

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**Conductas de salud y bienestar en estudiantes universitarios de Lima**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO  
DE BACHILLERA EN PSICOLOGÍA**

**AUTORA**

Sheyla Isabella Espejo Britto

**ASESORA**

Dra. Patricia Martínez Uribe

2019

## **Agradecimientos**

En primer lugar, a Dios, porque sin él no habría llegado este momento. Siempre fue, es y será mi luz, mi esperanza y mi fortaleza. Alabado seas padre bendito y celestial por darme la oportunidad de culminar esta hermosa carrera y haber aprendido mucho en ella. Gracias por guiarme en todo momento y por amarme tanto. Toda la gloria y toda la honra a ti, Señor Jesucristo.

En segundo lugar, a mis padres Luis y Graciela porque sin ellos esto no habría sido posible, ellos me dieron estudios, una carrera y se esforzaron día y noche porque me convierta en una gran profesional. Gracias amados padres por darme este regalo, por todo su sacrificio, amor y por siempre estar allí a cada paso que doy, son los mejores padres que Dios me ha podido dar, una bendición en mi vida, que Dios los bendiga y proteja siempre.

En tercer lugar, a mi novio Alexander porque gracias a él conocí a Dios y porque siempre estuvo y está a mi lado alentándome a seguir, dándome mucho amor, apoyo y comprensión desde que empecé esta carrera hasta terminarla. Gloria a Dios el haberlo conocido y que sigamos avanzando juntos de la mano por el sendero de la vida, que Dios los bendiga siempre a él y su familia y nos siga guiando en su voluntad.

En cuarto lugar, a mi asesora de tesis, la Dra. Patricia Martínez, gracias a Dios por ponerla en mi camino, estoy muy contenta de que haya sido mi asesora porque aprendí muchísimo de un tema que me apasiona, la Psicología de la Salud, que Dios la bendiga y prospere siempre, muchas gracias por sus consejos, apoyo y paciencia durante todo este tiempo como mi asesora, su ayuda fue invaluable.

Por último, pero no menos importante, a mi prima Katty quien estuvo a mi lado en aquellos momentos de dificultad cuando no sabía qué dirección tomar. Muchas gracias querida prima por darme la mano y alentarme a seguir esta carrera tan bonita que ambas compartimos, que Dios te bendiga siempre.

## Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo estudiar la relación entre las conductas de salud y el bienestar psicológico en un grupo de 123 estudiantes universitarios que cursaban desde el tercer año en adelante. Se les aplicó el cuestionario de estilos de vida de jóvenes universitarios (CEVJU-r), la escala de bienestar psicológico de Carol Ryff adaptada al español por Díaz (2006) y una ficha sociodemográfica con datos personales y de salud.

Luego, se realizaron los análisis respectivos y se calcularon las correlaciones entre las conductas de salud y el bienestar psicológico. Los resultados indicaron que existían múltiples correlaciones entre las dimensiones de ambas variables a excepción de hábitos alimenticios. En cuanto al análisis de las variables sociodemográficas y datos generales de salud se observaron correlaciones significativas entre las conductas de salud y el consumo de alcohol reportado, las horas de sueño y la frecuencia de actividad física declarada por los participantes.

Por otro lado, se hicieron comparaciones de acuerdo al sexo y se encontró que los hombres tenían mejores hábitos alimenticios y organización de sueño que las mujeres mientras que ellas reportaron un mejor control en el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Y, en relación a las dolencias reportadas en el año, destacaron el dolor de cabeza y espalda, tensión de cuello y espalda, estrés y depresión. Finalmente, se incorporó una pregunta abierta acerca de qué actividades realizaban en su tiempo libre siendo la más resaltante el uso de tecnología. Por último, se resalta la importancia de continuar investigando en temas de salud universitaria para así potenciar los programas orientados a aumentar el bienestar de los estudiantes en donde se incluya a la tecnología, la cual está influyendo no solo en nuestro entorno sino también en nuestras conductas de salud y bienestar.

**Palabras clave:** Conductas de salud, Bienestar Psicológico, Universitarios.

## **Abstract**

The purpose of this research was to study the relationship between healthy behaviors and psychological well-being in a group of 123 university students which are studying from the third year onwards. They filled the questionnaire about the lifestyles of young university students (CEVJU-r), the scale of psychological well-being of Carol Ryff adapted to Spanish by Díaz (2006) and a sociodemographic questionnaire about themselves and personal details of their health.

After that, the correlations about health behaviors and psychological well-being were analyzed. The results indicated that there were multiple correlations between the dimensions of both variables except for the eating habits area. Regarding the analysis of the sociodemographic variables and general health data, specific correlations were observed between healthy behaviors and reported alcohol consumption, sleep hours and the frequency of physical activity declared by the participants.

On the other hand, comparisons were made according to sex and men were found to have better eating habits and better sleep organization than women while women reported better control over alcohol, tobacco and other drugs. And, in relation to the ailments reported in the year, the most repetitive were headache and back, neck and back tension, stress and depression. Finally, they were asked about what activities they did in their free time and the most prominent one was the use of technology.

Last but not least, it is necessary to remark the importance of continuing researching about university health issues in order to enhance programs aimed at increasing the welfare of students because a new dimension is now in our lives: technology, which is influencing not only our environment but also in our healthy behaviors and psychological wellbeing.

**Keywords:** Health behaviors, Psychological Wellbeing, University students.

## Tabla de Contenidos

Introducción .....	01
Método .....	09
Participantes .....	09
Medición .....	09
Análisis de datos .....	13
Resultados .....	15
Discusión .....	19
Referencias .....	25
Apéndices .....	31
Apéndice A: Consentimiento informado .....	31
Apéndice B: Ficha de datos sociodemográficos y de salud .....	33
Apéndice C: Estadísticos de confiabilidad .....	35
Apéndice D: Estadísticos descriptivos .....	39



## Introducción

Estar sano se define, en la actualidad, como un estado de bienestar físico, mental y social integral (OMS citado en Demir-bas & Korkut, 2017). De acuerdo a un estudio realizado por Çelik Demir-bas y Owen Korkut (2017) el 68% del bienestar total se explica con los comportamientos de estilo de vida saludables. Por tal motivo, el bienestar está claramente asociado a las conductas de salud favorables. Sin embargo, existe una fuerte tendencia mundial a conductas de salud poco saludables, esto se expresa en el tipo de alimentación, la baja actividad física que se realiza, el excesivo consumo de alcohol y tabaco, el reducido tiempo de sueño, niveles excesivos de estrés, entre otros.

En primer lugar, respecto a la alimentación, un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) muestra que el consumo de bebidas y alimentos ultra procesados en el Perú creció en 107% entre los años 2000 y 2013, teniendo como consecuencias que el índice de masa corporal promedio de las personas aumente, particularmente en la población de más de 15 años (26,8%) lo que significa que se trata de una población con tendencia al sobrepeso. Este índice es más elevado en las mujeres (27,3%) que en los hombres (23,3%). Según región natural, en Lima Metropolitana (27,6%) y en el resto de la costa (27,3%) residen las personas con mayor IMC en promedio. Asimismo, una mala alimentación ha mantenido los índices de anemia inamovibles desde el año 2015 en adolescentes de 15 a 19 años: 17,3% presentaba anemia leve, el 2,4% moderada y el 0,2% severa. Para las mujeres de 20 a 29 años estos porcentajes eran de 17,7%, 2,4% y 0,2% respectivamente (MINSA, 2017). Por lo tanto, en la actualidad, el Perú es uno de los países con más alto porcentaje de sobrepeso y obesidad además de desnutrición siendo la población adolescente y joven la más vulnerable.

Esto también se puede evidenciar en la encuesta Demográfica y de Salud Familiar, la cual reveló que 36,9% de personas de 15 a más años de edad presenta sobrepeso y el 21% obesidad siendo nuevamente más frecuente el sexo femenino (24,7%) que el masculino (17,2%) (ENDES, 2016 en INEI, 2017). Estos altos porcentajes indican que en nuestro país hay una mortalidad y morbilidad prematura asociadas a estas enfermedades no transmisibles, así como a las enfermedades cardiovasculares, los accidentes cerebrovasculares, la diabetes y varios tipos de cáncer los cuales se pueden prevenir mediante una buena nutrición, un estilo de vida activo y la reducción de la adiposidad central causadas por el sobrepeso y obesidad (Shrewbury et al. 2018).

En segundo lugar, la actividad física definida como cualquier actividad muscular que produce un gasto de energía (Tarqui, Álvarez & Espinoza, 2017). La OMS recomienda que se practique actividad física por los menos treinta minutos al día, sugiriendo que los adultos entre 18 y 64 años realicen 150 minutos de actividad física semanal moderada o intensa para reducir el riesgo de ECV y cardiopatía coronaria (Tarqui, Álvarez & Espinoza, 2017). La OMS señala que las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muertes a nivel mundial. En nuestro país, las ECV, son la tercera causa de mortalidad en la población en general y, la obesidad es el principal factor de riesgo de esta enfermedad. Sin embargo, pese a esta realidad, las tres cuartas partes de los peruanos tienen una baja actividad física siendo los que tienen mayor predominancia los residentes de zonas urbanas, jóvenes en edad de trabajar, en su mayoría de sexo femenino, con nivel educativo superior y con rasgos de obesidad (Tarqui, Álvarez & Espinoza, 2017).

En tercer lugar, el tabaco. El consumo de tabaco es un factor de riesgo que puede desarrollar enfermedades crónicas prevenibles como el cáncer de pulmón y también enfermedades cardiovasculares. La cuarta parte de fallecimientos por ECV en países en vías de desarrollo han sido ocasionadas por el consumo de tabaco (INEI, 2017). El porcentaje de peruanos de 15 a más años que consume cigarrillos fue de 19% en el 2017, porcentaje que se mantuvo del año anterior. Según sexo, el consumo de cigarrillo es más frecuente en hombres (31,5%) que en las mujeres (7,2%). Además, de esta población, el 1,7% declaró fumar diariamente, siendo el promedio de cigarrillos consumido 5 unidades diarias. El mayor consumo se observa en el grupo con nivel de educación superior cuyo consumo diario en promedio fue de 5,8 cigarrillos, residente de zona urbana y de sexo masculino.

