

**ESTILO DE VIDA Y SALUD CEREBRAL PARA LA PREVENCIÓN DEL
DETERIORO COGNITIVO**

DIRECTOR: Franco, Verónica Analía

INVESTIGADORES COLABORADORES: Elosegui, Alexia Lorena; Di Yorio, Rosario

FILIACIÓN DE LOS INVESTIGADORES COLABORADORES: FHAB, Facultad de
Psicología

SEDE-LUGAR: Buenos Aires

FECHA: 20/3/2026

CONTACTO DEL DIRECTOR: veronica.franco@fb.edu.ar

Índice	Págs.
Resumen	4
Introducción	6
Metodología	8
Resultados	9
Discusión	12
Conclusiones	15
Agradecimientos	16
Bibliografía	17
Anexo	20

Resumen

El deterioro cognitivo constituye un problema creciente de salud pública. La evidencia indica que una proporción significativa de estos trastornos podría prevenirse mediante la modificación de factores de riesgo asociados al estilo de vida. No obstante, persiste una brecha entre el conocimiento y la adopción de conductas saludables, especialmente en población joven.

El objetivo general fue analizar la relación entre estilo de vida, percepción de salud cerebral y factores de riesgo en la prevención del deterioro cognitivo en la población argentina.

Como metodología se llevó adelante un estudio cuantitativo, transversal y descriptivo, mediante encuesta estructurada. La muestra estuvo compuesta por población general, con predominio de adultos jóvenes (18–30 años: 27,3%), mujeres (78%) y nivel educativo universitario (58,4%). Se evaluaron factores de riesgo, hábitos saludables, percepción de salud y acceso a la información. Se realizó análisis descriptivo de frecuencias y porcentajes.

Los resultados mostraron que la hipertensión arterial fue el principal factor de riesgo (10,3%), seguida de sedentarismo y estrés (8,5%). El 48,2% percibió su calidad de vida como buena y el 43,3% su salud futura como favorable. La salud cerebral se asoció a salud general (59%) y vitalidad (55%). Aunque el 77,4% valoró la nutrición, solo el 50,6% reportó hábitos alimentarios saludables frecuentes. La actividad física fue el hábito más difícil de sostener (13,8%), principalmente por falta de tiempo (30,6%). El 40,9% manifestó desinterés por la información en salud. El 46,4% reportó mejoras en su calidad de vida al incorporar hábitos saludables.

Como conclusiones principales se evidenciaron factores de riesgo modificables en población joven y una brecha entre conocimiento y conducta. Las barreras principales fueron contextuales y motivacionales, lo que resalta la necesidad de intervenciones centradas en el cambio conductual y la prevención temprana.

Palabras clave

Salud cerebral, salud cognitiva, reserva cognitiva, estilo de vida, neurociencias, prevención, deterioro cognitivo, envejecimiento, demencia.

Abstract

Cognitive decline represents a growing public health concern worldwide. Current evidence suggests that a significant proportion of these conditions could be prevented through the modification of lifestyle-related risk factors. However, a gap persists between knowledge and the adoption of healthy behaviors, particularly among young populations.

To analyze the relationship between lifestyle, brain health perception, and risk factors associated with the prevention of cognitive decline.

A quantitative, cross-sectional, descriptive study was conducted using a structured survey. The sample consisted of the general population, predominantly young adults (18–30 years: 27.3%), women (78%), and individuals with a university-level education (58.4%). Variables assessed included risk factors, healthy habits, health perception, and access to information. Descriptive statistical analysis was performed using frequencies and percentages.

Hypertension was the main risk factor identified (10.3%), followed by sedentary behavior and chronic stress (8.5%). Quality of life was perceived as good by 48.2% of participants, and 43.3% reported a positive outlook on future health. Brain health was mainly associated with general health (59%) and vitality (55%). Although 77.4% highlighted the importance of nutrition, only 50.6% reported maintaining healthy eating habits regularly. Physical activity was identified as the most difficult habit to sustain (13.8%), with lack of time being the main barrier (30.6%). Additionally, 40.9% expressed disinterest in health-related information. Notably, 46.4% reported improvements in quality of life after adopting healthy habits.

Modifiable risk factors are present in young populations, alongside a significant gap between knowledge and behavior. Contextual and motivational barriers play a key role, highlighting the need for interventions focused on sustainable behavior change and early prevention of cognitive decline.

Key words

Brain health, cognitive health, cognitive reserve, lifestyle, neurosciences, prevention, cognitive decline, aging, dementia.

Introducción

Problema de investigación

La presente investigación parte de un sondeo inicial en el que se detectó una brecha entre el conocimiento y la adopción de conductas saludables a pesar del creciente acceso a información sobre hábitos saludables. Lo que motivó la pregunta de investigación sobre la manera en que el estilo de vida, la percepción de salud cerebral y el acceso a la información se relacionan con la prevención del deterioro cognitivo.

El envejecimiento poblacional acompañado de un aumento en la prevalencia de enfermedades neurodegenerativas y del deterioro cognitivo es la principal causa de discapacidad a nivel mundial, afectando a millones de personas. Este incremento se vincula, en gran medida, a factores de riesgo modificables asociados al estilo de vida. A su vez, constituye un fenómeno en crecimiento en Argentina, donde el acceso a la atención médica y la educación en salud pueden variar según la región y el nivel socioeconómico, por lo cual promover hábitos de vida saludables adaptados a estas particularidades representa una estrategia clave para reducir la carga de enfermedades neurodegenerativas.

En este contexto, el deterioro cognitivo y las demencias emergen como un problema prioritario, cuya prevención ha demostrado ser posible mediante intervenciones tempranas sobre dichos factores.

Esta investigación busca analizar la relación entre el estilo de vida y la salud cerebral en la población argentina, destacando la importancia de intervenciones preventivas y políticas de salud pública orientadas a mejorar la calidad de vida en las distintas etapas del envejecimiento.

Marco conceptual

La salud cerebral es un constructo que se define como un estado dinámico multidimensional que ocurre a lo largo de la vida en los dominios cognitivos, emocionales y motores mediados por procesos fisiológicos (Chen et al.2021) y su afección, a partir de enfermedades neurológicas son un reto creciente de salud pública a nivel mundial.

Para 2030, la OMS prevé que la discapacidad neurológica (incluyendo ictus, demencias y depresión) sea una de las principales causas de impacto en la actividad y rendimiento personal.

De hecho se estima que, los trastornos neurológicos y psiquiátricos representan el 24 % de la carga de enfermedad a escala global y sólo el 2% del presupuesto se destina a ello (WHO, 2023; Cattaneo G, 2020).

Los estudios epidemiológicos han demostrado que la hipertensión es uno de los principales factores de riesgo modificables y el sedentarismo y el estrés afectan negativamente la salud cognitiva.

Asimismo, la evidencia científica más reciente señala que existen 14 factores de riesgo modificables asociados a la demencia, entre ellos: hipertensión, sedentarismo, depresión, aislamiento social y otros factores emergentes

La actualización 2024 de la Comisión de The Lancet (Livingston et al., 2024) indica que hasta el 45% de los casos de demencia podrían prevenirse o retrasarse mediante la modificación de estos factores. Además, se enfatiza que estos factores actúan a lo largo del ciclo vital, lo que refuerza la importancia de la prevención en población joven. Esta última actualización identifica a la hipertensión, la inactividad física y el estrés/depresión como factores clave en el desarrollo del deterioro cognitivo, señalando que la hipertensión en etapas tempranas se asocia a daño vascular cerebral acumulativo; el sedentarismo reduce la neuroplasticidad y el estrés crónico afecta estructuras como el hipocampo, asociadas a memoria y aprendizaje.

Otras revisiones sistemáticas recientes (Gorelick et al., 2017) refuerzan que estos factores tienen un impacto significativo a lo largo del ciclo vital.

La evidencia en la prevención de la EA a través de cambios en el estilo de vida, como adoptar una dieta tipo mediterránea y realizar actividad física regular, es una estrategia accesible y eficaz para retrasar o prevenir la progresión de la enfermedad (Baranowski, B.J. 2020).

El sedentarismo aumenta en un 30% el riesgo de demencia a comparación de aquellos con estilo de vida más activo. No se hallaron diferencias notables por sexo, edad y nivel educativo (Bonanni, R. 2022; Yan et al., 2020).

Algunos estudios señalan que la integración de estos factores en programas multidominio adaptados a las necesidades individuales resulta la estrategia más eficaz para fomentar la neuroplasticidad, promover un envejecimiento saludable y mejorar la calidad de vida (Alfaro, C.; Mesa-Gresa, P.; Redolat, R., 2017).

A pesar del avance del conocimiento científico, existe evidencia consistente de que las personas conocen, en general, los hábitos saludables para prevenir el deterioro cognitivo, pero no los implementan de forma sostenida. Esta discrepancia se vincula con lo que la literatura denomina brecha entre intención y comportamiento, constituyendo un desafío central en salud pública.

Con el objetivo general de analizar la relación entre estilo de vida y salud cerebral en la prevención del deterioro cognitivo, se establecieron objetivos específicos para estudiar en la muestra

poblacional: identificar factores de riesgo, analizar la percepción de salud cerebral, evaluar hábitos saludables reconocido por las personas y los motivos que hacen que los puedan sostener en el tiempo o no.

Metodología

El estudio se enmarcó en un diseño cuantitativo, no experimental, descriptivo de corte transversal, seleccionado por las siguientes razones: permite relevar indicadores de salud cerebral en población general en un momento específico, es adecuado para estimar prevalencias de factores de riesgo y protectores del deterioro cognitivo, facilita la recolección de datos en muestras amplias con bajo costo y alta accesibilidad y resulta pertinente como fase exploratoria, generando hipótesis para estudios analíticos o longitudinales posteriores.

La variable principal estudiada fue la salud cerebral percibida y las variables secundarias fueron el estilo de vida, los factores de riesgo cognitivo y los factores protectores.

El ámbito del estudio elegido en el contexto de la comunidad general de Argentina a través de una encuesta autoadministrada on-line, cuya población blanco fueron personas adultas (mayores de 18 años).

El marco muestral en base de accesibilidad de la población general alcanzada por redes sociales, instituciones educativas y sanitarias y el tipo de muestreo fue no probabilístico.

Las unidades de análisis fueron los individuos (personas adultas), cada uno de los cuales constituye una unidad independiente de análisis.

El método de selección de la muestra fue por reclutamiento voluntario, alcanzado por la difusión de la encuesta mediante redes sociales, instituciones educativas y/o centros de salud.

Los criterios de inclusión fueron personas adultas con edad mayor a 18 años con consentimiento informado aceptado mediante la respuesta a la encuesta con comprensión del idioma y técnica del instrumento.

Los criterios de exclusión, personas ajenas al territorio argentino, menores de 18 años y respuestas incompletas o inconsistentes.

La técnica aplicada fue una encuesta estructurada con un cuestionario diseñado ad hoc con preguntas cerradas, escalas tipo Likert, ítems de frecuencia.

El procedimiento realizado se llevó a cabo con la elección del tipo de encuesta y su diseño, se realizó una prueba piloto inicial con preguntas abiertas, se ajustó el cuestionario a partir de la

bibliografía actualizada y las respuestas de la encuesta piloto y se aplicó el instrumento on-line para la recolección de datos anónimos.

En el análisis de los datos descriptivo se obtuvieron frecuencias y porcentajes, medidas de tendencia central y desviación estándar

Se realizó un análisis inferencial, correlaciones entre variables y comparaciones entre grupos (edad, género, nivel educativo) a través del software SPSS.

