



# Observatorio de Investigación sobre los comportamientos de riesgo y calidad de vida de estudiantes universitarios

Centro de investigación en Riesgos y Calidad de Vida

Universidad de Guadalajara



Informe Global  
Generación 2017B

Agosto 2017

# Agradecimientos

Este informe no hubiera sido posible sin los consejos y contribuciones de muchas personas, tanto dentro como fuera de la Universidad de Guadalajara.

Nuestro agradecimiento más sincero al Dr. Alfredo Hidalgo San Martín fundador y asesor de esta iniciativa, la Dra. Bettylú Rasmussen Cruz asesora del proyecto. Al Rector del Centro Universitario del Sur Mtro. Ricardo Xicoténcatl García Cauzor, a los coordinadores de carrera y autoridades del CUSur por su disposición y apoyo para la realización de esta aplicación, a los estudiantes que apoyaron la aplicación en terreno, así como a cada uno de los estudiantes que participó en este estudio.

## **INVESTIGACIÓN Y TABLAS ESTADÍSTICAS, DISEÑO Y PRODUCCIÓN**

Dr. Carlos Alejandro Hidalgo Rasmussen

©Carlos Alejandro Hidalgo Rasmussen

Por favor si va a citar este documento hágalo de la siguiente manera:  
Hidalgo-Rasmussen, C. (2017B) Observatorio de Investigación sobre los comportamientos de riesgo y calidad de vida de estudiantes universitarios. Informe técnico Global de la Generación 2017 B del Centro Universitario del Sur de la Universidad de Guadalajara



## Prefacio

El Observatorio de Investigación sobre los comportamientos de riesgos y calidad de vida de estudiantes universitarios, genera información que puede consultarse en el sitio Web <http://www.cusur.udg.mx/Observatorio/index.htm>. Consideramos fundamental que la información de salud de la población se dé a conocer rápida y eficazmente es por eso que la rapidez con que el Observatorio genera los reportes es una de sus características más importantes ya que ésta rapidez también significa que se aceleran los procesos de toma de decisiones posteriores.

Los comportamientos de riesgo descritos en este informe son: riesgos de accidentes, violencia; consumo de tabaco, el alcohol y drogas, riesgos sexuales, riesgos alimentarios saludables y extremos. En este informe simplificamos su forma de presentación comparada con la de otros semestres. En general seleccionamos puntos de corte para que el lector pudiera simplemente ubicar a los estudiantes que presentan riesgo y distinguirlos de los que no lo presentan, esperamos que al hacerlo así sea más fácil tener una idea de lo que sucede a los estudiantes. En relación a la salud del individuo se describe la discapacidad, la salud auto reportada, la actividad

física y conductas sedentarias. También indagamos sobre cuanto duermen los estudiantes, agresión sexual de su pareja, consumo de alimentos y si han desayunado.

Hace más de 10 años que el observatorio evalúa estos comportamientos de riesgo y es importante seguirlo haciendo porque los problemas no han desaparecido, las intervenciones realizadas tienen un reto constante por el enorme flujo de estudiantes con problemas y una cultura cada vez más atenta a los aspectos económicos de la vida y menos a los aspectos relacionados con la salud.

Esperamos que este recurso informativo sea de utilidad a los lectores y una base para las intervenciones que se realicen para mejorar la salud y calidad de vida de los estudiantes.

Dr. Carlos Alejandro Hidalgo Rasmussen  
Investigador  
Agosto 2017

# Contenido

1.-Datos sociodemográficos .....	1
2.-Condición de salud y actividad física .....	2
3.-Discapacidad.....	3
4.-Riesgos de accidentes .....	4
5.-Riesgos de adicciones .....	8
6.-Riesgos de violencia .....	12
7.-Riesgos alimentarios .....	8
8.-Riesgos sexuales .....	9
9.-Riesgos de suicidio .....	10

# 1.-Datos sociodemográficos

Se señalan enseguida los datos socio demográficos de la aplicación realizada en el Centro Universitario del Sur (Cuadro 1) y posteriormente en cada apartado, el nombre del aspecto valorado y los antecedentes relacionados para ese aspecto, finalmente las tablas correspondientes a los resultados específicos del Centro Universitario del Sur. Los antecedentes sirven para entender la situación y su severidad a nivel nacional, también sirven para comparar los datos nacionales con los del Centro Universitario del Sur en particular.

