



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CONDUCTAS DE SALUD Y SALUD EN JÓVENES UNIVERSITARIOS DE LIMA METROPOLITANA

Tesis para optar el Título de Licenciado en Psicología con Mención en
Psicología Clínica que presenta el alumno:

ALEJANDRO ROSSI TORRINGHI-BERRETTI

Asesora:

Mónica de los Milagros Cassaretto Bardales

Lima, 2018

Agradecimientos

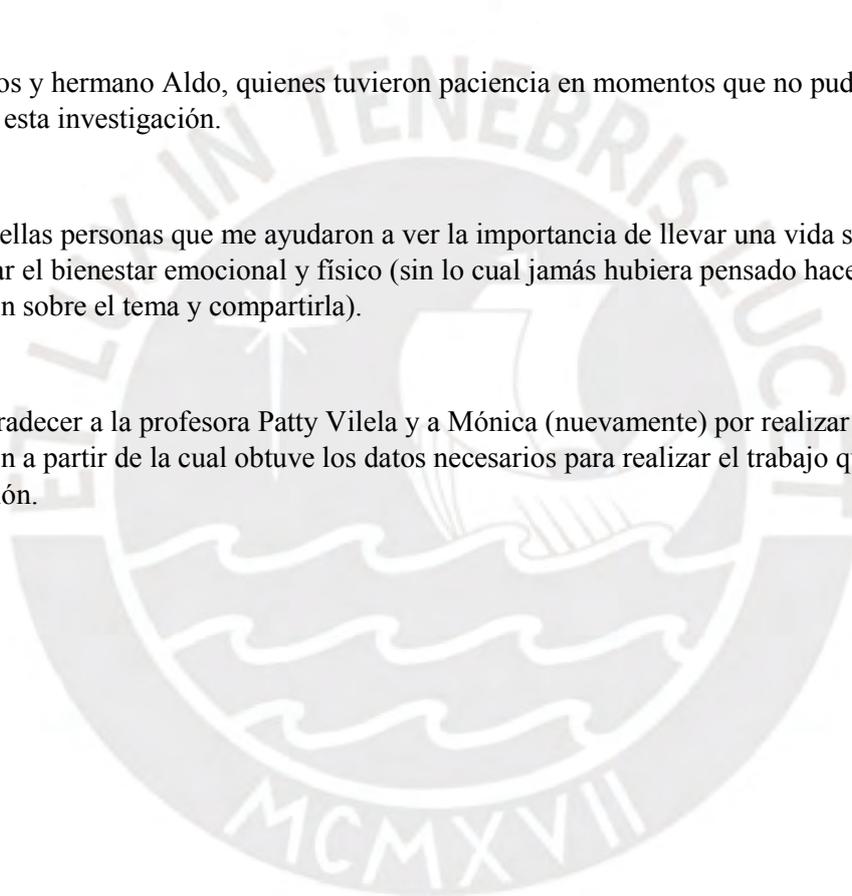
Quisiera agradecer a Mónica Cassaretto por el dedicado asesoramiento que me brindó desde el comienzo de este proceso. Sin sus detalladas observaciones, la calidad de la redacción del documento quedaría muy por detrás de la actual. Además, supo darme valiosos consejos durante este tiempo sin que sea ni su obligación ni algo de valor únicamente para la escritura de la tesis.

A mis padres, por el apoyo incondicional que me dieron al decidir estudiar una segunda carrera, y el interés que mostraron siempre por la misma.

A mis amigos y hermano Aldo, quienes tuvieron paciencia en momentos que no pude atenderlos por avanzar esta investigación.

A todas aquellas personas que me ayudaron a ver la importancia de llevar una vida saludable para alcanzar el bienestar emocional y físico (sin lo cual jamás hubiera pensado hacer una investigación sobre el tema y compartirla).

Y, claro, agradecer a la profesora Patty Vilela y a Mónica (nuevamente) por realizar la investigación a partir de la cual obtuve los datos necesarios para realizar el trabajo que expongo a continuación.



Resumen

La presente investigación tuvo como propósito estudiar las posibles relaciones entre conductas de salud y salud en un grupo de jóvenes universitarios de una universidad privada de Lima Metropolitana. Los participantes de la muestra fueron 190 alumnos, hombres y mujeres entre los 18 y 30 años de distintas facultades y semestres de estudio. Un objetivo secundario fue describir las variables de estudio en los participantes, y analizarlas según factores sociodemográficos. Para medir la salud de los participantes se utilizó el cuestionario de salud SF-36 (Ware & Sherbourne, 1992). Para medir las conductas de salud, se utilizó el CHS (Cassaretto, Vilela, Saravia & Chau, en prensa), una selección de ítems de la primera parte del CEVJU (Arrivillaga, Salazar & Gómez, 2002). En cuanto al propósito de la investigación, se encontró que todas las conductas de salud, a excepción del manejo de consumo de sustancias, se correlacionan con por lo menos una dimensión de salud. Organización del sueño es la conducta con mayor número de correlaciones con salud (varias de tamaño mediano) seguida de las prácticas de recreación y ocio. La correlación de mayor tamaño es entre organización del sueño y vitalidad. Actividad física también se correlaciona con vitalidad de manera mediana y muy significativa. Se discuten posibles explicaciones de los resultados encontrados, se comenta su relevancia, limitaciones que ha tenido la investigación, y proponen algunas recomendaciones para estudios similares en el futuro.

Palabras clave: Conductas de Salud, Salud, Estudiantes Universitarios.

Abstract

The purpose of this research was to study the possible relationships between health behaviours and health in a group of university students from a private university in Lima Metropolitana. The participants were 190 students of both sexes between 18 and 30 years old and of various faculties and semesters of study. A secondary objective of the investigation was to describe the study variables in the group of participants, and to analyze them according to different socio-demographic variables. The SF-36 Health Survey (Ware & Sherbourne, 1992) was used to measure the participants' health. The CHS (Cassaretto, Vilela, Saravia & Chau, in press), a selection of items from the first part of the CEVJU, instrument developed by Arrivillaga, Salazar & Gómez (2002) in Colombia, was used to measure health behaviors. Regarding the purpose of the study, it was found that every health behavior, except for substance consumption control, correlates significantly with at least 1 dimension of health. Sleep organization presents the most amount of correlations with health (several medium sized), followed by recreation. The largest correlation found was between sleep organization and vitality. Physical activity also correlates with vitality on a medium size and very significantly. Possible explanations of the results found are discussed, as well as their relevance, limitations of the investigation are reported and recommendations for future studies are given.

Keywords: Health Behaviours, Health, University Students.

Tabla de contenidos

Introducción.....	1
Método.....	9
Participantes.....	9
Medición.....	9
Análisis de datos.....	12
Resultados.....	13
Discusión.....	19
Referencias Bibliográficas.....	30
Apéndices.....	37
Apéndice A: Ficha de Datos.....	37
Apéndice B: Variables Sociodemográficas y académicas.....	39
Apéndice C: Consentimiento Informado.....	40
Apéndice D: Consistencia Interna SF-36.....	41
Apéndice E: Consistencia Interna SF-36.....	42

Desde mediados del siglo XX, las enfermedades infecciosas han dejado de ser consideradas la amenaza principal a la salud y han tomado su lugar las enfermedades crónicas. Estas enfermedades, como el cáncer o los problemas cardiovasculares, están relacionadas principalmente al estilo de vida del mundo moderno (Amigo et al., 2003; Becoña, 2004). Las enfermedades crónicas son responsables del 63% de muertes en el mundo; fumar, abusar del alcohol, mala alimentación e inactividad física están entre sus principales factores de riesgo (Organización Mundial de la Salud, 2011; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales, e Igualdad, 2014). Por ello, el comportamiento de las personas puede tener un papel fundamental tanto en la generación y mantenimiento de estados saludables como en el origen y la evolución de la enfermedad (Amigo et al., 2003; Becoña, 2004).

Los universitarios están particularmente expuestos a distintos estresores que los hace vulnerables al desarrollo de hábitos perjudiciales de salud. Cursando la adolescencia tardía, los jóvenes ingresantes deben afrontar nuevos niveles de exigencia, en un ámbito y con personas distintas, y con una decisión vocacional pendiente (Márquez, Ortiz & Rendón, 2009; Righi, Jorge & Dos Santos, 2006). Según Richardson, Abraham & Bond (2012), tanto el estrés como la menor percepción de bienestar en los universitarios tienen una influencia negativa en su rendimiento académico. Además, la forma en que los universitarios perciben su salud está relacionada a su salud física, salud mental y a su bienestar, por lo que, a su vez, puede tener un impacto en su desarrollo (Cornelisse-Vermaat, Antonides, Van Ophem & Van den Brink, 2006). Asimismo, un estado positivo de bienestar mental en la adolescencia se asocia a menores conductas de riesgo en la adultez y, en general, una mejor salud a largo plazo (Hoyt, Chase-Lansdale, Mcdade & Adam, 2012).

Las conductas de salud, conocidas también como inmunógenos conductuales, son aquellas que reducen el riesgo de presentar enfermedades, y promueven y mantienen un estado de salud en las personas (Amigo et al., 2003; Becoña, 2004). De las distintas investigaciones que han buscado determinar las conductas de salud más importantes, destaca un estudio por la amplitud de su muestra, tiempo de seguimiento e impacto en el campo de las ciencias de la salud (Becoña, 2004). Se trata de un estudio longitudinal del Condado de Alameda en Estados Unidos con una muestra de aproximadamente 7 000 personas; este estudio halló que los principales predictores conductuales de longevidad fueron los siguientes: dormir 7 u 8 horas cada día; desayunar todas las mañanas, no comer entre comidas y aproximarse al peso conveniente; no fumar, no abusar del alcohol o ser abstemio; y realizar actividad física con regularidad (Bellock & Breslow, 1972 en Becoña, 2004). Otras conductas que usualmente se consideran relevantes para la salud incluyen conductas de autocuidado como exámenes médicos periódicos preventivos (Medline Plus, 2017; Ministerio de Salud, 2008; OMS, 2017), y disponer de tiempo libre para el uso de la recreación y ocio (Muñoz & Salgado, 2006; Schmidt, 2012; UNESCO, 2010).

Las distintas conductas saludables impactan de varias formas en aspectos ligados a la salud. La sana alimentación, por su lado, permite el funcionamiento óptimo de un individuo y que mantenga un estado de salud en equilibrio (Amaya & Gaviarúa, 2007). El consumo de drogas legales e ilegales, en cambio, se asocia a distintas enfermedades, tales como las del aparato respiratorio, afecciones cerebrovasculares, cánceres, cardiopatía isquémica, etc. (Becoña, 2004). El sueño ayuda a restaurar los tejidos del cuerpo y cerebro y potencia la actividad del sistema inmune (Ramos, 2000). En cuanto a la actividad física, aquellos que la realizan sufren menos de estrés (Jiménez, Martínez, Miró & Sánchez, 2008) y presentan un estado de ánimo significativamente distinto- menor tristeza, menor fatiga y mayor vigor. Por último, los exámenes médicos periódicos sirven para detectar enfermedades tempranamente -o incluso antes de presentarse los primeros síntomas (Medline Plus, 2017; OMS, 2014)- y contar con tiempo libre y disponer de los recursos para disfrutarlo puede considerarse un indicador de calidad de vida (Muñoz & Salgado, 2006; OMS, 2017; Schmidt, 2012).

De esta manera, estas conductas protegen a los individuos del deterioro de su salud física (Amaya & Gaviarúa, 2007; Becoña, 2004; OMS, 2014; Ramos, 2000), salud mental (Jiménez, Martínez, Miró & Sánchez, 2008; Ramos, 2000) y calidad de vida (Muñoz & Salgado, 2006; OMS, 2017; UNESCO, 2000). Por ende, repercuten en diversas áreas de la salud, entendiendo a esta de forma integral. De esta manera, se vuelve necesario tomar distancia de un modelo unidimensional de la salud, es decir, de la salud entendida únicamente como salud física (Amigo et al., 2003; OMS, 1948).

El carácter multidimensional de la salud está señalado en la definición que la OMS (1948, p.1) brinda de ella: “la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esta forma de entender la salud implica la satisfacción de las necesidades biológicas, psicológicas y sociales (Amigo et al., 2003). De esta manera, una persona saludable es también aquella que, según la OMS (2013), es consciente de sus capacidades, puede ser productiva y contribuir a su comunidad; definición que abarca mucho más allá de la simple ausencia de enfermedad o malestar. La constitución de dicha entidad (OMS, 1948) declara que alcanzar el máximo nivel de salud es un derecho fundamental de todas las personas; que participar del conocimiento médico y psicológico y de sus frutos es esencial para que las personas alrededor del mundo alcancen este estado; y que el objetivo de la Organización Mundial de la Salud es alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud. Estos principios, señala la organización, son esenciales para la felicidad, armonía y seguridad de todas las personas en el mundo (OMS, 1948).