Las consideraciones éticas que se tuvieron en cuenta fueron la confirmación de consentimiento informado, la garantía de anonimato, confidencialidad, participación voluntaria, derecho a interrumpir la encuesta en cualquier momento y el uso exclusivo de datos con fines científicos/académicos.

Resultados

El objetivo general del estudio fue analizar la relación entre estilo de vida y salud cerebral en la prevención del deterioro cognitivo en la población argentina. Los resultados permitieron identificar tres niveles analíticos: perfil de la muestra, percepción de salud y conductas efectivas.

De los cinco hábitos estudiados en el sondeo preliminar respecto de las que correlacionan la buena salud cerebral (actividad física, nutrición, sueño, estimulación cognitiva y relaciones interpersonales), el 77,4% resalta la nutrición, aunque sólo el 50,6% declara alimentarse frecuentemente de forma saludable y el 25,5% lo hace como máximo 5 días a la semana. Asimismo, la actividad física resulta ser el hábito más difícil de sostener referido por el 13,8% de la muestra y el motivo que lo explicaría sería la falta de tiempo (30,6%). El 48,3% se siente preocupado por no poder incorporar hábitos saludables a su vida, y cuando los llevaron a cabo, han reportado una mejoría significativa en su calidad de vida (46,4%).

A continuación, se detallan las asociaciones significativas en (los gráficos se desarrollan en el ANEXO):

- a. Valoración de la *calidad de vida y la medida en que ha incorporado hábitos saludables* ($\chi^2= 57,26$; $p= 0,001$; $\Phi=0,24$);
- b. Valoración de la *calidad de vida y las recomendaciones que los expertos hacen sobre hábitos saludables* (sienten que pueden cumplirlas) ($\chi^2= 61,56$; $p= 0,001$; $\Phi=0,25$);

- c. Valoración de la calidad de vida y la salud general a futuro con la variable *por qué cree no aplica la totalidad de su conocimiento al respecto* (Chi2= 70,35; p= 0,001; Phi=0,26).
- d. Valoración de la calidad de vida y la salud general a futuro con la variable *en qué medida ha incorporado y mantenido hábitos saludables* (Chi2= 70,80; p= 0,001; Phi=0,26).
- e. Valoración de la calidad de vida y la salud general a futuro con la variable *en qué medida los hábitos saludables han mejorado su calidad de vida* (Chi2= 207,50; p= 0,001; Phi=0,45).
- f. Valoración de la *calidad de vida y salud general a futuro y la percepción que puede cumplir las recomendaciones que los expertos hacen sobre hábitos saludables* (Chi2= 150,62; p= 0,001; Phi=0,39).
- g. Valoración de la calidad de vida y la salud general a futuro y la relación entre el estilo de vida actual lleva y la percepción de estar en riesgo de enfermedad o muerte (Chi2= 102,72; p= 0,001; Phi=0,31).

Perfil de la muestra y sesgo estructural

La muestra observó una tasa de respuesta superior en el rango etario entre 18 a 30 años (27,30%), cuya mayoría fueron mujeres (78 %) y con estudios universitarios completos (58,4 %)

La sobrerrepresentación de jóvenes, mujeres y personas con educación universitaria indica un sesgo hacia población con mayor capital educativo y potencial acceso a información.

Una posible mayor sensibilidad al tema salud, especialmente en mujeres, lo que está ampliamente documentado en estudios de comportamiento en salud (Becker, R. 2021).

Esto sugiere que los resultados reflejan más adecuadamente la percepción de salud cerebral en población joven educada, lo cual limita la extrapolación a grupos de mayor riesgo (adultos mayores).

Percepción de salud vs. conductas reales

Los resultados identificaron una alta percepción positiva de calidad de vida (48,2%) y salud futura (43,3% buena). pero coexistencia con bajo sostenimiento de hábitos (18,9%) y Preocupación por no poder incorporarlos (48,3%). Lo cual se interpreta como una disonancia cognitivo-conductual: los individuos saben y valoran la salud, pero no logran sostener conductas coherentes. Este hallazgo

es central, ya que indica que el problema no es sólo informativo, sino motivacional, contextual y conductual.

En las generalidades de la muestra se observa una percepción positiva de salud, que contrasta con la presencia de factores de riesgo, lo que sugiere una subestimación del riesgo real. Este fenómeno ha sido descrito en la literatura como optimismo irrealista en salud, donde los individuos tienden a percibirse menos vulnerables que otros (Sheeran et al., 2016). En el campo de la salud cerebral, estudios recientes indican que esta percepción reduce la adopción de conductas preventivas, especialmente en población joven y es en este rango etario que se sugiere como ventana de oportunidad para las intervenciones tendientes a la prevención (Antal, B. et al. 2025).

Factores de riesgo: tensión entre lo clínico y lo conductual

El mayor factor de riesgo identificado fue la hipertensión arterial (10,3%) y le siguen el sedentarismo y el estrés crónico (8,5%).

De acuerdo a la literatura actual, la hipertensión es un factor biomédico consolidado en el deterioro cognitivo y demencias y por su parte, el sedentarismo y estrés son factores conductuales y psicosociales, altamente modificables.

Estas consideraciones muestran una coexistencia de factores estructurales (biológicos) y conductuales, lo que confirma el carácter multifactorial de la salud cerebral, en línea con modelos contemporáneos de prevención.

Representaciones de la salud cerebral

Se halló una asociación de salud cerebral con los conceptos de salud general (59%) y vitalidad (55%), esto supone un predominio de una representación holística pero inespecífica, en ausencia de conceptualización con variables más técnicas (memoria, funciones ejecutivas, atención). Esto sugiere un déficit en alfabetización específica o conocimiento científico de la población en salud cerebral, aunque exista una comprensión general positiva.

La literatura actual señala que existe un déficit de alfabetización en salud cerebral, incluso en poblaciones con alto nivel educativo (WHO, 2019; Livingston et al., 2024).

Este hallazgo es relevante, ya que una comprensión limitada del concepto dificulta la adopción de conductas preventivas específicas.

Respecto del acceso a la información de los participantes de la muestra, se destaca un conocimiento insuficiente, relacionado con un nivel medio de información (53,7%) y presencia de desinterés (40,9%). Por lo que no sólo se trata de un problema de acceso a la información basada en la

evidencia, sino también una falta de motivación y relevancia subjetiva. Esto es consistente con teorías del comportamiento en salud (ej. modelos de creencias en salud).

En relación a ello, los modelos contemporáneos de comportamiento en salud (Sheeran y Webb, 2016) sostienen que el conocimiento es necesario pero no suficiente y que la conducta depende de variables como autoeficacia, motivación y barreras contextuales.

Estudios recientes en prevención de demencia coinciden en que las intervenciones deben ir más allá de la educación sanitaria.

Hábitos saludables: jerarquización vs. implementación

De los resultados respecto a las variables percibidas como relevantes para la salud cerebral, la *nutrición* fue altamente valorada (77,4%), pero con diferencia con la adherencia real a hábitos de alimentación saludable (50,6%) y la *actividad física* constituyó el hábito más difícil de sostener (13,8%), principalmente por falta de tiempo (30,6%). En esta apreciación se observa una brecha intención–acción, donde el conocimiento no se traduce automáticamente en conducta y las barreras son principalmente contextuales (tiempo) más que cognitivas.

Estos resultados van en consonancia con la literatura, en la que la actividad física es uno de los factores más protectores frente al deterioro cognitivo (Erickson et al., 2019), sin embargo, es uno de los hábitos con menor adherencia.

Impacto percibido del cambio de hábitos

El 46,4% de la muestra reporta mejoría en calidad de vida al implementar hábitos, lo que permite interpretar que existiría un refuerzo positivo empírico.

A su vez, se observó una preocupación del 48,3% de la población por no sostener hábitos, lo que evidencia una respuesta positiva al cambio conductual, pero con dificultades en su mantenimiento. La correlación basada en la evidencia indica que la experiencia directa de beneficios actúa como refuerzo positivo, sin embargo, la sostenibilidad depende de hábitos automatizados, contexto ambiental y regulación conductual (WHO, 2019; Sheeran y Webb, 2016). Esto valida estrategias basadas en experiencia directa y cambios graduales, lo cual puede ser clave para intervenciones futuras.

Discusión

Los resultados del presente estudio permiten profundizar en la comprensión de la relación entre estilo de vida y salud cerebral en población argentina, evidenciando una compleja interacción entre

factores cognitivos, conductuales y contextuales. En primer lugar, la composición de la muestra — mayoritariamente mujeres jóvenes con nivel educativo universitario— sugiere un sesgo hacia una población con mayor acceso a información en salud y potencial predisposición al autocuidado. Este hallazgo coincide con investigaciones previas que señalan una mayor participación femenina en estudios de salud y una mayor sensibilidad hacia prácticas preventivas.

En poblaciones mayores, la percepción de riesgo suele ser más alta, lo que no se observa en la muestra de este estudio a predominio de población joven.

En relación con los factores de riesgo identificados, la hipertensión arterial se posiciona como el principal factor reportado, seguida del sedentarismo y el estrés crónico. Estos resultados son consistentes con la evidencia epidemiológica que reconoce a la hipertensión como uno de los principales factores modificables asociados al deterioro cognitivo y a las demencias, así como el impacto negativo del sedentarismo y el estrés sostenido sobre la función cerebral. En este sentido, los hallazgos refuerzan el modelo biopsicosocial de la salud cerebral, donde interactúan variables biológicas, conductuales y psicosociales.

Un aspecto relevante es que estos factores aparecen ya en población joven, lo cual refuerza el enfoque de curso de vida propuesto por la Comisión The Lancet, que sostiene que la prevención del deterioro cognitivo debe iniciarse en etapas tempranas.

Asimismo, la disociación entre percepción positiva de salud y baja adherencia a hábitos saludables observada en este estudio se alinea con investigaciones actuales que destacan la brecha entre intención y comportamiento como uno de los principales obstáculos en la promoción de la salud. Si bien una proporción significativa de la muestra percibe su calidad de vida y su salud futura como buenas, coexiste una dificultad manifiesta para sostener hábitos saludables en el tiempo, junto con elevados niveles de preocupación por no lograr incorporarlos. Este fenómeno puede interpretarse a la luz de la brecha entre intención y comportamiento (*intention-behavior gap*), ampliamente documentada en la literatura sobre promoción de la salud. En este marco, el conocimiento y la valoración positiva de los hábitos saludables no resultan suficientes para garantizar su implementación, lo que sugiere la mediación de variables como la autoeficacia, la regulación emocional y las condiciones contextuales.

En cuanto a las representaciones de la salud cerebral, los participantes tienden a asociarla principalmente con la salud general y la vitalidad, lo que evidencia una comprensión global pero inespecífica del constructo. Esta conceptualización limitada podría indicar un nivel insuficiente de

alfabetización en salud cerebral, particularmente en relación con dimensiones más específicas como las funciones cognitivas, la neuroplasticidad o la prevención del deterioro cognitivo. En línea con ello, si bien más de la mitad de los participantes refiere poseer un nivel medio de información sobre hábitos saludables, un porcentaje considerable manifiesta desinterés por acceder a dicha información. Este hallazgo introduce una dimensión crítica: la problemática no se restringe al acceso al conocimiento, sino que involucra también factores motivacionales y de relevancia subjetiva.

