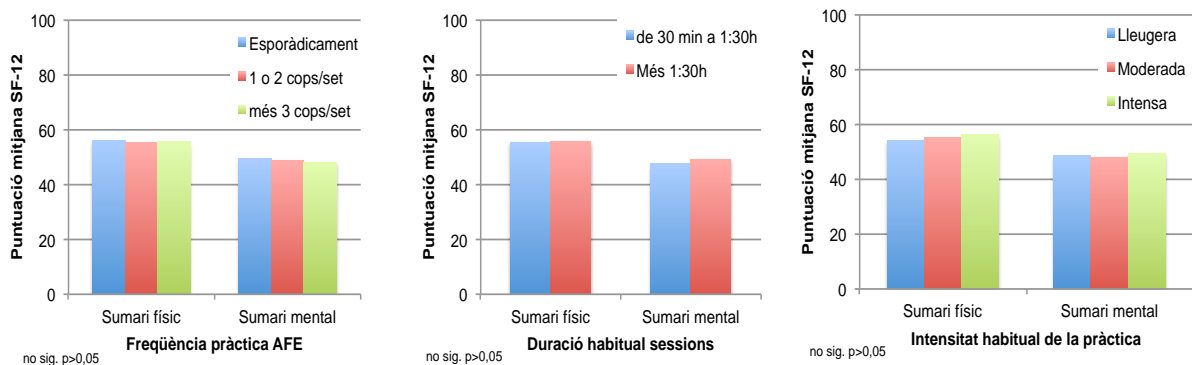


Figura 45. Puntuacions mitjanes del SF-12 segons freqüència, duració i intensitat de la pràctica d'AFE

1.3. Anàlisis descriptives de la variància segons l'adherència a la dieta mediterrània

L'anàlisi de la variància (ANOVA) de l'autopercepció de la salut segons l'adherència a la dieta mediterrània (test KIDMED) mostra puntuacions lleugerament més altes en el sumari físic (ME=55,49; DE= 4,38) i en el sumari mental (ME=48,01; DE=9,16) en aquells que presenten una dieta òptima però sense diferències estadísticament significatives ni en el sumari físic (F=1,694, gl=1, p=0,186) ni en el mental (F=0,291, gl=1, p=0,748); (Taula 66; Figura 46).

Taula 66. Puntuacions mitjanes i desviacions estàndard de l'autopercepció de la salut segons l'adherència a la dieta mediterrània

SF-12	KIDMED	N (298)	Mitjana	DE	Intèrval confiança per la mitjana al 95%		F (gl=2)	p
					Límit inferior	Límit superior		
Sumari Físic	Baixa qualitat	37	53,73	5,89	51,76	55,69	1,694	0,186
	Millorar qualitat	183	55,12	4,86	54,41	55,83		
	Dieta òptima	78	55,49	4,38	54,50	56,47		
Sumari Mental	Baixa qualitat	37	47,88	9,38	44,75	51,01	0,291	0,748
	Millorar qualitat	183	47,10	9,77	45,68	48,53		
	Dieta òptima	78	48,01	9,16	45,94	50,07		

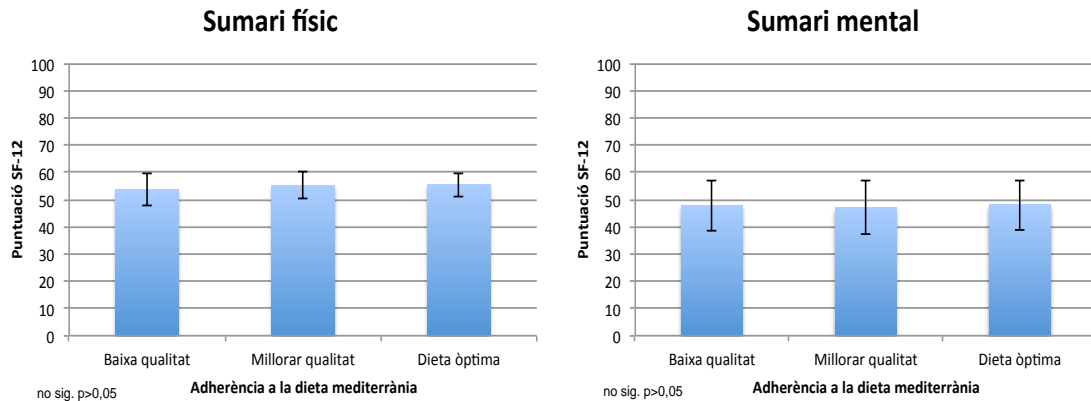


Figura 46. Puntuacions mitjanes i desviacions estàndard de l'autopercepció de la salut segons l'adherència a la DM

1.4. Anàlisis descriptives de la variància segons el consum de substàncies

L'anàlisi de la variància (ANOVA) mostra diferències estadísticament significatives entre els grups de risc de consum d'alcohol (n=74; 24,8%) en el sumari de salut física (F=0,042, gl=1, p=0,381) i salut mental (F=0,071, gl=1, p=0,338) del SF-12.

L'autopercepció de la salut, tenint en compte el consum de risc d'alcohol (segons el punt de tall de l'AUDIT), mostra puntuacions mitjanes en el sumari físic (ME=54,61; DE=5,93) i en el sumari mental (ME=46,51; DE=10,22) lleugerament inferiors en els consumidors de risc, però sense diferències estadísticament significatives ni en el sumari físic (F=0,042, gl=1, p=0,381) ni en el mental (F=0,071, gl=1, p=0,338); (Taula 67; Figura 47).

Taula 67. Puntuacions mitjanes i desviacions estàndard de l'autopercepció de la salut segons el consum de risc d'alcohol

SF-12	AUDIT	N (298)	Mitjana	DE	Intèrval confiança per la mitjana al 95%		F (gl=1)	p
					Límit inferior	Límit superior		
Sumari Físic	sense risc	224	55,19	4,50	54,59	49,05	0,042	0,381
	amb risc	74	54,61	5,93	53,24	48,91		
Sumari Mental	sense risc	224	47,74	9,32	46,51	55,89	0,071	0,338
	amb risc	74	46,51	10,22	44,14	55,78		

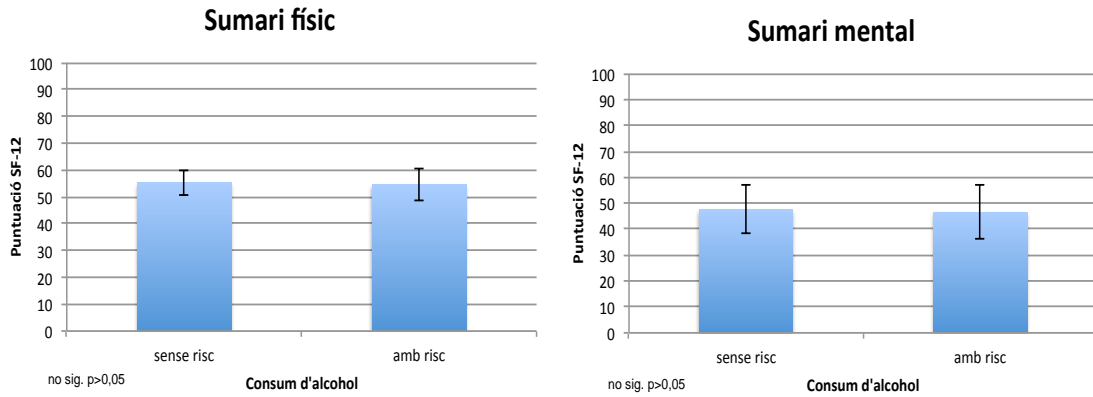


Figura 47. Puntuacions mitjanes i desviacions estàndard de l'autopercepció de la salut segons el consum de risc d'alcohol

L'anàlisi de la variància (ANOVA) de l'autopercepció de la salut segons el consum de tabac, no mostra diferències estadísticament significatives en el sumari físic ($F=0,890$, $gl=1$, $p=0,369$) ni en el mental ($F=2,232$, $gl=1$, $p=0,136$), sent les mitjanes d'ambdós sumaris una mica més baixes en aquells que declaraven consumir tabac ($n=122$; 40,9%); (Taula 68; Figura 48).

Taula 68. Puntuacions mitjanes i desviacions estàndard de l'autopercepció de la salut segons el consum de tabac

SF-12	Consum de tabac	N (298)	Mitjana	DE	Intèrval confiança per la mitjana al 95%		F (gl=1)	p
					Límit inferior	Límit superior		
Sumari Físic	No	176	55,26	4,25	54,62	55,89	0,890	0,369
	Si	122	54,74	5,70	53,72	55,80		
Sumari Mental	No	176	48,12	8,61	46,84	49,40	2,232	0,136
	Si	122	46,44	10,71	44,52	48,36		

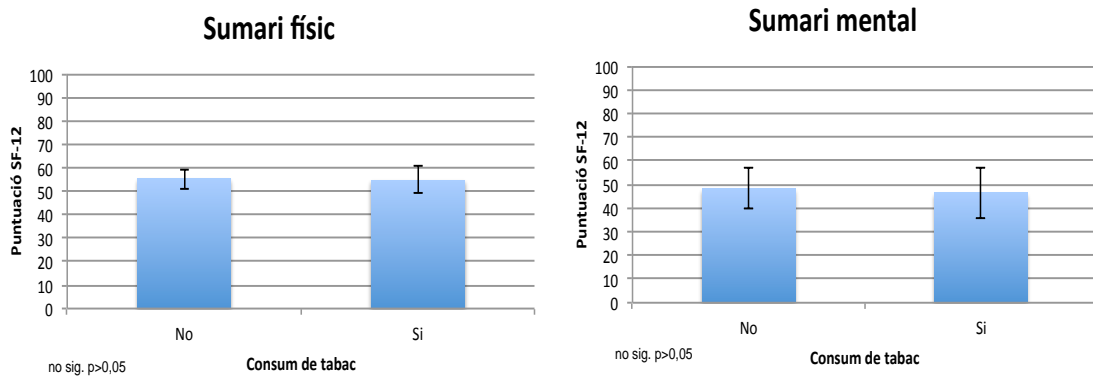


Figura 48. Puntuacions mitjanes i desviacions estàndard de l'autopercepció de la salut segons el consum de tabac

L'anàlisi de la variància (ANOVA) de l'autopercepció de la salut, segons el consum de risc en drogues (punt de tall del CAGE-AID), no mostra diferències estadísticament significatives en cap dels dos sumaris. Les mitjanes de les puntuacions són molt similars tant en el sumari físic com en el mental en ambdós grups (Taula 69; Figura 49).

Taula 69. Puntuacions mitjanes i desviacions estàndard de l'autopercepció de la salut segons el consum de risc de drogues

SF-12	Cribat CAGE	N (298)	Mitjana	DE	Intèrval confiança per la mitjana al 95%		F (gl=1)	p
					Límit inferior	Límit superior		
Sumari Físic	No consumeix	148	55,12	4,76	54,35	55,89	0,071	0,789
	Consum de risc (>2)	150	54,97	5,04	54,16	55,78		
Sumari Mental	No consumeix	148	47,55	9,27	46,04	49,05	0,042	0,838
	Consum de risc (>2)	150	47,32	9,84	45,73	48,91		

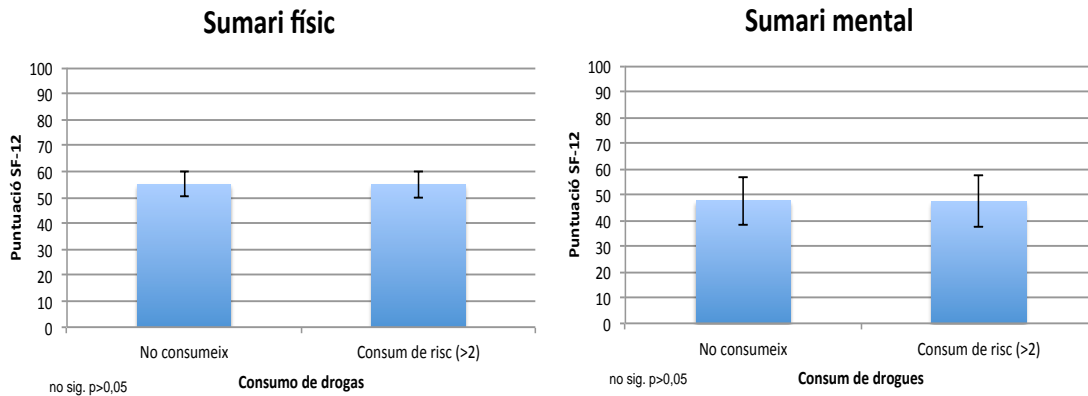


Figura 49. Puntuacions mitjanes i desviacions estàndard de l'autopercepció de la salut segons consum de risc de drogues

1.5. Anàlisis descriptives de la variància segons el campus

L'anàlisi de la variància (ANOVA) de l'autopercepció de la salut dels participants en l'estudi, mostra puntuacions més altes en els que estudien en el Barri Vell, en el sumari físic (ME=55,34; DE=4,45) i en els estudiants del Campus Centre en el sumari mental (ME=52,11; DE=6,61). Al contrari, aquestes dades s'inverteixen si s'analitza aquells que presenten puntuacions més baixes en el sumari físic sent els que pertanyen al campus Centre amb una mitjana de 53,90 (DE=6,11) i els del Barri Vell en el sumari mental, amb una mitjana de 45,09 (DE=10,57). En el sumari físic les diferències no són estadísticament significatives (F=0,506, gl=3, p=0,678) però sí en el sumari mental (F=4,138, gl=3, p=0,007); (Taula 70).

Taula 70. Puntuacions mitjanes i desviacions estàndard de l'autopercepció de la salut segons campus

SF-12	Campus	N (298)	Mitjana	DE	Intèrval confiança per la mitjana al 95%		F (gl=3)	p
					Límit inferior	Límit superior		
Sumari Físic	Barri Vell	95	55,34	4,45	54,43	56,24	0,506	0,678
	Montilivi	132	55,04	4,87	54,20	55,88		
	Centre	22	53,90	6,11	51,19	56,62		
	Perifèrics	49	54,99	5,25	53,48	56,50		
Sumari Mental	Barri Vell	95	45,09	10,57	42,94	47,24	4,138	0,007
	Montilivi	132	47,93	9,13	46,36	49,50		
	Centre	22	52,11	6,61	49,18	55,04		
	Perifèrics	49	48,54	8,68	46,04	51,03		

Els resultats de la prova ANOVA entre el sumari físic i mental i el Campus (Barri Vell, Montilivi, Centre i Perifèrics) permeten rebutjar la hipòtesi nul·la d'igualtat de mitjanes. En la Taula 71 es mostren els resultats del test Bonferroni per comparacions múltiples amb els

diferents contrastos per cada nivell de la variable Campus. Les dades mostren que la diferència estadísticament significativa en el sumari mental existeix entre els estudiants que pertanyen als Campus de Barri Vell i Centre.

Taula 71. Comparacions parcials múltiples, test Bonferroni

SF-12	Campus		Diferències mitjanes	Error típic	p
Sumari Físic	Barri Vell	Montilivi	0,292	0,662	1,000
		Centre	1,499	1,211	1,000
		Perifèrics	0,521	0,878	1,000
	Montilivi	Barri Vell	-0,292	0,662	1,000
		Centre	1,207	1,181	1,000
		Perifèrics	0,228	0,836	1,000
	Centre	Barri Vell	-0,149	1,211	1,000
		Montilivi	-1,207	1,181	1,000
		Perifèrics	-0,978	1,314	1,000
	Perifèrics	Barri Vell	-0,521	0,878	1,000
		Montilivi	-0,228	0,836	1,000
		Centre	0,978	1,314	1,000
Sumari Mental	Barri Vell	Montilivi	-0,283	1,269	0,157
		Centre	-7,014	2,322	0,016
		Perifèrics	-3,580	1,683	0,206
	Montilivi	Barri Vell	2,837	1,269	0,157
		Centre	-4,177	2,264	0,397
		Perifèrics	-0,742	1,603	1,000
	Centre	Barri Vell	7,014	2,322	0,016
		Montilivi	4,177	2,264	0,397
		Perifèrics	3,434	2,519	1,000
	Perifèrics	Barri Vell	3,580	1,683	0,206
		Montilivi	0,742	1,603	1,000
		Centre	-3,434	2,519	1,000

sig. p <0,05

Els resultats mostren una diferència estadísticament significativa en la variable sumari mental en la puntuació mitjana observada entre els del Barri Vell i Centre (ME=-7,014; DE=2,322; p=0,016); (Figura 50).

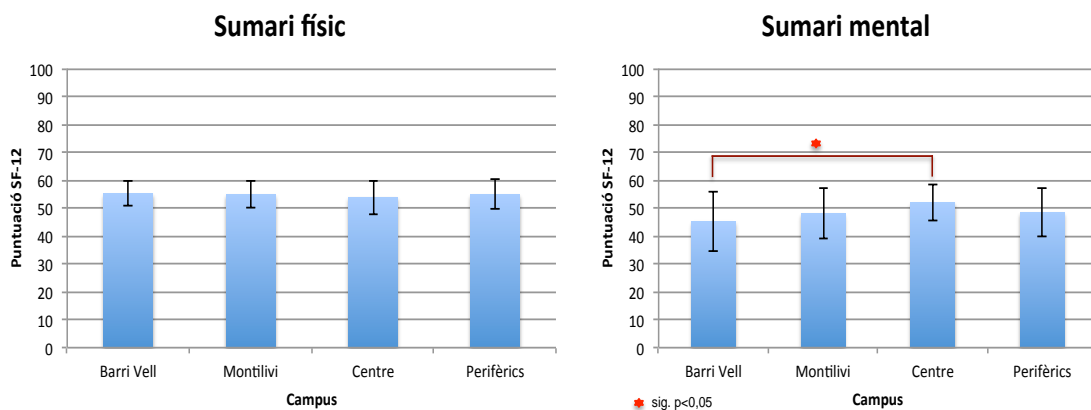


Figura 50. Puntuacions mitjanes i desviacions estàndard de l'autopercepció de la salut segons campus

2. Autodescripció física i de la forma física

2.1. Anàlisis descriptives de la variància segons nivell d'AF

L'anàlisi de la variància (ANOVA) de l'autodescripció física segons el nivell d'AF (IPAQ-s) mostra puntuacions més altes, tant el físic (ME=3,72; DE=0,35) com en el de la forma física (ME=4,59; DE=0,96) entre aquells que declaraven no fer cap activitat física, però sense diferències estadísticament significatives en el primer (F=0,630, gl=3, p=0,596) però sí en la segona (F=15,799, gl=3, p=0,000); (Taula 72).

Taula 72. Puntuacions mitjanes i desviacions estàndard de l'autodescripció física i de la forma física segons la pràctica d'AF

PSDQ-s	IPAQ-s	N (298)	Mitjana	DE	Interval confiança per mitjana al 95%		F (gl=1)	p
					Límit inferior	Límit superior		
Autodescripció física	Cap activitat	88	3,72	0,35	3,65	3,80	0,630	0,596
	Nivell baix	102	3,65	0,45	3,56	3,73		
	Nivell moderat	50	3,67	0,44	3,55	3,80		
	Nivell alt	58	3,64	0,47	3,51	3,76		
Autodescripció forma física	Cap activitat	88	4,59	0,96	4,38	4,79	15,799	0,000
	Nivell baix	102	3,68	1,00	3,49	3,88		
	Nivell moderat	50	4,02	0,95	3,75	4,29		
	Nivell alt	58	4,48	1,00	4,21	4,74		

Els resultats de la prova ANOVA entre el PSDQ-s i la pràctica d'activitat física (cap activitat, nivell baix, moderat o alt) permeten rebutjar la hipòtesi nul·la d'igualtat de mitjanes. En la Taula 73 es mostren els resultats del test Bonferroni per comparacions múltiples amb els diferents contrastos per cada nivell de la variable IPAQ-s.

Taula 73. Comparacions parcials múltiples, test Bonferroni

PSDQ-s	IPAQ-s		Diferències mitjanes	Error típic	p
Autodescripció física	Cap activitat	Nivell baix	0,075	0,062	1,000
		Nivell moderat	0,047	0,076	1,000
		Nivell alt	0,082	0,072	1,000
	Nivell baix	Cap activitat	-0,075	0,062	1,000
		Nivell moderat	-0,028	0,074	1,000
		Nivell alt	0,006	0,070	1,000
	Nivell moderat	Cap activitat	-0,047	0,076	1,000
		Nivell baix	0,028	0,074	1,000
		Nivell alt	0,034	0,082	1,000
	Nivell alt	Cap activitat	-0,082	0,072	1,000
		Nivell baix	-0,006	0,070	1,000
		Nivell moderat	-0,034	0,082	1,000
Autodescripció forma física	Cap activitat	Nivell baix	0,904	0,143	0,000 *
		Nivell moderat	0,570	0,174	0,007 *
		Nivell alt	0,111	0,166	1,000
	Nivell baix	Cap activitat	-0,904	0,143	0,000 *
		Nivell moderat	-0,333	0,170	0,305
		Nivell alt	-0,793	0,162	0,000 *
	Nivell moderat	Cap activitat	-0,570	0,174	0,007 *
		Nivell baix	0,333	0,170	0,305
		Nivell alt	-0,459	0,190	0,098
	Nivell alt	Cap activitat	-0,111	0,166	1,000
		Nivell baix	0,793	0,162	0,000 *
		Nivell moderat	0,459	0,190	0,098

sig. p <0,05

Els resultats mostren que les diferències estadísticament significatives en la forma física s'observen entre aquells que no realitzen cap activitat física i els que s'han classificat en un nivell baix (ME=0,904; DE=0,143; p=0,000) i els classificats en un nivell moderat (ME=0,570;

DE=0,174; p=0,000) i entre els de nivell baix i els que s'han classificat en un nivell alt (ME=-0,793; DE=0,162; p=0,000); (Figura 51).

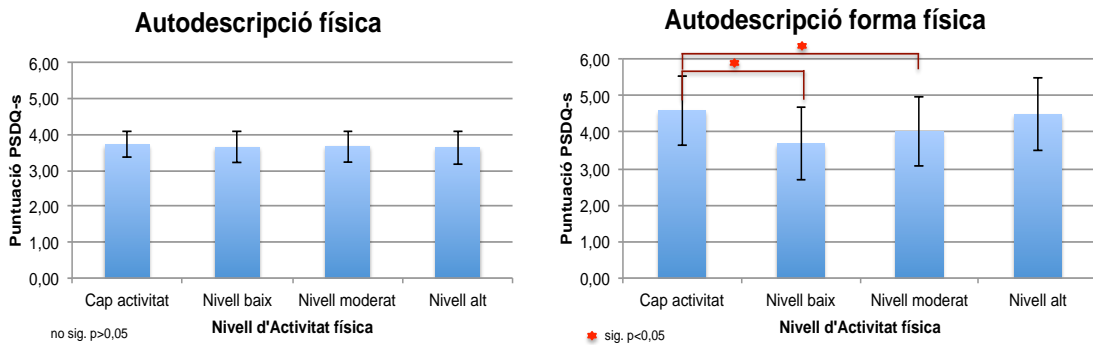


Figura 51. Puntuacions mitjanes i desviacions estàndard de l'autodescripció física i forma física segons pràctica d'AFE

2.2. Anàlisis descriptives de la variància segons la pràctica d'AFE en el temps lliure

L'anàlisi de la variància (ANOVA) de l'autodescripció física segons el nivell d'AFE en el temps lliure (qüestionari ad hoc) mostra puntuacions lleugerament més altes, en l'autodescripció física (ME=3,72; DE=0,41), i bastant més elevades en la forma física (ME=4,64; DE=0,81) en aquells que declaraven fer AFE en el temps de lliure, sent les diferències estadísticament significatives en ambdues escales, F=6,846, gl=1, p=0,009 i F=133,626, gl=1, p=0,000, respectivament (Taula 74; Figura 52).

Taula 74. Puntuacions mitjanes i desviacions estàndard de l'autodescripció física i de la forma física segons la pràctica d'AFE en el temps lliure

PSDQ-s	AFE	N (298)	Mitjana	DE	Interval confiança per mitjana al 95%		F (gl=1)	p
					Límit inferior	Límit superior		
Autodescripció física	Si	179	3,72	0,41	3,66	3,78	6,846	0,009
	No	119	3,59	0,44	3,51	3,67		
Autodescripció forma física	Si	179	4,64	0,81	4,52	4,76	133,626	0,000
	No	119	3,44	0,96	3,26	3,62		

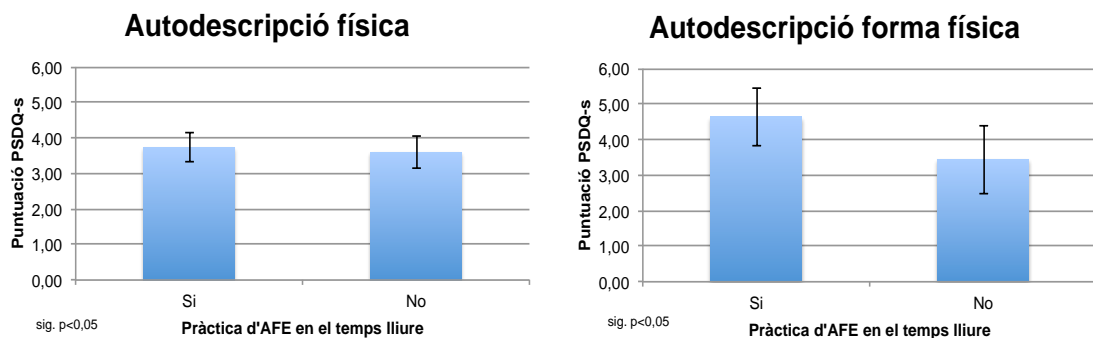


Figura 52. Puntuacions mitjanes i desviacions estàndard de l'autodescripció física i de la forma física segons la pràctica d'AFE en el temps lliure.

Els resultats mostren que l'autodescripció física i de la forma física milloren amb la pràctica d'AFE. En el cas dels homes les diferències són estadísticament significatives en ambdues escales i en les dones sols en l'autodescripció de la forma física (Taula 75; Figura 53).

Taula 75. Puntuacions mitjanes i desviacions estàndard de l'autodescripció física i de la forma física segons sexe

Sexe	PSDQ-s	AFE	n (298)	Mitjana	DE	Interval confiança per mitjana al 95%		F (gl=1)	p
						Límit inferior	Límit superior		
Homes	Autodescripció física	Si	99	3,78	0,32	3,71	3,84	6,418	0,012
		No	45	3,62	0,37	3,51	3,74		
	Autodescripció forma física	Si	99	4,89	0,68	4,76	5,03	70,500	0,000
		No	45	3,72	0,95	3,43	4,00		
Dones	Autodescripció física	Si	80	3,66	0,49	3,55	3,77	1,112	0,293
		No	74	3,57	0,48	3,46	3,68		
	Autodescripció forma física	Si	80	4,33	0,85	4,14	4,52	53,294	0,000
		No	74	3,27	0,94	3,05	3,49		

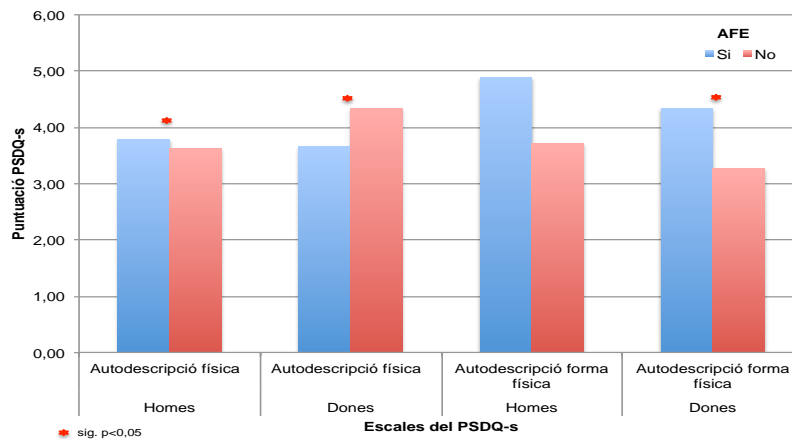


Figura 53. Puntuacions mitjanes i desviacions estàndard de l'autodescripció física i de la forma física segons sexe

Si s'analitzen les diferències segons les subescales, com es pot observar en la Taula 76, els practicants d'activitat física presenten, de manera estadísticament significativa, puntuacions més altes que els seus companys inactius, a excepció d'en flexibilitat. Les diferències obtingudes són superiors en els subdominis relacionats amb les capacitats físiques que en els aspectes relacionats amb la imatge, la salut i l'autoestima (Figura 54).

Taula 76. Puntuació mitjana i desviació estàndard de les subescales segons la pràctica d'AFE

PSDQ-s	Pràctica AFE	Núm.	Mitjana	DE	Interval confiança per mitjana al 95%		F	p
					Límit inferior	Límit superior		
salut	Si	179	1,37	0,63	1,28	1,47	12,395	0,000
	No	119	1,71	1,03	1,53	1,90		
greix corporal	Si	179	1,88	1,37	1,68	2,09	5,841	0,016
	No	119	2,29	1,49	2,02	2,56		
físic global	Si	179	5,30	0,83	5,18	5,43	30,382	0,000
	No	119	4,65	1,20	4,43	4,87		
aparença física	Si	179	4,50	1,17	4,33	4,68	7,706	0,006
	No	119	4,41	1,31	3,86	4,34		
autoestima	Si	179	5,55	0,48	5,48	5,63	27,833	0,000
	No	119	5,21	0,64	5,09	5,33		
coordinació	Si	179	5,35	0,75	5,24	5,46	27,766	0,000
	No	119	4,80	1,06	4,60	4,99		
força	Si	179	4,55	1,20	4,37	4,73	37,118	0,000
	No	119	3,56	1,58	3,27	3,85		
flexibilitat	Si	179	3,73	1,65	3,48	3,97	3,746	0,054
	No	119	3,35	1,69	0,13	3,65		
resistència	Si	179	4,55	1,43	4,34	4,76	80,211	0,000
	No	119	3,00	1,50	2,72	3,27		
condició esportiva	Si	179	4,99	1,19	4,81	5,16	44,714	0,000
	No	119	3,97	1,40	3,71	4,23		
activitat física	Si	179	4,69	1,29	4,50	4,88	372,497	0,000
	No	119	1,98	1,00	1,79	2,16		

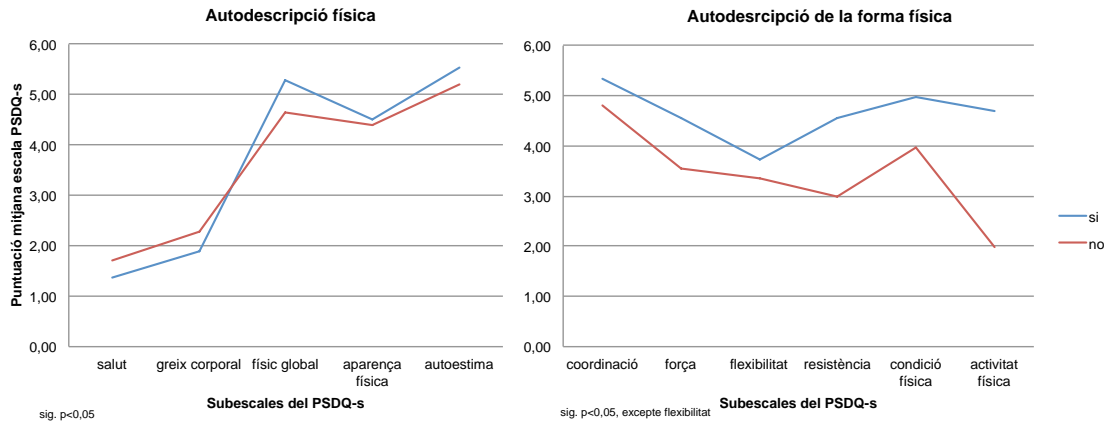


Figura 54. Puntuació mitjana de les subescales de l'autodescripció física i de la forma física segons la pràctica d'AFE

Si s'analiza la dada anterior segons el sexe, les diferències són estadísticament significatives en totes les subescales, excepte en flexibilitat i aparença en ambdós sexes i en salut sols en els homes ($F=2,955$, $gl=1$, $p=0,088$; $F=6,576$, $gl=1$, $p=0,011$); (Figura 55).

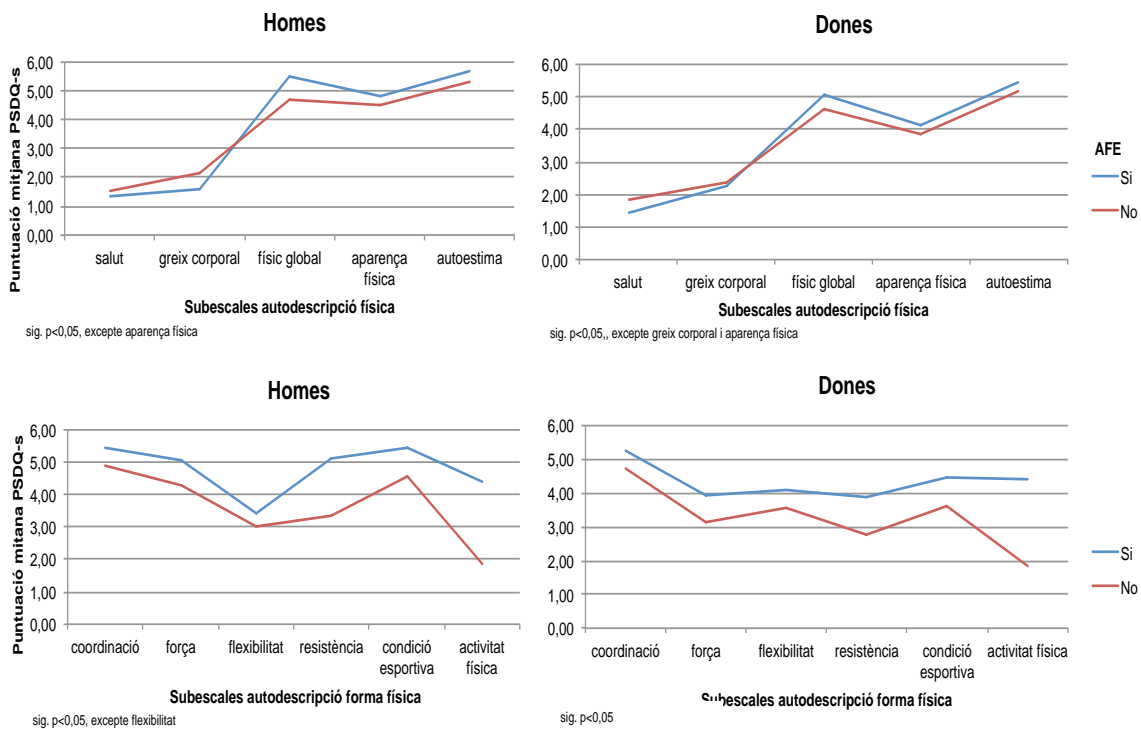


Figura 55. Puntuacions mitjanes de les subescales de l'autodescripció física i de la forma física per sexe

Si es considera les característiques de la pràctica, les diferències no són significatives en l'autodescripció física però sí en la forma física, en els tres casos, en funció de quan major sigui la freqüència, la duració i la intensitat (Taula 77; Figura 56).

Taula 77. Puntuacions mitjanes i desviació estàndard de l'autodescripció física i de la forma física segons paràmetres de pràctica

PSDQ-s	Freqüència	n (179)	Mitjana	DE	Interval confiança per mitjana al 95%		F (gl=2)	p
					Límit inferior	Límit superior		
Autodescripció física	Esporàdicament	10	3,93	0,54	3,54	4,32	3,732	0,026
	1 o 2 cops/set	56	3,62	0,41	3,50	3,73		
	més 3 cops/set	113	3,76	0,38	3,69	3,83		
Autodescripció forma física	Esporàdicament	10	4,02	0,90	3,38	4,67	8,010	0,000
	1 o 2 cops/set	56	4,42	0,85	4,19	4,65		
	més 3 cops/set	113	4,81	0,73	4,67	4,95		
Duració								
Autodescripció física	de 30 min a 1:30h	89	3,70	0,46	3,60	3,80	0,624	0,431
	Més 1:30h	90	3,75	0,35	3,67	3,82		
Autodescripció forma física	de 30 min a 1:30h	89	4,45	0,82	4,28	4,63	9,945	0,002
	Més 1:30h	90	4,83	0,76	4,67	4,99		
Intensitat								
Autodescripció física	Lleugera	14	3,59	0,62	3,23	3,95	1,356	0,260
	Moderada	107	3,71	0,42	3,63	3,79		
	Intensa	58	3,78	0,29	3,70	3,86		
Autodescripció forma física	Lleugera	14	4,02	0,84	3,53	4,51	12,766	0,000
	Moderada	107	4,52	0,79	4,37	4,67		
	Intensa	58	5,01	0,68	4,83	5,19		

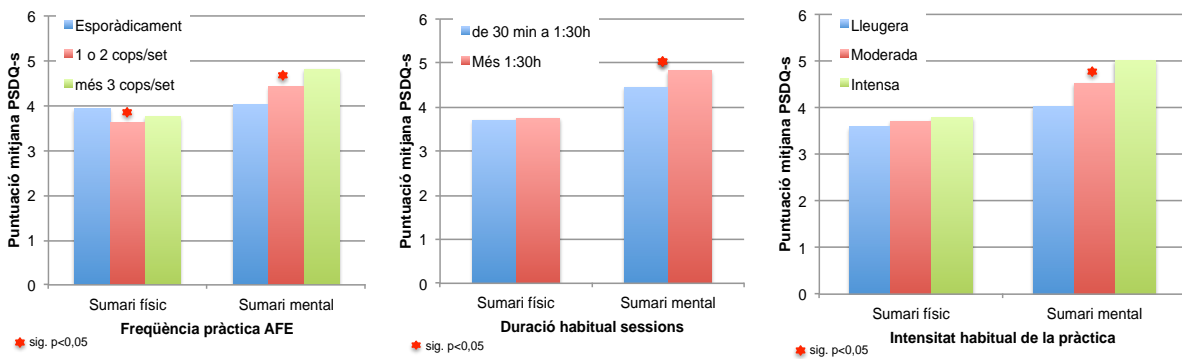


Figura 56. Puntuació mitjana de l'autodescripció física i de la forma física segons paràmetres de pràctica d'AFE

2.3. Anàlisis descriptives de la variància segons l'adherència a la dieta mediterrània

L'anàlisi de la variància (ANOVA) de l'autodescripció física segons l'adherència a la dieta mediterrània (test Kidmed) mostra puntuacions més altes entre aquells que realitzaven una dieta òptima, tant en el físic (ME=3,79; DE=0,43) com en la forma física (ME=4,4; DE=1,09), per anar disminuint a mesura que empitjora la qualitat de la dieta. Les diferències són estadísticament significatives, F=4,094, gl=2, p=0,018 i F=3,452, gl=2, p=0,033, (Taula 78).

Taula 78. Puntuacions mitjanes i desviacions estàndard de l'autodescripció física i de la forma física segons l'adherència a la DM

PSDQ-s	Adherència dieta mediterrània	N (298)	Mitjana	DE	Interval confiança per mitjana al 95%		F (gl=2)	p
					Límit inferior	Límit superior		
Autodescripció física	Baixa qualitat	37	3,61	0,41	3,47	3,75	4,094	0,018
	Millorar qualitat	183	3,63	0,42	3,57	3,70		
	Dieta òptima	78	3,79	0,43	3,69	3,89		
Autodescripció forma física	Baixa qualitat	37	4,01	1,01	3,67	4,35	3,452	0,033
	Millorar qualitat	183	4,08	1,03	3,93	4,23		
	Dieta òptima	78	4,43	1,09	4,18	4,67		

Els resultats de la prova ANOVA entre l'autodescripció física i de la forma física i l'adherència a la dieta mediterrània (baixa qualitat, millorar qualitat i dieta òptima) permeten rebutjar la hipòtesi nul·la d'igualtat de mitjanes. En la Taula 79 i la Figura 57 es mostren els resultats del test Bonferroni per comparacions múltiples amb els diferents contrastos per cada nivell de la variable (Kidmed). Les dades mostren que la diferència estadísticament significativa en ambdues subescales es presenta entre aquells que necessiten millorar la qualitat de la dieta i aquells que realitzen una dieta òptima.

Taula 79. Comparacions parcials múltiples, test Bonferroni

PSDQ-s	Adherència a la dieta mediterrània		Diferències mitjanes	Error típic	p
Autodescripció física	Baixa qualitat	Nivell baix	-0,024	0,076	1,000
		Millorar qualitat	-0,179	0,864	0,104
	Millorar qualitat	Baixa qualitat	0,024	0,076	1,000
		Dieta òptima	-0,154	0,057	0,022 *
	Dieta òptima	Baixa qualitat	0,179	0,084	0,104
		Millorar qualitat	0,154	0,057	0,022 *
Autodescripció forma física	Baixa qualitat	Nivell baix	-0,071	0,188	1,000
		Millorar qualitat	0,419	0,209	0,139
	Millorar qualitat	Baixa qualitat	0,071	0,188	1,000
		Dieta òptima	-0,347	0,141	0,046 *
	Dieta òptima	Baixa qualitat	0,419	0,209	0,139
		Millorar qualitat	0,347	0,141	0,045 *

Diferències sig. p <0,05

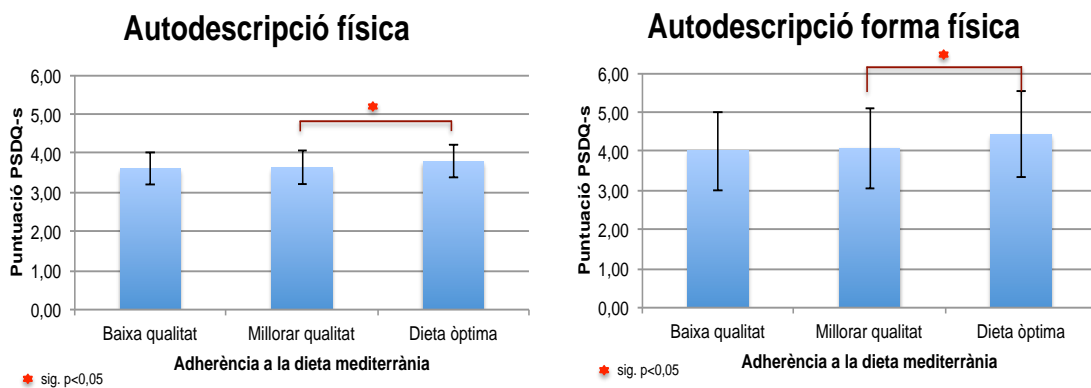


Figura 57. Puntuació mitjana i desviació estàndard de l'autodescripció física i de la forma física segons l'adherència a la DM

L'anàlisi ANOVA de la relació de l'adherència a la dieta mediterrània segons les subescales de l'autodescripció física mostra, en la majoria, puntuacions més altres entre aquells que segueixen una dieta òptima, encara que sols amb diferències significatives en el físic global ($F=6,587$, $gl=2$, $p=0,002$), l'autoestima ($F=4,629$, $gl=2$, $p=0,010$) i en activitat física ($F=5,022$, $gl=2$, $p=0,007$); (Taula 80; Figura 58).

Taula 80. Puntuació mitjana i desviació estàndard de les subescales segons la qualitat de la dieta

Autodescripció física	Adherència dieta mediterrània	N (298)	Mitjana	DE	Interval confiança per mitjana al 95%		F (gl=1)	p
					Limit inferior	Limit superior		
salut	Baixa qualitat	37	1,45	0,68	1,22	1,68	0,118	0,889
	Millorar qualitat	183	1,52	0,85	1,40	1,65		
	Dieta òptima	78	1,51	0,85	1,32	1,70		
greix corporal	Baixa qualitat	37	1,74	1,29	1,31	2,18	1,551	0,214
	Millorar qualitat	183	2,15	1,48	1,94	2,37		
	Dieta òptima	78	1,94	1,35	1,63	2,25		
físic global	Baixa qualitat	37	4,90	1,17	4,51	5,30	6,587	0,002
	Millorar qualitat	183	4,91	1,10	4,75	5,08		
	Dieta òptima	78	5,41	0,72	5,24	5,57		
aparença física	Baixa qualitat	37	4,59	1,09	4,22	4,96	2,181	0,115
	Millorar qualitat	183	4,22	1,26	4,04	4,41		
	Dieta òptima	78	4,50	1,24	4,22	4,78		
autoestima	Baixa qualitat	37	5,36	0,59	5,16	5,56	4,629	0,010
	Millorar qualitat	183	5,36	0,58	5,27	5,44		
	Dieta òptima	78	5,58	0,51	5,47	5,70		
Autodescripció forma física								
coordinació	Baixa qualitat	37	5,02	1,01	4,68	5,35	1,325	0,267
	Millorar qualitat	183	5,09	0,93	4,96	5,23		
	Dieta òptima	78	5,27	0,89	5,07	5,47		
força	Baixa qualitat	37	3,91	1,50	3,41	4,42	0,895	0,410
	Millorar qualitat	183	4,14	1,45	3,93	4,36		
	Dieta òptima	78	4,30	1,41	3,98	4,62		
flexibilitat	Baixa qualitat	37	3,38	1,85	2,76	4,00	1,503	0,224
	Millorar qualitat	183	3,50	1,63	3,26	3,73		
	Dieta òptima	78	3,85	1,67	3,47	4,23		
resistència	Baixa qualitat	37	4,08	1,63	3,53	4,62	2,383	0,094
	Millorar qualitat	183	3,77	1,62	3,53	4,00		
	Dieta òptima	78	4,23	1,67	3,86	4,61		
condició esportiva	Baixa qualitat	37	4,63	1,21	4,22	5,03	1,943	0,145
	Millorar qualitat	183	4,46	1,41	4,26	4,67		
	Dieta òptima	78	4,83	1,34	4,52	5,13		
activitat física	Baixa qualitat	37	3,04	1,59	2,50	3,57	5,022	0,007
	Millorar qualitat	183	3,52	1,78	3,26	3,78		
	Dieta òptima	78	4,08	1,76	3,68	4,48		

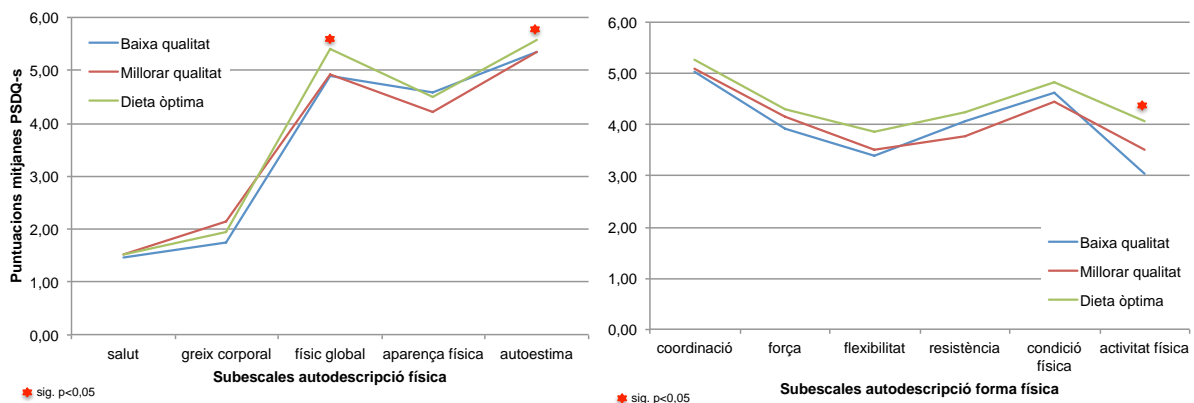


Figura 58. Puntuació mitjana i de les subescales segons la qualitat de la dieta.

Si aquesta anàlisi es fa segons el sexe, els homes presenten diferències significatives segons l'adherència a la dieta mediterrània en el físic global ($F=3,674$, $gl=2$, $p=0,028$), coordinació ($F=3,404$, $gl=2$, $p=0,036$), força ($F=4,163$, $gl=2$, $p=0,018$), condició esportiva ($F=4,102$, $gl=2$, $p=0,019$) i activitat física ($F=8,499$, $gl=2$, $p=0,000$). Al contrari, l'adherència a

la dieta mediterrània afecta de manera estadísticament significativa a les dones només en el subdomini de físic global ($F=3,577$, $gl=2$, $p=0,030$).

2.4. Anàlisis descriptives de la variància segons el consum de substàncies

L'autodescripció física, entre els enquestats, tenint en compte el consum de risc d'alcohol (segons el punt de tall de l'AUDIT), mostra puntuacions mitjanes en l'autodescripció física ($ME=3,66$; $DE=0,47$) i en l'autodescripció de la forma física ($ME=4,12$; $DE=1,04$) lleugerament inferiors en els consumidors de risc, però sense diferències estadísticament significatives segons l'anàlisi de la variància (ANOVA) tant en l'autodescripció física ($F=0,034$, $gl=1$, $p=0,854$) com en l'autodescripció de la forma física ($F=0,148$, $gl=1$, $p=0,701$); (Taula 81; Figura 59).

Taula 81. Puntuació mitjana i desviació estàndard de l'autodescripció física i de la forma física segons el consum d'alcohol

PSDQ-s	Consum alcohol	N (298)	Mitjana	DE	Interval confiança per mitjana al 95%		F (gl=1)	p
					Límit inferior	Límit superior		
Autodescripció física	sense risc	224	3,67	0,41	3,62	3,73	0,034	0,854
	amb risc	74	3,66	0,47	3,55	3,77		
Autodescripció forma física	sense risc	224	4,18	1,06	4,04	4,32	0,148	0,701
	amb risc	74	4,12	1,04	3,88	4,36		

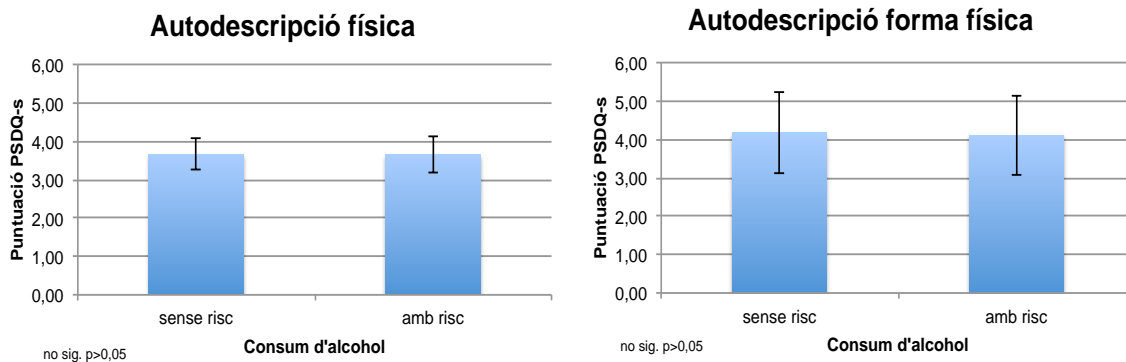


Figura 59. Puntuació mitjana i desviació estàndard de l'autodescripció física i de la forma física segons el consum d'alcohol

Si s'analitza la relació segons les subescales, l'anàlisi de variància (ANOVA) mostra que els bevedors de risc presenten puntuacions, estadísticament significatives, més baixes en autoestima ($F=5,182$, $gl=1$, $p=0,024$) i coordinació ($F=4,310$, $gl=1$, $p=0,039$); (Taula 82; Figura 60).

Taula 82. Puntuació mitjana i desviació estàndard de les subescales segons el consum de risc d'alcohol

Autodescripció física	Consum alcohol	N (298)	Mitjana	DE	Interval confiança per mitjana al 95%		F (gl=1)	p
					Limit inferior	Limit superior		
salut	sense risc	224	1,53	0,88	1,41	1,65	0,490	0,484
	amb risc	74	1,45	0,62	1,31	1,60		
greix corporal	sense risc	224	1,99	1,38	1,81	2,17	1,472	0,226
	amb risc	74	2,22	1,57	1,86	2,58		
físic global	sense risc	224	5,10	1,01	4,97	5,24	3,144	0,077
	amb risc	74	4,86	1,14	4,59	5,12		
aparença física	sense risc	224	4,29	1,23	4,13	4,45	1,672	0,197
	amb risc	74	4,50	1,28	4,21	4,80		
autoestima	sense risc	224	5,46	0,54	5,39	5,53	5,182	0,024
	amb risc	74	5,42	0,66	5,13	5,44		
Autodescripció forma física								
coordinació	sense risc	224	5,19	0,85	5,08	5,31	4,310	0,039
	amb risc	74	4,94	1,12	4,67	5,20		
força	sense risc	224	4,14	1,46	3,94	4,33	0,124	0,725
	amb risc	74	4,21	1,42	3,88	4,54		
flexibilitat	sense risc	224	3,61	1,62	3,40	3,83	0,504	0,478
	amb risc	74	3,45	1,82	3,03	3,88		
resistència	sense risc	224	3,93	1,65	3,71	4,15	0,001	0,981
	amb risc	74	3,93	1,63	3,55	4,31		
condició física	sense risc	224	4,56	1,38	4,37	4,74	0,274	0,601
	amb risc	74	4,65	1,34	4,34	4,96		
activitat física	sense risc	224	3,63	1,80	3,39	3,86	0,111	0,739
	amb risc	74	3,55	1,70	3,15	3,94		

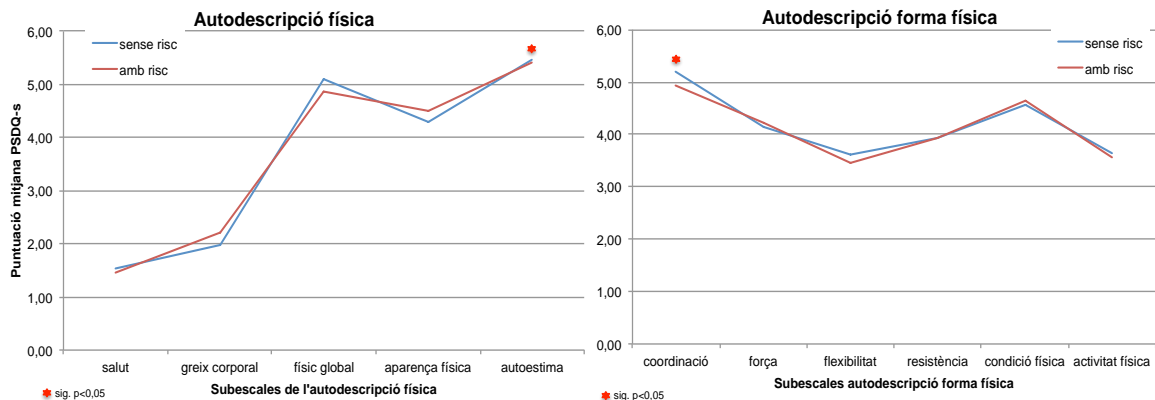


Figura 60. Puntuació mitjana subescales segons el consum de risc d'alcohol

Si aquesta anàlisi es fa segons el sexe, els homes consumidors de risc presenten diferències estadísticament significatives en coordinació ($F=5,719$, $gl=1$, $p=0,018$) i força ($F=4,837$, $gl=1$, $p=0,029$). Al contrari, les dones bevedores de risc presenten diferències estadísticament significatives en les subescales de físic global ($F=5,744$, $gl=1$, $p=0,018$) i autoestima ($F=7,879$, $gl=1$, $p=0,006$).

L'anàlisi de la variància (ANOVA) de l'autodescripció física mostra puntuacions més altes en aquells que es declaraven no fumadors ($ME=3,69$; $DE=0,42$) que els fumadors ($ME=3,65$; $DE=0,43$), però sense diferències estadísticament significatives ($F=0,515$, $gl=1$, $p=0,473$). El mateix s'observa en l'autodescripció de la forma física, els no fumadors obtenen puntuacions més elevades ($ME=4,30$; $DE=1,03$) però, en aquest cas, les diferències són estadísticament significatives ($F=7,575$, $gl=1$, $p=0,006$); (Taula 83; Figura 61).

Taula 83. Puntuació mitjana i desviació estàndard l'autodescripció física i de la forma física segons el consum de tabac

PSDQ-s	Consum tabac	N (298)	Mitjana	DE	Interval confiança per mitjana al 95%		F (gl=1)	p
					Limit inferior	Limit superior		
Autodescripció física	No	176	3,69	0,42	3,62	3,75	0,515	0,473
	Si	122	3,65	0,43	3,57	3,73		
Autodescripció forma física	No	176	4,30	1,03	4,15	4,46	7,575	0,006
	Si	122	3,96	1,05	3,77	4,15		

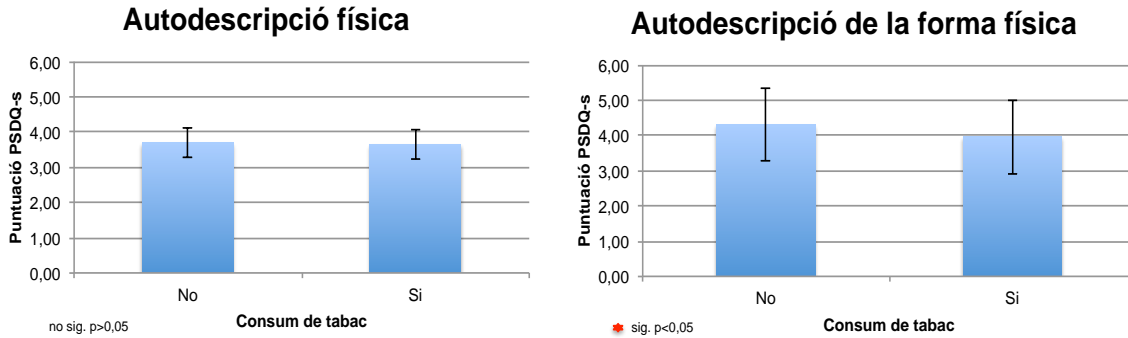


Figura 61. Puntuacions mitjanes i desviacions estàndard de l'autodescripció física i de la forma física segons el consum de tabac

Si s'analitza la relació segons les subescales, l'anàlisi de variància (ANOVA) mostra que els fumadors es perceben, amb diferències estadísticament significatives, amb puntuacions més baixes en autoestima (F=8,035, gl=1, p=0,005), físic global (F=6,455, gl=1, p=0,012), coordinació (F=4,799, gl=1, p=0,029), força (F=4,674, gl=1, p=0,031), resistència (F=12,800, gl=1, p=0,000) i activitat física (F=10,047, gl=1, p=0,002); (Taula 84; Figura 62).

Taula 84. Puntuació mitjana i desviació estàndard subescales de l'autodescripció física i de la forma física segons el consum de tabac

Autodescripció física	Consum tabac	N (298)	Mitjana	DE	Interval confiança per mitjana al 95%		F (gl=1)	p
					Limit inferior	Limit superior		
salut	no	176	1,48	0,82	1,36	1,61	0,410	0,523
	si	122	1,55	0,83	1,40	1,70		
greix corporal	no	176	1,93	1,34	1,73	2,13	2,967	0,086
	si	122	2,22	1,53	1,94	2,49		
físic grobal	no	176	5,17	1,00	5,02	5,32	6,455	0,012
	si	122	4,86	1,09	4,66	5,05		
aparença física	no	176	4,35	1,19	4,18	4,53	0,047	0,828
	si	122	4,32	1,31	4,09	4,56		
autoestima	no	176	5,49	0,54	5,41	5,57	8,035	0,005
	si	122	5,30	0,61	5,19	5,41		
Autodescripció forma física								
coordinació	no	176	5,23	0,82	5,10	5,35	4,799	0,029
	si	122	4,99	1,05	4,80	5,18		
força	no	176	4,31	1,38	4,10	4,51	4,674	0,031
	si	122	3,94	1,52	3,66	4,21		
flexibilitat	no	176	3,56	1,68	3,31	3,81	0,019	0,890
	si	122	3,59	1,67	3,29	3,89		
resistència	no	176	4,21	1,60	3,97	4,45	12,800	0,000
	si	122	3,53	1,63	3,23	3,82		
condició física	no	176	4,63	1,38	4,42	4,83	0,513	0,474
	si	122	4,51	1,36	4,27	4,76		
activitat física	no	176	3,87	1,76	3,61	4,14	10,074	0,002
	si	122	3,22	1,74	2,91	3,53		

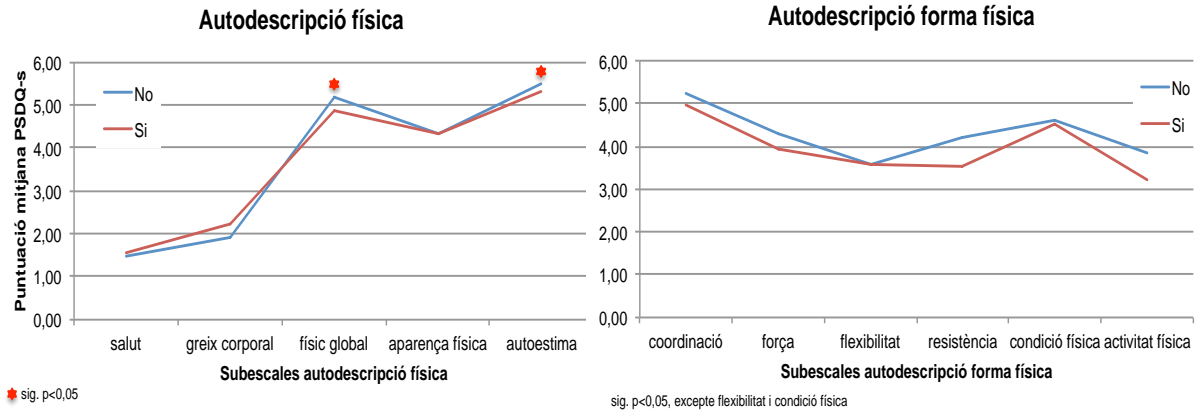


Figura 62. Puntuació mitjana segons el consum de tabac

Si aquesta anàlisi es fa segons el sexe, els homes consumidors de tabac presenten diferències estadísticament significatives en resistència ($F=8,324$, $gl=1$, $p=0,005$) i activitat física ($F=7,655$, $gl=1$, $p=0,006$). Al contrari, les dones fumadores sols presenten diferències significatives en la subescala d'autoestima ($F=5,854$, $gl=1$, $p=0,017$).

Pel que fa al consum de drogues, tenint en compte el consum de risc (segons el punt de tall del CAGE-AID), les puntuacions mitjanes en l'autodescripció física són iguals entre aquells que declaren no consumir i aquells que fan un consum de risc d'aquest tipus de substàncies, però sense diferències estadísticament significatives ($F=0,001$, $gl=1$, $p=0,972$) segons l'anàlisi de la variància (ANOVA). Pel que fa a l'autodescripció de la forma física els no consumidors presenten puntuacions més altes ($ME=4,26$; $DE=1,08$), sense diferències estadísticament significatives ($F=2,283$, $gl=1$, $p=0,132$); (Taula 85; Figura 63).

Taula 85. Puntuació mitjana i desviació estàndard de l'autodescripció física i de la forma física segons els consum d'altres substàncies

PSDQ-s	Consum drogues	N (298)	Mitjana	DE	Interval confiança per mitjana al 95%		F (gl=1)	p
					Límit inferior	Límit superior		
Autodescripció física	no consumeix	148	3,67	0,43	3,60	3,74	0,001	0,972
	consum de risc (>2)	150	3,67	0,42	3,60	3,74		
Autodescripció forma física	no consumeix	148	4,26	1,08	4,08	4,43	2,283	0,132
	consum de risc (>2)	150	4,07	1,02	3,91	4,24		

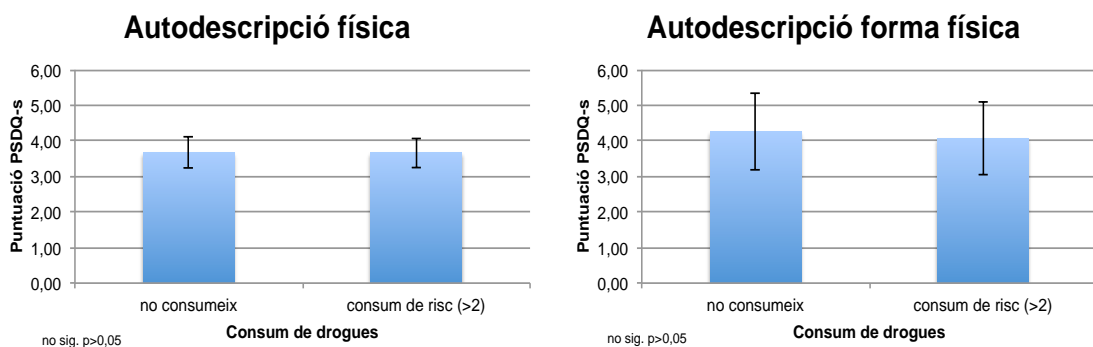


Figura 63. Puntuació mitjana i desviació estàndard de l'autodescripció física i de la forma física segons els consum d'altres substàncies

Si s’analitza la relació segons els subdominis, l’anàlisi de variància (ANOVA) mostra que els consumidors d’altres substàncies amb risc es perceben pitjor en coordinació ($F=3,896$, $gl=1$, $p=0,049$) i activitat física ($F=6,580$ $gl=1$, $p=0,011$); (Taula 86; Figura 64).

Taula 86. Puntuació mitjana i desviació estàndard de les subescales segons els consum d’altres substàncies

Autodescripció física	Consum drogues	N (298)	Mitjana	DE	Interval confiança per mitjana al 95%		F (gl=1)	p
					Limit inferior	Limit superior		
salut	No consumeix	148	1,46	0,80	1,33	1,59	3,896	0,049
	Consum de risc (>2)	150	1,56	0,85	1,42	1,70		
greix corporal	No consumeix	148	2,09	1,48	1,85	2,33	0,057	0,812
	Consum de risc (>2)	150	2,00	1,38	1,78	2,23		
físic grobal	No consumeix	148	5,10	1,12	4,91	5,28	0,469	0,494
	Consum de risc (>2)	150	4,99	0,96	4,83	5,14		
aparença física	No consumeix	148	4,28	1,28	4,07	4,49	1,416	0,235
	Consum de risc (>2)	150	4,41	1,20	4,21	4,60		
autoestima	No consumeix	148	5,44	0,61	5,34	5,54	0,618	0,433
	Consum de risc (>2)	150	5,39	0,54	5,30	5,48		
Autodescripció forma física		Consum drogues						
coordinació	No consumeix	148	5,24	0,84	5,10	5,38	1,210	0,272
	Consum de risc (>2)	150	5,02	1,00	4,86	5,19		
força	No consumeix	148	4,18	1,46	3,94	4,41	0,253	0,616
	Consum de risc (>2)	150	4,14	1,44	3,90	4,37		
flexibilitat	No consumeix	148	3,64	1,68	3,37	3,91	0,791	0,375
	Consum de risc (>2)	150	3,51	1,67	3,24	3,78		
resistència	No consumeix	148	4,04	1,69	3,77	4,32	0,804	0,370
	Consum de risc (>2)	150	3,82	1,60	3,56	4,07		
condició física	No consumeix	148	4,56	1,38	4,34	4,79	0,036	0,850
	Consum de risc (>2)	150	4,60	1,36	4,37	4,82		
activitat física	No consumeix	148	3,87	1,80	3,58	4,16	6,580	0,011
	Consum de risc (>2)	150	3,35	1,73	3,07	3,62		

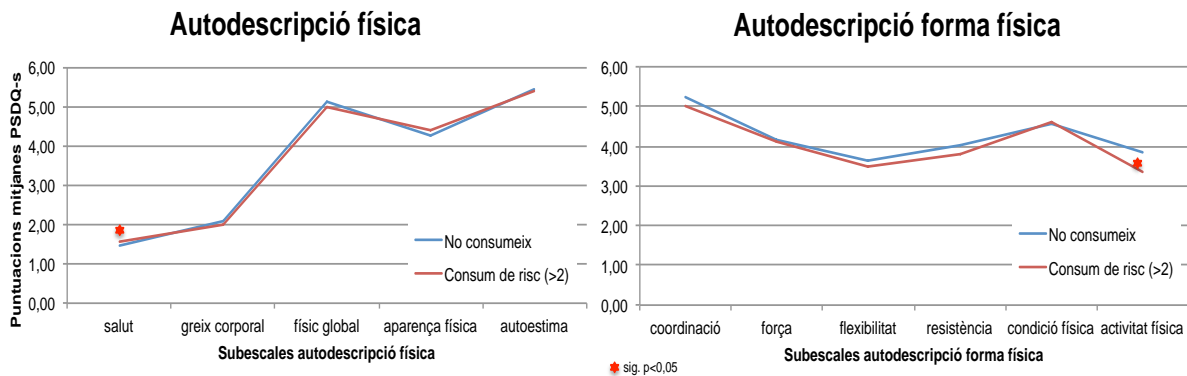


Figura 64. Puntuació mitjana de les subescales segons els consum d’altres substàncies

Si l’anàlisi es fa segons el sexe, els homes consumidors de risc en altres substàncies presenten diferències significatives en resistència ($F=6,760$, $gl=1$, $p=0,010$) i activitat física ($F=7,976$, $gl=1$, $p=0,005$). Al contrari, les dones consumidores de risc no presenten en cap subescala diferències estadísticament significatives.

2.5. Anàlisis descriptives de la variància segons el campus

L’anàlisi de la variància (ANOVA) de l’autodescripció física dels participants en l’estudi mostra puntuacions més altes en els que estudien en el campus Centre, tant en l’escala física ($ME=3,69$; $DE=0,37$) com en la de la forma física ($ME=4,60$; $DE=1,04$), seguits en ambdós casos per qui estudien al campus de Montilivi. En l’autodescripció de la forma física,

les diferències entre els estudiants dels diferents campus són estadísticament significatives, $F=2,626$, $gl=3$, $p=0,051$ i $F=2,746$, $gl=3$, $p=0,043$; (Taula 87; Figura 65).

