

ESTILOS DE VIDA Y SALUD EN ESTUDIANTES DE
UNA FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Lifestyles and health of students in a Psychology Program

Martha Luz Páez Calá*, José Jaime Castaño Castrillón**
Universidad de Manizales (Colombia)

Resumen

Objetivo: explorar algunos componentes de los estilos de vida de los estudiantes de la facultad de Psicología de la Universidad de Manizales, situada en Manizales, Caldas (Colombia). *Método:* estudio de corte transversal, efectuado durante el segundo semestre del 2008; muestra de 172 alumnos. *Resultados:* edad promedio de 21,42 años, 85,4% son solteros y 82% pertenecen al género femenino; 64,7% provienen de Manizales, viven en promedio con 3 personas. El 39,4% tiene una actividad diferente al estudio, la cual corresponde al trabajo y al deporte en la misma proporción. Se identificó un 65,1% de no fumadores; 26,9% no consumen alcohol; 34,6% presenta problemas con el alcohol y un 21,1% presenta dependencia del alcohol. Si bien el 65% manifiestan protegerse contra ETS y el 87,2% se protege contra embarazo, esta protección no se da siempre. Relación en

Fecha de recepción: 8 de febrero de 2010
Fecha de aceptación: 15 de marzo de 2010

* Psicóloga, M. Sc. en Estudios de Familia. Profesora asociada, Facultad de Psicología. Universidad de Manizales. marthapaez315@yahoo.es

** Físico, M.Sc. en Ciencias Físicas. Profesor Titular. Facultad de Medicina, Universidad de Manizales. jcast@umanizales.edu.co

Correspondencia: Universidad de Manizales, carrera 9 N° 19-03, Manizales, Colombia.

su mayoría muy estrecha solo con la familia, buena en su mayoría con amigos, compañeros de universidad, docentes y formación humana; distante con las restantes redes de apoyo que ofrece la universidad. Resalta un 62,9% de disfunción familiar, entre leve y severa. Sólo el 13,6% de los estudiantes presenta una alimentación adecuada; se identificó un 28,7% con factor de riesgo positivo para trastornos de la conducta alimentaria; 65,2% de estudiantes presenta somnolencia ligera y 24,7% presentan factor de riesgo positivo para impulsividad. 40% de la población presenta problemas de ansiedad y 7,7% problemas de depresión; riesgo suicida de 14,8%. *Conclusiones:* Los altos indicadores de factores de riesgo para la salud en esta población confirman lo descrito en otras investigaciones efectuadas con jóvenes universitarios.

Palabras clave: Estilo de vida, factor de riesgo, estudiantes de Psicología.

Abstract

Objective: to explore some of the life style components from students of the faculty of Psychology of the Universidad de Manizales, in Manizales, Caldas (Colombia). *Method:* cross-sectional study executed during the second semester of 2008, with a sample of 172 students. *Results:* average age of 21.42 years, 82% are women, 64.7% come from Manizales. Students live with an average of 3 people, 85,4% are single. 39.4% practice an activity outside the study; in 52,9% this is activity some kind of sport and work in the same proportion. 65.1% are non-smokers, 34.6% have problems with alcohol and 21.1% present alcohol dependence. 65% protect themselves from STD's, 87.2% protect themselves from pregnancy. Close relationships only with family, in majority good relationships with their friends, classmates teachers and human development; far relations with support networks. Highlight 62.9% of family dysfunction, from mild to severe. Only 13.6% of the students have an adequate nutrition, 65,2% have a light form of somnolence, 24,7% present a positive risk factor of impulsiveness. Around 40% of the population has anxiety problems, 7,7% a probability for depression, 14,8% have a suicidal risk factor. *Conclusions:* the high indicators of health risk factors for this population confirm what is described in other studies developed with young university students.

Keywords: Life style, risk factor, Psychology students.

INTRODUCCIÓN

Dentro del compromiso formativo integral que asumen los centros de educación superior se trasciende el acompañamiento académico y social, para incorporar además la formación personal, el autocuidado de la salud y la promoción de contextos salutogénicos, al promover hábitos de vida saludables que prevengan la aparición de enfermedades, en pro de una cualificación de la calidad de vida y como aporte a la salud pública (Ariza-Ordoñez & Ocampo-Villegas, 2005; Téllez, Cote, Savogal, Martínez & Cruz, 2003).

Desde hace más de diez años la Facultad de Psicología de la Universidad de Manizales viene desarrollando y cualificando diversos programas de acompañamiento integral desde el mismo proceso de selección, que posibilitan identificar en forma oportuna potencialidades personales y académicas, para asesorar y acompañar de manera cercana, y hasta individualizada, en los procesos académicos, emocionales, sociales y culturales, como ejes del proceso formativo.

El objetivo a largo plazo se acerca al concepto de Universidad Saludable (Lange & Vio, 2006; OMS, 1986), a la construcción de una cultura de la salud, a partir del fomento del autocuidado, mediado por el acompañamiento de los docentes, en pro de una cualificación del estilo y calidad de vida, del desarrollo humano y el empoderamiento del proyecto de vida personal.

El Estilo de Vida (EV) alude a la forma de vivir de las personas y se interrelaciona estrechamente con los componentes motivacionales y conductuales; influenciado por costumbres, hábitos, modas y valores que existen en un determinado momento y contexto, factores aprendidos y, por lo tanto, modificables durante el curso de vida (Chiang-Salgado et al., 1999). El EV, como conjunto de patrones que estructuran la organización temporal, el sistema social de relaciones y las pautas de consumo y/o actividades (culturales y de ocio) de las personas (Rodríguez-Suárez & Argulló, 1999), incluye patrones de conducta, individuales y colectivos, que demuestran cierta consistencia en el tiempo, bajo condiciones más

o menos constantes, y pueden constituirse en dimensiones de riesgo o de seguridad dependiendo de su naturaleza (OMS, 1989; Va-Roth, 1990).

El concepto EV se ha asumido desde diversas perspectivas (Comas, Aguinaga, Orizo, Espinosa & Ochaita, 2003), así: autónoma, determinista, concepción de cambio y, finalmente, una perspectiva ecosistémica, que se asume en la presente investigación (Bronfenbrenner, 1979;1985), para la cual el EV representa una conjunción de niveles, micro y macro sociales que constituyen un sistema cultural plural, integrado por tres niveles complementarios: la conciencia colectiva, los hábitos y acciones que integran los comportamientos que se expresan en los diferentes EV de una sociedad y entre ellos un nivel intermedio, representado por las ideologías, mentalidades y valores que se reflejan en las actitudes como mecanismo que posibilita la coexistencia de la unidad y la pluralidad, además de la causalidad circular.