Respecto de los hábitos saludables, algunos estudios reportan mayor centralidad de la actividad física, mientras que aquí predomina la nutrición como representación principal o como el factor más valorado en relación con la salud cerebral; sin embargo, esta valoración no se traduce en una adherencia consistente, evidenciándose nuevamente una discrepancia entre creencias y conductas. Por su parte, la actividad física es identificada como el hábito más difícil de sostener, siendo la falta de tiempo la principal barrera reportada. Estos resultados coinciden con estudios que destacan el rol de las restricciones contextuales en la adopción de conductas saludables, especialmente en poblaciones jóvenes con alta carga académica o laboral.

Finalmente, resulta significativo que casi la mitad de los participantes reporta una mejora en su calidad de vida al implementar hábitos saludables, lo que coincide con evidencia que señala que los estilos de vida saludables no sólo reducen el riesgo de demencia, sino que también mejoran la calidad de vida y reducen los años vividos con discapacidad.

A vez, este reporte sugiere la presencia de refuerzos positivos asociados al cambio conductual. Por lo que, este hallazgo tiene importantes implicancias para el diseño de intervenciones, ya que indica que las estrategias basadas en la experiencia directa y la percepción de beneficios podrían resultar más efectivas que aquellas centradas exclusivamente en la transmisión de información sanitaria.

En conjunto, los resultados del estudio son consistentes con la literatura internacional en cuanto a la identificación de factores de riesgo modificables y la existencia de una brecha entre conocimiento y acción. No obstante, aportan evidencia específica en un contexto local, destacando el papel del desinterés y las barreras contextuales como obstáculos relevantes para la adopción de estilos de vida saludables.

Conclusión

El presente estudio permite concluir que, si bien existe una valoración positiva de la salud cerebral y un reconocimiento general de los hábitos que la favorecen, persiste una brecha significativa entre el conocimiento y la implementación efectiva de conductas saludables, coherente con la evidencia internacional. Esta discrepancia constituye un eje central para la comprensión de las dificultades en la prevención del deterioro cognitivo, particularmente en población joven.

El aporte científico que conviene ubicarlo con precisión: no introduce un nuevo modelo teórico, sino que fortalece y operacionaliza evidencia existente en un contexto empírico específico, aportando valor en términos de validación, contextualización y aplicación.

Uno de los principales aportes del estudio es evidenciar que los factores de riesgo asociados al deterioro cognitivo ya están presentes en población joven, incluso antes de la aparición de sintomatología clínica. De esta manera, refuerza el paradigma de prevención temprana, aporta datos en población no clínica y amplía la base empírica en contextos locales (sociocultural específico). Este hallazgo se alinea con lo planteado por The Lancet Commission, que sostiene que la prevención debe abordarse a lo largo de todo el ciclo vital, pero aporta evidencia concreta en un grupo subestudiado de población joven en nuestra región.

El estudio demuestra de manera consistente la existencia de una disonancia entre conocimiento, valoración y práctica de hábitos saludables, fenómeno central en la psicología de la salud.

En términos científicos, esto constituye una validación empírica del modelo de brecha intención-comportamiento, ampliamente estudiado en la literatura, pero poco explorado específicamente en salud cerebral.

En términos aplicados, los hallazgos indican que las intervenciones en salud cerebral deberían priorizar el desarrollo de competencias para la acción, promoviendo cambios graduales, sostenibles y contextualizados en la vida cotidiana de los individuos. Asimismo, la evidencia de mejoras percibidas en la calidad de vida asociadas a la adopción de hábitos saludables constituye un recurso valioso para el diseño de programas basados en el refuerzo positivo, integrando la salud cerebral al campo del cambio conductual en salud y abriendo líneas de investigación en intervenciones basadas en adherencia.

Se destacan los aportes diferenciales del estudio que posibilitaron en esta muestra de evidencia local a partir de la identificación del *desinterés* como barrera relevante, poco explorada en algunos estudios y la importancia del factor *falta de tiempo* como obstáculo estructural. Estos hallazgos

favorecieron la identificación de estas variables contextuales y motivacionales como los principales condicionantes para la adopción de hábitos como la base del comportamiento hacia la salud. De esta manera, se desplaza el foco desde el déficit de información hacia el campo emergente de la prevención del deterioro cognitivo desde una perspectiva de curso de vida.

No obstante, se reconoce como limitación la naturaleza transversal del estudio a partir del uso de medidas de autorreporte, que no permite establecer causalidad directa y puede ofrecer un posible sesgo de deseabilidad social.

En consecuencia, futuras investigaciones deberían incorporar diseños longitudinales y medidas objetivas de salud cognitiva a fin de profundizar en la comprensión de los mecanismos que vinculan el estilo de vida con la salud cerebral.

Implicancias para futuras investigaciones e intervenciones

El presente estudio aporta datos en población no clínica, amplía la base empírica en el contexto local de los factores de riesgo identificados internacionalmente y refuerza el paradigma de la prevención temprana, favoreciendo evidencia aplicable para diseñar políticas públicas, programas de promoción de la salud o intervenciones basadas en factibilidad ecológica.

De esta manera, sienta las bases para ampliar la investigación y abre líneas de investigación en intervenciones basadas en adherencia centradas en el cambio conductual (no sólo información), la percepción y gestión del tiempo y hábitos sostenibles, como así también en los condicionantes de la motivación y el compromiso tendiente al autocuidado en la prevención del deterioro cognitivo.

Agradecimientos

Agradecemos el apoyo institucional y el financiamiento recibido para realizar este proyecto por parte de la Secretaría de Ciencia y Tecnología de la Fundación H. A. Barceló y el apoyo del experto en metodología de la investigación Dr. Carlos Daniel Mías.

Bibliografía

Alfaro, C.; Mesa-Gresa, P.; Redolat, R. (2017). ¿Qué factores deberían incluirse en una intervención multicomponente dirigida al mantenimiento de la salud cerebral? *Calidad de vida y salud*. Vol. 10, No.1; 23-40. ISSN 1850-6216

Antal, B.; Van Nieuwenhuizen, H. Chesebro A. (2025). Brain aging shows nonlinear transitions, suggesting a midlife “critical window” for metabolic intervention. *PNAS* 2025 Vol. 122 No. 10 e2416433122 <https://doi.org/10.1073/pnas.2416433122>

Avram, C., Nyulas, V., Onisor, D., Georgescu, I. M., Szakacs, J., Ruta, F. (2025). Food Behavior and Lifestyle Among Students: The Influence of the University Environment. *Nutrients*, 17(1), 12. <https://doi.org/10.3390/nu17010012>

Baranowski, D.M. Marko, R.K. Fenech, and A.J.T. Yang. (2020). Healthy brain, healthy life: a review of diet and exercise interventions to promote brain health and reduce Alzheimer’s disease risk. *Appl. Physiol. Nutr. Metab.* 45: 1055–1065 (2020) [dx.doi.org/10.1139/apnm-2019-0910](https://doi.org/10.1139/apnm-2019-0910)

Becker, R. (2022). Gender and survey participation. An event history analysis of the gender effects of survey participation in a probability-based multi-wave panel study with a sequential mixed-mode design. *Methods, data, analyses* | Vol. 16(1), pp. 3-32 DOI: 10.12758/mda.2021.08

Bonanni, R., Cariati, I., Tarantino, U., D’Arcangelo, G., & Tancredi, V. (2022). Physical exercise and health: A focus on its protective role in neurodegenerative diseases. *Journal of Functional Morphology and Kinesiology*, 7(2), 38. <https://doi.org/10.3390/jfmk7020038>

Buabang, E., Donegan, K., Claire M., Gillan, C. (2025). Leveraging cognitive neuroscience for making and breaking real-world habits. *Trends in Cognitive Sciences*. Vol. 29, No. 1

Cámara, F., Castronuovo, L., Guarnieri, L., Mozzoni, A., Nessier, M. C., Radisevich, A., Tiscornia, M. V. (2024). Costo y asequibilidad de la dieta como barrera para el acceso a una alimentación saludable en regiones de Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública*. <https://www.rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/860>

Cattaneo G, Bartrés-Faz D, Morris TP, Solana Sánchez J, Macià D, Tormos JM, Pascual-Leone A. (2020). The Barcelona Brain Health Initiative: Cohort description and first follow-up. PLoS One. Feb 11;15(2):e0228754. doi: 10.1371/journal.pone.0228754. PMID: 32045448; PMCID: PMC7012435.

Chard, E., Bergstad, C. J., Steentjes, K., Poortinga, W., Demski, C. (2024). Gender and cross-country differences in the determinants of sustainable diet intentions: A multigroup analysis of the UK, China, Sweden, and Brazil. *Frontiers in Psychology*, 15, 1355969. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1355969>

Feraco, A., Gorini, S., Camajani, E., et al. (2024). Gender differences in dietary patterns and physical activity: An insight with principal component analysis (PCA). *Journal of Translational Medicine*, 22, Article 1112. <https://doi.org/10.1186/s12967-024-05965-3>

Fernández, I., Giné, M., Canet, O. (2019). Barriers and motivations perceived by adolescents related to physical activity. Qualitative study through discussion groups. *Revista Española de Salud Pública*, 93. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31406103/>

Gallardo-Peralta, L., Córdova Jorquera, I., Piña Morán, M., Urrutia Quiroz, B. (2018). Diferencias de género en salud y calidad de vida en personas mayores del norte de Chile. *Polis (Santiago)*, (49). <http://journals.openedition.org/polis/15008>

Global Council on Brain Health (2017). *The Brain and Social Connectedness: GCBH Recommendations on Social Engagement and Brain Health*. www.GlobalCouncilOnBrainHealth.org DOI: <https://doi.org/10.26419/pia.00015.001>

Lira, D; Custodio, N. (2018). Los trastornos del sueño y su compleja relación con las funciones cognitivas. *Rev Neuropsiquiatr* 81(1).

Livingston G, Huntley J, Liu K et al. (2024). Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission *The Lancet* Vol. 404No. 10452P572-628

Navarro, R. M., Salazar-Fernández, C., Schnettler, B., Denegri, M. (2020). Autopercepción de salud en adultos mayores: moderación por género de la situación financiera, el apoyo social de amigos y la edad. *Revista médica de Chile*, 148(2), 196-203.

Perna, R. (2017). Hypertension and its effects on brain functioning and cognition. *Hypertens Curr Concepts Ther*, 2016 doi: 10.15761/HCCT.1000103 Volume 1(1): 1-2

Rico, J., Arce, C., Padrón, A., Peixoto, L., Abelairas, C. (2019). Motivaciones y hábitos de actividad física en alumnos universitarios. *Retos*, 36, 446-453.

Rodríguez, M. M., Moro, M. I. B., & Mateos, M. E. (2022). Influencia de la edad, la maternidad y el empleo en las barreras para la práctica de actividad física y deporte de las mujeres adultas en España (Influence of age, maternity and employment in barriers to practicing physical activity and sport for Spanish. *Retos*, 44, 667-675.

Rodríguez Castellanos, F. (2017). Hábitos saludables, motivos y barreras en la realización de actividad física en estudiantes. Vol. 7, N.º 1 y 2, pp. 81-102 universitarios. <https://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/rccm/article/view/4490/4227>

Sharifian N, Kraal AZ, Zaheed AB, Sol K, Zahodne LB. (2020). Longitudinal Associations Between Contact Frequency with Friends and with Family, Activity Engagement, and Cognitive Functioning. *Journal of the International Neuropsychological Society*; 26(8):815-824. doi:10.1017/S1355617720000259

Yan et al. (2020). Association between sedentary behavior and the risk of dementia: a systematic review and meta-analysis. *Translational Psychiatry* 10:112 <https://doi.org/10.1038/s41398-020-0799-5>

Wang, H. (2024). Impact of sleep duration and disturbances on the incidence of dementia and Alzheimer's disease: A 10-year follow-up study. *Psychiatry Research* 333. 115760.