Taula 87. Puntuació mitjana i desviació estàndard de l'autodescripció física i de la forma física segons campus

PSDQ-s	Campus	N (298)	Mitjana	DE	Interval confiança per mitjana al 95%		F (gl=3)	p
					Limit inferior	Limit superior		
Autodescripció física	Barri Vell	95	3,58	0,43	3,50	3,67	2,626	0,051
	Montilivi	132	3,74	0,40	3,67	3,81		
	Centre	22	3,69	0,37	3,53	3,86		
	Perifèrics	49	3,64	0,48	3,50	3,78		
Autodescripció forma física	Barri Vell	95	3,95	0,06	3,74	4,17	2,746	0,043
	Montilivi	132	4,22	0,97	4,06	4,39		
	Centre	22	4,60	1,04	4,14	5,07		
	Perifèrics	49	4,20	1,18	3,86	4,54		

Els resultats de la prova diferència mínima significativa (DSM, LSD) mostra que les diferències s'observen en l'autodescripció de la forma física, entre els estudiants del campus del Barri Vell i els del campus Centre (ME= -0,106; DE=0,057; $p=0,006$); (Taula 88).

Taula 88. Prova diferència mínima significativa entre PSDQ-s i Campus

PSDQ-s	Campus		Diferències mitjanes	Error típic	p
Autodescripció física	Barri Vell	Montilivi	-0,156	0,057	0,006
		Centre	-0,106	0,100	0,289
		Perifèrics	-0,055	0,074	0,457
	Montilivi	Barri Vell	0,156	0,057	0,006
		Centre	0,050	0,097	0,609
		Perifèrics	0,101	0,071	0,155
	Centre	Barri Vell	0,106	0,100	0,289
		Montilivi	0,050	0,097	0,609
		Perifèrics	0,051	0,109	0,639
	Perifèrics	Barri Vell	0,055	0,074	0,457
		Montilivi	-0,101	0,071	0,155
		Centre	-0,051	0,109	0,639
Autodescripció forma física	Barri Vell	Montilivi	-0,271	0,140	0,055
		Centre	-0,651	0,247	0,009*
		Perifèrics	-0,248	0,184	0,179
	Montilivi	Barri Vell	0,271	0,140	0,055
		Centre	-0,379	0,241	0,117
		Perifèrics	0,023	0,175	0,894
	Centre	Barri Vell	0,651	0,247	0,009*
		Montilivi	0,379	0,241	0,117
		Perifèrics	0,402	0,268	0,135
	Perifèrics	Barri Vell	0,248	0,184	0,179
		Montilivi	-0,023	0,175	0,894
		Centre	-0,402	0,268	0,135

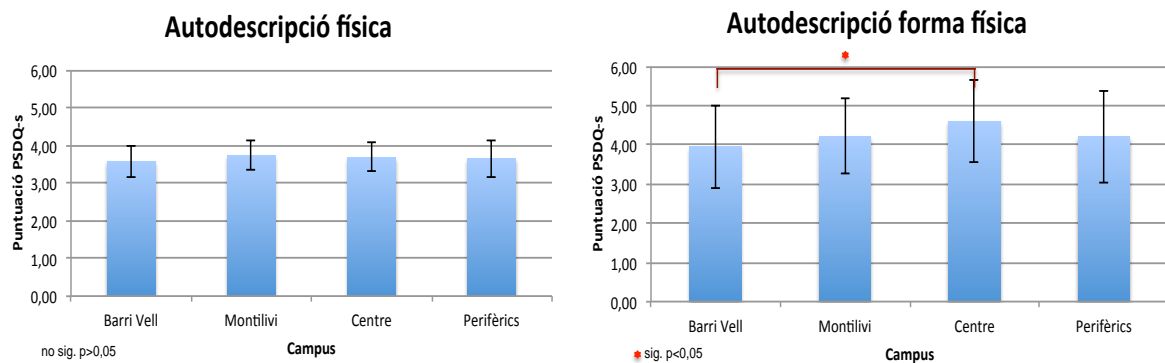


Figura 65. Puntuació mitjana i desviació estàndard de l'autodescripció física i de la forma física segons campus

Si s’analitza la relació segons les subescales, l’anàlisi de variància (ANOVA) mostra que els alumnes del Barri Vell presenten, en l’autodescripció física, puntuacions més baixes significativament en autoestima ($F=3,632$, $gl=1$, $p=0,013$); (Taula 89; Figura 66).

Taula 89. Puntuació mitjana i desviació estàndard segons el campus

Autodescripció física	Campus	N (298)	Mitjana	DE	Interval confiança per mitjana al 95%		F (gl=1)	p
					Limit inferior	Limit superior		
salut	Barri Vell	95	1,55	0,98	1,35	1,75	0,683	0,563
	Montilivi	132	1,51	0,80	1,37	1,65		
	Centre	22	1,28	0,44	1,08	1,48		
	Perifèrics	49	1,55	0,68	1,35	1,74		
greix corporal	Barri Vell	95	2,11	1,51	1,80	2,42	0,898	0,443
	Montilivi	132	2,11	1,45	1,86	2,36		
	Centre	22	1,62	1,23	1,07	2,16		
	Perifèrics	49	1,94	1,27	1,57	2,31		
físic global	Barri Vell	95	4,83	1,10	4,60	5,06	2,498	0,060
	Montilivi	132	5,12	1,00	4,95	5,29		
	Centre	22	5,42	0,92	5,01	5,83		
	Perifèrics	49	5,06	1,00	4,77	5,35		
aparença física	Barri Vell	95	4,16	1,33	3,89	4,43	1,639	0,180
	Montilivi	132	4,45	1,15	4,25	4,65		
	Centre	22	4,68	1,25	4,12	5,23		
	Perifèrics	49	4,26	1,28	3,89	4,63		
autoestima	Barri Vell	95	5,27	0,61	5,15	5,40	3,632	0,013
	Montilivi	132	5,52	0,51	5,43	5,61		
	Emili Grahit	22	5,47	0,56	5,22	5,72		
	Perifèrics	49	5,39	0,63	5,21	5,57		
Autodescripció forma física								
coordinació	Barri Vell	95	4,98	1,08	4,76	5,20	1,540	0,204
	Montilivi	132	5,16	0,83	5,02	5,30		
	Centre	22	5,35	0,85	4,97	5,73		
	Perifèrics	49	5,24	0,87	4,99	5,50		
força	Barri Vell	95	3,89	1,53	3,58	4,21	2,335	0,072
	Montilivi	132	4,31	1,37	4,07	4,54		
	Centre	22	4,62	1,21	4,08	5,15		
	Perifèrics	49	4,05	1,54	3,61	4,49		
flexibilitat	Barri Vell	95	3,45	1,62	3,12	3,78	0,448	0,719
	Montilivi	132	3,70	1,58	3,42	3,97		
	Centre	22	3,48	1,92	2,62	4,34		
	Perifèrics	49	3,53	1,89	2,99	4,08		
resistència	Barri Vell	95	3,58	1,65	3,24	3,91	3,516	0,016
	Montilivi	132	4,07	1,58	3,80	4,35		
	Centre	22	4,71	1,48	4,05	5,37		
	Perifèrics	49	3,87	1,76	3,36	4,37		
condició esportiva	Barri Vell	95	4,25	1,57	3,93	4,58	2,889	0,036
	Montilivi	132	4,70	1,17	4,50	4,90		
	Centre	22	4,96	1,41	4,34	5,59		
	Perifèrics	49	4,71	1,37	4,31	5,10		
activitat física	Barri Vell	95	3,57	1,75	3,21	3,92	2,669	0,048
	Montilivi	132	3,41	1,74	3,11	3,70		
	Centre	22	4,51	1,50	3,84	5,17		
	Perifèrics	49	3,81	1,96	3,24	4,37		

Si s’analitza la relació segons els subdominis de l’autodescripció de la forma física, són també els alumnes del Barri Vell els que presenten puntuacions més baixes significativament en resistència ($F=3,515$, $gl=1$, $p=0,016$), en condició esportiva ($F=2,889$; $gl=1$; $p=0,036$) i activitat física ($F=2,669$; $gl=1$; $p=0,048$); (Taula 89; Figura 66).

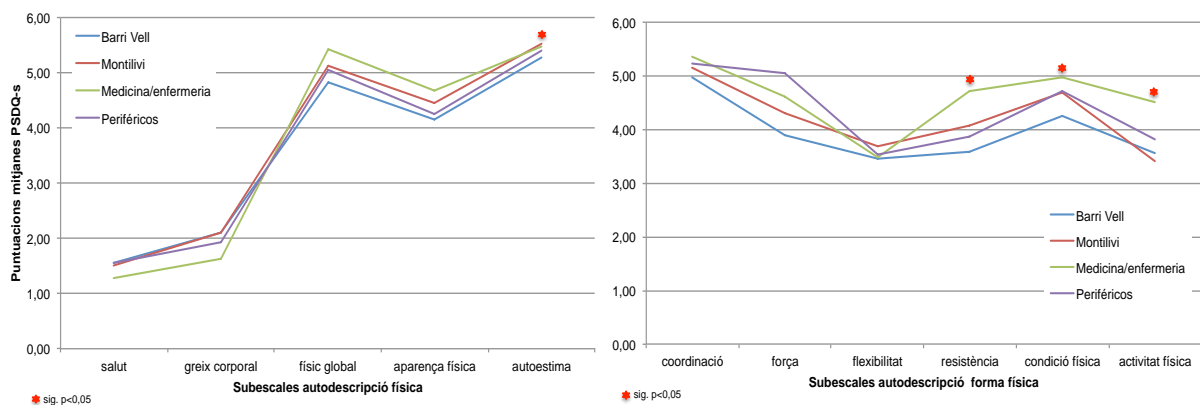


Figura 66. Puntuació mitjana segons el campus

3. Pràctica d'activitat físicoesportiva en el temps lliure

3.1. Anàlisis descriptives de la variància segons nivell d'AF

Es van observar diferències estadísticament significatives en l'activitat física intensa ($F=14,542$; $g=1$; $p=0,000$) i en l'activitat física total ($F=7,378$; $g=1$; $p=0,007$) entre els practicants d'activitat físicoesportiva en el temps lliure. En l'activitat de caminar els que declaraven no fer activitat físicoesportiva presentaven nivells més alts de METs però sense diferències estadísticament significatives ($F=0,032$; $g=1$; $p=0,859$); (Taula 90; Figura 67).

Taula 90. Quantificació MET-minuts/setmana segons tipus practica d'AFE en el temps lliure

IPAQ-s	AFE	N=298	Mitjana	DE	Interval de confiança per la mitjana al 95%		F (g=1)	p
					Límit inferior	Límit superior		
Caminar	Si	179	560,15	1.164,13	388,45	731,86	0,032	0,859
	No	119	583,30	987,46	404,04	762,55		
Activitat física moderada	Si	179	804,83	1.256,57	619,49	990,17	0,280	0,597
	No	119	702,69	2.072,17	326,53	1.078,85		
Activitat física intensa	Si	179	1.886,79	2.243,33	1.555,61	2.217,97	14,542	0,000
	No	119	674,76	3.241,68	88,29	1.263,22		
Activitat física total	Si	179	3.251,77	2.963,38	2.814,68	3.688,86	7,378	0,007
	No	119	1.960,74	5.221,04	1.012,96	2.908,52		

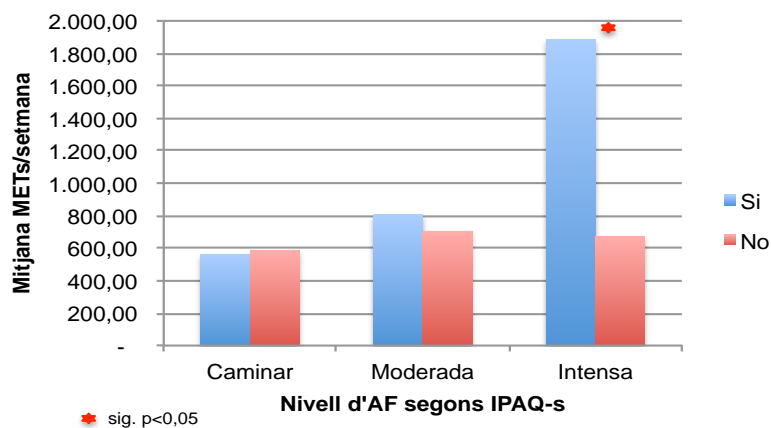


Figura 67. Quantificació MET-minuts/setmana segons tipus de pràctica d'AFE en el temps lliure

3.2. Anàlisis descriptives de la variància segons l'adherència a la dieta mediterrània

Es van observar diferències estadísticament significatives ($\chi^2=7,928$; $g=2$; $p=0,019$) respecte a l'adherència a la DM i la pràctica físicoesportiva. Un 29,6% ($n=53$) dels participants que presentaven una dieta òptima practica algun tipus d'activitat físicoesportiva, enfront d'un 18,5% ($n=22$) dels participants que declaraven una dieta de baixa qualitat no eren practicants d'AFE. Un 21,0% ($n=21$) dels participants que realitzaven una dieta òptima tampoc realitzaven algun tipus d'AFE (Taula 91; Figura 68).

Taula 91. Distribució de la mostra segons l'adherència a la DM i pràctica d'AFE

AFE	Baixa qualitat n (%)	Cal millorar qualitat n (%)	Dieta òptima n (%)	χ^2 (gl=2)	p
Si	15 (8,4)	111 (62,0)	53 (29,6)	7,928	0,019
No	22 (18,5)	72 (60,5)	25 (21,0)		
Total	37 (12,4)	183 (61,4)	78 (26,2)		

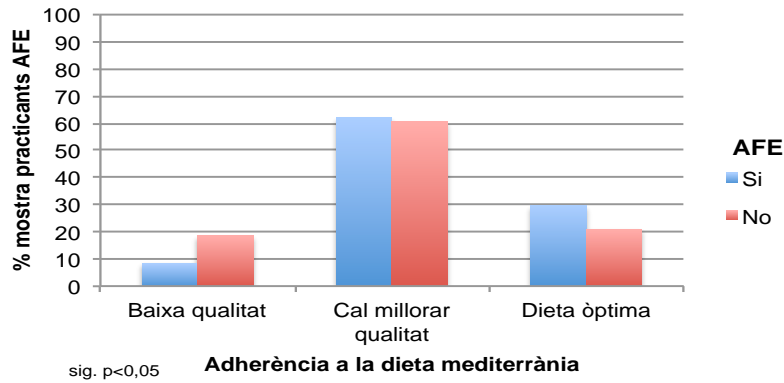


Figura 68. Distribució de la mostra segons l'adherència a la DM i pràctica d'AFE.

Si s'analiza la relació entre la pràctica d'AFE i l'adherència a la dieta mediterrània segons els sexes, un 32,3% (n=32) dels homes practicants segueixen una dieta òptima enfront del 10,1% (n=10) que presentaven una baixa qualitat de la dieta, sent les diferències estadísticament significatives ($\chi^2=12,597$; g=2; p=0,002). Un 26,2% (n=21) de les dones practicants segueixen una dieta òptima, percentatge inferior a les que no sent practicants la desenvolupen també (28,4%; n=21). En aquest cas, les diferències no són estadísticament significatives ($\chi^2=2,684$; g=2; p=0,261); (Taula 92; Figura 69).

Taula 92. Distribució de la mostra segons adherència a la DM segons pràctica d'AFE i sexe

AFE	Baixa qualitat n (%)	Cal millorar qualitat n (%)	Dieta òptima n (%)	χ^2 (gl=2)	p
Homes Si	10 (10,1)	57 (57,6)	32 (32,3)	12,597	0,002
Homes No	12 (26,7)	29 (64,4)	4 (8,9)		
Dones Si	5 (6,2)	54 (67,5)	21 (26,2)	2,684	0,261
Dones No	10 (13,5)	43 (58,1)	21 (28,4)		
Total	15 (9,7)	97 (63,0)	42 (27,3)		

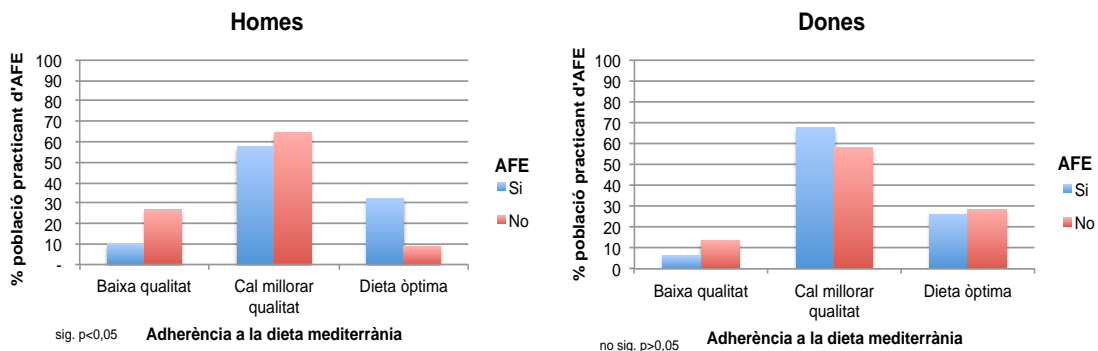


Figura 69. Distribució de la mostra segons adherència a la DM segons pràctica d'AFE i sexe

3.3. Anàlisis descriptives de la variància segons el consum de substàncies

No es van observar diferències estadísticament significatives respecte al consum d'alcohol i la pràctica esportiva. Un 78,8% (n=141) dels participants que no consumeixen alcohol de risc practica algun mena d'AFE, enfront de un 30,3% (n=36) dels participants bevedors de risc que declaren no realitzar cap tipus d'AFE. Un 21,2% (n=38) dels participants bevedors també realitzen algun tipus d'AFE ($\chi^2=3,118$; g=1; p=0,077); (Taula 93; Figura 70).

Taula 93. Distribució de la mostra segons consum d'alcohol i pràctica d'AFE

AFE	Consum sense risc n (%)	Consum amb risc n (%)	χ^2 (gl=1)	p
Si	141 (78,8)	38 (21,2)	3,118	0,077
No	83 (69,7)	36 (30,3)		
Total	224 (75,2)	74 (24,8)		

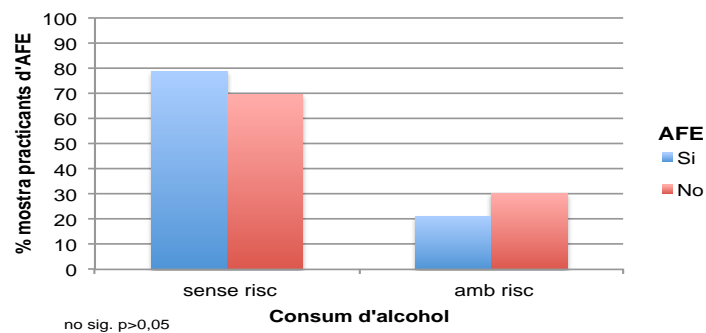


Figura 70. Distribució de la mostra segons consum d'alcohol i pràctica d'AFE

Es van observar diferències estadísticament significatives respecte al consum de tabac i la pràctica d'AFE. Un 68,2% (n=122) dels participants en l'estudi no fumadors practica algun tipus d'activitat física, enfront d'un 54,6% (n=65) dels participants fumadors que declaren no realitzar cap tipus d'AFE. Un 31,8% dels participants fumadors també realitzen algun tipus d'AFE ($\chi^2=15,339$; g=1; p=0,000); (Taula 94; Figura 71).

Taula 94. Distribució de la mostra segons consum de tabac i pràctica d'AFE

AFE	No consumeix n (%)	Consumeix n (%)	χ^2 (gl=1)	p
Si	122 (68,2)	57 (31,8)	15,339	0,000
No	54 (45,4)	65 (54,6)		
Total	176 (59,1)	122 (40,9)		

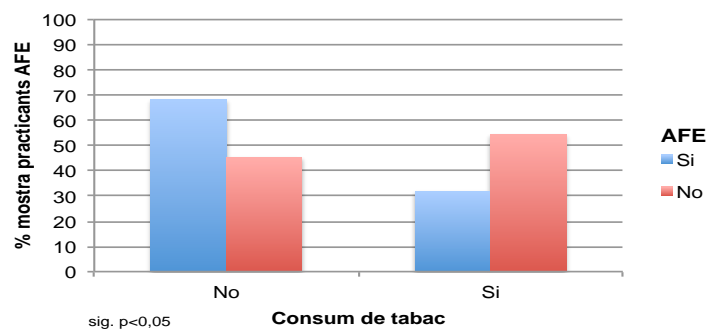


Figura 71. Distribució de la mostra segons consum de tabac i pràctica d'AFE

Un 43,6% (n=78) dels que practiquen AFE fan un consum de risc en drogues en front a un 30,3% (n=72) dels que no practiquen, sent les diferències estadísticament significatives ($\chi^2=8,194$; g=1; p=0,004); (Taula 95; Figura 72).

Taula 95. Distribució de la mostra segons consum de risc d'altres substàncies segons pràctica d'AFE

AFE	No consumeix n (%)	Consum de risc n (%)	χ^2 (gl=1)	p
Si	101 (56,4)	78 (43,6)	8,194	0,003
No	47 (39,5)	72 (30,3)		
Total	148 (49,7)	150 (50,3)		

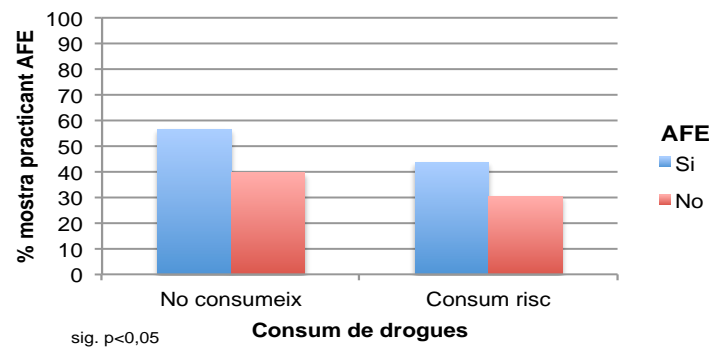


Figura 72. Distribució de la mostra segons consum de risc d'altres substàncies segons pràctica d'AFE. Aquells que practiquen AFE (55,3%; n=99) declaraven consumir menys substàncies que els no practicants, però sense diferències estadísticament significatives ($\chi^2=3,268$, gl=1, p=0,195); (Taula 96; Figura 73).

Taula 96. Distribució de la mostra segons policonsum de substàncies i la pràctica d'AFE

AFE	Menys drogues n (%)	Més Drogues n (%)	χ^2 (gl=1)	p
Si	99 (55,3)	80 (44,7)	3,268	0,195
No	46 (38,7)	73 (61,3)		

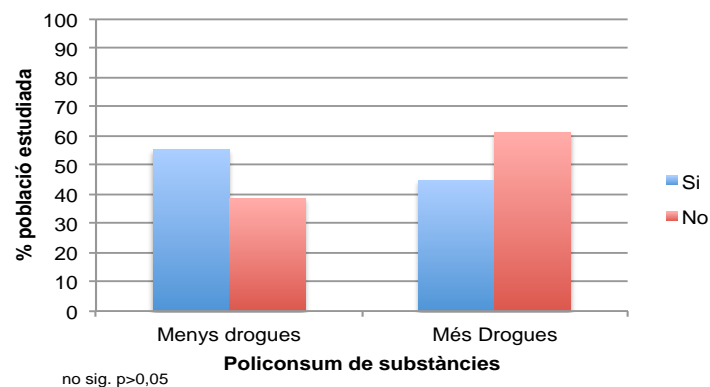


Figura 73. Distribució de la mostra segons policonsum de substàncies i la pràctica d'AFE

3.4. Anàlisis descriptives de la variància segons el campus

Si s'analitza per campus, i com es pot observar en la taula següent, són els estudiants del campus Centre els que declaraven practicar més AFE (86,4%, n=19), en comparació amb els companys d'altres campus, encara que sense diferències no són estadísticament significatives ($\chi^2=6,981$; g=3; p=0,072); (Taula 97; Figura 74).

Taula 97. Distribució de la mostra segons el campus i pràctica d'AFE

AFE	Barri Vell n (%)	Montilivi n (%)	Centre n (%)	Perifèrics n (%)	χ^2 (gl=3)	p
Si	54 (56,8)	78 (59,1)	19 (86,4)	28 (57,1)	6,981	0,072
No	41 (43,2)	54 (40,9)	3 (13,6)	21 (42,9)		

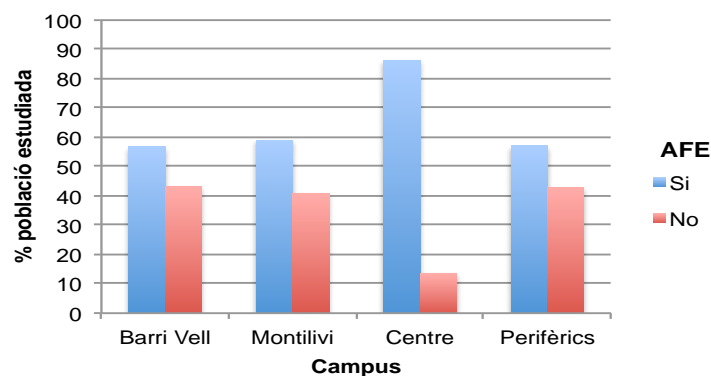


Figura 74. Distribució de la mostra segons el campus i pràctica d'AFE

Capítol 9. Anàlisis descriptives de la variància de les variables secundàries

1. Adherència a la dieta mediterrània

1.1. Anàlisis descriptives de la variància segons el consum de substàncies

L'anàlisi de l'adherència a la DM segons el consum d'alcohol ens mostra que aquells que presentaven una dieta òptima eren consumidors d'alcohol sense risc 27,7% (n=62) en comparació al 21,6% (n=16) dels consumidors de risc, però sense diferències estadísticament significatives ($\chi^2=1,934$; g=2; p=0,380); (Taula 98; Figura 75).

Taula 98. Distribució de la mostra segons l'adherència a la DM segons el consum d'alcohol

Consum alcohol	Baixa qualitat n (%)	Cal millorar n (%)	Dieta òptima n (%)	χ^2 (gl=2)	p
Sense risc	25 (11,2)	137 (74,9)	62 (27,7)	1,934	0,380
Amb risc	12 (16,2)	46 (62,2)	16 (21,6)		

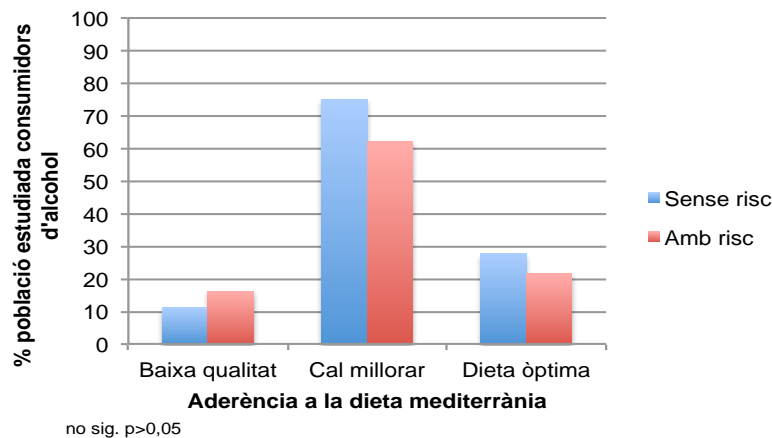


Figura 75. Distribució de la mostra segons l'adherència a la DM segons el consum d'alcohol

L'anàlisi de l'adherència a la dieta mediterrània segons el consum de tabac ens mostra que el 28,4% (n=50) dels que presentaven una dieta òptima eren no fumadors en comparació al 23,0% (n=28) dels fumadors, però sense diferències estadísticament significatives ($\chi^2=1,199$; g=2; p=0,549); (Taula 93; Figura 76).

Taula 99. Distribució de la mostra segons l'adherència a la DM segons el consum de tabac

Consum tabac	Baixa qualitat n (%)	Cal millorar n (%)	Dieta òptima n (%)	χ^2 (gl=2)	p
Si	15 (12,3)	79 (64,8)	28 (23)	1,199	0,549
No	22 (12,5)	104 (59,1)	50 (28,4)		

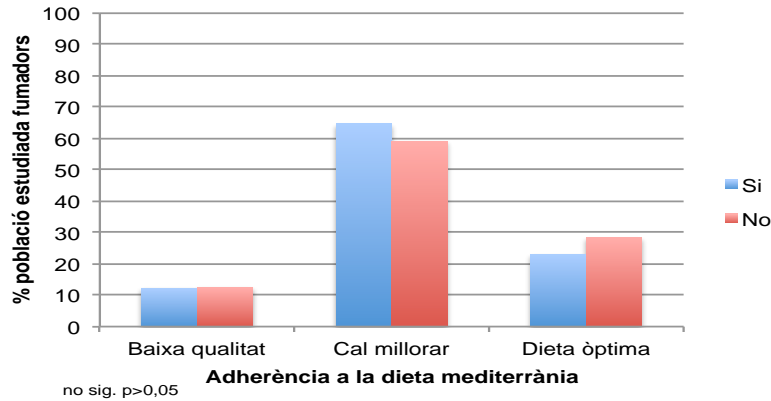


Figura 76. Distribució de la mostra segons l'adherència a la DM segons el consum de tabac

L'anàlisi de l'adherència a la DM segons el consum de drogues de risc, ens mostra que el 16,0% (n=24) dels que presentaven una dieta de baixa qualitat eren consumidors de drogues en comparació al 8,8% (n=13) dels no consumidors, però sense diferències estadísticament significatives ($\chi^2=3,576$; g=2; p=0,167); (Taula 100; Figura 77).

Taula 100. Distribució de la mostra segons l'adherència a la DM i segons el consum d'altres substàncies

Consum drogues	Baixa qualitat n (%)	Cal millorar n (%)	Dieta òptima n (%)	χ^2 (gl=2)	p
No consum	13 (8,8)	95 (64,2)	40 (27,0)	3,576	0,167
Consum risc	24 (16,0)	88 (58,7)	38 (25,3)		

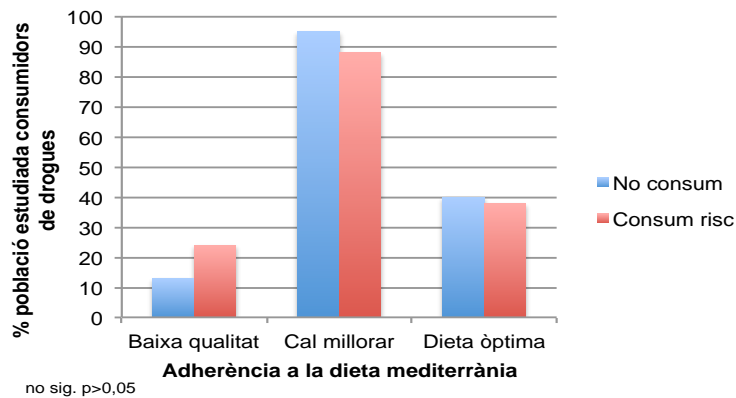


Figura 77. Distribució de la mostra segons l'adherència a la DM i segons el consum d'altres substàncies

Analizant l'adherència a la DM, en la taula següent es pot observar que un percentatge més elevat dels que desenvolupaven una dieta de baixa qualitat declaraven fer un policonsum de substàncies (64,9%; n=24), mentre que els que realitzaven una dieta òptima realitzaven menys policonsum (52,6%; n=41), però sense diferències estadísticament significatives ($\chi^2=1,808$, gl=1, p=0,613); (Taula 101; Figura 78).

Taula 101. Distribució de la mostra segons policonsum i l'adherència a la DM

KIDMED	Menys drogues n (%)	Més Drogues n (%)	χ^2 (gl=3)	p
Baixa qualitat	13 (35,1)	24 (64,9)	1,808	0,613
Cal millorar	91 (49,7)	92 (50,3)		
Dieta òptima	41 (52,6)	37 (47,4)		

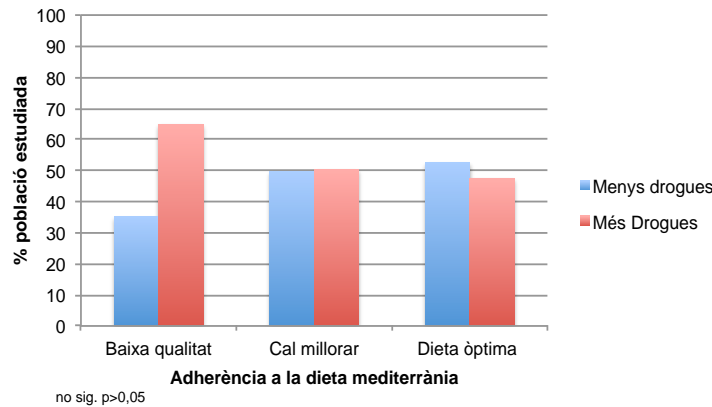


Figura 78. Policonsum de substàncies segons l'adherència a la DM.

1.2. Anàlisis descriptives de la variància segons el campus

Si s'analiza l'adherència a la dieta mediterrània segons el campus al qual pertany la facultat són els estudiants del campus de Montilivi els que més declaraven realitzar una dieta de baixa qualitat (18%, n=24), mentre que els del Barri Vell són els que, en major proporció, presentaven una dieta òptima (27,4%, n=23), encara que sense diferències estadísticament significatives ($\chi^2=9,369$; g=3; p=0,154); (Taula 102; Figura 79).

Taula 102. Distribució de la mostra segons l'adherència a la DM segons Campus

Adherència a la dieta mediterrània	Barri Vell n (%)	Montilivi n (%)	Centre n (%)	Perifèrics n (%)	χ^2 (gl=3)	p
Baixa qualitat	5 (5,3)	24 (18,2)	3 (13,6)	5 (10,2)	9,369	0,154
Cal millorar	64 (67,4)	73 (39,9)	14 (63,6)	32 (65,3)		
Dieta òptima	23 (27,4)	35 (26,5)	5 (22,7)	12 (24,5)		

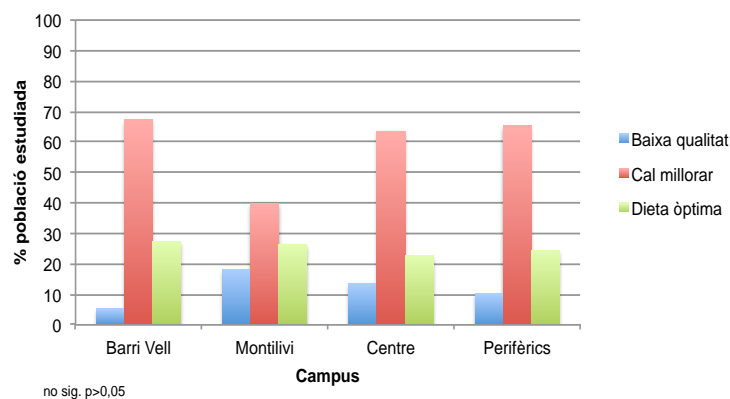


Figura 79. Distribució de la mostra segons l'adherència a la DM segons Campus

2. Policonsum de substàncies

L'anàlisi de la variància (ANOVA) entre el consum de substàncies mostra diferències estadísticament significatives entre aquells que consumeixen sols una substància i aquells que consumeixen dues o més substàncies.

2.1. Anàlisis descriptives de la variància segons el policonsum d'alcohol i tabac

Un 38,5% (n=47) dels que presenten un consum de risc d'alcohol, segons el punt de tall de l'AUDIT, són fumadors, sent les diferències significatives ($\chi^2=20,748$, gl=1, p=0,000) amb els que també fan un consum de risc sense ser fumadors (15,3%; n=27). En la taula següent es pot observar que un 52,8% (n=28) dels homes fumadors presenten aquest consum de risc amb diferències significatives ($\chi^2=13,208$, gl=1, p=0,000). En les dones, aquest consum el presenten un 27,5% (n=19), sent també les diferències estadísticament significatives ($\chi^2=11,744$, gl=1, p=0,000); (Taula 103; Figura 80).

Taula 103. Distribució de la mostra de policonsumidors de tabac i alcohol per sexe

Consum tabac		Consum d'alcohol		χ^2 (gl=1)	p
		Sense risc n (%)	Amb risc n (%)		
Homes	Si	25 (47,2)	28 (52,8)	13,208	0,000
	No	70 (76,9)	21 (23,1)		
Dones	Si	50 (72,5)	19 (27,5)	11,744	0,001
	No	79 (92,9)	6 (7,1)		
Total	Si	75 (61,5)	47 (38,5)	20,748	0,000
	No	149 (84,7)	27 (15,3)		

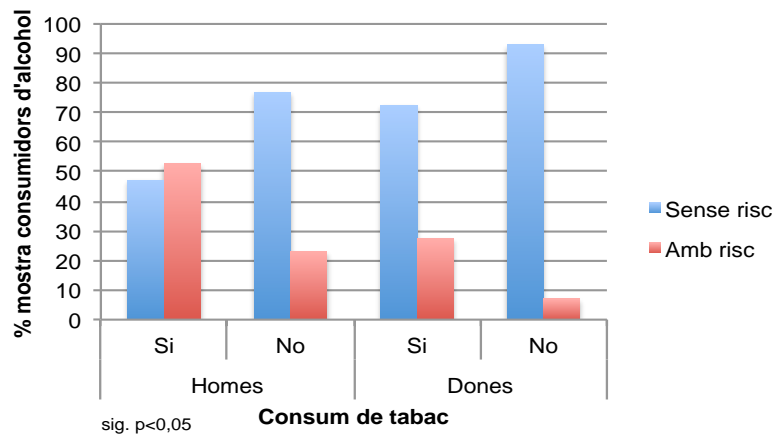


Figura 80. Distribució de la mostra policonsumidors de tabac i alcohol per sexe

2.2. Anàlisis descriptives de la variància segons el policonsum d'alcohol i altres substàncies

Un 71,6% (n=53) dels consumidors de risc d'alcohol, segons el punt de tall de l'AUDIT, també fan un consum de risc en drogues, segons el punt de tall del CAGE-AID, sent les diferències estadísticament significatives ($\chi^2=17,843$, gl=1, p=0,000). En la Taula 104 es pot

observar que per sexe, tant els homes 73,5% (n=36) com les dones 68,0% (n=17) presenten diferències estadísticament significatives $\chi^2=10,386$, gl=1, p=0,001 i $\chi^2=5,759$, gl=1, p=0,000, respectivament (Taula 104; Figura 81).

Taula 104. Distribució de la mostra policonsumidors d'alcohol i altres substàncies per sexe

Consum alcohol		Consum de drogues		χ^2 (gl=1)	p
		No consumeix n (%)	Consum risc (>2) n (%)		
Homes	Sense risc	52 (54,7)	43 (45,3)	10,386	0,001
	Amb risc	13 (26,5)	36 (73,5)		
Dones	Sense risc	75 (58,1)	54 (41,9)	5,759	0,016
	Amb risc	8 (32,0)	17 (68,0)		
Total	Sense risc	127 (56,7)	97 (43,3)	17,843	0,000
	Amb risc	21 (28,4)	53 (71,6)		

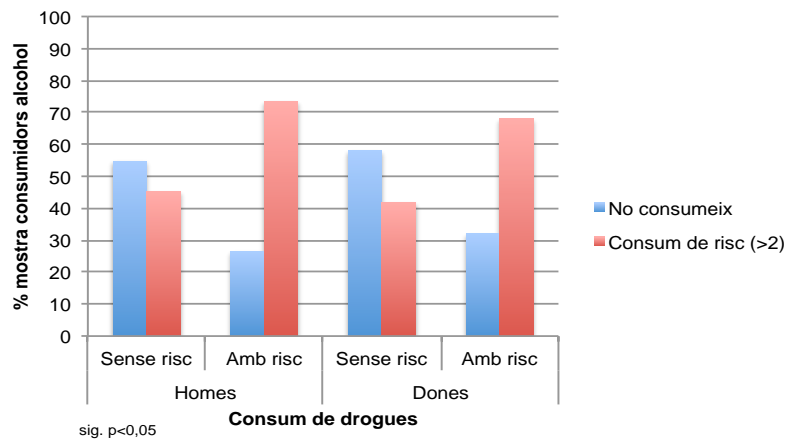


Figura 81. Distribució de la mostra policonsumidors d'alcohol i altres substàncies per sexe

2.3. Anàlisis descriptives de la variància segons el policonsum de tabac i altres substàncies

Un 74,6% (n=91) dels que es declaren consumidors de tabac també fan un consum de risc en drogues, segons el punt de tall del CAGE-AID, sent les diferències estadísticament significatives ($\chi^2=48,611$, gl=1, p=0,000) amb els que també fan un consum de risc sense ser fumadors (33,5%; n=59). En la taula següent es pot observar que 83,0% (n=44) dels homes fumadors presenten aquest consum de risc amb diferències significatives ($\chi^2=26,852$, gl=1, p=0,000). En les dones, aquest consum el presenten un 68,1% (n=47), sent també les diferències estadísticament significatives ($\chi^2=24,377$, gl=1, p=0,000); (Taula 105; Figura 82).

Taula 105. Distribució de la mostra de policonsumidors de tabac i altres substàncies

Consum tabac		Consum de drogues		χ^2 (gl=1)	p
		No consumeix n (%)	Consum de risc (>2) n (%)		
Homes	No	56 (61,5)	35 (38,5)	26,852	0,000
	Si	9 (17,0)	44 (83,0)		
Dones	No	61 (71,8)	24 (28,2)	24,377	0,000
	Si	22 (31,9)	47 (68,1)		
Total	No	117 (66,5)	59 (33,5)	48,611	0,000
	Si	31 (25,4)	91 (74,6)		

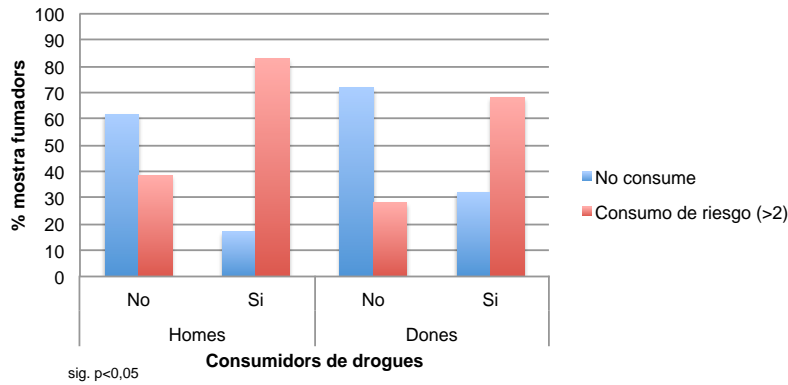


Figura 82. Distribució de la mostra de policonsumidors de tabac i altres substàncies per sexe

2.4. Anàlisis descriptives de la variància segons el policonsum de tres substàncies

Un 51,3% (n=153) dels participants en l'estudi declaraven consumir tres substàncies. Aquest consum preval més entre els homes (54,9%; n=79), però sense diferències estadísticament significatives ($\chi^2=1,381$, gl=1, p=0,240); (Taula 106; Figura 83).

Taula 106. Distribució de la mostra segons policonsum de substàncies per sexe

	Menys drogues n (%)	Més Drogues n (%)	χ^2 (gl=1)	p
Homes	65 (45,1)	79 (54,9)	1,381	0,240
Dones	80 (51,9)	74 (48,1)		
	145 (48,7)	153 (51,3)		

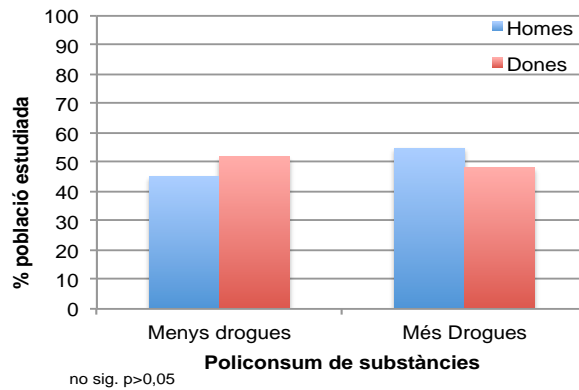


Figura 83. Distribució de la mostra segons policonsum de substàncies per sexe

3. Consum de substàncies i policonsum segons el Campus

Un 34,7% (n=17) dels estudiants de les facultats perifèriques declaraven consumir alcohol de risc en comparació als d'altres campus que no superen el 28%, però sense diferències estadísticament significatives ($\chi^2=3,570$, gl=3, p=0,312); (Taula 107; Figura 84).

Taula 107. Consum de risc d'alcohol segons campus

Consum d'alcohol	Barri Vell n (%)	Montilivi n (%)	Centre n (%)	Perifèrics n (%)	χ^2 (gl=3)	p
Sense risc	72 (75,8)	104 (78,8)	16 (72,7)	32 (65,3)	3,57	0,312
Amb risc	23 (24,2)	28 (21,2)	6 (27,3)	17 (34,7)		

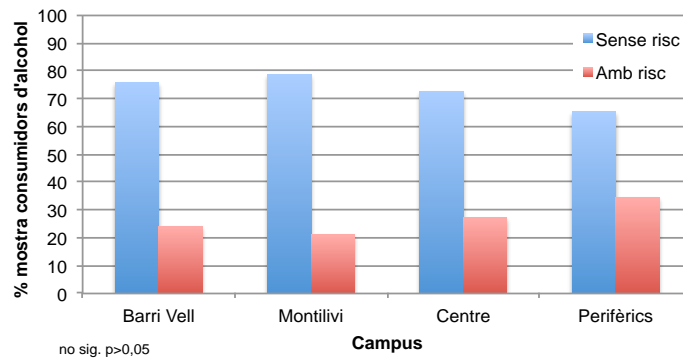


Figura 84. Consum d'alcohol de risc segons campus

Els estudiants del Barri Vell són els que es declaraven més fumadors 51,6% (n=49) en comparació amb els companys d'altres Campus amb percentatges inferiors al 37%, al contrari, els menys fumadors són els estudiants del campus Centre. Les diferències no són estadísticament significatives ($\chi^2=6,706$, gl=3, p=0,086); (Taula 108; Figura 85).

Taula 108. Consum de tabac segons Campus

Consum de tabac	Barri Vell n (%)	Montilivi n (%)	Centre n (%)	Perifèrics n (%)	χ^2 (gl=3)	p
No	46 (48,4)	84 (63,6)	15 (68,2)	12 (63,3)	6,706	0,086
Si	49 (51,6)	48 (36,4)	7 (31,8)	18 (36,7)		

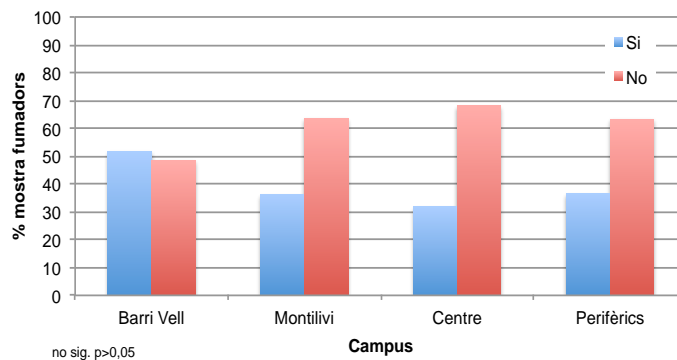


Figura 85. Consum de tabac segons Campus

Els estudiants del Barri Vell són els que es declaraven més consumidors de drogues de risc 57,9% (n=55) en comparació amb els companys d'altres Campus amb percentatges inferiors

al 50%. Els menys consumidors d'aquest tipus de substàncies són els estudiants del Campus Centre. Les diferències no són estadísticament significatives ($\chi^2=4,532$, $gl=3$, $p=0,209$); (Taula 109; Figura 86).

Taula 109. *Consum de drogues segons Campus*

Consum de drogues	Barri Vell n (%)	Montilivi n (%)	Centre n (%)	Perifèrics n (%)	χ^2 (gl=3)	p
No consum	40 (42,1)	67 (50,8)	14 (63,6)	27 (55,1)	4,532	0,209
Consum risc	55 (57,9)	65 (49,2)	8 (36,4)	22 (44,9)		

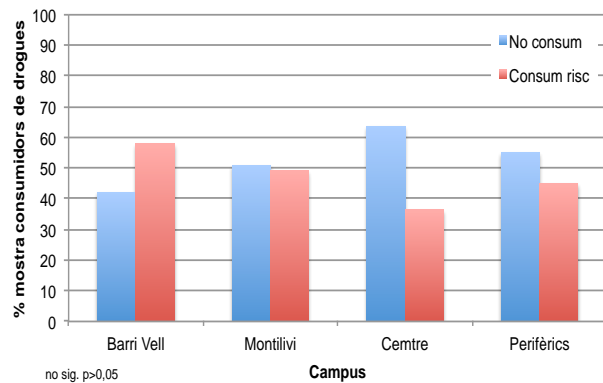


Figura 86. Consum de drogues segons Campus

Són també els estudiants del Campus del Barri Vell els que manifestaven en major proporció per un policonsum (55,8%; $n=53$) mentre que els del Campus Centre són els que menys el practiquen. Les diferències de policonsum entre Campus no és estadísticament significativa ($\chi^2=1,808$, $gl=3$, $p=0,613$); (Taula 110; Figura 87).

Taula 110. *Policonsum de substàncies segons el campus*

	Menys drogues n (%)	Més Drogues n (%)	χ^2 (gl=3)	p
Barri Vell	42 (44,2)	53 (55,8)	1,808	0,613
Montilivi	66 (50,0)	66 (50,0)		
Centre	13 (59,1)	9 (40,9)		
Perifèrics	24 (49,0)	25 (51,0)		

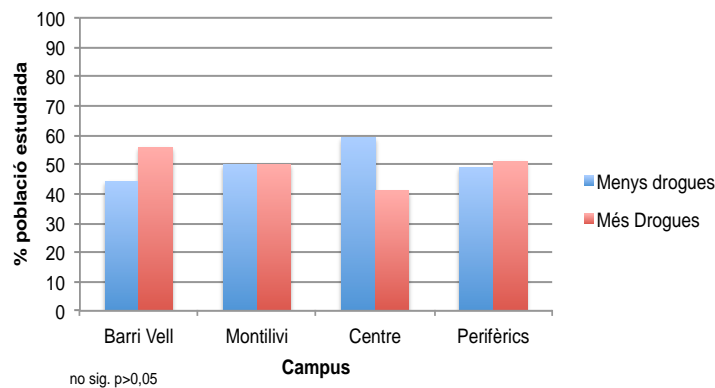


Figura 87. Policonsum de substàncies segons el campus

RESULTATS DESCRIPTIUS DE LA VARIÀNCIA

SALUT AUTOPERCEBUDA (SF-12)

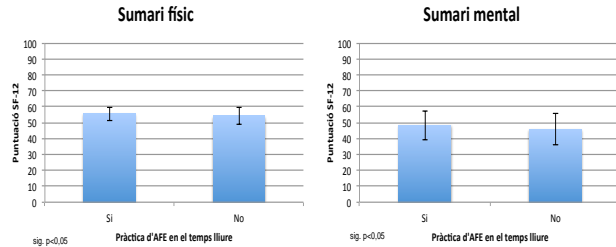


Segons pràctica d'AFE

La pràctica d'AFE millora la percepció de la salut tant física com mental

Les diferències són estadísticament significatives

La pràctica d'AFE té una influència més positiva en el sumari mental

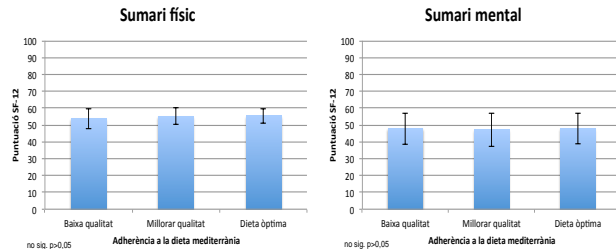


Segons la qualitat de l'alimentació

Aquells que realitzen una dieta òptima es perceben amb millor salut física i mental

Les diferències no són estadísticament significativa

La qualitat de l'alimentació té una influència més positiva el sumari físic

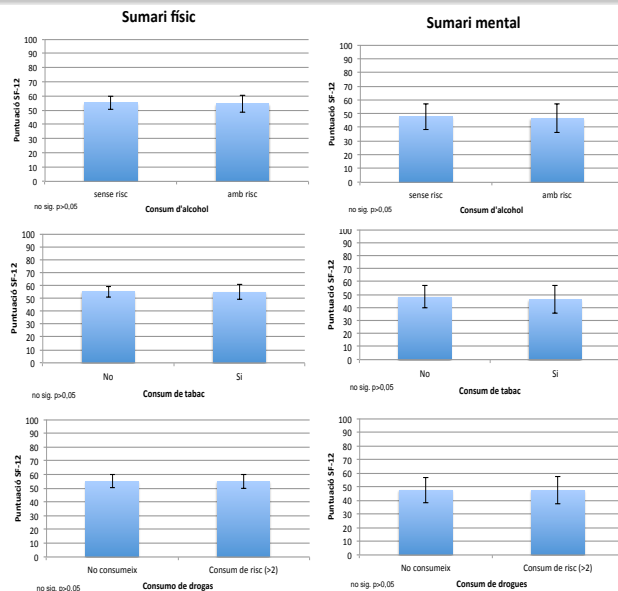


Segons el consum de substàncies

Aquells que no consumeixen substàncies o ho fan en menor quantitat es perceben amb millor estat de salut

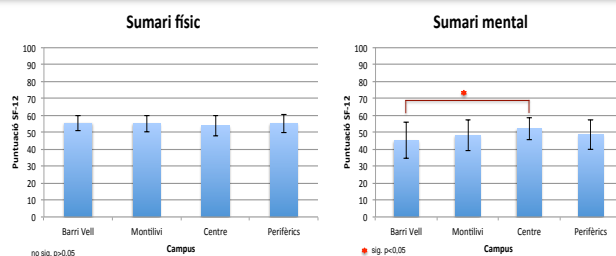
Les diferències no són estadísticament significativa en cap de les substàncies estudiades

El menor consum de substàncies té una influència més positiva en el sumari físic que en el mental



Segons el campus

Els estudiants del Barri Vell presenten puntuacions més baixes en el sumari mental que els seus companys, de manera estadísticament significativa



RESULTATS DESCRIPTIUS DE LA VARIÀNCIA

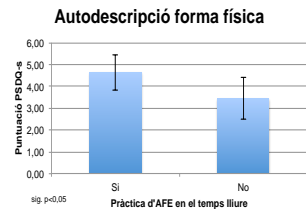
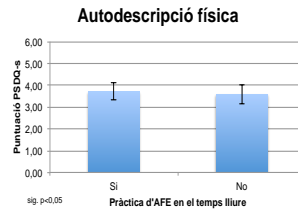


Segons pràctica d'AFE

Els practicants d'AFE es puntuen més alt tant en l'autodescripció física com de la forma física

Les diferències són estadísticament significatives

La pràctica d'AFE té una influència més positiva en la forma física

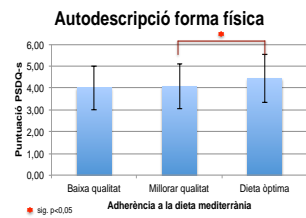
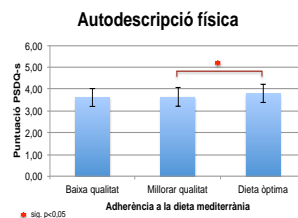


Segons la qualitat de l'alimentació

Els que s'alimenten òptimament es puntuen més alt en l'autodescripció física i en forma física

Les diferències són estadísticament significatives

La qualitat de la dieta té una influència més positiva en la forma física

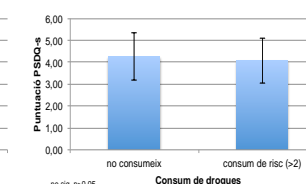
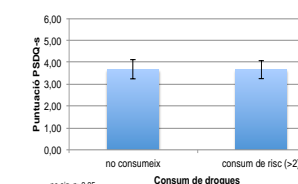
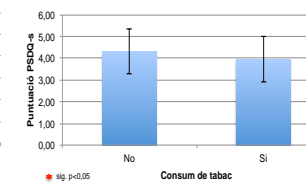
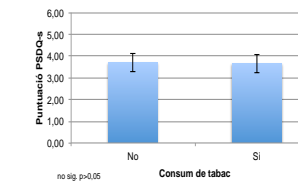
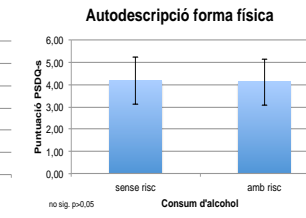
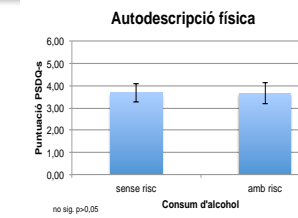


Segons el consum de substàncies

Aquells que no consumeixen o ho fan en menys quantitat es puntuen més alt en l'autodescripció física i en la forma física

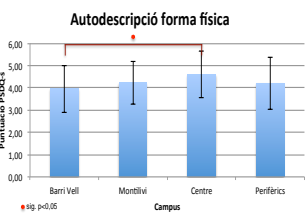
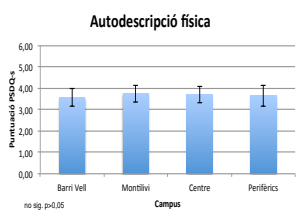
Les diferències no són estadísticament significatives en cap de les substàncies

El no consum o consum sense risc té una influència més positiva en la forma física



Segons el campus

Els estudiants del Barri Vell presenten puntuacions més baixes en les dues escales, la diferència és més evident en l'autodescripció de la forma física



RESULTATS DESCRIPTIUS DE LA VARIÀNCIA

PRACTICA D'AFE

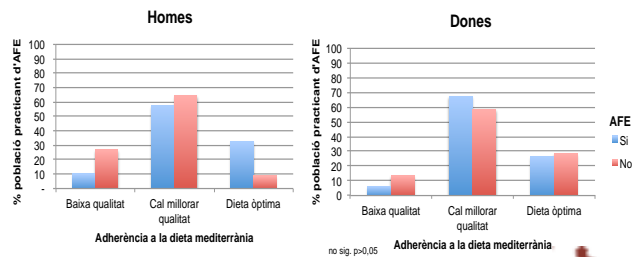
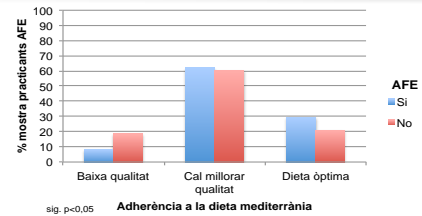


Segons la qualitat de l'alimentació

Els que practiquen AFE realitzen una dieta de millor qualitat de manera estadísticament significativa

La pràctica d'AFE té una influència més positiva en l'alimentació dels homes, sent estadísticament significativa

Les dones s'alimenten de manera òptima de forma similar practiquin o no AFE

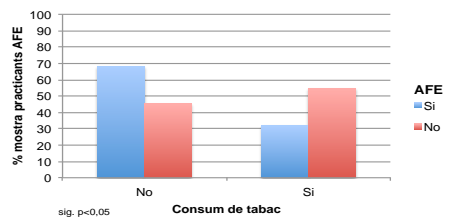
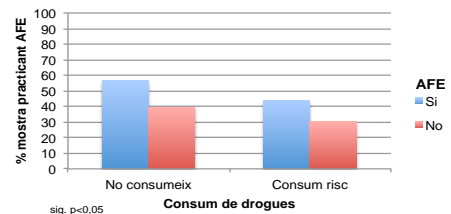
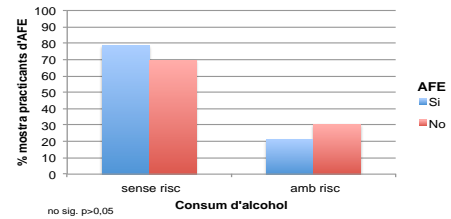


Segons el consum de substàncies

Els practicants d'AFE consumeixen menys substàncies psicoactives o ho fan en menor quantitat, de manera estadísticament significativa

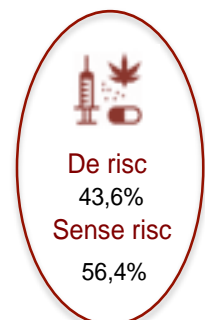
Excepte en el consum de risc d'altres substàncies

La pràctica d'AFE té una influència més positiva en el consum de tabac i d'alcohol de risc



Consum de substàncies entre els practicants d'AFE

1 de cada 4 practicants d'AFE fa consum d'alcohol de risc
 1 de cada 3 practicants d'AFE és fumador
 Quasi 1 de cada 2 practicants d'AFE fa un consum de risc d'altres substàncies



Capítol 10. Anàlisi d'agrupacions de conglomerats (clústers) de les variables salut autopercebuda, autodescripció física i pràctica d'activitat física

Es va realitzar una anàlisi de conglomerats jeràrquic per a identificar subgrups de participants. Les agrupacions es van crear amb les puntuacions obtingudes en les escales SF-12, aquestes escales inclouen les subescales Salut Mental i Salut Física del SF-12. La matriu de distàncies de disimilaritat entre els centroides es va obtenir mitjançant la distància euclídea al quadrat, recomanable quan les variables són homogènies i mesurades en unitats similars (Peltzer, 2010). Es va utilitzar el mètode Ward per a determinar quins participants s'assignaven a cada agrupació. Aquest mètode minimitza la variància intra-grup i genera conglomerats més petits i homogenis (Milligan i Cooper, 1985). Com regles de parada per a la determinació del nombre òptim de conglomerats es va utilitzar la combinació de l'índex de Calinski i Harabasz (1974) la maximització de la silueta mitjana (Kaufman i Rousseeuw, 1990) i la detecció del colze de la corba de representació (S. Salvador i Chan, 2004).

En la Taula 111 es presenten els resultats de l'anàlisi de classificació de clústers del total de la mostra a partir de les variables principals de l'estudi: Salut Física i Mental (SF-12).

En l'anàlisi de conglomerats, amb les puntuacions obtingudes en les escales SF-12, es van identificar dos subgrups de participants. El primer, que presenta una millor salut percebuda (MS), agrupa al 76,2% (n=227) de la mostra i el segon, amb pitjor salut percebuda (PS), amb el 23,8% (71) restant; (Taula 111; Figura 88).

Taula 111. Distribució dels participants en l'estudi segons clústers de millor salut i pitjor salut

		núm.	Mitjana	DE	Interval de confiança per la mitjana al 95%		F	p
					Límit inferior	Límit superior	(gl=1)	
Sumari físic	Millor Salut	227	54,49	4,79	53,86	55,12	12,565	0,000
	Pitjor Salut	71	56,80	4,81	55,66	57,94		
Sumari mental	Millor Salut	227	51,98	4,44	51,4	52,56	793,164	0,000
	Pitjor Salut	71	32,89	6,42	31,37	34,41		

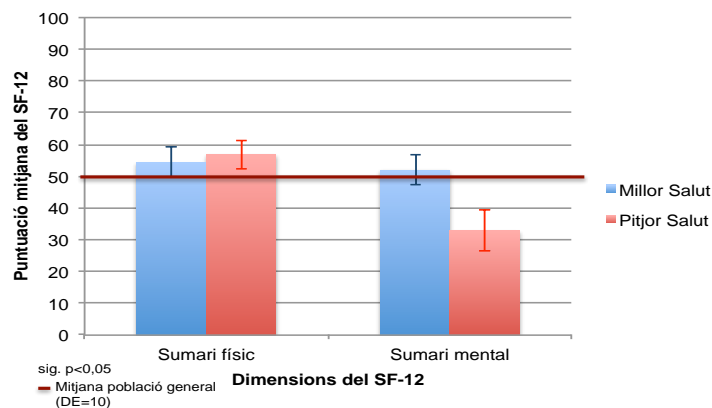


Figura 88. Puntuació mitjana i desviació estàndard dels sumaris del SF-12 segons clústers de salut

Si s'analitzen les diferències entre sexes, s'observa que tant els homes com les dones obtenen puntuacions mitjanes més altes en el sumari físic els que pertanyen al clúster de pitjor salut, sent les diferències estadísticament significatives entre les dones ($F=10,441$; $gl=1$; $p=0,002$). Al contrari, en el sumari mental les puntuacions més altes es troben entre els que s'han classificat al clúster de millor salut, sent en ambdós casos les diferències estadísticament significatives (Taula 112; Figura 89).

Taula 112. Puntuacions mitjanes del SF-12 segons clústers de salut per sexe

Sexe	SF-12	Clústers	núm.	Mitjana	Desviació estàndard	Interval de confiança per la mitjana al 95%		F (gl=1)	p
						Límit inferior	Límit superior		
Home	Sumari físic	Millor Salut	120	55,29	3,77	54,61	55,97	4,029	0,047
		Pitjor Salut	24	56,99	3,80	55,38	58,59		
	Sumari mental	Millor Salut	120	52,72	4,30	51,94	53,50	310,141	0,000
		Pitjor Salut	24	34,20	6,36	31,51	36,89		
Dona	Sumari físic	Millor Salut	107	53,59	5,61	52,51	54,66	10,441	0,002
		Pitjor Salut	47	56,71	5,29	55,15	58,26		
	Sumari mental	Millor Salut	107	51,14	4,46	50,29	52,00	443,332	0,000
		Pitjor Salut	47	32,22	6,42	30,33	34,10		

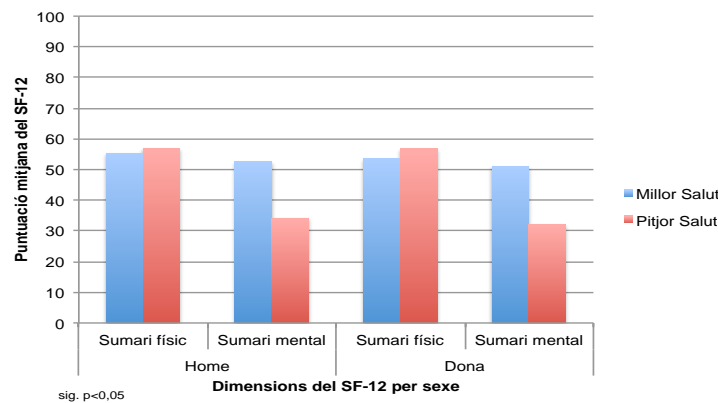


Figura 89. Puntuacions mitjanes del SF-12 segons clústers de salut per sexe

1. Distribució de freqüències per grups de salut (clústers)

A continuació es presenten taules de contingència comparant els grups de millor i pitjor salut percebuda per sexe, qualitat de la dieta (Kidmed), consum de drogues (CAGE-AID), activitat física i Campus.

Si s'analitza el percentatge de la mostra segons el sexe, es pot observar que un 83,3% ($n=120$) dels homes pertanyen al grup MS i un percentatge superior al 69,5% ($n=107$) de les dones, sent les diferències estadísticament significatives ($\chi^2=7,868$, $gl=1$, $p=0,005$); (Taula 113; Figura 90).

Taula 113. Distribució de la mostra segons grups de salut per sexe

	Cluster Salut		χ^2 (gl=1)	p
	Millor salut n (%)	Pitjor salut n (%)		
Homes	120 (83,3)	24 (16,7)	7,868	0,005
Dones	107 (69,5)	47 (30,5)		

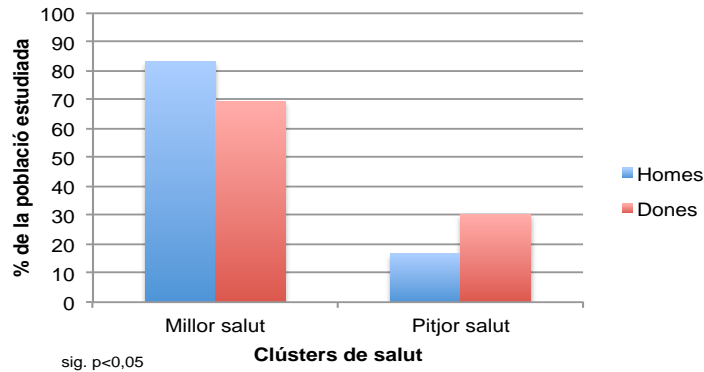


Figura 90. Distribució de la mostra segons grups de salut per sexe

1.1. Anàlisi de la variància (ANOVA) segons la pràctica d'AFE per clúster de salut

La taula següent mostra els resultats de les distribucions entre les variables pràctica d'AFE i els clústers de millor salut i pitjor salut (SF-12). Com es pot observar les diferències no són estadísticament significatives ($\chi^2=1,665$, $gl=1$, $p=0,197$); (Taula 114; Figura 91).

Taula 114. Grups de salut segons la pràctica d'AFE

	Si AFE n (%)	No AFE n (%)	χ^2 ($gl=1$)	p
Millor salut	141 (62,1)	86 (37,9)	1,665	0,197
Pitjor salut	38 (21,2)	33 (46,5)		

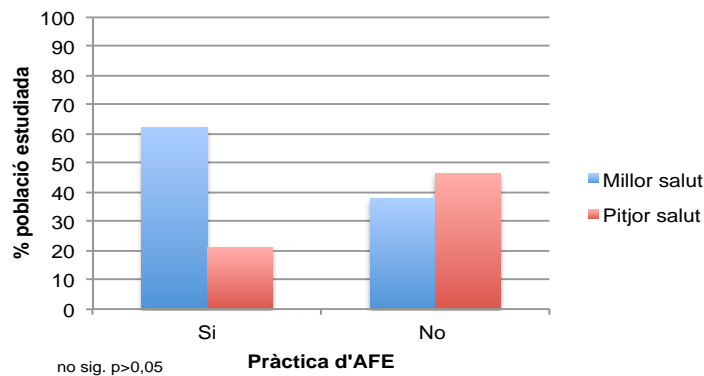


Figura 91. Grups de salut segons pràctica d'AFE

1.2. Anàlisi de la variància (ANOVA) segons l'adherència a la dieta mediterrània per clúster de salut

Les distribucions entre les variables Kidmed (adherència a la dieta mediterrània) i els clústers de millor salut i pitjor salut (SF-12) s'indiquen a la Taula 115. Com es pot observar les diferències no són significatives ($\chi^2=0,688$, $gl=2$, $p=0,709$); (Figura 92).

