

Fall 12-1-2014

¿Cómo amigos comparten la salud? Las redes sociales y factores de riesgo. / How do friends share health? Social networks and risk factors.

Joanna Emerson
SIT Study Abroad

Follow this and additional works at: https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection

 Part of the [Civic and Community Engagement Commons](#), [Community-Based Research Commons](#), [Demography, Population, and Ecology Commons](#), [Family, Life Course, and Society Commons](#), [Health and Physical Education Commons](#), [Latin American Studies Commons](#), [Medical Education Commons](#), [Medicine and Health Commons](#), [Other Public Health Commons](#), and the [Public Health Education and Promotion Commons](#)

Recommended Citation

Emerson, Joanna, "¿Cómo amigos comparten la salud? Las redes sociales y factores de riesgo. / How do friends share health? Social networks and risk factors." (2014). *Independent Study Project (ISP) Collection*. 2011.
https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/2011

This Article is brought to you for free and open access by the SIT Study Abroad at SIT Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Independent Study Project (ISP) Collection by an authorized administrator of SIT Digital Collections. For more information, please contact digitalcollections@sit.edu.

¿Cómo amigos comparten la salud? Las redes sociales y factores de riesgo.

How do friends share health? Social networks and risk factors.

Joanna Emerson

SIT Arica, Chile

Salud Pública, Medicina Tradicional, y Empoderamiento de la Comunidad

Noviembre 2014

Índice

1. Abstract.....	3
2. Reconocimiento.....	4
3. Introducción.....	5
3.1. <i>Establecimiento del problema.....</i>	<i>5</i>
3.2. <i>Pregunta del estudio.....</i>	<i>5</i>
3.3. <i>Justificación del estudio.....</i>	<i>5</i>
3.4. Objetivos del estudio.....	5
4. Marco teórico.....	6
4.1. <i>Los factores de riesgo en Chile.....</i>	<i>6</i>
4.2. <i>Las redes sociales.....</i>	<i>7</i>
4.3. Definiciones claves.....	8
5. Métodos.....	9
5.1. <i>Diseño del estudio.....</i>	<i>9</i>
5.2. <i>Lugar de estudio.....</i>	<i>9</i>
5.3. <i>Población y muestra.....</i>	<i>9</i>
5.4. <i>Métodos de reclutamiento.....</i>	<i>9</i>
5.5. <i>Instrumentos de recolección de información.....</i>	<i>10</i>
5.6. <i>Métodos de recolección de información.....</i>	<i>10</i>
5.7. <i>Consideraciones éticas.....</i>	<i>11</i>
5.8. Diseño de análisis.....	11
6. Resultados.....	12
7. Análisis de los resultados.....	16
7.1. <i>Estudios similares.....</i>	<i>16</i>
7.2. <i>Frecuencias de hábitos en la muestra completa.....</i>	<i>16</i>
7.3. <i>Semejanza de la muestra completa.....</i>	<i>17</i>
7.4. <i>Semejanza de grupos de amigos cercanos y compañeros.....</i>	<i>18</i>
7.5. <i>Respuestas orales.....</i>	<i>20</i>
7.6. Casos específicos.....	21
8. Conclusiones.....	21
9. Limitaciones.....	23
10. Recomendaciones.....	24
10.1. <i>Sobre las limitaciones.....</i>	<i>24</i>
10.2. <i>Más investigaciones.....</i>	<i>24</i>
10.3. Aplicaciones de la política y para la comunidad.....	25
11. Bibliografía.....	26
12. Anexo.....	27

1. Abstract

Research question: How are health risk factors shared between people by means of their social networks?

Objectives: The main objective of the study is to determine the correlation between a person's social network and which health risk factors are most prevalent in network members. The first specific objective is to evaluate the rates of the most common risk factors in social networks and how these disperse throughout the network. The second is to analyze whether people with similar health risk factors have similar social tendencies. The final objective is to identify the risk factors most transmittable through social networks.

Background: Chile's development in the past forty years has brought new health concerns, shifting the focus from malnutrition to noncommunicable and chronic diseases such as cancer, heart disease, and diabetes. The prevalence of the health risk factors, which are thought to be the major causes of these conditions, continues to rise, mainly rates of smoking, alcohol use, obesity, and lack of exercise. The social network prospective provides a unique point of view with which to view these conditions. Though noncommunicable diseases are not contagious biologically, they are considered socially transmissible through the influence of close friends and family. The main problem of this investigation is to find how health habits, and in turn health risk factors, are dispersed by means of social networks in college age students.

Methodology: Fifty-seven university students in Valparaíso, Chile participated in the study on the campuses of four different universities. Participants were limited to students who were in groups of three or more at the time of the interview, and these groups were used to define the students' social network. Thirteen groups in all participated. All participants completed a written questionnaire and ten groups (forty-two participants) also took part in an oral interview. Questionnaires consisted of questions about participants' closest social contacts and health habits concerning smoking, alcohol use, and exercise and eating habits. The oral interviews asked participants' perceptions on how they developed these health habits and whether they thought their friends had influence on them.

Results: The most prevalent health risk factor for the full sample was alcohol consumption and lack of exercise. The frequency of food consumption was the same for both healthy and unhealthy foods. Data was analyzed by similarity of answers within the interview group and stratified by groups of close friends and classmates. Five interview groups were categorized as groups of close friends, and eight as groups of classmates. For the full sample, answers for frequency of smoking, exercising, and eating unhealthy food were different within interview groups, and there was one level of difference in answers for alcohol consumption and eating healthy foods. For groups of close friends, smoking habits overall had different answers, but all other risk factors only had one level of difference in habit frequency. Groups of classmates had one level of difference in alcohol consumption and eating healthy food, but different answers for smoking, exercise, and unhealthy food consumption. Overall, groups of close friends had more similarity in health habits than groups of classmates, especially in the categories that had the most diversity in answers for the full sample. The main sources of habits perceived by students were their family/childhood and university. Seven of ten groups believed their health habits are influenced by their peers.

Conclusions: Social networks that share a greater quantity of internal social links have more similarity in health habits than social groups with fewer connections. This may be due to greater amounts of homophily and social support shared between members of tighter social networks. The most predominant health risk factors for university students in Valparaíso are alcohol consumption, lack of exercise, and unhealthy eating. Lifestyle changes that occur in universities have a large effect on the health habits of students because of lack of time, money, and the culture surrounding alcohol consumption.

Key words: Social networks, health risk factors, smoking, alcohol, exercise, nutrition

2. Reconocimiento

Gracias a mi consejera, Verónica Bustos. También a las universidades y estudiantes para su cooperación, la cual han hecho posible la investigación.

Agradezco a el staff de SIT Arica para su paciencia y guía durante todo este semestre.

Me gustaría dar gracias a mi familia Chilena, los Rojas Bobadillas, por su cariño y para hacer Chile mi hogar segundo.

Finalmente, gracias a las chicas de apartamento 106 para todas – los buenos tiempos y los menos buenos.

3. Introducción

En 1937, Chile estableció el Programa Nacional de Alimentación Complementaria porque “la inseguridad alimentaria y la desnutrición del binomio madre e hijo eran muy altas” (MINSAL, 2011). Ahora, con “la transición demográfica” (MINSAL, 2011), Chile ha desarrollado en el sentido que el foco no sea en la malnutrición de bajo peso como en el pasado, sino el sobrepeso y obesidad. Los problemas de salud ahora son más sobre las enfermedades no transmisibles y crónicas, como el cáncer, la hipertensión y la diabetes. Por años, países alrededor del mundo han tratado de desarrollar programas que disminuirían las tasas altas de estas enfermedades. Sin embargo, la prevalencia de los factores de riesgo, los cuales se piensa como causa de las enfermedades no transmisibles, todavía están aumentando, y también las tasas de ellas (WHO, 2013).

3.1. Establecimiento del problema

El problema de estas investigaciones es la dispersión de los factores de riesgo de salud, a través de hábitos y estilos de vidas malos para la salud y la transmisión de estos entre las personas conectadas, los amigos y las familias. Los factores de riesgo de salud más claves en Chile ahora (tabaquismo, uso de alcohol, obesidad y sedentarismo) son estilos de vida comunes y no sanos a la salud de la población. Hay una falta de información en por qué las tasas de los hábitos insalubres han crecido en los años recientes, y por eso es importante que se estudie el rol de las redes sociales en el comportamiento con factores de riesgo.

3.2. Pregunta del estudio

La pregunta de la investigación es ¿cómo están los factores de riesgo de salud compartidos entre personas a través de sus redes sociales?

3.3. Justificación del estudio

La perspectiva de la salud a través de las redes sociales es un punto de vista útil que puede proveer un contexto diferente en que investigadores estudiarían los factores que afectan la salud de un individuo. Las circunstancias sociales de una persona pueden afectar sus hábitos de vida, su estado mental, o su salud directa, y aumentar el riesgo de enfermedad. No obstante, los programas que enfocan en disminuir los factores de riesgo típicamente no consideran el contexto social de la persona, y no son tan efectivos como posible. Por eso, es importante que este estudio se enfoque en cómo el contexto de la red social de un individuo afecta sus hábitos de vida, y entonces, su salud.

3.4. Objetivos del estudio

El objetivo general de la investigación es: Determinar la correlación entre la red social de una persona y cuáles factores de riesgo de salud son más predominantes en miembros de esa red. Los tres objetivos específicos incluyen: Evaluar los índices de factores de riesgo de salud más comunes – tabaquismo, uso de alcohol, obesidad y sedentarismo – en la red social de una persona y cómo dispersan éstos factores a través

de la red. El segundo es: Analizar los vínculos sociales entre individuos en la red de una persona con factores de riesgo similares a ver si hay tendencias sociales similares entre personas con los mismos riesgos. El final objetivo del estudio es: Identificar cuáles son los riesgos más transmisibles a través de una red social, y cuáles no viajan a través de conexiones sociales.

4. Marco teórico

4.1. Los factores de riesgo en Chile

Para investigar los vínculos entre las redes sociales y los factores de riesgo presentes en una comunidad, primero se necesita estudiar las tendencias de salud en la comunidad que se está investigando. En general, las tendencias epidemiológicas en Chile han cambiado en los últimos años por el desarrollo rápido del país. Como muchos países desarrollados, los problemas ya están relacionados a la malnutrición, sino que a los opuesto – la obesidad y el sedentarismo. En la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2009-2010, los investigadores encontraron que 88,6% de Chilenos son sedentarios en sus tiempos libres con respecto a los hábitos de actividad física (ENS, 2010). También, con una tasa de “probable consumo excesivo de sal” de 95,7%, los efectos en dislipidemia y presión arterial son evidentes; 26,9% de la población tiene presión arterial elevada, 45,4% tiene HDL disminuido, y 38,5% tiene colesterol total elevado (ENS, 2010). La tasa de personas con un exceso de peso es 64%, con sobrepeso es 39%, y con obesidad central 62% (ENS, 2010). En general, los índices de obesidad y mal estado nutricional son altos en Chile, y la tendencia no está cambiando.

En relación con los factores de riesgo de salud más comunes en Chile, no solo la obesidad y la salud nutricional son problemas, sino también la exposición a tabaco y el consumo de alcohol. 74,5% de la población ha consumido alcohol de último año, y 53,4% tiene una prevalencia de tabaco en la vida (ENS, 2010). Por eso y otras razones como la contaminación del aire, 24,5% de la población está sospechosa de síntomas respiratorios y crónicos (ENS, 2010). Según las investigaciones de McColl et al. en Valparaíso, después de la inactividad física y sobrepeso, los factores de riesgo más comunes para el grupo en estudio fueron abuso de tabaco en mujeres y presión arterial alta en hombres (McColl et al., 2002). Los Centros de Salud Familiar (CESFAM), una gran parte del sistema público de salud en Chile que controla el primer nivel de atención y atención primaria, anotan los mayores factores de riesgo en su propia comunidad y crean un mapa de pacientes que tienen más riesgo o son partes de poblaciones vulnerables. Por ejemplo, por cada mujer embarazada, hay un proceso en que ella rellena una hoja de a cuáles factores de riesgo está expuesta, como exposición de tabaco, malos tratos en el hogar, alcoholismo, entre otras. El CESFAM anotaría a ella en el mapa si fuera considerada una parte de la población vulnerable.

Los riesgos de salud son grandes en cada faceta de la vida chilena, pero también hay muchos

programas de prevención. En “Metas: Elige vivir sano” de 2011, el gobierno y el Ministro de Salud reconocieron que “los cambios en la epidemiología” del país requieren que ellos “hacen necesario realizar mayores esfuerzos y coordinaciones para el logro de los objetivos de prevención control de estas enfermedades” (Estrategia Nacional de Salud, 2011). Por eso, existen estrategias a disminuir los mayores factores de riesgo – la obesidad, el consumo de tabaco, alcohol, y drogas, el sedentarismo y la conducta sexual – en tres categorías: los biológicos, los conductuales, y los psicosociales. Los métodos específicos que el Ministerio de Salud planeará usar, depende de cuál tipo de riesgo los aplican, pero no está demasiado claro exactamente como el Ministerio va a implementarlos en los CESFAM. Finalmente, el artículo reconoce que “los factores de riesgo son adquiridos en gran medida en el proceso de socialización de las personas”, una conexión importante entre la ciencia de salud y la ciencia social de salud. Por eso, es importante investigar el efecto de las redes sociales en la salud

4.2. *Las redes sociales*

En lo que respecta a las redes sociales, han sido muchas investigaciones en los efectos de vínculos sociales en la salud. Una red social es construida por la persona central y se compone de las conexiones sociales que conectan el centro a sus vínculos, quienes son amigos, miembros de familia, y compañeros en quienes el centro tiene confianza y contacto regular. La persona en el medio de una red se llama el centro, y una “nudo” es la persona (amigo, familiar, compañero, etc.) en el otro lado de una conexión social. Un vínculo es la conexión entre personas. Hay personas que se llaman ejes quienes tienen más vínculos y nudos conectados que personas típicas (Barabasi y Bonabeau, 2003).