Frente a las malas prácticas de salud en universitarios peruanos y, justamente, partiendo de una definición multidimensional y positiva de la salud como la de la OMS (1948), el Consorcio

de Universidades (2013) propone cuidar y mantener la salud, evitando que disminuya con el tiempo. Si bien acepta la necesidad de recuperarla si se ha perdido ya, indica que lo que realmente debe hacerse es: “prevenir cualquier afección que altera dicha condición, antes que intentar restablecerla” (Consortio de Universidades, 2013, p.3). Resalta también el trabajo de los últimos años buscando introducir el concepto de una vida saludable en las universidades, fomentar actividades sanas y promover un ambiente agradable en el cual se desarrolle la vida universitaria.

A pesar del reconocimiento mundial de los efectos dañinos que tienen conductas como fumar, dormir poco y llevar una vida sedentaria (OMS, 2011), y a pesar de las recomendaciones frente a las mismas (Bellock & Breslow, 1972 en Becoña, 2004; Medline Plus, 2017; Muñoz & Salgado, 2006; OMS, 2011) estas no suelen cumplirse de manera integral (Becerra, 2016; Consortio de universidades, 2006; Kilpatrick, Hebert & Bartholomew, 2005; León-Prados et al., 2011). Por ejemplo, en cuanto a la actividad física, más del 70% de adultos no realiza actividad física de manera adecuada para mantener niveles de salud aceptables (León-Prados et al., 2011). León-Prados et al. (2011) también señalan que la cantidad de actividad física suele ser menor durante la adolescencia y continúa disminuyendo con la edad. Kilpatrick et al. (2005) encontraron en un estudio con universitarios estadounidenses que la mitad reconoce una disminución de la actividad física después de terminar la escuela.

Los estilos de vida de jóvenes universitarios en Lima tampoco son muy saludables (Becerra, 2016; Consortio de Universidades, 2006). Por ejemplo, en una investigación realizada por el Consortio de Universidades (2006), en la que se encuestó a 1 256 alumnos universitarios de 4 universidades particulares, se encontró que el 46.5% no realiza actividad física alguna y un 46% de los que sí lo hacen reportan practicar deporte menos de 3 veces por semana, el mínimo recomendado por la OMS (2011). De esta manera, solo terminaba siendo un 30% el que practicaba la cantidad de deporte recomendada. Además, se encontró que ellos tienen un consumo bajo de verduras y frutas y que el 37.3% fuma cigarrillos (Consortio de Universidades, 2006). Similarmente, en un estudio de Becerra (2016) con una muestra de 155 estudiantes de una universidad privada de Lima, se encontró que un número significativo de estudiantes reporta no realizar ninguna o casi ninguna actividad física, además de consumir alcohol en exceso, fumar, consumir poca agua, frutas y vegetales, entre otros.

En cuanto al consumo de bebidas alcohólicas, su consumo es mayor en varones que mujeres, y particularmente en aquellos que se encuentran entre las edades de 19 y 28 años, una etapa comúnmente de estudio universitario. De los 80 mil accidentes de carretera anuales, un 60% se provocan por efecto del alcohol (Instituto Nacional de Salud, 2012, en Consortio de universidades, 2013). Un estudio con 4 812 personas que fue realizado originalmente para conocer el consumo de drogas como anfetaminas y éxtasis en universidades de Lima, Callao, y Trujillo

concluyó que en la edad universitaria (entre 18 y 28) aumenta el consumo de todas las drogas en general en un 250% (Secretaría General de la Comunidad Andina y Comisión Europea, 2009, en Consorcio de universidades, 2013). CEDRO (2012, en Consorcio de universidades, 2013) agrega que es especialmente el uso de sustancias tóxicas legales el que aumenta durante los años de universidad, particularmente por el aumento de publicidad dirigida a ellos y por la cantidad de locales que venden alcohol en los alrededores de los centros de estudios.

Similarmente, los universitarios no gozan de un buen estado de salud, según indican algunas investigaciones (Bastardo, 2011; Boullosa, 2013). En un estudio en Perú con una muestra de 198 alumnos de los primeros años universitarios, el 89.42% de aquellos que reportaron preocupación o nerviosismo durante el semestre (que fueron el 95.45% del total), lo reportaron de intensidad media a medianamente alta y alta, siendo la ansiedad, angustia y desesperación los síntomas psicológicos más comunes (Boullosa, 2013). Además, los estudiantes del grupo reportaron sentir somnolencia y desmotivación frente a sus labores. De modo similar, Bastardo (2011), sirviéndose del SF-36 Health Survey, concluyó que los niveles de vitalidad y salud mental en un grupo de 171 estudiantes de farmacia en la ciudad de Caracas eran considerablemente bajos.

En lo que respecta a la salud de los jóvenes en el Perú, se realizó una encuesta a 11 042 jóvenes a nivel nacional de entre 15 y 29 años por la Secretaría Nacional de la Juventud (2012). Los resultados muestran que el 55% de los mismos reporta que se ha sentido tenso, nervioso o inquieto; el 51.1% cansado y aburrido la mayor parte del tiempo; el 47.5% ha sufrido constantemente de dolores de cabeza, cuello o espalda; y el 44% ha estado triste y sin deseo por realizar sus actividades comunes. Un 56.4% de los jóvenes encuestados reporta haber sufrido cambios en el ritmo de sueño. El porcentaje de mujeres que se ha sentido nerviosa, tensa o inquieta (60.1%) y que ha sufrido cambios en su ritmo de sueño (59.8%) es mayor al porcentaje de hombres que ha sufrido los mismos síntomas (49.8% y 53% respectivamente). Sin embargo, el porcentaje de hombres que mostraron indicadores de consumo de alcohol riesgoso es mayor al de las mujeres (19.7% y 3.9% respectivamente). A su vez, los resultados muestran que, a nivel de Lima metropolitana, el 55.1% de jóvenes reportaron haber tenido cambios en su ritmo de sueño; el 48.5% haberse sentido cansado o aburrido la mayor parte del tiempo; y el 46.8% haber sufrido constantemente de dolores de cabeza, cuello o espalda. Asimismo, el 57.7% indicó haberse sentido nervioso, tenso o inquieto. Sin embargo, en Lima Metropolitana, no se realizó un estudio de las variables según sexo (SENAJU, 2012).

Fuera del ámbito nacional, investigaciones con grandes muestras realizadas por instituciones de prestigio confirman el deteriorado estado de salud de personas en edad universitaria. Según la OMS (2012), en su estudio del 2008, en el continente americano es donde se observa la mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad. En la región, un 23.5% de hombres y

hasta un 29.7% de mujeres era obesa en la fecha de la investigación. A nivel universitario, en Estados Unidos, un estudio con 80 139 estudiantes arrojó que existe una cantidad significativa de sintomatología tal como dolor de espalda, asma, bronquitis, migrañas, presión alta e infección del tracto urinario (American College Association, siglas ACHA, 2015). La misma organización, ACHA, encontró en 2011 resultados bastante desalentadores a nivel mental: los últimos 12 meses, el 47% de estudiantes indicó haber sentido falta de esperanza, el 82% agotamiento y cansancio, el 58.8% sentirse muy solo alguna vez y el 6.9% incluso haber considerado alguna vez el suicidio (ACHA, 2012).

Asimismo, existen estudios que han investigado la relación entre conductas saludables y la salud de jóvenes universitarios. Grant, Wardle & Steptoe (2009) encontraron en un estudio con 17 246 jóvenes de edad universitaria provenientes de 21 países no latinoamericanos que la satisfacción de vida se correlaciona positivamente con no fumar, actividad física, protección solar, comer fruta y limitar el consumo de grasas, pero no con consumo de alcohol o consumo de fibras. Los resultados fueron particularmente consistentes en los distintos países para no fumar y ejercicio. El estudio además determinó que la relación entre variables era bidireccional. Por ejemplo, el bienestar está relacionado y a menudo precede conductas saludables, lo cual a su vez reduciría el riesgo a largo plazo del desarrollo de enfermedades. Interesantemente, Stubbe et al. (2007) decidieron estudiar la asociación entre actividad física y bienestar (felicidad, satisfacción de vida) y profundizar en la causalidad, de haberla, implícita en la relación. Efectivamente, encontraron que los activos físicamente estaban más contentos que los no activos en todas las edades, y concluyeron que la asociación entre actividad física y felicidad era no causal, y mediada en cambio por factores genéticos que tienen de por sí una influencia en ambas variables por separado.

Al respecto, Piqueras et al. (2011) señalan que un número considerable de estudios interculturales han investigado la relación entre la felicidad y el bienestar con estilos de vida y conductas de salud, pero ninguna de ellas ha estudiado esta relación en muestras de universitarios latinoamericanos. En su investigación, ellos encontraron que la felicidad y satisfacción con la vida tiene una relación significativa y positiva con conductas saludables como actividad física, alimentarse sanamente, y no fumar en un grupo de estudiantes universitarios de diversos países latinoamericanos. Adicionalmente, un estudio de Soto et al. (2009) que pretendía describir conductas de salud en universitarios colombianos y el nivel de satisfacción con cada una de las mismas, concluyó que el nivel de satisfacción con un comportamiento específico aumentaba conforme la conducta era más saludable, y disminuía en caso contrario. A pesar de esto y resultados similares en investigaciones de las mismas variables en otras poblaciones, autores como Grant et al. (2009, en Piqueras et al., 2011) y Steptoe et al. (2009, en Piqueras et al., 2011)

señalan que, en cuanto a la relación entre estas variables, los resultados son mixtos e inconsistentes.

Stranges et al. (2014) mencionan que si bien es conocido el hecho de que conductas poco saludables o de riesgo perjudican la salud física (Lim et al., 2010; Lozano et al. 2012; Maheswaran et al., 2013, en Stranges et al. 2014) y están fuertemente relacionadas a la presentación de enfermedades mentales (US Burden of Disease Collaborators, 2013, en Stranges et al. 2014), existe poca evidencia de la posible relación entre estilos de vida y bienestar mental. Los autores están entendiendo el concepto de bienestar mental desde un enfoque de la psicología positiva, para la cual bienestar mental implica sentirse y funcionar bien, optimismo, felicidad, resiliencia, autoestima, autonomía y buenas relaciones con los demás: mucho más allá de la presencia de psicopatología o no (Chida & Steptoe, 2008; Huppert, 2009; OMS, 2001, en Stranges et al. 2014). Por esto, Stranges et al. (2014) decidieron investigar las correlaciones entre conductas de salud y distintos niveles de bienestar mental con una muestra de 13 983 adultos con una edad mayor a los 16 años –el primero en realizarse con una muestra representativa de la población del Reino Unido. En su estudio, fumar y el consumo alto de alcohol se relacionaron negativamente con el bienestar mental de los participantes; mientras que el consumo de frutas y vegetales se relacionó positivamente con el mismo. Una limitación de este estudio es que no usó información sobre otras conductas de salud de las personas en la muestra.

Por otro lado, en un estudio de Schmidt (2012) en Suecia con una muestra de 152 estudiantes universitarios se concluyó que tanto los estilos de vida como la salud de las personas puede ser predicha hasta cierto punto por factores sociodemográficos como sexo, lengua madre y nivel de educación de los padres. Los hombres, quienes se mostraban significativamente más físicamente activos que las estudiantes mujeres, mostraban menor estrés y reportaban una mejor salud física, mental y global. En cambio, las mujeres mostraban una mayor tendencia hacia la alimentación poco saludable. Estos resultados reflejan lo que la investigación ha señalado en numerosas ocasiones: el sexo, entre factores sociodemográficos, es aquel de mayor importancia para la predicción de hábitos de salud de las personas (Ford et al., 2008; Johnson, 2005; Stock, Wille & Kramer, 2001; von Bothmer & Fridlund, 2005, en Schmidt 2012).

Por último, se han observado también diferencias en las variables de estudio según características sociodemográficas y académicas como lugar de nacimiento y facultad. En primer lugar, se ha encontrado mayor sintomatología depresiva en estudiantes universitarios de origen no limeño (Tataje, 2013). Lissett Damián (2016) encontró también que los estudiantes nacidos en provincia reportan como síntomas psicológicos de estrés a la ansiedad y desesperación con mayor frecuencia, y como síntomas comportamentales de estrés una mayor tendencia al conflicto y aislamiento de los demás que los estudiantes nacidos en Lima. Además, se ha observado que los

alumnos de las facultades de ciencias médicas tienen los menores niveles de salud (Pekmezovic et al., 2011). Damián (2016) también reportó que los alumnos de estudios básicos de letras reportan como síntomas físicos de estrés a la fatiga crónica y somnolencia con mayor frecuencia que los alumnos de estudios básicos de ciencias, además que existe un mayor consumo de alimentos en estudiantes de estudios básicos de letras. Finalmente, Becerra (2013) encontró que en el primer año de estudio hay mayor actividad física y deporte entre universitarios.