Taula 115. Grups de salut segons l'adherència a la DM

	Baixa qualitat n (%)	Millorar qualitat n (%)	Dieta òptima n (%)	χ^2 (gl=2)	p
Millor salut	30 (13,2)	137 (60,4)	60 (26,4)	0,688	0,709
Pitjor salut	7 (9,9)	46 (64,8)	18 (25,4)		

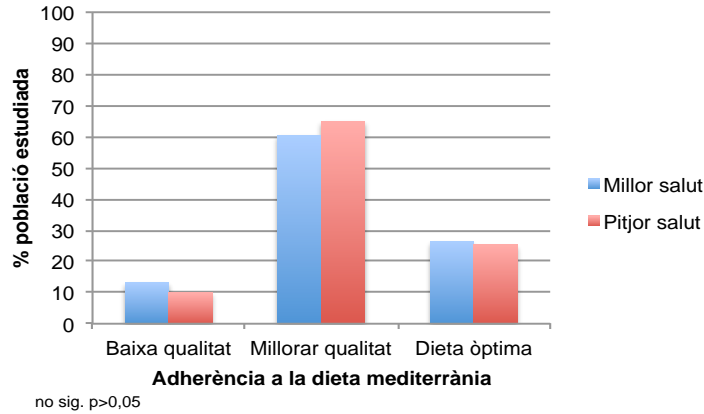


Figura 92. Grups de salut segons l'adherència a la DM

1.3. Anàlisi de la variància (ANOVA) de les variables alcohol, tabac i altres substàncies per clústers de salut

Les distribucions entre les variables consum de substàncies i els clústers de millor salut i pitjor salut (SF-12) mostren que els que no consumeixen o ho fan sense risc, pertanyen majoritàriament al grup MS. Cal observar però, que en el cas del consum d'altres substàncies un percentatge lleugerament superior dels consumidors de risc pertanyen a aquest grup (Taula 116; Figura 93).

Taula 116. Puntuacions mitjanes i desviacions dels clústers segons el consum de substàncies

	Millor salut n (%)	Pitjor salut n (%)	χ^2 (gl=1)	p
Alcohol				
Sense risc	174 (76,7)	50 (70,4)	1,124	0,289
Amb risc	53 (23,3)	21 (29,6)		
Tabac				
No	138 (60,8)	38 (53,5)	1,183	0,277
Si	89 (39,2)	33 (46,5)		
Altres substàncies				
Sense risc	111 (48,9)	37 (52,1)	0,223	0,636
Amb risc	116 (51,1)	34 (47,9)		

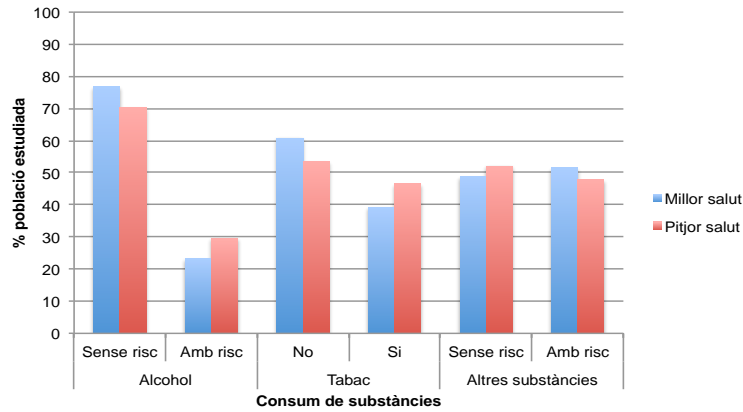


Figura 93. Puntuacions mitjanes dels clústers segons el consum de substàncies

1.4. Anàlisi de la variància (ANOVA) de les variables policonsum de substàncies per clústers de salut

En la següent taula es presenten els resultats de les distribucions entre les variables policonsum de substàncies i els clústers de millor salut i pitjor salut (SF-12) pel total de la població estudiada i segons el sexe. Com es pot observar, en cap dels grups les diferències són estadísticament significatives (Taula 117; Figura 94).

Taula 117. Grups de salut segons el policonsum de substàncies

		Menys drogues	Més drogues	χ^2	p
		n (%)	n (%)	(gl=1)	
Homes	Millor salut	55 (45,8)	65 (54,2)	0,14	0,491
	Pitjor salut	10 (41,7)	14 (58,3)		
Dones	Millor salut	55 (51,4)	52 (48,6)	0,042	0,838
	Pitjor salut	25 (53,2)	22 (46,8)		
Total	Millor salut	110 (48,5)	117 (51,5)	0,015	0,902
	Pitjor salut	35 (49,3)	36 (50,7)		

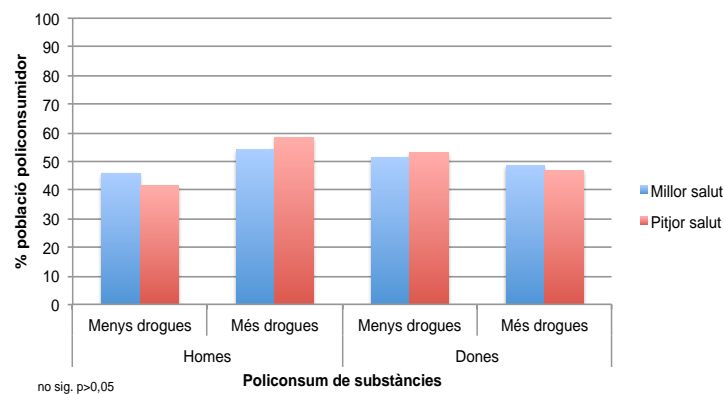


Figura 94. Grups de salut segons el policonsum de substàncies

1.5. Anàlisi de la variància (ANOVA) de les variables minuts caminant i asseguts (IPAQ-s) per clústers de salut

La comparació de les puntuacions mitjanes de les variables de minuts caminant i asseguts per clústers de salut mostra millors puntuacions (més minuts caminant i menys asseguts) entre els que pertanyen al clúster de millor salut, però sense diferències estadísticament significatives (Taula 118; Figura 95).

Taula 118. Puntuació mitjana i desviació estàndard de minuts caminant i asseguts segons clústers de salut

		núm.	Mitjana	DE	Interval de confiança per la mitjana al 95%		F (gl=1)	p
					Límit inferior	Límit superior		
minuts caminant	Millor Salut	227	33,56	45,49	27,61	39,51	0,009	0,926
	Pitjor Salut	71	32,95	55,35	19,85	46,05		
minuts asseguts	Millor Salut	227	119,47	122,10	103,5	135,44	0,403	0,526
	Pitjor Salut	71	130,14	128,48	99,77	160,50		

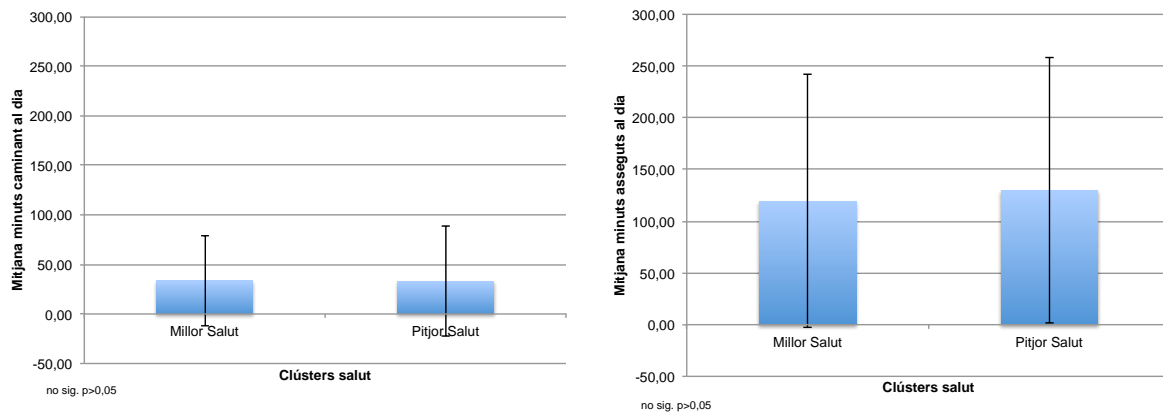


Figura 95. Puntuació mitjana i desviació estàndard minuts caminant i asseguts segons clúster salut

1.6. Anàlisi de la variància (ANOVA) de les variables d'autodescripció física i de la forma física (PSDQ-s) per clústers de salut

La comparació de les puntuacions mitjanes de les variables autodescripció física i de la forma física (PSDQ-s) per clústers de salut mostra millors puntuacions entre els que pertanyen al clúster de millor salut, encara que sols amb diferències significatives en el cas de l'escala de l'autodescripció de la forma física ($F=4,455$, $p=0,036$); (Taula 119).

Taula 119. Distribució dels participants en l'estudi segons clústers de millor salut i pitjor salut i autodescripció física i de la forma física

PSDQ-S	Clústers	núm.	Mitjana	Desviació estàndard	Interval de confiança per la mitjana al 95%		F (gl=1)	p
					Límit inferior	Límit superior		
Autodescripció física	Millor Salut	227	3,68	0,39	3,63	3,73	0,619	0,432
	Pitjor Salut	71	3,64	0,51	3,51	3,76		
Autodescripció forma física	Millor Salut	227	4,23	1,03	4,10	4,37	4,455	0,036
	Pitjor Salut	71	3,93	1,08	3,68	4,19		

Si s'analitzen les puntuacions mitjanes, per les subescales, es pot observar que en l'escala de l'autodescripció física els estudiants que s'han classificat en el grup de millor salut presenten puntuacions més elevades en totes les subescales, sent les diferències estadísticament significatives excepte en físic global.

Pel que fa a l'autodescripció de la forma física també els estudiants del grup millor salut obtenen millors puntuacions, encara que les diferències són estadísticament significatives sols en coordinació i condició esportiva (Taula 120; Figura 96).

Taula 120. Puntuació mitjana i desviació estàndard segons les subescales del PSDQ-s

PSDQ-s	Cúster	Núm.	Mitjana	DE	Interval confiança per mitjana al 95%		F (gl= 1)	p
					Limit inferior	Limit superior		
salut	Millor salut	227	1,43	0,71	1,34	1,52	9,332	0,002
	Pitjor salut	71	1,77	1,08	1,51	2,03		
greix corporal	Millor salut	227	1,92	4,11	5,06	6,27	7,097	0,008
	Pitjor salut	71	2,44	4,47	6,07	7,69		
físic global	Millor salut	227	5,18	0,91	5,06	5,30	2,676	0,103
	Pitjor salut	71	4,60	1,30	4,29	4,91		
aparença	Millor salut	227	4,41	1,17	4,25	4,56	7,706	0,006
	Pitjor salut	71	4,13	1,44	3,79	4,47		
autoestima	Millor salut	227	5,47	0,52	5,40	5,54	8,564	0,004
	Pitjor salut	71	5,24	0,70	5,08	5,41		
coordinació	Millor salut	227	5,20	0,87	5,09	5,32	5,634	0,018
	Pitjor salut	71	4,90	1,07	4,65	5,16		
força	Millor salut	227	4,24	1,43	4,05	4,43	3,19	0,075
	Pitjor salut	71	3,89	1,48	3,54	4,24		
flexibilitat	Millor salut	227	3,56	1,67	3,34	3,78	0,054	0,817
	Pitjor salut	71	3,61	1,69	3,21	4,02		
resistència	Millor salut	227	4,02	1,66	3,80	4,24	2,987	0,085
	Pitjor salut	71	3,63	1,57	3,26	4,01		
condició esportiva	Millor salut	227	4,70	1,31	4,52	4,87	7,018	0,009
	Pitjor salut	71	4,21	1,50	3,85	4,56		
activitat física	Millor salut	227	3,69	1,79	3,45	3,92	1,914	0,168
	Pitjor salut	71	3,35	1,74	2,94	3,76		

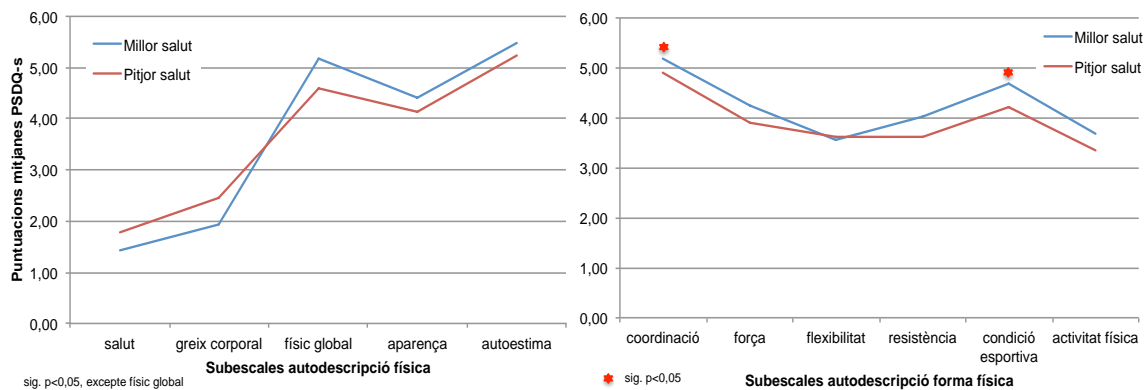


Figura 96. Puntuacions mitjanes de les subescales del PSDQ-s segons clústers de salut

Si s'analitza la interacció entre les subescales del PSDQ-s, sexe i clúster de salut no s'observen diferències estadísticament significatives. Els estudiants que pertanyen al grup MS obtenen millors puntuacions en totes les subescales excepte els homes en greix

corporal, aparença física i flexibilitat i les dones en força i activitat física (Taula 121; Taula 122).

Taula 121. Distribució segons les subescales del PSDQ-s i el sexe

PSDQ-s	Sexe	Clústers	Núm.	Mitjana	DE	Interval confiança per mitjana al 95%	
						Límit inferior	Límit superior
salut	Homes	Millor salut	120	1,34	0,62	1,19	1,49
		Pitjor salut	24	1,58	0,56	1,25	1,91
	Dones	Millor salut	107	1,53	0,80	1,38	1,69
		Pitjor salut	47	1,87	1,26	1,63	2,01
greix corporal	Homes	Millor salut	120	1,76	1,35	1,51	2,01
		Pitjor salut	24	1,76	1,29	1,20	2,32
	Dones	Millor salut	107	2,10	1,29	1,84	2,37
		Pitjor salut	47	2,78	1,72	2,38	3,18
físic global	Homes	Millor salut	120	5,31	0,88	5,13	5,50
		Pitjor salut	24	4,94	1,33	4,53	5,35
	Dones	Millor salut	107	5,03	0,92	4,84	5,22
		Pitjor salut	47	4,43	1,27	4,14	4,72
aparença	Homes	Millor salut	120	4,68	1,09	4,47	4,90
		Pitjor salut	24	4,81	1,19	4,33	5,30
	Dones	Millor salut	107	4,10	1,18	3,87	4,33
		Pitjor salut	47	3,78	1,45	3,44	4,13
autoestima	Homes	Millor salut	120	5,59	0,47	5,49	5,69
		Pitjor salut	24	5,38	0,58	5,15	5,60
	Dones	Millor salut	107	5,34	0,53	5,23	5,45
		Pitjor salut	47	5,17	0,76	5,01	5,33
coordinació	Homes	Millor salut	120	5,33	0,82	5,16	5,50
		Pitjor salut	24	5,00	1,07	4,63	4,63
	Dones	Millor salut	107	5,06	0,90	4,88	5,23
		Pitjor salut	47	4,85	1,08	4,59	5,12
força	Homes	Millor salut	120	4,86	1,06	4,63	5,10
		Pitjor salut	24	4,48	1,34	3,95	5,01
	Dones	Millor salut	107	3,54	1,48	3,29	3,79
		Pitjor salut	47	3,58	1,47	3,21	3,96
flexibilitat	Homes	Millor salut	120	3,20	1,58	2,90	3,49
		Pitjor salut	24	3,70	1,96	3,04	4,37
	Dones	Millor salut	107	3,97	1,68	3,66	4,28
		Pitjor salut	47	3,57	1,55	3,10	4,04
resistència	Homes	Millor salut	120	4,56	1,56	4,29	4,84
		Pitjor salut	24	4,54	1,52	3,92	5,16
	Dones	Millor salut	107	3,41	1,56	3,12	3,70
		Pitjor salut	47	3,17	1,41	2,73	3,61
condició esportiva	Homes	Millor salut	120	5,22	1,03	5,03	5,40
		Pitjor salut	24	4,88	1,27	4,34	5,42
	Dones	Millor salut	107	4,11	1,35	3,85	4,37
		Pitjor salut	47	3,86	1,50	3,42	4,00
activitat física	Homes	Millor salut	120	4,15	1,68	3,85	4,46
		Pitjor salut	24	3,69	1,66	2,99	4,40
	Dones	Millor salut	107	3,16	1,77	2,82	3,5
		Pitjor salut	47	3,18	1,77	2,65	3,7

Taula 122. Prova d'efectes intersubjectes de subescales del PSDQ-s, segons clúster salut i sexe

		F	p	eta parcial al quadrat	potencia observada
Sexe	salut	4,277	0,040	0,014	0,540
	greix corporal	11,913	0,001	0,039	0,931
	físic global	7,739	0,006	0,026	0,792
	aparença física	22,684	0,000	0,072	0,997
	autoestima	8,094	0,005	0,027	0,809
	coordinació	2,655	0,104	0,009	0,369
	força	35,501	0,000	0,108	1,000
	flexibilitat	1,860	0,174	0,006	0,275
	resistència	33,281	0,000	0,102	1,000
	condició esportiva	35,670	0,000	0,108	1,000
	activitat física	9,462	0,002	0,031	0,866
Clúster salut	salut	6,197	0,013	0,021	0,699
	greix corporal	2,914	0,089	0,010	0,398
	físic global	11,621	0,001	0,038	0,925
	aparença física	0,296	0,587	0,001	0,084
	autoestima	5,519	0,019	0,018	0,649
	coordinació	4,150	0,043	0,014	0,528
	força	0,813	0,368	0,003	0,146
	flexibilitat	0,050	0,823	0,000	0,056
	resistència	0,368	0,545	0,001	0,093
	condició esportiva	2,706	0,104	0,009	0,374
	activitat física	0,824	0,101	0,003	0,148
Clúster salut - sexe	salut	0,185	0,668	0,001	0,071
	greix corporal	2,962	0,086	0,010	0,404
	físic global	0,626	0,430	0,002	0,124
	aparença física	1,724	0,190	0,006	0,258
	autoestima	0,074	0,786	0,000	0,058
	coordinació	0,211	0,646	0,001	0,074
	força	1,326	0,251	0,004	0,209
	flexibilitat	3,747	0,054	0,013	0,488
	resistència	0,230	0,632	0,001	0,077
	condició esportiva	0,051	0,822	0,000	0,056
	activitat física	0,983	0,333	0,162	0,162

1.1. Anàlisi de la variància (ANOVA) de la variable campus per clústers de salut

En la següent taula es presenten els resultats de les distribucions entre la variable campus i els clústers de millor salut i pitjor salut (SF-12) pel total de la població estudiada i per sexe.

El campus del Barri Vell és el que presenta un percentatge més elevat d'alumnes en el clúster de pitjor salut (28,4%; n=27), concentrant-se aquesta diferència, bàsicament, en les dones (37,0%; n=20). En cap clúster però, les diferències són estadísticament significatives (Taula 123; Figura 97).

Taula 123. Distribució de la mostra segons grups de salut i el Campus

Sexo		Cluster Salut		χ^2 gl=3	p
		Millor salut n (%)	Pitjor salut n (%)		
Homes	Barri Vell	34 (82,9)	7 (17,1)	1,087	0,780
	Montilivi	59 (84,3)	11 (15,7)		
	Centre	10 (90,9)	1 (9,1)		
	Perifèrics	17 (77,3)	5 (22,7)		
Dones	Barri Vell	34 (63,0)	20 (37,0)	3,794	0,285
	Montilivi	42 (67,7)	20 (32,3)		
	Centre	9 (81,8)	2 (18,2)		
	Perifèrics	22 (81,5)	5 (18,5)		
Total	Barri Vell	68 (71,6)	27 (28,4)	2,688	0,442
	Montilivi	101 (76,5)	31 (23,5)		
	Centre	19 (86,4)	3 (13,6)		
	Perifèrics	39 (79,6)	10 (20,4)		
		227 (76,2)	71 (23,8)		

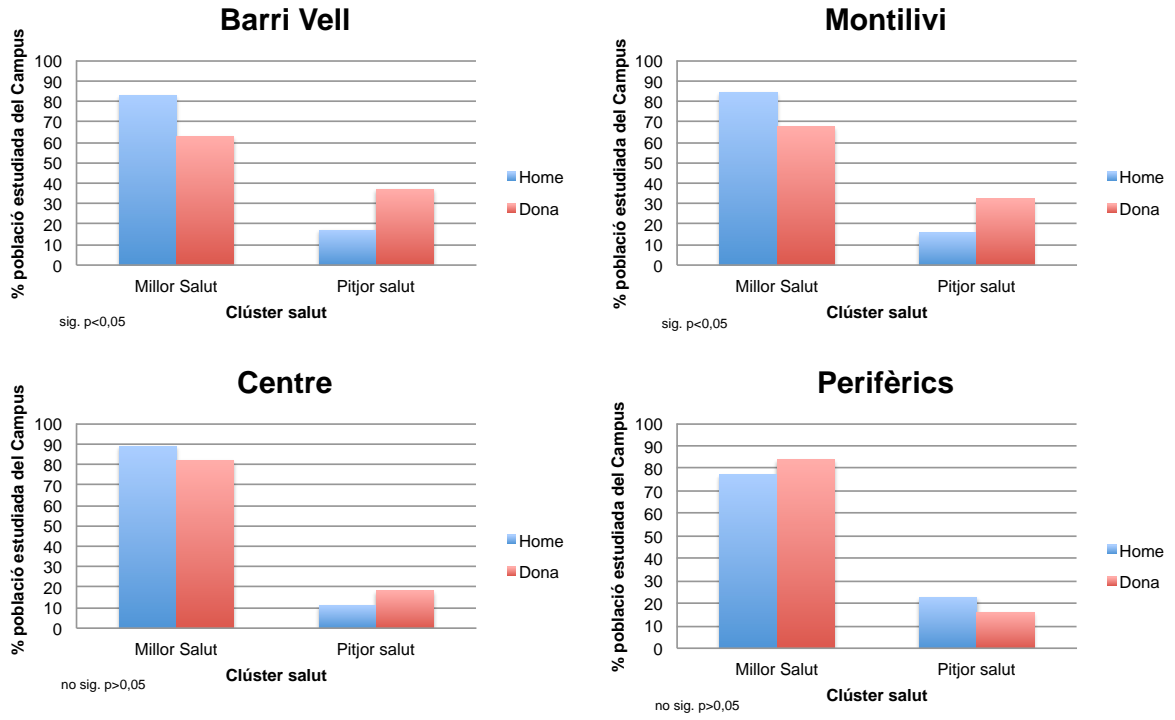


Figura 97. Distribució de la mostra segons grups de salut i el campus

2. Anàlisi multivariat (MANOVA)

2.1. SF-12 per sexe, campus i consum de tabac i altres substàncies

El consum de substàncies, com es pot observar en la Taula 124, afecta les puntuacions mitjanes en el sumari mental dels homes i les dones de tots els Campus, ja que els que consumeixen presenten puntuacions bastant més baixes que els seus companys no consumidors.

En canvi, si s'observen les puntuacions mitjanes del sumari físic passa el contrari, els que consumeixen presenten puntuacions més elevades que els estudiants del mateix sexe i Campus, excepte les dones de les facultats perifèriques (Taula 124; Figura 98).

Cal destacar que en el grup de consumidors no apareix cap estudiant del campus Centre.

Taula 124. Sumari físic i mental segons grups de salut, campus, sexe, consum de tabac i altres substàncies

Sumari físic	Campus	Fuma/Drogues/ Salut	Mitjana	DE
Homes	Barri Vell	NFNDMS	55,36	3,54
		FDPS	55,52	4,08
	Montilivi	NFNDMS	55,21	4,30
		FDPS	56,94	
	Centre	NFNDMS	55,29	4,32
		FDPS		
	Perifèrics	NFNDMS	56,88	1,48
		FDPS	59,38	3,45
Dona	Barri Vell	NFNDMS	54,42	5,03
		FDPS	59,09	3,03
	Montilivi	NFNDMS	54,72	5,52
		FDPS	56,89	4,90
	Centre	NFNDMS	52,64	7,74
		FDPS		
	Perifèrics	NFNDMS	52,97	6,44
		FDPS	50,61	6,02

Sumari mental	Campus	Fuma/Drogues/ Salut	Mitjana	DE
Homes	Barri Vell	NFNDMS	50,47	5,14
		FDPS	34,34	6,44
	Montilivi	NFNDMS	50,48	8,51
		FDPS	34,95	
	Centre	NFNDMS	53,51	7,02
		FDPS		
	Perifèrics	NFNDMS	50,96	6,56
		FDPS	34,24	10,02
Dona	Barri Vell	NFNDMS	45,98	10,61
		FDPS	28,79	4,21
	Montilivi	NFNDMS	46,19	8,22
		FDPS	27,51	2,06
	Centre	NFNDMS	50,95	6,97
		FDPS		
	Perifèrics	NFNDMS	50,94	5,60
		FDPS	31,93	9,51

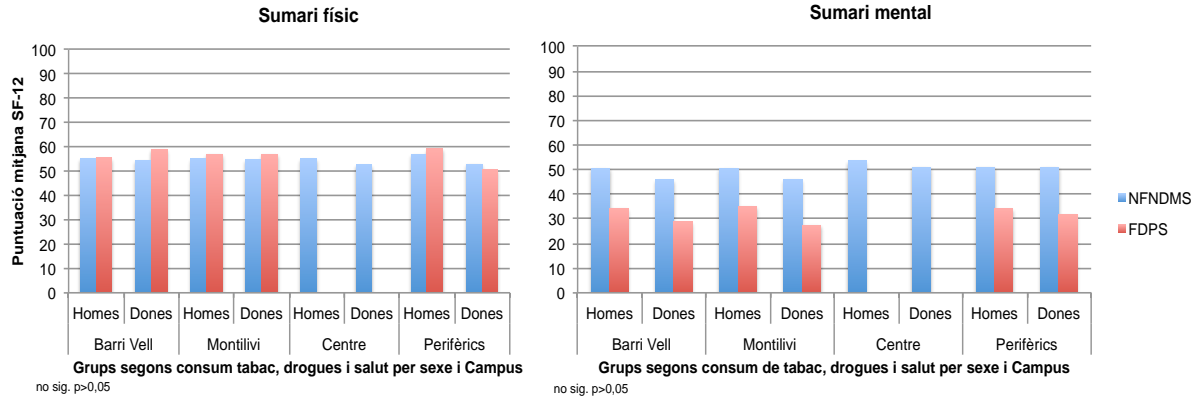


Figura 98. Puntuacions mitjanes dels sumari físic i mental segons consum de tabac, drogues i millor salut per sexe i campus

En les proves inter-subjectes no s'observen diferències estadísticament significatives en la intersecció de les tres variables (Sexe-Campus-consum de substàncies i grup salut) ni en el sumari físic ($F=1,962$; $p=0,142$) ni en el mental ($F=0,022$; $p=0,979$); (Taula 125).

Taula 125. Proves d'efectes inter-subjectes de les variables SF-12, sexe, campus i consum de tabac i drogues

		F	p	eta parcial al quadrat	potencia observada
Sexe	Sumari Físic	2,239	0,136	0,008	0,320
	Sumari Mental	3,67	0,056	0,013	0,480
Campus	Sumari Físic	0,588	0,624	0,006	0,171
	Sumari Mental	1,344	0,260	0,014	0,357
Fuma / Drogues / Salut	Sumari Físic	1,237	0,267	0,004	0,198
	Sumari Mental	68,802	0,000	0,195	1,000
Sexe - campus	Sumari Físic	3,015	0,030	0,031	0,707
	Sumari Mental	0,329	0,804	0,003	0,114
Sexe - Fuma / drogues / salut	Sumari Físic	0,003	0,955	0,000	0,050
	Sumari Mental	0,237	0,627	0,001	0,077
Campus - Fuma / drogues / salut	Sumari Físic	0,543	0,581	0,004	0,139
	Sumari Mental	0,029	0,971	0,000	0,054
Sexe - Campus - Fuma / drogues / salut	Sumari Físic	1,962	0,142	0,014	0,405
	Sumari Mental	0,022	0,979	0,000	0,053

2.2. SF-12 per sexe, campus i pràctica d'activitat físicoesportiva

Els que manifestaven practicar AFE presenten puntuacions mitjanes més elevades en el sumari físic en ambdós sexes i tots els Campus, excepte en els homes que estudien a les facultats del campus Centre. El mateix passa en el sumari mental, els practicants presenten puntuacions més elevades, excepte els homes i dones del campus de Montilivi i les dones del campus Centre (Taula 126; Figura 99).

Taula 126. Puntuacions mitjanes del sumari físic i mental segons la pràctica d'AFE per Campus

Sumari físic	Campus	AFE	N=298	Mitjana	DE
Homes	Barri Vell	Si	26	55,43	3,85
		Montilivi	51	56,06	2,29
		Centre	7	54,44	4,59
		Perifèrics	13	57,72	2,21
	Montilivi	No	15	55,30	3,13
		Centre	19	53,00	6,95
		Perifèrics	2	58,27	0,01
		Perifèrics	9	56,51	1,51
Dones	Barri Vell	Si	28	55,55	5,25
		Montilivi	27	55,75	4,43
		Centre	10	53,30	7,82
		Perifèrics	13	53,34	5,62
	Montilivi	No	26	55,00	4,89
		Centre	35	54,10	6,13
		Perifèrics	1	46,00	
		Perifèrics	12	51,97	7,19

Sumari mental	Campus	AFE	N=298	Mitjana	DE
Homes	Barri Vell	Si	26	50,16	5,12
		Montilivi	51	50,18	9,41
		Centre	7	54,07	8,01
		Perifèrics	13	50,13	6,91
	Montilivi	No	15	44,55	10,29
		Centre	19	50,48	6,41
		Perifèrics	2	51,55	0,40
		Perifèrics	9	46,58	11,50
Dones	Barri Vell	Si	28	42,91	12,95
		Montilivi	27	44,57	8,26
		Centre	10	50,40	7,09
		Perifèrics	13	51,61	4,16
	Montilivi	No	26	42,67	10,72
		Centre	35	45,84	9,59
		Perifèrics	1	56,47	
		Perifèrics	12	45,46	11,08

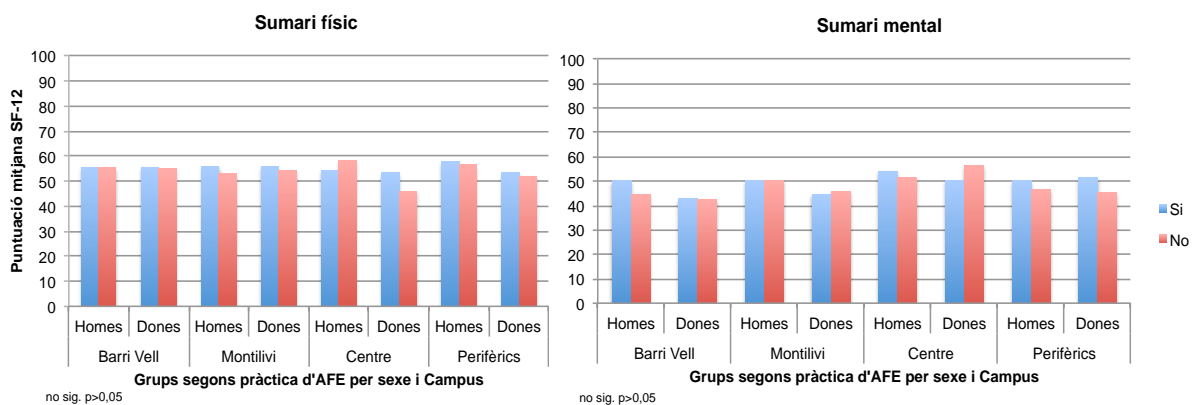


Figura 99. Puntuacions mitjanes sumaris SF-12 per grups salut segons pràctica d'AFE per campus

En les proves inter-subjectes no s'observen diferències estadísticament significatives en la intersecció de les tres variables (Sexe-Campus-pràctica d'AFE) ni en el sumari físic ($F=1,238$; $p=0,296$) ni en el mental ($F=0,613$; $p=0,607$); (Taula 127).

Taula 127. Prova d'efectes inter-subjectes de les variables del SF-12, sexe, campus i AFE

		F	p	eta parcial al quadrat	potencia observada
Sexe	Sumari físic	8,377	0,004	0,029	0,822
	Sumari mental	1,542	0,215	0,006	0,236
Campus	Sumari físic	0,750	0,532	0,008	0,210
	Sumari mental	3,265	0,022	0,034	0,754
Activitat físicoesportiva (AFE)	Sumari físic	2,332	0,128	0,008	0,331
	Sumari mental	0,529	0,468	0,002	0,112
Sexe - campus	Sumari físic	4,085	0,007	0,042	0,843
	Sumari mental	1,140	0,333	0,012	0,306
Sexe - AFE	Sumari físic	1,891	0,170	0,007	0,278
	Sumari mental	0,743	0,389	0,003	0,138
Campus - AFE	Sumari físic	0,742	0,528	0,008	0,208
	Sumari mental	1,366	0,253	0,015	0,362
Sexe - campus - AFE	Sumari físic	1,238	0,296	0,013	0,330
	Sumari mental	0,613	0,607	0,007	0,177

2.3. PSDQ-s per sexe, campus, consum de tabac i altres substàncies

Com es pot observar en la Taula 128, el consum de substàncies afecta a les puntuacions mitjanes de l'autodescripció física i de la forma física, tant en homes com en dones i en tots els Campus. Els que consumeixen tabac i drogues i es perceben amb pitjor salut presenten puntuacions més baixes que els seus companys, excepte en l'escala física dels homes dels campus perifèrics, i les dones de Montilivi en ambdues escales (Taula 128; Figura 100).

Taula 128. Autodescripció per sexe, campus i consum de tabac, drogues i salut

Autopercepció física	Campus	Fuma/Drogues/ Salut	N=298	Mitjana	DE
Homes	Barri Vell	NFNDMS	35	3,74	0,34
		FDPS	6	3,60	1,70
	Montilivi	NFNDMS	69	3,75	0,33
		FDPS	1	2,70	
	Centre	NFNDMS	11	3,81	0,20
		FDPS	0		
	Perifèrics	NFNDMS	19	3,68	0,40
		FDPS	3	3,88	0,40
Dona	Barri Vell	NFNDMS	44	3,51	0,46
		FDPS	10	3,36	0,51
	Montilivi	NFNDMS	59	3,74	0,46
		FDPS	3	3,95	1,19
	Centre	NFNDMS	11	3,57	0,46
		FDPS	0		0,46
	Perifèrics	NFNDMS	24	3,61	0,54
		FDPS	3	3,39	0,52

Autopercepció forma física	Campus	Fuma/Drogues/ Salut	N=298	Mitjana	DE
Homes	Barri Vell	NFNDMS	35	4,52	0,99
		FDPS	6	3,83	0,79
	Montilivi	NFNDMS	69	4,53	0,93
		FDPS	1	2,59	
	Centre	NFNDMS	11	4,91	0,87
		FDPS	0		
	Perifèrics	NFNDMS	19	4,60	0,85
		FDPS	3	4,78	1,47
Dona	Barri Vell	NFNDMS	44	3,67	0,98
		FDPS	10	3,30	0,98
	Montilivi	NFNDMS	59	3,85	0,89
		FDPS	3	5,13	0,57
	Centre	NFNDMS	11	4,30	1,14
		FDPS	0		
	Perifèrics	NFNDMS	24	3,96	1,30
		FDPS	3	3,04	1,02

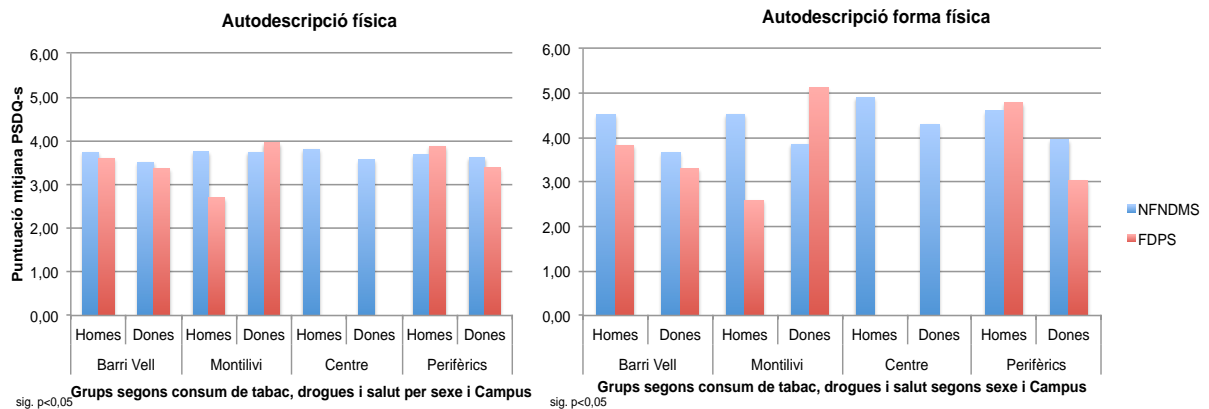


Figura 100. Autodescripció física segons consum de tabac, drogues i millor salut per campus

En les proves inter-subjectes s'observen diferències estadísticament significatives en la intersecció de les tres variables (Sexe-Campus-consum de substàncies i grup salut) tant en l'escala física ($F=3,858$; $p=0,022$) com en l'escala de la forma física ($F=4,561$; $p=0,011$); (Taula 129).

Taula 129. *Proves d'efectes inter-subjectes de les variables del PSDQ-s, sexe, campus i consum tabac, drogues i salut*

		F	p	eta parcial al quadrat	potencia observada
Sexe	Autodescripció física	0,001	0,975	0,000	0,050
	Autodescripció forma física	1,555	0,213	0,005	0,237
Campus	Autodescripció física	0,277	0,842	0,003	0,103
	Autodescripció forma física	1,632	0,182	0,017	0,427
Fumes / drogues / salut	Autodescripció física	3,114	0,079	0,011	0,420
	Autodescripció forma física	2,574	0,110	0,009	0,359
Sexe - campus	Autodescripció física	3,830	0,010	0,039	0,817
	Autodescripció forma física	3,067	0,028	0,031	0,715
Sexe - fumes / drogues / salut	Autodescripció física	1,575	0,210	0,006	0,240
	Autodescripció forma física	2,517	0,114	0,009	0,353
Campus - fumes / drogues / salut	Autodescripció física	0,909	0,404	0,006	0,206
	Autodescripció forma física	0,073	0,929	0,001	0,061
Sexe - campus - fumes / drogues / salut	Autodescripció física	3,858	0,022	0,026	0,696
	Autodescripció forma física	4,561	0,011	0,031	0,772

2.4. PSDQ-s per sexe, campus i pràctica d'activitat fisicoesportiva

Com es pot observar en la Taula 130 i en la Figura 101 la pràctica d'AFE augmenta a les puntuacions mitjanes en l'autodescripció física tant en dones com en homes, excepte a les dones que estudien en el Campus Centre. Pel que fa a la forma física també els practicants d'AFE presenten puntuacions més elevades excepte els homes i les dones del Campus Centre. Les diferències en les puntuacions mitjanes són més grans en l'escala d'autodescripció forma física que en la física.

Taula 130. Puntuacions mitjanes de l'autodescripció física i de la forma física segons pràctica d'AFE per Campus

Autodescripció física	Campus	AFE	N=298	Mitjana	DE	
Homes	Barri Vell	Si	26	3,77	0,11	
			Montilivi	51	3,77	0,34
			Centre	9	3,88	0,13
			Perifèrics	13	3,78	0,33
	Barri Vell	No	15	3,63	0,33	
			Montilivi	19	3,64	0,38
			Centre	2	3,50	0,14
			Perifèrics	9	3,62	0,48
Dones	Barri Vell	Si	28	3,57	0,44	
			Montilivi	27	3,76	0,48
			Centre	10	3,55	0,48
			Perifèrics	15	3,69	0,60
	Barri Vell	No	26	3,39	0,5	
			Montilivi	35	3,74	0,43
			Centre	1	3,80	
			Perifèrics	12	3,45	0,44

Autodescripció forma física	Campus	AFE	N=298	Mitjana	DE	
Homes	Barri Vell	Si	26	4,80	0,72	
			Montilivi	51	4,89	0,66
			Centre	9	4,83	0,95
			Perifèrics	13	5,17	0,42
	Barri Vell	No	15	3,77	1,06	
			Montilivi	19	3,46	0,81
			Centre	2	5,26	0,29
			Perifèrics	9	3,84	0,86
Dones	Barri Vell	Si	28	4,13	0,82	
			Montilivi	27	4,37	0,73
			Centre	10	4,24	1,19
			Perifèrics	15	4,68	0,82
	Barri Vell	No	26	3,02	0,82	
			Montilivi	35	3,56	0,89
			Centre	1	4,89	
			Perifèrics	12	2,84	1,00

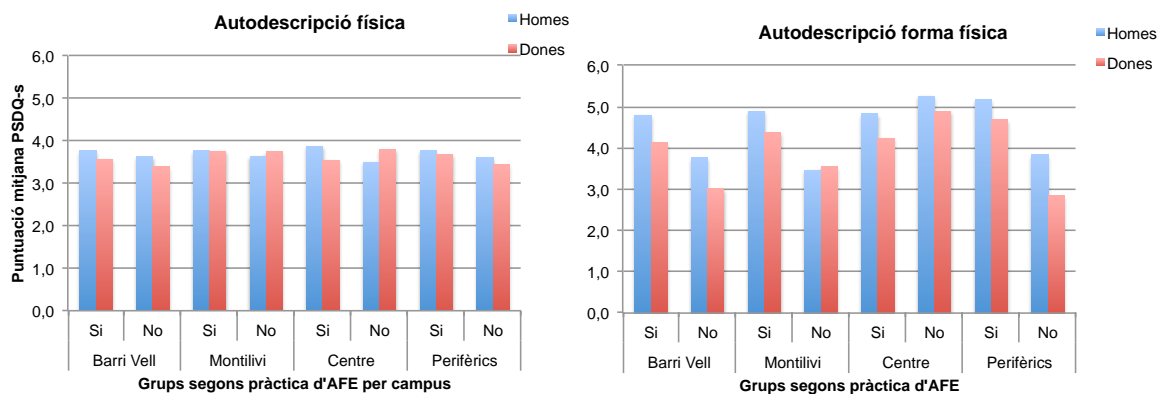


Figura 101. Puntuacions mitjanes de les escales del PSDQ-s segons la pràctica d'AFE per campus

En les proves inter-subjectes s'observen diferències estadísticament significatives en la intersecció de les tres variables (Sexe-Campus-pràctica d'AFE) tant en l'escala física ($F=0,414$; $p=0,743$) com en l'escala de la forma física ($F=1,427$; $p=0,235$); (Taula 131).

Taula 131. Prova d'efectes inter-subjectes de la variables del PSDQ-s, sexe, campus i AFE

		F	p	eta parcial al quadrat	potencia observada
Sexe	Autodescripció física	0,842	0,360	0,003	0,150
	Autodescripció forma física	11,131	0,001	0,038	0,914
Campus	Autodescripció física	2,095	0,842	0,022	0,533
	Autodescripció forma física	3,402	0,182	0,035	0,764
Activitat físicoesportiva (AFE)	Autodescripció física	1,997	0,159	0,007	0,291
	Autodescripció forma física	29,887	0,000	0,097	1,000
Sexe - campus	Autodescripció física	1,083	0,356	0,012	0,292
	Autodescripció forma física	1,905	0,129	0,020	0,490
Sexe - AFE	Autodescripció física	1,214	0,272	0,040	0,195
	Autodescripció forma física	0,021	0,885	0,000	0,052
Campus - AFE	Autodescripció física	0,599	0,616	0,006	0,174
	Autodescripció forma física	4,465	0,004	0,046	0,876
Sexe - campus - AFE	Autodescripció física	0,414	0,743	0,004	0,132
	Autodescripció forma física	1,427	0,235	0,015	0,377

3. Anàlisi factorial dels motius de pràctica d'AFE segons clústers de salut

Els motius al·ludits pels estudiants per practicar AFE no tenen relació amb la pertinença a un clúster de salut, en tot cas, aquells que pertanyen al de millor salut presenten puntuacions lleugerament més elevades que els seus companys, excepte en el cas de la imatge corporal. Les diferències no són estadísticament significatives (Taula 132; Figura 102).

Taula 132. *Pertinença als clústers de salut segons motius al·ludits per la pràctica d'AFE*

Motius pràctica	n	Mitjana	DE	Intèrval de confiança per a la mitjana al 95%		F (gl=1)	sig.	
				Límit inferior	Límit superior			
Socialització	Millor salut	141	2,58	0,98	2,14	2,74	1,573	0,211
	Pitjor salut	38	2,35	1,08	1,99	2,70		
Imatge corporal	Millor salut	141	2,54	1,05	2,37	2,72	1,109	0,277
	Pitjor salut	38	2,76	1,20	2,36	3,15		
Vivència	Millor salut	141	4,17	0,80	4,03	4,30	1,307	0,254
	Pitjor salut	38	4,00	0,84	3,72	4,27		
Salut	Millor salut	141	3,88	0,80	3,75	4,92	0,037	0,849
	Pitjor salut	38	3,85	0,62	3,65	4,06		

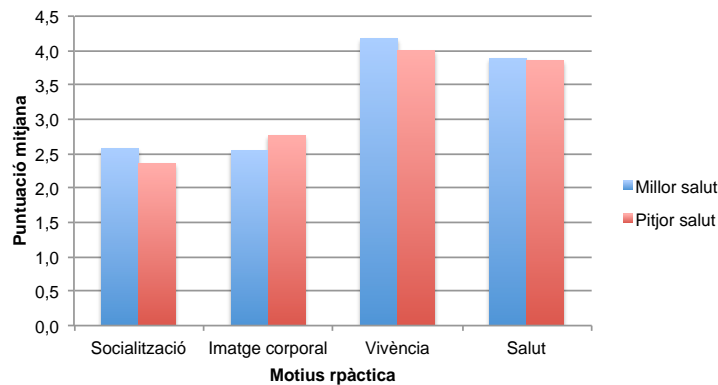


Figura 102. Puntuació mitjana dels motius de pràctica d'AFE segons pertinença als clústers de salut

4. Anàlisi de regressió logística

Es va realitzar un anàlisi multivariant en el que es va utilitzar com a variable dependent dicotòmica el grup de pertinença segons consum de substàncies ("0" grup sense consum i "1" grup amb consum). Es van incloure com a variables predictores la salut física, la salut mental autopercebuda, l'activitat físicoesportiva (pràctica/no practica), l'autodescripció física, l'autodescripció de la forma física i l'alimentació. El model de regressió va presentar índex de bondat d'ajust que confirmen la validesa del model (-2 Log Likelihood and Goodness of fit, $p < 0,05$ i Model Chisquare and Improvement, $p < 0,05$).

En la taula 133 es presenten els resultats del model on es pot observar que les variables significatives van ser la pràctica d'activitat física i la salut mental autopercebuda (SF-12)

Els valors negatius de B per a les variables pràctica d'AFE i salut mental autopercebuda indiquen que l'increment en els seus valors disminueix el risc de presentar conductes addictives.

Així, en igualtat de la resta de variables, a major pràctica d'AFE menor és el risc de consum de substàncies i millors puntuacions en salut mental.

Taula 133. Model de regressió logística

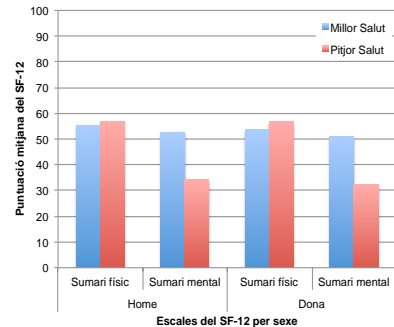
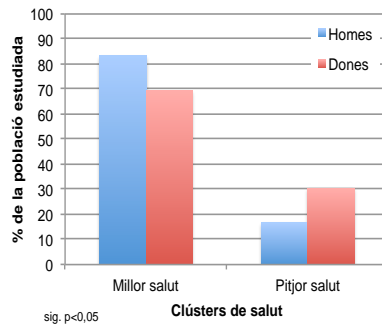
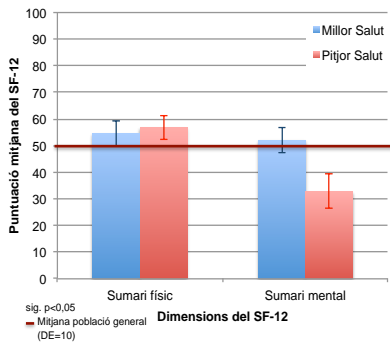
	B	E. T.	Wald	gl	sig.	Exp(B)
Fa Activitat Física	-2,318	0,757	9,377	1	0,002	0,098
Autodescripció Física	-0,044	0,04	1,206	1	0,272	0,957
Autodescripció de la Forma Física	0,018	0,018	1,001	1	0,317	1,108
KIDMED			2,696	2	0,26	
KIDMED (1)	-0,369	1,122	0,108	1	0,742	0,691
KIDMED (2)	0,909	0,736	1,525	1	0,217	2,482
Salut Física	0,009	0,063	0,02	1	0,887	1,009
Salut Mental	-0,197	0,033	36,172	1	0	0,821
Constant	6,911	4,378	2,492	1	0,114	1002,847

RESULTATS AGRUPACIÓ CONGLOMERATS (Clúster)

Un 76,2% de la mostra pertanyen al grup de Millor Salut [MS]

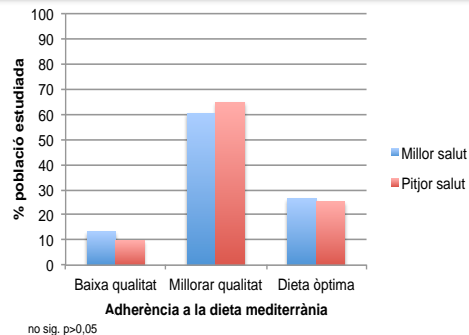
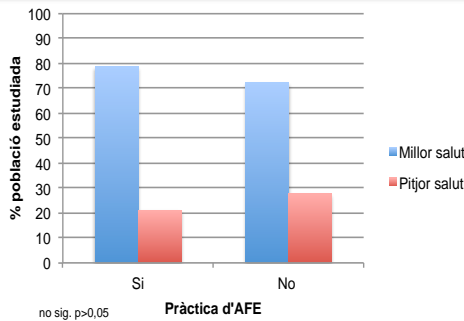
Un 83,3% dels homes pertanyen al grup de MS molt per sobre de les dones (69,5%). Les diferències són estadísticament significatives

Tots els que pertanyen al grup de MS es perceben amb millor salut mental però amb pitjor salut física



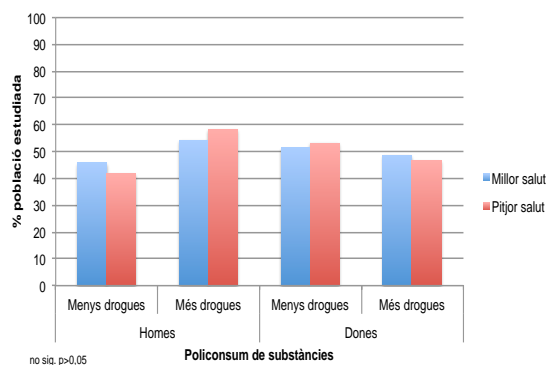
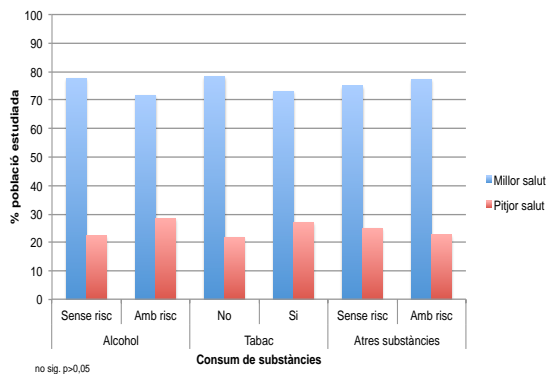
Un major nombre de practicants d'AFE pertanyen al grup MS

No existeixen diferències en la qualitat de l'alimentació entre els dos grups



Un percentatge superior dels consumidors d'alcohol de risc i tabac pertanyen al grup de PS. Però, en el cas dels consumidors d'altres substàncies un percentatge lleugerament superior pertanyen al grup de MS

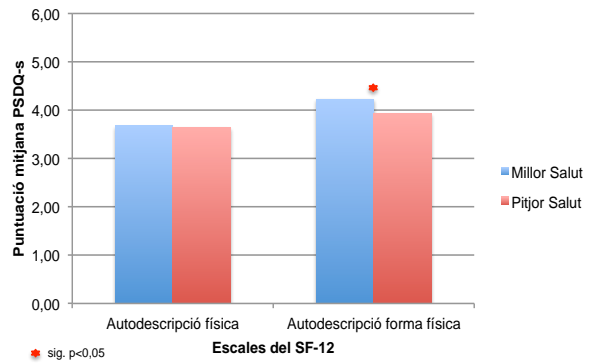
El policonsum no afecta de mateixa manera a ambdós sexes. Un percentatge lleugerament superior de les dones no policonsumidores pertanyen al grup PS



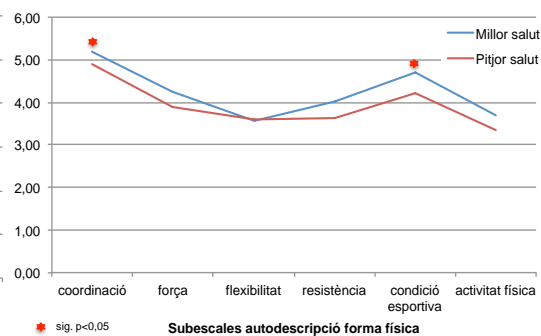
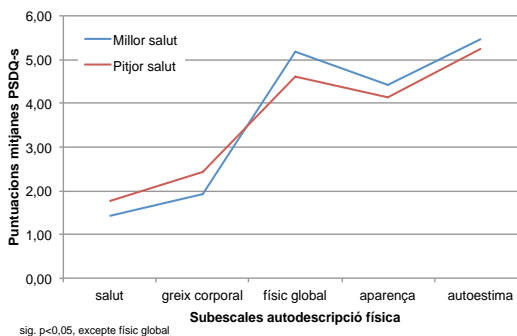
RESULTATS AGRUPACIÓ CONGLOMERATS (Clúster)

Els que pertanyen al grup de MS obtenen puntuacions més elevades en l'autodescripció física i de la forma física

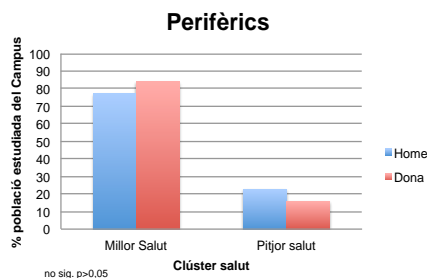
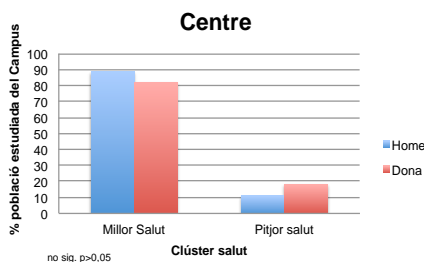
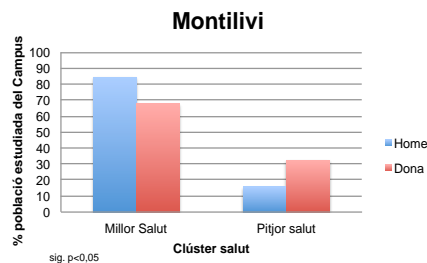
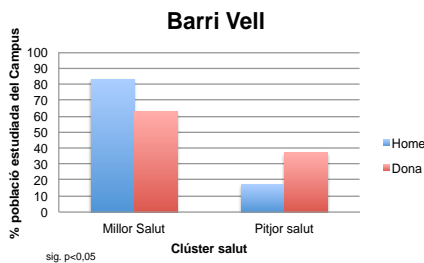
En el cas de l'autodescripció de la forma física les diferències són estadísticament significatives



Les diferències són estadísticament significatives en totes les subescales de l'autodescripció física, però sols en coordinació i condició esportiva de l'escala de la forma física



El Campus del Barri Vell és el que presenta un percentatge més elevat de participants en el grup PS, sobretot entre les dones



RESULTATS MULTIVARIANTS (MANOVA)

SF-12 per sexe, campus i consum tabac i altres substàncies

Les puntuacions mitjanes del grup FDPS són superiors en el sumari físic, excepte entre les dones del campus Perifèrics

Les puntuacions mitjanes del grup NFNDMS són superiors en el sumari mental en ambdós sexes i en tots els campus

Les diferències no són estadísticament significatives

SF-12 per sexe, campus i pràctica d'AFE

Les puntuacions mitjanes dels practicants d'AFE són superiors en el sumari físic, excepte entre els homes del campus Centre

Les puntuacions mitjanes dels practicants d'AFE són superiors en el sumari mental, excepte en ambdós sexes del campus Centre i els homes de Montilivi

Les diferències no són estadísticament significatives

PSDQ-s per sexe, campus i consum tabac i altres substàncies

Les puntuacions mitjanes del grup NFNDMS són superiors en l'autodescripció física, excepte en les dones de Montilivi i els homes del campus Perifèrics

Les puntuacions mitjanes del grup NFNDMS són superiors en el l'autodescripció de la forma física, excepte en les dones de Montilivi i els homes del campus Perifèrics

Les diferències són estadísticament significatives en les dues escales del PSDQ-s

PSDQ-s per sexe, campus i pràctica d'AFE

Les puntuacions mitjanes dels practicants d'AFE són superiors en l'autodescripció física, excepte entre les dones del campus Centre

Les puntuacions mitjanes dels practicants d'AFE són superiors en el sumari mental, excepte ambdós sexes del campus Centre

Les diferències no són estadísticament significatives

ANÀLISI DE REGRESSIÓ LOGÍSTICA

En igualtat de la resta de variables, a major pràctica d'AFE menor és el risc de consum de substàncies i millors puntuacions en salut mental

Part V. DISCUSSIÓ

Els estudis sobre l'estil de vida de la població universitària són escassos i, en la majoria d'ells, l'anàlisi s'ha realitzat des de perspectives molt diferents i utilitzant instruments molt diversos. Aquest fet dificulta la comparació de les dades i l'establiment d'una panoràmica dels hàbits de vida d'aquest col·lectiu i la seva repercussió en el seu estat de salut, l'autoconcepte físic i la pràctica d'activitat física.

No hi ha dubte de la importància de disposar de dades sobre quins hàbits de vida es desenvolupen en aquesta etapa, ja que la universitat és un entorn en el qual s'aprèn i consolida la vida personal i professional, incloent-hi un estil de vida que pot determinar el futur de la salut. Malgrat això, diversos autors han postulat que durant l'etapa universitària s'abandonen certs hàbits saludables, alhora que s'adquireixen de nocius, donat que molts dels estudiants s'enfronten a una major exigència de temps dedicat a activitats acadèmiques i, en molts casos, es troben lluny de l'entorn que, fins aquest moment, els era l'habitual (Boot et al., 2010; Keller et al., 2008; Ulla, Pérez-Fortis, i Franco, 2012).

Existeix àmplia evidència de què l'estil de vida associat a la inactivitat física i el sedentarisme, una dieta inadequada, el consum excessiu d'alcohol, el tabaquisme i el consum d'altres substàncies contribueixen a un augment de les malalties no transmissibles, la morbiditat i la mortalitat.

L'inici d'aquest tipus d'hàbits, fonamentalment, es produeix durant l'adolescència però és en l'etapa universitària on es consoliden determinant, d'aquesta manera, la qualitat de vida en l'edat adulta (Ruiz-Juan i Ruiz Risueño, 2011; Sañudo, de Hoyo, i Corral, 2009; Telama et al., 2005).

A més, molts dels estudiants inicien una vida independent, lluny del control dels pares i amb una major disponibilitat per accedir a substàncies, que pot representar un major risc per adquirir hàbits tòxics. Alguns estudis afirmen que compartir allotjament és un factor de risc pel consum d'alcohol i altres substàncies (Boot et al., 2010; Caamaño-Isorna et al., 2008).

A continuació, es procedirà a discutir els resultats obtinguts en cadascuna de les variables incloses en aquesta investigació, enumerant les hipòtesis, malgrat no estar en ordre successiu.

Les dades obtingudes en aquest estudi confirmen la hipòtesi H1 d'aquesta tesi que els hàbits de vida desenvolupats pels universitaris no assoleixen paràmetres saludables i existeixen diferències entre ambdós sexes i per estudis cursats (Campus).

Respecte al nivell d'activitat física de la mostra, mesurat amb l'IPAQ, tenint en compte tots els dominis de la vida quotidiana, s'han classificat al 29,5% dels participants com inactius, al

34,2% amb un nivell baix d'activitat física, al 16,8% amb un nivell moderat i un 19,5% amb un nivell alt d'activitat física.

Hi ha diversos estudis que han analitzat l'activitat física en la vida quotidiana i que obtenen un major nombre d'estudiants classificats en un nivell alt i moderat, com els de Pérez-Ugidos et al. (2014) amb estudiants argentins, King, Vidourek, English, i Merians (2014) amb estudiants dels Estats Units i Martínez Lemos (2008) amb joves de la universitat de Vigo. En canvi, els resultats són similars als obtinguts per F. García, Herazo, i Tuesca (2015) amb estudiants xilens.

Respecte a la distribució de la prevalença d'AF per sexe els resultats obtinguts en aquest estudi mostren que els homes eren més inactius (39,6%) que les dones (20,1%). En ambdós casos, els percentatges més elevats situen als participants en un nivell baix d'AF, però amb 10 punts de diferència a favor de les dones. Un percentatge similar d'homes i dones, presentava un nivell moderat d'AF, superior en 1,6% en les dones. Per últim, els homes són els que més realitzaven un nivell alt d'AF (21,5%) en comparació a les dones (17,5%), sent les diferències significatives.

Les dones enquestades tendeixen a realitzar AF moderada o lleugera en comparació amb els homes, que presenten una prevalença superior d'AF intensa.

Aquestes diferències entre sexes confirmen la H1 i coincideixen amb els resultats obtinguts en tots els estudis realitzats amb col·lectius d'universitaris (F. García et al., 2015; King et al., 2014; Martínez Lemos, 2008; Pérez-Ugidos et al., 2014).

L'activitat fisicoesportiva desenvolupada en el temps lliure ha estat àmpliament estudiada en l'àmbit de la població general i dels universitaris en particular.

La universitat és la darrera etapa educativa i pot representar un darrer intent per aconseguir millorar la QV futura. Malauradament, les evidències mostren que molts estudiants troben serioses dificultats per mantenir o incrementar la quantitat d'AFE, sobretot, per un increment de les hores d'estudi. A més, en moltes ocasions, la que realitzen no és suficient per ser considerada saludable (Al-Nakeeb et al., 2015; Molina et al., 2012; Molina-García et al., 2009; Molina-García, Castillo, i Queralt, 2011; Ulla et al., 2012).

Un 60,3% del total de participants en aquest estudi manifestava fer AFE en el seu temps lliure.

Sembla que el pas per la universitat no millora el nivell de pràctica d'AFE dels seus estudiants, ja que la prevalença és inferior a la manifestada pels joves de menor edat. Tot i així, la pràctica dels universitaris és superior a la d'aquells que no han seguit estudiant (Castañeda et al., 2016; García Ferrando i Llopis, 2011; Instituto de Salud Pública y Laboral

de Navarra, 2016; Moscoso, 2011) i superior als grups de major edat (European Commission, 2014b; Ministerio de Sanidad. Política Social e Igualdad, 2016).

El nivell de pràctica dels participants en aquest estudi és inferior a l'obtingut per altres realitzats amb aquest col·lectiu com els de Bennasar (2013a); Castañeda et al. (2014); Castro et al. (2014) i Barrios-Vicedo et al. (2015) amb prevalences entre el 61% i el 66%.

Altres estudis, com el de Ruiz et al. (2013), obtenen una prevalença similar de practicants d'AFE amb un 59,9% però molts altres la situen per sota el 58% (Cambronero et al., 2015; Castañeda et al., 2016; Mollinedo et al., 2013; Moreno et al., 2012).

Respecte a com la vida universitària influeix en els nivells de pràctica d'AFE els resultats obtinguts mostren que, d'entre aquells que havien manifestat fer-ne abans d'accedir a la universitat (n=267), un 42% declarava que aquesta havia disminuït, un 40,1% l'havien mantingut i un 17,8% que l'havia augmentat.

A més, un 29,6% declarava haver abandonat la pràctica (un 7,7%, no mostrava interès per tornar-ne a fer), i un 10,1% manifestava no haver-ne practicat mai en la vida.

Bennasar (2013a), en el seu estudi amb universitaris de les Illes Balears, aporta dades sobre la influència de la vida universitària en els hàbits de pràctica d'AFE. Un 15,4% manifestaven que havien abandonat la pràctica des del seu ingrés a la universitat, un 33% l'havien disminuït. Per contra un 10% l'havia incrementat i un 8,8% declaraven haver-ne començat a fer. Al-Nakeeb et al. (2015) manifesta que el percentatge d'estudiants de la Universitat de Qatar físicament actius disminueix, considerablement, durant el període universitari.

Dades similars a les obtingudes en aquesta tesi són les publicades per Castañeda (2012) amb estudiants de la Facultat de Ciències de l'Educació de Sevilla, amb un 27% que declaraven haver abandonat la pràctica d'activitat físicoesportiva i un 10,5% que no n'havia realitzat mai. Aquestes dades però, són inferiors al 31% dels joves d'entre 18 a 24 anys (García Ferrando i Llopis, 2011), però superiors a les de Moscoso i Moyano (2009) amb un 21% d'abandonament i un 14% que no havien practicat mai. Les taxes dels estudiants de la Universitat de Huelva són molt superiors, s'eleven al 41,9% d'abandonament i 15,3% que no n'havien practicat mai (Castillo Viera i Giménez, 2011).

Els resultats d'aquest estudi confirmen la hipòtesi H1 que la prevalença de pràctica d'AFE de les dones és inferior a la dels homes, i a més el patró de pràctica difereix de manera significativa. Un 62,9% dels homes i un 52,0% de les dones declaraven fer AFE en l'actualitat, sent les diferències estadísticament significatives.

Les diferències entre el nivell de pràctica d'AFE entre dones i homes, observat en aquest estudi, és una constant en les investigacions realitzades, tant entre la població en general (European Commission, 2014b; INE, 2014), en la població espanyola (García Ferrando i Llopis, 2011), en la població catalana (Puig, Junyent, Martín, i Vicens, 2010) com en la població universitària (Bennasar, 2013a; Cambroner et al., 2015; Castañeda et al., 2016; Castañeda et al., 2014; Castillo Viera i Giménez, 2011; Moscoso, 2011; Romaguera et al., 2011; Ruiz et al., 2013). Malgrat això, les diferències observades entre sexes de la població estudiada són de les més reduïdes, respecte a tots els estudis mencionats. Si s'analitzen les característiques de la pràctica, els homes de la UdG, participants en l'estudi, ho fan amb més regularitat, inverteixen més temps en cada sessió i ho fan amb major intensitat que les dones.

Del subgrup de participants (n=179) que practicaven algun tipus d'AFE en l'actualitat, mesurat amb una enquesta *ad hoc*, un 63,1% la realitzaven 3 o més cops per setmana. Un 67,7% eren homes davant un 57,5% de dones.

La freqüència de pràctica és un indicador determinant en la consolidació d'hàbits esportius i la seva integració en l'estil de vida. Les dades obtingudes en el nostre estudi són superiors a les obtingudes per García Ferrando i Llopis (2011), on un 57% dels enquestats declaraven practicar 3 o més cops per setmana.

Bennasar (2013a) obté un percentatge superior (67%) amb aquesta freqüència de pràctica. Els resultats obtinguts per Castillo Viera i Giménez (2011), amb estudiants de la Universitat de Huelva, són molt inferiors, ja que sols un 23,8% ho realitzava amb aquesta freqüència, molt superior entre els homes (35,2%) que entre les dones (16,4%).

Si s'analitza la durada habitual de les sessions, un 50,3% dels practicants de la mostra manifestava que inverteixien en cada sessió, més d'1 h 30 min, sent, en aquest cas, les diferències entre sexe estadísticament significatives. Un 62,6% dels homes, declarava fer sessions d'aquesta duració enfront a un 35% de les dones que, majoritàriament, hi dedicaven entre 30 min i 1 h 30 min.