El núcleo de la red es construido por las personas que el centro habla con sobre los asuntos importantes, y represente los vínculos más cercanos con papeles de apoyo (Small, 2013). Investigaciones típicas usan los métodos de Marsden a definir el núcleo de la red de una persona. Esos métodos contienen tres preguntas (o formas de esas): 1) ¿Con quién discute asuntos importantes? 2) ¿Con quién habla más frecuentemente? 3) ¿En quién tiene más confianza cuando necesita conversar sobre los asuntos importantes sobre su vida?. Investigadores usualmente anotan cinco personas por cada respuesta (Marsden, 1987). Los cinco contactos anotados en los cuestionarios en estas investigaciones representan el núcleo de la red de las participantes.

Investigaciones han dicho que las redes sociales de una persona tiene un efecto grande en la salud de la persona. Hay cuatro maneras en que una red influye la salud de la persona centrada: con apoyo social a través de los vínculos, influencia social, adhesión social, y acceso a recursos y materiales (Berkman & Glass 2000). En general, la salud de una persona es interdependiente y trasciende el individual. También, su red no solo tienen un efecto en su salud y sus hábitos de vida, sino también los vínculos más lejanos, hasta 4

niveles de conexión (Smith, Christakis, 2008). Por eso, los hábitos de los amigos de sus amigos influirían sus propios estilos de vida, especialmente en los ámbitos de salud sexual, alimentación y sobrepeso, y fumar/alcohol (Smith, Christakis, 2008). Pero las personas que tienen el mayor efecto en la salud del centro son de la red núcleo de discusión (Small, 2013). Existe una diferencia entre la red social y apoyo social; la red es una web en que influencia fluye a través de vínculos sociales, y el apoyo es la influencia que es transmitida (Smith, Christakis, 2008). Hay muchas definiciones de tipos de apoyo social, pero los tres tipos más básicos son instrumental (la provisión de materiales físicas), de información (provisión de conocimiento), y emocional (provisión de cariño) (Umberson, Crosnoe, Reczek, 2010). Las redes sociales tienen un elemento que se llama homofilia, cual refiere a la tendencia a personas a asociar con otras. La homofilia de una red es afectada por muchas fuentes, como el trabajo, la etnicidad, la ubicación y el nivel de educación de los miembros (McPherson, 2001). Homofilia también es usada como una medida a estudiar la cohesión y semejanza de los miembros de la red, y también para sacar conclusiones sobre las propensiones de la gran red en general. Investigaciones anteriores han dicho que la mayoría de las redes sociales tienen mucha homofilia y eso tiene la posibilidad a crear mucha reproducción social y perpetuación de hábitos sociales (McPherson, 2001).

4.3. *Definiciones claves*

Es importante definir los conceptos mayores que fueran usados para dirigir las investigaciones. Los *factores de riesgo* son los hábitos de vida que tienen un efecto malo en la salud de la persona que hace la actividad. Los factores más prevalentes en Chile son tabaquismo, uso de alcohol, obesidad y sedentarismo. Un *hábito de salud* es una actividad repetitiva, centrada en como la persona trata su cuerpo con respecto a la salud. Algunos tienen un efecto malo en su salud no solo inmediatamente, sino también en el futuro, y algunos son hábitos buenos que tienen efectos positivos en el cuerpo de la persona. Este ensayo enfoca en los hábitos de fumar, tomar alcohol, hacer ejercicios, y comer. Con respecto a los factores de riesgo específicas, a *fumar* constituye el uso repetitivo, una vez o más del mes, de productos tabacos que requieren inhalación (ENS, 2011). Los productos incluyen los cigarrillos, los cigarros, y los cigarrillos electrónicos. No requiere una adicción física a tabaco. *Tomar alcohol* es el uso repetitivo, una vez o más del mes, de productos alcohólicos o con alcohol. Los productos incluyen la cerveza, el vino y el licor de cualquier tipo (ENS, 2011). La *obesidad*, oficialmente, es “una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud [...] Un IMC [índice de masa corporal] igual o superior a 30 determina obesidad” (OMS, 2014). Para estas investigaciones, la obesidad no es definida con el peso de la persona sino los hábitos de comer. Si la persona come más cereales blancos, azúcares que cereales integrales, frutas y verduras diaria, la persona tiene hábitos malos de comer. El *sedentarismo* es cuando una persona no hace

ejercicio, que aumenta su pulso por media hora o más, dos veces por semana o más (ENS, 2011). Hay mucha discusión sobre las *enfermedades no transmisibles* hoy en día en Chile, porque son más prevalentes en países desarrollados. Son las enfermedades nocontagiosas que una persona no puede contraer de otra persona biológicamente. La *red social* es una persona y todos sus vínculos sociales entre familia, amigos, compañeros de trabajo u otros lugares, vecinos y más, representadas en un mapa. Los *vínculos* son dentro de la red, y son las conexiones sociales entre personas, en que información, confianza y apoyo (físico y emocional) está compartida. Eso requiere contacto repetido y deseado en los dos lados del vínculo. *Homofilia* es la tendencia personas a interactuar y pasar tiempo con otras personas similares. También, homofilia es usada como una medida de semejanza (McPherson, 2001).

5. Métodos

5.1. Diseño del estudio

Las investigaciones usaron métodos mezclados, con información cuantitativa y cualitativa ambas. La fuente de la información cuantitativa fue los cuestionarios, y la información cualitativa fue de las entrevistas orales. El estudio fue transversal, porque sólo usó la información del día de la entrevista.

5.2. Lugar de estudio

Las investigaciones se hicieron en las ciudades de Valparaíso y Viña del Mar, Chile. Las entrevistas estuvieron realizadas en cuatro diferentes universidades en las dos ciudades: Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, la Universidad de Playa Ancha, la Universidad de Valparaíso, y la Universidad de Viña del Mar. Cada entrevista ocurrió en la propiedad de una de las universidades, en las cafeterías, las entradas, y espacios públicos y/o exteriores.

5.3. Población y muestra

La población consistía en los estudiantes universitarios mayores que 18 años de Valparaíso, Chile. No había restricciones de estado de salud, género y estado económico de las participantes en la investigación. Los requisitos de participación fueron la edad del participante porque el estudio no incluyó menores de 18 años, que ellos asisten a una universidad en la región de Valparaíso, y que ellos estuvieron con un grupo de tres o más estudiantes en el tiempo del reclutamiento. La muestra consistía en estudiantes entre las edades de 18 y 28 que asisten a una de las cuatro universidades específicas en Valparaíso. La muestra no es probabilística ni estadísticamente representativa de la población.

5.4. Métodos de reclutamiento

Los participantes estuvieron solicitados en el campus de su universidad durante su tiempo libre o entre clases. Los requisitos para participantes fueron que asistan a una universidad en Valparaíso o Viña del Mar, y que, en el tiempo de la entrevista, estaba con un grupo de tres o más otros estudiantes. En algunos

casos, estudiantes de su propia voluntad reclutaron sus amigos cercanos o en el mismo edificio a participar, pero nunca con una solicitud de la investigadora. Las investigaciones tuvieron 61 participantes en total, pero solamente la información de 57 de los participantes está incluida en este estudio.

5.5. *Instrumentos de recolección de información*

Cada entrevista consistió de dos partes: el cuestionario escrito con nueve preguntas, y la entrevista oral de dos preguntas. El cuestionario tuvo tres preguntas sobre la red social y los vínculos sociales más cercanos del participante. La primera fue “¿Quiénes son las personas que Usted considera sus mejores amigos o las personas con quién se les lleva bien?”, la segunda “¿Quiénes son las personas que Usted confiaría en si necesitaría apoyo o consejo?”, y el final “¿Quiénes son las personas que Usted habla con más frecuentemente?”. Las seis preguntas después fue de hábitos de vida en relación con fumar, tomar alcohol, hacer ejercicios y comer. Las tres primeras preguntas de la sección fueron sobre con qué frecuencia el participante fuma, toma alcohol y hacer ejercicios. Las tres tenían las respuestas posibles a elegir de “nunca, 1-3 veces cada año, 1-3 veces cada mes, 1-3 veces cada semana, diaria, no respuesta”, con un espacio extra sobre qué tipos de ejercicios hace el participante, en la forma de una respuesta abierta. La siguiente pregunta, con seis secciones, estaba sobre los hábitos de comer del participante, con secciones para cereales blancos, cereales integrales, verduras, frutas, azúcares y proteína. Cada sección tiene tres ejemplos del tipo de comida. Cada respuesta tenía las respuestas posibles de “nunca, menos que una vez cada semana, una vez cada semana, algunas veces cada semana, diaria, más que una vez cada día, no respuesta”. [Anexo, 28]

La primera pregunta oral pidió “¿Cómo Usted cree que desarrollaba estos hábitos de tomar alcohol, fumar, hacer ejercicios, y comer?” a ver si, en la opinión del participante, su universidad, su familia, su niñez, u otras fuentes tuvieron efectos en cómo el participante creía sus hábitos. La segunda pregunta oral pidió “¿Usted cree que sus amigos tienen efecto en sus hábitos diarios?”, usualmente con la pregunta siguiente “¿En qué manera?”. El intento de la pregunta estaba a ver si las percepciones de influencia del contexto social del participante hacen juegos con los resultados de los cuestionarios del grupo de entrevista [Anexo, 27].

5.6. *Métodos de recolección de información*

A los participantes se les explicó las instrucciones del cuestionario oralmente, y las instrucciones eran las siguiente: “Usted debe elegir hasta cinco personas por cada pregunta. Puede elegir menos de cinco personas y repetir personas en más que una pregunta si quiere. Por favor, solo escribe las personas en este región de Chile (Valparaíso, Viña, Concón, o cerca). Escribe los nombres, apellidos, y un Número de teléfono por cada persona. Si repite una persona, no necesita escribir su Número de teléfono más que una vez.” Después, los participantes estuvieron preguntados si tuvieron tiempo para las preguntas orales y todos

dan permiso de grabación antes de empezar. Todos que participaron en las entrevistas orales las hicieron juntos, como un grupo, y tres de los trece grupos declinaron a participar. Las entrevistas ocurrieron en lugares públicos de las universidades, con bastante espacio y privacidad por cada participante a tomar su cuestionario. Usualmente cada cuestionario escrito tomaba quince minutos, y las preguntas orales tomaban tres minutos. 61 entrevistas fueron completadas, pero solamente 57 están incluidos.

5.7. *Consideraciones éticas*

La propuesta, con los métodos y objetivos del estudio, era revisada y aprovechada de un Junta de Revisión Institucional, de la manera de revisión acelerado antes de cualquier recolección de información. Antes de cada entrevista, todos los participantes fueron explicados los objetivos de las investigaciones y sus derechos de anonimato, privacidad, y confidencialidad como un participante. Después, ellos firmaron un formato de consentimiento informado [Anexo, 32]. Antes de las entrevistas orales, participantes estuvieron pedidos si sintieron cómodos haciendo la entrevista en un grupo, y si la investigadora pudo grabar las respuestas. Cinco participantes no respondieron ni eligieron “no respuesta” en preguntas particulares en el cuestionario y tres grupos declinaron a participar en las entrevistas orales. Toda la información, los cuestionarios físicos y las grabaciones electrónicas, estaba guardada en lugares seguros y privados después de recolección.

No había riesgo físico ni emocional asociado con participación. Todos los participantes estaban explicados que la investigadora no tenía afiliación con ninguna institución y que ellos no recibirán compensación por participación.

5.8. *Diseño de análisis*

Los cuestionarios fueron analizados inicialmente a ver si un participante anotó otro (o más) miembro del grupo de entrevista como un amigo cercano, según las tres preguntas primeras en el cuestionario [Anexo, 28]. Cada persona anotada que estuvo en el grupo de entrevista cuenta como un vínculo social dentro del grupo. Vínculos sociales dentro del grupo de entrevista son definidos como la cantidad de conexiones entre miembros del grupo de entrevista. Si un participante menciona un miembro del grupo de entrevista en su cuestionario como un amigo cercano, se trata de vínculo. Un vínculo con reciprocidad en los dos lados (ej. los dos participantes notan a uno a otro en sus cuestionarios) solo lo considerado uno vínculo. Vínculos sociales fuera del grupo de entrevista son la cantidad de personas notadas como amigos cercanos en los cuestionarios, quienes no estaban presentes en el grupo de entrevista.

Todas las respuestas de los cuestionarios fueron codificadas en una tabla y organizada por tres tipos de grupos: grupos de entrevista, grupos de amigos cercanos, y grupos de compañeros. Inicialmente estaban organizados por los grupos de entrevista, los grupos de estudiantes presentes cuando ellos participaron y

tomaron el cuestionario. Para el propósito de este estudio, los grupos de entrevista son divididos entre grupos de amigos cercanos y grupos de compañeros. Un grupo de amigos cercanos es definido como un grupo en que hay cuatro o más vínculos sociales entre los miembros del grupo de entrevista. Un grupo de compañeros es un grupo de entrevista que tiene menos de cuatro vínculos sociales adentro. Gráficos y tablas fueron usados a comparar los demográficos de participantes, las características de los grupos, y la semejanza de respuestas con estratificación en los grupos. Promedios de los datos son usados a demostrar las tendencias de toda la muestra con hábitos de fumar, tomar alcohol, hacer ejercicios, y comer.

Siguiendo la estratificación de comidas en el cuestionario (cereales blancos, cereales integrales, verduras, frutas, azúcares y proteínas), las comidas sanas son definidas como cereales integrales, verduras y frutas para análisis de los datos. Comidas no sanas son cereales blancos y azúcares. Porque de ambigüedad, la categoría de proteína es omitida.