Al hablar de estilos de vida y salud se asume la salud como un proceso complejo, multifactorial y dinámico (Vives-Iglesias, 2007), que incluye aspectos materiales (hábitos alimenticios, por ejemplo), sociales (redes familiares y sociales) e ideológicos (valores y creencias). En este escenario, la promoción de la salud está mediada por tres mecanismos:

- Auto cuidado, o decisiones y acciones que el individuo toma en beneficio de su propia salud.
- Ayuda mutua, o acciones que las personas realizan para colaborar entre sí.
- Entornos sanos, o creación de las condiciones y entornos que favorecen la salud (Epp,1996).

En la adquisición y consolidación de los EV, la adolescencia y juventud se consideran etapas decisivas, por lo cual es prioritario estimular patrones maduros de funcionamiento y el desarrollo de una identidad personal y social claramente definida (Gomes-López, Ruiz & García-Montes, 2005); igualmente, las redes familiares inciden en la adopción de los estilos de

vida en adolescentes y jóvenes (Zaborskis, Zemaitiene, Borup, Kuntsche & Moreno, 2007). Diversos estudios señalan cómo la población de adultos jóvenes parece encaminarse hacia la adopción generalizada de conductas de riesgo y EV poco saludables; algunos autores lo atribuyen a las débiles conexiones entre esta población con las redes de apoyo, como sería la familia y los centros educativos (Eaton, Kann, Okoro & Collins, 2007).

Los EV saludables propician la adquisición y mantenimiento en la cotidianidad de pautas de conducta que de manera individual y colectiva mejoran la calidad de vida (Comas et al., 2003); incluye patrones de conducta, creencias, conocimientos, hábitos y acciones de las personas para mantener, restablecer o mejorar su salud, bienestar y calidad de vida de manera integral (Pullen, Noble & Fiantdt, 2001); igualmente, comportamientos que disminuyen el riesgo de enfermar, como control y adecuado manejo de las tensiones y emociones negativas, instauración e incremento de actividad física, sana recreación y empleo del tiempo, buenos hábitos de sueño, alimentación y actividad física; control y evitación del abuso de alcohol, cafeína, tabaco y sustancias psicoactivas; sexo seguro, autocuidado en salud y cuidado médico. Estilos de comportamiento que se relacionan de manera importante con las redes de apoyo familiar y con las instituciones educativas, influenciadas por su desempeño y exigencia académica, en una relación de causalidad circular que puede llevar a la intensificación del riesgo.

A nivel mundial es preocupante el incremento de hábitos sedentarios (Rodríguez-Suárez & Agulló, 1999; Rodríguez, 1995), incluso en la población universitaria, con repercusión en el estado emocional y físico. La actividad física es esencial para una buena salud y la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles (Ramírez-Hoffmann, 2002). Los universitarios con estilos de vida activos presentan beneficios psicológicos (Jodra, 1994), bienestar general y previenen diversas enfermedades (McInnis, Franklin & Rippe, 2003). Sin embargo, los escenarios universitarios al parecer no promueven la práctica deportiva, como lo sugieren Velásquez, Torres-Neira y Sánchez (2006).

Esta investigación explora algunos componentes de los estilos de vida de los estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de Manizales, con el fin de que los resultados sirvan de insumo para retroalimentar y cualificar las propuestas de formación integral que se vienen implementando.

MÉTODO

Estudio de corte transversal con la población de estudiantes de pregrado de la Facultad de Psicología de la Universidad de Manizales. De 311 estudiantes inscritos en el segundo semestre del 2008, mediante muestreo probabilístico estratificado por género se seleccionó una muestra de 172 alumnos, con un nivel de confianza del 95%, para lo cual se empleó la utilidad Statcalc del programa Epiinfo 3,3 (CDC, Centers for Disease Control and Prevention). Los parámetros de muestreo son: tamaño de la población 311, frecuencia esperada de los factores que se iban a estudiar: 50%, si 50% es la frecuencia real de los factores estudiados, la peor frecuencia aceptable en el presente estudio se fijó en 45%.

Se estudiaron las siguientes variables: edad; género; semestre (1° a 10°); municipio de procedencia, promedio académico del semestre anterior, estado civil; con quién vive; actividad extracurricular; horas semanales dedicadas, funcionalidad familiar (Smilkstein, 1993) (medida según Apgar Familiar; empleo del tiempo libre; redes sociales, medida mediante el Ecomapa (Molina, 1998); impulsividad, medida según la escala de impulsividad de Plutchik (Plutchik & Van Praag, 1989a; Rubio et al., 1998a); riesgo suicida, medido según la escala de riesgo suicida de Plutchik (Plutchik & Van Praag, 1989b; Rubio et al., 1998b), trastornos de la conducta alimentaria, medido según cuestionario Scoff (Rueda-Jaimes et al., 2005; Rueda et al., 2005; Campo-Arias, 2006); consumo de alcohol, dependencia alcohólica, medida según cuestionario Cage para consumo de alcohol (Swing, 1984; Rodríguez-Martos, Navarro, Vecino & Pérez, 1986); tabaquismo, tipo de fumador, según clasificación de la OMS (Castaño-Castrillón et al., 2008); actividad física, medida según el cuestionario internacional de actividad física (Craig, Marshall et al., 2003); hábitos alimenticios (Orduna & López, 2003); hábitos de sueño, medidos según la escala de somnolencia de Epworth (Guilleminault, Pierre &

Anstella, 1998; Chica-Urzola, Escobar-Córdoba & Eslava-Schmalbach, 2007); ansiedad y depresión, medidas según la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (Zigmong & Snaith, 1983; Caro & Ibañez, 1992).

La información se recolectó mediante un cuestionario auto-aplicado, previamente diseñado. Sobre el 5% de la población elegida (8 estudiantes) se aplicó una prueba piloto para la valoración del contenido de la encuesta, que permitió realizar los ajustes pertinentes previos a la aplicación definitiva. El cuestionario se aplicó a la totalidad de la muestra escogida, durante el segundo semestre del 2008, mediante visitas a los diferentes salones de clase, donde se procedía a efectuar un muestreo probabilístico entre los estudiantes presentes. Cada cuestionario estuvo acompañado de un consentimiento informado; se cumplieron todas las normas éticas de ley para este tipo de trabajos de investigación en el campo de las Ciencias de la Salud.

RESULTADOS

La distribución por género, que corresponde a la real de la población, muestra un 82% del género femenino, edad promedio de 21,42 años, mínimo 16, máximo 43, con una nota promedio durante el semestre anterior de 4,08, mínimo 3,00 y máximo 4,85. La distribución por semestre no fue estratificada por la dificultad que representa clasificar los estudiantes por esta característica.