Bennasar (2013a), també recull informació sobre aquest indicador, conclouent que els homes dediquen un 40% més de temps en les sessions que les seves companyes.

Pel que fa a la intensitat de les sessions el 59,8% dels practicants participants en aquesta investigació consideraven que era moderada. Un 43,4% dels homes declaraven que les sessions eren intenses, mentre que sols un 18,8% de les dones creia que aquesta era la intensitat de les seves sessions.

Bennasar (2013a), Gallardo-Escudero, Muñoz, Planells, i López Aliaga (2015) i F. García et al. (2015) obtenen percentatges inferiors entre les dones amb un nivell moderat i alt d'intensitat de pràctica. Urrutia, Azpillaga, Luis de Cos, i Muñoz (2010) conclou que els homes practiquen amb major freqüència i duració que les dones, de manera significativa, i amb major intensitat, però no significativament. També, els estudis realitzats per Castañeda et al. (2016), King et al. (2014) i Nakamura et al. (2014) obtenen resultats en aquesta mateixa línia.

Com ja s'ha comentat, el fet que es realitzi pràctica d'AFE no representa que, necessàriament, aquesta compleix amb els requisits per obtenir beneficis per a la salut. Cal tenir en consideració però que no existeix consens a l'hora de valorar la pràctica com a saludable.

Si el que s'analitza és si la pràctica realitzada pels estudiants participants en aquesta tesi aconsegueix amb les recomanacions de l'OMS (2010); Pate, Yancey, i Kraus (2010) o American College Sports and Medicine (2000), els resultats mostren que menys de la meitat dels practicants d'AFE (49,3%) compleixen amb els requisits de freqüència, intensitat i duració per considerar-la saludable, confirmant-se la H1.

Aquestes dades són similars a les obtingudes per Ledo-Varela et al. (2011) amb un 49,1%. Però, inferiors a les Castañeda et al. (2016) amb un 54,8%, als d'Okazaki et al. (2014) amb un 56%, Bennasar (2013a) amb un 67,7% o Pérez-Ugidos et al. (2014) amb un 79,8%.

També les dades obtingudes per l'informe de Observatorio Vasco de la Juventud (2017), amb joves d'entre 15 a 29 anys, són superiors (75,3%), encara que, en aquest cas, cal considerar l'agrupació d'edats.

En tots els casos, el percentatge de pràctica saludable és superior entre els homes que entre les dones.

Pel que fa a les variables analitzades de la pràctica d'AFE dels estudiants participants en aquest estudi s'observen diferències entre homes i dones en les característiques de la seva pràctica:

Els homes es decanten més per la pràctica d'exercici planificat mentre que les dones ho fan per l'activitat física, encara que sense diferències significatives. Si ho són però, quan es fa referència a la competició, els homes practiquen més esport de manera competitiva mentre que entre les dones predomina la pràctica no competitiva. També s'observen diferències entre sexes en les preferències a l'hora d'escollir amb qui es practica. Els homes ho fan, habitualment, en un equip federat o amateur. Les dones prefereixen la participació en activitats dirigides amb altres participants amb qui no les uneix cap vincle especial.

Aquestes dades coincideixen amb les obtingudes en la majoria dels estudis realitzats amb diferents grups d'edat (García Ferrando i Llopis, 2011; Moscoso i Moyano, 2009), amb el col·lectiu de joves (Moscoso et al., 2013) i amb els universitaris (Almorza et al., 2011; Castañeda et al., 2014; Díaz-Cabrera et al., 2017; Molina-García et al., 2009; Moscoso, 2011; Rodríguez, 2010).

Pel que fa a la preferència sobre el lloc de pràctica, els resultats d'aquesta tesi estan en la línia d'altres estudis. Els joves prefereixen la pràctica a l'aire lliure, mentre que les noies es decanten per recintes tancats pertanyents a clubs o gimnasos privats. És destacable la poca utilització de les instal·lacions de la universitat, sobretot entre les noies.

Els resultats dels estudis realitzats amb col·lectius de joves i joves universitaris coincideixen totalment. Ambdós sexes prefereixen practicar en llocs públics a l'aire lliure. S'observa però, diferències en la segona opció, que pels homes són les instal·lacions esportives públiques i entre les dones les instal·lacions i gimnasos privats. La pràctica en els espais esportius de la universitat o en el domicili és pràcticament inexistent. En el primer cas, sobretot, entre les dones i en el segon, entre els homes (Bennasar, 2013a; Castañeda et al., 2014; García Ferrando i Llopis, 2011; Mollinedo et al., 2013; Rodríguez, 2010)

La poca pràctica d'AFE a la universitat, sobretot entre les dones, podria justificar-se per la poca diversitat d'espais esportius que disposa la UdG i l'especialització de les mateixes més adients als interessos dels homes que de les dones.

La pràctica d'AFE més habitual, tant del nois com de les noies participants en aquesta investigació, es desenvolupa durant els dies feiners. Menys habitual és la pràctica en caps de setmana, els homes ho fan més que les dones amb diferències estadísticament significatives. Per últim, la pràctica en període de vacances és la que obté menor puntuació i és menor entre les noies.

Aquestes dades coincideixen amb les obtingudes per Díaz-Cabrera et al. (2017) i Castañeda et al. (2014) amb universitaris sevillans.

Un 33,9% dels estudiants de la UdG participants en aquest estudi es desplaçaven a peu a la universitat, majoritàriament les dones (37,0%). Cal considerar que, en aquells campus en els quals hi ha poca disponibilitat de places d'aparcament, aquest percentatge augmenta considerablement fins a un 50% dels estudiants del Barri Vell i un 47,4% entre els del campus Centre.

Els estudiants participants en l'estudi dediquen a caminar al voltant dels 30 minuts al dia, lleugerament superior entre les dones.

Aquestes dades són similars a les obtingudes per l'INE (2014), pel grup de 15 a 24 anys (37

minuts), encara que en aquesta ocasió són els homes els que més estona caminen. El mateix succeeix entre els estudiants de les Illes Balears (Bennasar, 2013a), on els homes caminen més que les seves companyes.

Els motius prioritaris per la pràctica d'AFE són els relacionats amb la vivència personal entre els estudiants participants a l'estudi, tant homes com dones. En segon lloc, ambdós sexes, manifesten motius relacionats amb la salut. Respecte al tercer factor més al·ludit s'observen diferències estadísticament significatives segons el sexe. Pels homes és aquell que recull els motius relacionats amb els aspectes de socialització que la pràctica d'AFE ofereix, mentre que per les dones són els aspectes relacionats amb la imatge corporal.

Les dades obtingudes per García Ferrando i Llopis (2011), entre els espanyols d'edats compreses entre els 15 a 24 anys, difereixen en certa mesura, ja que els motius més al·ludits són els relacionats amb el plaer per fer exercici i esport i pel component de diversió i passar el temps que la seva pràctica els genera. Els aspectes de salut apareixen en quart lloc.

Les dades d'aquest estudi no coincideixen amb les obtingudes en altres estudis. Gómez López, Ruiz-Juan, Garcia Montes, Granero Gallego, i Piéron (2009) manifesten que la tendència és que els homes estan cada cop més motivats per aspectes relacionats amb la salut que les dones. En canvi, aquestes ho fan cada cop més per motius de plaer o diversió i estan més atretes per les pràctiques recreatives sense competició, que els permet alliberar les tensions de la rutina diària.

Al contrari, Moscoso i Moyano (2009) conclou que entre els joves prevalen els motius relacionats amb la socialització, seguits de la salut. En canvi, entre els joves universitaris, sobretot entre els homes, ho fan perquè els agrada l'esport i la salut està molt poc present (Moscoso, 2011).

Al-Nakeeb et al. (2015), Mollinedo et al. (2013) i Ledo-Varela et al. (2011) obtenen, com a motiu principal per la pràctica d'AFE, la salut, sobretot entre els homes. Entre les dones, el segon motiu al·ludit estava relacionat amb la millora o manteniment de la figura o la pèrdua de pes.

D. Alonso i García Soidán (2010), en un estudi amb universitaris gallecs, obté en primer lloc els motius relacionats amb la diversió i l'entreteniment, seguit pels de compartir estones amb els amics, la competició i perquè serveix per relaxar-se.

Cambronero et al. (2015) també presenten resultats en aquesta línia, ja que la gran majoria dels universitaris alacantins manifesten practicar, fonamentalment, per motius relacionats amb els beneficis que la pràctica d'AFE té tant sobre la salut física com la mental.

S'observen algunes diferències segons el sexe. Entre els homes preval estar en bona forma física i entre les dones la salut en general i l'alliberament d'energia i estrès. Després les dones manifesten que ho fan per millorar la imatge i l'aspecte físic. Les diferències més grans s'observen en els motius relacionats amb el gust per la competició (més de 43 punts), seguit pels aspectes de coneixença i relació amb altres persones.

Respecte als motius per no practica AFE, un 32,6% dels participants en aquest estudi manifesten la manca de temps.

Aquest resultat coincideix amb els obtinguts per altres estudis realitzats amb el col·lectiu de joves i joves universitaris (D. Alonso i García Soidán, 2010; Bennasar, 2013a; García Ferrando i Llopis, 2011; Gómez López et al., 2010; Ledo-Varela et al., 2011; Mollinedo et al., 2013; Moscoso, 2011; Moscoso et al., 2013; Moscoso i Moyano, 2009; Romaguera et al., 2011), on la majoria d'estudiants manifesta com a principal motiu per no practicar AFE és la manca de temps, seguit per la mandra, la manca de voluntat o el cansament en finalitzar la jornada laboral o d'estudi. Molt menys presents són les barreres relacionades amb salut, que no els agradar l'esport o la competició, la manca d'instal·lacions properes o horaris d'activitats compatibles amb la rutina diària

La mitjana d'hores asseguts, entre la població estudiada, és baixa, situant-se en unes 2 hores diàries. Sembla que sols van tenir en compte el temps que dedicaven a activitats sedentàries en el temps d'oci i no, totes aquelles hores que passen en aquesta posició a les classes a la Facultat (5 o 6 hores) i estudiant que, evidentment, és molt personal.

Si es considera aquestes altres hores els resultats són similars als obtinguts per Hallal et al. (2012), Matthews et al. (2012) i l'Observatorio de la Vida Activa y Saludable de la Fundación Activa et al. (2017).

Pel que fa a l'alimentació dels estudiants de la UdG és un dels aspectes que s'han tingut en compte en aquest estudi, ja que com diuen Cervera et al. (2013) i Durán et al. (2013), entre d'altres, aquest col·lectiu és un grup especialment vulnerable a l'hora de complir les recomanacions de consum de determinats aliments de la DM que s'ha erigit com una de les millors per a la salut (Serra Majem et al., 2009; F. Sofi, Macchi, Abbate, Gensini, i Casini, 2013).

Això, és especialment preocupant donat que aquesta etapa és crítica pel desenvolupament de bons hàbits dietètics que repercutiran en la seva vida futura (L. R. Espinoza, Rodríguez, Gálvez, i MacMilan, 2011; Iglesias et al., 2013; Irazusta et al., 2007; Ramos Valverde, 2009).

L'etapa universitària coincideix, sovint, amb el moment en què els joves marxen de l'entorn

familiar convertint-se, per primer cop, en responsables de la seva pròpia alimentació, en molts casos sense coneixements nutricionals, inexperiència en la compra i en la cuina i una manca de recursos econòmics (Cutillas et al., 2013; El Ansari et al., 2012; Hilger, Loebroks, i Diehl, 2017). A més, les obligacions a que la vida universitària sotmet als estudiants, en moltes ocasions, els dificulta desenvolupar patrons alimentaris saludables (realitzar cinc àpats diaris en horaris regulars, no saltar-se àpats... (De la Montaña et al., 2012; Durá i Castroviejo, 2011; Iglesias et al., 2013; Ortiz-Moncada et al., 2012).

Sánchez-Ojeda i De Luna-Bertos (2015), Ortiz-Moncada et al. (2012) i Cervera et al. (2013) plantegen que, malgrat els estudiants universitaris creuen que l'alimentació és important per a la salut, una majoria desenvolupen pràctiques amb poca adherència a la Dieta Mediterrània, amb una ingesta inferior a les recomanacions de la base de la piràmide alimentària (Baldini, Pasqui, Bordoni, i Maranesi, 2009; Durá i Castroviejo, 2011; El Ansari et al., 2012) inclús, entre aquells que tenen coneixements nutricionals (Castañeda i Romero, 2014; Cutillas et al., 2013; Rizo-Baeza, González-Brauer, i Cortés, 2014).

Diversos autors com Cervera et al. (2013), Durán et al. (2013), Papadaki, Hondros, A Scott, i Kapsokefalou (2007) i Garcia-Meseguer, Cervera, Vico, i Serrano-Urrea (2014) han conclòs que l'alimentació que segueix aquest col·lectiu es caracteritza per: saltar-se àpats amb freqüència o menjar a deshores, picar entre hores, preferència o major disponibilitat de menjar ràpid a preu assequible, abús de begudes ensucrades, alimentació poc diversificada. La majoria coincideixen que un gran nombre d'universitaris no realitzen els 5 àpats diaris que es recomanen, sembla que la manca de temps és la raó principal. L'àpat que amb més freqüència s'omet és l'esmorzar o bé es realitza de manera insuficient i amb una baixa qualitat nutricional (Cervera et al., 2013; Ganasegeran, Al-Dubai, Qureshi, Al-Abad, i Aljunid, 2012; Rizo-Baeza et al., 2014; F. Rodríguez et al., 2013).

El fet que s'hagin utilitzat diferents instruments d'avaluació per mesurar l'alimentació dels universitaris pot justificar les diferències observades en els resultats obtinguts, però sembla que, la majoria conclouen que l'alimentació dels universitaris és de baixa qualitat, amb una adherència intermèdia-baixa a la DM i que requereix fer canvis cap a un patró més saludable (Cervera et al., 2013; Durá i Castroviejo, 2011; Garcia-Meseguer et al., 2014; Míguez, Castro, Collins, i de la Montaña, 2013).

En aquesta línia, estan els resultats obtinguts en aquesta investigació, confirmant-se la H1. Quasi 3 de cada 4 estudiants enquestats cal que millorin la qualitat de la seva dieta, sent un 12,4% de baixa qualitat.

Aquests resultats coincideixen amb la majoria dels estudis realitzats amb aquest col·lectiu com els de Moreno (2012) amb estudiants de la Universitat de les Illes Balears, Eaton et al.

(2012) amb estudiants dels EUA, Cervera et al. (2013) amb estudiants d'Albacete, Durá i Castroviejo (2011) amb estudiants de la Universitat de Navarra i (Chacón et al., 2016) amb universitaris granadins on el percentatge d'universitaris que tenen una alta o òptima adherència a la DM se situa al voltant del 26 al 28%.

Millors resultats obtenen els estudis realitzats per De la Montaña et al. (2012) i Míguez et al. (2013) amb universitaris gallecs on més del 32% dels estudiants presenten una alta adhesió a la DM.

No obstant, aquests resultats són superiors als obtinguts amb estudiants de la Universitat del País Basc (Amaral, Hernández, Basabe, Rocandio, i Arroyo, 2012), amb els estudiants d'Elx (Barrios-Vicedo et al., 2015), els d'Albacete (Cervera et al., 2013) o els de les Illes Balears (Bennasar, 2013a) amb una presència d'alta d'adhesió inferior al 17%.

La mitjana d'adherència a la DM dels participants en aquesta tesi, segons el qüestionari KIDMED és de 6,09, per tant, no superen el llindar del 7 que és la puntuació mínima per qualificar una dieta com òptima. Malgrat que, cap dels estudis que han utilitzat aquest instrument obtenen una puntuació superior al 7, les dades obtingudes en aquesta tesi són una mica inferiors a les De la Montaña et al. (2012) amb universitaris gallecs que s'eleva a 6,35 o les Durá i Castroviejo (2011) amb un 6,15.

La puntuació mitjana en el KIDMED que obtenen les dones participants en aquesta tesi és superior a la dels homes però sense diferències estadísticament significatives.

Que les dones presenten un patró d'alimentació més saludable que els homes, és una conclusió que arriben la majoria dels estudis realitzats entre la població en general (European Food Information Council, 2012; INE, 2014) i entre els universitaris en particular, possiblement per una major conscienciació o interès per la salut i l'alimentació (Bennasar, 2013a; Durá i Castroviejo, 2011; Gough i Conner, 2006; Moreno et al., 2012).

Segons Arganini et al. (2012), en general, les dones semblen més reflexives sobre els temes alimentaris i de salut, i han demostrat un coneixement superior sobre les àrees de nutrició que a més, tenint en compte el paper tradicional de les dones en la compra i preparació d'aliments, pot explicar que els homes coneguin menys els beneficis d'alguns aliments per a la salut.

La totalitat dels estudis analitzats realitzats amb universitaris (Bennasar, 2013a; Castañeda i Romero, 2014; Cervera et al., 2013; Durá i Castroviejo, 2011), conclouen que les dones segueixen un patró alimentari més saludable encara que sense grans diferències.

Si en centrem en el consum d'alcohol s'observa que segueix existint tolerància social respecte al seu consum, banalitzant-se els riscos i efectes negatius que s'associen i que

són causa d'una elevada morbiditat i mortalitat (Calafat et al., 2013; Sánchez Pardo, 2002).

L'augment del consum d'alcohol entre els joves és un tema que preocupa a escala mundial per un inici cada cop més primerenc predictor d'un major risc d'abús i dependència en l'edat adulta. Aquest fet pot representar un deteriorament de la salut i riscos associats al desenvolupament de conductes sota els efectes de l'alcohol (conduir, consum d'altres substàncies...). Un altre tema que amoïna és el consum, cada cop més habitual, en *binge drinking*.

Les darreres dades que ens aporten les enquestes nacionals sobre alcohol i drogues ESTUDES i EDADES (OEDT, 2016a, 2016b) mostren un descens, generalitzat, en el consum d'alcohol a totes les edats i períodes temporals. Malgrat això, les prevalences segueixen sent elevades, tant en el consum ocasional o experimental (algun cop a la vida) que se situava entre el 93,5% de la població de 15 a 64 anys (87,5% entre 15 a 24) i un 78,9% dels 15 i 18 anys, com en el consum en el darrer mes (consum habitual) que era d'un 62,1% en el grup de 15 a 64 anys (59,5% entre 15 a 24) i un 68,2% entre els menors d'edat.

L'alcohol és la substància més consumida i en grans quantitats pels joves en general i els universitaris no són una excepció. Ho demostren les dades obtingudes en tots els estudis analitzats amb aquest col·lectiu (Karam et al., 2007; Wicki et al., 2010). Aquest fet posa de manifest que el coneixement dels perills que comporta el consum no actua com a protector, segurament, a causa de la menor percepció del risc que acostumen a presentar els joves (Juan, Duch, i Calafat, 2012; Ruiz-Olivares, Lucena, Pino, i Herruzo, 2010; The Gallup Organization, 2014).

Es tracta d'un consum que es vincula a l'oci recreatiu, principalment el cap de setmana, compartit amb el grup d'iguals, com a mecanisme de reafirmació de la identitat grupal i, sovint, associat a altres substàncies (Calafat et al., 2008; Calafat et al., 2007b; Sánchez Pardo, 2002).

En aquesta tesi, un 92,3% del conjunt de la mostra estudiada, reconeixia prendre alcohol amb certa regularitat (dos o més cops al mes).

Aquesta prevalença és molt superior a la mitjana espanyola major de 15 anys i a la del grup de 15 a 24 anys. Aquestes dades, juntament amb les obtingudes per Lucena, Ruiz-Olivares, Pino, i Herruzo (2013), en un estudi on compara el consum d'alcohol per part d'un grup d'universitari i no universitaris de Córdoba, mostren que els estudiants consumeixen de manera habitual amb major proporció que els seus companys que no estudien a la universitat (72,1% i 63,8%, respectivament), dades que també obté Sánchez-López et al. (2013) i Zaldívar et al. (2011) sobretot entre les dones.

Els estudiants d'aquesta investigació mostren prevalences de consum més elevades que les obtingudes per altres investigacions amb població universitària com la de Murcia amb un 87,4%, (Castro et al., 2014), la de les Illes Balears amb un 86,2% (Bennasar, 2013a), els sevillans amb un 85% (Castañeda i Romero, 2014), el 77% dels de Vigo (Varela-Mato et al., 2012) o els de la Universitat Catòlica San Antonio de Murcia amb un 63% (Martinez Pastor et al., 2010).

Els resultats d'aquesta tesi, però, són similars als obtinguts a la Universitat de Granada, aproximadament del 90% (Chacón et al., 2017), a la d'Almeria amb una prevalença del 92,7% (Zaldívar et al., 2011) i a la de l'Escola Universitària de la Salut i l'Esport de la UdG amb un 93,9% (Hernández-Serrano, Font-Mayolas, i Gras, 2015).

Pel que fa a la freqüència de consum, el percentatge més elevat de la mostra declarava consumir alcohol de 2 a 4 cops al mes (45,8%). Aquesta freqüència podria coincidir amb un consum de cap de setmana. Aquest és el consum més habitual entre els adolescents i joves, consum que s'associa a la festa, on l'alcohol té un paper fonamental en l'estructuració de l'oci i les relacions socials (Calafat et al., 2007b; OEDT, 2016b).

Aquestes dades són inferiors a les obtingudes per altres estudis amb universitaris que situen aquest consum entre el 58,7% dels d'Almeria i el 54,5% dels de Murcia (Castro et al., 2014) però, superior al dels universitaris de les Illes Balears (Bennasar, 2013a) amb un 35,4%, el 33,3% dels de Granada (Chacón et al., 2017) o el 32,5% de la universitat sevillana (Castañeda i Romero, 2014).

En l'enquesta europea de salut a Espanya de l'INE (2014) el percentatge de la població de 15 a 24 anys que declarava consumir begudes alcohòliques de 2 a 3 cops al mes era molt inferior (16,5%).

També, és preocupant la prevalença de consum habitual d'alcohol (setmanal i/o diari) entre els estudiants participants en l'estudi, ja que un 33,3% declarava consumir alcohol setmanalment, dels quals un 23,3% ho feia 2 o 3 cops per setmana i un 10,4%, 4 o més cops.

Aquestes dades són superiors a les observades per Bennasar (2013a), amb un 22,6% que consumia més de dos cops per setmana, dels quals un 2,7% ho feia 4 o més dies. Castro et al. (2014) en la seva investigació amb estudiants de la universitat de Murcia troba una prevalença una mica inferior, 16,8% reconeixen consumir-ne 2 o 3 dies per setmana i Castañeda i Romero (2014) troba, entre els estudiants sevillans, un 7,2% que declarava fer-ho habitualment.

Aquests percentatges són superiors als de l'OEDT (2016b) que mostren un consum diari de l'1,4% en el grup de 15 a 24 anys, sent el grup amb menor prevalença ja que pel conjunt de la població de 15 a 64 anys és d'un 9,3%.

En el cas dels universitaris, els estudis que recullen aquesta dada, mostren percentatges més elevats com el 2% entre els murcians (Mantilla et al., 2011) o el 1,9% dels estudiants d'EUSES de Girona (Hernández-Serrano et al., 2015).

El qüestionari utilitzat en aquesta investigació (AUDIT), ens ha permès extreure la prevalença de consum de risc dels alumnes enquestats que era d'un 28,3%, essent més del doble en els homes (34%) que en les dones (16,2%).

El percentatge d'homes que presenten un consum de risc és superior a l'obtingut entre els menors de 25 anys, on es concentra aquest patró de consum. En l'informe sobre alcohol, tabac i drogues il·legals a Espanya realitzat per l'OEDT (2016b) un 12% presenten un consum de risc.

Tot i això, les dades obtingudes en aquesta tesi són similars a les d'altres poblacions universitàries com les de les Illes Balears de Bennisar (2013a) amb un consum de risc per part d'un 27,3% dels estudiants, encara que en aquest cas la diferència entre homes i dones és molt més petita (32,2% dels homes enfront del 24,9% de les dones) i el 25% dels d'Almeria (Zaldívar et al., 2011). No obstant, les nostres dades són inferiors als resultats obtinguts per Caamaño-Isorna et al. (2008) entre els universitaris de Santiago de Compostela que presentaven un consum de risc un 37,1%, sent la diferència entre homes i dones pràcticament inexistent (1,7 punts percentuals).

Una de les altres dades que cal tenir en compte a l'hora d'analitzar el consum d'alcohol és la quantitat de copes que es prenen en cada ocasió de consum.

El 50,8% de la mostra d'aquest estudi declarava beure 1 o 2 consumicions, un 35,8% 3 o 4, un 4,7% entre 5 o 6 i l'altre 6% bevien més de 7.

Dades de consum superiors a la dels estudiants de les Illes Balears amb un 61,5% que consumien entre 1 o 2, un 25,4% entre 3 o 4, 9,5% entre 5 i 6 i un 3,6% 7 o més. (Bennisar, 2013a).

El consum en *binge drinking* és cada cop més habitual entre els joves. S'ha triplicat en una dècada, encara que es manté estable en les darreres enquestes de l'OEDT (2016b).

Aquest patró de consum preval entre els joves de 20 a 24 anys en els darrers 30 dies amb un 36% en homes i 24% en dones i que és superior a la en el conjunt de la població de 15 a 64 anys, d'un 17,9. Aquests percentatges són similars als obtinguts per l'EMCDDA i Ministerio de Sanidad (2013) que afirmen que 4 de cada 10 persones han realitzat *binge*

drinking en el darrer mes. Cal tenir en compte però, que la proporció s'eleva a 6 de cada 10 si sols es té en compte els que declaren haver begut en aquest període.

Del total de la mostra que declarava consumir-ne 5 o més copes en cada ocasió (10,7%), un 31,6% ho feien amb una freqüència inferior a un cop al mes, un 17,5% mensualment i un 5,1% setmanalment. Aquestes dades són similars a les obtingudes per l'Enquesta Europea de Salut a Espanya (INE, 2014) entre el grup de 15 a 24 anys. Un 27,9% declarava un consum intensiu amb una freqüència mensual, un 16,5% més d'un cop al mes i un 5,6% més d'un cop a la setmana, mentre que són superiors a les obtingudes per Bennasar (2013a) en què el 20% ho feia 1 o menys cops al mes, un 8,4% mensualment i un 6,6% setmanalment.

El *binge drinking* també és molt habitual entre els universitaris. Presenten prevalences d'un 40% entre estudiants de Minnesota (VanKim et al., 2010), un 42,2% dels de la Universitat de Vigo (Molina et al., 2012) i el 29,9% dels de Santiago de Compostela (Caamaño-Isorna et al., 2008).

Pel que fa al consum intensiu, segons l'OEDT (2016a), un 16,8% dels espanyols amb edats compreses entre els 15 i 64 anys s'han embriagat en el darrer any. Aquest percentatge, encara que elevat, és inferior al de les anteriors enquestes, en 2,2 punts percentuals. És el grup de 15 a 24 anys el que presenta un nivell més elevat (35,1%). Això representa que 2 homes i, aproximadament, 1,5 dones de cada 5 declaraven haver-se embriagat algun cop els darrers 12 mesos. Aquest percentatge és inferior al que presentaven el grup de 14 a 18 anys que s'eleva fins a un 42,6%, i on les dones presenten una prevalença superior als homes (OEDT, 2016b).

Si s'observen les dades respecte a les intoxicacions etíliques en el darrer mes, el percentatge més elevat també el presenta el grup de 15 a 24 anys amb un 14,9%, sent superior en els homes amb 6,7 punts percentuals. Aquest percentatge s'eleva fins al 25,4% si sols es té en compte aquells que han consumit alcohol durant aquest període. Entre els menors d'edat, un 22,2% declaraven que s'havien embriagat algun cop en els darrers 30 dies i, en aquest cas, els homes presentaven una prevalença superior. El percentatge s'incrementa fins al 33,1% en el cas dels que han begut durant aquest període.

En aquesta investigació no es preguntava directament sobre estats d'embriaguesa però, l'AUDIT inclou dues preguntes que podrien estar relacionades amb aquest estat com, la impossibilitat de recordar la nit anterior i no fer el que s'esperava d'ell l'endemà per haver estat bevent. Les dades són preocupants ja que un 37,8% i un 23,3%, respectivament, contestaven afirmativament a haver estat en aquesta situació amb una periodicitat quasi mensual.

El consum dels joves es caracteritza per ser menys freqüent que el de la resta de població però de major intensitat i associat, sovint, a borratxeres que poden implicar una disminució de la motivació, baix interès pels estudis, no assistència a classe i en un risc de patir accidents per conduir sota els efectes de l'alcohol (Piko i Kováks, 2010).

En aquest estudi, un 9,7% declarava haver tingut algun accident en el qual algú havia resultat ferit, un 4,5% en el darrer any. Aquesta sinistralitat és lleugerament superior entre els homes (9,4%) que entre les dones (8,1%).

Segons Cabrejas, Llorca, Gallego, Bueno, i Diez (2014) un 83% dels universitaris de Salamanca declaraven haver-se embriagat en alguna ocasió, dels quals un 25,7% ja no ho havia tornat a repetir. Les dades són preocupants, ja que un 48% de la mostra estudiada ho havia fet en els darrers 30 dies, dels quals un 38,2% ho feia 1 o més vegades en aquest període. Un 15,5% ho feia cada cap de setmana i un 2,1% diversos cops a la setmana. Aquestes prevalences d'estats d'embriaguesa són superiors a les obtingudes per Jiménez-Muro et al. (2009) amb estudiants aragonesos on un 66,2% s'havia embriagat algun cop a la vida, però inferiors als que declaraven fer-ho un o més cops al mes (42,4%).

Si el consum d'alcohol per part del jovent, en general, i el col·lectiu universitari en particular és un motiu de gran preocupació, més ho és la tendència ascendent que les dones joves venen mostrant els darrers anys. Segons l'Enquesta sobre Alcohol i Drogues a Espanya (OEDT, 2016a), en el grup de 14 a 18 anys hi ha una prevalença superior de consum en les noies en tots els trams temporals, excepte el consum diari. També elles mostren una tendència a un consum intensiu cada cop més elevat, sent superior als homes en el tram dels 12 mesos anterior a l'enquesta. Sols en els episodis de *binge drinking* els nois presenten una prevalença superior, encara que les diferències són més petites quan menor és l'edat de l'enquestat.

Si s'analitzen aquestes dades segons l'Enquesta de l'OEDT (2016a), pel grup de 15 a 64 anys, aquesta tendència s'inverteix, encara que és en el grup de 15 a 24 anys on les diferències són més petites (aproximadament, 3 punts percentuals), però pràcticament inexistent en el tram de consum dels darrers 30 dies (0,7 punts percentuals). Dades que també s'observen en l'Enquesta europea sobre consum (EMCDDA i Ministerior de Sanidad, 2013).

El fet que el consum entre les dones ha anat augmentant, en línia amb el desenvolupament econòmic i els canvis de rols de gènere, és motiu de preocupació important per a la salut pública (Sánchez Pardo, 2012; Wilsnack, Vogeltanz, i Wilsnack, 2000).

Segons la WHO. Regional office for Europe (2013b) les dones són més vulnerables al dany causat per l'alcohol com a conseqüència de diversos factors com són: el pes corporal, una

menor capacitat hepàtica i una major proporció de greixos corporals, que són responsables de què la concentració d'alcohol en sang sigui superior en les dones per una mateixa quantitat de consum. Això implica una major propensió al patiment de càncers, malalties gastrointestinals i cardiovasculars.

En aquesta investigació, els resultats mostren una prevalença molt similar entre els consumidors encara que les noies presenten un punt percentual superior als nois. Malgrat això, els homes consumeixen amb una freqüència més elevada, un 40% declaraven fer-ho com a mínim 2 cops a la setmana enfront el 28,4% de les noies, i en major quantitat (un 50,4% declarava consumir més de 3 copes en cada ocasió enfront del 38,7% de les noies).

Aquestes dades coincideixen amb la majoria d'investigacions realitzades amb aquest col·lectiu (Bennasar, 2013a; Castañeda i Romero, 2014; Chacón et al., 2017; Hernández-Serrano et al., 2015; Pischke et al., 2012; Sánchez-López et al., 2013; WHO. Regional office for Europe i Ministry of Affairs and Health, 2013; Friederike Zimmermann, Sieverding, i Müller, 2011).

Sembla que tots coincideixen en el fet que el patró de consum és diferent. Les noies presenten un consum més social concentrat, sobretot, els caps de setmana i en ocasions especials (Bennasar, 2013b; Castañeda i Romero, 2014; EMCDDA i Ministerior de Sanidad, 2013; Gallardo-Escudero et al., 2015; Jiménez-Muro et al., 2009).

En aquest consum associat a un ambient festiu, les noies presenten una ingesta superior als seus companys. Sovint pot representar estats d'embriaguesa, com reflecteixen les dades obtingudes per Varela-Mato et al. (2012) amb universitaris de Vigo, i Susan (2011) i Kelly-Weeder (2008) amb universitaris americans. Aquests estudis mostren un percentatge superior d'episodis d'embriaguesa entre les dones.

Les motivacions per consumir alcohol entre adolescents i joves no difereixen segons el sexe, a diferència del que passa amb les generacions de més edat. Un model d'educació amb rols més igualitaris pot ser la causa d'aquesta equiparació en els hàbits de consum. Comparteixen els espais d'oci on l'alcohol es converteix en la substància que s'associa a la diversió, l'amistat i la integració social (Gómez, 2013; Sánchez Pardo, 2012).

Aquest consum més ocasional entre les noies podria explicar-se, com diu Sánchez Pardo (2012) per una major percepció del risc associat al consum habitual. Al contrari, aquest decreix en els consums esporàdics.

També, podria se degut a una major estigmatització i desaprovació a les addiccions en general i al consum d'alcohol en particular per part de les dones, en contraposició al que fan

els homes, entès com a conducta natural i culturalment acceptada (Bennasar, 2013a; Jiménez-Muro et al., 2009; Kloos, Weller, Chan, i Weller, 2009; Sánchez Pardo, 2012).

Altres investigadors com Kelly-Weeder (2011) i Susan (2011) associen el consum en *binge drinking* a desordres alimentaris, sota la creença que el consum de grans quantitats d'alcohol ajuda a disminuir la necessitat d'ingesta d'aliments.

Per tots aquests aspectes, cal pensar en una intervenció per controlar l'augment dels consums per part dels joves tenint en compte la perspectiva de gènere (Committee on National Alcohol Policy and Action, 2014; Romo, 2012).

Pel que fa al consum de tabac es constata que és la segona substància més consumida per part de la població en general i de la població universitària en particular.

Si bé des que es va aplicar la llei del 2005 es va produir un descens en el consum de tabac, sembla que, en els darrers anys, aquesta tendència s'ha estabilitzat pel que fa a la població major de 15 anys. Segons l'OEDT (2016a) un 40,2% declaraven haver consumit tabac en els darrers 12 mesos, un 38,5% el darrer mes i un 30,8% ho feia diàriament.

El consum diari entre els espanyols és superior a la prevalença mitjana de l'Europa dels 27 (23%), encara que presentava un descens superior (4 punts percentuals) als altres països respecte a les darreres enquestes OEDT (2016b).

Dades més positives presenta el grup de 14 a 18 anys on es manté la tendència descendent i amb el consum més reduït de la sèrie històrica. Un 31,4% (menys 3,9 punts percentuals) declarava haver-ho fet en el darrer any, un 25,9% (3,8 punts menys) en els darrers 30 dies i un 8,9% fumava a diari, uns 3,6 punts percentuals menys que l'anterior enquesta (OEDT, 2016a).

Pel que fa al nombre de cigarrets diaris, segons l'enquesta EDADES (OEDT, 2016a), la mitjana entre els fumadors del darrer mes va ser de 12,4 cigarrets al dia, valors similars a l'anterior enquesta (EMCDDA i Ministerio de Sanidad, 2013). El consum augmenta amb l'edat, sent el grup de 55 a 64 anys el que més en fuma (14,3 al dia). Els homes, de mitjana, fumen 2 cigarrets més al dia que les dones.

Si s'analitza el consum del grup de 14 a 18 anys, segons l'OEDT (2016a, 2016b), el nombre de cigarrets diaris és molt més reduït, amb una mitjana de 5,4. La majoria (66,1%) de consumidors es consideren de baix risc (menys 5 cigarrets al dia).

Cal considerar que, a part de l'aplicació de la llei abans esmentada, que prohibeix el consum de tabac en locals i espais públics, aquesta tendència descendent pot també atribuir-se a una major percepció del risc que, en general, la població té sobre els problemes de salut que s'associen al consum d'aquesta substància.

Les prevalences de tabaquisme entre els universitaris són superiors a les existents entre la població en general (OEDT, 2016a), dels adolescents (OEDT, 2016b) i de la població jove no universitària (Lucena et al., 2013).

Un 40,9% dels participants en aquest estudi manifestaven consumir tabac.

Prevalença similar a l'obtinguda per Martínez Pastor et al. (2009) amb els estudiants de la Universitat de Murcia (39,2%), Martín-Montañez et al. (2011) amb els de Màlaga (41,9%) o els de Mantilla et al. (2011) amb estudiants de Murcia amb un 42,2%.

No obstant és una prevalença superior a la d'altres estudis com els de la Universitat Catòlica de Murcia amb un 36% (Castro et al., 2014), al 37,6% dels estudiants de ciències de la salut grecs (Papathanasiou et al., 2012), al 35,9% dels de les Illes Balears (Moreno et al., 2012), al 33,7% dels de Vigo (Varela-Mato et al., 2012) o al 30% dels de les universitats aragoneses (Jiménez-Muro et al., 2009).

Cal tenir en compte però, que els estudis que s'han realitzat més recentment mostren percentatges inferiors de prevalença de tabaquisme que podrien també ser reflex d'un descens en el consum entre els universitaris, de la mateixa manera que està succeint amb la resta de la població. En aquesta línia estarien els resultats obtinguts amb universitaris de les Illes Balears 19,5% (Bennasar, 2013a), els de Granada amb un 20,6% (Chacón et al., 2017), el 23,3% dels estudiants de Córdoba (Lucena et al., 2013) o el 28,1% dels sevillans (Castañeda i Romero, 2014).

Aquesta tendència es podria extrapolar amb els universitaris de Girona ja que, segons les dades obtingudes per Hernández-Serrano et al. (2015), amb un 37,2% de fumadors, mostren un descens de 3,7 punts percentuals respecte a les obtingudes en aquest estudi.

Tot i així, la prevalença segueix sent molt elevada i superior als resultats obtinguts en la població en general.

Pel que fa al nombre de cigarrets diaris que consumeixen, els fumadors del participants en aquesta tesi, les dades d'aquest estudi mostren que quasi el 60% poden considerar-se amb un consum lleu o moderat, ja que consumeixen menys de 10 al dia. Pel contrari, un 13,4% declaraven consumir més d'un paquet diari.

Dades inferiors presenten els universitaris grecs amb un 23,1% de fumadors que presenten un consum molt alt (1 paquet o més) i un 36,1% de consum lleu o moderat (Papathanasiou et al., 2012).

Altres estudis recollien dades sobre el consum mitjà de cigarrets diaris, situant-se a l'entorn de 10 (Castillo Viera, 2006; Moreno et al., 2012). La quantitat de consum és inferior al consum que fa la població de 15 a 65 anys, tant espanyola com europea. Segurament degut

a que un 90% dels estudiants considera que el consum habitual i d'un gran nombre de cigarrets pot provocar molts i greus problemes de salut (Garcia et al., 2010; Jiménez-Muro et al., 2009; Ruiz-Olivares, Lucena, Pino, i Herruzo, 2010; Sánchez Pardo, 2012).

Segons el Test de Fageström (1991), que analitza el nivell de dependència física, del 40,9% dels participants que declarava consumir tabac, un 39,7% presentava una dependència lleu, un 45,5% moderada i un 14,9% severa.

Dades pitjors a les trobades per Bennasar (2013a) entre els fumadors de la Universitat de les Illes Balears, on el 77,5% presenta una dependència lleu, 15% moderada i 7,5% severa i, també, inferiors a les dades obtingudes per Fu et al. (2010) en un estudi amb espanyols majors de 18 anys on un 74% dels fumadors presentava una dependència lleu, un 10,4% moderada i un 15,5% alta.

Com passa amb l'alcohol en el grup de població major de 15 anys, la prevalença de fumadors entre els homes és superior a la de les dones en tots els trams temporals i en tots els grups d'edat. La menor diferència de consum entre sexes és en el grup dels més joves (15 a 24 anys). En aquest grup, a més, és l'únic en el que s'observa un increment entre els fumadors diaris. Aproximadament, 1 de cada 4 enquestats, tant homes com dones, declarava consumir diàriament (OEDT, 2016b).

El contrari succeeix amb l'enquesta ESTUDES, amb el grup de població de 14 a 18 anys, on s'observa una prevalença superior de consum, en tots els trams temporals, entre les noies. Diferències que van des de 3,6 punts percentuals en els darrers 12 mesos, un 2,7 en el darrer mes fins els 0,4 dels fumadors diaris.

El mateix passa en la quasi totalitat dels estudis amb població universitària. Les estudiants de les universitats presenten una prevalença entre el 21% i el 45% mentre que entre els homes és del 16% i el 36%. Cal destacar que, les majors prevalences de consum de tabac es troben en aquesta investigació, 44,8% en les dones i 36,8% en els homes.

Prevalença alta que es manté en l'estudi amb universitaris gironins desenvolupat per Hernández-Serrano et al. (2015), encara que s'observa una disminució de fumadors (39,6% entre les dones i el 35,3% en els homes).

A més, en aquest estudi, la diferència entre sexes és de les més grans entre universitaris (8 punts percentuals), sols superat pels estudiants de Córdoba (Lucena et al., 2013) amb un consum superior, d'uns 10 punts percentuals.

Sols alguns estudis realitzats amb aquest col·lectiu mostren una prevalença similar o superior en els homes, però en tot cas, la diferència està a l'entorn dels 3 punts percentuals (Garcia et al., 2010; Papathanasiou et al., 2012).

Si bé, el percentatge d'universitàries fumadores és superior als homes són aquests els que consumeixen de mitjana més nombre de cigarrets diaris (Bennasar, 2013a; Papatthaniou et al., 2012; Vaquero-Cristóbal et al., 2013).

Això no passa en aquesta investigació, les dones fumaven més quantitat de cigarrets diàriament. Un 14,2% de les noies fumava més d'un paquet diari enfront al 12,5% del nois i, un 30,5% de les noies fumen entre 11 i 20 en front al 23,6% dels homes.

Les dones també tenien una dependència física superior. Un 34,7% de les dones participants en aquest estudi presentava una dependència moderada o alta respecte al 25,6% dels homes. Dades que també troba Chacón et al. (2017) entre les universitàries granadines.

Per que fa als motius al·ludits per iniciar-se al consum de tabac o no abandonar aquest hàbit també s'observen diferències entre sexes. Pot ser degut a que durant dècades fumar era signe d'independència i d'igualtat respecte als homes (Jané et al., 2001; Jiménez Rodrigo, 2008; Sánchez Pardo, 2012).

Mentre que pels nois les principals motivacions per iniciar-se en el consum estarien relacionades amb la recerca de noves sensacions, les de les noies estarien més lligades a la major preocupació per l'autoimatge, una millora de l'autoestima, a un major nivell d'estrès, a la sensació de maduresa i la mostra de rebel·lia (Jamal, Van der Does, Peeninx, i Cuijpers, 2011; Mediano-Stoltze, Repetto, i Molina, 2013; Sánchez Pardo, 2012; Sanchez-López, Cuéllar-Flores, Dresch, i Aparicio-Garcia, 2009; Sánchez-López et al., 2013; Torres i O'Dell, 2016).

També s'observen diferències entre les motivacions al·ludides per les noies per justificar que els costi més deixar de fumar. Es relaciona amb la por a guanyar pes que tindria conseqüències sobre la seva autoestima (Pang, Zvolensky, Schmidt, i Leventhal, 2015; Sánchez Pardo, 2012; Villar et al., 2004).

Pel que fa al consum d'altres substàncies, en el present estudi s'utilitzava el qüestionari (CAGE-AID) que sols pregunta sobre algunes característiques del consum però no recollia informació sobre el tipus de substància o freqüència de consum. Aquest fet ens impedeix donar dades sobre aquestes qüestions.

Malgrat això, tots els estudis que s'han realitzat amb col·lectius d'universitaris mostren dades que podrien extrapolar algunes de les seves conclusions sobre tipus de substàncies i freqüència de consum. Sobretot tres investigacions que s'han realitzat amb estudiants de la UdG (Patiño-Masó et al., 2013).

Les dades obtingudes, en la mostra d'aquest estudi, és molt preocupant, ja que un 50%

declarava haver consumit drogues il·legals algun cop a la vida i, el que és més greu, un 1 de cada dos presentava un consum de risc.

Dades similars obtenen els universitaris italians (Kracmarová et al., 2011). Entre els estudiants de les universitats d'Almeria, Zaldívar et al. (2011) situen el consum d'aquest tipus de substàncies en més del 40%. I, en altres universitats s'observa una prevalença entre un 20 - 35%, com les obtingudes en la Universitat de Vigo (Varela-Mato et al., 2012), en la de Màlaga (Martín-Montañez et al., 2011), a les Illes Balears (Bennasar, 2013a) o entre els universitaris sevillans (Castañeda i Romero, 2014).

En tots els casos, la substància més consumida és el cànnabis amb molta diferència. Espanya és un dels països de la Unió Europea on els joves presenten una prevalença superior en el consum d'aquesta substància, que se situa en el 17% (The Gallup Organization, 2014).

El consum dels més joves és molt superior a la resta de la població. Un 25,4% de la població de 14 a 18 anys declaraven haver consumit aquesta substància en el darrer any, un 18,6% dels quals ho havia fet els darrers 30 dies (OEDT, 2016b). Aquestes dades són molt superiors a les obtingudes per l'OEDT (2016a) pel grup de població de 15 a 64 anys (9% i 7%, respectivament).

També, el consum diari dels universitaris és superior al que presenta la població en general, que es situa en el 2% entre la població de 15 a 64 anys (OEDT, 2016a) i del 1,8% del grup d'entre 14 a 18 anys (OEDT, 2016b).

Els estudis que recullen aquesta dada, parlen d'un 3,9% entre els sevillans (Castañeda i Romero, 2014), el 3,1% dels estudiants de les Illes Balears (Bennasar, 2013a) i el 4,8% dels gironins, població també objecte d'estudi d'aquesta investigació (Hernández-Serrano et al., 2015).

En tots els casos, el consum d'aquesta substància és superior en els homes, aproximadament, en una relació de 2 a 1, excepte en el consum del cap de setmana on les diferències es redueixen. Cal tenir molt present que, en el cas dels gironins, segons els estudi mencionat abans amb estudiants gironins, els homes presenten una prevalença de consum diari que s'eleva al 7,1%.

Segons l'Enquesta de Salut de Catalunya (Departament de Salut, 2016), en el cas del cànnabis, s'ha convertit en una de les drogues il·legals més tolerades per l'opinió pública i, en molts casos, considerada com a beneficiosa. Això ha representat una disminució en la percepció del risc que té la població del seu consum, sobretot si és ocasional i, inferior al consum de tabac.

La segona substància més consumida, per la població en general i pels universitaris en concret, són els psicofàrmacs, amb o sense recepta.

En aquest cas, el patró de consum s'inverteix. ja que, en primer lloc, és el grup de més edat el que presenta una prevalença superior, sent un 8,1% en el consum del darrer mes enfront al 6,2% del grup de 14 a 18 anys. I, en segon lloc, són les dones les que presenten una prevalença superior en tots els trams temporals i d'edat, presentant en algunes ocasions una relació de 2 a 1 (OEDT, 2016a, 2016b).

El consum d'aquestes substàncies entre els universitaris és també preocupant. Els resultats de l'estudi de Lucena et al. (2013), amb universitaris i no universitaris de Córdoba, mostren una prevalença superior entre els primers. Els universitaris consumien, en els darrers 30 dies, un 1,9 punts percentuals en el cas de psicofàrmacs amb recepta i d'un 7,2 punts percentuals en el cas de psicofàrmacs sense recepta.

Bennasar (2013a) alerta d'aquest elevat consum entre els estudiants de la Universitat de les Illes Balears, sobretot entre les dones, on un 11,5% declaraven haver consumit tranquil·litzants en el darrer mes. Aquesta dada podria ser reflex d'un major enfrontament a situacions d'estrès que pateixen els universitaris en general i les dones en particular (Sánchez Pardo, 2012; Zaman et al., 2015).

La tercera substància consumida, per la població general i pels universitaris en particular és la cocaïna. El perfil dels consumidors d'aquesta substància és d'un home de 25 a 34 anys amb una prevalença del 6% (OEDT, 2016a). Aquesta prevalença és també més elevada que la mitjana dels països europeus, que en la franja de 15 a 34 anys és del 3%, segurament però, perquè la franja d'edat inclou a menors d'edat, que disposen de menys recursos econòmics per comprar aquest tipus de substància.

Les investigacions realitzades amb el col·lectiu universitari que analitzen el consum d'aquestes substàncies, mostren prevalences inferiors tractant-se, majoritàriament, d'un consum ocasional. La prevalença superior es troba entre els gironins amb un 4,4% que declarava consumir-la de manera ocasional (Hernández-Serrano et al., 2015), el 3,6% dels d'Almeria (Zaldívar et al., 2011), el 2,3% dels de les Illes Balears (Bennasar, 2013a), i el 1% de consumidors habituals en la Universitat de Girona (Patiño-Masó et al., 2013).

Respecte a la resta de substàncies les prevalences de consum són més reduïdes i, en general, s'observa un descens o estabilització en tots els trams temporals i grups d'edat. Segurament, per un increment entre la població de la percepció del risc que s'associa al seu consum, tant habitual o ocasional.

Per últim, cal fer esment a la presència cada cop més gran de les anomenades noves

drogues, substàncies sintètiques que tracten d'imitar els efectes de les drogues. Aquestes substàncies han guanyat popularitat i accessibilitat a través d'internet. Encara que la seva prevalença és inferior a les substàncies clàssiques, s'observa una tendència a l'alça (The Gallup Organization, 2014).

Com ja s'ha comentat, en el marc teòric, els experts pensen que tenir contacte amb una substància facilita, posteriorment, provar-ne d'altres. Normalment, la inicialització es produeix amb les substàncies legals que poden actuar com a facilitador del consum de les il·legals (Castañeda et al., 2017; Espada et al., 2010; Kandel, 1975; Patiño-Masó et al., 2013).

En aquest sentit, Jiménez-Muro et al. (2009) observa que els universitaris aragonesos que fumen es van iniciar en el consum d'alcohol abans que els no fumadors. Chacón et al. (2017), en un estudi amb universitaris granadins conclou que pràcticament la totalitat de fumadors presenten algun tipus de dependència a l'alcohol. Per últim, Font-Mayolas et al. (2006), en un estudi amb estudiants de la UdG, afirmen que 9 de cada 10 joves que declaraven no haver fumat mai, tampoc havien consumit cànnabis. Pel contrari, entre els fumadors sols 1,5 de cada 10 es trobaven en aquesta situació.

El consum de dos o més substàncies, tant sigui de manera simultània com el consum regular de diverses durant la vida quotidiana, és un problema greu de salut pública, sobretot, entre els joves (Riquelme et al., 2012; UNODC, 2017).

Un 38,5% dels que participants en aquest estudi que presentaven un consum de risc d'alcohol, segons el punt de tall de l'AUDIT, eren fumadors. Per altra banda, entre aquest tipus de consumidors d'alcohol un 71,6% feien també un consum de risc d'altres substàncies, segons el punt de tall del CAGE-AID. Per últim, un 74,6% dels que es declaraven fumadors també feien un consum de risc d'altres substàncies, segons el punt de tall del CAGE-AID, sent en els tres casos les diferències estadísticament significatives.

El consum de dues substàncies que preval en aquesta mostra (tabac i substàncies il·lícites) difereixen dels resultats obtinguts per gran nombre d'estudis realitzats amb població jove que mostren una prevalença superior en el consum d'alcohol i tabac (Herrera et al., 2012; Kelly et al., 2014; Østergaard, Østergaard, i Fletcher, 2016; Prieto et al., 2012).

Sí coincideixen però amb les dades obtingudes per l'OEDT (2011), on un 63% dels que havien fumat tabac, en el darrer mes, també havien consumit cànnabis en aquest període.

Altres observen una prevalença superior en el consum de tres substàncies (alcohol, tabac i cànnabis), com els realitzats per Riquelme et al. (2012), Hernández-Serrano et al. (2015) i Quek et al. (2013).

L'European Monitoring Centers for Drugs and Drugs Addicton [EMCDDA] (2011) conclouen que, el policonsum s'ha convertit en una de les pautes dominants a Europa, sent el més freqüent el de cànnabis, alcohol i/o tabac que es produeix 3 o més cops al mes en el grup de 15 a 34 anys. Segons aquest estudi, a Espanya, el 50% dels consumidors de 15 a 64 anys admet consumir 2 o més substàncies i, entre el grup de 14 a 18 anys, un terç es declara no consumidor, un terç consumidor de 2 substàncies i, l'altre terç, consumidor de més de 2.

L'enquesta EDADES indica que un de cada tres espanyols d'entre 15 a 64 anys consumeixen 2 substàncies, un de cada deu consumeix 3, un 2% barreja 4 i un 1% 5 o més. La prevalença és superior entre els homes. L'alcohol es presenta en quasi el 95% del policonsum i el cànnabis en el 60% (OEDT, 2016a).

Pel que fa a les diferències existents entre sexes les dades obtingudes mostren que un 52,8% del homes i un 27,5% de les dones que fumen fan un consum de risc d'alcohol. Un 73,5% dels homes i un 68% de les dones que consumeixen alcohol, amb un nivell de risc, també presenten un consum de risc de substàncies il·legals. Mentre que un 83% dels homes i un 68,1% de les dones fumadors aquest fan un consum de risc d'altres substàncies. En els tres casos les diferències estadísticament significatives.

Com es pot observar, les menors diferències entre els dos sexes, es troben en el consum d'alcohol i substàncies il·legals (4,5 punts percentuals), seguida per la de tabac i substàncies il·legals (15 punts percentuals). Mentre que, en el consum de tabac i alcohol de risc, pràcticament, la prevalença entre els homes duplica la de les dones.

Malgrat s'observa una major prevalença de policonsum entre els homes cal tenir molt present que l'Oficina de les Nacions Unides contra la Droga i el Delicte alerta que, en la darrera dècada, s'ha produït un major augment en la morbiditat, causada per problemes amb el consum de substàncies, en les dones (25%) que en el homes (19%).

Zaldívar et al. (2011) observa diferències inferiors entre sexes que les obtingudes en aquest estudi i Romo (2012), en un estudi amb joves de La Rioja, obté dades més preocupants, ja que els resultats mostren que el policonsum de tabac i cànnabis són igual d'importants en els dos sexes.

Hernández-Serrano et al. (2015), amb universitaris gironins, conclouen que, en els darrers anys, s'observa un increment del consum intensiu d'alcohol i consum diari de tabac entre les dones, aproximant-se, al consum que fan els homes. Tot i això, els homes segueixen presentant una major prevalença de consum de totes les substàncies però, especialment, de les il·legals.

Les dades obtingudes mostren que un 46% declaraven consumir dos o més substàncies, amb percentatges molt similars entre homes (45,7%) i dones (46,4%). Les dones però, presentaven una major prevalença en el consum de dos substàncies, majoritàriament alcohol i tabac, amb diferències significatives respecte als homes. Entre ells preval el consum de 3, habitualment afegeixen a les dues anteriors el cànnabis i 4 substàncies, les tres anteriors més una quarta i en aquest darrer cas el consum dels homes doble el de les noies i amb diferències significatives.

Per últim, la prevalença obtinguda entre les participants d'aquest estudi són superiors a les obtingudes per Gallardo-Escudero et al. (2015) amb universitàries granadines que observen que en un 34,6% dels casos existeix una correlació positiva entre les que beuen i també fumen.

Les dades obtingudes en aquesta investigació confirmen la hipòtesi H2 que els universitaris es perceben en un bon estat de salut, existint diferències entre ambdós sexes i per estudis cursats (Campus).

Com s'ha descrit en el marc teòric, la percepció de la salut és un indicador significatiu de la qualitat de vida de les persones, ja que sovint el grau de benestar està més condicionat per com un percep la seva salut que de l'estat real de la mateixa (Castillo, Tomás, García Merita, i Balaguer, 2003).

Donat que l'edat mitjana dels estudiants universitaris no supera els 23 anys, són pocs els estudis que analitzen aquest indicador, ja que es pressuposa no sols que tenen un bon estat de salut sinó també una percepció positiva d'aquesta.

Malgrat això, els canvis que representa aquesta etapa, sovint els sotmet a pressions a les quals no estan acostumats i per les quals no disposen d'eines que els ajudin a afrontar-les, i poden afectar a la seva salut o a la percepció de la mateixa (Cavallo et al., 2015; Joffer, Jerdén, Öhman, i Flaking, 2016; Kwan, Cairney, Faulkner, i Pullenayegum, 2012; Von Ah, Ebert, Ngamvitroj, OPark, i Kang, 2004).

Un 91,9% del total de participants en aquesta tesi consideraven que la seva salut era bona, molt bona o excel·lent.

Aquests resultats coincideixen amb els obtinguts en altres estudis amb col·lectius de joves com els de Moscoso i Moyano (2009), INE (2014) i Departament de Salut (2016) i amb joves universitaris de les Illes Balears (Bennasar, 2013a) i els d'Elx (Barrios-Vicedo et al., 2015).

No obstant, són superiors als obtinguts per Moscoso (2011) entre els joves que accedeixen a la universitat segons dades extretes de l'Enquesta d'hàbits esportius de la població

espanyola (García Ferrando i Llopis, 2011) i a les del Ministerio de Sanidad (2017), Barbosa et al. (2014), Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra (2016) i Landmann et al. (2015) i els universitaris de Sevilla (Castañeda et al., 2016), d'Alacant (Reig et al., 2001) i mexicans (Meda et al., 2004).

Els resultats obtinguts en aquesta tesi mostren que el 94,5% dels homes valoraven la seva salut com excel·lent, molt bona o bona, confirmant-se la H2. Percentatge superior al que presentaven les dones, que era d'un 89,5%. Cap dels enquestats considerava que la seva salut era dolenta. Les diferències estadístiques eren significatives. Les dones presentaven, tant en la dimensió de salut física com en mental, puntuacions mitjanes inferiors a les observades en el grup d'homes. Sent estadísticament significatives les diferències en el sumari mental però no en el sumari físic.

Aquestes dades també confirmen els resultats obtinguts en tots els estudis que han analitzat l'autopercepció de la salut segons el sexe.

Les dones es perceben en un pitjor estat de salut tant en la dimensió física, però sobretot en la mental, i aquesta diferència es va eixamplant a mesura que augmenta l'edat (European Commission, 2009; Girón, 2010; INE, 2013, 2014; Landmann et al., 2015; Ministerio de Sanidad, 2017; Romero, Carrasco, Sañudo, i Chacón, 2010; Vieira et al., 2016; Vingilis, Wade, i Seeley, 2002).

Aquestes diferències també s'observen en els estudis realitzats amb estudiants universitaris (Barrios-Vicedo et al., 2015; Bannasar, 2013a; Castañeda et al., 2016; M. Schmidt, 2012).

Pel que fa a la autodescripció física segons Shavelson et al. (1976), entre d'altres, podria ser considerada un termòmetre del benestar personal en qualsevol moment de la vida però, molt especialment, durant l'adolescència i la joventut. A més, té a veure amb la competència social, ja que influeix sobre la persona en com se sent, com pensa, com aprèn, com es valora, com es relaciona amb els altres i, en definitiva, com es comporta.

El fet, com ja es comentava en el marc teòric, que encara estigui en discussió el nombre i identitat de les dimensions que componen l'autodescripció física i, per tant, la utilització de diferents instruments per analitzar-la, fa difícil la comparació de les dades extretes en aquest estudi malgrat que, existeix un elevat nombre d'investigacions que analitzen aquest concepte de manera aïllada o en relació als estils de vida.

Les dades obtingudes en aquesta tesi confirmen la hipòtesi H2 que els universitaris es descriuen positivament tant físicament com en la forma física, existint diferències entre ambdós sexes i per estudis cursats (Campus).

Els resultats d'aquest estudi mostren menor puntuació en l'escala d'autodescripció física que en l'escala de la forma física. Les mitjanes més elevades en l'autodescripció física es van trobar en autoestima i la més baixa en greix corporal. Pel que fa a la forma física la més alta s'obté en coordinació i les més baixes en flexibilitat i activitat física.

Els homes van obtenir puntuacions significativament més elevades tant en l'autodescripció física com en l'autodescripció de la forma física que l'observat en les dones.

Tots els estudis que han analitzat aquest concepte, fos quin fos l'instrument utilitzat, conclouen que, les dones posseeixen un pitjor autoconcepte físic que els homes a totes les edats (L. Álvarez, Cuevas, Lara, i González, 2015; Arazi i Hosseini, 2013; Esnaola, 2010; L. R. Espinoza, Rodríguez, Gálvez, Vargas, et al., 2011; Geraldo et al., 2011; Molero et al., 2013; Reigal et al., 2013; Soriano et al., 2011; Videra i Reigal, 2013).

Segons aquests autors, aquest fet pot estar relacionat amb que les dones tenen major preocupació pel seu cos i la seva aparença física que els homes (de Gracia et al., 2007; Loland, 1998). Les dones sembla que associen l'atractiu corporal amb un millor autoconcepte físic en general, mentre que els homes es basen més en l'esport i aspectes de força física (Asçi et al., 1999; Hayes et al., 1999; Moreno Murcia et al., 2008).

En aquesta tesi es troben diferències significatives en totes les dimensions. Els homes presenten valors estadísticament superiors en totes les dimensions excepte en flexibilitat.

Les dades obtingudes per Geraldo et al. (2011) amb un col·lectiu de joves universitaris mexicans, difereixen lleugerament, ja que els homes també obtenen millor puntuació en la subescala de flexibilitat. Tampoc obtenen diferències significatives en salut, aparença física i autoestima, com en aquest estudi.

L. R. Espinoza, Rodríguez, Gálvez, Vargas, et al. (2011) amb universitaris xilens, també conclou que els homes presenten puntuacions superiors en totes les subescales encara que en aparença física, coordinació, flexibilitat i autoestima, aquestes diferències no són significatives.

Altres estudis relacionats assenyalen un menor autoconcepte físic de les dones en totes les dimensions (Amezcuca i Pichardo, 2000; A. Goñi et al., 2004).

També, Ries (2011) obté puntuacions superiors entre els nois adolescents sevillans en les capacitats físiques, excepte flexibilitat i en l'atractiu físic, reflex d'un descontent superior del seu aspecte físic per part de les noies (de Gracia et al., 2007; Esnaola, 2010).

En l'apartat d'anàlisi d'interrelacions entre els hàbits de vida i la salut percebuda, els resultats obtinguts en aquesta tesi confirmen la hipòtesi H3 plantejada en referència a que aquells que desenvolupen un estil de vida saludable s'autoperceben en millor estat de salut.

Malgrat això, si està clar en el cas dels homes no ho és tant en el de les dones que si bé, aquelles que desenvolupen hàbits més saludables obtenen puntuacions més elevades, no en la mateixa mesura que els homes, sobretot, en la dimensió mental. A més, aquesta relació positiva quasi no es produeix en el cas del consum d'altres substàncies.

És conegut que la pràctica d'una activitat física regular, estable i moderada ajuda a millorar tant la salut física com la psicològica.

L'autopercepció de la salut segons el nivell d'activitat física i el nivell d'activitat físicoesportiva en el temps de lleure mostra puntuacions més altes, estadísticament significatives, tant en el sumari físic com en el sumari mental.

En aquesta línia estan els resultats obtinguts per Pedišić et al. (2014), Nakamura et al. (2014), Marques et al. (2017), Granger et al. (2017) i Castañeda et al. (2016), encara que en els resultats obtinguts en aquest darrer estudi, la millor autopercepció sols es produeix entre aquells que practiquen AFE seguint les recomanacions del l'American College Sports and Medicine (2000) enfront d'aquells que no les compleixen.

Nakamura et al. (2014) i Castañeda et al. (2016) consideren que cal tenir en compte indicadors d'intensitat, el domini analitzat i estratificat per sexe, ja que la influència que té la pràctica d'AF sobre la percepció de la salut difereix tant en la salut general com en els sumaris físic i mental. Per un altra banda, (Observatorio Vasco de la Juventud, 2017) conclou que quan més freqüent és la pràctica d'AFE millor és la percepció de la salut.

El mateix succeeix entre els participants en aquest estudi que disposen d'una òptima alimentació, segons recomanacions de la dieta mediterrània, encara que sense diferències estadísticament significatives respecte a aquells que cal que la millorin o de mala qualitat.

També, aquests resultats coincideixen amb els obtinguts per altres estudis que han analitzat la influència de l'alimentació en la percepció de la salut, com els de Marques et al. (2017), Joffer et al. (2016), Zarini et al. (2014), Zhang et al. (2016), Meireles, Xavier, DeSouza, Proietti, i Caiaffa (2015) i Richter, Moore, i van Lenthe (2012).

Barrios-Vicedo et al. (2015) obté millors puntuacions en autopercepció de la salut en aquells que declaren una mitjana adherència als paràmetres de la dieta mediterrània.

Una altra de les variables que s'ha analitzat en aquesta investigació és la relació entre l'autopercepció de la salut i el consum de substàncies.

Pel que fa al consum de substàncies, l'estudi realitzat en aquesta tesi mostra puntuacions mitjanes lleugerament inferiors entre els consumidors de risc (segons el punt de tall de l'AUDIT) en ambdós sumaris, però les diferències no són estadísticament significatives.

Resultats similars troba Barrios-Vicedo et al. (2015). En canvi, Valencia-Martín, Galán, i Rodríguez - Artalejo (2009) troben que aquesta associació negativa apareix en subjectes amb antecedents d'alcoholisme, amb un consum freqüent de *binge drinking* i que fan un consum abusiu d'alcohol però no, en aquells que fan un consum ocasional, moderat o excessiu d'alcohol que presenten una millor salut autopercebuda. Mikolajczyk et al. (2008), en un estudi amb universitaris del centre Europa, parla d'una influència de la beguda sobre la percepció de la salut, però no de la freqüència amb la que beuen.

L'autopercepció de la salut dels participants en aquest estudi segons el consum de tabac no mostra diferències estadísticament significatives en el sumari físic ni en el mental, sent les mitjanes d'ambdós sumaris una mica més baixes en aquells que declaraven consumir tabac.

En aquesta línia es troben els resultats de Barrios-Vicedo et al. (2015), Mikolajczyk et al. (2008) i Tsai et al. (2010) amb resultats entre 2 i 3 vegades més positius en la salut percebuda entre aquells que es declaren no fumadors.

Segons el consum de risc de substàncies, l'autopercepció de la salut dels participants en l'estudi d'aquesta tesi no mostra diferències estadísticament significatives ni en el sumari físic ni en el mental. Les mitjanes de les puntuacions són molt similars en ambdós grups.

No s'han trobat estudis en els que s'analitzi de manera específica la percepció de la salut d'aquells que manifesten consumir substàncies il·lícites.

Diverses investigacions informen que l'associació de diversos hàbits nocius augmenta el risc de percebre's amb pitjor estat de salut i sent aquesta percepció pitjor quan s'incrementa el nombre de comportaments de risc de manera simultània (Barbosa et al., 2014; Galán et al., 2005; Gumà i Cámara, 2014).

Pel que fa a l'autodescripció física les dades obtingudes confirmen la hipòtesi H3 que aquells que desenvolupen un estil de vida més saludable s'autodescriuen millor físicament però sobretot en la forma física. Malgrat això, entre les dones sembla que per la seva percepció més crítica amb tot el que té a veure amb el físic, la pràctica d'AFE sols presenta una relació positiva amb l'autodescripció de la forma física.

L'autodescripció física pot ser reflex de l'adquisició de diferents hàbits de salut, com la pràctica d'activitat física, alimentar-se correctament o allunyar-se de conductes nocives. De la mateixa manera, l'adopció d'un estil de vida saludable es correlaciona amb un bon nivell d'autodescripció física (Carraro et al., 2010; Contreras et al., 2010; Dieppa, Machargo, Luján, i Guillén, 2008; Esnaola i Revuelta, 2009; Esnaola, Rodríguez, i Goñi, 2011; L. R. Espinoza, Rodríguez, Gálvez, Vargas, et al., 2011; Slutzky i Simpkins, 2009).

Els resultats d'aquest estudi, mostren puntuacions lleugerament més altes (0,13 punts de mitjana) en l'autodescripció física i bastant més elevades (1,20 punts) en la forma física entre aquells que declaraven practicar AFE en el temps de lleure, sent les diferències estadísticament significatives en ambdues escales.

Aquests resultats coincideixen amb altres investigacions (Contreras et al., 2010; Infante i Goñi, 2009; Reigal et al., 2012) que informen de la correlació positiva i bidireccional entre la pràctica d'activitat físicoesportiva i l'autoconcepte físic i les seves subescales. Sembla, però que exerceix una major influència en l'escala de la forma física, que es basa en les capacitats físiques, i no tant en l'autodescripció física en la qual es tenen en compte aspectes més relacionats amb la imatge i la autoestima i la seva influència és més indirecta. Sembla que, pràctica d'AFE millora la salut, redueix el greix corporal i això pot millorar la percepció del físic global i l'aparença física i, per tant, de l'autoestima.