Las personas dan forma a sus hábitos de salud en la juventud y adultez temprana; en tanto que son personas que pueden fácilmente adoptar estilos de vida poco saludables, se considera que los jóvenes universitarios forman parte de una población vulnerable (Schmidt, 2012). Sin embargo, un porcentaje de universitarios limeños descuida su alimentación y actividad física y consumen sustancias dañinas para su salud (Becerra, 2016; Consorcio de Universidades, 2006). Este comportamiento podría afectar su desarrollo tomando en cuenta que pasan por una etapa crucial en la formación de la estructura de su personalidad y en la consolidación de su identidad personal. Estas son tareas que no deben quedar desplazadas, considerando, además, que hoy la universidad debe ser también un lugar que promueve, además del estudio, la salud y el bienestar (Chau & Saravia, 2014). El balance entre las exigencias académicas y la salud de los alumnos es un tema que debe estudiarse.

Como se ha visto, la relación entre conductas de salud y la salud de las personas es bidireccional: una vida de descanso apropiado, actividad física y sin abuso de sustancias genera un estado de bienestar físico y de satisfacción con la vida, que promueve un estilo de vida saludable, lo cual a su vez impacta en la salud futura de las personas (Grant et al., 2009). Se puede ir en este camino, o el contrario. El que esté en juego la salud y costumbres de jóvenes universitarios, en una etapa de formación de sus valores y consolidación de la personalidad, lo hace un tema particularmente urgente (Márquez et al., 2009; Righi et al., 2006).

Sin embargo, los estudios sobre la relación entre las conductas que conforman los estilos de vida y salud cuentan con un número importante de limitaciones en cuanto a la información que brindan del tema. Por ejemplo, no suelen incluir en su investigación las distintas conductas de salud presentadas. Basta con ver que Stranges et al. (2014) no contaron con información sobre la actividad física que realizaban los participantes de su estudio, o que Stubbe et al. (2007) –en cambio- incluyeron solamente actividad física, para notar lo señalado. Además, el concepto de salud no siempre es abordado en su multidimensionalidad, como le corresponde. Como comentan Jiménez et al. (2008), hoy están mejor establecidos los efectos de la actividad física sobre la salud física que sobre la salud mental.

En la misma línea, existen pocas investigaciones sobre la relación entre las variables de estudio en estudiantes universitarios latinoamericanos, y ninguna en el caso de Lima, Perú.

Piqueras et al. (2011) mencionaban cómo, a pesar de la cantidad de estudios interculturales entre variables de salud y las conductas que conforman los estilos de vida, no existían investigaciones similares en una muestra latinoamericana, razón por la cual decidieron emprender su estudio en primer lugar.

Y, por último, no debe olvidarse que, si bien existe consenso entre algunos de los resultados de las investigaciones, otros son, como mencionan Grant et al. (2009, en Piqueras et al., 2011) y Steptoe et al. (2009, en Piqueras et al., 2011), mixtos e inconsistentes. Por ejemplo, mientras que algunos estudios señalan que una dieta poco saludable y la obesidad no se relacionan al bienestar y felicidad, un estudio sí encuentra una relación entre la depresión, hábitos alimenticios y peso (Piqueras et al., 2011).

Por ello, el presente trabajo tiene como propósito estudiar la relación entre conductas de salud y salud en jóvenes de una universidad privada de Lima Metropolitana. Un objetivo secundario de la investigación será describir estas variables en la población y encontrar posibles diferencias en las variables de estudio según factores sociodemográficos y académicos tales como edad, sexo, lugar de nacimiento y facultad de estudio, entre otros. El estudio se realizará a partir de la medición de dos variables a través de la aplicación de dos instrumentos en una población al mismo tiempo. Los resultados obtenidos en este estudio pueden contribuir a brindar evidencia a toda universidad que desee iniciar un proyecto de prevención y promoción de la salud, o que desee ampliar el espacio o tiempo reservado para la actividad física de los alumnos. Esta es una forma en la que la universidad puede aportar a la promoción y prevención de estilos de vida saludables en los jóvenes estudiantes.

Método

Participantes

El estudio se realizó con 190 estudiantes de una universidad privada de Lima. Se tuvo acceso a la base de datos del proyecto “La salud en estudiantes universitarios peruanos” dirigido por la Mg. Mónica Cassaretto y la Lic. Patty Vilela, del cual esta investigación es parte. El proyecto mencionado busca estudiar el rol del estrés académico, los hábitos de salud, la regulación emocional y la adaptación a la vida universitaria en la salud de estudiantes a nivel nacional e incluyendo universidades públicas y privadas.

Se obtuvo información sociodemográfica, académica y de salud de los participantes (Apéndice A) resumida en términos de edad, sexo, facultad de estudio, entre otras variables (Apéndice B). Los participantes tienen entre 17 a 30 años de edad, con una edad media de 20.48 ($DE=2.26$), el 45.3% de la muestra era hombre y el 54.7% mujer, y pertenecían tanto a carreras de letras (57.4%) como de ciencias (42.6%). En cuanto al lugar de nacimiento, el 66.3% de los participantes era de Lima y el 31.6% de provincia, con solamente 1.1% del extranjero. Además, el 35.3% de los estudiantes se encuentra cursando los ciclos de inicio de carrera, 31.6% los de mitad y el 33.2% cursando los ciclos de final de la carrera.

Todos los participantes accedieron voluntariamente a participar del estudio y firmaron el consentimiento informado, de forma que conocen el carácter anónimo y voluntario de su participación (Apéndice C). Las autoras del proyecto brindarán los resultados a la institución educativa, además de haber provisto a los participantes de folletos informativos sobre el programa de universidad saludable y pautas recomendables para la salud.

Medición

La medición de la salud se obtuvo a través del cuestionario SF-36 (Health Survey) de John E. Ware y Cathy D. Sherbourne (Ware & Sherbourne, 1992) en su versión traducida al español por Alonso, Prieto & Antón (1995) y adaptada al contexto peruano por Salazar & Bernabé (2012).

Este instrumento se construyó como parte del proyecto Medical Outcomes Study, un estudio longitudinal de 4 años (1986-1990) (Ware et al., 2007) que buscaba comprender los efectos de diversas intervenciones clínicas en pacientes adultos estadounidenses. En conjunto, estos ítems miden la calidad de vida del paciente y la salud percibida en la población general de manera fácil de administrar a través de un cuestionario de autoreporte (Rand Corporation, 2017; Ware et al., 2007; Ware & Sherbourne, 1992). Actualmente, el SF-36 Health Survey es

ampliamente usado por diversas organizaciones dedicadas al cuidado de salud, para evaluar los resultados del cuidado y tratamiento al paciente y la diferencia entre los mismos (Rand Corporation, 2017).

El SF-36, cuyas siglas significan Short Form, o forma corta en español, es un producto que tiene su origen en uno de 149 ítems, que se transformó en el SF-20 y finalmente, en el SF-36 Health Survey, más preciso que el anterior. Está basado en un modelo multidimensional de la salud, a partir de 36 enunciados, los cuales se califican en unos casos con formato Likert y en otros de manera dicotómica en función a sus 8 áreas: salud general (percepciones generales de la salud), funcionamiento físico, bienestar emocional (llamado también salud mental), rol físico (limitaciones de rol debido a problemas de salud física), rol emocional (limitaciones de rol debido a problemas emocionales), funcionamiento social, dolor corporal y vitalidad (Sansoni, 2016).

La consistencia interna de la prueba ha sido analizada por diversos estudios. Por ejemplo, en 24 subgrupos de pacientes participantes del estudio MOS con distintas características sociodemográficas y diagnósticos se halló coeficientes de alfa de Cronbach que variaban entre los .65 y .94, considerando las 8 escalas y los 24 subgrupos de pacientes (Mchorney, Ware, Lu & Sherbourne, 1994). En cuanto a la validez de la prueba, estudios factoriales han determinado que las 8 escalas de la prueba son responsables de entre el 80% y 85% de la varianza en la salud de los encuestados en la población general de USA, UK y Suecia, y de pacientes del MOS. Comparaciones sistemáticas entre el SF-36 y otras principales pruebas genéricas de salud indican que el SF-36 contiene 8 de las áreas de salud más frecuentemente usadas en pruebas similares. En cuanto a la validez predictiva del Sf-36, ella ha demostrado tener una alta capacidad para predecir los servicios de atención médica, el curso clínico de la depresión, pérdida del trabajo dentro del siguiente año, supervivencia de 180 días y también de 5 años (Ware, 2000).

El SF-36 tiene numerosas traducciones a distintos idiomas y adaptaciones para su uso en diversas partes del mundo. El proyecto International Quality of Life Assessment, desde 1991, traduce, valida y norma el SF-36 para su uso en pruebas clínicas multinacionales y estudios internacionales. En el trabajo participan investigadores auspiciados por países como España, USA e Inglaterra. Además, y de manera independiente, investigadores de más de 30 países traducen y validan la prueba usando métodos del IQOLA (Vilagut et al., 2005)

Es tomando como referencia el protocolo de traducción del IQOLA que nace la versión española del SF-36 Health Survey, conocido como Cuestionario de Salud SF-36 (Alonso, Prieto & Antó, 1995). Según la mayoría de los estudios, la consistencia interna supera al mínimo recomendado (alfa de Cronbach de .7) para la comparación de grupos. En cuanto a la consistencia en el tiempo, se realizaron pruebas test retest y arrojaron como resultado unos CCI de entre .58 y .99. La validez de constructo de la prueba también ha sido evaluada varias veces. En un estudio

con 1250 individuos de la ciudad de Santander, se observó tal como se esperaba una peor percepción de la salud en las mujeres en todas las escalas, y una correlación inversa significativa entre edad y las escalas vitalidad, dolor corporal, salud general y función física (Vilagut et al., 2005).

Por último, Salazar & Bernabé (2012) se encargaron de adaptar el cuestionario de salud SF-36 para el contexto peruano. Una evaluación de las propiedades psicométricas de la prueba en una muestra de 4 344 peruanos de entre 15 y 64 años arrojó un coeficiente de alfa de Cronbach entre .66 y .92. Las escalas rol emocional, dolor corporal, rol físico y funcionamiento físico obtuvieron un alfa de Cronbach mayor a .80. Las 8 escalas fueron capaces de discriminar entre los distintos sexos, edades y grupos socioeconómicos de los participantes (Salazar & Bernabé, 2012). Un análisis factorial confirmatorio de la prueba aplicada mostró que el modelo de 8 factores de primer orden y 2 factores de segundo orden (salud física y mental) era una representación viable de la estructura factorial del SF-36 original, con índices de ajuste –un CFI de 0.96 y un RMSEA de 0.05- superiores a los de otros posibles modelos de estructura factorial (Salazar & Bernabé, 2012).

En la presente investigación, se reportaron niveles de consistencia interna con un alfa de Cronbach de entre .73 (Dolor) y .86 (Bienestar Emocional) para las áreas de la escala. Similarmente, un análisis de correlación ítem-test corregida arrojó que los ítems de la prueba tienen una buena capacidad discriminativa, con valores entre .33 y .77. (Apéndice D).

La medición de conductas de salud se hizo con el Cuestionario de Hábitos de Salud (CHS), el cual está compuesto por una selección de ítems de la primera parte del “Cuestionario de Estilos de vida en Jóvenes Universitarios” (CEVJU), elaborado en Colombia por Arrivillaga, Salazar & Gómez (2002, en Arrivillaga & Salazar, 2005). Esta prueba ha sido revisada en el Perú por Cassaretto, Vilela, Saravia & Chau (en prensa), quienes en base a las experiencias previas con el CEVJU en universitarios peruanos encontraron que 30 ítems de la prueba tenían mejor funcionamiento mientras los otros presentaban dificultades en términos de su capacidad discriminativa o pertenencia a la escala a la que teóricamente debían pertenecer (Becerra, 2013; Chau & Saravia, 2016; Damian, 2016; Saravia, 2013), observándose un mejor funcionamiento de la prueba con solo 30 de sus 69 ítems.

Estos 30 ítems fueron estudiados en el trabajo de Chau & Saravia (2016) donde las 6 áreas se organizaban de la siguiente manera: actividad física y deporte con 4 ítems que explican el 49.33% de la varianza de la subescala y con una confiabilidad por área de .77 (alfa de Cronbach), organización del descanso o tiempo libre con 3 ítems que explican el 58.3% de la varianza de la subescala y con una confiabilidad por área de .64, autocuidado y cuidado médico con 5 ítems, que explican el 57.64% de la varianza de la subescala y con una confiabilidad por área de .75, hábitos

alimentarios con 7 ítems que explican el 39.48% de la varianza de la subescala y con una confiabilidad por área de .72, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas con 5 ítems que explican el 47.93% de la varianza de la subescala y con una confiabilidad por área de .80, y organización del sueño con 6 ítems que explican el 39.01% de la varianza de la subescala y con una confiabilidad por área de .73. Los 30 ítems de la prueba se responden en una escala tipo Likert de cuatro opciones, nunca, algunas veces, con frecuencia y siempre.

En la presente investigación, se reportaron niveles de consistencia interna con un alfa de Cronbach de entre .64 –Recreación y Manejo del Tiempo- y .84 -Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas- para las áreas de la escala. Similarmente, un análisis de correlación ítem-test corregida arrojó que los ítems de la prueba tienen una buena capacidad discriminativa, con valores entre .27 y .75 (Apéndice E).