La mayor parte de los estudiantes, 64,7% proviene de Manizales; en total aparecen 32 procedencias diferentes, entre las cuales están prácticamente todos los municipios de Caldas. 85,4% son solteros, viven en promedio con 3 personas; 63,9% conviven con familia nuclear, en concordancia con la proporción de estudiantes procedentes de Manizales; con parientes viven 11,8%. Según el Apgar Familiar (Smilkstein, 1993), el 37,1% presenta buena función familiar, 62,9%, disfunción entre leve y severa; el puntaje promedio de función familiar es de 15,27%, correspondiente a disfunción leve.

El 39,4% de los estudiantes manifiesta tener una actividad diferente al estudio, a la cual le dedican en promedio 10,24 horas semanales, y esta es

el deporte y el trabajo en la misma proporción. 62,7% de los estudiantes expresa no tener ninguna religión; entre los que manifiestan tenerla, el 55,9% la practica; la religión más frecuente es la católica (87,1%); existen otras como cristiana, fe Baha, y mormones, por ejemplo.

Se encontró una proporción de no fumadores del 65,1%, y 29,7% entre fumadores esporádicos y habituales; el promedio de cigarrillos consumidos por semana por los fumadores es de 16,49 cigarrillos, mínimo 1 y máximo 80. Resalta 5,2% de ex fumadores, con relación a estudios anteriores efectuados en la misma población (Castaño-Castrillón et al., 2008) que muestran frecuencias de consumo mayores, y muy baja frecuencia de ex fumadores; en promedio han dejado de consumir tabaco hace 2,89 años. 26,9% no consumen alcohol, según el cuestionario de Cage aplicado (Swing, 1984; Rodríguez-Martos et al., 1986); se reporta un 34,6% de problemas con el alcohol (13,5% indica problemas y 21,1% dependencia alcohólica), los consumidores de alcohol lo consumen en promedio 42,92 veces al año, con máximo de 260 veces y mínimo de 2.

En cuanto a vida sexual, el 41,5% califica como ocasionales sus relaciones sexuales; 17,5% rara vez o nunca. El 65% manifiesta protegerse contra ETS; de ellos, el 59,8% lo hace siempre; del 87,2% que se protege contra embarazo, lo hace siempre el 79,5%. Contra ETS el 92% de los que dice protegerse lo hacen con métodos de barrera; y contra embarazo el 40,8% y emplean métodos hormonales, y el 33,8% métodos de barrera.

Según el Ecomapa (Molina, 1988), se evidencia que tienen relación en su mayoría muy estrecha solo con la familia; buena, en su mayoría, con amigos, compañeros de universidad, docentes, y formación humana. Distante en la mayoría de los casos con las tutorías de la facultad, bienestar estudiantil, la sección de gimnasia y deportes, la sección de extensión cultural, servicio médico e iglesia. Las relaciones conflictivas, en general, son poco frecuentes, y la que se presenta con mayor frecuencia es con la iglesia (9,4%).

En día laboral, el tiempo libre se emplea en su mayoría (61,6%) en actividades de ocio pasivo (ver televisión y/o video, escribir, escuchar

radio, música, leer libros, periódicos, utilizar el computador, etc.); en cambio, los fines de semana la mayor parte (71,7%) se dedica a actividades de relación social y diversión (estar con la familia, con amigos/as, salir con la pareja, salir a tomar algo, ir a bailar, ir al cine, teatro, etc.). En días festivos, igualmente, la mayoría se dedica a actividades de relación social y diversión, aunque en menor proporción (47,3%); a actividades de ocio activo (fotografía, trabajos manuales, ir de tiendas, etc.) se dedican el 21,3%. En vacaciones el empleo del tiempo libre sigue mostrando una mayor proporción de actividades de relación social, pero la proporción de estudiantes que tienen actividades de ocio activo aumenta (32,3%) y disminuye la proporción de la población que efectúa actividades de ocio pasivo. La proporción de estudiantes que efectúan actividades físico-deportivas (práctica de algún deporte, pasear, salir al campo, ir a la playa, etc.) prácticamente permanece constante.

Tabla 1

Rasgos de personalidad determinados en la población de estudiantes de la Facultad de Psicología de la UM participantes en la investigación

Variable	N	%
Actividad Física		
Activo	81	49,4
Insuficientemente activo	54	32,9
Muy Activo	23	14,0
Sedentario	6	3,7
Sin Dato	8	
Hábitos Alimenticios		
Necesita Cambio	69	40,8
Cambio Urgente	65	38,5
Adecuado	23	13,6
Cambio Total	12	7,1
Sin Dato	3	
Trastornos de la Alimentación		
Negativo	122	71,3
Positivo	49	28,7
Somnolencia		
Ligera	107	65,2
No Tiene	29	17,7
Moderada	27	16,5
Grave	1	0,6
Sin Dato	8	

Impulsividad		
Negativo	122	75,3
Positivo	40	24,7
Sin Dato	10	
Estrés		
Bajo	118	82,5
Medio	25	17,5
Sin Dato	29	
Ansiedad		
Normal	101	59,8
Caso probable Ansiedad	43	25,4
Caso Ansiedad	25	14,8
Sin Dato	2	
Depresión		
Normal	153	90,5
Caso Probable Depresión	13	7,7
Caso Depresión	3	1,8
Sin Dato	3	
Riesgo Suicida		
Negativo	144	85,2
Positivo	25	14,8
Sin Dato	3	

Los resultados del cuestionario internacional de actividad física (Craig, Marshall et al., 2003) se sintetizan en la tabla 1, que muestra 49,4% de estudiantes activos. En cuanto a hábitos alimenticios (Orduna & López, 2003), 13,6% de los estudiantes presenta una alimentación adecuada. Referente a trastornos de la alimentación medidos con el cuestionario SCOFF (Rueda-Jaimes et al., 2005; Rueda et al., 2005; Campo-Arias, 2006) presentan factor de riesgo positivo el 28,7%. La somnolencia, medida con el cuestionario de Epworth (Guilleminault et al., 1998; Chica-Urzola et al., 2007), indica 17,74% de estudiantes sin somnolencia. La impulsividad, medida con el cuestionario de Plutchik (Plutchik & Van Praag, 1989a; Rubio et al., 1998a), muestra un 24,7% con factor de riesgo positivo para impulsividad.

En lo referente a ansiedad y depresión, medidos con la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (Zigmond & Snaith, 1983; Caro & Ibañez, 1992), la tabla muestra aproximadamente un 40% de la población con problemas de ansiedad, ya sea como caso probable de ansiedad (25,4%) o como caso de ansiedad (14,8%); para depresión el resultado varía, y

en ese caso son caso probable de depresión el 7,7% y caso de depresión e1 1,8%. El riesgo suicida, medido según la escala de Plutchik (Plutchik & Van Praag, 1989b; Rubio et al., 1998), muestra positivo para riesgo suicida en el 14,8%.