Asimismo, el excesivo consumo de alcohol, que está considerado como un factor de riesgo en el padecimiento de algún tipo de cáncer, enfermedades cardiovasculares y cirrosis hepática (INEI, 2017). A nivel nacional, existe un consumo excesivo de alcohol el cual se refiere a la condición en que la persona presenta alteraciones significativas en la conducta y raciocinio como resultado de dicho consumo reportándose que 21,7% de personas de 15 a más años de edad consume cantidades excesivas de este siendo más frecuente en hombres 32,5% que en mujeres 11.5%. (INEI, 2017)

En cuarto lugar, el sueño, que es uno de los comportamientos humanos más importantes y abarca alrededor de un tercio de la vida humana. Sin embargo, no siempre se le da el tiempo que se necesita para estar descansado. El sueño de baja calidad es muy frecuente

entre los estudiantes y se traduce en un rendimiento general deficiente, especialmente en los campos educativos. Asimismo, la calidad de sueño es algo que está bajo la influencia de la adicción a Internet teniendo en él un impacto negativo (Kootesh, Raisi & Ziapour, 2016). En un estudio de Lin y Tsai, los resultados demostraron que la adicción al internet conduce a la privación de tiempo suficiente para dormir y realizar otras actividades (Lin & Tsai, 2002 citado en Kootesh, Raisi & Ziapour, 2016). Por otro lado, otro estudio revela que el presentar problemas de sueño y poseer menor edad lleva a una mayor depresión, y, por último, el tener problemas de sueño y una baja actividad física conlleva a poco bienestar (Angelucci, Cañoto & Hernández, 2017).

En quinto lugar, niveles excesivos de estrés. El estrés ha sido íntimamente relacionado a las conductas de salud (Becerra, 2013). Según Lazarus y Folkman (1986), se trata de un proceso de interacción entre el individuo y su entorno, donde el primero evalúa los eventos a su alrededor como amenazas hacia su bienestar. Esta interacción se produce en la percepción y valoración que la persona realiza de las situaciones potencialmente estresantes y de sus propios recursos para afrontar estas demandas. Además, el estrés es una respuesta adaptativa que puede ser beneficiosa para aumentar y mantener el rendimiento y salud. Sin embargo, en niveles excesivos y constantes puede afectar negativamente a las personas, convirtiéndose así en uno de los principales factores de riesgo de diversas enfermedades (Amigo, 2003; Oblitas, 2010 citado en Damian, 2016).

Por tanto, se puede observar a partir de las problemáticas descritas que todas las variables mencionadas forman parte de las conductas de salud del ser humano. Según la OMS, la salud está determinada por distintos factores como la organización del cuidado de la salud en un 10%, los factores biogenéticos en un 15%, el ambiente en donde se vive en un 20% y el estilo de vida en un 55% siendo éste el de mayor impacto en la salud de los seres humanos el cual incluye la actividad física, la nutrición, la habilidad de manejar el estrés, el abuso de sustancias, la conducta sexual y las relaciones (Marc Lalonde, 1974 citado en Gorzelak & Pierzak, 2017).

No obstante, si bien existen programas de promoción de la salud enfocados a las conductas de salud en el Perú (Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud en el Perú, s.f.) la mayor cantidad presupuestal va dirigida a la asistencia sanitaria para mejorar los servicios, fortalecer la implementación de los programas orientados a la disponibilidad de insumos médicos, garantizar el financiamiento de las prestaciones de salud y garantizar la operatividad de los nuevos establecimientos (Diario El Peruano, 2018). Estos programas de atención solo

toman en cuenta que se interviene en los casos ya dados mas no se apuesta por trabajar con los factores de riesgo, como el consumo de tabaco, una dieta deficiente, poca actividad física, consumo de alcohol, presión arterial alta y altos porcentajes de grasa corporal (Mokdad et al. 2004, Farley et al. 2010 en Korkut & Demirbaş, 2018)

Varios estudios indican que muchas enfermedades que se encuentran en la edad adulta en realidad pueden ser prevenidas con conductas de salud efectivas (Korkut & Demirbaş, 2018). Por ejemplo, muchas enfermedades en los adultos, como ataques cardíacos, parálisis, trastornos respiratorios crónicos y cáncer, en realidad pueden prevenirse con hábitos de vida saludables (Amuna y Zotor 2008, Danaei et al. 2009 en Korkut & Demirbaş, 2018). Corbin y otros investigadores (2010) indican que un estilo de vida saludable reduce el riesgo de contraer ciertas enfermedades y aumenta el bienestar, por lo que realizar conductas de salud adecuadas influyen en la salud y el bienestar (Corbin et al., 2010 en Korkut & Demirbaş, 2018).

Asimismo, los autores Owen Korkut y Çelik Demirbaş (2018) encuentran que mantener adecuadas conductas de salud implica una serie de habilidades adquiridas siendo el bienestar y sus modelos los que juegan un papel importante en la enseñanza de estas habilidades para tener una vida saludable. Además, en los análisis relacionados con los subfactores del bienestar, encontraron que los subfactores del bienestar son predichos por algunas conductas de salud óptimas.

En la presente investigación nos enfocaremos en los universitarios, ya que es en esta etapa en donde se toman decisiones que repercuten en el futuro (Papalia, 2012). Asimismo, el número de personas que se encuentran estudiando en la universidad ha crecido rápidamente. A nivel mundial, según la UNESCO (2017), en el 2000 eran 100 millones de alumnos; mientras que, en el 2014 esta cifra incrementó a 207 millones; y se espera que sea de 262 millones para el 2050 (Banco Mundial, 2017). El Perú, según el Panorama de la educación (2017) elaborado por la OECD (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico), se encuentra como el quinto país sudamericano de habla castellana con mayor número de estudiantes universitarios. Según cifras del INEI (2017), llega a una población de 1 814 815 universitarios inscritos, habiendo una mayor concentración en las regiones urbanas del país y siendo Lima la ciudad con mayor número de universitarios (82,300 estudiantes) en el 2017 (INEI, 2017).

El inicio de la edad universitaria varía según el contexto; así, por ejemplo, en Europa y Norteamérica la edad oscila entre los 18-21 años (Education USA) mientras que en Latinoamérica suelen iniciar esta etapa entre los 16 y 18 años (MINEDU, 2016) que corresponde a la adolescencia tardía o adultez temprana (Papalia, 2012). En los últimos años se habla de una nueva etapa llamada adultez emergente (Arnett, 2014) definida como el periodo exploratorio de transición entre la adolescencia y la adultez comprendida entre los 18 y 29 años de edad la cual se encuentra marcada por criterios sociales y personales (Arnett, 2000; Arnett, 2003, 2012 citado en Claux, 2015).

Además, la adultez se asocia con ciertos logros externos como poder aceptar responsabilidades propias, tomar decisiones de manera independiente y obtener independencia financiera. Por otro lado, se relaciona con criterios internos que se dan en la persona como el ser autónomo, poseer autocontrol y, finalmente, tener responsabilidad por uno mismo (Arnett, 2000). Si bien al inicio de esta etapa se produce un mayor incremento de las capacidades, casi al finalizar se produce un decrecimiento ligero en las mismas, esto se puede observar en los diferentes dominios que se identifican en la vida de todo ser humano: El biológico, el cognitivo y el psicosocial (Sigelman & Rider, 2015).

Asimismo, es relevante mencionar que la adultez emergente es considerada una etapa con múltiples demandas (Casari, Anglada & Daher, 2014) dentro de las cuales se encuentra la exigencia académica o laboral, la preocupación por el desempeño, incertidumbre y toma de decisiones que influirán en el futuro (González, Landero & Tapia, 2007). De igual modo, es en esta etapa donde se van definiendo estilos de vida que suponen una alimentación balanceada, la práctica de ejercicios, horarios de sueño regular, manejo del estrés, entre otros los cuales favorecen un buen estado de salud y bienestar (Ziarko et al., 2017).

Las conductas de salud son una manera de vivir, es un patrón de comportamiento individual que ha sido determinado por factores socioculturales y características personales (Wysocki & Miller, 2003 en Gorzelak, & Pierzak, 2017). El estilo de vida incluye seis dimensiones propuestas por Arrivillaga y Salazar (2005) creadas como resultado de entrevistas sobre conductas de salud de adultos jóvenes de distintas universidades (Arrivillaga & Salazar, 2005 citado en Chau & Saravia, 2016). Estas son actividad física y deporte, hábitos alimenticios, organización del sueño y descanso, autocuidado y cuidado médico, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y, por último, organización del descanso y manejo de tiempo libre.

Una conducta de salud adecuada incluye cuidados a nivel de actividad física, nutrición y sueño, los cuales reducen el estrés relacionado al desempeño académico en los jóvenes universitarios propiciando una mejor salud física y mental percibida (Lema, Salazar, Varela, Tamayo, Rubio & Botero, 2009; SENAJU, 2012 citado en Chau & Saravia, 2016).

