



PONTIFICIA
**UNIVERSIDAD
CATÓLICA**
DEL PERÚ

ESCUELA DE POSGRADO

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 que presenta
el

Licenciado.

JUAN CARLOS SARAVIA DRAGO

Asesora: DRA. CECILIA CHAU PEREZ-ARANIBAR



*A mi madre, inspiración y ejemplo de que
con trabajo duro y empuje se puede hacer
todo lo que uno se propone*

Agradecimientos

A mi asesora y amiga, Ceci por el compromiso, sugerencias, consejos y apoyo constante. Por ayudarme y retarme constantemente a ser una mejor persona y un mejor investigador.

A Carlos, que si bien ya no estás acá siempre te tengo en mi recuerdo. Si no fuera por ti y mi madre quizás no tendría tanta curiosidad y hambre por investigar.

A todos los decanos, profesores y alumnos que amablemente me dieron su tiempo para participar. Sin ellos probablemente esto no hubiera sido posible.

A Mónica, por las sugerencias, comentarios y observaciones que permitieron que este proyecto pudiera lucirse más y tener esos retoques finales que siempre lo mejoran.

A la Doctora Cristina Larroy por aceptar participar como jurado, darse el tiempo de mirar mi proyecto con atención y por ayudarme a repensar planteamientos teóricos que complementaron la comprensión de esta investigación.



Resumen

El presente estudio buscó evaluar la influencia del sentido de coherencia y las prácticas de salud en la salud mental y física de un grupo de jóvenes universitarios. Se evaluaron 448 estudiantes universitarios con edades entre 18-29 años, ($M = 23.1$ años, $DE = 1.95$) de distintas facultades de los cuales, 58 % fueron hombres y 42 % mujeres. Se utilizaron regresiones lineales para el tratamiento de los datos. Los resultados mostraron que el sentido de coherencia, el sexo, la organización del tiempo libre y la organización del sueño influyen en la salud mental. Mientras tanto la salud física está influenciada por el sentido de coherencia, la organización del tiempo libre, la actividad física, la organización del sueño, el sexo y los hábitos alimentarios. Factores psicológicos y comportamentales influenciaron la salud mental y física. El sentido de coherencia, un mecanismo de afrontamiento mostró ser importante para la salud en general, especialmente salud mental. Género mostró tener valor predictivo en ambos modelos demostrando que existen diferencias en la percepción de salud en hombres y mujeres. La organización del tiempo libre y la organización del sueño estuvieron presentes en ambos modelos, siendo la primera la práctica con mayor fuerza predictiva en ambos modelos. Actividad física y hábitos alimentarios mostraron valor predictivo en la salud física. Una hipótesis es que los estudiantes universitarios practican estas actividades enfocándose más en su salud física y no tanto en su salud mental.

Palabras Clave

Sentido de coherencia, prácticas de salud, salud percibida

Abstract

The aim of this study was to assess the influence of sense of coherence and health behaviors in perceived mental and physical health in universities students. The sample was composed of 448 students between 18 and 29 years of age ($M = 23.1$ years old, $SD = 1.95$), 58% were males and 42 % females from different academic programs. Linear regression models were assessed for mental and physical health. Results showed that sense of coherence, sex, use of spare time and sleep influenced mental health. Meanwhile, physical health was influenced by sense of coherence, use of spare time, physical activity, sleep, sex and diet. Both psychological and behavioral factors influence mental and physical health. Moreover, coping mechanisms such as sense of coherence are very important for health especially mental health. Gender proved to be an important variable in these models and demonstrated that there is a difference between perceived mental and physical health in men and women. The use of spare time revealed to be the most influential behavior in both models and sleep demonstrated to also have an important influence in health. One hypothesis for these findings is that college students might tend to focus these activities as a source of physical health while not thinking on mental health.

Key Words

Sense of Coherence, health behaviors, perceived health

Tabla de contenidos

Introducción	1
Método	11
Participantes	11
Medición	11
Procedimiento	16
Resultados	17
Discusión	23
Referencias bibliográficas	39
Apendices	
Apéndice A	i
Apéndice B	ii
Apéndice C	iii
Apéndice D	iv
Apéndice E	v



Introducción

Las enfermedades crónicas (EC) representan el 63% de muertes a nivel mundial, de estos casos el 80% se dan en países de ingresos medios y bajos (Organización Mundial de la Salud, (OMS), 2011a). Las enfermedades no transmisibles afectan por igual a hombres y mujeres, más de nueve millones de muertes ocurren a personas que tienen menos de 60 años. Los principales factores de riesgo de las enfermedades crónicas son el tabaquismo, el uso nocivo de alcohol, la inadecuada alimentación y la falta de actividad física (OMS, 2011b).

Asimismo, a nivel mundial estos factores de riesgo están relacionados con malestares como: la hipertensión arterial y la hipercolesterolemia. Las inadecuadas dietas se expresan en escasa ingesta de hortalizas, frutas y al exceso de peso. Estos factores están asociados con la mala alimentación y la pobre actividad física (OMS, 2002; OMS, 2004). La inactividad física es el cuarto factor de riesgo para la mortalidad global, los niveles de sedentarismo están en crecimiento a nivel mundial. Esto es considerado un hecho importante, por la gran implicancia en la prevalencia de enfermedades no transmisibles y la salud en general (OMS, 2011c).

A nivel mundial, cada año 2.6 millones de jóvenes entre 10 y 24 años fallecen por causas prevenibles. El consumo de tabaco de los adolescentes está subiendo anualmente, actualmente 150 millones de adolescentes fuman en el mundo. Asimismo, un consumo poco saludable de alcohol entre los adolescentes es una fuerte preocupación a nivel mundial. Independientemente de los efectos que genera el abuso o dependencia al alcohol, el riesgo está también asociado con una mayor cantidad de accidentes de tránsito, por año 700 jóvenes fallecen, muchos de esos casos son por choques o atropellos debido a la conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol.

Por otro lado, la OMS (2012) reportó en la región de las Américas los siguientes datos de prevalencia: En el 2008, en personas de 25 años a más, 11.5 % en hombres y 9.9 % en mujeres sufrían de hiperglucemia. Asimismo 26.3 % en hombres y 19.7 en mujeres padecían de alta presión arterial. En personas de 20 años hacia delante el 23.5 % de hombres y 29.7 % de mujeres tenían obesidad. En el 2009, el 26 % de hombres y 16 % de mujeres de 15 años en adelante consumen tabaco.

En datos específicos de Perú, para personas de 25 años a más se encontró en el 2008 que el 5.8 % de hombres y 6.1 % de mujeres sufrían de hiperglucemia. Además, el 26 % de hombres y 19.6 % de mujeres sufrían de alta presión arterial. En jóvenes de 20 años a más la prevalencia de obesidad es de 11.1 % y 21.7 % en hombres y mujeres respectivamente.

Por otro lado, en un reporte de atención del Hospital Nacional Cayetano Heredia de Perú se observó que 20,266 jóvenes con edades entre 18 y 29 años, fueron atendidos en consulta externa. Entre ellos, 8,084 fueron hombres y 12,182 mujeres, 302 con episodios depresivos no especificados, 297 con trastorno de ansiedad no especificado y 169 por asma de aparición tardía (Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2010).

Como se ha podido observar en los datos presentados previamente las enfermedades crónicas son una situación de salud importante a nivel mundial y están relacionados con los factores de riesgo y las prácticas de salud. Por ello, para reducir el riesgo de enfermedades crónicas la OMS recomienda independientemente de la edad, consumir una dieta balanceada: con 5 frutas o verduras diariamente y reducir el consumo de sal. Así como, evitar el consumo de tabaco y alcohol (OMS, 2005) y hacer mínimo 150 minutos de actividad física semanales (OMS, 2011d).

Estas recomendaciones no necesariamente son seguidas por los jóvenes universitarios. Por ejemplo, en estudiantes peruanos se ha encontrado que el 26.7% consumen frutas y el 14.1% verduras entre una o dos veces a la semana, mientras que el 4.9% no ingiere ninguna fruta y el 3.4% no incluye verduras en su dieta durante la semana. Además, el 46.5% no practica deporte y de los que practican, 46% de ellos lo hacen entre una o dos veces a la semana (Consorcio de universidades, 2006).

Adicionalmente, el segundo estudio epidemiológico andino de consumo de drogas en universitarios encontró una prevalencia mensual de consumo de alcohol de 46.59% y una incidencia anual de 70.57%, donde los estudiantes entre 21-24 años eran los que mostraban una mayor prevalencia (76.63% – 77%). Asimismo, se evidenció una prevalencia mensual de 22.1% e incidencia anual de 31.34% de consumo de tabaco, en el cual los alumnos entre los 23-24 años mostraban una mayor prevalencia (39.35%) (CAN, 2013).

En la actualidad las enfermedades crónicas están siendo cada vez más estudiadas en relación con factores psicológicos y el estrés es uno de estos. Este integra el grupo de componentes que pueden exacerbar algunas enfermedades crónicas (Espinosa, 2004), tales como: la alteración en el sistema endocrino que podría desarrollar un síndrome metabólico y obesidad (Björntorp, 1997; Björntorp, 2001; Serrano Rios, 2005). Una prolongada producción de

adrenalina y noradrenalina que podría aumentar la probabilidad de una formación de coágulos de sangre. Incremento de la presión arterial o arritmia cardíaca que pueden desembocar en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares (Ogden, 2007).

El estrés, puede contribuir en la reducción de la producción de células en el sistema inmunológico, que entorpece su funcionamiento, lo cual podría generar una desregulación de este. Ello, puede aumentar la probabilidad de sufrir una enfermedad crónica o exacerbar algunas alergias o asma (Dhabar, 2011). Finalmente, el estrés también influye y exacerba el cansancio emocional y la experimentación de síntomas somáticos (Gonzalez Ramirez & Landero Hernández, 2008).

Por ello, es importante tener la capacidad para afrontar directamente las situaciones que pueden desencadenar en estrés. Para ello, un sociólogo llamado Aaron Antonovsky (1988a) creó un constructo que llamó sentido de coherencia, el cual actúa como componente para: enfrentar el estrés, así como enfocar las situaciones adversas como oportunidades de crecimiento personal y no como experiencias desagradables. En ese caso, la principal función del Sentido de Coherencia es evitar que la tensión inicial de una situación desfavorable genere malestar en el individuo. En otras palabras, el sentido de coherencia es la capacidad para tolerar el estrés (Antonovsky, 1990a).

El sentido de coherencia (SOC) es una orientación global que expresa en qué medida la persona tiene la habilidad para distinguir lo que es capaz de hacer; su propia autoconfianza permite que los estímulos interiores y exteriores los perciba estructurados, predecibles y explicables. Por ello, para poder enfrentar dichos estímulos los recursos deben ser accesibles al sujeto. Lo que lleva a que las demandas sean retadoras y dirijan al individuo a comprometerse con interés a las situaciones del ambiente (Antonovsky, 1993).

El SOC está dividido en tres componentes: comprensibilidad, manejabilidad y sentido emocional a la vida, (Frenz, Carey & Jorgensen, 1993) los cuales funcionan como una unidad porque están relacionados, en tanto la dificultad en uno afecta todo el proceso (Antonovsky, 1990a). Si la persona los integra para enfrentar los problemas, los impedimentos se convierten en elementos constructivos para esta (Antonovsky & Sourani 1990).

La comprensibilidad, se deriva de estímulos internos y externos relacionados al ambiente y es la capacidad para darle un sentido cognitivo al entorno. La manejabilidad es el bagaje de recursos que puede utilizar la persona para enfrentar los estímulos del ambiente. Finalmente, el sentido emocional hacia la vida es la capacidad para darle sentido afectivo a la misma y la habilidad para motivarse ante las dificultades que son parte del ambiente. Ello, demuestra

compromiso donde las circunstancias del entorno son vistas como retos estimulantes y no impedimentos. El sentido emocional hacia la vida es el factor más importante del SOC debido a que sin un componente motivacional, una alta comprensibilidad y una adecuada manejabilidad adquieren un carácter temporal, tienden a reducirse y no mantenerse a lo largo del tiempo (Antonovsky, 1990a). Darle un sentido a la situación incrementa el componente motivacional lo cual permite una eficaz predicción y confrontación del evento (Antonovsky & Sourani 1990). Este constructo, tiene similitud con el afrontamiento de Lazarus y Folkman, (1986) quienes definieron el afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y comportamentales que se desarrollan para manejar las demandas internas y externas del ambiente. En el proceso de afrontamiento el individuo utiliza sus recursos para afrontar estas demandas que pueden ser evaluadas como amenazas o como retos.

Sin embargo, esto no se da en todos los casos, en pacientes con infarto de miocardio primario la comprensibilidad mas no el sentido emocional hacia la vida ha resultado ser más importante para desarrollar un mayor SOC. Por ello, se sugiere que el personal de salud promueva la comprensibilidad de los pacientes al entregarles información sobre su condición y sobre la relación de los estilos de vida saludables en los problemas coronarios. Ello permite un enfoque salutogénico que apunta a la prevención de enfermedades y la promoción de prácticas saludables (Bergman, Malm, Ljungquist, Bertero & Karlsson, 2011).

En general, en Colombia, los estilos de vida o prácticas de salud en universitarios son conductas que han sido estudiadas con amplitud. Algunos trabajos, (Arrivillaga, Salazar & Correa, 2003; Lema, Salazar, Varela, Tamayo, Rubio & Botero, 2009; Salazar & Quintero, 2004) han encontrado que los universitarios consideraban que tenían estilos de vida saludables, como consumir dietas balanceadas, tener una adecuada ingesta de alcohol, practicar actividad física. Por otro lado, en Paraguay tener una saludable cantidad de horas de sueño aumentaba la salud percibida (Borquez, 2011).

Sin embargo, pese a estos trabajos y otras revisiones que enfatizaban en actividad física (Prieto, 2003; Amaya & Gaviria Gómez, 2007) los resultados mostraron que los universitarios tenían la tendencia al sedentarismo. Además, en Colombia la mitad de los estudiantes consumían alcohol y en este país así como en Perú (Zárate, Zavaleta, Danjoy, Chanamé, Prochazka Salas & Maldonado, 2006) un tercio de ellos fumaban tabaco. En relación con esto, de una muestra de 5993 estudiantes universitarios peruanos 36.18 % consumieron tabaco, 71.7 % ingirieron alcohol en el último año y 22.03 % de la muestra total tenían un consumo riesgoso de bebidas alcohólicas (CAN, 2013). Según estudios que encontraron resultados parecidos (Mora-Ríos &

Natera, 2001; Londoño, García, Valencia & Vinaccia, 2005; Camacho, 2005), la ingesta de alcohol se daba por la expectativa de aspectos positivos como la facilitación de la interacción y la reducción de la tensión física y psicológica.

En España, se encontró que los universitarios tendían a consumir dietas con mayor cantidad de calorías y proteínas que las recomendadas (Bravo, Martin, & Gonzalez, 2006). Aparte, en una revisión sistemática que reunía 36 estudios de Colombia (Prieto, 2003) encontraron que la mitad de los estudiantes habían tenido una consulta psiquiátrica y las dificultades que más eran reportadas eran ansiedad, estrés y depresión. A continuación se presentará trabajos realizados sobre prácticas de salud y su relación con el SOC.

El SOC también ha sido estudiado en ámbitos universitarios relacionándolo con los estilos de vida saludables. Dichos constructos han sido revisados en diferentes países como Suecia, Turquía, Finlandia, Bulgaria, Alemania, Polonia India y Estados Unidos. Diversos trabajos (Von Bothmer & Fridlund, 2003; Kuuppelomäki & Utriainen, 2003; Mikolajczyk, et al. 2008; Oztekin & Tezer, 2009; Suraj & Singh, 2010), han encontrado una relación positiva entre el SOC y las prácticas de salud. Asimismo, se halló que existía una relación entre la salud percibida, estado de salud y el SOC, donde los universitarios, quienes tenían mayor salud percibida, contaban con un mayor sentido de coherencia.

Al realizar una distinción entre hombres y mujeres, los resultados mostraron que las universitarias tendían a practicar mayor cantidad de prácticas de salud que los varones. Sin embargo, los hombres practicaban mayor actividad física que las mujeres. Además, la relación entre salud percibida y SOC separado entre hombres y mujeres aún no es concluyente, las mujeres muestran una relación positiva entre SOC y salud percibida mientras que en un estudio en Suecia (Von Bothmer & Fridlund, 2003) con hombres no se encontró una relación significativa. Adicionalmente, en el estudio longitudinal de Kuuppelomäki y Utriainen, (2003), se halló que luego de tres años el 6 % de los participantes tuvo una reducción del SOC, mientras que el 65% se mantuvo en los niveles previamente medidos y el 32 % tuvo un fortalecimiento, lo cual da indicios de que en estudiantes de educación superior el SOC puede ser estable, sin embargo deben efectuarse más trabajos al respecto.

Además de lo expuesto, el SOC también ha sido trabajado en ámbitos universitarios con un diseño experimental. Amirkhan y Greaves, (2003), encontraron en 116 estudiantes que eran expuestos a situaciones de la vida cotidiana y tenían que escoger tarjetas que simbolizaban un alto o bajo SOC que, los estudiantes que tenían un mayor SOC, utilizaban estrategias de afrontamiento dirigidos hacia la tarea y no evitativas. Asimismo, las personas con un alto SOC

tendían en mayor medida a darle coherencia a las diferentes situaciones que se les presentaban en comparación con los estudiantes con menor sentido de coherencia. En ese caso, tendían a tener un mayor espectro de situaciones coherentes que las personas que tenían un menor SOC. Sin embargo, es importante recalcar que también existieron situaciones donde las personas no le adjudicaron coherencia alguna. A pesar de los hallazgos interesantes, es necesario continuar realizando investigaciones con dicho diseño para lograr un mayor conocimiento sobre el sentido de coherencia, utilizando este tipo de estudios.