Relaciones con género

El género mostró relación significativa al nivel $p < 0,05$ con otra actividad ($p = 0,000$), en el sentido de que el género masculino presenta una frecuencia de 67,74% de otras actividades, contra 33,09% en el femenino. Igualmente, mostró relación significativa con consumo de cigarrillo ($p = 0,026$) (figura1), clasificación de anticonceptivos empleados ($p = 0,002$). En cuanto a relaciones con el medio, resultó significativa al nivel $p < 0,05$ la relación entre género e iglesia ($p = 0,01$). En lo referente a actividades en tiempo libre resultaron significativas las relaciones entre género y actividades en tiempo libre, en día laboral ($p = 0,004$, el hombre tiene mayor proporción de actividades físico deportivas, 19,4%-3,8%, y menos actividades de ocio pasivo, 48,4%-64,7%), actividades de fin de semana ($p = 0,014$); en el mismo sentido que actividades en tiempo libre en día laboral, en puente ($p = 0,021$), en vacaciones ($p = 0,047$). Igualmente, resultó significativa la relación entre género y dependencia alcohólica según Cage ($p = 0,036$, figura 2), trastornos de la conducta alimentaria ($p = 0,01$): ellas presentan un 32,86% de factor de riesgo positivo según el cuestionario de Scoff frente a 9,68% en el hombre. Actividad física también mostró dependencia significativa con género ($p = 0,001$), el hombre presenta 37,93% de muy activo, frente a 8,89% de la mujer, aunque la proporción de activos en la mujer es mayor (52,59%-34,48%).

La figura 1 despliega la dependencia entre género y tabaquismo. Es notorio en esta figura que el género femenino presenta mayor porcentaje de no-fumadores (69,5%), y menor porcentaje de fumadores habituales (11,6%) en comparación al género masculino.

La figura 2 despliega la relación entre género y consumo de alcohol; el género femenino muestra una mayor proporción de no consumo (57,58%-34,62%) y menores proporciones de dependencia alcohólica entre los consumidores (24,24-46,15%).

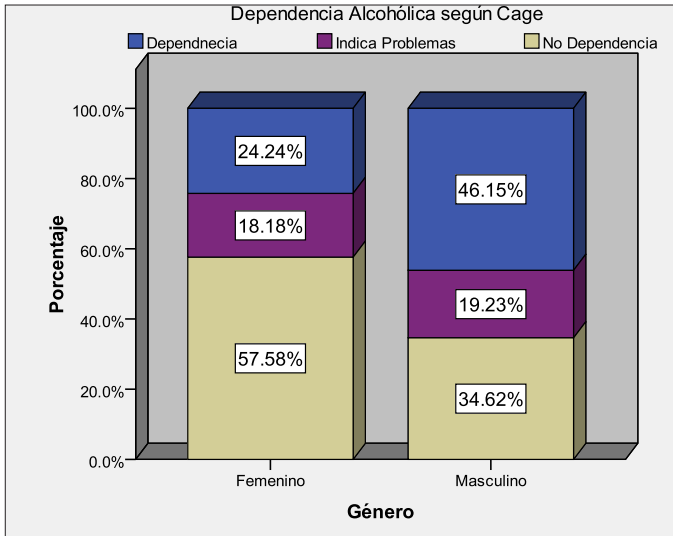


Figura 1. Asociación entre consumo de tabaco y género en estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de Manizales participantes en el estudio.

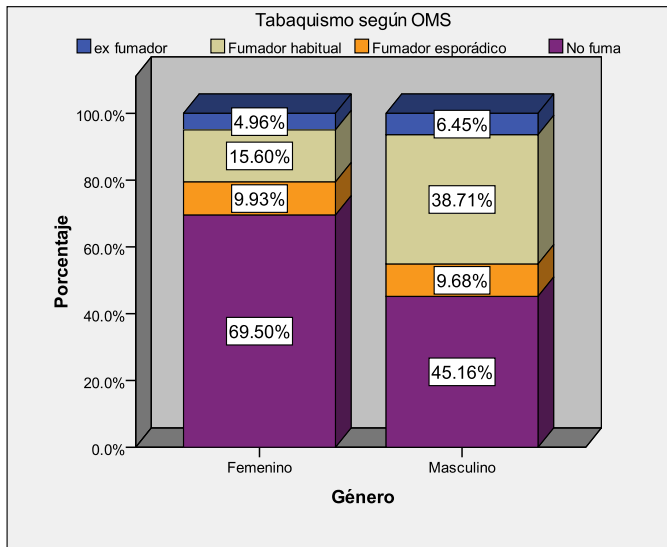


Figura 2. Asociación entre dependencia alcohólica según Cage, y género para los estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de Manizales.

Relaciones con semestre

Las relaciones con semestres cursados son muy importantes puesto que muestran la dinámica de las variables con relación al tiempo de estudio transcurrido.

Sólo presentaron relación con semestre, al nivel de significancia $p < 0,05$, exigido por el presente estudio, el tener Otra actividad ($p = 0,025$). La figura 3 muestra esta relación; allí se evidencia que las actividades extracurriculares registran un aumento sistemático: desde 22,2% en primer semestre, hasta 71,43% en décimo semestre.

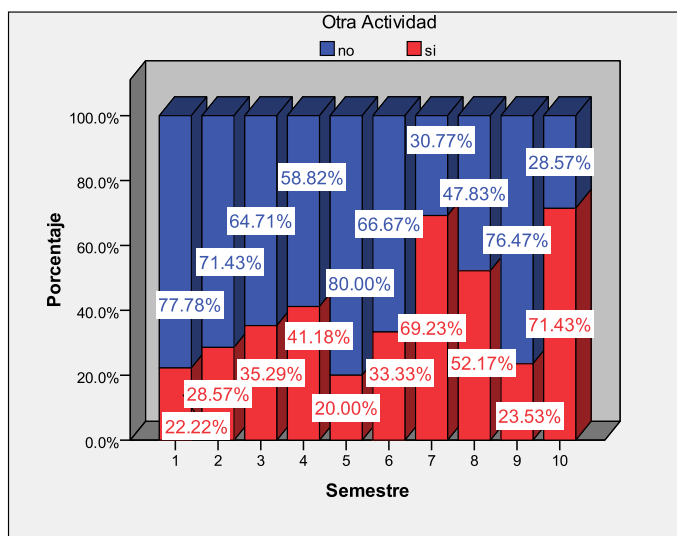


Figura 3. Relación entre tener otra actividad y Semestre para los estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de Manizales

La relación con compañeros de la Universidad muestra una dependencia significativa con semestre ($p = 0,005$) en el sentido de que la relación distante muestra un aumento desde 20% en los primeros semestres hasta 46,7% en decimo semestre.