Cuadro 1. Datos sociodemográficos

		n	%
¿Cuál es tu género?	Femenino	524	59.4
	Masculino	358	40.6
Edad en grupos	17 a 19 años	752	85.7
	20 a 24 años	103	11.7
	25 a 29 años	15	1.7
	30 en adelante	7	.8
¿Cuál es tu estado civil?	Casado(a)	9	1.0
	Divorciado(a)	1	.1
	Soltero(a)	867	98.3
	Unión Libre	5	.6
¿Trabajas?	No	530	60.1
	Si, con contrato	45	5.1
	Si, sin contrato	307	34.8
Nivel socioeconómico	Medio alto y alto	204	23.5
	Medio bajo	556	64.1
	Clase alta trabajadora	106	12.2
	Clase baja trabajadora	1	.1

## 2.-Condición de salud y actividad física

El aumento de las actividades físicas tiene numerosas compensaciones, entre ellas la reducción del riesgo de padecer ciertas enfermedades y afecciones, y la mejora de la salud mental. El cuerpo humano está diseñado para moverse, y por ello una vida sedentaria puede tener como consecuencia enfermedades.

La actividad física es un estímulo vital biológico necesario para mantener la estructura y función de los órganos del cuerpo y sistemas de órganos. Además, la actividad física regular se asocia con reducción de la ansiedad y la depresión.

Las recomendaciones de la OMS de actividad física varían por edad, hasta los 17 años se recomienda 60 minutos diarios de actividad física que pueden ser repartidos en sesiones de 30 minutos como mínimo, desde luego señalando que más allá de 60 minutos habría beneficios adicionales y considerando que la mayoría de las actividades físicas diarias debería ser aeróbica y que actividades de intensidad vigorosa incluyendo las de estiramiento y fortalecimiento muscular deberían ser al menos 3 veces a la semana (World Health Organization, 2010).

Cuadro 2. Prevalencia de comportamientos sedentarios

	n	%
Uso de pantallas por más de dos horas al día	380	43.8
Menos de 3 días de actividad física en establecimiento educativo	643	73.1
Ejercicios de fuerza menos de 3 días/semana	565	64.3
Nivel de actividad física		
Alto= 6 a 7 días	147	16.7
Medio= 3 a 5 días	370	42.1
Bajo=2 días	120	13.7
Inactivo=1 días	241	27.4

### 3.-Discapacidad

En la actualidad la discapacidad se ve desde una perspectiva ecológica (es decir, desde la interacción persona-ambiente). Por ejemplo, la OMS (*Bradley, 1995; OMS, 1997*) define la discapacidad de una persona como resultante de la interacción entre la discapacidad de una persona y las variables ambientales que incluyen el ambiente físico, las situaciones sociales y los recursos. Este cambio en la concepción de la discapacidad tiene numerosas implicaciones para la educación y la rehabilitación personal, entre las que se incluyen (Schalock 1998).

La discapacidad no está ni fijada ni dicotomizada; es más bien fluida, continua y cambiante, dependiendo de las limitaciones funcionales de la persona y de los apoyos disponibles en el ambiente personal.

Una forma de reducir las limitaciones funcionales y por tanto la discapacidad de la persona consiste en intervenir o proveer servicios y apoyos que se centren en la conducta adaptativa y en el nivel del papel que se desempeña en la sociedad.