El SOC y su relación con las prácticas de salud no solo han sido trabajados en estudiantes universitarios sino también en jóvenes. En investigaciones de países como el Reino Unido, Finlandia, Suecia y Japón (Lindmark, Stegmayr, Nilsson, Lindahl & Johansson, 2005; Wainright, et al. 2007; Ray, Suominen & Roos, 2009; Savolainen, et al. 2009; Ochiai, Syunichi & Kiyoshi, 2012), se ha encontrado que las personas que tenían un mayor SOC elegían y consumían dietas más saludables, balanceadas, con mayor cantidad de frutas y verduras, practicaban actividad física y por ende tenían menor probabilidad de ser sedentarios. En ese caso, las personas que tenían un mayor SOC tenían más prácticas saludables, que las personas con menor SOC.

El SOC también ha sido estudiado con respecto a la calidad de sueño, sin embargo este tema no ha sido revisado de manera extensa y hasta el momento no se han encontrado gran cantidad de investigaciones sobre la relación entre el sueño y el SOC. No obstante, en Japón se pueden observar algunos trabajos (Nasermoaddeli, Sekine, Hamanishi & Kagamimori, 2002; Ochiai, et al, 2012), donde se halló que las personas con un mayor SOC, dormían mejor ya que su sueño era de mayor calidad, lograban descansar en mayor medida y recuperaban más energía al dormir. Además, estas personas tenían mayor facilidad para despertarse a una hora predeterminada, y, lograban dormir de corrido y sin interrupciones, con mayor frecuencia que las personas que tenían un menor SOC. A pesar de estos hallazgos este es un campo en el que sería importante recabar aún más información. Sería interesante revisar en otros contextos si existe relación entre el SOC, la calidad del sueño y la cantidad de horas de sueño.

El SOC ha sido trabajado en diferentes países (Alemania, Suecia, Finlandia y Estados Unidos) en adolescentes que consumen drogas lícitas e ilícitas; y funciona como un factor protector hacia conductas poco saludables tales como el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas. En varias investigaciones (Franke, 2002; Ristkari, et al. 2005; Glanz, Maskarinec & Carlin, 2005; Neuner, et al. 2006; Igna, Julkunen & Ahlström, 2008; Bergman, Malm, Ljungquist, Bertero, & Karlsson, 2011), se ha encontrado que el SOC funciona como un factor

protector contra el desarrollo de una adicción al alcohol, tabaco y medicamentos. Personas con mayor SOC tenían una menor propensión a consumir de manera excesiva estas sustancias, así como drogas ilícitas. Es de resaltar que, el consumo de tabaco puede variar en base a la etnicidad, los americanos, los filipinos, los originarios de Hawái y de islas pacíficas tienen un mayor consumo de tabaco que los japoneses. Asimismo, en los japoneses el SOC tiene un mayor efecto protector contra la incidencia de consumo de tabaco, que en las otras etnias (Glanz, et al, 2005).

Por otro lado, el SOC y el consumo de alcohol también han sido trabajados en ámbitos laborales, pero de manera poco extensa. En Lituania (Stankūnas, Kalediene & Starkuviene, 2009) y Finlandia (Poppius, Virkkunen, Hakama, & Tenkanen, 2008) se encontró que el desempleo, carencias maritales y menor nivel educativo repercuten en un menor SOC. Ello, puede llevar a síntomas depresivos y un consumo de alcohol más intensos, especialmente luego del despido laboral. Las personas trabajadoras que consumían alcohol y contaban con menor SOC tenían un mayor riesgo de sufrir algún tipo de lesión. Esta probabilidad era independiente de la frecuencia de consumo de alcohol del individuo.

A pesar que existe una asociación entre el SOC y las conductas de consumo como por ejemplo el alcohol y tabaco, para observar con más precisión el SOC, es importante tomar en cuenta lo que dicen, Bergman et al (2011): si bien el SOC se relación de manera inversa con el consumo de alcohol y la práctica de fumar, para evaluar cómo es el sentido de coherencia a lo largo del tiempo, es importante tomar en cuenta la salud percibida de las personas.

Luego de haber expuesto el SOC, las prácticas de salud y la relación entre ambos temas en jóvenes, se presentará otro constructo que está fuertemente ligado con la percepción de salud: la calidad de vida relacionada a la salud.

Esta ha sido revisada sistemáticamente por autores como Pinquart y Sorensen (2003) quienes compararon la salud psicológica y física de cuidadores y no cuidadores de pacientes crónicos, así como en el meta-análisis de Schram, Baan y Pouver (2009) sobre depresión en pacientes con diabetes. Ello muestra que este constructo se trabaja no solo con población enferma sino también con personas que carecen de enfermedades. A continuación se verán los aspectos teóricos del mismo.

La salud percibida es la valoración de los aspectos subjetivos o percibidos de cuan saludable física y psíquicamente se siente la persona (Schwartzmann, 2003). El individuo puede sentirse saludable y no estarlo o estar sano biológicamente hablando, pero no tener esa percepción de sí mismo (Ardila, 2003).

La idea de calidad de vida relacionada a la salud se ha utilizado en una serie de estudios con población sana, como lo evidencia un meta-análisis que agrupa 12 estudios longitudinales en los cuales se ha evaluado la salud percibida. Dichos trabajos utilizaron muestras que carecen de enfermedades (Obidoa, Reisine & Cherniak, 2010), y hallaron que el constructo es estable al utilizarlo repetidamente en el mismo grupo a lo largo del tiempo.

Como se puede apreciar, existe una aparente interacción entre las prácticas de salud, el estrés y las enfermedades crónicas. Asimismo, aspectos teóricos del SOC y la salud percibida, sugieren que estos constructos tienen un rol interesante, en cómo se vive la patología y qué factores previenen ésta. Por ello, se expondrá un recuento de lo investigado sobre sentido de coherencia, prácticas de salud y salud percibida en universitarios y jóvenes.

En un meta-análisis realizado por Flensburg-Madsen, Ventegodt y Merrick (2005) que reunió más de 50 estudios distintos se encontró que el SOC correlaciona positivamente con salud percibida, donde las personas se quejaban menos de algún malestar corporal subjetivo, síntomas somatomorfos y dolores físicos que eran parte de la vida cotidiana. Asimismo, el SOC se relaciona negativamente con ansiedad y respuestas de estrés en situaciones potencialmente estresantes, así como al estrés de manera global. Sin embargo, no se encontraron fuertes correlaciones entre SOC y salud física. Por ello el SOC es un buen predictor de salud psicológica debido a la percepción de salud y la capacidad para funcionar preventivamente contra el estrés, sin embargo no se ha podido determinar aún si es un factor protector de la salud física que ha estado medido por indicadores biológicos.

Como se ha podido apreciar, las enfermedades crónicas son un tema importante en la población, tiene alta repercusión y relevancia en la salud global y está estrechamente ligado a las conductas de salud (OMS, 2011a). El sentido de coherencia y la salud percibida son constructos que tienen relación con las prácticas de salud, ayudan a comprender algunas repercusiones psicológicas que tienen las patologías físicas y son temas que han sido investigados en distintos lugares como lo muestran algunos estudios mencionados previamente (Pinquart & Sorensen, 2003; Flensburg-Madsen, et al. 2005). Asimismo, los estudiantes universitarios son un grupo que mediante la práctica de conductas nocivas como el consumo de alcohol y drogas (CAN, 2013) o inadecuados hábitos de sueño, (SENAJU, 2012) podrían estar en riesgo de padecer en el futuro alguna enfermedad crónica.

La relevancia de este estudio no solo radica en lo ya mencionado, sino también en que se conocen pocas investigaciones sobre el SOC como variable de estudio y ninguna en universitarios. Los trabajos de Custodio (2002), Dejo (2005), Arévalo (2007) y Saravia (2010)

son las contadas investigaciones sobre SOC que han sido realizadas en el contexto peruano. Además, no se han hallado estudios sobre SOC, salud percibida y prácticas de salud en los universitarios peruanos. Por lo tanto, sería importante poder seguir profundizando en el tema, entender con mayor claridad las características del SOC, de la salud percibida y de las prácticas de salud y conocer en qué forma estos repercute en los estudiantes.

Es importante apreciar que los estilos de vida pueden condicionar algún tipo de morbilidad no-transmisible, debido a que el nivel alto de estrés, el sedentarismo, la contaminación y la inseguridad, pueden generar una alteración en la regulación del sistema psiconeuroinmunológico. La degeneración de este sistema aumenta la probabilidad de que la persona sufra una enfermedad crónica (Espinosa, 2004). Por ello, estudiar variables relacionados al estrés como es el SOC, la percepción de salud, así como las prácticas de salud de jóvenes estudiantes, puede permitir tener un enfoque de prevención y promoción de la salud. Al identificar los estilos de vida de los jóvenes, así como su salud percibida y su relación con el SOC, permite entender cómo es que pasando los 30 años las personas sufren de enfermedades crónicas.

Asimismo, conocer las prácticas de salud de los jóvenes permitirá intervenir en ellos, con programas que promuevan conductas saludables y de esta manera reducir la prevalencia de enfermedades crónicas. Al menos un 80% de cardiopatías y accidentes cerebro vasculares podrían evitarse con una dieta saludable, actividad física regular y abandono del consumo de tabaco (OMS, 2011e).

En ese caso, el propósito es analizar la influencia entre el SOC y seis prácticas de salud (frecuencia de práctica de actividad física, organización del descanso y tiempo libre, autocuidado y cuidado médico, hábitos de alimentación, consumo de alcohol y tabaco y organización del sueño) en la salud percibida centrándose en la salud mental y física en este grupo.

Observar la relación entre el SOC y las prácticas de salud en la salud mental y física. Adicionalmente, se busca indagar en cada sexo la influencia del SOC y las prácticas de salud en la salud mental y física, debido a que como se ha mencionado previamente, existen indicios de diferencias entre hombres y mujeres en la percepción de salud.

Los objetivos específicos son describir el SOC, las prácticas de salud y la salud mental y física. Además, explorar si existen diferencias y relaciones según variables socio-demográficas tales como: sexo, edad, facultad a la que pertenece, ciclo que cursa e índice de masa corporal.

Finalmente, se realizará una investigación con una sola medición, donde no se manipularán variables y se buscará observar la habilidad predictiva del SOC y las prácticas en la salud de los universitarios (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).



Método

Participantes

La muestra está conformada por 448 estudiantes de una universidad privada. Entre ellos, 262 son hombres (58%) y 186 son mujeres (42%) y están separados por diversas unidades académicas de una universidad de Lima Metropolitana.

El grupo tenía edades entre 18-29 años y una edad promedio de 21.3 años (DE = 1.95). La estatura promedio fue de 1.68 metros (DE = 0.09) y el peso promedio 65 kg (DE = 11.58). El índice de masa corporal promedio fue de 23.01 (DE= 2.93).

En promedio los alumnos cursaban en el séptimo ciclo de estudios y el rango de ciclos a los que pertenecen fue desde el quinto al doceavo ciclo. De la muestra total, 32% de ellos trabajan mientras que 68% no lo hacen (una se abstuvo de responder). De los estudiantes que trabajaban, el promedio de horas laborales semanales fue de 26.25 horas (DE = 11.91).

Por otro lado, 53% de los participantes informaron haber sido diagnosticados con una enfermedad por un médico mientras que 47% mencionaron no haberlo sido, (un alumno no respondió). 16 % reportaron tomar pastillas para una enfermedad y 83% de ellos no hacerlo mientras que 1% no respondió.

Además, 36% de los estudiantes reportaron haberse sentido enfermos en los últimos 7 días y 63% no, (dos no respondieron). Finalmente, una mujer fue retirada de la muestra final por encontrarse gestando al momento de la aplicación.

Finalmente, todos los participantes firmaron un consentimiento informado previo a la ejecución de los cuestionarios. Además, se protegió la confidencialidad de los participantes utilizando códigos para cada uno de ellos, lo cual permitió evitar que estos fueran reconocidos de alguna manera.

Medición

El sentido de coherencia fue medido mediante el cuestionario de orientación hacia la vida (OLQ-13 O SOC-13) de Antonovsky. Este consiste en un cuestionario de 13 ítems que fueron obtenidos de la prueba original de 29 ítems (OLQ-29 o SOC-29), el cual ya ha sido aplicado en Perú (Custodio 2002; Dejo 2005; Arévalo 2007; Saravia 2010).

El OLQ-13 se responde en escala likert de 1-7 donde uno y siete son las respuestas opuestas, que producen información cuantitativa de carácter de razón (numérico). De los 13 ítems y 5 tienen un puntaje inverso (1-3, 7, 10). (Antonovsky, 1988b).

En una revisión sistemática, que evaluó 127 estudios el OLQ-13 presenta un coeficiente de alfa de Cronbach de 0.70 a 0.92 en 32 diferentes países. Además, al realizar una correlación de test-retest con rangos de 0.69 a 0.78 después de un año, 0.64 después de tres años, 0.42 a 0.45 después de cuatro años, 0.59 a 0.67 después de cinco años y 0.54 después de diez años, lo cual demuestra estabilidad en dicho constructo (Eriksson & Lindstrom, 2005). La prueba tiene un factor único, siendo empíricamente inseparable (Antonovsky, 1983).

Adicionalmente, en Finlandia un estudio prospectivo con un seguimiento de cinco años, encontró con un modelamiento de ecuaciones estructurales, que personas mayores de treinta años a más tenían puntajes con un coeficiente de estabilidad de 0.81, mientras que los de menos de treinta años tenían un coeficiente de estabilidad de 0.70, lo cual demuestra alta validez de constructo y estabilidad en el mismo (Feldt, Lintula, Suominen, Koskenvuo, Vahtera & Kivimaki, 2006).

Finalmente, existe una alta inter-correlación ($r = 0.96$, $p < 0.001$) entre el SOC-29 y el SOC-13 que es la versión más corta, lo que demuestra similitud entre la prueba original y su versión reducida (Olsson, Gassne & Hansson, 2009). El puntaje mínimo posible del SOC-13 es equivalente a 7, mientras que el máximo posible es igual a 91. Para este estudio, el alfa de Cronbach de toda la prueba la prueba resultó ser igual a 0.80.

La medición de la salud percibida fue realizada utilizando el SF-36 que es una escala que muestra un perfil de estado de salud. Esta se puede aplicar tanto a pacientes como a personas que no sufren de una enfermedad (Ware, 2000). Este ha sido utilizado en más de 400 artículos manejando la idea de calidad de vida (cuando se refiere a pacientes) y salud percibida (al referirse a población sana) (Garratt, Schmidt, Mackintosh & Fitzpatrick, 2000).

La prueba consta de 36 ítems los cuales representan 8 escalas distintas: Función física (10 ítems), Rol físico (4 ítems), Dolor corporal (2 ítems) y Salud general (5 ítems), que son parte del componente de salud física.

Asimismo, Vitalidad (4 ítems), Función social (2 ítems), Rol emocional (3 ítems) y Salud mental (5 ítems) que son parte del componente de salud mental. Adicionalmente, un ítem que es de transición de salud, el cual no se utiliza para el cálculo de ninguna de las escalas, pero es útil para comprender el cambio percibido del estado de salud (Ware, Snow, Kosinski & Gandek, 1993).

En un meta-análisis, que analizó 79 artículos donde se utilizó el SF-36 en español se encontró en la mayoría de las investigaciones que, en todas las escalas menos en función social, la prueba superó un Alfa de Cronbach de 0.70. Las escalas de rol físico, función física, y rol emocional en la mayoría de los casos obtuvieron puntajes de confiabilidad de 0.90. Con respecto a la validez de contenido en un análisis factorial con una muestra de 9151 personas sanas, se encontró que las escalas de Función física, Rol físico y Dolor corporal mostraron correlaciones de ($r \geq 0,74$), con el componente físico y las escalas de Salud mental, Rol emocional y Función social tuvieron una correlación de ($r \geq 0,62$) con el componente mental. Asimismo, las escalas Salud general y Vitalidad correlacionaron significativamente con los componentes físico y mental (Vilagut, et al., 2005).

En el contexto peruano Salazar y Bernabé (2012) encontraron un alfa de Cronbach para toda la prueba de 0.82, y alfa de Cronbach mayores de 0.80 en las escalas de Rol emocional, Dolor corporal, Rol físico y funcionamiento físico. Mientras tanto, las otras subescalas tales como Salud mental, Funcionamiento social, Vitalidad y Salud en general tienen alfa de Cronbach entre 0.66 y 0.74.

En este estudio se encontró una confiabilidad en toda la prueba de alfa de Cronbach de 0.88, lo cual da cuenta de una adecuada consistencia del instrumento. Además, el área de Salud mental tuvo un alfa de Cronbach de 0.85 mientras que el área de Salud Física contó con un alfa de Cronbach de 0.83. En ambos casos, el mínimo puntaje posible que se puede obtener es igual a 0 mientras que el máximo es equivalente a 100.

Por otro lado, para medir las prácticas de salud se utilizó la adaptación del “Cuestionario de estilos de Vida de jóvenes Universitarios” (CEVJU) creado por Arrivillaga y Salazar en Colombia. Esta prueba está compuesta por 69 ítems con un tipo de respuesta de escala likert, con cuatro posibles opciones (Nunca, Algunas veces, Con frecuencia y Siempre). La encuesta está dividida en siete áreas las cuales eran actividad física y deporte; hábitos alimentarios; organización del sueño y descanso; autocuidado y cuidado médico; consumo de alcohol, tabaco y otras drogas; y prácticas de seguridad.