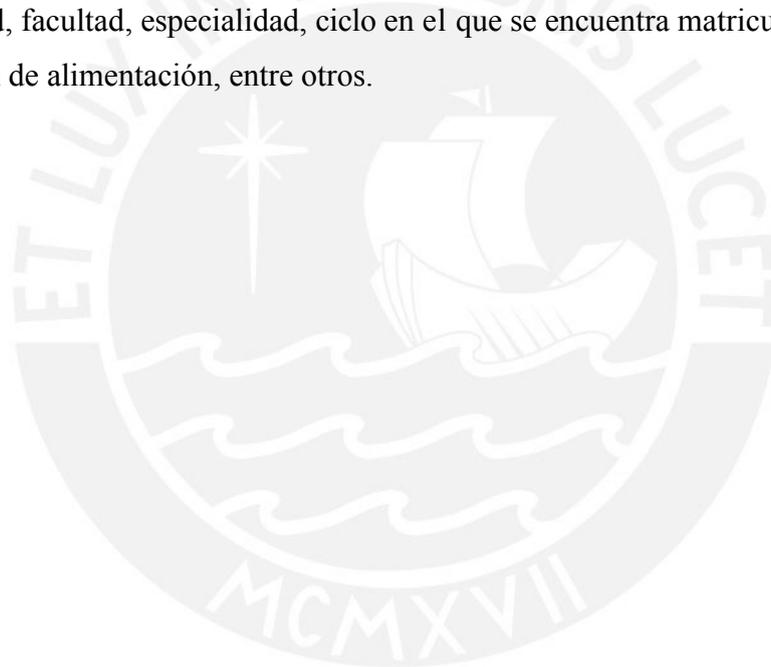
Asimismo, una conducta de salud adecuada supone comportamientos que contribuyen a mantener y elevar el nivel de bienestar de los individuos (Korkut & Demirbas, 2018). Sin embargo, los jóvenes no siempre optan por llevar un estilo de vida saludable (Ziarko et al., 2017) siendo muy frecuentes los desórdenes en la conducta alimentaria, fatiga, adicciones y estrés que puede llevar al padecimiento de enfermedades físicas o mentales en el largo plazo (Grant, 2002; Tyrell, 1992 citado en Cooke et al., 2006).

Además de las conductas de salud, diversos estudios postulan que la población universitaria tiene bajos índices de bienestar psicológico (Cooke, Bewick, Barkham, Bradley & Audin, 2006). Según el modelo de Carol Ryff, el bienestar psicológico está basado en el desarrollo del potencial humano (González-Hernández, López-Mora, Portolés-Ariño, Muñoz-Villena, & Mendoza-Díaz, 2017). Asimismo, es un concepto multidimensional que incluye factores sociales, subjetivos, psicológicos y de comportamiento en seis dimensiones: la auto aceptación, es decir, la actitud positiva hacia uno mismo, el reconocimiento de aspectos positivos y negativos y el valorar positivamente el pasado; el propósito en la vida, el cual se basa en tener objetivos y metas claras y saber cómo llegar a estas; el crecimiento personal, en el cual hay un desarrollo continuo, apertura a las nuevas experiencias y la persona es capaz de apreciar mejoras personales; la autonomía como capacidad de resistir presiones sociales, es independencia, regula su conducta y se autoevalúa según sus propios criterios; relaciones positivas con otros, la cual se basa en tener relaciones estrechas y cálidas con otros, empatía y preocupación por los demás. Y, finalmente, el dominio del entorno, en el cual hay una sensación de control y competencia, se aprovecha las oportunidades y tiene la capacidad de adaptarse a distintos contextos (Vázquez & Hervás, 2009).

Cooke, Bewick, Barkham, Bradley y Audin (2006) encontraron que el bienestar psicológico en estudiantes universitarios es significativamente menor en comparación a otras poblaciones. También, se encontró que, en cuanto a sexo, el bienestar psicológico es levemente mayor en hombres que en mujeres universitarias (Cooke et al., 2006; Piko, 2000). Asimismo, se halló que la variable más asociada a un menor bienestar psicológico es el estrés (González, Landero & Tapia, 2007; Hughes, 2005). Según Caldera, Pulido y Martínez (2007)

el 50% de estudiantes universitarios menciona haber experimentado estrés moderado en algún momento de la etapa universitaria.

Siendo el estrés una problemática mundial, en Turquía se realizó una investigación por Demirbaş-Çelik y Korkut-Owen donde el 68% del bienestar total se explica con las conductas de salud enfatizando la conexión entre los conceptos. Por ello, la presente investigación busca explorar la relación de las conductas de salud y bienestar psicológico en estudiantes universitarios, ya que, como se mencionó anteriormente, se encuentran en una etapa de desarrollo compleja en la que se toman decisiones que pueden definir su futuro en todos los aspectos. Malas decisiones en sus hábitos y conductas de salud y un bajo nivel de bienestar pueden llevarlos a padecer todo tipo de enfermedades. Asimismo, se analizarán los presentes constructos a partir de variables sociodemográficas y de salud percibidas en general como sexo, edad, facultad, especialidad, ciclo en el que se encuentra matriculado, estatura, peso, valoración de alimentación, entre otros.





## Método

### *Participantes*

Los participantes fueron 123 estudiantes universitarios entre los 18 y 27 años con un promedio de edad de 21.89 ( $DE = 2.04$ ), 80 fueron mujeres (65.0%) y 43 hombres (35.0%) matriculados en una universidad privada de Lima que se encontraban cursando desde el tercer año en adelante de diferentes facultades. El 82% fue alumno regular, es decir, estaba cursando entre 12 y 23 créditos. El 34.10% trabajaba además de estudiar.

Para convocarlos se usó una invitación virtual a través de redes sociales explicándoles en objetivo de la investigación. En todos los casos la participación fue voluntaria, se les brindó un consentimiento informado en donde se respetaron las normas éticas de anonimato y confidencialidad. Los alumnos que aceptaron la presente invitación completaron los cuestionarios de manera anónima.

### *Medición*

Para la evaluación del bienestar psicológico se utilizó la versión española de la Escala de Bienestar Psicológico (**Scales of Psychological Well-Being - SPWB**) desarrollada por Díaz et. al (2006). Dicha versión deriva de la revisión de estudios con el instrumento original que fue creado por Carol Ryff en el año 1989 el cual contaba con 84 ítems los cuales fueron posteriormente revisados por Van Dierendonck (2004) quien también, a su vez, propuso una versión de 39 ítems con buena consistencia interna ( $\alpha = 0.78-0.81$ ) y ajuste aceptable. Esta escala tiene como objetivo evaluar factores sociales, subjetivos, psicológicos y de comportamiento en 6 dimensiones: propósito en la vida, la autonomía, la autoaceptación, las relaciones positivas con otros, el dominio del entorno y el crecimiento personal (Vásquez & Hervás, 2009).

La versión reducida la cual se utilizó en esta investigación consta de 29 ítems que se agrupan en las mismas 6 dimensiones del modelo de Ryff (1989) descritas previamente. Esta versión cuenta con indicadores de ajuste adecuado y consistencia interna satisfactoria. El formato de respuesta es de una escala tipo Likert de 6 puntos desde totalmente en desacuerdo (1) hasta totalmente de acuerdo (6).

Para realizar la adaptación, la muestra con la que se contó fue de 467 personas (258 hombres y 209 mujeres) con edades entre 18 y 72 años ( $M=33$ ). En esta versión, los nuevos niveles de consistencia interna obtenidos mejoraron (alfa de Cronbach de .70 a .84). Esta

versión conserva el modelo teórico de 6 dimensiones con un factor global, cuenta con indicadores de ajuste adecuado y consistencia interna de las escalas satisfactoria.

En el Perú, Cubas (2003) tradujo y validó la versión de 84 ítems (14 por escala) con una muestra de estudiantes universitarios entre los 18 y 31 años de edad. La escala fue traducida y validada semánticamente, la confiabilidad fue de .89 para toda la prueba obtenida mediante el alfa de Cronbach. Respecto a sus subescalas, estas estuvieron entre .78 y .87. Dicha versión ha sido empleada en nuestro medio como, por ejemplo, en practicantes de yoga (Chávez, 2008), practicantes de danza contemporánea (Meza, 2010), alumnos de un MBA en Administración (Pardo, 2010) entre otras, funcionando adecuadamente.

Asimismo, Trigos (2012) utilizó la adaptación de Díaz (2006) para medir el nivel de bienestar psicológico en la población oncológica tanto en su escala global como en las 6 dimensiones del modelo. Y, con el objetivo de que los ítems estuvieran más en contexto peruano, Trigos (2012) realizó algunas modificaciones a partir de la evaluación lingüística de los mismos por parte de especialistas en el tema para así conservar la coherencia. La presente investigación tuvo resultados aceptables en relaciones positivas con otros ( $\alpha = .63$ ), propósito en la vida ( $\alpha = .64$ ), pero resultó deficiente para el resto de dimensiones. Sin embargo, posee una puntuación global de ( $\alpha = .82$ ) demostrando confiabilidad y consistencia interna.

Para el presente estudio se obtuvo una confiabilidad del instrumento de .91 a nivel global y, respecto a sus áreas, se obtuvo .85 para el área de autoaceptación, .77 para relaciones positivas con otros, .75 en autonomía, .59 dominio del entorno, .71 en crecimiento personal y, por último, .81 en el área de propósito en la vida.

Las conductas de salud se evaluaron a través del Cuestionario de Estilos de Vida de Jóvenes Universitarios (**CEVJU-r**) validado en Lima, y diseñado sobre la revisión de la literatura y los resultados de entrevistas acerca del estilo de vida saludable de adultos y jóvenes de distintas universidades (Arrivillaga & Salazar, 2005 citado en Chau & Saravia, 2016).

El primer instrumento (CEVJU) fue elaborado por Arrivillaga, Salazar y Gómez, en el año 2002 en Colombia (Arrivillaga & Salazar, 2005 citado en Damian, 2016). Éste estuvo compuesto por 69 ítems a responderse mediante una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta (nunca, algunas veces, con frecuencia, siempre) organizados en 6 dimensiones:

Actividad física y deporte, hábitos alimentarios, organización del sueño y descanso, autocuidado y cuidado médico, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y organización del descanso o tiempo libre. Arrivillaga y Salazar (2005) validaron el cuestionario en 754 estudiantes universitarios colombianos y, con respecto a la confiabilidad, encontraron que el cuestionario presentó un alfa de Cronbach de 0.87. En cuanto a la validez, esta se evidenció mediante criterio de jueces, los cuales eran expertos en psicología de la salud.