Anexo

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS D ELAS PRINCIPALES VARIABLES

Edad agrupada

	N	%
18-30	284	27,3%
31-40	193	18,6%
41-50	272	26,2%
51-60	181	17,4%
61-70	79	7,6%
70-81	31	3,0%

Edad Agrupada

	N	%
18-30	284	27,3%
31-40	193	18,6%
41-50	272	26,2%
51-60	181	17,4%
61-80	110	10,6%

Genero

	N	%
Femenino	811	78,0%
Masculino	226	21,7%
Otro	3	0,3%

Nivel Escolaridad

	N	%
Secund Incompl	24	2,3%
Secud Compl	163	15,7%
Terciario-Univ Incompl	246	23,7%
Teciario-Univ Compl	607	58,4%

Estado laboral

	N	%
Trabajo presencial	384	36,9%
Trabajo a distancia	38	3,7%
Trabajo presencial y distancia	249	23,9%
Jubilado	78	7,5%
Estudiante	245	23,6%
Desocupado	46	4,4%

Factores Riesgo

	N	%
Ninguno	577	55,5%
HTA	107	10,3%
Colesterol - TGR	62	6,0%
Hormonal	18	1,7%
Sedentario	88	8,5%
Estrés crónico	88	8,5%
Tabaquismo	42	4,0%
Alcoholismo	3	0,3%
Oncológico	22	2,1%

Inmunosupresión	21	2,0%
Otro	12	1,2%

Riesgo Categoría

	N	%
Ninguno	581	55,9%
Vascular	138	13,3%
Hormonal	17	1,6%
Inflamatoria	11	1,1%
Inmunológica	30	2,9%
Múltiple	60	5,8%
Otras	203	19,5%

Como Valora su Calidad Vida

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mala/Regular	265	25,5	25,5	25,5
	Buena	470	45,2	45,2	70,7
	Muy buena	305	29,3	29,3	100,0
	Total	1040	100,0	100,0	

¿Cómo valora su calidad de vida y salud general a futuro?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mala	52	5,0	5,0	5,0
	Regular	398	38,3	38,3	43,3
	Buena	450	43,3	43,3	86,5
	Muy buena	140	13,5	13,5	100,0
	Total	1040	100,0	100,0	

¿Con qué concepto/s asocia la vida saludable?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Salud Gral.	59	5,7	5,7	5,7
	Estar activo	24	2,3	2,3	8,0
	Vitalidad	55	5,3	5,3	13,3
	Felicidad	36	3,5	3,5	16,7
	Alimentación	9	0,9	0,9	17,6
	Múltiples	857	82,4	82,4	100,0
	Total	1040	100,0	100,0	

¿Cuánto información cree ud. que tiene acerca de hábitos saludables?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Poca	57	5,5	5,5	5,5
	Media	558	53,7	53,7	59,1
	No interesa	425	40,9	40,9	100,0
	Total	1040	100,0	100,0	

¿Qué hábitos considera que le hacen bien a la SALUD CEREBRAL?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nutrición	805	77,4	77,4	77,4
	Ejercicio físico	21	2,0	2,0	79,4

	Sueño	130	12,5	12,5	91,9
	Desafíos cognitivos	57	5,5	5,5	97,4
	Interpersonales	17	1,6	1,6	99,0
	Todos	10	1,0	1,0	100,0
	Total	1040	100,0	100,0	

¿Considera Ud. que se alimenta saludablemente?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Siempre	91	8,8	8,8	8,8
	Frecuente	526	50,6	50,6	59,3
	A veces	315	30,3	30,3	89,6
	Poco	108	10,4	10,4	100,0
	Total	1040	100,0	100,0	

¿Considera Ud. que realiza ejercicio físico como un hábito?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Frecuente	489	47,0	47,0	47,0
	A veces	201	19,3	19,3	66,3
	Poco	228	21,9	21,9	88,3
	Nunca	122	11,7	11,7	100,0
	Total	1040	100,0	100,0	

¿Considera Ud. que duerme las horas necesarias para obtener un buen descanso?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Siempre	109	10,5	10,5	10,5
	Frecuente	343	33,0	33,0	43,5
	A veces	336	32,3	32,3	75,8
	Muy poco	252	24,2	24,2	100,0
	Total	1040	100,0	100,0	

¿Considera Ud. que regularmente está generando un aprendizaje nuevo o realizando un desafío cognitivo?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Siempre	245	23,6	23,6	23,6
	Frecuente	407	39,1	39,1	62,7
	A veces	263	25,3	25,3	88,0
	Poco	125	12,0	12,0	100,0
	Total	1040	100,0	100,0	

¿Considera Ud. que mantiene interacciones sociales cercanas y de calidad?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Siempre	258	24,8	24,8	24,8
	Frecuente	450	43,3	43,3	68,1
	A veces	214	20,6	20,6	88,7
	Poco/nada	118	11,3	11,3	100,0
	Total	1040	100,0	100,0	

¿Con qué frecuencia se realiza chequeos preventivos?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Anual	662	63,7	63,7	63,7
	2-3 años	209	20,1	20,1	83,8
	5 años o mas	169	16,3	16,3	100,0
	Total	1040	100,0	100,0	

¿Cuántos días en la semana se alimenta saludablemente)?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	55	5,3	5,3	5,3
	2	84	8,1	8,1	13,4
	3	178	17,1	17,1	30,5
	4	210	20,2	20,2	50,7
	5	265	25,5	25,5	76,2
	6	127	12,2	12,2	88,4
	7	121	11,6	11,6	100,0
	Total	1040	100,0	100,0	

¿Cuántos días en la semana hace ejercicio físico, al menos media hora por día?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	160	15,4	15,4	15,4
	1	115	11,1	11,1	26,4
	2	199	19,1	19,1	45,6
	3	244	23,5	23,5	69,0
	4	139	13,4	13,4	82,4
	5	124	11,9	11,9	94,3
	6	20	1,9	1,9	96,3
	7	39	3,8	3,8	100,0
Total	1040	100,0	100,0		

¿Cuántos días en la semana duerme, por ejemplo, entre 7 y 8 horas de corrido?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	99	9,5	9,5	9,5
	1	64	6,2	6,2	15,7
	2	181	17,4	17,4	33,1
	3	130	12,5	12,5	45,6
	4	138	13,3	13,3	58,8
	5	182	17,5	17,5	76,3
	6	101	9,7	9,7	86,1
	7	145	13,9	13,9	100,0
Total	1040	100,0	100,0		

¿Cuántos días en la semana aprende algo nuevo o se desafía cognitivamente?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	138	13,3	13,3	13,3
	1	111	10,7	10,7	23,9
	2	153	14,7	14,7	38,7
	3	133	12,8	12,8	51,4
	4	109	10,5	10,5	61,9

	5	156	15,0	15,0	76,9
	6	73	7,0	7,0	83,9
	7	167	16,1	16,1	100,0
	Total	1040	100,0	100,0	

¿Cuántos días en la semana se reúne con amigos o realiza actividades sociales variadas y de calidad?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	97	9,3	9,3	9,3
	1	324	31,2	31,2	40,5
	2	294	28,3	28,3	68,8
	3	158	15,2	15,2	83,9
	4	65	6,3	6,3	90,2
	5	60	5,8	5,8	96,0
	6	42	4,0	4,0	100,0
	Total	1040	100,0	100,0	

¿Cuál/es Hábito/s le resulta/n más difícil sostener?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Alimentación saludable	87	8,4	8,4	8,4
	Ejercicio físico	143	13,8	13,8	22,1
	Sueño regular	99	9,5	9,5	31,6
	Desafíos cognitivos	57	5,5	5,5	37,1
	Sociales	93	8,9	8,9	46,1
	Alimentación y ejercicio	107	10,3	10,3	56,3
	Varias	258	24,8	24,8	81,2
	Alimentación y sueño	63	6,1	6,1	87,2
	Ejercicio y otros	133	12,8	12,8	100,0
	Total	1040	100,0	100,0	

¿Cuál/es Hábito/s le resulta/n más fácil sostener?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Alimentación saludable	72	6,9	6,9	6,9
	Ejercicio físico	68	6,5	6,5	13,5
	Sueño regular	90	8,7	8,7	22,1
	Desafíos cognitivos	89	8,6	8,6	30,7
	Sociales	69	6,6	6,6	37,3
	Alimentación y otro	92	8,8	8,8	46,2
	Varios (tres o más)	263	25,3	25,3	71,4
	Alimentación y sueño	48	4,6	4,6	76,1
	Ejercicio físico y otro	88	8,5	8,5	84,5
	Sociales y otro	161	15,5	15,5	100,0
	Total	1040	100,0	100,0	

Facilidad sostener hábitos saludables

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Acompañado	84	8,1	8,1	8,1

Poco tiempo	78	7,5	7,5	15,6
Económico	12	1,2	1,2	16,7
Cómodo	103	9,9	9,9	26,6
Compromiso	235	22,6	22,6	49,2
Indicación	49	4,7	4,7	53,9
Varias condiciones	449	43,2	43,2	97,1
Ocasional	30	2,9	2,9	100,0
Total	1040	100,0	100,0	

¿Por qué cree que no aplica la totalidad de su conocimiento al respecto en la vida diaria?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No tiempo	318	30,6	30,6	30,6
	No motivación	177	17,0	17,0	47,6
	No tiempo-motivación	185	17,8	17,8	65,4
	No cree necesario	92	8,8	8,8	74,2
	5	1	0,1	0,1	74,3
	No esfuerzo o voluntad	108	10,4	10,4	84,7
	Varias razones	159	15,3	15,3	100,0
	Total	1040	100,0	100,0	

En caso de advertir que no pone en práctica los conocimientos que posee sobre hábitos saludables, cómo se siente Ud. al respecto?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Enojo	152	14,6	14,6	14,6
	Miedo	16	1,5	1,5	16,2
	Precupa	502	48,3	48,3	64,4
	No molesta	105	10,1	10,1	74,5
	Nada especial	187	18,0	18,0	92,5
	Varios	78	7,5	7,5	100,0
	Total	1040	100,0	100,0	

¿En qué medida ha incorporado y mantenido un/unos hábito/s saludable/s?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bastante	197	18,9	18,9	18,9
	Mas o menos	442	42,5	42,5	61,4
	Algunos	324	31,2	31,2	92,6
	Ninguno	77	7,4	7,4	100,0
	Total	1040	100,0	100,0	

¿En qué medida la incorporación de un/unos hábito/s saludable/s ha/n mejorado su calidad de vida?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Casi nada	74	7,1	7,1	7,1
	Poco	144	13,8	13,8	21,0
	Mas o menos	339	32,6	32,6	53,6
	Bastante	483	46,4	46,4	100,0
	Total	1040	100,0	100,0	

Con las recomendaciones que los expertos hacen sobre hábitos saludables, ¿siente que puede cumplirlas?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	548	52,7	52,7	52,7
	NO	118	11,3	11,3	64,0
	NO SE	374	36,0	36,0	100,0
	Total	1040	100,0	100,0	