Semejanza es definida por el nivel de diferencia en respuestas en el cuestionario. También, semejanza es definida por cada tipo de respuesta: frecuencia de fumar, tomar alcohol, hacer ejercicios, comer comida sana, y comer comida no sana. Las respuestas de un grupo son categorizadas como “misma” cuando todos los miembros del grupo de entrevista escogieron la misma respuesta de los seis opciones en el cuestionario. “Uno nivel de diferencia” ocurre cuando, de todas las seis respuestas posibles, todos los participantes del grupo de entrevista eligieron o una u otra respuesta, con uno incremento de diferencia. Por ejemplo, si las respuestas de un grupo sobre la frecuencia de fumar son “nunca” o “1-3 veces cada año”, es definido por uno nivel porque sólo hay un nivel de incremento entre las respuestas posibles. Respuestas son “diferentes” cuando hay más que un nivel entre las respuestas de cada participante de un grupo de entrevista. Porque sólo hubo ocho grupos de compañeros y cinco grupos de amigo cercanos en la muestra, las comparaciones de semejanza son controlados por el número de grupos en esta categoría [Anexo, 41].

6. Resultados:

Aunque 61 entrevistas fueron realizadas, sólo datos de 57 participantes están incluidos en el estudio. Los datos promedios por toda la muestra son siguientes. La edad media fue 22,21 años, y la muestra contiene 37 mujeres y 20 hombres [Tabla 1, Anexo 42]. Tabla 1 [Anexo 42] demuestra los demográficos de la muestra. De media en cada grupo de entrevista, hubo 4,39 personas por cada grupo de entrevista. También, hubo, por promedio, 3,39 vínculos sociales dentro de este grupo y 5,37 vínculos lo fuera, como se ven en Tabla 2 [Anexo, 42].

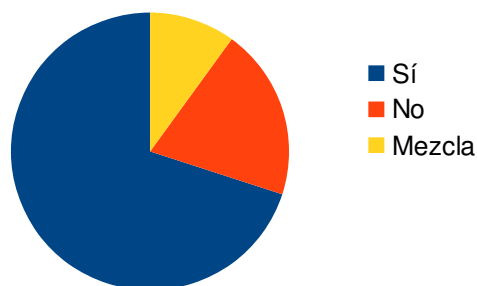
Las respuestas de las preguntas sobre los hábitos de salud fueron similares entre cada pregunta. Para las preguntas que dijeron con que frecuencia los participantes fumar, tomar alcohol y hacer ejercicios, la respuesta más común fue “1-3 veces cada mes”. Con toda la muestra, para las preguntas sobre las comidas

específicas, la contestación “algunas veces cada semana” fue más común para las categorías de pan blanco, frutas, azúcares y proteína. La frecuencia típica con que la muestra come pan integral fue “una vez cada semana”, y que come verduras fue “diaria”. Las frecuencias de cada respuesta, categorizado por tipo de hábito, son demostradas en las figuras 2a-e [Anexo, 38-39].

Para la respuesta abierta sobre que tipo de ejercicio los participantes hacen (en que participantes podían poner más que una respuesta), 11 participantes contestaron un tipo de ejercicio cardiovascular (ej. trotar, correr, cardio). Siete personas respondieron con uno de cuatro tipos de deportes: el fútbol, el basketball, la natación, o el tenis. Cuatro participantes respondieron con una actividad de gimnasio, como levantar pesos o fortalecer abdominales. Dos grupos de dos personas pudieron “caminar” u “otro” para sus respuestas. Solamente una persona por cada respuesta respondió con las siguientes: skateboarding, bicicleta, trekking y baila [Figura 3, Anexo 39].

Para las entrevistas orales, grupos podrían responder con más que una respuesta. Tres grupos no participaron en la entrevista oral. En la primera pregunta oral, sobre las fuentes de desarrolla de hábitos de salud, siete grupos contestaron que la universidad fue la mayor fuente, seis dijeron a padres o niñez, dos plata, y uno el colegio. Cuando se le preguntó si creen que sus amigos tienen un efecto en sus hábitos de salud, siete grupos respondieron “sí”, dos grupos “no”, y un grupo con una mezcla de las dos respuestas. De verdad, seis grupos, por lo medio, comparten hábitos con miembro de su grupo de entrevista, cuando seis no

Creen que amigos afectan hábitos



FFigura 6a: creen que amigos afectan hábitos de salud.

Comparten hábitos con los amigos

Dentro del grupo de entrevista

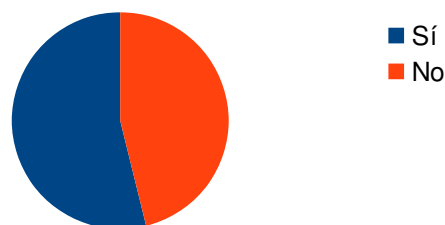


Figura 6b: Comparten hábitos de salud con los amigos dentro del grupo de entrevista.

comparten. Esta yuxtaposición es demostrado en figuras 6a y 6b debajo [Anexo,40].

En términos de semejanza de respuestas, los resultados son divididos por toda la muestra, grupos de entrevista, de amigos cercanos, y de compañeros. Para toda la muestra, las respuestas que, por promedio, amigos tuvieron respuestas diferentes fueron de los hábitos de “fumar”, “hacer ejercicios”, “comer cereales integrales”, y “comer azúcares”. En la misma manera, las respuestas en que amigos tuvieron uno nivel de diferencia de respuestas fueron “tomar alcohol”, “comer cereales blancos”, “comer verduras”, “comer

frutas”, y “comer proteína”. No hubo ninguna categoría en que las respuestas, para toda la muestra, fueron la misma. Tabla 3.1 muestra la semejanza de respuestas por cada grupo de entrevista [Anexo , 43].

Frecuencia fue usada en los gráficos de semejanza para controlar por los números diferentes de grupos de amigos cercanos y compañeros. La frecuencia de grupos que tuvieron la misma respuesta en una categoría de hábitos es demostrado debajo con Figura 7a [Anexo, 41]. Porque sólo hay dos grupos de entrevista que tuvieron todas las mismas respuestas para una pregunta, no hay mucha información. Las respuestas mismas fueron en las categorías de tomar alcohol y hacer ejercicios, y ambos fueron de grupos de compañeros.

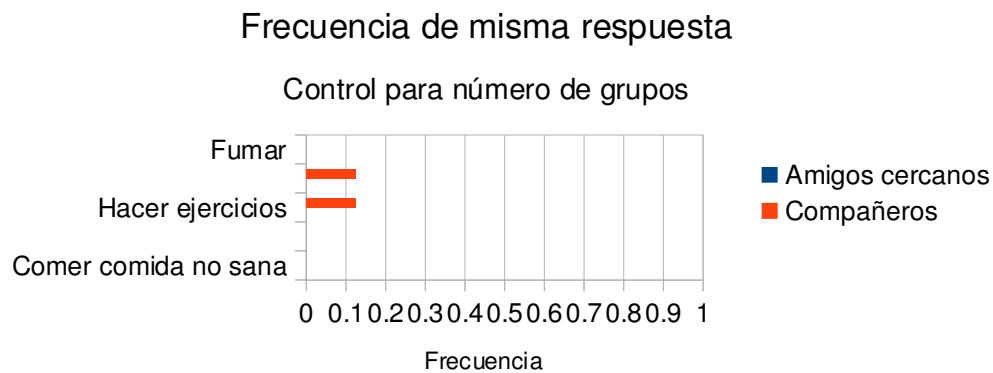


Figura 7a: Frecuencia de misma respuesta para grupos de amigos cercanos y compañeros.

Para las respuestas con uno nivel de diferencia [Figura 7b debajo, Anexo 41], grupos de amigos cercanos tuvieron más semejanza en general y para la mayoría de respuestas, específicamente sobre tomar alcohol, hacer ejercicios, y comer comida no sana. Grupos de compañeros respondieron de modo parecido sobre los hábitos de fumar mucho más que amigos cercos, y un poco más sobre comer comida sana. Por toda la muestra, la semejanza de respuestas sobre los hábitos de tomar alcohol y comida sana fue más grande que con los de fumar, hacer ejercicios, y comer comida no sana.

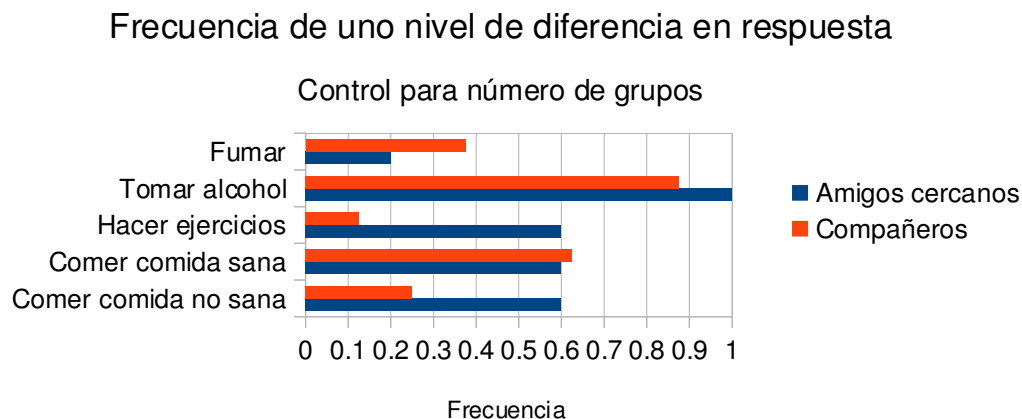


Figura 7b: Frecuencia de respuestas con uno nivel de diferencia para grupos de amigos cercanos y compañeros.

En términos de respuestas diferentes [Figura 7c debajo, Anexo 41], los grupos de compañeros tuvieron una cantidad más grande de respuestas diferentes en las categorías de hábitos de salud, y por eso menos semejanza. Más que la mitad de los grupos de compañeros notaron hábitos diferentes de fumar, hacer ejercicios, y comer comida no sana. Los grupos de amigos cercanos tuvieron respuestas muy diferentes en términos de los hábitos de fumar, pero menos diferencia de respuesta en los otras categorías de hacer ejercicios, y comer comida sana y no sana. Ni los amigos cercanos ni los compañeros respondieron

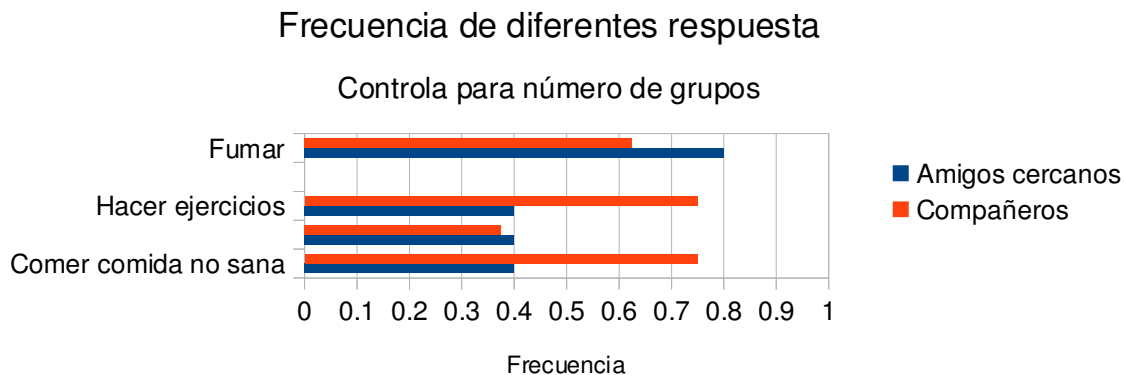


Figura 7c: Frecuencia de respuestas diferentes para grupos de amigos cercanos y compañeros.

diferentes a las preguntas sobre el alcohol.

La semejanza de hábitos de los grupos de amigos cercanos y los grupos de compañeros es demostrada en Tabla 3.2 debajo [Anexo, 43]. Los niveles de diferencia de respuestas son notados en cada cédula, y la diferencia general por cada grupo y cada categoría de hábito son en las finales columnas y filas. En total, los grupos de amigos cercanos tuvieron uno nivel de diferencia en las respuestas, y por eso más semejanza que los grupos de compañeros, cuales tuvieron diferentes respuestas en general. Las respuestas sobre los hábitos de fumar, hacer ejercicios, y comer comida no sana fueron, por lo general, diferente entre todos los grupos de entrevista. Sin embargo, los hábitos de tomar alcohol y comer comida sana solamente tuvieron uno nivel de diferencia de respuestas por toda la muestra.

Hábito	Grupos de amigos cercanos	Grupos de compañeros	Diferencia general
Fumar	Diferente	Diferente	Diferente
Tomar alcohol	Uno nivel	Uno nivel	Uno nivel
Hacer ejercicios	Uno nivel	Diferente	Diferente
Comer comida sana	Uno nivel	Uno nivel	Uno nivel
Comer comida no sana	Uno nivel	Diferente	Diferente
<i>Diferencia general</i>	Uno nivel	Diferente	

Tabla 3.2: Semejanza de hábitos - nivel de diferencia de respuestas por grupos de amigos cercanos y compañeros.

7. Análisis

7.1. Estudios similares

Este análisis es dirigido de una manera similar al estudio “Weak ties and the core discussion network” por Mario Luis Small (2013), con un foco en el núcleo de la red social de los participantes. En su estudio, Small usó los datos a ver las tendencias de conversación, cuando este estudio enfoca en los hábitos de salud.

Small también analizó la semejanza de hábito en grupos particulares, similar a las investigaciones acá. Las investigaciones de Ellison et. Al (2007), usó una muestra similar a este estudio, estudiantes universitarios. Sus métodos sobre el análisis de capital social guiaron el análisis de apoyo social abajo.

7.2. Frecuencias de hábitos en la muestra completa

El hábito más frecuente de la muestra fue “tomar alcohol” [Figura 2b, Anexo 38]. Es posible que la cultura de las universidades en Chile enfatice el uso de alcohol en funciones sociales, sin respecto a hábitos anteriores o grupo social. Porque la mayoría de estudiantes está cerca de la edad de tomar legalmente, tomar podría sentir como un fenómeno nuevo y emocionada por ellos. Las tasas grandes del uso de alcohol son típicas en estudiantes universitarios alrededor del mundo [Dantzer et al., 2006]. Un miembro de Grupo 5 habló de celebraciones con alcohol, y dijo que “depende en el horario o nuestra adjuntos de universidad, [pero si] tenemos libre o y hay un motivo de celebrar, todo el mundo salga.” [G5, Anexo 35].