Asimismo, Saravia (2013) realizó una adaptación de la prueba con 448 estudiantes entre 18 y 29 años de edad de una universidad privada. El índice de confiabilidad de alfa de Cronbach del instrumento fue de 0.87. Analizó la validez por criterio de jueces quienes eran expertos en psicología de la salud. Adicionalmente, realizó un análisis factorial exploratorio y una evaluación de la consistencia interna de cada una de las áreas del cuestionario, para revisar su validez interna y externa. En el área de actividad física se encontró un coeficiente de .71, en el área de organización de descanso o tiempo libre .68, en el área autocuidado y cuidado médico .70, en el área hábitos alimenticios, .72, consumo de alcohol y otras drogas, .70 y, finalmente, organización de sueño .61. Al finalizar el instrumento quedó conformado por 33 ítems.

Posteriormente, Becerra (2013) utilizó el instrumento en su investigación acerca del rol de estrés percibido y su afrontamiento en las conductas de salud de estudiantes universitarios de Lima. Sin embargo, al aplicar la versión completa tuvo el mismo resultado que Saravia (2013), la prueba tenía una mejor utilidad al contar con menos ítems los cuales fueron organizados en esta investigación en 5 dimensiones: actividad física y deporte, autocuidado y cuidado médico, hábitos alimenticios, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y, finalmente, organización de sueño y descanso. Las alfas de Cronbach de estas dimensiones fueron 0.77, 0.66, 0.76, 0.78. y 0.66 respectivamente.

Chau y Saravia (2016) realizaron un estudio en el que analizaron las propiedades psicométricas del cuestionario de 69 ítems. Para ello, contaron con la participación de 281 estudiantes universitarios de Lima. Se evaluó la validez de constructo, convergente y predictiva, para lo cual se emplearon análisis factorial exploratorio, análisis de correlaciones y regresión logística entre las conductas de salud y la percepción de salud general. Este dio como resultado una confiabilidad del instrumento en general de 0.87 mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Respecto a su validez, se realizó un análisis factorial confirmatorio que encontró un buen ajuste en el modelo y una RMSEA = .05 y SRMR = .05 (Salazar-Torres et

al., 2010 citado en Chau & Saravia, 2016). Los autores, además, realizaron un proceso de eliminación de ítems y finalmente concluyeron con una organización de 30 ítems, organizados en seis áreas que tenían un alfa mayor a .70, (condición física y deporte: .74, cuidado y autocuidado: .70, hábitos alimenticios: .82, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas: 0.79 a excepción de la dimensión organización del descanso y tiempo libre que tenía .62). Al finalizar, el CEVJU quedó compuesto por 30 ítems siendo renombrado como CEVJU – r Lima el cual se utilizó en este estudio.

En la presente investigación se encontró una confiabilidad con índices alfa de Cronbach para estilo de vida de .79 para actividad física y deporte, .66 para el área de recreación y manejo del tiempo libre, .74 para autocuidado y cuidado médico, .75 para hábitos de salud, .70 y .69 para control en el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y organización de sueño respectivamente.

Por último, se utilizó una ficha de datos generales que recopiló la información acerca del participante y su estilo de vida. Las variables sociodemográficas registradas fueron: sexo, edad, ciclo en el que se encontraba matriculado, escala de pago, cantidad de créditos llevados en el semestre, entre otras. También, se solicitó información acerca de su salud en general, si tuvo algún tipo de dolencia en el último año, número de horas de sueño en promedio, actividad física realizada, valoración de su alimentación, consumo de alcohol, entre otros. Asimismo, se agregó una pregunta abierta sobre el tipo de actividades que los participantes realizaban en su tiempo libre.

### *Análisis de datos*

La información obtenida fue procesada en el programa estadístico SPSS-22. En primer lugar, se hallaron las confiabilidades de los instrumentos, así como de sus respectivas dimensiones mediante el cálculo del alfa de Cronbach. Luego, se analizó el tipo de distribución de los datos a través de la prueba Kolmogorov Smirnov, la asimetría y la curtosis. Aquí se observó que los datos no se alejaban mayormente de la normalidad por lo que se optó por el uso de estadísticos paramétricos. Luego, se analizaron las correlaciones entre las variables mediante el coeficiente de Pearson y las posibles asociaciones entre el estilo de vida y los datos personales de los participantes a través de correlaciones y diferencias de medias mediante la t de student. Por último, para el análisis de la pregunta abierta se llevó a cabo un análisis de contenido y se establecieron categorías generales para agrupar las respuestas.





## Resultados

A continuación, se presentan los resultados encontrados de acuerdo a los objetivos planteados en la presente investigación. En primer lugar, se presenta la correlación entre las conductas de salud y bienestar psicológico la que responde al objetivo general de este estudio. En segundo lugar, las asociaciones entre las conductas de salud y los datos personales y de salud de los participantes. Y, por último, las respuestas obtenidas en la pregunta abierta acerca de las actividades que los participantes realizaban en su tiempo libre.

En la tabla 1, se presentan las correlaciones entre las conductas de salud y el bienestar psicológico con sus respectivas dimensiones. Aquí se puede observar que aparecen múltiples correlaciones siendo la mayor parte bajas, pero significativas. Así, las conductas de salud correlacionaron positivamente con el bienestar psicológico global en la mayor parte de sus dimensiones a excepción de hábitos alimenticios que no correlacionó con ninguna de las dimensiones de bienestar psicológico.

**Tabla 1**  
*Conductas de salud y Bienestar Psicológico*

Bienestar Psicológico	Conductas de Salud					
	Actividad Física	Recreación m. tiempo	Autocuidado y cuidado	Hábitos alimenticios	Control consumo	Organización del sueño
B.P Global	<b>.270**</b>	<b>.299**</b>	<b>.245**</b>	.133	<b>-.221*</b>	<b>.252**</b>
Autoaceptación	<b>.166**</b>	<b>.234**</b>	<b>-.244**</b>	.160	-.169	<b>.254**</b>
R. positivas	<b>.183*</b>	<b>.241**</b>	.146	.133	<b>-.219*</b>	.106
Autonomía	.120	.158	<b>.217*</b>	.095	<b>-.220*</b>	.130
Dominio entorno	<b>.331***</b>	<b>.278**</b>	<b>.199*</b>	.065	<b>-.188*</b>	<b>.257**</b>
C. personal	.156	<b>.303**</b>	<b>.254**</b>	.059	-.173	.167
Propósito de vida	<b>.210*</b>	<b>.186*</b>	.082	.080	-.028	<b>.272**</b>

\*\*\* $p < .001$  \*\* $p < .01$  \* $p < .05$ .

En cuanto al análisis de las variables sociodemográficas y datos generales de salud reportados en la tabla 2 se han observado correlaciones significativas entre las conductas de salud y la percepción de salud en general y la frecuencia del consumo de alcohol reportado, las horas de sueño y la frecuencia de actividad física declarada por los participantes. En todos los casos se obtuvieron correlaciones positivas en el sentido esperado con excepción de la frecuencia de consumo de alcohol reportado que correlacionó negativamente con el control en el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

**Tabla 2**  
*Conductas de salud y hábitos de salud reportados*

<b>Conductas de salud</b>	Frec. consumo alcohol reportado	Hrs. de sueño reportadas	Frec act. física reportada	Percepción de salud reportada
Actividad física	<b>.268**</b>	.052	<b>.723***</b>	<b>.342***</b>
Recreación y m. tiempo	<b>.262**</b>	<b>.185*</b>	<b>.294**</b>	<b>.318***</b>
Autocuidado y c. médico	<b>.250**</b>	.025	.135	<b>.222*</b>
Hábitos alimenticios	-.033	.054	.126	.140
Control consumo A.T.D	<b>-.612***</b>	.003	-.108	-.221
Organización del sueño	.169	<b>.593***</b>	<b>.328***</b>	<b>.370***</b>

\*\*\* $p < .001$  \*\* $p < .01$  \* $p < .05$ .

Luego, mediante una escala Likert de cinco puntos se evaluó la calidad de la alimentación reportada por los participantes en dos dimensiones: ordenada y desordenada y, saludable y no saludable. En ambos casos se presentaron correlaciones positivas con todas las conductas de salud (Tabla 3).

**Tabla 3**  
*Calidad de alimentación reportada*

<b>Conductas de salud</b>	Ordenada	Saludable
Actividad física y deporte	<b>.196*</b>	<b>.362***</b>
Recreación y m. del tiempo libre	<b>.317***</b>	<b>.401***</b>
Autocuidado y cuidado médico	<b>.208*</b>	.127
Hábitos alimenticios	<b>.302**</b>	<b>.489***</b>
Control en el consumo A. T. D.	-.029	-.026
Organización del sueño	<b>.265**</b>	<b>.284**</b>

\*\*\* $p < .001$  \*\* $p < .01$  \* $p < .05$

Por otro lado, se hicieron comparaciones de acuerdo al sexo (Tabla 4). Se encontró que los hombres tenían mejores hábitos alimenticios y mejor organización de sueño que las mujeres. Mientras que las mujeres reportaron un mejor control en el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas que los hombres.

**Tabla 4**  
*Comparación de medias por sexo*

<b>Conductas de salud</b>	Hombres (N = 43)		Mujeres (N = 80)		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d de Cohen</i>
	<i>M</i>	<i>D.E.</i>	<i>M</i>	<i>D.E.</i>			
Control en el consumo A. T. D.	13.16	2.6	<b>14.09</b>	1.49	2.149	.036	-.44
Hábitos alimenticios	<b>12.23</b>	3.91	10.25	3.64	-2.747	.007	.52
Organización del sueño	<b>8.60</b>	3.68	7.2	2.72	-2.198	.031	.43

\*\*\* $p < .001$  \*\* $p < .01$  \* $p < .05$ .

Luego, en relación a las dolencias reportadas en el último año, 112 estudiantes reportaron haber tenido dolencias (90.20%). Entre estas destacaron el dolor de cabeza y espalda (85.12%), tensión de cuello y espalda (84%), estrés (89.6%) y depresión (41.44%).