Análisis de datos

Se utilizó el programa estadístico SPSS-21 para analizar los datos obtenidos de la muestra. Luego de obtener los estadísticos descriptivos de las distintas características de los participantes, se analizó la confiabilidad de los instrumentos empleados en la recopilación de datos de la muestra, utilizando el cálculo de alfa de Cronbach.

A continuación, se utilizó la prueba Kolmogorov-Smirnoff para llevar a cabo el análisis de la normalidad de los datos para las variables salud y conductas de salud, y se complementó con el análisis de los coeficientes de asimetría y curtosis. La prueba Kolmogorov-Smirnoff arrojó que los datos tienen una distribución no normal; sin embargo, considerando que los coeficientes de asimetría y curtosis indican que la anormalidad no es extrema, se usaron estadísticos robustos como el coeficiente de Pearson para obtener correlaciones entre las variables y el análisis de contraste de grupos t-Student y Anova (Kline, 2010) para realizar comparaciones entre grupos.

Resultados

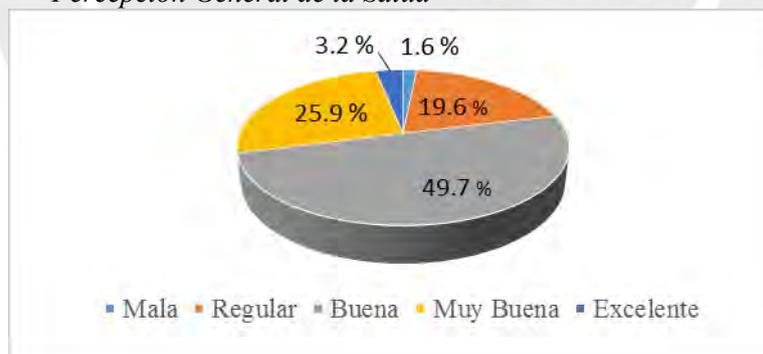
A continuación, se presentan los resultados de los distintos análisis realizados en función de los objetivos planteados en la presente investigación. En primer lugar, se describen los resultados en relación a variables principales de salud de los participantes y sus conductas, incluyendo las diferencias más importantes de acuerdo a variables sociodemográficas y académicas. Seguido, las correlaciones entre las dos principales variables de estudio, como correspondería con el propósito principal de estudio de la presente investigación.

Descripción de las variables Salud y Conductas de Salud

Se consignarán los principales indicadores de salud obtenidos de la muestra, entre los que se encuentran la percepción global de salud, el índice de masa corporal reportado y las condiciones médicas informadas por los alumnos del último año, para finalmente pasar a detallar los resultados obtenidos en el SF-36.

Respecto a la percepción de salud general, prima en los estudiantes una percepción positiva (favorable), ya que el 78.8% de los evaluados perciben su salud de manera positiva. Cabe señalar que la mayor concentración de respuestas al ítem se da en la opción *buena* (49.7%) y en menor proporción las demás opciones (25.9% en *muy buena*, y 3.2% en *excelente*). Solo un 1.6% de los participantes califican su salud como *mala*.

Figura 1
Percepción General de la Salud



Respecto al IMC reportado, se encuentra que el 28.2% de los participantes presentan peso inadecuado (no saludable). Específicamente, 6.2% reporten bajo peso y 22% sobrepeso. Por otro lado, el 100% de los participantes reportó tener por lo menos 1 dolencia en el último año; y, en promedio, los alumnos reportaron 6.65 ($DE=4.10$) de las mismas. Las condiciones médicas de mayor frecuencia son dificultad para concentrarse, dolor de cuello, hombros y/o espalda, dolores de cabeza, y ansiedad, todas presentes en más del 50% de participantes.

Figura 2
Dolencias Más Frecuentes



Finalmente, respecto a los resultados del SF-36, la salud física de los estudiantes en la muestra es significativamente mayor a la salud mental ($t(182)= 7.77$; $p < .01$; $d= 2.27$). La diferencia entre ambas es de nivel grande. El área de salud mejor preservada en el grupo de participantes es función física, lo cual implica que la persona no sufre de problemas de salud que interfieran considerablemente en sus actividades físicas de la vida diaria como lo son las de cuidado personal, caminar, o subir escaleras. Por otro lado, las áreas de salud más debilitadas de los alumnos son las de vitalidad, rol emocional y salud general, indicando que el sentimiento de energía y vitalidad (en oposición al de cansancio y desánimo) es el aspecto de salud de los alumnos más afectado. A este le siguen, en primer lugar, el grado de limitaciones que presentan para el trabajo y demás actividades cotidianas por problemas emocionales y, en segundo lugar, la percepción general de salud que poseen de sí mismos.

Tabla 1
Descriptivos del SF-36

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Función Física	40	100	89.95	12.07
Dolor Físico	0	100	67.02	20.96
Rol Físico	0	100	62.17	39.26
Salud General	10	100	59.84	17.91
Función Social	0	100	68.48	23.37
Salud Mental	8	96	62.18	19.06
Rol Emocional	0	100	56.27	43.70
Vitalidad	5	100	53.02	17.57
Componente Salud Física	30	98.75	69.71	16.83
Componente Salud Mental	13.25	98	59.86	20.92

N=190

A nivel de las conductas de salud, se consignarán los principales indicadores de conductas de salud obtenidos a partir de la ficha de datos, entre los que se encuentran la realización de actividad física y la frecuencia de la práctica del deporte, y el número de horas de sueño al día en promedio. Para proceder, posteriormente, a detallar los resultados obtenidos en el CHS.

En cuanto a los resultados de la actividad física, menos de la mitad (36.4%) de participantes reporta realizar actividad física regularmente, es decir, como mínimo 30 minutos 3 veces a la semana. Preguntados sobre la frecuencia con la que realizan ejercicio o deporte, el 67.6% indica realizarlo 2 o 3 veces al mes o menos.

Figura 3

Frecuencia de práctica de ejercicio o deporte



Respecto al número de horas de sueño al día, el 42.6% de participantes indica dormir entre 7 y 9 horas al día en promedio; sin embargo, un 56.3% duerme menos de 7 horas al día en promedio.

Figura 4

Frecuencia de Horas dormidas al día en promedio



En cuanto a los resultados de conductas de salud, tal como indica el CHS, el hábito de salud mejor conservado es el del manejo del consumo de sustancias. Específicamente, los participantes consumen las sustancias mencionadas con una frecuencia en promedio de entre *algunas veces y nunca*. Por otro lado, el hábito de salud peor conservado es el de actividad física y deporte, lo que significa que, en general, la cantidad de actividad física realizada por los universitarios de la muestra, como caminatas, trotes, deporte, aeróbicos, yoga, entre otros, es muy pobre, específicamente, con una frecuencia en promedio de entre *algunas veces y nunca*.

Tabla 5
Descriptivos de las áreas del CHS

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Actividad física y deporte	0	3	0.78	0.68
Recreación y ocio	0	3	2.01	0.68
Autocuidado y cuidado médico	0	3	1.45	0.78
Manejo del consumo de sustancias	0.4	3	2.72	0.50
Nutrición	0.14	3	1.72	0.53
Organización del sueño	0	2.83	1.38	0.51

N=190

A continuación, se expondrán las diferencias significativas que existen en salud y las conductas de salud entre hombres y mujeres, alumnos de letras y de ciencias, y entre personas de Lima y de origen peruano pero no limeño. Luego, se señalarán los resultados de las correlaciones entre los componentes de la variable salud y la edad de los participantes. Lo mismo se hará finalmente para el caso de las conductas de salud.

En cuanto a la salud y en relación al sexo, se encontraron diferencias significativas entre el puntaje de hombres y mujeres. Así, los hombres presentan en menor nivel limitaciones a actividades físicas de su vida diaria ($M_{\text{hombres}}=92.00$, $DE_{\text{hombres}}=11.37$, $M_{\text{mujeres}}=88.25$, $DE_{\text{mujeres}}=12.42$, $t(183.97)=2.157$, $p<.05$, $d=1.08$), experimentan un mayor sentimiento de energía y vitalidad ($M_{\text{hombres}}=57.47$, $DE_{\text{hombres}}=16.97$, $M_{\text{mujeres}}=49.31$, $DE_{\text{mujeres}}=17.28$, $t(180.07)=3.241$, $p<.01$, $d=1.97$) y de bienestar emocional ($M_{\text{hombres}}=66.26$, $DE_{\text{hombres}}=17.88$, $M_{\text{mujeres}}=58.78$, $DE_{\text{mujeres}}=19.43$, $t(184.15)=2.736$, $p<.01$, $d=1.73$). Además, el Componente de Salud Mental es mayor de manera significativa en el caso de los hombres ($M_{\text{hombres}}=64.24$, $DE_{\text{hombres}}=19.53$, $M_{\text{mujeres}}=56.13$, $DE_{\text{mujeres}}=21.44$, $t(182.10)=2.692$, $p<.01$, $d=1.79$).

En cuanto a la salud y en relación a la carrera, se encontraron diferencias significativas entre el puntaje de alumnos de carreras de letras y ciencias, de forma que los primeros se ven afectados en mayor grado en su trabajo y otras actividades diarias por problemas emocionales ($M_{\text{letras}}=50.31$, $DE_{\text{letras}}=44.18$, $M_{\text{ciencias}}=64.17$, $DE_{\text{ciencias}}=42.02$, $t(174.45)=2.177$, $p<.05$, $d=$

2.11). Y, en cuanto a la salud y en relación a la zona de origen, se encontraron diferencias significativas entre el puntaje de limeños y no limeños, de manera que los alumnos no limeños presentan un mayor sentimiento de energía y vitalidad ($M_{\text{limeños}}=50.76$, $DE_{\text{limeños}}= 18.46$, $M_{\text{no limeños}}= 58$, $DE_{\text{no limeños}}= 14.76$, $t(183)=2.66$, $p< .01$, $d= 1,78$). Además, no se encontraron correlaciones significativas entre la edad y salud de los universitarios participantes del estudio.

En cuanto a las conductas de salud y en relación al sexo, se encontró una diferencia significativa solo en lo que refiere al sueño, siendo que los estudiantes hombres reportan una mejor organización del sueño que las mujeres ($M_{\text{hombres}}=1.458$, $DE_{\text{hombres}}=.498$, $M_{\text{mujeres}}= 1.288$, $DE_{\text{mujeres}}=.504$, $t(181.31)= 2.866$, $p<.01$, $d=.30$). En relación a la carrera, se encontraron diferencias significativas entre el puntaje de alumnos de carreras letras y de ciencias, de manera que los primeros tienen un mayor y mejor uso de su tiempo libre ($M_{\text{letras}}= 2.110$, $DE_{\text{letras}}=.672$, $M_{\text{ciencias}}= 1.864$, $DE_{\text{ciencias}}= .672$, $t(172.58)= 2.492$, $p<.05$, $d= .30$) y un mejor manejo del consumo de sustancias ($M_{\text{letras}}= 2.657$, $DE_{\text{letras}}= .565$, $M_{\text{ciencias}}= 2.808$, $DE_{\text{ciencias}}=.382$, $t(185)= 2.166$, $p<.05$, $d= .22$). Y, en relación a la zona de origen, se encontraron diferencias significativas entre el puntaje de limeños y no limeños solo en cuanto a su nutrición: los alumnos no limeños tienen una mejor nutrición que los limeños ($M_{\text{limeños}}= 1.640$, $DE_{\text{limeños}}= .530$, $M_{\text{no limeños}}= 1.869$, $DE_{\text{no limeños}}= .500$, $t(120.02)= 2.784$, $p<.01$, $d= .32$). No se encontraron correlaciones significativas entre la edad y conductas de salud de los universitarios participantes.

Finalmente, en cuanto a la relación entre el número de ciclo de estudio y la salud de los estudiantes de la muestra, existe solamente una relación significativa ($r=.17$, $p<.05$), directa y pequeña entre ciclo y bienestar emocional. Entre el ciclo de estudio y las conductas de salud de los participantes existe también solo una relación significativa ($r=-.16$, $p<.05$), inversa y pequeña entre ciclo y nutrición. Por otro lado, cuando se compara la salud y conductas de salud con el nivel o etapa de estudio, se encuentra una diferencia significativa entre el manejo del consumo de sustancias de los estudiantes en el inicio, la mitad, y el final de la carrera ($F=5.095$, $gl=186$, $p<.01$). La media de esta variable disminuye pasando del inicio de carrera ($M= 2.80$; $DE= .40$) a la mitad de la misma ($M= 2.55$; $DE= .64$), y vuelve a incrementarse hacia el final de carrera ($M= 2.79$; $DE= .40$).

Relaciones entre Salud y Conductas de salud

Por último, se realizaron las correlaciones entre las dos variables de estudio principales, salud y conductas de salud, y sus dimensiones, como exige el objetivo principal de la investigación. En primer lugar, se observó que todas las áreas de conductas de salud, a excepción de manejo del consumo de sustancias, se correlacionan significativamente con por lo menos una de las áreas de salud. De esta forma, organización del sueño es aquella conducta de salud con

mayor número de correlaciones directas y significativas y varias de ellas de tamaño mediano con áreas de salud, siendo mayor su correlación con vitalidad y, en segundo lugar, con bienestar emocional.