La Organización Mundial de la Salud, (OMS), de acuerdo con los estudios más recientes, ha dado a conocer que en la actualidad la población con problemas de discapacidad en la República Mexicana alcanza ya el 14 por ciento, mientras que hace una década era tan solo del 10 por ciento (OMS La Organización Mundial de la Salud , 2010).

Cuadro 3. Variables sobre discapacidad

		n	%
¿Tienes alguna discapacidad, enfermedad o problema médico?	No	831	94.2
	Sí	51	5.8

## 4.-Riesgos de accidentes

Los accidentes son la causa principal de muerte en la adolescencia y juventud (Organización Mundial de la Salud, 2013c) y en la región de las Américas, donde la tasa de defunciones causadas por el tránsito alcanzó 16,1 por cada 100000 habitantes (World Health Organization, 2013).

En México en el grupo de 17 a 19 años, sufrieron daños a la salud por un accidente en los últimos 12 meses 8.4%. Durante el accidente llevaban puesto el cinturón 33.7%. Llevaban puesto el casco en accidente en bicicleta el 30.9%. Del grupo de 20 a 24 años, cuando tuvieron un accidentes no llevaban puesto el cinturón el 36.1%, cuando tuvieron un accidente llevaban puesto el casco el 45%. (INSP. SSA., 2012)

Enseguida pueden observarse los niveles de riesgo para diferentes comportamientos de los estudiantes en el Centro Universitario del Sur específica.

Cuadro 4. Prevalencia de riesgos de accidentes

	Frecuencia	%
Uso no consistente del cinturón de seguridad como pasajero de auto (nunca, rara vez o algunas veces)	297	33.8
Anduvo en auto con conductor que tomó alcohol (últimos mes)	250	28.5
Condujo habiendo bebido (último mes)	26	3.1
Usó de celular mientras conducía (último mes)	118	14.1

## 5.-Riesgos de adicciones

El uso de alcohol ha aumentado entre los jóvenes y se ha convertido en una importante fuente de morbilidad y mortalidad.

La información acerca del consumo de alcohol en la población adolescente mostró que 17.7 ha ingerido bebidas que contienen alcohol, se encontró que, independientemente de la frecuencia de consumo de alcohol por ocasión y por grupo de edad hay una tendencia sostenida a aumentar la ingesta con la edad, tanto en hombres como en mujeres. (INSP, SSA, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. 2006).

En México, según la ENSANUT 2012 (INSP. SSA., 2012), tomaron alcohol antes de los 15 años 17.3%. Tomaban al menos una vez a la semana 13.2%. La frecuencia con que tomaba cinco o más copas de bebida alcohólica en una sola ocasión al menos una vez al mes, en el caso de los hombres fue del 76.8%. Consumen a la semana al menos una vez los hombres cinco o más bebidas y mujeres cuatro o más bebidas en una sola ocasión, el 11.8%.

El consumo de altas cantidades es el patrón más habitual, en mujeres 7.1 respecto a 0.9 consuetudinarios y en hombres adolescentes 11 de altas cantidades respecto a 2.2 consuetudinarios, esto considerando en hombres 5 o más copas por ocasiones y en mujeres 4 o más copas por ocasión. (Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Instituto nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2008). Enseguida se muestran las variables de consumo de alcohol y tabaco en el Centro Universitario del Sur.

Cuadro 5. Prevalencia de riesgos por consumo de alcohol

	Frecuencia	%
Consumo de alcohol alguna vez en la vida	668	78.6
Consumo de alcohol/último mes	431	55.1
Consumo de 5 o más bebidas alcohólicas en el último mes	242	28.5
Inició de consumo de alcohol antes de los 15 años	107	12.3

Cuadro 6. Prevalencia de riesgos por el consumo de tabaco

	Frecuencia	%
Consumo de tabaco alguna vez en la vida	348	87.2
Consumo de tabaco en el último mes	33	34.0
Uno o más cigarrillos los días que fumó	16	16.5
Edad de inicio de consumo de tabaco antes de 15 años	39	4.5

El uso de drogas ha aumentado entre los jóvenes y se ha convertido en una importante fuente de morbilidad y mortalidad. La detección es relativamente difícil, dado que los signos o síntomas que permite descubrir a tiempo el uso de drogas en los adolescentes raramente son evidentes. (INSP, SSA, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. 2006.)