La frecuencia de fumar fue mayormente “nunca”, pero cuando un participante fuma, fue más frecuente que 1-3 veces cada año [Figura 2a, Anexo 38]. Éste es, probablemente, a causa del aspecto adictivo de nicotina; es más difícil a simplemente fumar raras veces.

Hacer ejercicios, por la muestra, típicamente no es diaria, sino algunas veces cada semana o cada mes [Figura 2c, Anexo 38]. Muchos participantes dijeron en las preguntas orales que “en termino del ejercicio igual sé es más difícil practica un ejercicio más que nada para el tiempo” [G2, Anexo 34]. Una falta de tiempo fue la mayor razón citada y es posible que sea difícil empezar y mantener un hábito como hacer ejercicios o deportes cuando no hay ningún horario distinto y constante durante la universidad.

En términos de los hábitos alimenticios, la frecuencia comer comida sana fue generalmente “algunas veces cada semana”, y más en las categorías de verduras y frutas de carbohidratos integrales [Figura 2d, Anexo 39]. Aunque no es ideal (que sería “diaria”), estos hábitos no son malos. Comer comida no sana tuvo la misma frecuencia de comida sana (“algunas veces cada semana”) [Figura 2e, Anexo 39]. La cultura de pan en Chile podría tener algunos efectos en los hábitos de comer pan blanco, porque Chile es el segundo consumidor mundial de pan (Grazione, 2012). Pero la universidad específicamente afecta los hábitos estudiantiles. Muchos participantes citaron la universidad como la fuente de hábitos de comer; por ejemplo: “Comer mal y desarrollé cuando entre la universidad. Eso no tienes tiempo para comer, [...] no podía almorzar en tu casa, almorzar acá. A comer mal yo desarrollé acá” [G6, Anexo 35]. Los aspectos de universidad como del tiempo, de vivir solo (por primera vez para la mayoría de estudiantes), de la disponibilidad de comidas, del horario inconstante de clases y de la plata tienen muchos efectos en los hábitos estudiantiles de comer. Con respecto a la comida, “Creo que cambian cuando entranda la U, los hábitos alimenticios en el hecho que a veces no tenía tiempo almorzar,” [G7, Anexo 35] fue una respuesta

típica a las preguntas orales sobre las fuentes de hábitos.

7.3. *Semejanza de la muestra completa*

El objetivo del análisis de semejanza no es decir si los hábitos de la muestra son buenos ni malos para la salud, sino que son similares a las personas cercanas. La frecuencia de participantes tener las mismas respuestas significa que todos los miembros anotaron la misma respuesta dentro de su grupo de entrevista. Por la muestra completa, sólo dos grupos tuvieron las mismas respuestas de una categoría completa, y fueron grupos de tres o cuatro participantes [Tabla 3.1, 3.2, Anexo 43]. Las razones posibles para este resultado podría ser a causa de las interpretaciones personales de las respuestas listadas en el cuestionario o del tamaño de los grupos. Sería más difícil de tener semejanza completa con grupos más grandes de cuatro personas. También, es posible que la semejanza de hábitos no transmita a través de vínculos sociales exactamente, sino con influencia sutil. Por esas razones, la semejanza de los hábitos dentro de los grupos es demostrada mejor con las frecuencias de uno nivel de diferencia en respuestas, porque ya son respuestas similares aunque no son exactamente las mismas.

Para uno nivel de diferencia, el hábito que tuvo la más semejanza por toda la muestra fue “tomar alcohol”. Después, de mayor a menor en semejanza, fueron “comer comida sana”, “comer comida no sana”, “hacer ejercicios” y “fumar” [Tabla 3.1, 3.2, Anexo 43]. Como se ha dicho, la semejanza de respuestas sobre el alcohol es por la cultura de tomar en la universidad, y la de comida es a causa de aspectos universitarios como el tiempo y horario, la disponibilidad y la plata. Es posible que la falta de semejanza en respuestas sobre hacer ejercicios sea a causa de predisposición y preferencia de personas individuales. Se puede ver que hubo muchos tipos varios de ejercicios que fueron anotados en los cuestionarios [Figura 3, Anexo 39]. También participantes tuvieron preferencias fuertes, como una mujer en Grupo 5 que dijo “gimnasio, personalmente gimnasio, sí solo gimnasio. Que no me ha correr afuera. Yo hice y no me gusta, me aburrida” [G5, Anexo 34]. En términos de fumar, otra vez se puede citar la naturaleza adictiva de esta actividad. En general, la razón de semejanza para toda la muestra sería a causa del estilo de vida de estudiantes, lo cual es casi similar por todos los grupos y edades.

Las frecuencias de respuestas diferentes para toda la muestra fueron la opuesta del orden para las respuestas con uno nivel. Tabla 3.1 demuestra que fumar es la respuesta que típicamente tiene las más respuestas diferentes [Anexo 43]. Comer comida no sana y hacer ejercicios fueron empatados para la frecuencia segunda para respuestas diferentes, y comer comida sana fue menor que los otros anteriores. Para toda la muestra, tomar alcohol no tuvo respuestas diferentes dentro de los grupos de entrevista.

El nivel de diferencia en respuestas de los hábitos específicos significa si los hábitos son similares para toda la muestra, como es demostrado en la final columna de Tabla 3.2 [Anexo 43]. Por promedio, el

nivel de diferencia más común para “fumar”, “hacer ejercicios”, y “comer comida no sana” fue “diferente” dentro de grupos de entrevista. Esos hábitos son típicamente más solitarios, y alguien no necesita compartirlos a fin de disfrutarlos. “Tomar alcohol” y “comer comida sana” generalmente tuvieron respuestas con uno nivel de diferencia, porque es más importante compartir las experiencias de estos hábitos. La diferencia entre la semejanza de respuestas con comida sana y no sana fue interesante porque exhibe el efecto del contexto social en hábitos diferentes. Por ejemplo, es posible que personas confíen en otros a considerar la otra responsable de sus hábitos de comida. También existe el aspecto de presión social; si todos quieren salir para comida no sana, unas personas del grupo no quieren sentir dejado fuera. Se puede ver este en la cita que dijo, “A veces una llega sin comer y uno dice 'ya quiero un completo' e igual quiero un completo” [G2, Anexo 34]. Por otro lado, con el aspecto de vergüenza, si un amigo está comiendo algo sano, personas cercas no quieren aparecer peor o menos saludable. Una pregunta interesante es por qué ese resultado no aplicó a la categoría de hacer ejercicios, lo cual usualmente tiene las implicaciones similares como comida con la salud.

7.4. Semejanza de grupos de amigos cercanos y compañeros

Para este análisis, es importante que se note las diferencias entre semejanza por la muestra completa y para los grupos de amigos cercanos. Un grupo de amigos cercanos, lo cual tiene más de cuatro vínculos sociales compartidos dentro del grupo, es distinto de los grupos de compañeros. Compartir más vínculos significa que los grupos también comparten más apoyo social. Una diferencia entre las frecuencias de grupos de amigos cercanos y la muestra compleja significa que los hábitos que varían lo más entre individuos son afectados más por la presión social. Eso es porque las personas usualmente tendrían hábitos diferentes en diferentes contextos sociales. Si las frecuencias de hábitos varían entre individuos, pero son similares dentro de un grupo social, es aparente que el grupo tenga influencia en los hábitos de miembros. Por eso, los grupos de entrevista son divididos entre grupos de amigos cercanos y compañeros demostrar las diferencias de semejanza entre los grupos sociales con muchos vínculos y apoyo social (grupos de amigos cercanos) y los con menos (grupos de compañeros).

Para frecuencia de la misma respuesta, no hubo un grupo de amigos cercanos que tiene todas las mismas respuestas en una categoría de hábito. Pero existió en dos de los ocho grupos de compañeros que comparten las mismas respuestas de las categoría de “hacer ejercicios” y “tomar alcohol” [Figura 7a, Anexo 41]. Las razones posibles son anotadas arriba, en la sección “*Semejanza en la muestra completa*” [pág. 17].

La frecuencia de uno nivel de diferencia demuestra mejor la semejanza de hábitos de los grupos porque el nivel representa respuestas cuales son casi las mismas. De conjunto, grupos de amigos cercanos tuvieron más hábitos con uno nivel de diferencia que grupos de compañeros [Tabla 3.2, Anexo 43]. Los

grupos de amigos cercanos tuvieron más respuestas con un nivel de diferencia en las categorías de “tomar alcohol”, “hacer ejercicios” y “comer comida no sana” [Figura 7b, Anexo 41]. Este resultado es importante porque esas categorías fueron las con la más diferencia para la muestra completa, y por eso demuestra que existe una tendencia para personas con hábitos específicos a influir sus amigos cercanos. La influencia de amigos tiene efecto en que personas hacen; usualmente individuos tienen respuestas diferentes de estas categorías específicas, pero amigos comparten hábitos porque de proximidad física, tiempo pasado con las mismas personas (cuando hábitos forman), y presión social. Para una mujer en Grupo 5, sus amigos “Se motiva [sus amigos], quieren que hacen cosas contigo” [G5, Anexo 34]. También, los hábitos arriba son más fáciles de hacer con grupos. Por ejemplo, “Desde U, tenemos preferencia por hacer ejercicio en grupo, no haciendo los solo. Porque es mucho mayor” [G8, Anexo 36].

Grupos de compañeros solamente tuvieron semejanza de un nivel de diferencia con el hábito de fumar [Figura 7b, Anexo 41], que es una actividad más aislada. Es posible que ellos necesiten buscar otros con el hábito de fumar, y sean amigos de fumar más que amigos que compartan apoyo social. Por ejemplo, un hombre en Grupo 7 dijo que fuma cuando “estamos con los chicos de fumar, [más] como que con amigos” [G7, Anexo 37]. Comer comida sana tuvo casi la misma frecuencia de respuestas con un nivel de diferencia para grupos de amigos cercanos y grupos de compañeros ambos. Eso es posiblemente porque de determinantes sociales de esta ciudad y de estudiantes, las cuales son casi los mismos para todos.

En términos de frecuencia de respuestas diferentes, es, otra vez, el opuesto de los resultados arriba. Los grupos de compañeros tuvieron más respuestas diferentes, y por eso menos semejanza de hábitos, que amigos cercanos [Tabla 3.2, Anexo 43]. Compañeros tuvieron diferentes respuestas más frecuentemente con “hacer ejercicios” y “comer comida no sana” [Figura 7c, Anexo 41]. Amigos cercanos solo tuvieron una frecuencia más grande de diferencia con respuestas sobre fumar, para las razones mencionadas arriba. Comer comida sana tuvo casi la misma frecuencia para los grupos otra vez.

Lo más interesante es que no exista respuestas diferentes dentro de ninguno de los grupos para la categoría de tomar alcohol. La cultura de alcohol en las universidades requiere un grupo, y personas no toman en cantidades ni frecuencias mezcladas dentro de un grupo. Si todo un grupo quiere tomar, todos van a hacerlo juntos; por ejemplo, “yo a veces vamos a tomar algo, y todos también van a tomar algo” [G3, Anexo 34]. Y por otro lado, si nadie quiere tomar, todos van a hacer lo mismo. Estos resultados no dicen que todos los estudiantes tomar, sino que amigos (cercanos o compañeros) comparten la actividad en la misma manera.

7.5. *Respuestas orales*

Las fuentes más comunes para los hábitos de salud, preguntados por la primera pregunta oral, fueron primero la universidad, segundo la niñez/los padres y finalmente la plata [Figura 4a, Anexo 40]. Como se ha

dicho, la naturaleza de la universidad, con horarios no constantes y ocupados, con un estilo de vida solo, y con una cultura distinta, les da a los jóvenes más responsabilidad e independencia que han tenido antes. Un participante dijo que “Sí po, en la universidad se ordena mucho y no sé po igual en la casa como que cuando era más chico tenía que con tus hábitos la hora correspondiente y comí allá. Ahora en la universidad [x] tu decides como tu horario cuando que hora comí, a que hora, que cosas comí” [G8, Anexo 36]. Participantes hablaron mucho sobre los cambios diarios que ocurren con la transición entre colegio y universidad, y que “en realidad pierda los hábitos cuando estudia” [G4, Anexo 34]. Es un estilo de vida nuevo y breve para la mayoría, porque otra vez cambia cuando ellos gradúen.

Hay dos argumentos en cómo los hábitos estudiantes afectarían los resultados de este estudio. Primero, es posible que las tendencias de estudiantes en general sean casi los mismos para todos estudiantes. Los hábitos de estudiantes son diferentes de personas típicas porque la universidad es un entorno único. Una mujer en Grupo 7 demuestra eso cuando ella dijo “cuando tu estás en el colegio y la media, es como toda es estructurado, siempre sale a la misma hora, siempre levanta a las misma ahora, y en la U tienes clase en la mañana en la tarde, de repente de que es a las doce en la mañana, y a las doce en la mañana tiene hambre, y comes pan con queso” [G7, Anexo 35]. Si fuera la verdad, los resultados de este estudio no aplicaría a la población general. Sin embargo, el otro argumento es que los amigos de verdad tienen efecto en los hábitos de uno a otro. Este argumento es apoyado con la yuxtaposición de repuestas similares (en este estudio, repuestas con uno nivel de diferencia) entre amigos cercanos y la muestra completa, con respecto a los hábitos que típicamente tienen repuestas diversas entre individuos. En los resultados de estas investigaciones, ya hay diferencias entre hábitos de estudiantes alrededor de la misma edad, por lo tanto disminuir la validez del primero argumento. Los resultados de este estudio ya no aplican directamente a la gran población, pero la muestra no es tan específica sólo porque es compuesta de estudiantes.

Otra fuente que afectan los hábitos fue la niñez o los padres. Muchos participantes dijeron repuestas similares, como “creo que el hábito de alimenticio, como hay un fundamental la familia, de los padres” [G2, Anexo 34]. Algunos hablaron de los tipos de comidas sus padres compraban, y que ellos compran las mismas cosas como estudiantes. Si sus padres enseñan cómo cocinar, su niño va a cocinar en la misma manera. También, las preferencias de los padres podrían afectar las preferencias de comida de sus niños. Además, la plata, en el pasado con la familia y en el presente con el estudiante, afectaría las elecciones de participantes en cuales comidas comprarán. Un participante en Grupo 1 dijo que sus decisiones “también depende de la plata como lo tengo. Mucho de eso, que no, no toda la semana uno puedo comer fruta, porque igual es cara” [G1, Anexo 34]. El costo de verduras y frutas frescas sería una barrera de comer comida sana, especialmente en estudiantes que pasan su tiempo estudiando o que no tienen trabajo.