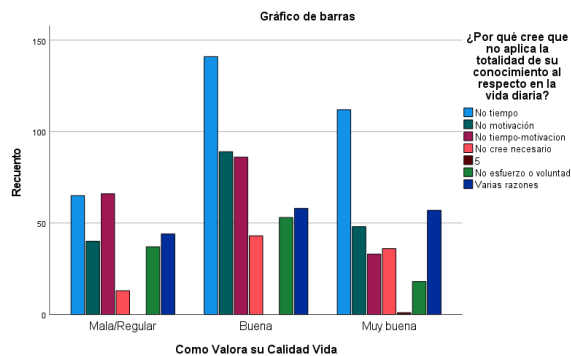
Con el estilo de vida actual que Ud. lleva, ¿se ha sentido en riesgo de enfermedad o muerte?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	210	20,2	20,2	20,2
	NO	731	70,3	70,3	90,5
	NO SE	99	9,5	9,5	100,0
	Total	1040	100,0	100,0	

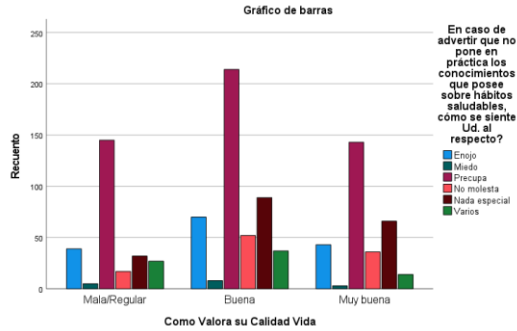
MEDIDAS DE ASOCIACION DE VARIBALES CON LA VARIABLES “VALORA CALIDAD DE VIDA” (CHI CUADRADO)

1) No asociación significativa entre la “valoración de la calidad de vida” y variable “facilidad para sostener hábitos saludables” (Chi2= 14,97, p= 0,38).

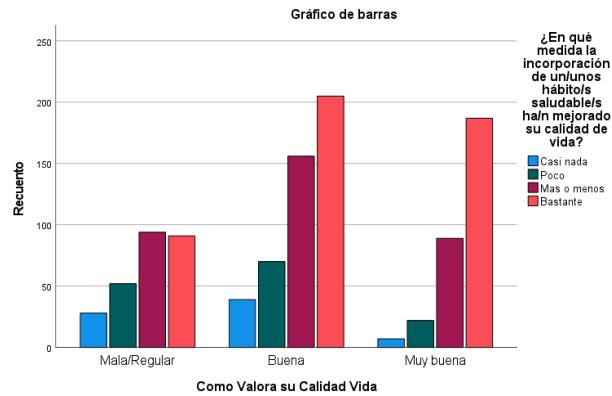
2) Asociación significativa de bajo grado entre las variables “valora calidad de vida” y “motivos por los que no aplica la totalidad de su conocimiento en su vida diaria” (Chi2= 49,74; p= 0,001; Phi=0,22).



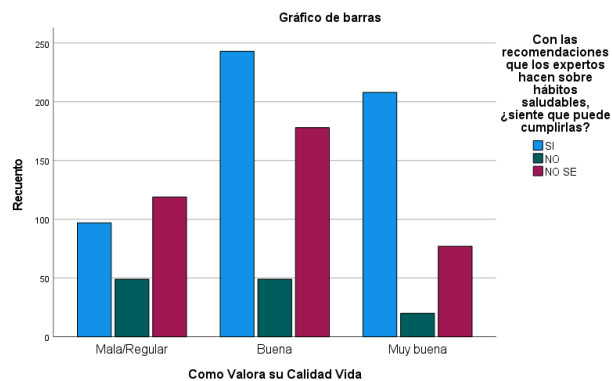
3) Asociación débil entre valoración calidad de vida y cómo se siente si no pone en practica sus conocimientos sobre hábitos saludables (Chi2= 22,71; p= 0,001; Phi=0,15)



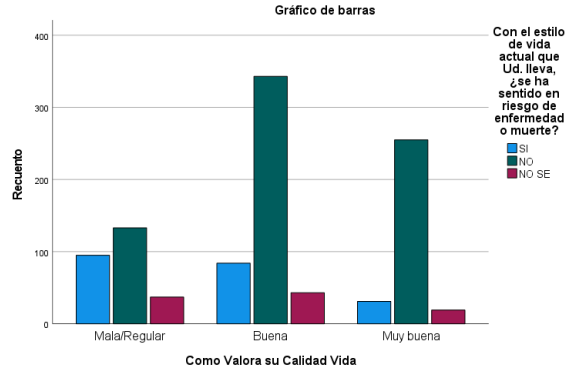
4) Asociación significativa entre valorar calidad de vida y la medida en que ha incorporado hábitos saludables (Chi2= 57,26; p= 0,001; Phi=0,24)



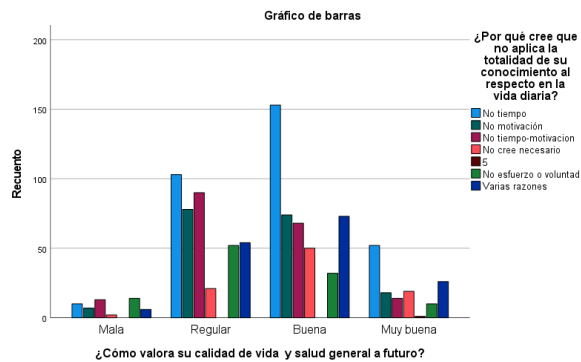
5) Asociación significativa entre Cómo valora calidad de vida (Mala/regular, Buena, Muy buena) y las recomendaciones que los expertos hacen sobre hábitos saludables (sienten que pueden cumplirlas) (Chi2= 61,56; p= 0,001; Phi=0,25).



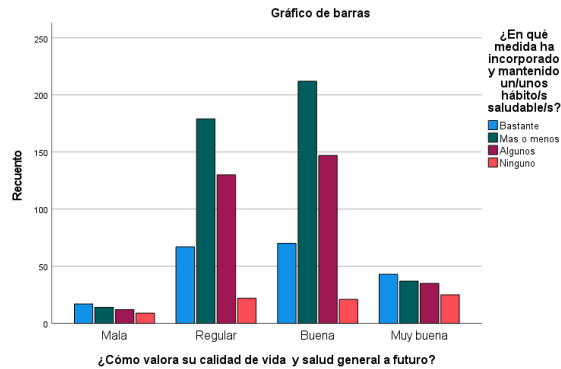
6) Asociación significativa entre Cómo valora calidad de vida (Mala/regular, Buena, Muy buena) y estilo de vida que lleva actualmente son sensación de riesgo de enfermedad o muerte. (Chi2= 81,50; p= 0,001; Phi=0,28).



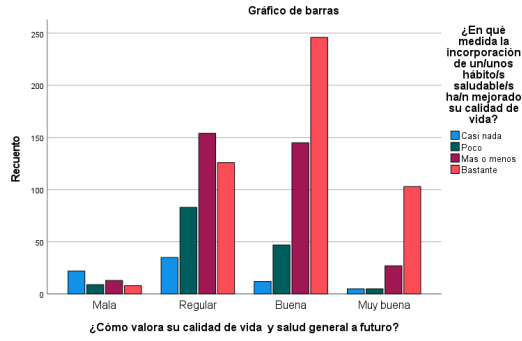
7) Asociación significativa entre Cómo valora su calidad de vida y salud general a futuro con la variables Por qué cree no aplica la totalidad de su conocimiento al respecto (Chi2= 70,35; p= 0,001; Phi=0,26).



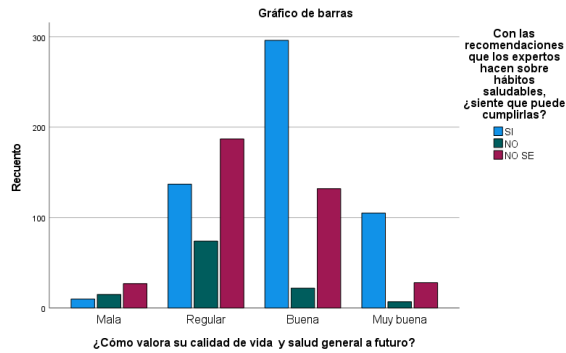
8) Asociación significativa entre Como valora su calidad de vida y salud general a futuro con la variable En qué medida ha incorporado y mantenido hábitos saludables (Chi2= 70,80; p= 0,001; Phi=0,26).



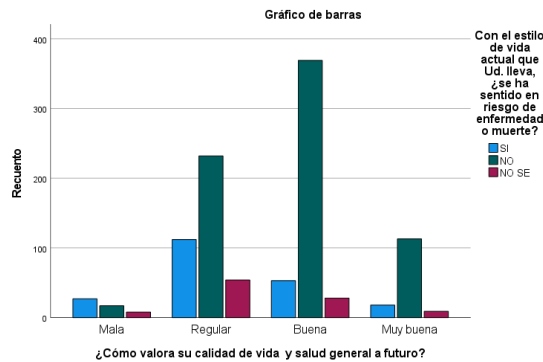
9) Asociación significativa entre Como valora su calidad de vida y salud general a futuro con la variable En qué medida los hábitos saludables han mejorado su calidad de vida (Chi2= 207,50; p= 0,001; Phi=0,45).



10) Asociación significativa entre ¿Cómo valora su calidad de vida y salud general a futuro? y las recomendaciones que los expertos hacen sobre hábitos saludables, ¿siente que puede cumplirlas? (Chi2= 150,62; p= 0,001; Phi=0,39).



11) Asociación significativa entre ¿Cómo valora su calidad de vida y salud general a futuro? Y Con el estilo de vida actual que Ud. lleva, ¿se ha sentido en riesgo de enfermedad o muerte? (Chi2= 102,72; p= 0,001; Phi=0,31).



ASOCIACION DE VARIABLES DEMOGRAFICAS CON VARIABLES DE ENCUESTA.
 REDACTAR LOS PARRAFOS CON LOS DATOS QUE SE PROVEEN (Chi2, P y PHI).

Edad Agrupada * Facilidad sostener hábitos Saludables

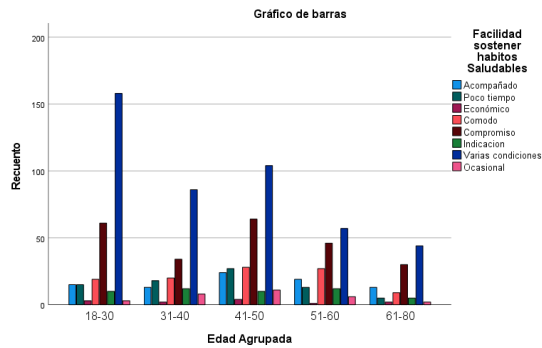
Pruebas de chi-cuadrado

Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
-------	----	--------------------------------------

Chi-cuadrado de Pearson	53,871 ^a	28	0,002
-------------------------	---------------------	----	-------

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	0,228	0,002



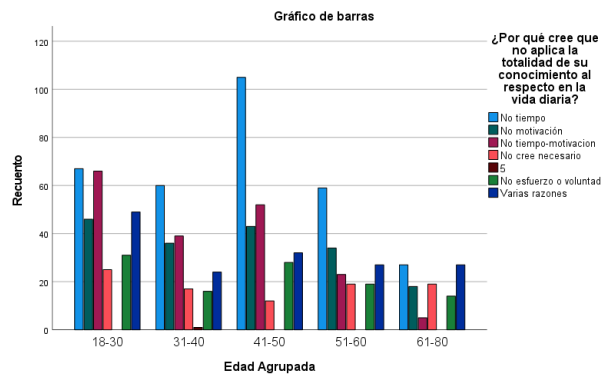
Edad Agrupada * ¿Por qué cree que no aplica la totalidad de su conocimiento al respecto en la vida diaria?