Enseguida se muestra el consumo reportado de drogas ilegales en el Centro Universitario del Sur.

Cuadro 7. Variable sobre consumo de drogas ilegales

	Frecuencia	%
Consumo marihuana último mes	22	2.5
Consumo marihuana en la vida	103	11.7
Inicio de consumo de marihuana antes de los 15 años	11	1.3
Consumo en la vida inhalables	16	1.8
Consumo heroína en la vida	1	.1
Consumo metanfetaminas en la vida	10	1.1
Consumo éxtasis en la vida	3	.3
Consumo alucinógenos en la vida	10	1.1
Consumo marihuana sintética en la vida	8	.9
Consumo esteroides en la vida	1	.1
Se inyectó alguna vez droga ilegal	0	0.0

## 6.-Riesgos de violencia

Las principales causas de muerte entre los jóvenes son las relacionadas, directa e indirectamente, con la violencia. Las denominadas causas externas como son los accidentes vehiculares, los homicidios y los suicidios son causas predominantemente altas en su nivel de incidencia.

La ENSANUT 2012 (INSP. SSA., 2012), en México, reportó que en las personas de 17 a 19 años, sufrieron daños a la salud por robo, agresión violencia en los últimos 12 meses el 5.1%, tuvieron agresiones con sustancias 5.1%, sofocación estrangulamiento, o ahogamiento .2%., Heridas por armas punzocortantes (cuchillos, navajas, etc.) .2%. Los empujaron desde un lugar elevado el 1.1%, les dieron golpes, patadas o puñetazos el 2.7%. Agresiones sexuales .3%, agresiones verbales 6%, Intentaron alguna vez en la vida a propósito herirse, cortarse, intoxicarse o se habían hecho daño con el fin de quitarse la vida 3.4%. Mientras en la población de 20 a 24 años, Sufrieron algún daño a su salud por robo, agresión o violencia en los últimos 12 meses, incluyendo intento de suicidio el 4.9%. En esa ocasión tuvieron agresiones con sustancias el 4.9%, sufrieron sofocación, estrangulamiento .03%, sufrieron heridas por arma de fuego .5%. Sufrieron heridas por arma punzocortantes 5.8%, los empujaron de un lugar elevado 1.1%, les dieron golpes, patadas o puñetazos al 52.4%, sufrieron agresión sexual 1.3% sufrieron envenenamiento u obstrucción de las vías respiratorias o por sustancia u objetos calientes .3%, sufrieron agresiones verbales 38.5%.

Enseguida se pueden observar las variables relacionadas con violencia auto-reportadas por los estudiantes del Centro Universitario del Sur específica.

Cuadro 8. Prevalencia de riesgos vinculados con violencia

	Frecuencia	%
No fue a clases porque sintió que sería inseguro, en el último mes	12	1.4
Amenazas con armas en establecimiento educativo, últimos 12 meses	18	2.0
Participación en pelea física, últimos 12 meses	70	8.0
Herido(a) físicamente por pareja, últimos 12 meses)	19	2.2
Ciberbullyng (últimos 12 meses)	16	1.8

# 7.-Riesgos alimentarios

La desnutrición, las deficiencias de micro nutrientes, el sobrepeso y la obesidad son los más importantes problemas de salud nutricional entre los adolescentes.

En el caso de México la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adolescentes fue de 32.5 en mujeres y 31.2 en hombres (Olaiz-Fernández, y otros, 2006).