Con respecto a la pregunta sobre si los participantes creen que sus amigos afectan sus hábitos diarios, la mayoría dijeron que sí. Figuras 6a y 6b comparan el número grupos creen que comparten y el número que de verdad comparten con las personas en el grupo de entrevista [Anexo, 40]. En realidad, más grupos no comparten hábitos dentro de su grupo de entrevista que creen que hacen. Las respuestas orales exhiben que participantes son conscientes que su contexto social y la influencia que lo tiene.

7.6. Casos específicos

Grupo 12 fue el único que no comparte ningunos vínculos sociales dentro del grupo de entrevista. También fue el grupo más joven, y es probable que ellos no tengan bastante tiempo a formar relaciones cercanos con confianza con personas en la universidad ni la misma carrera todavía. Para ellos, cuatro de cinco categorías de hábitos tuvieron respuestas diferentes [Tabla 3.1, Anexo 43]. Grupo 12 tuvo los hábitos más diferentes, cuando Grupo 6 tuvo los hábitos más similares. Ambos tuvieron cuatro miembros, pero Grupo 6 compartió cinco vínculos sociales dentro del grupo y Grupo 12 no compartió nunca [Tabla 3.1, Anexo 43].

Grupo 13 fue el grupo más grande, con ocho miembros [Tabla 2, Anexo 42]. Pero ya tuvieron tres de cinco categorías con uno nivel de diferencia de respuestas a pesar de la cantidad de personas en el grupo, probablemente porque tuvo cinco vínculos dentro del grupo. Por lo general, los grupos con más vínculos sociales adentro (grupos de amigos cercanos) tuvo más semejanza de hábitos, lo cual demuestra el poder que apoyo social tendría en hábitos de salud.

8. Conclusiones

Las enfermedades no transmisibles, de hecho, son transmisibles a través de maneras diferentes, no simplemente modos biológicos. No son enfermedades contagiosas en el sentido de la definición médica, pero en realidad son transmisibles socialmente dentro de y a través de redes sociales. Grupos sociales, como fue explicado y analizado con este estudio, son redes sociales. Redes sociales incluyen grupos de amigos cercanos y grupos de compañeros ambos porque ellos tienen interacciones sociales, frecuentemente y no frecuentemente ambos. El núcleo de la red es representado por los grupos de amigos cercanos, quienes pasan más tiempo juntos, comparten más apoyo e influencia social y sucesivamente crear un intercambio mayor de los hábitos de salud. Una razón por qué los grupos de amigos cercanos tienen más intercambio de hábitos de salud es a causa de la cantidad mayor de apoyo social y homofilia. Para formar un núcleo de una red social, individuos buscan a otras personas con tendencias y gustos similares. Este proceso crea homofilia dentro del grupo social, y en turno, grupos pasan más tiempo juntos. Grupos que pasan más tiempo comparten también más confianza, la cual es manifestado en apoyo social. Con más homofilia y apoyo social, redes crear hábitos similares, especialmente con respecto a la salud.

Fue demostrado con la semejanza presente en los grupos de amigos cercanos que redes sociales con más vínculos compartidos también comparten hábitos de salud sobre los factores de riesgo. Porque hubo más semejanza en los grupos de amigos cercanos que los grupos de compañeros, se puede deducir que tendencias a respecto de los factores de riesgo son transmisibles a través de vínculos sociales para núcleos de las redes sociales.

En términos de las fuentes de desarrollo, la familia y la universidad tienen un gran efecto sobre los hábitos de salud. Porque la red social de una persona típicamente consiste principalmente en la familia durante la niñez, y este periodo es cuando la mayoría de desarrollo de una persona ocurre, se puede concluir que la red social tiene un gran efecto en cuales factores de riesgo son más prevalentes para personas. La universidad es un entorno único que cambian los hábitos de jóvenes cuando entran. Pero también es ambiente social, en que estudiantes forman nuevas redes sociales y pasan mucho tiempo juntos. Por eso, el efecto de la universidad es tan social como ambiental, e influye los hábitos de salud de todos los estudiantes.

Con respecto al objetivo general del estudio, la correlación entre las redes sociales de los participantes y los factores de riesgo es caracterizada por homofilia de los grupos sociales e intercambio de los hábitos de salud a través de la red social porque de influencia social interna. Redes con más vínculos sociales dentro del grupo social (grupos de amigos cercanos) comparten hábitos de salud con más frecuencia que redes con menos vínculos (grupos de compañeros). Los factores de riesgo más predominantes en las redes sociales de estudiantes universitarios en este estudio son el consumo de alcohol y comer comida no sana.

Para los objetivos específicos sobre los índices de factores de riesgo de salud más comunes, el tabaquismo, por promedio, no fue prevalente en la muestra. El uso de alcohol fue el factor de riesgo más común en las redes sociales de estudiantes universitarios de esta muestra. El sedentarismo también fue prevalente con estudiantes, quienes generalmente faltan tiempo para más actividades extraescolares. La obesidad no fue estudiada directamente en las investigaciones, pero los índices de los hábitos alimenticios se da información sobre el riesgo de obesidad en la muestra. Las frecuencias de comer fueron iguales en ambas categorías de comida sana y no sana ambas, las cuales denotan una dieta no balanceada. De esto, se puede concluir que los malos hábitos alimenticios son prevalentes en la muestra y el riesgo de obesidad es aparente. En términos de tendencias sociales similares entre personas con los mismos riesgos, las redes compuestas de grupos de amigos cercanos comparten los hábitos cuales tienen más diferencia entre individuos en la población general. Por ejemplo, existe una semejanza de hábitos en grupos de amigos cercanos con respecto a tomar alcohol, hacer ejercicios, y comer comida no sana, las cuales son las categorías que tuvieron la más diversidad en respuestas por la muestra completa. Finalmente, el uso de alcohol fue el factor de riesgo más

transmisible a través de las redes sociales al parecer de la naturaleza social de actividades que incluyen tomar. Hacer ejercicios también es transmisible a través de una red social porque es una actividad más fácil empezar y hacer con un grupo. Comer comida no sana fue compartido más que comer comida sana porque de la presión social circundante esta actividad. Fumar y comer comida sana son actividades más aisladas, y por eso no son muy comunicables dentro de redes sociales.

En respuesta a la pregunta del estudio, los factores de riesgo son compartidos como hábitos de salud a través de vínculos sociales dentro de grupos sociales de amigos cercanos. Existe una correlación entre una mayor cantidad de vínculos sociales comunes y más intercambio de hábitos de salud entre miembros de una red social.

9. Limitaciones

Un problema con la metodología de esta investigación fue que todos los cuestionarios fueron basadas en autoinforme. Con este método de reclutamiento, siempre existe la posibilidad para participantes a falsificar o acordarse mal de la verdad. Especialmente con este estudio, en que los participantes fueron reclutados en grupos con sus amigos, es posible que la influencia de las personas cercanas en ubicación tenga un efecto en las respuestas de los participantes. Es interesante, en el contexto de este proyecto, que la amplitud de esta influencia extendería más allá de los hábitos de salud en foco. También, otro problema con autoinforme es aparente con la pregunta sobre cuáles tipos de ejercicios hacen los participantes, la única pregunta con una respuesta abierta en el cuestionario. Es posible que los participantes se saltaron la pregunta y no recordaran a volver, que no la vieran, o que no quisieran responder por razones varios. No fue una limitación, pero podría tener un efecto en los resultados.

Fue algunas limitaciones con los métodos del estudio en los ámbitos de reclutamiento y de recolección de información. A causa de la separación de carreras entre facultades en lugares específicos alrededor de la ciudad, hay una posibilidad que los grupos se reúnan en el campus sean más probables grupos de estudios que grupos de amigos cercanos. Pero también, tal vez este sistema crea un entorno en que grupos de amigos cercanos forman dentro de las carreras porque por esta separación. En cualquier caso, existe una cantidad de autoselección dentro de la muestra porque las carreras específicas, y en este caso facultades específicas en que las entrevistas ocurrieron, usualmente contienen tipos de estudiantes específicos. Finalmente, en términos del reclutamiento de participantes, la investigadora dio cuenta que la muestra tiene más mujeres y hombres, y es posible que éste refleje en su tendencia entrevistar grupos de mujeres, tal vez porque de comodidad.

Sobre las entrevistas y del cuestionario, como había mencionado, el entorno en que ocurrieron las entrevistas, en las facultades y en grupos de amigos, tendría un efecto en los resultados. Las limitaciones con

el cuestionario son que no dice específicamente si “fumar” refiere a productos de tabaco (como la suposición de la investigadora) o la marihuana/otras drogas. Aunque solamente uno participante pidió directamente sobre esta distinción, es posible que más tuvieran esta pregunta también. Además, porque las respuestas para las preguntas sobre los hábitos de salud no fueron abiertas, los intervalos de tiempo enumerados tal vez no representa exactamente los hábitos de los participantes. Por eso, la información no sería completamente precisa.

Las limitaciones más aparentes del análisis de los datos son con el examen de los nombres de amigos cercanos notados en los cuestionarios y los métodos de control. Existe una cantidad de suposición en el análisis de los nombres notados es posible que los nombres o iniciales de participante no hagan juegos con las personas notadas de verdad en los cuestionarios. También, algunas personas notadas posiblemente fueron falladas durante análisis porque la mayoría de participantes solamente usaron uno de sus dos apellidos y los códigos sólo incluye dos iniciales, y por eso no coincidía con el nombre notado en otro cuestionario de su amigo. Finalmente, no controla por los tamaños del grupo de entrevista. Aunque los números de grupos fueron controlados durante análisis, el número de participantes en los grupos no fue estandarizado entre todos los grupos.

10. Recomendaciones

10.1. Sobre las limitaciones

Si este estudio fuera repetido, algunos cambios serían necesarios. Es recomendable para mejorar los métodos de este estudio que las instrucciones en el cuestionario sean más claros, y también los nombres del participantes y vínculos sociales. Además, se recomendaría que las entrevistas suceden en universidades donde estudiantes de carreras diferentes comparten el espacio, con igual número de hombres y mujeres, para evitar una muestra desequilibrada. El tamaño del grupo debe ser controlado.

10.2. Más investigaciones

Los datos recolectados en este estudio podrían ser usados y analizados otras veces en investigaciones con un foco diferente. Una opción es estratificación con respecto a las edades, los géneros, y las universidades de los participantes para ver las tendencias de otros demográficos a afectar los hábitos. En estas investigaciones, no se puede ver si participantes listaron miembros de sus familias, pero será interesante a investigar si personas anotaron sus familias. O en otra aplicación de estés métodos, podrían ver si la influencia de los hábitos de familiares afectan los de otros miembros de la familia. También, un estudio con el foco en una comparación entre los hábitos de estudiantes universitarias y de personas con trabajo constante describiría la relación entre un horario diario y hábitos sanos.

10.3. Aplicaciones de la política y para la comunidad

Con la información proveída por este estudio, se recomienda la creación de programas de promoción de buenos hábitos de salud con un foco en el contexto social del grupo. Los programas de promoción son más importantes porque el efecto social es grande y aparente, como se ha visto en estas investigaciones, y la promoción se centra en cambios de tendencias sociales no saludables. Se recomienda que los programas sean creados por grupos específicos en orden a ser lo más efectivo. Por ejemplo con estudiantes, se puede ver con las conclusiones de este estudio que los hábitos de alcohol son similares por la mayoría de estudiantes universitarias y por eso un programa con una manera singular de promoción servirá. Pero con hábitos como fumar, cual no tienen patrones ni tendencias comunes entre grupos de amigos, un programa de promoción necesitará métodos diferentes por grupos distintos.