Se realizaron comparaciones entre quienes reportaron estas dolencias y quienes no en base a las dimensiones del CEVJU-r. Las dimensiones de actividad física y deporte y organización del sueño y autocuidado y cuidado médico son las que parecen más afectadas (Tabla 5).

**Tabla 5**  
*Comparación de medias sobre dolencias reportadas*

Dolencias Reportadas		Conductas de salud								
		Act. física y deporte			Org. del sueño			Auto y cuidado méd.		
		Sí	No	<i>t</i>	Sí	No	<i>t</i>	Sí	No	<i>T</i>
Dolor cabeza y espalda reportada	<i>N</i>	(76)	(36)	-2.421*						
	<i>M</i>	2.57	<b>3.86</b>							
	<i>D.E.</i>	2.58	2.77							
Tensión cuello y espalda reportada	<i>N</i>				(75)	(37)	-2.882**			
	<i>M</i>				6.88	<b>8.59</b>				
	<i>D.E.</i>				3.09	2.67				
Estrés reportado	<i>N</i>	(80)	(32)	-2.502*	(80)	(32)	-2.500*			
	<i>M</i>	2.59	<b>3.97</b>		7.00	<b>8.56</b>				
	<i>D.E.</i>	2.50	2.97		2.94	3.10				
Depresión reportada	<i>N</i>				(37)	(75)	-2.312*	(37)	(75)	-2.738**
	<i>M</i>				6.51	<b>7.91</b>		5.89	<b>7.87</b>	
	<i>D.E.</i>				3.02	2.99		3.81	3.48	

\*\*\* $p < .001$  \*\* $p < .01$  \* $p < .05$ .

Finalmente, en la pregunta abierta acerca de las actividades que realizaban los participantes en su tiempo libre, la más destacada fue el uso de tecnología con un (30.9%) de respuestas. Esta se manifestó en actividades como ver series en Netflix, uso de redes sociales y escuchar música, con una media de ( $M = 3.5$ ,  $DE = 2.42$ ) horas diarias en promedio en el uso de redes sociales y ( $M = 1.98$ ,  $DE = 1.33$ ) horas diarias en promedio para Netflix. En segundo lugar, los estudiantes manifestaron que realizaban actividad física (21.2%) como hacer ejercicios, jugar fútbol, realizar deportes, entre otros y, en tercer lugar, (16.97%) reportaron que realizaban alguna afición o pasatiempo como leer, escribir, cantar, tocar guitarra, entre otras (Tabla 6).

**Tabla 6**  
*Actividades en el tiempo libre*

	(f= 165)	%
Uso de tecnología	51	30.90%
Actividad física	35	21.20%
Aficiones y pasatiempos	28	16.97%
Cubrir necesidad básica	27	16.36%
Actividades sociales y culturales	24	14.55%



## Discusión

La presente investigación fue realizada con el objetivo de explorar la relación entre las conductas de salud y el bienestar psicológico en un grupo de estudiantes universitarios de Lima.

Aquí se pudieron observar múltiples correlaciones. Estos resultados se refuerzan con la investigación de Demir-bas y Korkut (2018) en donde se aseveró esta relación refiriendo que algunos de los factores del bienestar son predichos por algunas conductas de salud adecuadas.

Entre las asociaciones destacaron las correlaciones entre la dimensión recreación y manejo del tiempo libre con el bienestar psicológico global y, específicamente con las áreas de autoaceptación, relaciones positivas con otros, dominio del entorno, crecimiento personal y propósito en la vida. Estos resultados podrían explicarse porque el darse un espacio para sí mismos realizando actividades sociales y culturales, pasatiempos, deportes entre otras puede haber contribuido a mejorar su autoaceptación, es decir, generó una actitud positiva hacia sí mismos (Ryff & Keyes, 1995 citado en Díaz, 2006). Además, el recrearse y manejar su tiempo libre puede contribuir a crear relaciones positivas con otros porque el ser humano es un ser social que necesita mantener relaciones sociales estables y tener amigos en los que puedan confiar, compartir, ser escuchado y pasar momentos de calidad. Asimismo, dentro de estas relaciones positivas, también necesitan vínculos más íntimos, ya que la capacidad de amar es un componente fundamental del bienestar (Allardt, 1996 citado en Díaz, 2006).

También, se asocia a un dominio del entorno porque al manejar su tiempo libre es posible que crean que pueden controlar su espacio y se sientan capaces de influir sobre el contexto que les rodea tomando decisiones (Díaz, 2006). En adición, recrearse y manejar el tiempo libre también puede contribuir al crecimiento personal, ya que al tener la posibilidad de realizar actividades que los motivan, pueden llevar al máximo sus capacidades y talentos. Del mismo modo, podría motivarlos a tener un propósito en la vida dándole un sentido al ponerse metas.

Luego, la actividad física correlacionó con el bienestar a nivel global y específicamente con la dimensión de la autoaceptación, ya que posiblemente los estudiantes que realizan alguna actividad física se sienten bien consigo mismos incluso siendo conscientes de sus limitaciones (Díaz, 2006); con el área de relaciones positivas con otros

porque posiblemente conocen personas que tienen la misma afinidad; Con dominio del entorno, ya que quizás el crear espacios favorables para realizar actividad física satisface sus deseos como alcanzar metas, es decir, tener nuevos propósitos en la vida tanto de manera individual como grupal.

La dimensión de autocuidado y cuidado médico correlacionó con bienestar global, autonomía, dominio del entorno y crecimiento personal e inversamente con autoaceptación. Según algunos autores la autonomía aumenta con la edad (Lindfors, Berntsson & Lundberg, 2006 citado en García-Adalente, 2013). Por ello, se podría creer que los estudiantes, al ingresar a la universidad, aumentan su autonomía e independencia, aprendiendo a tomar sus propias decisiones, entre estas, el cuidado de su salud y el cuidado de sí mismos. Y, con ello, tienen un mayor desarrollo personal.

La dimensión de organización de sueño correlacionó con bienestar psicológico global, y con autoaceptación. Esto podría deberse a que un estudiante descansado que duerme siete horas como mínimo es muy probable que tenga una actitud positiva hacia sí mismo durante el día. Estar descansado podría influir en la realización de actividades y en una actitud activa frente a las cosas.

Por último, la dimensión hábitos alimenticios no correlacionó con ninguna área del bienestar psicológico, ya que posiblemente estos son muy heterogéneos en los estudiantes que respondieron los cuestionarios. Sin embargo, cuando se les preguntó acerca de cómo calificaban su alimentación en términos de ordenada y saludable ahí sí hubo una relación favorable. Se podría hipotetizar que los estudiantes que manifestaron una calidad de alimentación ordenada y saludable suelen manejar bien sus tiempos para poderse alimentar a sus horas y de una manera adecuada.

Ahora, respecto a la exploración de la relación entre conductas de salud con las variables sociodemográficas y datos de salud percibidos puede observarse que la dimensión actividad física y deporte del CEVJU-r correlaciona con la frecuencia de consumo de alcohol reportado por los participantes. Esto podría deberse a que los estudiantes del presente estudio son mayores de edad, es decir, pueden consumir alcohol y su consumo si bien es mayor; no necesariamente es excesivo, la media es (2,07) en una escala Likert de cinco puntos; el (89.4%) reporta de regular a bajo (Apéndice D, Tabla 11).

Asimismo, esta dimensión correlaciona con una alimentación reportada como saludable y ordenada, ya que posiblemente el llevar una alimentación con estas características

podría complementarse realizando actividad física. De igual manera, la presente dimensión se asocia a la frecuencia de actividad física reportada como era de esperarse y también con la percepción de una buena salud lo que confirma lo que dice la literatura sobre los beneficios de la actividad física para la salud en general (Tarqui, Álvarez & Espinoza, 2017).

En la misma línea, los que reportaron estrés y dolor de espalda y cabeza presentan menor actividad física a comparación de los que no lo reportaron y lo mismo sucede con el estrés confirmándose así lo anterior.

La dimensión autocuidado y cuidado médico se asocia positivamente con la percepción de salud reportada lo que confirma lo que la escala evalúa; y con la frecuencia de alcohol posiblemente porque los estudiantes que reportan tomar alcohol no lo hacen modo excesivo como se explicó anteriormente.

La dimensión consumo de alcohol, tabaco y otras drogas se asoció negativamente a la frecuencia del consumo de alcohol reportado, es decir, cuanto más frecuente es el consumo de alcohol, hay un menor control en su consumo como se mencionó antes solo aparece un (10%) de participantes que reportan un consumo más frecuente y un (24%) que lo describe como regular siendo estas probabilidades que explican esta asociación. Luego, de acuerdo al sexo, se encontró que los hombres reportan un menor control en el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas que las mujeres al igual que en los resultados obtenidos por Chau y Saravia (2016). Esto podría deberse a que, según estudios, los hombres tienen mayores conductas de riesgo (Aparicio-García, Sanz-Blasco, Ramos-Cejudo, 2011 citado en Chau & Saravia, 2016). Asimismo, este resultado se vincula a la investigación realizada por el INEI (2017) en donde, según sexo, el (32.5%) de los hombres consume cantidades excesivas de alcohol en contraste con las mujeres (11.5%).

Respecto a la dimensión organización de sueño, esta se asoció con la cantidad de horas de sueño reportadas como era de esperarse. Asimismo, se asoció con la frecuencia de actividad física reportada, con una alimentación ordenada y saludable y con una buena percepción de su salud. Esto confirma las investigaciones de Angelucci, Cañoto y Hernández (2017) sobre la importancia de las horas de sueño, en especial en estudiantes universitarios ya que en aquel estudio, los estudiantes universitarios que manifestaron una mayor práctica de hábitos inadecuados de sueño y frecuencia de chequeos médicos tuvieron mayores síntomas físicos. Además, el malestar psicológico se presentó con menor actividad física y problemas

de sueño al igual que en el presente estudio respecto a la depresión y estrés reportados por los estudiantes.