El índice de confiabilidad de alfa de Cronbach del instrumento fue de 0.87. Con respecto a la validez, se realizó una validez por criterio de jueces, expertos en psicología de la salud. Se obtuvo también una adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) 0.85 y se identificaron 6 áreas: actividad física y deporte, organización del descanso o tiempo libre, autocuidado y cuidado médico, hábitos alimentarios, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y organización del sueño (Arrivillaga & Salazar, 2005).

Para el presente estudio, se realizó una adaptación de la encuesta donde tres jueces re frasearon ítems para adaptarlos al lenguaje del lugar. Para este proceso, se utilizaron los criterios de la OMS (2011d) para editar los ítems sobre actividad física. Además uno de los jueces era experto en investigación sobre consumo de alcohol, tabaco y drogas y, una nutricionista proporcionó información para el área de hábitos alimentarios. Los cambios de las demás áreas fueron esencialmente lingüísticos. Asimismo, se realizó una revisión de esta adaptación mediante un grupo focal de participantes, que tenían características similares a los de la muestra final.

Adicionalmente, se 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 ese caso, se realizó un instrumento ad hoc específico para este estudio.

En el área de actividad física, se encontró un KMO de 0.72 ($p < 0.01$). En el cual los ítems 2, 3 y 5 fueron retirados del área debido a baja correlación ítem-test (menor a 0.30). Finalmente, el área se mantuvo con un componente único de tres ítems que explicaban el 63.3% de la varianza. Además, tiene un valor mínimo posible de 3 así como un puntaje máximo permitido de 12. Al final de este proceso el alfa de Cronbach superaba el 0.7.

En el área de Organización del descanso o tiempo libre se encontró un KMO de 0.68 ($p < 0,01$). El ítem 10 mostraba una correlación ítem-test de -0.04 por lo que se eliminó la pregunta. El área de Organización del descanso o tiempo libre, finalizó con tres ítems y un componente único el cual explicaba el 61,5% de la varianza total. Además, tiene un valor mínimo posible de 3, así como un puntaje máximo permitido de 12. Al final de este proceso el alfa de Cronbach superaba el 0.6.

En el área de Autocuidado y cuidado médico se obtuvo un KMO de 0.69 ($p < 0.01$). Los ítems 26, 27, 17, 18, 28, 20 21, 22 y 19 fueron eliminados, por tener una correlación ítem test menor a 0.3. Asimismo, el ítem 23, explicaba tan solo una proporción del 25% de la varianza de la prueba por lo que fue retirado. Los ítems 24 y 25, también tuvieron correlaciones menores a 0.3, sin embargo éstas, se mantuvieron por criterio teórico.

El área de autocuidado, finalizó con ocho ítems y tres factores, los cuales explicaban el 64.5 % de la varianza total. El factor 1 explicó el 32.3%, el factor 2 el 16.7% mientras que, el factor 3 el 15.5%. Sin embargo, el primer factor estaba compuesto por todos los ítems de la prueba con una carga factorial mínima de .43 y máxima de .71, por lo que se determinó que está área podía funcionar como un factor único. Esta área, estuvo compuesta por 8 ítems con un valor

mínimo posible de 8 así como un puntaje máximo permitido de 32. Al final de este proceso el alfa de Cronbach superaba el 0.7.

En el área de hábitos alimentarios se encontró un KMO de 0.76 ($p < 0.01$). Los ítems 35, 44, 42, 30, 37, 41, 43, 40, 34 y 29, fueron retirados por tener correlaciones ítem-test menores a 0.3. Asimismo, los ítems 31 y 39 se eliminaron, ya que el primero explicaba tan solo una proporción del 20% de la varianza de la prueba, mientras que el segundo una proporción del 21% de la varianza de la misma.

Finalmente, el área de hábitos alimentarios mantuvo cinco ítems con un factor único que explicaban el 49% de la varianza total. Esta área estuvo compuesta por 5 ítems con un valor mínimo posible de 5, así como un puntaje máximo permitido de 20. Al final de este proceso el alfa de Cronbach superaba el 0.7.

En el área de Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas se encontró un KMO de 0.71 ($p < 0.01$). El ítem 55 fue retirado, por tener una correlación ítem prueba menor a 0.3. El ítem 52 también obtuvo una correlación de 0.3 sin embargo, éste se mantuvo por criterio teórico.

El área finalizó con 10 ítems y dos factores, que explicaban el 48% de la varianza total. El factor 1 explicó el 33% y el factor 2 el 15%. Sin embargo, el factor 1 estaba compuesto por todos los ítems de la prueba con una carga factorial mínima de .41 y máxima de .72, por lo que se determinó que esta área podía funcionar con un factor único. Esta área estuvo compuesta por 10 ítems. Con un valor mínimo posible de 10, así como un puntaje máximo permitido de 40. Al final de este proceso el alfa de Cronbach superaba el 0.7.

En el área de Organización del sueño, se encontró un KMO de 0.68 ($p < 0.01$). Los ítems 62, 64, 61, 60 tuvieron una correlación ítem-prueba menor a 0.3, por lo que fueron retirados. El ítem 63 explicaba por comunales una proporción del 28% de la varianza de la prueba por lo que fue retirado. Una situación similar ocurrió con el ítem 59, sin embargo éste se mantuvo por criterio teórico.

Finalmente, el área de Organización del sueño finalizó con 4 ítems y un factor que explicaba el 47% de la varianza total del área. Ésta área estuvo compuesta por 4 ítems. Además, tiene un valor mínimo posible de 4, así como un puntaje máximo permitido de 16. Al final de este proceso el alfa de Cronbach superaba el 0.6.

Al finalizar este proceso, el instrumento ad hoc fue compuesto por 33 ítems con sus respectivas confiabilidades (ver anexo A).

Procedimiento

En el estudio no se manipuló una variable, sino se correlacionó el SOC y la salud percibida (salud mental y salud física), con las cuatro diferentes prácticas de salud para observar si existe una relación entre ellos y, de ser así, cómo el SOC y las prácticas de salud predicen la salud percibida (salud mental y salud física).

Asimismo, se comparó el SOC, las prácticas de salud y la salud percibida por género, por índice de masa corporal, por ciclo que cursa, rango de edad y entre carreras de ciencias y letras, para buscar si hay diferencias entre ellos.

Aparte, se correlacionó el SOC con variables sociodemográficas, tales como: la edad, el ciclo que se cursa y el índice de masa corporal, con la intención de encontrar relación entre estas. Adicionalmente, se correlacionó las prácticas de salud con: la edad, el ciclo que se cursa y el índice de masa corporal, para observar si existen relación entre las variables. La aplicación se realizó una vez a lo largo del tiempo y no se ejecutó un seguimiento posterior de los participantes.

Para la ejecución del trabajo se contactó con las diferentes facultades de la universidad y se pidieron los permisos respectivos para la aplicación. La aplicación se dio según el horario asignado por el docente. La recolección de datos fue por autoreporte y de manera grupal.

Los participantes llenaron los siguientes cuestionarios: un consentimiento informado, una ficha de datos socio-demográficos, el SOC-13, el SF-36 y el “Cuestionario de estilos de Vida de jóvenes Universitarios” (CEVJU), en este mismo orden.

Se digitaron los datos, se procesaron de manera grupal y se buscó encontrar las relaciones entre las variables del estudio ya mencionadas. Se realizaron estadísticos descriptivos del Sentido de Coherencia, las prácticas de salud y la salud mental y física. Se ejecutaron análisis de correlación entre las variables previamente mencionadas, así como con las variables sociodemográficas. Se calcularon modelos de regresión múltiple para revisar el valor predictivo que tienen el SOC y las prácticas de salud en la salud mental y física. Asimismo, se analizaron modelos de regresión múltiple, para observar la capacidad predictiva del Sentido de Coherencia y las conductas de salud en la salud mental y física por sexo.

Finalmente, se evaluó si existen diferencias entre hombres y mujeres en la salud mental y física. Para todos los análisis previamente mencionados se utilizó el programa G*Power 3.1 para calcular la magnitud del efecto y el poder estadístico de los diversos análisis (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009).

Resultados

En el siguiente apartado, se presentan los resultados del trabajo. En primer lugar, se muestran los datos descriptivos generales de todas las variables del estudio. En segundo lugar, se presentan las correlaciones de Sentido de Coherencia, las prácticas de salud y las variables demográficas con la salud mental y física respectivamente. En tercer lugar, se exponen los modelos de regresión múltiple que predicen ambos tipos de salud. Asimismo, se muestran modelos de regresión para salud mental y física para hombres y mujeres. Finalmente, se comparan la salud mental y física entre sexo.

Tabla 1

Estadísticos descriptivos de las variables del estudio en la muestra total

	Media	Mediana	DE	Mínimo	Máximo
SOC	59.75	60	11.19	31	87
Salud física	79.94	82.5	12.97	33.1	100
Salud mental	65.43	68.75	17.17	6.07	97.14
Actividad física y deporte	6.85	7	2.1	3	12
Descanso o tiempo libre	8.33	8	1.87	4	12
Autocuidado y cuidado médico	20.07	19.5	4.28	10	32
Hábitos alimentarios	12.82	13	2.7	5	20
Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas	17.6	18	2.08	10	24
Organización del sueño	9.74	10	2.23	4	16

N = 448

La tabla 1 muestra los descriptivos de las variables psicológicas como sentido de coherencia y salud física y salud mental, así como las 6 prácticas de salud. El SOC tuvo un puntaje con una variabilidad grande evidenciada por $s^2 = 125.2$. Salud mental y física también mostraron una variabilidad grande en sus puntajes, donde la primera evidenció mayor varianza ($s^2 = 294.8$), en comparación con la segunda ($s^2 = 168.22$).

En el caso de las prácticas de salud, la variabilidad de los puntajes fue pequeña donde con un rango entre $s^2 = 4.33$ a $s^2 = 18.32$, donde la práctica con menor varianza fue descanso y tiempo libre y la conducta con mayor variabilidad fue autocuidado y cuidado médico.

Por otro lado, se comparó la salud mental y física entre hombres y mujeres. En salud mental se encontraron diferencias significativas por género ($U = 28564.50, p < 0.01, r = 0.17$) con un poder estadístico de $1 - \beta = 0.99$, tomando un $\alpha = 0.05$ (Faul, et al. 2009). Los hombres ($n=262$) reportaron mayor salud mental ($Mdn = 70$) que las mujeres ($n=186$) ($Mdn = 65.71$). En el caso de salud física también se encontraron diferencias significativas por género ($U = 29112.5, p < 0.01, r = 0.15$) con un poder estadístico de $1 - \beta = 0.95$, tomando un $\alpha = 0.05$ (Faul, et al. 2009). Al igual que el caso anterior, los hombres presentan una mayor salud física ($Mdn = 84.64$) en comparación con las mujeres ($Mdn = 79.17$).

Tabla 2

Correlaciones entre las prácticas, el sentido de coherencia y variables sociodemográficas con salud mental y física

	SM	SF		SM	SF
SF	0.40***	0	Sexo	-0.15***	-0.17***
SOC	0.59***	0.34***	IMC	0.07	-0.02
AF	0.23***	0.31***	Edad	0.07	0.01
TL	0.30***	0.33***	Ciclo	0.06	0.02
ACM	0.20***	0.14***	Carrera	0.001	0.06
HA	0.02	0.15***			
OHTD	-0.07	-0.01			
OS	0.29***	0.32***			

Abreviaturas: SOC, Sentido de coherencia; SF, Salud física; SM, Salud mental, AF, Actividad física y deporte; TL, Organización del descanso o tiempo libre; ACM, Autocuidado y cuidado médico; HA, Hábitos alimentarios; OHTD, Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas; OS, Organización sueño; IMC, Índice de masa corporal.

* $p < 0,05$, *** $p < 0,01$

Nota: En la variable sexo Hombre = 0 y Mujer = 1. En la variable tipo de carrera Ciencias = 0 y Letras = 1.

En la tabla 2, se pueden observar las correlaciones entre las diferentes variables del estudio. Como la tabla lo muestra, según los criterios de Cohen (1988), existen correlaciones positivas y moderadas entre SOC y salud mental, así como entre salud física y salud mental.

Por otro lado, las siguientes correlaciones mostraron una relación débil: el SOC con salud física, la salud física con organización del descanso o tiempo libre, la organización del sueño con actividad física y deporte.

Asimismo, la salud mental se relacionó debilmente con: organización del descanso o tiempo libre, organización del sueño, actividad física y deporte y autocuidado y cuidado médico.

Mientras tanto, la Salud física, mostró tener débil relación con hábitos alimentarios y autocuidado y cuidado médico. Además, ambos tipos de salud correlacionaron débil y negativamente con sexo.

El poder estadístico en la mayoría de los casos fue de $1 - \beta > 0.99$. No obstante, tomando un $\alpha = 0.05$ las siguientes correlaciones tuvieron un poder estadístico menor al previamente mencionado: sexo con salud física ($1 - \beta = 0.98$), sexo con salud mental ($1 - \beta = 0.94$), hábitos alimentarios ($1 - \beta = 0.94$) y autocuidado y cuidado médico ($1 - \beta = 0.91$) con salud física.

Finalmente, no todas las otras variables mostraron relaciones significativas. No se encontraron correlaciones significativas con consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y salud. Además, hábitos alimentarios no tuvo correlación con salud mental. Asimismo, índice de masa corporal, edad, ciclo que cursa y tipo de carrera no mostraron relaciones significativas.

Tabla 3
Resumen de análisis de regresión que predice Salud Mental y Salud Física

Variable	B	SE B	β	t
Salud mental				
SOC	0.82	0.06	0.54***	14.02
Sexo	-6.22	1.28	-0.18***	-4.87
TL	1.18	0.37	0.13**	3.2
OS	0.78	0.31	0.10*	2.5
Salud física				
SOC	0.26	0.05	0.22***	5.15
TL	1.5	0.31	0.21***	4.71
AF	1.06	0.27	0.17***	3.94
OS	0.77	0.26	0.13**	2.91
HA	0.55	0.20	0.12**	2.78
Sexo	-3.16	1.12	-0.12**	-2.82

Nota. $R^2 = 0.41$ (N = 448, $p < 0.001$) Salud mental.

Nota. $R^2 = 0.28$ (N = 448, $p < 0.001$) Salud física.

*** $p < 0.001$

** $p < 0.01$

* $p < 0.05$

La tabla 3 muestra el resultado de la regresión lineal múltiple para salud mental, donde se evidencia que las variables sexo, SOC, organización del descanso o tiempo libre y organización del sueño tienen un nivel predictivo de $R^2 = 0.41$, $F(4, 443) = 77.08$, $p < 0.001$, $f^2 = 0.69$). Según los criterios de Cohen (1988) esta cuenta con un tamaño del efecto grande.

Por otro lado, con respecto al modelo de regresión múltiple de salud física se puede observar que las variables, sexo, SOC, organización del descanso y el tiempo libre, organización del sueño, actividad física y deporte y hábitos alimentarios, conforman el modelo de regresión. Este grupo de variables explican el 27% de la varianza total de salud mental ($R^2 = 0.28$, $F(6, 441) = 28.55$, $p < 0.001$, $f^2 = 0.39$), que es equivalente a un tamaño del efecto grande (Cohen, 1988).

Tabla 4
Resumen de análisis de regresión que predice Salud Mental y Salud Física en hombres

Variable	B	SE B	β	t
Salud mental				
SOC	0.74	0.07	0.50***	9.98
TL	1.38	0.47	0.15**	2.92
OS	0.93	0.37	0.13*	2.46
ACM	0.36	0.19	0.09 [.]	1.87
Salud física				
SOC	0.24	0.06	0.22***	3.7
TL	1.39	0.41	0.21**	3.4
OS	0.78	0.33	0.14*	2.4
AF	0.78	0.33	0.14*	2.38
HA	0.47	0.26	0.10 ^{..}	1.8

Nota. $R^2 = 0.40$ (N = 448, $p < 0.001$) Salud mental.

Nota. $R^2 = 0.20$ (N = 448, $p < 0.001$) Salud física.

*** $p < 0.001$

** $p < 0.01$

* $p < 0.05$

$p = 0.06$

.. $p = 0.07$

Dado que se encuentra que la variable sexo tiene un peso predictivo en la salud mental y física, se realizaron modelos de ambas variables por sexo.

La tabla 4 muestra el modelo de regresión múltiple de salud mental para hombres, donde se puede ver que las variables: SOC, organización del descanso y el tiempo libre, organización del sueño y autocuidado y cuidado médico conforman el modelo de regresión. Este grupo de variables explican el 40% de la Varianza total de salud mental ($R^2 = 0.40$, $F(4,257) = 41.98$, $p < 0.001$, $f^2 = 0.67$). Según los criterios de Cohen (1988), esta es equivalente a un tamaño del efecto grande.

El modelo de regresión lineal múltiple de salud física para hombres, está compuesto por las siguientes variables: SOC, organización del descanso y el tiempo libre, organización del sueño, actividad física y deporte y hábitos Alimentarios. Estas variables componen un modelo de regresión que explican un $R^2 = 0.21$, $F(5, 256) = 13.31$, $p < 0.001$, $f^2 = 0.25$. Ello es equivalente a una magnitud del efecto mediano (Cohen, 1988). Ambos análisis de regresión tomando un $\alpha = 0.05$ obtuvieron un poder estadístico de $1 - \beta > 0.99$.