C. González, Cuervo, Chacón, i Zagalaz (2016), amb estudiants del sud espanyol, troben que els que dediquen més hores a la pràctica d'AFE són els que obtenen puntuacions més altes en l'autodescripció física. Aquest aspecte també és corroborat pels resultats obtinguts per (L. Álvarez et al., 2015) amb universitaris del mexicans, L. R. Espinoza, Rodríguez, Gálvez, Vargas, et al. (2011) amb universitaris xilens, Olmedilla, Ortega, i Abenza (2016) amb universitaris murcians, Reigal et al. (2013) amb adolescents malaguenys i Babic et al. (2014) en una revisió sistemàtica i metaanàlisi amb nens i adolescents.

Si s'analitzen els resultats, aïllant cadascuna de les subescales, es pot observar que els practicants d'AFE es perceben millor en totes sent, en tots casos, les diferències estadísticament significatives. Les diferències més grans entre actius i inactius es troben en aquelles subescales que tenen a veure amb les capacitats físiques, excepte flexibilitat més que en aquelles que recullen aspectes de la pròpia imatge, la salut i l'autoestima.

Aquests resultats coincideixen amb els obtinguts en altres investigacions, sigui quin sigui l'instrument utilitzat, encara que en alguns les diferències no són estadísticament significatives. És el cas dels universitaris xilens (L. R. Espinoza, Rodríguez, Gálvez, Vargas, et al., 2011). Cağlar (2009) en un estudi amb adolescents i joves turcs, observa un millor autoescripció física en els homes en totes les subescales excepte aparença física i autoestima. Molero et al. (2010) conclou que, els adolescents esportistes de Jaén presenten puntuacions significativament superiors en aquelles subescales relacionades amb la pràctica esportiva. Fernández et al. (2010) conclou que els practicants tenen percepcions més altes, especialment en els dominis d'habilitat i condició física. Els resultats de Reigal et al. (2013) i L. Álvarez et al. (2015) mostren que la condició física i l'habilitat física són les dimensions que més destaquen en els practicants i Hellín, Moreno Murcia, i Rodríguez

García (2006), en una investigació amb universitaris, assenyala que els estudiants que practiquen presenten millor percepció de la seva pròpia competència motriu.

Altres investigacions també conclouen la relació de la pràctica físicoesportiva amb la percepció de les capacitats físiques, però no amb els aspectes relacionats amb el físic. Infante et al. (2011) troba diferències, entre adults del País Basc actius i no actius, en les subescales relacionades amb les capacitats físiques però no amb l'atractiu. Contreras et al. (2010) i Soriano et al. (2011), en estudis amb universitaris, conclouen que els aspectes relacionats amb l'aparença física no depenen de fer o no exercici. Esnaola (2005b) i A. Goñi et al. (2004), assenyalen la poca relació existent entre aquesta percepció de l'atractiu físic i la pràctica d'AF.

Altres, en canvi, conclouen que no és del tot cert que tota activitat física derivi en efectes positius sinó que, augmenta el nombre de casos en els que l'exercici físic es relaciona amb insatisfacció corporal i, a la seva vegada, en trastorns de la imatge corporal (A. Goñi, Rodríguez, i Esnaola, 2010; C. González et al., 2016) i trastorns alimentaris (Peláez, Labrador, i Raich, 2007; Rosen, 2013). Aquesta relació ambigua podria tenir a veure amb el tipus d'esport practicat però els estudis són escassos i la majoria es centra en el col·lectiu femení.

C. González et al. (2016) van observar que els practicants d'esports aeròbics tenien una pitjor percepció de la seva aparença, que podria afectar la seva autodescripció i motivaria, en certa mesura, la pràctica d'aquest tipus d'activitats físiques amb l'objectiu de millorar la imatge corporal. Fernández et al. (2010) conclou que les pràctiques d'AFE a on el factor estètic és important (gimnàstiques, dansa, ...) o, on l'objectiu és millorar l'aparença física (activitats d'expressió, aeròbiques, musculació, footing, caminar,...), presenten puntuacions més baixes en l'autodescripció i es consideren significativament menys atractives que la resta de companyes practicants i, en molts casos, que les no practicants. Camacho, Fernández, i Rodríguez (2006) manifesten que les activitats de fitnes es relacionen amb una imatge corporal més devaluada, que podria correspondre amb una pitjor percepció de l'atractiu físic i una pitjor autodescripció física, mentre que la majoria d'esports col·lectius s'associa a una imatge corporal més saludable.

Hi ha alguns paràmetres, com la freqüència i la durada de la pràctica que també poden estar relacionats positivament amb l'autoconcepte físic (Contreras et al., 2010).

Els resultats sobre la relació d'aquests paràmetres amb l'autopercepció física i la forma física mostren que quan major és la freqüència de pràctica (3 o més cops/setmana), la duració de la sessió (més d'1h 30min) i la intensitat (activitat intensa) es relaciona significativament de manera positiva amb l'autopercepció de la forma física però no de la

descripció física. Sembla clar que aquesta millora té a veure amb la corresponent millora de les capacitats físiques.

Aquests resultats són similars als obtinguts per Reigal i Videra (2011) i Esnaola i Revuelta (2009) que van observar que aquells que realitzaven assíduament activitat física obtenien millors puntuacions en habilitat i condició física.

Fernández et al. (2010) i Contreras et al. (2010) observaven que aquells que practicaven amb més freqüència i quantitat presentaven majors puntuacions en totes les capacitats físiques. C. González et al. (2016) obté aquests resultats en la anàlisi de la relació amb la duració de les sessions. Candel et al. (2008), Moreno Murcia et al. (2008) i L. Álvarez et al. (2015) conclouen que aquells que practicaven amb major freqüència tenien majors puntuacions en l'autodescripció física.

Els resultats d'aquest estudi segons el sexe conclouen que la pràctica d'AFE no afecta per igual a homes i dones. Els homes actius obtenen majors puntuacions que els inactius tant en l'escala física i de la forma física, de manera estadísticament significativa. Pel contrari, la pràctica d'AFE de les dones sols es relaciona de manera estadísticament significativa amb l'autodescripció de la forma física.

Aquests resultats estan en la línia dels obtinguts per la majoria dels estudis que analitzen l'autodescripció física segons el sexe. Els homes presenten puntuacions més elevades en l'autodescripció física i de la forma física que les dones a nivell global i en la majoria de les subescales.

Aquesta afectació diferent de la pràctica d'AFE a l'autodescripció de les dones, segons diversos autors, té a veure amb una major preocupació d'aquestes per la imatge corporal i estan més influenciades per model estètic vigent de primesa, i per tant, els costa més percebre's positivament en el físic (L. Álvarez et al., 2015; C. González et al., 2016; Moreno Murcia et al., 2011).

Tot i això, la majoria dels estudis conclouen que els practicants d'AFE d'ambdós sexes tenen puntuacions més elevades en les dues escales que els no practicants (L. R. Espinoza, Rodríguez, Gálvez, Vargas, et al., 2011; Fernández et al., 2010; Infante et al., 2011; Reigal i Videra, 2011).

Els resultats d'aquest estudi conclouen que els actius obtenen puntuacions més elevades, en totes les subescales de manera significativa excepte els homes en flexibilitat, salut i aparença física. Entre les dones no s'observen diferències significatives en greix corporal i aparença física.

Per Ruiz de Azúa (2005), en un estudi amb adolescents i universitaris del País Basc, conclou que la pràctica d'AFE en les dones afecta tan sols a la condició física mentre que, en els homes, es relaciona positivament amb totes les subescales. Dolenc (2016) troba diferències significatives a favor dels homes en totes les subescales excepte en salut i autoestima.

Altres autors, com L. R. Espinoza, Rodríguez, Gálvez, Vargas, et al. (2011), Moreno Murcia et al. (2008) i Moreno Murcia et al. (2009) no troben diferències estadísticament significatives de la influència de la pràctica d'AFE en aparença física, coordinació, flexibilitat i autoestima.

Un altre aspectes que s'ha avaluat en aquest estudi és la qualitat de l'alimentació dels estudiants i la seva relació amb l'autodescripció física. Malauradament, existeixen pocs treballs que analitzin aquesta relació en persones sense trastorns alimentaris, sobretot en dones.

En principi, sembla que aquells que tenen una autoestima elevada tendeixen a tenir més cura del seu organisme ja sigui alimentant-se adequadament o fent exercici físic (L. R. Espinoza, Rodríguez, Gálvez, Vargas, et al., 2011).

Obtenen puntuacions més elevades, en les dues escales, aquells que realitzaven una dieta òptima, per anar disminuint a mesura que empitjora la qualitat. Les diferències són en ambdós casos estadísticament significatives.

Aquests resultats estan en la línia dels obtinguts per Pastor et al. (2006) que troben correlacions positives entre l'autoconcepte físic i una alimentació sana. Al mateix temps, conclouen que els que se senten insatsfets amb la seva aparença física presenten un major control i restricció de la dieta.

També, en aquesta línia, Ruiz de Azúa (2005), manifesta que les puntuacions més altes d'autoconcepte s'associen a hàbits de vida saludable, com l'alimentació. Els resultats d'Esnaola (2007) indiquen que hi ha una clara relació entre la imatge corporal i l'alimentació. De tal manera que aquells subjectes que pensen que la seva alimentació és més sana, en comparació amb els altres, tenen una millor imatge corporal. A. Rodríguez et al. (2006) conclouen que l'autoconcepte físic decreix a mesura que els subjectes consideren que la seva alimentació és de pitjor qualitat.

Per últim, segons diversos autors la percepció física pot reflexar-se en l'adquisició de diferents hàbits de salut, com alimentar-se correctament (Carraro et al., 2010; Esnaola, Infante, i Zulaika, 2011; Esnaola, Rodríguez, et al., 2011; Reigal et al., 2012).

Els resultats d'aquest estudi en l'anàlisi de les subescales per separat, s'observen diferències entre sexes.

Als homes la qualitat de la dieta afecta de manera estadísticament significativa, en el físic global, la coordinació, força, condició física i activitat física. Mentre que a les dones sols s'observen diferències significatives en el físic global.

En darrer terme, l'estudi analitzava el consum de substàncies psicoactives per part dels estudiants i la seva relació amb l'autodescripció física.

La majoria dels estudis afirmen que un bon nivell d'autoconcepte físic correlaciona negativament amb el consum d'alcohol, tabac i drogues (Esnaola, Rodríguez, et al., 2011; L. R. Espinoza, 2011; Slutzky i Simpkins, 2009).

L'autodescripció física, entre els enquestats, tenint en compte el consum de risc d'alcohol (segons el punt de tall de l'AUDIT), mostra puntuacions mitjanes en l'autodescripció física i en l'autodescripció de la forma física lleugerament inferiors en els consumidors de risc, però sense diferències estadísticament significatives.

Pel que fa al consum de tabac, els resultats d'aquesta tesi, mostren que els que es declaraven no fumadors presentaven puntuacions més altes en les dues escales. Sols en l'autodescripció de la forma física presenten diferències estadísticament significatives.

Per últim, si es considera el consum de substàncies de risc (segons el punt de tall del CAGE-AID), els participants en aquest estudi que declaraven no consumir aquest tipus de substàncies obtenen puntuacions mitjanes més baixes que els consumidors, tant en l'autodescripció física com de la forma física, però sense diferències estadísticament significatives.

Pel que fa a la relació entre l'autodescripció física i el consum de substàncies, els resultats mostren millors puntuacions entre aquells que no consumeixen. Aquests resultats concorden amb els obtinguts per Pastor et al. (2006) i J. F. García, Musitu, i Veiga (2006) que observa correlacions negatives entre l'autodescripció física i el consum d'alcohol i tabac.

Si s'analitza la relació segons les subescales, mostra que els bevedors de risc obtenen puntuacions més baixes significativament en autoestima i coordinació. Si l'anàlisi es fa segons el sexe, els homes, consumidors de risc, presenten diferències significatives en coordinació i força. Pel contrari, les dones, bevedores de risc presenten diferències significatives en les subescales físic global i autoestima.

Pel que fa als fumadors obtenen pitjors puntuacions en autoestima, físic global, coordinació, força, resistència i activitat física. Si l'anàlisi es fa segons el sexe, els homes, consumidors

de tabac, presenten diferències significatives en resistència i activitat física. Pel contrari, les dones sols presenten diferències significatives en autoestima.

Els consumidors de substàncies amb risc, obtenen puntuacions més baixes en coordinació i activitat física. Si l'anàlisi es fa segons el sexe, els homes presenten diferències significatives en resistència i activitat física. Pel contrari, les dones no en presenten en cap subescala.

Els resultats empírics, entre autoestima i conductes de salut són confusos i poc concloents.

Els resultats obtinguts estarien en la línia dels obtinguts per L. R. Espinoza (2011) i Balaguer i Pastor (2001) que afirmen que és possible que els joves amb una baixa autoestima, realitzin més comportaments de risc que aquells que presenten una alta autoestima. Tedeschi i Norman (1985) i Kaplan (1982) conclouen que els joves amb baixa autoestima són més vulnerables a la pressió dels seus iguals per a realitzar comportaments de risc i utilitzen, sovint, conductes insanes per semblar més atractius davant dels iguals, augmentant la motivació dels joves per desviar-se de la norma per aconseguir reforços que millorin l'autoestima.

Pel contrari, M. G. Jiménez, Martínez, Miró, i Sánchez (2008) i Moreno Murcia et al. (2009), pel que fa al consum d'alcohol, sols troben diferències en el subdomini d'imatge corporal que és superior entre els no bevedors. Pel que fa al consum de tabac es relacionen dèbilment amb l'autodescripció física i inclús, els fumadors presenten una millor imatge corporal. També, A. Rodríguez et al. (2006) troben que els no fumadors presenten millors índex que els fumadors en totes les subescales, en canvi, els no bevedors sols obtenen resultats significativament millors en habilitat, condició física i autoconcepte físic.

Els resultats obtinguts per Kavas (2009), amb adolescents turcs, mostren que l'autoestima estava negativament associada significativament amb el consum d'alcohol i substàncies il·lícites, però sense relació significativa amb el consum de tabac.

En referència a com els hàbits de vida és relacionen amb la pràctica d'AFE les dades obtingudes confirmen parcialment la hipòtesi H3, aquells que realitzen AFE presenten un estil de vida més saludable excepte en el consum de risc d'altres substàncies.

Alguns hàbits, com la pràctica d'activitat físicoesportiva, poden considerar-se com element dissuasori de conductes perjudicials per a la salut. Per això, és precisament en aquest període quan cobra una especial rellevància la promoció d'aquesta activitat, no sols per la gran quantitat de beneficis que aporta a tots nivells, sinó perquè pot arribar a ser un factor protector davant determinats hàbits negatius com el consum d'alcohol, tabac i drogues (E.

De la Cruz et al., 2008; Jiménez-Muro et al., 2009; Steptoe, Wardle, Cui, Bellisle, et al., 2002).

Tot i això, existeixen opinions contraposades i la relació no està tan clara com semblava en un principi.

Segons alguns autors, la pràctica d'AFE influeix de manera positiva en les conductes relacionades amb la salut i amb el manteniment d'un estil de vida saludable. En altres estudis no es verifica aquesta relació positiva entre AFE i hàbits de vida.

Els resultats d'aquests estudi confirmen que aquells que practiquen AFE desenvolupen hàbits més saludables que aquells que no en fan.

Es van observar diferències estadísticament significatives respecte a la qualitat de la dieta i la pràctica físicoesportiva. Un 29,6% dels participants en l'estudi d'aquesta tesi que presenten una dieta òptima practica algun tipus d'AFE, enfront a un 18,5% dels participants que declaraven una dieta de baixa qualitat i que no eren practicants d'AFE.

Aquests resultats coincideixen amb els obtinguts per Grao-Cruces, Nuviala, Fernández-Marrtínez, i Martínez-López (2015) i Farajian et al. (2011) que mostren que l'AFE està associada positivament a l'adhesió a la dieta mediterrània, també Ganasegeran et al. (2012) obté pitjors puntuacions en dieta entre els no practicants d'AFE.

Kontogianni et al. (2010) en un estudi sobre conductes sedentàries en joves grecs, observa que aquestes tenen una influència negativa en la dieta mediterrània. Més extremes són les conclusions de Hagströmer et al. (2008) que afirma que les conductes sedentàries, inclús posa als adolescents en un alt risc nutricional. Grao-Cruces et al. (2015), a més, afirmen que no només s'ha de tenir en compte la pràctica d'AFE sinó que els paràmetres de freqüència, volum i intensitat són rellevants en l'adhesió a la dieta mediterrània.

Els resultats d'aquesta investigació mostren que la intensitat de pràctica té efectes estadísticament significatius en la qualitat de la dieta, però sols en els homes.

Les diferències de gènere són un altre aspecte rellevant.

Si s'analitza la relació entre la pràctica d'AFE i la qualitat de la dieta segons els sexes, un 32,3% dels homes practicants segueixen una dieta òptima en front del 10,1% que presentaven una baixa qualitat de la dieta, sent les diferències significatives. En canvi, un 26,2% de les dones practicants segueixen una dieta òptima, percentatge inferior a les que no sent practicants la desenvolupen també (28,4%). En aquest cas, les diferències no són estadísticament significatives.

Sembla que la pràctica d'AFE té una influència positiva en la qualitat d'alimentació entre els homes, ja que aquells que en practiquen la milloren. No és així entre les dones, ja que aquestes intenten mantenir una bona alimentació practiquin o no AFE.

Aquests resultats estan en la línia dels obtinguts per Jáuregui, Estébanez, Fernández, i José (2008) i Grao-Cruces et al. (2015) que mostren diferències insignificants en la qualitat de la dieta entre les dones practicants i no practicants. Apunten, com a possible causa, que la relació entre AFE i els hàbits alimentaris no és completament lineal, ja que una AFE excessiva, en un context de pressió per baixar de pes, pot esdevenir un factor de risc potencial per l'aparició de distorsions de la imatge corporal i hàbits alimentaris anormals en les dones.

Pel que fa a la relació entre el consum de substàncies psicoactives i la pràctica d'activitat físicoesportiva segons Castillo, Balaguer, i Garcia Merita (2007) i Sánchez-Ojeda i De Luna-Bertos (2015) sembla que els que practiquen esport tenen estils de vida més saludables, ja que la pràctica actua com a factor protector però els resultats no són concloents i mostren una relació ambigua, sobretot en el consum d'alcohol (Terry-McElrath i O'Malley, 2011).

En aquest estudi, no es van observar diferències estadísticament significatives respecte al consum d'alcohol i la pràctica físicoesportiva. Un 21,2% dels participants que feien un consum de risc d'alcohol practicava algun tipus d'activitat física, enfront un 30,3% dels que declaren no realitzar cap tipus d'AFE.

Pel que fa al consum d'alcohol sembla que, en general, ni la pràctica d'AFE actua com a protector ni el seu consum redueix el nivell de pràctica. Inclús, en moltes ocasions, els practicants consumeixen més quantitats, sobretot, depenent de l'esport practicat. Resultats que coincideixen amb els obtinguts per Mahoney i Vest (2012) amb joves dels Estats Units, Ruiz-Risueño, Ruiz-Juan, i Zamarripa (2012) amb adolescents espanyols i mexicans i Bannasar (2013a) amb universitaris de les Illes Balears.

Altres, com Kwan, Bobko, Faulkner, Donnelly, i Cairney (2014), en una revisió sistemàtica de 17 estudis longitudinals troben en un 82% dels estudis, una relació positiva significativa entre la participació esportiva i el consum d'alcohol. Tampoc troben, en cap dels estudis, un efecte protector de la pràctica d'AFE sobre el consum d'alcohol.

Ford (2007) va comprovar que els universitaris que realitzaven esport tenien probabilitats de consumir més grans quantitats de begudes alcohòliques que els no esportistes. També, Lisha i Sussman (2010), en una revisió exhaustiva de 34 estudis realitzats amb estudiants de secundària i universitaris suggereixen que la participació en esports està relacionada amb nivells més alts de consum d'alcohol.

Castañeda et al. (2014) conclou que l'alumnat universitari sevillà que practica AFE consumeix alcohol habitualment en la mateixa mesura que l'alumnat inactiu però, resulta que cal destacar que precisament els estudiants que realitzen pràctica esportiva consumeixen més alcohol de manera ocasional i durant el cap de setmana que els no practicants. A les mateixes conclusions arriba Castañeda et al. (2017) amb universitaris xilens.

Per un altre costat, Yusko, Buckman, White, i Pandina (2009) van senyalar que els estudiants esportistes havien consumit més alcohol en el darrer any que els no esportistes. Sembla que el fet de que els esportistes tenen menys oportunitats de consumir alcohol o no el consumeix de manera tan freqüent, donada la seva dedicació a la pràctica, quan tenen l'oportunitat, principalment de manera ocasional i durant els caps de setmana, presenten una ingesta d'alcohol superior a la dels seus companys sedentaris.

Lisha i Sussman (2010), en una revisió exhaustiva de 34 articles on s'analitzava la relació entre la pràctica d'AFE i el consum de substàncies entre els alumnes de secundària i universitaris, troba, en la majoria que analitzen la relació amb l'alcohol, una relació positiva. Intenten justificar-ho, entre altres, pel seu caràcter competitiu que els anima a demostrar que poden aguantar més quantitat que els altres. A més, com que l'alcohol es dissipa ràpidament del cos, presenta menys expectatives negatives immediates, en les proves i avaluacions a què veuen sotmès el seu rendiment.

Pel contrari, altres autors van trobar una relació significativa però inversa com Paupério, Corte-Real, Dias, i Fonseca (2012), Nuviola, Grao, et al. (2009), OEDT (2016a), Dodd et al. (2010) i Moreno (2012) informant que l'AFE redueix el risc de consum d'alcohol.

Com argumenta Ruiz-Risueño et al. (2012) aquestes inconsistències respecte a la relació de l'AF i el consum d'alcohol pot ser degut al tipus d'AF contemplada.

E. De la Cruz et al. (2008) van observar que els universitaris d'Almeria que practicaven esports col·lectius bevien alcohol amb més freqüència i en major quantitat que la resta d'universitaris, tan esportistes com no esportistes.

La freqüència de pràctica o la intensitat de la mateixa són determinants, d'alguna manera, en el consum d'alcohol amb estudiants de secundària (Ruiz-Juan i Abad, 2010), però no van trobar diferències significatives. Tot i això, van observar que aquells que practicaven amb una major intensitat assenyalaven consumir més unitats d'alcohol a la setmana. Resultats similars troba VanKim et al. (2010) entre els estudiants de secundària i universitaris de Minnesota, que practicaven amb una alta intensitat presentaven un major risc de consum intensiu d'alcohol.

Ruiz-Juan, De la Cruz, i García Montes (2009) observen que els practicants d'AFE prenen més alcohol els caps de setmana i de manera ocasional, sense obtenir-se en aquest cas diferències significatives en funció de la freqüència o la intensitat de la pràctica.

Wichtrøm i Wichtrøm (2009) en una anàlisi sobre el consum d'alcohol en funció del tipus d'esport i les seves característiques, observen que els practicants d'esports amb un component més tècnic augmenten el consum d'alcohol respecte a aquells més basats en la resistència i la força. També, observa que els practicants d'esports d'equip tendeixen a consumir més alcohol que els practicants d'esports individuals.

Núñez-Smith, Wolf, Huang, Emanuel, i Gross (2008) i Peltzer (2010) analitzen la relació entre les activitats d'oci sedentàries (TV i PC) i informen que aquells que hi dediquen més temps presenten un major risc d'abús d'alcohol. Encara que aquesta relació és sols significativa en les noies. A aquesta conclusió també arriba l'estudi realitzat per Korhonen, Kujala, Rose, i Kaprio (2009) i Grao-Cruces et al. (2015) que conclouen que un estil de vida sedentari pot ser un dels factors més importants alhora de predir el consum de substàncies en ambdós sexes però, sobretot, d'alcohol en dones.

Pel que fa a la relació del consum de tabac i la pràctica d'AFE, sembla existir un major consens, ja que la majoria d'autors afirma l'existència inversa entre les dues variables. Més evident entre els homes i a mesura que augmenten les exigències de l'esport practicat.

Els resultats d'aquest estudi mostren diferències estadísticament significatives respecte al consum de tabac i la pràctica esportiva. Un 68,2% dels participants no fumadors practica algun tipus d'AFE, enfront a un 31,8% dels fumadores que declaren fer-ne.

Aquests resultats coincideixen amb un gran nombre d'investigacions que assenyalen que la pràctica regular d'exercici físic s'associa a una reducció del consum de tabac. Lisha i Sussman (2010) en una revisió de 15 estudis que analitzen aquesta relació, conclou que més del 90% afirma que existeix una relació inversa entre la participació esportiva i l'hàbit de fumar, suggerint que la pràctica d'AFE actua amb caràcter protector respecte al consum d'aquesta substància, justificant-ho per la pertinença a un col·lectiu que no afavoreix aquest consum i, sobretot, per l'efecte nociu del tabac sobre el rendiment i les capacitats físiques.

Grao-Cruces et al. (2015) també obtenen dades que recolzen que l'AFE està inversament relacionada amb el tabaquisme. Tot i això, aquesta associació sols és significativa en els nois. Resultats similars als obtinguts per Moreno et al. (2012); Moreno Murcia et al. (2011) amb adolescents espanyols i Paupério et al. (2012) amb adolescents portuguesos, que ho corroboren en ambdós sexes i Romaguera et al. (2011) amb universitaris espanyols. VanKim et al. (2010) però, observa aquesta relació inversa significativa en aquells que practiquen AFE d'alta intensitat però no en aquells que practiquen de forma moderada.

Pel contrari, M. G. Jiménez et al. (2008), Ruiz-Juan, Folgar, Ruiz-Risueño, i Vaquero-Cristobal (2014), Sañudo et al. (2009) i Ruiz-Juan et al. (2009) no van obtenir diferències entre la pràctica d'AFE i consum de tabac.

Alguns autors, que analitzen la relació entre l'ús del temps d'oci sedentari (TV i PC) i el consum de tabac en adolescents, informen que no presenta cap associació amb el tabaquisme, excepte per a l'ús de PC en les nenes Nuñez-Smith et al. (2008), Rodriguez (2010) i Latorre-Román, Gallego-Rodríguez, Mejía-Meza, i García-Pinillos (2015) informen de majors taxes, entre els fumadors, de sedentarisme durant el temps lliure.

En l'estudi d'aquesta tesi es van observar diferències estadísticament significatives respecte al consum de risc d'altres substàncies i la pràctica d'AFE. Un 56,4% dels participants no consumidors practica algun tipus d'AFE, enfront a un 43,6% dels consumidors de risc.

Sembla que la relació entre AFE i consum de substàncies il·legals és també inversa, però, depèn de quin tipus es tracti. Malgrat totes les substàncies donen positiu en un control de drogues, cada cop són més habituals entre els esportistes de cert nivell i en múltiples competicions federades. Resultats que coincideixen amb els de Kwan et al. (2014) on la participació esportiva sembla estar relacionada amb el consum reduït de drogues il·lícites especialment l'ús de les no relacionades amb el cànnabis. Un 80% dels estudis analitzats troben que la participació esportiva s'associava a una disminució del consum de substàncies il·lícites, mentre que el 50% dels estudis van trobar una associació negativa entre la participació esportiva i l'ús de marihuana.

Lisha i Sussman (2010), en la seva revisió exhaustiva d'estudis suggereixen que la participació en esports està relacionada amb nivells més baixos d'ús de substàncies il·legals però, caldria analitzar la relació segons el tipus de substàncies. Aquesta relació inversa, sembla tenir a veure amb els efectes nocius immediats sobre el rendiment.

També, en aquesta línia apunten els resultats de Yusko et al. (2009), Terry-McElrath i O'Malley (2011), Romaguera et al. (2011), Dodd et al. (2010) i Moreno et al. (2012).

Ford (2007), en canvi, troba que la relació entre pràctica i consum de substàncies il·lícites és moderada. Dades similars a les obtingudes per Wichtrøm i Wichtrøm (2009) i Mahoney i Vest (2012) i Bennasar (2013a) que no troben diferències significatives.

Pel contrari, Castañeda et al. (2017) en un estudi amb universitaris xilens i Castañeda i Romero (2014) amb universitaris sevillans no troben relacions significatives i inclús, troben un consum superior entre els practicants d'AFE. També, Buckman, Yusko, Farris, White, i Pandina (2011) informen d'un major consum de marihuana entre els esportistes motivats per les seves propietats plaents.

Diversos són els estudis que han analitzat si les conductes, siguin saludables (AFE i alimentació adequada) o no saludables (inactivitat física, sedentarisme, dieta desequilibrada i/o menjar escombraria, consum de substàncies...), tendeixen a agrupar-se, és a dir, si existeixen sinergies entre elles. Això, podria associar-se amb un major risc de patir malalties que el que s'esperaria de la suma dels efectes per separat.

Per tant, l'estudi de l'agrupació de factors de risc podria tenir implicacions importants, tant en la concreció del risc de patir una malaltia, com en el desenvolupament d'intervencions preventives que tingui en compte la combinació d'aquests factors en lloc d'un tractament individual de cada conducta (Conry et al., 2011; Dodd et al., 2010; Hofstetter, Dusseldorp, van Empelen, i Paulussen, 2014; Lippke, Nigg, i Maddock, 2012; Moreno et al., 2012).

La tècnica d'anàlisi de conglomerats (clúster) és un mètode que permet ajuntar els participants d'un estudi en grups que mostren un patró de comportament igual o molt similar, i que permet reduir el nombre de variables a aquelles que estan interrelacionades entre si. Es tracta de la reducció de dimensions, és a dir, la informació resumida, de múltiples variables en només algunes. Per tant, les tècniques d'anàlisi de clústers redueix el nombre dels individus en una menor quantitat de perfils (Hofstetter et al., 2014).

Es creu que, durant els anys d'adolescència i joventut, moltes de les conductes de risc estan interrelacionades però es disposa de poques evidències que permetin entendre quins són exactament els vincles que existeixen entre les diferents conductes. Sovint però, aquells que s'involucren en un comportament de salut tenen més probabilitats de fer-ho en d'altres (Dodd et al., 2010; Laska, Pasch, Lust, Story, i Ehlinger, 2009; Prochaska, Spring, i Nigg, 2008).

En aquest estudi, per identificar l'agrupació de variables i la creació de clústers, s'ha realitzat una anàlisi exploratòria maximitzant les variàncies (distàncies entre grups) de les distribucions del SF-12, que és el qüestionari més robust.

Els resultats d'aquesta investigació confirmen la hipòtesi H4 amb l'existència de dos grups d'estudiants que presenten un perfil de salut diferent segons siguin els hàbits de vida desenvolupats, existint diferències entre els homes i les dones i els estudis cursats.

En l'anàlisi de conglomerats, amb les puntuacions obtingudes en les escales SF-12, es van identificar dos subgrups de participants en l'estudi. El primer, que presenta una millor salut percebuda (MS), agrupa al 76,2% de la mostra i el segon, amb pitjor salut percebuda (PS), al 23,8% restant.

Un 83,3% dels homes participants pertanyen al grup de MS, prevalença molt superior al 69,5% de les dones. Aquesta dada confirma la hipòtesi H4 plantejada i coincideix amb la

totalitat d'estudis que afirmen que les dones es perceben amb pitjor estat de salut que els seus companys, malgrat tenir més cura de la seva salut.

Sembla que es confirma també la hipòtesis H2 que el tipus d'estudis realitzats també influeix en el tipus de conducta desenvolupada i, per tant, la pertinença al grup de MS o PS. En aquest sentit, són els estudiants del campus Centre, on es cursen estudis de medicina i infermeria, els que presenten un percentatge més elevat de joves en el grup de MS. Pel contrari, són els estudiants del Barri Vell, on es cursen estudis de magisteri, psicologia, lletres i turisme els que presenten un percentatge més elevat d'alumnes en el grup de PS. En tots els campus, els homes tenen una prevalença superior en el grup de MS i les dones en el de PS, exceptuant els estudiants de les facultats perifèriques, on la proporció s'inverteix.

La utilització en aquest estudi d'un criteri estadístic per a la identificació de clústers, a diferència d'altres investigacions que han fet una classificació prèvia de les conductes *ad hoc*, per identificar patrons de comportament fa difícil comparar les dades obtingudes. Malgrat això, sembla que en els diferents estudis es confirma una agrupació de conductes saludables i no saludables, classificant els participants, en diversos clústers que van des de baix risc a alt risc, en funció del nombre i intensitat de les conductes.

En aquest estudi els alumnes que pertanyen al grup de MS van obtenir una puntuació més alta en el sumari físic però molt superior en el sumari mental, sent les diferències en ambdós casos estadísticament significatives.

Els dos subgrups (MS/PS) s'han relacionat amb diferents variables i s'observa que un percentatge més elevat dels practicants d'AFE i dels que desenvolupen una dieta òptima pertanyen al grup de MS. Aquestes dades coincideixen amb la majoria d'estudis on apareix una correlació positiva entre la pràctica d'AFE amb una dieta de millor qualitat i amb una millor salut autopercebuda (Al-Nakeeb et al., 2015; Bennisar, 2013a; Meader et al., 2016; Ottevaere et al., 2011; Sayón-Orea et al., 2018).

Pel contrari, com ja s'ha comentat, el consum de substàncies sembla no influir en l'autopercepció de la salut, ja que un percentatge més elevat dels consumidors de risc s'han classificat en el grup de MS. Però, això succeeix sols entre els homes, segurament per una major percepció del risc que presenten les dones respecte al seu consum.

A més, si s'analitzen per separat cadascuna de les substàncies es pot observar que sols el consum d'altres substàncies, principalment el cànnabis, no afecta a la percepció de la salut, com sí succeeix amb el consum d'alcohol i tabac.

Sembla que tots els estudis coincideixen amb aquests resultats mostrant una relació inversa entre el consum de tabac i una menor puntuació en l'autopercepció de la salut, sobretot entre els homes. Aquesta relació no és tan clara pel que fa a l'alcohol, inclús en algun tipus d'AFE es correlaciona positivament i menys consistent és la relació del consum d'altres substàncies amb la salut percebuda (Grao-Cruces et al., 2015; Lisha i Sussman, 2010; Luo, Agle, Hendryx, Gassman, i Lohrmann, 2015; Meader et al., 2016; Moreno et al., 2012; Sayón-Orea et al., 2018).

El temps que passen caminant i asseguts té una relació inversa amb la pertinença al grup de MS o PS. Un percentatge més elevat del grup de MS són aquells que més temps dediquen a caminar i menys a activitats sedentàries. Aquestes dades coincideixen amb les observades per Sayón-Orea et al. (2018) i Al-Nakeeb et al. (2015) en relació a reportar una pitjor salut percebuda per part d'aquells que passen més temps en actituds sedentàries.

Si s'analitza l'autodescripció física que fan els estudiants classificats en cada grup, es pot observar que els que pertanyen al MS presenten puntuacions més elevades en les dues escales, però molt més evident en la de la forma física, on a més, les diferències són estadísticament significatives.

Per tant, s'observa una agrupació de conductes ja que aquells que pertanyen al grup de MS tendeixen a desenvolupar conductes més saludables, però no pel que fa al consum de substàncies. Això, es podria explicar pel que ja es comentava en el marc teòric, que al tractar-se d'un col·lectiu de joves, no perceben com proper el risc que representa el consum de substàncies, per tant, no afecta a la seva percepció de la salut.

A més, sembla que aquells que pertanyen al grup de MS s'autodescriuen amb puntuacions més elevades per tant, podria entendre's que pertànyer al grup de MS, amb una major pràctica d'AFE, una dieta de millor qualitat i un menor consum de tabac i alcohol tenen una influència positiva en com es veuen físicament però, sobretot, en la forma física.

Les dades obtingudes en les anàlisis multivariant d'aquesta investigació confirmen que el consum de substàncies i la pràctica d'AFE no afecten de manera significativa a la salut percebuda dels participants de l'estudi, ni en el sumari físic ni en el mental. Pel que fa a les dimensions del PSDQ-s, s'observen diferències estadísticament significatives entre aquells que consumeixen substàncies però no entre els practicants d'AFE.

Per últim, l'anàlisi de regressió logística ens permet afirmar que la practica d'AFE, si la resta de variables són iguals, disminueix el risc de consumir substàncies addictives i millora les puntuacions de la salut mental autopercebuda.

Aquesta dada és molt important, ja que una intervenció per incrementar la pràctica d'AFE no sols aportarà, per si mateixa, beneficis per a la salut dels estudiants sinó que tindrà correlacions positives amb la salut física però, sobretot, amb la mental, que molts dels universitaris, principalment les dones, reporten baixes puntuacions, que podria ser degut a l'estrès al qual es veuen sotmesos durant aquesta època i que s'incrementa quan s'apropen a la graduació i s'enfronten a la incertesa de trobar una ocupació adient un cop l'hagin finalitzat.

Per altra banda, aquest increment de la pràctica portarà associat un descens del consum, principalment, el tabac però també de la resta de substàncies que també repercutirà en una millora de la salut física però, sobretot, mental. A més, aquest augment pot també portar associada una millora de la qualitat de la dieta.

Per això, els estudis que han analitzat l'agrupació de conductes, aposten per intervencions tenint en compte les sinergies que existeixen i que per tant, una millora en alguna d'elles portarà implícit la millora de les altres (Hofstetter et al., 2014; Morris, D'Este, Sargent, i Anstey, 2016; Noble, Paul, Turon, i Oldmeadow, 2015)

Part VI. CONCLUSIONS, PROPOSTES DE FUTUR I LIMITACIONS

1. Conclusions

En aquesta tesi s'han assolit els objectius plantejats de descriure els hàbits de vida, identificar patrons d'estils de vida i relacionar-los amb l'autopercepció de la salut, l'autodescripció física i la pràctica d'AF d'una mostra d'estudiants.

Els resultats mostren que l'estil de vida dels estudiants de la Universitat de Girona, en totes les dimensions analitzades (AFE, alimentació, consum d'alcohol, tabac i altres substàncies) no s'adequa a paràmetres saludables. Malgrat que en l'actualitat gaudeixen de bona salut, això pot tenir un impacte negatiu en el futur, tant en la seva salut física com mental.

Els resultats mostren que un percentatge elevat dels joves universitaris de la UdG desenvolupen hàbits de vida que disten del que seria recomanable per a aquest grup d'edat.

Es confirma que existeixen diferents patrons d'estil de vida basats en una agrupació de comportaments saludables o no saludables. De tal manera que, la presència d'un hàbit saludable (pràctica d'activitat físicoesportiva i alimentació) té una influència positiva en la resta i, al contrari, un hàbit no saludable (consum de substàncies) té una influència negativa en els saludables.

Els resultats confirmen diferències d'estil de vida entre dones i homes, sent més saludables els de les dones, a excepció de la pràctica d'activitat físicoesportiva. També s'observen diferències de patró d'estil de vida segons els estudis cursats.

En general, aquells que presenten un estil de vida més saludable s'autoperceben amb millor estat de salut, sobretot mental; s'autodescriuen amb puntuacions més elevades, principalment en la dimensió de la forma física, i presenten una prevalença de pràctica d'activitat físicoesportiva superior.

Aquesta influència és més perceptible entre els homes i que entre les dones i entre aquells que cursen estudis relacionats amb les ciències de la salut que entre aquells que cursen estudis relacionats amb les àrees de lletres, educació i psicologia.

La pràctica d'activitat físicoesportiva té una influència positiva sobre altres hàbits de vida, sobretot, en el consum de substàncies, principalment entre els homes i en la salut mental autopercebuda, fonamentalment, en les dones.

Aquesta influència positiva dels hàbits saludables és molt important a l'hora de proposar accions per millorar l'estil de vida dels estudiants de la universitat. Cal un enfocament holístic de la salut, que abasti múltiples comportaments, aprofitant els efectes sinèrgics

entre comportaments. Sobretot, la interconnexió entre l'activitat físicoesportiva, patrons de conducta i la salut mental.

Aquestes intervencions transversals i multidisciplinars, basades en l'agrupació de comportaments detectats, respectant l'especificitat de gènere i d'estudis cursats, poden donar millors resultats i ser més rendibles i eficients que intervencions orientades a un sol comportament.

Aquestes accions, amb l'AFE com a nucli, i basant-se en un aprenentatge orientat a la transferència, permetran repercutir, simultàniament, en diverses conductes.

2. Limitacions

Cal tenir en compte les limitacions que presenta aquest estudi.

Al tractar-se d'un estudi transversal no permet identificar si és el pas per la universitat el que ha contribuït a l'adopció de conductes no saludables o els joves ja les desenvolupaven amb anterioritat. Tampoc es pot conèixer si es tracta d'un estat transitori que s'abandonarà a l'incorporar-se a la vida laboral.

A més, que l'estudi es circumscriu a una sola universitat no afavoreix la extrapolació de les conclusions obtingudes i limita la generalització dels resultats. Seria recomanable realitzar estudis multicèntrics amb mostres representatives de les universitats espanyoles.

Caldria la inclusió de qüestionaris més específics per avaluar els hàbits de vida, l'activitat física, els nivells de sedentarisme i l'autodescripció física.

3. Propostes / Implicacions de futur

Les universitats són espais de treball, estudi i socialització per tant es converteixen en escenaris ideals per dissenyar polítiques i estratègies d'intervenció, sostingudes en el temps, que promoguin la salut integral de tota la comunitat, especialment dels seus estudiants.

El disseny d'aquestes accions s'ha de basar en l'agrupació de comportaments detectats i tenint en compte les especificitats de gènere, de tipus d'estudis cursats i aprofitant les oportunitats educatives tant formals com informals.

- Creació d'espais de reflexió i sensibilització sobre habilitats i estratègies, tant personals com socials, de promoció de la salut integral i de suport per a les tensions que es puguin produir.
- Creació d'entorns i ambients que recolzin/promoguin la salut i propiciïn el canvi.
- Potenciar l'AFE en aquests espais i entorns per obtenir no sols beneficis directes sobre la salut, sinó implicacions positives sobre altres comportaments i la salut mental.
- Mapa de recursos que ofereixin informació però també, detectar àrees o focus no suficientment potenciats. La informació que es reculli ha de garantir, no només que sigui conegut per tots els membres de la comunitat, sinó també, la seva accessibilitat.

Aquelles universitats que disposen de facultats especialitzades en Ciències de l'Activitat Física i l'Esport podrien aprofitar els seu coneixement dotant-les d'un paper important a l'hora de dissenyar aquestes estructures, plans i programes.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Abu, F. A., Kahlaf, I. A., i Barghoti, F. F. (2010). The influence of a health education programme on health lifestyles and practices among students. *International Journal of Nursing Practice*, 16, 35-42.
- AESAN. (2007). *Programa PERSEO. Informes técnicos de evaluación del programa PERSEO de promoción de la alimentación y la actividad física saludables en el ámbito escolar*. Madrid: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad y Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.
- AESAN. (2011). *ENIDE. Encuesta Nacional de Ingesta Dietética Española*. Madrid: Gobierno de España.
- Agrawal, A., Madden, P. A. F., Martin, N. G., i Lynskey, M. T. (2013). Do early experiences with cannabis vary in cigarette smokers?. *Drug and Alcohol Dependence*, 128(3), 255-259.
- Aguilar-Palacio, I., Carrera-Lafuentes, P., i Rabanaque, M. J. (2015). Salud percibida y nivel educativo en España: tendencias por comunidades autónomas y sexo (2001-2012). *Gaceta Sanitaria*, 29(1), 37-43.
- Ainsworth, B. E. (2000). Comparison of three methods for measuring the time spent in physical activity. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 32, 457-464.
- Ainsworth, B. E., Haskell, W. L., Whitt, M. C., Irwin, M. L., Swartz, A. M., Strath, S. J., . . . Emplaincourt, P. O. (2000). Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 32(9; SUPP/1), 498-504.
- Al-Nakeeb, Y., Lyons, M., Dodd, L. J., i Al-Nuaim, A. (2015). An investigation into lifestyle, health habits and risk factors of young adults. *International Journal Research and Public Health*, 12, 4380-4394.
- Alberdi-Erice, M. J., Huizi-Egilegor, X., Barandiarán-Lasa, M., Zupiria-Gorostidi, X., i Uranga-Iturrioz, M. J. (2007). Evolución de los hábitos de consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de enfermería. *Enfermería Clínica*, 17(2), 63-70.
- Albert, D., Chein, J., i Steinberg, L. (2013). The teenage brain peer influences on adolescent decision making. *Current Directions in Psychological Science*, 22(2), 114-120.
- Aleksandrova, K., Boeing, H., Jenab, M., Bas, H., Jansen, E., van Duijnhoven, F. J. B., . . . Romaguera, D. (2011). Metabolic syndrome and risks of colon and rectal cancer: the European prospective investigation into cancer and nutrition study. *Cancer Prevention Research*, 4(11), 1873-1883.
- Alfonso, J. P., Huedo-Medina, T. B., i Espada, J. P. (2009). Risk factors predictors of the pattern of substance use during the adolescence. *Anales de psicología*, 25(2), 330-338.
- Almorza, D., Yébenes, A., Bablé, J.A., Rivas, R., Ronquete, J., i Casado, I. (2011). *Estudio Diagnóstico Deporte Universitario Español*. Cádiz: Universidad de Cádiz.
- Alonso, D., i García Soidán, J. L. (2010). Motivación hacia la práctica físico-deportiva de universitarios gallegos. *Revista de Investigación en Educación*, 8, 128-138.

- Alonso, J., Prieto, L., i Antó, J. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (cuestionario de salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104, 771-776.
- Alonso, J., i QualityMetric. (1996). Cuestionario de salud SF-12 España (Español) - 4 semanas. *Medical Care*, 34(3), 220-233.
- Alonso, J., Regidor, E., Barrio, G., Prieto, L., Rodríguez, C., i de la Fuente, L. (1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Medicina Clínica*, 111(11), 410-416.
- Altare, L., Correché, M. S., i Robles, P. (2012). Los hábitos alimentarios de estudiantes universitarios y su relación con l'autopercepción corporal. *Revista diáLogos*, 3(2), 33-39.
- Álvarez, J., Cabezas, C., Colom, J., Galán, I., Gual, A., i Lizarbe, V. (2007). *Prevención de los problemas derivados del alcohol. 1ª Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Álvarez, L., Cuevas, R., Lara, A., i González, J. (2015). Diferencias del autoconcepto físico en practicantes y no practicantes de actividad física en estudiantes universitarios. *Cuadernos de psicología del deporte*, 15(2), 27-34.
- Alvariñas, M., Fernández Villarino, M. A., i López Villar, C. (2009). Actividad física y percepciones sobre deporte y género. *Revista de Investigación en Educación*, 6, 113-122.
- Amaral, D., Hernández, N., Basabe, N., Rocandio, A. M., i Arroyo, M. (2012). Satisfacción corporal y calidad de la dieta en estudiantes universitarias del País Vasco. *Endocrinología y Nutrición*, 59(4), 239-245.
- American College Sports and Medecine. (2000). General principles of exercise prescription. En American College Sports and Medecine (Ed.), *General principles of exercise prescription* (pp. 138–139). Baltimore: Lippincott BA Franklin.
- Amezcuca, J. A., i Pichardo, M. C. (2000). Diferencias de género en autoconcepto en sujetos adolescentes. *Anales de psicología*, 16(2), 207-214.
- Anderson, P. (1996). *Alcohol and primary health care*. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe
- Anderson, P. (2007). *Binge Drinking and Europe*. London: Institute of Alcohol Studies
- Anderson, P., i Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe. A public health perspective*. London: Institute of Alcohol Studies.
- Andrés, M., Remesal, R., Torrico, E., i Salazar, I. C. (2013). Impacto de acciones formativas en la percepción de riesgo de jóvenes universitarios: Estudio preliminar. *Global Health Promotion*, 20(3), 83-93.
- Aragonés, M. T., Fernández, P., i Ley, V. (2016). *Actividad física y prevalencia de patologías en la población española*. Madrid: Departamento de Deporte y Salud. Agencia española de protección de la salud en el Deporte.
- Aranceta, J. (2001). Spanish food patterns. *Public Health Nutrition*, 4(6A), 1399-1402.

- Arazi, H., i Hosseini, R. (2013). A Comparison of Physical Self-Concept between Physical Education and Non-Physical Education University Students. *Timisoara Physical Education and Rehabilitation Journal*, 5(10), 6-13.
- Arganini, C., Saba, A., Comitato, R., Virgili, F., i Turrini, A. (2012). Gender Differences in Food Choice and Dietary Intake in Modern Western Societies. *Public Health - Social and Behavioral Health*, 4, 83-102.
- Arguello, M., Bautista, Y., Carvajal, J., De Castro, K., Díaz, D., Escobar, M., . . . Agudelo, D. (2011). Estilos de vida en estudiantes del área de la salud de Bucaramanga. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 1(2), 27-40.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469.
- Arnett, J. J. (2001). Conceptions of the transition to adulthood: Perspectives from adolescence through midlife. *Journal of Adult Development*, 8(2), 133-143.
- Arnett, J. J. (2004). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties*. New York: Oxford University Press.
- Arnett, J. J. (2005). The developmental context of substance use in emerging adulthood. *Journal of Drug Issues*, 35(2), 235-254.
- Arnett, J. J. (2007). Emerging adulthood: What is it, and what is it good for?. *Child Development Perspectives*, 1(2), 68-73.
- Arnett, J. J. (2014). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties*. New York: Oxford University Press.
- Arnett, J. J., i Taber, S. (1994). Adolescence terminable and interminable: When does adolescence end?. *Journal of Youth and Adolescence*, 23(5), 517-537.
- Arnett, J. J., i Tanner, J. L. (eds). (2006). *Emerging adulthood: Understanding the new way of coming of age*. Washington, DC: APA Books.
- Arostegui, E., i Urbano, A. (2005). La mujer drogodependiente: especificidad de género y factores asociados. *Boletín CDD*, 117, 4-5.
- Arrivillaga, M., Fernandez Villarino, M. A., i López Villar, C. (2003). Creencias sobre la salud y sus relaciones con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colombia Médica*, 34(4), 186-195.
- Arroyo, M., Ansotegui, L., Pereira, E., Lacerda, F., Valador, N., Serrano, L., i Rocandio, A. M. (2008). Valoración de la composición corporal y de la percepción de la imagen en un grupo de mujeres universitarias del País Vasco. *Nutrición Hospitalaria*, 23(4), 366-372.
- Aşçi, F. H. (2001). An investigation of age and gender differences in physical self-concept among Turkish late adolescents. *Adolescence*, 37(146), 365-371.
- Aşçi, F. H. (2005). The construct validity of two physical self-concept measures: An example from Turkey. *Psychology of Sport and Exercise*, 6(6), 659-669.

- Aşçı, F. H., Alfermann, D., Gağar, E., i Stiller, J. (2008). Physical self-concept in adolescence and young adulthood: a comparison of Turkish and German students. *International Journal of Sport Psychology*, 39(3), 217-236.
- Asçi, F. H., Asçi, A., i Zorba, E. (1999). Cross-cultural validity and reliability of Physical Self-Perception Profile. *International Journal of Sport Psychology*, 30(3), 399-406.
- Aşçı, F. H., Fletcher, R. B., i Çağlar, E. (2009). A differential item functioning analysis of the PSDQ with Turkish and New Zealand/Australian adolescents. *Psychology of Sport and Exercise*, 10(1), 12-18.
- Atienza, F., Balaguer, I., Moreno, Y., i Fox, K. R. (2004). El perfil de autopercepción física: propiedades psicométricas de la versión española y análisis de la estructura jerárquica de las autopercepciones físicas. *Psicothema*, 16(3), 461-467.
- Babic, M. J., Morgan, P. J., Plotnikoff, R. C., Lonsdale, C., White, R. L., i Lubans, D. R. (2014). Physical activity and physical self-concept in youth: systematic review and meta-analysis. *Sports Medecine*, 44(11), 1589-1601.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., i Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care* (2n ed.). Geneva: WHO.
- Babor, T. F., Keorner, P., Wilber, C., i Good, S. (1987). Screening and early intervention strategies for harmful drinkers: Initial lessons from the Amethyst Project. *Australian Drug and Alcohol Review*, 6(4), 325-339. doi: DOI: 10.1007/s40279-014-0229-z
- Bach-Faig, A., Berry, E. M., Lairon, D., Reguant, J., Trichopoulou, A., Dernini, S., . . . Miranda, G. (2011). Mediterranean diet pyramid today. Science and cultural updates. *Public Health Nutrition*, 14(12A), 2274-2284.
- Bachman, J. G., O'Malley, P. M., Schulenberg, J. E., Johnston, L. D., Bryant, A. L., i Merline, A. C. (2012). *The decline of substance use in young adulthood: Changes in social activities, roles, and beliefs*. New York: Psychology Press.
- Bahram, A., i Shafizadeh, M. (2006). A comparative and correlational study of the body-image in active and inactive adults and with body composition and somatotype. *Journal of Applied Sciences*, 6(11), 2456-2460.
- Baigorri, A., Fernández, R., i GIESyT. (2004). *Botellón, un conflicto postmoderno*. Barcelona: Icaria.
- Baker, T. B., Brandon, T. H., i Chassin, L. (2004). Motivational influences on cigarette smoking. *Annual Review of Psychology*, 55, 463-491.
- Balaguer, I. (2002). *Estilos de vida en la adolescencia*. Valencia: Promolibro.
- Balaguer, I., i Pastor, Y. (2001). *Un estudio acerca de la relación entre el autoconcepto y los estilos de vida en la adolescencia media*. Ponencia presentada a CIOPA 2001-Congreso Internacional Online de Psicología Aplicada. <http://www.psicologia-online.com/ciopa2001/index.htm>
- Baldini, M., Pasqui, F., Bordoni, A., i Maranesi, M. (2009). Is the Mediterranean lifestyle still a reality?. Evaluation of food consumption and energy expenditure in Italian and Spanish university students. *Public Health Nutrition*, 12(2), 148-155.

- Barbosa, V. C., Silva, K. S., Rech, C. R., Silva, A. L., Antunes de Oliveira, E. S., i Nahas, M. V. (2014). Changes in lifestyle and self-rated health among high school students: a prospective analysis of the "Saúde na Boa" project. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*, 16(1), 547-553.
- Barrios-Vicedo, R., Navarrete-Muñoz, E. M., García de la Hera, M., González-Palacios, S., Valera-Gran, D., Checa-Sevilla, J. F., . . . Vioque, J. (2015). Una menor adherencia a la dieta mediterránea se asocia a una peor salud auto-percibida en población universitaria *Nutrición Hospitalaria*, 31(2), 785-792.
- Bartlett, J. D., Close, G. L., MacLaren, D. P. M., Gregson, W., Drust, B., i Morton, J. P. (2011). High-intensity interval running is perceived to be more enjoyable than moderate-intensity continuous exercise: implications for exercise adherence. *Journal of Sports Science*, 29(6), 547-553.
- Bauman, A., Phongsavan, P., Schoeppe, S., i Owen, N. (2006). Medición de actividad física: una guía para la promoción de la salud. *Global Health Promotion*, 13(2), 92-103.
- Bavarian, N., Flay, B. R., Ketcham, P. L., i Smit, E. (2015). The Illicit Use of Prescription Stimulants on College Campuses A Theory-Guided Systematic Review. *Health Education & Behavior*, 42(6), 719-729.
- Becoña, E. (2000). Los adolescentes y el consumo de drogas. *Papeles del psicólogo*, 77, 25-32.
- Becoña, E., López-Duran, A., Fernández del Rio, E., Martínez, U., Osorio, J., Fraga, J., . . . Domínguez, M.N. (2012). Vida recreativa y consumo de cocaína y éxtasis en jóvenes. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 20(2), 245-262.
- Becoña, E., i Vázquez, F. L. (1998). The fagerstrom test for nicotine dependence in a Spanish sample. *Psychological Reports*, 83(3 Pt 2), 1455-1458.
- Bennasar, M. (2013a). *Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios: la Universidad como entorno promotor de la salud*. (Tesi doctoral, Universitat de les Illes Balears, Illes Balears), Palma. Recuperat de <http://www.tesisenred.net/handle/10803/84136>
- Bennasar, M. (2013b). Estils de vida i estat de salut dels estudiants de la Universitat de les Illes Balears. *Anuari de l'Educació de les Illes Balears*, 2013, 382-402.
- Bennett, T. H., i Holloway, K. R. (2014). Drug misuse among university students in the UK: Implications for prevention. *Substance Use & Misuse*, 49(4), 448-455.
- Bes-Rastrollo, M., Pérez, J. R., Sánchez-Villegas, A., Alonso, A., i Martínez-González, M. A. (2005). Validación del peso e índice de masa corporal auto-declarados de los participantes de una cohorte de graduados universitarios. *Revista Española de Obesidad*, 3(6), 183-189.
- Blair, S. N., Gordon, N. F., Kohl, H. W., i Paffenbarger, R. S. (1992). ¿Cuánta actividad física es buena para la salud?. *PubliCE*. <https://g-se.com/cuanta-actividad-fisica-es-buena-para-la-salud-657-sa-w57cfb271707ed>
- Blair, S. N., i Morris, J. N. (2009). Healthy hearts—and the universal benefits of being physically active: physical activity and health. *Annals of Epidemiology*, 19(4), 253-256

- Blasco, B., López, M., Minguez, J., i Herrero, C. (2009). *¿Seguimos fieles a la dieta mediterránea?*. Madrid: Asociación española de enfermería de hipertensión y riesgo cardiovascular.
- Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, BOE núm. 309 § 21261 (2005).
- Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modificaba la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, BOE núm. 318 § 20138 (2010).
- Bogdanovica, I., Godfrey, F., McNeill, A., i Britton, J. (2011). Smoking prevalence in the European Union: a comparison of national and transnational prevalence survey methods and results. *Tobacco Control*, 20(1), e4. doi: 10.1136/tc.2010.036103
- Bombak, A. E. (2013). Self-rated health and public health: a critical perspective. *Frontiers in Public Health*, 1(15), 1-4.
- Bondia Pons, I. (2007). *Estudio del perfil de ácidos grasos en la evaluación de la Dieta Mediterránea como patrón de dieta saludable en poblaciones europeas*. (Tesi doctoral, Universitat de Barcelona, Catalunya). Recuperat de <http://www.tesisenred.net/handle/10803/2434>
- Boot, C. R. L., Rosiers, J. F. M., Meijman, F. J., i Van Hal, G. F. G. (2010). Consumption of tobacco, alcohol, and recreational drugs in university students in Belgium and the Netherlands: The role of living situation. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 22(4), 527-534.
- Booth, M. L. (2000). Assessment of Physical Activity: An International Perspective. *Research quarterly for exercise and sport*, 71(2), 114-120.
- Bopp, M., Braun, J., Gutzwiller, F., i Faeh, D. (2012). Health risk or resource? Gradual and independent association between self-rated health and mortality persists over 30 years. *Plos One*, 7(2), e30795.
- Borsari, B., i Carey, K. B. (2001). Peer influences on college drinking: a review of the research. *Journal of Substance Abuse*, 13(4), 391-424.
- Borsari, B., Murphy, J. G., i Barnett, N. P. (2007). Predictors of alcohol use during the first year of college: Implications for prevention. *Addictive Behaviors*, 32(10), 2062-2086.
- Bouchard, C., Blair, S. N., i Haskell, W. L. (2006). *Physical activity and health*. Champaign: Human Kinetics.
- Bouchard, C., i Shephard, R. J. (1994). Physical activity and health: The model and key concepts. En C. Bouchard, R. J. Shephard & T. Stephens (Eds.), *Physical activity, fitness, and health* (pp. 77-88). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Bouchard, C., Shephard, R. J., Sutton, J., i McPherson, B. (1990). *Exercise, Fitness and Health. A Consensus of Current Knowledge*. Champaign: Human Kinetics.
- Bracken, B. A. (1992). *Multidimensional Self-Concept Scale*. Austin, TX: Pro-Ed.

- Breidablik, H. J., Lydersen, S., i Meland, E. (2009). Self-rated health during adolescence: stability and predictors of change (Young-HUNT study, Norway). *European Journal Public Health*, 19(1), 73-78.
- Breidablik, H. J., Meland, E., i Lydersen, S. (2008). Self-rated health in adolescence: a multifactorial composite. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36, 12-20.
- British Heart Foundation National Centre for Physical Activity and Health. (2012). What is sedentary behaviour?. <http://www.healthyshropshire.co.uk/assets/whatis sedentarybehaviour.pdf>
- Buchheit, M., i Laursen, P. B. (2013). High-intensity interval training, solutions to the programming puzzle: Part I: cardiopulmonary emphasis. *Sport Medecine*, 43(5), 313-338.
- Buckland, G., Bach, A., i Serra Majem, L. (2008). Eficacia de la dieta mediterránea en la prevención de la obesidad. Una revisión de la bibliografía. *Revista Española de Obesidad*, 6(6), 329-339.
- Buckman, J. F., Yusko, D. A., Farris, S. G., White, H. R., i Pandina, R. J. (2011). Risk marijuana use in male and female college student athletes and nonathletes. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 72(4), 586-591.
- Caamaño-Isorna, F., Corral, M., Parada, M., i Cadaveira, F. (2008). Factors associated with risky consumption and heavy episodic drinking among Spanish university students. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 69(2), 308-312.
- Caamaño-Isorna, F., Mota, N., Crego, A., Corral, M., Rodriguez Holguín, S., i Cadaveira, F. (2010). Consumption of medicines, alcohol, tobacco and cannabis among university students: a 2-year follow-up. *International Journal of Public Health*, 56(3), 247-252.
- Cabrejas, B., Llorca, A., Gallego, T., Bueno, G., i Diez, M. A. (2014). Hábitos de consumo de alcohol en población universitaria. *Historia y comunicación social*, 19, 777-789.
- Cabrera, Y., i Fanjul, C. (2012). Influencia de los modelos publicitarios en la adolescencia: anorexia y vigorexia. *Revista de la Asociación de Sociología de la Educación*, 5(2), 122-137.
- Cáceres, D., Salazar, I., Varela, M., i Tovar, J. (2006). Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. *Universitas Psychologica*, 5(3), 521-534.
- Cağlar, E. (2009). Similarities and differences in physical self-concept of males and females during late adolescence and early adulthood. *Adolescence*, 44(174), 407-419.
- Calafat, A. (2005). Consumir más por menos: el botellón como refuerzo del modelo hegemónico de diversión. *Boletín CDD*, 123, 2-3.
- Calafat, A., Fernandez, C., Juan, M., i Becoña, E. (2008). Recreational nightlife: Risk and protective factors for drug misuse among young Europeans in recreational environments. *Drugs: Education, Prevention, and Policy*, 15(2), 189-200.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., i Becoña, E. (2005). Gestión de la vida recreativa: ¿Un factor de riesgo determinante en el uso reciente de drogas?. *Adicciones: Revista de socidrogalcohol*, 17(4), 337-347.

- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., i Becoña, E. (2007a). Vida recreativa nocturna de los jóvenes españoles como factor de riesgo frente a otros más tradicionales. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 19(2), 125-132.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., i Becoña, E. (2007b). Weekend Nightlife Recreational Habits: Prominent Intrapersonal "Risk factors" for Drug Use?. *Substance Use & Misuse*, 42(9), 1443-1454.
- Calafat, A., Fernández-Hermida, J. R., Becoña, E., Juan, M., Duch, M., Fernández, E., . . . García-Toro, M. (2013). Alcholemias en contextos recreativos nocturnos como sistema de prevención. *Actas españolas de Psiquiatría*, 41(1), 10-16.
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Fernández, C., Gil Carmena, E., Palmer, A., . . . Torres, M. A. (2000). *Salir de marcha y consumo de drogas*. Madrid: Ministerio del Interior, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Calañas, A., de Cos, A. I., López-Nomdedeu, C., Ortega, R., Palacios, N., i Vázquez, C. (2008). *Come sano y muévete: 12 decisiones saludables*. Madrid: AESAN. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Calinski, R. B., i Harabasz, J. (1974). A dendrite method for cluster analysis. *Communications in Statistics*, 3(1), 1-27.
- Camacho, M. J., Fernández, E., i Rodríguez, M. I. (2006). Imagen corporal y práctica de actividad física en las chicas adolescentes: incidencia de la modalidad deportiva. *International Journal of Sports Science*, 42(3), 377-393.
- Cámara, A. D., i Spijker, J. J. (2010). Super size Spain? A cross-sectional and quasi-cohort trend analysis of adults overweight and obesity in an accelerated transitions country. *Journal of Biosocial Science*, 42(3), 377-393.
- Cambronero, M., Blasco, J. E., Chiner, E., i Lucas-Cuevas, A. G. (2015). Motivos de participación de los estudiantes universitarios en actividades físico-deportivas. *Revista Iberoamericana de psicología de la educación y el deporte*, 10(2), 179-186.
- Candel, M., Olmedilla, A., i Blas, A. (2008). Relaciones entre la práctica de actividad física y el autoconcepto, la ansiedad y la depresión en chicas adolescentes *Redalyc*, 8(1), 61-77.
- Carbajal, A., i Ortega, R. (2001). La dieta mediterránea como modelo de dieta prudente y saludable. *Revista Chilena de Nutrición*, 28(2), 224-236.
- Carballo, J. L., Marín, M., Pons, C., Espada, J. P., Piqueras, J. A., i Orgilés, M. (2011). Diferencias en el consumo de sustancias psicoactivas y psicofármacos entre estudiantes de Medicina y Psicología en época de exámenes. *Health and Addictions*, 11(1), 19-30.
- Carraro, A., Scarpa, S., i Ventura, L. (2010). Relationships between physical self-concept and physical fitness in Italian adolescents. *Perceptual and Motor Skills*, 110(2), 522-530.
- Carrasco, A. M., i García, M. A. (2002). Consumo de alcohol y factores relacionados con el tiempo libre de los jóvenes. *Revista de psicología social aplicada*, 12(1), 61-78.

- Caspersen, C. J., Powell, K. E., i Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100(2), 126-131.
- Castañeda, C. (2012). Práctica deportiva y opinión del alumnado sobre el Servicio de Actividades Deportivas en la Facultad de Ciencias de la Educación. *Revista de Investigación en Educación*, 10(1), 60-75.
- Castañeda, C., Campos, M. C., i Del Castillo, O. (2016). Actividad física y percepción de salud en los estudiantes universitarios. *Revista de la Facultad de Medicina*, 64(2), 277-284.
- Castañeda, C., Campos, M.C., i Garrido, M.E. (2011). Hábitos de alimentación y consumo de alcohol, tabaco y otras drogas del alumnado de la Facultad de Ciencias de la Educación (Universidad de Sevilla). *Trances*, 3 (5), 649-660.
- Castañeda, C., Díaz, X., i González, G. (2017). Consumo de drogas en la universidad. Análisis en función del sexo y la práctica de actividad física. *Helath and Addictions*, 17(2), 169-177.
- Castañeda, C., i Romero, S. (2014). Alimentación y consumo de sustancias (alcohol, tabaco y drogas) del alumnado universitario. Análisis en función del género y la práctica de actividad físico-deportiva. *Cultura Ciencia Deporte*, 9(26), 95-105.
- Castañeda, C., Zagalaz, M. L., Chacón-Borrego, F., Cachón, J., i Romero, S. (2014). Características de la práctica deportiva en función del género. Estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Educación: Universidad de Sevilla. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, 25, 63-67.
- Castillo, I., Balaguer, I., i Garcia Merita, M. L. (2007). Efecto de la práctica de actividad física y de la participación deportiva sobre el estilo de vida saludable en la adolescencia en función del género. *Revista Psicología del Deporte*, 16, 201-210.
- Castillo, I., i Molina-García, J. (2009). Adiposidad corporal y bienestar psicológico: efectos de la actividad física en universitarios de Valencia, España. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 26(4), 334-340.
- Castillo, I., Tomás, M. I., García Merita, M. L., i Balaguer, I. (2003). Participación en deporte y salud percibida en la adolescencia. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 56(1), 77-88.
- Castillo Viera, E. (2006). *Hábitos de práctica de actividad física y estilo de vida saludable del alumnado de la universidad de Huelva*. (Tesi doctoral, Universidad de Huelva, Andalucía). Recuperat de <http://rabida.uhu.es/dspace/handle/10272/2644>
- Castillo Viera, E., i Giménez, F. J. (2011). Hábitos de práctica de actividad física del alumnado de la universidad de Huelva. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 11(41), 127-144.
- Castro, J. Y., Abellán, J., Leal, M., Gómez, P., Ortín, J.E., i Anbellán, J. (2014). Estilos de vida relacionados con el riesgo cardiovascular en estudiantes universitarios. *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis*, 26(1), 10-16.