En cuanto a las correlaciones entre las conductas de salud y los componentes mental y físico del SF-36, todas las conductas mantienen una relación significativa con por lo menos uno de los componentes, a excepción de actividad física y, nuevamente, el manejo de consumo de sustancias. Las correlaciones entre organización del sueño y los componentes mental y físico son ambas de tamaño mediano y muy significativas.

Tabla 6
Correlaciones entre áreas del CHS y del SF-36

	Actividad Física	Recreación	Autocuidado	Nutrición	Organización del Sueño
Función Física	.16*	.18*	.15*	.20**	.20**
Rol Físico					.22**
Rol Emocional		.20**			.16*
Vitalidad	.33**				.46**
Bienestar Emocional		.30**	.18*		.40**
Funcionamiento Social		.27**			.36**
Dolor Físico		.15*			.26**
Salud General	.21**	.29**	.17*	.20**	.36**
Componente Salud Mental		.27**	.17*		.37**
Componente Salud Física		.22**		.20**	.34**

* $p < .05$; ** $p < .01$

Discusión

La juventud y adultez temprana son etapas cruciales en la formación de los valores y personalidad; por esto, la adopción de hábitos nocivos de salud en esta etapa puede ser particularmente perjudicial para el desarrollo de la persona en diversas áreas de su vida (Márquez et al., 2009; Righi et al., 2006; Schmidt, 2012). Estudios sugieren que la relación entre conductas de salud y salud es compleja y bidireccional (Grant et al., 2009). Sin embargo, no existe una investigación sobre la relación entre las mismas en jóvenes universitarios en Lima Metropolitana. Y los estudios que existen sobre las variables, ya sea en el contexto limeño u otro, no suelen incluir las distintas conductas de salud por considerar ni a la salud entendida en sus distintas dimensiones.

Por ello, el propósito de esta investigación es estudiar la relación entre conductas de salud y salud en jóvenes universitarios de Lima Metropolitana. Un objetivo secundario es describir estas variables en la población, y analizarlas según variables sociodemográficas y académicas como lo son la edad, sexo, o facultad de manera que la discusión de dicha información complemente la de los resultados principales.

Es llamativo, en primer lugar, el que más del 75% de participantes del estudio tengan una percepción favorable de su salud. Sin embargo, una explicación está en que, por motivos de deseabilidad social, las personas presentan una imagen distorsionada de lo que son o perciben, evidenciando una necesidad de aprobación social (MINEDUC, 2009). En esa lógica, un estudio argentino con personas de entre 17 y 70 años concluye que a menor edad, una mayor deseabilidad social (Pérez, Labiano & Brusasca, 2011).

Ahora bien, la percepción de salud de los alumnos es buena, pero no excelente: solo el 3.2% eligió esta opción. Entonces, si bien la percepción de salud es en su mayoría favorable, no es óptima, y por lo tanto, no está a la altura de la definición que la OMS (1948, p.1) realiza de la salud como un “estado de *completo* bienestar físico, mental y social”. Incluso, es posible que la alta tasa de respuestas en *buena* se deba en buena parte al gran número de jóvenes que simplemente esté expresando no sentirse enfermos sino físicamente capaces de funcionar en sus quehaceres diarios. Sin embargo, la OMS no considera que la salud sea un estado meramente libre de afecciones o dificultades físicas, sino, como se ha dicho y vale la pena remarcar por su importancia, un estado de “completo bienestar *físico, mental y social*”.

Otra muestra de que los niveles de salud en la muestra no son los óptimos son los niveles de IMC reportado: el 22% tiene sobrepeso y el 6.2% bajo peso. En el continente americano es donde existe justamente la mayor prevalencia de peso y obesidad según la OMS (2012), donde

un 23.5% de hombres y 29.7% de mujeres en promedio son obesos. Es posible que en la muestra de estudio los números sean menores porque el promedio americano se vea afectado por el número de obesos de USA, con el mayor porcentaje de personas obesas del mundo (38.2%, seguido de México con 32.4%) (OCDE, 2010). Es importante también considerar el número de personas que tiene bajo peso, un 6.2%, y sería interesante ver cómo va en aumento esta cifra, particularmente en la población de sexo femenino, por la presión a la que está sometida por verse de una determinada manera, y la alta insatisfacción corporal que se encuentra en la población adolescente femenina (Olesti-Baiges et al., 2007).

El alto porcentaje de participantes afectados por una o más dolencias (100%) y el promedio de dolencias por persona (6.65) no dan una buena impresión de la salud de los participantes, menos aun tratándose de jóvenes universitarios. En cuanto a las dolencias más frecuentes, dificultad para concentrarse es aquella más reportada (en un 63% de los casos) y está relacionada con otras dolencias encontradas con frecuencia alta en los participantes. Se sabe, por ejemplo, que la ansiedad (reportada en un 60% de frecuencia en el grupo) y demás perturbaciones emocionales (el 39.2% reportó haber experimentado cambios de humor) tienen un efecto negativo en la atención y demás procesos cognitivos fundamentales para el aprendizaje (Pacheco-Unguetti, Lupiañez & Acosta, 2009). Y, en relación a las demás dolencias encontradas con frecuencia alta (dolor de cuello, hombros, espalda, y de cabeza, molestias estomacales, y pérdida o ganancia de peso), la ACHA (2015) encontró en sus universidades sintomatología similar de dolor de espalda, asma, bronquitis migrañas, asma, presión alta e infección del tracto urinario.

Es posible que las dolencias mencionadas, al ser condiciones agudas que se presentaron meses antes de la aplicación del SF-36, no hayan tenido una mayor influencia en la respuesta de los participantes al ítem de la percepción general de salud, y que esto haya generado que el alto promedio de dolencias y alta frecuencia con que fueron reportadas varias de ellas no parezcan estar fielmente reflejadas en la percepción que los alumnos tienen de su salud (49.7% la percibe como *buena*, 25.9% como *muy buena*, y 3.2% *excelente*).

En cuanto a los resultados de salud del SF-36, es comprensible que el componente salud física sea significativamente mayor al componente salud mental (y con una diferencia de tamaño grande). Por un lado, las enfermedades físicas crónicas como el cáncer, los problemas cardiovasculares y cerebrovasculares, afectan en su mayoría a personas de mayor edad que la de los universitarios, mientras que una enfermedad mental en la tercera década de vida de una persona bien puede estar en plena manifestación si no es que ya se ha manifestado en todo su plenitud (INEI, 2013; Maddux & Winstead, 2012). Por otro lado, el predominio de la noción unidimensional propia de un modelo biomédico de la salud (de salud física) genera una mayor consciencia respecto a lo que hay que hacer para estar saludable físicamente, y no necesariamente

en otros aspectos. De esta manera, siguiendo a Amigo et al. (2003), es importante tomar distancia de un modelo unidimensional de salud y reemplazarlo por el modelo multidimensional que propone la OMS (1948). Es razonable suponer que las personas, con un concepto más holístico de la salud, busquen y exijan la satisfacción de sus necesidades psicológicas y sociales, y no solo las biológicas.

Vitalidad y energía es el aspecto de salud más afectado. Esto guarda similitud con los resultados encontrados en distintos países de América: la ACHA (2012) encuentra agotamiento, cansancio y falta de esperanza; Boullosa (2013) somnolencia y desmotivación; el SENAJU (2012) reporta que el 51.1% de una muestra de 11,042 jóvenes se ha sentido cansado y aburrido la mayor parte del tiempo, y el 44% ha estado triste y sin deseo por realizar sus actividades comunes; y, en Venezuela, Bastardo (2011) observó niveles bajos de energía y vitalidad. Cabe mencionar que, en el presente estudio, vitalidad obtuvo correlaciones muy significativas y medianas con organización del sueño y actividad física, sin encontrarse correlaciones de ningún tipo entre ella y otras conductas de salud. Y, son precisamente estas conductas, actividad física y sueño, las que obtuvieron los puntajes más bajos en los alumnos de la investigación.

Sobre los resultados de la actividad física, el 36% que indica realizarla regularmente (mínimo 30 minutos, 3 veces por semana) es un poco mayor al de la bibliografía (León-Prados et al., 2011; Consorcio de Universidades 2006), según la cual son aproximadamente un 30% quienes practican la cantidad de deporte recomendada. Sin embargo, al mismo tiempo un ítem más preciso arroja que un 67.6% la practica 2 o 3 veces al mes o menos, un dato que contradice que el 36% mencionado realice actividad física 3 veces por semana. Según este dato, el grueso (67.6%) no lo hace ni siquiera 1 vez por semana; es decir, ni siquiera está cerca de volverlo en una costumbre semanal. Además, la prueba muestra que el 28.6% no hace nunca deporte, el porcentaje más alto de todas las categorías de frecuencia.

Entonces, si bien el Consorcio (2006) señala que el 30% de personas realizan actividad física regularmente, la información obtenida de los participantes muestra algo distinto. Uniendo dos categorías en una (*1 o 2 veces a la semana y siempre*) se obtiene el mismo 30%, pero que en este caso son la cantidad de personas que han hecho del deporte una costumbre, una costumbre semanal. Dentro de ellos están los que lo hacen 1 vez o 2 veces a la semana o *siempre*, si bien en la muestra solo un 7% indican esta última frecuencia. Sería importante precisar a qué se refiere esta categoría con *siempre*.

Similarmente, el CHS señala que actividad física es la conducta de salud en peor estado dentro de la muestra. Como explican quienes investigan del tema, disminuye entrando hacia la adolescencia y continua disminuyendo con el tiempo (Kilpatrick et al., 2005; León-Prados et al., 2011). Según el CHS, específicamente, la media está entre *nunca* y *algunas veces*, de forma

similar al 67.6% que reportó que realiza deporte o ejercicio entre 2 o 3 veces al mes (o menos). Definitivamente, en lo que refiere a la muestra de estudio, poca gente lo practica y, de los que sí, son pocos los que lo hacen como lo planteado por la OMS, de manera similar a lo que encontraron el Consorcio de Universidades (2006) y Kilpatrick et al. (2005). Una mayor claridad en las opciones de respuesta del CHS (qué implica exactamente cada una) aportaría información más precisa y de mayor utilidad para su discusión.

En cuanto al número de horas que las personas duermen al día en promedio, es preocupante que más de la mitad duerma menos del mínimo recomendado (entre 7 y 9 horas) (Hirshkowitz et al., 2015) y la quinta parte duerma menos de 5.5 horas. En universitarios, particularmente, una mala calidad de sueño se asocia a una mala adaptación a la vida universitaria, en las distintas dimensiones que la componen: personal, interpersonal, de estudio e institucional (Pretty, 2016).

El hábito de salud mejor conservado según el CHS en la universidad es el manejo del consumo de sustancias. Extraña que la frecuencia de consumo en la muestra sea en promedio de entre algunas veces y nunca. Estos datos llaman la atención considerando, por un lado, que el Consorcio de Universidades (2013) menciona que en edad universitaria hay un aumento del consumo de todas las drogas en 250%, y, por otro lado, y según Devida (2013), que 3 de cada 10 universitarios presenta un consumo riesgoso o perjudicial para su salud y 2 de cada 10 un consumo dependiente de marihuana.

Una clave para entender los resultados del estudio respecto al manejo de consumo de sustancias está en la formulación de ítems y opciones de respuesta. Se puede observar que un puntaje alto implica un buen manejo de las sustancias en cuestión, un consumo responsable; en cambio, un puntaje bajo implica un mal manejo, un consumo abusivo y perjudicial de diversas sustancias. Considerando esto, es posible que en la universidad en cuestión exista en la mayoría de casos un consumo de sustancias regulado, y no un consumo perjudicial o que suponga un riesgo para los universitarios. Sin embargo, es posible que esta área sea de las más sensibles a la discapacidad social o que, no detecte con precisión diagnóstica los casos que se ubiquen en riesgo.

Brevemente, en cuanto a variables sociodemográficas, el sexo es el mayor predictor sociodemográfico de diferencias en salud (Schmidt, 2012). La menor cantidad de limitaciones a la actividad física en la vida diaria de los hombres puede deberse al mayor nivel de organización del sueño reportado, considerando que, como explica Ramos (2000), el buen sueño protege al sistema inmunológico. Los hombres de la muestra también realizan una mayor cantidad de actividad física (la diferencia es solo descriptiva). Esto puede deberse a la crianza diferenciada entre el sexo masculino y el femenino, que encuentra a menudo en la escuela a un agente de

transmisión cultural de estereotipos y desigualdades relacionados a la actividad física y el deporte (Fernández et al., 2007).

Y, por otro lado, los hombres están mejor en la dimensión bienestar emocional. En el caso de la investigación del SENAJU (2012), los resultados indican que las mujeres del Perú de edad universitaria son más nerviosas, tensas e inquietas, y que sufren más cambios en ritmo de sueño. Según Schmidt (2012), los hombres tienen una mayor vitalidad, sufren menos de estrés, y presentan una mejor salud física, mental y global. Y, vale mencionar nuevamente que en la investigación presente los hombres reportan una mejor organización del sueño que las mujeres. Esto es también lo que encontró SENAJU (2012) y podría tener que ver con esos mayores niveles de nerviosismo, tensión e inquietud que se observaron en el mismo estudio.