Tabla 5
Resumen de análisis de regresión que predice Salud Mental y Salud Física en mujeres

Variable	B	SE B	β	t
Salud mental				
SOC	0.94	0.09	0.60***	10.03
TL	0.98	0.56	0.11.	1.78
Salud física				
TL	1.92	0.45	0.27***	4.24
SOC	0.30	0.08	0.25***	3.86
AF	1.70	0.47	0.23***	3.61
HA	0.72	0.3	0.15*	2.40

Nota. $R^2 = 0.41$ (N = 448, $p < 0.001$) Salud mental.

Nota. $R^2 = 0.32$ (N = 448, $p < 0.001$) Salud física.

*** $p < 0.001$

* $p < 0.05$

. $p = 0.07$

La tabla 5 muestra el modelo de regresión lineal múltiple de salud mental para mujeres, el cual muestra ser más pequeña y con menor cantidad de variables que el anterior. El modelo de regresión está compuesto por dos variables: SOC y organización del descanso y el tiempo libre.

Ambas variables conjuntamente predicen el 41% de la varianza total ($R^2 = 0.41$, $F(2, 183) = 63.48$, $p < 0.001$, $f^2 = 0.69$) con una magnitud del efecto grande (Cohen, 1988).

Finalmente, para el modelo de regresión lineal múltiple de salud física de mujeres, se puede observar que este está conformado por cuatro variables: SOC, organización del descanso y el tiempo libre, actividad física y deporte y hábitos alimentarios. Estas variables explican el 30% de la varianza total del modelo ($R^2 = 0.32$, $F(4, 181) = 21.59$, $p < 0.001$, $f^2 = 0.47$), con un tamaño del efecto grande (Cohen, 1988). Ambos análisis de regresión tomando un $\alpha = 0.05$ obtuvieron un poder estadístico de $1 - \beta > 0.99$.



Discusión

Como se mencionó previamente, este estudio tiene como objetivo analizar la capacidad predictiva del SOC y las prácticas de salud para la salud mental y física en un grupo de universitarios de Lima Metropolitana. Primero, se revisó cuan fuerte era la relación entre el SOC y seis prácticas de salud con la salud mental y física en un grupo de universitarios. Adicionalmente, se exploró la relación existente entre las variables sociodemográficas y la salud mental y física. Luego de obtener esta información, se procedió a revisar qué modelos predicen la salud mental y física, de tal manera que se hizo posible responder al propósito principal del estudio.

Los hallazgos encontrados demostraron que, el sentido de coherencia y algunas prácticas predicen la salud mental y física. Para todos los estudiantes, las conductas que predicen la salud mental son: la organización del tiempo libre y la organización del sueño. Mientras que para la salud física, se pueden observar la organización del tiempo libre, organización del sueño, actividad física y deporte y hábitos alimentarios. Asimismo, en ambos casos la variable sexo también cumple un rol importante en la predicción de los modelos regresión, lo cual demuestra similitud con estudios previos (Esnaola, Infante, Rodríguez, y Goñi, 2011; Medina-Briones Alonso-Castillo, Alarcón-Luna, Cadena-Santos, Sosa-Briones, 2006).

El SOC es la variable que mayor capacidad predictiva tiene en ambos modelos, ello evidencia similitud con hallazgos pasados evidenciados por una revisión sistemática y otros estudios que detallan una fuerte relación positiva entre el SOC y la salud percibida, especialmente la salud mental y negativa con estrés percibido (Eriksson, & Lindstrom, 2006; Eriksson & Lindstrom, 2007; Townsend, et al. 2013). Es importante mencionar que, la diferencia en la capacidad predictiva del SOC para salud mental en comparación con la salud física es significativa. Estos menores niveles de predicción de la salud física son acordes con diferentes estudios evidenciados en otra revisión sistemática, donde se encuentra que el SOC se relaciona mucho menos con salud física que con salud mental (Flensburg-Madsen, et al. 2005).

La organización del tiempo libre, se mostró como la conducta de salud con mayor capacidad predictiva en los modelos de salud mental. Es importante recalcar que en este caso, según el CEVJU (Arrivillaga & Salazar, 2005), la organización del tiempo libre alude a situaciones donde la persona incluye momentos de descanso en su rutina diaria, comparte tiempo con su familia y amigos y realiza actividades de ocio como ir al cine o leer.

Esta conceptualización es sumamente importante, ya que ella podría explicar el impacto en la salud mental y la relevancia en este modelo.

Asimismo, programar un espacio para pasar tiempo con la familia, amigos o figuras significativas alude a un soporte social percibido, el cual alivia o funciona como amortiguador de síntomas de estrés (Antonovsky, 1988b; Boiver, Chamot & Perneger, 2004; Thoits, 2011), reduce la posibilidad de sufrir síntomas depresivos (Hefner & Eisenberg, 2009) y está relacionado con un mayor bienestar, satisfacción y calidad de vida subjetiva (Aris, Safree & Adawiah, 2010; Banda, & Morales 2012; Cantú, et al. 2010; Sen Chu, Saucier, Hafner, 2010; Zubieta, Delfino, 2010).

El soporte social percibido podría tener una fuerte repercusión en la salud mental, tanto de manera saludable como dañina. Por un lado, los estudiantes podrían estar usando a la familia y amigos como una estrategia de afrontamiento al estrés diario proveniente de las metas a futuro que se trazan. Cursar una carrera universitaria y terminarla, así como obtener un trabajo estable, pueden ser estresores que llevan a los jóvenes a buscar familiares y amigos para afrontar estas preocupaciones (Seiffge-Krenke et al. 2012).

Sin embargo, esto no se da en todos los casos, se ha encontrado en universitarios que la prevalencia de síntomas de salud mental está en crecimiento, pero la búsqueda de ayuda es baja, ya que la persona busca ayuda en promedio, 11 años después de haber experimentado síntomas de depresión y ansiedad por primera vez (Hunt & Eisenberg, 2010). En ese caso, tener un bajo soporte social percibido, puede llevar a la persona a no buscar ayuda porque asumen que no se la darán, mientras que, las personas con alto soporte social no temen buscar apoyo ya que se sienten queridos y apoyados (Pierce, Sarason & Sarason, 1996).

Adicionalmente, la organización del tiempo libre no solo podría influenciar en la salud mental porque cumple un rol de socialización, sino también porque el tiempo libre también implica descanso y ocio. Un adecuado manejo de este, permite comprometerse en actividades que producen satisfacción, incrementan el bienestar y mejora la salud mental (Aaker, Rudd & Mogilner, 2010; Weich, et al., 2011).

En la misma línea, organización del sueño fue el otro comportamiento de salud que contaba con una capacidad predictiva en la salud mental. Estos hallazgos, están en línea con investigaciones que muestran que un consistente patrón de sueño y una suficiente cantidad de horas de descanso son factores protectores de malestar psicológico. Patrones de sueño cortos generan somnolencia severa durante el día, que a su vez, repercute en mayor cantidad de trastornos depresivos, ansiosos y menor percepción de salud (Barber, Munz, Bagnsby & Powell,

2009; Miró, 2002; Moore, et al. 2009; Ohayon, Caulet, Philip, Guilleminault, & Priest, 1997). A su vez, estos síntomas pueden generar periodos de insomnio, lo cual evidencia que las alteraciones emocionales se relacionan con un inadecuado patrón de sueño y por consiguiente un impacto en la salud (García, Méndez, Ruiz, Alvarado & Rosenthal, 2010).

Los resultados de este estudio podrían estar corroborando lo encontrado por la encuesta peruana de jóvenes a nivel nacional, donde el 55.1% de los jóvenes entre 20 y 24 y el 53.2% de edades entre 25 y 29 años reportaron cambios en el ritmo de sueño. Las mujeres mostraron un mayor cambio (59.8%) en sus patrones de sueño que los hombres (53%), lo cual denota una mayor inestabilidad en el ritmo de sueño (SENAJU, 2012).

De igual manera, a pesar de la creciente investigación y relación entre sueño y síntomas psicológicos, es necesario profundizar más en la consistencia y suficiencia de horas de sueño, así como en el impacto de la aguda y crónica pérdida de horas de sueño, en la habilidad para regular emociones y afrontar el estrés (Anderson, 2010). Una posible explicación para las diferencias en el sueño entre hombres, puede ser el hecho que las alumnas sienten mayor estrés por parte del ambiente, donde las metas del desarrollo como formar una familia, terminar una carrera universitaria, y competir con los hombres para ello podría estar generando un mayor estrés (Nurmi & Salmela-Aro, 2002; Seiffge-Krenke et al, 2012). Esta situación dificulta la capacidad para tener un sueño adecuado, lo cual a su vez impacta en el rendimiento.

Como se puede observar el modelo de salud mental está compuesto por el SOC, la organización del descanso y el tiempo libre, la organización del sueño y el sexo. Si bien, la última variable será discutida con mayor profundidad posteriormente al introducir los modelos de regresión por cada sexo, es importante recalcar que puede ser que la variable sexo haya estado presente en este modelo, debido a que la manera de expresar la salud mental es distinta por género. Las mujeres podrían tener la tendencia de mostrar síntomas internos como ansiedad y depresión, mientras que los hombres podrían tener manifestaciones más de carácter externo tales como conductas de consumo de alcohol y drogas o actos violentos (Rosenfield & Mouzon, 2013).

Una de las características del tiempo libre para este estudio es la posibilidad de incluir descanso dentro de la rutina diaria, situación que podría estar siendo utilizada como espacio para dormir o tomar una siesta. Más allá del tiempo como descanso, la sociedad actual vive en un estado de “aceleración”, que puede generar constantes cambios de empleo, la necesidad de llegar a lugares de manera más veloz, usar el tiempo para continuar trabajando, hacer las cosas más rápidamente y solo estar “detenidos” al momento de estar atascado en el tráfico o esperando un

vuelo de avión. (Berriain, 2009). En la misma línea, la sociedad y la publicidad les presenta a las personas modos de vivir, donde se hace hincapié en la música, la ropa y las modas. En ese caso, si no se posee estos elementos no se es parte del grupo, lo cual puede motivar a la gente a incurrir en conductas, donde se esfuerzan por obtener la ropa de moda o de mayor precio, para sentirse identificado o tener mayor estatus que el otro. Así, la necesidad de adaptación se muestra dominante y el funcionamiento grupal podría determinar el rol que desempeñan los individuos (Pons & Buelga, 2011). Ello, podría impactar en la salud mental y en la manera de afrontar las exigencias del ambiente, ya que se duerme menos por hacer más actividades y el tiempo de ocio se utiliza menos para descansar y se emplea como una oportunidad para continuar trabajando. Si ese tiempo no se emplea o “gana” entonces las personas no se encuentran a la par con el mundo, lo cual genera ansiedad y malestar psíquico.

En ese caso, como se puede observar el modelo podría tener una alta capacidad predictiva, no solo debido a su relación con la salud mental, sino también por una correspondencia dentro del modelo en sí. Asimismo, la contextualización de la salud mental del SF-36 podría estar jugando un rol interesante en el modelo predictivo. Esta alude a características tales como: la energía o sensación de cansancio, si los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales, si temas emocionales han entorpecido la ejecución de sus actividades cotidianas como el trabajo y finalmente, la frecuencia con que experimento emociones como ansiedad, tristeza, calma y felicidad (Ware, et al., 1993).

En ese caso, la sensación de energía podría estar relacionada con el hecho de dormir de manera adecuada, los temas relacionados a las actividades sociales podrían estar relacionados con el tiempo libre, ya que cuentan con conceptualizaciones similares, así como con el SOC en la medida que para desarrollar un adecuado SOC es importante tener apoyo social (Antonovsky, 1988b). Finalmente, síntomas de ansiedad y tristeza están relacionados inversamente con las prácticas y con el SOC, ya que como se ha mencionado previamente, estas conductas: reducen el estrés, los síntomas depresivos y ansiosos, mientras que el SOC es un amortiguador del estrés y de síntomas de malestar psicológico.

Para futuros trabajos sería importante realizar una revisión de la existencia de una correlación entre estas variables para corroborar las observaciones previamente planteadas. Asimismo, revisar cómo estas variables se relacionan o tienen la capacidad de predecir los diferentes componentes de la salud mental del SF-36. Estos análisis podrían obtenerse con muestras de diferentes universidades privadas, públicas, así como en grupos de estudiantes de institutos superiores.

Con respecto al modelo de salud física, se puede observar que las variables que predicen la misma son: el SOC que se muestra como la variable con mayor capacidad predictiva; mientras que en las conductas de salud, la organización del tiempo libre se muestra con mayor fuerza predictiva, luego sigue la actividad física y deporte, la organización del sueño y finalmente los hábitos alimentarios y el sexo. Sin embargo, a pesar de tener una mayor fuerza predictiva, su capacidad para predecir salud física es mucho menor que la de Salud mental.

Una posible razón de ello, podría ser la conceptualización del componente general de salud física del SF-36. Este, está dividido en componentes que aluden a temas preponderantemente físicos, tales como: esfuerzos físicos moderados o intensos como subir escaleras, caminar, levantar objetos o correr, administrar el tiempo diferente en sus actividades cotidianas, la percepción y frecuencia de dolor y finalmente la percepción de su salud física, como es la sensación de estar enfermo o sentirse saludable (Ware, et al., 1993), lo cual en población joven es más difícil encontrar diferencias o alta variabilidad dentro de la muestra.

Esto puede verse acompañado con la evidencia que, el SOC no suele tener correlaciones altas con medidas estrictamente de salud física. En otras palabras, el SOC muestra fuertes correlaciones con indicadores de salud física siempre y cuando estos no solo midan componentes físicos sino también psicológicos (Flensburg-Madsen, et al 2005). Una explicación para que el SOC no correlacione de manera tan fuerte con salud física es la siguiente: la capacidad de predecir las situaciones del ambiente (comprensibilidad), no siempre genera que la persona realice conductas que mejoran su salud física (Flensburg-Madsen, Ventegodt & Merrick 2005a). En la misma línea, apartar la característica de predictibilidad del componente de comprensibilidad, podría aumentar la relación y capacidad predictiva del SOC en la salud física (Flensburg-Madsen, Ventegodt & Merrick, 2006). Sin embargo, aún esta posición requiere de una mayor profundización e investigación.

Por otro lado, la conducta con mayor capacidad predictiva para salud física, fue tiempo libre. Esto podría deberse a que, incluir momentos de descanso durante la rutina diaria y disfrutar aspectos agradables de la vida ha mostrado ser un factor que ayuda a la salud, a la recuperación de la fatiga y entre otros temas a la reducción del estrés (Taylor, 2007). Una posible explicación de la capacidad predictiva del tiempo libre, podría estar relacionada también con variables psicológicas. La manera de organizar el tiempo libre de manera adecuada podría funcionar como acciones para prevenir una fuerte exposición a estresores (Aspinwall, 1997), los cuales a su vez generan síntomas físicos de dolor corporal. En ese caso, podría darse que un fenómeno

psicológico como el estrés este generando malestares físicos (Martin & Leventhal, 2004), percibidos por los estudiantes.

Según el modelo de amortiguación (“Buffer model”) el soporte social predice la asociación entre estrés y malestar físico, donde éstos pueden ser reducidos bajo condiciones de un adecuado soporte social (Davis & Brantley, 2004), que podría darse con los amigos y la familia (Seiffge-Krenke et al, 2012). De todos modos, es importante recalcar que estas asociaciones entre soporte social, estrés y salud física, se han dado en estudios retrospectivos y cros-seccionales utilizando auto reporte. Para encontrar hallazgos que muestren causalidad entre soporte social y salud física es necesario utilizar métodos experimentales que permitan profundizar en estos temas, para así comprender si el soporte social funciona como amortiguador o puede generar un efecto más potente (House, Landis, & Umberson, 2003).

Un dato importante es que, actividad física y deporte y hábitos alimentarios se encuentran en los modelos de regresión de predicción de la salud física y no en salud mental. Estos hallazgos, podrían deberse a que los estudiantes utilizan estos comportamientos saludables para controlar su peso, mediante la práctica de mayor cantidad de ejercicio y una dieta adecuada, lo cual ayuda a una mayor percepción de calidad de vida que fue encontrado en estudiantes universitarios de México (Hidalgo-Rasmussen, Hidalgo-San Martín, Rasmussen-Cruz & Montaña-Espinoza, 2011). Sin embargo, estos hallazgos aún requieren de mayor profundización, ya que otro estudio con universitarios no encontró relación entre actividad física y percepción de salud (Esnaola, Infante, Rodríguez, & Goñi, 2011).

Un tema a tomar en cuenta, es que el tiempo libre y la actividad física están dentro del modelo de regresión de salud física. Las personas podrían estar haciendo deporte para mantener la línea y la forma física, durante su tiempo libre o emplean este tiempo como un espacio recreativo. Una hipótesis, es que los hombres pueden estar motivados a realizar estas actividades por ocupar su tiempo y divertirse, mientras que las mujeres podrían estar realizando estas tareas, con el objetivo de tener cuerpos esbeltos y mayor salud. Adicionalmente, las mujeres tienen mayores creencias favorables que los hombres hacia la actividad física y deporte (Lema, et al. 2009).

Sin embargo, por lo encontrado en este estudio así como en el de Arrivillaga, Salazar y Correa, (2003), esto no quiere decir que las creencias necesariamente se transformen en mayores prácticas, ya que los hombres practican mayor actividad física que las mujeres. Es así que mujeres podrían estar enfocando la importancia de la actividad física hacia un objetivo estético, el cual podría no ser suficiente para traducirse en una conducta específica como hacer deporte.

Ello podría ser una razón por la cual los hombres y las mujeres tienen una práctica de actividad física distinta la cual se relaciona diferente con salud física.