Asimismo, los hombres reportan una mejor organización del sueño que las mujeres resultado el cual difiere del estudio de Chau & Saravia (2016) en donde se encontró lo opuesto. Esto podría deberse, según estudios, a que las mujeres, al realizar muchas actividades a la vez durante el día tienen un mayor gasto de energía que los hombres (Horne, 2007). También, se encontró que los estudiantes que reportaron estrés, depresión y tensión de cuello y espalda presentan una menor organización del sueño como era de esperarse; ya que el sueño se ve fácilmente afectado por ellas (Angelucci, Cañoto & Hernández, 2017).

Respecto a la dimensión de hábitos alimenticios, esta se asoció a una alimentación reportada como saludable y ordenada como se explicó anteriormente. De acuerdo al sexo, se encontró que los hombres tenían mejores hábitos alimenticios que las mujeres al igual que en el estudio realizado por Chau y Saravia (2016). Este resultado se vincula con las investigaciones realizadas por el MINSA (2017; ENDES, 2016 citado en INEI, 2017) en la que se manifestó que el sobrepeso y la obesidad son más frecuentes en mujeres que en hombres.

Finalmente, la dimensión recreación y manejo del tiempo libre se asoció con una mayor frecuencia en el consumo de alcohol reportado. Esto podría deberse a que los estudiantes posiblemente realizan actividades en su tiempo libre asociadas al consumo de bebidas alcohólicas que se convierte en una parte importante de las reuniones entre pares (Betancourth, Tacán & Córdoba, 2017). Asimismo, se asoció con un mayor número de horas de sueño reportadas, ya que quizás al dormir la cantidad de horas adecuadas, disponen de mayor energía para realizar otras actividades como la realización de algún deporte o pasatiempo y, por último, también se asoció con la percepción de salud reportada, ya que quizás al poder tener mayor recreación y tiempo para sí mismos, se sienten más saludables. Además, esta dimensión se asoció con una calidad de alimentación reportada como saludable y ordenada.

Esto se complementa con la información de la pregunta abierta realizada sobre las actividades realizadas en su tiempo libre. Las respuestas más reportadas fueron actividades en las que se utilizaba la tecnología con una media de 3.5 horas diarias en promedio reportadas básicamente en redes sociales seguidas de 1.98 horas diarias en promedio reportadas en series de Youtube y Netflix en particular.

En síntesis, se puede concluir que las conductas de salud y el bienestar psicológico se asocian significativamente en la mayoría de las dimensiones. También, se puede concluir que las conductas de salud se relacionan con algunas variables sociodemográficas y datos generales de salud reportados encontrándose que los estudiantes universitarios que mantienen conductas de salud adecuadas tienen una mejor percepción de su salud y reportan no tener las dolencias mencionadas en el presente estudio a diferencia de los que sí las reportan lo cual influye en su bienestar psicológico tanto de manera positiva como negativa (Cooke, Bewick, Barkham, Bradley & Audin, 2006). Además, cabe resaltar que la tecnología se está convirtiendo en una prioridad dentro de la vida de jóvenes teniendo un impacto negativo el cual parece invisibilizado en el estilo de vida, ya que se prioriza antes que otras actividades como se describe en el estudio de Lin y Tsai (Lin & Tsai, 2002 citado en Kootesh, Raisi & Ziapour, 2016). Y, por último, pero no menos importante, el presente estudio puede servir de precedente como una herramienta confiable, ya que se pudo comprobar una alta consistencia interna del estilo de vida, lo que se contrasta con el poco uso dado a la misma. Por este motivo, se alienta a continuar con su uso y difusión e investigar a mayor profundidad el estilo de vida en otros ámbitos.

Finalmente, respecto a las limitaciones del presente estudio se encontró que la distribución de los participantes por sexo era desigual lo cual pudo haber causado algún sesgo en la información. Asimismo, ésta solo fue obtenida en una universidad privada de Lima Metropolitana con características particulares y no se puede generalizar su resultado con todos los estudiantes peruanos. Además, es importante realizar estudios en otros ámbitos además de universidades públicas o privadas como ambientes laborales porque cada uno cuenta con características propias. Por ello, se debe continuar investigando y creando programas de promoción de la salud para poder mejorar el estilo de vida y el bienestar para así evitar que las consecuencias de llevar un estilo de vida inadecuado se incrementen.



## Referencias

- Abbasi, P., Ziapour, A., & Kianipour, N. (2018). Correlation of the components of student's lifestyles and their health promotion. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 12(6), LC01-LC04. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2018/32836.11569>
- Amigo, I. (2003). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Angelucci, L. T., Cañoto, Y., Hernández, M. J. (2017). Influence of Lifestyle, Gender, Age and bin on Physical and Psychological Health in University Young. *Avances En Psicología Latinoamericana*, 35(3), 531-546. <https://doi.org/10.12804/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.4454>
- Arrivillaga, M & Salazar, I. (2005). Creencias relacionadas con el estilo de vida de jóvenes latinoamericanos. *Psicología conductual*, 13(1) 19-36.
- Arrivillaga, M.; Salazar, I. & Correa, D. (2003). Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colombia Médica*, 34(4), 186-195.
- Arnett, J. (2000). Emerging Adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55, 469-480
- Arnett, J. (2004). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties*: New York, NY: Oxford University Press
- Arnett, J., Žukauskienė, R., & Sugimura, K. (2014). The new life stage of emerging adulthood at ages 18-29 years: Implications for mental health. *The Lancet Psychiatry*. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/269393724\\_The\\_new\\_life\\_stage\\_of\\_emerging\\_adulthood\\_at\\_ages\\_18-29\\_years\\_Implications\\_for\\_mental\\_health](https://www.researchgate.net/publication/269393724_The_new_life_stage_of_emerging_adulthood_at_ages_18-29_years_Implications_for_mental_health).
- Becerra, S. (2013). *Rol de estrés percibido y su afrontamiento en las conductas de salud de estudiantes universitarios de Lima*. (Tesis para optar por el grado de Magister en Psicología Clínica de la Salud). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Becerra, S. (2016). Descripción de las conductas de salud en un grupo de estudiantes universitarios de Lima. *Revista de Psicología*, 34(2), 239-260.
- Berger, K. (2009). *Psicología del Desarrollo: Adulthood y vejez*. Madrid: Médica Panamericana. Recuperado de <https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=K8XALshsHLAC&oi=fnd&pg=PR11&dq=psicolog%C3%ADa+del+desarrollo+hoy&ots=jEm9w4AHWd&sig=PIRARcesGYztllg97CXNPltVATs#v=onepage&q=psicolog%C3%ADa%20del%20desarrollo%20hoy&f=false>
- Betancourth, S., Tacán, L. & Cordoba, E. (2017) Consumo de alcohol en estudiantes colombianos. *Universidad y Salud*. 19(1), 37-50. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v19n1/0124-7107-reus-19-01-00037.pdf>

- Casari, L., Anglada, J., & Daher, C. (2014). Estrategias de afrontamiento y ansiedad ante exámenes en estudiantes universitarios. *Revista de Psicología (PUCP)*, 32(2), 243-269.
- Caldera, J., Pulido, B., & Martínez, M. (2007). Niveles de estrés y rendimiento académico en estudiantes de la carrera de Psicología del Centro Universitario de Los Altos [Versión electrónica]. 2007. *Revista de Educación y Desarrollo*, 7, 77-82. Recuperado de [http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu\\_desarrollo/anteriores/7/007\\_Caldera.pdf](http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/7/007_Caldera.pdf)
- Chau, C., & Saravia, J. (2016). Conductas de salud en estudiantes universitarios limeños: validación del CEVJU. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación* -, 1(41), 90-103.
- Chávez, S. (2008). *Bienestar psicológico en practicantes de yoga* (Tesis de Licenciatura). Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/627>
- Cubas, M. (2003). Bienestar y rendimiento académico en universitarios. Lima: Universidad de Lima.
- Claux, M. L. (2015). Adolescencia en contexto de la educación superior. *En Cognición, Neurociencias y Aprendizaje*. (pp. 89-127). Lima. Fondo editorial PUCP
- Cooke, R., Bewick, B. M., Barkham, M., Bradley, M., & Audin, K. (2006). Measuring, monitoring and managing the psychological well-being of first year university students. *British Journal of Guidance & Counselling*, 34(4), 505-517.
- Congreso de la República (8 de diciembre de 2017). Publican presupuesto 2018 que llega a S/ 157,158 millones. *Diario El Peruano*. Recuperado de: <https://elperuano.pe/noticia-publican-presupuesto-2018-llega-a-s-157158-mllns-61841.aspx>
- Damian, L. (2016) *Estrés académico y conductas de salud en estudiantes universitarios de Lima* (Tesis de Licenciatura). Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/7708>
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., & Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Education USA. (n/f). Si usted desea estudiar en los Estados Unidos: Estudios de licenciatura. Recuperado de <https://www.educationusa.info/pdf/study/spanish1.pdf>.
- García-Alandete, J. (2013). Bienestar Psicológico, edad y género en estudiantes universitarios españoles. *Salud y sociedad*, 4(1), 50-58. Recuperado de: <http://146.83.115.167/index.php/saludysociedad/article/view/862/698>
- González, T., Landero, R., & Tapia, A. (2007). Percepción de salud, cansancio emocional y síntomas psicosomáticos en estudiantes universitarios. *Ansiedad y estrés*, 13(1).
- González-Hernández, J., López-Mora, C., Portolés-Ariño, A., Muñoz-Villena, A., & Mendoza-Díaz, Y. (2017). Psychological Well-Being, Personality and Physical