Y, por último, existe una relación pequeña y positiva entre ciclo y bienestar emocional. Esto podría deberse a que, conforme avanza en la carrera, el alumno experimenta una mayor consolidación de la identidad profesional y se adecúa mejor al programa, a la vida universitaria y a las exigencias que suponen una dificultad para el alumno ingresante (Márquez et al., 2009; Righi et al., 2006).

En cuanto a la relación entre las dos variables de estudio, se puede decir en primer lugar que el manejo de consumo de sustancias no se relaciona con ninguna área de salud en la población de estudio. Este resultado llama la atención, considerando el conjunto de enfermedades que Becoña (2004) menciona que el consumo de drogas produce. Sin embargo, es importante notar que la población de este estudio aparentemente no tiene un consumo muy fuerte. Es la conducta mejor preservada: el consumo está entre nunca y algunas veces. Por lo tanto, la poca heterogeneidad de respuestas hace que disminuya la posibilidad de que se detecte una correlación.

Cabe mencionar que el estudio latinoamericano de Piqueras et al. (2011) de variables de salud y estilos de vida concluye que sí hay una relación directa entre felicidad y conductas como actividad física y buena alimentación, e inversa en el caso de fumar. Este último dato es importante considerando que Cedro (2012, en Consorcio de Universidades, 2013) menciona que es específicamente el consumo de sustancias tóxicas legales el que aumenta con el ingreso a la universidad. La institución agrega que la enorme cantidad de publicidad de las mismas dirigida a los jóvenes universitarios y la concentración de puntos de venta y bares cerca a los centros de estudio son factores de consideración para el aumento de consumo mencionado.

Por otro lado, la organización del sueño es aquella conducta con la mayor cantidad de correlaciones significativas con salud, y mayor número de correlaciones de tamaño mediano, la mayor siendo la que tiene con vitalidad. Específicamente, organización del sueño está relacionada con todas las áreas, especialmente con la percepción general que tienen las personas de su salud ($r = .36, p < .01$), con su bienestar emocional ($r = .40, p < .01$), funcionamiento social ($r = .36, p < .01$)

y por supuesto y en primer lugar, vitalidad ($r = .46, p < .01$). Efectivamente, Bellock & Breslow (1972, en Becoña, 2004), en el estudio longitudinal de mayor relevancia sobre conductas de salud y salud, concluyen que el sueño es uno de los factores más importantes para predecir la longevidad.

De manera similar, Miró, Cano-Lozano, & Buena-Casal (2005) señalan a la buena organización del sueño como un indicador de calidad de vida, tanto para poblaciones clínicas como no clínicas, y mencionan que se asocia a un menor riesgo de mortalidad, y un menor riesgo de enfermedades como cáncer, cardiopatía, accidentes cerebro vasculares, trastornos digestivos, y trastornos psicológicos. En cierto sentido, lo anterior ilustra la amplia red de relaciones entre el sueño y la salud que se encontraron en la revisión de los datos recogidos de la muestra: trastornos digestivos, molestias estomacales, entre otras dolencias reportadas; y (en cuanto a los trastornos psicológicos mencionados) áreas de salud como bienestar emocional, rol emocional, funcionamiento social y la del componente mental general, medidas con el SF-36.

Al mismo tiempo, la relación de tamaño mediano de organización del sueño con bienestar emocional y vitalidad ayuda a entender en parte la relación de organización del sueño con funcionamiento social y salud general. Una mala organización del sueño podría tener implicancias en el funcionamiento social, al estar la ansiedad y la depresión significativamente relacionadas a dificultades para relacionarse con compañeros y docentes (Amézquita, González & Zuluaga, 2003) – algo particularmente importante en el contexto universitario. Además, Inglés, Hidalgo & Carrillo (2001) encontraron en un estudio con adolescentes que la ansiedad y la inestabilidad emocional se relacionaban a mayores dificultades interpersonales que aquellos que no padecían de las mismas. Por otro lado, la ansiedad y demás perturbaciones emocionales complican los procesos de atención y concentración (Derryberry & Reed, 2002; Fox, Russo & Dutton, 2002; Pacheco-Unguetti, Lupiáñez & Acosta, 2009; Yiend & Mathews, 2001), lo cual conduce a pensar que el mal sueño, a través de su relación con emociones negativas, pueda generar una disminución de la atención y concentración que también llegue a afectar a las personas a la hora de relacionarse con los demás. Por último, se puede argumentar, a partir de la observación del contenido de las áreas del SF-36, que un puntaje alto en bienestar emocional y vitalidad (el de una persona con altos niveles de felicidad, a gusto consigo, animada, y con mucha energía) responda optimistamente ítems de Salud General que preguntan por cuestiones tales como la del estado percibido de salud actual, el futuro, y el propio en comparación con los demás.

De igual manera, vale mencionar que organización del sueño se relaciona con los 2 componentes del SF-36, aunque más con el mental. Es difícil no traer a discusión a Ramos (2000), quien señala que el sueño ayuda a restaurar tejidos del cerebro tanto o más que los del cuerpo. Según Ramos, el sueño protege el sistema inmune, y en caso de no dormir bien, un sistema inmune

debilitado puede conllevar el riesgo de desarrollar enfermedades. A pesar de lo señalado, una mala organización del sueño probablemente no genere mayor sintomatología a nivel físico en el presente (a diferencia de lo que sí sucede con la sintomatología mental), a excepción quizá del dolor de cabeza, cuello, y similares desgastes de la vida diaria no recuperados por una mala organización del sueño, ya indicados en la discusión sobre las dolencias reportadas.

También, las personas de la muestra que tienen mayor tiempo de ocio y descanso tienen mejores indicadores de salud. Cabe señalar que esta es la conducta con mayor número de correlaciones con salud después de organización del sueño. Estas personas gozan particularmente de bienestar emocional, y el que altos puntajes en ítems del CHS del área recreación impliquen la posibilidad de experimentar momentos de disfrute durante el día (de descanso, con personas cercanas, ir al cine o dar un paseo) ayuda a entender esta relación. Muñoz & Salgado (2006) y OMS (2017) comentan al respecto: el uso provecho de tiempo libre es un indicador de calidad de vida y de buena salud general. Se comprende también que las personas que disponen de tiempo libre gocen de buen funcionamiento social, en tanto que son capaces de destinar tiempo y energía a su vida social.

Es comprensible que organización del sueño y recreación tengan tantas correlaciones con la salud, particularmente en el contexto universitario, donde el estrés, la sobrecarga de trabajos y el mal manejo del tiempo afectan tanto a los alumnos, como dirían Bastardo (2011), Barraza & Silerio (2007) y Martín (2007). Una buena organización del sueño implica organizar bien el tiempo durante el día. Quien además tiene tiempo provechoso de recreación es quien también probablemente haya organizado bien su tiempo y sufra menos de estrés, sobrecarga de deberes y, probablemente, de desesperación, inquietud y ansiedad. Justamente, desesperación es uno de los síntomas psicológicos más comunes en universitarios según Boullosa (2013); inquietud y ansiedad son los síntomas más comunes de la sobrecarga de trabajo y presión de tiempo según Barraza & Silerio (2007) y Martín (2007). Sería interesante hacer una correlación entre salud de universitarios y el promedio de puntajes de organización del sueño y recreación, y por último una correlación entre ellos mismos.

En cuanto a la correlación muy significativa y mediana entre actividad física y vitalidad, era predecible por literatura como la de Jiménez et al., (2008) y Schmidt (2012). Las investigaciones de estos autores reportan que la actividad física suele estar acompañada de sentimientos de energía y vitalidad, a diferencia de cansancio y fatiga. Sin embargo, sí llama la atención que, además de función física, vitalidad y salud general, no existan correlaciones entre actividad física y otras áreas de salud. Cabe considerar que se han reportado beneficios de la misma en áreas de la salud tan diversas como autoconcepto, autoconfianza, sensación de bienestar, funcionamiento intelectual, estrés, depresión y ansiedad (Blair & Morris, 2009; Candel,

Olmedilla & Blas, 2008; Márquez, 1995; Penedo & Dahn, 2005; Reiner, Niermann, Jekauc & Woll, 2013)

Es posible que la actividad física repercuta en sintomatología que no es necesariamente la que recoge el SF-36. Si bien la prueba incursiona en psicología positiva y sus ítems cubren el espectro entero de la sintomatología clínica física y mental, el grueso de la prueba no es precisamente una escala de bienestar mental propiamente desde el enfoque de la psicología positiva, tal como lo entendieron Stranges et al. (2014): sentirse y funcionar bien, optimismo, felicidad, resiliencia, autoestima, autonomía, buenas relaciones con los demás, etc. El estudio de Stranges et al. (2014) se preocupó de estas variables pero dejó afuera actividad física. Se recomienda replicar un estudio similar en el contexto universitario limeño, con consideración de variables de psicología positiva y actividad física incluida.

También es posible que, a través de la formulación de sus ítems y opciones de respuesta, el CHS haya influido en que no se hayan obtenido cuántas correlaciones se esperaban entre actividad física y salud. Se realizaron, siguiendo esta hipótesis, los análisis estadísticos necesarios utilizando los ítems #18 y #19 del protocolo que indagan por la práctica de actividad física con mayor precisión; especialmente, interesaba realizar una correlación entre las áreas y componentes de salud y la frecuencia de la práctica de deporte o ejercicio, tal como la mide el ítem #19 del protocolo con las opciones de respuesta *nunca, una vez al mes, dos o tres veces al mes, una o dos veces a la semana, y siempre*. En primer lugar, se obtuvo una diferencia significativa entre aquellos que marcaron sí realizar actividad física regularmente (30 minutos, 3 veces por semana mínimo) y los que no, en las áreas de salud de función física, vitalidad, bienestar emocional y salud general. En segundo lugar, la correlación arrojó que existe una relación significativa entre la frecuencia de práctica de ejercicio o deporte y las siguientes áreas de salud: función física, vitalidad, bienestar emocional, salud general, y los componentes de salud mental y física.

La reciente aproximación hacia la relación entre actividad física y salud ha producido mayores resultados significativos. Los nuevos resultados son más acordes con que estudios longitudinales como el de Bellock & Breslow (1972 en Becoña, 2004) lo consideren uno de los predictores conductuales más importantes de la longevidad, con que la OMS (2011) recomiende realizarla con regularidad, y acordes también con la sintomatología positiva reportada en estudios como el de Candel, Olmedilla & Blas (2008) y Márquez (1995). Se insiste en la idea expuesta previamente, de realizar opciones de respuesta para el CHS más precisos. A la sugerencia de estudiar la correlación posible de los promedios de organización del sueño y recreación con salud, se la agrega la de incluir el promedio de actividad física en el análisis. Difícilmente las personas con puntajes altos en estas 3 conductas vayan a tener puntajes bajos en las distintas áreas del sf-36.

Por último, y en cuanto a las conductas de autocuidado y de nutrición, ambas tienen correlaciones pequeñas con solo algunas áreas de salud. Quienes cuentan con conductas de autocuidado se preocupan por estar con y mantener un buen estado de salud al futuro, por lo que es natural suponer que lleven un estilo de vida saludable que resulte en buenos indicadores de salud. Además, el carácter preventivo de las conductas de autocuidado podría ser responsable de que eviten enfermarse o se curen con más facilidad, considerando que las revisiones médicas pueden detectar enfermedades tempranamente, incluso antes de presentarse los primeros síntomas (Medline Plus, 2017; OMS, 2014). Por otro lado, el que nutrición sea la conducta con menor cantidad de correlaciones con salud, puede explicarse por el efecto tardío que tiene la calidad de la alimentación en esta variable. Efectivamente, la mala alimentación produce a futuro daños irreversibles en el organismo a través de enfermedades como diabetes tipo 2 o gastritis crónica, como explica Adriana Ruiz, nutricionista y coordinadora de programas de salud y bienestar en Sodexo Colombia (Heraldo, 2014). El que pasen inadvertidos los daños de la mala alimentación para el joven estudiante dificulta un cambio de hábito, permitiendo que a futuro decenas de millones de muertes al año sean atribuidas por El Fondo de Naciones Unidas para la Alimentación (FAO), en parte, a la mala alimentación (Heraldo, 2014).

El estudio realizado cuenta con un número considerable de limitaciones. En primer lugar, la investigación se hizo con 190 personas, y todas pertenecientes a la misma universidad. Un estudio con varios cientos o miles de personas y de distintas universidades, como lo es el de ACHA (2015) o Consorcio (2006), aumentaría la posibilidad de generalizar los resultados encontrados. También, se considera una limitación el que esta investigación no cuente con análisis estadísticos que brinden una explicación de una variable en función de la otra. Esto último sería particularmente provechoso en términos de un diseño de intervención. En ese sentido, se sugiere que un futuro estudio realice otros análisis para determinar qué variable explica a cuál, en qué grado, y cómo diseñar un plan de intervención que apunte a ella específicamente.