Pruebas de chi-cuadrado

			Significación asintótica (bilateral)
		Valor	gl
Chi-cuadrado de Pearson		63,396 ^a	24

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	0,247	0,000



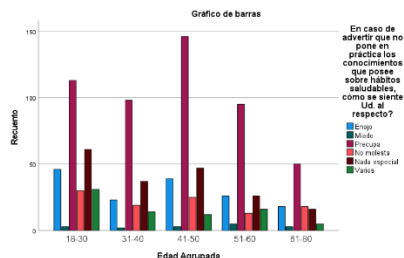
Edad Agrupada * En caso de advertir que no pone en práctica los conocimientos que posee sobre hábitos saludables, cómo se siente Ud. al respecto?

Pruebas de chi-cuadrado

			Significación asintótica (bilateral)
		Valor	gl
Chi-cuadrado de Pearson		32,430 ^a	20

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	0,177	0,039
	V de Cramer	0,088	0,039



Edad Agrupada * ¿En qué medida ha incorporado y mantenido un/unos hábito/s saludable/s?
NO SIGNIFICATIVO

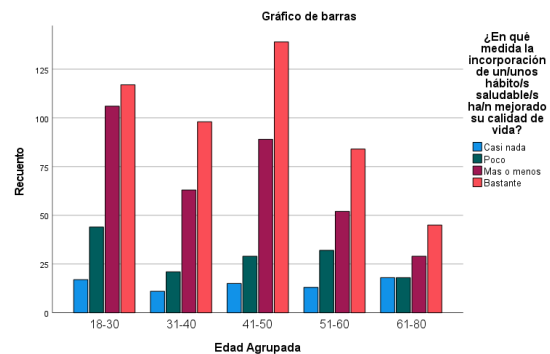
Edad Agrupada * ¿En qué medida la incorporación de un/unos hábito/s saludable/s ha/n mejorado su calidad de vida?

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	30,005^a	12	0,003

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	0,170	0,003



Edad Agrupada * Con las recomendaciones que los expertos hacen sobre hábitos saludables, ¿siente que puede cumplirlas?
NO SIGNIFICATIVO

Edad Agrupada * Con el estilo de vida actual que Ud. lleva, ¿se ha sentido en riesgo de enfermedad o muerte?
NO SIGNIFICATIVO

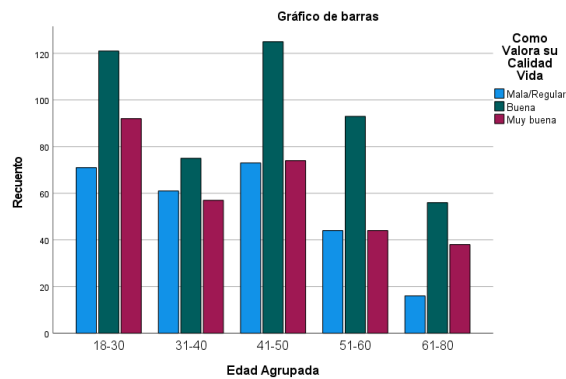
Edad Agrupada * Como Valora su Calidad Vida

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,728^a	8	0,033

Medidas simétricas

	Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal Phi	0,127	0,033



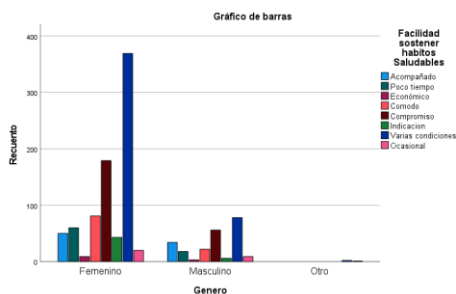
Género * Facilidad sostener hábitos Saludables

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	38,641^a	14	0,000

Medidas simétricas

	Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal Phi	0,193	0,000



Género * ¿Por qué cree que no aplica la totalidad de su conocimiento al respecto en la vida diaria?

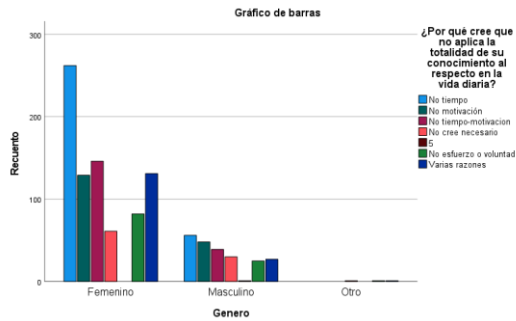
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)

Chi-cuadrado de Pearson	24,870 ^a	12	0,015
-------------------------	---------------------	----	-------

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	0,155	0,015



Género * En caso de advertir que no pone en práctica los conocimientos que posee sobre hábitos saludables, cómo se siente Ud. al respecto?
NO SIGNIFICATIVO

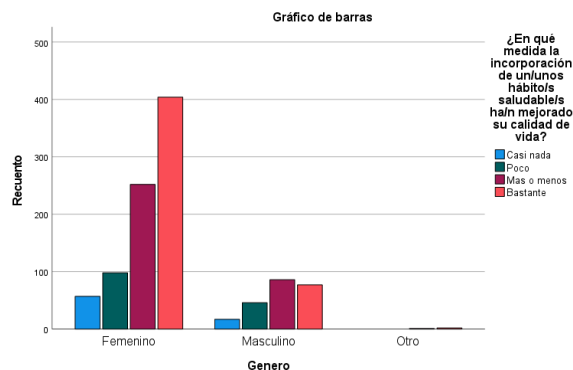
Género * ¿En qué medida la incorporación de un/unos hábitos/s saludable/s ha/n mejorado su calidad de vida?

Pruebas de chi-cuadrado

		Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson		21,763 ^a	6	0,001

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	0,145	0,001



Género * Con las recomendaciones que los expertos hacen sobre hábitos saludables, ¿siente que puede cumplirlas?
NO SIGNIFICATIVO

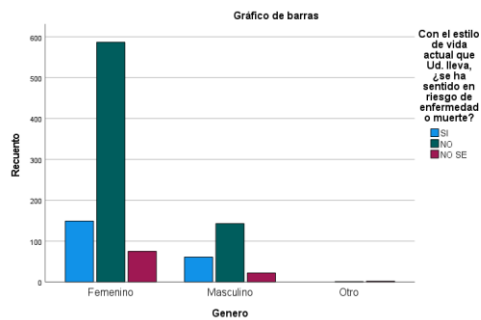
Género * Con el estilo de vida actual que Ud. lleva, ¿se ha sentido en riesgo de enfermedad o muerte?

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20,145 ^a	4	0,000

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	0,139	0,000



Genero * Como Valora su Calidad Vida

Tabla cruzada

Recuento

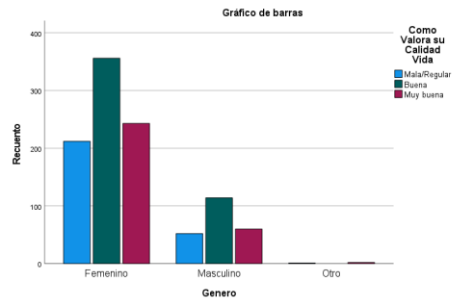
		Como Valora su Calidad Vida			Total
		Mala/Regular	Buena	Muy buena	
Genero	Femenino	212	356	243	811
	Masculino	52	114	60	226
	Otro	1	0	2	3
Total		265	470	305	1040

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,922 ^a	4	0,205

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	0,075	0,205



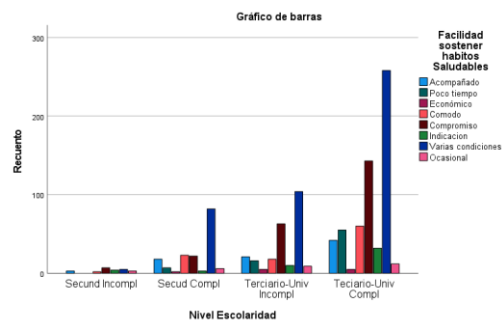
Nivel Escolaridad * Facilidad sostener hábitos Saludables

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	50,420 ^a	21	0,000

Medidas simétricas

	Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal Phi	0,220	0,000



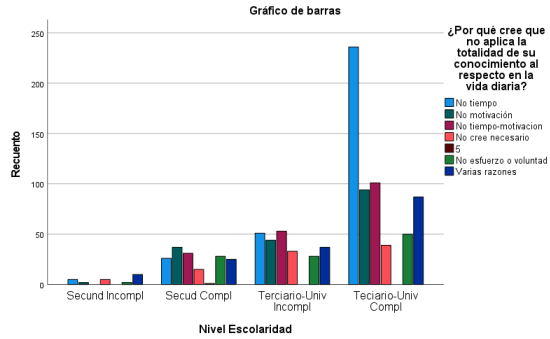
Nivel Escolaridad * ¿Por qué cree que no aplica la totalidad de su conocimiento al respecto en la vida diaria?

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	86,239 ^a	18	0,000

Medidas simétricas

	Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal Phi	0,288	0,000



Nivel Escolaridad * En caso de advertir que no pone en práctica los conocimientos que posee sobre hábitos saludables, cómo se siente Ud. al respecto?
NO SIGNIFICATIVO

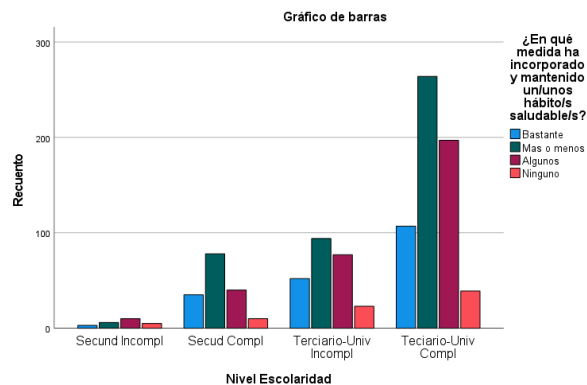
Nivel Escolaridad * ¿En qué medida ha incorporado y mantenido un/unos hábito/s saludable/s?

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,006 ^a	9	0,035

Medidas simétricas

	Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal Phi	0,132	0,035



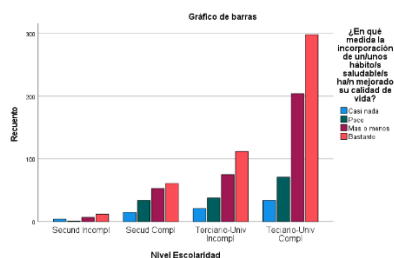
Nivel Escolaridad * ¿En qué medida la incorporación de un/unos hábitos/s saludable/s ha/n mejorado su calidad de vida?