La relación con tutorías muestra también una relación significativa con semestre ($p = 0,000$); la relación con tutorías mejora al transcurrir la

carrera, distante en un 76,47% en primer semestre hasta 53,33% en décimo semestre; igualmente, la relación buena aumenta desde 23,53% hasta 46,67% en último semestre.

Al nivel $p < 0,05$ se encontró relación significativa entre actividad física y tabaquismo ($p = 0,047$) y con dependencia alcohólica ($p = 0,042$) en el sentido de que la mayor proporción de activo (63,64%) está en indica problemas, y la mayor proporción de inactivos (48,03%) está entre los estudiantes que declaran no consumir alcohol. No se encontró dependencia con las variables de personalidad.

Al nivel $p < 0,01$ se encuentra dependencia significativa entre procedencia y funcionalidad familiar ($p = 0,002$), y riesgo suicida, según Plutchik ($p = 0,002$); el 92% de los estudiantes con riesgo suicida positivo proceden de Manizales. En la dependencia entre funcionalidad familiar y procedencia, se observa que de los que presentan disfunción moderada el 93,1% son de Manizales, y de los que presentan disfunción severa, el 73,68%, igualmente, son de Manizales.

Presentan una significancia $p < 0,1$ la relación entre procedencia y tabaquismo ($p = 0,072$), y tabaquismo según la OMS y hábitos alimenticios ($p = 0,079$).

DISCUSIÓN

Para esta población estudiada, la mejor red de apoyo es la familia, con la cual un poco más de la mitad afirma tener relación muy estrecha. Pese a lo anterior, solo un poco más de un tercio presenta buena función familiar y las dos terceras partes presentan disfunción familiar, entre leve y severa. Es de destacar que esta situación se concentra en los estudiantes de Manizales, dado que el 93,1% de quienes presentan disfunción moderada provienen de esta ciudad, al igual que el 73,68% de quienes presentan disfunción severa. Por lo anterior, al fallar esta importante red de apoyo, no es de extrañar que el 92% de los estudiantes con riesgo suicida procedan de Manizales.

Le sigue buena relación en su mayoría con los compañeros de universidad y docentes, cerca del 65% para ambos casos, y formación humana, 53,2%. La relación con docentes se torna significativamente más estrecha hacia los últimos semestres, contrario a lo que sucede en la relación con los compañeros, la cual decrece en forma significativa durante la permanencia en la universidad; de un 20% de distante en los primeros semestres, hacia décimo semestre esta cifra se duplica, pasando al 46,7%.

Con tutorías de la facultad, un tercio califica la relación como buena, distante el porcentaje restante; en general, esta relación mejora al transcurrir la carrera: de distante en su mayoría en el primer semestre, este porcentaje disminuye hasta casi la mitad en décimo semestre. Resultó significativa la asociación género y tutorías; el género femenino muestra mejores relaciones con tutorías.

Llama la atención que la gran mayoría califica como distante su relación con la sección de gimnasia y deportes, bienestar estudiantil y extensión cultural; es decir, programas creados para que se constituyan en posibles redes de apoyo, por alguna circunstancia no están generando este efecto.

En general, las actividades extracurriculares muestran un incremento sistemático durante la permanencia en la universidad; de 22,2% en primer semestre, este porcentaje se incrementa al 71,43% en décimo semestre. Al analizar el sedentarismo, el 39,4% afirman tener una actividad extracurricular relacionada con la práctica deportiva, con una dedicación promedio de 10 horas semanales. El cuestionario internacional de actividad física (Marshall et al., 2003) evidencia una proporción de estudiantes activos del 49,4%; entre insuficientemente activos y sedentarios 36,6%. En vacaciones, la actividad físico-deportiva (práctica de algún deporte, pasear, salir al campo, etc.) prácticamente permanece constante y la proporción de estudiantes que tienen actividades de ocio activo aumenta y disminuye la proporción de la población que efectúa actividades de ocio pasivo.

Es significativa la relación género-actividades en tiempo libre en día laboral, en el fin de semana, en puente y en vacaciones, en el sentido de

que el género masculino tiene mayor proporción de actividades físico deportivas y menos de ocio pasivo; a la vez que ellos presentan un mayor porcentaje de actividad extracurricular con relación al género femenino. Lo anterior concuerda con varias investigaciones que reportan mayor actividad física en los varones (Molina-García, Castillo-Fernández, Pablos-Abell & Queralt-Blasco, 2007; Molina-García, Castillo & Pablos, 2007).

Este nivel de actividad física en los participantes de la Facultad de Psicología es mayor al reportado por estudios sobre sedentarismo en Brasil, Chile, México y Perú (Jacoby, Bull & Neiman, 2003), los cuales evidencian que cerca del 70% de la población no practica el grado de actividad física benéfica para la salud, característica que se acentúa en las mujeres de los tres países suramericanos estudiados y se incrementa al avanzar la edad, situación que coincide con los hallazgos en otros países. Por otra parte, los hallazgos difieren de los encontrados por Araya et al. (2008), quienes al realizar un paralelo entre estudiantes de tercer año de carreras de la salud y humanistas identifican un 81% de sedentarismo en toda la muestra, con porcentajes mayores, 87%, en las áreas humanistas, y 76% en salud.

En cuanto a salud sexual y reproductiva sobresale que, a pesar de ser estudiantes universitarios con mayor conocimiento sobre riesgos, la protección es insuficiente: el 87,2% de los participantes se protege para embarazo, pero de ellos sólo el 79,5% lo hace siempre; 65% se protege contra ETS, pero solo el 59,8% lo hace siempre. Lo anterior recuerda las incongruencias encontradas por Arrivillaga, Salazar y Correa (2003), entre creencias saludables que contrastan con prácticas poco saludables, en la mayoría de las dimensiones del estilo de vida. Desde una perspectiva de género, fue significativamente mayor la proporción de mujeres que refieren tener vida sexual rara vez o nunca, 25,5%.

Sólo en el 13,6% de los estudiantes se identifica hábitos alimenticios adecuados, los cuales se presentan especialmente en la quinta parte de los estudiantes procedentes de fuera de Manizales, a diferencia de solo una décima parte de los procedentes de Manizales. Entre la población que

requiere cambios en sus hábitos alimenticios, cerca de la mitad proceden de Manizales. En cuanto a trastornos de la conducta alimentaria, medida con el cuestionario SCOFF (Rueda-Jaimes et al., 2005; Rueda et al., 2005; Campo-Arias et al., 2006) presentan factor de riesgo positivo el 28,7%, más acentuado en el género femenino y mayor que el medido en trabajo anterior (Cano-Correa et al., 2007) que fue del 10% aproximadamente, aunque efectuado con otro instrumento de medida.