Además, la forma de medir las conductas de salud, en cuanto a su frecuencia o intensidad, no es muy precisa. Particularmente, las opciones de respuesta no parecen brindar la posibilidad al encuestado de comunicar fielmente su experiencia con cada una de las conductas en cuestión. Sería definitivamente importante precisar a qué refieren (por ejemplo, qué frecuencia semanal exactamente) cada una de estas opciones de respuesta. Esto aportaría información más precisa y de mayor utilidad para la discusión de los resultados. De la misma forma, el que se haya abarcado varias conductas disminuye la posibilidad de estudiar cada una y su relación con salud de forma detallada: la amplitud de la investigación dificultó la posibilidad de escrutinio de sus variables y la relación entre ellas. Por esto, y en consideración de la importante correlación que se encontró entre organización del sueño, recreación y actividad física y áreas de salud, sería interesante centrarse en las tres conductas de salud mencionadas: un estudio correlacional entre ellas y salud;

un estudio correlacional entre el promedio de puntajes de estas tres conductas y salud; y, por último, el grado de explicación que pueda haber entre las mismas.

En conclusión, los resultados de esta investigación, al igual que los de otras similares, pueden o no coincidir con la literatura empírica que la precede; sin embargo, sí hay razones para afirmar que tanto en la muestra de este estudio como en similares, la escasa actividad física realizada por universitarios y los bajos niveles de vitalidad encontrados constituyen un problema mayor. Conocer cómo se relacionan conductas como el deporte, la buena organización del sueño y la recreación con las distintas áreas de salud de las personas ayuda a comprender qué estilo de vida es aquel que acompaña o coincide con una buena salud. Esto puede indicar el camino a seguir a las universidades, hoy promotoras de salud y calidad de vida (Chau & Saravia, 2014). Los resultados de este estudio también pueden dar algunas luces sobre posibles factores que estén causando determinado nivel de salud en una población universitaria; sin embargo, esto requiere de otro tipo de investigación (regresión). Se han presentado razones de consideración para que un investigador continúe lo que se ha hecho hasta aquí y decida llevarla a cabo.





Referencias

- Alonso, J., Prieto, L. & Antó, J.M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104 (20), 771-776.
- Amaya, M. E. & Gaviarúa, A. M. (2007) Estilos de vida, Bienestar psicológico y sentido de coherencia en los estudiantes adultos de la universidad de San Buenaventura, Seccional Medellín. *Revista de Ciencias Sociales*, 7 (2), 283-302.
- American College Health Association (2012) National College Health Assessment. Recuperado de: http://www.acha-ncha.org/docs/ACHA-NCHA-II_UNDERGRAD_ReferenceGroup_ExecutiveSummary_Spring2012.pdf
- American College Health Association (2015) National College Health Assessment. Recuperado de: http://www.acha-ncha.org/docs/NCHA-II_WEB_SPRING_2015_REFERENCE_GROUP_EXECUTIVE_SUMMARY.pdf
- Amézquita, M. E., González, R.E., & Zuluaga, D. (2003). Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, año 2000. *Revista colombiana de psiquiatría*, 23(4), 341-356.
- Amigo, I., Fernández, C. & Pérez, M. (2003). Capítulo 1: La Psicología de la salud (pp. 1-29). En *Manual de Psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Arrivillaga M., & Salazar I. C. (2005). Creencias relacionadas con el estilo de vida de jóvenes latinoamericanos. *Psicología conductual*, 13(1), 19-36.
- Barraza & Silerio (2007). El estrés académico en los alumnos de educación media superior. Un estudio Comparativo. *Investigación Educativa Duranguense*, (7) 48-65.
- Bastardo, Y. (2011) Health Status and Health Behaviors in Venezuelan Pharmacy Students. *Value in Health Journal*, 14 (5), S122-S125.
- Becerra, S. (2013). *Rol de estrés percibido y su afrontamiento en las conductas de salud de estudiantes universitarios de Lima*. (Tesis de Maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú). Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/5013>
- Becerra, S. (2016). Descripción de las conductas de salud en un grupo de estudiantes universitarios de Lima. *Revista de Psicología*, 34 (2), (239-260).
- Becoña, E. & Oblitas, G. (2004). Cap. 4: Promoción de estilos de vida saludables (pp. 83-109). En *Psicología de la Salud y Calidad de Vida* .L. Oblitas (Coord). México: Thompson.
- Bellock, NB. & Breslow, L. (1972) Relationship of physical health status and health practices. *Preventive Medicine*, 1 (3), 409-421.
- Blair, S. & Morris, J. (2009). Healthy Hearts-and the Universal Benefits of being Physically Active: Physical Activity and Health. *Annals of Epidemiology*, 19 (4), 253-256.
- Boullosa, G. (2013). *Estrés académico y afrontamiento en un grupo de estudiantes de una universidad privada de Lima*. (Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú). Recuperado de http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/4880/BOULLOSA_GALARZA_GINETTE_ESTRES_ACADEMICO.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Campillo, N., Zafra, A., & Redondo, A. (2008). Relaciones entre la práctica de actividad física y el autoconcepto, la ansiedad y la depresión en chicas adolescentes. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 8(1), 61-78.
- Cassaretto, Chau, Saravia & Vilela (en prensa). *Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Hábitos de Salud en Universitarios*. Departamento de Psicología, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Chau, C. & Saravia, J. C. (2014). Adaptación universitaria y su relación con la salud percibida en una muestra de jóvenes de Perú. *Revista Colombiana de Psicología*, 23(2), 269-284.
- Chau, C. & Saravia, J.C. (2016). Conductas de Salud en Estudiantes Universitarios Limeños: Validación del CEVJU. *RIDEP*, 41(1), 90-103.
- Chau, C. & Tavera, M. (2012). *Informe proyecto PUCP Saludable I. Diagnóstico situacional*. Manuscrito no publicado. Departamento de Psicología, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Consortio de Universidades. (2006). *Perfil de los estudiantes del Consorcio de Universidades: resumen y análisis*. Lima: Consorcio de Universidades.
- Consortio de Universidades. (2013). *Guía para universidades saludables*. Lima: Consorcio de Universidades.
- Cornelisse-Vermaat, J., Antonides, G., Van Ophem, J., & Van den Brink, H. (2006). Body mass index, perceived health, and happiness: Their determinants and structural relationships. *Social Indicators Research*, 79(1), 143-158.
- Damian, L. (2016). *Estrés académico y conductas de salud en estudiantes universitarios de Lima*. (Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú). Recuperado de http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/7708/DAMIAN_CARMIN_LISSET_ESTRES_ACADEMICO.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Derryberry, D. & Reed, M. (2002). Anxiety-Related Attentional Biases and Their Regulation by Attentional Control. *Journal of Abnormal Psychology*, 111 (2), 225-236.
- DEVIDA (2013). Consumo y Abuso de Drogas en Adolescentes y Jóvenes del Perú. Recuperado de: <http://www.devida.gob.pe/2014/09/el-consumo-y-abuso-de-drogas-en-adolescentes-y-jovenes-del-peru/>
- Diskin, L., & Gorresio Roizman, L. (2009). La paz, ¿cómo se hace? Sembrando cultura de paz en las escuelas. Roizman. Brasilia: UNESCO, MEC, 2008. Recuperado de: <http://unesdoc.unesco.org/images/0019/001919/191908s.pdf>
- El Heraldo (2014). Universitarios: Buena educación, pero mala nutrición. 24 de noviembre de 2014, Colombia. Recuperado de: <https://www.elheraldo.co/tendencias/universitarios-buena-educacion-pero-mala-nutricion-175-158>
- Fernández García, E., Blández, J., Camacho, M.J., Sierra, M.A., Vázquez, B., Rodríguez, L., Mendizábal, S., Sánchez, F., & Sánchez, M. (2007). Estudio de los Estereotipos de Género vinculados con la actividad física y el deporte en los centros docentes de Educación Primaria y Secundaria: evolución y vigencia: Diseño de un programa integral de acción educativa. Instituto de la Mujer. Ministerio de la igualdad. Recuperado de: <http://saf.uab.cat/observatori/mmcc/calaix/76.pdf>
- Fox, E., Russo, R. & Dutton, K. (2002). Attentional Bias for Threat: Evidence for Delayed Disengagement from Emotional Faces. *Cognition and Emotion*, 16 (3), 355-379.

- Grant, N., Wardle, J., & Steptoe, A. (2009). The Relationship Between Life Satisfaction and Health Behavior: A Cross-cultural Analysis of Young Adults. *International journal of behavioral medicine*, 16 (3), 259-268.
- Gutiérrez-Fisac J.L., Suárez M., Neira M. & Regidor E. (2013). *Tendencia de los principales factores de riesgo de enfermedades crónicas. España, 2001-2011/12*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Hirshkowitz M., Whiton K., Albert S.M., Alessi C., Bruni O., DonCarlos L., Hazen N., ..., Ware J.C. (2015). National Sleep Foundation's updated sleep duration recommendations: Final report. *Sleep Health*, 1 (4), 233-243.
- Hoyt, L.T., Chase-Lansdale, P.L., McDade, T.W., & Adam, E.K. (2012) Positive youth, healthy adults: does positive well-being in adolescence predict better perceived health and fewer risky health behaviors in young adulthood? *Journal of Adolescent Health*, 50(1), 66-73.
- INEI (2013) *Perú: Situación de salud de la población adulta mayor, 2012*. Recuperado de: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1146/libro.pdf
- Inglés, C., Hidalgo, M.D. & Méndez, F. X. (2001). Dificultades interpersonales en la adolescencia: ¿Factor de riesgo de fobia social? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6(2), 91-104.
- Jiménez, M., Martínez P., Miró E. & Sánchez A. (2008) Bienestar psicológico y hábitos saludables: ¿están asociados a la práctica de ejercicio físico? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8 (1), 185-202.
- Kilpatrick, M., Hebert E. & Bartholomew (2005). College Students' Motivation for physical Activity: Differentiating Men's and Women's Motives for Sport Participation and Exercise. *Journal of American College Health*, 54 (2), 87-94.
- Kline, R (2010). *Principles and Practice of Structural Equation Modelling, Third Edition*. New York: Guilford Press.
- Lema, L., Salazar, I., Varela, M., Tamayo, J., Rubio, A., & Botero, A. (2009). Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida. *Pensamiento Psicológico*, 5(12), 71-88.
- León-Prados, J.A.; Fuentes, I.; González-Jurado, J.A.; Fernández, A.; Costa, E. & Ramos, A.M. (2011). Actividad física y salud percibida en un sector de la población sevillana; estudio piloto. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 10 (41), 164-180.
- Maddux, J. & Winstead, B. (2012). *Psychopathology: Foundations for a Contemporary Understanding, 3rd Edition*. Estados Unidos: Routledge.
- Márquez Rodríguez, D., Ortiz Urazán, S., & Rendón Arango, M. (2009). Cuestionario de Vivencias Académicas en su versión reducida (QVA-r): un análisis psicométrico. *Revista Colombiana de Psicología*, 18 (1), 33-52.

- Márquez, S. (1995). Beneficios psicológicos de la actividad física. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 48 (1), 185-206.
- Martín, I. M. (2007). Estrés académico en estudiantes universitarios. *Apuntes de psicología*, 25 (1), 87-99.
- Mchorney, Ware, Lu & Sherbourne (1994). The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Medical Care*, 32 (1), 40-66.
- Medline Plus (2017). Chequeo Médico. Recuperado el 10 de abril de 2017, de <https://medlineplus.gov/spanish/healthcheckup.html>
- MINEDUC (2009). *El impacto de la discapacidad social en los cuestionarios del estudiante ICCS 2009*. Recuperado de: https://s3.amazonaws.com/archivos.agenciaeducacion.cl/documentos-web/Estudios+Internacionales/ICCS/ICCS+2009/ICCS_2009_Estudio_validacion_cuestionario_estudiante.pdf
- Ministerio de Salud (2008). *Documento técnico: Protocolos de exámenes médicos ocupacionales y guías de diagnóstico de los exámenes médicos obligatorios por actividad*. Dirección General de Salud Ambiental. Recuperado de: http://www.digesa.minsa.gob.pe/norma_consulta/PROTOCOLOS-DE-EXAMENES-MEDICOS-OCUPACIONALES.pdf
- Miró, Cano-Lozano & Buena-Casal (2005) Sueño y calidad de vida. *Revista Colombiana de Psicología*, 14, 11-27.
- Muñoz, I. & Salgado, P. (2006) Ocupaciones de tiempo libre: Una aproximación desde la perspectiva de los ciclos vitales, desarrollo y necesidades humanas. *Revista Chilena de Terapia ocupacional*, (6), 39-45.
- OCDE (2010). Obesidad y las economías de la prevención. Recuperado de: <https://www.oecd.org/centrodemexico/medios/obesidadylaeconomiasdelapreencion.htm>
- Olesti-Baiges, M., Martín-Vergara N., Riera-Solé A., de la Fuente García, M., Bofarull-Bosch J., Ricomá de Castellarnau & G., Piñol, J. (2007). Valoración de la propia imagen corporal en adolescentes femeninas de 12 a 21 años de la ciudad de Reus. *Enfermería Clínica*, 17(2), 78-84.
- OMS (1948). *Constitución de la organización Mundial de la salud* (Documento en Línea). Disponible: http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf (Consulta: 2017, Abril 5).
- OMS (2011). Datos y Cifras. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/facts/es/index4.html
- OMS (2012). Estadísticas sanitarias mundiales 2012. Organización Mundial de la salud. Recuperado de: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2012_Full.pdf
- OMS (2017). Actividad física. Nota descriptiva. Centro de prensa. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/es/>