Las motivaciones intrínsecas están relacionadas positivamente con la práctica de hacer ejercicio, mientras que el ejercicio intenso está relacionado de manera inversa con motivaciones extrínsecas. De todos modos, es importante recalcar que ambos tipos de motivación son fundamentales para practicar actividad física intensa como son los deportes de manera prolongada (Edmunds, Ntoumanis & Duda, 2006; Silva, Vieira, et al., 2010; Vansteenkiste, Matos, Lens & Soenens, 2007).

Asimismo, las razones para dejar de practicar actividad física durante el tiempo de ocio puede deberse a una gran carga de trabajo, estudios, falta de aptitudes deportivas, lesiones físicas o no tener un lugar dónde poder practicar actividad física, lo cual impacta con la salud física (Flores & Ruiz, 2010; Rodríguez-Romo, Boned-Pascual & Garrido-Muñoz, 2009; Seclén-Palacín & Jacoby, 2003). En la misma línea, la mayor cantidad de compromisos y obligaciones tanto de la vida cotidiana como las académicas, que cada vez son más competitivas, podrían verse como otra barrera para realizar actividad física (Gil, 2004).

Otro tema importante es que hoy en día el uso del internet y las computadoras es más extenso, la alta disponibilidad ambiental a nuevas tecnologías como el internet y las redes sociales, pueden llevar a los adolescentes o adultos jóvenes a estar largos períodos sentados frente a la computadora, descuidando sus relaciones sociales y estudio. Así focalizar la atención en estas actividades, reduce la posibilidad de hacer actividad física y utilizar el tiempo libre en otras tareas y temáticas lo cual afecta la salud en general (Echeburúa & De Corral, 2010; San Martín & Mujica, 2010).

Con respecto al sueño, es importante tomar en cuenta que éste tiene una relación interesante con la salud física como por ejemplo a nivel neurológico. Si las personas duermen adecuadamente con por lo menos cuatro ciclos de sueño de noventa minutos, la persona sentirá mayor sensación de descanso que una persona que duerme ocho o diez horas pero que sus ciclos de sueño no tuvieron un orden definido. Es importante recalcar que, algunos factores que pueden afectar el acostumbrarse a estos ciclos de sueño son: la hipersensibilidad a los ruidos del ambiente y que la persona sea diurna o nocturna (Ohrstrom & Bjorkman, 1980, Muzet, Weber, Di Nisi & Ehrhart, 1985; Muzet, Ehrhart, Eschenlauer, Lienhard, 1980; Zahama & Guilleminault, 2010).

La privación del sueño o dormir menos de lo adecuada durante días seguidos genera un incremento en los niveles de cortisol, reduce la producción de prolactina y de hormonas del

crecimiento y reduce la producción de adenosine triphosphate (ATP). Este último, permite reponer las energías utilizadas durante el día, lo que evita sueño diurno y mejora el desempeño durante el día (Hungin, 2010). Todos estos cambios químicos impactan en el adecuado funcionamiento del sistema inmunológico, generan mayor crecimiento de grasa en vez de músculo, destruye células cerebrales y acelera del proceso de envejecimiento (Pierce, 2006).

Asimismo, un sistema inmunológico con un funcionamiento menor al habitual expone a las personas a enfermedades, tales como infecciones virales las cuales podrían impactar en la percepción de salud física (Zahama & Guillemineault, 2010). Se ha encontrado que dificultades para dormir están asociadas con síntomas de malestar físico, menor percepción de salud física y mayor necesidad de uso de servicios de salud (Irish, Dougall, Delahanty, Hall, 2013).

A pesar de la evidente relación entre el sueño y la salud, los modelos de regresión no mostraron una fuerza predictiva grande, entre organización del sueño y salud física. Esto podría darse debido a la naturaleza de los ítems, en la escala de salud física del SF-36 (Ware, et al., 1993), ya que los ítems aluden más a esfuerzos físicos, sensación de dolor, estar enfermo, realización de actividades y no tanto a temas relacionados con el sueño como puede ser el cansancio por una falta de descanso.

Por otro lado, una posible explicación que los hábitos alimenticios y la actividad física están dentro del modelo de salud física, puede deberse a la fuerte valoración social que tiene el peso. En la actualidad, la constante exposición de publicidad que alude a cuerpos delgados podría generar que las mujeres sientan insatisfacción con su peso y apariencia física. Más aún se ha encontrado que, a mayor exposición de imágenes de cuerpos delgados genera mayor insatisfacción, lo cual puede llevar a un cambio de patrones alimenticios y de práctica de actividad física por el deseo de aspirar a tener mayor éxito social, situación que repercute en la salud física (Lattimore & Hutchinson, 2010; Knobloch-westerwick & Crane, 2011; Thomsen, 2002).

Sin embargo, un tema relevante, que es específico del Perú, es el tipo de comida. En este contexto, se da una valoración positiva a la cultura culinaria y una identificación el país, así como a una mayor autoestima colectiva nacional (Espinosa & Calderón-Prada, 2009). Las pautas alimenticias han sido asignadas históricamente por una clase social y moderadas por el nivel adquisitivo de las familias, así como por la encargada de preparar los alimentos en el hogar. Los diferentes patrones de alimentación que parecieran vinculados al sexo podrían en realidad estar reflejando patrones sociales de comportamiento (Gil, 2004). Ello podría promover el mayor consumo de la comida peruana, la cual es abundante en carbohidratos, diferentes especies y sal,

las cuales no necesariamente son lo más adecuado para la salud física (OMS, 2005). Sin embargo, el mayor consumo de carbohidratos y lácteos podrían ayudar a que los estudiantes duerman más, ya que éstos estimulan la producción de melatonina que facilita la organización del sueño (Pierce, 2006). Por ello, sería importante explorar en futuros estudios, el tipo de comidas que suelen comer los alumnos para comprender con mayor profundidad este fenómeno.

Una posible explicación para la diferencia entre los modelos de salud física y mental es, que los estudiantes podrían estar realizando conductas que impactan en su salud física como consumir alcohol, fumar y tener estilos de vida que los pone en riesgo de desarrollar obesidad. Sin embargo, estos comportamientos también podrían funcionar como una manera de aliviar emociones negativas de estrés y ansiedad (Jackson, Knight & Rafferty, 2010). Además, la presencia de la variable sexo en ambos modelos con mayor peso en salud mental, podría darse porque; las mujeres comunican con mayor facilidad cuando sienten malestar psicológico (Lema, et al. 2009), suelen presentar mayores conductas de salud que los hombres (Arrivillaga, Salazar y Correa, 2003) y porque las alumnas acostumbran tener mayor conciencia de su estado de salud que los hombres.

Otro tema importante para tomar en cuenta, es que el ambiente juega un rol importante para las prácticas de salud y la salud mental y física. Lugares y barrios donde hay mayor posibilidad para caminar o pasear así sea hacia el trabajo o por ocio, están asociados con una mayor práctica de actividad física, menor sobrepeso, menores reportes de depresión y menor consumo de alcohol (Renalds, Smith & Hale 2010).

Con relación a los modelos por sexo para salud mental y física, se puede ver que existen diferencias interesantes entre ellos. Una primera observación notable entre los modelos es que, en general, para las mujeres la organización del sueño no estuvo presente como variable predictiva para salud mental ni física, mientras que en los hombres sí estuvo presente en ambos casos. Asimismo, el sentido de coherencia y la organización del tiempo libre se encontraron en los modelos de ambos tipos de salud, tanto para hombres como para mujeres. Sin embargo, para el modelo de salud mental en mujeres, la organización del tiempo libre no se mostró significativa sino más bien como tendencia a explicar los fenómenos mentales dentro de este modelo. La actividad física y el deporte, así como los hábitos alimentarios estuvieron presentes en ambos modelos para salud física. A pesar de ello, las conductas alimentarias mostraron una baja capacidad predictiva en los modelos de regresión para salud física. En el modelo para mujeres, si se halló fue significativo mientras que en el de hombres, solo se encontró una tendencia a ser significativa.

En el caso de la salud mental, se puede observar que en el caso de los hombres el SOC, la organización del tiempo libre y la organización del sueño son las variables que mejor predicen en el modelo. En el caso de las mujeres la variable con una fuerte capacidad predictiva es el SOC. Esto podría darse, debido a que las mujeres, muestran un procesamiento de las emociones diferente al de los hombres, donde al expresar sus emociones mediante la actividad límbica ambos hemisferios son los que se activan. En el caso de los hombres, al expresar las emociones, solo el hemisferio derecho se activa por lo que la actividad límbica y expresión de emociones está más asociado a respuestas motoras o físicas (Pierce, 2006).

En la misma línea, existe una mayor prevalencia de desórdenes del estado del ánimo en mujeres, mientras que en los hombres la mayor prevalencia está dirigida hacia trastornos impulsivos, como conductas de consumo de alcohol o drogas, agresivas o antisociales. En otras palabras, las mujeres tienden a interiorizar y procesar sus emociones de manera interna mientras que los hombres de manera externa (Scheid & Brown, 2010). Estas características, podrían dar indicios de por qué el SOC es la única variable predictiva del modelo de salud mental para mujeres, donde su bienestar o malestar podría depender de cómo afrontan o toleran el estrés. En cambio los hombres, podrían tener la particularidad de proteger su salud mental no solo mediante el afrontamiento del estrés, sino también utilizando conductas tales como actividades de ocio, descanso u organizando su sueño para expresar sus emociones.

Otra explicación para estas diferencias, podría ser que las mujeres están más orientadas hacia la auto trascendencia, la importancia de su bienestar y la armonía propia, lo cual está fuertemente relacionado con el SOC (Antonovsky, 1988b), mientras que los hombres más hacia la autopromoción, la búsqueda de objetivos y el poder sobre personas y recursos (Delfino y Zubieta, 2011; García-Andaleta, 2013; Zubieta et al., 2006), que podría tener relación no solo con el SOC, sino también con la comunicación con los pares y la organización del sueño. Por otro lado, el área de salud mental del SF-36, muestra un enfoque donde se evidencia sintomatología ansiosa y depresiva (Ware, et al. 1993), la cual está asociada inversamente con el SOC (Eriksson, & Lindstrom, 2006; Eriksson & Lindstrom, 2007; Moksnes, Espnes & Lillefjel, 2012; Kouvonen et al. 2009), que podría dar indicios de por qué el SOC es el único factor dentro del modelo de regresión para mujeres.

Con relación al modelo de salud física entre hombres y mujeres, se pueden observar fuertes similitudes entre ambos. En ambos están presentes el sentido de coherencia, la organización del tiempo libre y ocio y la actividad física y el deporte. Sin embargo, en los hombres, la organización del sueño se muestra como un factor predictor de la salud física y

existe una tendencia en hábitos alimenticios, mientras que en las mujeres, la organización del sueño no se encuentra presente pero si los hábitos alimenticios.

En ambos casos, la práctica de salud con mayor peso predictivo fue la organización del tiempo libre, las mujeres mostraron darle mayor importancia al tiempo libre que los hombres y esta conducta incluso mostró tener mayor peso predictivo, que el sentido de coherencia en el modelo de salud física para mujeres. Estas diferencias, podrían deberse a que las mujeres tienen la tendencia a dialogar con amigos o familiares o realizar actividades distractoras en momentos donde siente malestar. A pesar de ello, de todas formas los varones también incurren en este tipo de actividades pero en menor medida que las mujeres (Cotton, Wright, Harris, Jorm & McGorry, 2006; Grabe, Ward & Hyde, 2008).

Con respecto a sentido de coherencia, estos hallazgos son acordes a la literatura científica donde esta variable predice la salud física percibida (Ebert, Tucker & Roth, 2010). Sin embargo, de acuerdo con algunos autores y con los hallazgos encontrados, el SOC-13 no tiene la fuerza predictiva en salud física que se espera y que se ha encontrado en otras escalas de sentido de coherencia construidas posteriormente, lo cual muestra que aún esta relación debe ser estudiada (Flensburg-madsen, Ventegodt & Merrick, 2006a). En hombres y mujeres el SOC mantuvo una capacidad predictiva bastante similar, mostrando que no existen diferencias fuertes en el sentido de coherencia entre ambos (Hittner, 2007). Adicionalmente, es posible que, la menor capacidad predictiva del SOC hacia la salud física pudiera haberse dado, porque de los universitarios incurrieran en conductas poco saludables, lo cual está asociado con un menor SOC. En ese caso, la asociación del SOC y la salud física podría haberse visto afectada por las prácticas de salud de ambos, hombres y mujeres (Wainwright et al. 2007).

En general la actividad física, se encuentra en el modelo de salud física para hombres y mujeres respectivamente, lo cual refuerza la investigación que menciona la relación positiva entre salud física y actividad física (Janssen & Leblanc, 2010; O'Donovan et al. 2010; Malina, 2001). Es interesante observar que, en las mujeres la actividad física tiene un mayor rol que en los hombres. Ello podría deberse a lo ya mencionando previamente, donde los hombres son propensos a practicar más actividad física de manera recreativa mientras que las mujeres lo realizan con un propósito, como mejorar su estado de salud (Clifton, Akar, Smith & Voorhess, 2011; Smith, Lounsbery & McKenzie, 2013). Ello podría generar que la actividad física sea una práctica más cotidiana en hombres, mientras que las mujeres podrían ser más conscientes de los beneficios de practicarlas. De todos modos, es importante reforzar esta idea con la premisa que

esta consciencia también podría estar relacionada con el mayor interés a la imagen que tienen las mujeres, en comparación con los hombres (Grabe & Hyde, 2006; Sohn, 2010).

Por otro lado, una razón de la presencia de hábitos alimentarios solo en el modelo de salud física en mujeres, es el fuerte interés que tienen las mujeres en su imagen corporal y la expectativa de género que la sociedad impone, donde las mujeres deben ser físicamente atractivas, lo cual genera mayor evaluación de la imagen corporal (Hyde, Mezulis & Abramson, 2008). Asimismo, está situación quizás se intensifica al tomar en cuenta que el Perú es una cultura colectivista, la cual da gran prioridad a la familia y los grupos culturales y está fuertemente influenciada por los otros (Mezulis, Abramson, Hyde & Hankin, 2004).

Adicionalmente, en las mujeres existe una tendencia a comparar sus cuerpos no solo con sus pares, sino también con figuras televisivas. Ello podría estar relacionado con la importancia que le dan a los hábitos alimentarios, ya que tener un cuerpo más esbelto podría ser un signo de salud física (Sohn, 2010).

Otro punto interesante con respecto a los modelos de salud física es que, la organización del sueño solo estuvo presente en el modelo de hombres, mas no en el de mujeres. Este dato no llega a contradecir completamente la literatura científica que demuestra una fuerte relación entre el sueño y la salud física (Lemola & Richter, 2012; Lund, Reider, Whiting, Prichard, 2010), ya que al separar por sexo, los resultados encontrados en este estudio son similares a otros hallazgos (Woosley, Lichstein, & Taylor, 2012). Estos autores mencionan, que la eficiencia del sueño predice la calidad del sueño durante toda la noche, así como la salud física en los hombres, mientras que en mujeres tener una buena calidad de sueño depende de cuán bien están descansando en medio de la noche. Ello pareciera dar indicios, que para la salud física el sueño es más determinante en hombres que en mujeres.

Con respecto a las diferencias de salud física y mental entre hombres y mujeres, los hombres muestran una mayor salud mental y física que las mujeres, estos hallazgos son consistentes con estudios pasados (Chinekwu A. Obidoa, Susan L. Reisine, and Martin Cherniack, 2010; Li, Lam, & Ho, 2006; Jenkinson et al. 1993; Salazar & Bernabé, 2012), incluso se encontró en un meta análisis, que a lo largo del tiempo la percepción de salud de las mujeres tiene la tendencia a declinar más que la de los hombres (Chinekwu, Obidoa, Susan, Reisine, & Cherniack, 2010).

Por ello, sería interesante para futuros trabajos, no solo estudiar la salud mental y física de las mujeres mediante estudios de una medición única, sino utilizando diseños que permitan realizar un seguimiento a lo largo del tiempo, para comprender con mayor profundidad la

percepción de salud en poblaciones sanas. Dentro de esta propuesta de estudios, sería importante incluir las conductas de salud en el estudio de salud percibida y el SOC, para observar si existen cambios en la capacidad predictiva de estas o existe estabilidad con el transcurso del tiempo.

Asimismo, contrastar la percepción de salud utilizando mediciones antropométricas, para por ejemplo tener mayor claridad de aspectos relacionados a la alimentación y actividad física, tal como se ha realizado en otros estudios (Hidalgo-Rasmussen, Hidalgo-San Martín, Rasmussen-Cruz & Montaña-Espinoza, 2011; Jiménez-Martínez, Álvarez-Gasca, Jiménez-Martínez, 2011).

Sobre los resultados descriptivos de las conductas de salud, se puede observar que los datos son distintos a estudios previos (Arrivillaga, et al. 2003; Arrivillaga & Salazar, 2005; Lema et al. 2009; Salazar & Arrivillaga, 2004; Sanabria, González & Urrego, 2007). Los hallazgos del presente estudio, mostraron que los universitarios incurren en prácticas menos saludables de actividad física, hábitos alimentarios, consumo de alcohol y organización del sueño en comparación con la evidencia de los autores previamente mencionados.

Es importante destacar, que existe la hipótesis de que las conductas de salud de los universitarios de este estudio podrían no mostrar niveles saludables, aún no se puede mencionar de manera contundente que esto se deba a la fuerte demanda académica. Guarino, Gavidia, Antor y Caballero (2000) encontraron que los comportamientos de salud de los universitarios, se mantenían durante un periodo de alta y baja demanda de labores universitarias, con excepción de la práctica de actividad física, la cual se reducía significativamente durante periodos de alta exigencia. Sin embargo, el mismo estudio evidencia, que estos periodos de mayor demanda generan cambios en el sistema inmunológico donde se elevan los niveles de estrés y se evidencia un deterioro en la salud mental. Por ello, sería importante para futuras investigaciones profundizar en la relación que podría existir entre rendimiento académico y conductas de salud.