- Castro-López, R. (2013). *Diferencias de personalidad, autoconcepto, ansiedad y trastornos de alimentación en deportistas de musculación: patrones psicológicos asociados a la vigorexia*. Universidad de Jaén, Jaén.
- Cava, M. J., Murgui, S., i Musitu, G. (2008). Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media. *Psicothema*, 20(3), 389-395.
- Cavallo, F., Dalmaso, P., Ottová-Jordan, V., Brooks, F., Mazur, J., Välimaa, R., . . . Group, the Positive Health Focus. (2015). Trends in self-rated health in Europe and North-American adolescents from 2002 to 2010 in 32 countries. *European Journal of Public Health*, 25(2), 13-25.
- Cavill, N., Kahlmeier, S., i Racioppi, F. (2006). *Physical activity and health in Europe: evidence for action*. Copenhagen: World Health Organization. Europe.
- Cebrián, N. (2013). *Consumo de cannabis en universitarios: etapas de adquisición*. Tesis doctoral, Universitat de Girona, Catalunya. Recuperat de <https://http://www.tdx.cat/handle/10803/112026> - page=1
- Centro de Investigaciones Sociológicas. (2010). *Encuesta sobre los hábitos deportivos en España 2010. Avance de resultados*. Madrid: Consejo Superior de Deportes.
- Cervera, F., Serrano, R., Vico, C., Milla, M., i García Meseguer, M. J. (2013). Hábitos alimentarios y evaluación nutricional en una población universitaria. *Nutrición Hospitalaria*, 28(2), 438-446.
- Chabrol, H., Niezborala, M., Chastan, E., i De Leon, J. (2005). Comparison of the Heavy Smoking Index and the Fagerström Test for Nicotine Dependence in a sample of 749 cigarette smokers. *Addictive Behaviors*, 30(7), 1474-1477.
- Chacón, R., Castro, M., Muros, J. J., Espejo, T., Zurita, F., i Linares, M. (2016). Adhesión a la dieta mediterránea y tipo de residencia en estudiantes universitarios y su relación con los hábitos de ocio digital. *Nutrición Hospitalaria*, 33(2), 405-410.
- Chacón, R., Zurita, F., Castro, C., Espejo, T., Matrtínez, A., i Lucena, M. (2017). Análisis descriptivo del consumo de sustancias nocivas, adhesión a la dieta Mediterránea y tipo de residencia en estudiantes de Granada. *Revista Complutense de Educación*, 28(3), 823-837.
- Chassin, L., Flora, D.B., i King, K.M. (2004). Trajectories of alcohol and drug use and dependence from adolescence to adulthood: the effects of familial alcoholism and personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(4), 483-498.
- Chassin, L., Pitts, S. C., i Prost, J. (2002). Binge drinking trajectories from adolescence to emerging adulthood in a high-risk sample: predictors and substance abuse outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 67-78.
- Chein, J., Albert, D., O'Brien, L., Uckert, K., i Steinberg, L. (2011). Peers increase adolescent risk taking by enhancing activity in the brain's reward circuitry. *Developmental Science*, 14(2), F1-F10.
- Cocca, A., Mayorga-Vega, D., i Viciano, J. (2013). Relación entre niveles de actividad física y placer de ser activos en estudiantes universitarios. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 8(2), 339-372.

- Cogollo-Milanés, Z., Arrieta-Vergara, K. M., Blanco-Bayuelo, S., Ramos-Martínez, L., Zapata, K., i Rodríguez-Berrio, Y. (2011). Factores psicosociales asociados al consumo de sustancias en estudiantes de una universidad pública. *Revista de Salud Pública*, 13(3), 470-479.
- Comas, D. (2008). *Estado de salud de la Juventud* (Vol. 3). Madrid: Observatorio de la Juventud.
- Comisión de las Comunidades Europeas. (2007). *Libro Blanco: Estrategia europea de salud relacionados con la alimentación, el sobrepeso y la obesidad* (Vol. COM(2007) 279 final). Bruselas: European Commission.
- Committee on National Alcohol Policy and Action. (2014). *Action Plan on Youth Drinking and Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking)*. Luxemburg: Committee on National Alcohol Policy and Action.
- Connor, J. M., Poyrazli, S., Ferrer-Wreder, L., i Grahame, K. M. (2004). The relation of age, gender, ethnicity, and risk behaviors to self-esteem among students in nonmainstream schools. *Adolescence*, 39(155), 457-473.
- Conry, M. C., Morgan, K., Curry, P., McGee, H., Harrington, J., Ward, M., i Shelley, E. (2011). The clustering of health behaviours in Ireland their relationship with mental health, self-rated health and quality of life. *BMC Public Health*, 11, 692-702.
- Consejería de Sanidad y Política Social. (2014). *Factores relacionados con la salud en el alumnado universitario*. Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social,.
- Contel, M., Gual, A., i Colom, J. (1999). Test para la identificación de trastornos por el uso de alcohol (AUDIT): traducción y validación del AUDIT al catalán y castellano. *Adicciones*, 11(4), 337-347.
- Contreras, O. R., Fernández, J. G., García, L. M., Palou, P., i Ponseti, J. (2010). El autoconcepto físico y su relación con la práctica deportiva en estudiantes adolescentes. *Revista de Psicología del Deporte*, 19(1), 23-39.
- Córdoba, D., Carmona, M., Terán, O. E., i Márquez, O. (2013). Relación del estilo de vida y estado de nutrición en estudiantes universitarios: estudio descriptivo de corte transversal. *Medwave*, 13(11), e5864. DOI: 10.5867/medwave.2013.11.5864
- Córdoba, R., Martín, C., Casas, R., Barberá, C., Botaya, M., Hernández, A., i Jané, C.e. (2000). Value of brief questionnaires in predicting smoking cessation in primary care. *Atención Primaria SemFYC*, 25(1), 32-36.
- Cornellá, J. (1999). Aspectos generales de la salud en la adolescencia y la juventud: Factores de riesgo y de protección. *Revista de estudios de Juventud*, 47, 39-44.
- Corrales, A. R. (2009). Hábitos saludables de la población relacionados con la actividad física como ocio. *Trances*, 1(2), 80-91.
- Cortés, M. T., Espejo, B., i Giménez, J. A. (2007). Características que definen el fenómeno del botellón en universitarios y adolescentes. *Addicciones*, 19(4), 357-372.
- Cox, B. D., Blaxter, M., Buckle, A. L. J., Fenner, N. P., Golding, J. F., Gore, M., . . . Stark, J. (1987). *The health and lifestyle survey. Preliminary report of a nationwide survey of*

- the physical and mental health, attitudes and lifestyle of a random sample of 9,003 British adults*. London: Health Promotion Research Trust.
- Cox, R. H. (2009). *Psicología del deporte. Conceptos y sus aplicaciones*. Madrid: Editorial Panamericana.
- Craig, C. L., Marshall, A. L., Sjöström, M., Bauman, A., Booth, M. L., Ainsworth, B. E., . . . Oja, P. (2003). International Physical Activity Questionnaire: 12 country reliability and validity. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 35, 1381-1395.
- Cruz Roja. (2005). *Salud y Educación para la Salud*. Madrid: Cruz Roja.
- Cruz Roja. (2006). *Algunos hábitos no saludables*. Madrid: Cruz Roja.
- CSD. (2010). *A+D Plan Integral para la actividad física y el deporte*. Madrid: Consejo Superior de Deportes.
- Cutillas, A. B., Herrero, E., de San Eustaquio, A., Zamora, S., i Pérez-Llamas, F. (2013). Prevalencia de peso insuficiente, sobrepeso y obesidad, ingesta de energía y perfil calórico de la dieta de estudiantes universitarios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (España). *Nutrición Hospitalaria*, 28(3), 683-689.
- da Silva, R., Bach-Faig, A., Raidó, B., Buckland, G., Vaz de Almeida, M. D., i Serra-Majem, L. (2009). Worldwide variation of adherence to the Mediterranean diet, in 1961–1965 and 2000–2003. *Public Health Nutrition*, 12(9A), 1676-1684.
- Dantzer, C., Wardle, J., Fuller, R., Pampalone, S. Z., i Steptoe, A. (2006). International study of heavy drinking: attitudes and sociodemographic factors in university students. *Journal of American College Health*, 55(2), 83-90.
- de Gracia, M., Marcó, M., i Trujano, P. (2007). Factores asociados a la conducta alimentaria en preadolescentes. *Psicothema*, 19(4), 646-653.
- De la Cruz, E., Ruiz-Juan, F., Ruiz-Risueño, J., Flores, G., Olivares, A., i Cañadas, M. (2008). Consumo de alcohol durante los fines de semana en universitarios almerienses activos en función del carácter de la modalidad deportiva practicada. *Cultura, Ciencia y Deporte*, 3, 100.
- De la Cruz, M. J., Herrera, A., i Egea, E. (2008). *Adicciones en mujeres*. Santa Cruz de Tenerife: Instituto Canario de la Mujer.
- De la Montaña, J, Castro, L, Cobas, N, Rodríguez, M, i Míguez, M. (2012). Adherencia a la dieta mediterránea y su relación con el índice de masa corporal en universitarios de Galicia. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, 32(3), 72-80.
- de la Villa, M., Ovejero, A., Sirvent, C., Rodríguez, F.J., i Pastor, J. (2009). Efectos diferenciales sobre las actitudes ante la experimentación con alcohol y la percepción de riesgo en adolescentes españoles consumidores de cannabis y alcohol. *Salud Mental*, 32(2), 125-138.
- de la Villa, M., Rodríguez, F.J., i Sirvent, C. (2006). Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema*, 18(1), 52-58.
- de Pedro, I. (2004). Anorexia y vigorexia. *Monografías de psiquiatría*, 16(2), 3-15.

- del Pozo, S, Garcia, V, Cuadrado, C, Ruiz, E, Valero, T, Ávila, JM, i Varela, G. (2012). *Valoración nutricional de la dieta española de acuerdo al Panel de Consumo Alimentario*: Federación Española de la Nutrición.
- Departament de Salut. (2008). *Pla Integral per la Promoció de la Salut mitjançant l'Activitat Física i l'Alimentació Saludable (PAAS)*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Departament de Salut. (2016). *Enquesta de Salut a Catalunya (ESCA)*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Deseurmont, A. (2009). *Youth in Europe. A statistical portrait*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Devís, J. (coord.), Peiró, C., Pérez Samaniego, V., Ballester, E., Devís, F. J., Gomar, M^a J., i Sánchez, R. (2000). *Actividad física, deporte y salud*. Barcelona: INDE.
- Díaz-Cabrera, J. A., Carmona-Álamos, L., i García-Tascón, M. (2017). Análisis de la práctica deportiva de los alumnos de la Universidad Pablo Olavide, Sevilla (España). *Podium. Sport, Leisure and Tourism Review*, 6(3), 83-99.
- Dieppa, M., Machargo, S., Luján, I., i Guillén, F. (2008). Autoconcepto general y físico en jóvenes españoles y brasileño que practican actividad física vs. no practicante. *Revista de Psicología del Deporte*, 17(2), 221-239.
- Dodd, L. J., Al-Nakeeb, Y., Nevill, A., i Forshaw, M. J. (2010). Lifestyle risk factors of students: a cluster analytical approach. *Preventive Medicine*, 51(1), 73-77.
- Doiengevich-Segal, H., Gómez-Arnau, J., Rodríguez-Salgado, B., Rabito-Alcón, M. F., i Correas-Lauffer, J. (2013). Panorama actual en el uso de drogas emergentes. *Salud y Drogas*, 14(1), 47-58.
- Dolcini, M. M., i Adler, N. E. (1994). Perceived competencies, peer group affiliation, and risk behavior among early adolescents. *Health Psychology*, 13(6), 496.
- Dolenc, P. (2016). The short form of the physical self-description questionnaire: validation study among slovenian elementary and high school students. *Journal of Psychological and Education Research*, 24(2), 58-74.
- Drewnowski, A., i Specter, S. E. (2004). La pobreza y la obesidad: el papel de los costos de energía y densidad de energía. *American Journal of Clinical Nutrition*, 79, 6-16.
- Duckworth, A. L., i Steiberg, L. (2015). Unpacking Self-Control. *Child Development Perspectives*, 9, 32-37.
- Dumith, S. C., Hallal, P. C., Reis, R. S., i Kohl III, H. W. (2011). Worldwide prevalence of physical inactivity and its association with human development index in 76 countries. *Preventive Medicine*, 53(1), 24-28.
- Dunstan, D. W., Barr, E. L. M., Healy, G. N., Salmon, J., Shaw, J. E., Balkau, B., . . . Owen, N. (2010). Television viewing time and mortality the australian diabetes, obesity and lifestyle study (AusDiab). *Circulation*, 121(3), 384-391.
- Durá, T., i Castroviejo, A. (2011). Adherencia a la dieta mediterránea en la población universitaria. *Nutrición Hospitalaria*, 26(3), 602-608.

- Durán, A., Rodríguez, M. P., Record, C., Barra, R., Olivares, H., Tapia, A., . . . Pérez, V. (2013). Autopercepción de la imagen corporal en estudiantes universitarios de Chile y Panamá. *Revista Chilena de Nutrición*, 40(1), 26-32.
- EAE Escuela de Negocios. (2016). *El consumo de tabaco y alcohol*. Barcelona: EAE Escuela de Negocios.
- Eaton, D. K., Kann, L., Kinchen, S., Shanklin, S., Flint, K. H., Hawkins, J., . . . Chyen, D. (2012). Youth risk behavior surveillance-United States, 2011. *MMWR Surveill Summ*, 61(4), 1-162.
- Ekblom-Bak, E., Hellénus, M-L., i Ekblom, B. (2010). Are we a new paradigm of inactivity physiology?. *British Journal of Sports Medicine*, 44(12), 834-835.
- Ekelund, U., Brage, S., Froberg, K., Harro, M., Anderssen, S. A., Sardinha, L. B., . . . Andersen, L. B. (2006). TV viewing and physical activity are independently associated with metabolic risk in children: the European Youth Heart Study. *PLoS medicine*, 3(12), e488. doi: [og/10.1371/journal.pmed.0030488](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030488)
- El Ansari, W., Stock, C., i Mikolajczyk, R. T. (2012). Relationships between food consumption and living arrangements among university students in four European countries-a cross-sectional study. *Nutrition Journal*, 11(28), 1-7.
- Elliot, D. S. (1993). Health-enhancing and health-compromising lifestyles En S. G. Millstein, A. C. Petersen & E. O. Nightingale (Eds.), *Promoting the health of adolescents. New directions for the twenty-first century* (pp. 119-145). Oxford: Oxford University Press
- Elzo, J., Comas, D., Laespada, M. T., Salazar, L., i Vielva, J. (2000). *Las culturas de las drogas en los jóvenes: Ritos y fiestas*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- EMCDDA. (2009a). *Polydrug use: patterns and responses*. Lisboa: EMCDDA.
- EMCDDA. (2009b). *The State of Drugs Problem in Europe* (Vol. 99). Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- EMCDDA. (2011). *Polydrug use: patterns and responses*. Lisbon: European Monitoring Centers for Drugs and Drug Addictions.
- EMCDDA, i Ministerior de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013). *Informe Nacional 2013 (datos del 2012) al OEDT por el Punto Focal Nacional Reitox*. Madrid: Ministerior de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Eснаоla, I. (2005a). Autoconcepto físico y satisfacción corporal en mujeres adolescentes según el tipo de deporte practicado. *Apunts Educación Física y Deportes*, 80, 5-12.
- Eснаоla, I. (2005b). Desarrollo del autoconcepto durante la adolescencia y principio de la juventud. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 58(2), 265-277.
- Eснаоla, I. (2006). Autoconcepto y consumo de drogas legales en la adolescencia. *Revista Española de Drogodependencias*, 31(1), 57-66.
- Eснаоla, I. (2007). Alimentación, autoconcepto e imagen corporal. *Revista de Psicología Social*, 22(2), 149-163.

- Esnaola, I. (2008). El autoconcepto físico durante el ciclo vital. *Anales de psicología*, 24(1), 1-8.
- Esnaola, I. (2009). Diferencias de sexo en el autoconcepto físico durante el ciclo vital. *Psicología Conductual*, 17(2), 365-380.
- Esnaola, I. (2010). Body dissatisfaction and perceived sociocultural pressures: gender and age differences. *Salud Mental*, 33 (1), 21-29.
- Esnaola, I., Goñi, A., i Madariaga, J. M. (2008). El autoconcepto: perspectivas de investigación. *Revista de Psicodidáctica*, 13(1), 69-96.
- Esnaola, I., Infante, G., i Zulaika, L. M. (2011). The multidimensional structure of physical self-concept. *The Spanish Journal of Psychology*, 14(1), 304-312.
- Esnaola, I., i Iturriaga, G. (2008). Hábitos de vida saludable y autoconcepto físico. En A. Goñi (Ed.), *El autoconcepto físico: psicología y educación* (pp. 155-172). Madrid: Pirámide.
- Esnaola, I., i Revuelta, L. (2009). Relaciones entre la actividad física, autoconcepto físico, expectativas, valor percibido y dificultad percibida. *Acción Psicológica*, 6(2), 31-43.
- Esnaola, I., Rodríguez, A., i Goñi, E. (2011). Propiedades psicométricas del cuestionario de Autoconcepto AF5. *Anales de psicología*, 27(1), 109-117.
- Espada, J. P., Hernández, O., Orgilés, M., i Méndez, X. (2010). Comparación de distintas estrategias para la modificación de la actitud hacia el consumo de drogas en escolares. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8(22), 1033-1050.
- Espada, J. P., Pereira, J. R., i García-Fernández, J. M. (2008). Influencia de los modelos sociales en el consumo de alcohol de los adolescentes. *Psicothema*, 20(4), 531-537.
- Espinoza, L. R. . (2011). *Efecto de una estrategia de intervención educativa basada en el desarrollo de competencias saludables sobre el autoconcepto físico en estudiantes universitarios de Chile*. (Tesi doctoral, Universidad de Granada, Andalusia). Recuperat de <https://hera.ugr.es/tesisugr/18732562.pdf>
- Espinoza, L. R., Rodríguez, F., Gálvez, J., i MacMilan, K. (2011). Hábitos de alimentación y actividad física en estudiantes universitarios. *Revista Chilena de Nutrición*, 38(4), 458-465.
- Espinoza, L. R., Rodríguez, F., Gálvez, J., Vargas, P., i Yáñez, R. (2011). Valoración del autoconcepto Físico en Estudiantes Universitarios y su relación con la práctica deportiva. *Revista Motricidad Humana*, 12(1), 22-26.
- European Commission. (2006). *Special Eurobarometer 64.3. Health and food*. Brussels: European Commission.
- European Commission. (2009). Evolution of life expectancy in Europe. Recuperat, de <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/themes>.
- European Commission. (2012). *Eurobarometre 77.1. Attitudes of Europeans towards Tobacco*. Brussels: European Commission.

- European Commission. (2014a). *Flash Eurobarometer 401. Young people and drugs*. Brussels: European Commission.
- European Commission. (2014b). *Special Eurobarometer 412. Sport and Physical Activity*. Brussels: European Commission.
- European Commission. (2017). *Special Eurobarometer 458. Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes*. Brussels: European Commission.
- European Commission. (2018). *Special Eurobarometer 472. Sport and physical activity*. Brussels: European Commission.
- European Food Information Council. (2012). Can cooking skills be the key to health? Recuperat el 15 de maig de 2016, de <https://http://www.eufic.org/en/healthy-living/article/can-cooking-skills-be-the-key-to-health>
- Ewing, J. A. (1984). Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. *The Journal of the American Medical Association*, 252(14), 1905-1907.
- Fabro, A., i Tolosa Müller, A. (2011). Patrón de consumo, estilo de vida y estado nutricional de estudiantes universitarios de las carreras de Bioquímica y Licenciatura en Nutrición. *FABICIB*, 15(1), 160-169.
- Fagerström, K. O. (1978). Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive Behaviors*, 3(3-4), 235-241.
- Faggiano, F., Minozzi, S., Versino, E., i Buscemi, D. (2014). Universal school-based prevention for illicit drugs. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12. doi:10.1002/14651858.CD003020.pub3
- Farajian, P., Risvas, G., Karasouli, K., Pounis, G. D., Kastorini, C. M., Panagiotakos, D. B., i Zampelas, A. (2011). Very high childhood obesity prevalence and low adherence rates to the Mediterranean diet in Greek children: The GRECO study. *Atherosclerosis*, 217(2), 525-530.
- Farinola, M. (2011). Conducta sedentaria y salud: antecedentes y estado actual de la cuestión. *Boletín electrónico REDAF*, 15. <https://docplayer.es/14914726-Conducta-sedentaria-y-salud-antecedentes-y-estado-actual-de-la-cuestion.html>
- Fernández Gómez, C. (2003). Características de los consumidores de drogas recreativas en España y otros países europeos. *Addicciones*, 15(2), 233-260.
- Fernández, J. G., Contreras, O. R., García, L. M., i González, S. (2010). Autoconcepto físico según la actividad físico deportiva realizada y la motivación hacia ésta. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(2), 251-263.
- Finni, T., Haakana, P., Pesola, A. J., i Pullinen, T. (2014). Exercise for fitness does not decrease the muscular inactivity time during normal daily life. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 24(1), 211-219.
- Fleming, M. F., Barry, K. L., i MacDonald, R. (1991). The alcohol use disorders identification test (AUDIT) in a college sample *International Journal of the Addictions*, 26, 1773-1185.

- Flórez, L. (2007). *Psicología social de la salud: promoción y prevención*. Bogotá: Manual Moderno.
- Fonseca, A. M., i Fox, K. R. (2002). Profile (PSPP). *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 2(5), 11-23.
- Font-Mayolas, S., Gras, M. E., i Planes, M. (2006). Análisis del patrón de consumo de cannabis en estudiantes universitarios. *Adicciones*, 18(4), 337-344.
- Font-Mayolas, S., Gras, M.E., Planes, M., Patiño, J., i Sullman, M.J.M. (2013). Percepción de riesgo y etapas de iniciación en el consumo de tabaco. *Health and Addictions Journal*, 13(2), 117-122.
- Ford, J.A. (2007). Substance use among college athletes: A comparison based on sport/team affiliation. *Journal of American College Health*, 55(6), 367-373.
- Fortich, N., Montes, C., Cuadrado, A., i Hernández, J. (2012). *Evaluación sobre el impacto que genera el ingreso a la universidad sobre los estilos de vida de los estudiantes de I semestre en el programa de odontología de la corporación universitaria Rafael Nuñez* (Grau, Corporación Universitaria Rafael Nuñez, Colombia). Recuperat de <http://siacurn.app.curnvirtual.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/649/trabajo grado estres final.pdf?sequence=1>
- Fox, K. R, i Corbin, C. B. (1989). The physical self-perception profile: Development and preliminary validation. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 11, 408-430.
- Fox, K. R. (1988). The self-esteem complex and youth fitness. *Quest*, 40(3), 230-246.
- Fu, M., Martínez-Sánchez, J. M., López, M. J., Nebot, M., Raich, A., i Fernández, E. (2010). Dependencia a la nicotina y preparación para dejar de fumar en la población española. *Adicciones*, 23(2), 103-109.
- Fuentes, M. C., García, J. F., Gracia, E., i Lila, M. (2011). Autoconcepto y ajuste psicosocial en la adolescencia. *Psicothema*, 23(1), 7-12.
- Fundación Española de la Nutrición. (2013). *Libro Blanco de la Nutrición en España*. Madrid: Fundación Española de la Nutrición.
- Funes, M.J.: (2008). *Informe 2008: Juventud en España: Cultura, política y sociedad* (Vol. 4). Madrid: Instituto de la Juventud. Ministerio de Igualdad.
- Füzéki, E., Vogt, L., i Banzer, W. (2015). Sedentary behaviour and health. *Gesundheitswesen*, 77(3), 148-160.
- Galán, I., Meseguer, C. M., Herruzo, R., i Rodríguez-Artalejo, F. (2010). Self-rated health according to amount, intensity and duration of leisure time physical activity. *Preventive Medicine*, 51, 378-383.
- Galán, I., Rodríguez-Artalejo, F., Tobías, A., Díez-Gañán, L., Gandarillas, A., i Zorrilla, B. (2005). Agregación de factores de riesgo ligados al comportamiento y su relación con la salud subjetiva. *Gaceta Sanitaria*, 19(5), 370-378.
- Gallardo-Escudero, A., Muñoz, M. J., Planells, E. M., i López Aliaga, I. (2015). La etapa universitaria no favorece el estilo de vida en las estudiantes granadinas. *Nutrición Hospitalaria*, 31(2), 975-979.

- Ganasegeran, K., Al-Dubai, S. A., Qureshi, A. M., Al-abed, A. A., i Aljunid, S. M. (2012). Social and psychological factors affecting eating habits among university students in a Malaysian medical school: a cross-sectional study. *Nutrition Journal*, 11(48).
- Gandek, B., Ware, J. E. , i Aaronson, N. K. (1998). Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12® Health Survey in nine countries: Resum from the IQOLA Project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 1171-1178.
- Gantiva, C., Trujillo, A., Gómez, W., i Martínez, A. (2007). Actitudes hacia el consumo de cocaína y marihuana en estudiantes universitarios. *Psicología: Avances en la disciplina*, 1(2), 61-84.
- García, A., Nuñez, S., Moreno, A., Rojas, A., Caballero, E., Meléndez, C., . . . Santos, S. (2010). Evolución del hábito tabáquico en jóvenes universitarios en la primera década del siglo XXI. *Enfermería en cardiología*, 50, 47-51.
- García de Albéniz, X.A., Guerra-Gutiérrez, F., Ortega-Martínez, R., Sánchez-Villegas, A., i Martínez-González, M.A. (2004). Consumo de tabaco en titulados universitarios: El Proyecto SUN (Seguimiento Universidad de Navarra). *Gaceta Sanitaria*, 18(2), 108-117.
- García del Castillo, J. A. (2012). Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. *Salud y Drogas*, 12(2), 133-151.
- García, F., Herazo, Y., i Tuesca, R. (2015). Factores sociodemográficos y motivacionales asociados a la actividad física en estudiantes univeritarios. *Revista de Medicina de Chile*, 143, 1411-1418.
- García Ferrando, M. (1986). *La revolución silenciosa en el deporte universitario: la emergencia de una nueva subcultura deportiva*. Ponencia presentada a Congrés: "L'educació Física Avui", Barcelona.
- García Ferrando, M. (1990). *Aspectos sociales del deporte. Una relfexión sociològica*. Madrid: CSD.
- García Ferrando, M. (2005). *Encuesta de hábitos deportivos de los españoles. Posmodernidad y deporte: entre la individualización y la masificación*. Madrid: CSD.
- García Ferrando, M., i Llopis, R. (2011). *Ideal democrático y bienestar personal. Encuesta sobre hábitos deportivos en España 2010*. Madrid: Consejo Superior de Deportes. Centro de Investigaciones Sociológicas.
- García Ferrando, M., Puig, N., Lagardera, F., Llopis, R., i Vilanova, A. (2009). *Sociología del deporte*. Madrid: Alianza Editorial.
- García, J. F., Musitu, G., i Veiga, F. (2006). Autoconcepto en adultos de España y Portugal. *Psicothema*, 18(3), 551-556.
- García-Hermoso, A., Cerrillo, A. J., Herrera, T., Cristi, C., Saavedra, J. M., i Martínez-Vizcaino, V. (2016). Is high-intensity interval training more effective on improving cardiometabolic risk and aerobic capacity than other forms of exercise in overweight and obese youth? A meta-analysis. *Obesity Reviews*, 17, 531-540.

- García-Laguna, D. G., García-Salamanca, G. P., Tapiero-Paipa, Y. T., i Ramos, D. M. (2012). Determinantes de los estilos de vida y su implicación en la salud de jóvenes universitarios. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 17(2), 169-185.
- García-Meseguer, M. J., Cervera, F., Vico, C., i Serrano-Urrea, R. (2014). Adherence to Mediterranean diet in Spanish university populations. *Appetite*, 78(1), 156-164.
- Geoffrey, H., Kristin, E., i Faith, K. (2008). Drug use and meanings of risk and pleasure. *Journal of Youth Studies*, 10(1), 73-96.
- Geraldo, I., Ornelas, M., Rodríguez, J. M., Guedea, J. C., Mondaca, F., Hernández, I. A., i Santos, G. (2011). *Autoconcepto físico en universitarios comparaciones de género*. Ponencia presentada a XV Congreso de Educación Física, Deporte y Recreación, Universidad Autónoma de Chihuahua. <https://studylib.es/doc/8554597>
- Giarrusso, R., Mabry, J. B., i Bengtson, V. L. (2001). The aging self in social contexts. En H. Binstock & L. K. George (Eds.), *Handbook of aging and the social sciences*. San Diego, CA, US: Academic Press.
- Gibala, M. J., i Jones, A. M. (2013). Physiological and performance adaptations to high-intensity interval training. En L. J. C. van Loon & R. Meeusen (Eds.), *Limits of Human Endurance* (Vol. 76, pp. 51-60). Basel: Nestlé Nutrition Institute Workshop Series.
- Gibala, M. J., Little, J. P., MacDonald, M. J., i Hawley, J. A. (2012). Physiological adaptation to low-volume, high-intensity interval training in health and disease. *The Journal of Physiology*, 590(5), 1077-1084.
- Gil Madrona, P. (2009). Actividad física y hábitos relacionados con la salud de los jóvenes. *Fermentum*, 56, 642-665.
- Gil Madrona, P., Gonzalez, S., Pastor, J. C., i Gómez, I. (2008). Prácticas habituales de los jóvenes relacionadas con la salud: estudio de un caso en España. *Sociedad Hoy*, 15, 83-101.
- Girón, P. (2010). *Los determinantes de la salud percibida en España*. (Tesi doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Madrid). Recuperat de <https://eprints.ucm.es/11024/1/T32155.pdf>
- Glover, E. D., Nilsson, F., i Westin, A. (2001). *The Global-Nilsson Smoking Behavioral Questionnaire (GN-SBQ)*. Ponencia presentada a Third European Conference of the Society for Research on Nicotine and Tobacco, Paris.
- Glover, E. D., Nilsson, F., Westin, A., Glover, P. N., Laflin, M. T., i Person, B. (2005). Developmental History of the Gover-Nilsson Smoking Behavioral Questionnaire. *American Journal of Health Behavior*, 29(5), 443-455.
- Gómez Fraguera, J.A., Fernández, N., Romero, E., i Kuengo, A. (2008). El botellón y el consumo de alcohol y otras drogas en la juventud. *Psicothema*, 20(2), 211-217.
- Gómez López, M., Granero, A., i Baena, A. (2010). Perceived barriers by university students in the practice of physical activities. *Journal of Sports Science & Medicine*, 9, 374-381.

- Gómez López, M., Ruiz-Juan, F., Garcia Montes, E., Granero Gallego, A., i Piéron, M. (2009). Motivaciones aludidas por los universitarios que practican actividades físico-deportivas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(3), 519-532.
- Gómez, R. A. (2013). *Drogas, consumo y época: alcohol en atracón (binge), policonsumo y adiciones sin sustancias. Los nuevos fenómenos y sus desafíos*. Ponencia presentada a V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, Buenos Aires.
- Goñi, A., Esnaola, I., Ruiz de Azúa, S., Rodríguez, A., i Zulaika, L. M. (2003). Autoconcepto físico y desarrollo personal: perspectivas de investigación. *Revista de Psicodidáctica*, 15-16, 7-62.
- Goñi, A., Palacios, S., Ruiz de Azua, S., i Zulaika, L. M. (2002). El autoconcepto físico en la adolescencia y sus ámbitos. *Tantak*, 28, 35-49.
- Goñi, A., Rodríguez, A., i Esnaola, I. (2010). Las autopercepciones físicas en la edad adulta y en la vejez. *Psicothema*, 22(3), 460-467.
- Goñi, A., i Ruiz de Azúa, S. (2009). La estructura interna del autoconcepto físico. *El autoconcepto físico: psicología y educación* (pp. 81-97). Madrid: Pirámide.
- Goñi, A., Ruiz de Azúa, S., i Liberal, A. (2004). Las propiedades psicométricas de un nuevo cuestionario. *Revista de Psicología del Deporte*, 13(2), 195-213.
- Goñi, A., Ruiz de Azúa, S., i Rodríguez, A. (2005). La importancia conferida a los diversos aspectos del yo físico: Un instrumento para su medida. *Anales de psicología*, 21(1), 92-101.
- Goñi, A., Ruiz de Azúa, S., i Rodríguez, A. (2006). *Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF). Manual*. Madrid: EOS.
- Goñi, E. (2009). *El autoconcepto personal: estructura interna, medida i variabilidad*. (Tesi doctoral, Universidad del País Vasco, País Vasco). Recuperat de <https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/12241/>
- González, A. (2005). *Pla d'activitat física, esport i salut (PAFES)*. Barcelona: Departament de Salut i Secretaria General de l'Esport. Generalitat de Catalunya.
- González, C., Cuervo, C., Chacón, J., i Zagalaz, M. L. (2016). Relación entre las variables demográficas, la práctica de ejercicio físico y la percepción de la imagen corporal en estudiantes del grado de magisterio. *Retos: tendencias en educación física, deporte y recreación*, 29, 90-94.
- González-Alfaya, M. E. (2007). *Intervención de la universidad en la promoción de la salud de sus estudiantes*. (Tesi doctoral, Universitat de Santiago de Compostela, Galicia). Recuperat de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=107857>
- Goossens, L. (2006). Theories of adolescence. En S. Jackson & L. Goossens (Eds.), *Handbook of Adolescent Development* (pp. 11-29). New York: Psychology Press.
- Gough, B., i Conner, M. T. (2006). Barriers to healthy eating amongst men: A qualitative analysis. *Social Sciences & Medicine*, 62, 387-395.

- Granger, E., Williams, G., Di Nardo, F., Harrison, A., i Verma, A. (2017). The relationship between physical activity and self-rated health status in european adolescents: Results of the EURO-URHIS 2 survey. *European Journal of Public Health*, 27, 107-111.
- Grao-Cruces, A., Nuviala, A., Fernández-Marrtínez, A., i Martínez-López, E. J. (2015). Relationship of physical activity and sedentarism with tobacco and alcohol consumption, and Mediterranean diet in Spanish teenagers. *Nutrición Hospitalaria*, 31(4), 1693-1700.
- Guillén, F., i Sánchez Lujan, R. (2003). Autoconcepto en jóvenes sedentarios y practicantes deportivos. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 2(2), 259-272.
- Gumà, J., i Cámara, A. D. (2014). ¿Informa la salud autopercebida sobre las condiciones objetivas de la salud? Algunas conclusiones a partir del análisis demográfico de microdatos de la Encuesta Nacional de Salud. *Estadística española*, 56(183), 61-76.
- Guxens, M., Nebot, M., Ariza, C., i Ochoa, D. (2007). Factores asociados al inicio del consumo de cannabis: una revisión sistemática de estudio de cohortes. *Gaceta Sanitaria*, 19(3), 1-9.
- Hagger, M. S., Biddle, S. J. H., i Wang, C. K. J. (2005). Physical self-concept in adolescence: Generalizability of a multidimensional, hierarchical model across gender and grade. *Educational and Psychological Measurement*, 65(2), 297-322.
- Hagströmer, M., Bergman, P., De Bourdeaudhuij, I., Ortega, Francisco B., Ruiz, J. R., Manios, Y., . . . Sjöström, M. (2008). Concurrent validity of a modified version of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ-A) in European adolescents: The HELENA Study. *International Journal of Obesity*, 32, S42-S48.
- Hagströmer, M., Oja, P., i Sjöström, M. (2006). The International Physical Activity Questionnaire (IPAQ): a study of concurrent and construct validity. *Public Health Nutrition*, 9(6), 755-762.
- Hallal, P. C., Andersen, L. B., Bull, F. C., Guthold, R., Haskell, W. L., i Ekelund, U. (2012). Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls and prospects. *The Lancet*, 380(9838), 246-257.
- Harter, S. (1982). The perceived competence scale for children. *Child Development*, 53(1), 87-97.
- Harter, S. (1983). Developmental perspectives on the self-system. *Handbook of Child Psychology*, 4, 275-385.
- Haskell, W. L., Lee, I., Pate, R. R., Powell, K. E., Blair, S. N., Franklin, B. A., . . . Bauman, A. (2007). Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 39(8), 1423-1434.
- Hawks, D. (1989). Is it possible to recommend safe drinking levels without increasing per capita consumption? Another aspect of prevention. *British Journal of Addiction*, 84, 371-375.

- Hayes, S. D., Crocker, P. R. E., i Kowalski, K. C. (1999). Gender differences in physical self-perceptions, global self-esteem and physical activity: Evaluation of the physical self-perception profile model. *Journal of Sport Behavior*, 22(1), 1-14.
- Heatherston, T., Kozlowsky, L., Frecker, R., i Fagerström, K.O. (1991). The Fageström test for nicotine dependence: A revision of the Fageström tolerance questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86, 1119-1127.
- Heatherston, T., Kozlowsky, L., Frecker, R., Rickert, W., i Robinson, J. (1989). Measuring the heaviness of smoking: using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes of smokers. *British Journal of Addiction*, 84(7), 791-799.
- Heinemann, K. (1986). The future of sports. Challenge for the science of sport. *International Review for the Sociology of Sport*, 4(21), 271-285.
- Heinemann, K. (2003). *Introducción a la metodología de la investigación empírica. El ejemplo de las ciencias del deporte*. Barcelona: Editorial Paidotribo.
- Hellín, P., Moreno Murcia, J. A., i Rodríguez García, P. L. (2006). Relación de la competencia motriz percibida con la práctica físico-deportiva. *Revista de Psicología del Deporte*, 15(2), 219-231.
- Hernán, M., Fernández, A., i Ramos, M. (2004). La salud de los jóvenes. *Gaceta Sanitaria*, 18, 47-55.
- Hernández, N., Alves, D., Arroyo, M., i Basabe, N. (2012). Del miedo a la obesidad a la obsesión por la delgadez; actitudes y dieta. *Nutrición Hospitalaria*, 27(4), 1148-1155.
- Hernández-Serrano, O., Font-Mayolas, S., i Gras, M. E. (2015). Polydrug use and relationship with the familiar and social context amongst young college students. *Adicciones*, 27(3), 205-213.
- Hernando Domingo, C. (2009). *Plan integral para la actividad física y el deporte. Versión 1. Deporte en la universidad*. Madrid: CSD.
- Herrera, A., Prieto, R., Veloza, M., Riquelme, G., Nóbrega, M. P. S., Mitchell, C., . . . Whitehorne-Smith, P. (2012). Simultaneous polydrug consumption among undergraduate students of health sciences of seven universities in five Latin American countries and one Caribbean country: gender, legal and social implicacions. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 21(SPE), 17-24.
- Herring, R., Berridge, V., i Thom, B. (2008). Binge drinking: an exploration of a confused concept. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62, 476-479.
- Hicks, T., i Heastie, S. (2008). High school to college transition: a profile of the stressors, physical and psychological health issues that affect the first-year on campus college student. *Journal of Cultural Diversity*, 15(3), 143-147.
- Hilger, J., Loebroks, A., i Diehl, K. (2017). Eating behaviour of university students in Germany: Dietary intake, barriers to healthy eating and changes in eating behaviour since the time of matriculation. *Appetite*, 109(1), 100-107.
- Hofstetter, H., Dusseldorp, E., van Empelen, P., i Paulussen, T. W. (2014). A primer on the use of cluster analysis or factor analysis to assess co-occurrence of risk behaviors. *Preventive Medicine*, 67, 141-146.

- Hottenrott, K., Ludyga, S., i Schulze, S. (2012). Effects of high intensity training and continuous endurance training on aerobic capacity and body composition in recreationally active runners. *Sport Science and Medicine*, 11(483-488).
- Hsu, Y. W., i Lu, F. J. H. (2013). The development and validation of the physical self-concept scale for older adults. *Educational Gerontology*, 39(7), 501-513.
- Iglesias, M. T., Mata, G., Pérez, A., Hernández, S., García-Chico, R., i Papadaki, C. (2013). Estudio nutricional en un grupo de estudiantes universitarios madrileños. *Revista nutrición clínica y dietética hospitalaria*, 33(1), 23-30.
- INE. (2013). *Encuesta Nacional de Salud 2012*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- INE. (2014). *Encuesta Europea de Salud en España 2014*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- INE. (2017). *Encuesta Nacional de Salud 2016*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Infante, G., Goñi, A., i Villarroel, J. D. (2011). Actividad física y autoconcepto, físico y general, a lo largo de la edad adulta. *Revista de Psicología del Deporte*, 20(2), 429-444.
- Infante, G., i Goñi, E. (2009). Actividad físico-deportiva y autoconcepto físico en la edad adulta. *Revista de Psicodidáctica*, 14(1), 49-62.
- Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra. (2016). *Encuesta sobre juventud y salud*. Pamplona: Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra.
- Intra, M. V., Gil, J., i Moreno, E. (2011). Cambio de conductas de riesgo y salud en los estudiantes argentinos a lo largo del período educativo. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11(1), 139-137.
- Irazusta, A., Hoyos, I., Díaz, E., Irazusta, J., i Gil, J. (2007). Alimentación de estudiantes universitarios. *Osasunaz*, 8, 7-18.
- Iwamoto, D. K., Cheng, A., Lee, C. S., Takamatsu, S., i Gordon, D. (2011). "Man-ing" up and getting drunk: The role of masculine norms, alcohol intoxication and alcohol-related problems among college men. *Addictive Behaviors*, 36(9), 906-911.
- Jamal, M., Van der Does, W., Peeninx, B., i Cuijpers, P. (2011). Age at smoking onset and the onset of depression and anxiety disorders. *Nicotine & Tobacco Research*, 13(9), 809-819.
- Jané, M., Pardell, H., Saltó, E., i Salleras, L. (2001). Epidemiología del tabaquismo femenino. Factores determinantes de la iniciación y del mantenimiento. *Prevención del tabaquismo*, 3(3), 147-154.
- Jáuregui, I., Estébanez, S., Fernández, S., i José, M. (2008). Ejercicio física, conducta alimentaria y patología. *Archivos Latinoamericanos de nutrición*, 58(3), 280-285.
- Jenkinson, C., Layte, R., i Jenkinson, D. (1997). A shorter form health survey: Can the SF-12® replicate results from the SF-36® in logitudinal studies? *Journal of Public Health Medicine*, 19(2), 179-186.

- Jessor, R., Van Den Bos, J., Vanderryn, J., Costa, F. M., i Turbin, M. S. (1995). Protective factors in adolescent problem behavior: Moderator effects and developmental change. *Developmental Psychology*, 31(6), 923-933.
- Jiménez, C. A., Barrueco, M., Solano, S., Torrecilla, M., Domínguez, F., Diaz-Maroto, J. L., . . . Abengoza, R. (2003). Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutica del tabaquismo. Documento de consenso. *Archivos de Bronconeumología*, 39(1), 35-41.
- Jiménez, M. G., Martínez, E., Miró, E., i Sánchez, A. I. (2008). Bienestar psicológico y hábitos saludables: ¿están asociados a la práctica de ejercicios físicos?. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 185-202.
- Jiménez Rodrigo, M.L. (2008). Ilusiones de humo. Sentidos y sinsentidos del consumo femenino de cigarrillos. *Revista de Humanidades y Ciencias Sociales*, 2, 1-18.
- Jiménez, T. I., Musitu, G., i Murgui, S. (2006). Funcionamiento y comunicación familiar y consumo de sustancias en la adolescencia: el rol mediador del apoyo social. *Revista de Psicología Social*, 21(1), 21-34.
- Jiménez-Muro, A., Beamonte, A., Marqueta, A., Gargallo, P., i Nerín, I. (2009). Consumo de drogas en estudiantes universitarios de primer curso. *Adicciones*, 21(1), 21-28.
- Joffer, J., Jerdén, L., Öhman, A., i Flaking, R. (2016). Exploring self-rated health among adolescents: a think-aloud study. *BMC Public Health*, 16, 156-166.
- John, U., Meyer, C., Schumann, A., Hapke, U., Rumpf, H. J., Adam, C., . . . Lüdemann, J. (2004). A short form of the Fagerström Test for Nicotine Dependence and the Heaviness of Smoking Index in two adult population samples. *Addictive Behaviors*, 84(7), 1207-1212.
- Joyner, M. J., i Coyle, E. F. (2008). Endurance exercise performance: the physiology of champions. *Journal of Applied Physiology*, 586(1), 35-44.
- Juan, M., Duch, M., i Calafat, A. (2012). Hacer prevención de riesgos del consumo de alcohol y otras drogas en el contexto recreativo nocturno. Una aproximación conceptual, estructura y funcional. En L. Pérez, C. Nuez & J. del Pozo (Eds.), *Tecnologías de la comunicación, jóvenes y promoción de la salud* (pp. 186-206). La Rioja: Gobierno de La Rioja.
- Julià, A., Escapa, S., Mari-Klose, M., i Marí-Klose, P. (2012). Factores de riesgo psicosociales en el consumo de tabaco de los adolescentes: estados de ánimo negativos, grupo de iguales y estilos parentales. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 24(4), 309-318.
- Kandel, D. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. *Science*, 190(4217), 912-914.
- Kaplan, H. B. (1982). Deviant behavior and self-enhancement in adolescence. En M. Rosenberg & H. B. Kaplan (Eds.), *Social psychology of the self-concept* (pp. 466-482). Illinois: Harlan Davidson.
- Karam, E., Kypri, K., i Salomoun, M. (2007). Alcohol use among college students: an international perspective. *Current Opinion Psychiatry Journal*, 20, 213-221.

- Kashdan, T. B., Vetter, C. J., i Collins, R. L. (2005). Substance use in young adults: Associations with personality and gender. *Addictive Behaviors*, 30(2), 259-269.
- Katzmarzyk, P. T. (2010). Physical activity, sedentary behavior, and health: paradigm paralysis or paradigm shift?. *Diabetes*, 59(11), 2717-2725.
- Kaufman, L., i Rousseeuw, P. J. (1990). *Finding groups in data*. New York: Wiley.
- Kavas, A. B. (2009). Self-esteem and health-risk behaviors among Turkish late adolescents. *Adolescence*, 44(173), 187-198.
- Keller, S., Maddock, J. E., Hannöver, W., Thyrian, J. R., i Basler, H. (2008). Multiple health risk behaviors in German first year university students. *Preventive Medicine*, 46(3), 189-195.
- Kelly, A. B., Chan, G. C. K., White, A., Saunders, J. B., Baker, P. J., i Connor, J. P. (2014). Is there any evidence of changes in patterns of concurrent drug use among young australian 18-29years between 2007 and 2010?. *Addictive Behaviors*, 39(8), 1249-1252.
- Kelly-Weeder, S. (2008). Binge drinking in college - aged women: Framing a gender - specific prevention strategy. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(12), 577-584.
- Kelly-Weeder, S. (2011). Binge drinking and disordered eating in college students. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 23(1), 33-41.
- Kemmlar, W., Scharf, M., Lell, M., Petrasek, C., i Von Stengel, S. (2014). High versus moderate intensity running exercise to impact cardiometabolic risk factors: the randomized controlled RUSH-study. *BioMedical Research International*. <http://dx.doi.org.10.1155/2014/843095>
- Keys, A. (1970). Coronary heart disease in seven countries. *Circulation*, 41(1), 186-195.
- King, K. A., Vidourek, R. A., English, L., i Merians, A. L. (2014). Vigorous physical activity among college students: using the health belief model to assess involvement and social support. *Archives of Exercise in Health and Disease*, 4(2), 267-279.
- Klomsten, A. T., Skaalvik, E. M., i Espnes, G. A. (2004). Physical self-concept and sports: Do gender differences still exist?. *Sex Roles*, 50(1-2), 119-127.
- Kloos, A., Weller, R. A., Chan, R., i Weller, E. B. (2009). Gender differences in adolescents substances abuse. *Current Pshychiatry Reports*, 11(2), 120-126.
- Kokkevi, A. E., Arapaki, A. A., Richardson, C., Florescu, S., Kuzman, M., i Stergar, E. (2007). Further investigation of psychological and environmental correlates of substance use in adolescence in six European countries. *Drug and Alcohol Dependence*, 88(2), 308-312.
- Kokkevi, A. E., Richardson, C., Florescu, S., Kuzman, M., i Stergar, E. (2007). Psychosocial correlates of substance use in adolescence: A cross-national study in six European countries. *Drug and Alcohol Dependence*, 86(1), 67-74.
- Kontogianni, M. D., Farmaki, A. E., Vidra, N., Sofrona, S., Magkanari, F., i Yannakoulia, M. (2010). Associations between lifestyle patterns and body mass index in a sample of

- Greek children and adolescents. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 110(2), 215-221.
- Korhonen, T., Kujala, U. M., Rose, R. J., i Kaprio, J. (2009). Physical activity in adolescence as a predictor of alcohol and illicit drug use in early adulthood: a longitudinal population based twin study. *Twin Research Human Genetic*, 12(3), 261-268.
- Kowalska, A., Rzeznicki, A., i Stelmach, W. (2009). Poularizing smoking among academic youth during the first years of studies. *Przegl Lek*, 66(10), 698-701.
- Kracmarová, L., Klusonová, H., Petrelli, F., i Grappasonni, I. (2011). Tobacco, alcohol and illegal substances: Experiences and attitudes among Italian university students. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 57(5), 523-528.
- Krause, N. M., i Jay, G. M. (1994). What do global self-rated health items measure?. *Medical Care*, 32(9), 930-942.
- Kwan, M., Bobko, S., Faulkner, G., Donnelly, P., i Cairney, J. (2014). Sport participation and alcohol and illicit drug use in adolescents and young adults: A systematic review of longitudinal studies. *Addictive Behaviors*, 39(3), 497-506.
- Kwan, M., Cairney, J., Faulkner, G. E., i Pullenayegum, E.E. (2012). Physical activity and other health-risk behaviors during the transition into early adulthood: a longitudinal cohort study using the Global Health Professions Student Survey. *American Journal of Preventive Medicine*, 42(1), 14-20.
- La Torre, G., Kirch, W., Bes-Rastrollo, M., Ramos, R.M., Czaplicki, M., Gualano, M., . . . Boccia, A. (2012). Tobacco use among medical students in Europe: Results of a multicentre study using the Global Health Professions Student Survey. *Public Health*, 126(2), 159-164.
- Lairon, D., Vincent, S., i Defoort, C. (2006). Alimentation méditerranéenne et maladies cardiovasculaires: analyse des études d'intervention. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, 41(6), 335-340.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians. A working document*. Ottawa, ON: Minister of Supply and Service Canada Recuperat de <http://nccdh.ca/resources/entry/new-perspective-on-the-health-of-canadians>.
- Landmann, C., Nogueira, G., Borges, P. R., da Silva, W., Torquato, L., Carbalho, D., . . . Azeredo, C. (2015). Determinants of self-rated health and influence of healthy behaviours: results from the National Survey, 2013. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18(2), 33-44.
- Lappalainen, R., Saba, A., Holm, L., Mykkanen, H., Gibney, M. J., i Moles, A. (1997). Difficulties in trying to eat healthier: descriptive analysis of perceived barriers for healthy eating. *European Journal of Clinical Nutrition*, 51, S36-40.
- Laska, M. N., Pasch, K. E., Lust, K., Story, M., i Ehlinger, E. (2009). Latent class analysis of lifestyle characteristics and health risk behaviors among college youth. *Prevention Science*, 10(4), 376-386.
- Latorre-Román, P. Á., Gallego-Rodríguez, M., Mejía-Meza, J. A., i García-Pinillos, F. (2015). Consumo de tabaco y alcohol y práctica deportiva en universitarios mexicanos y

- españoles: asociación con la calidad de vida relacionada con la salud y la búsqueda de sensaciones. *Gaceta Médica de México*, 151, 197-205.
- Laure, P., Binsinger, C., Friser, A., Ambard, M. F., i Girault, S. (2005). L'estime de soi et l'anxiété sont-elles prédictives de la consommation de substances psychoactives par les préadolescents? *Psychotropes*, 11(1), 73-90.
- Laursen, P. B. (2010). Training for intense exercise performance: high intensity or high-volume training?. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 20(2), 1-10.
- Layes, A., Asada, Y., i Kepar, G. (2012). Whiners and deniers - what does self-rated health measure?. *Social Science & Medecine*, 75, 1-9.
- Lázaro, C. J. (2011). *Hábitos de consumo de alcohol y su relación con la condición física saludable en adolescentes de la región de Murcia*. Universidad de Murcia, Murcia.
- Ledo-Varela, M, de Luis, D A, González-Sagrado, M, Izaola, O, Conde, R, i Aller, R. (2011). Características nutricionales y estilo de vida en universitarios. *Nutrición Hospitalaria*, 26(4), 814-818.
- Lema, L. F., Salazar, I. C., Varela, M. T., Tamayo, J. A., Rubio, A., i Botero, A. (2010). Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida. *Pensamiento psicológico*, 5(12), 71-88.
- Lindwall, M., i Hassmen, P. (2004). The role of exercise and gender for physical self-perceptions and importance ratings in Swedish university students. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 14(6), 373-380.
- Lippke, S., Nigg, C. R., i Maddock, J. E. (2012). Health-promoting and health-risk behaviors: theory-driven analyses of multiple health behavior change in three international samples. *International Journal of Behavioral Medecine*, 19(1), 1-13.
- Lisha, N. E., i Sussman, S. (2010). Relationship of high school and college sports participation with alcohol, tobacco, and illicit drugs use: A review. *Addictive Behaviors*, 35, 339-407.
- Llorens, N., Palmer, A., i Perelló, M. J. (2005). Características de personalidad en adolescentes como predictores de la conducta de consumo de sustancias psicoactivas. *Trastornos adictivos*, 7(2), 90-96.
- Llorens, N., Perelló, M. J., i Palmer, A. (2004). Estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. *Adicciones*, 16(4), 1-6.
- Loland, N. W. (1998). Body image and physical activity. A survey among Norwegian men and women. *International Journal of Sport Psychology*, 29(4), 339-365.
- López Atencio, P., Prado, J. R., Montilla, M., Molina, Z., Da Silva, G., i Arteaga, F. (2008). Insatisfacción por la imagen corporal y la baja autoestima por la apariencia física en estudiantes de la facultad de medicina de la Universidad de los Andes del estado de Mérida Venezuela. *Revista MH Salud*, 5(1), 11-14.
- López-Palacios, S., Cabezas, I., García-Abad, M. A., Geanini, J., López-Bilbao, C., i Martín-Moreos, J. M. (2003). *Guía de Actuación para el Abordaje del Tabaquismo en Atención Primaria del Área 3*. Madrid: Instituto de Salud Pública.

- López-Torrecillas, F., Peralta, I., Muñoz-Rivas, M.J., i Godoy, J.F. (2003). Autocontrol y consumo de drogas. *Adicciones*, 15(2), 127-136.
- Lozano, A., i Herrero-Gutiérrez, E. (coord.). (2013). Estudio de factores relacionados con la salud en el alumnado universitario. En Consejería de Sanidad y Política Social (Ed.), *Proyecto de Universidad saludable de la Universidad de Murcia*. Murcia: REUS-UMU. Universidad de Murcia.
- Lucena, V., Ruiz-Olivares, R., Pino, J. M., i Herruzo, J. (2013). Consumo de alcohol, tabaco y psicofármacos en jóvenes universitarios y no universitarios. *Psicología conductual*, 21(1), 123-136.
- Luengo, M. A., Romero, E., Gómez, J. A., Guerra, A., i Lence, M. (1999). *La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela: análisis y evaluación de un programa*. Santiago de Compostela: Universidad Santiago de Compostela.
- Lumbreras, I., Moctezuma, M. G., Dosmantes, L. D., Medina, M. A., Cervantes, M., López, M. R., i Méndez, P. (2009). Estilo de vida y riesgos para la salud en estudiantes universitarios: hallazgos para la prevención. *Revista digital universitaria*, 10(2). <http://www.revista.unam.mx/vol.10/num2/art12/int12.htm>
- Luo, J., Agle, J., Hendryx, M., Gassman, R., i Lohrmann, D. (2015). Risk patterns among college youth: identification and implications for prevention and treatment. *Health Promotion Practica*, 16(1), 132-141.
- Maggs, J. L., i Schulenberg, J. E. (2005). Initiation and course of alcohol consumption among Adolescents and Young Adults. En M. Galanter, C. Lowman, G. M. Boyd, V. B. Faden, E. Witt & D. Lagressa (Eds.), *Recent developments in alcoholism (Alcohol problems in adolescents and young adults)* (Vol. 17, pp. 29-47). Springer, Boston, MA: Springer US.
- Mahoney, C. A., i Vest, A. E. (2012). The over-scheduling hypothesis revisited: intensity of organized activity participation during adolescence and young adult outcomes. *Journal of Research on Adolescence*, 22(3), 409-418.
- Malete, L., Sullivan, P., i Matthies, B. K. (2008). Examining physical self - perceptions and physical activity of Jamaican youths: A cultural extension of the PSPP. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 6(1), 39-52.
- Mantilla, S. C., i Gómez-Conesa, A. (2007). El Cuestionario Internacional de Actividad Física. Un instrumento adecuado en el seguimiento de la actividad física poblacional. *Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología*, 10(1), 48-52.
- Mantilla, S. C., Gómez-Conesa, A., i Hidalgo, M. D. (2011). Actividad física, tabaquismo y consumo de alcohol, en un grupo de estudiantes universitarios. *Revista de Salud Pública*, 13(5), 748-758.
- March, J. C., Prieto, M. A., Danet, A., Ruiz, A., García, N., i Ruiz, P. (2010). Parent's positioning towards alcohol consumption in 12 to 17 years old adolescents from six urban areas in Spain. *Gaceta Sanitaria*, 24(1), 53-58.
- Marchago, J. (2002). Autoconcepto físico y dilemas corporales de la ciudadanía adolescente. *Revista Psicosocial*, 2, 1-25.

- Marques, A., Mota, J., Gaspar, T., i Gaspar de Matos, M. (2017). Associations between self-reported fitness and self-rated health, life satisfaction and health-related quality of life among adolescents. *Journal of Exercise Science and Fitness*, 15(1), 8-11.
- Marqueta, A., Beamonte, A., Jiménez-Muro, A., Gargallo, P., i Nerín, I. (2008). ¿Son útiles los cuestionarios utilizados actualmente en el tratamiento del tabaquismo?. *Prevención del tabaquismo*, 10(2), 56-62.
- Márquez-Sandoval, F, Bulló, M, Vizmanos, B, Casas-Agustench, P, i Salas-Salvadó, J. (2008). Un patrón de alimentación saludable: la dieta mediterránea tradicional. *Antropogía*, 16, 11-22.
- Marrodán, M. D., Montero, P., i Cherkaoui, M. (2012). Transición nutricional en España durante la historia reciente. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, 32(2), 55-64.
- Marsh, H. W. (1996a). Construct validity of Physical Self-Description Questionnaire responses: Relations to external criteria. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 18, 111-131.
- Marsh, H. W. (1996b). Physical Self Description Questionnaire: stability and discriminant validity. *Research quarterly for exercise and sport*, 67(3), 249-264.
- Marsh, H. W. (1997). The measurement of physical self-concept: A construct validation approach. En K. R. Fox (Ed.), *The Physical Self from motivation well-doing* (pp. 27-58). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Marsh, H. W. (2008). A multidimensional hierarchical model of self-concept: An important facet of personality. *The SAGE handbook of personality theory and assessment*, 1, 447-469.
- Marsh, H. W., Ascí, F. H., i Tomás, A. I. (2002). Multitrait-multimethod analyses of two physical self-concept instruments: a cross-cultural perspective. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 24(2), 99-119.
- Marsh, H. W., Martin, A. J., i Jackson, S. (2010). Introducing a short version of the Physical Self Description Questionnaire: new strategies, short-form evaluative criteria, and applications of factor analyses. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 32, 438-482.
- Marsh, H. W., Richards, G. E., Johnson, S., Roche, L., i Tremayne, P. (1994). Physical Self-Description Questionnaire: Psychometric properties and a multitrait-multimethod analysis of relations to existing instruments. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 16(3), 270-305.
- Martín-Montañez, E., Barón-López, F.J., Rubio, L.O., Pavía, J., Miranda, J., i Santos, I.M. (2011). Consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras sustancias psicoactivas en estudiantes de la Universidad de Málaga. *Transtornos Adictivos*, 13(4), 160-166.
- Martínez, I., Fuentes, M., García, F., i Madrid, I. (2013). El estilo de socialización familiar como factor de prevención o riesgo para el consumo de sustancias y otros problemas de conducta en los adolescentes españoles. *Adicciones*, 25(3), 235-242.
- Martínez Lemos, R. I. (2008). *Prevalencia y factores asociados al hábito sedentario en una población de universitarios*. Comunicació presentada a la Actas V Congreso Asociación Española de Ciencias del Deporte.

- Martínez, M. , Hernández, M. D., Ojeda, M., Mena, R., Alegre, A., i Alfonso, J. L. (2009). Desarrollo de un programa de educación nutricional y valoración del cambio de hábitos alimentarios saludables en una población de estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria. *Nutrición Hospitalaria*, 24(4), 504-510.
- Martínez Pastor, A., Balanza, S., Leal, M., Martínez, A., Conesa, C., i Abellán, J. (2009). Relación entre el consumo de tabaco y alcohol y el ejercicio físico con el paso por la universidad. *Atención primaria*, 41(10), 558-563.
- Martínez Pastor, A., Balanza, S., Leal, M., Martínez, A., Conesa, C., i Abellán, J. (2010). Influencia del género en los estilos de vida que se asocian a enfermedades vasculares en Universitarios. *Hipertensión y riesgo vascular*, 27(4), 138-145.
- Martínez-Domínguez, G. I., Martínez-Sánchez, L. M., Rodríguez, M. A., Mesa, P., Muñoz, J. E., i Bedoya, J. (2008). Características del consumo de psicotrópicos en estudiantes de Ciencias de la Salud. *Vitae, Revista de la Facultad de Química Farmacéutica*, 15(2), 244-250.
- Martínez-González, L., Fernández, T., Molina, A. J., Ayán, C., Bueno, A., Capelo, R., . . . Martín, V. (2014). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en universitarios españoles y factores asociados: proyecto unHicos. *Nutrición Hospitalaria*, 30(4), 927-934.
- Martínez-González, M. A., Bes - Rastrollo, M., Serra - Majem, L., Lairon, D., Estruch, R., i Trichopoulou, A. (2009). Mediterranean food pattern and the primary prevention of chronic disease: recent developments. *Nutrition Reviews*, 67(s1), S111-S116. doi: 10.1111/j.1753-4887.2009.00172.x
- Martínez-Lorca, M., i Alonso-Sanz, C. (2003). Búsqueda de sensaciones, autoconcepto, asertividad y consumo de drogas ¿existe relación?. *Adicciones*, 15(2), 145-158.
- Matthews, C. E., George, S. M., Moore, S. C., Bowles, H. R., Blair, A., Park, Y., . . . Schatzkin, A. (2012). Amount of time spent in sedentary behaviors and cause-specific mortality in US adults. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 95, 437-445.
- Mayo, X., del Villar, F., i Jiménez, A. (2017). *Termómetro del sedentarismo en España. Informe sobre la inactividad física y el sedentarismo en la población adulta española*. Madrid: Fundación España Activa.
- Mayorga, D., Viciano, J., i Cocca, A. (2012). Relationship between physical self-concept and health-related physical fitness in Spanish schoolchildren. *Procedia: Social and Behavioral Sciences*, 69, 659-668.
- McAlister, Alfred L. (1981). Social and environmental influences on health behavior. *Health Education & Behavior*, 8(1), 25-31.
- McCabe, S. E., Schulenberg, John E, O'Malley, P. M., Patrick, M. E., i Kloska, D. D. (2014). Non - medical use of prescription opioids during the transition to adulthood: a multi - cohort national longitudinal study. *Addiction*, 109(1), 102-110.
- McCabe, S. E., West, B. T., Teter, C. J., i Boyd, C. J. (2014). Trends in medical use, diversion, and nonmedical use of prescription medications among college students from 2003 to 2013: Connecting the dots. *Addictive Behaviors*, 39(7), 1176-1182.

- Meader, N., King, K. A., Moe-Byrne, T., Wright, K., Graham, H., Petticrew, M., . . . Sowden, A. J. (2016). A systematic review on the clustering and co-occurrence of multiple risk behaviours. *BMC Public Health*, 16. DOI: 10.1186/s12889-016-3373-6
- Meda, R. M., Moreno, B., Morales, M., Torres, P., Lara, B., i Nava, G. (2004). Creencias de salud-enfermedad en estudiantes universitarios. *Revista de Educación y Desarrollo*, 3, 31-37.
- Mediano-Stoltze, F., Repetto, P., i Molina, Y. (2013). Insatisfacción corporal, creencias sobre control del peso y consumo de cigarrillos en jóvenes. *Terapia psicológica*, 31(2), 155-163.
- Megías, E., i Elzo, J. (Coords.). (2006). *Jóvenes, valores, drogas*. Madrid: Delegación de Gobierno para el Plan nacional sobre drogas.
- Meireles, A. L., Xavier, C. C., DeSouza, A. C. , Proietti, F. A., i Caiaffa, W. T. (2015). Self-rated health during adolescents: the roles of age, gender, and their associated factors. *Plos One*, 10(7), 1-14.
- Mendoza, R., López, P., i Reyes, M. (2007). Diferencias de género en la evolución del tabaquismo adolescente en España (1986-2002). *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 19(3), 273-287.
- Meneses, C., Romo, N., Uroz, J., Gil, E., Markez, I., Giménez, S., i Vega, A. (2009). Adolescencia, consumo de drogas y comportamientos de riesgo: diferencias por sexo, etnicidad y áreas geográficas en España. *Trastornos adictivos*, 11(1), 51-63.
- Míguez, M., Castro, L., Collins, A., i de la Montaña, J. (2013). Variaciones en la dieta de universitarios gallegos (campus de Ourense) con relación al patrón cardioprotector de la dieta mediterránea. *Nutrición Hospitalaria*, 28(6), 2099-2106.
- Mikolajczyk, R. T., Brzoska, R. T., Maier, C., Ottova, V., Meier, S., Dudziak, U., . . . El Ansari, W. (2008). Factors associated with self-rated health status in university students: a cross-sectional study in three european countries. *BMC Public Health*, 8(1), 215-225.
- Milanović, Z., Sporiš, G., i Weston, M. (2015). Effectiveness of high-intensity interval training (HIT) and continuous endurance training for VO₂max improvements: a systematic review and meta-analysis of controlled trials. *Sports Medecine*, 45(10), 1469-1481.
- Milligan, G., i Cooper, M. (1985). *An examination of procedures for determining the number of cluster in a data set* (Vol. 159-179). *Psychometrika*: 50.
- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. (2015). *Datos básicos del sistema universitario español*. Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2017). *Informe Juventud en España 2016*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Ministerio de Sanidad. Consumo y Bienestar Social. (2018). *Encuesta Nacional de Salud, España 2017*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Ministerio de Sanidad. Política Social e Igualdad. (2016). *Informe anual del sistema nacional de salud 2015*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

- Ministerio de Sanidad. Servicios Sociales e Igualdad. (2005). *Estrategia NAOS. Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad*. Madrid: Agencia Española de Seguridad Alimentaria.
- Ministerio de Sanidad. Servicios Sociales e Igualdad. (2013a). *Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES) 2012/2013, España*. Madrid: Ministerio de Sanidad , Servicios Sociales e Igualdad.
- Ministerio de Sanidad. Servicios Sociales e Igualdad. (2013b). *Encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España. EDADES 2011-2012*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Minuchin, P. (1996). Actividad física y salud. *El cirujano general*, 1, 1-23.
- Molero, D., Ortega, F., Valiente, I., i Zagalaz, M. L. (2010). Estudio comparativo del autoconcepto físico en adolescentes en función del género y del nivel de actividad físico-deportiva. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, 17, 38-41.
- Molero, D., Zagala-Sánchez, M. L., i Cachón-Zagalaz, J. (2013). Estudio comparativo del autoconcepto físico a lo largo del ciclo vital. *Revista de Psicología del Deporte*, 22(1), 135-142.
- Molina, A. J., Varela, V., Fernández, T., Martín, V., Ayán, C., i Cancela, J. M. (2012). Hábitos no saludables y práctica de actividad física en estudiantes universitarios españoles: papel del género, perfil académico y convivencia. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 24(4), 319-328.
- Molina-García, J., Castillo, I., i Pablos, C. (2009). Determinants of leisure-time physical activity and future intention to practice in Spanish college students. *The Spanish Journal of Psychology*, 12(1), 128-137.
- Molina-García, J., Castillo, I., i Queralt, A. (2011). Leisure-time physical activity and psychological well-being in university students. *Revista de Psicología del Deporte*, 25(1), 453-460.
- Mollinedo, F. E., Trejo, P. M., Araujo, R., i Lugo, L. G. (2013). Índice de masa corporal, frecuencia y motivos de estudiantes universitarios para realizar actividad física. *Educación médica superior*, 27(3), 189-199.
- Moore, J. B., Mitchell, N. G., Beets, M. W., i Bartholomew, J. B. (2012). Physical self-esteem in older adults: A test of the indirect effect of physical activity. *Sport, Exercise, and Performance Psychology*, 1(4), 231-241.
- Morales, G., del Valle, C., Belmar, C., Orellana, Y., Soto, A., i Ivanovic, D. (2011). Prevalencia del consumo de drogas en estudiantes universitarios que cursan primer y cuarto año. *Revista médica de Chile*, 139, 1573-1580.
- Morales-Manrique, C.C., Bueno-Cañigeral, F.J., Aleixandre-Benavent, R., i Valderrama-Zurián, J.C. (2011). Creencias y motivos asociados al consumo de cannabis en población escolarizada de la ciudad de Valencia, España. *Trastornos adictivos*, 13(4), 151-159.