11. Bibliografía

- Barabasi, A., & Bonabeau, E. (2003). Scale-Free Networks. *Scientific American*, 50-60. Recuperado de http://www.barabasilab.com/pubs/CCNR-ALB_Publications/200305-01_SciAmer-ScaleFree/200305-01_SciAmer-ScaleFree.pdf
- Berkman, & Glass. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science Medicine*, 51(6), 843-57. Recuperado November 1, 2014
- Bread, which is loved, by our neighbors. (2012, January 1). Recuperado November 21, 2014, from <http://grazione.ru/eng/novosti/~shownews/Bread-by-our-neighbors>
- Dantzer, C., Wardle, J., & Fuller, R. (2006). International Study of Heavy Drinking: Attitudes and Sociodemographic Factors in University Students. *Journal of American College Health*, 2(55). Retrieved November 1, 2014.
- Ellison, N. (2007). The Benefits of Facebook “Friends:” Social Capital and College Students’ Use of Online Social Network Sites. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 12(4). Recuperado November 1, 2014, from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1083-6101.2007.00367.x/full>
- Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010. (2010). 1-800. Recuperado September 1, 2014, de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>
- ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. (2011). 1-426. Recuperado September 1, 2014, de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddb96ca6de0400101640159b8.pdf>
- Lazores, C., Verd, J., Cruz, I., & Barranco, O. (2013). Homophily and heterophily in personal networks. de mutual acquaintance to relationship intensity. *Quality & Quantity*, 48(5), 2657-2670. Recuperado October 1, 2014.
- MANUAL DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS. (2011, January 1). Recuperado November 10, 2014, de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/caa1783ed97a1425e0400101640109f9.pdf>
- Marsen, Peter V., “Core Discussion Networks of Americans” *American Sociological Review*, Vol. 52, No. 1 (Feb., 1987), pp. 122-131.
- MC COLL C., Peter et al. Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en estudiantes de medicina de la Universidad de Valparaíso. *Rev. chil. Pediatr.* [online]. 2002, vol.73, n.5, pp. 478-482. ISSN 0370-4106. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062002000500005>.
- McPherson, M., Smith-Lovin, L., & Cook, J. (2001). Birds of a Feather: Homophily in Social Networks. *Annual Review of Sociology*, 27(1). Recuperado November 1, 2014, de <http://www.jstor.org.ezproxy.library.tufts.edu/stable/10.2307/2678628?origin=api&>
- Obesidad y sobrepeso. (2014, May 1). Organización Mundial de la Salud. Recuperado October 11, 2014. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Small, Mario L. "Weak Ties and the Core Discussion Network: Why People Regularly Discuss Important Matters with Unimportant Alters." *Weak Ties and the Core Discussion Network: Why People Regularly Discuss Important Matters with Unimportant Alters*. Social Networks, July 2013. Web. 03 Apr. 2014. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S037887331300049X>.
- Smoking. (n.d.). Recuperado October 11, 2014, de <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/Smoking>
- Smith, Kirsten P., and Nicholas A. Christakis. "Social Networks and Health." *Social Networks and Health*. Annual Review of Sociology, 24 Mar. 2008. Web. 03 Apr. 2014. <http://www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev.soc.34.040507.134601>.
- Umberson, D., Crosnoe, R., & Reczek, C. (2010). Social Relationships and Health Behavior Across the Life Course. *Annual Review of Sociology*, 36, 139-157. Recuperado November 1, 2014, de <http://www.annualreviews.org.ezproxy.library.tufts.edu/doi/full/10.1146/annurev-soc-070308-120011>
- WHO. Enfermedades no transmisibles. (2013, May 1). Recuperado November 10, 2014, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>

12. Anexo

Guía de entrevista

¿Cómo amigos comparten la salud? Las redes sociales y factores de riesgo. (Aplicado por la entrevistadora solamente, después de cuestionario escrito)

Preguntas orales:

1. ¿Cómo Usted cree que desarrollaba estos hábitos de tomar alcohol, fumar, hacer ejercicios, y comer?
 - Si no entiende: ¿Empieza estos hábitos cuando era (más) joven? ¿Dónde aprendía comer/fumar/tomar/hacer ejercicios? ¿Puede recordar algunos fuentes que se habían aprendido?

2. ¿Usted cree que sus amigos tienen efecto en sus hábitos diarias?

Si cree que, ¿en que manera?

Y su familia, ¿cree que ellos tienen un efecto en sus hábitos?

¿Los afectan más ahora, hoy en día, o la influencia de ellos se había afectado más en el pasado?

- 12.1. Si no entiende: ¿Sus amigos/familia y Usted comparten algunas estilos de vida o hábitos?
¿Cree que Usted aprendía esos hábitos de ellos o los había hecho antes?

Cuestionario**¿Cómo amigos comparten la salud? Las redes sociales y factores de riesgo.****Información del día de entrevista (para entrevistadora):**

- Fecha: _____
- Hora: _____
- Lugar: _____

Información sobre el/la participante:

- Edad: _____
- Género: _____
- Entidad: _____
- Dirección: _____
- Número de teléfono de contacto: _____

Preguntas sobre la red social:

Instrucciones: Usted debe elegir hasta cinco personas por cada pregunta. Puede elegir menos de cinco personas y repetir personas en más que una pregunta si quiere. Por favor, solo escribe las personas en esta región de Chile (Valparaíso, Viña, Concón, o cerca). Escribe los nombres, apellidos, y un Número de teléfono por cada persona. Si repite una persona, no necesita escribir su Número de teléfono más que una vez.

- ¿Quiénes son las personas que Usted considera sus mejores amigos o las personas con quien se les lleva bien?

1. Nombres y apellidos: _____

Número de teléfono: _____

2. Nombres y apellidos: _____

Número de teléfono: _____

3. Nombres y apellidos: _____

Número de teléfono: _____

4. Nombres y apellidos: _____

Número de teléfono: _____

5. Nombres y apellidos: _____

Número de teléfono: _____

- ¿Quiénes son las personas que Usted confiaría en si necesitaría apoyo o consejo?

1. Nombres y apellidos: _____

Número de teléfono: _____

2. Nombres y apellidos: _____

Número de teléfono: _____

3. Nombres y apellidos: _____

Número de teléfono: _____

4. Nombres y apellidos: _____

Número de teléfono: _____

5. Nombres y apellidos: _____

Número de teléfono: _____

- ¿Quiénes son las personas que Usted habla con más frecuentemente?

1. Nombres y apellidos: _____

Número de teléfono: _____

2. Nombres y apellidos: _____

Número de teléfono: _____

3. Nombres y apellidos: _____

Número de teléfono: _____

4. Nombres y apellidos: _____

Número de teléfono: _____

5. Nombres y apellidos: _____

Número de teléfono: _____

Preguntas sobre hábitos de la salud:

Instrucciones: Elija la respuesta que aplica lo mejor a Usted. Si no quiere responder, elija la opción “no respuesta”

- ¿Usted fuma? Si fuma, ¿con qué frecuencia?
 - Nunca
 - 1-3 veces cada año
 - 1-3 veces cada mes
 - 1-3 veces cada semana
 - Diaria
 - No respuesta
- ¿Usted toma alcohol? Si toma alcohol, ¿con qué frecuencia?
 - Nunca
 - 1-3 veces cada año
 - 1-3 veces cada mes
 - 1-3 veces cada semana
 - Diaria

- No respuesta.
- ¿Usted hace ejercicios? Si hace ejercicios, ¿con qué frecuencia, y qué hace?
 - Tipo(s) de ejercicios más frecuentes: _____
 - Nunca
 - 1-3 veces cada año
 - 1-3 veces cada mes
 - 1-3 veces cada semana
 - Diaria
 - No respuesta
- ¿Con qué frecuencia Usted come cada de estas categorías de comida?
 - Cereales blancos (pan blanco, arroz, pasta)
 - Nunca
 - Menos que una vez cada semana
 - Una vez cada semana
 - Algunas veces cada semana
 - Diaria
 - Más que una vez cada día
 - No respuesta
 - Cereales integrales (pan integral, avena, quinoa)
 - Nunca
 - Menos que una vez cada semana
 - Una vez cada semana
 - Algunas veces cada semana
 - Diaria
 - Más que una vez cada día
 - No respuesta
 - Verduras (cebollas, lechuga, palta, tomates)
 - Nunca
 - Menos que una vez cada semana
 - Una vez cada semana
 - Algunas veces cada semana
 - Diaria
 - Más que una vez cada día

- No respuesta
- Frutas (manzanas, plátanos, naranjas)
 - Nunca
 - Menos que una vez cada semana
 - Una vez cada semana
 - Algunas veces cada semana
 - Diaria
 - Más que una vez cada día
 - No respuesta
- Azúcares (stevia o azúcar añadido, dulces, postres)
 - Nunca
 - Menos que una vez cada semana
 - Una vez cada semana
 - Algunas veces cada semana
 - Diaria
 - Más que una vez cada día
 - No respuesta
- Proteína (carne, pollo, frijoles, huevos)
 - Nunca
 - Menos que una vez cada semana
 - Una vez cada semana
 - Algunas veces cada semana
 - Diaria
 - Más que una vez cada día
 - No respuesta

Formato de consentimiento informado

¿Cómo amigos comparten la salud? Las redes sociales y factores de riesgo.

Descripción y Propósito del Proyecto

El objetivo de este estudio es determinar la correlación entre la red social de una persona y cuales factores de riesgo de salud son más predominante en miembros de esa red. El propósito de este estudio es también enseñar a los estudiantes la planificación, diseño y ejecución de un estudio y la redacción de un informe completo.

Se le pedirá responder a preguntas que ayudarán a la investigadora a lograr los objetivos de este estudio. Sus respuestas a esta entrevista serán recogidas por la investigadora en la forma de tomar notas y/o grabación de audio, si usted lo autoriza. Todas las notas de las entrevistas y grabaciones serán utilizadas exclusivamente para los fines de este estudio. Esta entrevista o cuestionario (según sea el caso), tendrá una duración de aproximadamente 30 minutos, dependiendo de sus respuestas.

Evaluación de Riesgos y Beneficios

Este estudio está diseñado para representar un riesgo mínimo para sus participantes. Las preguntas están diseñadas para no requerir divulgar cualquier información que pueda ser perjudicial para usted.

Los Investigadores Principales

El investigador principal es Joanna Emerson, una estudiante de la Universidad de Tufts y una estudiante con SIT Chile: Salud Pública, Medicina Tradicional, y Empoderamiento Comunitario. Ella puede ser contactada por correo electrónico a jgemerson93@gmail.com. Además, si desea ponerse en contacto con SIT, puede hacerlo poniéndose en contacto con la Directora Académica del programa en Chile Rossana Testa, a 56-09-988 572 24 o a su e-mail: rossana.testa@sit.edu.

Participación Voluntaria

Usted debe tener 18 años para poder participar en este estudio. Su participación en este proyecto es voluntaria y usted es libre de retirar su consentimiento y discontinuar su participación en el proyecto en cualquier momento sin penalización. No es necesario responder a cualquier pregunta que usted no desea responder.

Uso de la Información y Los Datos Recogidos

La información recopilada en este estudio se utilizará en forma agregada. Los datos serán utilizados para escribir un informe de clase. Habrá tres copias del documento: una para el investigador principal para mantener, una para la biblioteca de SIT Chile, y una para ser enviado al asesor en el país y/o para la organización involucrada. Una presentación oral resumiendo los hallazgos será presentado a una comisión académica de SIT Chile y a los otros estudiantes que participan en SIT Chile.

Si el participante está cómodo, la investigadora pedirá los números de teléfono de los contactos sociales de la persona. El participante no necesitará si no está cómodo. Esta información no será usado en la investigación, solo para poner en contacto los otros miembros de la red social con la investigadora.

Confidencialidad de Los Expedientes

Sus resultados individuales serán confidenciales. Sólo los resultados agregados se informarán en un reporte que forma parte del curso de Estudio Independiente a través de SIT Chile.

Información sobre Los Derechos del Participante

Si usted tiene alguna pregunta sobre sus derechos como un participante, puede comunicarse con la Directora Académica del programa en Chile Rossana Testa, a 56-58-2252755 o rossana.testa@sit.edu.

El Consentimiento del Participante

El estudio se ha descrito a mí y entiendo que mi participación es voluntaria y que puede terminar mi participación en cualquier momento. Yo entiendo que mis respuestas se utilizarán como se describe. Al participar, doy fe de que soy mayor de 18 años y que doy mi consentimiento para participar en este estudio.

Firma del Participante: _____ Fecha: _____

Nombre/Firma del Investigador Testigo: _____

¿Quiere recibir una copia del ensayo después de las investigaciones? _____ Si _____ No

Transcripciones de entrevistas orales

G1:

1) “Yo sé de mi papa, siempre, más sana, como muy sano tampoco pero, sí, y en deporte también.”
 “Yo también de mi papa, por igual mi mama. Es como yo hace la misma comida siempre entonces siempre cuando digo [x] la comida.”

“También depende de la plata como lo tengo. Mucho de eso, que no, no toda la semana uno puedo comer fruta, porque igual es cara.”

2) “Yo creo que no, igual sí. Lo que paso es que yo estoy viviendo sola y tengo mucho tiempo, y también paso mucho en la casa de mi pololo. Entonces, él aprendía de comer cosas distintas que en mi casa no comí habitualmente, entonces cambié también la alimentación en que tenían antes.

[Y como de ejercicios?] “Empezando andar en bicicleta, me voy a la universidad en bicicleta y no tenía antes tampoco. Está un cambio.”

“Antes de te compraste el moto?”

G2:

1) “El hábito alimenticio desarrolle cuando era niña. Y los hábitos de alcohol, eso como [x]. Que sé yo creo que [x] en la universidad.”

“Yo creo lo mismo de alimenticio, y es como te dijo aprende donde creí, los horarios, los tiempos, todo eso, como es de chica. Y lo otro, creo cuando es como cambié de etapa, cambié de amigo, tenía más tiempo, sea más independiente, hoy decidí esas cosas.”

“Y creo que el hábito de alimenticio, como hay un fundamental la familia, de los padres. Y claro el otro hábito es como ya cuando entra a la U, igual cambia mucho tus hábitos de alimenticios. Todos de se estudie lejos sin tu familia, que come malo.”

2) “Sí, yo creo que sí. Sí porque a veces una llega sin comer y uno dice 'ya quiero un completo' y igual quiero un completo. Estamos comiendo todos malos. Y yo a veces vamos a tomar algo, y todos también van a tomar algo. Creo que sí, tiene mucho influencia.”

“Sí, distintivamente sí.”

G3:

1. “Ehm, por ejemplo de los alimentos que salen en la encuesta, en casi todas las como, como, durante la semana y pero por ejemplo en termino del ejercicio igual sé es más difícil practica un ejercicio más que nada para el tiempo. ¿Cachay? Es como más comida de actividad física.”

2. “Sí, sí porque por lo menos en mi caso sí estamos juntos, compramos juntos, generalmente compramos los mismos cosas.”

“Yo creo que no. [¿Por qué?] Porque al final, yo siempre compro lo que puedo comer y lo que me gusta, si no me gusta, no lo come. [¿Y de ejercicios?] No, no.”

G4:

1) “Yo más ahora cuando entré a la U más o menos, y también comer mal porque uno se va de la casa entonces viene a vivir sola y una tampoco tiene las costumbres de hacerse comida y esas cosas.”

“En realidad pierda los hábitos cuando estudia porque sobre todos los cambios de horarios, tiene clases durante el día, y avance de comer, o comer menos, o comer lo más rápido entonces cada uno no se alimenta y eso pasa muy seguida no cuando está en la universidad.”

[¿Y con alcohol?] “Es diferente, sí, es más frecuente yo creo. Porque cuando los amigos salgamos un rato de la tarde a un lado, o tiene una prueba o las mala juntas.”

2) “No, no, no.”