Por otro lado, los universitarios si bien pueden percibir la alimentación como un tema relevante e importante, la disponibilidad de tiempo y las largas jornadas académicas podrían estar siendo un factor para que los estudiantes ingieran alimentos calóricos que les proporciona energía (Troncoso, Doepking & Silva, 2011).

Entre las limitaciones del estudio, se puede observar que el SOC-13 no ha sido validado en el Perú. Sin embargo, es un cuestionario que ha sido utilizado por años a lo largo del mundo demostrando adecuadas propiedades psicométricas (Antonovsky, 1993; Bonnato, Branco, Mota, Ramos-Jorge, Kaepler, Paiva & Pordeus, 2009; Eriksson, & Lindstrom, 2005; Mahammadzadeh, Poursharifi & Alipour, 2010; Naaldenberg, Tobi, Van den Esker &

Vaandrager, 2011; Sardu, Mereu, Sotgiu, Andrissi, Jacobson & Contu, 2012; Van Schalkwyk & Rothmann, 2008; Virues-Ortega, Martinez-Martin, Del Barrio & Lozano, 2007).

Asimismo, el cuestionario ad hoc para este estudio es una prueba que fue adaptada del Cevju para estudiantes colombianos (Arrivillaga & Salazar, 2005). La prueba peruana, se sometió por un proceso de validación de constructo, por criterio de jueces y por un grupo focal con estudiantes. Sin embargo, no se realizó una prueba piloto previa a la aplicación. Además, el cuestionario ad hoc para este estudio, a pesar de que pasó tuvo por un tratamiento psicométrico minucioso, no es una prueba psicométrica como el SOC-13, sino una encuesta. Por ende, ambos reportes podrían estar en niveles distintos, ya que al ser el CEVJU una encuesta, no requiere de un trabajo psicométrico exhaustivo como podría necesitarlo el SOC-13, lo cual podría afectar en los resultados y en la capacidad predictiva de las variables en los modelos.

Por lo tanto, en futuros estudios se podría controlar esta dificultad mediante un muestreo aleatorio y una convocatoria, donde los estudiantes puedan responder los cuestionarios en un ambiente donde no asocien la tarea con una responsabilidad académica y sin que esté presente el docente del curso. Además, estos datos se realizaron en una sola universidad particular, la cual debe de por sí tener sus propias características, por lo que sería interesante poder realizar este estudio en otras instituciones educativas, como universidades estatales o de otras regiones del Perú, para observar si es que existen diferencias.

Finalmente, un tema sumamente importante para la promoción y prevención de conductas saludables, es realizar políticas e intervenciones que puedan mejorar el estilo de vida de los universitarios, hacia conductas más saludables. Si bien el avance de la tecnología, podría haber ayudado al desarrollo de conductas sedentarias, ésta también puede ser útil para realizar intervenciones que puedan generar un cambio. Por ejemplo, intervenciones motivacionales (Miller, Rollnick & Butler, 2008) podrían ayudar a promover conductas saludables en universitarios y el refuerzo de estas conductas mediante videos, correos electrónicos y guías informativas (Orleans, Ulmer & Gruman, 2004), pudieran facilitar el cambio o abrir una línea de intervención en este grupo. Asimismo, es importante no basarse en un solo canal de comunicación ya que múltiples canales de información incrementan la posibilidad de cambio, dado que las personas perciben la información de manera distinta. La variedad permite captar a varias personas, ya que no todos utilizan los mismos canales de comunicación (Leviton & Raczynski, 2004).

En la misma línea realizar intervenciones que fomenten la autoeficacia para practicar conductas saludables, así como formar referentes con los mismos estudiantes para mediante la

identificación de pares generar aprendizaje vicario (McAllister, Perry, & Parcel, 2008), que puedan fortalecer los mensajes interactivos propuestos previamente.

Es importante tomar en cuenta que en toda intervención la medición es fundamental, se ha encontrado en intervenciones, que factores psicológicos median o moderan marcadores biológicos. Además, estos factores tales como el estrés, el afrontamiento y el soporte social son mejor conceptualizados como indicadores del proceso de intervención, ya que su contribución cobra mayor importancia en la capacidad para explicar cambios en síntomas físicos, funcionamiento y bienestar. Por ello, sería importante no solo medir predictores psicológicos de la salud, sino también indicadores de salud física y mental como resultado final (Klapow, Kaplan & Doctor, 2004).





Referencias bibliográficas

- Aaker, J. L, Rudd, M & Mogilner, C. (2011). If money doesn't make you happy, consider time. *Journal of consumer psychology*. 1-19 doi:10.1016/j.jcps.2011.01.004
- Amaya, ME & Gaviria Gómez, AM. (2007). Estilos de vida, bienestar psicológico y sentido de coherencia en los estudiantes adultos de la universidad de san buenavetura, seccional Medellín. *Agora. USB* 7(2)283-302
- Amirkhan. J & Greaves, H. (2003). Sense of coherence and stress: The mechanics of healthy disposition. *Psychology and Health*.18(1) 31-62.
- Anderson, C. (2010). The impact of sleep on dealing with daily stressors- A need for controlled laboratory evidence. Commentary on Barber, Munz, Bagsby & Powell (2009) 'Sleep consistency and Sufficiency: Are Both Necessary for Less Psychological Strain? *Stress and health*.23 194-197.
- Antonovsky, A. (1983). The sense of coherence: Development of a research instrument. *W. S. Schwartz Research Center for Behavioral Medicine. Tel Aviv University, Newsletter and resrach reports*.1, 1-11.
- Antonovsky, A. (1988a). Factores saludables en el trabajo: el sentido de coherencia en Kalimo, R El-Batawi, M & Cooper, C (1988). Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud. Organización Mundial de la salud (OMS) Ginebra.
- Antonovsky, A. (1988b). Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. San Francisco. Jossey-Bass.
- Antonovsky, A & Sourani, T. (1990). Family sense of coherence and family adaptation. En Antonovsky, A, Krausz, E (1990). *The sociology of health and health care in Israel. Studies of Israeli society*, 5.
- Antonovsky, A. (1990a). Studying Healthvs studying disease. Lecture at the congress of clinical psychology and psychotherapy. Berlin 19 February 1990.
- Antonovsky, A. (1990b). Pathways Leading to Succesful coping and health. En Rosenbaum, M. Learned resourcefulness: On coping skills, self-control, and adaptative behaviour. Springer publishing company. NY
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc. Science Medicine*. 36, (6), 725-733.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista latinoamericana de psicología*. 35(2) 161-164.
- Arevalo, V. (2007). Stress and extreme poverty in Peruvian people. Radboud University Nijmegen. Council of deans.
- Aris Safree, Md & Adawiah, M. (2010). The relationship between social support and psychological problems among students. *International Journal of Business and social sciences*. 1 (3) 110-116.

- 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.
- Arrivillaga, M & Salazar, I. (2005). Creencias relacionadas con el estilo de vida de jóvenes latinoamericanos. *Psicología conductual*. 13 (1) 19-36.
- Aspinwall, L. G. (1997). Where planning meets coping: Proactive coping and the detection and management of potential stressors. En S.L Freidman & E. K Scholnik, (eds), *The development psychology of planning; Why, how and when do we plan?* (pp. 285-320). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Banda, A & Morales, M. (2012). Calidad de vida subjetiva en estudiantes universitarios. Enseñanza e investigación en psicología. 17 (1) 29-43.
- Barber, L Munz, D Bagsby, P & Powell, E. (2009). Sleep consistency and sufficiency: Are both necessary for less psychological strain? *Strees and Health*.26 186-193. DOI: 10.1002/smi.1292
- Bergman, E Malm, D Ljungquist, B Bertero, C Karlsson, J. (2011). Meaningfulness is not the most important component for changes in sense of coherence. *European Journal of Cardiovascular nursing*.16.http://dx.doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.05.005.
- Beriain, J. (2009). Las formas complejas del tiempo en la modernidad. *Acta sociológica*. 49 71-99.
- Boiver, P Chamot, E Perneger, T. (2004). Perceived stress, internal resources, and social support as determinants of mental health among Young adults. *Quality of life research*. 13 161-170.
- Bonnato, K Branco, D Mota, J Ramos-Jorge, M Kaeppler, K Paiva, S & Pordeus, I. (2009). Trans-Cultural Adaptation and Psychometric Properties of the Sense of Coherence Scale in Mothers of Preschool Children. *Interamerican Journal of Psychology* 43 (1) 144-153.
- Borquez, P. (2011). Calidad de sueño, somnolencia diurna, y salud autopercebida en estudiantes universitarios. *Eureka* 8(1). 80-91.
- Björntorp P. (1997) *Behavior and metabolic syndrome*. *International Journal Behavioral Medicine*. 3 285-302.
- Björntorp, P. (2001). Do stress reactions cause abdominal obesity and comorbidities. *Obesity Review*. 2 73-86.
- Bravo, AM Martín, NU & González, AG. (2006). Evaluación de los hábitos alimentarios de una población de estudiantes universitarios en relación con sus conocimientos nutricionales. *Nutrición Hospitalaria*21(4) 466-73.
- Camacho, I. (2005). Consumo de alcohol en universitarios: relación funcional con los factores sociodemográficos, las expectativas y la ansiedad social. *Acta colombiana de psicología* 13 91-119.
- CAN. (2013). II Estudio epidemiológico abdino sobre consumo de drogas en la población universitaria. Informe Perú, 2012. Secretaría General de la comunidad Andina.

- Cantú, R Martínez, O Chávez, M Arellano, S Saucedo, C Talamantes, J Landero, R. (2010). Satisfacción con la vida, comunicación con padres y estrés percibido en jóvenes universitarios del Noreste de México. *Summa psicológica* 7 (2) 83-92.
- Chinekwu A. Obidoa, S. Reisine, L & Cherniack, M. (2010). How does the SF-36 perform in healthy populations? *Journal of Social, Behavioral and Health Sciences*. 11-18.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Lawrence Erlbaum, New Jersey.
- Consortio de universidades. (2006). Perfil de los estudiantes del consorcio de universidades. Resumen y Análisis. Encuesta realizada por el grupo de opinión pública de la Universidad de Lima.
- Cotton, S Wright, A Harris, M Jorm, A & McGorry, P. (2006). Influence of gender on mental health literacy in young Australians. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 40 790-796.
- Clifton, K Akar, G Smith, A & Voorhess, C. (2011). Gender differences in adolescent travel to school: Exploring the links with physical activity and health. Women's issues in transportation: Summary of the 4th international conference. Volume 2: technical papers. Washington D.C.
- Custodio, E. (2002). Alexitimia y sentido de coherencia en un grupo de adolescentes limeños. 96
- Davis, P & Brantley, P. (2004). Stress, coping, and social support in health and behavior. En Boll, T, Raczynski, J & Leviton, L (2004). *Handbook of clinical and health psychology*. American Psychology association.
- Dhabar, F. (2011). Effects of stress on immune function: Implications for immunoprotection and Immunopathology. En Contrada, R & Baum, A (2011). *The Handbook of stress science: Biology, psychology and Health*. Springer Publishing Company, LLC.
- Dejo, M. (2005). Sentido de coherencia, afrontamiento y sobrecarga en cuidadores familiares de ancianos con enfermedad crónica. *Temáticas psicológicas* 1.95-102.
- Delfino, G. I. y Zubieta, E. M. (2011). Valores y política. Análisis del perfil axiológico de los estudiantes universitarios de la ciudad de Buenos Aires (República Argentina). *Interdisciplinaria* 1, 93-114.
- Ebert, SA Tucker, C & Roth, D. (2010). Psychological resistance factors as predictors of general health and status and physical symptoms reporting. *Psychology, health & medicine*. 7 (3) 363-375 DOI: 10.1080/13548500220139449
- Echeburúa, E & De Corral, P. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. *Adicciones* 22 (2) 91-96.
- Edmunds, J Ntoumanis, N & Duda, J. (2006). A test of self-determination theory in the exercise domain. *Journal of applied social psychology*. 36 (9) 2240-2265.
- Eriksson, M & Lindstrom, B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal Epidemiology Community Health* 59. 460-466. doi:10.1136/jech.2003.018085

- Eriksson, M & Lindstrom, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal Epidemiology Community Health* 60. 376-381. doi: 10.1136/jech.2005.041616
- Eriksson, M & Lidstrom, B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with quality of life: a systematic review. *Journal Epidemiology Community Health* 61. 938-944. doi: 10.1136/jech.2006.056028
- Eснаоla, I, Infante, G, Rodríguez, A & Goñi, E. (2011). Relación entre variables psicosociales y la percibida. *Revista de psicología del deporte*. 2011. (2) 413-427.
- Espinosa, L (2004). Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad. *Revista cubana e estomatología* 41(3).
- Espinosa, A & Calderón-Prada, A. (2009). Relaciones entre la identidad nacional y la valoración de la cultura culinaria peruana en una muestra de jóvenes de clase media de Lima. *Liberabit*. 15 (1) 21-28.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41, 1149-1160.
- Feldt, T, Lintula, H, Suominen, S, Koskenvuo, M, Vahtera, J & Kivimaki, M. (2006). Structural validity and temporal stability of the 13-item sense of coherence scale: Prospective evidence from the population-based HeSSup study. *Quality of life research* 16: 483-49. DOI: 10.1007/s11136-006-9130-z
- Flensburg-Madsen, T Ventegodt, S Merrick, J. (2005). Sense of coherence and physical health. A review of previous findings. *The scientific world Journal*. 5. 665-673. DOI 10.1100/tsw.2005.03.85
- Flensburg-Madsen, T Ventegodt, S Merrick, J. (2005a). Why is Antonovsky's Sense of Coherence not correlated to Physical health? Analysing Antonovsky's 29-item Sense of Coherence Scale (SOC-29). *The scientific world Journal*. 5. 767-776 DOI 10.1100/tsw.2005.89
- Flensburg-Madsen, T Ventegodt, S Merrick, J. (2006). Sense of coherence and physical health. A cross-sectional study using a new scale (SOC II). *Holistic health & Medicine* 1. 236-247. DOI 10.1100/tswhhm.2006.231
- Flensburg-madsen, T Ventegodt, S & Merrick, J. (2006a). Sense of coherence and physical health. The emotional Sense of Coherence (SOC-E) was found to be best-known predictor of physical health. *The scientific world journal*. 6 2147-2157. DOI: 10.1100/tsw.2006.344
- Flores, G & Ruiz, F. (2010). Motivaciones de los estudiantes universitarios para nunca realiza actividades físico-deportivas de tiempo libre. El caso de la universidad de Guadalajara. *Retod. Nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*. 17 34-37.
- Franke, A. (2002). Consumption of alcohol and medicaments of women--results of a salutogenetic inquiry. *Zentralblattfür Gynakologie*.124(6). 331-5

- Frenz, A, Carey M & Jorgensen, R. (1993) Psychometric Evaluation of Antonovsky's sense of coherence scale. *Psychological Assessment* 5, (2), 145-153. Doi: 10.1037/1040-3590.5.2.145
- García-Andaleta, J. (2013). Bienestar psicológico, edad género en universitarios españoles. *Salud & Sociedad*. 4 (1) 48-58.
- García, O Méndez, M Ruiz, A Alvarado, I & Rosenthal, L. (2010). Insomnio, estrés y cannabinoides. *Salud mental* 3, (4) 211-218.
- Garratt A, Schmidt L, Mackintosh A, Fitzpatrick R. (2000). Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *BMJ*. 324 1417.
- Gil, J. (2004). *Alimentación, actividad física y salud*. En Gil, J (2004). *Psicología de la salud: aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Ediciones Pirámide.
- Glanz K, Maskarinec G & Carlin L. (2005). Ethnicity, sense of coherence, and tobacco use among adolescents. *Annals of behavioral medicine: a publication of the society of Behavioral medicine*. 29(3) 192-9.
- Gonzalez Ramirez, M & Landero Hernández, R. (2008). Confirmación de un modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicósomáticos mediante ecuaciones estructurales. *Revista panamericana de salud pública*. 23(1). 7-18.
- Grabe, S Ward, M & Hyde, J. (2008). The role of the media in body image concerns among women: A meta-Analysis of experimental and correlational studies. *Psychological Bulletin*. 134 (3) 460-476. DOI: 10.1037/0033-2909.134.3.460
- Grabe, S & Hyde, J. (2006). Ethnicity and body dissatisfaction among women in the united states: A meta-analysis. *Psychological bulletin*. 132 (4) 622-640. DOI: 10.1037/0033-2909.132.4.622
- Guarino, L Gavidia, I Antor, M & Caballero, H (2000). Estrés, salud mental y cambios inmunológicos en jóvenes universitarios. *Psicología conductual*, 8 (1) 57-71.
- Hefner, J & Eisenberg, D. (2009). Social support and mental health among college students. *American Journal of Orthopsychiatry*. 79 (4) 491-499.
- Hernandez, R Fernandez, C & Baptista, P. (2010). Metodología de la investigación. Quinta Edición. Interamericana Editores. S.A.
- Hidalgo-Rasmussen, C Hidalgo-San Martín, A Rasmussen-Cruz, B & Montaña-Espinoza, R. (2011). Calidad de vida, según percepción y comportamientos de control del peso por género, en estudiantes universitarios adolescentes en México. *Cad. Saude Pública* 27 (1). 67-77.
- Hittner, J. (2007). Factorial invariance of the 13-item Sense of Coherence scale across gender. *Journal of health psychology*. 12 (2) 273-280. DOI: 10.1177/1359105307074256