Además, se estableció 65,1% de no fumadores; 5,2% de ex fumadores, y 29,7% entre fumadores esporádicos y habituales (según clasificación de la OMS); estudios anteriores, efectuados en la misma población (Castaño-Castrillón et al., 2008), muestran frecuencias de consumo mayores y muy baja frecuencia de ex fumadores. En cuanto al tabaquismo, el género y la procedencia muestran asociación significativa, lo cual evidencia mayor riesgo en el género masculino y en los procedentes de Manizales: el mayor porcentaje de no fumadores y el menor de fumadores habituales pertenece al género femenino; de los procedentes de Manizales, 39% son fumadores, 24%, fumadores habituales, mientras que en los no procedentes 22% son fumadores y habituales el 16,7%; el 3,6% de los procedentes de Manizales son ex fumadores, mientras que en los no procedentes esta proporción es del 8,3%.

Los resultados anteriores no coinciden con los hallazgos de Chiang-Salgado et al. (1999), quienes reportan un mayor consumo de tabaco en mujeres; 49,8% en comparación con el 42,3% de varones. Además, el porcentaje de tabaquismo en esta población es inferior al 40% reportado en un estudio anterior con toda la población de estudiantes de la universidad de Manizales (Castaño-Castrillón et al., 2008), menor al 46,1% en estudiantes chilenos (Lange & Vio, 2006), mayor a la cuarta parte de población de adultos de Nueva York que revela un artículo de publicación reciente (Ellis, Perl, Davis & Vichinsky, 2008), semejante a la reportada en otro estudio de Cali (Colombia), también con estudiantes universitarios (Cáceres et al., 2006) y marcadamente mayor al cerca del 15% encontrado en estudiantes de primer semestre de salud en una universidad de Cali (Ariza-Ordóñez & Ocampo-Villegas, 2005).

Un poco más de un tercio presenta problemas con el alcohol; de ellos, más de una quinta parte de la población total presenta dependencia alcohólica, indicador muy alto; el no consumo corresponde a cerca de una cuarta parte. Nuevamente se confirma diferencias de género en esta variable; el género femenino muestra una mayor proporción de no consumo y menores proporciones de dependencia alcohólica entre los consumidores.

En cuanto a los resultados de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (Zigmong & Snaith, 1983; Caro & Ibañez, 1992), dos quintas partes de la población presenta problemas de ansiedad; problemas de depresión cerca del 10%, nivel menor al cerca del 15% identificado para riesgo suicida, que se evidencia alto y de riesgo, más aun si se asocia con el 24,7% de factor de riesgo para impulsividad medida con el cuestionario de Plutchik (Plutchik & Van Praag, 1989a; Rubio et al., 1998a); este último, además, es muy alto para una población de estudiantes de Psicología, quienes en su desempeño profesional tendrán que afrontar diversas situaciones de crisis y de riesgo psicosocial, para lo cual se requiere ecuanimidad y una reflexividad ágil y serena.

La somnolencia es un aspecto importante en esta población; el 65,2% de estudiantes presenta somnolencia ligera, sin somnolencia solo el 17,74%, resultados semejantes a los arrojados en un estudio con jóvenes en Nicaragua, que refiere 66% de la población con trastornos del sueño (Portuondo, Fernández & Cabrera, 2000). En un estudio efectuado con 40 estudiantes de Psicología de Zaragoza, 80% del género femenino, se encontró que 60% duermen menos de 8 horas diarias, situación no saludable (Ariza-Ordóñez & Ocampo-Villegas, 2005).

Como ya se ha señalado, estudios evidencian que un sueño adecuado (entre 6 a 8 horas diarias en promedio) se relaciona con una buena salud y la adopción de conductas saludables (Chen, Wang & Jeng, 2006), mientras que hábitos de sueño inadecuados pueden indicar un estilo de vida poco saludable y deficiente estado de salud. Los trastornos en los hábitos de sueño generan una sensación de cansancio permanente, que presiona al consumo de sustancias estimulantes del sistema nervioso

central para conservar la vigilia y mantenerse alerta, como la cafeína y el alcohol (Portuondo et al., 2000); además, existe una relación negativa entre el sueño inadecuado y algunas conductas relacionadas con la salud, como valoración de la vida, asumir con responsabilidad comportamientos saludables, adoptar hábitos alimenticios adecuados, un buen manejo de estrés y el ejercicio regular. Hábitos de sueño adecuados se asocian además con baja frecuencia de obesidad y control de factores asociados a ella.

Al analizar los factores de riesgo para la salud, llama la atención el papel que juega la procedencia en la Facultad de Psicología, pues se encontraron mayores factores de riesgo en los estudiantes procedentes de Manizales. De ellos, 39% son fumadores, a diferencia del 22% de fumadores no-procedentes de Manizales. Así mismo sucede con el tabaquismo según la OMS; el 24% de los procedentes de Manizales son fumadores habituales, mientras que en los no-procedentes esta proporción disminuye al 16,7%; el 3,6% de los procedentes de Manizales son ex fumadores, mientras que en los no-procedentes esta proporción se incrementa al 8,3%. Igualmente, entre los estudiantes procedentes de Manizales se identifica, en asociación significativa, mayor disfunción familiar, mayor riesgo suicida, mayor proporción de estudiantes que requieren cambios en sus estilos de alimentación y menores hábitos alimenticios adecuados.

Como lo analiza Posada-Lecompte (2006), el ingreso al ambiente universitario cambia actitudes y rutinas, se modifican hábitos y estilos de vida. Igualmente, surgen actividades y hábitos que pueden afectar su estilo y calidad de vida; se apropian de nuevas formas de vestir, interactuar, de movilizarse y administrar su tiempo, dinero y su alimentación. Se esperaría que esto impactara mayormente a los estudiantes foráneos, lo que al parecer no se confirma en este estudio.

Así mismo, el género también juega un papel importante al analizar los factores de riesgo para la salud: en cuanto a sedentarismo, este es significativamente mayor en mujeres, al igual que el riesgo para trastornos de la conducta alimentaria. En los hombres se identifica mayor

porcentaje de tabaquismo y consumo de alcohol, al igual que dependencia alcohólica.

Los altos indicadores de factores de riesgo para la salud en esta población parecen confirmar lo descrito en otras investigaciones, con la misma población, acerca de que los jóvenes no perciben el riesgo como cercano, o se perciben como invulnerables y, por tanto, presentan conductas insanas que afectan la salud a mediano o largo plazo (Ribeiro-Rodrigues et al., 2008; Nuñez-Rojas, 2004); igualmente, con autores que señalan que en el grupo etario entre los 15 y 24 años existe una mayor predisposición a la exposición a riesgos, lo que coincide con las características propias de este grupo poblacional (Grotevant, 1998; Moreno & Del Barrio, 2000).