G5:

1) “Yo creo, ejercicio – gimnasio, personalmente gimnasio, sí solo gimnasio. Que no me ha correr afuera. Yo hice y no me gusta, me aburrida. Yo no fumo, tomar copete de alcohol, hacemos todos los jóvenes generalmente como diversión, después de la U paso algo, hay tiempo, todos como que los divertimos con eso, po. Como de-estres yo creo un poco. [¿Y empezaba estos hábitos en la

universidad?] Yo sí.”

“Yo no. Creo que en la realidad con mayor frecuencia en la universidad, porque muchos jóvenes ya tomamos en la media, pero ahora es más es mucho más frecuente, ya no sólo los fines de semana, sino cualquier días de semana. Como depende en el horario o nuestra adjuntos de universidad. Tenemos libre o y hay un motivo de celebrar, todo el mundo salga.”

2) “Sí, yo creo que sí. [¿En que manera?] Desde que vimos solo, creo que todo tiene que con nuestra amistad porque tenemos que acostumbrarnos a nuestro amigos, hay que de repelente, 'claro llegan, oye vamos los dos', 'pero ya puedes estudiar mañana' por ejemplo 'ya vamos va.' Se motiva, quieren que hacen cosas contigo. Entonces sí influye, influye creo que también en las ganas de hacer deporte, con nuestro amigos y acompañarnos hasta levantando en la mañana y tomar desayuno también. No sé creo que influye así, por ciento a amistad cercana.”

G6:

1) “No, de la universidad generalmente uno se celebran los pruebas, celebras las [x]ota, más que tenemos un bar aquí al frente. Dos.”

“Allí en lo alimenticio, yo desarrollé en realidad desde chica con mi familia. Comí legumbre y comer ordenadamente por ejemplo en la hora esto desde chica con mi familia, como verduras y frutas diarias. Y pero comer mal y desarrollé cuando entre la universidad. Eso no tienes tiempo para comer, en la plata no podía almorzar en tu casa, almorzar acá. A comer mal yo desarrollé acá.”

2) “Sí, sí. Ella me dijo prueba [x] – sí verdad.”

G7:

1) “En mi caso, por lo menos claro sí, cigarro y alcohol fue en la educación media. Cuando tenía como quince o quizás menos. Allí empezai. Y después cuando ustedes en la universidad por lo menos en mi caso no sé (puede decir algo está utilizado no consumo utilizado) [x], sí cuando chicos tomamos, pero la como muy pocas veces pero es mi carrera[x] pero ahora es como más tomar [x] ahora.”

“Es la edad.”

“Y sé ahora también cuando los chicos tomar igual alto pero cuando está acá en la U, había pedido que fumar alto, fue después cuando ahora fumo como, como tres veces a la semana.”

[¿Y de comer?] “De comer creo que [x] de costumbre en la casa. Creo que casa igual como que uno no tiene la [x] para [x] en la casa sino que uno comer lo que es. Por lo menos en mi casa es así, vamos lo que es”

“Creo que cambian cuando entrada la U, los hábitos alimenticios en el hecho que a veces no tenía tiempo almorzar.”

“Creo que es peoran. De hecho peoran porque cuando tú estás en el colegio y el media, es como toda es estructurado, siempre sale a la misma hora, siempre levanta a las misma ahora, y en la U tienes clase en la mañana en la tarde, de repente de que es a las doce en la mañana, y a las doce en la mañana tiene hambre, y comes pan con queso. El otro día en la mañana [x] sin tomar desayuno, esos son cosas que es malo para el cuerpo, no es muy bueno.”

“Claro cambian po, hábitos alimenticios, [x] claro. Es peoran de hecho. Porque no hay un balance, no hay algo estable y así diaria las mismas. ¿Chachay?”

“Pero chachay tiene que con el horario, [x]comí, pero lo que comí no cambian mucho. Con la universidad, una mala costumbre, como que esté acostumbrado a fideo, arroz, carne poco, y frutas.”

“Y les toque la hora de almuerzo acá y no trajiste almuerzo. ¿Para que razón?”

“Algo que no comer.”

“Y por ejemplo es más barato a menos la casito vegetariano o son super caros, dos mil ocho, y nunca tienen. Salemos barato salí y la reina soy – quinientos pesos y fuiste. ¿Chachay? Y es mayo.”

2) “Definitivamente sí, en mi caso sí. ”

“Sí.”

“Sí.”

“Por lo menos, cuando tiene cigarro, definitivamente sí po.”

“Cuando saliste clase, después de la prueba y llegamos en Roma.”

“Yo dice por ejemplo lo menos con [x] cigarro como más lo más notorio, porque se si quiere [x] fumaron, no voy a fumar, se igual en mi casa fumo. Pero como [x] estamos con los chicos de fumar, [x] como que con amigos.”

“Claro, cuando empezai era mejor empezai no más po. Pero ya empezai y desarrolla del hábito y lo mantiene como hábito, así cambian en esté hábito. Fumar después de una prueba porque estás tenso, porque depende en lo que [x]. Para mi, relajarme. ¿Chachay?”

“Sí, aquí hay diversión.”

“Cuando estudio, cuando leo. Te ayuda.”

“Y en el baño.”

“Sí, sí, creo que sí, la afectan los hábitos.”

G8:

1) "Sé cambia, po. Cambia mucho el hábito por ejemplo el que siento papá[x], y ahora del estudio. Sí po, en la universidad se ordena mucho y no sé po igual en la casa como que cuando era más chico tenía que con tus hábitos la hora correspondiente y comí allá. Ahora en la universidad [x] tú decides como tu horario cuando que hora comí, a que hora, que cosas comí."

"Por ejemplo en el caso de las frutas, a mi me pasaban, donde yo vivo realmente en otro región de país, hay mucha fruta, y pueden salir de la casa, sacó del árbol y la como. Y el cambio acá entonces contra. Puedes también cambia la cantidad que como por ejemplo antes comer todos los días dos frutas o tres frutas durante el día, y ahora una con suerte porque acá se compra es más cara y la calidad del supermercado no es tan buena como cuando saca del árbol. [¿De dónde eres?] Rancagua. Allá es más campo entonces hay, es como vivir acá en Casablanca, o Vie Alemana, el interior."

2) "Sí, bastante, bastante. Depende con que lleguen. [¿En que manera?] Pueden llegar hasta una fiesta, [x] especial, a salida a comer, por lo general [x], tienes considerar todas esas cosas. También no tenemos, cuando fumar. Sí por lo tanto yo siempre llego con cosas diferentes, no hay que una habitual. Por ejemplo, yo [x] no llego antes cocino, de cosas y es un día normal. Pero donde bienvenidos todas desorden, y con distintas cosas, que no hay [x] pierde mi tiempo, [x].

[¿Y con ejercicios?] "En el ejercicio creo que sí hay una afectividad. Porque, porque nosotros somos de educación física, entonces por ejemplo una se 'arriba, vamos a correr' ya vamos todo po. Sí." [x]

"Desde U, tenemos preferencia por hacer ejercicio en grupo, no haciendo los solo. Porque es mucho mayor. Es más de acuerdo [x] y puede se una vez el mes, pero vamos."

"Igual no tomos paciencia de distraemos y [x] hacer ejercicios."

G9:

1) "Yo [x] alimenticio por acá. Y el de tomar, empezar tomar allá, pero empezar mucho más acá, pero ahora lo dije. Pero lo deje. Y me enseña mal alimentar acá. Y ahora tenido que sirve. Así que, han cambio calidad, radicalmente."

2) "Sí, claramente. Vamos a comer una chorriana o algo como un sandwich, [x], con queso."

"Super negativo"

"Siempre, o vamos a tomar, o vamos o hacer algo en general siempre se potencia en que grupos en estás conduzca."

"Pero no es bastante de fumar."

"Sí, sí porque antes fumar, dejé porque q él no le gusta que fumo. Entonces deje a fumar. No, no deje fumar completamente, hasta casi un año."

"Y te paga?"

"No, no me paga. Pero al mismo tiempo de repente también puedes decir ya no vamos a comer más cosas tanta, ya voy a comer bien, sano. Entonces puede ser positivo y negativo." [x]

"Yo creo, para mi caso, negativo. Todo lo malo aprendí en la universidad."

G10:

1)"Creo que, que como es el hábito de la familia, como las costumbre de..."

"De la gente cerca."

"Claro. Entonces acá no hace como que [x] tus hábitos, es como costumbre, como que es por la sociedad [x], forma como tus hábitos."

2)"Sí."

"Sí también, yo creo que a veces incluso más que la familia, porque en mi caso de repente, mis padres quizás fuman, y yo no. Entonces también más quizás el entorno más de amigos."

[x]

"Sí de repente igual la diferencia en la persona."

"A mi no me fume, yo deje a fumar y a ella le fuma, y yo no fumo."

Figura 2a

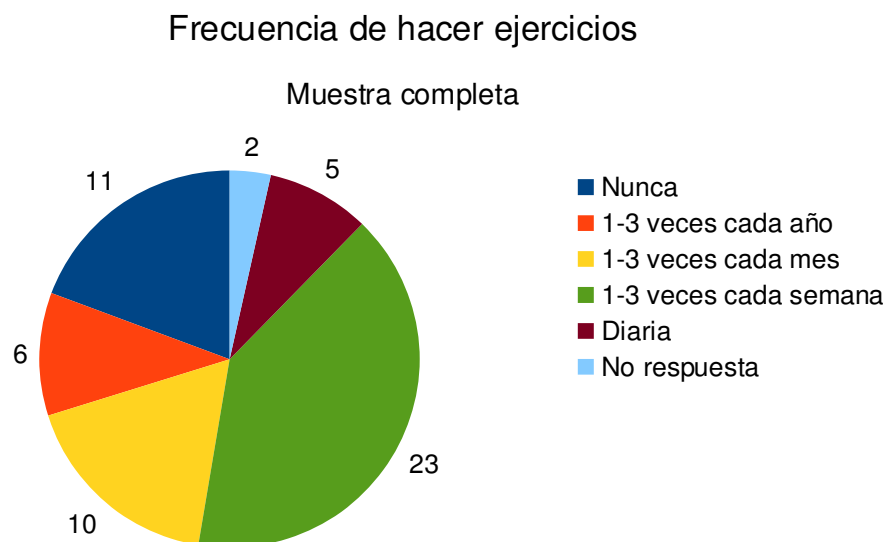
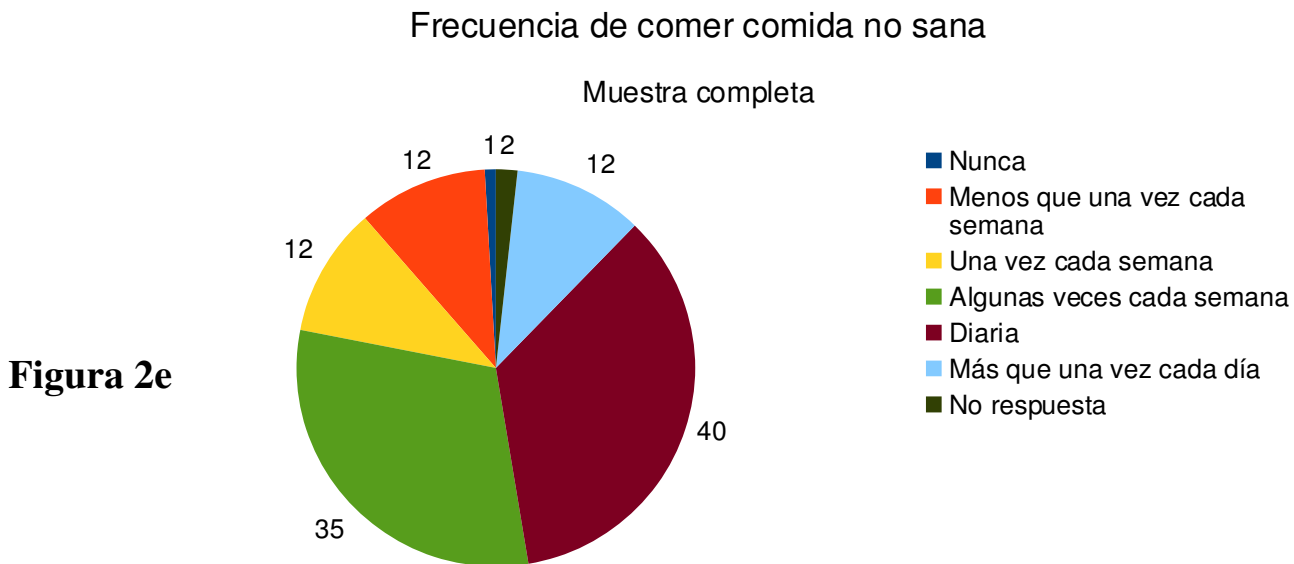
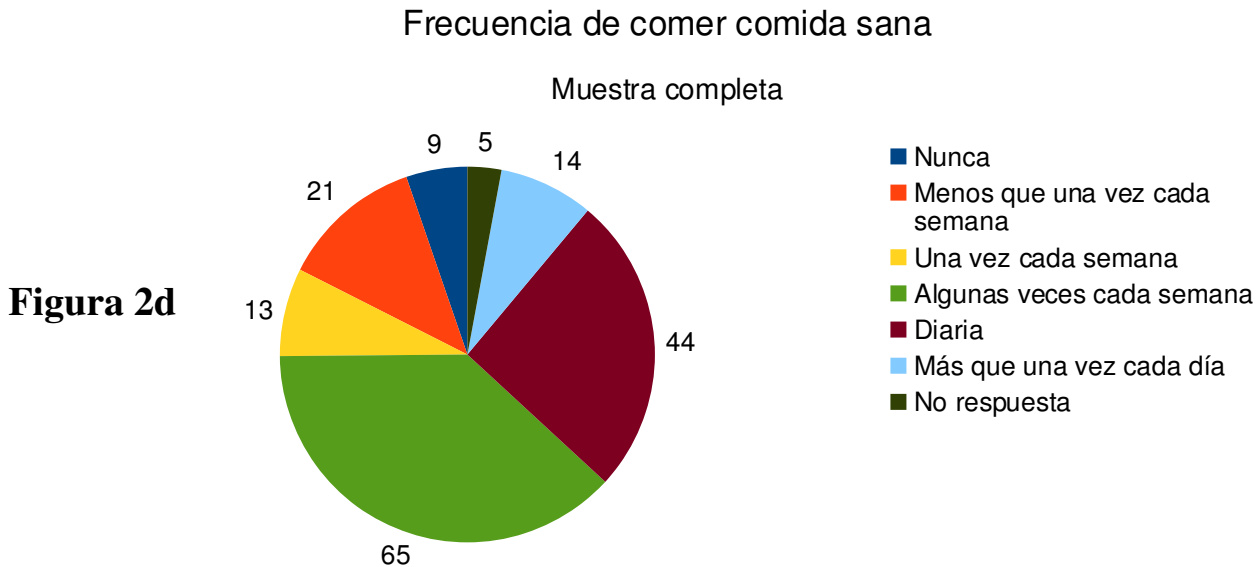


Figura 2b

Figura 2c



Fuentes de hábitos

Muestra completa

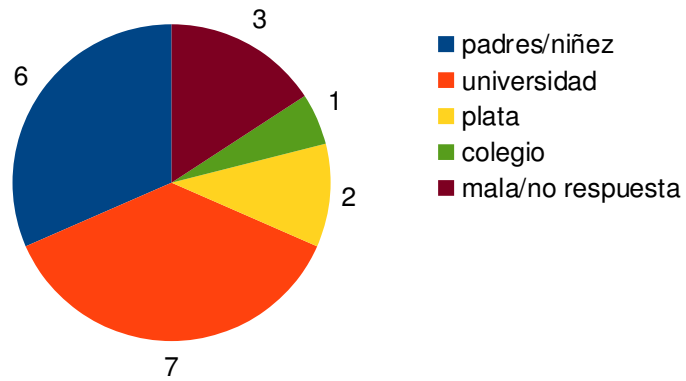


Figura 4a

Respuesta a ¿amigos afectan su salud?