- Activity. One Lifestyle for the Adult Life [Bienestar psicológico, personalidad y actividad física. Un estilo de vida para la vida adulta]. *Acción Psicológica*, 14(1), 65. <https://doi.org/10.5944/ap.14.1.19262>
- Gorzela, M., & Pierzak, M. (2017). Lifestyle and Health Doctoral field of Health Sciences, Jan Kochanowski University, Faculty of Medicine and Health Science Jan Kochanowski University, Faculty of Medicine and Health Science, Department of Surgery and Nursing. *Journal of Education, Health and Sport*, 7(11), 268–280.
- Horne, J. (2007) *Sleepfaring: The secrets and science of a good night's sleep*. Estados Unidos: Oxford University Press.
- Hughes, B. (2005). Study, examinations, and stress: Blood pressure assessments in college students. *Educational Review*, 57(1), 21-36.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2015). Perú: Indicadores de Educación por Departamentos, 2004-2014. Recuperado de [https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1293/ibro.pdf](https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1293/ibro.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2017). Nota de prensa: El país tiene 8 millones y medio de jóvenes. Recuperado de <https://www.inei.gov.pe/prensa/noticias/36-de-jovenes-de-15-a-29-anos-de-edad-cuentan-con-educacion-superior-9978/>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2017). Perú: Enfermedades Transmisibles y No Transmisibles. Recuperado de: [https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1526/index.html](https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1526/index.html)
- Korkut Owen, F., & Demirbaş Çelik, N. (2018). Yaşam Boyu Sağlıklı Yaşam ve İyilik Hali. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler - Current Approaches in Psychiatry*, 10(4), 3–3. <https://doi.org/10.18863/pgy.364108>
- Kootesh, B., Raisi, M., Ziapour, A. (2016) Investigation of relationship internet addict with mental health and quality sleep in students. *Acta Médica Mediterránea*. 32:1921-1925.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca S.A.
- 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), 71-87.
- Martínez et. al (10 de junio del 2019). Un 60% de estudiantes duerme menos de siete horas al día. *PuntoEdu*. Pontificia Universidad Católica del Perú. pp. 4.
- Meza, N. (2010). *Bienestar psicológico y nivel de inversión en la relación de pareja en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana*. (Tesis para optar por el título de

Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica). Pontificia Universidad Católica del Perú.

- Mcgaughey, M. (2018). The Relationship between Body Image and Lifestyle Choices in College Students. *International Social Science Review*, 94(2), 1–20.
- Ministerio de Educación [MINEDU]. (2016). La universidad en el Perú. Recuperado de <http://repositorio.minedu.gob.pe/bitstream/handle/123456789/321/178.%20La%20universidad%20en%20el%20Per%C3%BA.%20Razones%20para%20una%20reforma%20universitaria.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ministerio de Salud [MINSA]. (2017) Documento Técnico Situación de Salud de los Adolescentes y Jóvenes en el Perú. Recuperado de: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf>
- Ministerio de Salud [MINSA]. (n/f) Modelo de Abordaje de promoción de la salud en el Perú Recuperado de: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/203\\_prom30.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/203_prom30.pdf)
- Oblitas, L. (2010). Psicología de la salud y calidad de vida. México D.F: Cengage Learning Editores S.A.
- Pardo, F. (2010). *Bienestar psicológico y ansiedad rasgo-estado en alumnos de un MBA de Lima Metropolitana*. Tesis para optar por el título de Licenciado en Psicología con mención en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Papalia, D (2012). *Desarrollo humano*. México: McGraw-Hill
- Piko B. Health-related predictors of self-perceived health in a student population: the importance of physical activity. *J Community Health*. 2000;25:125 –137.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C., & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revised. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.
- Salazar, I., Varela, T., Lema, L., Tamayo, J. & Duarte, C. (2010). Evaluación de las conductas de salud en jóvenes universitarios. *Revista de Salud Pública*, 12(4), 599-611.
- Saravia, J. (2013). *Factores psicológicos y conductuales de la salud en un grupo de universitarios de Lima Metropolitana*. Tesis para optar el título de Magister en Psicología Clínica de la salud. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Shrewsbury, V., Foley, B., Flood, V., Bonnefin, A., Hardy, L., Venchiarutti, R., Shah, S. (2018). School-Level Socioeconomic Status Influences Adolescents' Health-Related Lifestyle Behaviors and Intentions. *Journal of School Health*, 88(8), 583–589. <https://doi.org/10.1111/josh.12647>

- Sigelman, C. & Rider, E. (2015). Life span human development (8° Ed.). *Developmental Psychology*
- Suárez-Relinque, C., Arroyo, G., Ferrer, B. & Ochoa, G. (2017). Baja percepción de riesgo en el consumo de alcohol en adolescentes españoles. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(7) DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00129716>
- Trigoso, V. (2012). *Ajuste mental al cáncer y bienestar psicológico en pacientes oncológicos adultos*. (Tesis para optar grado de Magister en Psicología Clínica de la Salud). Pontificia Universidad Católica del Perú. Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/1656>
- Tanner, J., & Arnett, J. (2009). The emergence of “emerging adulthood”: The new life stage between adolescence and young adulthood. In A. Furlong (Ed.), *Handbook of youth and young adulthood* (pp. 39-48). New York: Routledge. [https://www.researchgate.net/publication/269393724\\_The\\_new\\_life\\_stage\\_of\\_emerging\\_adulthood\\_at\\_ages\\_18-29\\_years\\_Implications\\_for\\_mental\\_health](https://www.researchgate.net/publication/269393724_The_new_life_stage_of_emerging_adulthood_at_ages_18-29_years_Implications_for_mental_health)
- Taber-Thomas, B., & Perez-Edgar, K. (2015). Emerging adulthood brain development. In *The Oxford handbook of emerging adulthood* (pp. 126-141). New York, NY: Oxford University Press.
- Tarqui, C., Álvarez, D., & Espinoza, P. (2017). Prevalencia y factores asociados a la baja actividad física de la población peruana. *Nutrición y Dietética Hospitalaria*, 37(4), 1–8. <https://doi.org/10.12873/374tarqui>
- UNESCO Global Education Monitoring Report & UNESCO International Institute for Education Planning (IIEP). (2017). Six ways to ensure higher education leaves no one behind. Recuperado de <http://unesdoc.unesco.org/images/0024/002478/247862E.pdf>
- Vásquez, C., Hervás, G., Rahona, J., & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 15-28.
- Van Dierendonck, D. (2004) The construct validity of Ryff's Scale of Psychological Well-Being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*, 36 (3), 629-644.
- Vázquez, C., & Hervás, G. (2009). *PSICOLOGÍA POSITIVA APLICADA* 2a edición. Recuperado de: <https://www.edescler.com/img/cms/pdfs/9788433022424.pdf>
- Walsh, R. (2011). Lifestyle and mental health. *American Psychologist*, 66(7), 579–592. <https://doi.org/10.1037/a0021769>
- Ziarko, M., Rosińska, A., & Sieński, M. (2017). Determinants of health-related lifestyle. Comparative study of the functioning of young adults in 2003 and 2013. *Polish Psychological Bulletin*, 48(3), 366–374. DOI - 10.1515/ppb-2017-0042



## Apéndice A

### Consentimiento informado

Usted está siendo invitado a participar en una investigación sobre temas asociados al campo de la psicología de la salud. Esta investigación es realizada por Sheyla Espejo, estudiante de Psicología, bajo la supervisión de la Dra. Patricia Martínez, profesora del Departamento de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Si usted decide aceptar, se le solicitará contestar una pequeña encuesta sobre datos sociodemográficos y dos cuestionarios relacionados al estilo de vida y bienestar que tomará aproximadamente 15 minutos. Asimismo, si requiere información acerca de la investigación puede contactarme al correo sheyla.espejo@pucp.pe

Los derechos con los que cuenta 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.

En función a lo leído:

¿Desea participar en la investigación? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_



## Apéndice B

### Ficha Sociodemográfica

#### I. DATOS PERSONALES

1. Sexo: Hombre  Mujer
2. Edad: \_\_\_\_\_
3. Estado civil (marque una opción):
  - a. Soltero(a)
  - b. Casado(a)
  - f. Conviviente
4. Distrito de residencia: \_\_\_\_\_
5. Facultad: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_
6. ¿En qué ciclo te encuentras matriculado actualmente?: \_\_\_\_\_
7. ¿Cuentas con alguna beca? SI  NO  Especifique: \_\_\_\_\_
8. Escala de pago en la universidad: \_\_\_\_\_
9. ¿Cuántos créditos está llevando este semestre? \_\_\_\_\_
10. ¿Trabajas actualmente? SI  NO  N° de horas: \_\_\_\_\_ ¿En qué? \_\_\_\_\_

#### II. DATOS SOBRE SALUD

1. Estatura: \_\_\_\_\_
2. Peso: \_\_\_\_\_
3. ¿Durante el ÚLTIMO AÑO ha tenido algún tipo de dolencia? SI  NO 
  - Dolores de espalda y cabeza  Molestias estomacales
  - Tensión del cuello y espalda  Migraña
  - Enfermedades Respiratorias  Hipertensión
  - Ansiedad  Depresión  Estrés
  - Insomnio  Anemia  Desmayos
  - Otros (indique cual): \_\_\_\_\_
4. ¿Duerme bien? SÍ  NO  N° de horas en promedio: \_\_\_\_\_
5. ¿Utiliza alguna pastilla para dormir? SÍ  NO
6. ¿Cuánta actividad física realizas?

Poco o nada						Mucho
-------------	--	--	--	--	--	-------

7. Considera que su alimentación es

Desordenada						Ordenada
Saludable						No saludable
Poca						Excesiva

8. ¿Qué te gusta hacer en tu tiempo libre?

\_\_\_\_\_

9. ¿Cuánto alcohol consume?