- Hospital Nacional Cayetano Heredia. (2010). Análisis de situación de salud del Hospital Cayetano Heredia 2010. Extraído de: http://www.hospitalcayetano.gob.pe/images/stories/epidemiologia/AnalisisdeSituaciondeSalud_2010.pdf
- House, J Landis, K & Umberson, D. (2003). Social relationships and health. En Salovey, P (2003). *Social psychology of health*. Psychology press.
- Hungin, A. (2010). Sleep disturbances and health problems: sleep matters. *British Journal of general practice*. 60 (574) 319-320. DOI: 10.3399/bjgp10X484147
- Hunt, J & Eisenberg, D. (2010). Mental health problems and help-seeking behavior among college students. *Journal of adolescents health*. 46 3-10.
- Hyde, J Mezulis, A & Abramson, L. (2008). The ABCs of depression: Integrating affective, biological, and cognitive models to explain emergence of the gender difference in depression. *Psychological Review*. 115 (2) 291-313. DOI: 10.1037/0033-295X.115.2.291
- Ignatowski, C Julkunen, J & Ahlström, R. (2008). Sense of Coherence Relates with Smoking. *Journal of Health Psychology*. 13(8) 996-1001
- Irish, L Dougall, A Delahanty, D Hall, M. (2013). The impact of sleep complaints on physical health and immune outcomes in rescue workers: A 1 year prospective study. *Psychosomatic Medicine*. 75 (2) 196-201. DOI: 10.1097/PSY.0b013e31827d85ab
- Jackson, J Knight, K & Rafferty, J. (2010). Race and unhealthy behaviors: Chronic stress, the HPA axis, and physical and mental health disparities over the life course. *American Journal of public health*. 100 (5)933-939.
- Janssen, I & Leblanc, A. (2010). Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *International Journal of behavioral nutrition and physical activity*. 7 (40) 1-16.
- Jenkinson, C., Coulter, A., & Wright, L. (1993). Short-Form 36 (SF36) Health Survey questionnaire: Normative data for adults of working age. *British Medical Journal*, 306, 1437-1440. doi:10.1136/bmj.306.6890.1437
- Jiménez-Martínez, CA Álvarez-Gasca, MA Jiménez-Martínez, MS. (2011). Experiencias preliminares a partir de la aplicación de un programa sobre estilos de vida saludables desde la "Investigación-Acción". *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 3 (2). 101-111.
- Klapow, J Kaplan, R & Doctor, J. (2004). Measuring health outcomes applications for health psychology. En Boll, T, Raczynski, J & Leviton, L (2004). *Handbook of clinical and health psychology*. American Psychology association.
- Knobloch-westerwick, S & Crane, J. (2011). A losing battle: effects of prolonged exposure to thin-ideal images on dieting and body satisfaction. *Communication research* 39 (1) 79-102 DOI: 10.1177/0093650211400596
- Kouvonen, A, Vaananen, A, Vahtera, J, Hepniemi, T, Koskinen, A, Cox, S & Kivimaki, M. (2009). Sense of coherence and psychiatric morbidity: a 19 year register based prospective

study. *Journal of epidemiology & community health*. 64 255-261. DOI: 10.1136/jech.2008.083352

- Kuuppelomäki, M & Utriainen, P. (2003). A 3 year follow-up study of health care students' sense of coherence and related smoking, drinking and physical exercise factors. *International Journal of nursing studies* 40(4) 383-8. Doi: 10.1016/S0020-7489(02)00103-7
- Lattimore, P., & Hutchinson, R. (2010). Perceived calorie intake and state body-image satisfaction in women attempting weight loss: A preliminary investigation. *Body Image*, 7(1), 15-21.
- Lazarus RS y Folkman S (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- 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.
- Lemola, S & Richter, D. (2012). The course of subjective sleep quality in middle and old adulthood and its relation to physical health. *The journals of gerontology series B: Psychological sciences and social sciences*. 1-28. DOI:10.1093/geronb/gbs113.
- Leviton, L & Raczynski, J (2004). En Boll, T, Raczynski, J & Leviton, L (2004). *Handbook of clinical and health psychology*. American Psychology association.
- Londoño, C García, W Valencia, S Vinaccia, S. (2005). Expectativas frente al consumo de alcohol en jóvenes universitarios colombianos. *Anales de psicología*. 21(2) 259-267.
- Li, Z. B., Lam, T. H., & Ho, S. Y. (2006). Age- versus time-comparative self-rated health in Hong Kong Chinese older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 729-739. doi:10.1002/gps.1553
- Lindmark, U Stegmayr, B Nilsson, B Lindahl, B & Johansson, I. (2005). Food selection associated with sense of coherence in adults. *Nutrition Journal*. 4: 9 doi:10.1186/1475-2891-4-9
- Lund, H, Reider, B, Whiting, A, Prichard, R. (2010). Sleep patterns and predictors of disturbed sleep in a large population of college students. *Journal of adolescent health*. 46 (2) 124-132. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.06.016>
- Mahammadzadeh, A Poursharifi, H & Alipour, A. (2010). Validation of Sense of Coherence (SOC) 13-item scale in Iranian sample. *Social behavioral sciences*. 5 1451-1455. doi:10.1016/j.sbspro.2010.07.306
- Malina, R (2001). Physical activity and fitness: Pathways from childhood to adulthood. *American Journal of human biology*. 13 (2) 162-172. DOI: 10.1002/1520-6300(200102/03)13:2<162::AID-AJHB1025>3.0.CO;2-T
- Martin, R & Leventhal, H. (2004). Symptom perception and health care-seeking behavior. En Boll, T, Raczynski, J & Leviton, L (2004). *Handbook of clinical and health psychology*. American Psychology association.

- Mcallister, A, Perry, C & Parcel, G. (2008). How individuals environments and health behaviors interact. Social cognitive theory en Glanz, K, Rimer B, Viswanath, K. *Health behavior and health education. Theory, researsch and practice. 4th edition.* Jossey-Bass
- Medina-Briones MR, Alonso-Castillo MM, Alarcón-Luna NS, Cadena-Santos F, Sosa-Briones MR. (2006). Conductas promotoras de salud en los empleados de una maquiladora. *Desarrollo Científico Enferm*14(10): 405-408.
- Mezulis, A Abramson, L Hyde, J & Hankin, B. (2004). Is there a universal positivity bias in attributions? A Meta-analytic review of individual, developmental and cultural differences in the self-serving attributional Bias. *Psychological Bulletin.* 130 (5) 711-747. DOI: 10.1037/0033-2909.130.5.711
- Mikolajczyk, R Brzoska, P Maier, C Ottova, V Meier, S Dudziak, U Ilieva, S & El Ansari, W. (2008). Factors associated with self-rated health status in university students: a cross-sectional study in three European countries. *BMC PublicHealth.* 8:215 doi:10.1186/1471-2458-8-215
- Miller, WR, Rollnick, S, & Butler, C. (2008). *Motivational interviewing in health care: helping patients change behavior.* Guilford Press.
- Miró, E. (2002). Patrones de sueño y salud. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud.* 2. 301-326.
- Moksnes, U Espnes, G & Lillefjel, M. (2012). Sense of coherence and emotional health in adolescents. *Journal of adolescence.* 35 (2) 433-441. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2011.07.013>
- Moore, M Kirchner, H Drotar, D Johnson, N Rosen, Cancoli-Israel, S Redline, S. (2009). Relationship among sleepiness, sleep time and psychological functioning in adolescents. *Journal of pediatric psychology*34 (10) 11175-1183.
- Mora-Ríos, J & Natera, G. (2001). Expectativas, consumo de alcohol y problemas asociados en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud pública* 43 (2) 89-96.
- Muzet A, Weber LD, Di Nisi J, Ehrhart J. (1985). Comparison of cardiovascular reactivity to noise during waking and sleep. National Center for Scientific Research Center for Bioclimatic studies. Convention No 82243.
- Muzet A, Ehrhart J, Eschenlauer R, Lienhard JP. (1980). Habituation and age differences of cardiovascular responses to noise during sleep. *In Sleep* 212-5
- Naaldenberg, J Tobi, H Van den Esker, F & Vaandrager, L. (2011). Psychometric properties of the OLQ-13 scale to measure Sense of Coherence in a community dwelling older population. *Health and quality of life outcomes.* 9: 37 1-9. doi:10.1186/1477-7525-9-37
- Nasermoaddeli, ASekine, M Hamanishi, S & Kagamimori, S. (2002). Job Strain and Sleep Quality in Japanese Civil Servants with Special Reference to Sense of Coherence. *Journal of Occupational Health.*44 337-342. doi:10.1539/joh.44.337

- Neuner, B Miller, P Maulhardt, A Weiss-Gerlach, E Neumann, T Lau, A Brähler, E Helmert, U Haas, N Muller, J Wenecke, KD & Spies, C. (2006). Hazardous alcohol consumption and sense of coherence in emergency department patients with minor trauma. *Drug alcohol dependence* 82.143-150. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2005.09.001>.
- Nurmi, J-E., & Salmela-Aro, K. (2002). Goal construction, reconstruction and depressive symptoms in a life-span context: the transition from school to work. *Journal of Personality*, 70, 385–420.
- Obidoa, C Reisine, S Cherniak, M. (2010). How does the SF-36 perform in healthy populations? A structured review of Longitudinal studies. *Journal of Social, Behavioral, and Health Sciences*.1 1-8.
- Ochiai, R Daitou, S Aoki, K. (2012). Relationship between sense of coherence and lifestyle in middle-aged workers in Japan. *Health*.4(1) 20-25. doi:10.4236/health.2012.41005
- O'Donovan, G, Blazeovich, A, Boreham, c, Cooper, A, Crankc, H, Ekelund, U, Foz, K, Gately, P, Giles-Corti, B, Gill, J, Hamer, M, Mcdermont, I, Murphy, M, Mutrie, N, Reilly, J, Saxton, J, Stamatakis, E. (2010). The ABC of physical activity for health: A consensus statement from the British association of sport and exercise sciences. *Journal of sports sciences*. 28 (6) 573-591. DOI: 10.1080/02640411003671212
- Ogden, J. (2007). Health Psychology a textbook fourth edition. McGraw Hill education. Open University Press.
- Ohayon, M. M., Caulet, M., Philip, P., Guilleminault, C. y Priest, R. G. (1997). How sleep and mental disorders are related to complaints of daytime sleepiness. *Archives of International Medicine*, 157, 2645-2652.
- Ohrstrom E, Bjorkman M. (1988). Effects of noise-disturbed sleep- a laboratory study on habituation and subjective noise sensitivity. *Journal of Sound Vib* 122:277-90
- OMS. (2002). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Organización Mundial de la Salud. Extraído de: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf
- OMS. (2004). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Organización Mundial de la Salud. Extraído de: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf
- OMS. (2005). Evite los infartos de miocardio y los accidentes cerebrovasculares. No sea una víctima protéjase. Organización Mundial de la Salud. Extraído de: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/cvd_report_es.pdf
- OMS. (2011a). 10 datos sobre las enfermedades no transmisibles. Organización Mundial de la Salud. Extraído de: http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/es/index.html
- OMS. (2011b). Datos y Cifras. Organización Mundial de la Salud. Extraído de: http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/facts/es/index2.html

- OMS. (2011c). Riesgos para la salud de los jóvenes. Organización Mundial de la salud. Extraído de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/index.html>
- OMS. (2011d). Global recommendations on physical activity for health 18-64 years old. World Health Organization. Extraído de: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/physical-activity-recommendations-18-64years.pdf>.
- OMS. (2011e). Enfermedades cardiovasculares. Organización Mundial de la salud. Extraído de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/index.html>
- OMS. (2012). Estadísticas sanitarias mundiales 2012. Organización Mundial de la salud. Extraído de: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2012_Full.pdf
- Orleans, T Ulmer, C & Gruman, J. (2004). The role of behavioral factors in achieving national health outcomes. En Boll, T, Raczynski, J & Leviton, L (2004). *Handbook of clinical and health psychology*. American Psychology association.
- Olsson, M Gassne, J & Hansson, K. (2009). Do different scales measure the same construct? Three Sense of Coherence scales. *Journal of Epidemiology Community Health*. 63. 166-167. doi:10.1136/jech.2007.063420
- Oztekin, C & Tezer, E. (2009). The role of sense of coherence and physical activity in positive and negative affect of Turkish adolescents. *Adolescence*. 44. (174). 422-432.
- Pierce, H. (2006). *The owner's manual for the brain. Everyday application from the mind-brain research. Third edition*. Bard press. Texas US.
- Pierce, G Sarason, I Sarason, B. (1996). *Coping and social support*. En Zeidner. M & Endler, N. (1996). *Handbook of coping*. John Wiley & Sons.
- Pons, J & Buelga, S. (2011). Factores asociados al consume juvenil de alcohol: Una revisión desde una perspectiva psicosocial y ecológica. *Intervención psicosocial* 20 (1) 75-94.
- Poppius, E Virkkunen, H Hakama, M & Tenkanen, L. (2008). The sense of coherence and risk of injuries: role of alcohol consumption and occupation. *Journal of Epidemiology Community Health*. 62. 35-41. doi:10.1136/jech.2006.057232
- Prieto, A. (2003). Modelo de Promoción de la Salud, con Énfasis en Actividad Física, para una Comunidad Estudiantil Universitaria. *Revista de salud pública*. 5 (3) 284-300.
- Ray, C, Suominen, S & Roos, E. (2009). The role of parents' sense of coherence in irregular meal pattern and food intake pattern of children aged 10-11 in Finland. *Journal Epidemiology Community Health* 63.1005-1009. doi:10.1136/jech.2008.085100
- Renalds, A Smith, T & Hale. P. (2010). A systematic review of built environment and health. *Family and community health*. 31 (1). 68-78. DOI: 10.1097/FCH.0b013e3181c4e2e5
- Ristkari T, Sourander A, Helenius H, Nikolakaros G, Salanterä S, Multimäki P & Parkkola K. (2005). Sense of coherence among Finnish young men--a cross-sectional study at military call-up. *Nordic Journal of Psychiatry*. 59 (6) 473-80.

- Rodríguez-Romo, G Boned-Pascual, C & Garrido-Muñoz, M. (2009). Motivos y barreras para hacer ejercicio y practicar deportes en Madrid. *Revista Panamericana de salud pública*. 26 (3) 244-254.
- Rosenfield, S & Mouzon, D. (2013). *Gender and mental health* in Aneshensel, C & Phelan, J *Handbooks of sociology and Social Research. Second edition. New York: Springer*. 277-296.
- Salazar, F & Bernabé, E. (2012). The spanish SF-36 in Peru: Factor structure, construct validity and internal consistency. *Asia Pacific Journal of Public Health*. 13. 1-9. DOI: 10.1177/1010539511432879
- Salazar, I & Arrivillaga, M. (2004). El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas como parte del estilo de vida de jóvenes universitarios. *Revista colombiana de psicología*. 13 74-89.
- San Martín, L & Mujica, S. (2010). Redes sociales: La nueva forma de comunicación de los jóvenes universitarios. *Innovation and Development for the Americas I*. 1-4
- Sanabria, P González, L & Urrego, D. (2007). Estilos de vida saludables en profesionales de la salud colombianos. Estudio exploratorio. *Revista Med*. 15(2) 207-217.
- Saravia, JC. (2010). Sentido de coherencia en pacientes limítrofes y estudiantes de ingeniería. Tesis para optar el título de licenciado en psicología con mención en psicología clínica no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Sardu, C Mereu, A Sotgiu, A Andrissi, L Jacobson, MK & Contu, P. (2012). Antonovsky's Sense of Coherence Scale: Cultural Validation of Soc Questionnaire and Socio-Demographic Patterns in an Italian Population. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental health*. 8 1-6.
- Savolainen J, Suominen-Taipale A, Uutela A, Aromaa A, Härkänen T, Knuuttila M. (2009). Sense of coherence associates with oral and general health behaviours. *Community Dental Health* 26.197-203.
- Scheid, T & Brown, T. (2010). The Social context of mental health and illness. En Scheid, T & Brown, T. (2010). *A Handbook for the study of mental health*. Cambridge University Press.
- Schram, M Baan, C & Pouwer, F. (2009). Depression and quality of life in patients with diabetes: A systematic review from the European depression in diabetes (EDID) Research consortium. *Current Diabetes Review* 5(2) 112-119. DOI: 10.2174/157339909788166828
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*. 9(2) doi: 10.4067/S0717-95532003000200002
- Seclén-Palacín, J & Jacoby, E. (2003). Factores sociodemográficos y ambientales asociados con la actividad física deportiva en la población urbana del Perú. *Revista Panamericana de salud pública*. 14 (4) 255-264.
- Seiffge-Krenke, I, Persike, M, Chau, C, Hendry, L, Kloepf, M, Terzini-Hollar, M, Tam, V, Rodríguez Naranjo, C, Herrera, D, Menna, P, Rohail, I, Veisson, M, Hoareau, E, LLuew, M, Loncaric, D, Han, H & Regusch, L. (2012). Differences in agency? How adolescents

from 18 countries perceive and cope with their futures. *International journal of Behavioral development*. 1-13 DOI: 10.1177/0165025412444643

SENAJU (2012). Primera encuesta nacional de la juventud. Resultados finales. Ministerio de Educación. Secretaría Nacional de la Juventud.

Sen Chu, P Saucier, D Hafner, E. (2010). Meta-Analysis of the relationships between social support and well-being in children and adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology*: 29, (6) 624-645. doi: 10.1521/jscp.2010.29.6.624

Serrano Rios, M. (2005). El síndrome metabólico: ¿una versión modernada la enfermedad ligada al estrés? *Revista española de cardiología* 58(7) 768-71.