Este estudio con estudiantes de Psicología evidencia la asociación significativa entre factores de riesgo: a mayores puntajes de impulsividad, dependencia alcohólica y trastornos de la conducta alimentaria, menor rendimiento académico. Esta correlación positiva entre algunas variables de personalidad y conductas de riesgo confirma otros hallazgos de diversas investigaciones (Rodríguez-Suárez & Agulló, 1999).

De igual forma, el puntaje de riesgo suicida según Plutchik correlaciona de manera muy significativa con disfuncionalidad familiar, trastornos de la alimentación, impulsividad, dependencia alcohólica, ansiedad, depresión y estrés. A su vez, se halló dependencia significativa entre funcionalidad familiar y riesgo suicida según Plutchik, este último, como ya se indicó, es significativamente mayor en los casos de disfuncionalidad familiar. Paradójicamente, la mayor proporción de estudiantes activos se asocia con problemas con el alcohol y la mayor proporción de inactivos está entre los estudiantes que declaran no consumir alcohol.

Según Arrivillaga et al. (2003), es significativa la influencia de factores socio-ambientales, familia y amigos en el desarrollo de pautas de comportamiento y creencias saludables, lo cual se confirma en estos hallazgos en los que se encontró asociación entre disfuncionalidad familiar, riesgos suicida y trastornos de la conducta alimentaria. Igualmente, Comas et al. (2003), en un estudio con población española, afirma que los

estilos de comportamiento están muy relacionados con las redes de apoyo familiares, en una relación circular que puede llevar a la intensificación del riesgo en un determinado caso.

Referencias

- Araya, C., Solís, B., Oliva, P., Calvacho, P., & Vidal, P. (2008). Descripción de factores de riesgo para la salud general en estudiantes de tercer año de las carreras del área de la salud y humanistas de la Universidad de Concepción, año 2007. *Ciencia Ahora*, 21(11), 19-27.
- Ariza-Ordóñez, G.I., & Ocampo-Villegas, H.B. (2005). El acompañamiento tutorial como estrategia de la formación personal y profesional: un estudio basado en la experiencia en una institución de educación superior. *Univ. Psychol.*, 4 (1), 31-41.
- Arrivillaga, M., Salazar, I.C., & Correa, D. (2003). Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colomb Med*, 34, 186-195.
- Bronfenbrenner, U. (1985). Contextos de crianza del niño. Problemas y perspectivas. *Infancia y aprendizaje*, 29, 45-55
- Bronfenbrenner, U. (1979). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Cáceres, D., Salazar, I., Varela, M., & Tovar, J. (2006). Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. *Univ Psychol*, 5 (3), 521-534.
- Campo-Arias, A., Díaz-Martínez, L.A., Rueda-Jaimes, G.E., Martínez-Mantilla, J.A., Amaya-Naranjo, W., & Campillo, H.A. (2006). Consistencia interna y análisis factorial del cuestionario SCOFF para tamizaje de trastorno de conducta alimentaria en adolescentes estudiantes: Una comparación por género. *Univ Psychol*, 5(2), 295-304.
- Cano-Correa, A.A., Castaño-Castrillón, J.J., Corredor-Zuluaga, D.A., García-Ortiz, A.M., González-Bedoya, M., Lloreda-Chala, O.L., Lucero, K.V., Páez-Cala, M.L., Patiño, L.J., Pérez, L.E., Villegas, C.A., & Zuluaga, A. (2007). Factores de riesgo para trastornos de la alimentación en los alumnos de la Universidad de Manizales. *Medunab*, 10,187-194.
- Caro, I., & Ibañez, E. (1992). La escala hospitalaria de ansiedad y depresión. *Bol Psicol* 36, 43-69.
- Castaño-Castrillón, J.J., Páez-Cala, M.L., Pinzón-Montes, J.H., Rojo-Bustamante, E., Sánchez-Castrillón, G.A., Torres-Ríos, J.M., Valencia Gómez, M.A., García-Montoya, C.D., & Gallego-Giraldo, C.A. (2008). Estudio descriptivo

- sobre tabaquismo en la comunidad estudiantil de la universidad de Manizales, 2007. *Rev Fac Med Univ Nav Colomb*, 56, 302-317.
- Chen, M.Y., Wang, E.K., & Jeng, Y.J. (2006). Adequate sleep among adolescents is positively associated with health status and health-related behaviors. *BMC Public Health*, 6, 59.
- Chiang-Salgado, M.T., Casanueva-Escobar, V., Cid-Cea, X., González-Rubilar, U., Olate-Mellado, P., Nickel-Paredes, F., & Revello-Chiang, L. (1999). Factores de riesgo cardiovascular en estudiantes chilenos. *Salud Publica Mex*, 41(6), 444-451.
- Chica-Urzola, H.L., Escobar-Córdoba, F., & Eslava-Schmalbach, J. (2007). Validación de la Escala de Somnolencia de Epworth. *Rev Salud Pública (Bogotá)*, 9(4), 558-567.
- Comas, D., Aguinaga, J., Orizo, F.A., Espinosa, A. & Ochaíta, E. (2003). *Jóvenes y estilos de vida. Valores y riesgos en los jóvenes urbanos, EAD (Fundación de Ayuda contra la Drogadicción) – INJUVE*. Madrid: Ancares.
- Craig, C.L., Marshall, A.L., Sjöström, M., Bauman, A. Booth, M.L., Ainsworth, B.E., Pratt, M., Ekelund, U., Yngue, A., Sallis, J.F., & Oja, P. (2003). The IPAQ Consensus Group and the IPAQ Reliability and Validity Study Group. International Physical Activity Questionnaire (IPAQ): 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc*, 35, 1381-1395.
- Eaton, D.K., Kann, L., Okoro, C.A., & Collins, J. (2007). Selected Health Status Indicators and Behaviors of Young Adults, United States-2003. *Am J Health Educ*, 38(2), 66-75.
- Ellis, J.A., Perl, S.B., Davis, K., & Vichinsky, L. (2008). Gender differences in smoking and cessation behaviors among young adults after implementation of local comprehensive tobacco Control. *Am J Public Health*, 98, 310-316.
- Epp J. (1996). Lograr la salud para todos: un marco para la promoción de la salud. En: *Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud: Una antología*. Washington DC: OPS/OMS (publicación científica: 557)
- Gomes-López, M.I., Ruiz, J.F., & García-Montes, M.H. (2005). Cómo ocupan los universitarios almerienses su tiempo libre. *Revista Digital*, 83.
- Grotevant, H. (1998). Adolescent development in family contexts. En: W. Damon y R. Lerner (Eds.). *Handbook of Child Psychology*, 3. New York: Wiley.
- Guilleminault, C., Pierre, P., & Anstella, R. (1998). Sleep and neuromuscular disease: believed positive airway pressure by nasal mask as a treatment for sleep disordered breathing in patients with neuromuscular disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 65(2), 225-232.
- Jacoby, E., Bull, F., & Neiman, A. (2003). Cambios acelerados del estilo de vida obligan a fomentar la actividad física como prioridad en la Región de las Américas. *Rev Panam Salud Pública*, 14(4), 223-5.