Poco o nada						Mucho
-------------	--	--	--	--	--	-------

10. ¿Cuántas horas diarias en promedio le dedicas a las redes sociales?  
(Facebook, Instagram, Twitter, etc.) \_\_\_\_\_

11. ¿Cuántas horas en promedio dedicas a ver películas, series?  
(Netflix, Youtube, etc.) \_\_\_\_\_

12. ¿Te realizas un chequeo médico anual? SÍ  NO

13. En general, diría que su salud es: (marca UNA de las siguientes opciones)

Excelente  Muy Buena  Buena  Regular  Mala

## Apéndice C

### Estadísticos de Confiabilidad

#### *Estadísticos ítem-test CEVJU-r*

<b>Actividad física y deporte</b> <b><math>\alpha=.788</math></b>	<b>Correlación de ítem-test corregido</b>	<b>Alfa si se elimina el ítem</b>
CEVJU 1	0.583	0.745
CEVJU 2	0.7	0.679
CEVJU 3	0.488	0.786
CEVJU 4	0.629	0.719

#### *Estadísticos ítem-test CEVJU-r*

<b>Recreación y manejo del tiempo libre</b> <b><math>\alpha=.655</math></b>	<b>Correlación de ítem-test corregido</b>	<b>Alfa si se elimina el ítem</b>
CEVJU 5	0.404	0.655
CEVJU 6	0.54	0.459
CEVJU 7	0.465	0.562

#### *Estadísticos ítem-test CEVJU-r*

<b>Autocuidado y cuidado médico</b> <b><math>\alpha=.742</math></b>	<b>Correlación de ítem-test corregido</b>	<b>Alfa si se elimina el ítem</b>
CEVJU 8	0.396	0.74
CEVJU 9	0.675	0.633
CEVJU 10	0.596	0.66
CEVJU 11	0.331	0.757
CEVJU 12	0.558	0.678

#### *Estadísticos ítem-test CEVJU-r*

<b>Hábitos Alimenticios</b> <b><math>\alpha=.747</math></b>	<b>Correlación de ítem-test corregido</b>	<b>Alfa si se elimina el ítem</b>
CEVJU 13	0.421	0.727
CEVJU 14	0.445	0.723
CEVJU 15	0.368	0.738
CEVJU 16	0.484	0.711
CEVJU 17	0.342	0.741
CEVJU 18	0.704	0.669
CEVJU 19	0.538	0.703

*Estadísticos ítem-test CEVJU-r*

<b>Control en el consumo de A. T. D.</b> <b><math>\alpha=.701</math></b>	<b>Correlación de ítem-test corregido</b>	<b>Alfa si se elimina el ítem</b>
CEVJU 20	0.607	.579
CEVJU 21	0.477	.651
CEVJU 22	0.428	.664
CEVJU 23	0.546	.613
CEVJU 24	0.258	.725

*Estadísticos ítem-test CEVJU-r*

<b>Organización de sueño</b> <b><math>\alpha=.688</math></b>	<b>Correlación de ítem-test corregido</b>	<b>Alfa si se elimina el ítem</b>
CEVJU 25	.411	.655
CEVJU 26	.465	.630
CEVJU 27	.470	.631
CEVJU 28	.533	.614
CEVJU 29	.304	.780
CEVJU 30	.354	.668

*Estadísticos ítem-test SPWB*

<b>Autoaceptación</b> <b><math>\alpha=.854</math></b>	<b>Correlación de ítem-test corregido</b>	<b>Alfa si se elimina el ítem</b>
SPWB 1	.624	.842
SPWB 7	.759	.786
SPWB 17	.696	.814
SPWB 24	.704	.810

*Estadísticos ítem-test SPWB*

<b>Relaciones positivas</b> <b><math>\alpha=.777</math></b>	<b>Correlación de ítem-test corregido</b>	<b>Alfa si se elimina el ítem</b>
SPWB 2	.615	.713
SPWB 8	.627	.708
SPWB 12	.416	.777
SPWB 22	.505	.753
SPWB 25	.615	.721

*Estadísticos ítem-test SPWB*

<b>Autonomía</b> <b><math>\alpha=.748</math></b>	<b>Correlación de ítem-test corregido</b>	<b>Alfa si se elimina el ítem</b>
SPWB 3	.454	.721
SPWB 4	.608	.676
SPWB 9	.588	.682
SPWB 13	.306	.761
SPWB 18	.578	.692
SPWB 23	.416	.732

*Estadísticos ítem-test SPWB*

<b>Dominio del entorno</b> <b><math>\alpha=.593</math></b>	<b>Correlación de ítem-test corregido</b>	<b>Alfa si se elimina el ítem</b>
SPWB 5	.351	.545
SPWB 10	.517	.454
SPWB 14	.168	.619
SPWB 19	.266	.589
SPWB 29	.517	.463

*Estadísticos ítem-test SPWB*

<b>Crecimiento personal</b> <b><math>\alpha=.705</math></b>	<b>Correlación de ítem-test corregido</b>	<b>Alfa si se elimina el ítem</b>
SPWB 21	.562	.615
SPWB 26	.252	.849
SPWB 27	.684	.525
SPWB 28	.628	.570

*Estadísticos ítem-test SPWB*

<b>Propósito en la vida</b> <b><math>\alpha=.809</math></b>	<b>Correlación de ítem-test corregido</b>	<b>Alfa si se elimina el ítem</b>
SPWB 6	.592	.773
SPWB 11	.499	.800
SPWB 15	.652	.755
SPWB 16	.697	.742
SPWB 20	.550	.788



## Apéndice D

**Tabla 7**
*Estadísticos descriptivos*

(N = 123)	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Asimetría</i>	<i>Curtosis</i>	<i>K. S.</i>
<b>Estilo de vida</b>							
Control en el consumo	13.76	1.99	5	15	-2.147	4.898	.285***
Hábitos alimenticios	10.94	3.92	0	20	-.296	.188	.088*
Organización del sueño	7.69	3.15	1	16	.252	-.052	.123***
Autocuidado y c. médico	7.21	3.75	0	15	.168	-.741	.090*
Recreación y m. del tiempo	5.65	1.86	1	9	-.140	-.425	.176***
Actividad física y deporte	3.14	2.75	0	12	1.022	.745	.156***
<b>Bienestar Psicológico</b>							
Bienestar Psicológico Global	121.68	20.12	72	170	-.158	-.112	.057
Autonomía	24.24	5.40	11	36	-.337	.067	.079
Relaciones positivas	21.16	5.18	5	30	-.547	.307	.102**
Dominio del entorno	20.46	3.86	10	29	-.325	-.236	.108**
Propósito en la vida	20.15	4.58	10	30	-.012	-.478	.060
Crecimiento personal	18.82	3.45	11	24	-.15	-.703	.090*
Autoaceptación	16.85	4.00	6	24	-.424	-.097	.110**

\*\*\* $p < .001$  \*\* $p < .01$  \* $p < .05$

**Tabla 8**
*Estadísticos datos sociodemográficos y de salud reportados*

(N = 123)	<i>M</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>D.E.</i>
Edad	21.89	18	27	2.03
Ciclo matriculado	8.02	5	12	1.90
Escala de pago	3.01	1	9	1.34
Número de créditos por ciclo	15.68	3	23	5.55
Número de horas de trabajo semanal	29.26	3	50	12.86
Estatura en metros	1.64	1	1.88	.09
Peso en kg.	65.28	45	118	13.51
IMC	23.99	18	36.83	3.54
Número de horas de sueño reportadas	5.96	3	11	1.29
Frec. de actividad física reportada: poco o nada – mucho	2.25	1	5	1.09
Calidad de al. reportada: desordenada – ordenada	2.85	1	5	.91
Calidad de al. reportada: no saludable – saludable	2.88	1	5	.86
Frecuencia de consumo de alcohol reportado	2.07	1	5	1.04
Número de horas diarias en redes sociales	3.46	0	18	2.42
Número de horas diarias en películas o Netflix	1.98	0	8	1.33
Percepción de salud reportada	2.39	1	5	.55

**Tabla 9***Dolencias reportadas*

	<u>Sí</u> (N = 112)	<u>No</u> (N = 11)	<i>f</i>	<i>%</i>
<b>Dolor de espalda y cabeza reportada</b>				
Sí			76	67.90%
No			36	32.10%
<b>Tensión de cuello y espalda reportada</b>				
Sí			75	67%
No			37	33%
<b>Enfermedades respiratorias reportadas</b>				
Sí			20	17.9%
No			92	82.1%
<b>Ansiedad reportada</b>				
Sí			68	60.7%
No			44	39.3%
<b>Depresión reportada</b>				
Sí			37	33.0%
No			75	67.0%
<b>Insomnio reportado</b>				
Sí			29	25.9%
No			83	74.1%
<b>Anemia reportada</b>				
Sí			10	8.9%
No			102	91.1%
<b>Molestias estomacales reportadas</b>				
Sí			50	44.6%
No			62	55.4%
<b>Migraña reportada</b>				
Sí			21	18.8%
No			91	81.3%
<b>Hipertensión reportada</b>				
Sí			2	1.8%
No			110	98.2%
<b>Estrés reportado</b>				
Sí			80	71.4%
No			32	28.6%
<b>Desmayos reportados</b>				
Sí			3	2.7%
No			109	97.3%
<b>Otras dolencias reportadas</b>				
Sí			10	8.9%
No			102	91.1%

**Tabla 10***Calidad de alimentación reportada*

Desordenada – Ordenada (N = 123)	<i>f</i>	%
1	8	6.50%
2	33	26.80%
3	56	45.50%
4	22	17.90%
5	4	3.30%
No saludable – Saludable (N = 123)		
1	8	6.50%
2	28	22.80%
3	60	48.80%
4	25	20.30%
5	2	1.60%

**Tabla 11***Frecuencia de consumo de alcohol reportado*

Poco o nada – Mucho (N = 123)	<i>f</i>	%
1	47	38.20%
2	34	27.60%
3	29	23.60%
4	12	9.80%
5	1	0.80%

**Tabla 12***Percepción de salud reportada*

(N = 123)	<i>f</i>	%
Excelente	0	0.00%
Muy buena	0	0.00%
Buena	52	42.30%
Regular	67	54.50%
Mala	4	3.30%

**Tabla 13***Chequeo médico anual reportado*

(N = 123)	<i>f</i>	%
Sí	41	33.30%
No	82	66.70%