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	21,119 ^a	9	0,012

Medidas simétricas

	Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal Phi	0,143	0,012



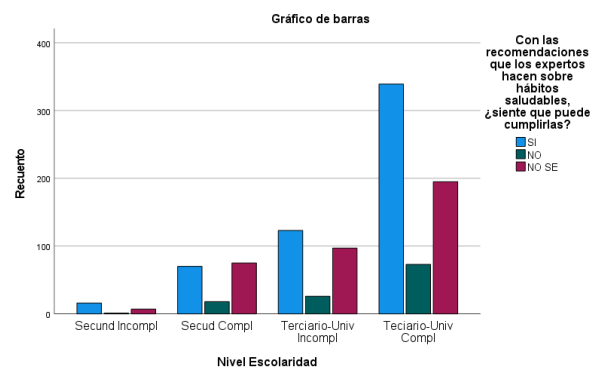
Nivel Escolaridad * Con las recomendaciones que los expertos hacen sobre hábitos saludables, ¿siente que puede cumplirlas?

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,991 ^a	6	0,020

Medidas simétricas

	Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal Phi	0,120	0,020



Nivel Escolaridad * Con el estilo de vida actual que Ud. lleva, ¿se ha sentido en riesgo de enfermedad o muerte?
NO SIGNIFICATIVO

Nivel Escolaridad * Como Valora su Calidad Vida
NO SIGNIFICATIVO

Estado laboral * Facilidad sostener hábitos Saludables

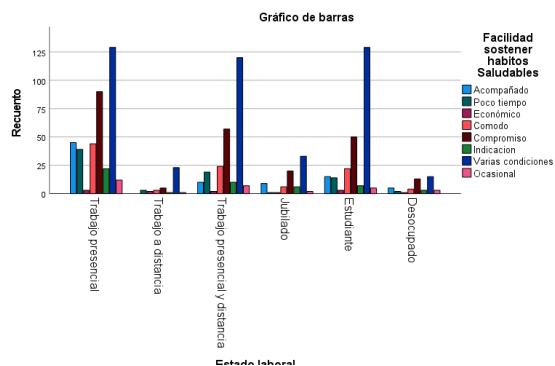
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	64,564 ^a	35	0,002

Medidas simétricas

	Valor	Significación aproximada

Nominal por Nominal Phi 0,249 | 0,002



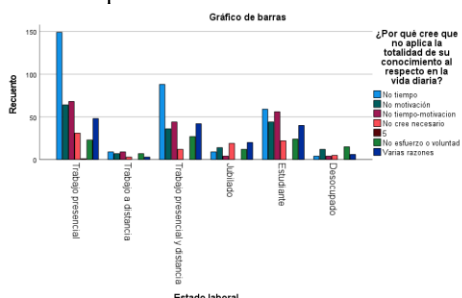
Estado laboral * ¿Por qué cree que no aplica la totalidad de su conocimiento al respecto en la vida diaria?

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	118,549 ^a	30	0,000

Medidas simétricas

	Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal Phi	0,338	0,000



Estado laboral * En caso de advertir que no pone en práctica los conocimientos que posee sobre hábitos saludables, cómo se siente Ud. al respecto?
NO SIGNIFICATIVO

Estado laboral * ¿En qué medida ha incorporado y mantenido un/unos hábito/s saludable/s?
NO SIGNIFICATIVO

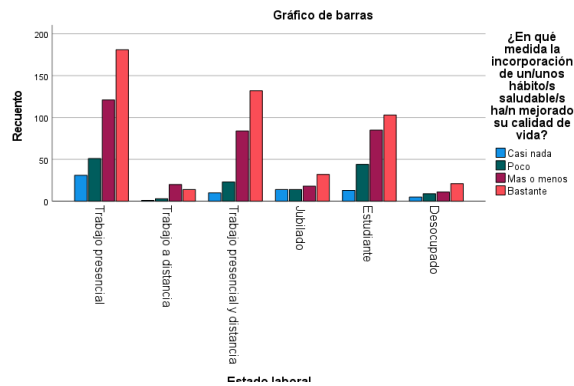
Estado laboral * ¿En qué medida la incorporación de un/unos hábito/s saludable/s ha/n mejorado su calidad de vida?

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	42,852 ^a	15	0,000

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	0,203	0,000



Estado laboral * Con las recomendaciones que los expertos hacen sobre hábitos saludables, ¿siente que puede cumplirlas?
NO SIGNIFICATIVO

Estado laboral * Con el estilo de vida actual que Ud. lleva, ¿se ha sentido en riesgo de enfermedad o muerte?
NO SIGNIFICATIVO

Estado laboral * Como Valora su Calidad Vida
NO SIGNIFICATIVO

Factores Riesgo * Facilidad sostener hábitos Saludables
NO SIGNIFICATIVO

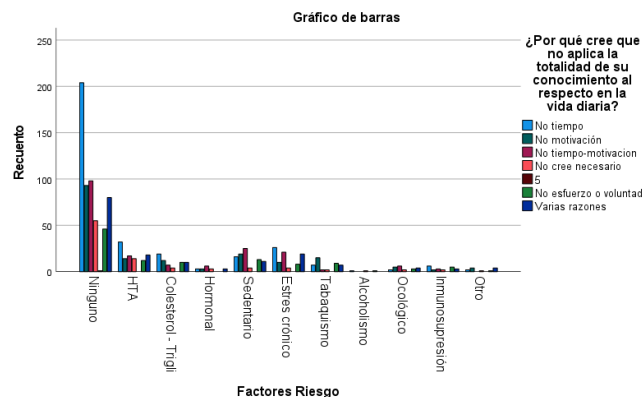
Factores Riesgo * ¿Por qué cree que no aplica la totalidad de su conocimiento al respecto en la vida diaria?

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	90,336 ^a	60	0,007

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	0,295	0,007



Factores Riesgo * En caso de advertir que no pone en práctica los conocimientos que posee sobre hábitos saludables, cómo se siente Ud. al respecto?
NO SIGNIFICATIVO

Factores Riesgo * ¿En qué medida ha incorporado y mantenido un/unos hábito/s saludable/s?
NO SIGNIFICATIVO

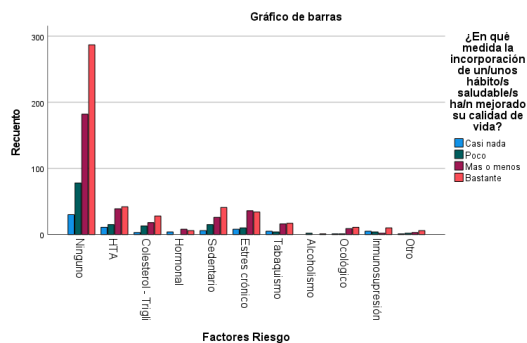
Factores Riesgo * ¿En qué medida la incorporación de un/unos hábitos/s saludable/s ha/n mejorado su calidad de vida?

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	49,752 ^a	30	0,013

Medidas simétricas

	Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal Phi	0,219	0,013



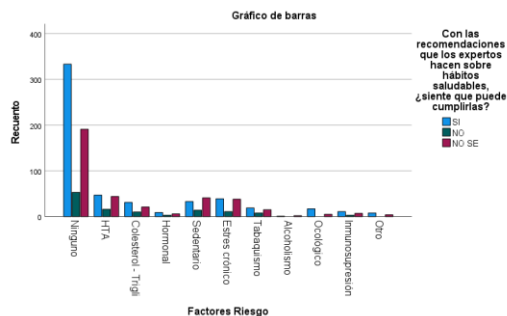
Factores Riesgo * Con las recomendaciones que los expertos hacen sobre hábitos saludables, ¿siente que puede cumplirlas?

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	34,829 ^a	20	0,021

Medidas simétricas

	Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal Phi	0,183	0,021



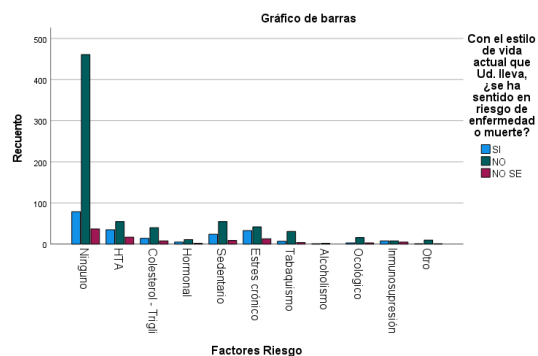
Factores Riesgo * Con el estilo de vida actual que Ud. lleva, ¿se ha sentido en riesgo de enfermedad o muerte?

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	84,595 ^a	20	0,000

Medidas simétricas

	Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal Phi	0,285	0,000



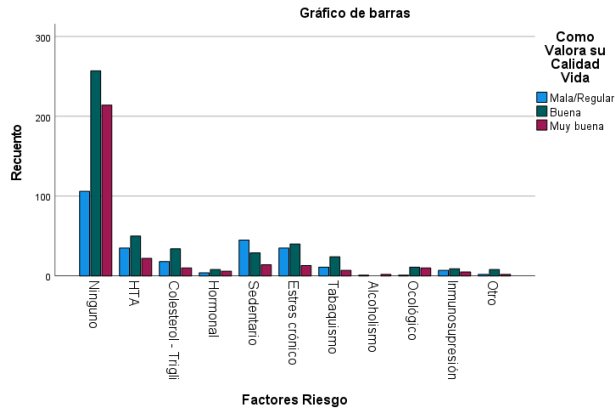
Factores Riesgo * Como Valora su Calidad Vida

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	93,643 ^a	20	0,000

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	0,300	0,000



Riesgo Categoría * Facilidad sostener hábitos Saludables
NO SIGNIFICATIVO

Riesgo Categoría * ¿Por qué cree que no aplica la totalidad de su conocimiento al respecto en la vida diaria?
NO SIGNIFICATIVO

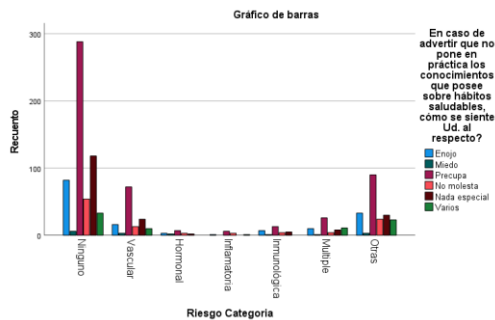
Riesgo Categoría * En caso de advertir que no pone en práctica los conocimientos que posee sobre hábitos saludables, cómo se siente Ud. al respecto?

Pruebas de chi-cuadrado

		Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson		50,856 ^a	30	0,010

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	0,221	0,010



Riesgo Categoría * ¿En qué medida ha incorporado y mantenido un/unos hábitos/s saludable/s?
NO SIGNIFICATIVO

Riesgo Categoría * ¿En qué medida la incorporación de un/unos hábitos/s saludable/s ha/n mejorado su calidad de vida?
NO SIGNIFICATIVO

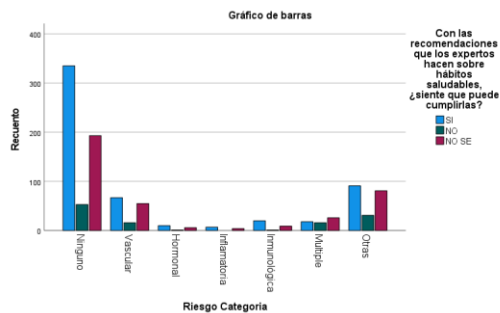
Riesgo Categoría * Con las recomendaciones que los expertos hacen sobre hábitos saludables, ¿siente que puede cumplirlas?