En México, la ENSANUT 2012 (INSP. SSA., 2012) reportó que en la población de 17 a 19 años, les preocupó engordar con frecuencia de dos veces o más en una semana al 20.5. Comieron demasiado o se atascaron de comida en los últimos 3 meses 2 o más veces a la semana el 14.2. En los últimos 3 meses perdieron el control sobre lo que comían 2 veces a la semana o con más frecuencia el 6.8. En los últimos 3 meses vomitaron para bajar de peso 2 o más veces en una semana 0.4. En los últimos 3 meses ayunaron por 12 horas o más para tratar de bajar de peso 2 o más veces en una semana 1.7. Hicieron dietas para tratar de bajar de peso en los últimos 3 meses con una frecuencia de 2 o más veces a la semana 4.2. En los últimos 3 meses han hecho ejercicio para bajar de peso con frecuencia de 2 o más veces en una semana 15.1. En los últimos 3 meses usaron pastillas o diuréticos o laxantes para perder peso 2 veces o más en una semana .8.

En el siguiente cuadro se pueden observar las variables sobre el peso percibido, lo que ha intentado hacer respecto a su peso y las conductas de control de peso entre otras.

Cuadro 9. Prevalencia de comportamientos de riesgo alimentario

	Frecuencia	%
Sobrepeso u obesidad reportada	322	36.5
Consumió bebidas en la última semana	703	80.8
Bebe insuficiente agua	426	48.5
Consumo insuficiente de frutas y verduras diarios	637	72.1

## 8.-Riesgos sexuales

En México la ENSANUT 2012 (INSP. SSA., 2012), reportó en personas de 17 a 19 años, la edad de su primera relación sexual fue antes de los 15 años en el 6.4 de la población. La primera vez que tuvo relaciones sexuales 28.5 no utilizó el condón. Mientras en el grupo de 20 a 24 años, en la última relación sexual 37.2 no utilizaron el condón. Tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años el 8. La primera vez que tuvieron relaciones sexuales no usaron condón el 39.2. En su última relación sexual no usaron condón 52.5.

En el siguiente cuadro pueden observarse las variables relacionadas con la práctica de la sexualidad, reportada por los estudiantes del Centro Universitario del Sur de esta generación.

Cuadro 10. Prevalencia de comportamientos de riesgo de infecciones de transmisión sexual y embarazo no planificado

	Frecuencia	%
Relaciones sexuales en la vida	397	45.3
Inicio de relaciones sexuales antes de los 15 años	25	2.9
Más de una pareja sexual últimos 3 meses	2	7.1
Alcohol o drogas antes de última relación sexual	2	6.9
No utilizó método para prevenir embarazo	18	62.1

## 9.-Riesgos de suicidio

Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, permiten identificar que la prevalencia de intento de suicidio en adolescentes aumentó en aquellos que viven con su pareja (3.1), en los que consumen alcohol (3.0) y en los que sufrieron algún tipo de violencia en los últimos 12 meses (4.1).

Asimismo, las estadísticas del INEGI muestran el alto nivel de muertes por suicidio en adolescentes, ya que en el rango de 15 a 19 años es de 12.6. (INEGI. Estadísticas de Mortalidad, tasa por 100,000 hab., 2005).

En el Cuadro 11 se puede observar los resultados reportados para los comportamientos de riesgo sobre suicidio. El hecho de que la persona reporte que se ha intentado suicidar no significa que lo vaya a intentar de nuevo.

Cuadro 11. Prevalencia de riesgos vinculados con suicidio

	Frecuencia	%
Desesperanza	135	15.3
Ideación suicida	26	3.0
Planeación suicida	22	2.5
Intento suicida	10	1.4

# 10.-Calidad de vida relacionada con la salud

La calidad de vida es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como: “la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual él vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” (1993, p. 153).

Para evaluar la calidad de vida se utilizó el instrumento WHOQOL-Bref.

En el siguiente gráfico la calidad de vida se puntúa del 0 al 100 y mientras mayor sea la calificación representa una mejor calidad de vida.