- Morano, M., Colella, D., Robazza, C., Bortoli, L., i Capranica, L. (2011). Physical self-perception and motor performance in normal-weight, overweight and obese children. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 21(3), 465-473.
- Moreno, C. (2012). *Factores que influyen en la actividad física y en los hábitos alimentarios de los estudiantes universitarios*. (Tesi doctoral, Universitat de les Illes Balears, Illes Balears). Recuperat de http://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/2578/Moreno_Gomez_Carlos.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Moreno, C., Romaguera, D., Tauler, P., Bennassar, M., Pericas, J., Martínez, S., i Aguiló, A. (2012). Clustering of lifestyle factors in Spanish university students: the relationship between smoking, alcohol consumption, physical activity and diet quality. *Public Health Nutrition*, 15(11), 2131-2139.
- Moreno Murcia, J. A., i Cervelló, E. (2005). Physical self-perception in Spanish adolescents: effects of gender and involvement in physical activity. *Journal of Human Movement Studies*, 48(4), 291-311.
- Moreno Murcia, J. A., Cervelló, E., Huéscar, E., i Llamas, L. (2011). Relación de los motivos de práctica deportiva en adolescentes con la percepción de competencia, imagen corporal y hábitos saludables. *Cultura y educación*, 23(4), 533-542.
- Moreno Murcia, J. A., Cervelló, E., i Moreno, R. (2008). Importancia de la práctica físico-deportiva y del género en el autoconcepto físico de los 9 a los 23 años. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 171-183.
- Moreno Murcia, J. A., Moreno, R., i Cervelló, E. (2007). El autoconcepto físico como predictor de la intención de ser físicamente activo. *Psicología y Salud*, 17(2), 261-267.
- Moreno Murcia, J. A., Moreno, R., i Cervelló, E. (2009). Relación del autoconcepto físico con las conductas de consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 21(2), 147-154.
- Morris, L. J., D'Este, C., Sargent, -Cox, K., i Anstey, K. J. (2016). Concurrent lifestyle risk factors: Clustering and determinants in an Australian sample. *Preventive Medicine*, 84, 1-5.
- Moscoso, D. (2011). Hábitos de actividad física y deportiva de los jóvenes a su llegada a la Universidad. *Tándem. Didáctica de la Educación Física*, 35, 8-16.
- Moscoso, D., Martín, M., Pedrejas, N., i Sánchez, R. (2013). Sedentarismo activo. Ocio, actividad física y estilos de vida de la juventud española. *Archivos de Medicina del Deporte*, 30(6), 341-347.
- Moscoso, D., i Moyano, E. (2009). *Esport, salut i qualitat de vida* (Vol. 26). Barcelona: Fundació La Caixa.
- Mota, N., Álvarez-Gil, R., Corral, M., Rodríguez Holguín, S., Parada, M., Crego, A., . . . Cadaveira, F. (2010). Risky alcohol use and heavy episodic drinking among Spanish University students: a two-year follow-up. *Gaceta Sanitaria*, 24(5), 372-377.
- Muñoz-Rivas, M., Andreu, J.M., i Gutiérrez, P. (2005). Género y continuidad en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis en jóvenes. *Salud y Drogas*, 5(2), 67-80.

- Murawski, B. M., Elizathe, L., i Rutzstein, G. (2009). Hábitos alimentarios e insatisfacción con la imagen corporal: Un estudio comparativo entre mujeres y varones estudiantes de escuelas secundarias. *Anuario de investigaciones*, 16, 65-72.
- Mushtaq, N., i Beebe, L. A. (2017). Psychometric properties of Fageström Test of nicotine dependence for smokeless tobacco users (FTND-ST). *Nicotine & Tobacco Research*, 19(9), 1095-1101.
- Musitu, G., i Herrero, J. (2003). El rol de la autoestima en el consumo moderado de drogas en la adolescencia. *Revista Internacional de Ciencias Sociales*, 13(1), 285-306.
- Musitu, G., Jiménez, T. I., i Murgui, S. (2007). Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes: un modelo de mediación. *Salud pública de México*, 49(1), 3-10.
- Nadal, R. (2008). La búsqueda de sensaciones y su relación con la vulnerabilidad a la adicción y al estrés. *Adicciones*, 20(1), 72-59.
- Nakamura, P., Teixeira, I. P., Caraça, B. P., Sebastião, E., Bosqueiro, C., Gobbi, S., i Kokubun, E. (2014). Health related quality of life is differently associated with leisure-time physical activity intensities according to gender: a cross-sectional approach. *Health Qual Life Outcomes*, 12(1). doi: 10.1186/1477-7525-12-98
- Navarro, S., López, M., Gil, M., Kramer, M.C., Bueno, M.J., Alfaya, M. M., i Navarro, M. S. (2006). La etapa universitaria como factor de cambio de hábitos saludables. *Educare21*, 3, 1-6.
- Nerín, I., Crucelaegui, A., Novella, P., Beamonte, A., Sobradie, N., Bernal, V., i Gargallo, P. (2005). Evaluación de la dependencia psicológica mediante el test de Glover-Nilsson en el tratamiento del tabaquismo. *Archivos de Bronconeumología*, 41 (9), 493-498.
- Nerín, I., Guillén, D., Mas, A., i Crucelaegui, A. (2004). Evaluation of the influence of medical education on the smoking attitudes of future doctors. *Archivos de Bronconeumología*, 40(8), 341-347.
- Nery, J. M., Chor, D., Werneck, G. L., Carvalho, M. S., Medina, C., Lopes, C. S., i Faerstein, E. (2012). Association between self-rated health and mortality: 10 year follow-up the Pró-Saúde cohort study. *BMC Public Health*, 12, 676-686.
- Nestle, M. (1995). Mediterranean diets: historical and research overview. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 61(6), 1313S-1320S.
- Noble, N., Paul, C., Turon, H., i Oldmeadow, C. (2015). Which modifiable health risk behaviours are related? A systematic review of the clustering of smoking, nutrition, alcohol and physical activity ('SNAP?') health risk factors. *Preventive Medicine*, 81, 16-41.
- Norte, A. I., i Ortiz, R. (2011). Calidad de la dieta española según el índice de alimentación saludable. *Nutrición Hospitalaria*, 26(2), 330-336.
- Nuñez Rojas, A. C. (2004). *Jóvenes universitarios y salud "Vivir la universidad"*. (Maestría de Educación, Universidad de Manizales, Universidad de Manizales, Colombia), Manizales. Recuperat de http://ridum.umanizales.edu.co:8080/jspui/bitstream/6789/356/1/404_371.pdf

- Nuñez-Smith, M., Wolf, E., Huang, H. M., Emanuel, D. J., i Gross, C. P. (2008). *Media and child and adolescent health: A SYSTEMATIC REVIEW*. Washington DC: Common Sense Media.
- Nuviala, A., Grao, A., Fernández, A., Alda, O., Burges, J. A ., i Jaume, A. . (2009). Autopercepción de la salud, estilo de vida y actividad física organizada. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*, 9(36), 414-430.
- Nuviala, A., Munguía, D., Fernández, A., Ruiz-Juan, F., i García Montes, M E. (2009). Tipologías de ocupación del tiempo libre de adolescentes españoles: el caso de los participantes en actividades físicas organizadas. *Journal of Human Sport & Exercise*, 4(1), 31-43.
- O'Brien, L., Albert, D., Chein, J., i Steinberg, L. (2011). Adolescents prefer more immediate rewards when in the presence of their peers. *Journal of Research on Adolescence*, 21, 747-753.
- Observatorio de la Vida Activa y Saludable de la Fundación Activa, Centro de Estudios del Deporte Universidad Rey Juan Carlos, i CSIC. (2017). *Termómetro del sedentarismo en España*. Madrid: Fundación España Activa.
- Observatorio Vasco de la Juventud. (2017). *Diagnóstico de la situación de la juventud de Euskadi*. Bilbao: Gobierno Vasco.
- Ochoa, E. (2007). Aspectos diferenciales en los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas. En L. Ferrando (Ed.), *Salud mental y género en la práctica clínica* (pp. 95-121). Madrid: Ars medica.
- OECD. (2013). *Health at a Glance 2013: OECD indicators* Paris: OECD Publishing.
- OECD. (2017). *Health at a Glance 2017: OECD indicators*. Paris: OECD Publishing.
- OEDT. (2011). *Informe 2011 del Observatorio Español sobre Drogas. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España* (Vol. 20). Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad,.
- OEDT. (2013). *European Drug Report*. Luxemburgo: Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías.
- OEDT. (2014). *Informe Europeo sobre Drogas. Tendencias y novedades*. Lisboa: OEDT.
- OEDT. (2016a). *EDADES 2015-2016. Encuesta sobre alcohol y drogas en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- OEDT. (2016b). *Informe 2016. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- OEDT. (2017). *Estadísticas 2017. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Ig.
- Okazaki, K., Okano, S., HAgab, S., Seki, A., Suzuki, H., i Takahashi, K. (2014). One-year outcome of an intervention among university students. *International Journal of Medical Informatics*, 83(5), 354-360.

- Oliva, A. (2007). Desarrollo cerebral y asunción de riesgos durante la adolescencia. *Apuntes de Psicología*, 25(3), 239-254.
- Oliva, A., Parra, A., i Sánchez-Queija, I. (2008). Consumo de sustancias durante la adolescencia: trayectorias evolutivas y consecuencias para el ajuste psicológico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 153-169.
- Olmedilla, A., Ortega, E., i Abenza, L. (2016). Self-concept, sport, and physical activity practice in university students. *Journal of Human Sport & Exercise*, 11(4), 415-425.
- OMS. (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Recuperat el 14.09.2012, de <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf?ua=1>
- OMS. (1989). *La salud de la juventud. Documento de referencia. Serie discusiones técnicas*. Ginebra: OMS.
- OMS. (2004). Estrategia Mundial de la OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. Ginebra: OMS.
- OMS. (2010). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*. Ginebra: OMS.
- OMS. (2011). Los jóvenes y los riesgos sanitarios. *64ª Asamblea Mundial de la Salud*: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2013). Enfermedades no transmisibles. Nota descriptiva. Recuperat el 10.04.2013, de <https://http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Ortiz-Moncada, R, Norte, A, Zaragoza, A, Fernández, J, i Davó, M. (2012). ¿Siguen patrones de dieta mediterránea los universitarios españoles?. *Nutrición Hospitalaria*, 27(6), 1952-1959.
- Østergaard, J., Østergaard, S. V., i Fletcher. (2016). Preferences for simultaneous polydrug use. A comparative study of young adults in England and Denmark. *Contemporary Drug Problems*, 43(4), 350-368.
- Ottevaere, C., Huybrechts, I., Benser, J., De Bourdeaudhuij, I., Cuenca-Garda, M., Dallongeville, J., . . . Group, the HELENA Study. (2011). Clustering patterns of physical activity, sedentary and dietary behavior among European adolescents: the HELENA study. *BMC Public Health*, 11, 328-338.
- Owen, N., Sparling, P. B., Healy, G. N., Dunstan, D. W., i Matthews, C. E. (2010). Sedentary behavior: emerging evidence for a new health risk. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(12), 1138-1141.
- Páez, M. L. (2012). Universidades saludables: los jóvenes y la salud. *Archivos de Medicina*, 12(2), 205-220.
- Paletas, K., Athanasiadou, E., Sarigianni, M., Paschos, P., Kalogirou, A., Hassapidou, M., i Tsapas, A. (2010). The protective role of the Mediterranean diet on the prevalence of metabolic syndrome in a population of Greek obese subjects. *Journal of the American College of Nutrition*, 29(1), 41-45.

- Palmer, R. H. C., Young, C. J., Hopfer, R. P., Corley, M. C., Stalling, M. C., Crowley, J. K., i Hewitt, J. K. (2009). Developmental epidemiology and young adulthood: Evidence of generalized risk. *Drug and Alcohol Dependence*, 102(1-3), 78-87.
- Pang, R. D., Zvolensky, M. J., Schmidt, N. B., i Leventhal, A. M. (2015). Gender differences in negative reinforcement smoking expectancies. *Nicotine & Tobacco Research*, 17(6), 750-754.
- Papadaki, A., Hondros, G., A Scott, J, i Kapsokefalou, M. (2007). Eating habits of university students living at, or away from home in Greece. *Appetite*, 49(1), 169-176.
- Papathanasiou, G., Papandreou, M., Galanos, A., Kartianou, E., Tsepis, E., Kalfakakou, V., i Evangelou, A. (2012). Smoking and Physical Activity interrelations in Health Science Students. Is smoking associated with Physical Inactivity in young adults? *Hellenic Journal of Cardiology*, 53, 17-25.
- Park, M. J., Mulye, T. P., Adams, S. H., Brindis, C. D., i Irwin, C. E. (2006). The health status of young adults in the United States. *Journal of Adolescent Health*, 39(3), 305-317.
- Parker, P. D., Martin, A. J., Martinez, C., Marsh, H. W., i Jackson, S. A. (2010). Stages of change in physical activity: A validation study in late adolescence. *Health Education & Behavior*, 37(3), 318-329.
- Pascual, F. (2002). Percepción del alcohol entre los jóvenes. *Adicciones*, 14(1), 123-132.
- Pastor, Y., Balaguer, I., i García Merita, M. L. (1998). Dimensiones del estilo de vida relacionado con la salud en la adolescencia: una revisión. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 51(3), 469-483.
- Pastor, Y., Balaguer, I., i García Merita, M. L. (1999). *Estilos de vida y salud*. Valencia: Albatros.
- Pastor, Y., Balaguer, I., i Garcia-Merita, M. (2006). Relaciones entre el autoconcepto y el estilo de vida saludable en la adolescencia media: un modelo exploratorio. *Psicothema*, 18(1), 18-24.
- Pate, R. R., O'Neil, J. R., i Lobedo, F. (2008). The Evolving Definition of "Sedentary". *Exercise and sport sciences reviews*, 36(4), 173-178.
- Pate, R. R., Pratt, M., Blair, S. N., Haskell, W. L., Macera, C. A., Bouchard, C., . . . King, A. C. (1995). Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *Journal of the American Medical Association*, 273(5), 402-407.
- Pate, R. R., Yancey, A. K., i Kraus, W. E. (2010). The 2008 Physical Activity Guidelines for Americans: Implications for clinical and public health practice. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 4(3), 209-217.
- Patiño-Masó, J., Gras-Pérez, E., Font-Mayolas, S., i Baltasar-Bagué, A. (2013). Consumo de cocaína y policonsumo de sustancias psicoactivas en jóvenes universitarios. *Enfermería Clínica*, 23(2), 62-67.

- Paupério, T., Corte-Real, N., Dias, C., i Fonseca, A. (2012). Sport, substance use and satisfaction with life: What relationship?. *European Journal of Sport Science*, 12(1), 73-80.
- Pavón, A. I. (2004). *Motivaciones e intereses de los universitarios murcianos*. (Tesi doctoral, Universidad de Murcia, Murcia). Recuperat de <https://http://www.tesisenred.net/handle/10803/10790>
- Peart, N. D., Marsh, H. W., i Richards, G. E. (2005). *The Physical Self Description Questionnaire: furthering research linking physical self-concept, physical activity and physical education*. Ponencia presentada a Australian Association for Research in Education, Annual Conference, Parratta.
- Pedišić, Ž., Rakovac, M., Titze, S., Juranić, D., i Oja, P. (2014). Domain-specific physical activity and health-related quality of life in the region of Madrid (Spain). *European Journal of Sport Science*, 14(5), 492-499.
- Peláez, M. A., Labrador, F. J., i Raich, R. M. (2007). Prevalence of eating disorders among adolescent and young adult scholastic population in the region of Madrid (Spain). *Journal of Psychosomatic Research*, 62(6), 681-690.
- Peltzer, K. (2010). Leisure time physical activity and sedentary behavior and substance use among in-school adolescence in eight African countries. *International Journal of Behavioral Medicine*, 17(4), 271-278.
- Peñafiel, E. (2009a). Factores de riesgo y de protección en grupo de adolescentes policonsumidores. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 9(1), 63-84.
- Peñafiel, E. (2009b). Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. *Pulso*, 32, 147-173.
- Perea, R. (2004). *Educación para la salud, reto de nuestro tiempo*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Pérez, J. J., i García, E. (2012). Medición de la Actividad Física mediante el International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) en estudios españoles e internacionales. *Revista Electrónica Actividad Física y Ciencias*. Recuperat el 2.04.2015, de <http://www.actividadfisicayciencias.com/articulos/2012/volumen4numero2/actividadfisicamedianteelipaq.pdf>
- Pérez Samaniego, V., i Devis, J. (2003). La promoció de la actividad física relacionada con la salud. La perspectiva de proceso y de resultado. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 3(10), 69-74.
- Pérez-Ríos, M., Santiago-Perez, M., Alonso, B., Malvar, A., Hervada, X., i De Leon, J. (2009). Fagerstrom test for nicotine dependence vs heavy smoking index in a general population survey. *BMC Public Health*, 9(1), 493-497.
- Pérez-Ugidos, G., Laiño, F. A., Zelarayán, J., i Márquez, S. (2014). Actividad física y hábitos de salud en estudiantes universitarios argentinos. *Nutrición Hospitalaria*, 30(4), 896-904.
- Peris, R., Pont, M.J., Pérez, A., Santamaría, C., Torrent, E., i Hernández, A. (2007). Diferencias en función del género en la dependencia psicológica medida por el test de Glover-Nilsson en el tabaquismo. *Tabaquismo*, 9(2), 64-71.

- Petee, K. K., Storti, K. L., Ainsworth, B. E., i Kriska, A. M. (2009). Measurement of physical activity and inactivity. En I. M. Lee (Ed.), *Epidemiologic Methods in Physical Activity Studies*. New York: Oxford University Press.
- Piéron, M. (2004). Estilo de vida, práctica de actividades físicas y deportivas, calidad de vida. *Fitness & Performance Journal*, 3(2), 10-17.
- Piéron, M., Telama, R., Almond, L., i Carreiro da Costa, F. (1997). *Lifestyle of young europeans: comparative study*. Comunicació presentada a la AIESEP Singapore1997: Proceedings of World Conference on Teaching, Coaching and Fitness Needs in Physical Education and the Sport Science, Singapore.
- Piko, B. F., i Kovács, E. (2010). Do parents and school matter? Protective factors for adolescent substance use. *Addictive Behaviors*, 35, 53-58.
- Pischke, C. R., Zeeb, H., Van Hal, G. , Vriesacker, B., McAlaney, J., Bewick, B. M., . . . Mikolajczyk, R.T. (2012). A feasibility trial to examine the social norms approach for the prevention and reduction of illicit drug use in European University and college students. *BMC Public Health*, 12, 882.
- Planchuelo, M. A. (2001). Mujer y tabaco. *Prevención del tabaquismo*, 3(3), 117-118.
- Ponnet, K., Wouters, E., Walrave, M., Heirman, W., i Van Hal, G. F. G. (2015). Predicting students' intention to use stimulants for academic performance enhancement. *Substance Use & Misuse*, 50(3), 275-282.
- Prieto, R., Simich, L., Strike, C., Brands, B., Giesbrecht, N., i Khenti, A. (2012). Diversity and complexty in the phenomenon of drugs: simultaneous polydrugs use in university students in one university. Cundinamarca-Colombia. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 21, 49-55.
- Prochaska, J. J., Spring, B., i Nigg, C. R. (2008). Multiple health behavior change research: an introduction and overview. *Preventive Medecine*, 46(3), 181-188.
- Puig, N., González, S., i Martín, A. (2011). The open system of sport in Catalonia. An Update view. *In special issue of Lancillotto & Nausica*.
- Puig, N., i Heinemann, K. (1991). El deporte en la perspectiva del año 2000. *Papers de Sociología*, 38, 123-141.
- Puig, N., Junyent, R., Martín, A., i Vicens, C. (2010). *L'esport a Catalunya 2010. Informe de l'Observatori Català de l'Esport*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Presidència. Secretaria General de l'Esport. INEFC. Observatori de l'Esport.
- Quek, L. H., Chan, G. C. K., White, A., Connor, J. P., Saunders, J. B., i Kelly, A. B. (2013). Concurrent and simultaneous polydrug use: latent class analysis of an australian nationality representative sample of young adults. *Frontiers in Public Health*, 1(61), 1-9.
- Quigg, Z., Hughes, K., Bellis, M. A., van Hasselt, N., Calafat, A., Košir, M., . . . Goossens, F. X. (2014). Incidents of harm in European drinking environments and relationships with venue and customer characteristics. *The International Journal of Alcohol and Drug Research*, 2, 1-7.

- Quiles, J., Pérez, C., Serra-Majem, LL., Román, B., i Aranceta, J. (2008). Situación de la obesidad en España y estrategias de intervención. *Revista española de nutrición comunitaria*, 14(3), 142-149.
- Ramón, J. M., Bruguera, E., Fernández, C., Sanz de Burgoa, V., i Ramírez, E. (2009). Motivos para dejar de fumar en España en función del sexo y la edad. *Gaceta Sanitaria*, 23(6), e1-e6. <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v23n6/original9.pdf>
- Ramos, P., Rivera, F., i Moreno, C. (2010). Diferencias de sexo en imagen corporal, control de peso e Índice de Masa Corporal de los adolescentes españoles. *Psicothema*, 22(1), 77-83.
- Ramos Valverde, P. (2009). *Estilos de vida y salud en la adolescencia*. (Tesi doctoral, Universidad de Sevilla, Andalusia). Recuperat de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=23687>
- Rath, J., Sharma, E., i Beck, K. H. (2013). Reliability and Validity of the Glover-Nilsson Smoking Behavioral Questionnaire. *American Journal of Helath Behavior*, 37(3), 310-317.
- Rebollo, P. (2008). Utilización del "grupo SF" de los cuestionarios de calidad de vida (SF-36, SF-12 y SF-6D) en el marco de ensayos clínicos y en la práctica clínica habitual. *Medicina Clínica*, 130(9), 740-741.
- Regidor, E., Gutiérrez-Fisac, J.L., i Alfaro, M. (2009). *Indicadores de Salud 2009. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea*. Madrid: Ministerior de Sanidad y Política Social.
- Rehm, J., Room, R., Monteriro, M., Gmel, G., Graham, K., Rehn, T. , . . . Jernigan, D. (2004). Alcohol use. En WHO (Ed.), *Comparative quantification of health risks; Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors* (pp. 959-1108). Geneva: World Health Organization.
- Reig, A., Cabrero, J., Ferrer, R. I., i Richart, M. (2001). *La calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios*. Alicante: Universidad de Alicante.
- Reigal, R. E., A., Videra, Parra, J. L., i Juárez, R. (2012). Actividad físico deportiva, autoconcepto físico y bienestar psicológico en la adolescencia. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, 22, 19-23.
- Reigal, R. E., i Videra, A. (2011). Frecuencia de práctica física y autoconcepto físico multidimensional en la adolescencia. *Apunts. Educación Física*, 105, 28-34.
- Reigal, R. E., Videra, A., Martín, I., i Juárez, R. (2013). Importancia del autoconcepto físico y la autoeficacia general en la predicción de la conducta de práctica física. *Apunts. Educación física y deportes*, 2(112), 46-51.
- Reyna, V. F., i Farley, F. (2006). Risk and rationality in adolescent decision making implications for theory, practice, and public policy. *Psychological Science in the Public Interest*, 7(1), 1-44.
- Rhodes, R. E., Mark, R. S., i Temmel, C. P. (2012). Adult sedentary behavior: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 42(3), e3-e28.

- Riba, M. M. (2002). *Estudio de los hábitos alimentarios en población universitaria y sus condicionantes*. (Tesi doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona, Catalunya). Recuperat de <http://www.tdx.cat/TDX-1010102-143222>
- Richter, M., Moore, S. C., i van Lenthe, F. J. (2012). Explaining socioeconomic differences in adolescent self-rated health: the contribution of material psychosocial and behavioural factors. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(8), 691-697.
- Ries, F. (2011). El autoconcepto físico en adolescentes sevillanos en función del sexo y de la evolución de la carrera deportiva. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, 19, 38-42.
- Riou, L., Dautzenberg, B., Falissard, B., i Reynaud, M. (2010). Peer substance use overestimation among French university students: a cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 10(1), 169-179
- Riquelme, G., Simich, L., Strike, C., Brands, B., Girsbrecht, N., i Khenti, A. (2012). Characteristics of simultaneous polydrug use among undergraduate students of health sciences programs of one university, Santiago-Chile. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 21(SPE), 34-40.
- Rizo-Baeza, M. M., González-Brauer, N. G., i Cortés, E. (2014). Calidad de la dieta y estilos de vida en estudiantes de Ciencias de la Salud. *Nutrición Hospitalaria*, 29(1), 153-157.
- Rodríguez, A. (2010). *Los universitarios y el deporte. Encuesta sociológica sobre ocio, hábitos deportivos y valores sociales en los estudiantes de la Universidad de Sevilla*. Sevilla: Wanceulen.
- Rodríguez, A., Goñi, A., i Ruiz de Azua, S. (2006). Autoconcepto físico y estilos de vida en la adolescencia. *Intervención psicosocial*, 15(1), 81-94.
- Rodríguez, F., Palma, X., Romo, A., Escobar, D., Aragón, B., Espinoza, L., . . . Gálvez, J. (2013). Hábitos alimentarios, actividad física y nivel socioeconómico en estudiantes universitarios de Chile. *Nutrición Hospitalaria*, 28(2), 447-455.
- Rodríguez, J., Agulló, E., i Agulló, M.S. (2003). Jóvenes, fin de semana y uso recreativo de drogas: evolución y tendencias del ocio juvenil. *Addicciones*, 15(2), 7-33.
- Rodríguez San Julián, E. (2006). *De la estigmatización a la banalización*. Ponencia presentada a Congreso sociedad, familia y drogas, Madrid.
- Rodríguez-Martos, A., Gual, A., i Llopis, J.J. (1999). La Unidad de Bebida estándar: un registro simplificado del consumo de bebidas alcohólicas. *Medicina Clínica*, 112, 446-450.
- Rodríguez-Martos, A., Navarro, R., Vecino, C., i Pérez, R. (1986). Validación de los cuestionarios CBA y CAGE para el diagnóstico del alcoholismo. *Drogalcohol*, 11(4), 132-139.
- Rodríguez-Martos, A., i Rosón, B. (2008). Definición y terminología *Prevención de los problemas derivados del alcohol* (pp. 39-48). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

- Rodríguez-Rodríguez, E, Aparicio, A, López-Sobaler, AM, i Ortega, RM. (2009). Percepción del peso corporal y medidas adoptadas para su control en población española. *Nutrición Hospitalaria*, 24(5), 580-587.
- Rodríguez-Soriano, N. Y., Rios, M. R., Lozano, L. R., i Álvarez, M. A. (2009). Percepción de jóvenes universitarios respecto su salud: conductas y contexto de riesgo. *Enseñanza e investigación en psicología*, 14(2), 245-260.
- Roig, A., Cabrero, J., Ferrer, R. I., i Richart, M. (2003). *La calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios*. Alicante: biblioteca virtual universal.
- Romaguera, D. (2007). *Evaluación del estado nutricional y la calidad de la dieta en poblaciones en proceso de transición nutricional*. (Tesi doctoral, Universitat de les Illes Balears, Illes Balears). Recuperat de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=215790>
- Romaguera, D., Norat, T., Mouw, T., May, A. M., Bamia, C., Slimani, N., . . . Wareham, N. (2009). Adherence to the Mediterranean diet is associated with lower abdominal adiposity in European men and women. *The Journal of Nutrition*, 139(9), 1728-1737.
- Romaguera, D., Tauler, P., Bennasar, M., Pericas, J., Moreno, C., Martinez, S., i Aguiló, A. (2011). Determinants and patterns of physical activity practice among Spanish university students. *Journal of Sports Sciences*, 29(9), 989-997.
- Roman, B. (2008). *Avaluació del grau d'activitat física d'un grup de la població espanyola: validació d'un qüestionari d'activitat física i actimetria*. (Tesi doctoral, Universitat de Barcelona, Catalunya). Recuperat de <https://http://www.tdx.cat/handle/10803/1161>
- Roman, B., Ribas, L., Ngo, J., i Serra Majem, L. (2013). Validación en población catalana del cuestionario internacional de actividad física. *Gaceta Sanitaria*, 27(3), 254-257.
- Roman, B., Serra Majem, L., Hagströmer, M., Ribas-Barba, L., Sjöström, M., i Segura-Cardona, R. (2010). International Physical Activity Questionnaire: reability and validity in a Spain population. *European Journal of Sport Science*, 10(5), 297-304.
- Romero, S., Carrasco, L., Sañudo, B., i Chacón, F. (2010). Actividad física y percepción del estado de salud en adultos sevillanos. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 10(39), 380-392.
- Romo, N. (2012). ¿Para chicas o para chicos? Reflexiones en torno a la perspectiva de género en la prevención de drogodependencias. En Gobierno de La Rioja (Ed.), *Tecnologías de la comunicación, jóvenes y promoción de la salud*. La Rioja: Gobierno de La Rioja.
- Romo, N., i Gil, E. (2006). Género y uso de drogas. De la ilegalidad a la legalidad para enfrentar el malestar. *Trastornos adictivos*, 8(4), 243-250.
- Ros, R., Morandi, T., Cozzetti, E., Lewintal, C., Cornellà, J., i Surís, J.C. (2002). La Adolescencia: Consideraciones biológicas, psicológicas y sociales *Manual de salud reproductiva en la adolescencia* (pp. 27-83). Madrid: Sociedad Española de Contracepción.
- Rosen, J. C. (2013). Body image disorder: definition, development, and contribution to eating disorders. En J. H. Crowther, S. E. Hobfoll, M. A. Stephens & D. L.

- Tennenbaum (Eds.), *The etiology of bulimia: The individual and familial context* (pp. 157-177). Abingdon: Tylor & Francis.
- Ruiz de Azúa, S. (2005). Los efectos ambiguos de la práctica deportiva sobre el autoconcepto. *Revista de Psicodidáctica*, 10(1), 139-148.
- Ruiz de Azúa, S., Rodríguez, A., i Goñi, A. (2005). Variables socioculturales en la construcción del autoconcepto. *Cultura y educación*, 17(3), 225-238.
- Ruiz, E., Del Pozo, S., Valero, T., Ávila, J. M., i Valera-Moreiras, G. (2013). *Estudio de hábitos alimentarios y estilos de vida de los universitarios españoles. Patrón de consumo de bebidas fermentadas*. Madrid.
- Ruiz-Juan, F., i Abad, R. R. (2010). Ingesta de alcohol y práctica de actividad física deportiva en jóvenes. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*, 10(38), 302-322.
- Ruiz-Juan, F., De la Cruz, E. , i García Montes, M. L. (2009). Motivos para la práctica deportiva y su relación con el consumo de alcohol y tabaco en jóvenes españoles. *Salud pública de México*, 51(6), 496-504.
- Ruiz-Juan, F., Folgar, I., Ruiz-Risueño, J., i Vaquero-Cristobal, R. (2014). Consumo de tabaco en adultos del sureste español y su relación con la actividad físico-deportiva y familia. *Retos: tendencias en educación física, deporte y recreación*, 26, 27-33.
- Ruiz-Juan, F., i Garcia Montes, E. (2002). Práctica de actividades físico-deportivas de tiempo libre y motivos para realizarlas. Estudio comporativo entre el alumnado de enseñanza secundaria postobligatoria y de segundo ciclo de la Universidad de Almería. *Revista Digital. efdeportes.com*, 53. <https://http://www.efdeportes.com/efd53/almeria.htm>
- Ruiz-Juan, F., i Ruiz Risueño, J. (2011). Variables predictoras de consumo de alcohol entre adolescentes españoles. *Anales de psicología*, 27(2), 350-359.
- Ruiz-Olivares, R., Lucena, V., Pino, M.J., i Herruzo, J. (2010). Análisis del consumo de drogas legales como el alcohol, el tabaco y los psicofármacos y la percepción del riesgo en jóvenes universitarios. *Psychology, Society, & Education*, 2(1), 21-31.
- Ruiz-Olivares, R., Lucena, V., Pino, M.J., Raya, A., i Herruzo, J. (2010). El consumo de cannabis y la percepción del riesgo en jóvenes universitarios. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 18, 579-590.
- Ruiz-Risueño, J., Ruiz-Juan, F., i Zamarripa, J. I. (2012). Alcohol y tabaco en adolescentes españoles y mexicanos y su relación con la actividad físico-deportiva y la familia. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 31(3), 211-220.
- Sáiz, P.A., G-Portilla, M.P., Paredes, M.B., Bascarán, M.T., i Bobes, J. (2002). Instrumentos de evaluación en alcoholismo. *Adicciones*, 14(1), 387-403.
- Salazar, I.C., i Arrivillaga, M. (2004). El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, como parte del estilo de vida de jóvenes universitarios. *Revista colombiana de psicología*, 13(1), 74-89.

- Salvador, M., García-Gálvez, C., i de la Fuente, M. (2010). Creencias y estrategias para el control del peso, satisfacción con la imagen corporal y autoestima. *European Journal of Education and Psychology*, 3(2), 257-273.
- Salvador, S., i Chan, P. (2004). *Determining the number of clusters/segments in hierarchical clustering, segmentation algorithms*. Ponencia presentada a 16th IEEE International Conference on Tools with Intelligence, Institute of Electronics Engineers, Piscataway, NJ.
- Samet, J. M., i Yoon, S. Y. (2001). *Women and Tobacco Epidemic. Challenges for Epidemic-Challenges for the 21st Century* (Vol. WHO / NMH / TF / 01. 1). Geneva: World Health Organization.
- Sanchez Bañuelos, F. (1996). *La Actividad Física orientada hacia la salud*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Sánchez Pardo, L. (2002). Consumo de alcohol en la población juvenil. *Addicciones*, 14(1), 99-113.
- Sánchez Pardo, L. (2009). *Drogas y perspectiva de género. Documento marco*. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.
- Sánchez Pardo, L. (2012). *Género y drogas. Guía informativa*. Alicante: Diputación de Alicante.
- Sanchez-López, M. P., Cuéllar-Flores, I., Dresch, V., i Aparicio-Garcia, M. (2009). Conformity to feminine gender norms in the Spanish population. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 37(9), 1171-1185.
- Sánchez-López, M. P., Rivas-Diez, R., i Cuéllar-Flores, I. (2013). Masculinity and femininity as predictors of tobacco and alcohol consumption in spanish university students. *Health and Addictions*, 13(1), 15-22.
- Sánchez-Ojeda, M. A., i De Luna-Bertos, E. (2015). Hábitos de vida saludable en la población universitaria. *Nutrición Hospitalaria*, 31(5), 1910-1919.
- Sánchez-López, M.P, Cuellar-Flores, I., i Dresch, V. (2012). The impact of gender roles on health. *Women & Health*, 52(2), 182-196.
- Sañudo, B., de Hoyo, M., i Corral, J. A. (2009). Estilo de vida de adolescentes sevillanos: actividad física y consumo. *Tándem*, 31(71-81).
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., de la Fuente, J. R., i Grant, M. (1993). Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption - II. *Addiction*, 88(6), 791-804.
- Sayón-Orea, C., Santiago, S., Bes-Rastrollo, M., Martínez-González, M A., Pastor, M. R., Moreno-Aliaga, M., . . . MARTínez, J. A. (2018). Determinants of self-rated health perception in a sample of physically active population: PLENUFAR VI study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(10).
- Schipke, D., i Freund, P. A. (2012). A meta-analytic reliability generalization of the Physical Self-Description Questionnaire (PSDQ). *Psychology of Sport and Exercise*, 13(6), 789-797.

- Schmidt, M. (2012). Predictors of self-rated health and lifestyle behaviours in Swedish university students. *Global Journal of Health Science*, 4(4), 1-14.
- Schmidt, S., Vilagut, G., Garin, O., Cunillera, O., Tresserras, R., Brugulat, P., . . . Alonso, J. (2012). Normas de referencia para el Cuestionario de Salud SF-12 versión 2 basadas en población general de Cataluña. *Medicina Clínica*, 139(14), 613-625.
- Schnittker, J., i Bacak, V. (2014). The increasing predictive validity of self-rated health. *Plos One*, 9(1), e84933.
- Schulenberg, J. E., i Maggs, J. L. (2002). A developmental perspective on alcohol use and heavy drinking during adolescence and the transition to young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 14, 54-70.
- Schulenberg, J. E., Maggs, J. L., Long, S. W., Sher, K. J., Gotham, H. J., Baer, J. S., . . . Zucker, R. A. (2001). The problem of college drinking: Insights from a developmental perspective. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 25(3), 473-477.
- Secretaria de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, i INJUVE. (2013). *Jóvenes, economía, noche y fin de semana, Salud. INJUVE 2013 (2a encuesta)* Vol. EJI65-2013. Recuperat de <http://www.injuve.es/observatorio/economia-consumo-y-estilos-de-vida/jovenes-economia-noche-y-fin-de-semana-salud-injuve-2013-2a-encuesta>
- Secretaria de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. INJUVE. (2012). *Informe Juventud en España 2012*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Sedentary Behaviour Research Network. (2012). Letter to the editor: Standardized use of the terms "sedentary" and "sedentary behaviours". *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 37, 540-542.
- Serra Majem, L., Aranceta, J., i Mataix, J. (2006). Nutrición y salud pública. *Métodos, bases científicas y aplicaciones*. Editorial Masson SA España.
- Serra Majem, L., Bes-Rastrollo, M., Román, B., Pfrimer, K., Sánchez-Villegas, A., i Martínez-González, M. A. (2009). Dietary patterns and nutritional adequacy in a Mediterranean country. *British Journal of Nutrition*, 101(Suppl 2), S21-S28.
- Serra Majem, L., i Ngo de la Cruz, J. (eds). (2002). *¿Qué es la Dieta Mediterránea?* Barcelona: Nexus Ediciones.
- Serra Majem, L., Ribas, L., Ngo de la Cruz, J., Ortega, R. M., Pérez, C., i Aranceta, J. (2002). Alimentación, jóvenes y dieta mediterránea en España. Desarrollo del KIDMED, índice de calidad de la dieta mediterránea en la infancia y la adolescencia. En L. Serra Majem & J. Aranceta (Eds.), *Alimentación infantil y juvenil: Estudio enKid* (pp. 51-59). Barcelona: Editorial Masson.
- Serra Majem, L., Roman, B., i Estruch, R. (2006). Scientific evidence of interventions using the Mediterranean diet: a systematic review. *Nutrition Reviews*, 64(s1), S27-S47.
- Serrano, C., Belmonte, S., i Granado, S. (2015). Percepción de estilo de vida y práctica de actividad física de los universitarios de la Comunidad de Madrid. *Revista Andaluza de Medicina del Deporte*, 8(1), 20-47.
- SGE. (2010). *Enquesta d'hàbits esportius a Catalunya 2009-2010*. Barcelona.

- Shavelson, R. J., Hubner, J. J., i Stanton, G. C. (1976). Self-Concept: Validation of Construct Interpretations. *Review of Educational Research*, 46(3), 407-441.
- Shaw, B. A., Liang, J., i Krause, N. M. (2010). Age and race differences in the trajectories of self-esteem. *Psychology and Aging*, 25(1), 84-94.
- Shiraev, T., i Barclay, G. (2012). Evidence based exercise: Clinical benefits of high intensity interval training. *Australian Family Physician*, 41(12), 960-962.
- Shulman, E. P., Harden, K. P., Chein, J., i Steinberg, L. (2014). The Development of Impulse Control and Sensation - Seeking in Adolescence: Independent or Interdependent Processes?. *Journal of Research on Adolescence*, 26(1), 37-44.
- Silva, K., Shulman, E. P., Chein, J., i Steinberg, L. (2015). Peers Increase Late Adolescents' Exploratory Behavior and Sensitivity to Positive and Negative Feedback. *Journal of Research on Adolescence*, 1-10. doi: 10.1111/jora.12219
- Simon, J. G., De Boer, J. B., Joung, I. M., i Mackenbach, J. P. (2005). How is your health in general? A qualitative study on self-assessed health. *European Journal of Public Health*, 15(2), 200-208.
- Singh, A., i Upadhyay, A. (2008). Age and sex differences in academic stress among college students. *Social Science International*, 24(1), 78-88.
- Sisson, S. B., Camhi, S. M., Church, T. S., Martin, C. K., Tudor-Locke, C., Bouchard, C., . . . Katzmarzky, P. T. (2009). Leisure time sedentary behavior, occupational/domestic physical activity, and metabolic syndrome in US men and women. *Metabolic Syndrome and Related Disorders*, 7(6), 529-536.
- Slutzky, C. B., i Simpkins, S. D. (2009). The link between children's sport participation and self-esteem: Exploring the mediating role of sport self-concept. *Psychology of Sport and Exercise*, 10(3), 381-389.
- So, H., Haddock, B., Oh, H. K., Kinzey, S., Siegel, S., i Son, C. T. (2009). *Crosscultural Examination of Physical Self-Concept: American and Thai College Students*. Comunicació presentada a la Research quarterly for exercise and sport, Tampa.
- Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. (2007). *Manual SEPAR de procedimientos. Herramientas para la medida de la calidad de vida relacionada con la salud*. Barcelona: SEPAR.
- Soffer, M. (2010). The rol of stress in relationship between gender and health-promoting behaviours. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(3), 572-580.
- Sofi, F., Abbate, R., Gensini, G F, i Casini, A. (2010). Accruing evidence on benefits of adherence to the Mediterranean diet on health: an updated systematic review and meta-analysis. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 92(5), 1189-1196.
- Sofi, F., Cesari, F., Abbate, R., Gensini, G F, i Casini, A. (2008). Adherence to Mediterranean diet and health status: meta-analysis. *BMJ: British Medical Journal*, 337, 1344-1350.
- Sofi, F., Macchi, C., Abbate, R., Gensini, G. F., i Casini, A. (2013). Mediterranean diet and health status: an updated meta-analysis and proposal for a literature-based adherence score. *Public Health Nutrition*, 17(12), 2769-2782.

- Solano, S., García-Tenorio, A., i de Granda, J.I. (2003). Iniciación y mantenimiento del hábito tabáquico. El paciente que va a dejar de fumar. En M. Barruenco, M. Hernández & M. Torrecilla (Eds.), *Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo* (pp. 107-140). Madrid: Ergon.
- Somerville, L. H., Jones, R. M., i Casey, B. J. (2010). A time of change: behavioral and neural correlates of adolescent sensitivity to appetitive and aversive environmental cues. *Brain and Cognition*, 72(1), 124-133.
- Sonstroem, R. J. (1981). Exercise and self-esteem: Recommendations for expository research. *Quest*, 33(2), 124-139.
- Sonstroem, R. J., Speliotis, E. D., i Fava, J. L. (1992). Perceived physical competence in adults: An examination of the Physical Self-Perception Profile. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 14(2), 207-221.
- Soriano, J. A., Navas, L., i Holgado, F. P. (2011). El autoconcepto físico y su relación con el género y la edad en estudiantes de educación física. *Apunts. Educación física y deportes*, 106, 36-41.
- Stein, R.J. (1996). Physical Self-concept. En B. A. Bracken (Ed.), *Developmental, Social and Clinical Considerations* (pp. 374-394). New York: John Wiley and sons.
- Steinberg, L. (2004). Risk taking in adolescence: what changes, and why?. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021(1), 51-58.
- Steinberg, L. (2007). Risk taking in adolescence new perspectives from brain and behavioral science. *Current Directions in Psychological Science*, 16(2), 55-59.
- Steinberg, L. (2010). A dual systems model of adolescent risk-taking. *Developmental Psychobiology*, 52, 216-224.
- Stephoe, A., i Wardle, J. (1996). *Psychosocial Processes and Health: A reader*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Stephoe, A., Wardle, J., Cui, W., Baban, A., Glass, K., Tsuda, A., i Vinck, J. (2002). An international comparison of tobacco smoking, beliefs and risk awareness in university students from 23 countries. *Addiction*, 97(12), 1561-1571.
- Stephoe, A., Wardle, J., Cui, W., Bellisle, F., Zotti, A. M., Baranyai, R., i Sanderman, R. (2002). Trends in smoking, diet, physical exercise, and attitudes toward health in European university students from 13 countries, 1990–2000. *Preventive Medicine*, 35(2), 97-104.
- Stoody, E., McGrane, M., MacNeil, P., Altman, J., Fungwe, T., Lyon, J., . . . Spahn, J. (2014). Dietary patterns and risk of cardiovascular disease: a systematic review (628.14). *The FASEB Journal*, 28(1 Supplement), 628.614.
- Strang, N. M., Chein, J. , i Steinberg, L. (2013). The value of the dual systems model of adolescent risk-taking. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7. doi: 10.3389/fnhum.2013.00223
- Susan, K. W. (2011). Binge drinking and disordered eating in college students. *American Academis Nurse Practica*, 2, 33-41.

- Sussman, S., i Arnett, J. J. (2014). Emerging adulthood: developmental period facilitative of the addictions. *Evaluation & the Health Professions*, 37(2), 147-155.
- Swartz, A. M., Squires, L., i Strath, S. J. (2011). Energy expenditure of interruptions to sedentary behavior. *International Journal Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8(69), 1-7.
- Talbott, L.L., Martin, R.J., Usdan, S.L., Leeper, J.D., Umstadd, M'R., Cremeens, J.L., i Geiger, B.F. (2008). Drinking likelihood, alcohol problems, and peer influence among first-year college students. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 34(4), 433-440.
- Tangen, D., i Thoresen, V. W. (2005). Taking responsibility. En D. Tangen & V. W. Thoresen (Eds.), *CCN conference proceeding* (Vol. 7). Bratislava: Høgskolen i Hedmark Oppdragsrapport.
- Tedeschi, J. T., i Norman, N. M. (1985). Social power, self-presentation and self. En B. R. Sclenker (Ed.), *The self and social life* (pp. 293-322). New York: McGraw-Hill.
- Teixeira, J., Andrés-Pueya, A., i Álvarez, E. (2005). La evolución del concepto tabaquismo. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(4), 999-1005.
- Telama, R. (2009). Tracking of physical activity from childhood to adulthood: a review. *Obesity Facts*, 2(3), 187-195.
- Telama, R., Yang, X., Viikari, J., Välimäki, I., Wanne, O., i Raitakari, O. (2005). Physical activity from childhood to adulthood: a 21-year tracking study. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(3), 267-273.
- Terry-McElrath, Y. M., i O'Malley, P. M. (2011). Substance use and exercise participation among young adults: parallel trajectories in a national cohort-sequential study. *Addiction*, 106(10), 1855-1867.
- The Gallup Organization. (2014). Youth people and drugs. *Flash Eurobarometre 401*: European Commission.
- The IPAQ group. (2005). Guidelines for Data Processing and Analysis of the IPAQ. <http://www.ipaq.ki.se/scoring.pdf>
- Tietjens, M., Freund, P. A., Büsch, D., i Strauss, B. (2012). Using mixture distribution models to test the construct validity of the Physical Self-Description Questionnaire. *Psychology of Sport and Exercise*, 13(5), 598-605.
- Tiggemann, M. (2004). Body image across the adult life span: Stability and change. *Body image*, 1(1), 29-41.
- Tirado-Morueta, R., Agueded-Gómez, J.I., i Marín-Gutiérrez, I. (2013). Incidencia de los hábitos de ocio y consumo de drogas sobre las medidas de prevención de la drogadicción en universitarios. *Educación XXI*, 16(2), 137-160.
- Tirodimos, I., Georgouvia, I., Savvala, TN., Karanika, E., i Noukari, D. (2009). Healthy lifestyle habits among Greek university students: differences by sex and faculty of study. *East Mediterranean Health Journal*, 15(3), 722-728.

- Tomás, I, i González-Romá, V. (2000). *Testing the generalizability of the factor structure underlying the PSDQ with Spanish adolescents*. Ponencia presentada a Self-Concept Theory, Research and Practice: Advances for the New Millennium, Sydney.
- Tomás, I. (1998). *Equivalencia psicométrica de una traducción del cuestionario de autoconcepto físico PSDQ (Physical Self-Description Questionnaire) al castellano*. (Tesis Doctoral, Universidad de Valencia, Valencia). Recuperat de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=76443>
- Torrecilla, M., Barrueco, M., Jiménez, C. A., Hernandez Mezquita, M. A., Plaza, M. D., i González, M. (2001). Ayudar al fumador. Tratar el tabaquismo. *Medicina familiar y comunitaria*, 11(4), 194-206.
- Torres, O.V., i O'Dell, L. E. (2016). Stress is a principal factor that promotes tobacco use in females. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 65, 260-268.
- Tottenham, N., Hare, T. A., i Casey, B. J. (2011). Behavioral assessment of emotion discrimination, emotion regulation, and cognitive control in childhood, adolescence, and adulthood. *Frontiers in Psychology*, 2(39), 1-9.
- Tremblay, M. S., LeBlanc, A. G., Kho, M. E., Saunders, T. J., Larouche, R., Colley, R. C., . . . Gorber, S. C. (2011). Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8(1), 98. doi: org/10.1186/1479-5868-8-98
- Trichopoulou, A, Corella, D, Martinez - Gonzalez, M A, Soriguer, F, i Ordovas, J M. (2006). The Mediterranean diet and cardiovascular epidemiology. *Nutrition Reviews*, 64(4), S13-S19.
- Trichopoulou, A, i Critselis, E. (2004). Mediterranean diet and longevity. *European Journal of Cancer Prevention*, 13(5), 453-456.
- Trichopoulou, A, i Lagiou, P. (1997). Healthy traditional Mediterranean diet: an expression of culture, history, and lifestyle. *Nutrition Reviews*, 55(11), 383-389.
- Troncoso, C. (2011). Percepción de la alimentación durante la etapa de formación universitaria, Chile. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 20(2), 83-89.
- Troncoso, C., i Amaya, J. P. (2009). Factores sociales en las conductas alimentarias de estudiantes universitarios. *Revista Chilena de Nutrición*, 36(4), 1090-1097.
- Tsai, J., Ford, E. S., Li, C., Zhao, G., Pearson, W. S., i Balluz, L. S. (2010). Multiple healthy behaviors and optimal self-rated health: finding from the 2007 behavioral risk factor surveillance system survey. *Preventive Medicine*, 51, 268-274.
- Tur, J. A., Romaguera, D., i Pons, A. (2004). Food consumption patterns in a mediterranean region: does the mediterranean diet still exist?. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 48(3), 193-201.
- Ulla, S. M., i Pérez-Fortis, A. (2010). Socio-demographic predictors of health behaviors in Mexican college students. *Health Promotion International*, 25(1), 85-93.

- Ulla, S. M., Pérez-Fortis, A., i Franco, S. (2012). Efficacy of a health-promotion interventions for college students: a randomized controlled trial. *Nursing Research*, 61(2), 121-132.
- UNESCO-ICH. (2010). *Representative list of the intangible cultural heritage of humanity*. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. Intangible Cultural Heritage.
- Unió Europea. (2008). *Directrices de actividad física de la UE. Actuaciones recomendadas para apoyar la actividad física que promueve la salud*. Madrid: Gobierno de España Recuperat de <http://www.csd.gob.es/csd/estaticos/del-salud/Directrices-Actividad-Fisica-UE-web.pdf>.
- United States Department of Agriculture. (2014a). *A Series of Systematic Review on Relationships Between Dietary Patterns and Health Outcomes*. Virginia: United States Department of Agriculture.
- United States Department of Agriculture. (2014b). *A Series of Systematic Reviews on the Relationship Between Dietary Patterns and Health Outcomes*. Alexandria, VA, USA: United State Department of Agriculture.
- United States Department of Health and Human Services. (2008). *Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report*. Washington, DC: US Department of Health and Human Services.
- Universitat de Girona. (s.d.). Programa: "La Universitat de Girona: una universitat saludable". Recuperat el 8 d'octubre, 2014, de https://http://www.udg.edu/ca/Portals/52/Promoci%C3%B3%20de%20la%20Salut/PROGRAMA_UDGSALUDABLE.pdf?ver=2018-07-12-093217-277
- UNODC. (2013). *Informe Mundial sobre las drogas 2013. Resumen Ejecutivo*. Vienna: UNODC.
- UNODC. (2015). *Informe mundial sobre las drogas*. Vienna: UNODC.
- UNODC. (2017). *Informe mundial sobre drogas 2017*. Viena: UNODC.
- Urrutia, S., Azpillaga, I., Luis de Cos, G., i Muñoz, D. (2010). Relación entre la percepción de estado de salud con la práctica físico-deportiva y la imagen corporal en adolescentes. *Cuadernos de psicología del deporte*, 10(3), 51-56.
- Valencia-Martín, J. L., Galán, I., i Rodríguez - Artalejo, F. (2009). Alcohol and Self - Rated Health in a Mediterranean Country: The Role of Average Volume, Drinking Pattern, and Alcohol Dependence. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 33(2), 240-246.
- Valverde, J. C., Farías, E. I., i Benítez, G. (2013). Factores de riesgo para el consumo recreacional y la adicción de sustancias psicotrópicas y estupefacientes en estudiantes de educación superior. *Revista de la Facultad de Medicina*, 32(2), 113-123.
- VanKim, N. A., Laska, M. N., Ehlinger, E., Lust, K., i Story, M. (2010). Understanding young adult physical activity, alcohol and tobacco use in community colleges and 4-year post-secondary institutions: A cross-sectional analysis of epidemiological surveillance data. *BMC Public Health*, 10(1), 208-216.

- Vaquero-Cristóbal, R., Isorna, M., i Ruiz, C. (2012). Revisión sobre la situación actual del consumo de alcohol y práctica físico-deportiva. *Journal of Sport and Health Research*, 4(3), 269-288.
- Vaquero-Cristóbal, R., Isorna, M., i Ruiz, C. (2013). Situación actual del consumo de tabaco y su relación con la práctica físico-deportiva en España. *Journal of Sport and Health Research*, 5(2), 131-148.
- Varela-Mato, V., Cancela, J. M., Ayan, C., Martín, V., i Molina, A. (2012). Lifestyle and health among Spanish university students: differences by gender and academic discipline. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(8), 2728-2741.
- Varela-Moreiras, G. (Ed.), Alguacil, L. F., Alonso, E., Aranceta, J., Avila, J. M., Aznar, S., . . . Zamora, S. (2013). Obesidad y sedentarismo en el siglo XXI: ¿qué se puede y se debe hacer?. *Nutrición Hospitalaria*, 28(Supl 5), 1-12.
- Vargas, C., i Trujillo, H. M. (2006). Secuencia, asociación y riesgo de consumo de drogas legales e ilegales en alumnado universitario. *Psicología conductual*, 1, 41-62.
- Verdejo-García, A., Rivas-Pérez, C., López-Torrecillas, F., i Pérez-García, M. (2006). Differential impact of severity of drug use on frontal behavioral symptoms. *Addictive Behaviors*, 31(8), 1373-1382.
- Videra, A., i Reigal, R. (2013). Autoconcepto físico, percepción de salud y satisfacción vital en una muestra de adolescentes. *Anales de psicología*, 29(1), 141-147.
- Vieira, S., da Cruz, P. M., Alves, V. M., de Melo, P. A., Aparecida, V., Colares, V., i Bandeira, C. (2016). Prevalência e fatores associados à autopercepção negativa em saúde dos adolescentes: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 29(4), 595-601.
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., . . . Alonso, J. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencias y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 135-150.
- Vilagut, G., María, J., Ferrer, M., Garin, O., Lopez-García, E., i Alonsoab, J. (2008). Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. *Medicina Clínica*, 130(19), 726-735.
- Villar, E., Viñas, F., Juan, J., Caparrós, B., Pérez, I., i Cornellá, M. (2004). Dimensiones psicopatológicas asociadas al consumo de tabaco en población universitaria. *Anales de psicología*, 20(1), 33-46.
- Vingilis, E., Wade, T. J., i Seeley, J. S. (2002). Predictors of adolescent self-rated health. Analysis of the National Population Health Survey. *Canadian Journal of Public Health*, 93(2), 193-197.
- Von Ah, D., Ebert, S., Ngamvitroj, A., OPark, N., i Kang, D. H. (2004). Predictors of health behaviours in college students. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 463-474.
- Wade, T. J., Pevalin, D. J., i Vingilis, E. (2000). Revisiting student self-rated physical health. *Journal of Adolescence*, 23, 785-791.

- Warburton, D. E. R. , Whitney, C. N., i Bredin, S. S. D. (2006). Health benefits of physical activity: the evidence. *Canadian Medical Association Journal*, 174(6), 801-809.
- Ware, J. E. (1996). Medical Outcomes Study (MOS) 12-item Short Form. *Medical Care*, 34(3), 220-233.
- Ware, J. E., i Gandek, B. (1994). The SF-36 Health Survey: development and use in mental health research and the IQOLA Project. *International Journal of Mental Health*, 49-73.
- Ware, J. E., Kosinski, J. M., Turner-Bowker, D. M., i Gandek, B. (2009). *User's Manual for the SF-12v2® Health Survey (With a Supplement Documenting SF-12® Health Survey)*. Lincoln, RI: QualityMetric, INC.
- Ware, J. E., Kosinski, M., i Keller, S. D. (1996). A 12-items short-form health survey: Construction of scales and preliminary test of reliability and validity. *Med Care*, 34, 220-233.
- Ware, J. E., i Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473-483.
- Ware, J. E., Snow, K. K., Kosinski, M., i Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide*. Boston: The Health Institute, New England Medical Center.
- Weigard, A., Chein, J., Albert, D., Smith, A. R., i Steinberg, L. (2014). Effects of anonymous peer observation and adolescents's preferences for immediate rewards. *Developmental Science*, 17, 71-78.
- Westerterp, K. R. (2001). Pattern and intensity of physical activity. *Nature*, 410, 539-540.
- Weston, K. S., Wisløff, U., i Coombes, J. S. (2014). High-intensity interval training in patients with lifestyle-induced cardiometabolic disease: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*, 16, 1227-1234.
- White, J. H. (2000). The prevention of eating disorders: A review of the research on risk factors with implications for practice. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 13(2), 76-88.
- WHO. (1986). Lifestyles and Health. *Social Science and Medicine*, 22 (2), 117-124.
- WHO. (1992). *CIE, 10, Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades: Transtornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid: Meditor.
- WHO. (1993). *WHOQOL Study Protocol* (WHO Ed.). Geneve: OMS.
- WHO. (2005). *La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad*. Geneve: WHO.
- WHO. (2010a). *Gender, Women, and the tobacco epidemic*. Geneve: World Health Organization.
- WHO. (2010b). *Global recommendations on physical activity for health*. Geneve: WHO.
- WHO. (2011). Global Health Observatory Data Repository. Recuperat el 25.11.2012, de <https://http://www.who.int/gho/en/>

- WHO. (2012). World Health Statistics, 2012 *World Health Statistics*. Ginebra: World Health Organization.
- WHO. (2014). Global status report on alcohol and health 2014. Geneve: WHO.
- WHO. Regional office for Europe. (2002). *Food and Health in Europe: a new basis for action. Summary*. Denmark: World Health Organization.
- WHO. Regional office for Europe. (2013a). The European health report 2012. Charting the way to well-being. Copenhagen: World Health Organization. Regional office for Europe.
- WHO. Regional office for Europe. (2013b). Status Report on Alcohol and Health in 35 European Countries 2013. Finland: World Health Organization. Regional office for Europe. Ministry of Social affairs and Health.
- WHO. Regional office for Europe, i Ministry of Affairs and Health. (2013). Status Report on Alcohol and Health in 35 European Countries. Copenhagen: World Health Organization. Regional office for Europe,.
- WHOQOL GROUP. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23 (3), 24-56.
- WHOQOL GROUP. (1995). The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL). Position Paper from the World Health Organization. *Soc. Sci. Med.*, 41 (10), 1.403-401.409.
- Wichtrøm, T., i Wichtrøm, L. (2009). Does sports participation during adolescence prevent later alcohol, tobacco and cannabis use?. *Addiction*, 104(1), 138-149.
- Wicki, M., Kuntsche, E., i Gmel, G. (2010). Drinking at European universities?. A review of students' alcohol use. *Addictive Behaviors*, 35(11), 913-924.
- Wild, L. G., Flisher, A. J., Bhana, A., i Lombard, C. (2004). Associations among adolescent risk behaviours and self - esteem in six domains. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(8), 1454-1467.
- Williams, P. G., Holmbeck, G. N., i Neff, R. (2002). Adolescent health psychology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 828-842.
- Willimczik, K. (2009). L'esport a Alemanya: d'una categoria ontològica a un concepte del present. *Apunts. Educació física y deportes*, 97, 48-60.
- Wilsnack, R. W., Vogeltanz, N. D., i Wilsnack, S. C. (2000). Gender differences in alcohol consumption and adverse drinking consequences: cross-cultural patterns. *Addiction*, 95(2), 251-265.
- Xie, B., Liu, C., Chou, C. P., Xia, J., Spruijt-Metz, D., Gong, J., . . . Anderson, C. (2003). Weight perception and psychological factors in Chinese adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 33(3), 202-210.
- Yusko, D. A., Buckman, J. F., White, H. R., i Pandina, R. J. (2009). Alcohol, tobacco, illicit drugs, and performance enhancers: a comparison of use by college students athletes and non athletes. *Journal of American College Health*, 57(3), 113-132.

- Zaldívar, F., López, F., García, J. M., i Molina, A. (2011). Consumo autoinformado de alcohol y otras drogas en población universitaria española. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 9(23), 113-132.
- Zaman, M., Razzaq, S., Hassan, R., Qureshi, J., Ijaz, H., Hanif, M., i Rahman, F. (2015). Drug abuse among the students. *Pakistan Journal of Pharmaceutical Research*, 1(1), 41-47.
- Zarini, G. G., Vaccaro, J. A., Canossa, M. A., Exebio, J. C., Tokayer, L., Antwi, J., . . . Huffman, F. G. (2014). Lifestyle behaviors and self-related health: the living for health program. *Journal of Environmental and Public Health*, 2014. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/315042>
- Zhang, F., Zhao, L., Feng, X., i Hu, X. (2016). An investigation on Self-Rated health of adolescent students and influencing factors from Sichuan, China. *American Journal of Therapeutics*, 23, e1143-e1150.
- Zimmermann, F., i Sieverding, M. (2011). Young adults' images of abstaining and drinking: Prototype dimensions, correlates and assessment methods. *Journal of Health Psychology*, 16(3), 410-420.
- Zimmermann, Friederike, Sieverding, Monika, i Müller, Stephanie M. (2011). Gender-related traits as predictors of alcohol use in male German and Spanish university students. *Sex Roles*, 64(5-6), 394-404.
- Zoraide, L., i Vivas, E. (2006). Trastornos de alimentación, factores socioculturales, creencias de control y dietas. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 79, 23-32.
- Zuhl, M., i Kravitz, L. (2012). Hiit vs. continuous endurance training: battle of the aerobic titans. *IDEA Fitness Journal*, 9(2), 34-40.



Universitat de Girona

ANNEXOS

ANNEXOS

Annex 1. Qüestionari

El primer que em de fer és confirmar que la persona que es presenta és estudiant de grau o llicenciatura (pregraduat) no cursa estudis de màster ni doctorat.

Mòdul A: DADES GENERALS

1. Sexe	Dona <input type="checkbox"/>		Home <input type="checkbox"/>	
2. Edat	_____			
3. Facultat	_____			
4. Alçada	_____	cm	ex. 1,623	
5. Pes	_____	kg	ex. 63,123	
6. Plec greix	_____	mm	ex. 2,123	
7. Algun dels teus pares o familiar directe (p.e. germans, oncles, cosins,...) practica esport?	Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	
8. Durant la teva escolaritat obligatòria feies alguna activitat esportiva extraescolar?	Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	
9. Per quin motiu principal en feies?	Salta pregunta 9		Salta pregunta 10	
Perquè m'agradava (motivació intrínstica)	<input type="checkbox"/>		Indicar el motiu principal	
Perquè els pares volien (motivació extrínstica)	<input type="checkbox"/>			
Els amics en feien (amotivació)	<input type="checkbox"/>			
10. Habitualment com ets desplaçes a l'Universitat?	Indicar el mitjà de transport més habitual			
Amb cotxe o moto	<input type="checkbox"/>			
A peu	<input type="checkbox"/>			
En bicicleta	<input type="checkbox"/>			
En transport públic	<input type="checkbox"/>			
11. Estas fent o has fet alguna dieta per perdre pes?	Indicar el mitjà de transport més habitual			
No, considero que el mes pes és correcte	<input type="checkbox"/>			
No, però hauria de perdre pes	<input type="checkbox"/>			
No, perquè necessito guanyar pes	<input type="checkbox"/>			
Sí	<input type="checkbox"/>			
12. En general, creus que els teus hàbits de vida (horaris, dieta, activitat física, ús del temps lliure,...), han canviat des de que has començat a estudiar a la Universitat?	Indicar el mitjà de transport més habitual			
1: Res; 2: Una mica; 3: Bastant; 4: Molt	Res	Una mica	Bastant	Molt
	1	2	3	4

Facultat	Educació i Psicologia	Grau Publicitat i Relacions Públiques
Facultat	Lletres	Grau Medicina
Facultat	Ciències	Escola Universitària realització Audiovisual i Multimèdia (Escola adscrita)
Facultat	Dret	Grau Fisioteràpia
Facultat	Politécnica Superior	Ciències de l'Activitat Física i Salut
Facultat	Infermeria	Grau Turisme
Facultat	Ciències econòmiques i empresarials	

Mòdul B: ESTAT DE SALUT

Les preguntes que segueixen es refereixen al que penses sobre la teva salut. Les teves respostes permetran saber com et trobes i fins a quin punt ets capaç de fer les teves activitats habituals. Per favor, contesta cada pregunta marcant una casella. Si no estàs segur/a de com respondre a una pregunta, per favor, contesta el que et sembli més proper.

13. En general, diries que la teva salut és

Excel·lent	Molt bona	Bona	Regular	Dolenta
1	2	3	4	5

1:Excel·lent; 2:Molt bona; 3:Bona; 4: Regular; 5: Dolenta

Les següents preguntes es refereixen a activitats o coses que podries fer en un dia normal. La teva salut actual, et limita per fer aquestes activitats o coses? Si és així, quant?

Sí, em limita molt	Sí, em limita una mica	No, no em limita res
1	2	3

1: Sí, em limita molt; 2: Sí, em limita una mica; 3: No, no em limita res

14. Esforços moderats, com moure una taula, passar l'aspiradora, jugar a bitlles o caminar més d'1h

Sí	1	NO	2
Sí	1	NO	2

15. Pujar diversos pisos per l'escala

Sí	1	NO	2
Sí	1	NO	2

Durant les darreres 4 setmanes, has tingut algun dels següents problemes en el teu treball o en les teves activitats quotidianes, a causa de la teva salut física?

16. Vas fer menys del que haguessis volgut fer?

Sí	1	NO	2
Sí	1	NO	2

17. Vas tenir que deixar de fer algunes tasques en el teu treball o en les teves activitats quotidianes?

Sí	1	NO	2
Sí	1	NO	2

Durant les darreres 4 setmanes, has tingut algun dels següents problemes en el teu treball o en les activitats quotidianes, a causa d'algun problema emocional (com estar trist, deprimit o nerviós)?

18. Vas fer menys del que haguessis volgut fer per algun problema emocional?

Sí	1	NO	2
Sí	1	NO	2

19. No vas fer el teu treball o les teves activitats quotidianes amb tanta cura com de costum, per algun problema emocional?

Sí	1	NO	2
Sí	1	NO	2

20. Durant les darreres 4 setmanes, fins a quin punt el dolor t'ha dificultat el teu treball habitual (inclòs el treball fora de casa i les tasques domèstiques)?

Res	Una mica	Regular	Bastant	Molt
1	2	3	4	5

1:Res; 2:Una mica; 3:Regular; 4: Bastant; 5: Molt

Les següents preguntes es refereixen a com t'has sentit i com t'han anat les coses durant les 4 darreres setmanes. En cada pregunta respon el que s'assembla més a com t'has sentit.

Durant les darreres 4 setmanes, quant de temps...

Sempre	Quasi sempre	Moltes vegades	Algunes vegades	Sols alguna vegada	Mai
1	2	3	4	5	6

21. et vas sentir calmat i tranquil?

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

22. et vas sentir molta energia?

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

23. et vas sentir desanimat i trist?

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

24. Durant les darreres 4 setmanes, amb quina freqüència la salut física o els problemes emocionals t'han dificultat les teves activitats socials (com visitar als amics o familiars)?

Sempre	Quasi sempre	Algunes vegades	Sols alguna vegada	Mai
1	2	3	4	5

1: Sempre; 2: Quasi sempre; 3: Algunes vegades; 4: Sols alguna vegada; 5: Mai

Mòdul C: DIETA

Ara et faré unes preguntes referents als teus hàbits alimenticis, si us plau, contesta el s'aproximi més al que és habitual

25. Prens una fruita o un suc natural tots els dies	Sí	1	NO	2
26. Prens una segona peça de fruita tots els dies	Sí	1	NO	2
27. Prens verdures fresques (amanides) o cuinades regularment un cop al dia	Sí	1	NO	2
28. Prens verdures fresques o cuinades de manera regular més d'un cop al dia	Sí	1	NO	2
29. Consumeixes peix amb regularitat (al menys 2-3 cops a la setmana)	Sí	1	NO	2
30. Vas una o més vegades a la setmana a un centre de menjar ràpid (fast food) tipus hamburgueseria	Sí	1	NO	2
31. T'agraden els llegums i els prens més d'un cop a la setmana	Sí	1	NO	2
32. Prens pasta o arros quasi a diari (5 dies o més a la setmana)	Sí	1	NO	2
33. Esmorzes un cereal o derivats (pa, etc.)	Sí	1	NO	2
34. Prens fruits secs amb regularitat (al menys 2-3 cops a la setmana)	Sí	1	NO	2
35. S'utilitza oli d'oliva a casa	Sí	1	NO	2
36. Esmorza	Sí	1	NO	2
37. Esmorza un làctic (iogurt, llet, etc.)	Sí	1	NO	2
38. Esmorza bolleria industrial, galetes o pastelets	Sí	1	NO	2
39. Prens 2 iogurts i/o formatge cada dia	Sí	1	NO	2
40. Prens laminadures i/o caramels diverses vegades al dia	Sí	1	NO	2

NO - Salta pregunta 39

Mòdul D: CONSUM D'ALCOHOL

legeix les preguntes tal i com estan escrites. Registra les respostes curosament. Comença l'AUDIT dient "Ara vaig a fer-te algunes preguntes sobre el teu consum de begudes alcohòliques durant el darrer any". Explica què s'entén per "begudes alcohòliques" utilitzant exemples típics com cervesa, vi, vodka, etc. Codifica les respostes en termes de consumicions ("begudes estàndar").