- Jodra, P. (1994). *Deporte y salud: la realidad psico-sociológica*. Barcelona: Oikos Tau Ediciones.
- Lange, I., & Vio, F. (2006). *Guía para universidades saludables y otras instituciones de educación superior*. Santiago de Chile : OMS, OPS, Universidad, de Chile, Pontificia Universidad Católica, Consejo Nacional para la Promoción de la Salud VIDA Chile.
- McInnis, K., Franklin, B., & Rippe, J. (2003). Counseling for physical activity in overweight and obese patients. *Am Fam Physician*, 67, 1249-1256.
- Molina, U. (1988). *Salud familiar*. Bogotá: Ascofame.
- Molina-García, J., & Castillo, I., & Pablos, C. (2007). Bienestar psicológico y práctica deportiva en universitarios. *Motricidad*, 18, 79-91.
- Molina-García, J., Castillo-Fernández, I., Pablos-Abella, C., & Queralt-Blasco, A. (2007). La práctica de deporte y la adiposidad corporal en una muestra de estudiantes universitarios. *Apunts*, 89, 23-30.
- Moreno, A., & Del Barrio, C. (2000). *La experiencia adolescente*. Buenos Aires: Aiqué.
- Núñez-Rojas, A.C. *Jóvenes universitarios y salud Vivir la universidad*. Manizales: Universidad de Manizales, Maestría en Educación y Docencia.
- Orduna, J. López, I. (2003). Ejercicio físico, consumo máximo de oxígeno y hábitos alimentarios en un colectivo de adolescentes en Bilbao. *Rev Esp Nutr Comunitaria*, 9(1),14-29.
- Organización Mundial de la Salud. (1989). *La salud de la juventud*. Documento de referencia. Serie Discusiones Técnicas, Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. Salud y Bienestar Social de Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud: Hacia un nuevo concepto de la Salud Pública. Ontario: Organización Mundial de la Salud.
- Plutchik, R., & van Praag, H.M. (1989). The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. *Prog Neuropsychopharm Biol Psychiatr*, 13(Suppl),23-24.
- Plutchik, R., Van Praag, H.M., Conte, H.R., & Picard, S. (1989). Correlates of suicide and violent risk, I: The suicide risk measure. *Compr Psychiatry*,30, 296-302.
- Portuondo, O., Fernández, G., & Cabrera, A.P. (2000). Trastornos del sueño en adolescentes. *Rev Cubana Pediatr*, 72(1), 10-14.
- Posada-Lecompte, M. (2006). *Adaptación de estudiantes de primeros semestres de Psicología al ambiente universitario*. Bogotá: Universidad Cooperativa de Colombia, Programa de Psicología, Seminario de investigación I.
- Pullen, C., Noble, S., & Fiantdt, K. (2001). Determinants of health-promoting lifestyle behaviors in rural older women. *Fam Community Health*, 24, 49-73.

- Ramírez-Hoffmann, H. (2002). Acondicionamiento físico y estilos de vida saludable. *Colomb Med*, 33, 3-5.
- Ribeiro-Rodrigues, E.S., Cheik, N.C., & Mayer, A.F. (2008). Nivel de actividad física e tabagismo en universitarios. *Rev Saúde Pública*, 42(4), 672-8.
- Rodríguez, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Rodríguez-Martos, A., Navarro, R., Vecino, C., & Pérez, R. (1986). Validación de los cuestionarios KFA (CBA) y CAGE para diagnóstico del alcoholismo. *Drogalcohol*, 11, 132-139.
- Rodríguez-Suárez, J., & Agulló, T.E. (1999). Estilos de vida, cultura, ocio y tiempo libre de los estudiantes universitarios. *Psicobema*, 11(2), 247-259.
- Rubio, G., Moreno, I., Jáuregui, J., Martínez, M.L., Alvarez, S., & Marín, J.J. (1998). Validación de la escala de impulsividad de Plutchik en población española. *Arch Neurobiol (Madr)*, 61, 223-232.
- Rueda, G.E., Díaz, L.A., Campo, A., Barros, J.A., Osorio, B.C., & Cadena, L.P. (2005) Validación de la encuesta SCOFF para tamizaje de trastornos de la conducta alimentaria en mujeres universitarias. *Biomédica*, 25,196-202.
- Rueda-Jaimes, G.E., Díaz-Martínez, L.A., Ortiz-Barajas, D.P., Pinzón-Plata, C., Rodríguez-Martínez, J., & Cadena-Afanador, L.P. (2005). Validación del cuestionario SCOFF para el cribado de los trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizadas. *Aten Primaria*, 35(2), 89-94.
- Smilkstein, G. (1993). Family APGAR analysed. *Fam Med*, 5,293-4.
- Swing, J. (1984). Detecting alcoholism, The CAGE Questionnaire. *J Am Med Assoc*, 252, 1905- 1907.
- Tellez, J., Cote, M., Savogal, F., Martínez, E., Cruz, U. (2003). Identificación de factores protectores en el uso de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios. *Rev. Fac. Med. Univ. Nal. Colomb.*, 51(1), 15-24.
- Va Roth, E. (1990). Aplicaciones comunitarias de la medicina conductual. *Rev Latinoam Psicol*, 22, 38-57.
- Velásquez, M.T., Torres-Neira, D., & Sánchez-Martínez, H. (2006). Análisis psicológico de la actividad física en estudiantes de una universidad de Bogotá, Colombia. *Rev. salud pública (Bogotá)*, 8(supl.2),1-12.
- Vives-Iglesia, A.E. (2007). *Estilo de vida saludable puntos de vista para una opción actual y necesaria*. La Habana: Facultad de Ciencias Médicas Policlínico Docente Mártires de Calabazas.
- Zaborskis, A., Zemaitiene, N., Borup, I., Kuntsche, E., & Moreno, C. (2007). Family joint activities in a cross-national perspective. *BMC Public Health*, 7,94.
- Zigmong, A.S. & Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Act Psychiatr Scand*, 67, 361-370.