- OMS (2017). Protección de la salud de los trabajadores. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs389/es/>
- Pacheco-Unguetti, A. Lupiáñez, J., & Acosta A. (2009). Atención y ansiedad: relaciones de la alerta y el control con la ansiedad rasgo. *Psicológica*, 30, 1-25.
- Pekmezovic, T., Popovic, A., Kistic, D., Gazibara, T. & Paunic, M. (2011) Factors associated with health-related quality of life among Belgrade University students. *Quality of Life Research*, 20 (3), 391–397.
- Penedo, F. & Dahn, J.R. (2005). Exercise and well-being: A review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Current Opinion in Psychiatry*, 18 (2), 189-193.
- Pérez, Labiano, & Brusasca (2011). Escala de Deseabilidad Social: Análisis psicométrico en muestra argentina. *Evaluar*, 10, 53-67.
- Piqueras, J.A., Kuhne, W., Vera-Villaroel, P., van Straten, A. & Cuijpers, P. (2011). Happiness and health behaviours in Chilean college students: A cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 11 (443), 1-10.
- Pretty, B. (2016). *Calidad de sueño y adaptación a la vida universitaria en estudiantes universitarios*. (Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú). Recuperado de http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/7703/PRETTY_SARCO_BENJAMIN_CALIDAD_DE_SUE%C3%91O.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ramos, Maria José (2000). *Sueño y Procesos Cognitivos*. España: Síntesis Editorial.
- Rand Corporation (2017). 36-item Short Form Survey (SF-36). Recuperado de: https://www.rand.org/health/surveys_tools/mos/36-item-short-form.html
- Reiner, M., Niermann, C., Jekauc, D. & Woll, A. (2013). Long-term health benefits of physical activity – a systematic review of longitudinal studies. *BMC Public Health*, 13, 1-9.
- Richardson, M., Abraham, C., & Bond, R. (2012). Psychological Correlates of University Students' Academic Performance: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American Psychological Association*, 138(2), 353–387.
- Righi Schleich, A., Jorge Polydoro, S. & dos Santos, A. (2006). Escala de satisfação com a experiência acadêmica de estudantes do ensino superior. *Avaliação Psicológica*, 5 (1), 11-20.
- Salazar y Bernabé (2012) The Spanish SF-36 in Peru: Factor Structure, Construct Validity, and Internal Consistency. *Asia Pacific Journals of Public Health*, 27 (2), (2372-2380).
- Sansoni, J. & Marosszeky, N. (2005). *Instrument Review - SF-36 Health Survey (Version 1.0) for use in Australia*. (Paper 2). Wollongong: University of Wollongong.
- Saravia, J. C. (2013). *Factores psicológicos y conductuales de la salud en un grupo de universitarios de Lima Metropolitana*. (Tesis de Maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú). Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/5009>

- Sassi, F. (2010). Obesity and economics of prevention. Fit not fat. Paris: OECD. Recuperado de: <https://www.oecd.org/els/health-systems/46068529.pdf>
- Schmidt, M. (2012). Predictors of Self-rated Health and Lifestyle Behaviours in Swedish University Students. *Global Journal of Health Science*, 4(4), 1–14.
- Secretaría Nacional de la Juventud (SENAJU) (2012). *Primera encuesta nacional sobre la juventud*. Lima: SENAJU-Ministerio de Educación.
- Soto, L.F., Salazar, I.C., Varela, M.T., Tamayo, J.A., Rubio, A. & Botero, A. (2009). Comportamiento y Salud de los Jóvenes Universitarios: Satisfacción con el estilo de vida. *Pensamiento Psicológico*, 5 (12), 71-88.
- Stranges, S., Samaraweera, P.C., Taggart, F., Kandala, N. & Stewart, S. (2014). Major health-related behaviours and mental wellbeing in the general population: the Health Survey for England. *BMJ Open*, 4 (9), 1-9.
- Stubbe, J. H., Moor, M. H., Boomsma, D. I., & Geus, E. J. (2007). The association between exercise participation and well-being: A co-twin study. *Preventive Medicine*, 44 (2), 148-152.
- Tataje, A. (2013). *Sintomatología depresiva y dimensiones de perfeccionismo en jóvenes universitarios de Lima Metropolitana*. (Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú). Recuperado de http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/5080/TATAJE_MARQUEZ_ANDREA_SINTOMATOLOGIA_LIMA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- UNESCO. *La paz, ¿cómo se hace? Sembrando cultura de paz en las escuelas, 2009*. Brasilia: Ministerio de Educación de Brazil. Recuperado de <http://unesdoc.unesco.org/images/0019/001919/191908s.pdf>
- Unesco (2010) Educación, juventud y desarrollo. Acciones de la Unesco en América Latina y el Caribe. Recuperado de: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001891/189108s.pdf>
- Universitarios: Buena educación, pero mala nutrición. (24 de noviembre de 2014). *El Herald*. Recuperado de <https://www.elheraldo.co/tendencias/universitarios-buena-educacion-pero-mala-nutricion-175158>
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miranda, G., Quintana, J.M., Santed, R., ..., Alonso, J. (2005) El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19 (2), 135-150.
- Ware, J. (2000) SF-36 Health Survey Update. *Spine*, 25 (24), 3130-3139.
- Ware, J. (2007). *User's Manual for the SF-36v2® Health Survey*. Recuperado de https://campaign.optum.com/content/dam/optum/resources/Manual%20Excerpts/SF-36v2_Manual_Chapter_1.pdf
- Ware, J. & Sherbourne, C. (1992) The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care*, 30 (6), 473-483.
- Yiend, J. & Mathews, J. (2001). Anxiety and attention to threatening pictures. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 54 (3), 665-681.

Zafra, A., Blas, A. & Candel Campillo, N. (2008). Relaciones entre la práctica de actividad física y el autoconcepto, la ansiedad y la depresión en chicas adolescentes. *Cuadernos de psicología del deporte*, 8(1), 61-77.



(Universidad: Servicios de la universidad como la biblioteca, asesorías académicas, Servicio Psicopedagógico, etc.)

III. SOBRE TU SALUD :

16. Peso: _____

17. Talla: _____

18. ¿Realiza actividad física regularmente? (un mínimo de 30 minutos, 3 veces por semana)

No Sí

19. Durante las últimas cuatro semanas, ¿Con cuánta frecuencia has realizado ejercicio o practicado algún deporte? (marca **UNA** de las siguientes opciones)

- Nunca
 Una vez al mes
 Dos o tres veces al mes
 Una o dos veces a la semana
 Siempre

20. Aproximadamente, ¿cuántas veces a la **semana** consumiste los siguientes alimentos?

Frutas _____

Verduras _____

Lácteos (leche, yogurt) _____

Carne blanca o pollo _____

Carnes de pescado _____

Carne roja o res _____

21. ¿Cuántas horas en promedio duermes diariamente? _____

22. ¿Has presentado durante el último año alguna condición médica que haya afectado tu salud? De ser así, marque con una "X" en los casilleros.

1	Dolor de cuello, hombros y/o espalda	8	Estreñimiento	15	Miedos/fobias
2	Dolores de cabeza	9	Diarrea	16	Pesadillas
3	Migraña (diagnóstico de neurólogo)	10	Fatiga	17	Pérdida o ganancia de peso
4	Dificultades para dormir/insomnio	11	Ansiedad	18	Falta de apetito
5	Somnolencia (quedarse dormido)	12	Depresión	19	Temblores
6	Molestias estomacales	13	Cambios de humor	20	Alergia
7	Dificultades para respirar	14	Dificultades para concentrarse	21	Latidos cardíacos rápidos, problemas circulatorios, mareos

Otros: _____

Apéndice B: Variables sociodemográficas y académicas

		f	%
Sexo	Hombre	86	45,3
	Mujer	104	54,7
Facultad de Estudio	Letras	109	57,4
	Ciencias	81	42,6
Nivel de estudio	Inicio de la carrera (1 - 4 ciclo)	67	35,3
	Mitad de la carrera (5 - 7 Ciclo)	60	31,6
	Fines de la carrera (8 a más ciclos)	63	33,2
Lugar de nacimiento	Lima	126	66,3
	Provincia	60	31,6
	Extranjero	2	1,1
		M	DE
Edad		20,48	2,261



Apéndice C: DERECHOS DEL PARTICIPANTE DE LA INVESTIGACIÓN

Usted está invitado a participar en una investigación sobre la salud en estudiantes universitarios peruanos. Este estudio es realizado por las profesoras Mónica Cassaretto y Patty Vilela, miembros del grupo de investigación “Psicología, Salud y Universidad: Entornos Saludables” de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP). El objetivo es conocer las variables personales, académicas y psicológicas que predicen la salud física y mental en estudiantes peruanos pertenecientes a la Red Peruana de Universidades (RPU).

Si usted accede a participar, se le solicitará responder de manera anónima unos cuestionarios que toman aproximadamente 25 a 30 minutos. No se solicita ninguna información que permita identificar a los participantes.

Los derechos con los que cuenta como participante incluyen:

Anonimato: Todos los datos que usted ofrezca son absolutamente anónimos, por lo tanto, no habrá manera de identificarlo individualmente.

Integridad: Ninguna de las pruebas que se le apliquen resultará perjudicial.

Participación voluntaria: Tiene el derecho a abstenerse de participar o incluso de retirarse de esta evaluación cuando lo considere conveniente sin que esto lo perjudique de manera alguna.

Para cualquier duda o consulta puede comunicarse con las investigadoras al correo electrónico: mcassar@pucp.edu.pe , patty.vilelaa@pucp.pe

En función a lo leído:

¿Desea participar en la investigación? SÍ _____ NO _____

Firma del alumno (opcional)

¿Es menor de edad? SÍ _____ NO _____

Apéndice D: Confiabilidad por Consistencia Interna y Correlaciones Ítem-Test
Corregidas del SF-36

	Ítem	Correlación total de elementos Corregida	Alfa si se elimina el ítem	
Función física $\alpha = .766$	SF3	,421	,761	
	SF4	,520	,736	
	SF5	,446	,746	
	SF6	,585	,722	
	SF7	,368	,762	
	SF8	,332	,759	
	SF9	,535	,731	
	SF10	,606	,718	
	SF11	,479	,748	
	SF12	,178	,771	
	Rol Físico $\alpha = .837$	SF13	,669	,794
		SF14	,650	,803
SF15		,721	,771	
SF16		,638	,807	
Rol Emocional $\alpha = .856$	SF17	,749	,779	
	SF18	,701	,825	
	SF19	,736	,791	
Vitalidad $\alpha = .803$	SF23	,609	,757	
	SF27	,555	,783	
	SF29	,644	,741	
	SF31	,663	,730	
Bienestar emocional $\alpha = .865$	SF24	,644	,846	
	SF25	,737	,823	
	SF26	,689	,835	
	SF28	,749	,820	
	SF30	,610	,855	
Funcionamiento Social $\alpha = .770$	SF20	,626		
	SF32	,626		
Dolor $\alpha = .734$	SF21	,580		
	SF22	,580		
Salud General $\alpha = .813$	SF1	.488	.808	
	SF33	.456	.826	
	SF34	.732	.736	
	SF35	.594	.779	
	SF36	.773	.722	

Apéndice E: Confiabilidad por Consistencia Interna y Correlaciones Ítem-Test
Corregidas del CHS

	Ítem	Correlación total de elementos Corregida	Alfa si se elimina el ítem
Actividad física y deporte $\alpha = .769$	CHS1	.638	.678
	CHS2	.658	.664
	CHS3	.409	.790
	CHS4	.587	.705
Recreación y manejo del tiempo $\alpha = .638$	CHS5	,316	,713
	CHS6	,557	,385
	CHS7	,486	,485
Autocuidado y Cuidado Médico $\alpha = .761$	CHS8	,471	,739
	CHS9	,631	,681
	CHS10	,645	,674
	CHS11	,370	,769
	CHS12	,538	,715
Hábitos alimenticios $\alpha = .736$	CHS13	,300	,736
	CHS14	,485	,697
	CHS15	,279	,749
	CHS16	,548	,681
	CHS17	,423	,710
	CHS18	,580	,680
	CHS19	,602	,672
Consumo de Alcohol, tabaco y drogas $\alpha = .843$	CHS20	,750	,784
	CHS21	,682	,802
	CHS22	,507	,849
	CHS23	,711	,795
	CHS24	,639	,819
Organización del sueño $\alpha = .703$	CHS25	,274	,716
	CHS26	,533	,631
	CHS27	,505	,643
	CHS28	,479	,649
	CHS29	,444	,660
	CHS30	,394	,676