Silva, M Vieira, P Coutinho, S Minderico, C Matos, M Sardinha, L & Texeira, P. (2010). Using self-determination theory to promote physical activity and weight control: a randomized controlled trial in women. *Journal of behavioral medicine*. 33 110-122. DOI 10.1007/s10865-009-9239-y

Smith, NJ, Lounsbury, M, Mckenzie, T. (2013). Physical activity in high school physical education: impact of lesson context and class gender composition. *Journal of physical activity & Health*. Jan 28.

Sohn, S. (2010). Sex differences in social comparison and comparison motives in body image process. *North American journal of psychology*. 12 (3) 481-500.

Stankūnas, M Kalediene, R& Starkuviene, S. (2009). Sense of coherence and its associations with psychosocial health: results of survey of the unemployed in Kaunas. *Medicina (Kaunas)* 45 (10): 807-13

Suraj, S & Singh, A. (2010). Study of sense of coherence health promoting behavior in north Indian students. *Indian Journal of Medical Research*. 134(5). 645-652. doi: 10.4103/0971-5916.90989

Taylor, S. (2007). *Psicología de la salud*. Sexta edición. Mc Graw Hill.

Thoits, P. (2011). Mechanism linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of health and social behavior*. 52 (2) 145-161. doi: 10.1177/0022146510395592

Thomsen, S. T. (2002). Health and beauty magazine reading and body shape concerns among a group of college women. *Journalism and Mass Communication Quarterly*, 79, 988-1007.

Townsend, J Chun Hsieh, P Van Puymbroeck, M Johnston, J Gassman, R Agley, J Middlestadt, S & Youssefgha, A. (2013). Sense of coherence, perceived stress and health related quality of life in college students.

Troncoso, C Doepking, C & Silva, E. (2011). ¿Es importante la alimentación para los estudiantes universitarios? *Medwave* 11 (05) doi: 10.5867/medwave.2011.05.5034

- Vansteenkiste, M Matos, L Lens, W & Soenens, B. (2007). Understanding the impact of intrinsic versus extrinsic goal framing on exercise performance: The conflicting role of task and ego involvement. *Psychology of sport and exercise*. 8 771-794.
- Van Schalkwyk, L & Rothmann, S. (2008). Validation of the orientation to life questionnaire (OLQ) in a chemical factory. *Journal of industrial psychology*. 34 (2) 31-39.
- Vilagut, G Ferrer, M Rajmil, L Rebollo, P Permanyer-Miralda, G Quintana, J Santed, R Valderas, J Ribera, A Domingo-Salvany, A & Alonso, J. (2005). El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*.19 (2) 135-150.
- Virues-Ortega, J Martinez-Martin, P Del Barrio, JL & Lozano, LM (2007). Cross-Cultural validation of Antonovsky's Sense of Coherence Scale (OLQ-13) in Spanish elders aged 70 years or more. *Medicina Clínica*. 128 (13) 486-492.
- Von Bothmer, M & Fridlund, B. (2003). Self-rated health among university students in relation to sense of coherence and other personality traits. Nordic College of Caring Sciences *.Journal of Caring sciences*.17, 347-357. DOI: 10.1046/j.0283-9318.2003.00234.x
- Wainright, N Surtees, P Welch, A Luben, R Khaw, K & Bingham, S. (2007). Healthy lifestyle choices: could sense of coherence aid health promotion? *Journal of Epidemiology Community Health* 61. 871-876 doi:10.1136/jech.2006.056275
- Ware JE. (2000). SF-36 health survey update. *Spine* 253130-9
- Ware JE Jr, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. (1993). SF-36 Health Survey: manual and interpretation guide. *New England Medical Center*
- Weich, S, Brugha, T, King, M, Mcmanus, S, Bebbington, P, Jenkins, R, Cooper, C, Mcbride, O & Stewart-Brown, S. (2011). Mental well-being and mental illness: findings from adult psychiatric morbidity survey for England 2007. *The british journal of psychiatry*. 199, 23-28 doi: 10.1192/bjp.bp.111.091496
- Woosley, J, Lichstein, K & Taylor, D. (2012). Predictors of perceived sleep quality among men and women with insomnia. *Behavioral sleep medicine*. 10 (3) 191-201. DOI: 10.1080/15402002.2012.666218.
- Who. (2006). Global database on body mass index. Recuperado de: <http://apps.who.int/bmi/index.jsp>
- Zárate, M Zavaleta, A Danjoy, D Chanamé, E Prochazka, R Salas, M & Maldonado, V. (2006). Prácticas de consumo de tabaco y otras drogas en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad privada de Lima, Perú. *Investigación educación y enfermería* 24(2) 72-81.
- Zahama, M & Guilleminault, C. (2010). Sleep, noise and health: Review. *Noise & Health*. 12 (47) 64-69.
- Zubieta, E Delfino, D. (2010). Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y bienestar social en estudiantes universitarios de Buenos Aires. *Anuario de investigaciones*. 18 277-283.
- Zubieta, E. M., Mele, S. V. y Casullo, M. (2006). Estructura de valores y religiosidad en población adulta urbana argentina. *Psicodiagnosticar*, 16, 53-60.



Anexo A

Tabla 6

Alpha de Cronbach del CEVJU-PERÚ por áreas

Área	Alpha de Cronbach
Actividad física y deporte	0.71
Hábitos alimentarios	0.72
Organización del sueño	0.61
Organización del descanso o tiempo libre	0.68
Autocuidado y cuidado médico	0.70
Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas	0.70

Tabla 7

Pruebas de normalidad para salud mental y física

	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
SF	,091	448	,000
SM	,081	448	,000

Abreviaturas: SF, Salud física; SM, Salud mental,

Tabla 8

Pruebas de normalidad por sexo para todas las variables del estudio

		Kolmogorov-Smirnov		
		Estadístico	gl	Sig.
SF	hombre	,104	262	,000
	mujer	,086	186	,002
SM	hombre	,072	262	,002
	mujer	,086	186	,002

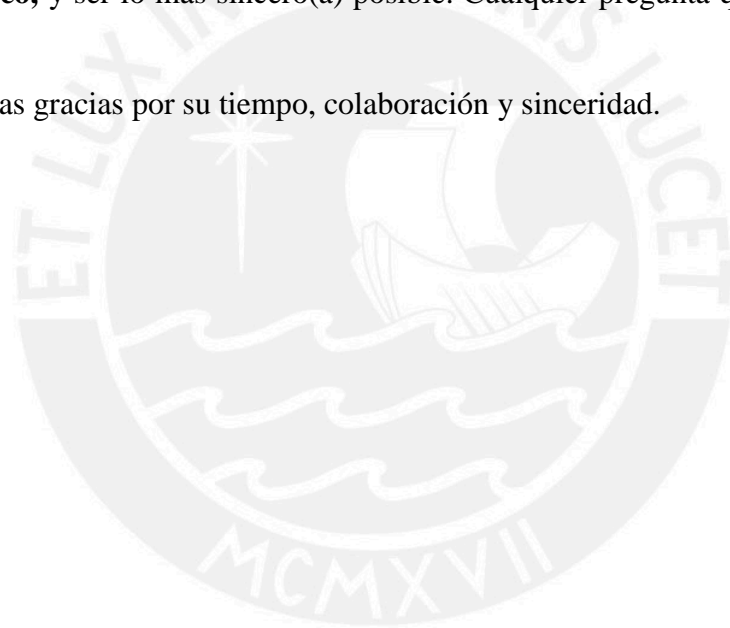
Abreviaturas: SF, Salud física; SM, Salud mental,

Anexo B

Sentido de Coherencia, salud percibida y prácticas de salud en un grupo de universitarios de Lima Metropolitana.

A continuación se le presentará una serie de preguntas relacionadas con su vida cotidiana. El objetivo de esta es conocer sus hábitos, como puede ser su práctica deportiva entre otras. Además, se quiere saber cuán saludable se percibe y la manera como enfrente situaciones que pueden ser tensas. Recuerde que no hay respuestas buenas ni malas, **es importante no dejar preguntas en blanco**, y ser lo más sincero(a) posible. Cualquier pregunta que tenga no dude en preguntar.

De antemano muchas gracias por su tiempo, colaboración y sinceridad.



Anexo C: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: Sentido de Coherencia, salud percibida y prácticas de salud en un grupo de universitarios de Lima Metropolitana.

Investigador: Lic. Juan Carlos Saravia Drago

Soy investigador de la Pontificia Universidad Católica del Perú y deseo invitarlo/a a participar en un estudio de investigación. En este, se le hará una encuesta sobre lo que usted piensa y siente sobre algunas situaciones de su vida.

¿Cuál es el propósito de este estudio?

Conocer sus conductas cotidianas como: alimentación, sueño, práctica deportiva, consumo de tabaco y consumo de alcohol. Además, conocer cómo percibe su salud y su habilidad para enfrentar situaciones que podrían hacerle sentir tenso.

¿En qué consiste mi participación?

Si usted decide participar tendrá que responder una serie de preguntas que el investigador le entregará en un formulario y tomarán un tiempo entre 15-20 minutos. Su participación es voluntaria y usted puede dejar de participar si en algún momento lo desea. Toda su información será totalmente confidencial y no serán revelados sus datos personales. Los datos serán analizados de manera grupal por lo que no será posible obtener resultados específicamente sobre usted.

Se le agradece de antemano su participación, tiempo y sinceridad.

Firma del participante

Anexo D: Cuestionario A

1) Sexo: (M/F)

2) Edad: años

- 3) Lugar de nacimiento
- 1 Amazonas
 - 2 Ancash
 - 3 Apurímac
 - 4 Arequipa
 - 5 Ayacucho
 - 6 Cajamarca
 - 7 Callao
 - 8 Cusco
 - 9 Huancavelica
 - 10 Huánuco
 - 11 Ica
 - 12 Junín
 - 13 La Libertad
 - 14 Lambayeque
 - 15 Lima
 - 16 Loreto
 - 17 Madre de Dios
 - 18 Moquegua
 - 19 Pasco
 - 20 Piura
 - 21 Puno
 - 22 San Martín
 - 23 Tacna
 - 24 Tumbes
 - 25 Ucayali

4) Ciclo que cursa:

- 5) Facultad:
- 1 Ciencias e Ingeniería
 - 2 Letras y ciencias humanas
 - 3 Ciencias Sociales
 - 4 Arquitectura y urbanismo
 - 5 Derecho
 - 6 Administración y contabilidad
 - 7 Ciencias y artes de la Comunicación
 - 8 Educación
 - 9 Gestión y Alta Dirección
 - 10 Arte
 - 99 No responde
- 6) Aproximadamente ¿Cuál es su peso? KG
- 7) Aproximadamente ¿Cuánto mide? . Metros
- 8) ¿Usted trabaja actualmente?
- | | | | |
|-----------|---|--------------------------|------------------------------|
| SÍ | 1 | <input type="checkbox"/> | Pase a la pregunta 9 |
| NO | 2 | <input type="checkbox"/> | Pase a la pregunta 11 |
- 9) ¿En qué trabaja? _____ **Pase a la pregunta 10**
- 10) ¿Cantidad de horas promedio que trabaja semanalmente? Horas
- 11) ¿Alguna vez le dijo algún médico que tiene una enfermedad?
- | | | |
|-----------|---|--------------------------|
| SÍ | 1 | <input type="checkbox"/> |
| NO | 2 | <input type="checkbox"/> |
- 12) ¿Está tomando pastillas para algún tipo de enfermedad?
- | | | |
|-----------|---|--------------------------|
| SÍ | 1 | <input type="checkbox"/> |
| NO | 2 | <input type="checkbox"/> |

13) **En los últimos 7 días**

SÍ 1

¿Se ha sentido enfermo/a pero no ha podido ir al médico?

NO 2

14) **Responder solo si es mujer** ¿Está embarazada?

SÍ 1

NO 2

Revise que todas las preguntas del cuestionario estén llenadas correctamente



Anexo E: Cuestionario B

El presente cuestionario tiene el fin de conocer tus hábitos y prácticas de salud. Marque con una X la casilla que mejor describa su comportamiento. Conteste sinceramente, recuerde, no existen respuestas ni buenas ni malas, **si hay alguna pregunta que no se aplique a usted, entonces déjela en blanco.**

1 Siempre (Si)

2: Con frecuencia

3: Algunas veces

4: Nunca (No)

	Nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Siempre
1. Hace actividad física (caminar, subir escaleras, pasear al perro o en bicicleta, bailar, etc) en su vida cotidiana				
2. Termina el día con vitalidad y sin cansancio excesivo				
3. Mantiene el peso corporal estable				
4. Realiza regularmente ejercicios que le ayuden al funcionamiento cardiaco (bailar, correr, montar bicicleta rápidamente, practicar un deporte, etc)				
5. Practica ejercicios que le ayuden a estar tranquilo (taichí, kun-fu, yoga, meditación, relajación autodirigida)				
6. Realiza ejercicios que requieren levantar peso (levantar pesas en gimnasio)				
7. Incluye momentos de descanso en su rutina diaria				
8. Comparte con su familia y/o amigos su tiempo libre				
9. En su tiempo libre realiza actividades como ir al cine, leer o pasear				
10. Destina parte de su tiempo libre para las actividades académicas o laborales				
11. Va al odontólogo o dentista por lo menos una vez al año				
12. Va al médico a hacerse su chequeo general por lo menos una vez al año				
13. Cuando se expone al sol usa bloqueador solar				
14. Evita las exposiciones prolongadas al sol				
15. Revisa al menos una vez al año su presión arterial				
16. Lee y sigue las instrucciones cuando utiliza algún medicamento				

	Nunca	Algunas Veces	Con frecuencia	Siempre
17. Se automedica y/o acude al farmacéutico en caso de dolores musculares, resfriados, etc				
18. Consume medicamentos sin prescripción médica (anfetaminas, antidepresivos, ansiolíticos, pastillas para dormir)				
19. Observa su cuerpo con detenimiento para detectar cambios físicos (Manchas en la piel, bultos en el cuerpo)				
20. (PARA MUJERES) Se examina los senos en búsqueda de nódulos, bultos u otros cambios, una vez al mes. *				
21. (PARA MUJERES): Se hace la prueba del Papanicolau por lo menos una vez al año. *				
22. (PARA HOMBRES) Se examina los testículos en búsqueda de nódulos, bultos u otros cambios, al menos una vez al mes. *				
23. Cuando realiza una actividad física (levantar pesas, montar en bicicleta, nadar, etc.) utiliza las medidas de protección respectivas				
24. Obedece las reglas de tránsito sea peatón o conductor				
25. Observa las señales de seguridad que hay en la universidad (extintores, cintas amarillas, letreros como “salida de emergencia”, etc.)				
26. Maneja bajo los efectos del alcohol u otras drogas.				
27. Aborda un vehículo manejado por algún conductor bajo efectos del alcohol u otras drogas				
28. Usa siempre el cinturón de seguridad cuando viaja en carro				
29. Consume entre 4 a 8 vasos de agua al día				
30. Añade sal a las comidas				
31. Añade azúcar a sus bebidas (café, té, infusión, etc.)				
32. Consume bebidas artificiales (gaseosas , jugos de caja, gatorade, etc)				
33. Consume dulces, pasteles o helados más de dos veces por semana				
34. Come 5 frutas o verduras al día				
35. Come pescado y pollo más que carnes rojas (cerdo, res)				
36. Come entre comidas alimentos de bolsitas (doritos, papas lays, cheese tris) y/o galletas dulces con relleno				
37. Come carne (res, cerdo, pollo, pavo, pescado) más de 4 veces a la semana				

	Nunca	Algunas Veces	Con frecuencia	Siempre
38. Consume embutidos (jamón, tocino, salchichas)				
39. Limita su consumo de grasas (mantequilla, mayonesa, vísceras)				
40. Mantiene un horario regular en sus comidas				
41. Realiza 3 comidas principales (desayuno, almuerzo y comida) y dos snacks saludables (frutas, barras de cereal, etc) entre ellas.				
42. Deja de comer aunque tenga hambre				
43. Come en exceso aunque no tenga hambre				
44. Realiza dietas sin supervisión profesional (con nutricionista o médico)				
45. Consume comidas rápidas (pizzas, hamburguesas, hot-dogs)				
46. Fuma cigarrillos o tabaco				
47. Fuma más de media cajetilla de cigarrillos a la semana				
48. Prohíbe que fumen en su presencia				
49. Consume alcohol más de dos veces a la semana				
50. Para hombres: Cada vez que ingiere alcohol, bebe cinco o más vasos o copas de alcohol				
51. Para mujeres: Cada vez que toma alcohol, consume tres o más vasos o copas de alcohol				
52. Cuando empieza a beber puede reconocer en qué momento debe parar				
53. Dice “no” a todo tipo de droga				
54. Consume alcohol o alguna otra droga cuando se enfrenta a situaciones de angustia o problemas en su vida				
55. Consume más de dos tazas de café al día (se excluyen los descafeinados)				
56. Consume otras drogas (marihuana, éxtasis, pasta, cocaína)				
57. Duerme al menos 7 horas diarias				
58. Duerme bien y se levanta descansado				
59. Trasnocha (pasa la noche sin dormir)				

	Nunca	Algunas Veces	Con frecuencia	Siempre
60. Le cuesta trabajo quedarse dormido				
61. Se despierta durante la noche en varias ocasiones				
62. Hace siesta				
63. Se mantiene con sueño por el resto del día				
64. Utiliza pastillas para dormir				
65. Planea sus actividades teniendo en cuenta sus horarios de sueño				

Revise que todas las preguntas del cuestionario estén llenadas correctamente

MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