41. Alguna vegada has consumit begudes alcohòliques?	SI	1	NO	2	Salta següent mòdul (52)
42. Amb quina freqüència consumes alguna beguda alcohòlica 1: Mai; 2: Un o menys cops per mes; 3: de 2 a 4 cops per mes; 4: de 2 a 3 cops per setmana; 5: 4 o més cops per setmana	Mai	1 o menys cops al mes	de 2 a 4 cops al mes	de 2 a 3 cops a la setmana	
43. Quantes consumicions de begudes alcohòliques sols realitzar en un dia de consum normal? 1: 1 o 2; 2: 3 o 4; 3: 5 o 6; 4: 7, 8 o 9; 5: 10 o més	1 o 2	3 o 4	5 o 6	7, 8 o 9	10 o més
44. Amb quina freqüència prens 6 o més begudes alcohòliques en un sol dia?	Mai	menys d'1 cop al mes	Mensualment	Setmanalment	A diari o quasi a diari
45. Amb quina freqüència en el transcurs del darrer any has estat incapaç de parar de beure un cop has començat?	1	2	3	4	5
46. Amb quina freqüència en el transcurs del darrer any no vas poder fer el que s'esperava de tu perquè havies begut?	1	2	3	4	5
47. Amb quina freqüència en el transcurs del darrer any has necessitat beure en dejuni per a recuperar-te després d'haver begut molt el dia anterior?	1	2	3	4	5
48. Amb quina freqüència en el transcurs del darrer any has tingut remordiments o sentiments de culpa després d'haver begut?	1	2	3	4	5
49. Amb quina freqüència en el transcurs del darrer any no has pogut recordar el que va succeir la nit anterior perquè havies estat bevent?	1	2	3	4	5
50. Tu o alguna altra persona ha resultat ferida perquè havies begut?	No	Si, però no darrer any	Si, el darrer any		
51. Alguna familiar, amic, metge o professional sanitari ha mostrat preocupació pel teu consum de begudes alcohòliques o t'ha suggerit que deixis de beure?	1	2	3		

Mòdul E: CONSUM DE TABAC

52. Fumes?	SI	1	NO	2	Salta següent mòdul (66)
53. Quants cigarrets fumes al dia?	10 o menys	de 11 a 20	De 21 a 30	Més de 30	
54. Quant de temps passa entre que l'aixeques i et fumes el primer cigarret?	Més de 60 min	De 31 a 60 min	De 5 a 30 min	Menys de 5 min	
55. El meu hàbit de fumar és molt important per a mi	Res	Una mica	Moderadament	Molt	Moltíssim
56. Jugo i manipulo el cigarret com a part del ritual de l'hàbit de fumar	1	2	3	4	5
57. Sols posar-te alguna cosa a la boca per evitar fumar?	Mai	Rarament	Alguna vegada	Sovint	Sempre
58. Et recompenses a tu mateix amb una cigarreta després d'haver complert una tasca?	1	2	3	4	5
59. Quan no tens tabac, et resulta difícil concentrarte i realitzar qualsevol tasca?	1	2	3	4	5
60. Quan et trobes en un lloc en el que està prohibit fumar, jugues amb el cigarret o el paquet de tabac	1	2	3	4	5
61. Alguns llocs o circumstàncies t'inciten a fumar?: el teu silló favorit, sofà, habitació, cotxe o beguda (alcohol, café, etc)	1	2	3	4	5
62. Et trobes sovint encenent una cigarreta per rutina, sense destijar-ho realment?	1	2	3	4	5
63. Sovint et poses cigarrets sense encendre o altres objectes a la boca i els xupes per relaxar-te de l'estrés, tensió, frustracions, etc?	1	2	3	4	5
64. Part del plaer de fumar procedeix del ritual que suposa encendre una cigarreta?	1	2	3	4	5
65. Quan estas sol en un restaurant, parada d'autobús, festa, etc. Et sents més segur, fora de perill o més confiat amb una cigarreta a les mans?	1	2	3	4	5

Mòdul F: CONSUM DE DROGUES

66. Has consumit alguna vegada drogues?	SI	1	NO	2	Salta següent mòdul (71)
67. Alguna vegada has sentit que hauries de disminuir o reduir el consum de drogues?	SI	1	NO	2	
68. T'has sentit alguna vegada molest per les crítiques de la gent sobre l'ús que fas de les drogues?	SI	1	NO	2	
69. Alguna vegada t'has sentit culpable o malament degut a l'ús que has fet de les drogues?	SI	1	NO	2	
70. Alguna vegada has necessitat drogues de bon matí per establir els nervis?	SI	1	NO	2	

Mòdul G: AUTOPERCEPCIÓ FÍSICA

A continuació et faré 40 afirmacions que fan referència a qüestions relacionades amb el teu físic. Per favor, llegix-les amb cura i selecciona el nombre indicador més apropiat.

Posa el número corresponent en la casella de la dreta de cada afirmació.

1: Fals; 2: Més bé fals; 3: Més fals que verdader; 4: Més verdader que fals; 5: Més bé verdader; 6: Verdader

	Fals	Més bé fals	Més fals que verdader	Més verdader que fals	Més bé verdader	Verdader
71. Em sento segur quan realitzo moviments coordinats	1	2	3	4	5	6
72. Físicament sóc una persona molt forta	1	2	3	4	5	6
73. Soc molt bo en activitats que requereixen flexibilitat	1	2	3	4	5	6
74. Puc córrer distàncies llargues sense parar	1	2	3	4	5	6
75. En general, la majoria de les activitats que faig tenen un bon resultat	1	2	3	4	5	6
76. Sovint contrec malalties contagioses com gripes, refredats, virus, etc.	1	2	3	4	5	6
77. Més molt fàcil controlar els moviments del meu cos	1	2	3	4	5	6
78. Sovint faig exercicis o altres activitats que em fan respirar profundament	1	2	3	4	5	6
79. La meua cintura és ampla	1	2	3	4	5	6
80. Faig la majoria dels esports bé	1	2	3	4	5	6
81. Físicament estic molt content amb mi mateix	1	2	3	4	5	6
82. Tinc una cara bonica	1	2	3	4	5	6
83. Tinc bastanta força física	1	2	3	4	5	6
84. El meu cos és flexible	1	2	3	4	5	6
85. Estic malalt tant sovint que no puc fer totes les coses que voldria	1	2	3	4	5	6
86. Realitzo bé activitats que requereixen moviments de coordinació	1	2	3	4	5	6
87. Tinc massa greix al meu cos	1	2	3	4	5	6
88. Soc més guapo que la majoria dels meus amics	1	2	3	4	5	6
89. Puc realitzar els moviments de la majoria de les activitats físiques suauement	1	2	3	4	5	6
90. Faig activitats físiques (p.ex. footing, ballar, ciclisme, aeròbic, gimnàstica o natació) al menys tres cops per setmana	1	2	3	4	5	6
91. Tinc escés de pes	1	2	3	4	5	6
92. Tinc bones habilitats per a fer esport	1	2	3	4	5	6
93. Em sento bé físicament	1	2	3	4	5	6
94. En general no sóc bo per res	1	2	3	4	5	6
95. Sovint estic malalt	1	2	3	4	5	6
96. Crec que puc realitzar moviments de coordinació fàcilment	1	2	3	4	5	6
97. Faig molt esport, ballo, faig gimnàstica o altres activitats físiques	1	2	3	4	5	6
98. Estic content amb el tipus de persona que sóc i amb el meu estat físic	1	2	3	4	5	6
99. Sóc guapo	1	2	3	4	5	6
100. Podria superar bé una prova de força	1	2	3	4	5	6
101. Puc estar actiu físicament durant molt temps sense cansar-me	1	2	3	4	5	6
102. La majoria de les activitats que faig, les faig bé	1	2	3	4	5	6
103. Quan estic malalt, tardo molt de temps en recuperar-me	1	2	3	4	5	6
104. Quasi cada dia faig esport, ballo o faig activitats físiques	1	2	3	4	5	6
105. Jugo bé als esports	1	2	3	4	5	6
106. Crec que podria realitzar amb èxit una prova de flexibilitat física	1	2	3	4	5	6
107. Faig bé activitats de resistència, com córrer llargues distàncies, aeròbic, ciclisme, natació o esquí de fons	1	2	3	4	5	6
108. En general, tinc moltes coses que em fan sentir orgullós	1	2	3	4	5	6
109. Tinc que anar al metge més sovint que la majoria de gent de la meua edat	1	2	3	4	5	6
110. Mai faig les coses bé	1	2	3	4	5	6

Mòdul H: PREVALENCIA DE L'ACTIVITAT FÍSICA

Estem interessats en esbrinar el tipus d'activitat física que fa la gent en la seva vida quotidiana. Les preguntes es referiran al temps en el qual vas ser físicament actiu en els darrers 7 dies. Per favor, respon cada pregunta encara que no et consideris una persona activa. Per favor, pensa en aquelles activitats que fas com a part del treball, a casa o al jardí, per anar d'un lloc a un altre, i en el teu temps lliure de descans, exercici o esport.

Pensa sobre totes aquelles activitats intenses que has realitzat en els darrers 7 dies. Activitats intenses són les que requereixen un esforç físic fort i et fan respirar molt més fort del que és normal. Pensa només en aquelles activitats que vas fer al menys 10 minuts seguits.

Durant els darrers 7 dies, ¿Quants dies vas realitzar activitats físiques intenses com aixecar objectes pesants, cavar, fer exercicis aeròbics o pedalejar ràpid en bicicleta?

111 dies per setmana _____ (1 a 7)
 112 Cap activitat física intensa _____ SI / NO → passa pregunta 115

Habitualment, quant temps en total vas dedicar a realitzar activitats físiques intenses en un d'aquests dies que les vas realitzar?

113 hores per dia _____ (-) No sé / No estic segur, de 1 a 10 h
 114 minuts per dia _____ (-), 15 min, 30 min, 45 min

Pensa sobre totes aquelles activitats moderades que has realitzat en els darrers 7 dies. Activitats moderades són les que requereixen un esforç físic moderat i que et fan respirar una mica més fort del que el que és normal. Pensa només en aquelles activitats que vas fer al menys 10 minuts seguits

Durant els darrers 7 dies, ¿Quants dies vas realitzar activitats físiques moderades com carregar objectes lleugers, pedalejar en bicicleta a pas regular, o jugar dobles de tennis? No inclou caminar

115 dies per setmana _____ (1 a 7)
 116 Cap activitat física moderada _____ SI / NO → passa pregunta 119

Habitualment, quant temps dediques en un d'aquests dies, a fer activitat físiques moderades?

117 hores per dia _____ (-) No sé / No estic segur, de 1 a 10 h
 118 minuts per dia _____ (-), 15 min, 30 min, 45 min

Pensa en el temps que has dedicat a caminar en els darrers 7 dies. Això inclou caminar al treball i a casa, caminar per a anar d'un lloc a l'altre, o qualsevol altra caminada que vas fer únicament per recreació, esport, exercici o plaer?

Durant els darrers 7 dies, ¿Quants dies vas caminar al menys 10 minuts seguits?

119 dies per setmana _____ (1 a 7)
 120 No vaig caminar _____ SI / NO → passa pregunta 123

Habitualment, quant temps dediques a caminar en un d'aquests dies?

121 hores per dia _____ (-) No sé / No estic segur, de 1 a 10 h
 122 minuts per dia _____ (-), 15 min, 30 min, 45 min

La darrera pregunta es refereix al temps en el que has estat sentat en els darrers 7 dies. Inclou el temps sentat a la feina, a casa, estudiant i en el teu temps lliure. Això pot incloure temps sentat en un escriptori, visitant amics, al cotxe o altre transport motoritzat, llegint o estant sentat o estirat mirant televisió

Durant els darrers 7 dies, ¿Quant de temps vas estar sentat en un dia a la setmana?

123 dies per setmana _____ de 1 a 10 h
 124 minuts per dia _____ (-), 15 min, 30 min, 45 min

Mòdul I: MOTIUS PRÀCTICA, NO PRÀCTICA O ABANDONAMENT

125. En l'actualitat fas activitat física

SI _____ Salta 125a
 No (s'obre un desplegable amb 4 opcions) _____ Salta desplegable
 Abans en feia, però ara no puc _____ Salta 125b
 Abans en feia, però ara no vull _____ Salta 125c
 No n'he fet mai, però m'agradaria _____ Salta 125d
 No n'he volgut fer mai _____ Salta 125e

125a. Per quins motius en fas?
 1: molt en desacord; 2: bastant en desacord; 3: d'acord; 4: bastant d'acord; 5: totalment d'acord

	Molt en desacord	Bastant en desacord	D'acord	Bastant d'acord	Totalment d'acord
126 Per salut	1	2	3	4	5
127 Per aprimar-me	1	2	3	4	5
128 Per conèixer gent	1	2	3	4	5
129 Perquè m'agrada competir	1	2	3	4	5
130 Perquè m'agrada el contacte amb la natura	1	2	3	4	5
131 Perquè trobo que és una forma agradable i divertida de passar el temps	1	2	3	4	5
132 Per fer exercici físic	1	2	3	4	5
133 Per evasió (escapar de lo habitual)	1	2	3	4	5
134 Per mantenir la línia	1	2	3	4	5
135 Perquè els meus amics ho fan i m'agrada estar amb ells	1	2	3	4	5

Salta 171

125b. Per què ara no en fas?
 1: molt en desacord; 2: bastant en desacord; 3: d'acord; 4: bastant d'acord; 5: totalment d'acord

	Molt en desacord	Bastant en desacord	D'acord	Bastant d'acord	Totalment d'acord
136 No hi ha horaris que s'adaptin a les meves necessitats	1	2	3	4	5
137 No tinc temps	1	2	3	4	5
138 Les instal·lacions estan lluny i no disposen de transport públic	1	2	3	4	5
139 Per lesió o motius de salut	1	2	3	4	5
140 Els estudis m'exigeixen massa	1	2	3	4	5
141 És massa car	1	2	3	4	5

Salta 171

125c. Per què ara no en fas?
 1: molt en desacord; 2: bastant en desacord; 3: d'acord; 4: bastant d'acord; 5: totalment d'acord

	Molt en desacord	Bastant en desacord	D'acord	Bastant d'acord	Totalment d'acord
142 Penso que hi han coses més interessants a fer	1	2	3	4	5
143 Males experiències anteriors	1	2	3	4	5
144 Em sento gran	1	2	3	4	5
145 No em divertia	1	2	3	4	5
146 Em fa vergonya	1	2	3	4	5
147 Per mandra	1	2	3	4	5
148 Per motius de salut	1	2	3	4	5
149 No se'm donava bé	1	2	3	4	5
150 No m'agradava l'ambient que hi ha a l'entorn de l'esport	1	2	3	4	5
151 Perquè els meus amics no practiquen	1	2	3	4	5
152 És molt car	1	2	3	4	5

Salta 171

125d. Per què t'agradaria?
 1: molt en desacord; 2: bastant en desacord; 3: d'acord; 4: bastant d'acord; 5: totalment d'acord

	Molt en desacord	Bastant en desacord	D'acord	Bastant d'acord	Totalment d'acord
153 És bo per la salut	1	2	3	4	5
154 És una manera de conèixer gent	1	2	3	4	5
155 Per trencar amb la rutina	1	2	3	4	5
156 És bo per descarregar tensions	1	2	3	4	5
157 Perquè admiro a la gent que ho fa	1	2	3	4	5
158 Podria ser divertit	1	2	3	4	5
159 Per millorar el meu aspecte físic	1	2	3	4	5
160 Perquè els meus amics en fan	1	2	3	4	5

Salta 190

125e. Per què no en vols fer?
 1: molt en desacord; 2: bastant en desacord; 3: d'acord; 4: bastant d'acord; 5: totalment d'acord

	Molt en desacord	Bastant en desacord	D'acord	Bastant d'acord	Totalment d'acord
161 No m'agrada	1	2	3	4	5
162 No em sembla divertit	1	2	3	4	5
163 Per mandra	1	2	3	4	5
164 Per motius de salut	1	2	3	4	5
165 No tinc temps	1	2	3	4	5
166 No se'm dona bé	1	2	3	4	5
167 Estic molt cansat quan acabo d'estudiar i/o treballar	1	2	3	4	5
168 Per falta de mitjans econòmics	1	2	3	4	5
169 Perquè els meus amics no practiquen	1	2	3	4	5
170 Perquè penso que hi ha coses més interessants a fer	1	2	3	4	5

Salta 190

Mòdul J: HÀBITS PRÀCTICA

1: Mai; 2: Alguna vegada; 3: Bastantes vegades; 4: Sovint; 5: Sempre		Mai	Alguna vegada	Bastantes vegades	Sovint	Sempre		
Quin tipus d'activitat física fas o feies habitualment?								
171	No competitiva	Mai	1	2	3	4	5	Sempre
172	Competitiva	Mai	1	2	3	4	5	Sempre
Amb qui practiques o practicaves habitualment?								
173	Pel meu compte, sol	Mai	1	2	3	4	5	Sempre
174	Pel meu compte, amb amics	Mai	1	2	3	4	5	Sempre
175	Com activitat dirigida	Mai	1	2	3	4	5	Sempre
176	En un equip federat o amateur	Mai	1	2	3	4	5	Sempre
On practiques o practicaves habitualment?								
177	A l'aire lliure (parc, carrer, circuit, mar, muntanya,...)	Mai	1	2	3	4	5	Sempre
178	En club esportiu o gimnàs privat	Mai	1	2	3	4	5	Sempre
179	En instal·lacions públiques (municipals, escolars,...)	Mai	1	2	3	4	5	Sempre
180	En les instal·lacions de la Universitat	Mai	1	2	3	4	5	Sempre
Fonamentalment practiques o practicaves activitat física								
181	Els dies feiners	Mai	1	2	3	4	5	Sempre
182	Els caps de setmana	Mai	1	2	3	4	5	Sempre
183	Per vacances	Mai	1	2	3	4	5	Sempre
Habitualment quin tipus d'activitat física practiques o practicaves?								
184	Exercici físic planificat (esports, activitats dirigides, muculació, ...)	Mai	1	2	3	4	5	Sempre
185	Activitats físiques (caminar, footing, circuit en bicicleta,...)	Mai	1	2	3	4	5	Sempre
186 Habitualment amb quina regularitat fas o feies activitat física?								
1: Esporàdicament; 2: 1 o 2 cops a la setmana; 3: Més de 3 cops a la setmana		Esporàdicament	1 o 2 cops setmana	més 3 cops setmana				
		1	2	3				
187 Habitualment quan de temps dedicas a cada sessió								
1: menys de 30 min ; 2: de 30 min a 1:30h; 3: Més de 1:30h		Menys 30m	30 m a 1:30h	+ 1:30h				
		1	2	3				
188 Quina intensitat creus que té la teva pràctica								
1: Lleugera; 2: Moderada ; 3: Intensa		Lleugera	Moderada	Intensa				
		1	2	3				
189 Creus que des de que vas iniciar els estudis universitaris la teva pràctica d'activitat física:								
1: ha disminuït; 3: és més o menys la mateixa; 3: ha augmentat		Ha disminuït	Més o menys igual	Ha augmentat				
		1	2	3				

Vols afegir alguna incidència per aquest qüestionari?

Incidència

GRÀCIES PER LA TEVA COL-LABORACIÓ

Annex 2. Quadern de recollida de dades

L'objectiu d'aquest estudi és conèixer quina és la percepció de la salut i l'autopercepció física que tenen una mostra representativa d'estudiants de la UdG i la relació que existeix amb el manteniment d'hàbits, pel que fa a la pràctica d'activitat física, la dieta, el consum d'alcohol, tabac i drogues.

Profunditzant en el tema de l'Activitat física volem esbrinar quins són motius per practicar-ne o no, o haver-la abandonat i els seus hàbits de pràctica (tipus, freqüència, duració i intensitat).

També es vol conèixer que opinen els estudiants sobre l'oferta d'activitats que fa el Servei d'Esports i les instal·lacions esportives de que disposa així com, si en són usuaris quin nivell de satisfacció en tenen tant de les activitats i instal·lacions pròpies de la universitat com de les activitats i instal·lacions de les entitats que ofereixen descomptes als estudiants.

Treballareu en parelles i disposareu d'un ordinador en el que hi haurà anotada una lletra (que identificarà les enquestes que realitzeu). També disposareu d'uns fulls que us indicaran el nombre de persones per sexe que haureu d'enquestar en cada facultat.

Haureu de demanar als estudiant si volen col·laborar en l'estudi, cal assegurar-se primer que és estudiant de grau o llicenciatura i no de post-graus o doctorat, caldrà que passin tres estudiants més abans de tornar-ho a demanar al següent.

En cada Facultat trobareu un espai on ubicar-vos i disposareu d'una bàscula, un tallimetre i una pinça per mesurar el plec de greix. Caldrà que preneu les mesures descalços i en samarreta, camisa o jersei.

Al final de cada enquesta haureu de facilitar a l'enquestat la lletra que consta a l'ordinador (A, B, C o D) i el número d'enquesta que apareix a l'inici. Aquest número li servirà tant per participar al sorteig com per demanar al servei d'esports el seu perfil de salut respecte a la totalitat de la mostra. Podrà fer-ho, a partir que aparegui a la plana web del Servei d'Esports.

Abans de admetre'l per l'estudi caldrà preguntar-li si és estudiant de grau o llicenciatura, ja que els postgraduats (estudiants de doctoral o màster) no entren en l'estudi.

Dades sociodemogràfiques:

1. Sexe: selecció del desplegable
2. Edat: anotarem l'edat actual (22, 24,..)
3. Facultat cal cercar en el desplegable
la facultat no els estudis concrets

- Ciències
- Dret,
- Escola politècnica superior
- Infermeria
- Econòmiques i empresarials
- Publicitat i RRPP
- Medicina
- Audiovisual
- Fisioteràpia
- CAFE
- Turisme i Hosteleria

Dades antropomètriques: Es prendran les mesures descalços

i en samarreta (camisa) i pantalons amb la bàscula i tallímetre que disposareu.

4. Alçada en cm (1685)
5. Pes: Anotareu en l'ordinador el pes en kg amb dos decimals (58,30)
6. Plec de greix: es prendrà la mesura (amb la pinça facilitada) a l'alçada de la cintura. Anotareu la dada en cm (0,784)

Antecedents de pràctica esportiva:

7. Algun familiar directe (pare, mare, germans, avis, oncles, cosins practica o practicava esport.
Les opcions de resposta són SI o NO
8. Pràctica esportiva anterior a l'accés a la universitat (en escolaritat obligatòria i el batxillerat): fa referència a tota aquella pràctica realitzada fora de l'horari lectiu (no inclou educació física escolar).
Les opcions de resposta són SI o NO.
Si la resposta és NO, saltarem a la pregunta 10.
Si la resposta és SI: passarem pregunta 9
9. Per quin motiu principal en feies?. Cal incidir en què és pregunta pel motiu principal malgrat, en moltes ocasions hi són presents dos o tres motius.
10. Habitualment com et desplaces a la universitat?. Indicarem l'opció de resposta més habitual en el desplegable (amb cotxe o moto; a peu; en bicicleta; en transport públic)
11. Estàs fent o has fet alguna dieta per perdre pes?. Indicarem l'opció de resposta que més s'aproxima en el desplegable (No, considero que el meu pes és correcte; No, però hauria de perdre pes;
No, perquè necessito guanyar pes; Sí)
12. En general, creus que els teus hàbits de vida (horaris, dieta, activitat física, ús del temps lliure,...), han canviat des de que has començat a estudiar a la universitat?
Indicarem les opcions de resposta (res; una mica; bastant; molt) i seleccionarem l'opció en el desplegable.

Al final d'aquest mòdul, si tot és correcte marcarem l'opció de guardar.

Mòdul B - PERCEPCIÓ DE LA SALUT (SF-12)

Hi ha un total de 12 preguntes (13 a 24) que han de respondre tots els enquestats.

Es pretén que facin una autoavaluació del seu estat de salut, tant des del punt de vista físic com psicològic o sociocultural.

Llegeix atentament els enunciats de cada pregunta i les possibles respostes.

Si dubten digue'ls-hi que indiquin el que els sembli més proper.

Les preguntes que segueixen es refereixen al que penses sobre la teva salut. Les teves respostes permetran saber com et trobes i fins a quin punt ets capaç de fer les teves activitats habituals.

Per favor, contesta cada pregunta marcant una casella. Si no estàs segur/a de com respondre a una pregunta, per favor, contesta el que et sembli més proper.

13. En general, diries que la teva salut és..

1:Excel·lent; 2:Molt bona; 3:Bona; 4: Regular; 5: Dolenta

Les següents preguntes es refereixen a activitats o coses que podries fer un dia normal. La teva salut actual, et limita per fer aquestes activitats o coses?. Si és així, quant?

1: Sí, em limita molt; 2: Sí, em limita una mica; 3: No, no em limita res

Esforços moderats, com moure una taula, passar l'aspiradora, jugar a bitlles o caminar més
14. d'1h

Al final d'aquest mòdul, si tot és correcte marcarem l'opció de guardar.

Mòdul C - DIETA

Hi ha un total de 16 preguntes (25 a 40) que han de respondre tots els enquestats.

Iniciarem aquest mòdul preguntant-lis:

"Ara et faré unes preguntes referents als aliments que menges i la seva freqüència".

Recorda-li, a continuació que sigui el més precís possible en la resposta.

Si a la pregunta:

36. Esmorzes

La resposta és NO, salta a la pregunta 39

Si a resposta és SI, segueix el qüestionari.

39. Prens 2 iogurts i/o formatge cada dia

Si a resposta és NO, salta a la pregunta 39

Al final d'aquest mòdul, si tot és correcte marcarem l'opció de guardar.

Mòdul D - CONSUM D'ALCOHOL

La primera és discriminatòria

41. Alguna vegada has consumit begudes alcohòliques?

Si la resposta és NO, aniràs directament a la casella de GUARDAR i iniciaràs el següent mòdul.

Si la resposta és SI iniciaràs l'AUDIT, que consta de 10 preguntes (42 a 51)

Llegeix les preguntes tal i com estan escrites. Registra les respostes curosament. Comença l'AUDIT dient:

"Ara vaig a fer-te algunes preguntes sobre el teu consum de begudes alcohòliques durant el darrer any".

Explica què s'entén per "begudes alcohòliques" utilitzant exemples típics com cervesa, vi, vodka, etc.

El qüestionari s'inicia amb la pregunta:

42. Amb quina freqüència consumes alguna beguda alcohòlica
 1: Mai; 2: Un o menys cops per mes 3: de 2 a 4 cops per mes 4: de 2 a 3 cops per setmana; 5: 4 o més cops per setmana

Si la resposta és MAI, salta directament a la pregunta 50 i 51

50. Tu o alguna altra persona ha resultat ferida perquè haves begut?

1: No; 2: Sí, però no el darrer any; 3: Sí, el darrer any

51. Algun familiar, amic, metge o professional sanitari ha mostrat preocupació pel teu consum de begudes alcohòliques o t'ha suggerit que deixis de beure?

1: No; 2: Sí, però no el darrer any; 3: Sí, el darrer any

Si a la pregunta 42, responen les opcions de 2 a 5, seguirem fent totes les preguntes (43 a 51). Marca, per a cada una, en el desplegable, la resposta corresponent.

En les preguntes 43 i 44, codifica les respostes en termes de consumicions de begudes estàndard:

Per exemple, explicareu que es considera 1 consumició:

- 1 got, gerra, ampolla o llauna de cervesa
- 1 got o copa de vi, cava o similar
- 1 gotet o copa de cigaló, vermut, "xupitos", licors de fruites

Pel contrari, si el consum és de copes o gots de whisky, conyac, rom, aiguardents o combinats, haurem de doblar les consumicions que ens indiquin.

Per exemple: si l'enquestat indica tres "gintònics" a la setmana, haurem d'indicar en el desplegable de la pregunta 43, de 5 a 6. En la pregunta 44, haurem d'indicar, setmanalment.

Al final d'aquest mòdul, si tot és correcte marcarem l'opció de guardar.

Mòdul E - CONSUM DE TABAC

La primera pregunta, és discriminatòria

52. Fumes?

Si la resposta és NO, aniràs directament a la casella de GUARDAR i iniciaràs el següent mòdul.

Si la resposta és SI iniciaràs les preguntes d'aquest mòdul (de la 57 a la 65).

Recorda-li que sigui el més precís possible en la resposta. Marca en el desplegable, la resposta corresponent.

Al final d'aquest mòdul, si tot és correcte marcarem l'opció de guardar.

Mòdul F - CONSUM DE DROGUES

La primera és discriminatòria.

66. Alguna vegada has consumit drogues?

Si la resposta és NO, aniràs directament a la casella de GUARDAR i iniciaràs el següent mòdul.

Si la resposta és **SI**, però indiquen que en l'actualitat ja no en consumeixen (que només les van provar o han deixat de prendre), com que només ens interessa els hàbits actuals de consum, aniràs a la casella GUARDAR i iniciaràs el següent mòdul.

Si la resposta és **SI i actualment en consumeix**, segueix amb el qüestionari (67 a 70). Marca en el desplegable, la resposta corresponent.

Al final d'aquest mòdul, si tot és correcte marcarem l'opció de guardar.

Mòdul G - AUTOPERCEPCIÓ FÍSICA

Tothom ha de respondre les següents preguntes que tenen com a objectiu veure com les persones es descriuen a sí mateixes.

Iniciarem aquest mòdul preguntant-lis:

A continuació et faré 40 afirmacions que fan referència a qüestions relacionades amb el teu físic. Per favor, escolta-les bé i selecciona el nombre indicador més apropiat.
 1: Fals; 2: Més bé fals; 3: Més fals que verdader; 4: Més verdader que fals;
 5: Més bé verdader; 6: Verdader

Marca en el desplegable, la resposta corresponent.

Al final d'aquest mòdul, si tot és correcte marcarem l'opció de guardar.

Mòdul H - ACTIVITAT FÍSICA

Tothom ha de respondre les següents preguntes (111-124), que tenen com a objectiu avaluar l'activitat física realitzada en els diferents àmbits de la vida quotidiana (temps d'oci, en les tasques domèstiques, en el lloc de treball i relacionats amb els mitjans de transport utilitzats pels desplaçaments).

Inicia aquest mòdul dient:

Estem interessats en esbrinar el tipus d'activitat física que fa la gent en la seva vida quotidiana. Les preguntes es referiran al temps en el qual vas ser físicament actiu en els darrers 7 dies.

Per favor, respon cada pregunta encara que no et consideris una persona activa. Per favor, pensa en aquelles activitats que fas com a part del treball, a casa o al jardí, per anar d'un lloc a un altre, i en el teu temps lliure de descans, exercici o esport.

Pensa sobre totes aquelles activitats intenses que has realitzat en els darrers 7 dies. Activitats intenses són les que requereixen un esforç físic fort i et fan respirar molt més fort del que és normal.

Pensa només en aquelles activitats que vas fer al menys 10 minuts seguits.

Durant els darrers 7 dies, ¿Quants dies vas realitzar activitats físiques **intenses** com aixecar objectes pesants, cavar, fer exercicis aeròbics o pedalejar ràpid en bicicleta?

111. dies per setmana
112. cap activitat física intensa

Si la resposta és cap, marcarem l'opció i saltarem al següent apartat (activitats moderades)

Si ha fet algun tipus d'activitat intensa, marcarem els dies en el desplegable (de 1 a 7) i li preguntarem quant de temps hi ha dedicat.

Habitualment, quant temps en total vas dedicar a realitzar activitats físiques intenses en un d'aquests dies que les vas realitzar?

113. hores per dia
114. minuts per dia

Per exemple, si ens diu: 3,30h

Indicarem en el desplegable (de 1 a 10 hores): 3
Indicarem en el desplegable (15, 30 o 45 min): 30 min.

Per exemple, si ens diu: 30 min.

Indicarem en el desplegable (de 1 a 10 hores): -
Indicarem en el desplegable (15, 30 o 45 min): 30 min.

Pensa sobre totes aquelles activitats **moderades** que has realitzar en els darrers 7 dies

Activitats moderades són les que requereixen un esforç físic moderat i que et fan respirar una mica més fort del que el que és normal.

Pensa només en aquelles activitats que vas fer al menys 10 minuts seguits

Durant els darrers 7 dies, ¿Quants dies vas realitzar activitats físiques moderades com carregar objectes lleugers, pedalejar en bicicleta a pas regular, o jugar dobles de tennis?. No inclou caminar.

115. dies per setmana
116. cap activitat física intensa

Si la resposta és cap, marcarem l'opció i saltarem al següent apartat (caminar)

Si hi ha algun tipus d'activitat marcarem els dies en el desplegable i li preguntarem quant de temps hi ha dedicat.

Habitualment, quant temps dediques en un d'aquests dies, a fer activitat físiques moderades?

117. hores per dia
118. minuts per dia

Marcarem la resposta seguint l'exemple anterior.

Pensa en el temps que has dedicat a **caminar** en els darrers 7 dies. Això inclou caminar al treball i a casa, caminar per a anar d'un lloc a l'altre, o qualsevol altra caminada que vas fer únicament per recreació, esport, exercici o plaer?

Durant els darrers 7 dies, ¿Quants dies vas caminar al menys 10 minuts seguits?

119. dies per setmana
120. cap activitat física intensa

Si la resposta és no vaig caminar, marcarem l'opció i saltarem al següent apartat (temps estar assegut)

Si hi ha algun tipus d'activitat marcarem els dies en el desplegable i li preguntarem quant de temps hi ha dedicat.

Habitualment, quant temps dediques a caminar en un d'aquests dies?

121. dies per setmana
122. cap activitat física intensa

Marcarem la resposta seguint l'exemple anterior.

La darrera pregunta es refereix al temps en el que has estat **assegut** en els darrers 7 dies. Inclou el temps assegut a la feina, a casa, estudiant i en el teu temps lliure. Això pot incloure temps assegut en un escriptori, visitant amics, al cotxe o altre transport motoritzat, llegint o estant assegut o estirat mirant televisió

Durant els darrers 7 dies, ¿Quant de temps vas estar assegut en un dia a la setmana?

123. dies per setmana
124. cap activitat física intensa

Marcarem la resposta seguint l'exemple anterior.

Al final d'aquest mòdul, si tot és correcte marcarem l'opció de guardar.

Mòdul I - MOTIUS PRÀCTICA, NO PRÀCTICA O ABANDONAMENT

En aquest mòdul pretenem esbrinar si actualment fa activitat física, n'havia fet amb anterioritat o si no n'ha fet mai i els motius al·ludits. Iniciarem el mòdul preguntant:

125. En l'actualitat fas activitat física	
Si	Salta 125a
Abans en feia, però ara no puc	Salta 125b
Abans en feia, però ara no vull	Salta 125c
No n'he fet mai, però m'agradaria	Salta 125d
No n'he volgut fer mai	Salta 125e

Indicarem en el requadre corresponent l'opció de resposta que ens farà saltar directament al mòdul corresponents als motius per fer-ho o per no fer-ho.

En cadascuna de les opcions trobarem una sèrie d'ítems que haurem de preguntar i anotar en una escala que va d'1, molt en desacord a 5, totalment d'acord. A cada un dels ítems s'ha de marcar l'opció que més s'aproximi al que opina.

125a Per quins motius en fas? (126 a 135)
<i>1: molt en desacord; 2: bastant en desacord; 3: d'acord; 4: bastant d'acord; 5: totalment d'acord</i>
Per salut
Per aprimar-me

Al final d'aquest mòdul, si tot és correcte marcarem l'opció de guardar.

Salta al Mòdul J – Hàbits esportius

125b Per què ara no en fas? (136 a 141)
<i>1: molt en desacord; 2: bastant en desacord; 3: d'acord; 4: bastant d'acord; 5: totalment d'acord</i>
No hi ha horaris que s'adaptin a les meves necessitats
No tinc temps

Al final d'aquest mòdul, si tot és correcte marcarem l'opció de guardar.

Salta al mòdul J – Hàbits esportius

125c Per què ara no en fas? (142 a 152)
<i>1: molt en desacord; 2: bastant en desacord; 3: d'acord; 4: bastant d'acord; 5: totalment d'acord</i>
Penso què hi han coses més interessants a fer
Males experiències anteriors

Al final d'aquest mòdul, si tot és correcte marcarem l'opció de guardar.

Salta al mòdul J – Hàbits esportius

125d Per què t'agradaria? (153 a 160)
<i>1: molt en desacord; 2: bastant en desacord; 3: d'acord; 4: bastant d'acord; 5: totalment d'acord</i>
És bo per la salut
És una manera de conèixer gent

Al final d'aquest mòdul, si tot és correcte marcarem l'opció de guardar.

Salta al mòdul K – Opinió sobre el servei d'esports

125e Per què no en vols fer? (161 a 170)
<i>1: molt en desacord; 2: bastant en desacord; 3: d'acord; 4: bastant d'acord; 5: totalment d'acord</i>
No m'agrada
No em sembla divertit

Al final d'aquest mòdul, si tot és correcte marcarem l'opció de guardar.

Mòdul J - HÀBITS ESPORTIUS

En aquest apartat es pretén aprofundir en la pràctica d'exercici físic (entesa més com a activitat reglamentada). Hi ha un total de 8 preguntes (que han de respondre tots els enquestats que han respost en la pregunta anterior que SI practiquen o N'HAVIEN PRACTICAT AMB ANTERIORITAT.

Iniciaràs les preguntes d'aquest mòdul dient:

"Ara et faré unes preguntes referents al tipus de pràctica que feies".

Recorda-li, a continuació que sigui el més precís possible en les respostes.

En les preguntes 171 a 185, marca en el desplegable, la resposta corresponent de les opcions que trobaràs en el desplegable

1: Mai; 2: Alguna vegada; 3: Bastants vegades; 4: Sovint; 5: Sempre

Les preguntes 186 a 188, han de fer referència a la freqüència, duració i intensitat de la pràctica més habitual assenyalada entre les dues anteriors (184 o 185)

Habitualment quin tipus d'activitat física practiques o practicaves?

184. Exercici físic planificat (esports, activitats dirigides, musculació, ...)

185. Activitats físiques (caminar, footing, circuit en bicicleta,...)

Les següents preguntes fan referència a abans assenyalada, cal indicar l'opció que més s'aproximi a la realitat.

186. Habitualment amb quina regularitat fas o feies activitat física?

1: *Esporàdicament*; 2: *1 o 2 cops a la setmana*; 3: *Més de 3 cops a la setmana*

187. Habitualment quan de temps dediques a cada sessió

1: *menys de 30 min* ; 2: *de 30 min a 1:30h*; 3: *Més de 1:30h*

En la següent pregunta cal indicar que cada opció es refereix a:

Lleugera: no modifiquen gens el ritme de respiració normal (fer un recorregut a peu, bicicleta, piragua,... observant el paisatge o amb els més petits, activitats de relaxació, ioga, gim suau, fer unes piscines,...)

Moderada: et fan respirar una mica més profunda del que el que és normal (recorregut a peu, bicicleta, piragua, nedar,... a ritme, activitats tipus aeròbic, aigua gym, ...)

Intensa: requereixen un esforç físic fort i falta la respiració (sessió spinning, carrera de velocitat, recorreguts amb grans desnivells i/o a elevat ritme, curses de llarga duració,...)

188. Quina intensitat creus que té la teva pràctica

1: *Lleugera*; 2: *Moderada* ; 3: *Intensa*

Finalment volem saber de quina manera la vida a la universitat han variat els hàbits de pràctica esportiva

189. Creus que des de que vas iniciar els estudis universitaris la teva pràctica
1: ha disminuït; 2: és més o menys la mateixa ; 3: ha augmentat

Apareixerà una pantalla en la que podrem anotar si hem detectat algun tipus d'incidència en les preguntes realitzades i/o en les respostes donades per la persona enquestada (manca de sinceritat en algunes de les preguntes, desordres,...)

Per últim, li agrairem la seva col·laboració i li lliurarem el regal per participar.

Al final d'aquest mòdul, si tot és correcte marcarem l'opció Iniciar nova enquesta.

Annex 3. Especificacions del programa: Qüestionari

1. Entorn de desenvolupament

Descripció general

El programa qüestionari s'ha programat i dissenyat amb llenguatge PHP. El motiu pel qual s'ha escollit aquest llenguatge és perquè l'aplicació ha de funcionar mitjançant navegadors web. D'aquesta manera l'aplicació s'ha d'allotjar en un servidor el qual també s'ha hagut d'instal·lar. Finalment, el servidor i l'aplicació està associat amb una base de dades per emmagatzemar tots els resultats que s'obtenen del qüestionari.

Servidor: APACHE

El servidor escollit és APACHE proporcionat pel pack de desenvolupament proporcionat per XAMPP. Aquest pack instal·la de forma senzilla un servidor local a l'ordinador. En la *Figura 1* es pot veure un exemple del servidor en execució.



Figura 103. Exemple del servidor Apache proporcionat pel programari XAMPP.

Base de dades: MySQL-PhpMyAdmin

Un cop instal·lat el programari proporcionat per XAMPP també instal·la una base de dades MySQL-PhpMyAdmin. Abans de dissenyar l'aplicació web és important definir una base de dades correcta per emmagatzemar totes les dades proporcionades per l'aplicació Questionari. A continuació es mostra un exemple de la base de dades creada. Està formada per dues taules: Instàncies i qüestionari. La taula qüestionari guarda la informació bàsica del qüestionari (número de qüestionari, usuari que l'ha realitzat, lloc, data i hora, així com una descripció general si s'escau). Aquesta taula va directament relacionada amb la "Instància" el qual es guarden tots els resultats corresponents pel qüestionari.

Cada una de les respostes va unit a un mòdul en concret. Un exemple de la base de dades la podeu veure a continuació.

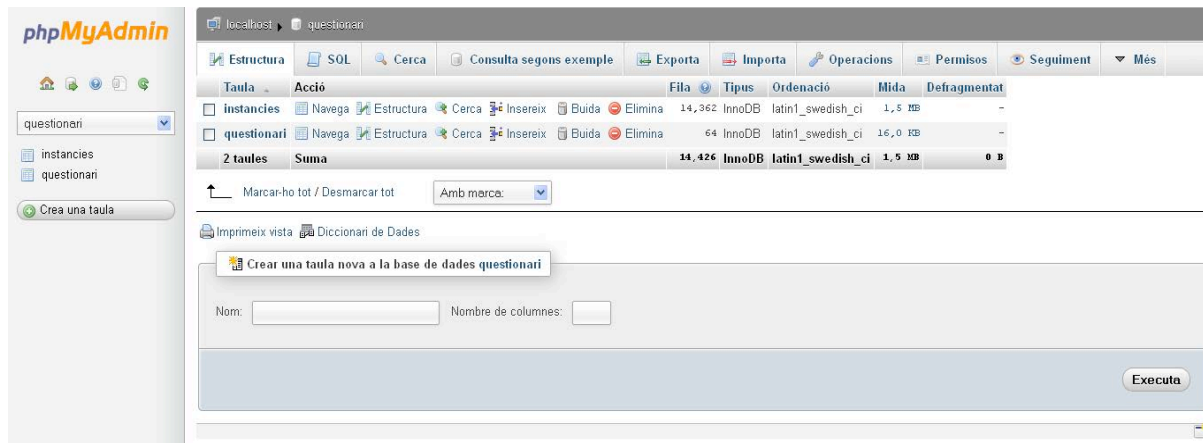


Figura 104. Exemple de la base de dades del qüestionari proporcionada per MySQL-PhpMyAdmin.

Interfície de l'aplicació: Qüestionari

A continuació es mostrarà *screenshots* de l'aplicació web Qüestionari. La Figura 3 mostra la pantalla d'inici per als usuaris.



Figura 105. Pantalla d'inici del qüestionari.

Tot seguit, apareixen diferents mòduls de preguntes cada una d'elles numerades de forma automàtica. Cada pregunta es mostra també un combo referent a les possibles respostes.

Mòdul A: DADES GENERALS

Questionari: 1

1.- Sexe	-
2.- Edat	-
3.- Facultat	-
4.- Alçada	<input type="text"/> cm (ex: 1,623)
5.- Pes	<input type="text"/> Kg (ex: 63,123)
6.- Plec greix	<input type="text"/> mm (ex: 2,123)
7.- Algun dels teus pares o familiar directe (p.e. germans, oncles, cosins,...) practica esport?	-
8.- Durant la teva escolaritat obligatòria feies alguna activitat esportiva extraescolar?	-
9.- Per quin motiu principal en feies?	-
10.- Habitualment com ets desplaces a l'Universitat?	-
11.- Estas fent o has fet alguna dieta per perdre pes?	-
12.- En general, creus que els teus hàbits de vida (horaris, dieta, activitat física, ús del temps lliure,...), han canviat des de que has començat a estudiar a la Universitat?	-

Continuar...

Mòdul B: ESTAT DE SALUT

Les preguntes que segueixen es refereixen al que penses sobre la teva salut. Les teves respostes permetran saber com et trobes i fins a quin punt ets capaç de fer les teves activitats habituals. Per favor, contesta cada pregunta marcant una casella. Si no estàs segur/a de com respondre a una pregunta, per favor, contesta el que et sembli més proper.

1: Excel·lent; 2: Molt bona; 3: Bona; 4: Regular; 5: Dolenta

Questionari: 1

13.- En general, diries que la teva salut és

Les següents preguntes es refereixen a activitats o coses que podries fer un dia normal.

1: Sí, em limita molt; 2: Sí, em limita una mica; 3: No, no em limita res

La teva salut actual, et limita per fer aquestes activitats o coses?. Si és així, quant?	
14.- Esforços moderats, com moure una taula, passar l'aspiradora, jugar a bitlles o caminar més d'1h	-
15.- Pujar diversos pisos per l'escala	-
Durant les darreres 4 setmanes, has tingut algun dels següents problemes en el teu treball o en les teves activitats quotidianes, a causa de la teva salut física?	
16.- Vas fer menys del que haguéssis volgut fer?	-
17.- Vas tenir que deixar de fer algunes tasques en el teu treball o en les teves activitats quotidianes?	-
Durant les darreres 4 setmanes, has tingut algun dels següents problemes en el teu treball o en les activitats quotidianes, a causa d'algun problema emocional (com estar trist, deprimid o nervios)?	
18.- Vas fer menys del que haguéssis volgut fer per algun problema emocional?	-
19.- No vas fer el teu treball o les teves activitats quotidianes amb tanta cura com de costum, per algun problema emocional?	-
20.- Durant les darreres 4 setmanes, fins a quin punt et ha dificultat el teu treball habitual (inclos el treball fora de casa i les tasques domèstiques)?	-

Les següents preguntes es refereixen a com t'has sentit i com t'han anat les coses durant les 4 darreres setmanes. En cada pregunta respon el que s'assembla més a com t'has sentit.

1: Sempre; 2: Quasi sempre; 3: Moltes vegades; 4: Algunes vegades; 5: Sol alguna vegada; 6: Mal

Durant les darreres 4 setmanes ¿Quant temps...	
21.- et vas sentir calmat i tranquil?	-
22.- vas tenir molta energia?	-
23.- et vas sentir desanimat i trist?	-
24.- Durant les darreres 4 setmanes, amb quina freqüència la salut física o els problemes emocionals han dificultat les teves activitats socials (com visitar als amics o familiars)?	-

Continuar...

Mòdul C: DIETA

Ara et faré unes preguntes referents als teus hàbits alimentaris. Si us plau, contesta el que s'aproximi més al que és habitual.

Questionari: 1

25.- Prens una fruita o un suc natural tots els dies	-
26.- Prens una segona peça de fruita tots els dies	-
27.- Prens verdures fresques (amanides) o cuinades regularment un cop al dia	-
28.- Prens verdures fresques o cuinades de manera regular més d'un cop al dia	-
29.- Consumeixes peix amb regularitat (al menys 2-3 cops a la setmana)	-
30.- Vas una o més vegades a la setmana a un centre de menjar ràpid (fast food) tipus hamburgueseria	-
31.- T'agraden els llegums i els prens més d'un cop a la setmana	-
32.- Prens pasta o arros quasi a diari (5 dies o més a la setmana)	-
33.- Esmorzes un cereal o derivats (pa, etc.)	-
34.- Prens fruits secs amb regularitat (al menys 2-3 cops a la setmana)	-
35.- S'utilitza oli d'oliva a casa	-
36.- Esmorzes?	- (Si respón NO -> Salta a la pregunta 39)
37.- Esmorza un làctic (iogurt, llet, etc.)	-
38.- Esmorza bolleria industrial, galetes o pastelets	-
39.- Prens 2 iogurts i/o formatge cada dia	-
40.- Prens lliminadures i/o caramels diverses vegades al dia	-

Mòdul D: CONSUM D'ALCOHOL

Llegeix les preguntes tal i com estan escrites. Registra les respostes curosament. Comença l'AUDIT dient: "Ara vaig a fer-te algunes preguntes sobre el teu consum de begudes alcohòliques durant el darrer any". Explica què s'entén per "begudes alcohòliques" utilitzant exemples típics com cervesa, vi, vodka, etc.

Codifica les respostes en termes de consumicions ("begudes estàndard").

Questionari: 1

41.- Alguna vegada has consumit begudes alcohòliques?	- <input type="checkbox"/> (Si respón NO -> Salta al següent mòdul)
42.- Amb quina freqüència consumes alguna beguda alcohòlica	- <input type="checkbox"/> (Si respón MAI -> Salta a la pregunta 50 i 51)
43.- Quantes consumicions de begudes alcohòliques sols realitzar en un dia de consum normal?	- <input type="checkbox"/>
44.- Amb quina freqüència prens 6 o més begudes alcohòliques en un sol dia?	- <input type="checkbox"/>
45.- Amb quina freqüència en el transcurs del darrer any has estat incapaç de parar de beure un cop has començat?	- <input type="checkbox"/>
46.- Amb quina freqüència en el transcurs del darrer any no vas poder fer el que s'esperava de tu perquè havies begut?	- <input type="checkbox"/>
47.- Amb quina freqüència en el transcurs del darrer any has necessitat beure en dejuni per a recuperar-te després d'haver begut molt el dia anterior?	- <input type="checkbox"/>
48.- Amb quina freqüència en el transcurs del darrer any has tingut remordiments o sentiments de culpa després d'haver begut?	- <input type="checkbox"/>
49.- Amb quina freqüència en el transcurs del darrer any no has pogut recordar el que va succeir la nit anterior perquè havies estat bevent?	- <input type="checkbox"/>
50.- Tu o alguna altra persona ha resultat ferida perquè havies begut?	- <input type="checkbox"/>
51.- Algun familiar, amic, metge o professional sanitari ha mostrat preocupació pel teu consum de begudes alcohòliques o t'ha suggerit que deixis de beure?	- <input type="checkbox"/>

Continuar...

Mòdul E: CONSUM DE TABAC

Questionari: 1

52.- Fumes?	- <input type="checkbox"/> (Si respón NO -> Saltar al següent mòdul)
53.- Quants cigarrets fumes al dia?	- <input type="checkbox"/>
54.- Quant de temps passa entre que t'aixeques i et fumes el primer cigarret?	- <input type="checkbox"/>
55.- El meu hàbit de fumar és molt important per a mi	- <input type="checkbox"/>
56.- Jugo i manipulo el cigarret com a part del ritual de l'hàbit de fumar	- <input type="checkbox"/>
57.- Sols posar-te alguna cosa a la boca per evitar fumar? begut?	- <input type="checkbox"/>
58.- Et recompenses a tu mateix amb una cigarreta després d'haver complert una tasca?	- <input type="checkbox"/>
59.- Quan no tens tabac, et resulta difícil concentrarte i realitzar qualsevol tasca?	- <input type="checkbox"/>
60.- Quan et trobes en un lloc en el que està prohibit fumar, jugues amb el cigarret o el paquet de tabac	- <input type="checkbox"/>
61.- Alguns llocs o circumstàncies t'inciten a fumar?: el teu silló favorit, sofà, habitació, cotxe o beguda (alcohol, café, etc)	- <input type="checkbox"/>
62.- Et trobes sovint encenen una cigarreta per rutina, sense desitjar-ho realment?	- <input type="checkbox"/>
63.- Sovint et poses cigarrets sense encendre o altres objectes a la boca i els xupes per relaxar-te de l'estrès, tensió, frustracions, etc?	- <input type="checkbox"/>
64.- Part del plaer de fumar procedeix del ritual que suposa encendre una cigarreta?	- <input type="checkbox"/>
65.- Quan estas sol en un restaurant, parada d'autobús, festa, etc. Et sents més segur, fora de perill o més confiat amb una cigarreta a les mans?	- <input type="checkbox"/>

Continuar...

Mòdul F: CONSUM DE DROGUES

Questionari: 1

66.- Has consumit alguna vegada drogues?	- <input type="checkbox"/> (Si respón NO -> Saltar al següent mòdul)
67.- Alguna vegada has sentit que hauries de disminuir o reduir el consum de drogues?	- <input type="checkbox"/>
68.- T'has sentit alguna vegada molestat per les crítiques de la gent sobre l'ús que fas de les drogues?	- <input type="checkbox"/>
69.- Alguna vegada t'has sentit culpable o malament degut a l'ús que has fet de les drogues?	- <input type="checkbox"/>
70.- Alguna vegada has necessitat drogues de bon matí per estabilitzar els nervis?	- <input type="checkbox"/>

Continuar...

Mòdul G: AUTOPERCEPCIÓ FÍSICA

A continuació et faré 40 afirmacions que fan referència a qüestions relacionades amb el teu físic. Per favor, escolteu-les bé i selecciona l'indicador més apropiat.

1: Fals; 2: Més bé fals; 3: Més fals que verdader; 4: Més verdader que fals; 5: Més bé verdader; 6: Verdader

Qüestionari 1

71.- Em sento segur quan realitzo moviments coordinats	-
72.- Físicament sóc una persona molt forta	-
73.- Sóc molt bo en activitats que requereixen flexibilitat	-
74.- Puc córrer distàncies llargues sense parar	-
75.- En general, la majoria de les activitats que faig tenen un bon resultat	-
76.- Sovint contrec malalties contagioses com la grip, refredats, virus...	-
77.- M'és molt fàcil controlar els moviments del meu cos	-
78.- Sovint faig exercicis o altres activitats que em fan respirar profundament	-
79.- La meua cintura és ampla	-
80.- Faig la majoria dels esports bé	-
81.- Físicament estic molt content amb mi mateix	-
82.- Tinc una cara bonica	-
83.- Tinc bastanta força física	-
84.- El meu cos és flexible	-
85.- Estic malalt tant sovint que no puc fer totes les coses que voldria	-
86.- Realitzo bé activitats que requereixen moviments de coordinació	-
87.- Tinc massa greix al cos	-
88.- Sóc més guapo que la majoria dels meus amics	-
89.- Puc realitzar els moviments de la majoria de les activitats físiques suaument	-
90.- Faig activitats físiques (p.ex. Footing, ballar, ciclisme, aeròbic, gimnàstica o natació) al menys tres cops per setmana	-
91.- Tinc excés de pes	-
92.- Tinc bones habilitats per a fer esport	-
93.- Em sento bé físicament	-
94.- En general no sóc bo per res	-
95.- Sovint estic malalt	-
96.- Crec que puc realitzar moviments de coordinació	-
97.- Faig molt esport, ballo, faig gimnàstica o altres activitats físiques	-
98.- Estic content amb el tipus de persona que sóc i amb el meu estat físic	-
99.- Sóc guapo	-
100.- Podria superar bé una prova d'esforç	-
101.- Puc estar actiu físicament durant molt de temps sense cansar-me	-
102.- La majoria de les activitats que faig, les faig bé	-
103.- Quan estic malalt, tardo molt de temps en recuperar-me	-
104.- Quasi cada dia faig esport, ballo o faig activitats físiques	-
105.- Jugo bé als esports	-
106.- Crec que podria realitzar amb èxit una prova de flexibilitat física	-
107.- Faig bé activitats de resistència, com córrer llargues distàncies, aeròbic, clicisme, natació o esquí de fons	-
108.- En general, tinc moltes coses que em fan sentir orgullosos	-
109.- Tinc que anar al metge més sovint que la majoria de gent de la meua edat	-
110.- Mai faig les coses bé	-

Continuar...

Mòdul H: PREVALENCIA DE L'ACTIVITAT FÍSICA

Estem interessats en esbrinar e tipus d'activitat física que fa la gent en la seva vida quotidiana. Les preguntes es referiran al temps en el qual vas ser físicament actiu en els darrers 7 dies.

Per favor, respon cada pregunta encara que no et consideris una persona activa. Per favor, pensa en aquelles activitats que fas com a part del treball, a casa o al jardí, per anar d'un lloc a l'altre, i en teu temps lliure de descans, exercici o esport

Pensa sobre totes aquelles activitats intenses que has realitzat en els darrers 7 dies. Activitats intenses són les que requereixen un esforç físic fort i et fan respirar molt més fort del que és habitual.

Pensa només en aquelles activitats que vas fer al menys 10 minuts seguits.

Qüestionari 1

Durant els darrers 7 dies, quants dies vas realitzar activitats físiques intenses com aixecar objectes pesats, cavar, fer exercicis aeròbic o pedalejar ràpid en bicicleta?	
111.- dies a la setmana	- <input type="text"/>
112.- Cap activitat física intensa	- <input type="text"/> (Si respon NO - salta pregunta 115)
Habitualment, quant temps en total vas dedicar a realitzar activitats físiques intenses en un d'aquests dies que les vas realitzar?	
113.- hores per dia	- <input type="text"/>
114.- minuts per dia	- <input type="text"/>

Pensa sobre totes aquelles activitats moderades que has realitzat en els darrers 7 dies. Activitats moderades són les que requereixen un esforç físic moderat i que et fan respirar una mica més fort del que és normal.

Pensa només en aquelles activitats que vas fer al menys 10 minuts seguits.

Durant els darrers 7 dies, quants dies vas realitzar activitats físiques moderades com carregar objectes lleugers, pedalejar en bicicleta a pas regular, o jugar a dobles de tennis? No inclou caminar	
115.- dies per setmana	- <input type="text"/>
116.- Cap activitat física moderada	- <input type="text"/> (Si respon NO - salta pregunta 119)
Habitualment, quant temps dediques en un d'aquests dies a fer activitats físiques moderades?	
117.- hores per dia	- <input type="text"/>
118.- minuts per dia	- <input type="text"/>

Pensa en el temps que has dedicat a caminar en els darrers 7 dies. Això inclou caminar al treball i a casa, caminar per a anar d'un lloc a l'altre, o qualsevol altra caminada que vas fer únicament per recreació, esport, exercici o plaer.

Durant els darrers 7 dies, quants dies vas caminar al menys 10 minuts seguits?	
112.- dies per setmana	- <input type="text"/>
113.- No vaig caminar	- <input type="text"/> (Si respon NO - salta pregunta 123)
Habitualment, quant temps dediques a caminar en un d'aquests dies?	
121.- hores per dia	- <input type="text"/>
122.- minuts per dia	- <input type="text"/>

La darrera pregunta es refereix al temps en el qual has estat assegut en els darrers 7 dies. Inclou temps assegut a la feina, a casa, estudiant i en el teu temps lliure. Això pot incloure temps assegut en un escriptori, visitant amics, al cotxe o altre transport motoritzat, llegint o estant sentat o estirat mirant la televisió

Durant els darrers 7 dies, quant temps vas estar sentat en un dia a la setmana?	
123.- hores per dia	- <input type="text"/>
124.- minuts per dia	- <input type="text"/>

Continuar...

Mòdul I: MOTIUS PRÀCTICA, NO PRÀCTICA O ABANDONAMENT

1: Sí; 2: Abans sí però ara no; 3: Abans en feia, però ara no vull; 4: No n'he fet mai però m'agradaria; 5: No n'he volgut fer mai

Questionari: 1

125.- En l'actualitat fas activitat física	Sí
	-
	Sí
	Abans en feia però ara no puc
	Abans en feia, però ara no vull
	No n'he fet mai, però m'agradaria
	No n'he volgut fer mai

Cont

Pàgina 9/12

Mòdul I: MOTIUS PRÀCTICA, NO PRÀCTICA O ABANDONAMENT

Questionari: 1

125-a. Per quins motius en fas?	
126.- Per salut	-
127.- Per aprimar-me	-
128.- Per conèixer gent	-
129.- Perquè m'agrada competir	-
130.- Perquè m'agrada el contacte amb la natura	-
131.- Perquè trobo que és una forma agradable i divertida de passar el temps	-
132.- Per fer exercici físic	-
133.- Per evasió (escapar de lo habitual)	-
134.- Per mantenir la línia	-
135.- Perquè els meus amics ho fan i m'agrada estar amb ells	-

Continuar...

Mòdul I: MOTIUS PRÀCTICA, NO PRÀCTICA O ABANDONAMENT

Questionari: 1

125-b. Per què ara no en fas?	
136.- No hi ha horaris que s'adaptin a les meves necessitats	-
137.- No tinc temps	-
138.- Les instal·lacions estan lluny i no disposen de transport públic	-
139.- Per lesió o motius de salut	-
140.- Els estudis m'exigeixen massa	-
141.- És massa car	-

Continuar...

Mòdul I: MOTIUS PRÀCTICA, NO PRÀCTICA O ABANDONAMENT

Questionari: 1

125-c. Per què ara no en fas?	
142.- Penso que hi han coses més interessants a fer	-
143.- Males experiències anteriors	-
144.- Em sento gran	-
145.- No em divertia	-
146.- Em fa vergonya	-
147.- Per mandra	-
148.- Per motius de salut	-
149.- No se'm donava bé	-
150.- No m'agradava l'ambient que hi ha a l'entorn de l'esport	-
151.- Perquè els meus amics no practiquen	-
152.- És molt car	-

Continuar...

Mòdul J: HÀBITS PRÀCTICA

Questionari: 1

Quin tipus d'activitat física fas o feies habitualment?	
171.- No Competitiva	- ▾
172.- Competitiva	- ▾
Amb qui practiques o practicaves habitualment?	
173.- Pel meu compte, sol	- ▾
174.- Pel meu compte, amb amics	- ▾
175.- Com activitat dirigida	- ▾
176.- En un equip federat o amateur	- ▾
On practiques o practicaves habitualment?	
177.- A l'aire lliure (parc, carrer, circuit, mar, muntanya,...)	- ▾
178.- En club esportiu o gimnàs privat	- ▾
179.- En instal·lacions públiques (municipals, escolars,...)	- ▾
180.- En les instal·lacions de la Universitat	- ▾
Fonamentalment practiques o practicaves activitat física	
181.- Els dies feiners	- ▾
182.- Els caps de setmana	- ▾
183.- Per vacances	- ▾
Habitualment quin tipus d'activitat física practiques o practicaves?	
184.- Exercici físic planificat (esports, activitats dirigides, muculació, ...)	- ▾
185.- Activitats físiques (caminar, footing, circuit en bicicleta,...)	- ▾
186.- Habitualment amb quina regularitat fas o feies activitat física?	- ▾
187.- Habitualment quan de temps dedicas a cada sessió	- ▾
188.- Quina intensitat creus que té la teva pràctica	- ▾
189.- Creus que des de que vas iniciar els estudis universitaris la teva pràctica d'activitat física:	- ▾

Continuar...

Mòdul Final: Questionari de Satisfacció

Questionari: 1

Vols afegir alguna incidència per aquest qüestionari?	
Incidència	

Continuar...

GRÀCIES PER LA TEVA COL·LABORACIÓ!

Iniciar una nova enquesta

Annex 4. Consentiment informat del participant



Full de consentiment informat del participant

Jo,
(Nom i cognoms)

Declaro que,

- He llegit el full d'informació que se m'ha lliurat.
- He pogut fer preguntes sobre l'estudi
- He rebut suficient informació sobre l'estudi
- He estat informat per Araceli Gonzalez-Lafont

Comprendc que la meva participació és voluntària.

Comprendc que puc retirar-me de l'estudi:

- quan vulgui
- sense haver de donar explicacions
- sense que això repercuteixi en les meves activitats acadèmiques.

Declaro haver estat informat que les meves dades seran tractades d'acord amb el que estableix la L.O. 15/1999, de 13 desembre i de protecció de dades de caràcter personal (article 3, punt 6 de Reial Decret 223/2004).

I consenteixo que les meves dades siguin emmagatzemades en un fitxer automatitzat, la informació podrà ser manejada exclusivament per a fins científics.

I he expressat estar d'acord a participar en l'estudi.

.....

(Data) (signatura del participant)

.....

(Data) (signatura de l'investigador)

Full informatiu de participació

El convidem a participar en un estudi per obtenir informació sobre els hàbits de vida relacionats amb la salut (activitat física, alimentació i consum de substàncies) que permeti identificar el seu estil de vida i analitzar com influeix en la pràctica d'activitat física, l'autopercepció de la salut i la autodescripció física. Abans de decidir si vol participar, és important que entengui les principals característiques de l'estudi, per a què es realitza i els possibles beneficis, riscos i incomoditats que comporta. Els responsables de l'estudi l'informaran de les característiques de l'estudi i podrà fer-totes les preguntes que consideri oportunes. Així mateix, prengui el temps que consideri necessari per llegir amb deteniment aquesta informació que li facilitem per escrit.

Títol de l'estudi

Salut percebuda, patrons d'activitat física i autodescripció física en una mostra d'estudiants universitaris

Quina és la finalitat de l'estudi?

La finalitat de l'estudi és identificar factors que aportin informació nova i permetin confirmen l'existència de diferents patrons d'estil de vida basats en una agrupació de comportaments saludables i no saludables.

En què consisteix la meva participació?

La seva participació consisteix en emplenar un seguit de qüestionaris que avaluen diferents variables de la seva salut percebuda, hàbits d'alimentació, activitat física, consum de substàncies i autodescripció física. El temps estimat que durés l'avaluació serà de 30-45 minuts. L'avaluació serà individual, anònima i registrada en un formulari informàtic.

Quins beneficis m'aportarà la meva participació?

La informació obtinguda amb la seva participació permetrà obtenir dades rellevants sobre patrons i hàbits de salut, alimentació i activitat física a estudiants universitaris. Vostè no obtindrà cap benefici directe per la seva participació en aquest estudi, encara que podrà contribuir a obtenir dades per millorar els hàbits saludables dels estudiants universitaris

¿La meva participació serà confidencial?

Sí, totalment. Les dades que es recullin es codificaran en una base de dades i es mantindrà la confidencialitat de la informació de tots els participants.

Suposa alguna despesa per a mi?

La seva participació és totalment voluntària i no implica cap despesa econòmica per part seva. L'única despesa que pot considerar és el temps que vostè haurà de dedicar a respondre a les preguntes dels qüestionaris.

A qui puc dirigir-me per tenir més informació?

Per a més informació, pot posar-se en contacte amb la responsable principal d'aquest estudi, la Sra. Araceli Gonzalez-Lafont, telèfon: 972 405 130, e-mail: araceli.gonzalez@cadscrits.udg.edu.

Hoja de Consentimiento Informado del participante

Yo,

(nombre y apellidos)

Declaro que,

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio
- He recibido suficiente información sobre el estudio
- He sido informado por Araceli Gonzalez-Lafont

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- cuando quiera
- sin tener que dar explicaciones
- sin que esto repercuta en mis actividades académicas.

Declaro haber sido informado de que mis datos serán tratados de conformidad con lo que establece la L.O. 15/1999, de 13 diciembre y de Protección de Datos de Carácter Personal (artículo 3, punto 6 del Real Decreto 223/2004).

Y consiento que mis datos sean almacenados en un fichero automatizado, cuya información podrá ser manejada exclusivamente para fines científicos.

Y he expresado estar de acuerdo en participar en el estudio.

.....

(fecha)

.....

(firma del participante)

.....

(fecha)

.....

(firma del investigador)

Hoja informativa de participación

Le invitamos a participar en un estudio para obtener información sobre los hábitos de vida relacionados con la salud (actividad física, alimentación y consumo de sustancias) que permita identificar su estilo de vida y analizar cómo influye en la práctica de actividad física, la autopercepción de la salud y la autodescripción física. Antes de decidir si quiere participar, es importante que entienda las principales características del estudio, para qué se realiza y los posibles beneficios, riesgos e incomodidades que comporta. Los responsables del estudio le informarán de las características del estudio y podrá hacerles todas las preguntas que considere oportunas. Así mismo, tómese el tiempo que considere necesario para leer con detenimiento esta información que le facilitamos por escrito.

Título del estudio

Salud percibida, patrones de actividad física y autodescripción física en una muestra de estudiantes universitarios

¿Cuál es la finalidad del estudio?

La finalidad del estudio es identificar factores que aporten información novedosa y permitan confirmar la existencia de diferentes patrones de estilo de vida basados en una agrupación de comportamientos saludables y no saludables.

¿En qué consiste mi participación?

Su participación consiste en cumplimentar una serie de cuestionarios que evalúan diferentes variables de su salud percibida, hábitos de alimentación, actividad física, consumo de sustancias y autodescripción física. El tiempo estimado que durara la evaluación será de 30-45 minutos. La evaluación será individual, anónima y registrada en un formulario informático.

¿Qué beneficios me aportará mi participación?

La información obtenida con su participación permitirá obtener datos relevantes sobre patrones y hábitos de salud, alimentación y actividad física en estudiantes universitarios. Usted no obtendrá ningún beneficio directo por su participación en este estudio, aunque podrá contribuir a obtener datos para mejorar los hábitos saludables de los estudiantes universitarios

¿Mi participación será confidencial?

Sí, totalmente. Los datos que se recojan se codificarán en una base de datos y se mantendrá la confidencialidad de la información de todos los participantes.

¿Supone algún gasto para mí?

Su participación es totalmente voluntaria y no implica ningún gasto económico por su parte. El único gasto que puede considerar es el tiempo que usted deberá dedicar a responder a las preguntas de los cuestionarios.

¿A quién puedo dirigirme para tener más información?

Para obtener más información, puede ponerse en contacto con la responsable principal de este estudio, Sra. Araceli Gonzalez-Lafont, teléfono: 972 405 130; e-mail: araceli.gonzalez@cadscrits.udg.edu.