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	37,880 ^a	12	0,000

Medidas simétricas

	Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal Phi	0,191	0,000



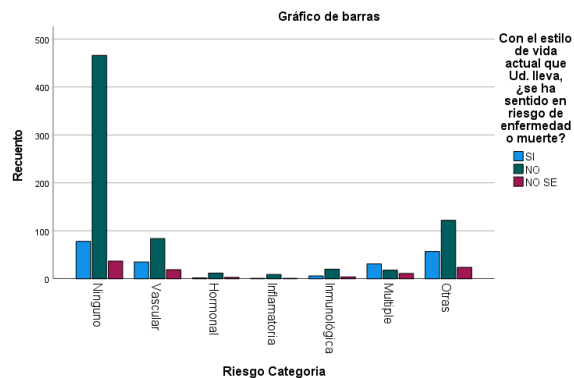
Riesgo Categoría * Con el estilo de vida actual que Ud. lleva, ¿se ha sentido en riesgo de enfermedad o muerte?

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	95,299 ^a	12	0,000

Medidas simétricas

	Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal Phi	0,303	0,000



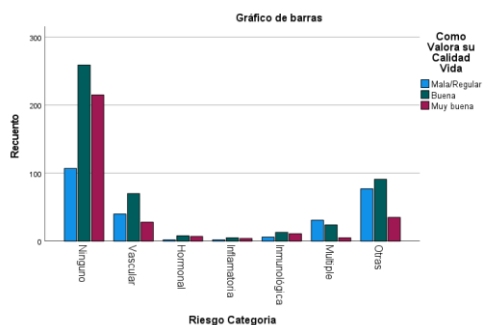
Riesgo Categoría * Como Valora su Calidad Vida

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	79,962 ^a	12	0,000

Medidas simétricas

	Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal Phi	0,277	0,000



¿Cómo valora su calidad de vida y salud general a futuro? * Facilidad sostener hábitos Saludables
NO SIGNIFICATIVO

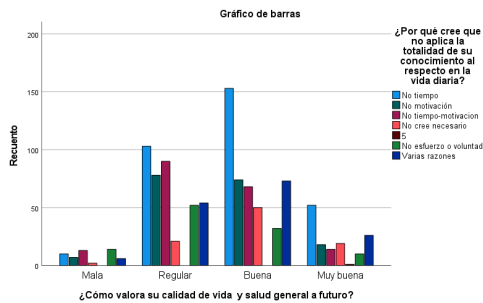
¿Cómo valora su calidad de vida y salud general a futuro? * ¿Por qué cree que no aplica la totalidad de su conocimiento al respecto en la vida diaria?

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	70,308 ^a	18	0,000

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	0,260	0,000



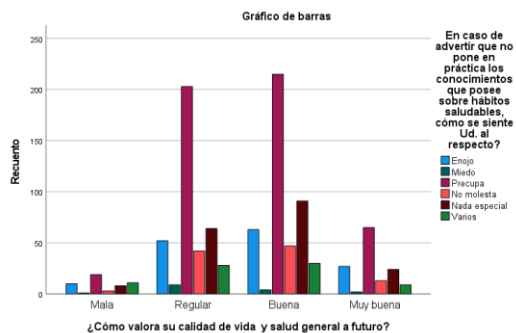
¿Cómo valora su calidad de vida y salud general a futuro? * En caso de advertir que no pone en práctica los conocimientos que posee sobre hábitos saludables, cómo se siente Ud. al respecto?

Pruebas de chi-cuadrado

			Significación asintótica (bilateral)
		Valor	gl
Chi-cuadrado de Pearson		25,655 ^a	15

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	0,157	0,042



¿Cómo valora su calidad de vida y salud general a futuro? * ¿En qué medida ha incorporado y mantenido un/unos hábito/s saludable/s?

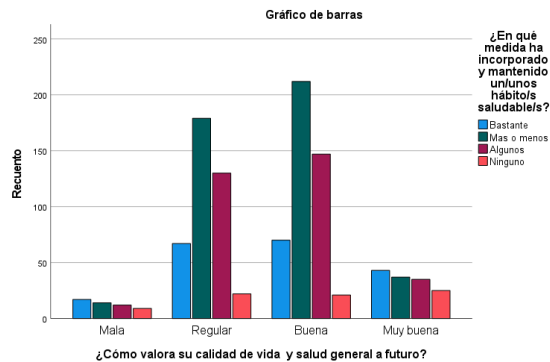
Pruebas de chi-cuadrado

			Significación asintótica (bilateral)
		Valor	gl
Chi-cuadrado de Pearson		70,803 ^a	9

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	0,450	0,000

Nominal por Nominal	Phi	0,261	0,000
---------------------	-----	-------	-------



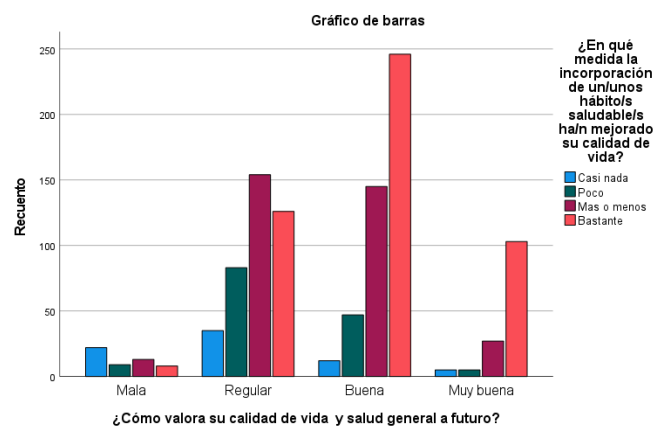
¿Cómo valora su calidad de vida y salud general a futuro? * ¿En qué medida la incorporación de un/unos hábito/s saludable/s ha/n mejorado su calidad de vida?

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	207,437 ^a	9	0,000

Medidas simétricas

	Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	0,447



¿Cómo valora su calidad de vida y salud general a futuro? * Con las recomendaciones que los expertos hacen sobre hábitos saludables, ¿siente que puede cumplirlas?

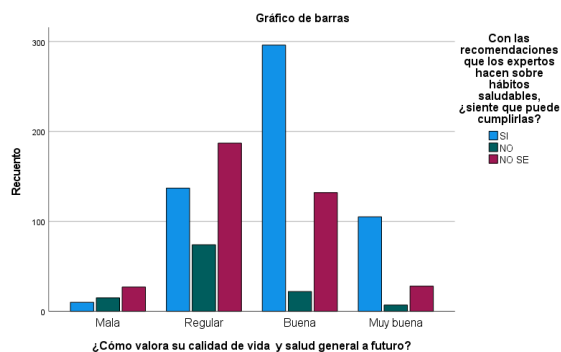
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)

Chi-cuadrado de Pearson	150,620 ^a	6	0,000
-------------------------	----------------------	---	-------

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	0,381	0,000



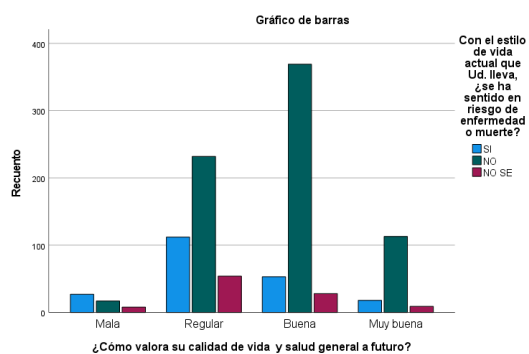
¿Cómo valora su calidad de vida y salud general a futuro? * Con el estilo de vida actual que Ud. lleva, ¿se ha sentido en riesgo de enfermedad o muerte?

Pruebas de chi-cuadrado

		Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson		102,720 ^a	6	0,000

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	0,314	0,000



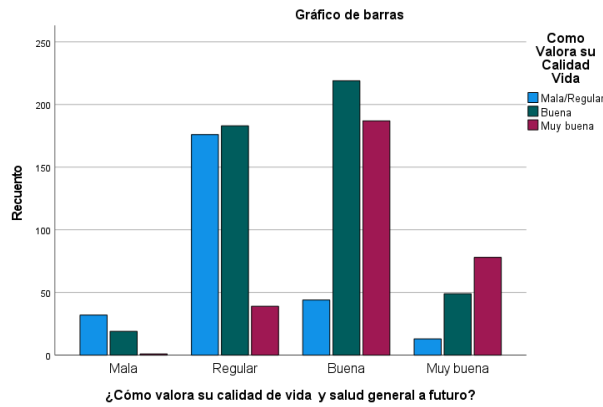
¿Cómo valora su calidad de vida y salud general a futuro? * Como Valora su Calidad Vida

Pruebas de chi-cuadrado

		Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson		265,937 ^a	6	0,000

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	0,506	0,000



PREDICCIÓN DE LA VARIABLE: VALORA SU CALIDAD DE VIDA

				Cambio en R cuadrado	Cambio en F	gl1	gl2	Sig. Cambio en F
0,514^d	0,264	0,261	0,733	0,021	29,121	1	1035	0,000

	B	Desv. Error	Beta	t	Sig.	95,0% intervalo de confianza para B	
						Límite inferior	Límite superior
(Constante)	5,286	0,104		50,689	0,000	5,082	5,491
¿Considera Ud. que se alimenta saludablemente?	-0,258	0,032	-0,240	-8,012	0,000	-0,322	-0,195
¿Cuántos días en la semana se reúne con amigos o realiza actividades sociales variadas y de calidad?	0,112	0,016	0,196	7,214	0,000	0,081	0,142
¿Considera Ud. que realiza ejercicio físico como un hábito?	-0,159	0,024	-0,200	-6,731	0,000	-0,205	-0,112
¿Considera Ud. que duerme las horas necesarias para obtener un buen descanso?	-0,137	0,025	-0,153	-5,396	0,000	-0,187	-0,087

Las variables que figuran en tabla superior explican un 26,4% de la varianza o los casos que valoran la calidad de vida en función de las mismas.

PREDICCIÓN DE LA VARIABLE VALORA CALIDAD DE VIDA A FUTURO

Resumen del modelo^{m,n}

R	Estadísticos de cambio
---	------------------------

Modelo	R cuadrado ^b	R cuadrado ajustado	Error estándar de		Cambio en R cuadrado	Cambio en F	gl1	gl2	Sig. Cambio en F
			la estimación	la					
1	0,944 ^a	0,891	0,891	1,232	0,891	8504,458	1	1039	0,000
2	0,971 ^c	0,944	0,944	0,886	0,053	971,025	1	1038	0,000
3	0,974^d	0,948	0,948	0,849	0,005	94,858	1	1037	0,000

Coefficientes^{a,b}

Modelo	Coeficientes					95,0% intervalo de confianza para B		
	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		t	Sig.	Límite inferior	Límite superior
	B	Desv. Error	Beta					
¿Cuántos días en la semana se alimenta saludablemente)?	0,758	0,008	0,944		92,220	0,000	0,742	0,774
¿Cuántos días en la semana se alimenta saludablemente)?	0,496	0,010	0,618		48,379	0,000	0,476	0,517
¿Considera Ud. que se alimenta saludablemente?	0,583	0,019	0,398		31,161	0,000	0,547	0,620
¿Cuántos días en la semana se alimenta saludablemente)?	0,448	0,011	0,558		40,612	0,000	0,426	0,469
¿Considera Ud. que se alimenta saludablemente?	0,523	0,019	0,357		27,626	0,000	0,486	0,561
¿Cuántos días en la semana se reúne con amigos o realiza actividades sociales variadas y de calidad?	0,171	0,018	0,119		9,740	0,000	0,137	0,206

Las variables que figuran en tabla superior explican un 94,8% de la varianza o los casos que valoran la calidad de vida en función de las mismas.