Muestra completa

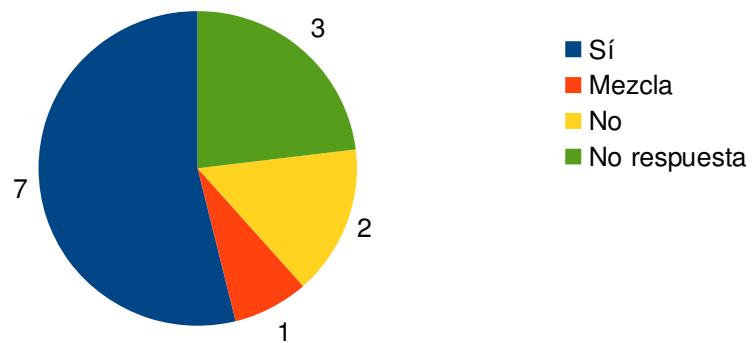


Figura 4b

Creen que amigos afectan hábitos

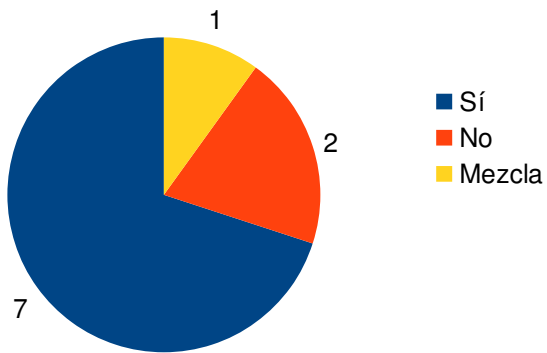


Figura 6a

Comparten hábitos con los amigos

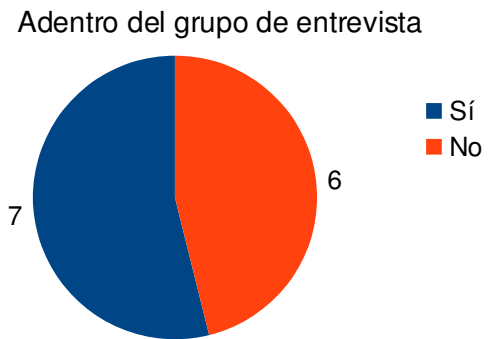


Figura 6b

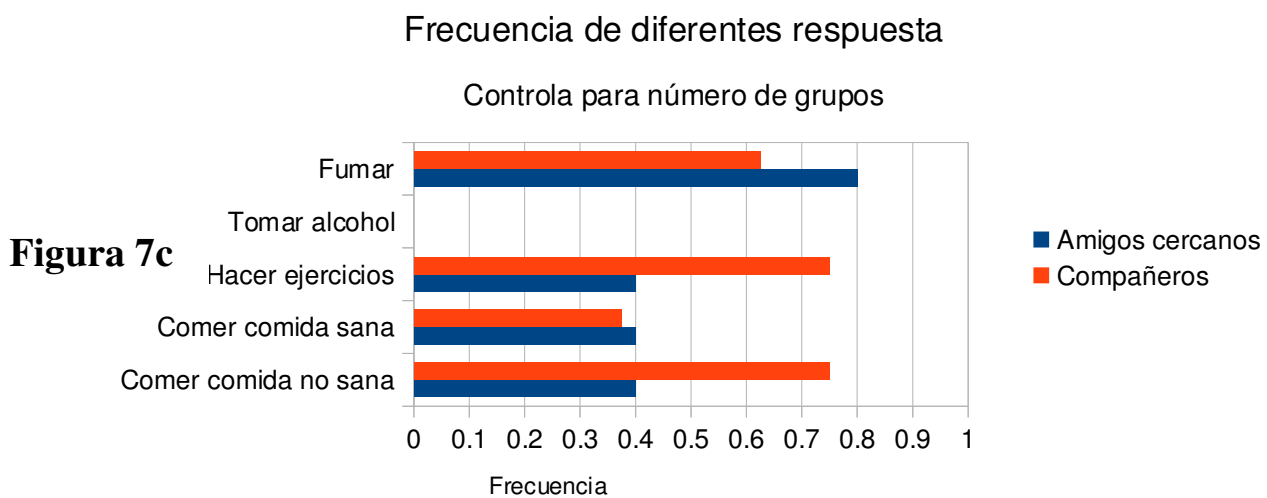
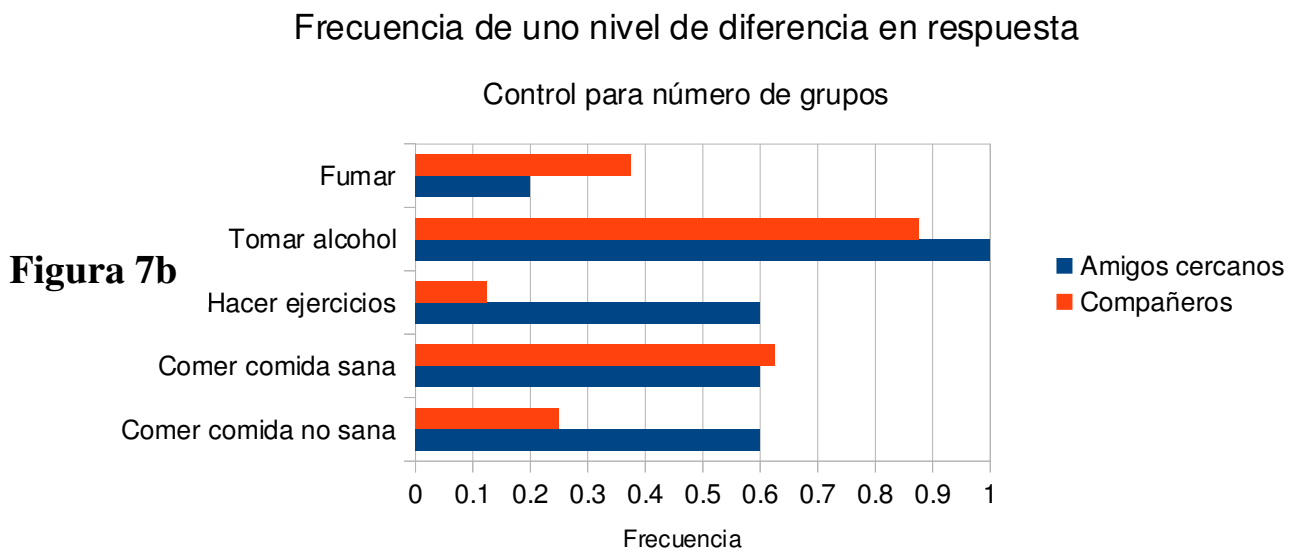
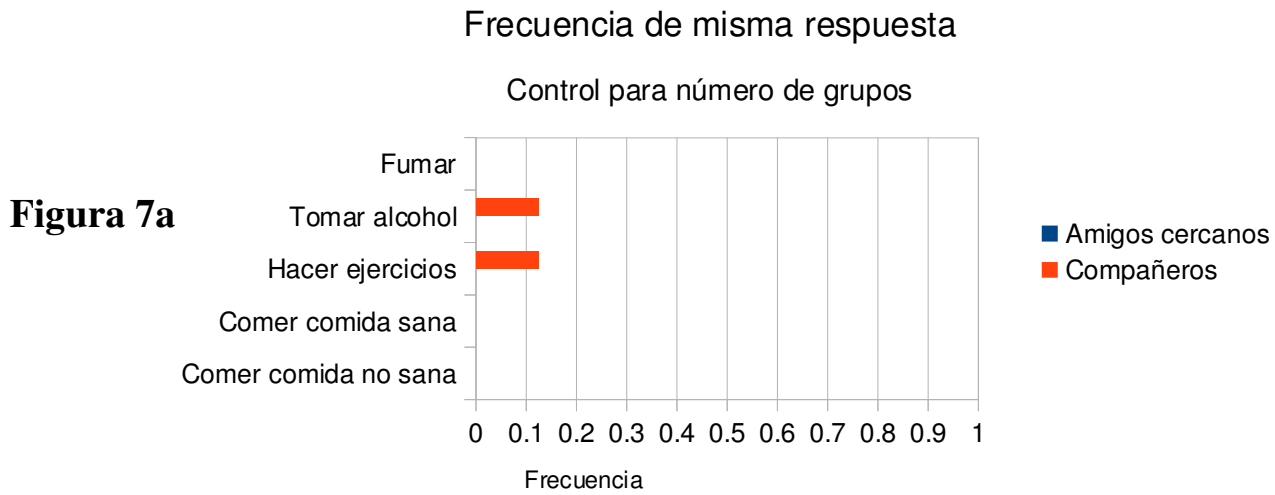


Tabla 1: Edad y género de muestra:

<i>Edad</i>	<i>Femenino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>	
	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
18	1	1,75	1	1,75	2	3,51
19	2	3,51	2	3,51	4	7,02
20	5	8,77	2	3,51	7	12,28
21	9	15,79	2	3,51	11	19,3
22	5	8,77	5	8,77	10	17,54
23	6	10,53	1	1,75	7	12,28
24	3	5,26	3	5,26	6	10,53
25	3	5,26	2	3,51	5	8,77
26	3	5,26	0	0	3	5,26
27	0	0	1	1,75	1	1,75
28	0	0	1	1,75	1	1,75

Tabla 2: Grupos de entrevista:

<i>Grupo</i>	<i>Número de miembros del grupo de entrevista</i>	<i>Número de vínculos sociales adentro del grupo de entrevista</i>	<i>Número de vínculos sociales fuera del grupo</i>
Grupo 1	5	3	28
Grupo 2*	4	5	16
Grupo 3*	4	7	8
Grupo 4	4	3	18
Grupo 5	3	3	16
Grupo 6*	4	5	14
Grupo 7	4	2	22
Grupo 8	4	2	24
Grupo 9*	7	4	46
Grupo 10	3	3	21
Grupo 11	3	2	15
Grupo 12	4	0	19
Grupo 13*	8	5	59

* indica los grupos de amigos cercanos.

Tabla 3.1: Semejanza de hábitos – nivel de diferencia de respuestas por cada grupo de entrevista:

Hábito	Grupos de amigos cercanos					Grupos de compañeros								Diferencia general
	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 6	Grupo 9	Grupo 13	Grupo 1	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 7	Grupo 8	Grupo 10	Grupo 11	Grupo 12	
Fumar	Diferente	Diferente	Uno nivel	Diferente	Diferente	Uno nivel	Diferente	Uno nivel	Diferente	Diferente	Diferente	Uno nivel	Diferente	Diferente
Tomar alcohol	Uno nivel	Uno nivel	Uno nivel	Uno nivel	Uno nivel	Uno nivel	Uno nivel	Misma	Uno nivel	Uno nivel	Uno nivel	Uno nivel	Uno nivel	Uno nivel
Hacer ejercicios	Diferente	Diferente	Uno nivel	Uno nivel	Uno nivel	Diferente	Diferente	Uno nivel	Diferente	Misma	Diferente	Diferente	Diferente	Diferente
Comer comida sana	Diferente	Diferente	Uno nivel	Uno nivel	Uno nivel	Diferente	Uno nivel	Diferente	Uno nivel	Uno nivel	Uno nivel	Uno nivel	Diferente	Uno nivel
Comer comida no sana	Uno nivel	Uno nivel	Uno nivel	Diferente	Diferente	Diferente	Diferente	Diferente	Diferente	Diferente	Uno nivel	Uno nivel	Diferente	Diferente
<i>Diferencia general</i>	Diferente	Diferente	Uno nivel	Uno nivel	Uno nivel	Diferente	Diferente	Uno nivel	Diferente	Uno nivel	Uno nivel	Uno nivel	Diferente	

Tabla 3.2: Semejanza de hábitos – nivel de diferencia de respuestas por grupos de amigos cercanos y compañeros:

Hábito	Grupos de amigos cercanos	Grupos de compañeros	Diferencia general
Fumar	Diferente	Diferente	Diferente
Tomar alcohol	Uno nivel	Uno nivel	Uno nivel
Hacer ejercicios	Uno nivel	Diferente	Diferente
Comer comida sana	Uno nivel	Uno nivel	Uno nivel
Comer comida no sana	Uno nivel	Diferente	Diferente
<i>Diferencia general</i>	Uno nivel	Diferente	